

170^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA (session hybride), du 20 au 24 juin 2022

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CE170/16
28 mai 2022
Original : anglais

POLITIQUE SUR LES SOINS INTÉGRÉS POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE SANTÉ

Introduction

1. La fragmentation sous toutes ses formes est un problème omniprésent dans les systèmes de santé, qui touche l'organisation, la gestion et la prestation des soins dans presque tous les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).¹ Cette fragmentation pénalise l'accès équitable à la santé. Elle peut se présenter sous la forme de services de santé ne couvrant pas la gamme des services de promotion, de prévention, de soins, de réadaptation et de soins palliatifs, ce qui rompt la continuité des soins au fil du temps ; on parle alors de fragmentation des soins. Dans une autre perspective de fragmentation, les prestataires de soins de santé, les organisations ou les unités ne garantissent pas aux personnes des transitions coordonnées et fluides à différents niveaux du continuum de services ; on parle alors de fragmentation des services (1).

2. Les soins intégrés sont le fait d'une stratégie élargie qui combine des changements cliniques, sociaux, organisationnels et politiques visant à accroître l'efficacité de la prestation des soins de santé, à garantir l'efficacité des résultats et, plus particulièrement, à améliorer l'expérience et la satisfaction des personnes (2). Cette politique vise à remédier à la fragmentation sous toutes ses formes et à permettre l'amélioration de la communication, de la coordination et de la continuité des soins. Elle constitue une étape essentielle pour construire un modèle de soins centré sur la personne, mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (3). Le présent document vise à fournir des orientations sur des options stratégiques fondées sur les données probantes et l'expérience, qui permettent de s'attaquer à la fragmentation sous toutes ses formes (notamment l'intégration des objectifs des programmes prioritaires en matière de prestation des services de santé), d'améliorer l'intégration des soins et de renforcer les services de santé dans leur ensemble.

¹ Dans les pays où, outre le ministère ou le secrétariat de la Santé, des établissements de la sécurité sociale ou des entités privées fournissent des services de santé à la population, il existe habituellement une fragmentation du système de santé entre les différentes institutions.

Antécédents

3. La fragmentation des soins a une grande incidence sur les résultats en matière de santé, ainsi que sur l'expérience des personnes en matière de soins et sur leur satisfaction relativement aux systèmes de santé. Elle limite l'accès aux services de santé et leur capacité à répondre aux besoins des populations non seulement dans des conditions normales, mais tout particulièrement lors d'urgences sanitaires, comme l'a montré la pandémie de COVID-19. L'intégration des soins constitue une stratégie d'amélioration des soins fondée sur une meilleure coordination des prestataires et des services tout au long du continuum de services, et organisée sur le principe des soins centrés sur la personne en tenant compte, après les avoir déterminés, des besoins propres à chaque personne.

4. Un certain nombre de résolutions et de stratégies approuvées par les États Membres de l'OPS comportent des définitions et des recommandations relatives aux soins intégrés. Ces documents formalisent les engagements des États Membres à réorienter les systèmes de santé de manière à mieux répondre aux besoins sanitaires des populations, notamment aux besoins des populations vivant dans des conditions de vulnérabilité. Ils incluent, entre autres, la résolution CD59.R12, *Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique* (4), la résolution CD55.R8, *Résilience des systèmes de santé* (5), le document CD53/5, Rev. 2, *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (3), la résolution CD49.R22, *Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires* (6), le document CD57.12, *Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (7), la résolution CSP29.R15, *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (8) et la résolution CD56.R5, *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (9).

5. Cette politique sur les soins intégrés est alignée sur le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (10) et sur le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (11).

Analyse de situation

6. La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé de la Région des Amériques à l'épreuve. Elle a remis en question leur capacité à intégrer tous les niveaux de soins et de services dans le cadre de la riposte à la pandémie tout en assurant la continuité des soins pour les personnes ayant besoin d'autres services essentiels, en particulier les personnes atteintes de maladies chroniques (12, 13).

7. La pandémie a également mis à l'épreuve la résilience des systèmes de santé face aux situations d'urgence de longue durée (14). Au cours des deux dernières années, les pays dont les services de santé sont très fragmentés n'ont pas bien réagi, malgré un meilleur accès à la technologie et des niveaux plus élevés d'investissement dans le domaine de la santé que par le passé. La prestation de services essentiels, en particulier les services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques ou nécessitant des soins continus,

a été considérablement réduite et, dans de nombreux cas, complètement interrompue pendant de nombreux mois, ce qui a mis les patients en danger. La vaccination et d'autres programmes de prévention clés ont également connu d'importantes réductions de couverture (15-18). La diffusion élargie et croissante par le biais des médias sociaux d'informations sur la santé erronées, voire délibérément trompeuses, a également pénalisé la capacité des systèmes de santé à fournir des services intégrés et efficaces aux personnes en situations de vulnérabilité (19).

8. Dans les premières phases de la crise pandémique, les plans de riposte ont ciblé les soins hospitaliers, en particulier les soins intensifs, et les mesures d'ordre technologique. Donnant la priorité aux approches biomédicales, les pays ont investi des milliards de dollars dans la modernisation des hôpitaux et des unités de soins intensifs, notamment dans la création de nouvelles unités de soins intensifs de conception et de complexité variables (20, 21). Depuis lors cependant, la pandémie a confirmé les enseignements précieux, mais souvent négligés, des crises précédentes, à savoir que les approches intégrées et les interventions précoces au premier niveau de soins sont plus efficaces pour lutter contre la propagation de la maladie, et que le contrôle des flambées épidémiques nécessite de solides stratégies et interventions fondées sur les soins de santé primaires et à l'échelle du système (22). La pandémie a également mis l'accent sur l'importance de la coordination et de l'intégration en matière de prestation des services, et de la prise en charge des patients à tous les niveaux du continuum de prestation des soins de santé.

9. La plupart des pays de la Région des Amériques ont officiellement adopté dans leurs politiques les stratégies de l'OPS pour la santé universelle et les réseaux intégrés de prestation de services de santé, mais leur mise en œuvre n'a pas été à la hauteur. La crise pandémique actuelle a fourni de nombreuses preuves des faiblesses des systèmes de santé de la Région et de la nécessité urgente de se diriger résolument vers des formes plus intégrées de prestation des services et des soins de santé. En outre, les interventions plus systémiques ont fait la preuve qu'elles sont plus rentables pour lutter contre la pandémie et élargir la couverture vaccinale contre la COVID-19, comparativement aux stratégies ciblant l'hôpital et le traitement curatif (3).

10. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la fragmentation des soins a des répercussions négatives sur l'expérience qu'ont les utilisateurs des services et de leurs résultats de santé (23). Les causes systémiques sous-jacentes de la fragmentation comprennent la segmentation institutionnelle, les modèles de soins axés sur les maladies avec une prédominance des soins épisodiques aigus et centrés sur l'hôpital, les programmes verticaux non intégrés, les pratiques fragmentées de financement de la santé et le faible leadership des autorités sanitaires nationales. Les conséquences incluent des limites d'accès, des occasions manquées, une continuité médiocre des processus de soins et l'incapacité de répondre aux besoins et aux attentes propres à chaque personne. Ces limites pénalisent directement la capacité des systèmes de santé à s'ajuster aux profils épidémiologiques complexes.

11. La Région des Amériques connaît d'importantes évolutions démographiques et épidémiologiques. Les populations vivent plus longtemps qu'auparavant, mais en présentant un nombre croissant de maladies chroniques, une multimorbidité et des incapacités. Les maladies non transmissibles (notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques) et les problèmes de santé mentale constituent maintenant la charge la plus lourde de l'ensemble des pathologies, tandis que les maladies infectieuses persistantes et réémergentes continuent d'être un problème de santé publique. Les iniquités existantes en matière de santé ont été exacerbées par la pandémie de COVID-19 (17, 18) et par d'autres urgences et catastrophes sanitaires (24). Cette situation entraîne la nécessité pour les systèmes de santé de s'adapter et d'évoluer, afin de répondre aux besoins de santé propres aux personnes, en particulier aux personnes en situation de vulnérabilité.

12. Le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques et leur demande accrue de services de santé forcent les prestataires de santé, tant les particuliers que les organisations, à modifier radicalement leurs approches en matière de prestation des soins. Les modalités actuelles de soins visant les personnes atteintes de maladies chroniques continuent d'être, dans la plupart des cas, fragmentées et centrées sur la maladie. La fragmentation des soins, doublée d'une absence de coordination entre les prestataires des différentes disciplines professionnelles, peut avoir pour conséquence que des patients ne reçoivent pas les soins nécessaires, ainsi qu'une redondance de prise en charge, une incompatibilité des schémas thérapeutiques et une sur ou sous-prescription de soins. Cette réalité débute dans les établissements de formation diplômante concernant les médecins, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé issus de programmes orientés sur le domaine biomédical. Elle se pérennise avec la formation en cours d'emploi dans les services de santé, qui est basée sur des modèles curatifs et des modèles technologiques de pointe, et met l'accent sur les sous-spécialités et les soins hospitaliers. Il est de plus en plus prouvé que ce modèle de formation des professionnels de la santé doit changer (25-27).

13. De nombreuses données probantes sur la mise en œuvre des soins intégrés démontrent qu'aucun modèle ne convient à toutes les circonstances et que le contexte est un facteur clé pour déterminer quelles stratégies et interventions seront couronnées de succès (28). Le forum régional « Accès équitable aux services de santé : expériences et interventions clés », organisé par l'OPS le 13 juillet 2015, a passé en revue les expériences et les progrès de certains pays en matière de services de santé intégrés et centrés sur la personne. Le rapport du forum présentait plusieurs études de cas décrivant les approches, leurs principaux résultats et les enseignements à tirer pour l'avenir. Ces travaux comprennent, entre autres, des études de cas sur les centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec (Canada), sur la prise en charge des maladies chroniques en Alberta (Canada), sur l'intégration du vieillissement à la stratégie nationale de santé familiale du Brésil, sur la mise sur pied de services complets de santé physique et mentale aux Bahamas, sur l'intégration de la santé mentale au système hospitalier *Intermountain Healthcare* des États-Unis d'Amérique, sur la stratégie brésilienne en matière de santé familiale, sur la promotion de soins intégrés centrés sur la personne par la création d'équipes multidisciplinaires

décentralisées, avec des réseaux de services de santé intégrés, au Pérou et sur le renforcement du premier niveau de soins grâce aux nouvelles technologies au Panama (29).

14. Dans de nombreux pays de la Région, l'absence de textes législatifs et de règlements appropriés pénalise la mise en œuvre, le développement et la durabilité des transformations vers les soins intégrés. Ces transformations sont en effet souvent lancées en dehors de tout cadre juridique adéquat, et elles sont alors facilement interrompues, voire abandonnées, du fait de changements de gouvernement ou de glissements de leadership. La pérennité en matière d'interventions nécessite des politiques et des processus de transformation mis en place sur un consensus, ancrés dans des politiques, des lois et des règlements, et étroitement alignés sur les objectifs de développement afin de promouvoir la réussite de leur mise en œuvre.

15. Les stratégies de soins intégrés constituent une étape essentielle vers le renforcement de la résilience des systèmes de santé et la concrétisation de la santé universelle. Elles contribueront également à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3 (assurer la santé et le bien-être de tous) et l'ODD 10 (réduire les inégalités). L'absence de cadres stratégiques nationaux et d'approches proactives pour la mise en œuvre des soins intégrés limitera toujours la transformation des systèmes de santé et leur capacité à concrétiser les ODD.

Proposition

16. Alors que les États Membres sortent peu à peu de la pandémie de COVID-19, le principal défi consistera à transformer et à renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer la prestation des soins, de mieux répondre aux besoins et aux attentes propres aux personnes et d'améliorer la qualité des services de santé. Cela aidera les pays à renforcer leur résilience, à améliorer les connaissances en matière de santé et à se préparer de manière ajustée aux aléas futurs.

17. Le présent document vise à fournir un cadre stratégique général et un large éventail d'options politiques pour aider les États Membres à mettre en œuvre des soins intégrés. Le terme peut avoir des significations différentes selon les contextes, en fonction principalement des objectifs des décideurs politiques (30). Par conséquent, la proposition de politique ne constitue pas un cadre univoque, mais un guide pour une prise de décision cohérente relativement aux initiatives de mise en œuvre des soins intégrés.

18. Les États Membres ont réalisé d'importants progrès au cours de la dernière décennie sur le plan des efforts visant à renforcer la capacité des systèmes de santé à relever les défis de santé publique, à améliorer l'accès aux services et la couverture des services de santé, ainsi qu'à accroître la qualité des soins tout en garantissant l'équité. Ce document présente des options politiques qui se situent aux trois niveaux des systèmes de santé

(macro, intermédiaire et micro) et comportent des interventions renvoyant aux quatre fonctions des systèmes de santé.²

19. Renforçant les soins intégrés, les autorités sanitaires nationales sont invitées à promouvoir des politiques et établir des règlements solides fondés sur une approche des soins de santé primaires. Elles doivent faire progresser les transformations vers des systèmes de santé centrés sur la personne, qui offrent des services accessibles et ajustés sur le plan culturel et linguistique et délivrent des soins de santé de qualité, équitables, efficaces et efficaces grâce à des services de santé intégrés. L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle doivent constituer un objectif général. Les textes législatifs et les règlements doivent permettre l'ajustement des modèles de soins intégrés aux populations vivant dans des zones rurales reculées et aux populations autochtones et d'ascendance africaine, en tenant compte des spécificités culturelles.

20. La politique encourage des interventions relevant de quatre axes stratégiques : *a)* renforcer la capacité des autorités sanitaires nationales à diriger et à gérer les transformations systémiques pour l'intégration des soins, *b)* transformer l'organisation et la gestion des services de santé afin d'améliorer l'expérience des personnes, la santé de la population et la qualité, l'équité, l'efficacité et l'efficacité réelle de la prestation des soins de santé, *c)* passer de la théorie à la mise en œuvre pratique et *d)* responsabiliser et mobiliser les personnes et les communautés pour améliorer leur santé, ainsi qu'accroître l'apprentissage organisationnel.

Axe d'intervention stratégique 1 : Renforcer la capacité des autorités sanitaires nationales à diriger et à gérer les transformations systémiques pour l'intégration des soins

21. Les soins intégrés nécessitent des bases réglementaires solides et des politiques stables aux niveaux macro, intermédiaire et micro pour assurer la durabilité des transformations et la mise en œuvre de réformes plus pérennes que les cycles gouvernementaux. Cela nécessite l'élaboration de cadres systémiques enracinés dans les valeurs de la santé universelle. L'objectif est d'assurer une mise en œuvre réussie de transformations progressives des systèmes sociaux et de santé, envisageant la personne sur l'ensemble du parcours de vie. Cette démarche doit s'enraciner dans des modifications réglementaires relatives à l'intégration de tous les acteurs du système, à l'exercice des fonctions essentielles de la santé publique, ainsi qu'à la mise en œuvre des travaux de recherche dans le domaine de la santé, des mécanismes de financement de la santé, des politiques de ressources humaines et des systèmes d'information pour améliorer la prise de décision. Avant tout cependant, cela exige l'établissement de priorités stratégiques claires, s'accompagnant de cadres de suivi et d'évaluation solides, de la transparence et de la responsabilisation (32).

22. Pour ce faire, les autorités sanitaires nationales doivent promouvoir et diriger une collaboration et des partenariats intersectoriels pour élaborer de nouvelles lois et de

² Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2000 (31), les quatre fonctions des systèmes de santé sont la gouvernance et le rôle directeur, le financement, la création de ressources et la prestation de services.

nouveaux règlements afin d'intégrer les divers acteurs institutionnels (issus de secteurs tels que l'éducation, la protection sociale, le droit, etc.) aux professionnels de la santé, aux hôpitaux, aux services de santé et aux divers niveaux de soins, entre autres. L'objectif d'une telle collaboration est de renforcer l'engagement à évoluer et d'éviter les interruptions des processus de réforme en cours avant leur expiration et sans évaluation adéquate.

23. Des mesures doivent être prises pour établir de nouveaux programmes de formation qui mettent l'accent sur l'intégration, l'exhaustivité et la qualité des soins. Elles doivent cibler la prestation de soins intégrés dans le cadre de la formation des professions de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, ainsi que de la formation des futurs gestionnaires de la santé. En outre, les autorités sanitaires nationales doivent promouvoir et diriger les transformations des programmes de formation professionnelle, afin de garantir des compétences de base en matière de soins intégrés selon une approche envisageant l'ensemble du parcours de vie et des modifications réglementaires relativement aux agréments professionnels.

24. L'accent doit également être mis sur le développement des compétences en matière de gestion du changement et de leadership à tous les niveaux du système de santé : formation de nouveaux leaders, création et orientation de coalitions, renforcement des capacités de collaboration, soutien au changement et conception de plans de gestion du changement, entre autres.

Axe d'intervention stratégique 2 : Transformer l'organisation et la gestion des services de santé afin d'améliorer l'expérience des personnes, la santé de la population et la qualité, l'équité, l'efficacité et l'efficacité réelle de la prestation des soins de santé

25. Au niveau intermédiaire, la mise en œuvre réussie des soins intégrés nécessite une transformation de l'organisation, de la gestion et de la prestation des services de santé. Les stratégies doivent être axées sur l'évolution vers des réseaux intégrés de prestation des services de santé, sur l'élaboration de politiques et de cadres juridiques conçus pour la gouvernance et la coordination intersectorielle des interventions, sur la redéfinition des configurations de réseaux, sur le renforcement des mécanismes et des protocoles visant à concrétiser l'intégration des prestataires et des soins, sur la garantie d'une allocation adéquate des ressources et des mesures incitatives, ainsi que sur un appui aux travaux de recherche, au suivi et à l'évaluation.

26. Les objectifs stratégiques visent à améliorer l'organisation et la gestion de la prestation des services afin de répondre aux besoins et aux attentes propres aux personnes orientées vers chaque réseau intégré, en se préoccupant notamment des déterminants sociaux de la santé (33). Cela suppose :

- a) des politiques solides de répartition des ressources humaines pour la santé au sein des équipes interprofessionnelles, dotées des capacités et des compétences adaptées au contexte du réseau et aux besoins de la population, selon des approches fondées sur le genre, l'interculturalité et le parcours de vie ;

- b) des politiques axées sur l'analyse des situations en matière de santé, sur le renforcement de la capacité de gestion grâce à une approche organisationnelle stratégique centrée sur les soins des personnes, des familles et des communautés. Cette approche doit combler le fossé entre le premier niveau de soins et les services spécialisés, et entre les services de santé et les services sociaux ;
- c) des investissements en matière d'exigences technologiques pour transformer le premier niveau de soins, notamment la mise à disposition, la prescription et l'utilisation rationnelle des médicaments et des autres technologies de la santé. Il est également critique d'investir dans la transformation numérique³ de la prestation des services de santé afin de suivre les personnes au sein du système des soins de santé, d'évaluer la qualité des soins, de partager les informations d'un niveau de soins à l'autre et de réduire la déperdition des patients au cours du suivi mis en œuvre.
- d) de nouvelles politiques et stratégies déterminantes pour l'allocation des financements et les mécanismes de paiement des prestataires, qui encouragent l'amélioration des performances, garantissent la qualité et la sécurité des soins, et ciblent les objectifs du réseau.
- e) une action intersectorielle pour accroître les capacités de résolution et autoriser la participation de partenaires pouvant contribuer à déterminer les obstacles éventuels à l'élaboration des programmes, ce qui élargit la portée des interventions.

27. La prestation de soins intégrés dépend des interventions proactives d'équipes interprofessionnelles. À cette fin, des mesures doivent être prises pour élaborer, selon des approches fondées sur le genre, l'interculturalité et le parcours de vie, des programmes de formation permanente relative à de nouvelles capacités et compétences, pour remodeler les mécanismes et les rôles professionnels afin de fournir des soins intégrés et collaboratifs, pour inciter les prestataires à fournir des soins intégrés (ou les récompenser de fournir de tels soins) plutôt que des soins spécifiques à une maladie donnée (34) et pour former les soignants, entre autres interventions.

28. L'accent doit être mis sur le renforcement des capacités au premier niveau de soins afin de fournir des soins centrés sur la personne, la famille et la communauté, inclusifs et réactifs tout au long du parcours de vie, qui tiennent compte des diverses questions culturelles et de genre. Il est également important d'améliorer la gestion des soins pour les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé. Ces personnes comprennent, entre autres, les populations âgées, les migrants et les LGBTQ+, ainsi que les personnes atteintes de troubles chroniques et mentaux, de handicaps, présentant des facteurs de risque personnels, ou subissant une violence fondée sur le genre.

³ La transformation numérique dans le domaine de la santé comprend la télésanté, la télémédecine et la téléradiologie, ainsi que la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, entre autres solutions numériques.

Axe d'intervention stratégique 3 : Passer de la théorie à la mise en œuvre pratique

29. Passer de manière proactive de soins fragmentés, aigus et individuels à des soins centrés sur la personne, complets, continus, de qualité et équitables est l'un des objectifs centraux de la stratégie de la santé universelle. Dans la plupart des États Membres, ce qui doit être fait est clair ; le défi consiste à traduire les concepts et les principes en programmes de travail réalisables au niveau national (35), doublés des ressources financières et des cadres réglementaires rendant les interventions possibles.

30. L'établissement de soins intégrés tout au long du continuum des services de santé exige :

- a) la mise en œuvre pratique de politiques fondées sur des données probantes visant à garantir le droit au meilleur état de santé possible, à promouvoir l'accès des personnes à des services et des soins de santé équitables, à mettre l'accent sur la promotion de la santé et à donner aux personnes les moyens de prendre soin d'elles-mêmes et de participer activement à la prise de décisions concernant leur santé, en tenant dûment compte des diverses considérations de genre et d'origine ethnique ;
- b) la mise en œuvre de stratégies numériques de la santé pour intégrer les informations aux divers niveaux de gestion des prises de décision, relatives notamment aux soins cliniques et psychologiques des personnes atteintes de maladies chroniques multiples. Ces stratégies doivent aborder l'intervention de multiples prestataires et les répercussions de recommandations thérapeutiques pouvant entraîner un risque cumulé, notamment la nécessité de contrôler la polythérapie ;
- c) la mise en œuvre de politiques qui favorisent l'intégration opérationnelle et clinique, et la collaboration multidisciplinaire des prestataires de soins de santé au moment de délivrer des soins aux personnes, aux familles et aux communautés, avec des politiques clairement énoncées pour assurer une participation et une acceptation élargies des parties prenantes ;
- d) la mise en œuvre visible et proactive de politiques et de stratégies ajustées aux besoins, aux conditions de vie et aux contextes propres aux communautés et aux populations afin d'améliorer l'expérience des personnes et garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Celles-ci doivent comprendre un suivi systématique et des notifications publiques sur les indicateurs de performance en matière de santé.

31. Sans un leadership fort et axé sur l'action pour établir des soins intégrés, les lacunes observées dans les systèmes de santé avant la pandémie de COVID-19 ne seront pas comblées et les enseignements de la pandémie ne seront pas tirés. Cela laissera de nombreux systèmes de santé mal préparés aux futures urgences de santé publique et à la prestation des services de santé essentiels.

Axe d'intervention stratégique 4 : Responsabiliser et mobiliser les personnes et les communautés pour améliorer leur santé, et accroître l'apprentissage organisationnel

32. Cet axe stratégique englobe les interventions, et leurs approches fondées sur le genre, l'interculturalité et le parcours de vie, visant à améliorer la communication et à faciliter la participation des personnes et des communautés au sein d'un modèle de soins centré sur la personne et axé sur les soins de santé primaires. Cela nécessite des mécanismes formalisés de participation communautaire et la prise de décisions éclairée, un soutien à l'autogestion, une formation des soignants, ainsi que l'adoption de stratégies efficaces pour promouvoir la santé par le biais des médias sociaux et de politiques visant à assurer un apprentissage organisationnel dans les services de santé intégrés.

33. La « responsabilisation » vise à permettre aux personnes de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé et leur propre état de santé (par exemple par des programmes d'éducation à la santé) et de prendre le contrôle de leur santé (par exemple par des comportements liés à la santé). Cela nécessite d'élaborer des stratégies pour renforcer les connaissances en matière de santé et mieux lutter contre les informations délibérément trompeuses dans ce domaine.

34. La « mobilisation » vise à mobiliser les personnes (particuliers, familles et soignants) pour la conception, la planification et la prestation des services de santé, la prise de décisions concernant les soins et les options thérapeutiques et l'évaluation des soins de santé non rémunérés à domicile, le tout selon une approche multisectorielle. La transformation numérique des services de santé offre l'occasion de renforcer la mobilisation des personnes vis-à-vis de leur santé grâce, par exemple, à l'utilisation d'applications qui appuient la gestion de leurs maladies chroniques.

35. Les processus de changement exigent que les organisations apprennent à la fois de leurs réussites et de leurs échecs. La mise en œuvre de mécanismes de suivi exhaustif et d'évaluation complète, de communautés de pratique et de documentation détaillée concernant la mise en œuvre des politiques doit garantir une analyse et une évaluation constantes des interventions et des pratiques organisationnelles pour une amélioration et une adoption dans la durée des enseignements tirés. Ces processus amélioreront la pérennité des transformations et des initiatives de réforme, et éviteront la répétition des erreurs ou des interventions qui ne fonctionnent pas.

Suivi et évaluation

36. Cette politique contribuera à la concrétisation des objectifs du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 et du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Le suivi et l'évaluation de cette politique seront alignés sur le cadre de gestion axé sur les résultats de l'Organisation et sur ses processus de suivi et d'évaluation des résultats. Une évaluation sera menée tous les cinq ans pour déterminer les forces et les faiblesses dans l'exécution globale de la politique, ainsi que les facteurs contribuant à ses succès et à ses échecs. Un rapport d'avancement communiquant les résultats de l'évaluation sera présenté aux Organes directeurs.

Incidences financières

37. On s'attend à ce que les États Membres donnent la priorité à l'allocation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette politique qui vise à un relèvement postpandémique ciblant l'intégration des soins. Aucune ressource financière supplémentaire n'est nécessaire de la part du Bureau sanitaire panaméricain pour mettre en œuvre cette politique (voir l'annexe B).

38. Mesure à prendre par le Comité exécutif

39. Le Comité exécutif est invité à examiner les informations présentées dans ce document, à formuler tout commentaire qu'il juge pertinent et à envisager d'approuver le projet de résolution présenté à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC : OPS ; 2011. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31216>.
2. Hughes G, Shaw SE, Greenhalgh T. Rethinking integrated care: a systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Quarterly* 2020;98(2):446-492. Disponible sur : <https://www.milbank.org/quarterly/articles/rethinking-integrated-care-a-systematic-hermeneutic-review-of-the-literature-on-integrated-care-strategies-and-concepts/>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-f.pdf>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique. 59^e Conseil directeur de l'OPS, 73^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 20 au 24 septembre 2021 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2021 (résolution CD59.R12). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd59r12-strategie-visant-developper-des-systemes-sante-resilients-et-retablissement-suite>.

5. Organisation panaméricaine de la Santé. Résilience des systèmes de santé. 55^e Conseil directeur de l'OPS, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (résolution CD55.R8). Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-f.pdf>.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (résolution CD49.R22). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/file/22598/download?token=X9CGtRz4>.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025. 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2019 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS, 2019 (résolution CD57.R13). Disponible sur : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50644-cd57-r13-f-strategie-poa-qualite-des-soins&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr.
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (résolution CSP29.R15). Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34413/CSP29.R15-f.pdf>.
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023. 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2018 (résolution CD56.R5). Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49716/CD56-R5-f.pdf>.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 (document CSP29.R2). Disponible sur : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42118&Itemid=270&lang=fr.

11. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025. 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2019 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2019 (document officiel 359). Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51599/CD57-OD359-f.pdf>.
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Pan American Health Organization response to COVID-19 in the Americas: 17 January to 31 May 2020. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52453>.
13. Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy. COVID-19 health system preparedness and response in Latin America and the Caribbean. Buenos Aires : IECS ; 2020. Disponible sur : <https://www.iecs.org.ar/en/portfolio/covid-19-health-system-preparedness-and-response-in-latin-america/>.
14. Bryce C, Ring P, Ashby S, Wardman JK. Resilience in the face of uncertainty: early lessons from the COVID-19 pandemic. *Journal of Risk Research* 2020;23(7-8): 880-887. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13669877.2020.1756379>.
15. Chiriboga D, Garay J, Buss P, Sáenz Madrigal R, Rispel LC. Health inequity during the COVID-19 pandemic: a cry for ethical global leadership. *Lancet* 2020;395(10238): 1690-1691. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31145-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31145-4).
16. Coates A, Castro A, Marmot M, Mújica OJ, Eijkemans G, Victora CG. Sociedades justas: una nueva visión de la equidad en la salud en la Región de las Américas después de la COVID-19. *Rev Panam Salud Publica* 2021;45:e99. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34484312/>.
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Gendered health analysis: COVID-19 in the Americas. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55432/PAHOEGCCOVID-19210006_eng.pdf.
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Round two of the National Survey on the Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic: February-March 2021. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55060/PAHOHSSHSCOVID-19210012_eng.pdf.
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Understanding the infodemic and misinformation in the fight against COVID-19. Digital transformation toolkit. Washington, DC : OPS ; 2020 (PAHO/IMS/EIH/COVID-19/20-0006). Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52052>.

20. Schwartz K, Neuman T. A look at the \$100 billion for hospitals in the CARES Act. Kaiser Family Foundation (KFF) Policy Watch; 31 mars 2020. Disponible sur : <https://www.kff.org/policy-watch/a-look-at-the-100-billion-for-hospitals-in-the-cares-act/>.
21. Chickering P. The investment needed in our healthcare systems. Konzept 13. Deutsche Bank Research. Disponible sur : https://www.dbresearch.com/PROD/RPS_EN-PROD/PROD0000000000507961/The_investment_needed_in_our_healthcare_systems.pdf.
22. Qijia Chua A, Al Knawy B, Grant B, et al. How the lessons of previous epidemics helped successful countries fight covid-19. *BMJ* 2021;372:n486. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n486.full.pdf>.
23. Frandsen BR, Joynt KE, Rebitzer JB, Jha AK. Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. *American Journal of Managed Care* 2015;21(5) :355-362. Disponible sur : https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/b9f19758965ec83b2b134baf4de9872e29be97dd.pdf/AJMC_5_15_Frandsen_has_eApx_355to362.pdf.
24. Centre de recherche en épidémiologie des catastrophes. The International Disaster Database (EM-DAT) [Internet]. Bruxelles : Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain [consulté le 22 février 2022]. Disponible sur : www.emdat.be.
25. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010 ;376(9756):1923-1958. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112623/>.
26. Thibault GE. The future of health professions education: emerging trends in the United States. *FASEB BioAdvances* 2020;2(12):685-694. Disponible sur : <https://doi.org/10.1096/fba.2020-00061>.
27. Starr SR, Agrwal N, Bryan MJ, et al. Science of health care delivery: an innovation in undergraduate medical education to meet society's needs. *Mayo Clinic Proceedings* 2017;1(2):117-129. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2017.07.001>.
28. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 2013 Jan-Mar;13:e010. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/>.

29. Organisation panaméricaine de la Santé. Expanding equitable access to health services: recommendations for transforming health systems toward universal health. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55659>.
30. Oliver-Baxter J, Brown L, Bywood, P. Integrated care: what policies support and influence integration in health care in Australia? Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service; 2013. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/257656673_Integrated_care_What_policies_support_and_influence_integration_in_health_care_in_Australia.
31. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant. Genève : OMS ; 2000
32. Social Care Institute for Excellence and Local Government Association. Achieving integrated care: 15 best practice actions. Novembre 2019. Disponible sur : <https://www.scie.org.uk/integrated-care/delivering/15-best-practice-actions>.
33. Borgermans L, Devroey D. A Policy guide on integrated care (PGIC): lessons learned from EU project INTEGRATE and beyond. International Journal of Integrated Care 2017;17(4)8:1-12. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/320023039_A_Policy_guide_on_integrated_care_PGIC_lessons_learned_from_EU_project_INTEGRATE_and_beyond.
34. Miller R. Delivering integrated care: the role of the multidisciplinary team. Social Care Institute for Excellence-SCIE Highlights n° 4, Juillet 2018. Disponible sur : <https://www.scie.org.uk/integrated-care/workforce/role-multidisciplinary-team>.
35. Nicholson C, Hepworth J, Burridge L, et al. Translating the elements of health governance for integrated care from theory to practice: a case study approach. International Journal of Integrated Care 2018;18(1):11,1-13. Disponible sur : <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.3106/>.

170^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA (session hybride), du 20 au 24 juin 2022

CE170/16
Annexe A
Original : anglais

PROJET DE RÉSOLUTION

POLITIQUE SUR LES SOINS INTÉGRÉS POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE SANTÉ

La 170^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

(PP) Après avoir examiné le *Projet de politique sur les soins intégrés pour améliorer les résultats de santé* (document CE170/16),

DÉCIDE :

(OP) De recommander à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

POLITIQUE SUR LES SOINS INTÉGRÉS POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE SANTÉ

LA 30^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

(PP1) Après avoir examiné le *Projet de politique sur les soins intégrés pour améliorer les résultats de santé* (document CSP30/___) ;

(PP2) Reconnaissant que les iniquités en matière de santé persistent et ont été exacerbées par la pandémie de COVID-19, et que la réduction de ces iniquités est devenue de plus en plus difficile du fait des évolutions démographiques et épidémiologiques majeures observées dans la Région, où les maladies non transmissibles (notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques) et les problèmes de santé mentale constituent désormais la charge la plus lourde de l'ensemble des pathologies ;

(PP3) Considérant que la fragmentation sous toutes ses formes est un problème omniprésent dans les systèmes de santé, qui pénalise l'organisation, la gestion et la prestation des soins dans presque tous les États Membres de l'Organisation panaméricaine

de la Santé (OPS), et que la fragmentation des soins pénalise grandement l'accès équitable, les résultats en matière de santé et les expériences des personnes en matière de soins, ainsi que leur satisfaction à l'égard des systèmes de santé ;

(PP4) Affirmant qu'en réponse à ces défis, la Région doit d'urgence modifier de manière radicale les approches actuelles en matière de prestation des soins en concevant et en mettant en œuvre des stratégies de soins intégrés clairement liées au renforcement de la résilience des systèmes de santé et à la concrétisation de la santé universelle,

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver le *Projet de politique sur les soins intégrés pour améliorer les résultats de santé* (document CSP30/___).

(OP)2. De prier instamment tous les États Membres, en tenant compte de leur contexte, de leurs besoins, de leurs vulnérabilités et de leurs priorités :

- a) de promouvoir la mise en œuvre des options stratégiques énoncées dans la *Politique sur les soins intégrés pour améliorer les résultats de santé* ;
- b) de renforcer la capacité des autorités sanitaires nationales à diriger et à gérer des transformations systémiques visant l'intégration des soins, en donnant la priorité à la collaboration et aux partenariats intersectoriels pour favoriser le changement, ainsi qu'à la mise en œuvre de cadres réglementaires et au développement de compétences pour gérer le changement et le leadership (formation de nouveaux dirigeants, création et orientation de coalitions, renforcement des capacités de collaboration, appui au changement et conception de plans de gestion du changement, entre autres) ;
- c) d'améliorer et de renforcer l'organisation et la gestion de la prestation des services afin de progresser vers des réseaux intégrés de prestation des services de santé, en établissant des politiques et des cadres juridiques conçus pour la gouvernance, les configurations de réseaux, les mécanismes et les protocoles d'intégration des prestataires et des soins, l'allocation des ressources et les mesures incitatives adéquates, ainsi que les travaux de recherche, le suivi et l'évaluation ;
- d) de renforcer les capacités au premier niveau de soins pour fournir des soins centrés sur la personne, inclusifs et ajustés tout au long du parcours de vie, en tenant compte des questions culturelles et sexospécifiques et en améliorant la gestion des soins pour les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé ;
- e) d'établir des soins intégrés tout au long du continuum des services de santé grâce à la mise en œuvre de politiques visant à donner aux personnes les moyens de prendre soin d'eux-mêmes et de participer activement à la prise de décisions concernant leur santé, en tenant dûment compte des considérations de genre et d'origine ethnique, ainsi que de politiques visant à promouvoir l'intégration clinique et la collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de santé, notamment

- la mise en œuvre de lignes directrices cliniques concernant les soins aux personnes présentant de multiples maladies chroniques ;
- f) de renforcer les capacités et les environnements favorables pour autonomiser et amener les personnes et les communautés à améliorer leur santé par des modalités telles que des programmes d'éducation sanitaire, la délivrance de conseils pour promouvoir les comportements liés à la santé, un soutien à la prise de décision éclairée sur les soins et les options de traitement, et la promotion de l'autogestion ;
 - g) de mettre en place des mécanismes de suivi exhaustif, d'évaluation complète et de documentation détaillée de la mise en œuvre des politiques, et de favoriser une analyse et une évaluation constantes des interventions et des pratiques organisationnelles pour une amélioration et une adoption sur la durée des enseignements tirés.
- (OP)3. De demander à la Directrice :
- a) de fournir une coopération technique aux États Membres afin de renforcer les capacités contribuant à la mise en œuvre de la *Politique sur les soins intégrés pour l'amélioration des résultats de santé* et à la réalisation de ses objectifs dans le cadre des réseaux de prestation de services de santé intégrés et de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* ;
 - b) de faire rapport périodiquement aux Organes directeurs de l'OPS sur les progrès accomplis et les défis rencontrés au cours de la mise en œuvre de la politique par le biais de rapports d'avancement tous les cinq ans.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. **Point de l'ordre du jour** : 4.5 - Politique sur les soins intégrés pour améliorer les résultats de santé

5. **Lien entre le point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025](#)** :

Résultat intermédiaire 1 : Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle.

Résultat intermédiaire 2 : Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité.

Résultat intermédiaire 3 : Capacité de réponse accrue du système de santé pour fournir des soins de qualité, complets et intégrés aux personnes âgées, afin de surmonter les obstacles à l'accès, de prévenir la dépendance des soins et de répondre aux demandes actuelles et futures.

Résultat intermédiaire 5 : Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale.

Résultat intermédiaire 7 : Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent.

Résultat intermédiaire 9 : Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle.

2. Incidences financières :**a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :**

Catégories	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	6 062 500
Formation	1 212 500
Contrats de consultants/services	2 425 000
Déplacements et réunions	1 212 500
Publications	250 000
Fournitures et autres dépenses	1 188 250
Total	12 350 750

b) Coût estimatif pour l'exercice 2022-2023 (activités et personnel compris) :

Catégories	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	606 250
Formation	121 250
Contrats de consultants/services	242 500
Déplacements et réunions	121 250
Publications	25 000
Fournitures et autres dépenses	118 825
Total	1 235 075

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?

Tous les coûts peuvent être inclus dans les activités programmées existantes.

3. Incidences administratives :**a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :**

Tous les niveaux de l'Organisation participeront.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Aucune dotation supplémentaire en personnel n'est nécessaire.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

10 ans, avec des rapports d'avancement tous les ans

Formulaire analytique visant à lier un point de l'ordre du jour aux missions de l'Organisation

1. **Point de l'ordre du jour** : 4.5 - Politique sur les soins intégrés pour améliorer les résultats de santé

2. **Unité responsable** : Systèmes et services de santé/Services de santé et accès (HSS/HS)

3. **Fonctionnaires chargés de la préparation** : Amalia Del Riego/James Fitzgerald

4. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030](#)** :

Objectif 1 : Élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies

Objectif 2 : Renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale

Objectif 3 : Renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé

Objectif 9 : Réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale

Objectif 10 : Réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées

Objectif 11 : Réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé

5. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025](#)** :

Résultat intermédiaire 1 : Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle

Résultat intermédiaire 2 : Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité

Résultat intermédiaire 3 : Capacité de réponse accrue du système de santé pour fournir des soins de qualité, complets et intégrés aux personnes âgées, afin de surmonter les obstacles à l'accès, de prévenir la dépendance des soins et de répondre aux demandes actuelles et futures

Résultat intermédiaire 5 : Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale

Résultat intermédiaire 7 : Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent

Résultat intermédiaire 9 : Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Département de la planification et de l'administration de la santé (DPAS), Institut de médecine sociale (IMS), Université de l'État de Rio de Janeiro, Brésil
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Canada
- Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Canada
- Institut de recherche Bruyère, Canada
- Commission nationale d'arbitrage médical (CONAMED), Secrétariat à la santé, Mexique
- Unité d'économie de la santé, Centre d'économie de la santé, Département d'économie de la santé, Université des Indes occidentales, St. Augustine, Trinité-et-Tobago

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Organisation panaméricaine de la Santé. Expanding equitable access to health services: recommendations for transforming health systems toward universal health. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55659>.

- - -