

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

Pr Denis PORIGNON

Département des Sciences de la santé publique

Faculté de médecine de l'Université de Liège

denis.porignon@uliege.be



DIU en Médecine tropicale et Santé internationale

Paris-Saclay, Sorbone Paris-Nord et Sorbone Université Kremlin-Bicêtre – Novembre 2025

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 – Systèmes de Santé – CSU
- La planification nationale en théorie et 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, des politiques de santé mises en œuvre et/ou des orientations prises au niveau international.

The changing global context: Challenges & opportunities



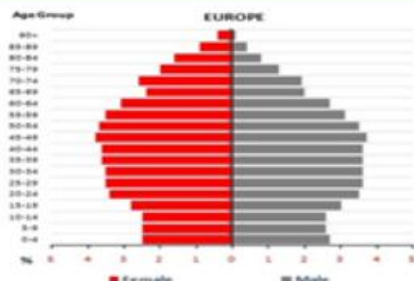
SDGs



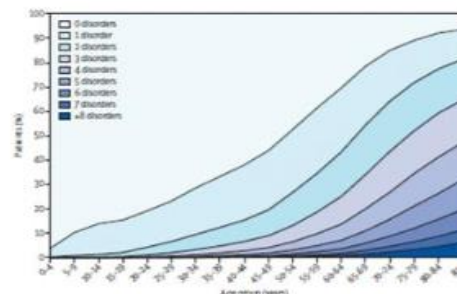
Globalization



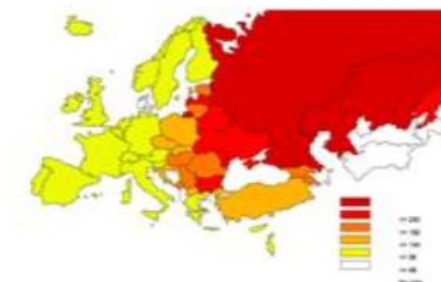
Migration



Ageing



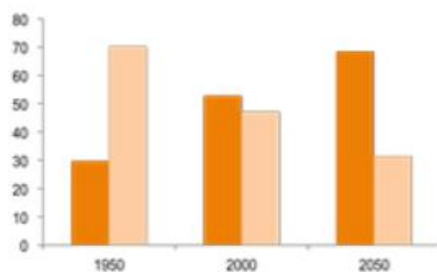
Multi-morbidity



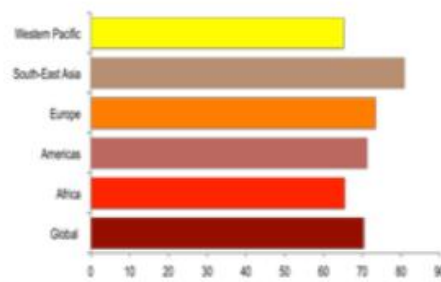
NCDs



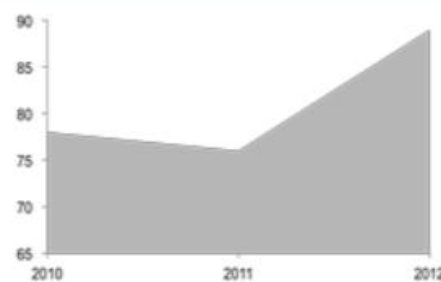
Climate change



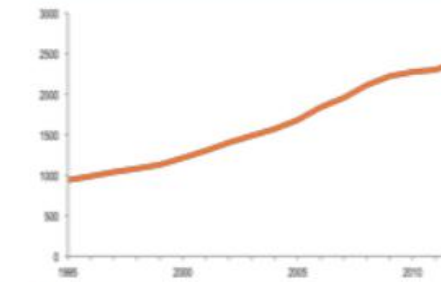
Urbanization



Citizen voice



Innovation



Rising costs

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)

Déclaration des Droits de l'Homme *[1948]*

Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Définition de "Santé"

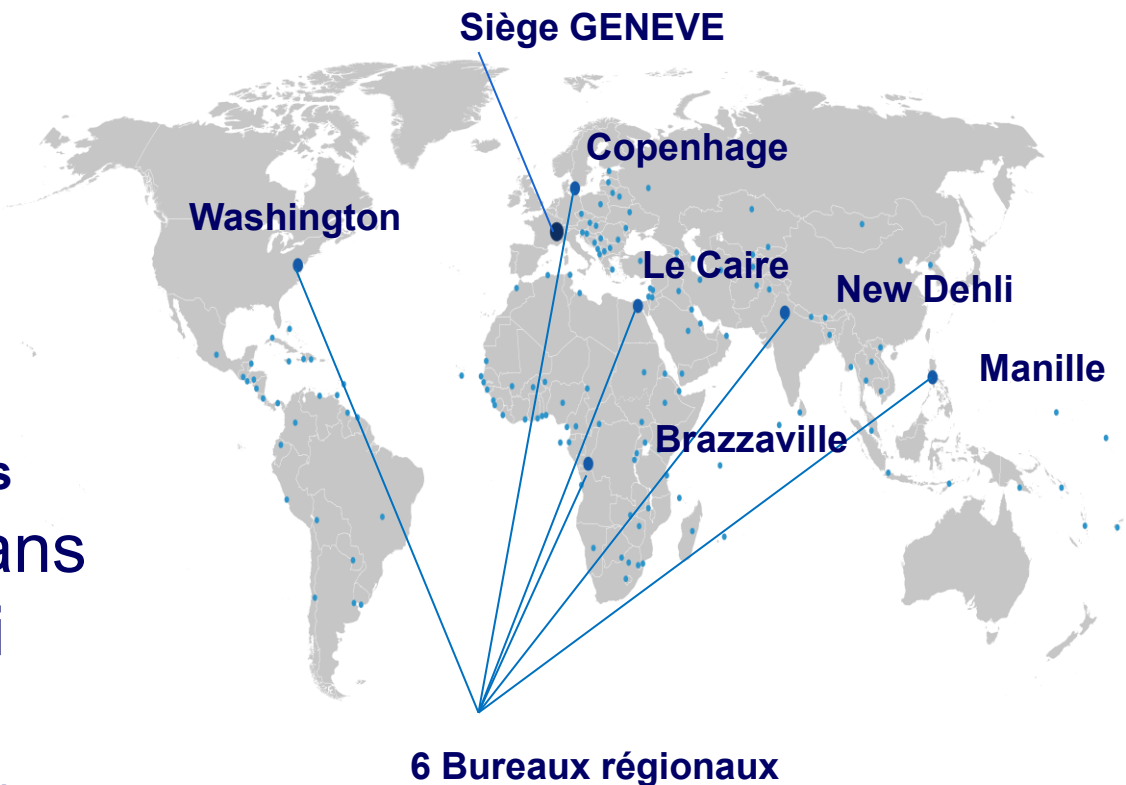
La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit:

« 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)
- 192 Etats membres [recents retraits USA et Argentine] 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 8000 personnes (Siège à Genève, six Bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, territoires et zones.
- **Les Comités Régionaux:** 1 fois par an dans chaque Région de l'OMS -> orientations au niveau regional pour tenir compte de leurs spécificités

Diplomatie et Santé Globale

- L'Assemblée Mondiale est un forum combinant diplomatie (en raison du caractère politique de la santé) et questions de santé globale
- L'Assemblée Mondiale peut adopter différents types de résolutions:
 - Instruments ayant force obligatoire (peu nombreuses – Règlement sanitaire international, Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, riposte face aux pandémies [pandemic treaty]).
 - Instruments n'ayant pas force obligatoire (la très vaste majorité des résolutions - par ex. les SSP, le renforcement des systèmes de santé, Code de conduite pour le recrutement des professionnels de la santé au niveau international, etc.)

Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à assurer un engagement politique à tous les niveaux en faveur des valeurs et des principes de la Déclaration d'Alma-Ata, à faire en sorte que la question du renforcement des systèmes de santé fondés sur l'approche des soins de santé primaires reste au centre des préoccupations internationales et à tirer parti, selon qu'il conviendra, des partenariats et initiatives liés à la santé concernant cette question, en particulier pour favoriser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;

2) à accélérer les mesures en vue de l'accès universel aux soins de santé primaires par la mise en place de services de santé complets et de mécanismes de financement nationaux équitables, efficaces et durables, en tenant compte de la nécessité d'assurer la protection sociale et de préserver les budgets de la santé dans le contexte de la crise financière internationale actuelle ;

(...)

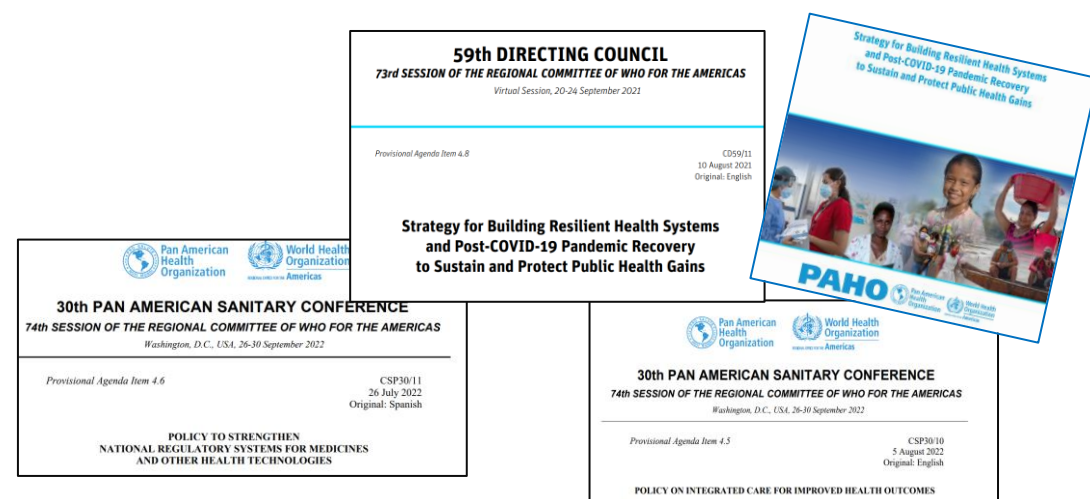
2. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que les activités de l'OMS incarnent les valeurs et les principes de la Déclaration d'Alma-Ata et à ce que le travail institutionnel général, à tous les niveaux, contribue au renouveau et au renforcement des soins de santé primaires, conformément aux conclusions de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ;

2) de renforcer les capacités du Secrétariat, y compris les capacités des bureaux régionaux et des bureaux de pays, à soutenir les efforts déployés par les Etats Membres pour appliquer les quatre grandes orientations politiques pour le renouveau et le renforcement des soins de santé primaires définis dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* ;

3) de regrouper et d'analyser les données d'expérience passées et actuelles des Etats Membres sur la mise en œuvre des soins de santé primaires et de faciliter l'échange des données d'expérience, des éléments factuels et de l'information sur les bonnes pratiques pour la réalisation de la couverture universelle, l'accès et le renforcement des systèmes de santé ; (...)

Latest Resolutions and Decisions on PHC and UHC from WHO Regional Committee Meetings



AFRO :

- “PEN-Plus – A regional strategy to address severe noncommunicable diseases at first-level referral health facilities” RES (2022)
- Updated regional strategy for the management of environmental determinants of human health in the African Region 2022–2032 RES (2022)
- Regional strategy for health security and emergencies, 2022–2030 RES (2022)

AMRO/PAHO:

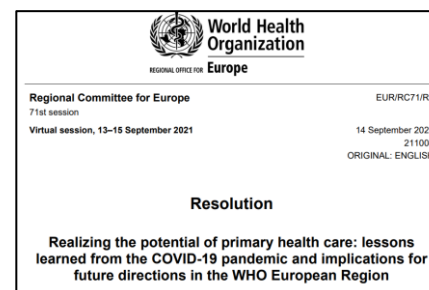
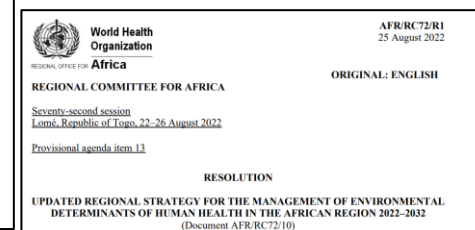
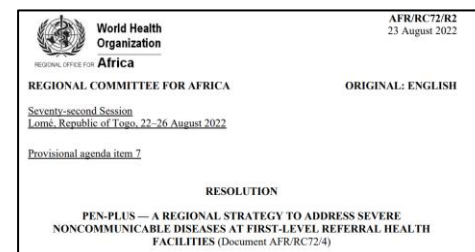
- Strategy for Building Resilient Health Systems and Post-COVID-19 Pandemic Recovery to Sustain and Protect Public Health Gains (2021)
- Policy to strengthen National Regulatory Systems for Medicines and Other Health Technologies (2022)
- Policy on Integrated care for improved Health Outcomes (2022)

EMRO

- Building resilient health systems to advance universal health coverage and ensure health security in the Eastern Mediterranean Region (10-13 Oct. 2022)

EURO:

- Realizing the potential of PHC: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region - RES (2021)
- Primary health care: making our commitments happen: realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region (2022)



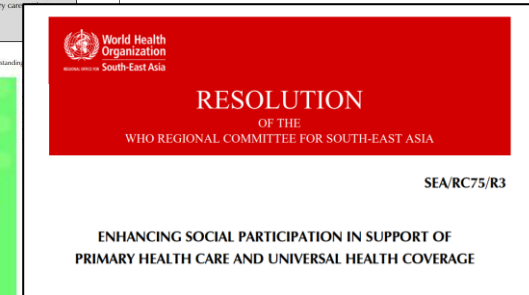
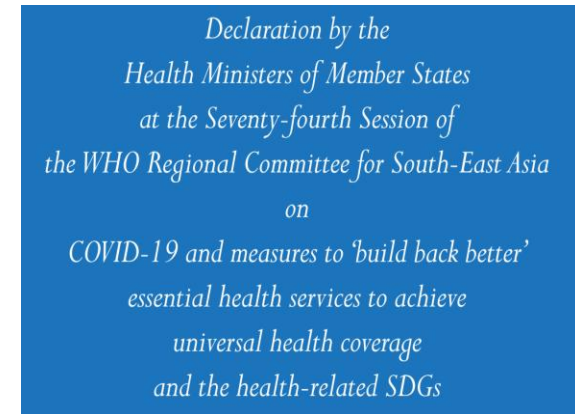
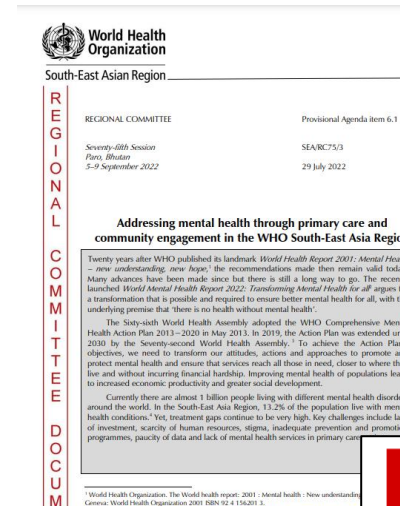
Latest Resolutions and Decisions on PHC and UHC from WHO Regional Committee Meetings

SEARO

- Declaration by the Health Ministries on COVID-19 and Measures to “Build back better” essential health services to achieve UHC and the health-related SDGs (2021)
- South-East Asia Regional Strategy for Primary Health Care: 2022-2030 (2021)
- Addressing mental health through primary care and community engagement in the WHO South-East Asia Region (2022) – RES “PARO declaration by the health ministers of Member States at the 75th session of the WHO Regional Committee for South-East Asia on universal access to people-centred mental health care and services”
- Achieving UHC, SDGs and health security through stronger and more comprehensive PHC (2022) – RES “Enhancing social participation in support of PHC and UHC”

WPRO

- High-level panel discussion on PHC Western Pacific RC Meeting (Oct. 2021)
- Regional Framework on the Future of Primary Health Care in the Western Pacific (WPR/RC73/9, Manila, The Philippines, 24-28 October 2022)



WPR/RC73/9
page 5
ANNEX

DRAFT

Regional Framework on
the Future of Primary Health Care
in the Western Pacific

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 , certains ayant un caractère **obligatoire** :
 - Règlement sanitaire international
 - Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabacD'autres étant **volontaires** :
 - Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé

La deuxième dimension est l'appui aux pays:

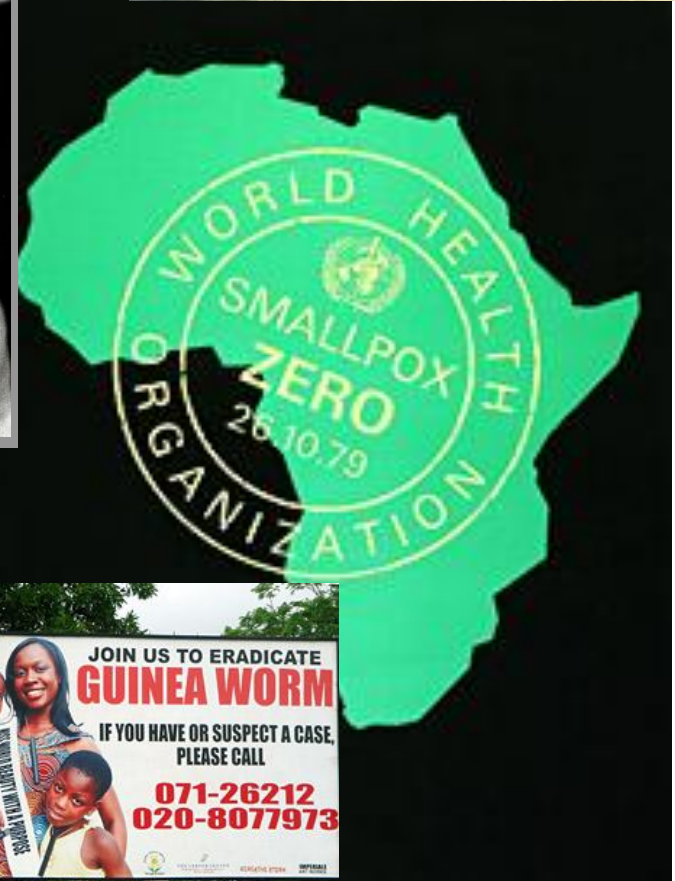
- L'OMS conseille les gouvernements en matière de politique de santé et aide les pays à mettre en œuvre les normes et standards internationaux en politiques, stratégies et plans nationaux de sante.
- En cas d'épidémies et dans les situations d'urgence humanitaire l'OMS coordonne la coopération internationale en santé

La troisième dimension est la coopération entre les pays:

- L'OMS facilite la coopération Nord-Sud, Sud-Sud, et la coopération triangulaire

Etapes importantes

- Le système de classification des maladies est systématisé en 1948 (*CIM-11 2022*)
- 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 (2000-2015)
- 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) – investigation internationale coordonnée 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
- La grippe A (H1N1): première pandémie du 21^{ème} siècle (2009)
- Plus de 6 millions de personnes ont accès aux traitements anti rétroviraux (2010)
- Progrès dans le domaine du renforcement des systèmes de santé et de l'équité (2000)
- Amélioration de la gouvernance du secteur santé dans les pays : implication des acteurs et démocratie sociale (2010) (*Etats Généraux en France, Assemblée nationale en Thaïlande, en Iran, Dialogue sociétal en Tunisie,...*)
- La santé en tant que Droit de l'Homme (2013)
- Renouveau des soins de santé primaires (2018) – Déclaration d'Astana
- Sécurité sanitaire (2020) COVID 19, préparation aux urgences, revalorisation du RSI, migrations, environnement,...

La présence de l'OMS dans les pays

- L'OMS est présente dans 151 des 194 Etats Membres avec un bureau et une équipe
- La taille d'un bureau varie de 2 personnes en Lituanie à plus de 1000 personnes en Inde
- Le nombre, la nature et la qualification du personnel de l'OMS varie en fonction des besoins et des capacités du pays
- La priorité est donnée aux pays les plus pauvres et avec les besoins sanitaires les plus grands

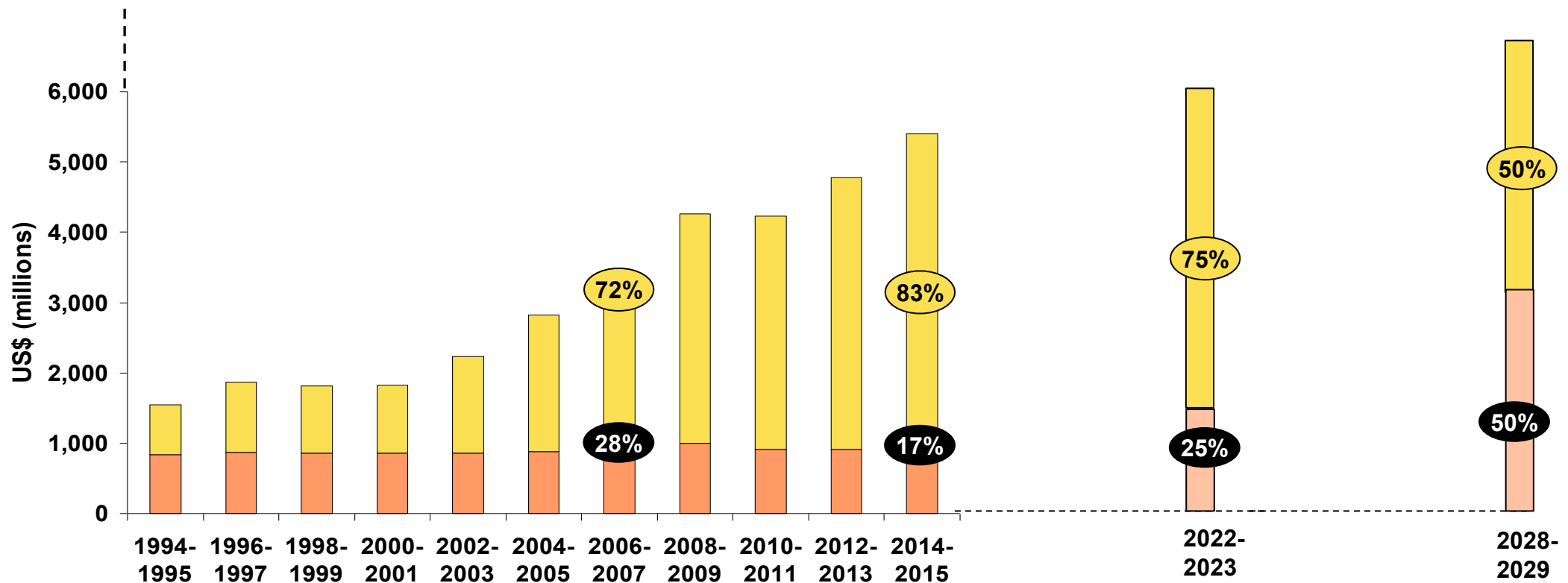
La collaboration de l'OMS dans les pays

- L'OMS définit avec le pays une stratégie de coopération (Country Cooperation Strategy - CCS)
- La stratégie de coopération définit pour le moyen terme le programme de travail de l'OMS basé sur:
 - La situation sanitaire
 - Les priorités nationales de santé définies par le pays
 - La capacité de réponse du pays
 - Les contributions des autres partenaires
 - Les avantages comparatifs de l'OMS

Financement de l'OMS

Deux principales sources de fonds:

- Contributions ordinaires (contributions fixées dont sont redevables les états membres et recettes diverses)
- Contributions volontaires de pays, d'institutions spécialisées et d'autres partenaires

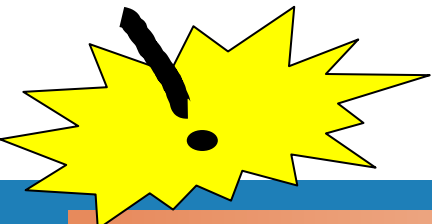


Financement de l'OMS [2/2]

Source : WHO Programme Budget 2022-2023

Table 2. Segments of the Proposed programme budget 2022–2023 and comparison with the approved Programme budget 2020–2021 (US\$ million)

Budget segment	2020–2021 Approved Programme budget (US\$ million)	2022–2023 Proposed programme budget (US\$ million)	Change
Base programmes	3 768.7	4 364.0	16%
Polio eradication	863.0	558.3	-35%
Special programmes	208.7	199.3	-4%
Emergency operations and appeals	1 000.0	1 000.0	0%
Grand total	5 840.4	6 121.7	5%



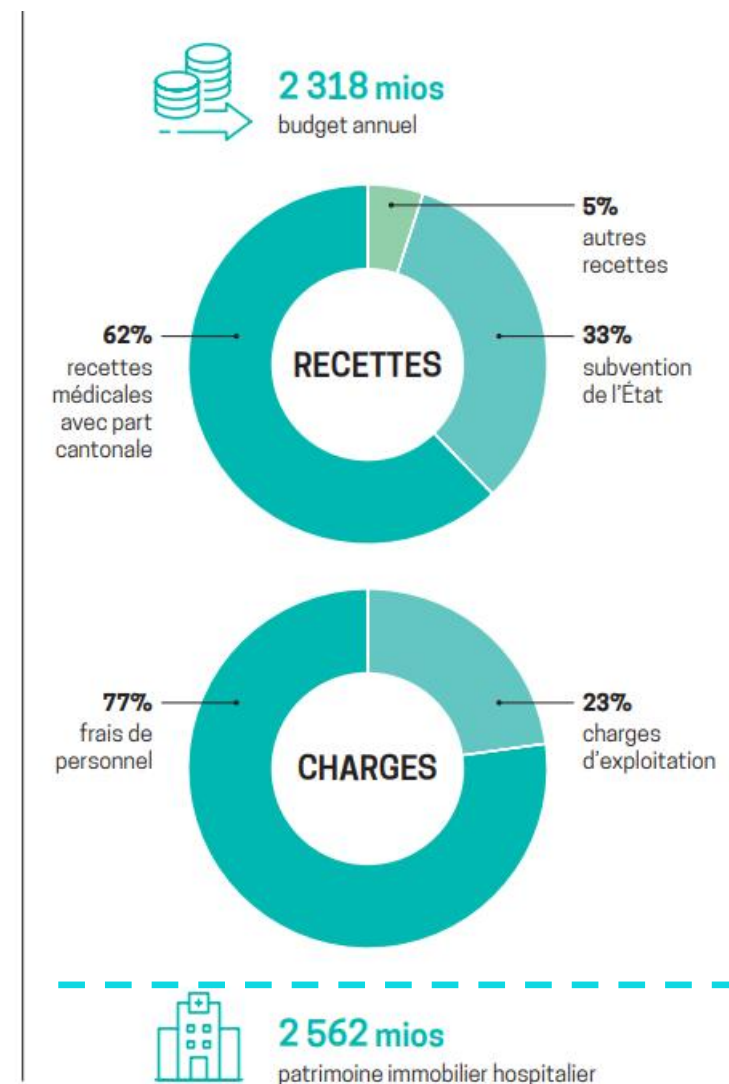
NB : Le budget (2 ans) de l'hôpital universitaire de Genève est de 3.800 millions de francs suisses (+/- 4.000 millions d'€)

**45% pays
25% Bureaux régionaux
30% Siège**

***Le budget de l'OMS
sera
pour la période
2026/2027
de 2.1 milliards USD
par an***

**En Belgique, le budget de la
santé est actuellement
d'environ 45 milliards d'euros
par an
dont 77% à charge de l'Etat...**

**En 2023, le budget de l'Hôpital
Universitaire de Genève est de
2.3 milliards CHF**





Pause - Questions

LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE

Les grandes tendances

- La population mondiale augmente (8,2 milliards) et vieillit (>1 M de centenaires en 2020 – espérance de vie à la naissance des femmes en Corée du Sud > 90 ans)
- 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, actuellement en dessous de 290 000 décès maternels – tendance à la stagnation)

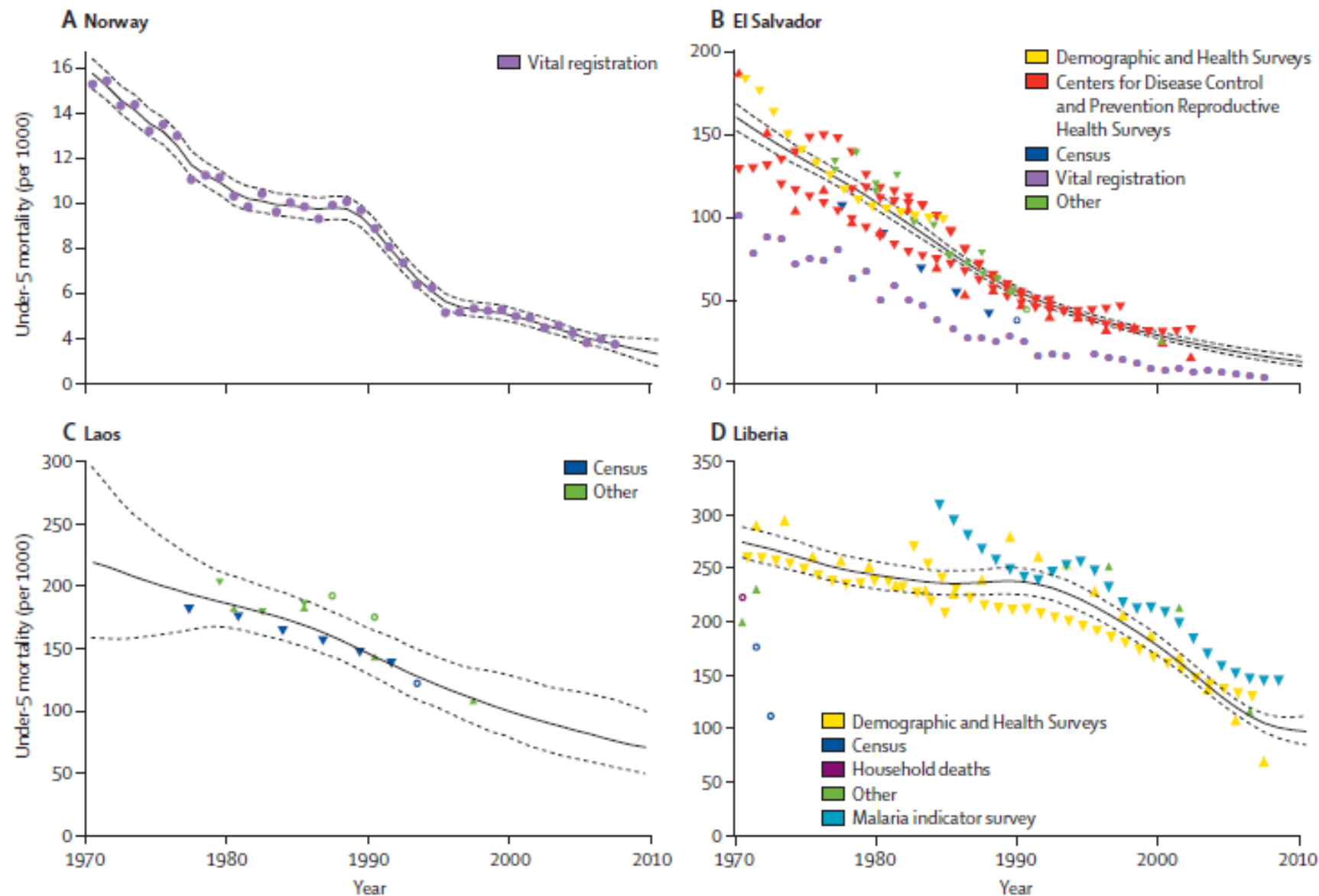


Figure 1: Empirical data sources and estimated under-5 mortality from 1970 to 2010 for selected countries

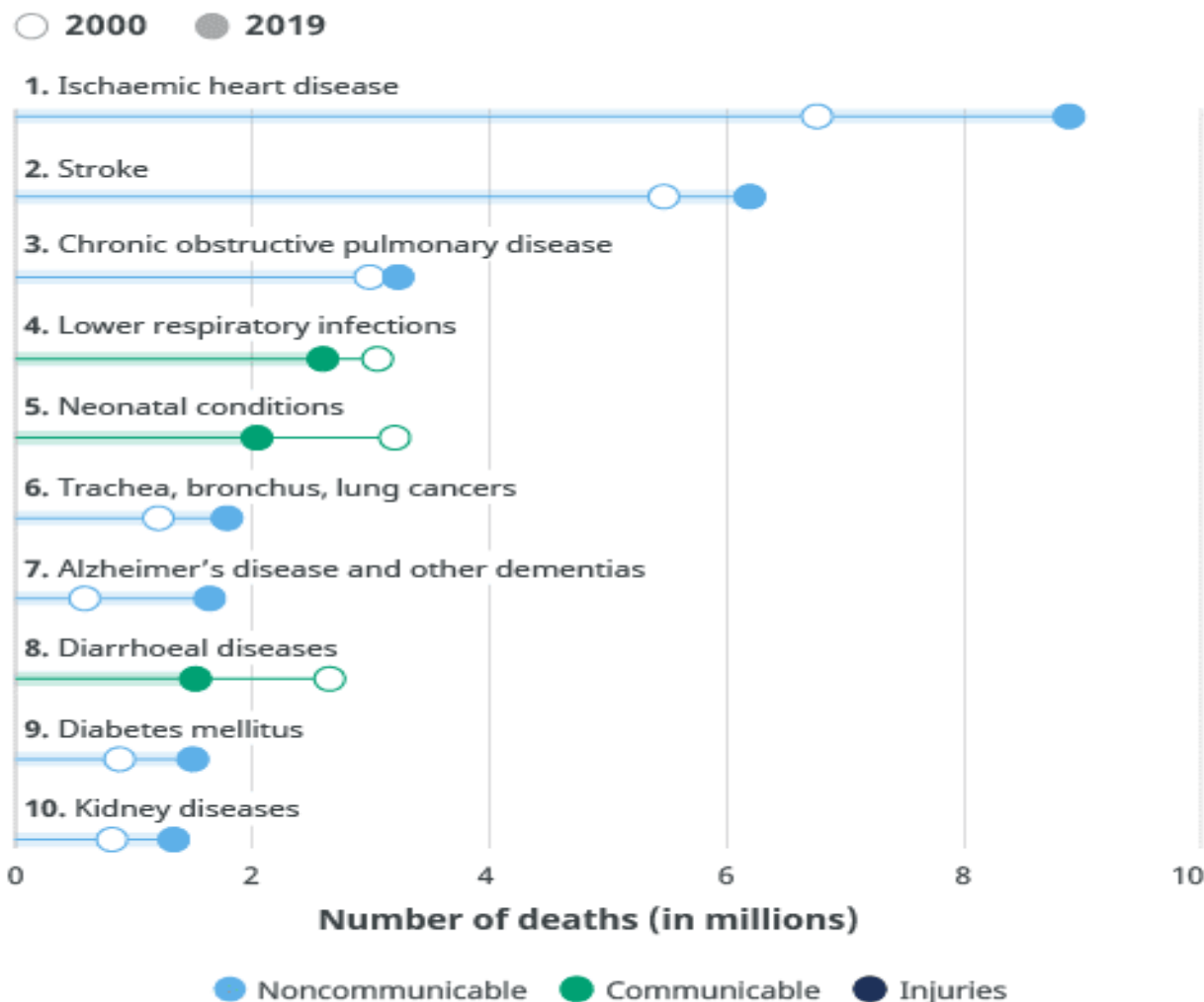
Dashed lines indicate uncertainty intervals. Hollow circles represent outliers. Under-5 mortality is defined as the probability of death between birth and age 5 years. Upward-pointing triangles are direct estimates from complete birth histories. Downward-pointing triangles are indirect estimates from summary birth histories.

**World
Health
Statistics
2023**

Monitoring
health for the
SDGs
Sustainable Development Goals

Leading Causes of Mortality and Burden of Disease, World

Leading causes of death globally



Source: WHO Global Health Estimates.

Voir l'Editorial du Lancet (18 octobre 2025) :

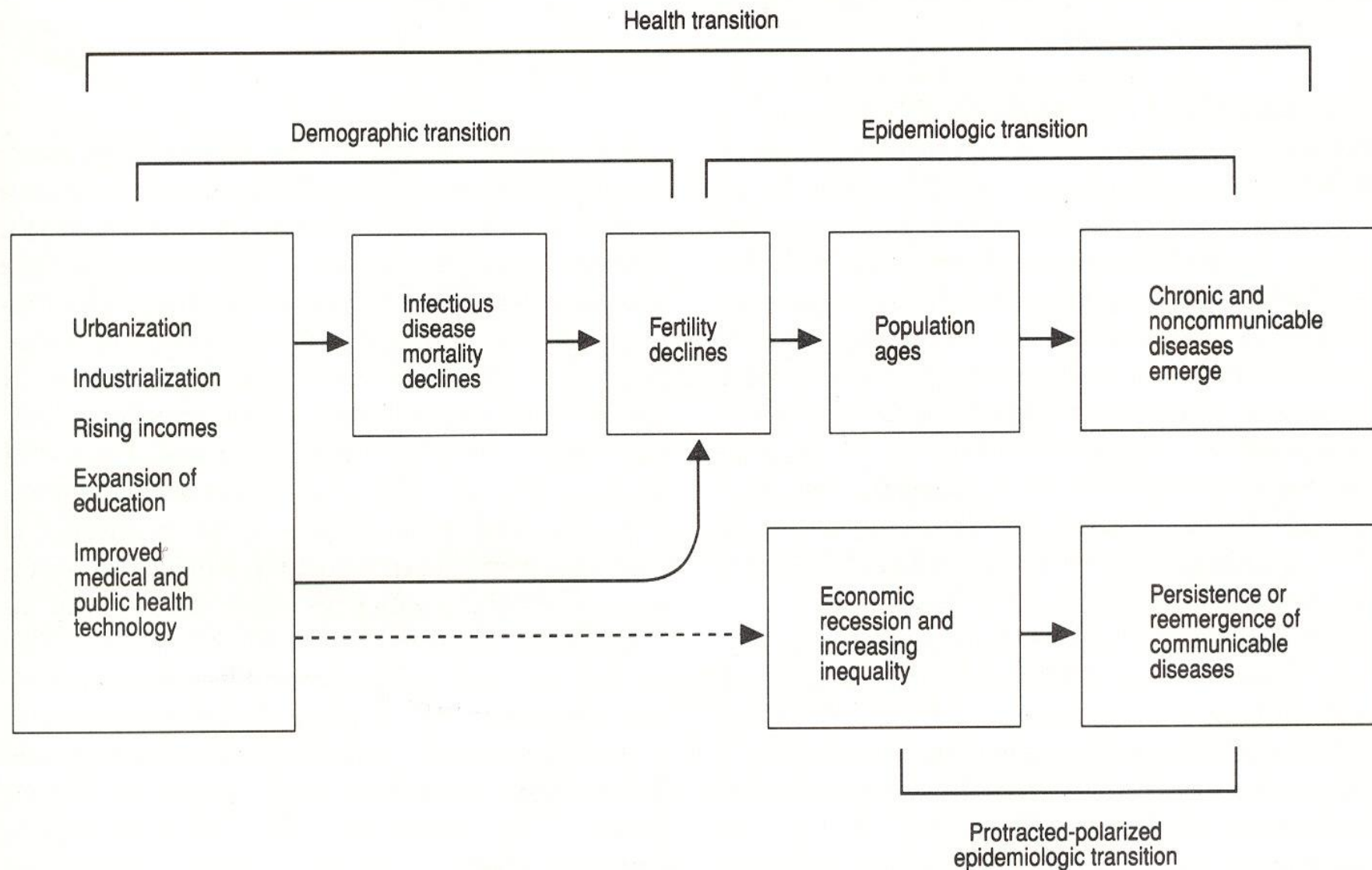
Health progress in a post-COVID-19 world

1. (...) The good news is that populations are healthier overall. Age-standardised DALYs have decreased by 12·6% (95% UI 11·0–14·1 since 2010, and 2023 life expectancy exceeded the 2019 GBD estimate in almost two-thirds (130 [63·7%] of 204) of countries and territories.

2. Mental health must be taken far more seriously in global health. Anxiety and depression showed some of the largest increases in age-standardised rates since 2010, Alzheimer's disease is now in the top 25 causes of DALYs

... and more!

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



Source: Authors.

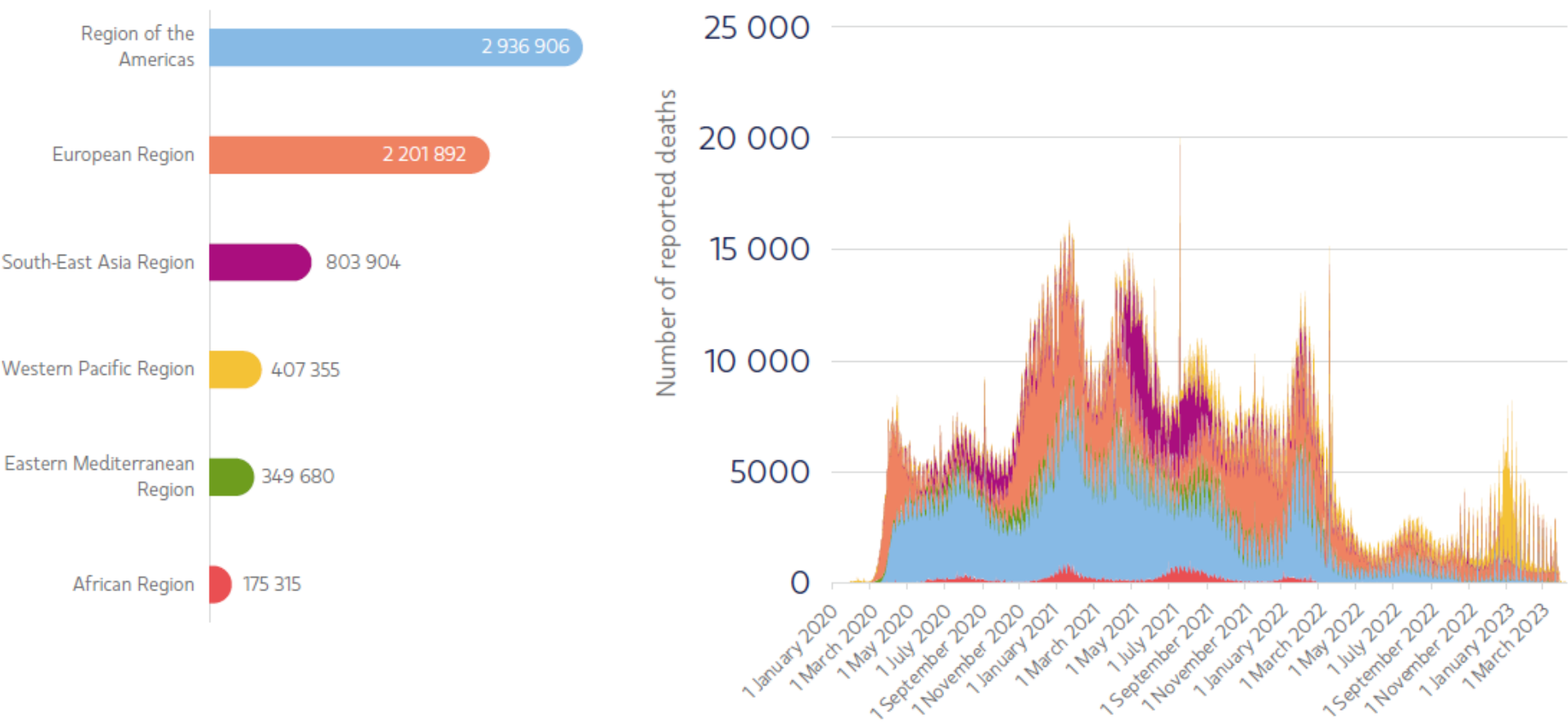
Table 1.1. COVID-19 as a leading cause of death

Cause	2019	2020
Ischaemic heart disease	8 880 000	
Stroke	6 190 000	
COPD	3 220 000	
Lower respiratory infections	2 590 000	
Neonatal conditions	1 960 000	
COVID-19		1 800 000
Trachea, bronchus, lung cancers	1 760 000	
Alzheimer's disease and other dementias	1 590 000	
Diabetes mellitus	1 490 000	
Diarrhoeal diseases	1 450 000	

Note: Comparing total deaths estimated for leading causes in 2019 Global Health Estimates to the reported COVID-19 deaths for the year 2020. Comparing quantities from two different periods and so does not account for population growth or any epidemiological changes. However, gives an order of magnitude picture and expected relative ranking of causes for 2020 assuming mortality risks and levels for other causes have not changed significantly.

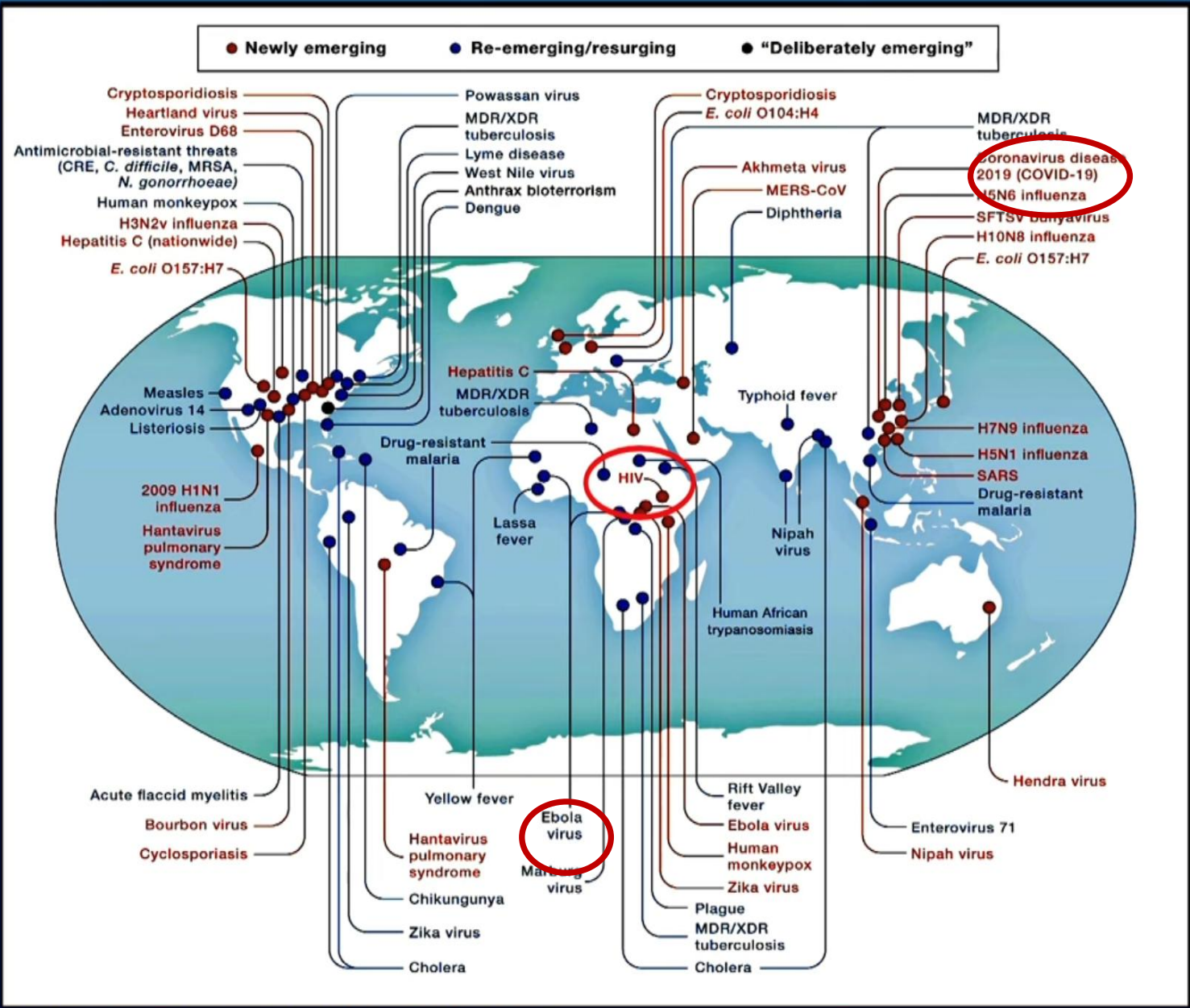
Source: WHO Global Health Estimates 2019 (11) and WHO Covid-19 surveillance dashboard (6).

Figure 1.12 Reported COVID-19 deaths by WHO region, to 11 March 2023



Source: World Health Statistics 2023 - WHO

Maladies émergentes et ré-émergentes au niveau mondial de 1981 à 2020



Example at country level: outbreaks in Uganda (2000 and 2022)

2000 Ebola	2007 Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Acute hepatitis E Cholera Ebola virus disease Marburg virus disease Meningococcal disease Plague, bubonic Plague, unspecified	2013 Alcohols other, toxic effect Cholera Ebola virus disease Poliomyelitis, acute paralytic, wild virus, imported Yellow Fever	Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Effects of hunger Landslide and other earth movements Malaria Marburg virus disease Measles Meningitis, bacterial other Meningococcal disease Rift Valley Fever Rubella (German measles) Viral haemorrhagic fever, other specified Yellow Fever Conjunctivitis Highly Pathogenic Avian Influenza (H5N1) Leptospirosis Mumps Schistomiasis	Plague, pneumonic Rift Valley Fever Yellow Fever Malaria O'nyong Nyong Fever Rubella Tuberculosis
2001 Acute Hemorrhagic Fever Syndrome Acute Watery Diarrheal Syndrome Ebola virus disease Plague, pneumonic	2008 Acute Gastrointestinal Syndrome, unspecified Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Cholera Ebola virus disease Malaria Plague, bubonic	2014 Acute Febrile Syndrome Acute hepatitis E Cholera Marburg	2020 Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Anthrax, cutaneous Anthrax, unspecified Rift Valley Fever Cholera COVID-19 Malaria Measles Rubella Typhoid West Nile Virus Fever Yellow Fever	
2002 Cholera Meningococcal disease	2009 Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Meningococcal disease Poliomyelitis, acute unspecified	2015 CCHF Cholera Measles Podoconiosis Rubella Typhoid	2021 Cholera Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Ebola virus disease Marburg virus disease Rift Valley Fever Typhoid fever Yellow Fever	
2003 Acute Hemorrhagic Fever Syndrome Acute Jaundice Syndrome Acute Respiratory Syndrome Acute Watery Diarrheal Syndrome	2010 Acute Gastrointestinal Syndrome, unspecified Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Acute Neurological Syndrome, unspecified Cholera Influenza due to identified human influenza virus Meningococcal disease Varicella (chickenpox) Yellow Fever	2016 Cholera Measles Metam Sodium Poisoning Rift Valley Fever Rubella Yellow Fever	2018 Acute Haemorrhagic Fever Syndrome Cholera Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Malaria Meningitis, bacterial other Unknown and Unspecified Causes of Morbidity or Mortality Anthrax Dengue Fever Measles Rift Valley Fever Rubella	
Cholera Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Staphylococcal intoxication				
2004 Anthrax, gastrointestinal Cholera Malaria				
2005 Acute Watery Diarrheal Syndrome Cholera				
2006 Cholera Malaria Measles Meningococcal disease				

Diseases with epidemic potential that are resource intensive and requires isolation facilities and treatment units.

Source: Emergency Operations Centre, MoH

Diseases with epidemic potential that are resource intensive and requires isolation facilities and treatment units.

What are the IHR (2005)?

Règlement 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 diseases** 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

Défis et perspectives

Après plus de 75 ans d'existence, l'OMS fait aussi face à de nombreux défis:

- Défis en terme de santé publique
- Défis concernant la place de l'OMS dans le paysage de la santé globale

The changing global context: Challenges & opportunities



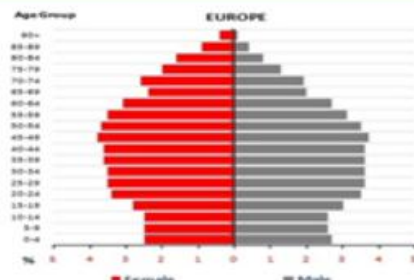
SDGs



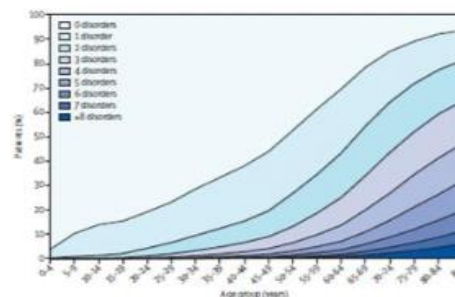
Globalization



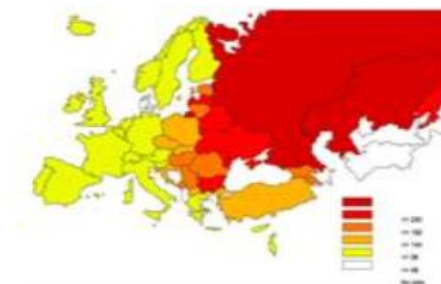
Migration



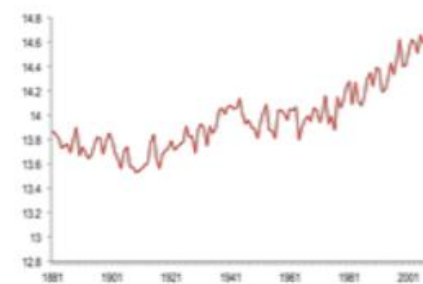
Ageing



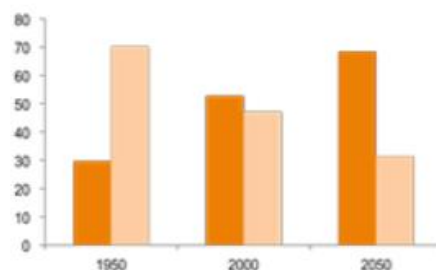
Multi-morbidity



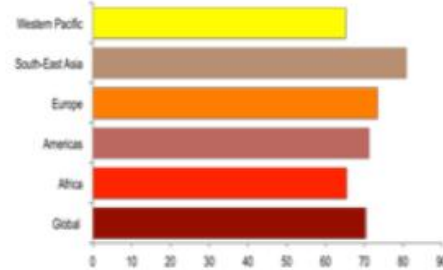
NCDs



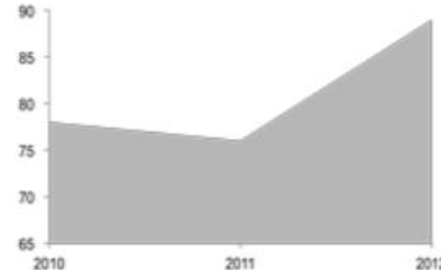
Climate change



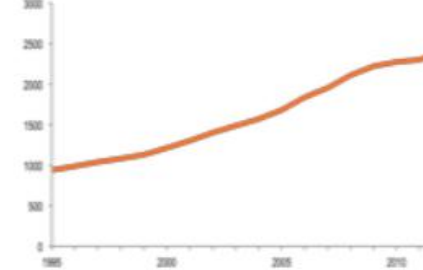
Urbanization



Citizen voice



Innovation



Rising costs

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)
- Vieillissement de la population
- Urbanisation: plus de 50% de la population mondiale vit en milieu urbain
- Migration et mobilité des populations

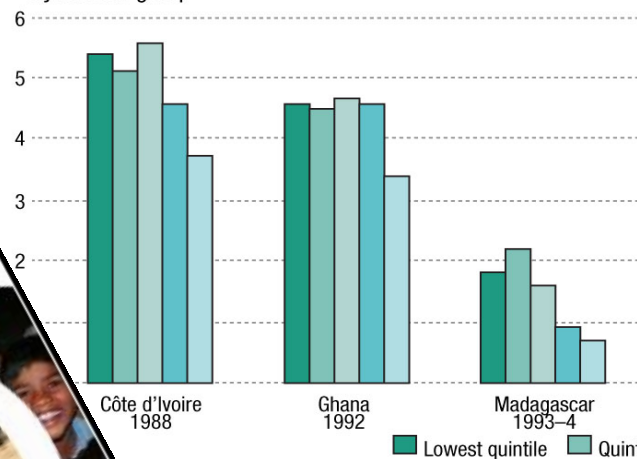
Défis en terme de santé publique 2/2

- “Troubles de l’ordre social” : conflits internes et guerres, instabilité des 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 et COVID-19

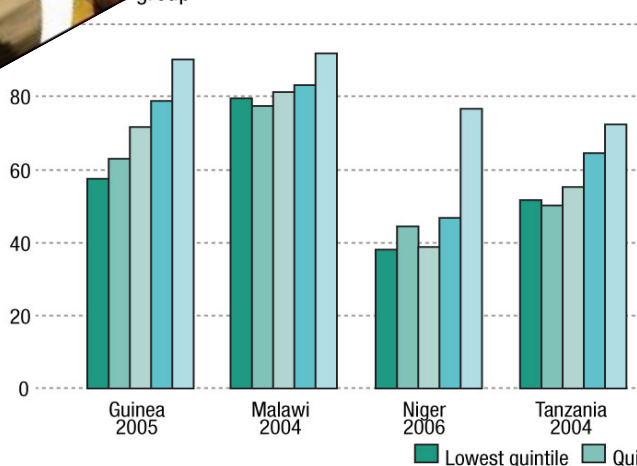


Persistance d'inégalités entre pays ET dans tous les pays

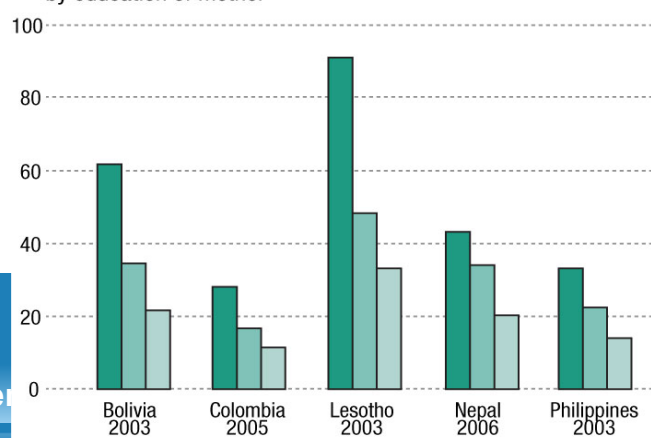
Per capita household spending on health as percentage of total household spending, by income group



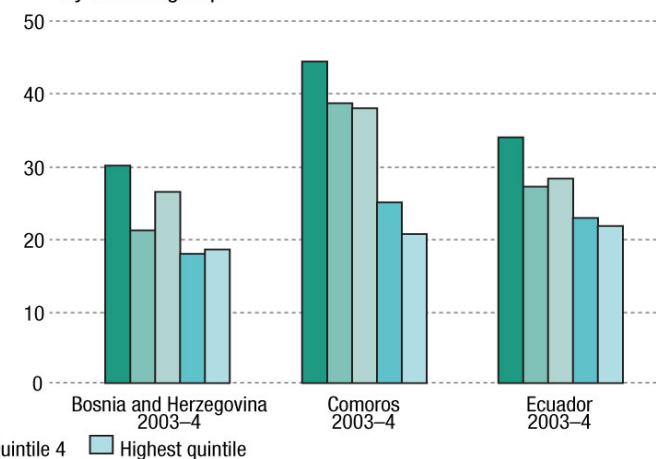
Prevalence of malaria prophylaxis (%), by income group



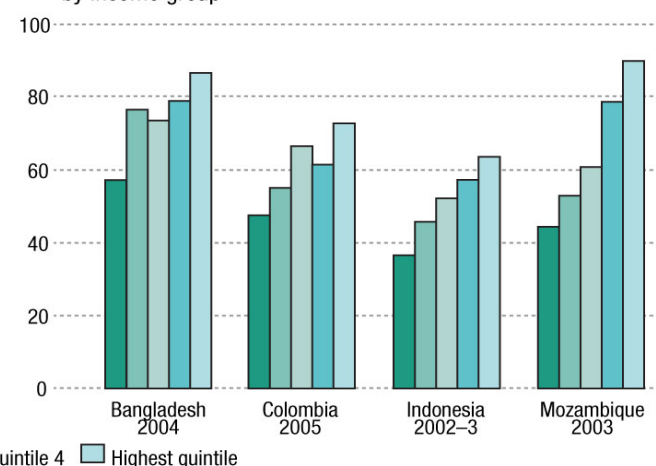
Neonatal mortality rate, by education of mother



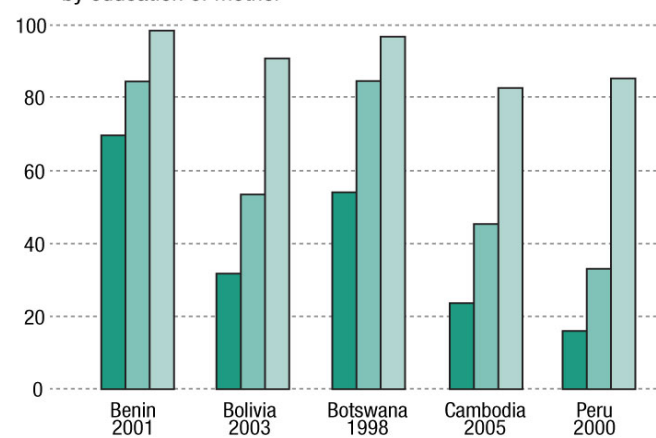
Mean time (minutes) taken to reach an ambulatory health facility, by income group



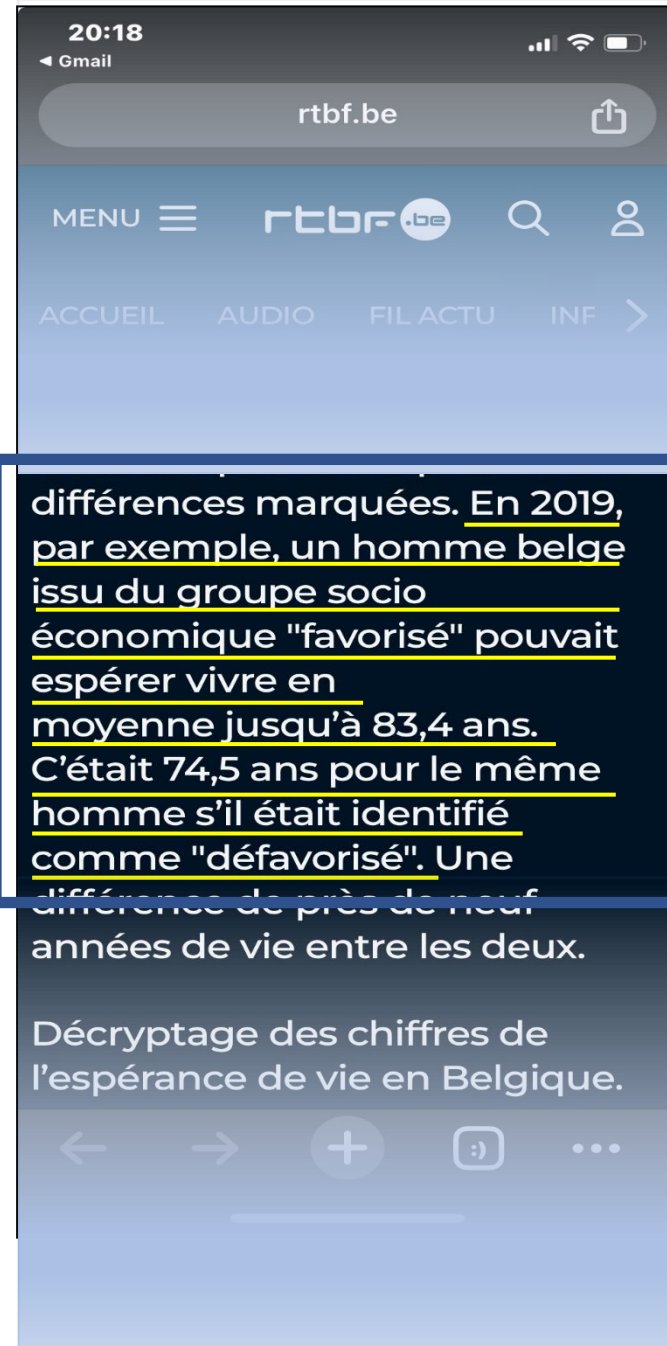
Full basic immunization coverage (%), by income group



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

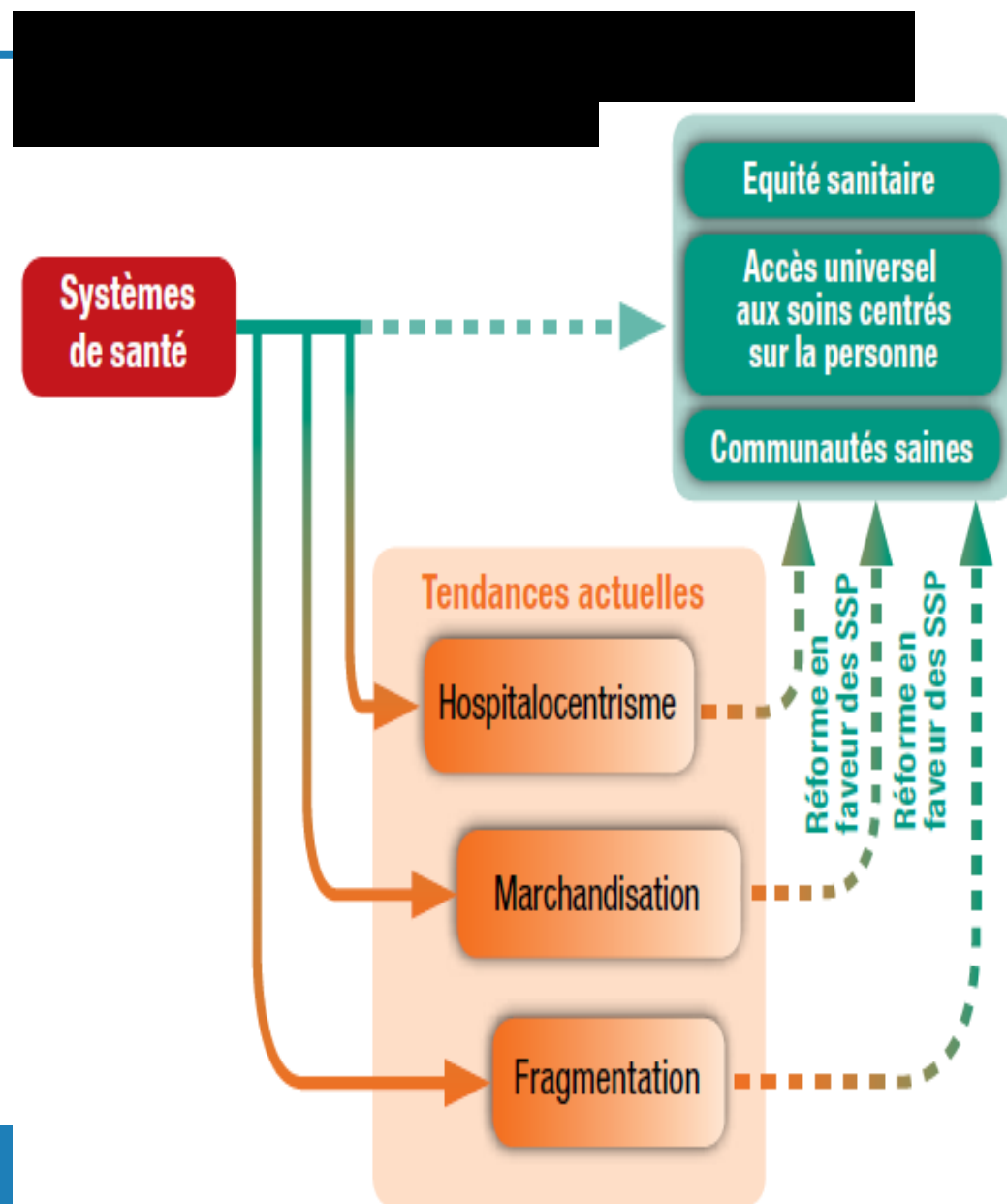


Exemple concret : Inégalités en Belgique

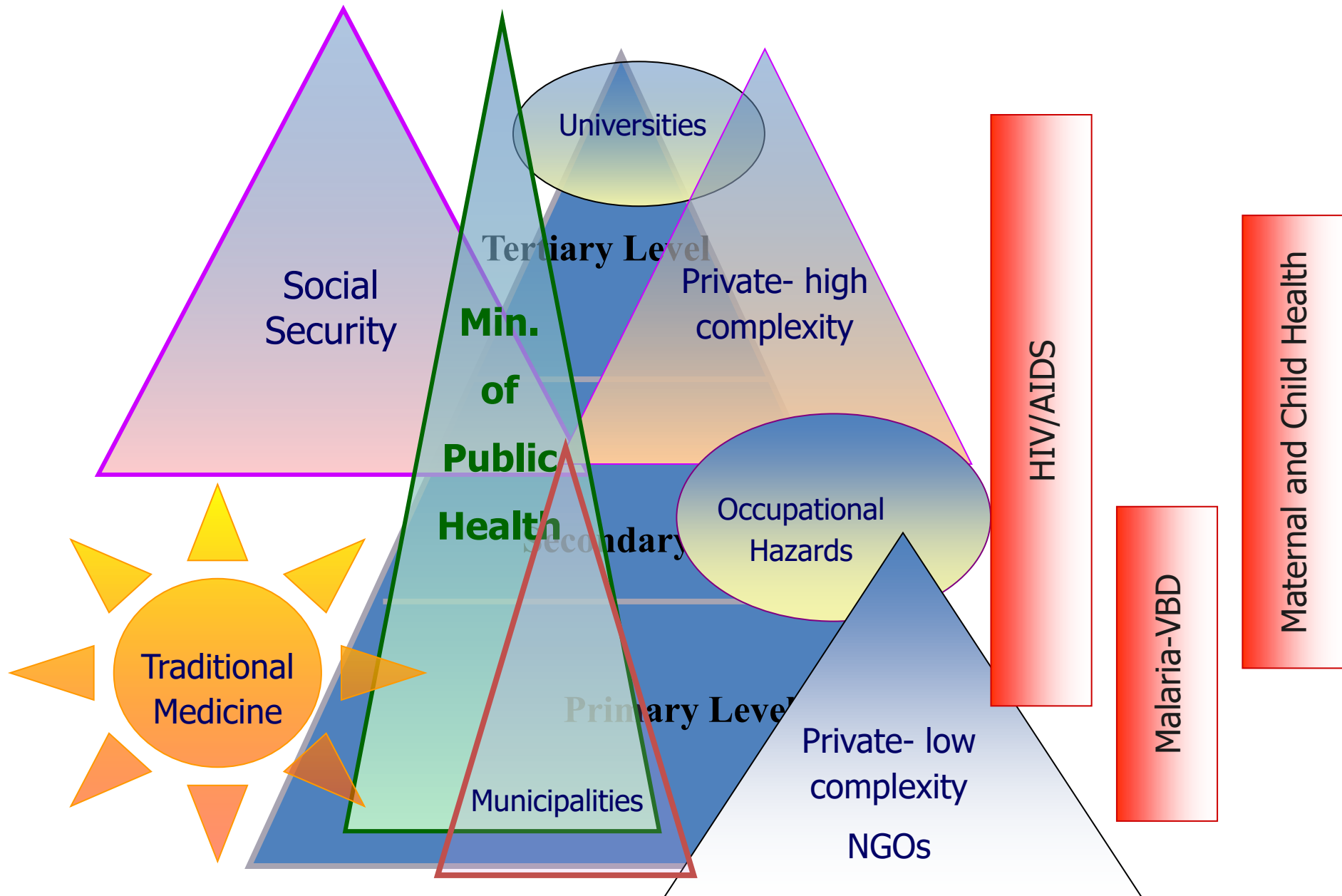


Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2008...

- 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 efficience optimale
- Demande grandissante de la part des pays pour des réformes orientées vers les SSP



Segmentation and fragmentation of health systems



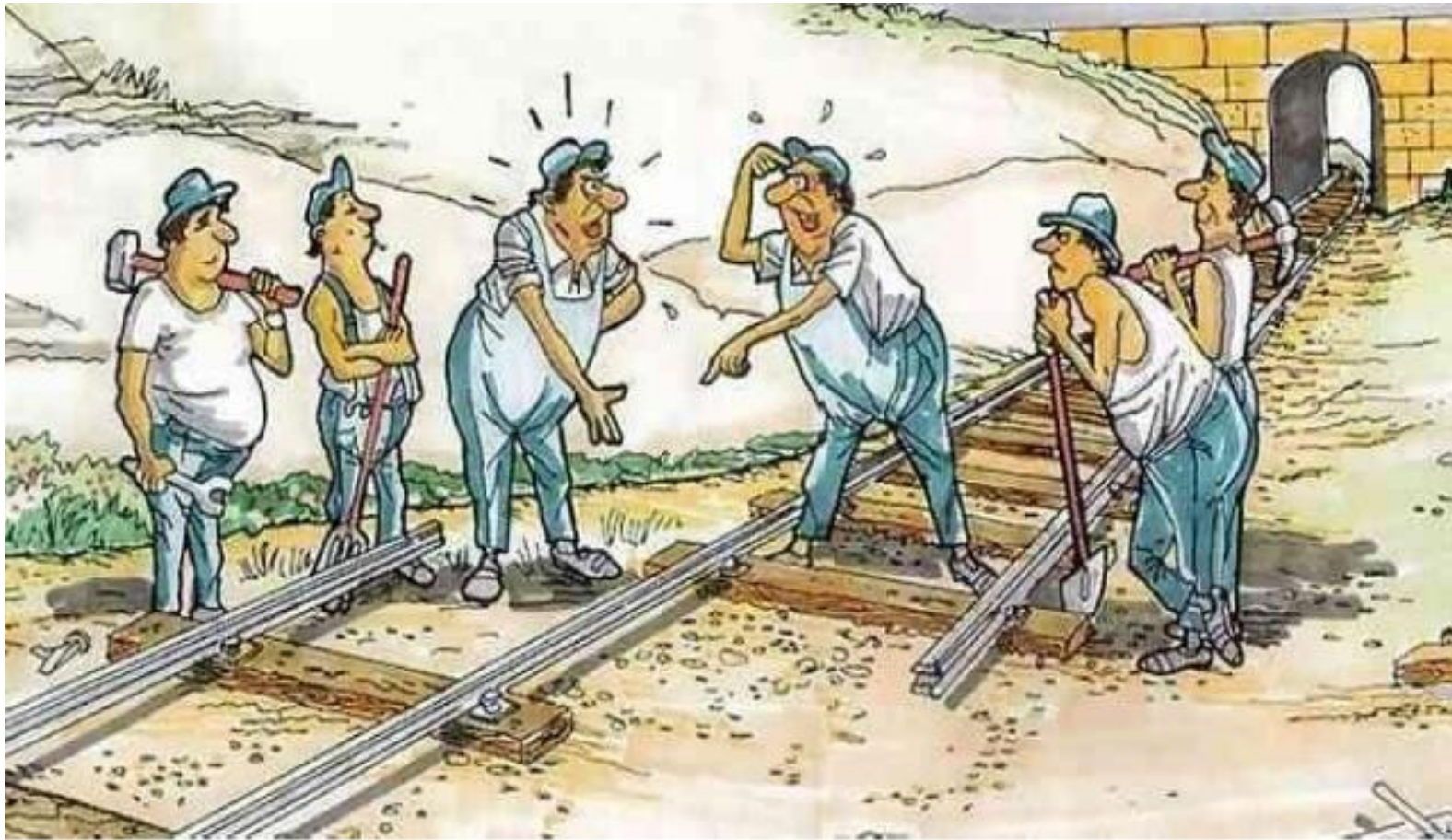
Effets secondaires de la fragmentation

TABLE # 1

CAUSES AND EFFECTS OF FRAGMENTATION	
CAUSES:	
• Segmentation of financing systems • Insufficient financing that impedes the delivery of comprehensive services • Weak steering role of the national health authority • Lack of skilled human resources	
EFFECTS:	
ON POPULATIONS	ON THE SYSTEMS AND SERVICES
• Lack of access to services and/or opportunities for care • Loss of continuity in health care processes • Lack of conformity of the services with the needs and the expectations of the users	• Lack of coordination and communication between the different levels of the system and healthcare sites • Duplication of services and infrastructure • Un-utilised productive capacity in some cases • Over-utilisation in other cases • Healthcare provided in the least appropriate place, particularly at the hospital level.



Some challenges to Global Health Initiatives* support being well-aligned and PHC-focused



* The Global Fund, GAVI, Global Financing Facility (World Bank),...

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

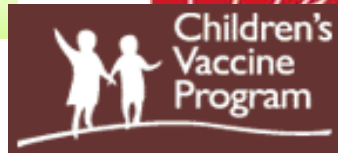
SECURE THE FUTURE®



Medicines for Malaria Venture



**Global Polio
Eradication Initiative**



EMVI

The European Malaria Vaccine
Initiative



NetMark

Public-Private Partnership

Global Campaign
FOR MICROBICIDES



Hope for African
Children Initiative

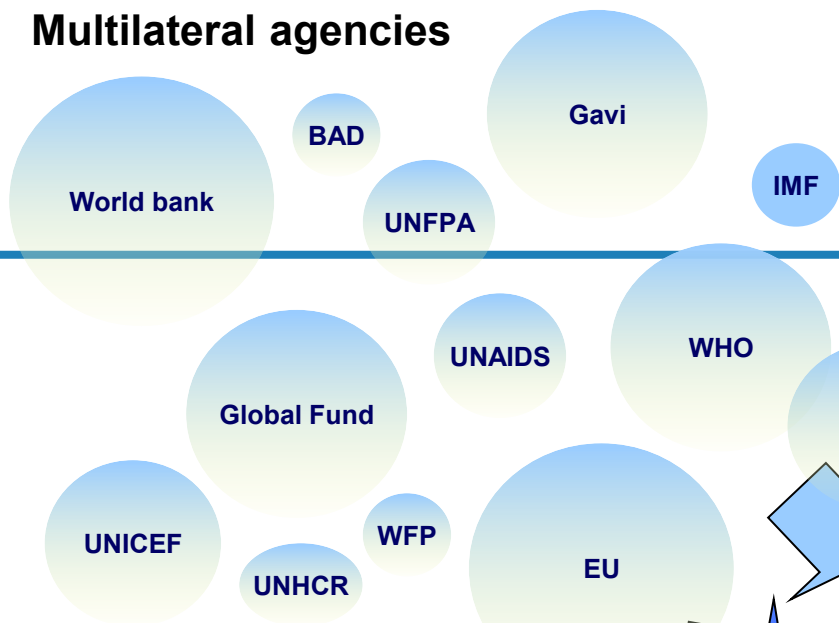


Schistosomiasis Control Initiative

US Presidential Initiative
FIGHTING MALARIA
SAVING LIVES IN AFRICA



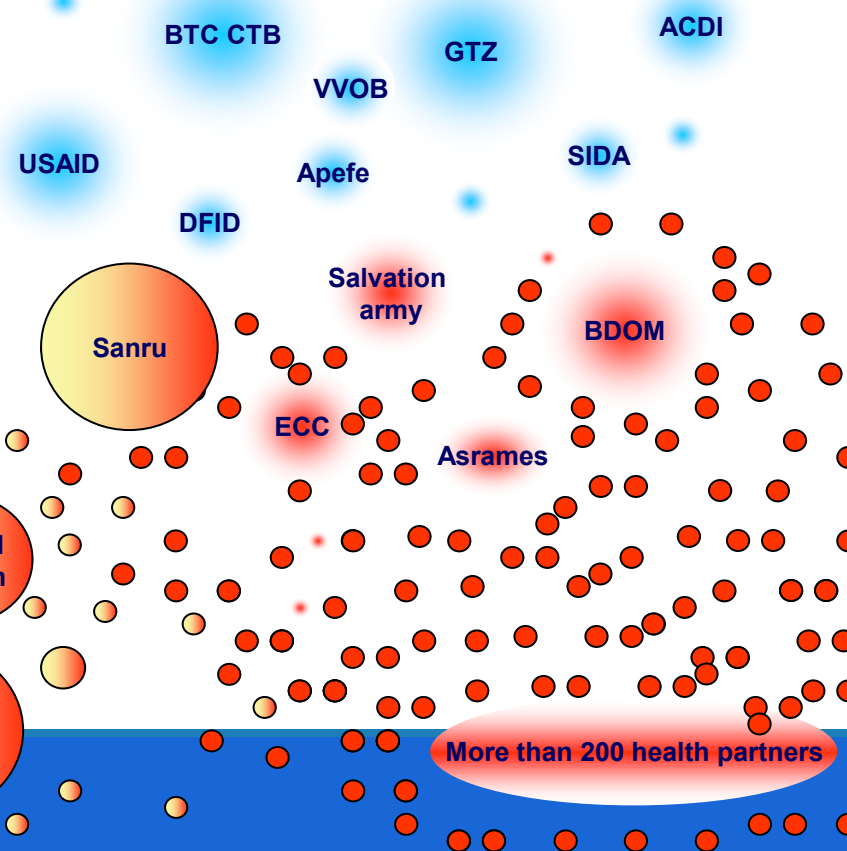
Multilateral agencies



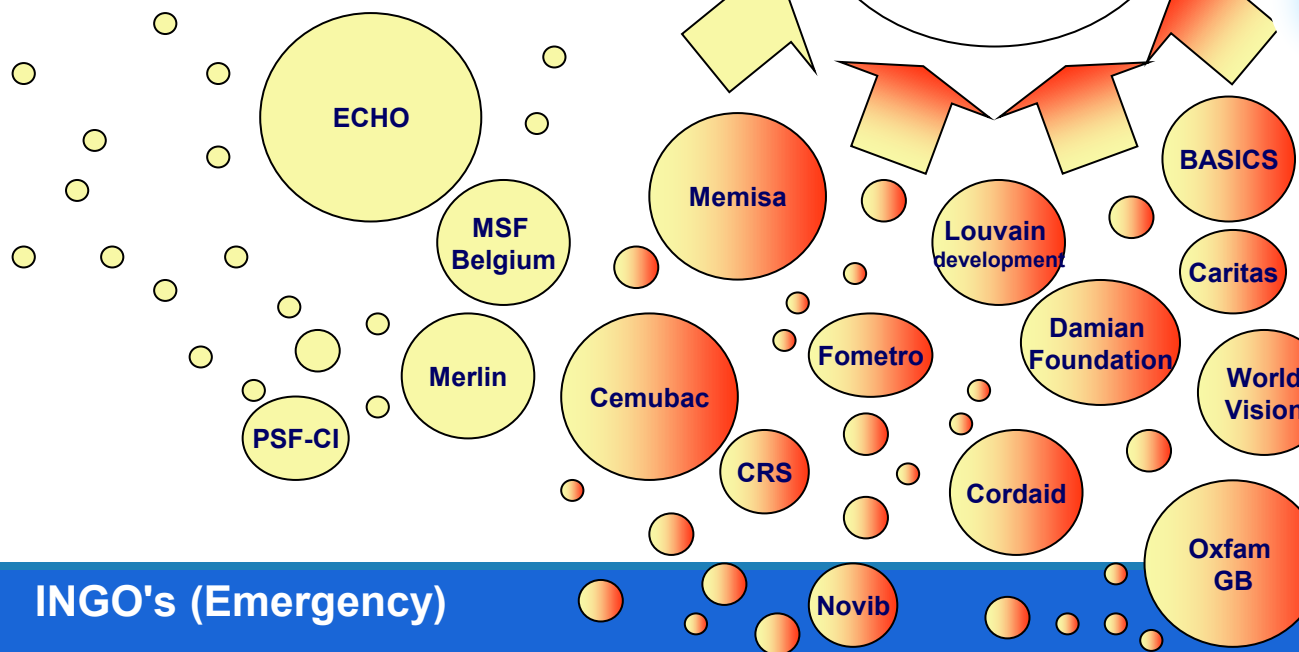
State and Parastatal organisations



Bilateral Funding / Technical agencies



13 Donor Government program coordination committees



INGO's (Emergency)

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

More than 200 health partners

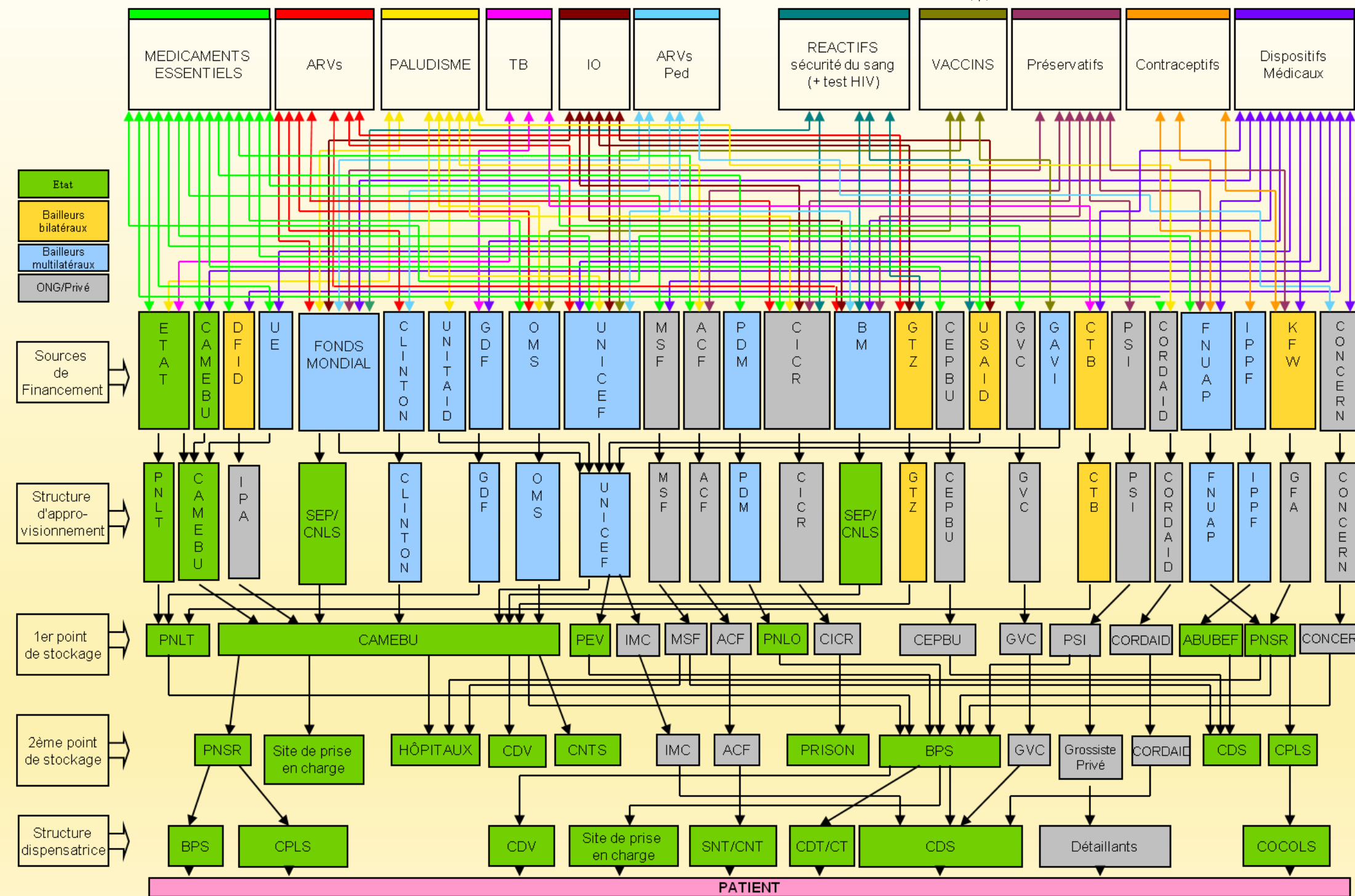
Systèmes d'approvisionnement des produits pharmaceutiques au BURUNDI. Juillet 2007



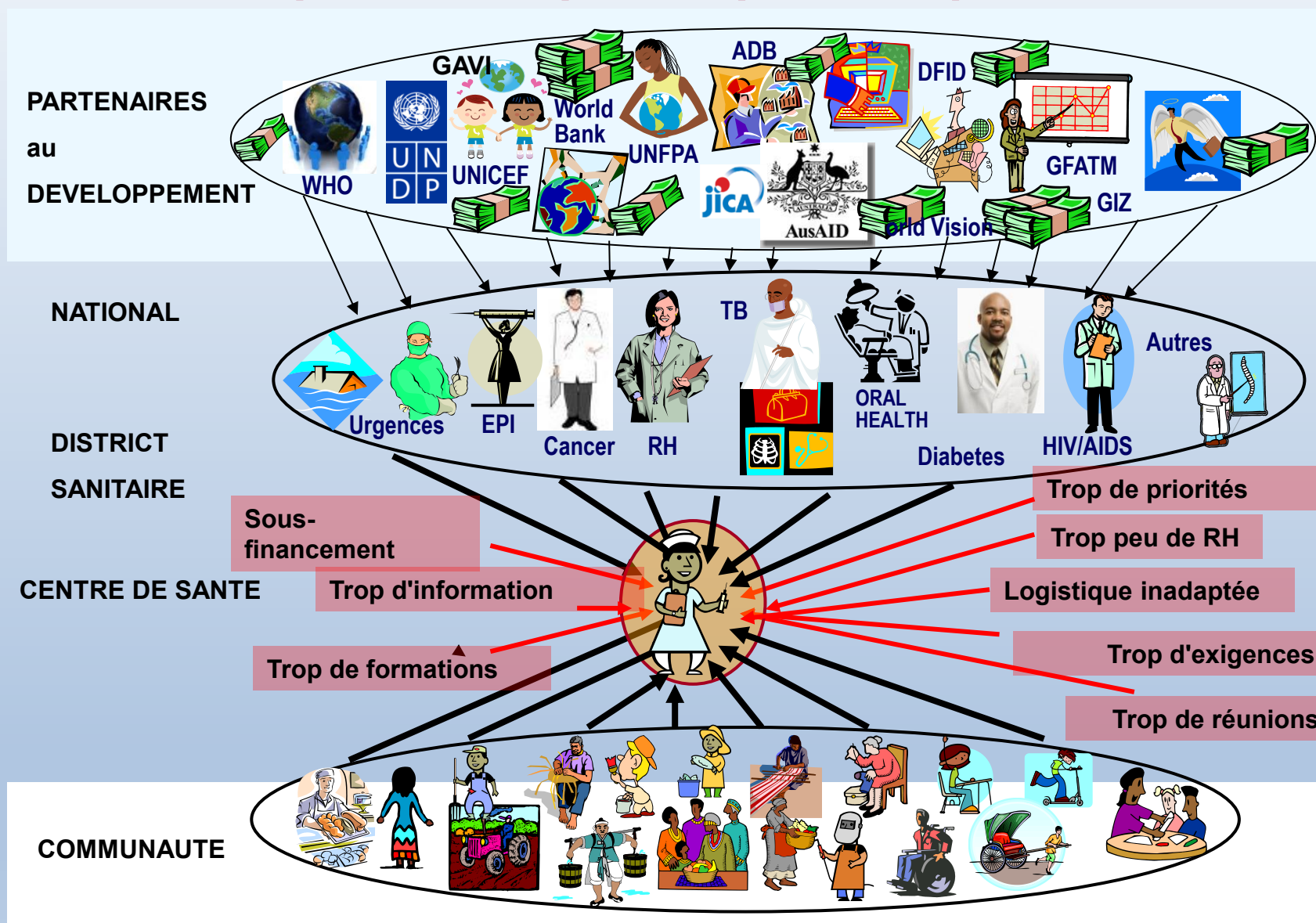
République du Burundi
Ministère de la Santé Publique



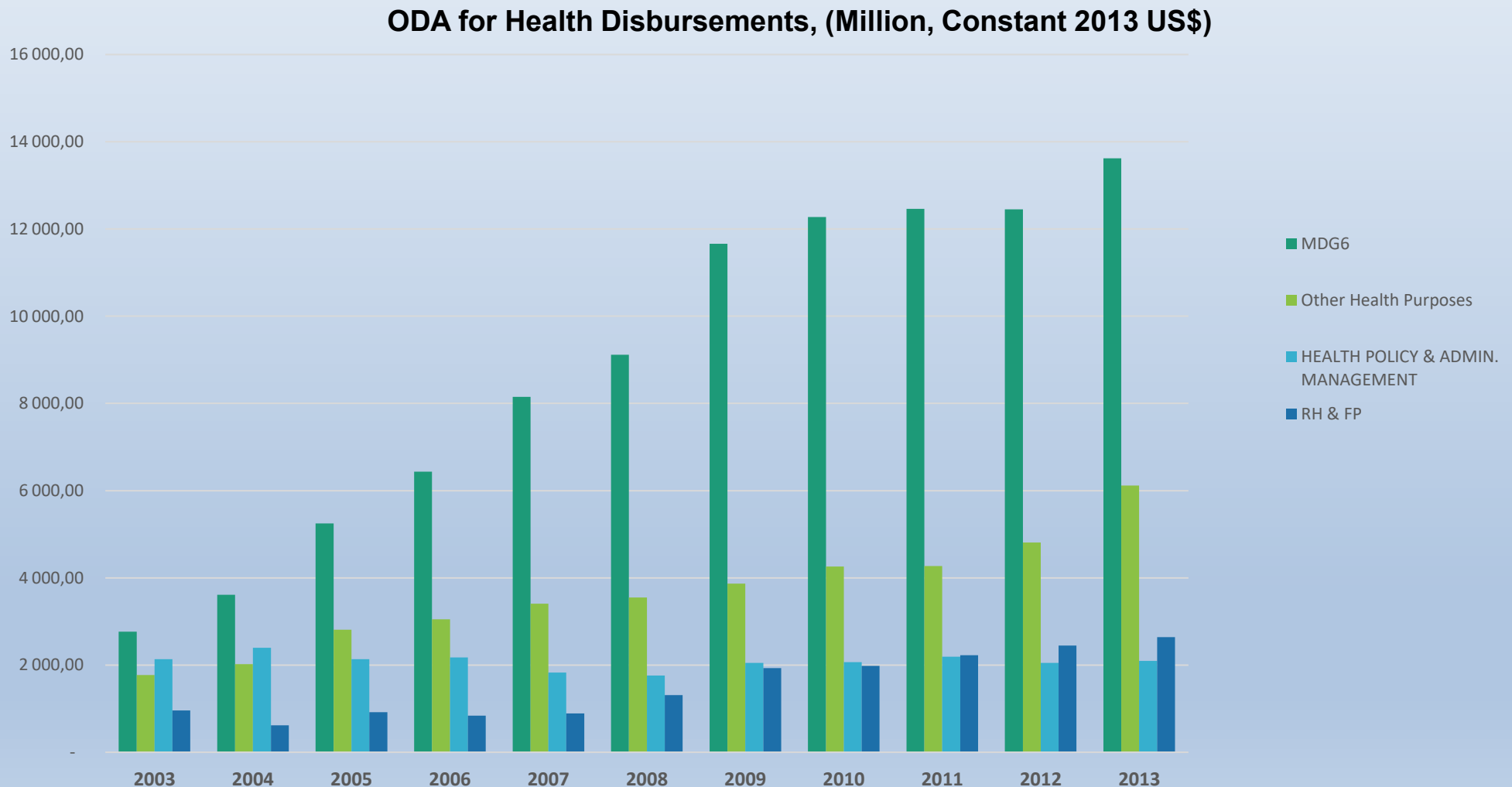
Organisation
mondiale de la Santé



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



Aide officielle au Développement pour la santé par domaines majeurs



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

...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, COVID-19...) 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 [AG NU en 2019, G7, G20]
- Rôle de la santé publique globale en relation avec les initiatives mondiales (Gavi, Fonds mondial contre la tub., mal. et SIDA) 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 Maladies non transmissibles, 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 de manière transversale (des vies saines sur une planète saine) – concept de ONE HEALTH

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



Figure 1 – SDG3 health and well-being targets

 3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING	Targets 3.1 Maternal mortality 3.2 Neonatal and child mortality 3.3 Infectious diseases 3.4 Non-communicable diseases 3.5 Substance abuse 3.6 Road traffic injuries 3.7 Sexual and reproductive health 3.8 Universal health coverage 3.9 Environmental health	Means of implementation 3.a Tobacco control 3.b Medicines and vaccines 3.c Health financing and workforce 3.d Emergency preparedness
--	---	--

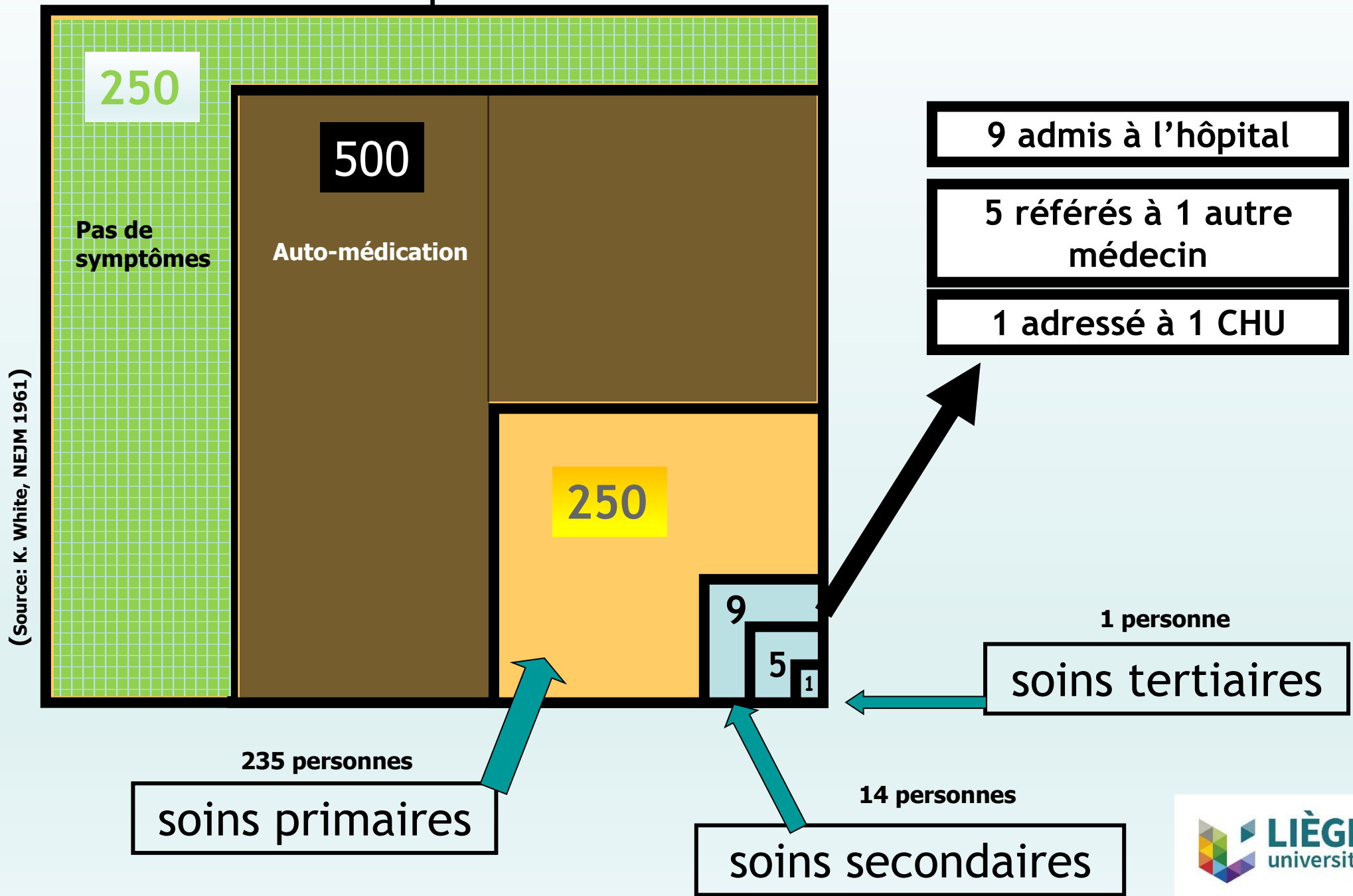
Source: ECA, based on [WHO](#).

**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**

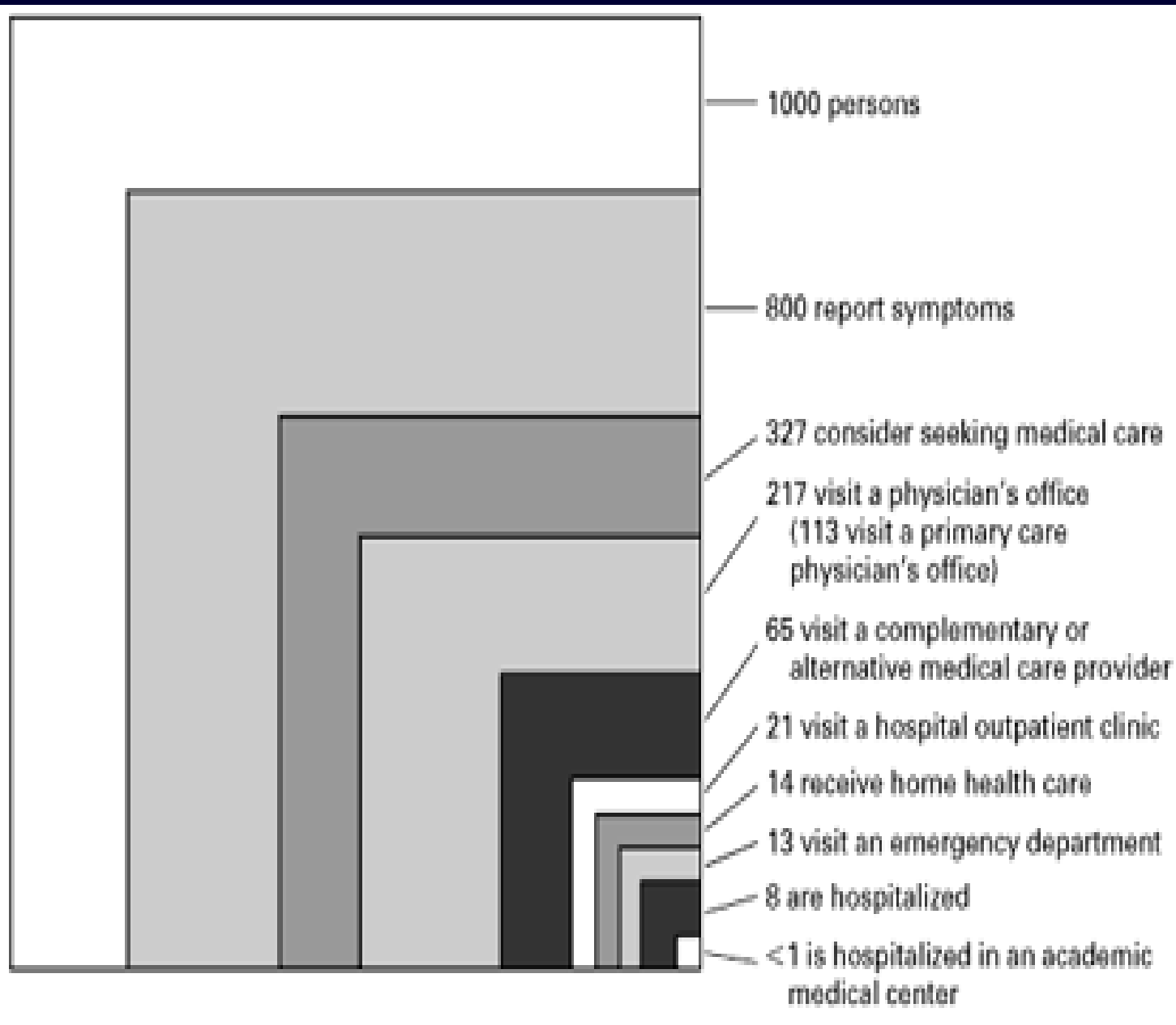
“Les fondements de la couverture sanitaire universelle reposent sur des systèmes de santé solides, construits sur des soins primaires centrés sur les personnes, considérés comme le vecteur le plus équitable, efficace et efficient de mettre à disposition des services de santé essentiels.”

Paradigme : soins de santé primaires

1000 personnes



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

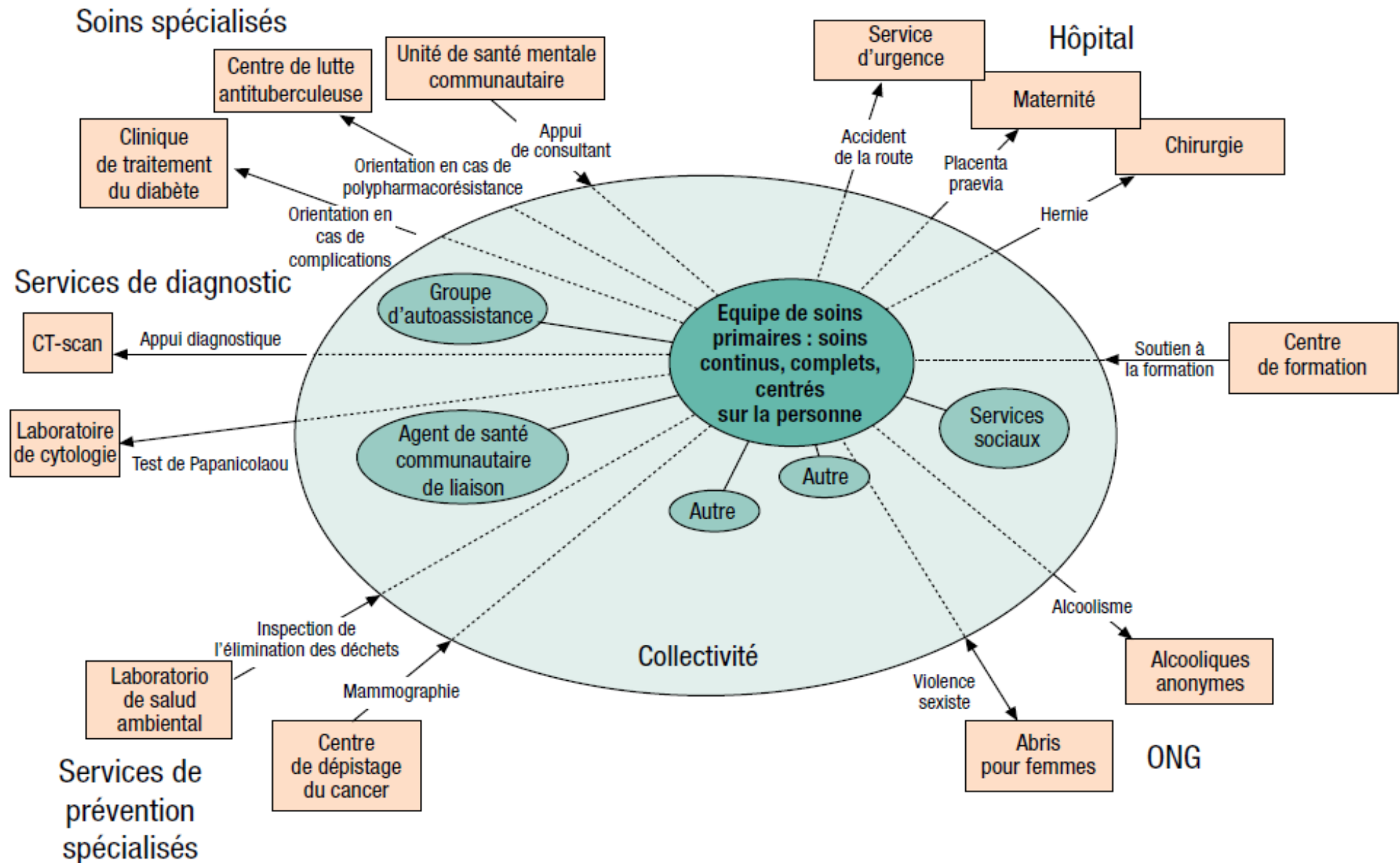


SSP : Alma Ata (7)

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



RDC



Ontario, Canada



South Africa



Barcelona, Spain



Iraq

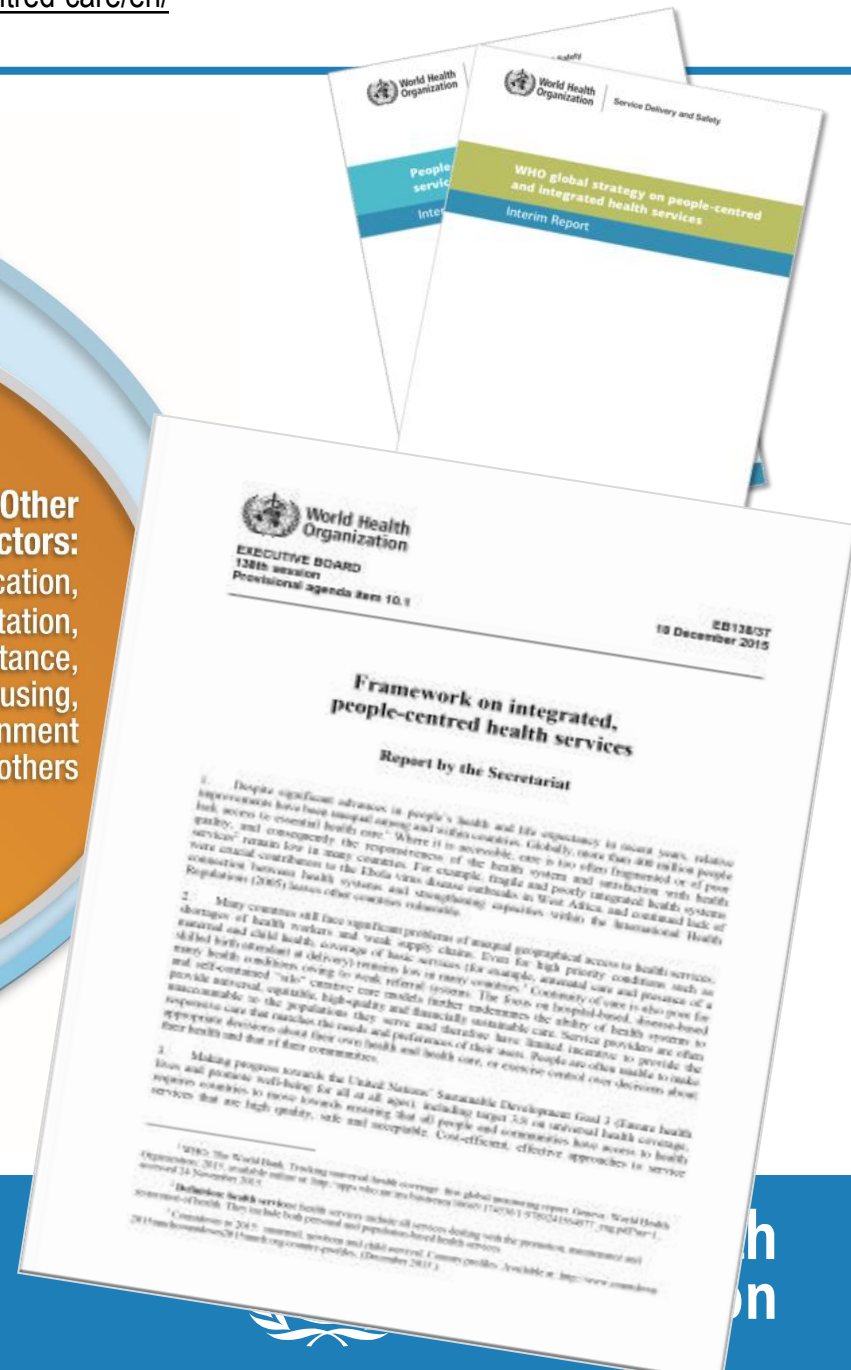
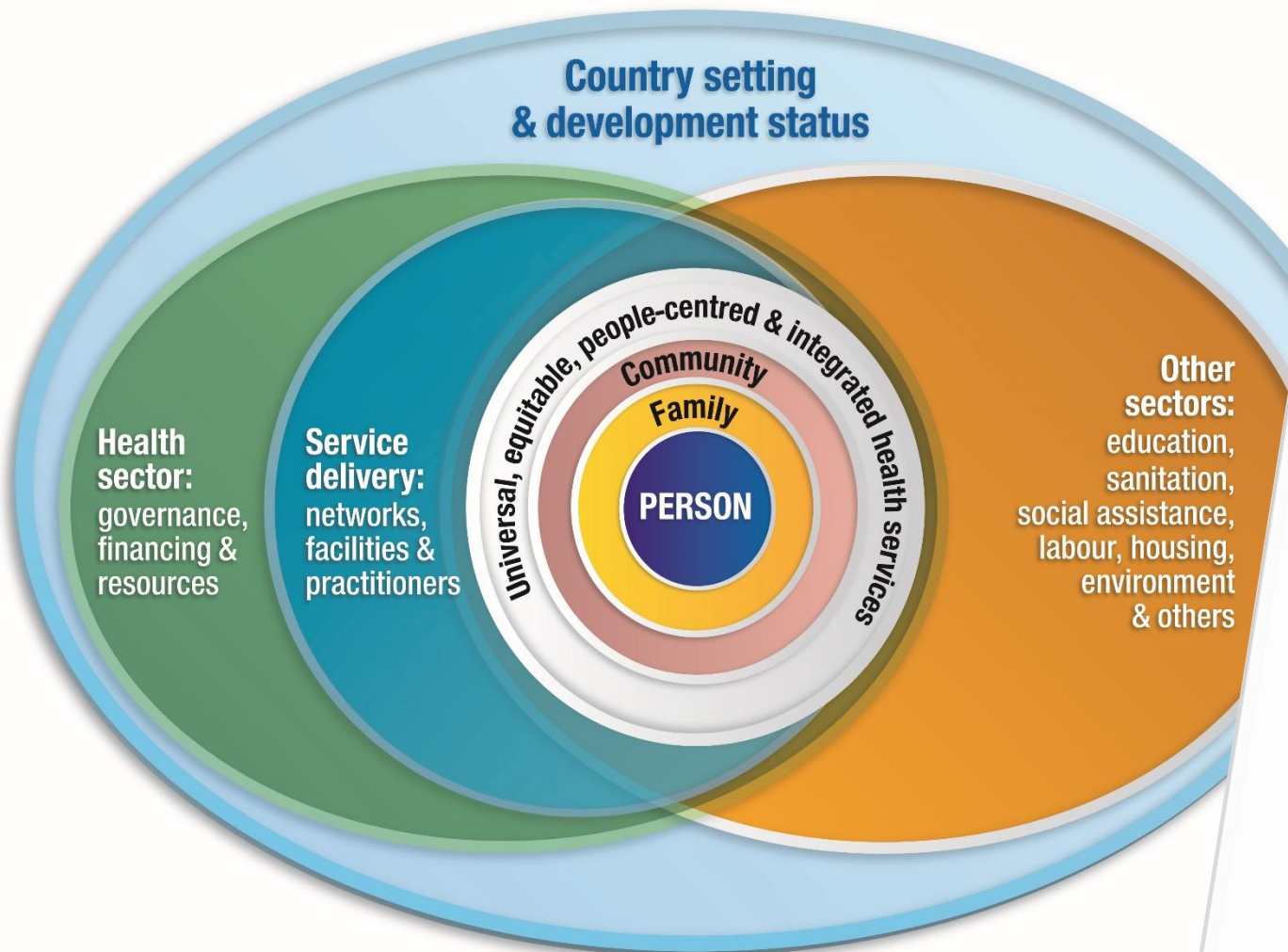


California, USA



Integrated People Centered Services-framework

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



From Alma Ata to Astana: the long journey of Primary Health Care



SSP : d'Alma Ata à Astana

We, ***Heads of State and Government, Ministers and Representatives of States and Governments***, participating in the Global Conference on Primary Health Care:

From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, meeting in Astana (25 and 26 October 2018), reaffirming the commitments expressed in the ambitious and visionary Declaration of Alma-Ata of 1978 and the 2030 Agenda for Sustainable Development, in pursuit of Health for All, hereby make the following Declaration.

We envision:

- **Governments and societies** that prioritize, promote and protect people's health and well-being, at both population and individual levels, through strong health systems;
- **Primary health care and health services** that are high quality, safe, comprehensive, integrated, accessible, available and affordable for everyone and everywhere, provided with compassion, respect and dignity by health professionals who are well-trained, skilled, motivated and committed;
- **Enabling and health-conducive environments** in which individuals and communities are empowered and engaged in maintaining and enhancing their health and well-being;
- **Partners and stakeholders** aligned in providing effective support to national health policies, strategies and plans.

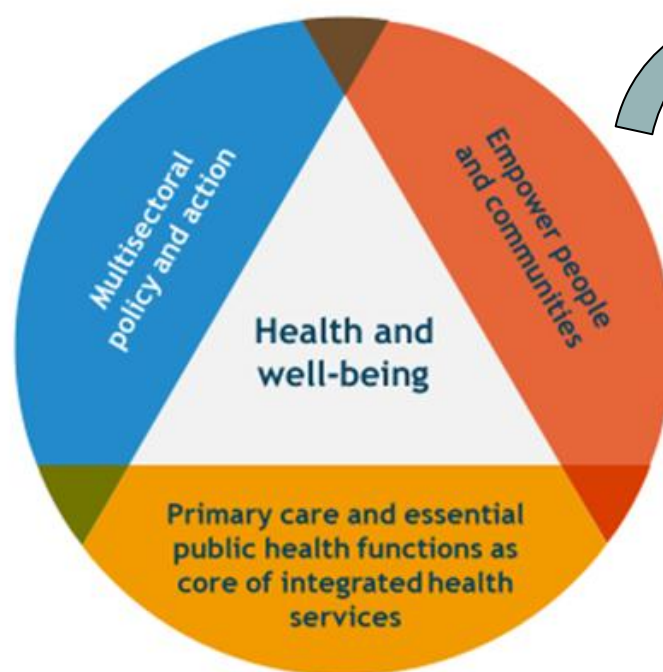


VALUES

underpinning PHC have remained the same

- Health for all
- Solidarity
- Community orientation
- Social justice
- Equity
- People centredness

PHC - a whole of society approach



"The goal of primary health care is to provide a person-centred, holistic approach to health, focused on prevention and the continuum of well-being. Primary health care includes those primary care services typically delivered at clinics and hospitals, but also emphasizes addressing the determinants of health to promote health, prevent disease and avoid or delay the need for curative services."

Dr Tedros A. Gebreyesus, Bulletin of the WHO, November 2020



Adopted by the WHA in November 2020

Innovations: vision renouvelée - volonté politique plus forte – multisectorialité
 – plus grande implication des communautés – santé dans toutes les politiques
 – cadre opérationnel – monitoring des résultats = ***Une véritable théorie du changement***

PHC: Theory of Change

PHC APPROACH

PHC OPERATIONAL FRAMEWORK STRUCTURES – INPUTS – PROCESSES

PHC RESULTS OUTPUTS – OUTCOMES – IMPACT

Primary care & public health
Integrated health services

Empowered people & communities

Multisectoral policy & action

Strategic Levers

- Political commitment & leadership
- Governance & policy frameworks
- Funding & allocation of resources
- Engagement of communities & other stakeholders

Operational Levers

- Models of care
- Primary health care workforce
- Physical infrastructure
- Medicines & other health products
- Engagement with private-sector providers
- Purchasing and payment systems
- Digital technologies for health
- Systems for improving the quality of primary health care
- Primary health care-oriented research
- Monitoring & evaluation

Improved access,
utilization & quality

Improved participation,
health literacy & care
seeking

Improved determinants
of health

Universal Health Coverage



Objectifs pour un
développement
durable - ODD



Cadre opérationnel des SSP (de la vision à l'action)



Leviers stratégiques

Volonté politique et leadership	• Clairement exprimée au sommet de l'Etat et qui place les SSP au cœur de l'action sociétale en vue de la CSU & ODDs • Nécessaire pour engager les autres secteurs et impulser les réformes des SSP • Mise à disposition des ressources surtout domestiques
Gouvernance et cadres stratégiques	• Structures de gouvernance en faveur des SSP • Une PNS et PNDS basés sur les SSP • Les PTFs s'alignent sur les priorités du gouvernement
Financement et répartition des ressources	• Financement suffisant des SSP et réparti de façon à promouvoir l'équité d'accès, • RFP qui favorisent l'efficacité, l'efficience et la redevabilité dans le secteur de la santé
Participation des communautés et d'autres parties prenantes	• Communautés comme partenaires et non auxiliaires du secteur de la santé • Engagement des autres secteurs en faveur de la santé à travers une action multisectorielle de redevabilité

Leviers opérationnels

Modèles des soins	• Modèles des soins de santé intégrés centrés sur la personne et qui se donnent tout au long du cycle de la vie à travers le développement et la mise en œuvre des PSSE • Modèles des soins innovants qui capitalisent sur la TIC et les leçons apprises de COVID-19
Personnel dispensant les soins de santé primaires	• Personnel pluridisciplinaire dévoué, en nombre et en qualité suffisants • Personnel de santé équitablement reparté suffisant, ayant le niveau de compétence requis et bien réparti • Personnel de santé bien motivé et qui comprend des agents de santé travaillant en institution, dans des services de proximité et dans les communautés
Infrastructure physique	• FOSA sûrs et accessibles, équipés de systèmes fiables d'alimentation en électricité, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'élimination des déchets/recyclage, • Bonne connexion pour les TCI et de transport permettant de transférer les patients vers d'autres prestataires de soins de santé
Technologies numériques pour la santé	• Utilisation des technologies numériques pour faciliter l'accès aux soins et la prestation de services, en améliorer l'efficacité et l'efficience, et responsabiliser les acteurs

Implementing the primary health care approach

A primer



Dheepa Rajan
Katherine Rouleau
Juliane Winkelmann
Melitta Jakab
Dionne Kringos
Faraz Khalid

CONFERENCE
COPY

GLOBAL REPORT
ON PRIMARY
HEALTH CARE

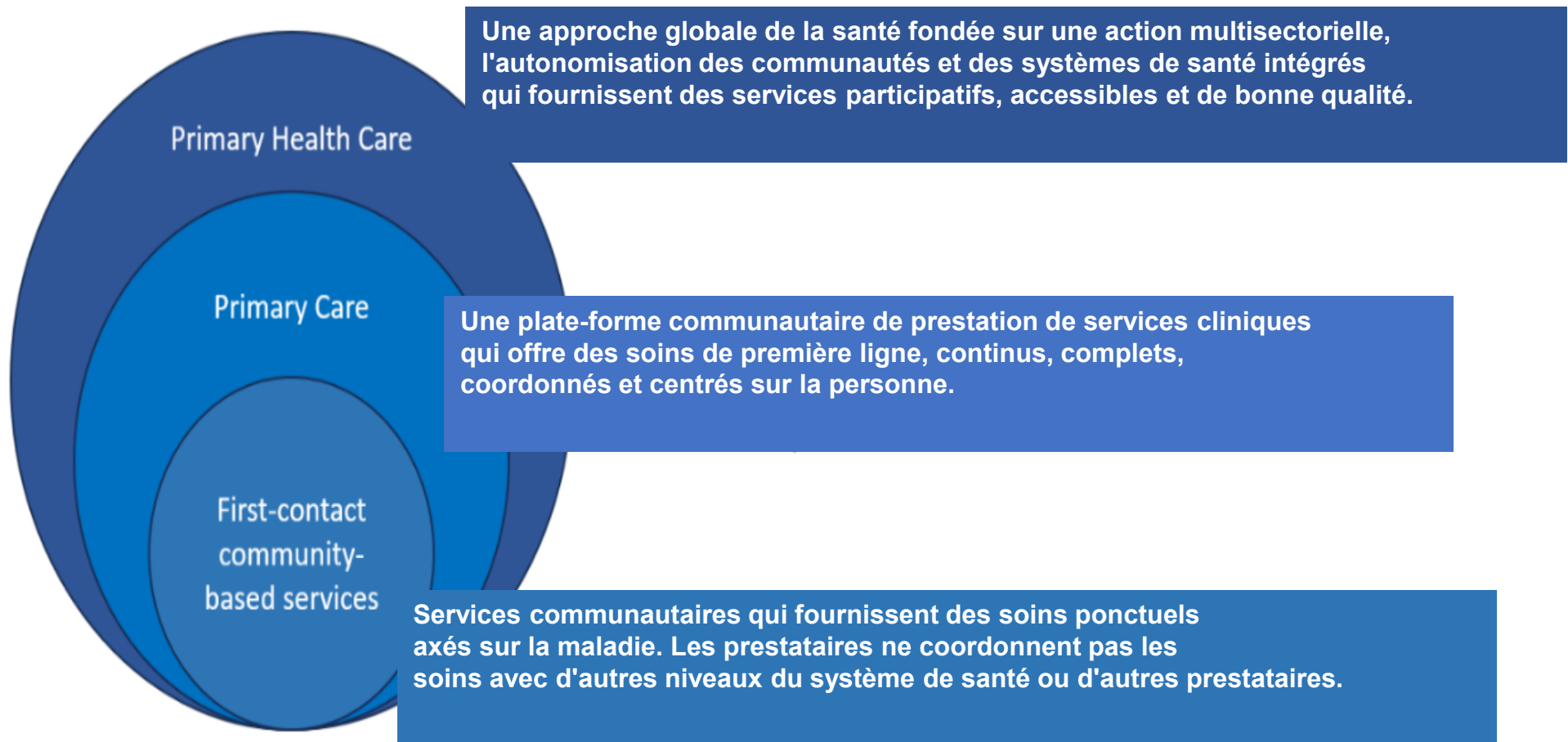


[Ctrl+Click here: Primary Health Care \(who.int\)](https://www.who.int/primary-health)

See Chapter one and the glossary

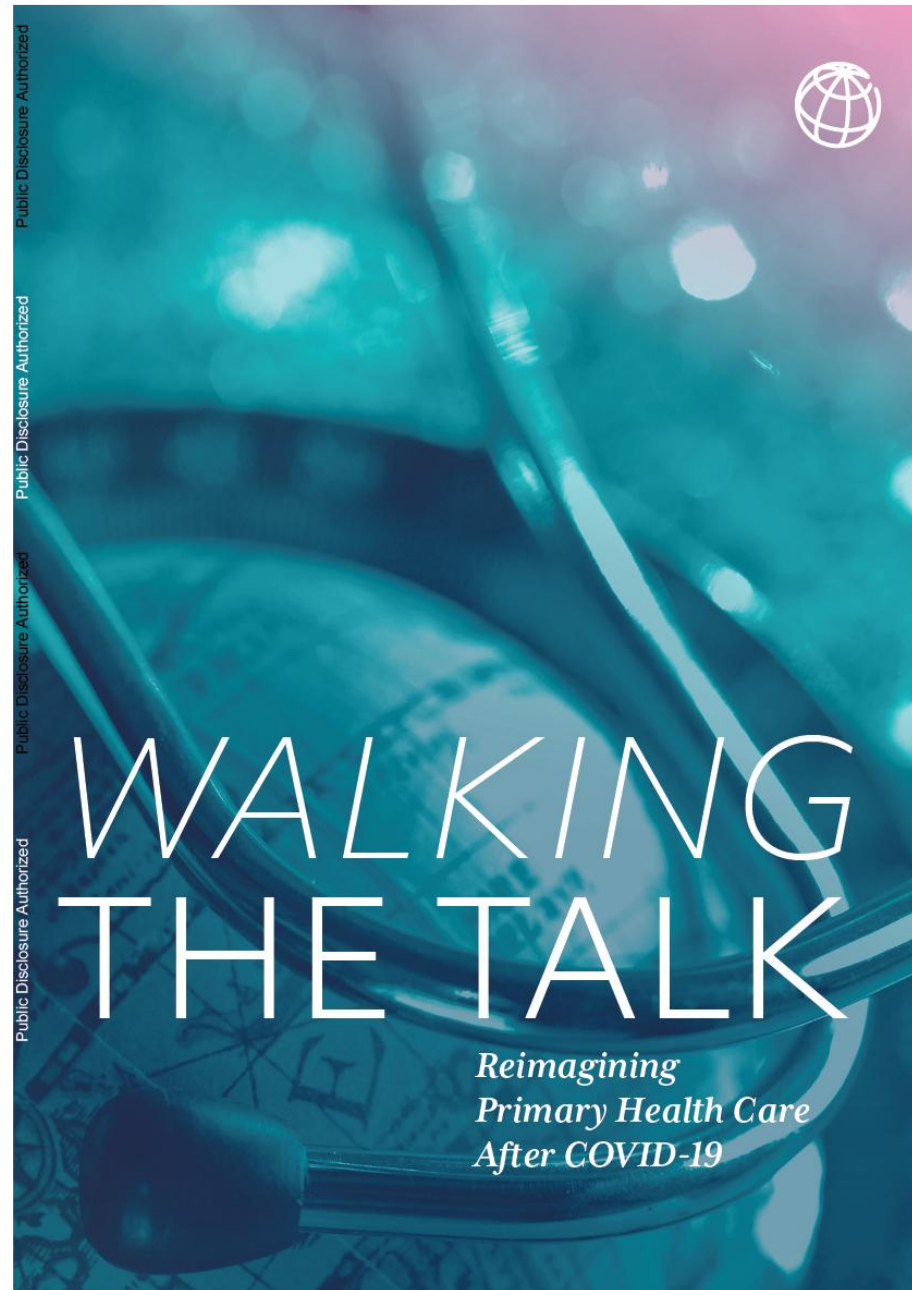
NB: pour la traduction vous pouvez utiliser DeepL

Soyons attentifs aux concepts...



La Banque mondiale a également récemment renouvelé son engagement pour les SSP

World Bank, 2021



Le Groupe des Vingt
(G20) est un forum
de coopération entre
certains pays qui
représentent 80% du
PIB mondial

La Déclaration¹ met en avant toute une série de domaines essentiels en matière de santé. Les dirigeants y soulignent l'utilité d'améliorer l'accès aux mesures de contrôle de la maladie et d'accroître les capacités de production, et y appellent à renforcer l'architecture mondiale de préparation et de riposte face aux urgences sanitaires en accordant un rôle central à l'OMS.

Ils s'engagent à instaurer la couverture sanitaire universelle en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et à poursuivre les progrès dans la lutte contre les maladies.

Ils apportent leur soutien à l'approche « Une seule santé » et à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

Ils reconnaissent le rôle de la médecine traditionnelle et saluent la création de l'Initiative mondiale de l'OMS sur la santé numérique. Ils s'engagent à promouvoir les services de santé mentale.

Enfin, ils réaffirment leur appui au groupe de travail ministériel conjoint sur les financements de la santé et au Fonds de lutte contre les pandémies.

¹ G20 Leaders Declaration, New Delhi, Sep. 2023



Assemblée générale

Distr. limitée
25 septembre 2023
Français
Original : anglais

Soixante-dix-huitième session

Point 125 de l'ordre du jour

Santé mondiale et politique étrangère

Projet de résolution présenté par le Président de l'Assemblée générale

Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle

L'Assemblée générale

Adopte la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, tenue le 21 septembre 2023 conformément à sa résolution [75/315](#) du 17 août 2021 ; le texte de la déclaration figure dans l'annexe de la présente résolution.

■ **Les soins de santé primaires (SSP) sont une approche** de la santé qui s'adresse à l'ensemble de la société et qui vise à maximiser le niveau et la répartition équitable de la santé et du bien-être en se concentrant sur les besoins et les préférences des personnes le plus tôt possible tout au long du continuum allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs.

■ **L'approche des soins de santé primaires accélère les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et la sécurité sanitaire.** Dans le même temps, elle permet aux systèmes de santé de disposer de tous les services de santé essentiels, de grande qualité, accessibles et abordables pour les communautés, aussi près que possible de l'environnement quotidien des personnes.

■ **Les SSP combinent une politique et une action multisectorielles, un engagement communautaire et des services de haute qualité.** Elle intègre des interventions sanitaires au niveau de la population et de l'individu et fait passer les efforts d'une approche réactive de la maladie à une approche plus holistique et proactive de la santé et du bien-être.

Un accent sur les soins de santé primaires en tant qu'approche pour l'organisation des services et des systèmes de santé

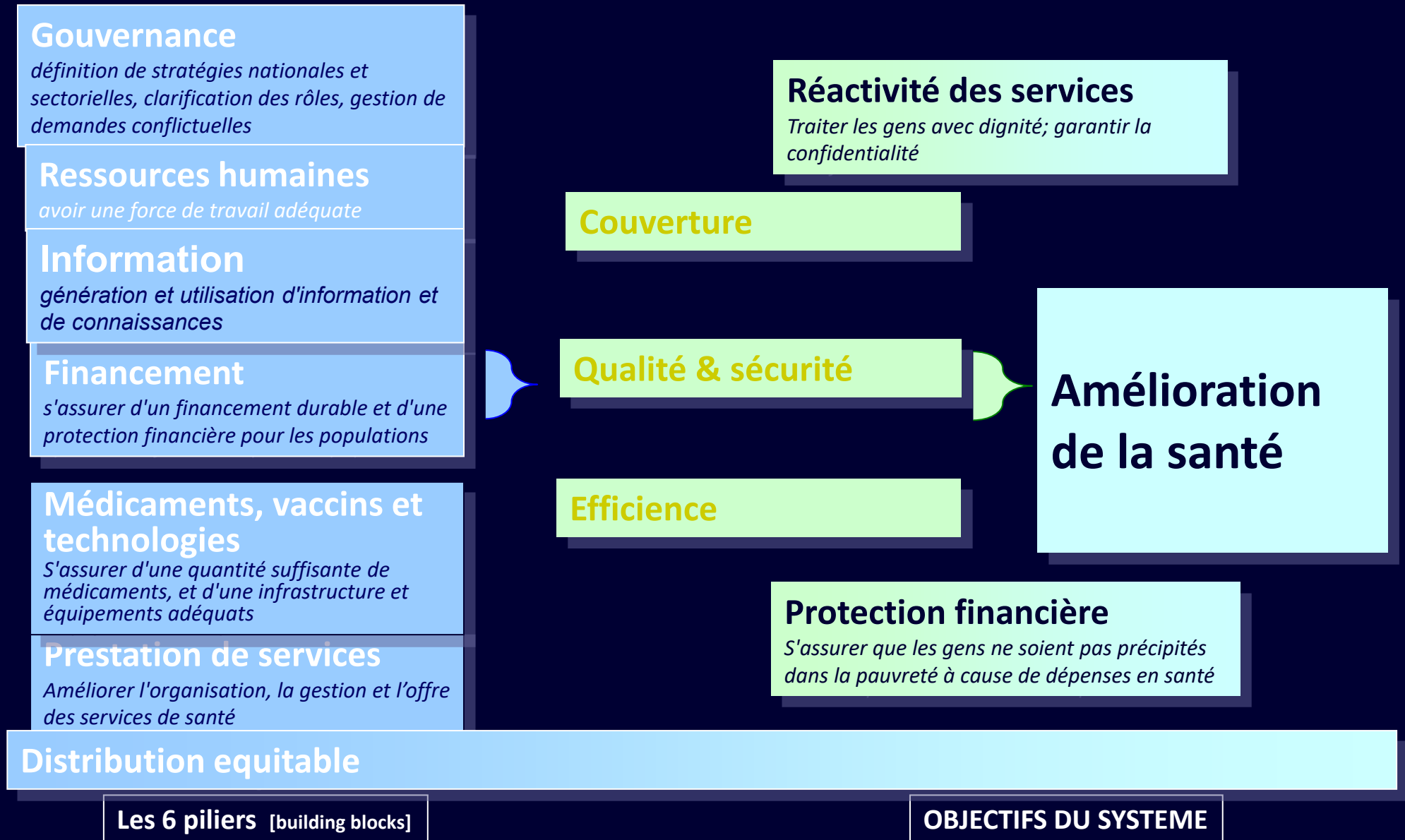


- **75% of the projected health gains from the SDGs could be achieved through PHC;**
- **90% of essential UHC interventions can be delivered through PHC;**
- **Investing in PHC could increase life expectancy by up to 6.7 years by 2030.**
- PHC is the **most equitable and cost-effective way** to address comprehensive health needs close to people's communities and everyday environments.
- It includes essential public health functions and contributes to resilience.
- It is an approach (i.e. not just 'primary care' level) that underpins progressive realization of the full continuum of care across health programmes and diseases and levels of care.
- It is integrated, comprehensive, and relevant for countries at all income/development levels.

...des questions ?

DES SYSTÈMES DE SANTÉ SOLIDES ET RÉSILIENTS ORIENTÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les systèmes de santé selon l'OMS : 6 piliers



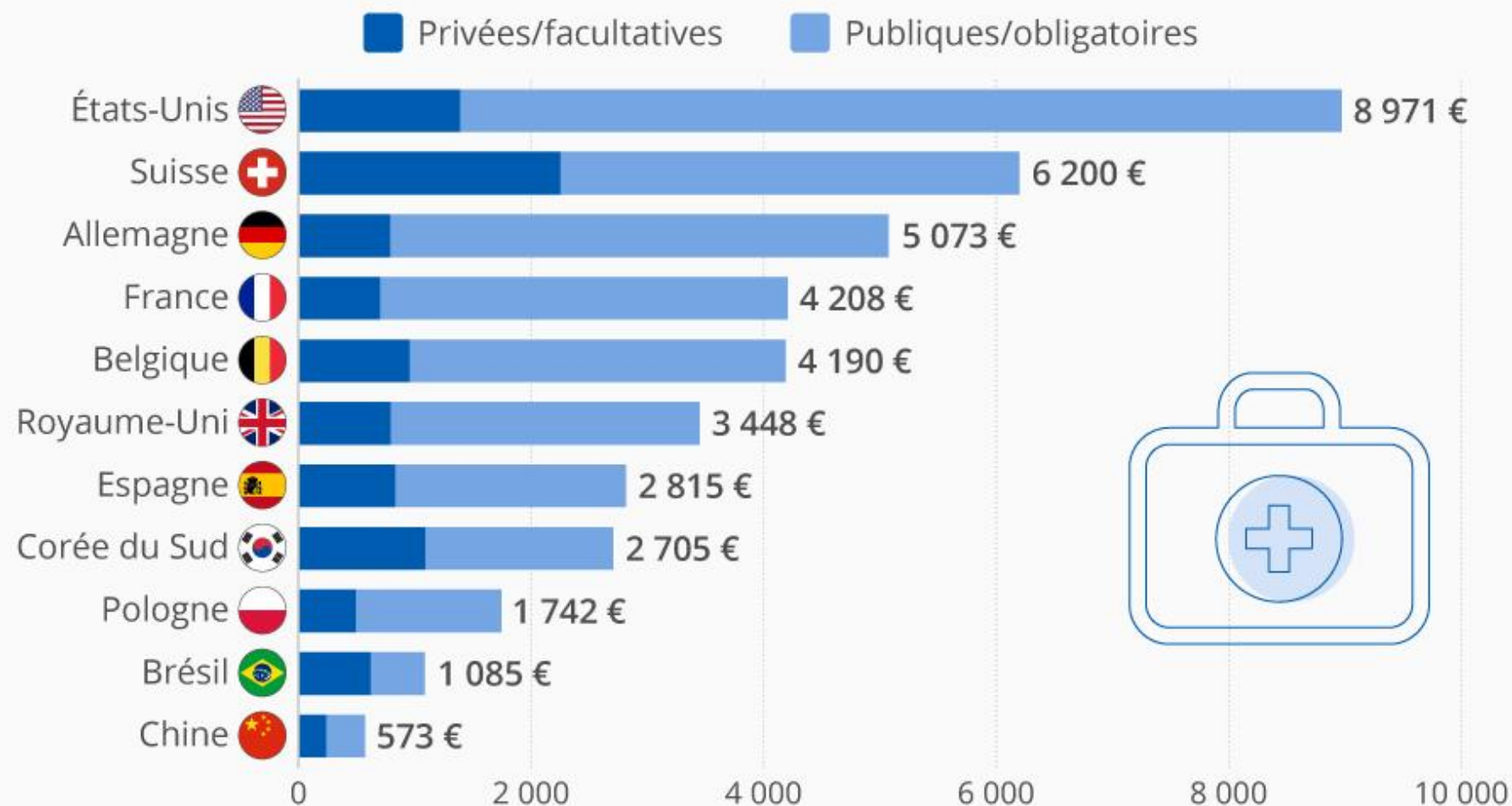
A quoi correspondent ces piliers ?

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.

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DANS LE MONDE

Le coût des systèmes de santé à travers le monde

Dépenses de santé par habitant dans une sélection de pays en 2018, en euros *



* en parité du pouvoir d'achat, conversion du dollar à l'euro au taux de change moyen en 2018 (1 EUR = 1,18 USD).

Sources : OCDE, BCE

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ (3/6)

Un recours accru aux ressources domestiques !

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



MAIS...

Besoins d'investissement dans les fonctions essentielles en santé publique

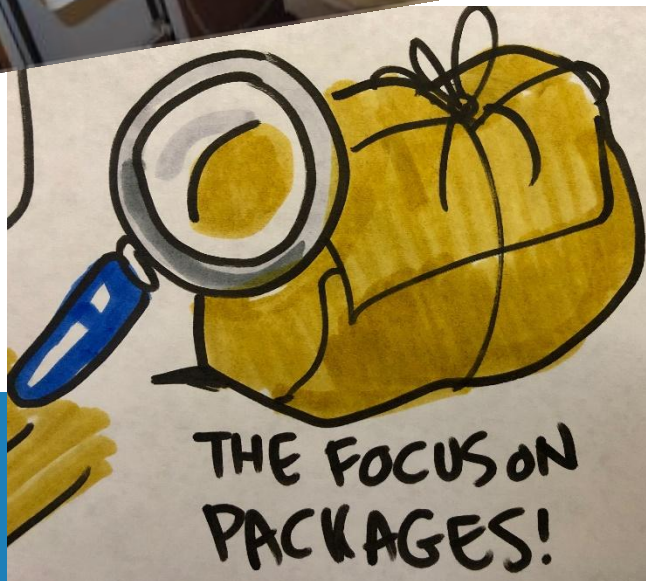
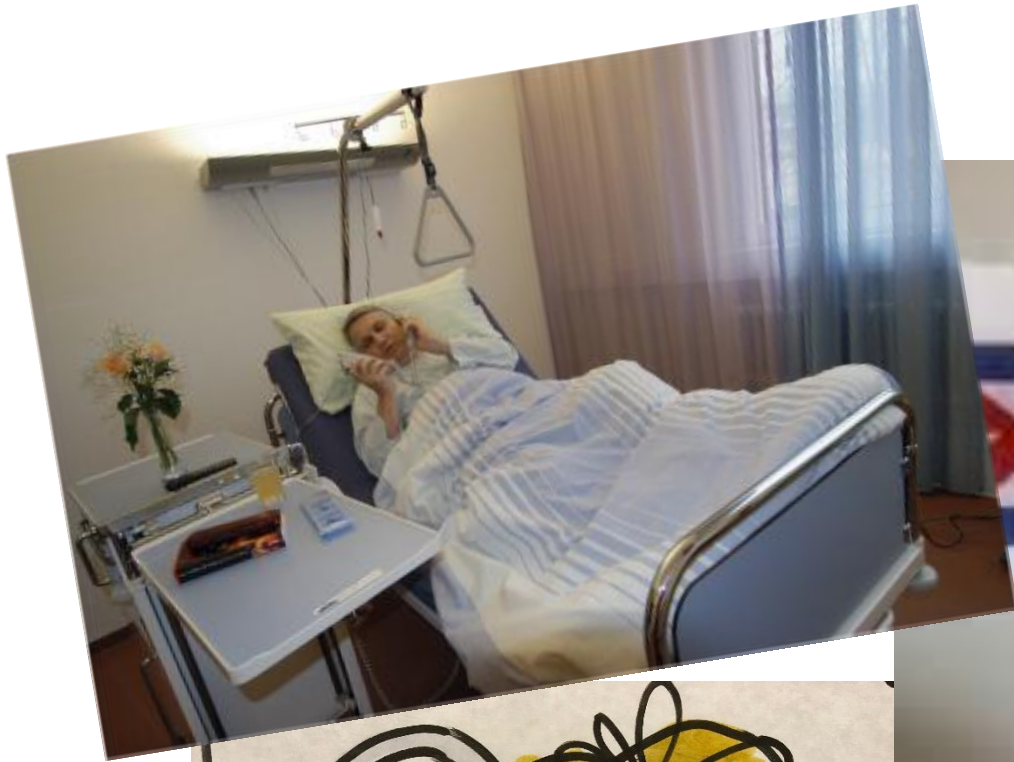
Banques internationales d'investissement
(Banque mondiale, Banque européenne d'investissement,
Banques asiatique et africaine de développement,
Banque islamique de développement,...)

Global common goods for health:

Table 1: CGH Categories and Sub-Categories

1. POLICY & COORDINATION
• Institutional capacities & plans
• Coordination platforms/systems
• Sector and sub-national policies & strategies
2. REGULATIONS & LEGISLATION
• Health sector regulations
• Legislation
• Multi-sectoral regulations impacting health
• Quality & Standards
• Enforcement mechanisms
3. TAXES & SUBSIDIES
4. INFORMATION COLLECTION, ANALYSIS AND COMMUNICATION
5. POPULATION SERVICES
• Water & sanitation
• Waste management
• Infrastructure
• Vector control
• Laboratory systems
• Supplies

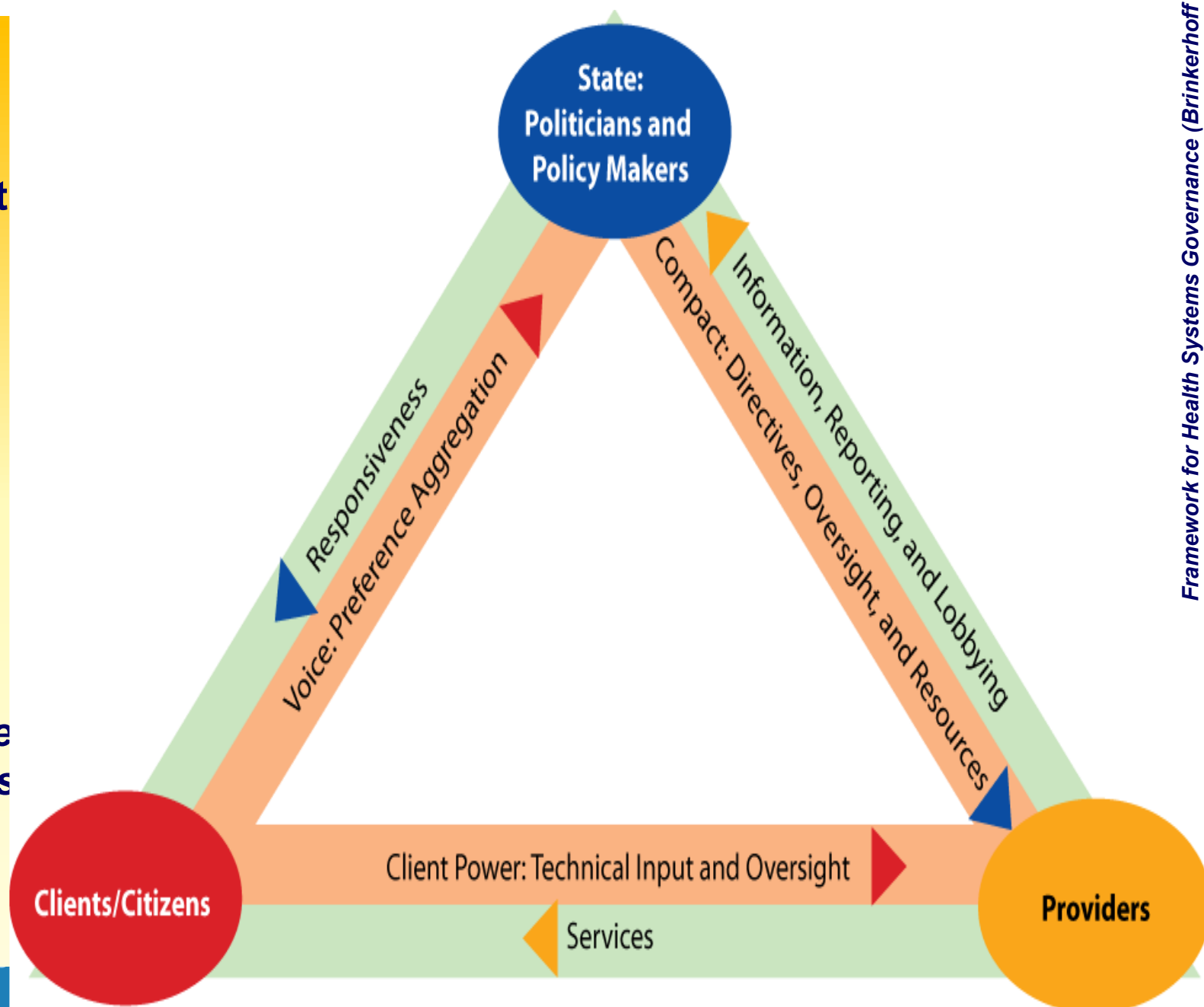
La gouvernance et la prestations des services également...



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.



Favoriser la prise de parole,
de pouvoir et l'action des
populations – Manuel sur la
participation sociale à la couverture
sanitaire universelle

Berlin, October 2022

UNITE AND THE WHO SIGN AN MoU

DURING THE WORLD HEALTH SUMMIT



During the World Health Summit, in front of an audience including **more than 40 parliamentarians from 30 different countries**, WHO signed a *Memorandum of Understanding* with **UNITE**, Parliamentarians Network for Global Health.

La notion de paquets essentiels d'activités

The health sector package, termed **essential universal health care (UHC)**, had **218 interventions**.

The 218 health sector interventions were characterized by delivery platform:

- **population-based** health interventions (n=13),
- **community-based** health interventions (n=59),
- **health centres** (n=68),
- **first-level hospitals** (n=58), and
- **referral and specialty hospitals** (n=20).

Source: Watkins, David *et al*: Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. The Lancet, 2018

(The) platforms as a key part to the **integration** of health interventions. *For example, in a community setting, the same school can deliver a range of interventions including deworming, vaccination against human papillomavirus, and health education and promotion. The same health centre can deliver antiretroviral therapy, cardiovascular disease screening, and treatment for depressive and anxiety disorders. The same first-level hospital can deliver surgical care for severe injuries, manage complicated cases of tuberculosis, and provide some specialized care in the outpatient department for less frequent and more complex non-communicable diseases (NCDs), such as rheumatoid arthritis and congenital disorders.*

Notably, all but 20 of DCP3's 218 essential UHC interventions are delivered on primary health-care platforms. Integration of interventions within platforms can facilitate high-quality care and produce natural economies of scope.

Cost analyses found that about 50–60% of the incremental costs of essential UHC and highest priority package interventions would be for **interventions based in health centres**, with about 25% of the costs for first-level hospitals and 10–20% for community-based interventions. About 40–50% of incremental costs would be for **chronic interventions**, with about 25–33% for **urgent interventions** and the remaining 25% for interventions that were time-bound. Compared with current spending patterns (especially in LICs), these costs would represent a substantial shift towards facility-based services, especially for chronic diseases (including NCDs, HIV, and tuberculosis) and injuries.

Table 1.1 DCP3's Clusters of Essential Packages

	Packages
<i>Age-related cluster</i>	1. Maternal and newborn health; 2. Child health; 3. School-age health and development; 4. Adolescent health and development; 5. Reproductive health and contraception
<i>Infectious diseases cluster</i>	6. HIV and STIs ^a ; 7. Tuberculosis; 8. Malaria and adult febrile illness ^b ; 9. Neglected tropical diseases; 10. Pandemic and emergency preparedness
<i>Noncommunicable disease and injury cluster</i>	11. Cardiovascular, respiratory, and related disorders; 12. Cancer; 13. Mental, neurological, and substance use disorders; 14. Musculoskeletal disorders; 15. Congenital and genetic disorders; 16. Injury prevention; 17. Environmental improvement ^c
<i>Health services cluster</i>	18. Surgery; 19. Rehabilitation; 20. Palliative care and pain control; 21. Pathology

Note: HIV = human immunodeficiency virus; STIs = sexually transmitted infections.

a Most forms of hepatitis are in part sexually transmitted and hence control of hepatitis is included in this package.

b Dengue is included among adult febrile illnesses.

c Environmental improvements affect the incidence of risk factors both for infectious and for noncommunicable disease. We include them under the noncommunicable disease and injury cluster because the more significant consequences lie there.

From: [Chapter 1, Universal Health Coverage and Intersectoral Action for Health](#)



Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. 3rd edition.

Jamison DT, Gelband H, Horton S, et al., editors.

Washington (DC): [The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank](#); 2017 Nov 27.

© 2018 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

En guise de conclusion sur les systèmes de santé

Panel 8: Characteristics of well-functioning health systems

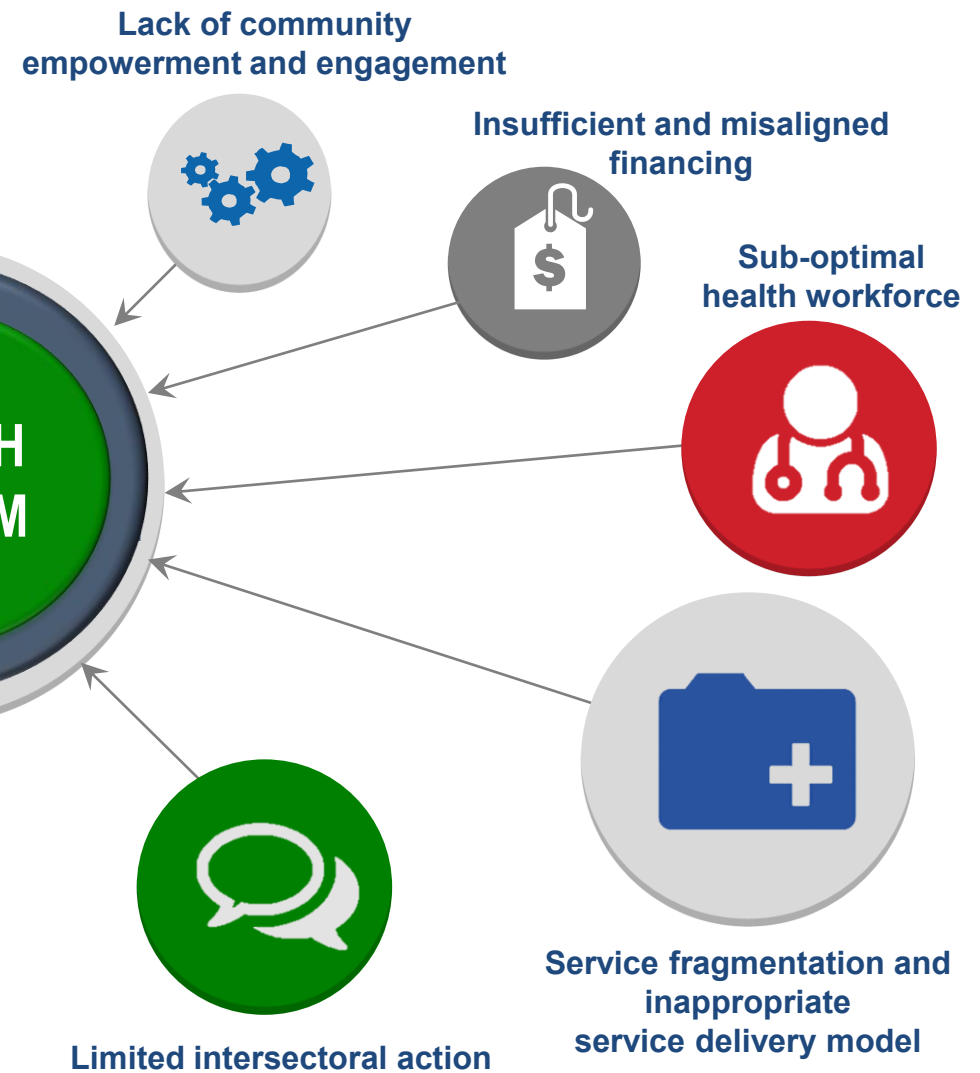
- Good governance and political commitment
 - Effective leadership and long-term vision
 - Clear priorities and realistic policy goals
 - Responsiveness to diverse population needs
 - Continuity of reform
 - Careful sequencing of reforms
 - Seizing windows of opportunity
 - Enhanced accountability
- Effective bureaucracies and institutions
 - Strong regulatory and managerial capacity
 - Provision of intelligence and evidence
 - Stability of bureaucracy
 - Sufficient autonomy and flexibility to manage health systems effectively
 - Engagement with many stakeholders, including non-state actors and local communities
 - Synergy between governments and donors acting together to formulate and implement policy
 - Use of the media as a catalyst for change
- Innovation
 - Novel health workforce strategies
 - New approaches to health system financing and financial protection
 - Pragmatism in service delivery
- Resilience in the health system

Health system challenges

EMERGING DEMANDS



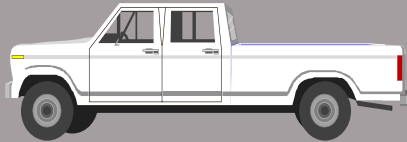
SYSTEM CONSTRAINTS



De manière plus pratique au niveau local: les 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

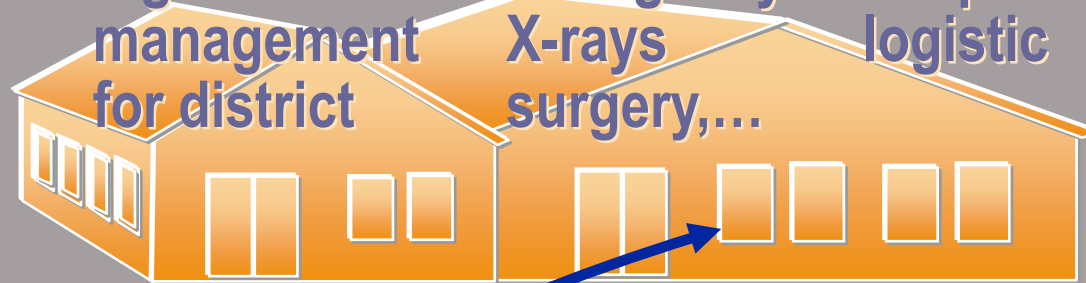


Management committee

logistics &
management
for district

emergency
X-rays
surgery,...

hospital
logistic



district
hospital

HC1

HC2

HC3

drugs
know how
manpower
finances

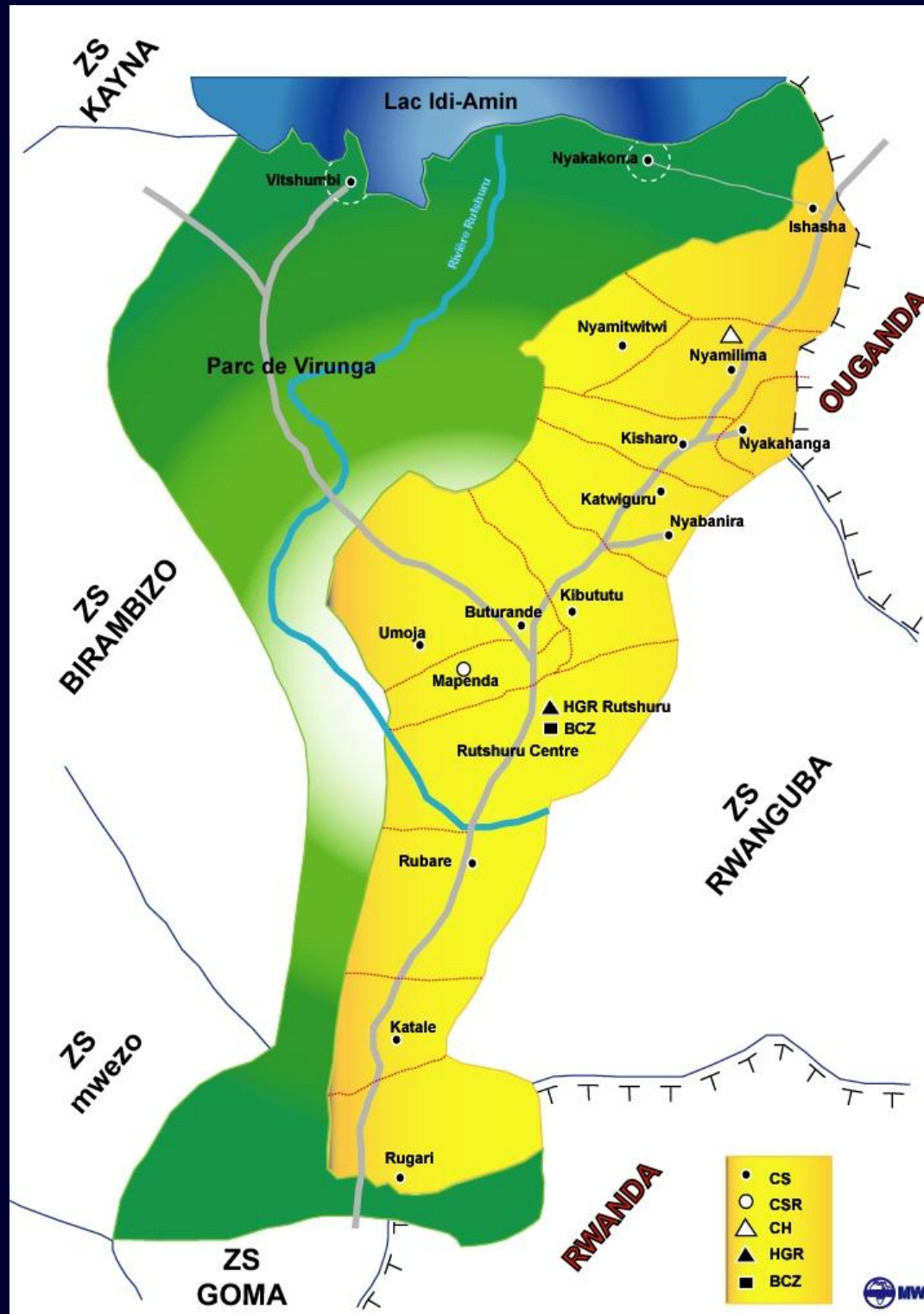
logistic of
health
centers

**Geog.
limits
of the
district**



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

operational
activities of
the health
centers



















GENTA

AMPI

NEGR

FALCININA

CAF 1G

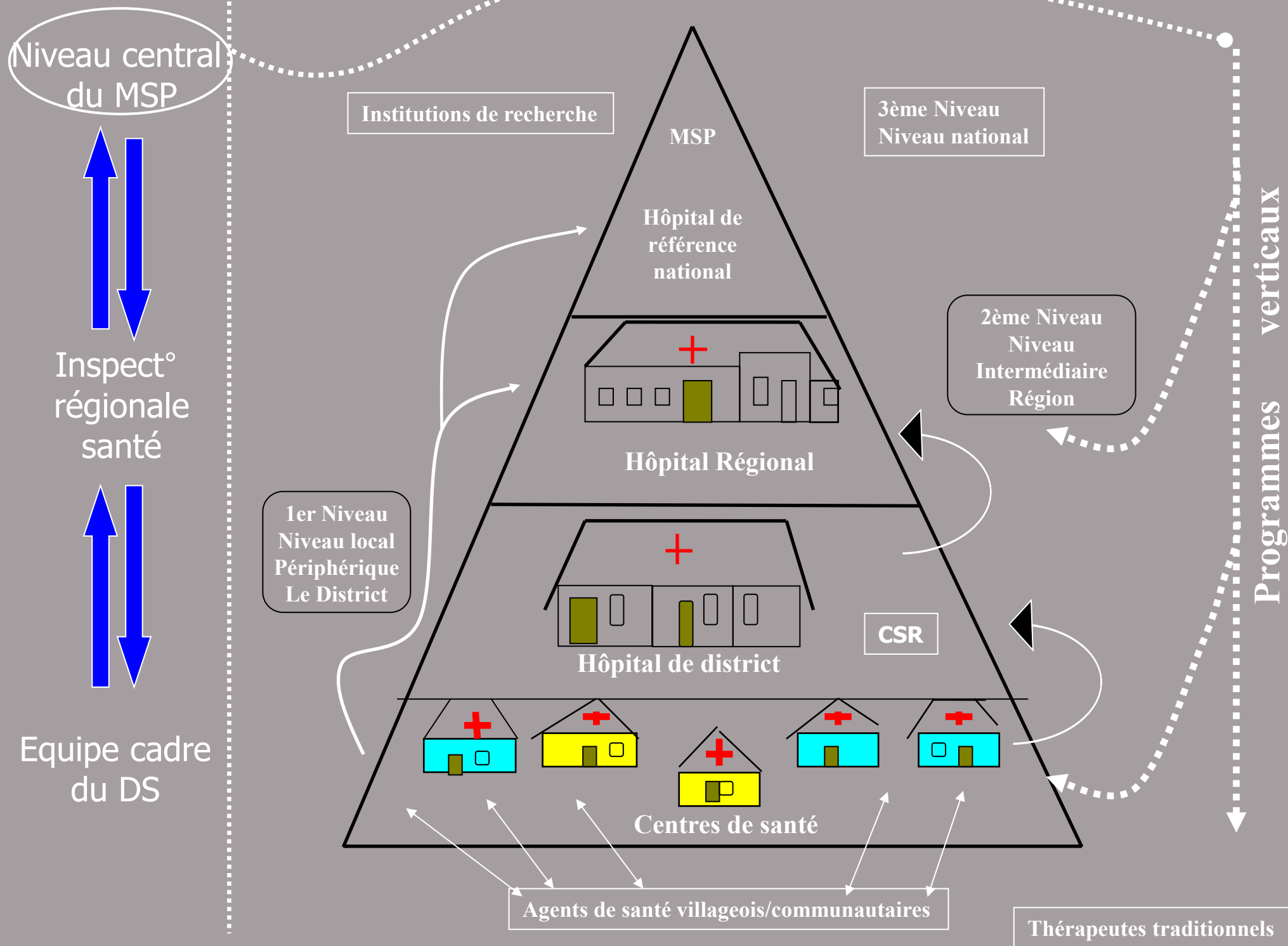






Les niveaux opérationnels

- 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



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,...
- ...

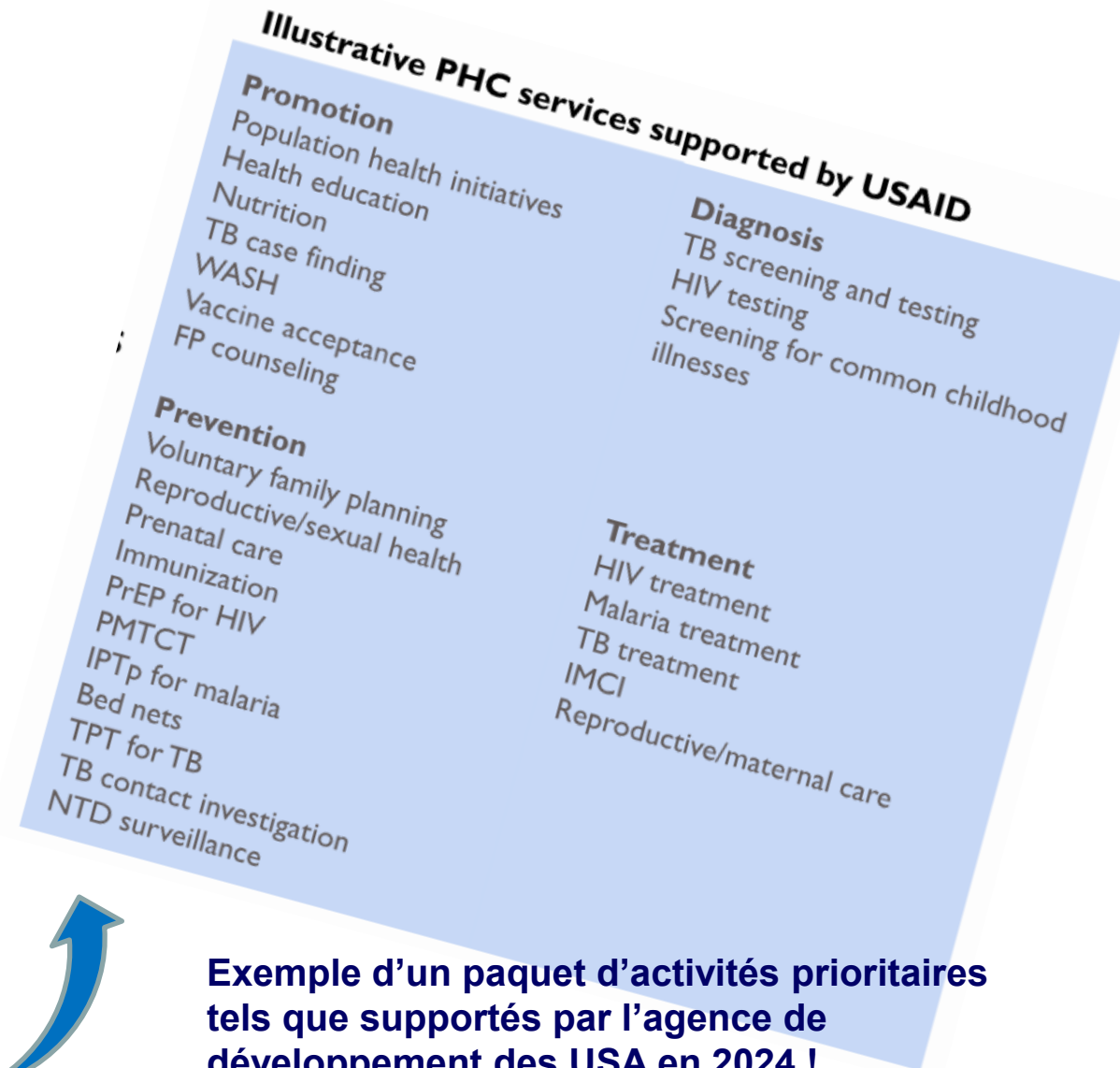
Tableau 1

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

Programmes verticaux	Soins de santé intégrés
Avantages Permettent de fixer des objectifs et buts clairs, de nature à motiver le personnel du programme. La planification opérationnelle des activités peut aboutir à une meilleure efficacité et rentabilité du service. Permettent de fournir aux exécutants des incitations de nature à améliorer la qualité des soins. Le nombre plus restreint d'issues et de résultats à suivre peut faciliter l'identification et la résolution des problèmes.	Avantages Permettent d'assurer toute une gamme de services, choisis en fonction de la politique de santé nationale et des besoins locaux. Combinent les contributions de différentes composantes du système de santé et, partant, reflètent une conception pluridimensionnelle de la santé. Permettent la prise en charge d'activités nouvelles face à une situation d'urgence. 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».
Inconvénients Peuvent conduire à concentrer les ressources sur un ensemble limité de problèmes, au détriment de la mise en place de systèmes de santé complets. 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. 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. 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. 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. La rentabilité peut s'affaiblir avec le temps.	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. 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. Permettent une approche plus globale de la santé, axée sur les besoins des individus et des communautés en la matière. Inconvénients Comportent le risque que les priorités ne soient pas fixées comme il faudrait. 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. Risquent, dans des domaines de soins essentiels, de ne pas donner les mêmes résultats ni d'avoir le même impact que des programmes monovalents. 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.

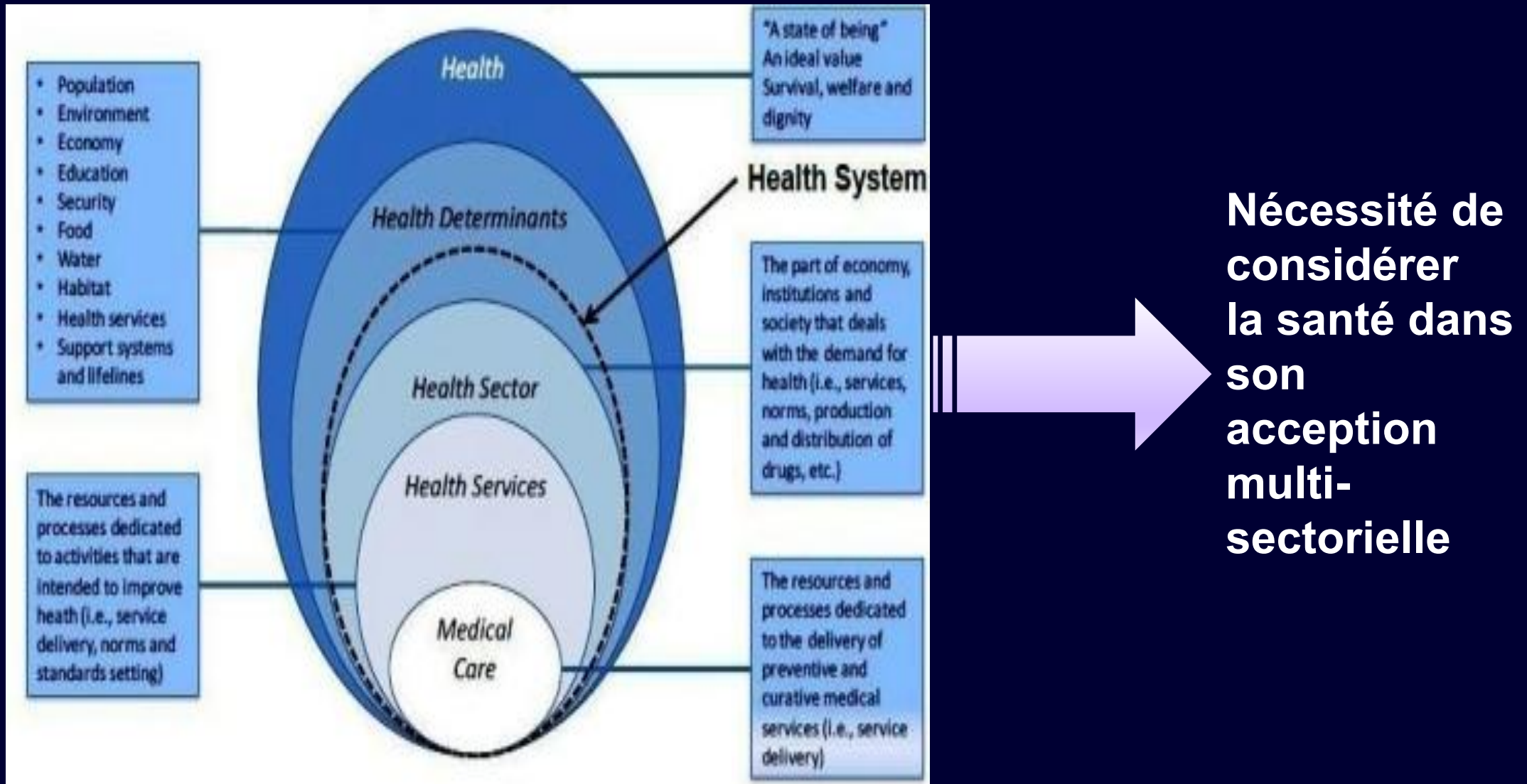
Notons que cette approche vertical a été et reste attrayant pour nombre d'acteurs internationaux (GAVI, TGF, USAID, UNICEF,...)

- Malgré le caractère global, sous pression de certains acteurs, certaines activités prioritaires sont définies :
- 1) éducation à la santé
2) promotions des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
3) eau et assainissement
4) protection maternelle et infantile (y compris P.F.)
5) vaccination
6) prévention et contrôle des grandes endémies locales
7) traitement des maladies et lésions courantes
8) fourniture des médicaments essentiels
- Cette vision s'est développée sous le nom de **SSP sélectifs** (1979) voir programmes verticaux



Que recouvre la santé publique ?

... et les systèmes de santé?

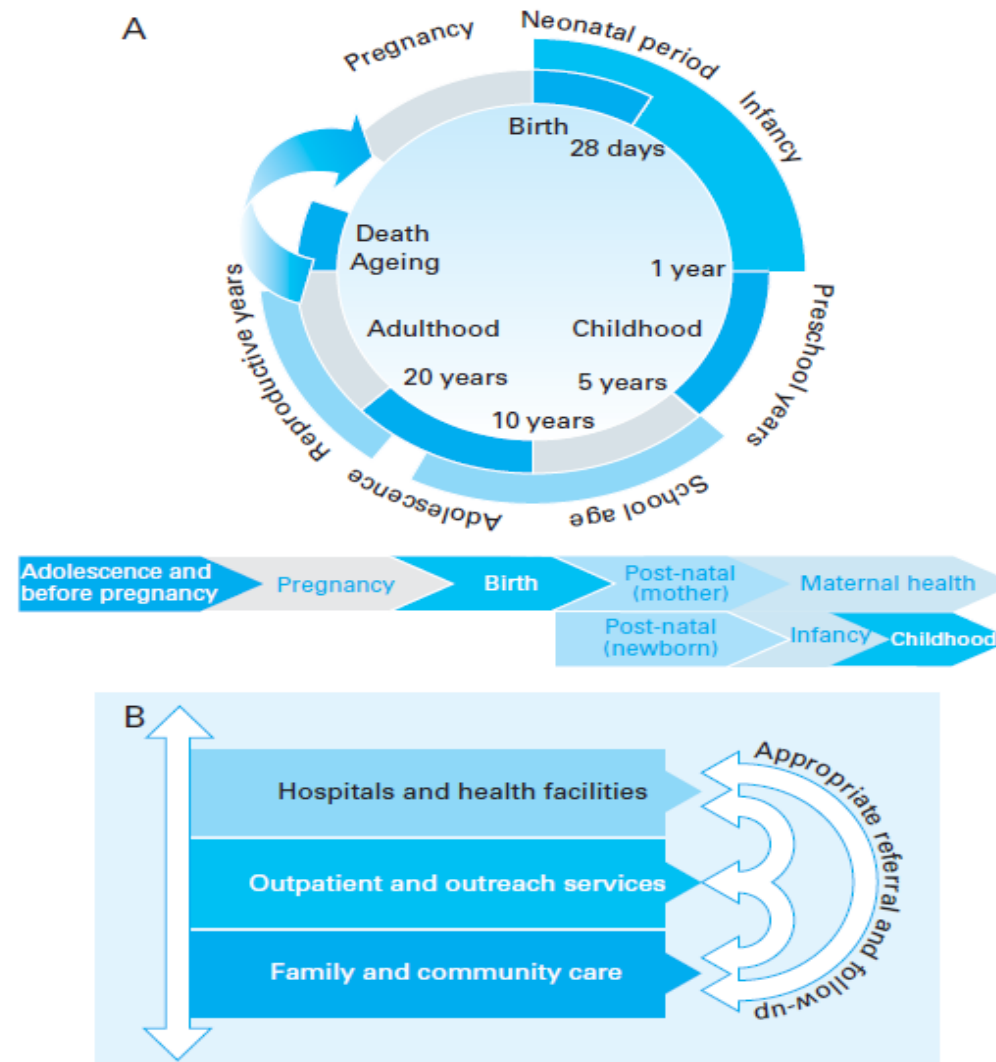


Les systèmes de santé permettent de prendre en charge les problèmes de santé de manière globale tout au long de la vie

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.

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 et inefficiences majeures
4. Harmonisation « urgences » et « développement »
5. Compétition entre approche systémique et programmes verticaux

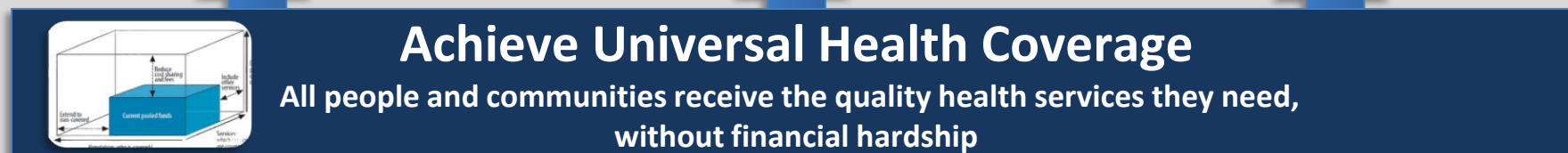
...des questions ?

HSS->UHC->SDG

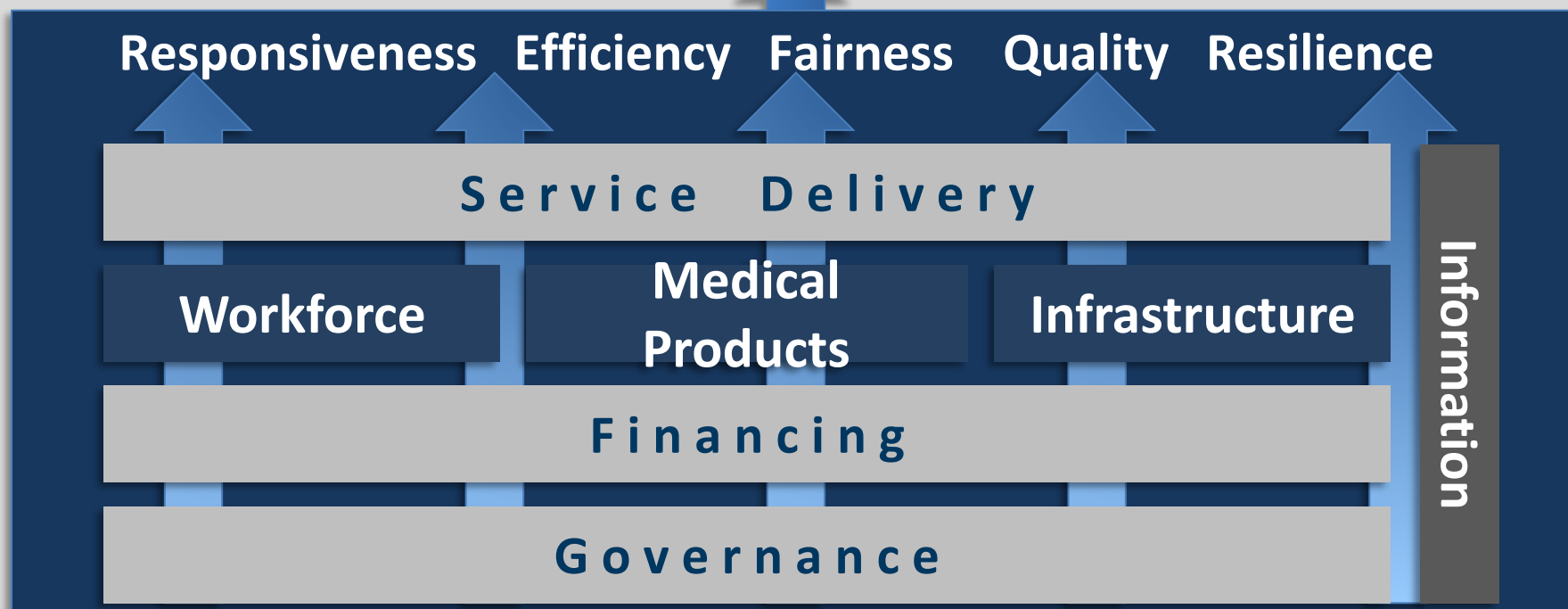
*SDGs
(Impact)*



*UHC
(Outcome)*



*Health System
Strengthening
(Input/Output)*



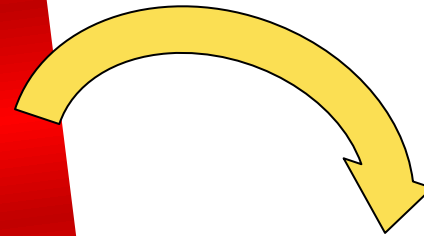
QUELLES SOLUTIONS?

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.’

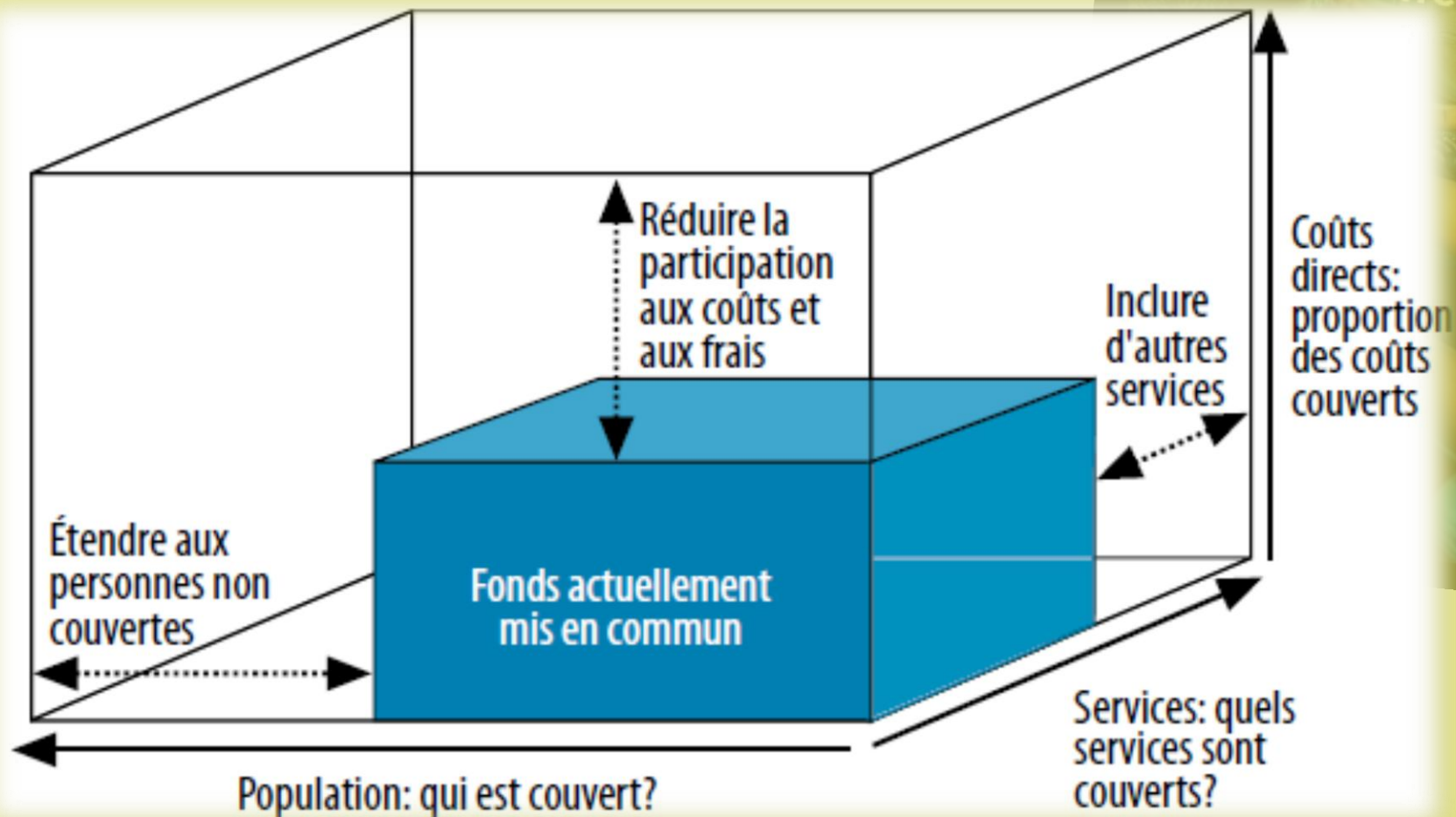
Source: WHO, 2015



‘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...



Couverture sanitaire universelle: le lien avec les systèmes de santé

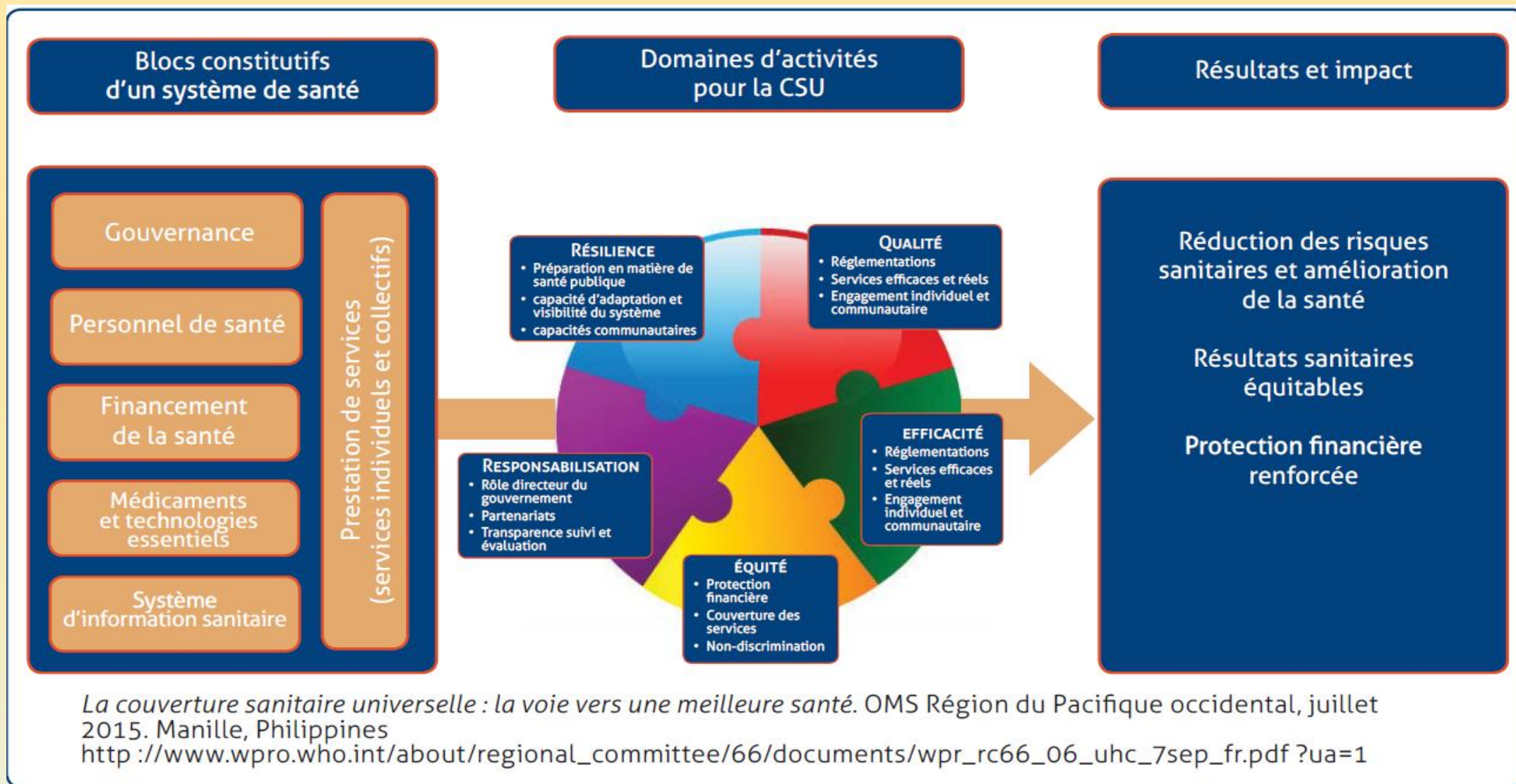
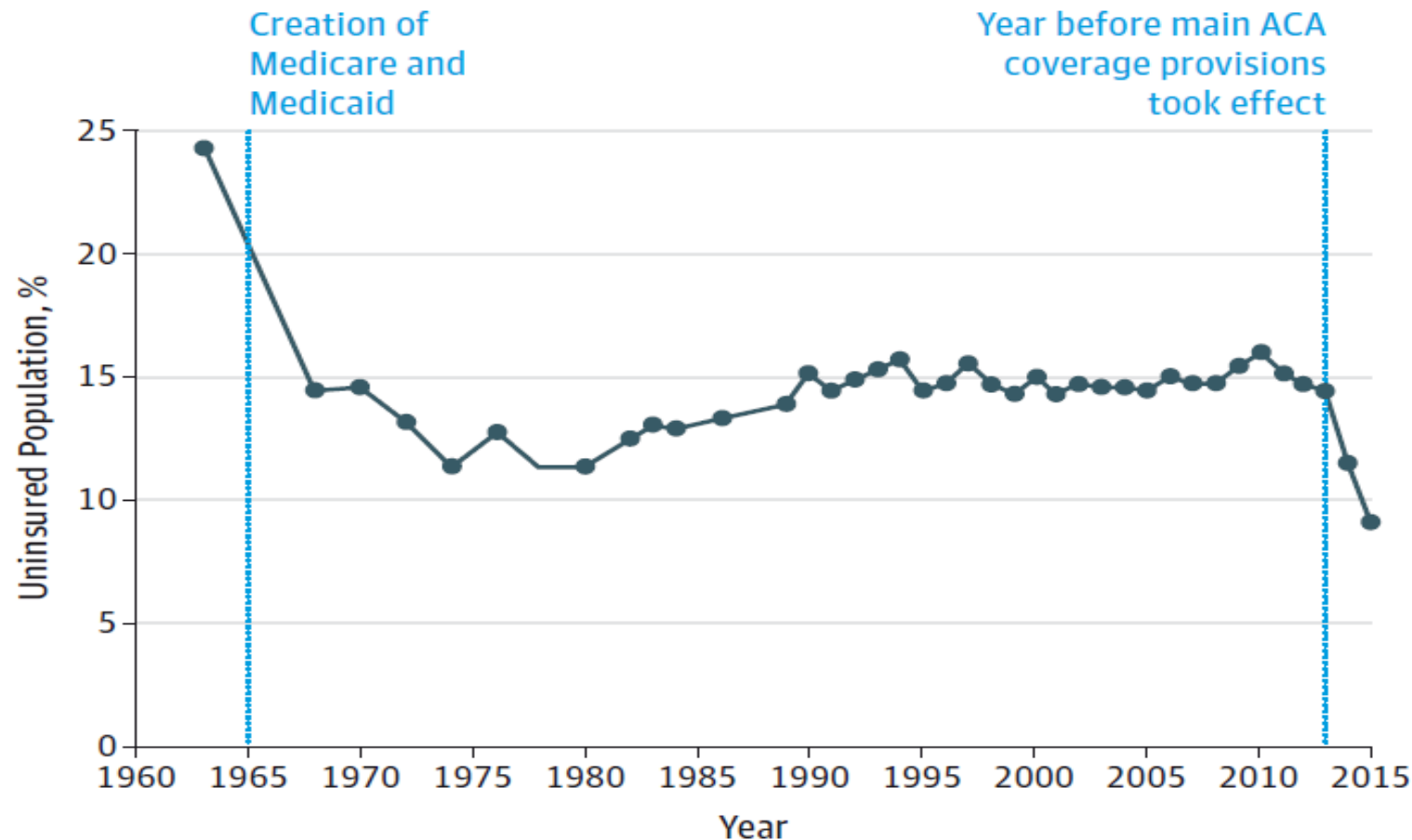


Figure 1. Percentage of Individuals in the United States Without Health Insurance, 1963-2015

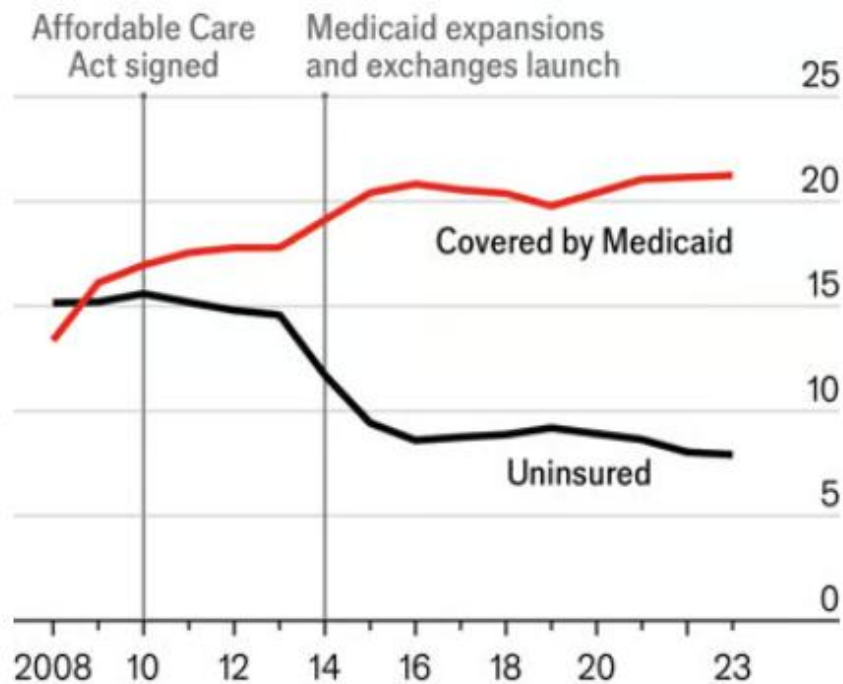


Data are derived from the National Health Interview Survey and, for years prior to 1982, supplementary information from other survey sources and administrative records. The methods used to construct a comparable series spanning the entire period build on those in Cohen et al⁸ and Cohen⁹ and are described 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

US health insurance coverage

% of population

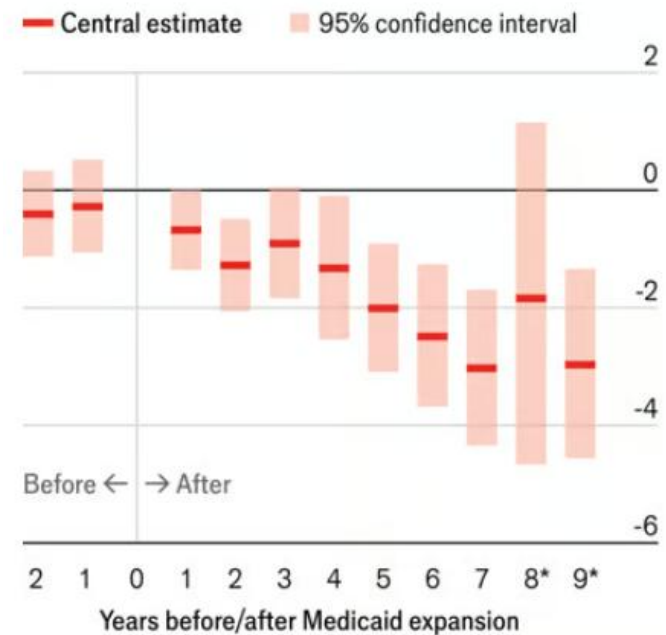


Source: KFF

CHART: THE ECONOMIST

Change in deaths in states with Medicaid expansion, relative to states without

Per 10,000 low-income adults

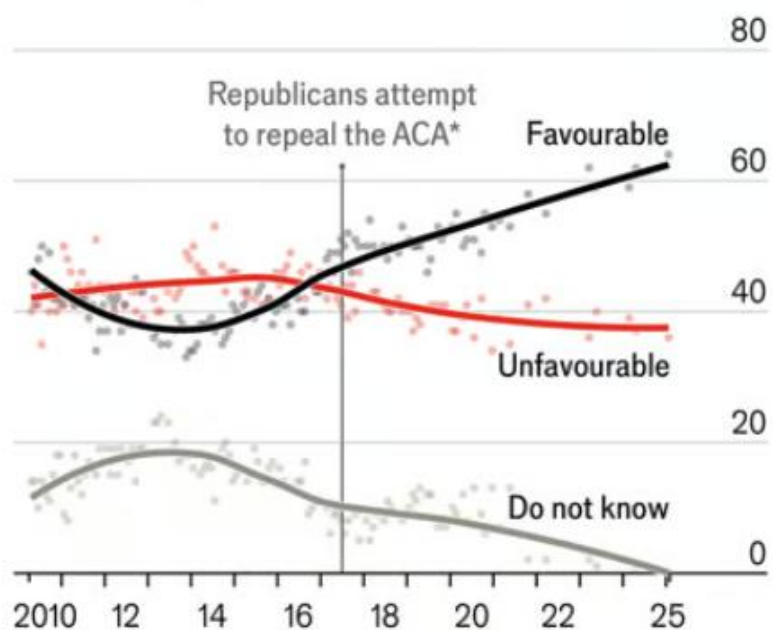


*Coincided with the covid-19 pandemic in some states
 Source: "Saved by Medicaid: new evidence on health insurance and mortality from the universe of low-income adults", by Angela Wyse and Bruce Meyer, 2023

CHART: THE ECONOMIST

“Do you have a favourable or unfavourable view of the ACA*?”

% responding



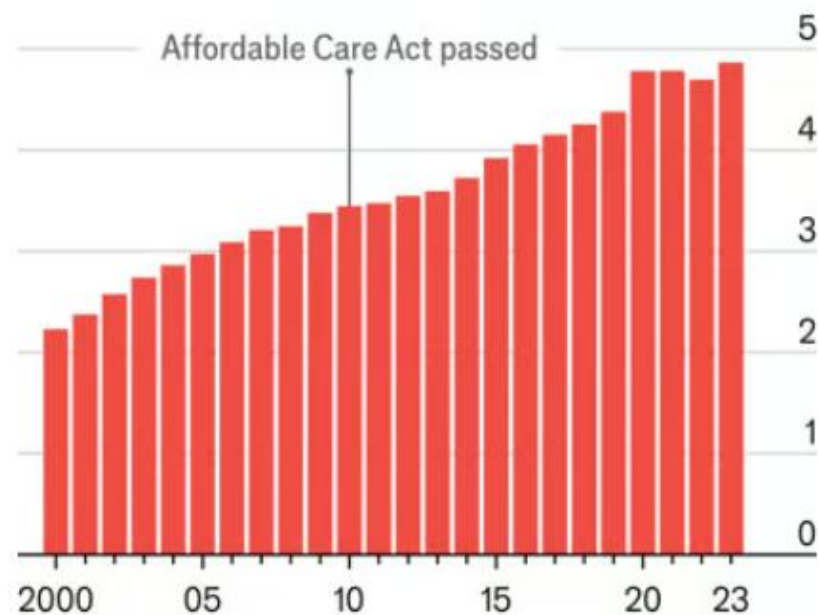
Source: KFF

*Affordable Care Act

CHART: THE ECONOMIST

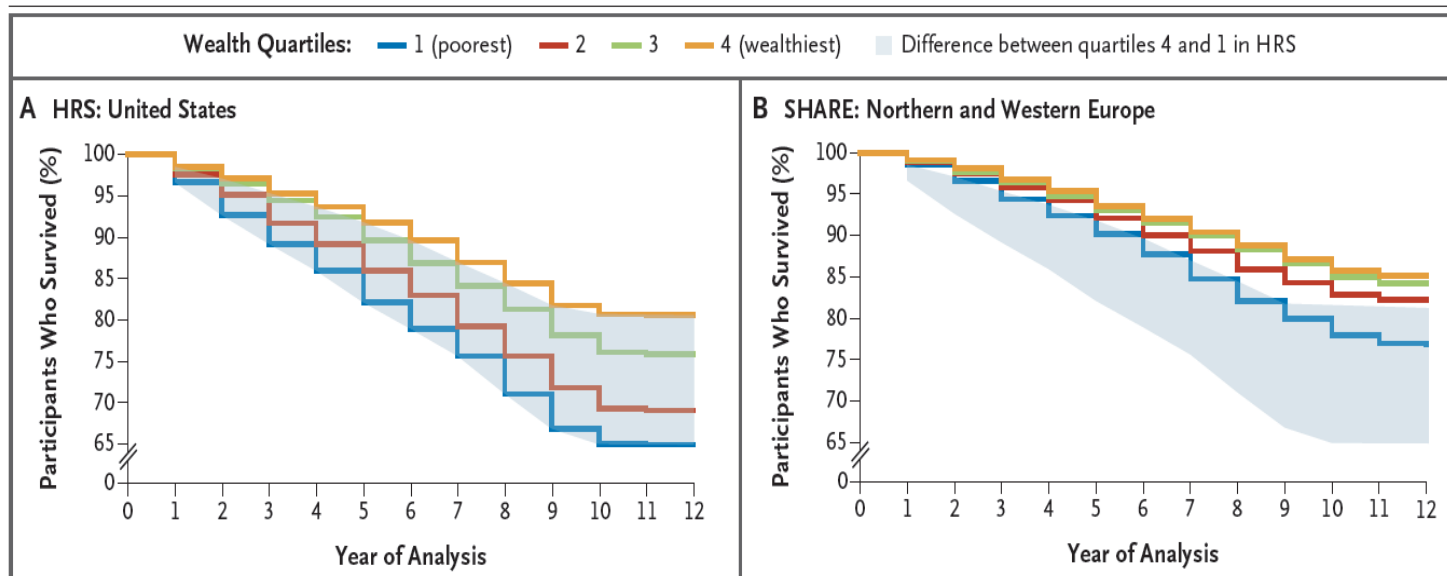
Total national health-care spending

2023 prices, \$trn



Source: KFF

CHART: THE ECONOMIST



Association between Wealth and Mortality in the United States and Europe

Sara Machado, Ph.D.,^{1,2} Ilias Kyriopoulos, Ph.D.,^{2,3} E. John Orav, Ph.D.,^{4,5} and Irene Papanicolas, Ph.D.^{1,3}

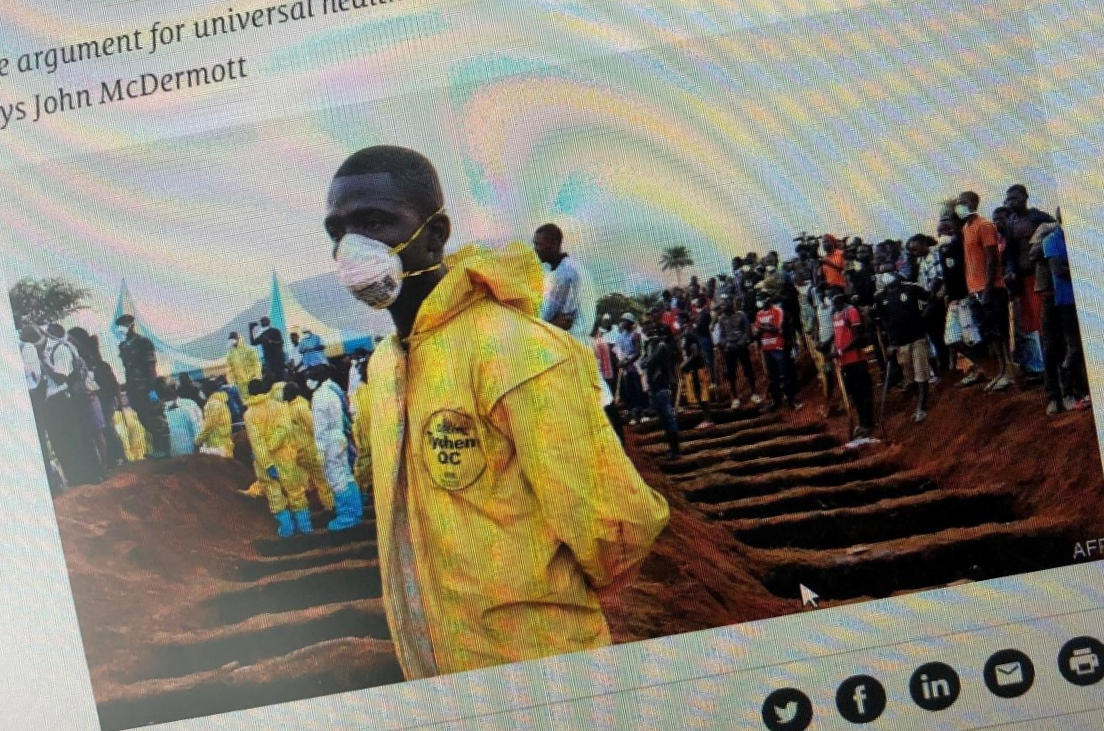
N Engl J Med 2025;392:1310-9

- 1 We found that wealth was associated with mortality across the United States and Europe and that the difference in mortality between the top and bottom quartiles of wealth appeared to be larger in the United States than in Europe.
- 2
- 3 Mortality in the United States was higher than in Europe, even at higher wealth levels.

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

Rob Yates

@yates_rob

Universal Health Coverage [#UHC](#) saves lives, stimulates growth, reduces poverty and builds nations.



Political commitment +
PUBLIC financing are the keys to UHC.

Source: Chatham House, 2024



The key to sustainable financing for UHC: mandatory, pre-paid & pooled

"Prioritize reaching full population coverage quickly, by providing a universal entitlement to a comprehensive (but affordable) package of publicly financed health services. This is preferable to creating fragmented health insurance schemes for different socio-economic groups and expecting people in the informal sector to pay health insurance contributions."

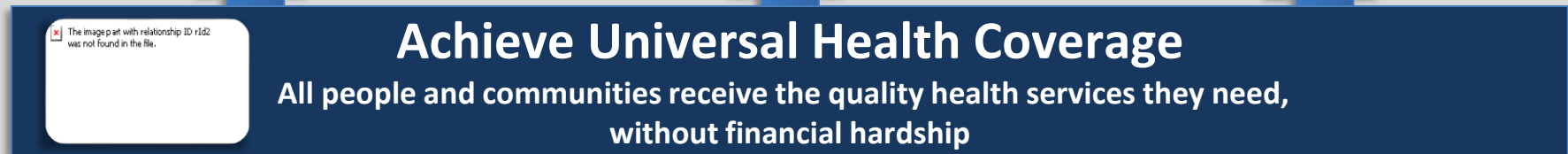


HSS->UHC->SDG

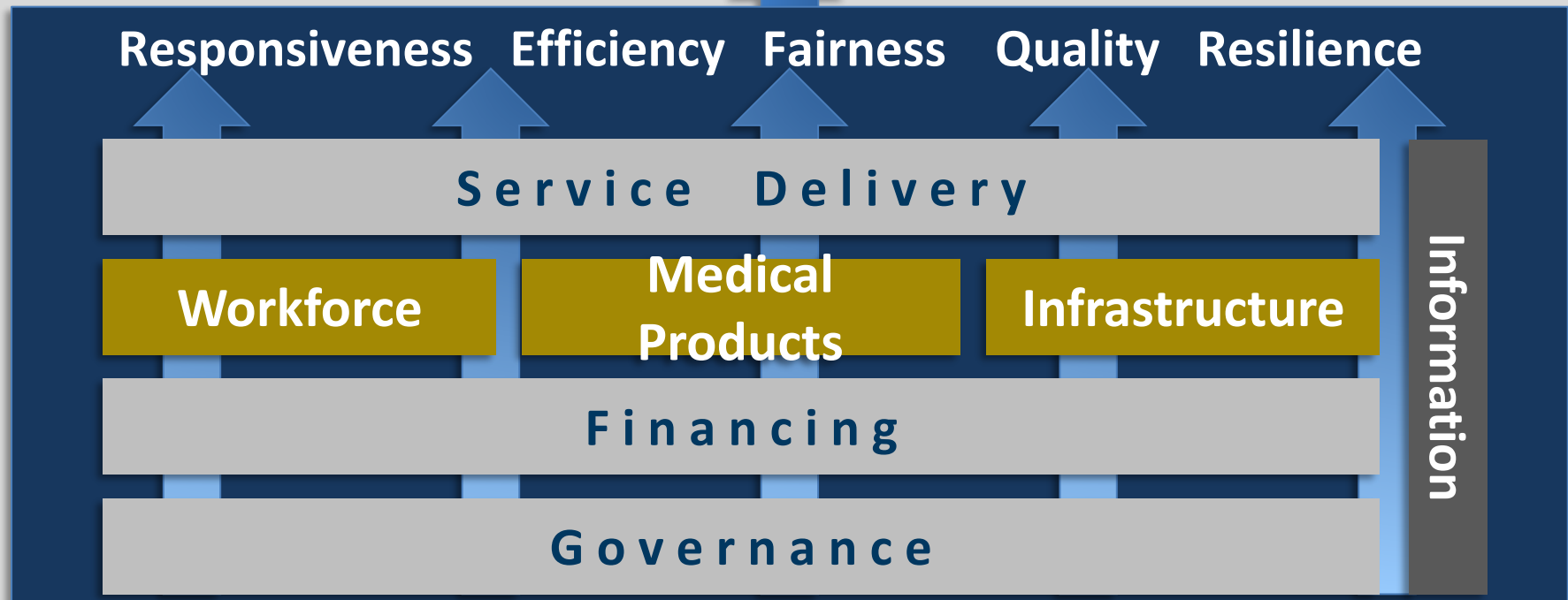
**SDGs
(Impact)**



**UHC
(Outcome)**

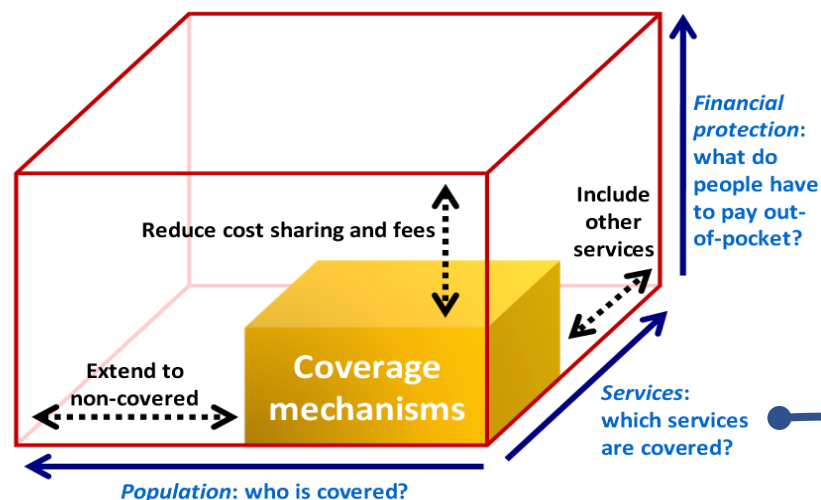


**Health System
Strengthening
(Input/Output)**



Universal Health Coverage...

...in the wake of Primary Health Care



“essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.”

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



Core predictable WHO country presence

Differentiated approach

WHO presence type	A Policy support ¹	B Targeted technical support	C Moderate technical support	D Full technical support with emergency response	E Full support incl. field operations
WHO support model & primary channel	Strategic short-term support on specific areas of health system transformation & programmes RO / HQ ²	Selected long-/ short-term support in health systems institutions (incl. IHR) and programmes WCO + RO/HQ	Long and short-term support in health systems foundations (incl. preparedness) and programmes WCO + sub-regional *Backed up from RO/HQ	Full range of long-term support in health systems foundations; programmes and health emergency preparedness, response [i.e., health emergency <i>localized</i> , not national] WCO + sub-national offices *Backed up from RO/HQ	"Full presence (D)" plus operational action, e.g., coordination of health clusters, direct provision of services & supplies [i.e., humanitarian crisis] WCO + field operations *Backed up from RO/HQ
WHO roles required			+ Technical assistance <i>Strengthen national institutions</i>	Full range of technical support + emergency <i>Provide additional technical capacities</i>	+ Service delivery <i>Fill critical gaps incl health services</i>
	Policy dialogue <i>Develop health systems of the future</i>	+ Strategic support <i>Build high performing health systems</i>			

¹ support may be provided through a liaison or desk office

² for highly-specialized support or as requested by Regional Offices

Modalités A - C

Exemples!

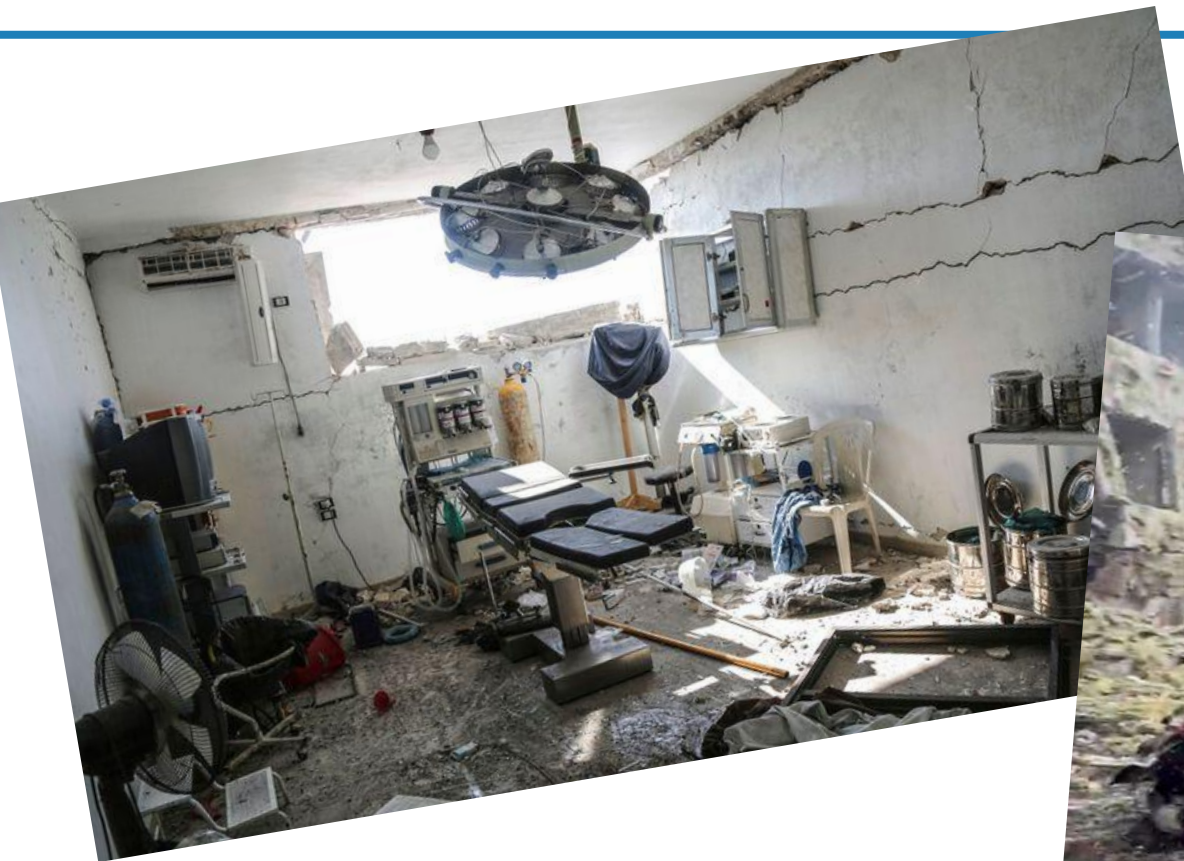


Modalités D & E

Exemples!



Modalités D et E dans les pays fragiles



Inside the al-Rahma hospital in Idlib Syria after it was bombed in August 2019. Pic: AP



A car burns outside the maternity hospital hit by Russian forces in Mariupol

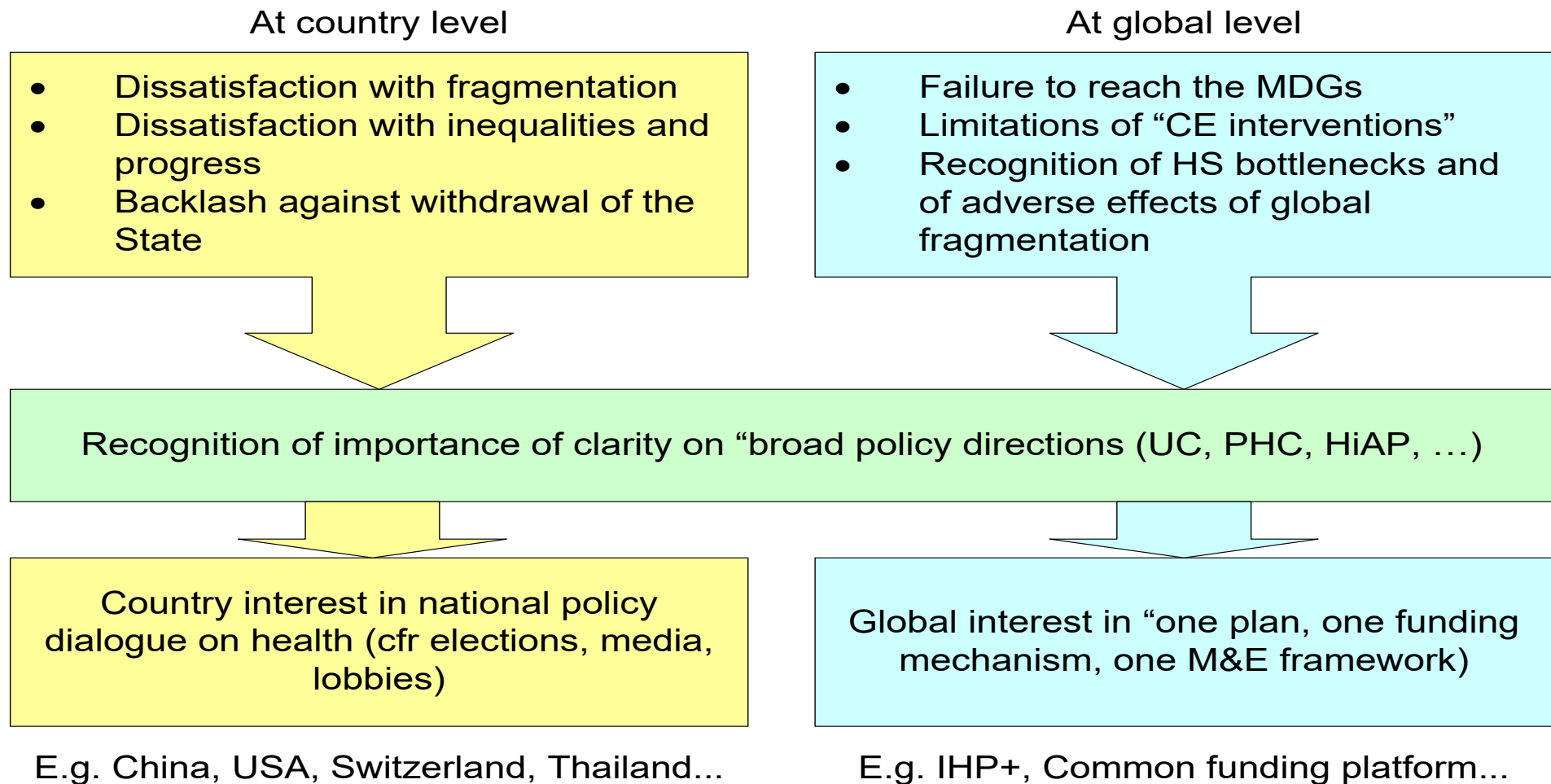


[Sky News](#) Thursday 10 March 2022 15:32

[Ukraine war: Why Russia is bombing hospitals in Ukraine – and how Putin has done it before | World News | Sky News](#)

LES PLANS NATIONAUX DE SANTE

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

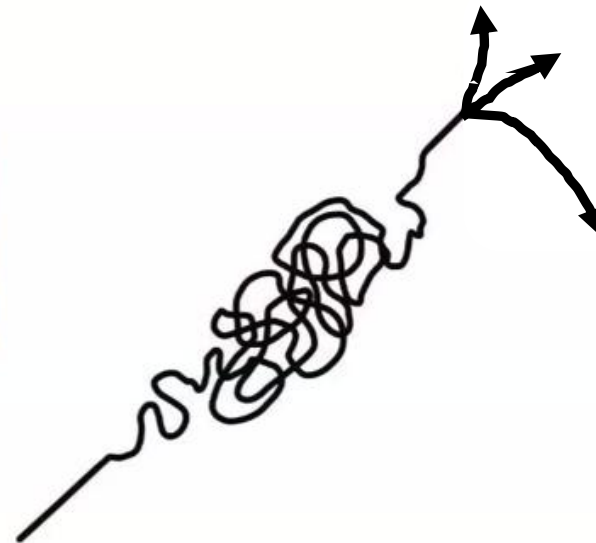


SUCCESS



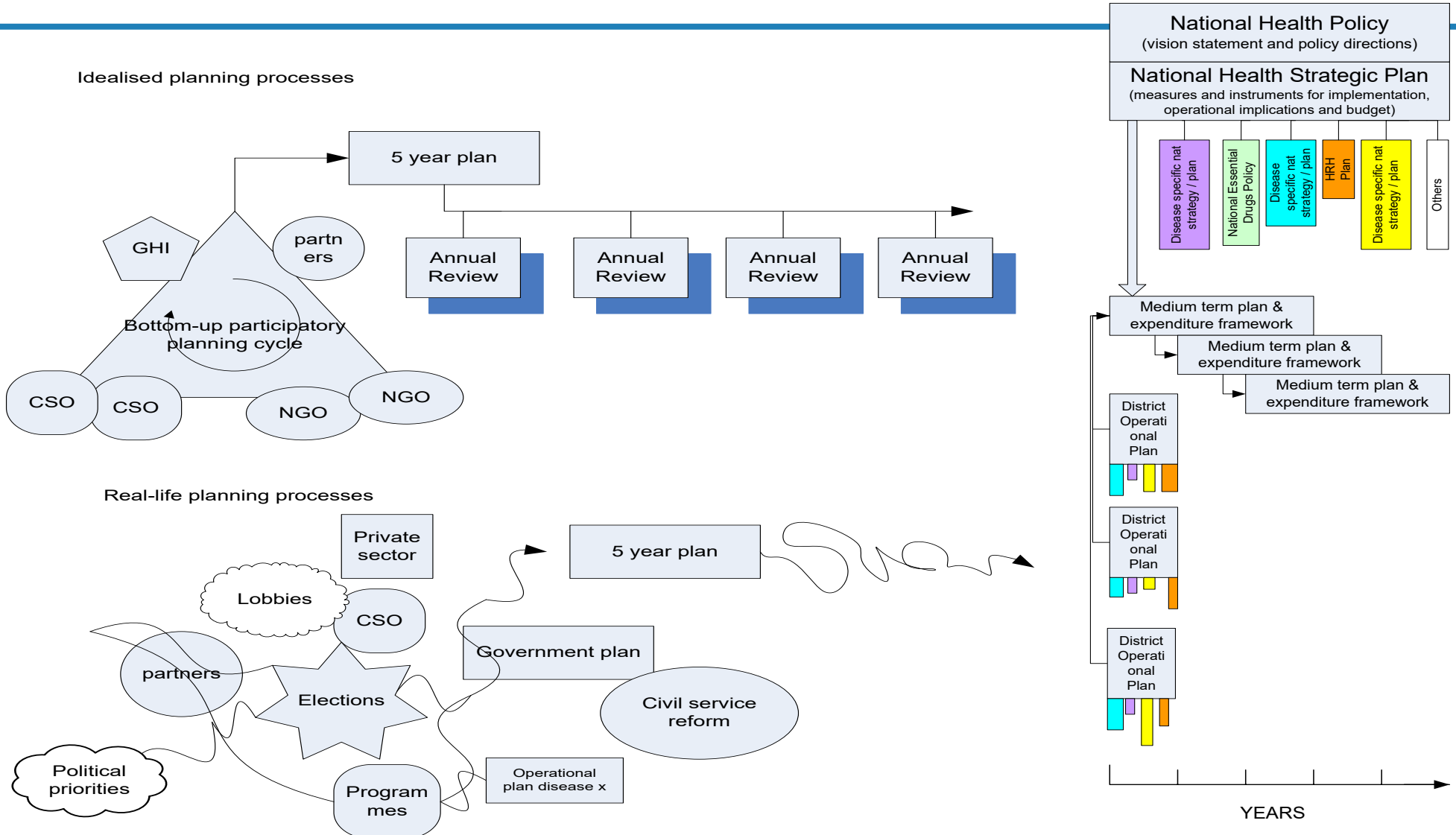
**WHAT PEOPLE THINK
IT LOOKS LIKE**

SUCCESS



**WHAT IT REALLY
LOOKS LIKE**

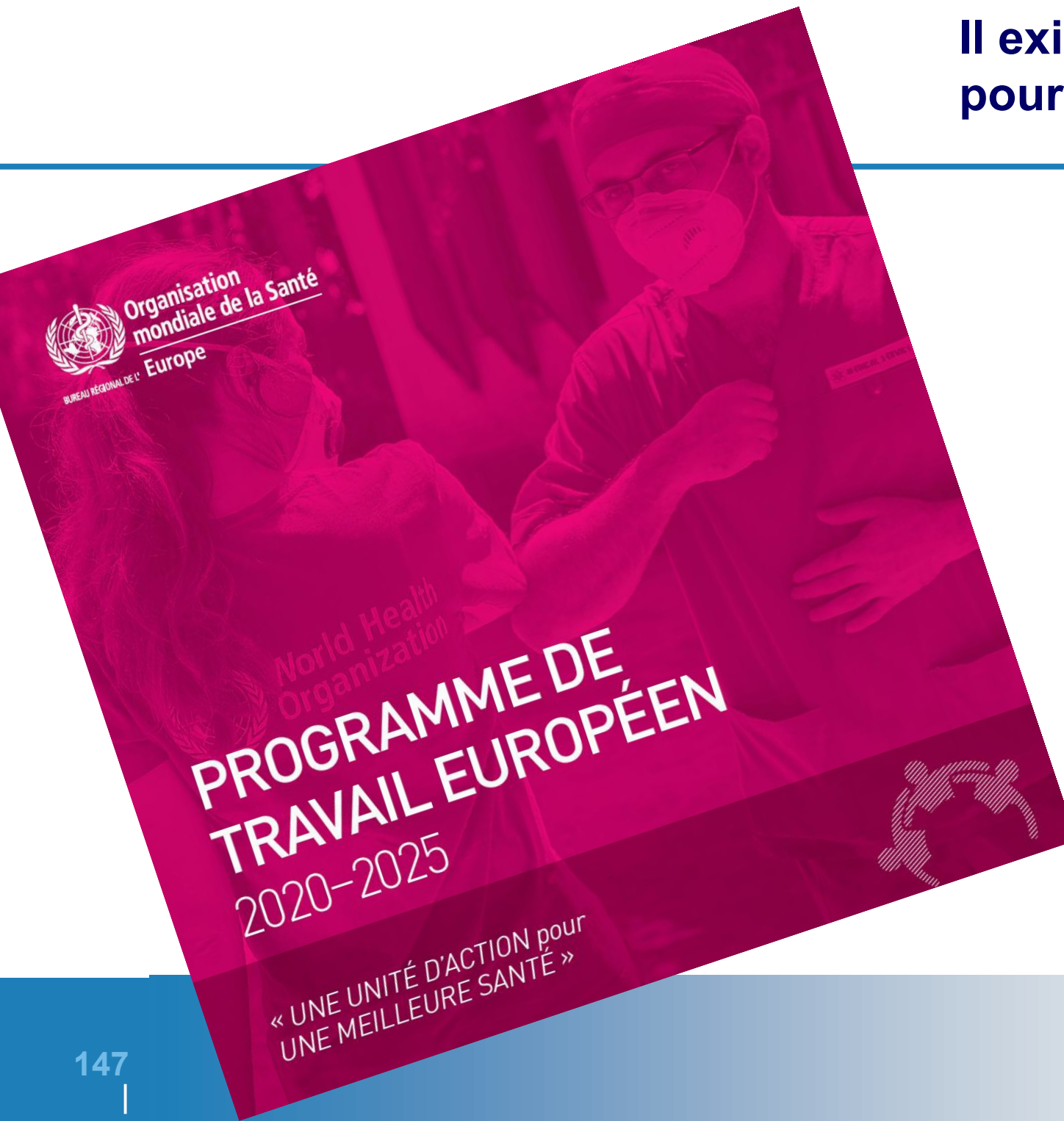
C'est compliqué: des processus, des parapluies et beaucoup de confusion terminologique



Systemes de santé: les domaines d'intervention logique...

- Leadership au niveau mondial
- Appui aux Etats Membres pour une réponse adéquate
- Renforcement du système de santé [financement, gouvernance, ressources humaines, information sanitaire, infrastructures et produits de santé pour une prestation des services]
- Orientation de politique sanitaire basée sur l'approche des Soins de Santé Primaires [chemin vers la CSU]
- La Couverture sanitaire universelle reste au cœur de l'agenda de l'OMS

Il existe un cadre cohérent pour la santé en Europe

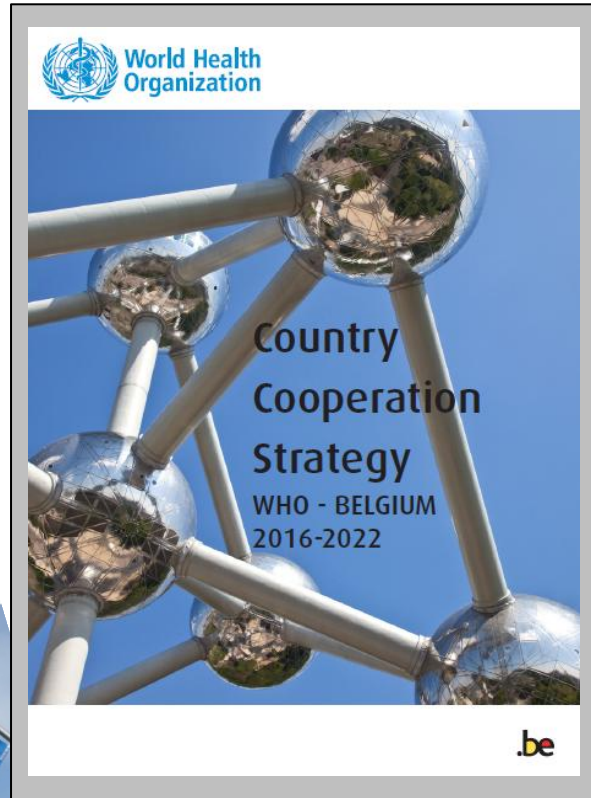


**Dr Hans Kluge,
Directeur Régional de l'OMS
pour l'Europe – 53 pays)**

L'OMS a une stratégie de coopération (CCS) avec la Belgique : 5 priorités stratégiques



Country Cooperation Strategy
United Republic of Tanzania
2022-2027



- Systèmes de santé centrés sur la personne
- Maladies non transmissibles
- Préparation aux urgences, surveillance et réponse
- Santé et environnement
- Maladies transmissibles



Il est temps (...) qu'un institut français de santé et des instituts régionaux de santé publique soient créés pour une santé publique de territoire simplifiée, associant les collectivités et les populations autour d'une agence régionale et territoriale de santé renforcée afin de répondre à ces questions de fond, sauf à faire du mécano institutionnel qui brouillera d'autant plus le paysage déjà complexe. (...)

Nous plaidons donc pour un Plan national de la santé publique et interpellons le président de la République sur l'urgence à combler notre retard en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé.

notre retard en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé.
interpellons le président de la République sur l'urgence à combler
nous plaidons donc pour un Plan national de la santé publique et
(...)

Source:

Lettre ouverte au président de la République : plaidoyer pour la santé publique

Frédéric Denis, rédacteur en chef de la revue Santé publique

Emmanuel Rusch, président de la Société française de santé publique

Santé publique volume 34 / N°2 - mars-avril 2022

Des axes prioritaires...

- La réponse à l'urgence
- La vaccination
- La gouvernance [prise de décisions, implications des communautés, compositions des organes techniques et scientifiques, la planification,...]
- La sécurité sanitaire, y inclus la protection contre les risques et la préparation aux urgences
- L'agenda global de la santé reste une préoccupation constante [santé de la reproduction, maternelle et infantile, maladies non transmissibles, santé mentale, promotion de la santé, liens avec les ODD...]



**Quoi de
neuf,
docteur ?**

LES FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE



Complex stressors & demands on the health system



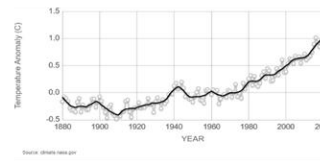
SDGs



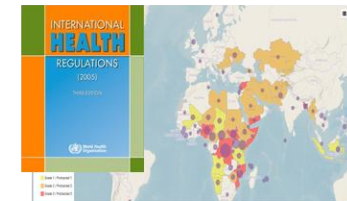
Globalization



Conflict and war



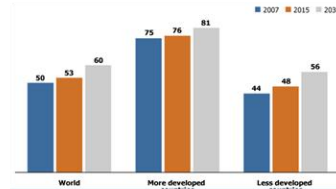
Climate change



Infectious disease outbreaks



Innovation



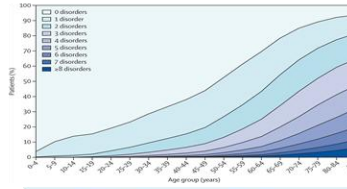
Urbanization



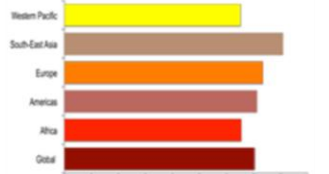
Refugees, IDPs and Migration



Antimicrobial Resistance



Multi-morbidity including NCDs



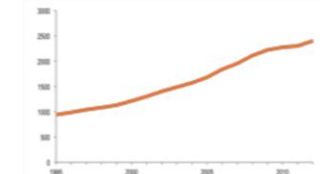
Civic voice



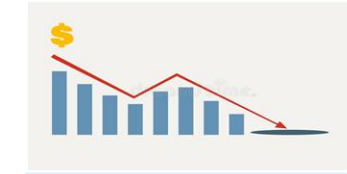
Aging populations and youth



Gender & inequality



Rising costs



Economic recessions

Resilient health systems underpinned by strong public health capacities are needed to manage complex stressors. E.g., EPHFs delivery in primary health care can reduce the burden/demands on more costly secondary and tertiary care through prevention, health promotion etc.

Siloed efforts in health sectors and public health



Fragmented policies, planning, and investments in public health leading to insufficient public health capacities, less efficient health systems and suboptimal population health outcomes

EPHFs – a comprehensive framing to operationalize public health

EPHFs are ... a set of fundamental activities that address the determinants of health, protect a population's health, and treat disease. They prevent and manage the major contributors to the burden of disease by using effective technical, legislative, administrative, and behavior-modifying interventions or deterrents, and thereby provide an approach for intersectoral action for health...

Source: WHO (1998, 2018, 2021), EURO (2012, 2015), EMRO (2017), PAHO (2020)

Key characteristics of EPHFs:

- Provide **clear and holistic** approach to operationalizing public health
- Under the primary responsibility of the state
- Indispensable & interconnected set of activities
- Promote intersectoral action for health
- Address wider determinants of health & equity
- Promote health system resilience
- Aligned with UHC and health security efforts

Re-examining EPHFs with COVID experiences - crosswalk of authoritative lists of EPHFs

Essential public health functions, PAHO (updated in 2020)	Essential public health operations, EURO (revised in 2014)	Essential public health functions, EMRO (updated in 2017)	Essential public health functions, WPRO (2003)
1. Monitoring and evaluation of health and well-being, equity, social determinants of health, and health system performance and impact	1. Surveillance of population health and wellbeing	1. Surveillance and monitoring of health determinants, risks, morbidity and mortality	1. Health situation monitoring and analysis
2. Public health surveillance; control and management of health risks and emergencies	2. Monitoring and response to health hazards and emergencies	2. Preparedness and public health response to disease outbreaks, natural disasters and other emergencies	2. Epidemiological surveillance/disease prevention and control
	6. Assuring governance for health and wellbeing		
8. Efficient and equitable health financing	8. Efficient and equitable health financing	5. Assuring effective health governance, public health legislation, financing and institutional structures (stewardship function)	4. Strategic management of health systems and services for population health gain
4. Development and implementation of health policies and promotion of legislation that protects the health of the population	3. Health protection including environmental occupational, food safety and others	3. Health protection, including management of environmental, food, toxicological and occupational safety	3. Development of policies and planning in public health
10. Equitable access to interventions that seek to promote health, reduce risk factors, and promote healthy behaviours	4. Health Promotion including action to address social determinants and health inequity	4. Health promotion and disease prevention through population and personalized interventions, including action to address social determinants and health inequity	5. Regulation and enforcement to protect public health
11. Management and promotion of interventions on the social determinants of health	5. Disease prevention, including early detection of illness	7. Communication and social mobilization for health	7. Health promotion, social participation and empowerment
5. Social participation and social mobilization, inclusion of strategic actors, and transparency	9. Advocacy communication and social mobilisation for health		
6. Development of human resources for health	7. Assuring a sufficient and competent public health workforce	6. Assuring a sufficient and competent workforce for effective public health delivery	6. Human resources development and planning in public health
9. Equitable access to comprehensive, quality health services			8. Ensuring the quality of personal and population-based health services
3. Promotion and management of health research and knowledge	10. Advancing public health research to inform policy and practice	8. Advancing public health research to inform and influence policy and practice	9. Research, development and implementation of innovative public health solutions
7. Ensuring access to and rational use of quality, safe, and effective essential medicines and other health technologies			

- Need for a global reference list that is **comprehensive & responsive** to 21st century health challenges **for country contextualization**.
- More **commonalities** than differences across various authoritative lists (e.g., WHO ROs, countries, US CDC, World Bank, European Commission).
- The application & prioritization of the EPHFs is influenced by **context including funding**
- EPHFs are **interconnected and interdependent**, and should not be viewed in isolation

A renewed list of EPHFs responsive to 21st century health challenges

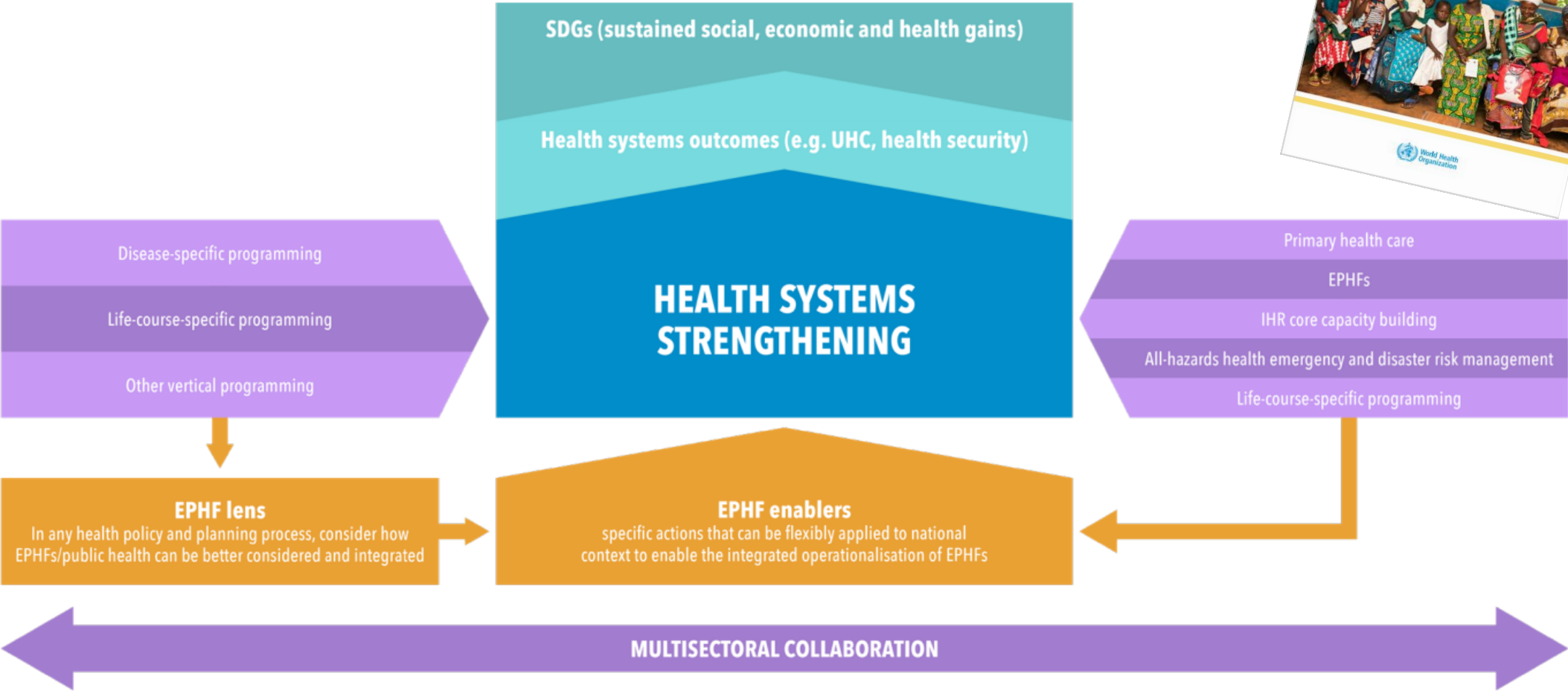
A consolidated list of EPHFs

1. **Public health intelligence**: monitoring and evaluating population health status, health service utilization and surveillance of risk factors and threats to health
2. **Public health emergency management**: managing public health emergency
3. **Public health governance**: assuring effective public health governance, regulation, and legislation
4. **Public health planning and financing**: supporting efficient and effective health systems and multisectoral planning, financing and management for population health
5. **Health protection**: protecting populations against health threats, including environment and occupational hazards, communicable disease threats, food safety, chemical and radiation hazards
6. **Disease prevention and early detection**: promoting prevention and early detection of diseases (communicable and noncommunicable)
7. **Health promotion**: Promoting health and well-being and actions to address the wider determinants of health and inequity
8. **Community participation**: Ensuring community engagement, participation and social mobilization for health and well-being
9. **Public health workforce**: Ensuring adequate quantity and quality of public health workforce
10. **Health services quality and equity**: Assuring quality of and access to health services
11. **Public health knowledge and research**: Advancing public health research
12. **Use of and access to medical products**: Ensuring equitable access to and rational use of essential medicines and other health technologies

**Supporting countries to
evaluate baseline public
health capacities**

Comment faire le lien entre les fonctions essentielles de santé publique et les systèmes de santé ?

Fig. 3. Health systems strengthening with EPHFs – EPHF lens and enablers



Source: original – made by health services resilience team, WHO



Building health system resilience in an uncertain world



LA RESILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ





Panorama de la santé 2021

Faits et chiffres clés

Le COVID-19 a provoqué environ 2,5 millions de décès supplémentaires dans les pays de l'OCDE

Dans 30 pays de l'OCDE



Les personnes âgées et les groupes socialement défavorisés sont plus susceptibles d'être gravement malades ou de mourir du virus.

Les vaccins ont réduit le nombre de décès hebdomadaires dus au COVID-19

Dans les 12 pays de l'OCDE dont le taux de vaccination est supérieur à 65% (à la mi-octobre), les décès hebdomadaires dus au COVID-19 ont chuté en moyenne de 86% depuis la fin janvier 2021.



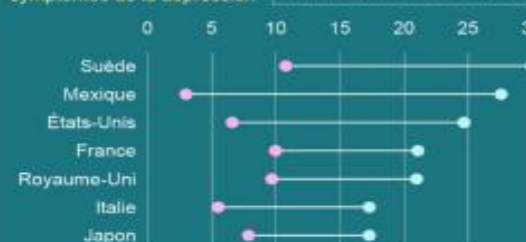
Cependant, les taux de vaccination restent très faibles dans de nombreux pays en développement.

Source : Our World in Data.

L'impact sur la santé mentale a été énorme

La prévalence de l'anxiété et de la dépression est plus de deux fois supérieure aux niveaux observés avant la pandémie.

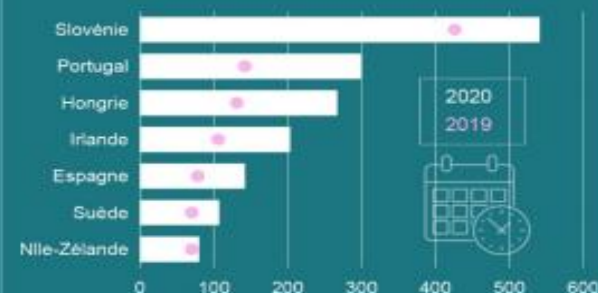
Taux de prévalence (%) des symptômes de la dépression



Source : Données nationales. Note : La Suède, le Mexique, l'Italie et le Japon réfèrent à 2020.

Le COVID-19 a perturbé les soins de santé pour les personnes ayant d'autres besoins

Nombre de jours d'attente pour une prothèse du genou (médian)



Le COVID-19 a entraîné une augmentation des dépenses de santé

Croissance annuelle en % des dépenses de santé et du PIB par habitant, moyenne OCDE



Le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'obésité sont la cause première de nombreuses maladies chroniques

Taux parmi la population adulte, *moyenne OCDE



Fumeurs quotidiens*



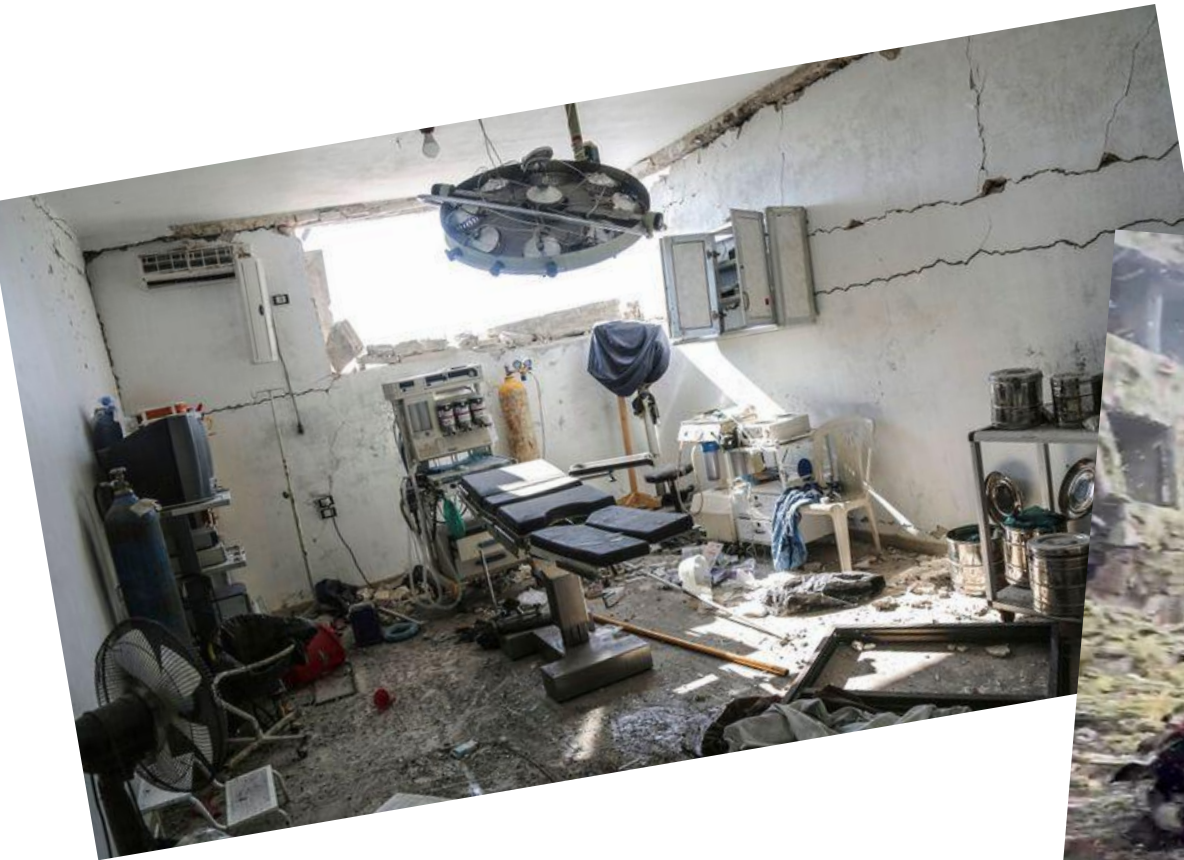
Excès de poids ou obésité*



Gros buveurs (fourchette parmi les pays disposant de données)

Ces facteurs augmentent aussi le risque de décès lié au COVID-19.

Il y a également la reconstruction des systèmes de santé dans les suites d'un conflit majeur...



Inside the al-Rahma hospital in Idlib Syria after it was bombed in August 2019. Pic: AP



A car burns outside the maternity hospital hit by Russian forces in Mariupol



[Sky News](#) Thursday 10 March 2022 15:32

[Ukraine war: Why Russia is bombing hospitals in Ukraine – and how Putin has done it before | World News | Sky News](#)

Emergency and disaster risk management

ANNEX 1. WHO CLASSIFICATION OF HAZARDS

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
SUBGROUPS	1.1 GEOPHYSICAL ⁴	1.2.1 HYDROLOGICAL ⁴	1.2.2 MTEOROLOGICAL ⁴	1.2.3 CLIMATOLOGICAL ⁴	1.3 BIOLOGICAL ⁵	1.4 EXTRATERRESTRIAL ⁴	Industrial hazards: ⁸ - chemical spill - gas leak - radiation [radiological, nuclear] Structural collapse: - building collapse ^{8,9} - dam/bridge failures Occupational hazards: - mining Transportation: 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
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 micro-organisms Animal-human contact - venomous animals [snakes, spiders]	Impact: - airburst - meteorite Space weather: - energetic particles - geomagnetic storms - shockwave			
-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] ⁶ Fog						

Health

Emergency and Disaster Risk Management Framework

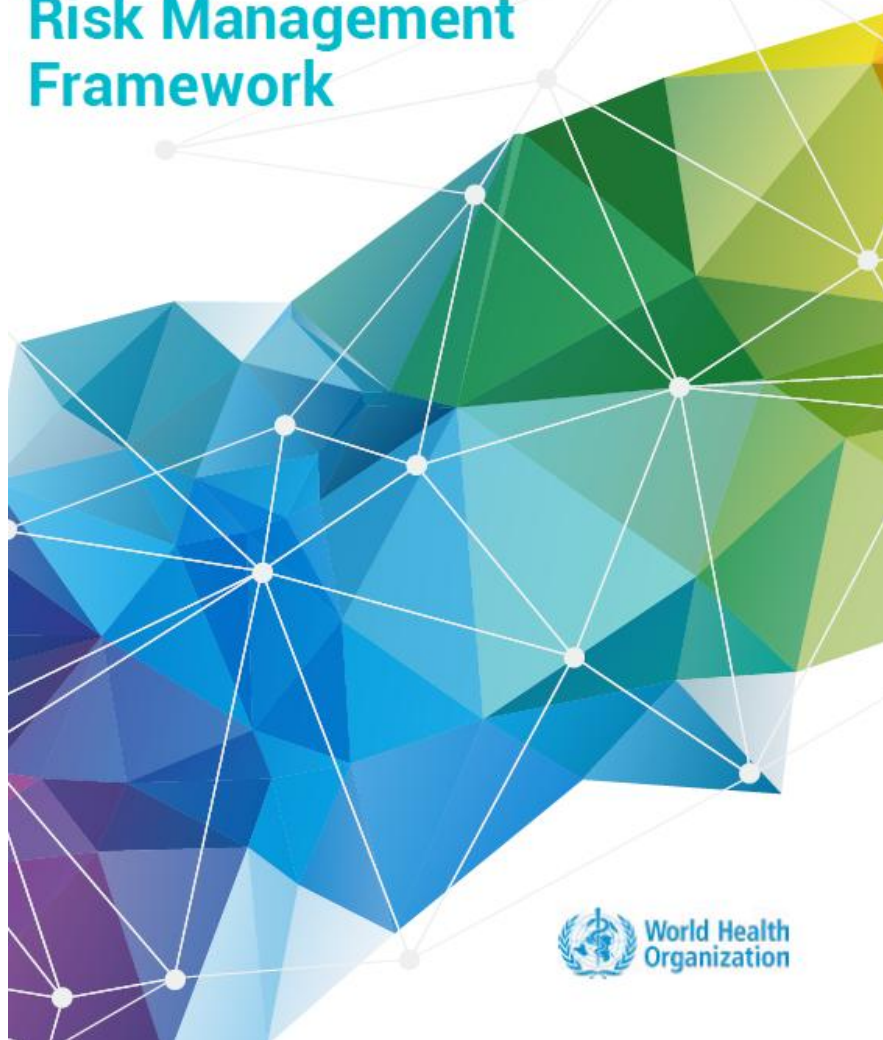


Table 1: Summary of change in approach through Health EDRM

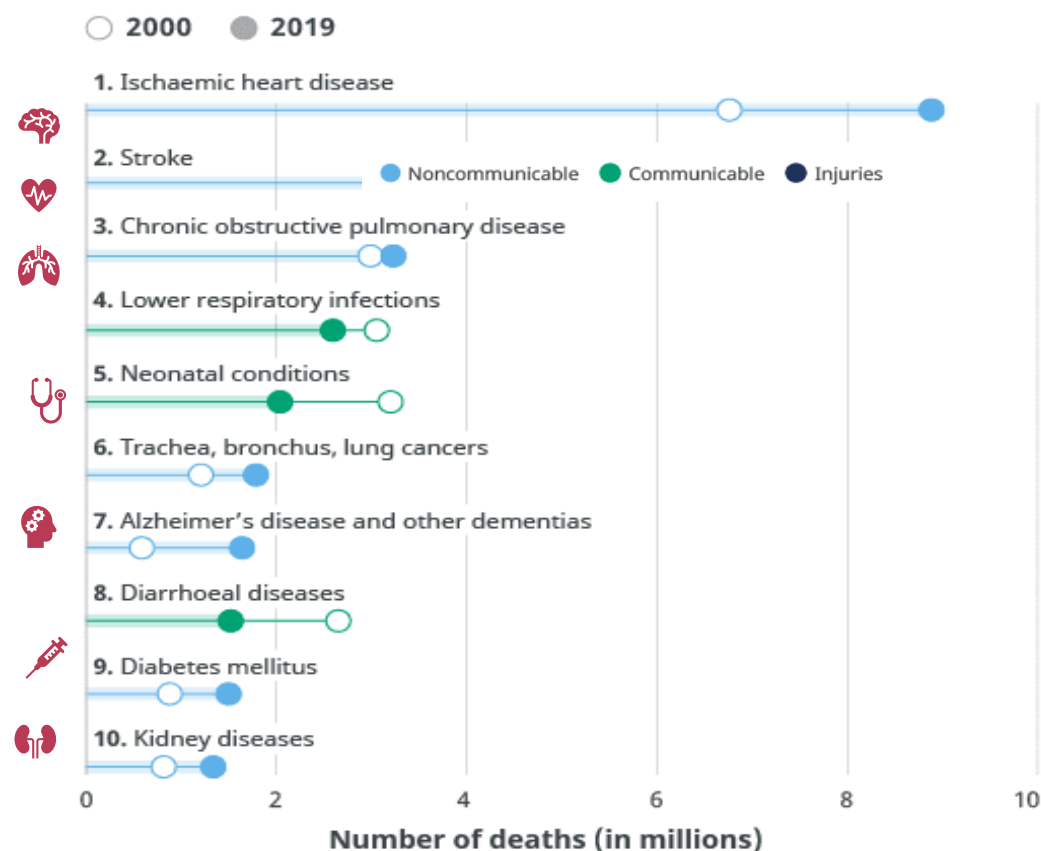
FROM	▶ TO
Event-based	➡ Risk-based
Reactive	➡ Proactive
Single-hazard	➡ All-hazard
Hazard-focus	➡ Vulnerability and capacity focus
Single agency	➡ Whole-of-society
Separate responsibility	➡ Shared responsibility of health systems
Response-focus	➡ Risk management
Planning for communities	➡ Planning with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

LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES



NCDs are the leading causes of death worldwide

Leading causes of death globally



74%

Together, all NCDs accounted for 74% of deaths globally in 2019

Countries are not on track to meet the SDG target on NCDs

- If past trends continue, **only 14 countries will reach the SDG target** to reduce premature NCD mortality by a third.
- Yet with extra spending of **18 billion per year** -- equivalent to 0.6% of LMICs' gross national income per capita, **90% of LMICs could meet the target and prevent or delay 39 million deaths.**

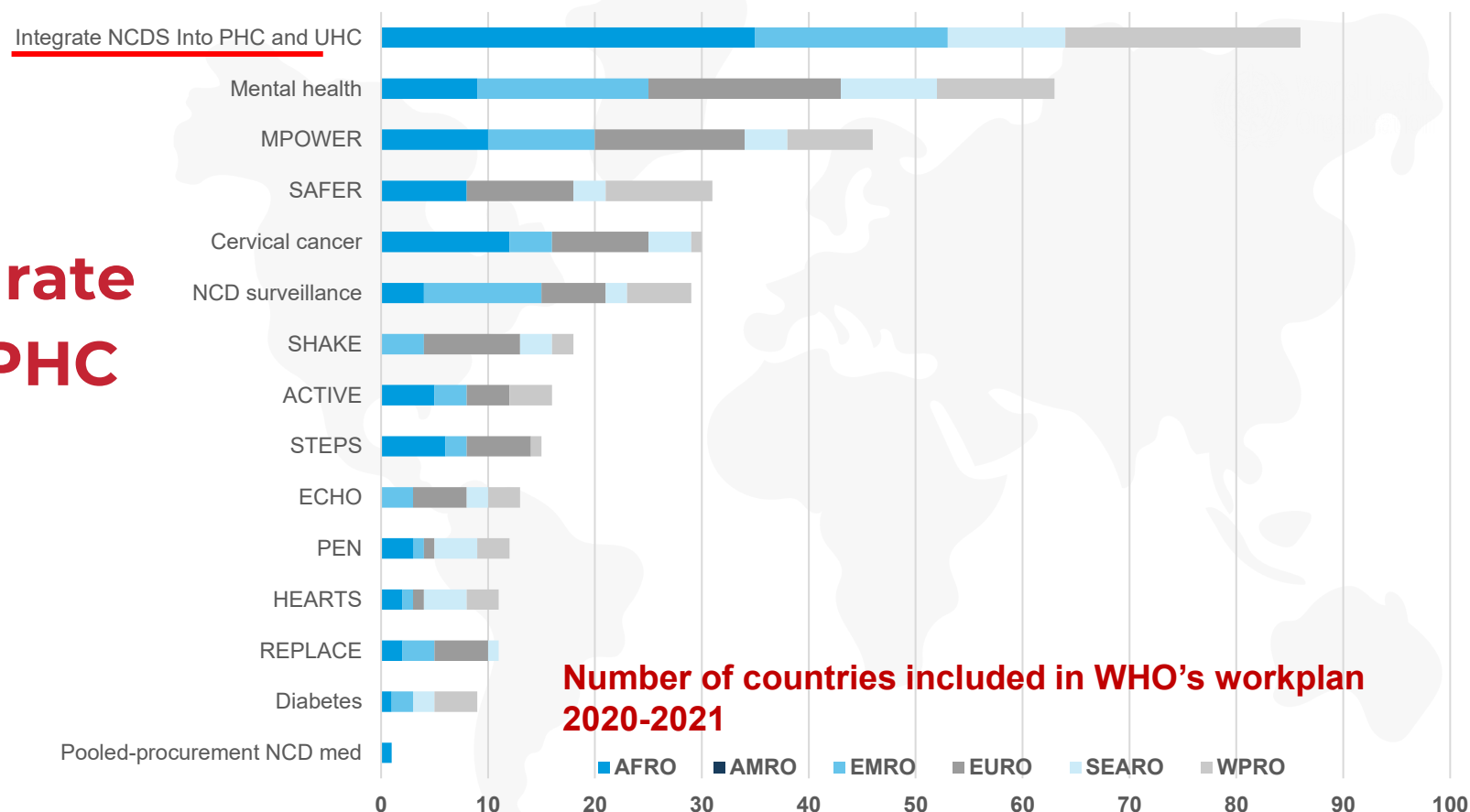


With sufficient investment, 90% of LMICs could meet the SDG target to reduce premature deaths from NCDs by a third by 2030

Data Sources: EB 150/7 (2022) and NCD Countdown 2030 collaborators (2022)

WHO Member States' Top Demands for technical assistance

#1. To integrate NCDs into PHC and UHC



- A set of evidence-based interventions applicable in all settings
- Protocols for diagnosis and management
- Covers Cardiovascular diseases (hypertension and CVD risk), Diabetes, Chronic Respiratory Diseases, Cancer early detection and Palliative care
- Adapted in more than 30 countries

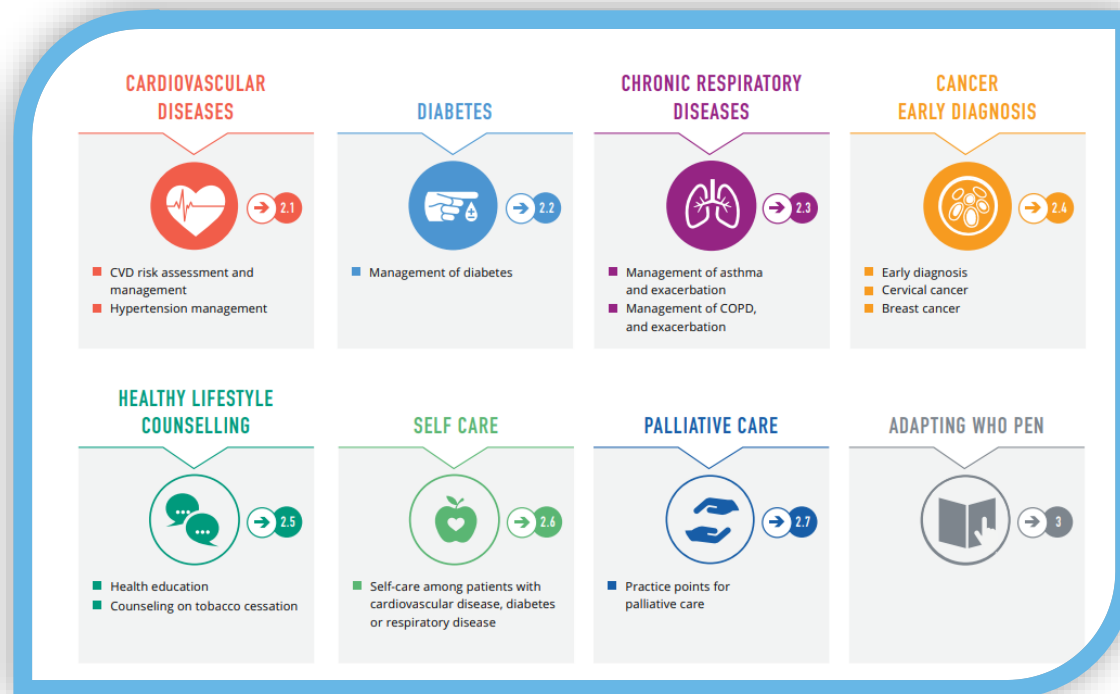
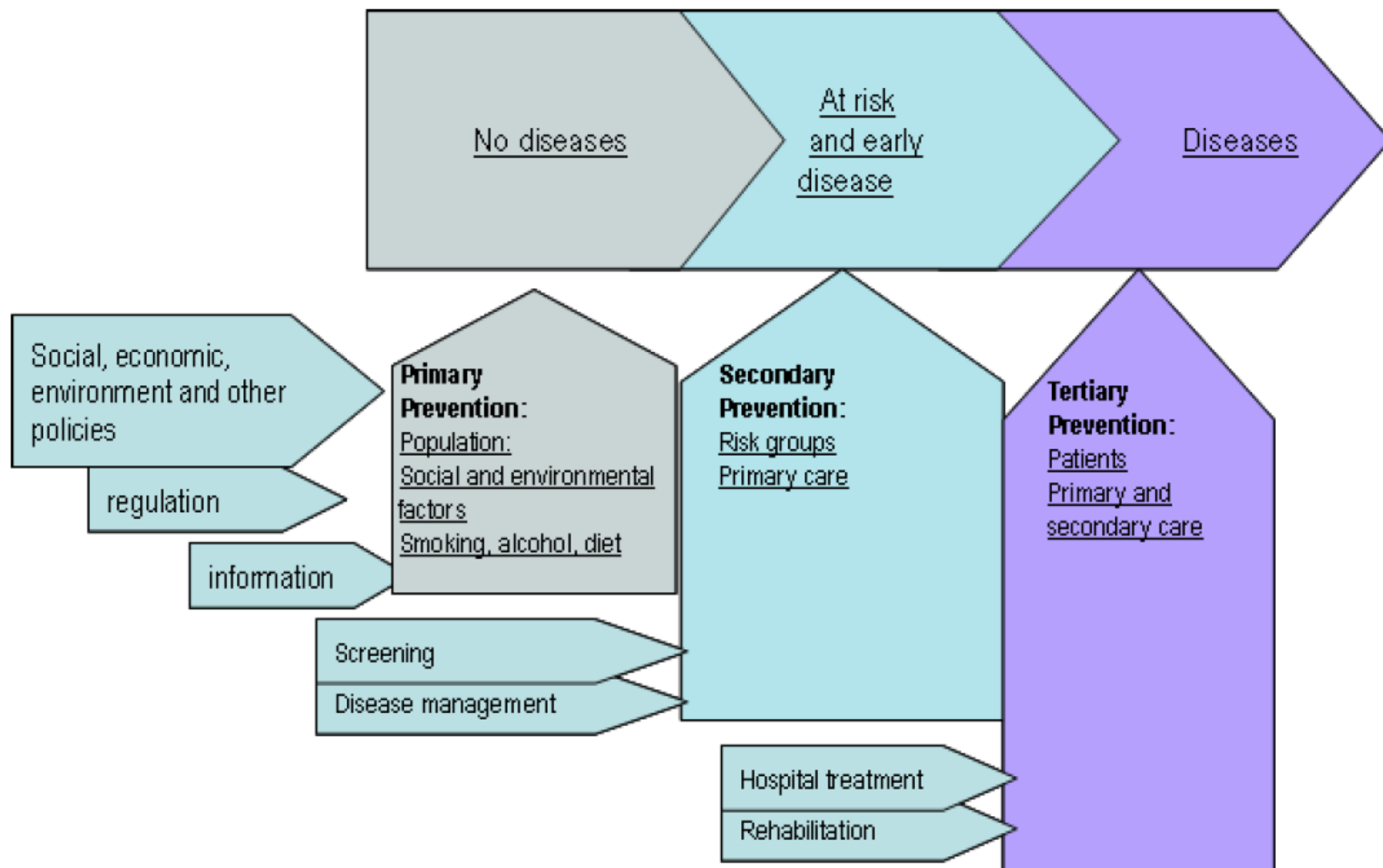


Figure 3 – Innovative approaches for chronic diseases in Public Health and Health Care systems²⁹



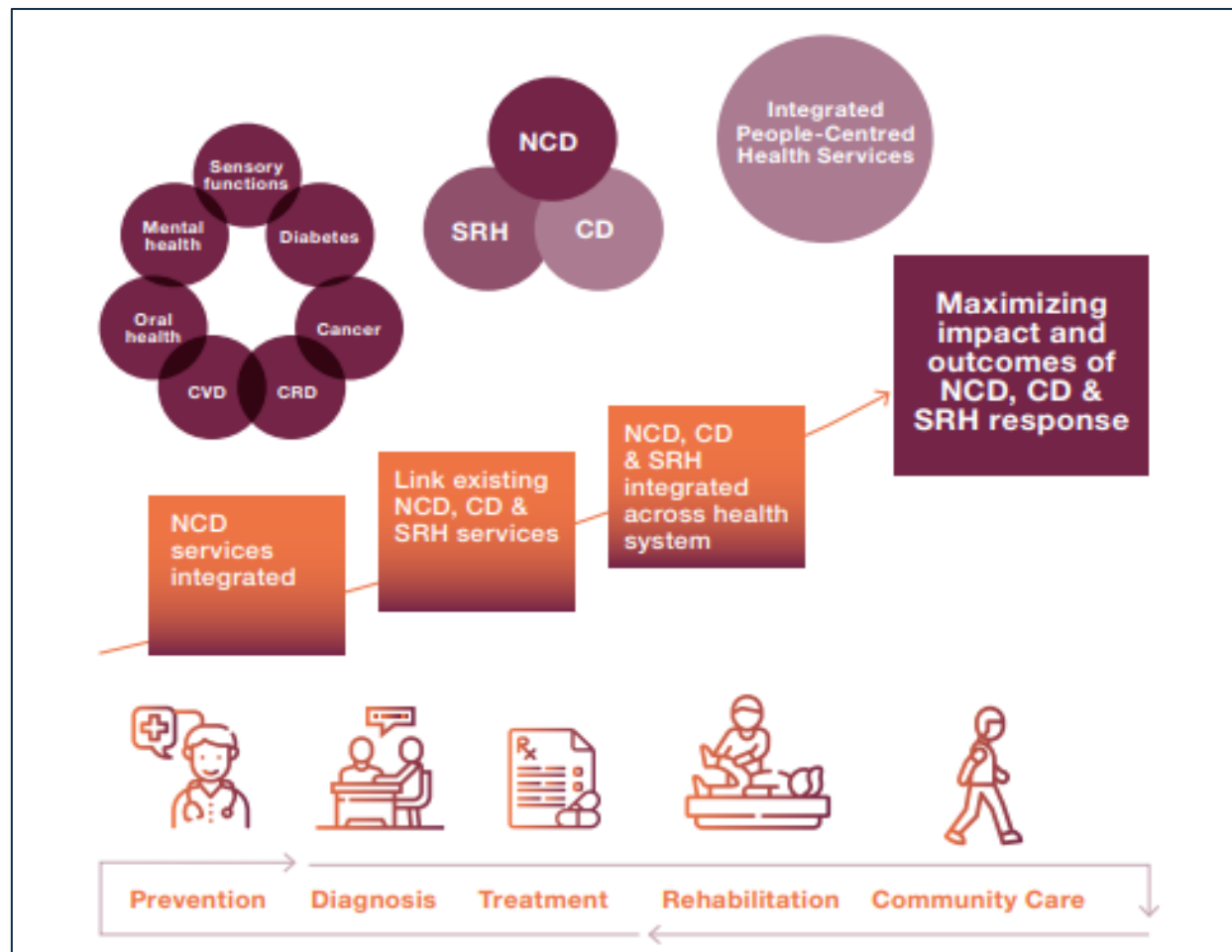
Strengthening NCD services through PHC : Tools and Guidance

What is integration of NCD in PHC and UHC?

The organization of prevention and management of NCD (health) services at primary and all levels of care through strengthening of health systems



.....so that people **receive the care** they need, when they need it, in ways that are user friendly, **achieve the desired results** and ensuring that use of those services **does not expose to financial hardship**.





LE CLIMAT ET L'ENVIRONNEMENT



Fig. 2.1. Climate change risks to health and health systems, and outcomes

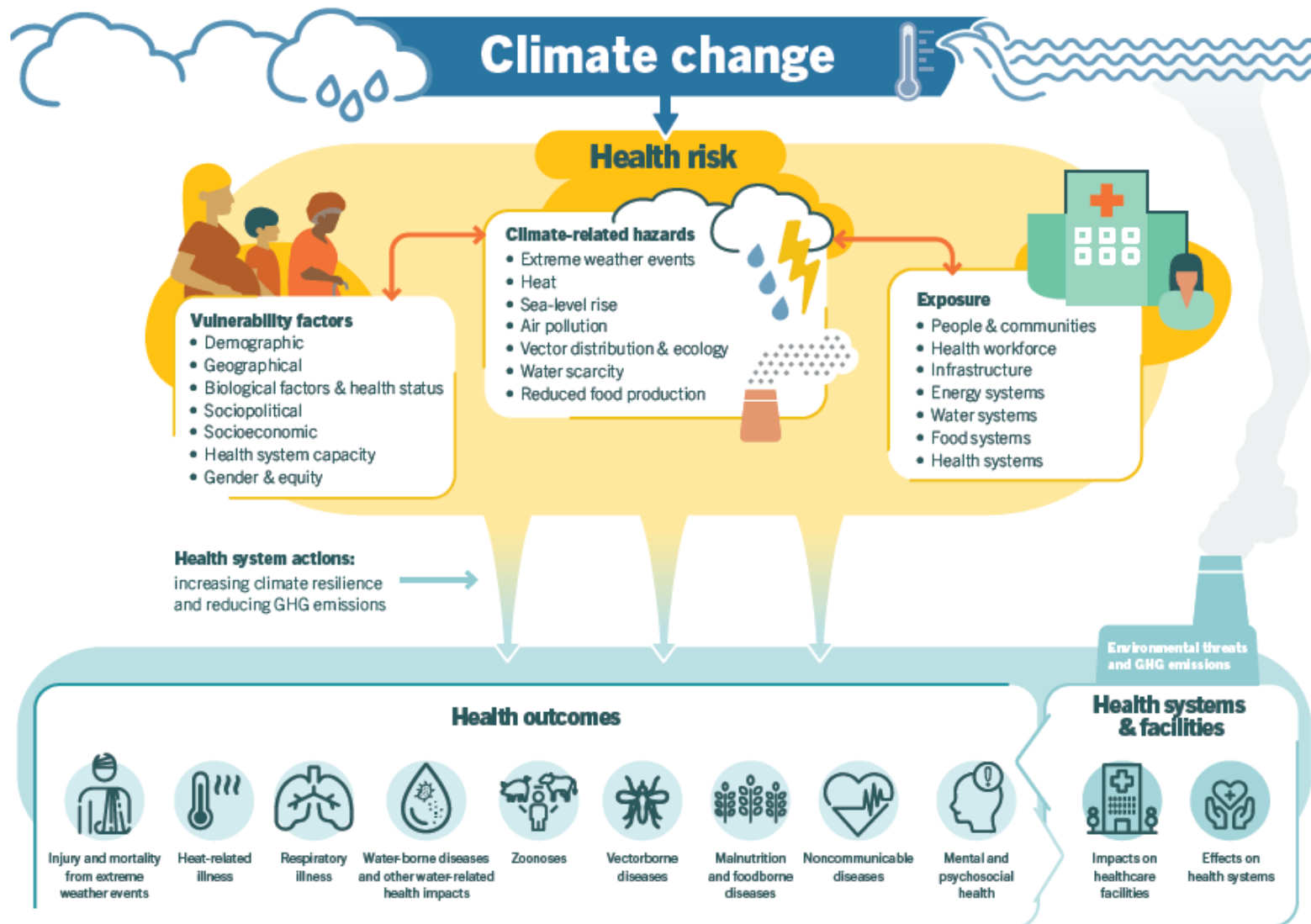


Fig. 5.1. Operational framework for climate resilient and low carbon health systems

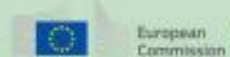


Source: Operational Framework for building climate resilient and low carbon health systems, WHO 2023

Combatting current and future health threats

ONE HEALTH

Healthy people
Healthy animals
Healthy environment



As we shift the focus on what to do, an **equally fundamental shift** must occur on **how** to do it. A new global health order is emerging —and the EU must contribute to shaping it through a more strategic and effective engagement.

The EU has a unique potential to drive international cooperation. **Expanding partnerships** with a wide range of relevant stakeholders is of the utmost importance—promoting **health sovereignty for more resilience and open strategic autonomy** supported by partners' political commitment and responsibility. Our relationship with international partners must be guided by common priorities in line with this strategy.

COMMENT PASSER À L'ECHELLE ?

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

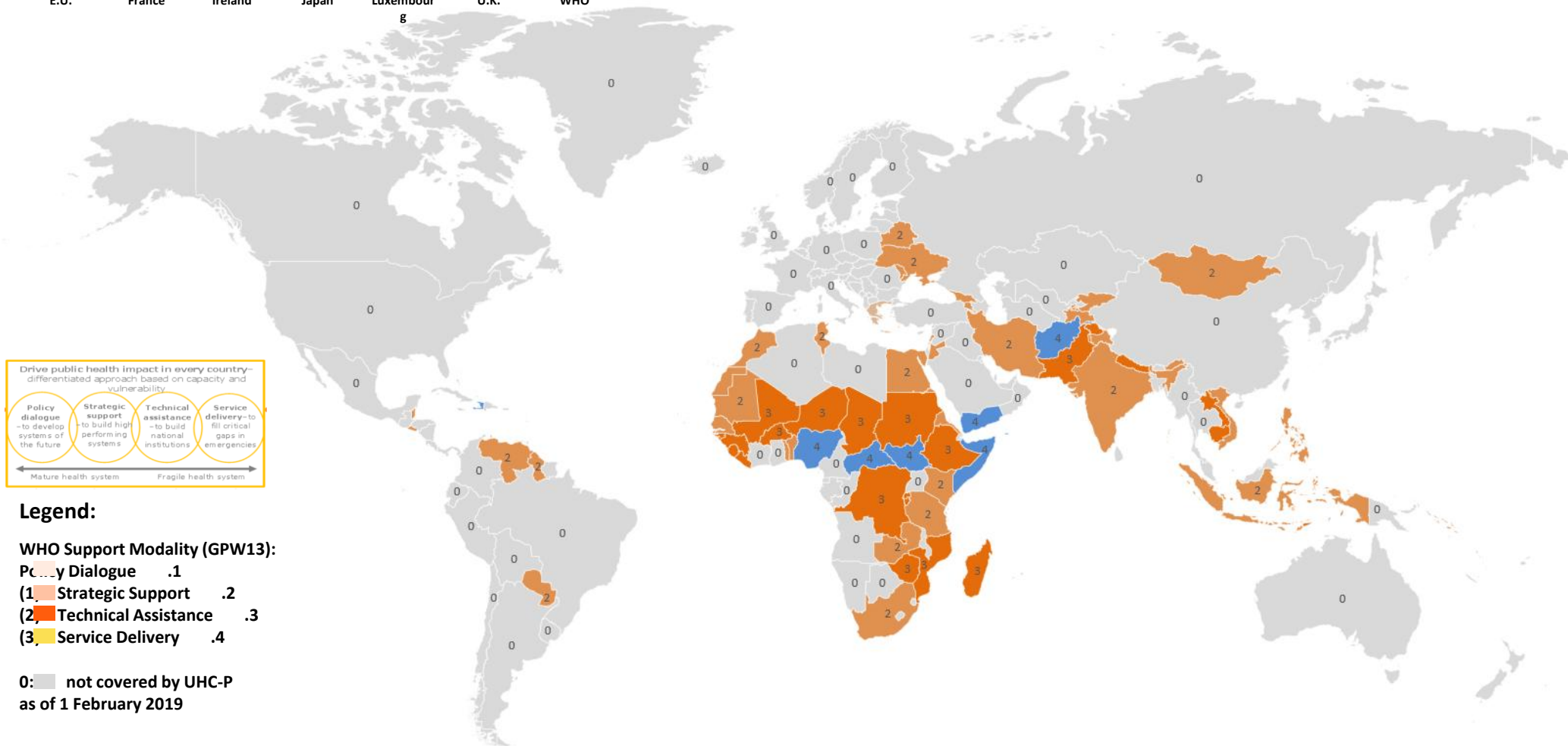


<http://extranet.who.int/uhcpartnership/>

UHC Partnership – February 2019



E.U. France Ireland Japan Luxembourg U.K. WHO



Activities: 15+ areas of work around 3 pillars

Three thematic pillars

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



<http://extranet.who.int/uhcpartnership/>



Universal Health
Annual Report
In practice: bridging
country action to act



Universal Health
Coverage Partnership
annual report 2021
Health systems
strengthening and
health emergencies
beyond COVID-19



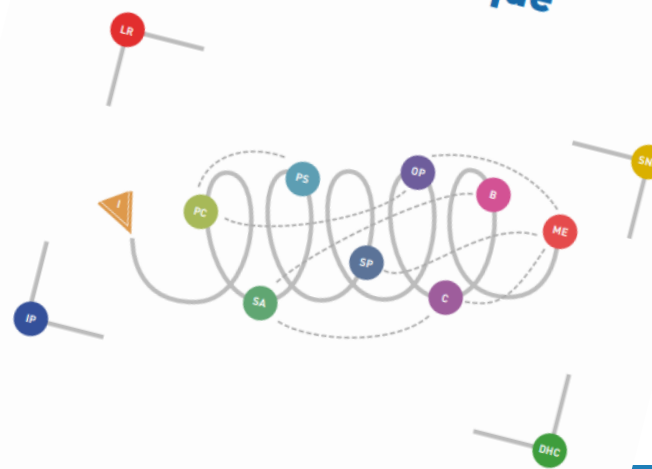
HORS-SÉRIE | JANVIER 2017
La recherche francophone sur les
politiques et systèmes de santé dans les
pays à faible et moyen revenu
Compte-rendu du Colloque Post-Vancouver 2016.



CAHIERS
REALISME
www.equitesante.org/chaire-re



Stratégies nationales
en santé au XXIe siècle
- Guide pratique



Gerard Schmets – Edité par
Dheepa Rajan – Sowmya Kadandale

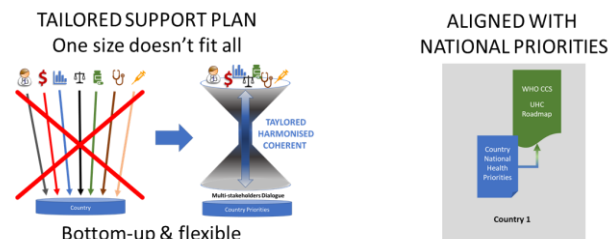


Consultez: <http://extranet.who.int/uhcpartnership/>

The **UHC Partnership** provides catalytic *PHC* for UHC support in 115 countries



GPW13 BOTTOM-UP APPROACH



ACCOUNTABILITY MECHANISMS



HIGH LEVEL STEERING COMMITTEE



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]

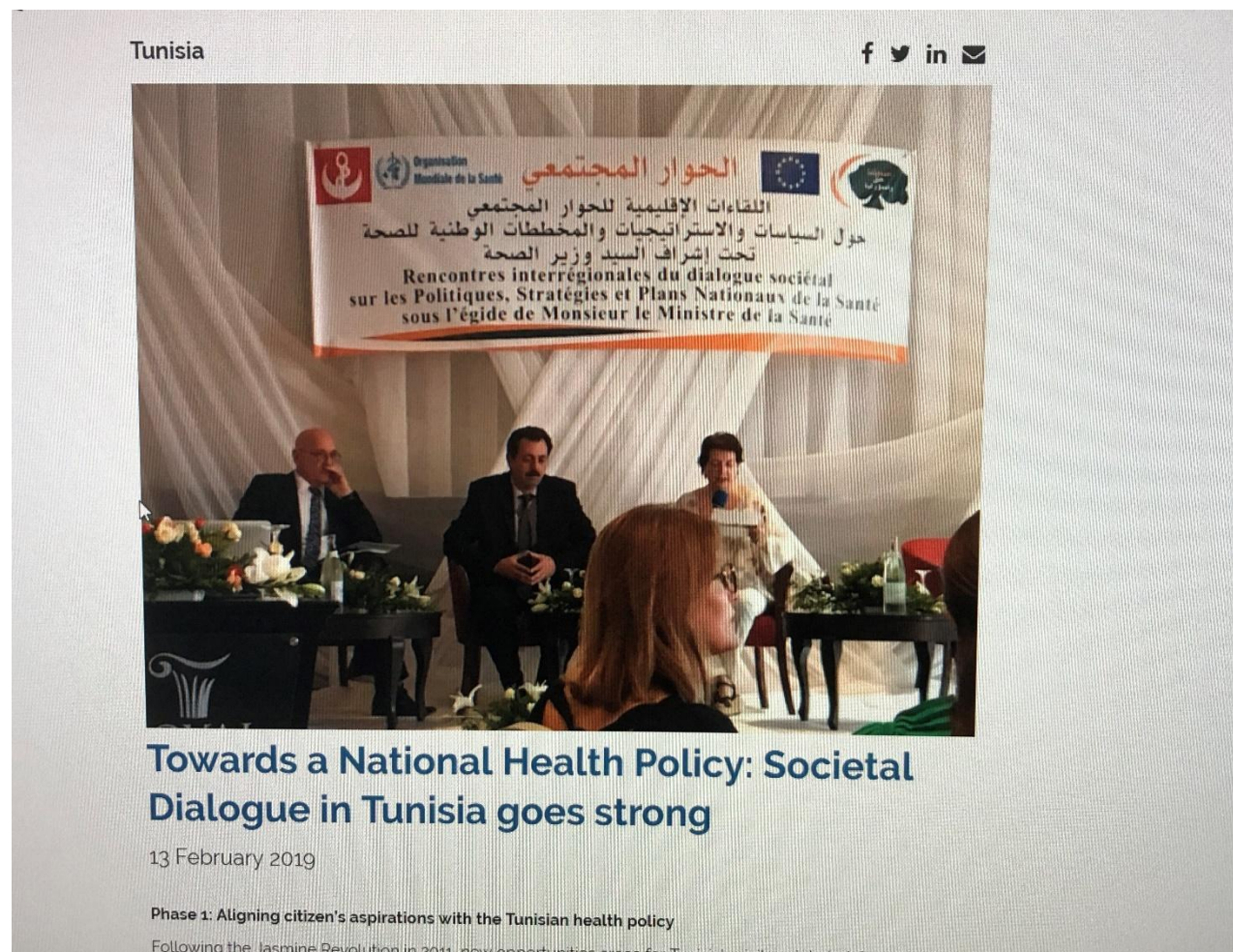
- As a result, 20 focus groups with population and specific targets, thematic workshops, use of key informants, expert panels
- Weekly broadcast programme "santé et société" on national TV
- High level of motivation/commitment of various individuals and groups involved
 - Local consultants are supporting the thematic group (2 of them are continuing on a voluntary basis)
 - Meeting every month of the thematic groups
 - Restrictied 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

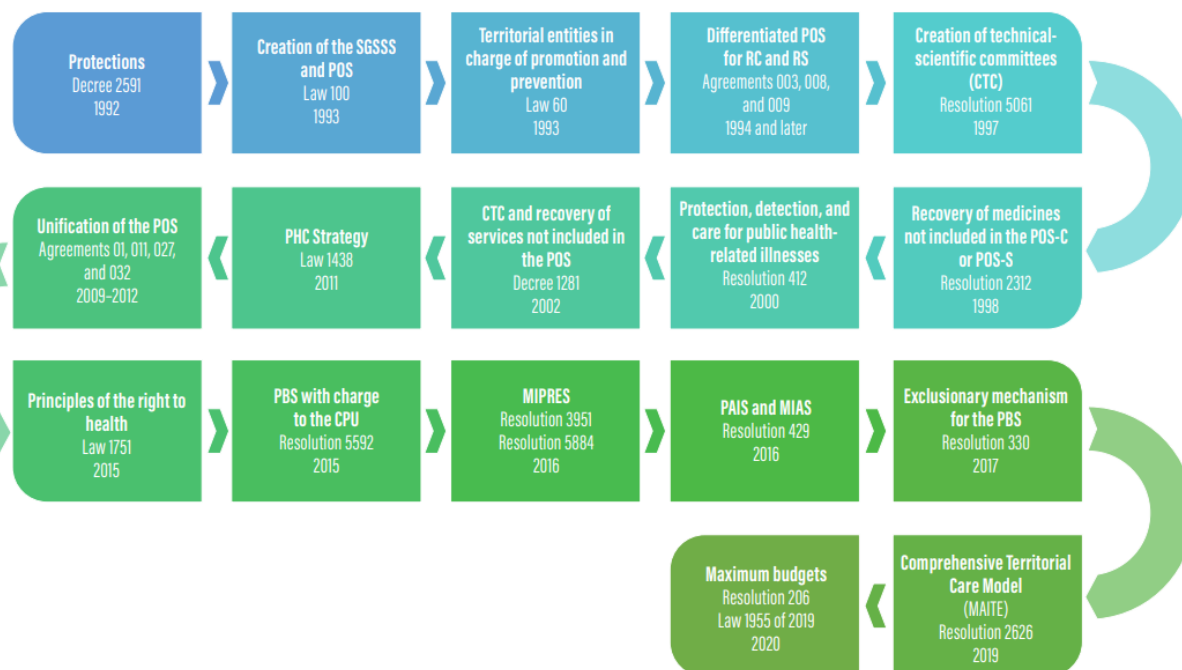
An example... Tunisia [4/4]

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



COLOMBIA: Mandatory Health Plan

Figure 8. Evolution of the health regulations of the General Social Security System in Health of Colombia, 1992–2020



Note: CPU: capitation payment unit; MAITE: Comprehensive Territorial Care Model; MIAS: Comprehensive Health Care Model; MIPRES: My Prescription; PAIS: Comprehensive Health Care Policy; PBS: Health Benefits Plan; PHC: primary health care; POS: Mandatory Health Plan; POS-C: Mandatory Health Plan - contributory; POS-S: Mandatory Health Plan – subsidized; RC: contributory scheme; RS: subsidized scheme; SGSSS: General System of Social Security in Health.

- Over the past three decades, Colombia has made great efforts to improve universal health coverage. As a result, in August 2022, 98.54% of the population was covered by the health system; in 2019, out-of-pocket spending on health was 14.9%; and, since 2015, the country has an implicit, comprehensive health benefits plan.
- Despite extensive efforts, the Colombian population faces different obstacles to accessing health services. An analysis of the main access barriers present in the Colombian health system was conducted to better understand the situation.
- Multiple access barriers were identified in the study. The main barriers are long wait times to receive health care and the excess processes needed for the approval of services, largely associated with limited financing, cost-containment incentives, and problems arising from the negotiation of service fees.
- Colombia also has different realities in terms of the supply of services and the conditions for health care access in its territory, which highlights the need to establish differentiated models. The unequal distribution of human resources and providers in the national territory is a major issue.
- Lack of knowledge about how the health system works, coupled with problems related to the acceptability of services, can limit access to health care, despite efforts to implement the Indigenous Intercultural Health System (SISPI).
- Despite the country's great strides in reducing financial barriers, part of the population continues to face significant budgetary constraints that prevent them from accessing health services.
- Although Colombia has a Mandatory Health Quality Assurance System (SOGCS), health services are not always in the best conditions and there are no clear quality standards at the sector's different levels and processes.

- The situation of access barriers highlights the need to strengthen the health authority's stewardship and governance at different levels of the system, its regulatory and oversight capacities, and integration, coordination, and interoperability among information systems.
- HRH and infrastructure are key to improving the health service delivery conditions. Therefore, policies are needed to improve their conditions and facilitate their availability.
- Quality should be improved in a cross-cutting manner across the Colombian health system, supported by financial and nonfinancial incentives for all actors.
- To improve the conditions of access to health services and the well-being of the Colombian population, it is essential to adopt a long-term vision that seeks to strengthen PHC and the EPHF.

Stories from the field

Social media



Powered by the
Joint working team for PHC & UHC

Newsletter of the WHO Special Programme on Primary Health Care

Issue 3, May 2022

GO TO PREVIOUS NEWSLETTERS

MESSAGE FROM THE DIRECTOR

Dear Readers,

Welcome

The CO
outcom

Programme updates from the WHO Special Programme on Primary Health Care



Release of the Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens

To continuously strengthen primary health care, countries must be able to assess how decisions, actions and investments are addressing the broader determinants of health while improving service coverage, financial risk protection, and ultimately the health of individuals and populations.

[Read more](#)



Call for nominations: UN NCD Taskforce & the WHO Special Programme on Primary Healthcare, Awards 2022

This year the Task Force is joining forces with the WHO Special Programme on Primary Health Care, with the Awards Scheme being expanded to recognize work in primary care for prevention and control of NCDs.

[Read more](#)

Stories from the field: Special series on the COVID-19 response

We bring you stories straight from the countries where we work as they unfold. These stories document the results of the UHC Partnership's close collaboration with governments, communities and our partners. Watch this space for regular updates.

The Bahamas  The Bahamas: Protecting the population with safe and effective medicines and vaccines	Pacific island countries  Strengthening mental health services in the Pacific during COVID-19 and beyond	Rwanda  Rwanda's primary health care strategy improves access to essential and life-saving health services
Afghanistan  Afghanistan's health system is on the brink of collapse: urgent action is needed	Kenya  Kenya increases uptake and equity for COVID-19 vaccinations	Bangladesh  Community health workers at the heart of a stronger health system and the fight against COVID-19
Trinidad and Tobago 	Azerbaijan 	Lao PDR 

Video series



WHO and the UHC Partnership in the Small Island Developing States
World Health Organization (WHO)



Universal health coverage for a fairer, healthier world
World Health Organization (WHO)



WHO's 7 policy recommendations on building resilient primary health care
World Health Organization (WHO)



Universal health coverage for a fairer, healthier world
World Health Organization (WHO)



Primary health care: health systems, communities and the planet
World Health Organization (WHO)



Sudan: Community dialogues pave the way to health and peace for all
820 views May 25, 2022 In the war-torn Darfur region of Sudan, communities are taking an active role in rebuilding their health services and advancing universal health coverage. Through ...more



World Health Organization
4,634,237 followers
1g • 1

What is primary healthcare?
Why do we need to urgently and smartly invest in primary health care?

WHO's Dr Shannon Barkley explains.



really making primary health care the foundation of their health systems

WHO explains Primary Health Care

👍 You and 943 others

27 comments • 221 shares



World Health Organization ...
@WHO

As #COVID19 continues to reveal inequities globally, the commitment to health as a human right will determine how our economies & societies will recover & support everyone.

How #PrimaryHealthCare accelerates #HealthforAll bit.ly/3704QpL

Watch on Twitter



5:14 PM · Jul 23, 2021



World Health Organization (WHO) •
May 25 at 10:00 PM · 1

To make health for all a reality, we need effective primary health care. This is how we can protect everyone from health threats and emerge stronger from COVID-19. We must act NOW to bring health services closer to people.

A health system that's resilient protects everyone.
Investing in primary health care for universal health coverage boosts capacities to prepare for and respond to health emergencies.



2.6K

331 Comments 523 Shares

[Link to SP-PHC newsletters](#)

<http://extranet.who.int/uhcpartnership/>

Références

Websites

1. <https://www.who.int/> (français)
2. <https://healthpolicy-watch>
3. <https://ourworldindata.org/>
4. <http://extranet.who.int/uhcpartnership/>

Livres

« *The New Public Health* »

Fran Baum

Oxford, 2015

« *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies* »

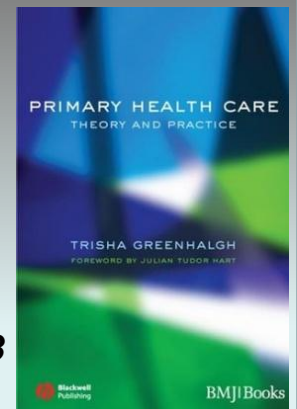
M. H. Merson, R.E. Black and A. Mills

Jones and Barnett Learning, 2012

« *Primary Health Care* »

T. Greenhalgh

BMJ Books, 2013



denis.porignon@uliege.be

Merci !



<http://extranet.who.int/uhcpartnership/>