



République
du Sénégal



PRIMARY HEALTH CARE
PERFORMANCE INITIATIVE



Amélioration du système de santé à travers l'Initiative pour la Performance des Soins de Santé Primaires

2019



*M. Abdoulaye Diouf SARR
Ministre de la Santé et l'Action sociale*

**|| Le Sénégal à travers l'initiative PHCPI
ambitionne de contribuer à la redynamisation
des soins de santé primaires conformément
à la déclaration d'ASTANA de 2018. ||**

Table des matières

1. Contexte	4
2. Définition des soins de santé primaires	5
a. Les 5 principes de base	5
b. Les 8 composantes	6
3. Quelques dates repères de l'histoire des SSP	8
4. Approche de l'initiative sur les soins de santé primaires	10
a. Définition	10
b. Objectif général	10
c. Objectifs spécifiques	10
d. Critères de performance des SSP	11
e. Description du processus d'évaluation du Profil des signes vitaux (PSV)	12
5. Les résultats de l'évaluation de la performance des SSP au Sénégal	14
5.1. Les résultats de l'analyse par région	17
6. Perspectives	19
ANNEXE	21
Déclaration d'Astana (résumé)	24



1. Contexte

Le Ministère de la Santé et l'Action sociale a, en 2018, démarré un partenariat avec le consortium Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé, la Fondation Bill et Melinda Gates pour intégrer l'Initiative sur la performance des Soins de Santé Primaires. Ce projet bénéficie du soutien technique de Ariadne Labs de l'Université de Harvard (Boston, USA) et de l'institut Results for Development (R4D). Ce partenariat a permis de faire une évaluation exhaustive des SSP pour élaborer un Profil des Signes Vitaux sur le système des Soins de Santé Primaires au Sénégal. Ces résultats ont été présentés à la Réunion ministérielle tenue au Kazakhstan les 25 et 26 octobre 2018 marquant le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les SSP.

Cet accord de partenariat stipule l'engagement du Sénégal à :

- ▼ Mettre à jour régulièrement le Profil des Signes Vitaux;
- ▼ Améliorer la mesure de la performance des SSP à travers le Profil des Signes Vitaux;
- ▼ Promouvoir des SSP de qualité.



2. Définition des soins de santé primaires

« Les Soins de Santé Primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination... ». (*Article 6, Déclaration Alma Atta 1978*).

Ils comportent cinq (5) principes de base et huit (8) composantes.

a. Les 5 principes de base

1. Équité (*idéal de justice*) ;
2. Prévention ;
3. Technologie appropriée ;
4. Actions multisectorielles ;
5. Participation communautaire.

b. Les 8 composantes



Travaux de groupe, atelier scoring des indicateurs de la capacité du système des SSP. (Septembre 2018)



Atelier national de dissémination du Profil des signes vitaux du système des SSP.



3. Quelques dates repères de l'histoire des SSP

Au niveau international régional

- 1977** ● Tenue de la 30^e Assemblée mondiale de la Santé qui a permis de faire un diagnostic critique sur la Santé mondiale.
- 1978** ● Conférence et Déclaration d'Alma-Ata: Emergence des SSP et l'atteinte de l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000.
- 1985** ● Conférence de Lusaka : Recommandation de mise en œuvre des SSP à travers le processus gestionnaire (pyramide sanitaire à 3 niveaux).
- 1987** ● Tenue du 37^e Comité régional de l'OMS : Évaluation des 10 ans de politique des SSP.
 - Initiative de Bamako pour renforcer les services et les rendre plus accessibles.
 - Déclaration d'Harare sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaire. En s'appuyant sur le mouvement de «La Santé pour Tous» d'Alma Ata (1978), cette réunion fut une étape clé pour donner un ancrage politique au district de santé comme stratégie structurante pour les soins de santé primaires.
- 2008** ● Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire.
- 2009** ● Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou.
- 2018** ● Déclaration d'Astana : Evaluation des 40 ans des SSP et un renouvellement de l'engagement

Au niveau National (Sénégal)

1967

- Mise en place des cases de santé rurales par l'Association des Postes de santé privés catholiques sous le leadership du Pr Marc SANKALE.

1970

- Mise en place des maternités rurales par Unicef et OMS.

1970

- Démarrage du projet sur la participation communautaire, soutenu par la coopération belge, avec la mise en place d'Associations de Promotion de la Santé (APS) pour assurer la cogestion des recettes issues des prestations et de la vente de médicaments. Les APS sont transformées en comités de santé par le décret 92-118 du 17 janvier 1992.

1988

- Adoption de la déclaration de Politique de population qui traduit, entre autres, la volonté de l'Etat du Sénégal d'assurer une meilleure maîtrise des phénomènes et problèmes démographiques dans une approche intégrée du développement.

1989

- Déclaration de Politique nationale de Santé qui constitue le cadre pour le développement du secteur santé et qui prend en considération les contraintes économiques et sociales de notre environnement.

1991

- Adoption de la circulaire n°1753 du 15 mars 1991, portant sur le découpage du pays en districts sanitaires.

2017

- Mise en œuvre du PHCPI au Sénégal avec l'évaluation des Signes Vitaux.



4. Approche de l'initiative sur les soins de santé primaires

a. Définition

L'approche PHCPI est un processus de mesure d'indicateurs sensibles à la performance des SSP avec une démarche inclusive de capitalisation des résultats dans une perspective d'amélioration du système de soins de base pour contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

b. Objectif général

Contribuer à l'amélioration des systèmes de Soins de Santé Primaires dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

c. Objectifs spécifiques

- ▼ Identifier les lacunes et fixer les priorités en fonction des données spécifiques aux SSP.
- ▼ Améliorer la performance en utilisant les données probantes universellement validées.
- ▼ Partager des données, des connaissances, des expériences relatives à l'application des politiques dans les pays.

d. Critères de performance des SSP



Financement	Capacité	Performance	Équité
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les SSP sont priorités dans le budget ✓ Faibles dépenses directes des ménages 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personnel, établissements, fournitures, médicaments adaptés ✓ Le système est bien administré avec une bonne gestion des établissements et une gestion efficace, dynamique de la santé de la population 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accès: obstacles financiers, distance à parcourir sont minimales ✓ Qualité: diagnostic, traitement précis et adaptés, suivi coordonné ✓ Couverture efficace des services essentiels de SSP 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meilleurs résultats pour la population ✓ Bonne qualité, bons accès, et résultats pour les plus vulnérables

Chaque sous-domaine fait l'objet d'une évaluation approfondie à partir d'un ensemble d'indicateurs clés (pour plus de détails, cf.

<https://improvingphc.org/measuring-primary-health-care-performance>)

e. Description du processus d'évaluation du Profil des signes vitaux (PSV)

Le Profil des Signes Vitaux est un nouvel outil de mesure développé par le PHCPI permettant aux différents acteurs de mieux comprendre le Système de Soins de Santé Primaires, voire de l'améliorer. Il fournit un aperçu du niveau de performance des SSP et met en lumière les points forts et faibles. En outre, il constitue une porte d'entrée pour une analyse approfondie des SSP et une définition des priorités en se fondant sur des données probantes.


Le Profil des Signes Vitaux est la synthèse des réponses aux questions essentielles sur le système des SSP :

- ▼ **Financement** : Combien le gouvernement dépense sur les SSP ?
- ▼ **Capacité** : Le système a-t-il des politiques, des infrastructures et autres ressources (financières, matérielles et humaines) permettant d'offrir des SSP de qualité ?
- ▼ **Performance** : Est-ce que le système des SSP offre des soins de qualité adaptés aux besoins des populations ?
- ▼ **Equité** : Est-ce que le système des SSP couvre de manière effective les personnes désavantagées et marginalisées ?

L'analyse des composantes, Financement, Performance et Equité a été faite par l'équipe technique du PHCPI. La composante Capacité fonctionnelle a été réalisée par l'équipe du MSAS appuyée par des consultants.

Nota Bene :

● La composante « **Financement** » est évaluée sous l'angle des dépenses totales en SSP par personne, la part allouée aux SSP dans les dépenses totales en santé, la part des SSP dans le budget du gouvernement et les sources de financement (gouvernement et autres) des SSP.



● La composante « **Capacité** » est évaluée sous trois domaines : la gouvernance, les intrants et la gestion de la santé des populations et des structures sanitaires. Chacun de ces domaines comprend des sous-domaines.

▼ **Pour la Gouvernance** : la gouvernance et leadership et l'adaptation aux besoins sanitaires des populations.

▼ **Pour les intrants** : les médicaments et produits essentiels, les infrastructures sanitaires, le système d'information, les ressources humaines, matérielles et financières.

▼ **Pour la gestion de la santé des populations et des structures sanitaires** : la gestion de la santé des populations, l'organisation et la gestion des structures sanitaires.

● La composante « **Performance** » des SSP est évaluée sous l'angle des trois indicateurs composites suivants : l'accessibilité (financière et géographique), la qualité (exhaustivité, continuité, diagnostic centré sur la personne, disponibilité du prestataire, compétence du prestataire et sécurité) et la couverture des services (indicateurs de la SRMNE, maladies infectieuses et maladies non transmissibles).

● La composante « **Équité** » des SSP est évaluée sous l'angle de l'accessibilité financière, de la couverture des services de SRMNE, de la mortalité des enfants de moins de 5 ans respectivement selon le quintile de bien-être (niveau socio-économique), le niveau d'éducation de la mère et le milieu de résidence.

L'élaboration du Profil des Signes Vitaux repose sur l'analyse des données provenant des enquêtes démographiques et de santé (EDS) et des enquêtes continues sur les prestations des services de santé (ECPSS), de l'Observatoire mondial de la Santé et de la Banque Mondiale, entre autres. Pour la composante « Capacité », les indicateurs sont mesurés grâce à une revue documentaire, une exploitation de bases de données et des résultats d'enquête, ainsi que des entretiens avec des informateurs clés choisis parmi les acteurs et décideurs du système de santé.

5. Les résultats de l'évaluation de la performance des SSP au Sénégal

Les résultats :


- ▼ Les dépenses de santé en % du PIB (1%) sont faibles par rapport à la recommandation mondiale de 5%, mais supérieures à celles de nombreux pays comparables ;
- ▼ L'espérance de vie est à 67 ans (*ANSD, Projection 2016*), et les taux de mortalité maternelle est de 315 pour 100 000 naissances (*OMS, 2015*) et la mortalité des moins de cinq ans (47 pour 1000, *EDS-C 2017*) est encore élevée ;
- ▼ Les poids relatifs des MNT est en augmentation ; 42% des décès y sont imputables et 18% de la population décèderont prématurément entre 30 et 70 ans des suites d'une MNT. (*OMS 2017*)

Financement des SSP (*Comptes de la santé, 2013*) :

- ▼ Les dépenses totales en soins de santé primaires sont de (38\$/ personne) ;
- ▼ Le niveau de dépense du gouvernement dans les SSP est de 34% ;
- ▼ Les sources de financement non-gouvernementales représentent 85% des dépenses en SSP.

Capacité du système de SSP (Résultats issus de l'analyse du discours des répondants et de l'exploitation des données quantitatives) :

- ▼ A l'analyse des documents de politique de santé, le Sénégal a inscrit les SSP dans ses priorités. Toutefois, l'utilisation des évidences, dans les prises de décision, reste encore un défi ;

- 
- ▼ Des progrès considérables dans la disponibilité et la distribution des intrants sont constatés, toutefois la quantité et la qualité des ressources humaines demeurent un défi important ;
 - ▼ La performance des SSP peut être améliorée en développant davantage des approches communautaires, la multidisciplinarité des équipes et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision à tous les niveaux.

Performance :

- ▼ Une bonne partie de la population (45%) a des difficultés financières pour accéder à des soins de qualité. (*cf annexes*) ;
- ▼ L'analyse des données montrent que les soins centrés sur la personne constituent une limite sur les prestations de qualité (7% contre 60% de l'indicateur qualité). (*cf annexes*) ;
- ▼ La couverture des services de santé de base est de 48%. (*cf annexes*).

Equité :

- ▼ 66% des personnes du quintile de bien-être le plus bas ont des obstacles financiers d'accès aux services de santé contre seulement 21% pour le quintile de bien-être le plus élevé ;
- ▼ La couverture de soins en Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant est influencée par le niveau d'éducation des mères (50% pour les mères sans éducation et 57% pour celles qui ont le niveau secondaire) ;
- ▼ Les enfants de moins de cinq ans vivant dans les zones urbaines ont des taux de mortalité plus faibles que ceux vivant dans les zones rurales (47 pour 1000 contre 78 pour 1000).

Senegal

Primary Health Care Vital Signs Profile

COUNTRY CONTEXT AT-A-GLANCE



FINANCING

SHA 2011 (2013 data)

Total PHC spending:



Prioritization of PHC:

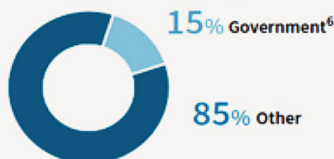
Overall health spending⁴



Government health spending⁵



Sources of PHC spending:



CAPACITY

Primary Health Care Progression Model⁷

Governance



Inputs



Population Health & Facility Management



PERFORMANCE

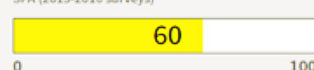
Access Index⁸

DHS STATcompiler (2017 survey)



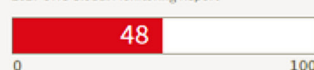
Quality Index

SPA (2015-2016 surveys)



Service Coverage Index

2017 UHC Global Monitoring Report



EQUITY

Access: % with perceived barriers due to cost, by wealth quintile

DHS STATcompiler (2017 survey)



Coverage of RMNCH⁹ services, by mother's education

Health Equity Monitor (2015 survey)



Outcomes: Under-five mortality¹⁰, by residence

Health Equity Monitor (2015 survey)



Note: Indicator values presented here may differ from country data sources due to the use of standardized categories and methods to enhance international comparability. See indicator Descriptions Sheet for details.

1. Domestic general government health expenditure as % of gross domestic product (GDP)
2. Probability of dying between ages 30 and 70 from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease
3. Communicable, maternal, perinatal, and nutritional conditions
4. Current PHC expenditure as % of current health expenditure (CHE)
5. Domestic general government PHC expenditure as % of domestic general government health expenditure

6. Domestic general government PHC expenditure as % of current PHC expenditure
7. The PHC Progression Model uses mixed methods to assess foundational capacities of PHC on a scale from 1 (low) to 4 (high)
8. Because different data/information are used in each country, composite index values may not be comparable across countries. See page 2 for the specific indicators used in this VSP.
9. The composite coverage index is a weighted score reflecting coverage of eight RMNCH interventions along the continuum of care (http://www.who.int/gho/health_eqm/vsp-report_2015/en/)
10. Deaths of children before age 5, per 1,000 live births

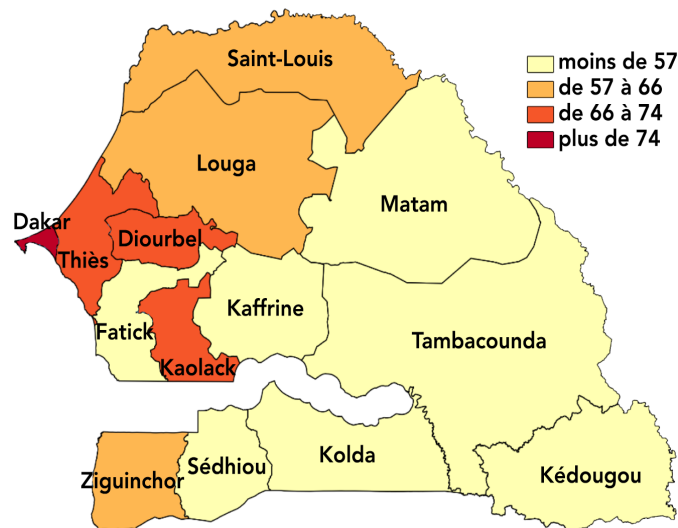


5.1. Les résultats de l'analyse par région : tableaux de bord régionaux utilisant les données disponibles les plus récentes (EDS et ECPSS 2016)

Performance : des inégalités géographiques minimes

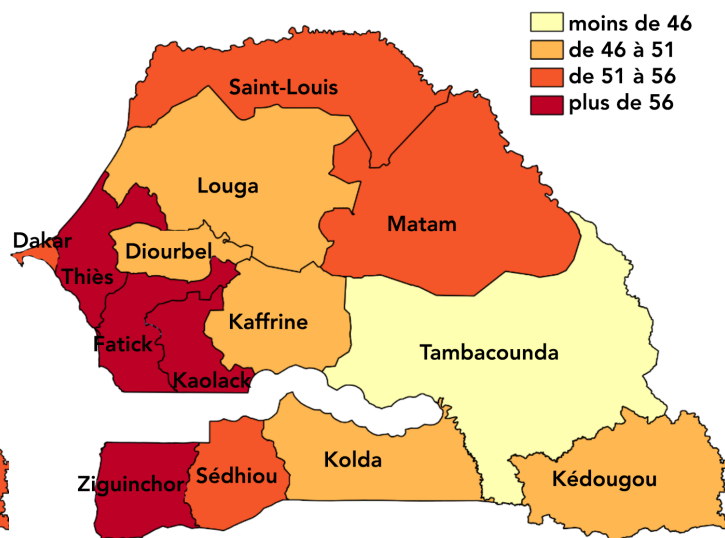
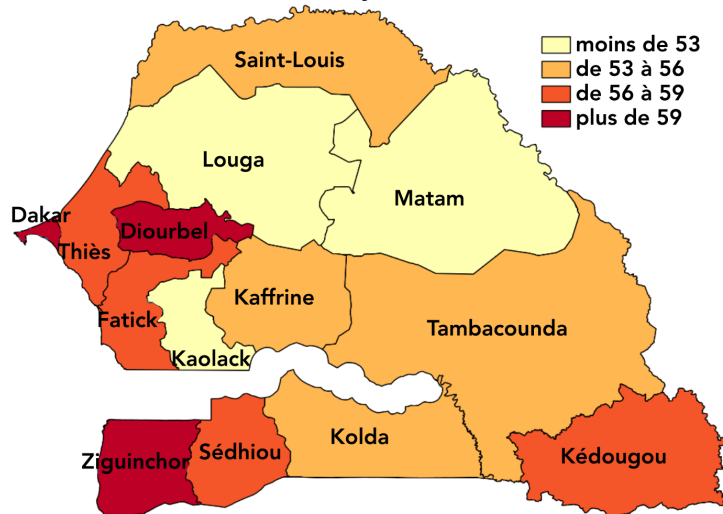
Dans toutes les régions on a enregistré à la fois des performances élevées et des performances faibles

Niveau d'accès des populations aux SSP



Taux de Couverture en SSP

Mesure de la qualité des SSP







6. Perspectives

- ▼ Redynamiser les SSP comme une approche d'accélération de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ;
- ▼ Utiliser les données de routine (DHIS2) dans le suivi des indicateurs de performance des SSP ;
- ▼ Implémenter l'approche PHCPI dans le management du système de santé au niveau régional ;
- ▼ Promouvoir la capitalisation des leçons apprises ;
- ▼ Institutionnaliser l'organisation de journées nationales sur la place des SSP dans la politique de CSU.



Panel sur le modèle de progression (Evaluation de la composante capacité) de PHCPI à l'occasion de la *Africa Health Agenda International Conference*. Kigali, mars 2019.





ANNEXES

SÉNÉGAL	SCORE	POURCENTAGE	SOURCE	ANNÉE
Accès	67			
Financier				
Perçu comme une barrière due au coût		45%		EDS STATcompiler 2017
Géographique				
Perçu comme une barrière due à la distance*		22%		EDS STATcompiler 2017
Qualité	60			
Exhaustivité				
Moyenne de la disponibilité de 5 services SRMNIA		82%		ECPSS 2015-16
Moyenne de la disponibilité de 3 services des MT		76%		ECPSS 2015-16
Moyenne de la disponibilité de diagnostic et de la gestion de 3 MNT		77%		ECPSS 2015-16
Continuité				
Taux d'abandon de la vaccination DTC3		4%		OMS/UNICEF2017
Taux de succes de traitement des nouveaux cas de TB		86%		OMS/PROGRAMME TB 2015
Centré sur la personne				
Pourcentage de gardien d'enfant ayant reçu le diagnostic de l'enfant malade		7%		ECPSS 2015-16
Disponibilité du prestataire				
Pourcentage de visite de plus de 10mn (CPN, PF, Enfant malade)		56%		ECPSS 2015-16
Compétence du prestataire				
Niveau de qualité de la CPN		60%		ECPSS 2015-16
Niveau de qualité de la PF		41%		ECPSS 2015-16
Niveau de qualité des soins pour enfant malade		39%		ECPSS 2015-16
Sécurité				
Gestion adéquate des déchets biomédicaux		61%		ECPSS 2015-16
Contrôle adéquate des infections nosocomiales		76%		ECPSS 2015-16
Couverture	48			
Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant				
Taux de besoins en PF satisfaits avec les méthodes modernes		43%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
Taux d'achèvement des CPN (4etplus)		47%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
Taux de couverture vaccinale en DTC3		89%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
Demande de soins pour des cas suspect de pneumonie infantile		48%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
Maladies infectieuses				
Cas de tuberculose détectés et traités		55%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
PVVIH ayant reçu un traitement antirétroviral		44%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
Utilisation des MII pour la prévention contre le paludisme		68%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017
Enfant diarrhéiques de moins de 5 ans ayant reçu du SRO		28%		EDS STATcompiler 2017
Maladies non transmissibles				
Pourcentage de la population avec une pression artérielle normale		70%		Rapport mondial de suivi de la CSU 2017

* Ces variables doivent être transformées en soustrayant la valeur de 100 quand on calcule les scores. ** Les indicateurs proxy sont utilisés pour un pays spécifiques en l'absence de données d'enquête globalement comparable.***Age standardisé et ajusté (Voir description détaillé des indicateurs)/ NB : Les scores globaux pour les domaines de l'accès, la qualité et la couverture sont calculés en prenant la moyenne des indicateurs de chaque sous-domaine et ensuite en prenant la moyenne inter sous-domaine.





SÉNÉGAL	SCORE
Gouvernance	2.4
Gouvernance et Leadership	2.4
Mesure 1 : Politiques des SSP (1/2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 2 : Politiques des SSP (2/2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 3 : Qualité de la gestion des infrastructures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 4 : Redevabilité sociale (1/2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 5 : Redevabilité sociale (2/2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adaptation aux besoins sanitaires des populations	2.3
Mesure 6 : Surveillance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 7 : Priorisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 8 : Innovation et apprentissage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intrants	2.1
Les médicaments et produits essentiels	2.0
Mesure 9 : Ruptures de médicaments essentiels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 10 : Disponibilité d'équipements de base	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 11 : Fournitures de diagnostic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infrastructures sanitaires	2.0
Mesure 12 : Densité des infrastructures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 13 : Equipements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 14 : Précautions standard de sécurité et équipements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Systèmes d'informations	1.7
Mesure 15 : Enregistrement civile et statistiques vitales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 16 : Système de gestion de l'information sanitaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 17 : Dossier patient	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ressources humaines	1.7
Mesure 18 : Densité et distribution	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 19 : Formation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 20 : Acteurs de santé communautaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fonds	3.0
Mesure 21 : Budgets des structures sanitaires	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 22 : Système de gestion de l'information financière	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 23 : Paiement des salaires	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gestion de la santé des populations et des structures sanitaires	2.3
Gestion de la santé des populations	2.3
Mesure 24 : Priorisation locale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 25 : Engagement communautaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 26 : Constitution	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 27 : L'approche communautaire proactive	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Organisation et gestion des infrastructures sanitaires	2.4
Mesure 28 : Organisation des soins en équipe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 29 : Capacité et leadership dans la gestion des infrastructures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 30 : Utilisation du système d'information	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 31 : Gestion et Mesure de la performance (1/2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mesure 32 : Gestion et Mesure de la performance (2/2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Déclaration d'Astana (résumé)

Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018

Nous, chefs d'État et de gouvernement, ministres et représentants des États et des gouvernements¹, participant à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, réunis à Astana les 25 et 26 octobre 2018, réaffirmant les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous, formulons ici la Déclaration ci-après :.

Nous sommes porteurs de la vision suivante :

Des gouvernements et des sociétés qui fixent des priorités, promeuvent et protègent la santé et le bien-être des populations, à la fois aux niveaux collectif et individuel, par l'intermédiaire de systèmes de santé solides ;

Des soins de santé primaires et des services de santé qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; et qui sont dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de santé bien formés, compétents, motivés et engagés ;

Des environnements stimulants et propices à la santé dans lesquels les individus et les communautés sont dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement ;

Des partenaires et des parties prenantes unis et cohérents pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux.

1. Nous affirmons avec force notre engagement en faveur du droit fondamental de tout être humain d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction d'aucune sorte. Interdépendance.

ANNEXE



2. Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.



3. Nous reconnaissons que malgré les progrès remarquables accomplis au cours des 40 dernières années dans toutes les régions du monde, les besoins en matière de santé de certaines populations ne sont toujours pas satisfaits.

Nous continuerons à lutter contre le fardeau toujours plus lourd des maladies non transmissibles, qui conduisent à une mauvaise santé et des décès prématurés causés par le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, des modes de vie et des comportements nocifs pour la santé, le manque d'exercice physique et une mauvaise alimentation.

Les services de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs doivent être accessibles à tous.

Nous nous engageons à :

4. Faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs
5. Construire des soins de santé primaires durables







MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE



PRIMARY HEALTH CARE
PERFORMANCE INITIATIVE

2019