



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-SIXIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : un cadre d'action pour la prestation de services de santé intégrés



Document de travail



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-sixième session

EUR/RC66/15

+ EUR/RC66/Conf.Doc./11

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

1^{er} août 2016

160535

Point 5 g) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS : cadre d'action pour la prestation de services de santé intégrés

Le cadre d'action européen pour la prestation de services de santé intégrés porte sur la transformation de la prestation des services de santé, une priorité pour relever les défis sanitaires du XXI^e siècle. Il adopte la vision de Santé 2020 et met résolument l'accent sur le déploiement d'efforts aux niveaux pangouvernemental et pansociétal. Les actions s'inspirent des mêmes principes d'une approche axée sur les soins de santé primaires pour les systèmes de santé centrés sur la personne. Le cadre préconise la prise de mesure dans quatre domaines en vue de déterminer les besoins sanitaires et multidimensionnels des individus et de collaborer avec la population et les personnes ; de veiller à ce que les processus de prestation de services soient adaptés aux besoins ainsi identifiés ; d'aligner les autres fonctions du système de santé en vue de soutenir la prestation des services et d'assurer ainsi une performance optimale ; et de faciliter la gestion stratégique des changements opérés à cet égard.

Ce document est largement conforme aux valeurs, aux principes et aux approches élaborés dans le cadre mondial pour des services de santé intégrés centrés sur la personne ainsi que dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, adoptés lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en mai 2016. Ces politiques ont été adaptées au contexte de la Région européenne de l'OMS. Par son contenu, le cadre d'action est conforme aux autres engagements pris dans la Région européenne de l'OMS. Ces derniers seront d'ailleurs présentés à la soixante-sixième session du Comité régional de l'Europe – amélioration des résultats sanitaires en cas de maladies non transmissibles, santé de la femme, santé reproductive et stratégies de lutte portant spécifiquement sur une maladie (VIH et hépatite C) – avec l'objectif de coordonner et de compléter les interventions menées à cet égard, et d'accélérer la mise en œuvre de ces initiatives.

Aperçu et éléments principaux

Vision

Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, conformément à Santé 2020 (1), en vue d'améliorer rapidement et autant que possible la santé de la population et des personnes, réduire les inégalités de santé, garantir la protection financière et assurer une utilisation efficace des ressources de la société par la prise de mesures intersectorielles et multisectorielles adoptant des approches pangouvernementales et pansociétales.

Approche stratégique

La prestation de services de santé intégrés, s'inspirant des mêmes principes que ceux initialement énoncés dans le programme de la Santé pour tous et la vision des soins de santé primaires (2), est une approche qui consiste à transformer la prestation des services et à garantir les conditions optimales pour la mise en place de systèmes de santé centrés sur la personne : la prestation intégrée de services de qualité à tous les stades de l'existence, conçus selon les besoins multidimensionnels de la population et de l'individu, assurés par une équipe coordonnée de prestataires œuvrant dans toutes les structures de santé et à tous les niveaux de soins, et gérés avec efficacité afin de garantir des résultats optimaux et une utilisation appropriée des ressources fondée sur les meilleurs éléments de preuve disponibles, avec un retour d'information en vue d'améliorer la performance d'une manière continue, d'agir en amont sur les causes de la mauvaise santé et de promouvoir le bien-être grâce à des interventions intersectorielles.

Secteurs d'action prioritaires

Domaine n° 1 : populations et personnes

- Définir les besoins en santé
- Agir sur les déterminants de la santé
- Autonomiser les populations
- Susciter la participation des patients

Domaine n° 2 : processus de prestation de services

- Concevoir les soins à travers le parcours de vie
- Organiser les prestataires et les structures de soins
- Gérer la prestation des services
- Améliorer la performance

Domaine n° 3 : catalyseurs du système

- Redéfinir les responsabilités
- Aligner les incitations
- Garantir un personnel de santé compétent
- Promouvoir l'usage responsable des médicaments
- Innover en technologies de la santé
- Déployer la cybersanté

Domaine n° 4 : gestion du changement

- Élaborer une stratégie du changement centrée sur la personne
- Réaliser les transformations
- Permettre un changement durable

Sommaire

	page
Aperçu et éléments principaux	2
Contexte.....	5
Contexte politique et conformité.....	5
Prestation des services de santé : les moteurs du changement	7
Évolution du modèle de soins	7
Transformation en prestation intégrée des services de santé	8
Progrès réalisés dans la transformation des services.....	9
Transformations durables : les défis	9
L'économie de l'intégration.....	10
Cadre d'action pour la prestation intégrée des services de santé	11
Vision	11
Approche stratégique	11
Objectifs	11
Secteurs d'action.....	13
Domaine n° 1 : populations et personnes.....	13
Définir les besoins en santé	14
Agir sur les déterminants de la santé	15
Autonomiser les populations	15
Susciter la participation des patients.....	16
Domaine n° 2 : processus de prestation de services.....	17
Concevoir les soins à travers le parcours de vie	18
Organiser les prestataires et les structures de soins	19
Gérer la prestation des services	20
Améliorer la performance.....	20
Domaine n° 3 : catalyseurs du système.....	21
Redéfinir les responsabilités	21
Aligner les incitations	22
Garantir un personnel de santé compétent.....	23
Promouvoir l'usage responsable des médicaments	23
Innover en technologies de la santé.....	24
Déployer la cybersanté	25

Domaine n° 4 : gestion du changement	26
Élaborer une stratégie du changement centrée sur la personne	26
Réaliser les transformations.....	27
Permettre un changement durable	27
Mise en pratique du cadre d'action.....	28
Public cible.....	28
Les axes prioritaires de l'intégration.....	29
Adaptation à des contextes spécifiques.....	30
Dispositif de mise en œuvre.....	31
Suivi de l'impact	31
Références	32
Annexe. Application du cadre d'action	43

Contexte

Contexte politique et conformité

1. Il est impérieux de mettre en place des systèmes de santé performants pour la santé et le bien-être des populations, et les priorités mondiales en matière de santé et de développement se rejoignent à ce sujet. Cela apparaît clairement dans le troisième objectif de développement durable (ODD) des Nations Unies (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), plus précisément dans la cible 3.8 (Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle) qui, pour progresser dans ce domaine, préconise l'accès à des services de santé essentiels de qualité sûrs et acceptables pour l'ensemble des populations et des communautés (3).

2. L'OMS a depuis longtemps reconnu le lien existant entre, d'une part, l'instauration de systèmes de santé performants et, d'autre part, la santé et le bien-être des populations.¹ Ce dernier est mis en évidence dans le douzième programme général de travail de l'OMS (8) pour 2014-2019, qui comporte une série d'activités techniques et de services institutionnels axés sur le renforcement des systèmes de santé. En 2016, lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, les États membres ont réaffirmé leur engagement envers cette priorité en adoptant un cadre pour le renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne (résolution WHA69.24) (9) et la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (résolution WHA69.19) (10). Ces politiques mettent davantage en exergue le rôle essentiel de la prestation des services de santé et du personnel de santé dans l'instauration de systèmes de santé solides et résilients à l'échelle mondiale.

3. Les États membres de la Région européenne de l'OMS ont tous exprimé un engagement durable envers le renforcement des systèmes de santé pour la santé et le développement, comme la Conférence de Ljubljana sur la réforme des soins de santé en Europe a pu en témoigner. Cet engagement a ensuite été réaffirmé par la Charte de Tallinn de 2008 (11). Plus récemment, le cadre politique européen Santé 2020 (1) a défini le renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne², notamment la redynamisation des fonctions et des capacités de santé publique, comme l'un de ses quatre domaines prioritaires. L'approche qu'il propose doit permettre à la Région de maximiser son potentiel de santé d'ici 2020. L'importance des systèmes de santé centrés sur la personne se reflète également dans les priorités des partenaires du développement, ainsi que celles des associations professionnelles et des organisations de la société civile de la Région.

¹ C'est ce que montrent, par exemple, les rapports sur la santé dans le monde et les documents analysant en profondeur les fonctions du système de santé en termes de gouvernance (4), de financement (5), de mobilisation des ressources (6) et de prestation de services (7), ainsi que les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé consacrées à cette thématique et les réunions sur le renforcement des systèmes de santé, comme les conférences internationales organisées à Almaty (Kazakhstan) à l'occasion des 30^e et 35^e anniversaires de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.

² On entend par **systèmes de santé centrés sur la personne** la conception de fonctions essentielles du système de santé qui priorisent les besoins des individus, de leur famille et des communautés, à la fois en tant que participants et bénéficiaires. Ils permettent la prestation équitable des services complets, coordonnés et de qualité, où les patients participent à la prise de décisions en tant que partenaires (12).

4. La vision présentée par Santé 2020 eu égard aux systèmes de santé centrés sur la personne applique les principes d'équité, de justice sociale, de participation communautaire, de promotion de la santé, d'utilisation appropriée des ressources et d'action intersectorielle tels qu'exposés dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 (2). Il est par conséquent primordial, afin de conforter ces principes, d'adopter une approche axée sur les soins de santé primaires pour que les systèmes de santé évoluent à grands pas vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle, tout en contribuant à l'amélioration des résultats sanitaires, au développement économique et social (2), et à la création de richesse (11, 14-16).

5. Eu égard à cette priorité collective et à la mise en œuvre de Santé 2020, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis en lumière plusieurs moyens spécifiques en vue de renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne. Lors de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, les États membres ont avalisé le document intitulé « Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne » (12) dans la résolution EUR/RC65/R5, faisant de la transformation de la prestation des services de santé l'un des deux domaines d'action prioritaires.

6. Le Bureau régional s'est employé, au cours de ces trois dernières années, à répondre à la demande des États membres pour que soient élaborées des options politiques fondées sur des bases factuelles sur la manière de transformer la prestation des services (17). Afin d'accélérer le travail mené dans ce domaine, un processus a été lancé en Estonie en 2013 lors des commémorations du cinquième anniversaire de la Charte de Tallinn. Plusieurs activités relatives à la collecte d'éléments de preuve et à la réalisation de travaux analytiques ont pu ainsi être définies. Un forum a été organisé régulièrement en vue d'engager des discussions dans ce domaine et de contribuer au processus. Il a permis de réunir des points focaux techniques désignés par les États membres, des experts internationaux, des représentants de patients, des associations de prestataires et de praticiens, des partenaires au développement et d'autres groupes d'intérêts spéciaux, ainsi que des membres du personnel de l'OMS (bureaux de pays et diverses unités techniques). Ces réunions se sont déroulées de part et d'autre de la Région européenne, notamment à Istanbul (Turquie), à Bruxelles (Belgique) et à Copenhague (Danemark).

7. Le cadre d'action présenté ci-après est le fruit de ces activités et processus participatifs. Les versions antérieures ont été révisées et améliorées sur la base des commentaires des organes directeurs, et à la suite de consultations en ligne menées auprès des États membres et d'une dernière réunion de consultation multipartite organisée en mai 2016. Le Bureau régional a pris en compte les observations émises, et continué à mettre à jour le cadre d'action pour l'aligner sur les politiques à venir ou récemment approuvées dans le but de coordonner et de compléter les actions. On mentionnera notamment les activités menées en parallèle en vue d'améliorer les résultats sanitaires en cas de maladies non transmissibles, la santé des femmes, la santé reproductive ainsi que les stratégies de lutte portant spécifiquement sur une maladie (VIH et hépatite C).

Prestation des services de santé : les moteurs du changement

8. Les systèmes de santé doivent continuellement s'adapter et évoluer en fonction de leurs contextes (18). À l'heure actuelle, l'effet cumulatif des changements appelle à la mise en œuvre de transformations. Dans la Région européenne, par exemple, jamais la population n'a vécu aussi longtemps qu'aujourd'hui. L'augmentation de la longévité s'accompagne d'une sensibilité accrue aux maladies, aux invalidités, aux morbidités multiples et à la chronicité due non seulement aux maladies non transmissibles, mais aussi aux maladies infectieuses persistantes et réémergentes comme la tuberculose et l'hépatite C. Face à cette évolution, les services de santé sont désormais tenus de dispenser des soins proactifs plutôt que réactifs, intégrés et continus, plutôt qu'épisodiques et spécifiques à une maladie, et de viser l'instauration de relations durables entre le prestataire et le patient, plutôt que de dispenser des soins occasionnels encadrés par le prestataire.

9. Parmi les autres tendances mettant en évidence la prestation des services de santé, il convient de mentionner le renforcement des attentes du public quant à la qualité et à la sécurité en raison de l'augmentation de l'usage des médias, de l'instruction générale en santé et de la prise de conscience des droits liés à la santé. Les transformations sont en outre motivées par les changements sociétaux et l'évolution de la fracture entre les sexes, le changement de mode de vie et les facteurs de risque comportementaux, les nouveaux facteurs de risque amplifiés et aggravés liés à l'environnement, et la demande croissante d'accès aux services de santé au-delà des frontières.

10. Parmi les autres tendances dynamisant l'évolution des services de santé, on mentionnera les avancées dans le domaine de la recherche, de la conception et de la fabrication qui ont permis des changements radicaux dans la manière dont nous soulageons la douleur, rétablissons la santé et prolongeons la vie. Par exemple, les thérapies et traitements pharmaceutiques innovateurs permettent de soigner et de prendre en charge les maladies dans la communauté et à domicile. De même, les nouvelles technologies ont facilité l'utilisation de la cybersanté, de la santé mobile³ et d'autres applications à distance ainsi que la personnalisation des services d'une façon auparavant inimaginable.

Évolution du modèle de soins

11. En outre, la prestation des services de santé s'est adaptée au modèle de soins⁴ au fur et à mesure de son évolution, comme en témoignent diverses tendances dans ce domaine : la valorisation des choix et des préférences de chaque patient eu égard aux prestataires de services et aux objectifs de santé personnels ; l'abandon des soins en institution pour développer les soins ambulatoires et de proximité et la prise en charge continue des besoins ; la priorité davantage accordée aux soins centrés sur la personne

³ On entend par **santé mobile** l'utilisation des technologies mobiles pour l'information sanitaire et les pratiques médicales, souvent adjointes à des services tels que les centres d'appel santé ou les services d'appel d'urgence (19).

⁴ On entend par **modèle de soins** la perception évolutive du *mode* de prestation des services. L'évolution du modèle de soins entraîne par conséquent des modifications au niveau des processus de prestation des services, notamment en ce qui concerne la conception des soins, l'organisation des prestataires, la gestion des services et l'amélioration continue de la performance.

pour la prestation, tout au long de la vie, de services personnalisés en fonction des risques et des facteurs déterminants de la santé ; la prestation de soins près du domicile, le patient (et ses soignants) devant prendre en charge sa santé et ses besoins à long terme en matière de soins ; la participation de multiples disciplines aux soins, comme l'ergothérapie et la thérapie de réadaptation, pour la santé et le bien-être généraux, en présentant des solutions et en promouvant l'exercice du choix personnel ; et la prestation des services au-delà des dimensions physiques à l'aide de moyens virtuels qui facilitent la dispensation de soins dans une dimension entièrement nouvelle.

12. Face à ces changements, l'organisation des prestataires, la gestion des services et les processus d'amélioration de la performance doivent également s'adapter aux nouveaux modèles de soins. Il s'agit, par exemple, de mettre en place de nouvelles modalités de travail, de nouvelles structures administratives et de nouveaux systèmes d'information à l'appui du modèle de soins. Si les processus de prestation des services sont incapables de s'adapter, l'optimisation des soins risque d'être remise en question par les obstacles ainsi créés. Par exemple, on s'attend généralement à ce que les taux élevés, quoique variables, d'hospitalisations évitables en cas de maladies et affections propices aux soins ambulatoires⁵, comme l'asthme, le diabète et les maladies pulmonaires obstructives chroniques, soient symptomatiques d'une performance déficiente de la prestation des services.

Transformation en prestation intégrée des services de santé

13. De nombreux services, et profils de prestataires et d'établissements de soins évoluent en fonction des tendances décrites ci-dessus, un phénomène qui s'observe de plus en plus et entraîne la modification de l'architecture générale de la prestation des services. Parallèlement à ces changements, le principe de la prestation de services de santé intégrés prévaut désormais dans la conception même des interventions complexes⁶, en favorisant l'alignement sur la nature multiformes de la prestation des services et des systèmes de santé afin de gérer au mieux les besoins sanitaires de la population et des personnes, et y répondre également de manière optimale (21).

14. Les soins intégrés sont en fait un moyen plutôt qu'une fin en soi, et permettent d'innover et de réaliser des changements durables en matière de prestation des services dans le but d'améliorer les résultats sanitaires (22, 23). En orientant le processus de transformation de la prestation de services, on respecte l'essence même du terme intégration, dérivé de l'adjectif « intégral » (du latin *integer*), signifiant « tout » ou « entier » qui, en principe, met en évidence la notion de combinaison des éléments afin qu'ils fonctionnent ensemble ou forment un tout.

15. Cette description rappelle les premières définitions des soins intégrés proposées par l'OMS : « un concept regroupant les ressources, la prestation, la gestion et

⁵ On entend par **affections propices aux soins ambulatoires** les affections pour lesquelles l'hospitalisation peut être évitée par la dispensation en temps utile de soins efficaces dans le contexte ambulatoire (20).

⁶ Les **interventions complexes** se définissent par leurs caractéristiques communes, notamment un ou plusieurs des éléments suivants : interaction de diverses composantes ; priorité accordée aux groupes ou aux organisations plutôt qu'aux personnes (ou en plus de celles-ci) ; résultats intentionnels (ou non) variés ; adaptation et apprentissage grâce au retour d'information ; et efficacité influencée par les comportements des prestataires et des bénéficiaires des interventions (21).

l'organisation des services liés au diagnostic, au traitement, aux soins, à la réadaptation et à la promotion de la santé » (24). Plus récemment, les objectifs de l'intégration des services de santé ont été décrits comme la gestion et la prestation des soins permettant aux patients de bénéficier d'une continuité de services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, au sein comme au-delà du secteur de la santé, en fonction de leurs besoins tout au long de la vie (9).

Progrès réalisés dans la transformation des services

16. La prestation des services de santé fait montre d'une impressionnante capacité de réaction et d'adaptation de part et d'autre de la Région européenne. On s'est attaqué ces dernières décennies aux problèmes de santé et facteurs de risque importants dans des domaines prioritaires tels que les maladies cardiovasculaires, le cancer ainsi que la santé maternelle et infantile. Les succès rencontrés à cet égard montrent clairement que les interventions plus rigoureuses et intégrées peuvent tenir compte des déterminants de la santé et améliorer les résultats sanitaires d'une manière durable.

17. Ces dernières années, on a observé la mise en œuvre, dans les États membres, d'un grand nombre d'activités respectant les principes de la prestation de services de santé intégrés, allant d'initiatives menées au niveau local dans le cadre de projets pilotes spécifiques à un service ou un établissement et dans des sites de démonstration, à la réalisation de réformes au niveau régional et à l'échelle du système. Ces efforts sont de plus en plus attestés et analysés, et viennent alimenter une base de données factuelles en pleine expansion sur la prestation des services de santé. Ces expériences concrètes sont aussi une source d'informations précieuses sur ce qui fonctionne dans la pratique, en termes de processus et de stratégies techniques (18).

Transformations durables : les défis

18. Malgré le travail accompli et les réussites attestées à cet égard, accorder la priorité aux personnes n'est pas un précepte banal, car il peut nous éloigner largement de la routine, même si les changements sont en général simples. Les enseignements tirés des succès rencontrés dans les différents domaines d'activité présentent un potentiel à la fois énorme et inexploité. Or, ce potentiel est limité car les cadres établis ne permettent pas de sonder les liens existant entre les interventions et les priorités. En outre, peu d'efforts ont été déployés pour trouver et expliquer le dénominateur commun des actions requises en vue de renforcer la prestation des services de santé.

19. Les activités mises en œuvre en vue de transformer les services de santé ont du mal à diriger et à gérer efficacement le changement. Ces initiatives sont souvent réalisées dans un délai prédéterminé et dans le respect des plafonds de financement, et rarement considérées comme une activité essentielle dès le départ. Les tentatives de transformation des services s'effectuent majoritairement à petite échelle et dans un contexte spécifique.

20. Dans leur ensemble, les principaux défis à la transformation de la prestation des services peuvent être décrits comme suit.

- **Adopter une approche fondée sur les résultats** – le défi posé par la définition et la mesure de la performance de la prestation des services de santé, et de sa contribution à l'amélioration des résultats sanitaires, retarde le processus de transformation, en raison de la difficulté à déterminer et à appréhender les causes profondes du déficit de performance et de s'y attaquer.
- **Comprendre les principales composantes de la prestation des services de santé** – afin de déterminer les causes profondes de la faible performance des systèmes de santé, il importe de se pencher sur les processus spécifiques à la fonction de prestation des services de santé. Une bonne compréhension de ses composantes est par conséquent nécessaire. Le défi consiste, dans la pratique, à savoir quel problème il faut traiter en priorité.
- **Penser « système de santé »** – la prestation des services de santé repose sur une structure adaptable, capable de répondre aux changements et d'ajuster ses processus pour optimiser la performance. Toutefois, si les interactions entre l'ensemble des fonctions du système ne sont pas prises en compte et alignées sur d'autres secteurs (tels que les services sociaux et l'éducation), ces adaptations seront limitées.
- **Gérer le processus de transformation** – il est clairement démontré que les systèmes doivent être efficacement encadrés et gérés afin de réaliser les changements nécessaires à la prestation de services de santé intégrés. La tendance étant à la décentralisation des structures institutionnelles et à la gouvernance partagée afin d'accorder davantage d'attention aux besoins locaux et à l'adaptation des ressources et des services, les mécanismes de responsabilisation font face à de nouvelles exigences en matière de définition des mandats et de répartition des ressources afin que les différents acteurs puissent participer de manière constructive au processus de transformation.

L'économie de l'intégration

21. La dynamique suscitée par la prestation de services de santé intégrés s'explique principalement par le volume sans cesse croissant de données factuelles attestant sa contribution aux résultats sanitaires. En effet, il est désormais largement prouvé que la prestation de services de santé intégrés, en tant qu'intervention complexe, contribue à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès à ces derniers, à la réduction de l'hospitalisation et de la réhospitalisation inutiles, et à l'augmentation de l'observance des traitements (25-28). Certaines données factuelles indiquent que les soins intégrés, en tant qu'intervention complexe, contribue à l'efficacité des services et à l'amélioration de l'état de santé (29-30).

22. À ce jour, si les évaluations des interventions simples ont, dans une certaine mesure, mis en évidence la rentabilité des soins intégrés, les interventions complexes n'ont apporté aucune preuve concluante à ce sujet (22). Il est en effet difficile d'attester avec précision l'efficacité des divers changements complexes apportés dans ce domaine en raison des limites méthodologiques imposées à la définition et à l'évaluation des soins intégrés. Néanmoins, en l'absence de données véritablement probantes à ce sujet, fondées sur les principes de la répartition efficace des ressources, on peut s'attendre à plus forte raison à ce qu'une meilleure répartition s'accompagne d'un gain en efficacité à la suite d'améliorations telles que la coordination des ressources, la réduction

maximale des doubles emplois, la diminution de l'inconfort du patient, le raccourcissement des temps d'attente et la prévention du gaspillage de ressources.

Cadre d'action pour la prestation intégrée des services de santé

Vision

23. Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, conformément à Santé 2020 (1), en vue d'améliorer rapidement et autant que possible la santé et le bien-être de la population et des personnes, réduire les inégalités de santé, garantir la protection financière et assurer une utilisation efficace des ressources de la société, notamment par la prise de mesures intersectorielles et multisectorielles adoptant des approches pangouvernementales et pansociétales.

Approche stratégique

24. La prestation de services de santé intégrés⁷, s'inspirant des mêmes principes que ceux initialement énoncés dans le programme de la Santé pour tous et la vision des soins de santé primaires (2), est une approche qui consiste à transformer la prestation des services et à garantir les conditions optimales pour le renforcement de systèmes de santé centrés sur la personne.

Objectifs

25. Le but ultime de ce cadre est d'améliorer la santé et le bien-être par la transformation de la prestation des services de santé en raisonnant en termes de « pensée systémique » (15) eu égard aux interactions avec les autres fonctions du système de santé et dans un contexte plus large. Le cadre énonce plusieurs domaines essentiels en vue de procéder à la transformation de la prestation de services de santé intégrés. Ceux-ci sont présentés dans la section consacrée aux *secteurs d'action*. Les *principales stratégies* sont définies pour chacun de ces secteurs, et concernent seulement les facteurs déterminants sur lesquels on peut agir dans le cadre d'options politiques des niveaux micro et méso. Le cadre fait ainsi office de liste de contrôle permettant de prendre en compte tous les facteurs de la transformation et de les activer au besoin (voir annexe, tableau 1).

26. Lors de la transformation de la prestation des services, il importe tout autant d'entreprendre des réformes intégrales du système au niveau macro, dans la mesure où elles déterminent dans une large mesure les conditions favorables aux interventions complexes et au changement transformationnel. Des changements politiques plus

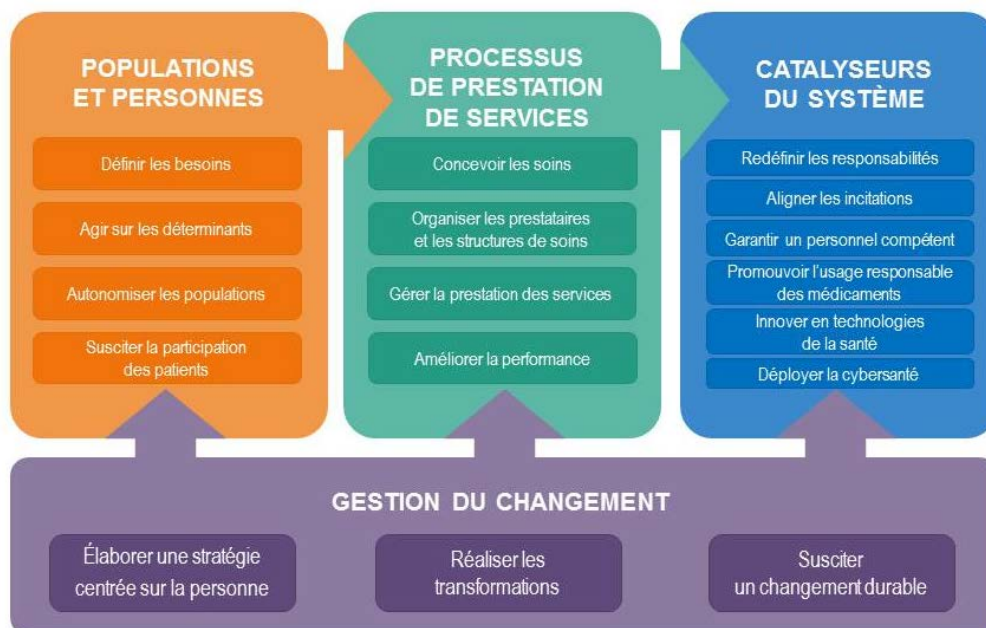
⁷ La **prestation de services de santé intégrés** se définit comme une approche visant à renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne par la promotion de la prestation intégrée de services de qualité à tous les stades de l'existence, conçus selon les besoins multidimensionnels de la population et de l'individu, et assurés par une équipe coordonnée de prestataires œuvrant dans tous les contextes de santé et à tous les niveaux de soins. Elle doit être gérée avec efficacité afin de garantir des résultats optimaux et une utilisation appropriée des ressources fondée sur les meilleurs éléments de preuve disponibles, avec un retour d'information en vue d'améliorer la performance d'une manière continue, d'agir en amont sur les causes de la mauvaise santé et de promouvoir le bien-être grâce à des interventions intersectorielles.

généraux doivent également être apportés afin de garantir le déploiement des transformations à grande échelle et la durabilité de celles-ci

27. Tous les secteurs d'action ainsi définis s'articulent autour de quatre domaines (voir leur séquence à la figure 1) et s'inspirent des objectifs suivants :

- **populations et personnes** – définir les besoins sanitaires et travailler en partenariat avec les populations et les individus, en tant que patients, membres de la famille, soignants/aidants et membres de la communauté, de la société civile et de groupes d'intérêts spéciaux afin d'encourager les comportements, les aptitudes et les ressources favorisant la bonne santé, pour veiller à ce que les personnes aient le potentiel de prendre en charge leur propre santé, tout en agissant sur les déterminants de la santé et en améliorant la santé tout au long de la vie sans discrimination basée sur le sexe, l'ethnicité et la religion ;
- **processus de prestation des services** – veiller à ce que les processus de conception des soins s'effectuent parallèlement à l'organisation, à la gestion et à l'amélioration correspondantes des services de santé en vue d'optimiser la performance de leur prestation conformément aux besoins sanitaires des populations et des personnes auxquelles ils s'adressent ;
- **catayseurs du système** – concilier la contribution des autres fonctions du système de santé afin de répondre aux conditions requises pour la prestation de services en organisant le mécanisme de responsabilisation, en alignant les incitations, en formant un personnel compétent, en promouvant l'usage responsable des médicaments, en innovant en technologies de la santé et en déployant la cybersanté ;
- **gestion du changement** – diriger et gérer stratégiquement le processus de changement aux différents stades de la transformation de la prestation des services de santé en imprimant une orientation précise, en formant et en faisant intervenir des partenaires et en mettant à l'essai des innovations pour garantir le déploiement de transformations durables et adaptées aux besoins de la population.

Figure 1. Aperçu du Cadre d'action européen pour la prestation de services de santé intégrés



Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Secteurs d'action

Domaine n° 1 : populations et personnes

28. En accordant la priorité aux personnes, il est globalement tenu compte des besoins multidimensionnels des populations et des individus en matière de santé lors de la conception et de l'adaptation de la prestation des services. On leur attribue un rôle afin qu'ils ne participent pas seulement au processus, mais deviennent aussi des partenaires actifs dans l'amélioration de leur santé et de leur bien-être⁸. La promotion des comportements, des compétences et des ressources nécessaires afin que les personnes deviennent des partenaires à part entière et capables de présenter leurs idées avec clarté a rencontré un important soutien (32-34). On constate d'ailleurs un développement de cette tendance dans la mesure où un plus grand nombre de décisions et de comportements en matière de santé et de bien-être ne s'effectue plus au niveau du système de santé, mais à celui des ménages et des communautés,

29. Ce domaine présente un plan d'action qui assigne les transformations selon les priorités accordées aux améliorations de la santé. L'adoption de comportements, compétences et ressources favorables à la santé afin que les personnes possèdent les connaissances et la motivation nécessaires pour se prendre en charge, et la participation des patients pour qu'ils deviennent des partenaires actifs en accédant aux services

⁸ Le **bien-être** peut se définir, d'une manière subjective, par l'expérience personnelle de la vie, comprenant le sentiment général de bien-être ressenti par une personne, son fonctionnement psychologique, ainsi que sa situation affective, et, d'une manière objective, par la comparaison entre, d'une part, les conditions de vie et, d'autre part, les normes et valeurs sociales telles que la santé, l'éducation, l'emploi, les relations sociales et l'environnement bâti (31).

constituent également des initiatives essentielles pour l'élaboration d'une stratégie du changement centrée sur la personne.

30. La mise en œuvre de transformations centrées sur la personne remet en cause les réformes traditionnelles plutôt axées sur l'optimisation des sources afin d'accorder avant tout la priorité aux résultats sanitaires. En pratique, cette remise en question, et le défi qu'elle représente, ne doivent pas être sous-estimés. Il importe de prendre le temps nécessaire pour justifier ces changements en toute confiance, sur la base d'arguments solides et attestés (18). La dynamique nécessaire au changement exige une prise de position convaincante, soutenue par l'alignement des acteurs à travers le système de santé ainsi qu'une vision et un plan d'action clairs et fédérateurs (voir domaine 4 : Gestion du changement).

Définir les besoins en santé

31. L'attention portée aux défis majeurs à la santé des populations, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, la démence, le VIH/sida et la tuberculose, ainsi qu'aux facteurs de risque liés au mode de vie, notamment la consommation de tabac, d'alcool, de sucre et de sel, a mis en évidence le lien existant entre, d'une part, la mise en œuvre d'interventions efficaces en matière de prestation de services et, d'autre part, l'amélioration accélérée des résultats sanitaires⁹. Il est essentiel de définir clairement les principaux domaines d'amélioration en matière de santé en vue de mettre au point et de planifier des services fondés sur les défis épidémiologiques, démographiques et sociaux et les risques connus, et de prioriser les services pertinents pour réduire autant que possible tout effort inutile (40, 41).

32. Ce secteur d'action vise à garantir que les transformations soient motivées par la réalisation d'améliorations spécifiques et mesurables en matière de santé et de bien-être, en déterminant tout d'abord les besoins en matière de santé et les facteurs de risque. L'approche adoptée à cet égard permet de répondre aux besoins sanitaires de manière proactive et équitable grâce à une solide connaissance de la population.

33. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) stratifier les risques et besoins sanitaires de la population selon des variables épidémiologiques, démographiques, socioéconomiques et/ou géographiques ;
- b) planifier la prise de mesures fondées sur des bases factuelles afin de formuler des plans de santé ciblés et rechercher des résultats réalistes dans les domaines prioritaires de l'amélioration de la santé.

⁹ Le rôle essentiel de la prestation des services est mis en évidence dans plusieurs stratégies et plans d'action existants, à savoir notamment : le Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 (35) ; le Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS (document EUR/RC66/11) ; le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 (36) ; la Stratégie et le plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe 2012-2020 (37) ; la Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS (document EUR/RC66/14) ; le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (38) et le Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020 (39).

Agir sur les déterminants de la santé

34. Il est avéré que l'action sur les déterminants sociaux contribue directement à l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, ainsi qu'à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie, autant d'aspects qui peuvent engendrer d'importants avantages sur le plan économique, sociétal et personnel (1). La coordination des interventions au sein comme au-delà du secteur de la santé s'est révélée essentielle pour développer l'accès aux services et améliorer la réactivité par l'élargissement des possibilités de choix (42) et l'action efficace sur les déterminants de la santé et du développement au sens large (43-46).

35. Ce secteur d'action vise à évaluer systématiquement les effets de la situation socioéconomique, de l'environnement, du genre, de l'éducation et des facteurs politiques, commerciaux, culturels et sociétaux influant sur la santé afin d'adapter les services et activités sanitaires, et de collaborer en bonne intelligence avec d'autres secteurs dans le domaine de la prestation des services de santé. L'approche suivie reconnaît les liens existants entre les différents déterminants de la santé, et vise à s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé et des inégalités afin que la prestation des services adopte une perspective holistique vis-à-vis du patient.

36. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) recenser les déterminants de la santé qui influent sur les défis majeurs auxquels sont confrontés la population et les individus en matière de santé en vue d'adapter les services de manière appropriée ;
- b) répertorier l'aide et le soutien devant être apportés au-delà des services de santé en vue de prendre des mesures qui transgressent les limites sectorielles et permettent l'adoption d'une approche intégrée envers la prestation des services de santé.

Autonomiser les populations

37. Les systèmes de santé doivent veiller à ce que les populations adoptent les comportements nécessaires et disposent des compétences et ressources essentielles afin qu'elles puissent prendre en charge leur santé (47). Il est clairement démontré que les interventions aidant les personnes, leur famille et leur communauté à devenir des partenaires à part entière et capables de présenter leurs idées avec clarté dans le domaine de la santé exercent un impact positif sur tout un ensemble de résultats, notamment l'amélioration de l'expérience du patient et de l'utilisation des services (48-50), une meilleure instruction en santé (51) et l'adoption accrue de comportements plus sains (34).

38. Ce secteur d'action vise à autonomiser les populations¹⁰ afin qu'elles puissent prendre en main leur santé et les services sanitaires en jouant un rôle actif dans la définition des problèmes, le processus décisionnel et la prise en charge de leur propre santé. L'approche adoptée à cet égard se fonde sur les valeurs communes de la Région s'agissant de protéger et de promouvoir les droits fondamentaux de la population et des patients (2, 53). Elle reconnaît la nécessité de surmonter les actuels obstacles à

¹⁰ On entend par **autonomisation de la population**, le processus permettant la création de partenariats, la valorisation de soi et d'autrui, et la prise de décisions mutuelle, ainsi que la possibilité d'opérer des choix et d'accepter des responsabilités en toute liberté (52).

l'autonomisation causés par les inégalités entre les sexes et d'autres formes d'inégalités fondées sur le statut migratoire, l'orientation et l'identité sexuelles, l'ethnicité, la religion, l'âge ou le handicap.

39. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) protéger les droits et encourager le partage des responsabilités en établissant des relations transparentes, respectueuses et responsables entre les populations, le personnel de santé, les autorités régionales, les assureurs et les décideurs, afin de préserver les droits aux prestations et de favoriser la responsabilisation du patient en termes de prise en charge de sa santé et d'utilisation des services de santé ;
- b) permettre des choix avisés,¹¹ en garantissant l'accès à l'information afin d'aider les populations à être responsables des choix décisionnels et à exprimer les besoins et des désirs influant sur leur santé et les services de santé, notamment les choix relatifs aux prestataires des services de santé, au parcours des soins, aux comportements et modes de vie, ainsi qu'à la planification préalable des soins et aux actes anticipatifs (testaments de vie) ;
- c) améliorer l'instruction en santé¹² par l'éducation sanitaire enfin de développer les connaissances et les compétences des populations qui influencent leur motivation, leurs attitudes et leur capacité à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à préserver la santé et le bien-être ;
- d) soutenir le développement de la santé communautaire, notamment en incitant les populations à s'organiser et à collaborer dans le but de définir leurs propres besoins et aspirations en matière de santé, prendre des mesures qui exercent une influence sur les décisions importantes pour leur vie, améliorer la qualité de leur propre existence et de celle de leur communauté.

Susciter la participation des patients

40. La participation des patients, de leur famille, des soignants/aidants¹³ et des groupes de soutien au sens large peut améliorer l'expérience et la satisfaction des patients à l'égard des services, créer un climat de confiance, susciter une meilleure adhésion (54-56) et, en fin de compte, améliorer les résultats sanitaires (57). La participation active et la coopération des patients jouent également un rôle fondamental dans la coordination des services lors des phases de transition nécessaires à la continuité des soins (34, 58, 59).

41. Ce secteur d'action vise à créer les conditions permettant aux patients de jouer un rôle actif dans la prise de décisions, la planification des soins, la gestion de leurs affections chroniques et la préservation de leur santé et de celles des personnes à leur charge, en veillant à ce que leur compréhension de leur santé et de leurs objectifs de

¹¹ On entend par **choix avisé** l'information et le soutien fournis aux populations afin qu'elles puissent prendre des décisions réfléchies et comprendre les conséquences escomptées qui peuvent résulter raisonnablement de ce choix (52).

¹² On entend par **instruction en santé** l'obtention d'un certain niveau de connaissances, de compétences personnelles et de confiance permettant à tout un chacun d'agir afin d'améliorer la santé personnelle et communautaire, par le changement de modes et de conditions de vie (52).

¹³ On entend par **participation des patients** leur niveau de collaboration active à la prise en charge de leur propre santé et à la conception des systèmes de santé (52).

santé influe sur la prestation des services de santé. L'approche adoptée à cet égard se fonde sur « l'activation » du patient en vue d'élaborer de manière conjointe des services de soins dispensés en partenariat entre le prestataire.

42. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) soutenir l'auto-prise en charge des patients¹⁴ en fournissant les outils qui leur permettront de recourir aux services de santé et aux soins auto-administrés, et d'évaluer la sécurité des solutions de marché en développant les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour gérer leur propre santé et s'auto-administrer des soins contre une affection donnée, et lors du processus de rétablissement à la suite d'un épisode de maladie ;
- b) appuyer la prise de décisions partagée avec le patient¹⁵ au sujet de sa santé et de son bien-être, en examinant les options disponibles, dont le choix de ne pas intervenir, en évaluant les risques et les avantages, et en tenant compte de leurs valeurs et de leurs préférences dans l'analyse de ces options ;
- c) renforcer le soutien apporté par les pairs aux patients, afin de fournir une aide aux autres personnes dans une situation similaire et de recevoir une aide de celles-ci, sur la base d'une compréhension mutuelle et partagée ;
- d) aider les familles des patients et les soignants/aidants à acquérir les connaissances et les compétences nécessaires et à mener les interventions qui leur permettront de prendre soin d'eux-mêmes et des autres, tout en promouvant les démarches transformatives qui allègent le fardeau des femmes dispensant des soins non rémunérés et font intervenir les hommes.

Domaine n° 2 : processus de prestation de services

43. On entend par prestation des services de santé l'ensemble de processus de base et interdépendants, témoignant des propriétés uniques et ajustables de la fonction, et étroitement liées à sa performance globale. Il s'agit notamment des processus de conception des soins, d'organisation des prestataires, de gestion des services et d'amélioration continue de la performance (60). Le cadre les érige en domaines clés pour l'optimisation des services relatifs à tous les types de soins¹⁶ (tels que la protection de la santé, la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la prise en charge des maladies, la réadaptation et les soins de longue durée) et à tous les contextes¹⁷ (tels que les soins primaires, de proximité, à domicile,

¹⁴ On entend par **auto-prise en charge** les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour prendre en charge sa propre santé, se soigner d'une affection spécifique ou se rétablir à la suite d'un épisode de maladie (52).

¹⁵ On entend par **prise de décisions partagée** le processus interactif grâce auquel les patients, leur famille et les soignants/aidants, en collaboration avec leur(s) prestataire(s) de soins de santé, optent pour la (les) prochaine(s) intervention(s) dans leur parcours thérapeutique après une analyse éclairée des options possibles, de leurs valeurs et de leurs préférences (52).

¹⁶ On entend par **types de soins** les objectifs très variés poursuivis par les services, tels que la protection de la santé, la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la prise en charge, les soins de longue durée, la réadaptation, les soins palliatifs, moyennant la prestation de services spécifiques à la population ou aux personnes (60).

¹⁷ On entend par **contextes (ou structures) des soins** les différentes formules de prestation des services, ensuite organisée dans plusieurs établissements, institutions et organisations dispensant des soins. Il s'agit notamment des soins ambulatoires, de proximité, à domicile, en centres de santé et à l'hôpital, alors que

secondaires, tertiaires, ambulatoires et l'hospitalisation). Les secteurs d'action s'inspirent de la priorité accordée aux personnes, comme dans le premier domaine du cadre, et s'attendent à ce que le système de santé mette en place la structure institutionnelle de soutien permettant d'assurer le déploiement, l'intensification et la durabilité des transformations.

44. La gestion des changements exige un ajustement des pratiques quotidiennes. Le fait de faire les choses différemment s'accompagne d'un certain inconfort, et ce processus peut être souvent facilité par l'adoption de stratégies prévoyant une mise en œuvre progressive des changements dans le cadre de projets pilotes, le déploiement d'efforts visant à développer un sentiment d'adhésion et de responsabilité, ainsi que des modalités nouvelles ou améliorées favorisant le dialogue continu et le retour d'information (voir Domaine n° 4 : gestion du changement).

Concevoir les soins à travers le parcours de vie

45. Les avantages en termes de résultats sanitaires découlant de la sélection d'un programme complet de services sont bien établis et avérés (7, 61), notamment un meilleur succès thérapeutique (62, 63), l'administration accrue de soins préventifs et l'amélioration des comportements en matière de sollicitation des soins (64). Dans le contexte de l'évolution de la morbidité et des invalidités et, en conséquence, du développement de la polyconsommation de médicaments et du recours accru à des plans thérapeutiques parallèles, la capacité à dispenser une gamme de services, tout en adaptant les soins aux besoins de la population et de la personne, revêt une importance particulière.

46. Ce secteur d'action vise à configurer la conception des services et à favoriser un modèle de soins¹⁸ permettant d'offrir des services aux personnes et à la population fondés sur une connaissance solide de la population et de ses besoins multidimensionnels et ce, dans le but de promouvoir, de préserver et de rétablir la santé et, respectivement, le bien-être de manière équitable à toutes les étapes de la vie. L'approche adoptée à cet égard se concentre sur le patient plutôt que sur une maladie ou une affection donnée. Elle implique l'adaptation aux processus de prestation afin de faire face à l'évolution continue du modèle de soins.

47. Les principales stratégies d'intervention sont notamment les suivantes :

- a) intégrer les services dans la gamme complète des soins et tout au long de la vie à des fins de protection et de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de soins de longue durée, de réadaptation et de soins palliatifs en adoptant la perspective d'une approche basée sur les soins de santé primaires ;

les établissements font référence à l'infrastructure telle que les cliniques, les centres de santé, les hôpitaux de district, les dispensaires ou d'autres entités (par exemple, les cliniques mobiles et les pharmacies) (60).

¹⁸ On entend par **services essentiels** les interventions au niveau de la population et les services individuels qui sont à la fois réalisables, rentables, financièrement accessibles, acceptables et fondés sur des bases factuelles, et qui exercent en outre un impact important et jouent un rôle fondamental dans l'accomplissement des progrès sanitaires escomptés (23).

- b) normaliser les pratiques à l'aide notamment de protocoles et de directives cliniques en vue de prendre des décisions avisées qui promeuvent la mise en œuvre d'interventions dont l'efficacité est avérée ;
- c) concevoir des parcours de soins, notamment en termes de transitions, d'orientation-recours et de réorientation vers le service d'origine, en vue de cartographier les parcours optimaux pour les patients en fonction de leurs besoins individuels, de maximiser la coordination et d'éviter la répétition des tâches ;
- d) adapter les soins dispensés aux patients afin de promouvoir la prestation optimale des services dans la durée et en fonction des besoins multidimensionnels du patient.

Organiser les prestataires et les structures de soins

48. La coordination des prestataires a été associée à des améliorations marquées au niveau des résultats intermédiaires en matière de lutte contre les maladies et de qualité de la prestation des services (26, 28, 65-69). Les améliorations réalisées à cet égard ont été attribuées à un meilleur éventail des qualifications et à un élargissement du champ d'activité et de pratique, pour dispenser des services complémentaires et coordonnés tout en réduisant autant que possible la répétition inutile des tâches et la fragmentation (26).

49. Ce secteur d'action vise à organiser les prestataires en contextes, champs de pratique et environnements professionnels correspondant au modèle de soins. La démarche adoptée doit permettre en fin de compte de surmonter et d'éliminer les obstacles organisationnels qui compromettent la coordination, comme la fragmentation des échanges d'informations, et de favoriser l'optimisation de la collaboration interdisciplinaire en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires et, ainsi, d'améliorer la continuité des soins.

50. Les principales stratégies d'intervention sont notamment les suivantes :

- a) mettre en place de nouvelles structures de prestation de service et/ou les réaménager afin qu'elles s'adaptent au modèle de soins et à la configuration des parcours de soins, comme l'assistance à l'autonomie et les soins à domicile, les centres de soins aigus, les centres de réadaptation, le réaménagement des hôpitaux et les soins dispensés en pharmacies ;
- b) structurer les pratiques et les équipes en vue d'adopter une approche multidisciplinaire envers la prestation des services et, dans ce cadre, de faciliter la communication et les échanges réguliers d'informations entre les spécialités tant au sein des niveaux de soins qu'entre ceux-ci ;
- c) adapter les rôles et le champ d'activité et de pratique des prestataires, y compris l'élargissement et la substitution des rôles ;
- d) faciliter les échanges d'informations grâce aux mécanismes de communication comme les consultations à distance par courrier électronique et téléphone ; les plates-formes d'informations verticales tels que le partage des dossiers médicaux ; et la restructuration des équipes notamment pour les postes de liaison et de coordonnateurs de soins.

Gérer la prestation des services

51. La prestation quotidienne des services exige une gestion habile en vue d'organiser les processus avec un maximum d'efficacité (62, 70, 71). Il importe particulièrement de suivre une approche axée sur les résultats afin de promouvoir la qualité et la responsabilisation. La gestion des services constitue aussi un processus clé pour appliquer les politiques dans la pratique, et revêt donc une extrême importance pour la performance globale du système (72).

52. Ce secteur d'action vise à garantir l'exécution des processus de gestion dans le but de maximiser l'efficacité, de garantir la cohérence des opérations et, le cas échéant, d'aider à résoudre les problèmes. Cette approche repose sur les principes de gestion, selon lesquels des recommandations pratiques devraient être formulées et les opérations supervisées afin de faire face à la complexité du processus de production dans la prestation des services de santé.

53. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) garantir la mise en place des ressources appropriées en vue de promouvoir l'accès aux services essentiels sélectionnés selon le modèle des soins ainsi défini, ainsi que leur utilisation la plus efficace possible ;
- b) établir des liens constructifs entre les acteurs afin d'agir sur les déterminants de la santé au sens large et de développer la coopération avec le secteur public, le secteur privé et les organisations de la société civile, notamment les organisations communautaires, non gouvernementales et religieuses, ainsi que les secteurs de l'éducation, du travail, du logement, de l'alimentation, de l'environnement, de l'eau et de l'assainissement et de la protection sociale ;
- c) adopter une approche axée sur les résultats, définir des cibles ou des objectifs pour l'avenir, et mettre en place les processus nécessaires pour exécuter les plans et pour assurer la prestation des services de santé avec une efficacité optimale.

Améliorer la performance

54. L'optimisation de la prestation des services est un processus itératif qui se fonde sur un retour d'information en vue de recenser et d'appliquer les modifications nécessaires. L'instauration d'un environnement non dissuasif contribue largement à encourager les adaptations et l'innovation au fil du temps, étayées par des bases factuelles solides prouvant que les investissements dans l'amélioration de la pratique clinique constituent une mesure efficace pour l'obtention de meilleurs résultats sanitaires, notamment la qualité des soins et la sécurité (6, 73).

55. Ce secteur d'action vise la réalisation régulière de tests et d'adaptations au niveau de la prestation de services, moyennant une étude systématique des processus cliniques et des possibilités d'amélioration de la performance, et un retour d'information à ce sujet. L'approche reconnaît la nature dynamique de la santé, en incitant les services à s'adapter en permanence et à évoluer non seulement selon les besoins et les circonstances, mais aussi au gré des avancées scientifiques.

56. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) renforcer la gouvernance clinique afin d'examiner systématiquement les processus cliniques, de recenser les lacunes en matière de performance et d'analyser les causes des variations à partir des normes établies ;
- b) mettre en place un système d'apprentissage permanent afin que les professionnels de santé disposent des compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

Domaine n° 3 : catalyseurs du système

57. Les autres fonctions du système de santé, notamment la gouvernance, le financement et la mobilisation des ressources, peuvent être décrites sur la base de leurs processus uniques¹⁹. C'est en fait l'amélioration collective de chacune de ces fonctions qui explique le renforcement des systèmes de santé. Les interventions visant principalement l'amélioration de la prestation des services se situent plutôt à la croisée entre cette fonction et les autres fonctions du système de santé.

58. Ce domaine axé sur les systèmes plaide en faveur de la prise de mesures à l'interface entre la prestation des services et les autres fonctions du système de santé. Les secteurs d'action ainsi définis accordent la priorité aux ressources des systèmes de santé qui, dans la pratique, se sont avérées être directement liées à la performance de la prestation des services (18).

59. Pour assurer la pérennité des réformes, ce domaine préconise la prise de mesures dans tous les secteurs et des processus de planification des changements à long terme avec retour d'information afin de garantir un ajustement et un alignement systématiques des conditions requises à cet égard (voir Domaine n° 4 : Gestion du changement).

Redéfinir les responsabilités

60. La responsabilisation constitue un élément fondamental de la prestation des services, dans la mesure où elle définit des dispositions précises à ce sujet, et explicite le mode de fonctionnement et d'interaction escompté des différents acteurs (74, 75). La décentralisation de la prise de décisions au niveau des autorités locales, assortie de conditions appropriées telles la mise en place d'autorités compétentes et d'un niveau d'autonomie optimal, peut améliorer la réactivité des services de santé à l'égard des besoins locaux pour améliorer les résultats sanitaires, renforcer la responsabilisation au niveau local, accroître l'équité et veiller à une meilleure allocation des ressources (75).

61. En outre, on prend de plus en plus conscience de la nécessité de renforcer les mécanismes de responsabilisation eu égard aux conditions institutionnelles susceptibles de favoriser la collaboration avec les organisations non gouvernementales, les entités du secteur privé, les fondations philanthropiques et les établissements universitaires. En ce qui concerne la prestation de services de santé intégrés, ces partenariats public-privé offrent de réelles occasions de profiter des atouts de diverses disciplines pour catalyser les réformes, permettant la mise en place de nouveaux systèmes techniques et

¹⁹ « Health services delivery: a concept note » (60) présente un résumé des processus les plus communément utilisés pour illustrer chaque fonction.

d'informations, ainsi que l'élaboration de produits innovateurs et de capacités créatives de prestation (76).

62. Ce secteur d'action vise à faciliter les adaptations nécessaires afin d'établir des mécanismes de responsabilisation²⁰ bien précis, dotés de ressources suffisantes et soumis à un contrôle régulier. L'alignement des mécanismes de responsabilisation permet en fin de compte de définir une base d'actions au sein du secteur de la santé et en partenariat avec d'autres secteurs.

63. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) conférer des mandats précis en fonction des rôles escomptés des différents acteurs pour que les mécanismes institutionnels et organisationnels correspondent aux objectifs globaux, en limitant autant que possible le chevauchement des activités, la répétition inutile des tâches ou la fragmentation ;
- b) garantir la disponibilité des ressources et des outils requis pour la réalisation des objectifs, les différents acteurs devant notamment disposer du temps, de l'espace et des capacités nécessaires à cette fin ;
- c) générer des bases factuelles sur la performance, en tenant compte des commentaires et suggestions des patients à cet égard, et assurer un retour d'information sur les résultats et les découvertes afin que le processus décisionnel soit fondé sur des données probantes ;

Aligner les incitations

64. La rémunération des prestataires et l'alignement des incitations se sont révélés étroitement liés à la nature, à la qualité et à la quantité des services offerts (77, 78). De plus en plus, les dispositifs de rémunération des prestataires combinent à la fois capitation, honoraires pour service rendu et rétribution de la performance afin de promouvoir la qualité des soins et la prestation de services de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que la prise en charge des maladies chroniques (79).

65. Ce secteur d'action attire l'attention sur l'importance de parvenir à un alignement entre, d'une part, la performance souhaitée et, d'autre part, les récompenses ou éléments de dissuasion pour les acheteurs, les prestataires et les patients afin de garantir leur conception optimale pour la prestation de services de santé intégrés.

66. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) orienter l'allocation des ressources, notamment dans le contexte d'une séparation entre acheteurs et prestataires et/ou en présence de divers acheteurs, au profit d'un achat stratégique axé sur les résultats ;
- b) établir un lien entre les mécanismes de rémunération des prestataires et l'amélioration de la performance sur la base du modèle de soins, y compris la qualité et l'intégration ;
- c) mettre en place des mesures incitatives à l'adresse des patients, notamment en ce qui concerne l'adhésion de ces derniers aux programmes nationaux de prévention et

²⁰ La **responsabilisation** se définit sur la base des éléments nécessaires qui la composent, à savoir un mandat précis et, le cas échéant, les ressources requises et les incitations suffisantes pour sa réalisation.

aux campagnes sur les modes de vie sains, ainsi que l'observance des plans thérapeutiques et des traitements médicamenteux prenant en considération l'impact des déterminants au sens large sur la santé des individus.

Garantir un personnel de santé compétent

67. La constitution d'un effectif compétent²¹, capable d'appliquer les connaissances et les compétences acquises, est essentielle pour améliorer les résultats sanitaires des patients et des populations (81-83). Il a été démontré que si le personnel de santé possède les connaissances et compétences nécessaires pour répondre de façon optimale aux besoins de populations, on pourra pallier les pénuries potentielles et l'éventuelle mauvaise répartition des effectifs, accroître la productivité et la satisfaction au travail, et favoriser le recrutement et le maintien en poste du personnel, en apportant une contribution générale à l'amélioration de la qualité des soins (6, 84).

68. Ce secteur d'action préconise la prise de mesures afin d'aider le personnel de santé à consolider ses compétences, notamment ses compétences non cliniques comme les aptitudes à la communication et les capacités à gérer l'impact des déterminants de la santé au sens plus général. Il importe également d'instaurer un environnement de travail favorable à la prestation de services de santé intégrés tout en œuvrant à la modification progressive de la culture professionnelle afin d'appliquer des méthodes de travail plus interdisciplinaires. L'approche ne met plus l'accent sur la formation initiale, mais considère la consolidation des compétences comme un processus qui nécessite un investissement continu dans la durée, et prévoit des cycles de rétroaction devant éclairer la formation du futur personnel de santé. Elle reconnaît la nature sexospécifique du personnel de santé rémunéré et non rémunéré et la nécessité d'en tenir compte dans les mesures prises à cet effet.

69. Les principales stratégies d'intervention sont notamment les suivantes :

- a) recruter et orienter le personnel de santé sur la base des compétences afin d'assurer la sélection des candidats les plus à même d'acquérir le savoir-faire souhaité ;
- b) instaurer un environnement de travail multidisciplinaire et favorable, doté d'une infrastructure physique et sociale intégrée en vue de sauvegarder le temps et les ressources, qui promeut également le mentorat et l'encadrement en vue de renforcer les compétences sur le lieu de travail ;
- c) garantir un développement professionnel continu, un apprentissage permanent et des possibilités de développement professionnel afin de promouvoir de nouvelles connaissances et compétences ou d'assurer la progression de celles déjà acquises.

Promouvoir l'usage responsable des médicaments

70. Les médicaments jouent un rôle fondamental dans l'efficacité du traitement, de la gestion des besoins de santé et de la prise en charge des maladies (85, 86). Grâce aux

²¹ On entend par **compétences du personnel de santé** les actions complexes et essentielles fondées sur les connaissances qui combinent et mobilisent le savoir, les compétences et les attitudes avec les ressources disponibles en vue d'assurer des résultats sanitaires sûrs et de qualité aux patients et aux populations. Les compétences requièrent un certain niveau d'intelligence sociale et émotionnelle, et doivent être tout aussi souples qu'habituelles et judicieuses (80).

progrès rapides et constants de la médecine, les traitements sont désormais efficaces, accessibles financièrement et plus ciblés,²² ce qui en fin de compte permet d'améliorer la prise en charge des maladies dans la communauté et à domicile. Il est essentiel de garantir leur usage responsable dans le cadre de la prestation des services non seulement pour évaluer les progrès accomplis à cet égard et améliorer les résultats sanitaires, mais aussi pour éviter toute menace à l'efficacité de la prévention et du traitement due à des pratiques inappropriées, comme la résistance aux antimicrobiens (60).

71. Ce secteur d'action vise à promouvoir l'usage responsable des médicaments pour réduire autant que possible leur utilisation exagérée, insuffisante et abusive, une situation qui favorise le gaspillage et les risques sanitaires. L'approche reconnaît l'importance croissante des schémas thérapeutiques personnalisés pour améliorer l'efficacité de la prise de multiples médicaments (polypharmacie).

72. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) veiller à ce que les directives en matière de pratiques cliniques promeuvent l'approvisionnement optimal en médicaments de qualité et à un prix abordable ;
- b) améliorer les pratiques comportementales des professionnels de santé et des patients eu égard aux processus de prescription, de distribution et d'administration des médicaments ;
- c) soutenir la personnalisation des schémas médicamenteux pour l'usage responsable et l'efficacité des plans thérapeutiques individuels tenant compte des différents besoins biologiques des femmes et des hommes tout au long de leur existence.

Innover en technologies de la santé

73. L'importance des technologies de la santé, et de l'équipement et des dispositifs médicaux s'est davantage affirmée ces dernières années grâce aux progrès scientifiques et aux avancées dans le domaine du génie biomédical. Il convient de mentionner notamment les tests de diagnostic rapide, les outils permettant de contrôler soi-même l'alimentation et l'exercice physique, ainsi que les dispositifs qui permettent de prendre sa tension pression artérielle à domicile (88, 89). Grâce aux innovations dans ce domaine, la prestation de services s'effectue à l'aide de nouveaux moyens qui permettent de se concentrer sur les diverses manières d'améliorer la gestion des besoins, tout en facilitant les processus de prestation, par exemple par la communication interprofessionnelle entre les organisations (90).

74. Ce secteur d'action a pour but de soutenir l'innovation continue eu égard à l'adoption et à l'utilisation des technologies de la santé dans le cadre de la prestation des services. Il met en évidence l'optimisation de cette dernière en comblant les lacunes au niveau des procédures et des processus. La recherche et les bases factuelles jouent, à cet égard, un rôle essentiel.

75. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

²² Le coût élevé des nouveaux médicaments est aussi une évidence, et rend difficile l'accès durable à ces derniers. La définition de priorités s'avère aussi cruciale dans ce domaine afin d'améliorer l'efficacité au niveau des dépenses, tout en maintenant un juste équilibre entre l'accès et la rentabilité (86, 87).

- a) soutenir l'utilisation éthique et responsable des nouvelles technologies dans la prestation des services pour en faciliter les processus, notamment l'harmonisation des plates-formes ou systèmes conviviaux afin d'assurer l'intégration à travers les différents contextes et prestataires ;
- b) contribuer aux activités de recherche en matière de services et systèmes de santé et appliquer les bases factuelles sur les nouvelles technologies de la santé tout en restant en phase avec ce domaine en évolution constante.

Déployer la cybersanté

76. L'information joue un rôle important dans la prestation des services de santé. Dans l'ensemble de la Région, les plates-formes de communication innovatrices, notamment les dossiers de santé électroniques²³, la télésanté²⁴ et la santé mobile, sont déjà utilisées et incorporées à ce niveau (91, 92). L'application de ces outils à la prestation des services a permis d'accélérer l'échange d'informations sur la prévention, le diagnostic et le traitement, ainsi que l'utilisation des données dans la prise en charge des patients, la coordination des prestataires et l'administration des établissements de santé (70). La personnalisation des données de santé électroniques permet d'innover en matière de prescription des médicaments, de facturation des services et de documentation de la communication avec les patients, tout en rationalisant le travail d'équipe et en déterminant les possibilités d'intervention au niveau de vastes populations de patients (93).

77. Ce secteur d'action vise à développer l'utilisation de la cybersanté dans la prestation des services en tant qu'outil de communication, en facilitant la coordination des soins, les processus administratifs et de gestion, ainsi que la transparence. L'approche reconnaît les nombreuses possibilités d'utilisation des données, notamment les informations sur les services à l'adresse des patients, les données cliniques à l'adresse des prestataires, les informations relatives au processus pour la gestion et celles relatives aux systèmes de santé pour la planification sanitaire.

78. Les principales stratégies d'intervention sont notamment les suivantes :

- a) faciliter l'interopérabilité des plates-formes électroniques via une interface conviviale pour améliorer le flux et l'utilisation des informations disponibles grâce à la cybersanté ;
- b) permettre l'accès des personnes et des prestataires aux données sanitaires, tout en protégeant la confidentialité du flux d'informations et en garantissant la sécurité des données pour leur utilisation appropriée dans la prestation des services de santé et la recherche.

²³ On entend par **dossiers de santé électroniques** les dossiers en temps réel et axés sur le patient qui fournissent des informations immédiates et sécurisées aux utilisateurs autorisés. Ils jouent un rôle essentiel dans la couverture universelle en santé, en facilitant le diagnostic et le traitement des patients par la diffusion rapide et en temps utile d'informations complètes à leur sujet sur le lieu des soins (19).

²⁴ On entend par **télésanté** la prestation de services de santé à distance, notamment les diagnostics et le suivi cliniques, ainsi que les fonctions non cliniques, dont la prévention et la promotion de la santé ainsi que les services thérapeutiques (19).

Domaine n° 4 : gestion du changement

79. Les enseignements tirés de la mise en œuvre indiquent que les initiatives visant la transformation des services échouent souvent à cause d'une gestion défaillante du changement plutôt que de leur contenu technique. Cela permet de souligner l'importance de la contribution du processus du changement à la réussite globale des initiatives en termes de sa capacité à assurer la continuité de la transformation de la prestation des services de santé à grande échelle et au fil du temps. Le fait de considérer cette dernière comme un processus sous-entend également que les changements sont plus susceptibles de se produire de manière progressive, dans le cadre d'un cheminement par étape à l'intérieur d'un continuum, plutôt que de susciter un bouleversement immédiat à grande échelle.

80. Le domaine relatif au changement oriente ce délicat processus en proposant des stratégies pour relever les défis et faire face à de nouvelles circonstances, avec le savoir-faire découlant de l'expérience pratique. Ces enseignements sont présentés dans les secteurs d'action relatifs à la gestion du changement, qui proposent des stratégies clés à l'adresse des agents du changement aux différentes étapes des transformations, notamment : élaborer une stratégie du changement centrée sur la personne ; procéder à la transformation de la prestation des services de santé ; et susciter un changement durable.

Élaborer une stratégie du changement centrée sur la personne

81. La première étape du changement consiste à élaborer une vision commune à des fins stratégiques, en établissant un lien entre un problème clairement défini et la solution qui s'impose (18). À ce stade, le soutien de tous les acteurs, du niveau micro au niveau macro (par exemple, les professionnels de santé, les administrateurs²⁵ et les gestionnaires de la santé, les patients, les membres de leur famille et les soignants/aidants, les responsables politiques et les décideurs du domaine de la santé), est essentiel pour transformer les idées en action.

82. Ce secteur d'action vise à induire la dynamique du changement en présentant et en communiquant le problème de manière à motiver et à inspirer d'autres acteurs quant à l'importance des changements requis. Les approches adoptées sont ancrées dans une perspective pangouvernementale et pansociétale (1).

83. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) Instaurer une plate-forme pour le changement et en expliquer les raisons afin de militer en faveur des améliorations à apporter, de susciter l'intérêt et l'adhésion des parties concernées, et de permettre l'élaboration de nouvelles initiatives ;
- b) susciter la collaboration des acteurs à tous les niveaux du système de santé et instaurer une culture de la participation active englobant les patients et leurs familles

²⁵ On entend par **gestionnaires de la santé** les autorités responsables de la supervision des activités et de la prestation quotidienne de services, notamment les processus de planification et de budgétisation, d'alignement des ressources, de gestion de la mise en œuvre et de suivi des résultats (60).

en vue de formuler une stratégie du changement, dans le but de favoriser un esprit d'adhésion, et d'obtenir et d'assurer le soutien politique et social nécessaire.

- c) élaborer une approche planifiée des changements afin de raisonner en termes de « pensée systémique », et d'unifier les actions dans le cadre d'une perspective et d'une orientation communes pour l'avenir en visant des solutions immédiates afin d'assurer la durabilité.

Réaliser les transformations

84. Transformer la prestation des services équivaut à faire les choses différemment. Cependant, comme le statu quo ne peut être remis en question sans un certain soubresaut créatif, on aura donc obligatoirement recours à des stratégies habiles de gestion du changement pour engager le processus et le maintenir sur la bonne voie.

85. Ce secteur d'action vise à accélérer la mise en œuvre des transformations afin de susciter le changement dans tous les domaines et ce, en temps voulu et de manière efficace. L'adoption d'une démarche ascendante, au niveau local, engendre la confiance, l'intérêt et un sens partagé des responsabilités dans le cadre d'une dynamique d'équipe devant sous-tendre le processus.

86. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) effectuer des essais pilotes, des expériences et/ou des démonstrations afin de tester les concepts et de procéder à des transformations selon une approche ascendante dans le but de trouver des solutions adaptées au contexte ;
- b) instaurer une culture de la participation active, déléguer les tâches et mobiliser l'ensemble des acteurs pour favoriser le sentiment commun de contribuer à la réussite des transformations ;
- c) faciliter la communication et le dialogue ouvert dans le cadre de débats réguliers et d'autres lieux d'échange afin de permettre d'engager des discussions sur une base continue, d'établir des réseaux, de partager des idées et d'apporter un soutien tout au long du processus.

Permettre un changement durable

87. La transformation de la prestation des services de santé demande beaucoup de temps, et est souvent loin d'être linéaire : de nouvelles priorités se font concurrence pour attirer l'attention, des obstacles imprévus se dressent dans le processus, et l'on assiste à un roulement naturel des principaux acteurs concernés. Chacun de ces obstacles peut présenter à la fois des défis et des opportunités pour la transformation de la prestation des services de santé, un processus en perpétuel évolution.

88. Ce secteur d'action vise à assurer la continuité des transformations en parvenant à un alignement entre, d'une part, la prestation des services de santé et, d'autre part, les autres fonctions du système de santé. Cet alignement est nécessaire pour permettre l'adoption généralisée ainsi que la durabilité de la transformation de la prestation des services de santé mise en œuvre à plus petite échelle.

89. Les principales stratégies d'intervention sont les suivantes :

- a) mettre en place des coalitions en vue d'élargir l'accès aux idées et aux talents nécessaires pour maintenir les transformations et réunir les acteurs de divers horizons, milieux et secteurs afin d'œuvrer vers un objectif commun ;
- b) promouvoir la résilience et surmonter les contraintes de temps afin de mener à bien les transformations en trouvant un équilibre entre, d'une part, les changements quotidiens et des décisions à court terme et, d'autre part, les adaptations à long terme pour réaliser les objectifs globaux tels que définis initialement ;
- c) activer les leviers au niveau des divers secteurs d'action en vue d'aligner les changements à travers le système de santé.

Mise en pratique du cadre d'action

Public cible

90. Cette initiative accorde une grande priorité au déploiement d'efforts aux niveaux pangouvernemental et pansociétal, reconnaissant que chacun a un rôle à jouer dans la prestation de services de santé intégrés (94). L'importance de l'approche pangouvernementale et pansociétale découle de la diversité des secteurs d'action proposés dans ce cadre. En outre, celui-ci part de la notion que la transformation de la prestation des services est issue de la collaboration entre de multiples acteurs et secteurs plutôt que le fruit de personnes ou d'institutions agissant seules dans la gestion du changement.

91. Parmi les principaux acteurs et leur contribution à la transformation de la prestation des services de santé, il convient de mentionner les suivants.

- **Les personnes et les communautés** – en tant que patients, membres de la famille, soignants/aidants et membres de la communauté, de la société civile et de groupes d'intérêts spéciaux, les personnes sont des partenaires actifs dans la conception et la planification globales des services de santé, la définition de leurs propres objectifs sanitaires et la gestion de leur propre santé.
- **Les prestataires et les praticiens** – en leur qualité de professionnels de santé de première ligne dispensant des services ciblés aux patients et aux populations, le rôle des prestataires et des praticiens est fondamental pour optimiser la performance des services, adopter de nouveaux processus et faire évoluer une culture professionnelle visant la prestation de soins centrés sur le patient.
- **Les responsables de services** – dans leur rôle de gestionnaires, ils sont indispensables à la supervision quotidienne des services, et assurent la coordination des actions menées par leurs collègues en vue de répondre aux priorités convenues dans le domaine de la santé.
- **Les autorités régionales** – investies d'un pouvoir de décision au niveau sous-national, les autorités régionales mettent les politiques en pratique en interprétant et en réalisant les buts et les objectifs à leur niveau de compétence, et en garantissant la disponibilité des ressources et de l'expertise adéquates sur le terrain.

- **Les assureurs** – ils sont investis de la responsabilité de garantir la rémunération des services de santé, et l'accès à des soins complets et de qualité dans le cadre de la prestation de services répondant aux besoins de tous les assurés.
- **Les autorités nationales** – en tant que garant ultime de l'accès équitable à des services de santé de qualité comme droit humain, et en tant que responsables politiques suprêmes chargés de la supervision des systèmes publics, les autorités nationales assurent une direction et des changements unifiés en vue de remplacer, de simplifier et de mettre en place les nouvelles conditions institutionnelles et mesures intersectorielles.

Les axes prioritaires de l'intégration

92. Les axes du processus transformationnel des services de santé intégrés se focalisent sur les moyens hautement efficaces en vue d'accélérer la réalisation des améliorations sanitaires et de performance recherchées.

93. Si la définition des priorités et leur dynamique dépendent finalement du contexte, elles peuvent être décrites comme mettant en évidence les domaines suivants dans la Région européenne.

- **Intégration entre les soins primaires et la santé publique** – en agissant sur les modes de vie néfastes pour la santé, les facteurs de risque environnementaux et les déterminants de la santé, la prise en charge de la santé des populations doit viser l'intégration entre, d'une part, les services personnels de protection et de promotion de la santé et de prévention des maladies et, d'autre part, les interventions axées sur la population.
- **Intégration entre les différents niveaux et contextes des soins de santé** – alors que, traditionnellement, les moyens mis en œuvre afin de faire face à l'accroissement des maladies chroniques et des morbidités multiples dans un contexte de fragmentation font appel à de nombreux prestataires et s'effectuent dans diverses structures et à divers niveaux, il est toujours important de renforcer l'intégration des soins de santé primaires et secondaires. Cette approche accorde la priorité à l'intégration de la prestation des services à tous les niveaux des soins et dans tous les contextes, et à travers les différents prestataires. Il est tenu compte des liens existants entre les soins primaires et les hôpitaux, et d'autres types de soins en établissement, la réadaptation et les services thérapeutiques et de soutien, ainsi que les programmes de soins infirmiers quotidiens à domicile et dans un centre de soins de jour.
- **Intégration entre les soins de santé et les services sociaux** – les invalidités, le vieillissement et la chronicité exigent le renforcement de l'intégration des services à la croisée des soins de santé et des services sociaux. Parmi les priorités à cet égard, il convient notamment de mentionner l'intégration pour dispenser des soins de longue durée, à domicile et de proximité.

Adaptation à des contextes spécifiques

94. La transformation de la prestation des services de santé a été décrite comme un processus en plusieurs étapes s'effectuant souvent de manière progressive à l'intérieur d'un continuum de développement (95, 96). Ce dernier n'est pas linéaire en soi, étant donné la nature multimodale de la prestation des services. En outre, le point de départ du processus transformationnel est spécifique au contexte, tout comme le stade optimal du développement de la prestation des services peut varier à l'intérieur d'un continuum allant des soins conventionnels aux services intégrés.

95. La mise en œuvre exige, de manière pratique, l'adaptation des principales stratégies et méthodologies du cadre d'action à un contexte spécifique. Quatre étapes de base ont été déterminées à cet égard. Un outil d'auto-évaluation est disponible pour examiner chacune d'entre elles, et recenser les actions nécessaires en termes de gestion des changements et des politiques prioritaires (voir l'annexe, encadré 1).

96. Ces étapes peuvent être définies comme suit.

- **Les soins conventionnels** désignent la prestation de soins de santé primaires sélectifs basés sur la médecine familiale, axée sur les maladies et la guérison pour une gamme restreinte de services ciblant l'impact sanitaire ou tenant compte des besoins de sous-groupes donnés. Elle s'effectue à des niveaux de soins distincts, et donne lieu à un processus centralisé et descendant de prise de décisions et d'affectation des ressources, l'attention étant accordée à l'obtention d'intrants de qualité, par la délivrance d'autorisations d'exercer au personnel de santé, l'usage rationnel des médicaments et l'accréditation des services et établissements de santé.
- **Les soins axés sur les maladies** désignent la prestation d'un ensemble ciblé de services axés sur la prise en charge des maladies, qui accorde en outre la priorité aux liens existant entre les transitions des soins primaires aux soins secondaires, en appliquant les informations propres aux patients à l'usage exclusif de la pratique clinique. Ce type de soin se concentre spécifiquement sur la gestion des ressources et des budgets dans le cadre de mesures programmatiques, ainsi que sur la qualité des produits par le biais de la supervision clinique, de la normalisation des services, de la vérification (audits) et d'évaluations par des pairs afin de réaliser les objectifs prédéfinis.
- **Les services coordonnés** désignent la prestation de services axés sur les besoins sanitaires au moyen d'actions horizontales entre les types de soins, prévoyant la collaboration entre les établissements et les prestataires, notamment l'élargissement du rôle des infirmiers et les échanges réguliers d'informations pour les besoins du patient. Ce type de services se caractérise par la gestion de la performance des produits issus de leur prestation, et par les efforts visant à améliorer les processus en place grâce aux évaluations régulières des mesures de gestion clinique et de prise en charge des patients, et au retour d'information à cet égard.
- **Les services intégrés** désignent la prestation de services complets, continus et centrés sur le patient, soutenue par un alignement intégral à tous les niveaux, notamment en coordination avec les services sociaux, et assurée par des équipes de professionnels de santé bénéficiant d'un accès rapide et fiable à l'information. La

gestion des ressources et des processus réalisée dans ce cadre vise principalement à obtenir les meilleurs résultats sanitaires et à optimiser le vécu du patient.

Dispositif de mise en œuvre

97. Le cadre d'action est assorti d'un ensemble de ressources conçues pour aider les États membres à transformer la prestation des services de santé. Ce dispositif comprend des documents analytiques de référence et des rapports de synthèse des connaissances, tels qu'une note conceptuelle sur la prestation des services de santé (60). Des documents de travail ont également été élaborés sur des thèmes précis, notamment les compétences du personnel de santé (80), la participation des patients et l'autonomisation des populations (52) et les mécanismes de responsabilisation en matière de prestation de services de santé intégrés (74). Des profils descriptifs des initiatives de transformation de la prestation des services de santé, compilant les données d'expériences pratiques acquises sur le terrain dans différents pays, font l'objet d'un recueil d'études de cas et d'enseignements tirés (18) dans ce domaine. Ces initiatives sont également évoquées dans plusieurs évaluations des hospitalisations évitables en cas de maladies et d'affections propices aux soins ambulatoires (97-101).

98. Le cadre d'action est également assorti d'un catalogue de ressources, dont des modèles, des guides, des méthodologies, des normes, des bases de données et des manuels, organisées par secteur d'action et principale stratégie. Les différents concepts sont en outre clairement définis dans un glossaire rédigé en anglais et en russe et reprenant la principale terminologie dans ce domaine. En outre, un inventaire d'indicateurs a été mis au point afin d'évaluer les soins intégrés et faciliter l'utilisation du cadre d'action dans les différents pays.

Suivi de l'impact

99. L'évaluation d'interventions complexes comme la prestation de services de santé intégrés s'avère difficile sur le plan méthodologique (18, 22, 102). Aucun consensus n'a été atteint à ce jour sur la définition d'un indicateur ou cadre spécifique à cette fin (9). Néanmoins, certains engagements pris à cet égard sont assortis de cadres de suivi portant sur un grand nombre d'activités relatives à la prestation des services de santé et aux résultats sanitaires, et prévoyant en outre la communication de données et de rapports dans ce domaine. On mentionnera à cet effet l'ODD 3, Santé 2020 et le cadre mondial pour des services de santé intégrés centrés sur la personne adopté récemment²⁶, ainsi que les initiatives internationales menées par les partenaires au développement, tels que les efforts visant à mesurer la performance des soins de santé primaires (103), la qualité des soins de santé (104) et les systèmes de santé (105).

100. Ce cadre incite à faire rapport sur les indicateurs convenus dans ces engagements et les initiatives pertinents à cet égard afin de s'aligner sur les efforts existants tout en évitant les doubles emplois. En outre, le dispositif de mise en œuvre du cadre vise à poursuivre les travaux précédemment réalisés par le Bureau régional sur l'évaluation des hospitalisations en cas de maladies et affections propices aux soins ambulatoires,

²⁶ Adopté dans la résolution WHA69.24, le cadre mondial propose de nouvelles activités de recherche-développement afin de procéder au suivi des progrès réalisés à l'aide d'indicateurs appropriés.

comme mesure composite de la performance de la prestation des services de santé. À ce jour, un cadre d'évaluation (20) et des études de pays (97-101) ont contribué à la mise au point de cette méthode d'évaluation. Fait important, la surveillance étroite des hospitalisations en cas de maladies et affections propices aux soins ambulatoires dans la Région européenne se fonde uniquement sur les indicateurs régulièrement évalués par les États membres. Par conséquent, afin d'intensifier le processus, il n'est guère utile de procéder à des évaluations supplémentaires, mais on veillera plutôt à faire rapport sur des indicateurs pertinents et à actualiser les données (voir annexe, tableau 2).

101. Les progrès réalisés en matière de transformation de la prestation des services de santé dans le cadre des quatre domaines énoncés dans le cadre seront en outre évalués à l'aide d'autres données, enquêtes ponctuelles et estimations sur la base d'indicateurs comme les résultats sanitaires et expériences rapportés par le patient, et l'affectation des ressources sanitaires au fil du temps.

Références²⁷

1. Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).
2. Déclaration d'Alma-Ata. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 1978 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>).
3. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations Sustainable Development; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>).
4. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/health_financing/documents/towards-better-stewardship/en/).
5. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/fr/>).
6. Travailler ensemble pour la santé : rapport sur la santé dans le monde 2006 Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/fr/>).
7. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/fr/>).

²⁷ Toutes les références électroniques ont été consultées le 12 juillet 2016 (en anglais) et le 28 juillet 2016 (en français).

8. Douzième programme général de travail de l’OMS : pas seulement une absence de maladie. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://www.who.int/about/resources_planning/twelfth-gpw/fr/).
9. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (A69/39 ; http://apps.who.int/gb/f/f_wha69.html).
10. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l’horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (A69/38; http://apps.who.int/gb/f/f_wha69.html).
11. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>).
12. Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (EUR/RC65/13 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
13. Plan d’action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
14. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>).
15. Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. Health Policy Plan. 2012;27(suppl 4):iv1–3.
16. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. Health Policy Plan. 2012;27(suppl 4):iv4–8.
17. Roadmap: strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/background-documents/strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-a-roadmap>).

18. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>).
19. From innovation to implementation: eHealth in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016>).
20. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2016/assessing-health-services-delivery-performance-with-hospitalizations-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-2016>).
21. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008;337. doi:10.1136/bmj.a1655.
22. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy summary, No. 11; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/what-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care>).
23. Stein V, Barbazza ES, Tello J, Kluge H. Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO European Region. *Int J Integr Care*. 2013;13(4). doi:10.5334/ijic.1514/.
24. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health services. *Int J Integr Care*. 2001;1(1).
25. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>).
26. Ovreteit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011 (<http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>).
27. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Report No.: Vol. 7: Care Coordination.

28. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/caring-for-people-with-chronic-conditions.-a-health-system-perspective>).
29. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7. doi: 10.1002/14651858. CD003318. pub3.
30. Lê G. The impact of universal health coverage, people centred care and integrated service delivery on key health system outcomes: a literature review in support of the WHO strategy on high quality, people-centred and integrated care to achieve universal coverage. Leeds: University of Leeds; 2014.
31. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>).
32. Dolovich LR, Nair KM, Ciliska DK, Lee HN, Birch S, Gafni A et al. The Diabetes Continuity of Care Scale: the development and initial evaluation of a questionnaire that measures continuity of care from the patient perspective. *Health Soc Care Community*. 2004;12(6):475-87.
33. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2007 (http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1609-138_V01.pdf).
34. Walker KO, Labat A, Choi J, Schmittiel J, Stewart AL, Grumbach K. Patient perceptions of integrated care: confused by the term, clear on the concept. *Int J Integr Care*. 2013;13:e004.
35. Le Plan d'action européen sur la santé mentale. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (EUR/RC63/11 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/documentation/working-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>).
36. Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (EUR/RC64/15 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6415-rev.1-european-vaccine-action-plan-20152020>).

37. Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).
38. Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (EUR/RC64/14 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
39. Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS 2016-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (EUR/RC65/17 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>).
40. van Baal PH, Engelfriet PM, Hoogenveen R, Poos MJ, van den Dungen C, Boshuizen HC. Estimating and comparing incidence and prevalence of chronic diseases by combining GP registry data: the role of uncertainty. *BMC Public Health*. 2011;11:163. doi:10.1186/1471-2458-11-163.
41. Balicer RC, Shadmi E, Lieberman N, Greenberg-Dotan S, Goldfracht M, Jana L et al. Reducing health disparities: strategy planning and implementation in Israel's largest health care organization. *Health Serv Res*. 2011;46(4):1281–99. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01247.x.
42. McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M, editors. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (Observatory Studies Series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>).
43. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008;372(9642):950–61. doi:10.1016/S0140-6736(08)61405-1.
44. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promot Int*. 1998;13(2):99–120. doi:10.1093/heapro/13.2.99.
45. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. *Health in all policies in the European Union and its member states*. Brussels: European Commission; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/2005_1_18_frep_a4_en.pdf).

46. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, under the auspices of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-prospects-and-potentials>).
47. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr.* 2006;24(1):113–20 (<http://www.bioline.org.br/pdf?hn06016>).
48. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(3). doi:10.1002/14651858.CD002990.pub3.
49. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1). doi:10.1002/14651858.CD004107.
50. Purdy S, Paranjothy S, Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D et al. Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews. Bristol, UK: National Institute for Health Research; 2012 (<http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/primaryhealthcare/migrated/documents/unplannedadmissions.pdf>).
51. Coulter A, Parsons S, Askham J. Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé ? Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe au nom de l’Observatoire européen des systèmes et politiques de santé ; 2008. (Synthèse ; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/pre-2009/where-are-the-patients-in-decision-making-about-their-own-care-who-europe-2008>).
52. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/engaging-patients,-carers-and-communities-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-strategies-and-tools-2015>).
53. La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé en Europe. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 1996 (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1; (<http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>)).
54. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. *JAMA.* 2000; 284(13):1709. doi:10.1001/jama.284.13.1709-JMS1004-6-1.
55. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ.* 2000;320(7234): 526–527. doi:10.1136/bmj.320.7234.526.

56. Schattner A. The silent dimension: expressing humanism in each medical encounter. *Arch Intern Med.* 2009;169(12):1095–9. doi:10.1001/archinternmed.2009.103.
57. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3(2):159–66.
58. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219–21. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
59. Harrison A, Verhoef M. Understanding coordination of care from the consumer's perspective in a regional health system. *Health Serv Res.* 2002;37(4):1031–54. doi:10.1034/j.1600-0560.2002.64.x.
60. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>).
61. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
62. Integrated health services delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2011 (Renewing Primary Health Care in the Americas series, No.4; http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=7066&Itemid=40976&lang=en).
63. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ.* 2002;325(7370):925. doi:10.1136/bmj.325.7370.925.
64. Bindman AB, Weiner JP, Majeed A. Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability. *Health Aff (Millwood).* 2001;20(3):132–45. doi:10.1377/hlthaff.20.3.132.
65. Mitchell GK, Burridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health.* 2015;21(4):391–408. doi:10.1071/PY14172.
66. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract.* 2007;57(538):364–70.

67. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *Circulation*. 2006;114(23):2466–73. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.638122.
68. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam Pract*. 2001;18(1):21-6.
69. Yarnall KS, Østbye T, Krause K, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59.
70. Everybody’s business - Strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>).
71. Wendt D. Health system rapid diagnostic tool: framework, operational guide, and metrics to measure the strength of priority health system functions. Durham, USA: FHI 360; 2012. (<https://www.fhi360.org/resource/health-system-rapid-diagnostic-tool>).
72. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. New York: Oxford University Press; 2008.
73. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142066/E77983.pdf).
74. Suter E, Mallinson S. Accountability for coordinated/integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/accountability-for-coordinatedintegrated-health-services-delivery>).
75. Barbazza E, Tello J. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1–11. doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.007.
76. Taylor R, Christian J. The role of public-private partnerships in health systems strengthening: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2016. doi:10.17226/21861.
77. Custers T, Klazinga NS, Brown AD. Increasing performance of health care services within economic constraints: working towards improved incentive structures. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2007;101(6):381–8.
78. van Stolk C, Bjornsson G, Goshev S. Provider incentives in social protection and health: a selection of case studies from OECD countries. Cambridge, UK: RAND Europe; 2010 (https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2010/RAND_WR779.pdf).

79. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2009 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>).
80. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/publications/2015/strengthening-a-competent-health-workforce-for-the-provision-of-coordinated-integrated-health-services-2015>).
81. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
82. Czabanowska K, Smith T, Könings KD, Sumskas L, Otok R, Bjegovic-Mikanovic V et al. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum-a consensus study. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):850–6. doi:10.1093/eurpub/ckt158.
83. Orientations stratégiques européennes relatives au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des objectifs de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>).
84. Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/>).
85. van Olmen J, Criel B, Damme WV, Marchal B, Belle SV, Dormael MV et al. Analysing health systems to make them stronger. In: *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 27. Antwerp: ITG Press; 2010 (<http://www.itg.be/itg/generalsite/infservices/downloads/shsop27.pdf>).
86. Eurohealth special issue: priorities for health systems strengthening in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/news/news/2016/06/new-eurohealth,-special-issue-on-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region>).

87. Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/publications/2015/access-to-new-medicines-in-europe-technical-review-of-policy-initiatives-and-opportunities-for-collaboration-and-research-2015>).
88. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems: assessment guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2014/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-country-assessment-guide-2014>).
89. Howitt P, Darzi A, Yang GZ, Ashrafian H, Atun R, Barlow J et al. Technologies for global health. *Lancet*. 2012;380(9840):507-35. doi:10.1016/S0140-6736(12)61127-1.
90. Health technology assessment of medical devices. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO medical device technical series; <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21560en/>).
91. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009;13(Spec No):16–23.
92. Connecting for health: global vision, local insight. Report for the World Summit on the Information Society. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://www.who.int/ehealth/resources/wsis_report/en/).
93. Transforming care: reporting on health system improvement. New York: Commonw Fund; 2016 (<http://www.commonwealthfund.org/publications/newsletters/transforming-care/2016/march/sidebar>).
94. Crisp N, Berwick D, Kickbusch I, Bos W, Antunes JL, Barros PP et al. The future for health: everyone has a role to play. Report of the Commission on the Future of Health in Portugal chaired by Lord Nigel Crisp. Lisbon: Calouste Gulbenkian Foundation; 2014 (<https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/Full-Report-The-Future-for-Health.pdf>).
95. Minkman MM. Developing integrated care: towards a development model for integrated care. *Int J Integr Care*. 2012;12.
96. Valentijn PP, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13(22).
97. Ambulatory care sensitive conditions in Kazakhstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/publications3/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-kazakhstan-2015>).

98. Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-republic-of-moldova-2015>).
99. Ambulatory care sensitive conditions in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-latvia-2015>).
100. Ambulatory care sensitive conditions in Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/germany/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-germany-2015>).
101. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/portugal/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-portugal-2016>).
102. Tsiachristas A. Payment and economic evaluation of integrated care. *Int J Integr Care*. 2015. doi:10.5334/ijic.2009.
103. PHCPI. The primary health care performance initiative [website]. 2015. (<http://www.phcperformanceinitiative.org/about-us/about-phcpi>).
104. Health care quality indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI).
105. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting on 9 and 10 December 2013. In: *Official Journal of the European Union*. Brussels: Council of the European Union; 2013. (Report No.: 376/05, p.3; [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013XG1221\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52013XG1221(01))).
106. Base de données européenne de la Santé pour tous. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2014 (<http://data.euro.who.int/hfad/>).

Annexe. Application du cadre d'action

Tableau 1. Liste de contrôle – secteurs et domaines d'action des principales stratégies

Domaine	Secteurs d'action	Principales stratégies	
Domaine n° 1 : populations et personnes	Définir les besoins en santé	<input type="checkbox"/> Stratifier les risques et les besoins sanitaires	
		<input type="checkbox"/> Planifier la prise de mesures fondées sur des bases factuelles	
	Agir sur les déterminants de la santé	<input type="checkbox"/> Recenser les déterminants de la santé	
		<input type="checkbox"/> Répertorier l'aide et le soutien devant être apportés au-delà des services de santé	
	Autonomiser les populations	<input type="checkbox"/> Protéger les droits et encourager le partage des responsabilités	
		<input type="checkbox"/> Permettre des choix avisés	
		<input type="checkbox"/> Améliorer l'instruction en santé	
		<input type="checkbox"/> Soutenir le développement de la santé communautaire	
	Susciter la participation des patients	<input type="checkbox"/> Soutenir l'auto-prise en charge du patient	
		<input type="checkbox"/> Soutenir la prise de décisions partagée avec le patient	
		<input type="checkbox"/> Renforcer le soutien apporté par les pairs aux patients	
		<input type="checkbox"/> Aider les familles des patients et les soignants/aidants	
Domaine n° 2 : processus de prestation de services	Concevoir les soins à travers le parcours de vie	<input type="checkbox"/> Intégrer les services dans la gamme complète de soins	
		<input type="checkbox"/> Normaliser les pratiques	
		<input type="checkbox"/> Concevoir des parcours de soins	
		<input type="checkbox"/> Adapter les soins des patients	
	Organiser les prestataires et les structures de soins	<input type="checkbox"/> Mettre en place de nouvelles structures et/ou les réaménager	
		<input type="checkbox"/> Structurer les pratiques en vue d'adopter une approche multidisciplinaire	
		<input type="checkbox"/> Adapter les rôles et le champ d'activité et de pratique des prestataires	
	Gérer la prestation des services	<input type="checkbox"/> Faciliter l'échange d'informations	
		<input type="checkbox"/> Garantir des ressources appropriées	
	Améliorer la performance	<input type="checkbox"/> Établir des liens constructifs entre les acteurs	
		<input type="checkbox"/> Adopter une approche fondée sur les résultats	
		<input type="checkbox"/> Renforcer la gouvernance clinique	
		<input type="checkbox"/> Mettre en place un système d'apprentissage permanent	
	Domaine n° 3 : catalyseurs du système	Redéfinir les responsabilités	<input type="checkbox"/> Conférer des mandats précis
			<input type="checkbox"/> Garantir la disponibilité des ressources et des outils
			<input type="checkbox"/> Générer des bases factuelles sur la performance
Aligner les incitations		<input type="checkbox"/> Orienter l'allocation des ressources (acheteurs)	
		<input type="checkbox"/> Établir un lien entre les mécanismes de rémunération des prestataires et la performance	
		<input type="checkbox"/> Appliquer les incitations (patients)	
Garantir un personnel de santé compétent		<input type="checkbox"/> Recruter/orienter sur la base des compétences	
		<input type="checkbox"/> Instaurer un environnement de travail favorable	
		<input type="checkbox"/> Garantir un développement professionnel continu	
Promouvoir l'usage responsable des médicaments		<input type="checkbox"/> Garantir la normalisation pour un usage responsable	
		<input type="checkbox"/> Se pencher sur les pratiques administratives et en matière de prescription et de dispensation	
		<input type="checkbox"/> Soutenir la personnalisation des médicaments	
Innover en technologies de la santé		<input type="checkbox"/> Soutenir l'application de nouvelles technologies	
		<input type="checkbox"/> Mener des activités de recherche afin d'optimiser les dispositifs médicaux	
Déployer la cybersanté		<input type="checkbox"/> Faciliter l'interopérabilité de plates-formes conviviales	
		<input type="checkbox"/> Garantir l'accès aux données sanitaires en toute sécurité	
Domaine n° 4 : gestion du changement	Élaborer une stratégie du changement centrée sur la personne	<input type="checkbox"/> Mettre en exergue l'importance et l'urgence du changement	
		<input type="checkbox"/> Mobiliser l'ensemble des acteurs	
		<input type="checkbox"/> Élaborer une approche planifiée	
	Réaliser les transformations	<input type="checkbox"/> Effectuer des essais pilotes	
		<input type="checkbox"/> Instaurer une culture de la participation active	
		<input type="checkbox"/> Faciliter la communication	
	Permettre un changement durable	<input type="checkbox"/> Mettre en place des coalitions	
		<input type="checkbox"/> Promouvoir la résilience	
		<input type="checkbox"/> Activer les leviers pour aligner les changements	

Encadré. Outil permettant de cartographier les différentes étapes du développement de la prestation des services

Les étapes du développement de la prestation des services

Le développement de la prestation des services s'inscrit dans un continuum que l'on peut synthétiser en quatre étapes principales, allant des soins conventionnels aux services intégrés, en passant par les soins axés sur les maladies et les services coordonnés. Ces étapes se caractérisent par les processus de base de la prestation des services, eux-mêmes définis par la conception des soins, l'organisation des prestataires, la gestion des services et l'amélioration continue de la performance. Alors que la réussite de chaque étape dépend en définitive de l'alignement recherché avec d'autres facteurs déterminants du système de santé, cette cartographie ne tient compte que de la prestation des services de santé. Néanmoins, la transition entre chacune de ces étapes est inévitablement influencée par l'instauration de conditions favorables à cet égard dans les systèmes de santé.

Caractéristiques de la prestation des services par étape de développement

Les étapes de la transformation de la prestation des services	Soins conventionnels	Soins axés sur les maladies	Services coordonnés	Services intégrés
Conception des soins	Soins de santé primaires sélectifs Modèle de médecine familiale ; programme spécialisé de services, besoins sanitaires ou de sous-groupes spécifiques	Prise en charge des maladies Attention portée aux maladies prioritaires ; programme de services défini par les maladies prioritaires	Gestion des soins Priorité accordée aux besoins sanitaires, à la prévention et à la promotion de la santé	Centrés sur la personne Services de santé et sociaux dispensés de manière intégrée et continue tout au long de la vie
Organisation des prestataires	Verticale Niveaux distincts des soins primaires, secondaires et tertiaires ; centrée sur les rôles des praticiens et des spécialistes ; fragmentation de l'information sanitaire	Liens Organisation verticale accordant l'attention aux liens existant aux points de transition des soins ; centré sur les spécialistes ; informations propres aux patients appliquées à la pratique clinique	Horizontale Collaboration entre les différents niveaux de soins et au sein de ceux-ci ; regroupement des prestataires avec rôle élargi des infirmiers ; échange d'informations pour la prise en charge du patient	Collaborative Travail d'équipe entre le secteur de la santé et les autres secteurs ; recours aux équipes multidisciplinaires ; accès unifié des prestataires et des patients à l'information sanitaire
Gestion des services	Gestion de la production Allocation des ressources et processus décisionnel centralisés et hiérarchisés	Gestion des ressources Budgétisation par poste et mesures spécifiques aux programmes	Gestion de la performance Priorité accordée aux résultats en termes d'efficacité et de qualité	Gestion visant les résultats Visant des gains sanitaires axés sur la population

Encadré (suite)

Amélioration continue de la performance	Qualité des ressources Priorité accordée à la délivrance d'autorisations d'exercer au personnel de santé, à l'usage rationnel des médicaments, et à l'accréditation des établissements de santé	Qualité des produits Priorité accordée à la normalisation des pratiques par les directives cliniques, la supervision, les audits cliniques et les évaluations par des pairs	Qualité des processus Priorité accordée aux mécanismes qui facilitent l'évaluation régulière de la performance et le retour d'information pour la gestion clinique et la prise en charge des patients	Qualité des résultats Optimiser les résultats intermédiaires et finals ; la gouvernance clinique et le vécu du patient
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Étapes et actions politiques prioritaires

Une valeur composite est définie pour chaque étape du développement en répartissant les différentes caractéristiques de la transformation de la prestation de services le long d'un continuum allant de 1 (description des propriétés de soins conventionnels) à 4 (description des propriétés des services intégrés). Cette valeur combinée permettant la mesure relative d'un contexte donné pour chaque caractéristique de la prestation des services peut servir à hiérarchiser les actions politiques et la gestion du changement.

Échelle pour la définition des étapes et des actions politiques prioritaires

Étapes	Soins conventionnels	Soins axés sur les maladies	Services coordonnés	Services intégrés
Valeurs	≤ 4	≥ 5 ≤ 8	≥ 9 ≤ 12	≥ 13
Actions politiques prioritaires	Repenser le modèle de soins afin qu'il soit centré sur la personne Prioriser les efforts visant à susciter une compréhension des besoins et risques sanitaires de la population fondée sur des bases factuelles ; recenser et cartographier les déterminants de la santé pertinents et focaliser les services non plus sur les ressources mais sur les soins centrés sur la personne	Optimiser les processus de base de la prestation des services de santé Prioriser l'élargissement de l'ensemble des prestations, normaliser les pratiques ; réorganiser les parcours de soins autour des besoins ; structurer l'organisation des prestataires et contextes des soins pour faciliter l'alignement ; renforcer la gouvernance clinique et le système d'apprentissage tout au long de la vie	Aligner d'autres fonctions déterminantes du système de santé Veiller à bien définir les mécanismes de responsabilisation et à les doter des ressources et outils nécessaires au niveau sous-national ; à aligner les mesures incitatives à l'adresse des prestataires en fonction de la conception même des services ; à mettre en place un cycle de développement d'un personnel de santé compétent ; à assurer l'utilisation rationnelle des médicaments et le déploiement de la cybersanté	Renforcer l'intégration avec d'autres secteurs Prioriser le renforcement de la collaboration utile au niveau intersectoriel, ainsi que des mécanismes de responsabilisation visant la définition précise des rôles et l'utilisation des données sur la performance, en garantissant la pleine participation des patients et l'autonomisation des populations moyennant l'évaluation de l'expérience personnelle

Encadré (suite)

Étapes	Soins conventionnels	Soins axés sur les maladies	Services coordonnés	Services intégrés
Valeurs	≤ 4	≥ 5 ≤ 8	≥ 9 ≤ 12	≥ 13
Gestion du changement	Mettre l'accent sur l'élaboration d'une stratégie de changement centrée sur la personne, et rassemblant un grand nombre d'acteurs dès le début	Mettre l'accent sur la réalisation de transformations qui remettent en question le statu quo au moyen de projets pilotes et en instaurant une culture de la participation active	Mettre l'accent sur l'alignement des changements apportés au système sur les processus de prestation des services en œuvrant dans tous les domaines et en établissant des coalitions	Mettre l'accent sur le déploiement et la poursuite des transformations, en faisant des changements spécifiques aux projets une nouvelle pratique courante

Application

Par exemple, les pays accordant la priorité à la prestation d'un ensemble de services qui dépassent le cadre des programmes spécifiques aux maladies, sans pour autant entièrement couvrir tous les besoins en aide sociale et autres soins, établissent des liens entre les différents niveaux de soins et sont axés sur l'amélioration de la performance par l'attention portée aux processus plutôt qu'aux résultats, se situent dans le continuum du développement à l'étape des services coordonnés. Chaque propriété de la prestation des services de santé laisse entrevoir des possibilités d'améliorations, comme l'élargissement du modèle de soins, le renforcement de l'alignement sur d'autres secteurs et l'optimisation des résultats sanitaires. L'évaluation met en évidence le besoin d'aligner en priorité les conditions du système afin de consolider et de maintenir la transformation des services.

Tableau 2. Indicateurs de la base de données de la Santé pour tous pour la communication régulière de rapports

Code	Indicateur
2 450	Sorties d'hôpital, maladies du système circulatoire, pour 100 000
2 460	Sorties d'hôpital, cardiopathies ischémiques, pour 100 000
2 480	Sorties d'hôpital, maladies vasculaires cérébrales, pour 100 000
2 500	Sorties d'hôpital, maladies du système respiratoire, pour 100 000
2 520	Sorties d'hôpital, maladies du système digestif, pour 100 000

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (106).