Note technique sur l'intégration

Considérations pragmatiques pour faire progresser des systèmes et des services intégrés afin de renforcer les soins de santé primaires

2026

PATH

Table de matières

3 **Introduction**

7 **L'approche de PATH en matière d'intégration**

13 **Évaluer le niveau de préparation à l'intégration : Sélection d'outils et de ressources**

18 **Mesurer l'intégration : par où commencer ?**

26 **Exemples pays : Intégration en pratique**

63 **Annexe**

67 **Références**

Introduction

Les soins de santé primaires sur la voie de 2030 et au-delà

Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels, tandis que la stagnation des progrès durant l'ère des Objectifs de développement durable limite davantage les avancées vers les cibles de la couverture sanitaire universelle (CSU).[1] Souvent décrits comme la « voie rapide » ou le « moteur » de la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires (SSP) répondent à 80 à 90 % des besoins de santé d'un individu tout au long de sa vie (figure 1). Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les SSP constituent une approche de la santé mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics et de la société, qui associe des politiques et des actions multisectorielles, des personnes et des communautés autonomisées, ainsi que les soins de santé primaires et les fonctions essentielles de santé publique comme base de services de santé intégrés.[2,3] La polycrise marquée par les menaces pandémiques, les catastrophes climatiques, le ralentissement économique et les conflits géopolitiques, conjuguée à l'évolution démographique et aux transitions épidémiologiques, impose une action urgente pour bâtir des systèmes de santé plus résilients et tournés vers l'avenir, capables de fournir des soins de santé primaires intégrés et centrés sur la personne.

Le secteur mondial de la santé et du développement a connu des perturbations sans précédent en 2025, avec d'importants changements dans les flux de financement nécessitant de nouvelles approches pour préserver les acquis sanitaires et faire progresser l'équité. L'Agenda de Lusaka et le Reset d'Accra qui a suivi appellent à un abandon des approches fragmentées et pilotées par les donateurs au profit de systèmes de santé plus durables, dirigés par les pays, fondés sur la mobilisation des ressources nationales, l'utilisation efficiente des ressources et l'intégration stratégique des services et des systèmes de santé. Dans un contexte marqué par des contraintes croissantes de l'aide au développement, l'intégration n'est plus seulement une stratégie d'optimisation ; elle constitue désormais un impératif essentiel pour la durabilité et la résilience des systèmes de santé, alors que les pays cherchent à maximiser l'impact de chaque dollar afin de maintenir et d'étendre l'accès aux services de santé essentiels.[4,5]

À qui s'adresse cette note technique

Cette note technique vise à fournir aux responsables de la planification sanitaire, aux acteurs de la mise en œuvre, aux défenseurs des politiques de santé et aux bailleurs de fonds des orientations et des considérations pragmatiques pour faire progresser l'intégration des systèmes et des services afin de renforcer les SSP. Elle met en lumière les enseignements tirés de l'expérience de PATH dans la conception et la mise en œuvre des systèmes et des services intégrés, en partenariat avec les pouvoirs publics, le secteur privé et d'autres parties prenantes clés.

Qu'est-ce que l'intégration en santé, et pourquoi est-elle importante ?

Bien que l'intégration dans les soins de santé soit un concept qui englobe de nombreuses définitions selon le contexte, elle se concentre fondamentalement sur la manière dont les services de santé sont organisés et gérés afin de fournir des soins aux populations, au moment et à l'endroit où elles en ont besoin, avec un engagement en faveur de l'amélioration de la qualité des soins.[6,7] Tout au long de cette note technique, nous retenons une définition élargie de l'intégration qui dépasse le seul domaine de la prestation de services, en intégrant les composantes du système de santé nécessaires pour permettre de manière fonctionnelle la fourniture de services de santé intégrés, telles que le leadership et la gestion, le financement, les systèmes d'information sanitaire et les ressources humaines pour la santé.

L'intégration constitue un levier essentiel pour renforcer des SSP centrés sur la personne — il a été démontré qu'elle améliore l'accès aux services, leur utilisation et leur continuité, ainsi que les résultats sanitaires, tout en contribuant à la réduction des coûts.[9,10,11] Dans un contexte de ressources de plus en plus contraintes, l'intégration représente une approche indispensable pour accroître l'efficience sur la voie d'un accès durable aux soins de santé primaires et aux services de santé pour tous.[12] L'OMS a récemment publié plusieurs documents d'orientation sur l'intégration, notamment des orientations de mise en œuvre pour l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) dans d'autres programmes de santé,

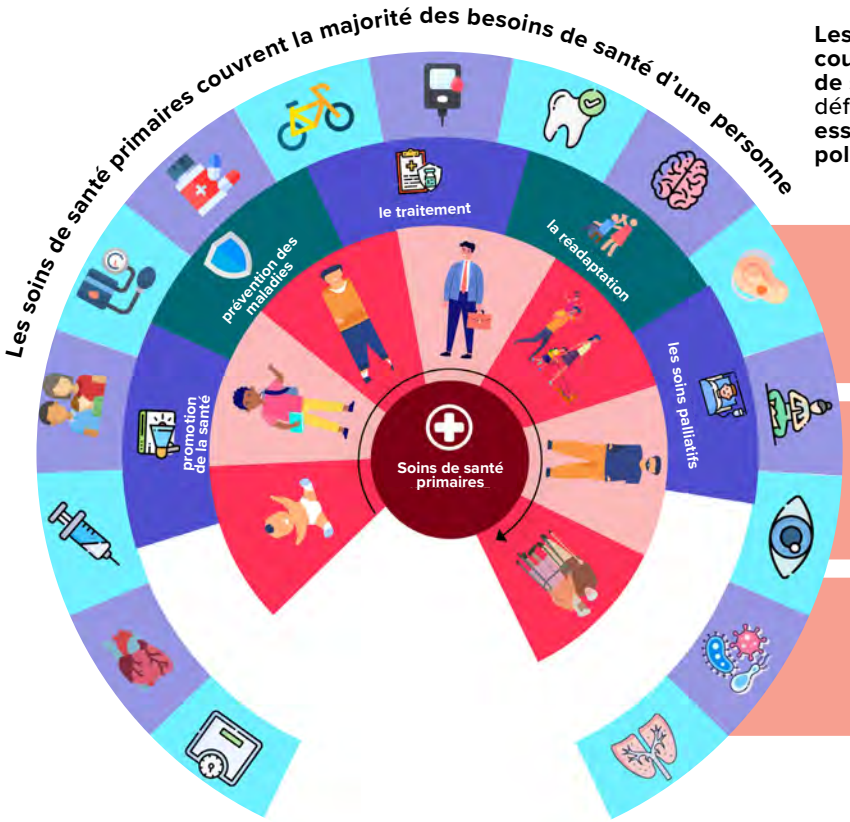
des considérations stratégiques à l'intention des décideurs concernant l'intégration du VIH dans les soins de santé primaires,[13] ainsi que des considérations clés pour l'intégration des interventions de santé mentale et du VIH.[14] De son côté, le Fonds mondial a publié des orientations techniques visant à accélérer l'intégration des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme afin d'améliorer les résultats de santé.[15] À mesure que les responsables des systèmes de santé s'interrogent sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre de systèmes et de services intégrés, des orientations pratiques supplémentaires sont nécessaires pour préparer, concevoir, mettre en œuvre et suivre l'intégration.

Services de santé intégrés

L'OMS définit les services de santé intégrés comme « gérés et dispensés de manière à ce que les personnes bénéficient d'un continuum de services comprenant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la prise en charge des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs, coordonnés entre les différents niveaux et lieux de prestation des soins, au sein et au-delà du secteur de la santé, et adaptés à leurs besoins tout au long du parcours de vie. »[6]

FIGURE 1.

Qu'est-ce que la fourniture des soins de santé primaires, en pratique ?



Les soins de santé primaires couvrent 80 à 90 % des besoins de santé d'une personne et sont définis par un ensemble de **services essentiels, de produits et de politiques de santé** nécessaires pour :

Refléter une approche globale et complète de la santé (physique et psychosociale)

Prévenir et détecter les maladies, **promouvoir** la santé et **assurer la prise en charge des** affections

S'attaquer aux déterminants sociaux plus larges de la santé (sociaux, économiques et environnementaux)

Source : Adapté des Documents de communication SSP de l'OMS, 2022.

Typologies de l'intégration : quoi, où et comment

De nombreuses définitions de l'intégration ont été proposées. Nous avons mené une revue rapide des typologies de l'intégration à partir des cadres de référence largement cités. Cette section présente une synthèse des principales définitions et met en évidence les points communs dans la manière dont l'intégration est conceptualisée à travers ces cadres. La plupart des cadres comprennent des éléments clés qui permettent de conceptualiser différentes options d'intégration, notamment des éléments liés au « quoi », au « où » et au « comment » :



QUOI | La plupart des cadres décrivent **les domaines de l'intégration** en fonction de ce qui est intégré (par exemple, les activités, les politiques, ou la structure organisationnelle).[16] Plusieurs cadres définissent différents **types d'intégration** (par exemple, l'intégration clinique, organisationnelle, professionnelle, systémique ou fonctionnelle),[7,14,17,18,19] tandis que d'autres cadres distinguent **l'intégration verticale**, qui repose sur des liens entre les différents niveaux de soins (c'est-à-dire une approche axée sur la maladie), de **l'intégration horizontale**, qui établit des liens entre différents secteurs de soins (c'est-à-dire une approche holistique),[17,20] ainsi que **l'intégration diagonale**, visant à renforcer les systèmes de santé afin de faire progresser des priorités ciblées en matière de maladies et de domaines de santé.[21]



OÙ | Plusieurs cadres décrivent **le niveau d'intégration** en fonction de l'endroit où elle s'opère. Ces niveaux sont généralement définis comme les niveaux micro, méso et macro du système de santé ou, alternativement, comme les niveaux local, régional, national et mondial.[6,16,17]



COMMENT | Souvent désigné comme **le continuum ou le degré d'intégration**, cet axe décrit la manière dont l'intégration est organisée et gérée, en s'appuyant sur un ensemble de concepts et de termes clés pour définir l'éventail de situations allant de la ségrégation à une intégration complète.[6,17,18,22]

L'approche de PATH en matière d'intégration

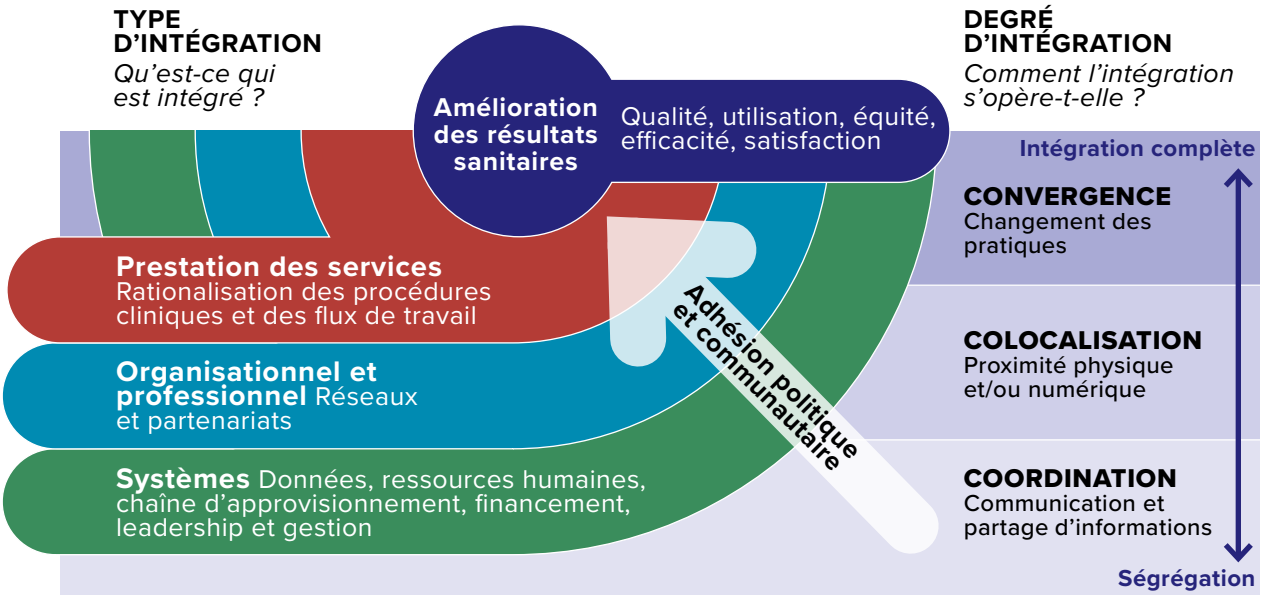
PATH œuvre à accélérer la mise en place de soins de santé primaires centrés sur la personne grâce à l'innovation et à des partenariats dans plus de 40 pays. Il n'existe pas d'approche universelle de l'intégration applicable à tous les contextes. PATH conçoit des systèmes et des services intégrés adaptés aux réalités locales, co-créés avec les pouvoirs publics, la société civile, le secteur privé et les communautés, puis renforcés grâce à des processus d'apprentissage adaptatif et de gestion du changement.

Cadre conceptuel pour l'intégration

Notre cadre conceptuel pour l'intégration met l'accent sur l'interaction entre ce qui est intégré et la manière dont l'intégration est mise en œuvre, dans le but ultime d'améliorer les résultats sanitaires.

FIGURE 2.

Cadre conceptuel



Cadre adapté de Valentijn et al., 2013 Modèle en arc en ciel des soins intégrés; Grépin et Reich, 2008, Degré d'intégration ; et Heath et al., 2013, Niveaux de collaboration.

TYPES D'INTÉGRATION décrivent ce qui est intégré et comprennent trois catégories : **la prestation de services** (axée sur le flux de travail clinique), **l'intégration organisationnelle et professionnelle** (contractualisation, alliances stratégiques, réseaux de connaissances, partenariats intra- et interprofessionnels) et **l'intégration des systèmes** (ressources humaines pour la santé, financement, systèmes d'information, gestion de la chaîne d'approvisionnement, leadership et gestion). Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, car une intégration réussie peut nécessiter une planification et une coordination entre plusieurs types d'intégration.

DEGRÉ D'INTÉGRATION renvoie à la manière dont l'intégration s'opère : il ne s'agit pas d'une approche binaire, mais d'un continuum allant de la ségrégation à une intégration complète. **La coordination** implique la communication et le partage d'informations entre différentes unités organisationnelles. **La colocalisation** fait référence à une proximité physique et/ou numérique au sein et entre des unités organisationnelles existantes. **La convergence** indique une évolution des pratiques dans laquelle les ressources de différentes unités organisationnelles sont mises en commun afin de permettre une prise en charge accrue, centrée sur la personne et tout au long du parcours de vie.

Les **FACTEURS FACILITATEURS TRANSVERSAUX** contribuent à faire progresser des SSP centrés sur la personne, notamment par **l'adoption de politiques publiques favorables, des actions de plaidoyer et l'adhésion communautaire**, afin d'éclairer la conception et la mise en œuvre efficaces et inclusives d'approches intégrées.

L'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS SANITAIRES constitue l'objectif premier de tout système de santé. L'intégration est un moyen visant à faire progresser les SSP centrés sur la personne tout au long du parcours de vie. Elle devrait contribuer à des améliorations clairement définies des extrants et des résultats de santé, tels que **la satisfaction des patients, la qualité des soins et l'utilisation des services,** ainsi qu'à d'autres gains d'efficience.

Afin de conceptualiser les différences dans la manière dont l'intégration est opérationnalisée, **le tableau 1** présente des exemples illustratifs de coordination, de colocalisation et de convergence, organisés selon les types d'intégration. Il est conçu comme un outil pratique destiné à aider les parties prenantes à déterminer quels aspects de l'intégration sont les plus pertinents à aborder en fonction de leur contexte et de leurs objectifs en matière d'approche intégrée.

TABLEAU 1.

Degré d'intégration : Conceptualisation d'exemples à travers différents types d'intégration.

	DEGRÉ D'INTÉGRATION		
	COORDINATION Communication et partage d'informations visant à permettre un accès accru aux soins	**COLOCALISATION** Proximité physique et/ou numérique des services et collaboration dans la planification et la prestation des soins	**CONVERGENCE** Transformation systémique des pratiques de santé afin de permettre une prise en charge accrue, centrée sur la personne et tout au long du parcours de vie
LA PRESTATION DES SERVICES			
MODÈLES DE PRESTATION DES SERVICES	Premier contact avec le service par un agent de santé ou une unité organisationnelle pour le motif principal de la consultation, avec communication et partage d'informations afin de permettre l'orientation vers d'autres unités organisationnelles pour des services supplémentaires (généralement à un autre moment et/ou dans une autre partie de l'établissement de santé).	Premier contact avec le service par un agent de santé ou une unité organisationnelle pour le motif principal de la consultation, auquel s'ajoute au moins un service supplémentaire (dépistage, traitement) fourni par le même prestataire lors de la même consultation clinique (par exemple, intégration « bilatérale » 1:1 : ajout du dépistage des maladies non transmissibles à un service VIH).	Premier contact avec le service par un agent de santé ou une unité organisationnelle pour le motif principal de la consultation, auquel s'ajoutent le dépistage et la prise en charge d'autres services de soins de santé primaires pertinents, selon une approche fondée sur le parcours de la vie.
L'INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE ET PROFESSIONNELLE			
PARTENARIATS	Liens de partenariat informels, soutenus par le partage d'informations entre organisations et professionnels de santé, visant à fournir un continuum complet de soins à une population définie.	Création de réseaux entre organisations ou professionnels, ou conclusion d'accords formels (par exemple, des protocoles d'accord), définissant les modalités selon lesquelles différentes organisations et partenaires collaborent.	Collaboration de plusieurs organisations sous une structure de gouvernance unique et/ou fusion pour former une nouvelle entité, afin de mutualiser leurs compétences, leurs ressources et leur expertise.

Tableau (suite) à la page suivante.

	DEGRÉ D'INTÉGRATION		
	COORDINATION Communication et partage d'informations visant à permettre un accès accru aux soins	**COLOCALISATION** Proximité physique et/ou numérique des services et collaboration dans la planification et la prestation des soins	**CONVERGENCE** Transformation systémique des pratiques de santé afin de permettre une prise en charge accrue, centrée sur la personne et tout au long du parcours de vie
L'INTÉGRATION DES SYSTÈMES			
LEADERSHIP ET GESTION	Structures de leadership et de gestion distinctes pour chaque domaine de santé, avec une communication des mises à jour entre les domaines de santé, mais une co-planification limitée et l'absence d'objectifs communs.	Structures de leadership et de gestion demeurant distinctes par domaine de santé, tout en s'appuyant sur des mécanismes de gouvernance existants pour la co-planification, l'identification d'objectifs communs et l'alignement des stratégies grâce à une coordination multisectorielle.	Structure unique de leadership et de gestion définissant une planification collective, des politiques, des mécanismes de financement, des systèmes de données, l'engagement des parties prenantes (y compris le secteur privé) et des objectifs communs, afin de permettre des soins de santé primaires intégrés et centrés sur la personne.
RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ	Les agents de santé sont formés principalement à fournir des soins dans un seul domaine de santé.	Les agents de santé sont formés principalement à fournir des soins dans un domaine de santé, auxquels s'ajoutent un ou plusieurs domaines supplémentaires, afin de permettre une intégration des services « bilatérale » de type 1:1.	Les agents de santé sont formés dans plusieurs domaines de santé afin de fournir des services holistiques et intégrés au point de prestation des soins, ancrés dans une approche fondée sur le parcours de vie.
SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES	Agents de santé communautaires formés dans un seul domaine de santé, effectuant des visites à domicile pour des activités ciblées de promotion de la santé et d'éducation sanitaire dans un domaine unique.	Agents de santé communautaires formés dans plusieurs domaines de santé sélectionnés, travaillant côte à côte (visites à domicile, activités mobiles) pour assurer des actions de promotion de la santé et d'éducation sanitaire couvrant plusieurs domaines de santé.	Agents de santé communautaires formés dans un champ de compétences intégré, afin de fournir une promotion de la santé holistique, ancrée dans une approche fondée sur le parcours de vie.

Tableau (suite) à la page suivante.

	DEGRÉ D'INTÉGRATION		
	COORDINATION Communication et partage d'informations visant à permettre un accès accru aux soins	**COLOCALISATION** Proximité physique et/ou numérique des services et collaboration dans la planification et la prestation des soins	**CONVERGENCE** Transformation systémique des pratiques de santé afin de permettre une prise en charge accrue, centrée sur la personne et tout au long du parcours de vie
L'INTÉGRATION DES SYSTÈMES			
SYSTÈMES D'INFORMATION	Collecte et analyse des données séparées entre plusieurs domaines de santé, avec une communication nécessaire pour accéder aux données provenant de systèmes qui ne sont pas interopérables.	Les données demeurent en grande partie dans des systèmes distincts selon les domaines de santé ; certaines données limitées issues d'un domaine de santé peuvent être collectées parallèlement au domaine principal (par exemple, personnes vivant avec le VIH dépistées pour l'hypertension).	Systèmes de données interopérables entre les domaines de santé, idéalement avec un suivi au niveau individuel, afin de permettre une meilleure compréhension (par exemple, grâce aux dossiers médicaux électroniques et aux systèmes de rapport intégrés) des tendances au niveau de la population, pour éclairer l'élaboration des politiques et la prise de décision.
GESTION DE LA CHAÎNE D'APPRO-VISIONNEMENT	Prévision, approvisionnement et gestion distincts des produits de santé essentiels par domaine de santé.	Chevauchement partiel des activités de prévision, d'approvisionnement et de gestion des produits de santé essentiels, en raison de la colocalisation des services et des possibilités d'intégration de la prestation des soins.	Prévision, approvisionnement et gestion collectifs des produits de santé essentiels, tenant compte de l'ensemble des besoins des soins de santé primaires, afin de soutenir des modèles de prestation de services intégrés.
FINANCEMENT	Financement cloisonné et planification distincte, avec des analyses budgétaires et des dépenses gérées séparément par les programmes liés à chaque domaine de santé, sans vision centralisée des financements nationaux et des financements des partenaires au développement.	Certaines initiatives conjointes de financement et de planification visant à appuyer l'intégration, mais qui demeurent en grande partie non structurées et opportunistes, et potentiellement liées à des subventions à durée limitée ou à des programmes pilotes.	Financement et planification collectifs ou conjoints, avec un budget unique couvrant l'ensemble des domaines de santé, géré de manière centralisée au niveau infranational et intégrant une vision consolidée de toutes les sources de financement, y compris nationales et des partenaires au développement.

Principes directeurs pour l'intégration

En s'appuyant sur l'expérience et les enseignements tirés par PATH dans la promotion de l'intégration des soins de santé dans divers contextes, nous recommandons un ensemble de **principes directeurs visant à soutenir la planification, la conception et la mise en œuvre de systèmes et de services intégrés.**

Planifier



Favoriser un consensus sur les raisons d'être de l'intégration, en assurant une mobilisation large des parties prenantes autour du problème ou de l'enjeu majeur à résoudre et des résultats clés visés.



Comprendre l'environnement habilitant et le contexte de l'intégration, y compris les besoins en matière de gestion du changement et l'identification des acteurs susceptibles de jouer un rôle de champions.



Prendre en compte l'échelle et la durabilité du modèle ou de l'approche intégrée dès le début du processus de planification.



Aligner les mécanismes de financement afin de permettre la mise en œuvre de ensembles de services intégrés, en vue de générer un impact plus large.

Concevoir



Déterminer le modèle ou l'approche d'intégration le plus approprié, en identifiant le point de départ le plus pertinent, tout en reconnaissant que l'approche pourra évoluer au fil de temps.



Recourir à des méthodes de co-création dans la conception des modèles intégrés, en veillant à leur adaptation au contexte et aux priorités locales, à l'application d'une approche fondée sur le parcours de vie et à l'intégration des perspectives multisectorielles.



Accorder une attention particulière aux populations les plus difficiles à atteindre, au moyen d'approches différenciées fondées sur les principes d'inclusion et de prise en charge adaptée (par exemple, les jeunes, les personnes en situation de handicap, les personnes LGBTQIA+).

Mettre en Œuvre



Mesurer les résultats afin de produire des données probantes permettant d'éclairer la proposition de valeur, l'impact et les coûts de l'intégration.



Intégrer des mécanismes d'apprentissage et d'adaptation itérative dans la mise en œuvre de nouveaux modèles d'intégration.

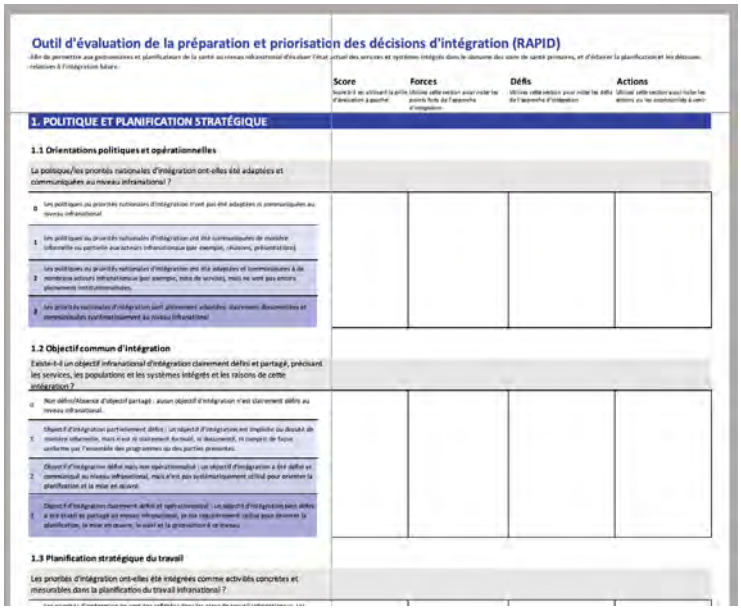


Mobiliser le suivi mené par les communautés afin de garantir une prestation de services intégrés de haute qualité, réactive et centrée sur les besoins des populations.

Évaluer le niveau de préparation à l'intégration : sélection d'outils et de ressources

Le contexte est déterminant : l'intégration n'est pas appropriée dans tous les environnements, ne constitue pas nécessairement la « bonne » solution à un moment donné et peut entraîner des conséquences non intentionnelles si elle n'est pas soigneusement alignée sur les objectifs sous jacents d'un programme de santé donné. Mettre l'intégration en pratique exige donc plus qu'une intention déclarée d'intégrer ; cela nécessite une formulation claire de ce qui est intégré et des raisons qui le justifient, une compréhension des adaptations requises aux niveaux des systèmes et de la prestation des services pour soutenir ces objectifs (comment), ainsi que des mécanismes permettant d'évaluer les progrès et d'identifier les ajustements nécessaires.

Le niveau de préparation à l'intégration renvoie à la mesure dans laquelle les systèmes de soins de santé primaires sont en capacité de faire progresser un objectif d'intégration défini, compte tenu de la configuration actuelle de leurs services et de leurs systèmes. La préparation ne doit pas être considérée comme un état fixe ou binaire (oui/non). Elle s'inscrit plutôt le long d'un continuum, allant de dispositifs verticalement organisés ou cloisonnés à des modèles de soins de plus en plus coordonnés et convergents, qui peuvent, avec le temps, devenir routiniers et normalisés. L'évaluation du niveau de préparation à l'intégration consiste à examiner la situation actuelle à travers les principaux domaines des systèmes et de la prestation des services afin de comprendre où l'intégration est déjà à l'œuvre, où elle demeure limitée ou contrainte, et quelles lacunes nécessitent une attention ciblée pour renforcer et pérenniser l'intégration. L'objectif d'une évaluation de l'état de préparation n'est pas de déterminer si l'intégration doit avoir lieu, mais d'éclairer la manière et les domaines dans lesquels les efforts d'intégration doivent être priorisés.


Outil d'évaluation de la préparation et priorisation des décisions d'intégration (RAPID)

	Score	Forces	Défis	Actions
1. POLITIQUE ET PLANIFICATION STRATÉGIQUE				
1.1 Orientations politiques et opérationnelles				
La politique/les priorités nationales d'intégration ont-elles été adaptées et communiquées au niveau infranational ?				
0 Les politiques ou priorités nationales d'intégration n'ont pas été adaptées ni communiquées au niveau infranational				
1 Les politiques ou priorités nationales d'intégration ont été communiquées de manière informelle ou partielle aux acteurs infranationaux (par exemple, réunions, présentations)				
2 Les politiques ou priorités nationales d'intégration ont été adaptées et communiquées à de nombreux acteurs infranationaux (par exemple, lors de services), mais ne sont pas encore pleinement institutionnalisées				
3 Les priorités nationales d'intégration sont pleinement adaptées, clairement documentées et communiquées systématiquement au niveau infranational				
1.2 Objectif commun d'intégration				
Existe-t-il un objectif infranational d'intégration clairement défini et partagé, précisant les services, les populations et les systèmes intégrés et les raisons de cette intégration ?				
0 Non défini/Absence d'objectif partagé : aucun objectif d'intégration n'est clairement défini au niveau infranational				
1 Objectif d'intégration partiellement défini : un objectif d'intégration est implicite ou discuté de manière informelle, mais n'est ni clairement formulé, ni documenté, ni compris de façon uniforme par l'ensemble des programmes ou des parties prenantes				
2 Objectif d'intégration défini mais non opérationnalisé : un objectif d'intégration a été défini et communiqué au niveau infranational, mais n'est pas systématiquement utilisé pour orienter la planification et la mise en œuvre				
3 Objectif d'intégration clairement défini et opérationnalisé : un objectif d'intégration a été défini et partagé au niveau infranational, et est régulièrement utilisé pour orienter la planification, la mise en œuvre, le suivi et la gestion/mise à niveau				
1.3 Planification stratégique du travail				
Les priorités d'intégration ont-elles été intégrées comme activités concrètes et mesurables dans la planification du travail infranational ?				

Outil d'évaluation de l'état de préparation et de priorisation des décisions d'intégration (RAPID)

Afin de soutenir ce processus, PATH a développé **l'outil d'Évaluation de l'Etat de Préparation et de Priorisation des Décisions d'Intégration (RAPID)**, destiné à permettre une évaluation structurée et pragmatique des conditions d'intégration au niveau infranational. Cet outil est conçu pour être utilisé par les responsables et les équipes de santé aux niveaux district et régional afin d'identifier les domaines dans lesquels l'intégration est moins avancée et où des actions préalables sont nécessaires, ainsi que les domaines où l'intégration est plus mature et peut être renforcée, pérennisée ou mise à profit à des fins d'apprentissage.

L'outil est explicitement orienté vers l'action : il prévoit des espaces permettant de documenter les points forts, les lacunes et les actions concrètes à entreprendre pour faire progresser les priorités d'intégration, en cohérence avec les objectifs programmatiques définis.

L'évaluation comprend **33 questions réparties sur 11 domaines**, notamment les politiques et la planification stratégique, le leadership et la gouvernance, le financement et l'allocation des ressources, les ressources humaines pour la santé, les données et les systèmes d'information sanitaire, les systèmes de laboratoire, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des produits de santé, l'amélioration de la qualité et la gestion du changement, la prestation de services, l'engagement communautaire, ainsi que les mécanismes d'orientation et de liaison. Ces domaines représentent ce qui est intégré : les composantes qui doivent fonctionner de manière coordonnée pour fournir des soins complets, centrés sur la personne et couvrant l'ensemble du parcours de vie.

Chaque question est notée selon **un continuum en quatre points (0–3)**, reflétant des degrés croissants d'intégration, allant de l'absence d'intégration (systèmes et services fragmentés, cloisonnés, spécifiques à des programmes) à une intégration complète (bien établie, routinière et optimisée). Conformément au cadre conceptuel, ce continuum du plus clair au plus foncé illustre la manière dont l'intégration se concrétise dans la pratique et reconnaît que les progrès sont souvent inégaux selon les différentes composantes du système de santé.

L'outil génère à la fois des scores au niveau des questions et un score global d'intégration. Si le score global offre un aperçu synthétique utile, la valeur principale de l'outil réside dans l'analyse par domaine et par question, qui met en évidence les éléments spécifiques de l'intégration qui fonctionnent bien ou qui nécessitent une attention particulière. Les scores quantitatifs sont complétés par des contributions qualitatives portant sur les points forts, les faiblesses et les actions prioritaires, afin de garantir que les résultats soient spécifiques et pertinents et qu'ils éclairent la planification, l'allocation des ressources et la priorisation des efforts d'intégration.

Utilisé conjointement avec le cadre conceptuel pour l'intégration et les autres ressources techniques citées dans le présent guide, l'outil RAPID donne une dimension opérationnelle aux orientations conceptuelles en matière d'intégration et soutient une prise de décision adaptée au contexte spécifique d'un pays ou d'une unité infranationale.

Il aide les équipes à déterminer où concentrer leurs efforts, quels aspects traiter et comment progresser de manière progressive vers des soins de santé primaires intégrés renforcés ; il peut également être utilisé à des fins de suivi pour évaluer l'évolution des scores d'intégration dans le temps. En lien avec le cadre conceptuel pour l'intégration, cet outil peut également guider les décideurs et les planificateurs des systèmes de santé dans la définition des niveaux d'intégration (systémique, organisationnel, prestation de services) et des degrés d'intégration (coordination, colocalisation, convergence) applicables aux différentes options d'intégration.

Cet outil a été initialement conçu comme un instrument de planification, de priorisation et de suivi destiné à une utilisation au niveau infranational dans les contextes des pays à revenu faible et intermédiaire. Il peut être adapté à des usages spécifiques et à divers niveaux du système de santé, ainsi qu'ajusté en fonction des objectifs et des priorités propres à chaque démarche d'intégration.

Outils et ressources supplémentaires

Ci dessous, nous présentons une synthèse de plusieurs autres outils et approches existants qui complètent l'outil RAPID de PATH et que les parties prenantes peuvent adapter davantage à leur contexte lorsqu'elles examinent leur niveau de préparation à l'intégration ainsi que l'opportunité d'adopter un modèle intégré et le moment approprié pour le faire.

Results for Development et Population Services International ont élaboré **un processus en cinq étapes visant à guider l'examen de l'intégration des programmes verticaux au sein des systèmes de SSP**. Ce processus est conçu pour être intégré aux mécanismes courants de formulation des politiques de santé et de planification, afin de soutenir et de faire progresser la prise de décision liée à l'intégration.[20] Les cinq étapes comprennent :

1. **Définir les objectifs de l'intégration :** expliquer en quoi une initiative d'intégration contribue aux objectifs plus larges du secteur de la santé, notamment en matière d'efficacité et d'efficience, tout en formulant des objectifs répondant aux priorités des acteurs de plaidoyer et de la société civile en vue de garantir l'accès à des services de qualité, centrés sur la personne.

2. **Comprendre la situation actuelle :** réaliser une analyse approfondie de la relation existante entre le programme vertical et le système de soins de santé primaires, y compris les facteurs favorables et les contraintes, afin de nourrir le dialogue autour des différentes options d'intégration.

3. **Identifier les options d'intégration :** élaborer un ensemble d'options, pouvant être progressives et adaptatives, et préciser ce qui changera et ce qui restera inchangé en ce qui concerne les rôles et responsabilités, les flux de financement, les mécanismes de redevabilité, la formation et la charge de travail, ainsi que l'expérience et l'accès des patients.

4. **Évaluer les options et prendre des décisions :** apprécier les considérations techniques, opérationnelles, financières et politiques liées aux options d'intégration au moyen d'un processus décisionnel consultatif.

5. **Suivre la mise en œuvre et procéder à des ajustements :** assurer le suivi de chaque étape de l'intégration, mesurer ses effets et l'atteinte des résultats attendus, et apporter des ajustements ou des corrections de trajectoire si nécessaire.

L'Association des collectivités locales du Royaume Uni (Local Government Association) a élaboré **un outil d'auto évaluation de l'intégration** en tant qu'outil pratique destiné à aider les responsables locaux de la santé et des services sociaux « à évaluer de manière critique leurs ambitions, leurs capacités et leurs moyens en matière d'intégration des services afin d'améliorer la santé et le bien être des citoyens et des communautés locales ».[23] L'outil est structuré en quatre modules, comprenant chacun une série de questions ouvertes d'auto évaluation :

- **Éléments fondamentaux du parcours d'intégration :** questions portant sur l'engagement partagé, les capacités et compétences, la redevabilité, ainsi que d'autres domaines clés tels que les modèles de changement et les modalités de partenariat.

- **Préparation à la mise en œuvre de l'intégration :** questions relatives à la vision partagée, aux processus décisionnels, aux modèles de soins, au financement, ainsi qu'à d'autres facteurs facilitateurs essentiels de l'intégration, tels que l'infrastructure numérique et les ressources humaines.

- **Gouvernance efficace pour la mise en œuvre de l'intégration :** questions portant sur les pouvoirs décisionnels, les rôles et responsabilités, l'engagement des parties prenantes et les flux d'information.

- **Gestion efficace des programmes pour la mise en œuvre de l'intégration :** questions relatives au consensus et à la vision partagée, à l'évolution des cultures organisationnelles, à la planification des programmes et au suivi.

Les orientations de l'OMS pour la mise en œuvre de l'intégration des maladies non transmissibles (MNT) dans d'autres types de programmes de santé identifient l'acceptabilité et la faisabilité comme des paramètres clés pour évaluer le contexte de préparation à l'intégration et la pertinence de l'adéquation entre l'approche proposée et le contexte donné :[7]

- **Acceptabilité :** renvoie aux avis des parties prenantes et des membres des communautés concernant les nouveaux modèles d'intégration, notamment les perspectives des prestataires sur les flux de travail et la charge de travail, ainsi que sur les ressources et les infrastructures nécessaires pour garantir l'efficience et la qualité des services intégrés ; ou encore les points de vue des communautés sur les délais d'attente, la disponibilité des services et l'expérience des soins ou la satisfaction.

- **Faisabilité :** renvoie à la disponibilité des ressources, aux besoins en formation et aux considérations relatives aux incitations pour les nouveaux modèles d'intégration, en lien avec les protocoles de dépistage, d'orientation et de traitement.

Sur la base d'une revue systématique, Topp et al. (2018) ont identifié des éléments efficaces de l'intégration des services et ont synthétisé les facteurs contextuels favorables ainsi que les capacités essentielles des systèmes de santé nécessaires à la préparation de l'intégration des services. Les auteurs suggèrent que ces éléments pourraient constituer la base d'un « outil de préparation à l'intégration ».[24] Les capacités clés identifiées sont les suivantes :

- **Les services de santé sont suffisamment fonctionnels :** prendre en compte la disponibilité des espaces physiques, la confiance des communautés, l'existence d'une chaîne d'approvisionnement adéquate pour les médicaments et les services de laboratoire, ainsi que le soutien des autorités locales.
- **Les agents de santé sont disposés et aptes à intégrer les services :** considérer l'adhésion et la motivation du personnel, l'existence d'une formation et d'incitations adéquates, une supervision de soutien, ainsi que des plans d'amélioration continue de la qualité pour favoriser une gestion adaptative.
- **Les outils techniques sont disponibles et adaptés :** considérer l'élaboration et la validation d'outils d'aide à la décision clinique, l'existence de politiques favorisant l'intégration, des systèmes robustes de suivi et d'évaluation (S&E), y compris la capacité d'évaluer les conséquences non intentionnelles de l'intégration, ainsi que des indicateurs de durabilité.
- **Les processus décisionnels sont décentralisés :** prendre en compte les capacités des collectivités locales, la flexibilité pour proposer de nouveaux modèles de prestation de services, la coordination des parties prenantes et l'implication des communautés dans la conception des interventions.

Mesurer l'intégration : Par où commencer ?

Les pays diffèrent en matière de charge de morbidité, de maturité des systèmes de santé, de modalités de financement et d'objectifs de réforme des SSP. Les approches de mesure de l'intégration doivent être suffisamment flexibles pour refléter ces réalités, tout en permettant de saisir des dimensions communes et opérationnelles du progrès susceptibles d'éclairer la prise de décision. L'expérience mondiale montre que la mesure de l'intégration est la plus utile lorsqu'elle soutient l'apprentissage des pays, l'adaptation et le dialogue politique, plutôt que lorsqu'elle impose des critères de référence uniformes ou des exigences de notification spécifiques à certaines maladies, qui peuvent ne pas être alignées sur les priorités nationales ou infranationales.[25, 26, 27]

À mesure que les pays commencent à opérationnaliser et à étendre des services et des systèmes de santé intégrés, ils devront réfléchir à la manière de mesurer les progrès et les performances de leurs efforts d'intégration. La mesure offre une approche structurée pour suivre les avancées et comprendre si l'intégration produit les effets attendus — à savoir si l'accessibilité, la couverture et la qualité des services de santé s'améliorent et si les systèmes et facteurs facilitateurs sont efficacement alignés — ainsi que pour identifier les domaines nécessitant des ajustements ou un appui supplémentaire au fil du temps.

Cette section présente une approche pragmatique de la mesure de l'intégration dans les soins de santé primaires. Elle situe la mesure de l'intégration dans le cadre plus large des efforts de mesure des SSP, précise la manière dont l'état de préparation et la priorisation influencent ce qui doit être mesuré et propose un cadre structuré ainsi que des indicateurs illustratifs que les pays peuvent adapter à leurs objectifs d'intégration et à leurs contextes propres.

Aligner la mesure sur le contexte local et les priorités d'intégration

Compte tenu de la nature contextuelle de l'intégration et de la nécessité de flexibilité, l'intégration est mieux comprise et mesurée comme un résultat intermédiaire, évalué à travers des changements observables dans la manière dont les services sont organisés, dispensés et soutenus, plutôt que uniquement à partir de résultats sanitaires à long terme influencés par de nombreux facteurs contextuels au delà de l'intégration elle même.[25,28,29] Par exemple, la mesure de l'intégration peut chercher à déterminer dans quelle mesure un établissement ou un système de santé utilise efficacement des flux de travail partagés ; si les services et systèmes intégrés favorisent une meilleure continuité des soins ; et dans quelle mesure les systèmes d'information sanitaire, les capacités des ressources humaines et les mécanismes de financement sont alignés. Cette approche est cohérente avec les orientations de l'OMS et de l'UNICEF, qui situent l'intégration dans le cadre plus

large des capacités et des performances des SSP et encouragent les pays à sélectionner et adapter les indicateurs en fonction des priorités nationales et des lacunes systémiques identifiées.[26] La mesure de l'intégration exige donc d'aller au delà de la simple vérification de la prestation de services individuels pour examiner si les soins sont fournis de manière coordonnée, continue et complète, avec l'appui de politiques alignées, de mécanismes de financement appropriés, de ressources humaines formées, de systèmes d'information sanitaire efficaces et de dispositifs de gouvernance cohérents.

La mesure permet de rendre visibles ces dynamiques. Lorsqu'elle est soigneusement conçue, la mesure de l'intégration soutient l'apprentissage et l'amélioration en identifiant les domaines où l'intégration fonctionne bien, ceux où elle est inégale ou contrainte, et la manière dont les modèles intégrés évoluent au fil du temps. Son objectif principal n'est pas de qualifier les systèmes comme intégrés ou non, mais d'éclairer la prise de décision et l'allocation des ressources, de guider les ajustements de trajectoire et de renforcer la redevabilité en faveur de soins plus cohérents et centrés sur la personne.[26,27,30]

Mesurer la performance des SSP et l'intégration

Au cours de la dernière décennie, plusieurs cadres mondiaux ont été élaborés pour guider la mesure de la performance et de l'impact des soins de santé primaires.[26,27,31] Ces cadres soulignent que les SSP doivent être mesurés comme un système, reliant les structures habilitantes et les intrants aux processus de prestation de services, aux extrants, aux résultats et aux impacts sanitaires à plus long terme. Ils mettent en lumière les fonctions essentielles des SSP — telles que l'accessibilité, la continuité, l'exhaustivité, la coordination, la qualité, l'équité et la résilience — et relient ces fonctions à des objectifs systémiques plus larges, notamment la couverture effective, la protection financière et la santé des populations.

Bien que ces cadres de mesure existants constituent une base solide pour comprendre la performance globale des SSP, ils ne considèrent pas explicitement l'intégration comme une caractéristique constitutive des SSP.[18,25] L'intégration n'est pas une fin en soi, mais une manière d'organiser le système de santé qui influence la façon dont les services de SSP sont dispensés et vécus par les usagers. La mesure de l'intégration nécessite donc un angle d'analyse complémentaire, centré sur la manière dont les services et les composantes du système fonctionnent ensemble dans la pratique.

La mesure de la performance des SSP s'intéresse à la disponibilité, à l'accessibilité et à l'efficacité des services essentiels. La mesure de l'intégration examine quant à elle comment ces services sont organisés et fournis conjointement, si les facteurs facilitateurs du système sont alignés pour soutenir des soins coordonnés et si les personnes vivent les soins comme étant connectés plutôt que fragmentés. Il est important de noter que des changements significatifs en matière d'intégration peuvent être observés dans les flux de travail, la coordination et l'expérience des services avant que des améliorations au niveau des résultats populationnels ne deviennent visibles, ce qui souligne l'importance de mesurer l'intégration dans le cadre d'un processus de réforme progressif et adaptatif.

Intégrer l'évaluation de l'état de préparation à l'intégration dans le continuum de mesure

Les évaluations de l'état de préparation à l'intégration (voir section précédente, page 10) constituent une base essentielle pour concevoir une approche de mesure pertinente, en clarifiant les conditions actuelles du système, en identifiant les forces et les contraintes, et en aidant à déterminer quels aspects de l'intégration sont réalisables à un moment donné.[24,25]

Plutôt que de fonctionner comme un tableau de bord de performance, ces évaluations éclairent la mesure en définissant des attentes réalistes et en orientant la sélection des indicateurs. Dans les contextes où des éléments fondamentaux — tels que l'alignement des politiques, la capacité des ressources humaines, les systèmes d'information, les mécanismes d'orientation ou les modalités de financement — sont encore en cours de développement, la mesure de l'intégration peut à juste titre mettre l'accent sur les structures, les intrants et les indicateurs précoces de processus. À mesure que les modèles intégrés parviennent à maturité, la mesure peut évoluer pour capturer le fonctionnement effectif de l'intégration et les résultats qu'elle génère.

Comme l'intégration n'est ni linéaire ni uniforme entre les différentes composantes du système, les progrès peuvent survenir à des rythmes différents selon les services et les niveaux du système de santé. Les approches de mesure doivent donc être suffisamment flexibles pour refléter cette réalité.

Définir et prioriser ce qu'il convient de mesurer

Avant de sélectionner des indicateurs, il est essentiel de clarifier les objectifs et les priorités.[25,26,30,32] Cela implique que les décideurs politiques, les responsables et les gestionnaires des systèmes de santé définissent explicitement ce qui est intégré, où l'intégration est censée se produire au sein du système de santé et quels changements l'intégration vise à générer. Ces choix déterminent les dimensions de l'intégration les plus pertinentes à mesurer et contribuent à garantir que les efforts de mesure demeurent ciblés et utiles.

Les principales considérations incluent l'identification des services ou domaines de services prioritaires pour l'intégration (par exemple l'intégration du dépistage et de la prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme dans les SSP ; l'intégration du dépistage et de la prise en charge du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B dans les soins prénatals ; ou le renforcement du dépistage et de la prise en charge des MNT dans les services ambulatoires) ; la détermination du niveau du système ciblé par l'intégration (communautaire, établissement, référence et/ou système) ; la clarification des objectifs principaux de l'intégration (tels que l'élargissement de l'accès, l'amélioration de la continuité et de la qualité, l'accroissement de l'efficience ou le renforcement de la résilience) ; ainsi que la spécification des populations prioritaires (par exemple les femmes enceintes, les enfants de moins de 15 ans ou les personnes âgées) ou des plateformes de services (soins prénatals, consultations ambulatoires, services pour les moins de cinq ans, stratégies avancées mobiles). L'attention portée aux facteurs facilitateurs et aux contraintes du système — tels que les ressources humaines, les systèmes de données, les chaînes

d'approvisionnement, le financement et la gouvernance — contribue également à garantir que la mesure reflète à la fois la prestation des services et les conditions sous jacentes qui soutiennent ou limitent l'intégration.

La priorisation au niveau national est essentielle, car l'intégration est contextuelle et progressive. Les approches de mesure adaptées aux priorités nationales et aux capacités de données sont plus susceptibles de produire des enseignements exploitables et de soutenir l'apprentissage et le dialogue politique que des ensembles d'indicateurs trop larges ou excessivement standardisés.

Adapter un cadre et des indicateurs de base illustratifs pour mesurer l'intégration

Cette section présente un cadre pratique et un ensemble d'indicateurs illustratifs de base que les pays peuvent adapter pour suivre les progrès vers des services et des systèmes de soins de santé primaires intégrés. Le cadre est conçu pour être simple, intuitif et utilisable avec les systèmes de données existants, tout en tenant compte de la nature systémique de l'intégration.

Les indicateurs illustratifs présentés ici n'ont pas pour objectif d'introduire un nouveau cadre de mesure. Ils s'appuient directement sur les approches mondiales existantes de mesure des SSP et y appliquent explicitement une perspective d'intégration.[26,27,30,31] Les indicateurs portent sur l'alignement et le fonctionnement conjoint des services et des composantes du système dans la pratique, en utilisant des mesures largement issues de sources de données courantes et d'outils familiers de suivi des SSP.

Le cadre

Le cadre suit une logique de chaîne de résultats similaire à celle utilisée dans d'autres cadres de mesure des SSP — à savoir **les structures et systèmes, les intrants, les processus, les extrants, les résultats et les impacts.** Cette logique reflète la manière dont l'intégration est rendue possible, mise en œuvre et vécue au fil du temps. Les indicateurs sont volontairement limités en nombre et conçus pour être :

- Faciles à comprendre pour les planificateurs, les gestionnaires et les équipes de première ligne ;
- Adaptables à différents ensembles de services, populations et niveaux du système de santé ;
- Fondés sur des sources de données couramment disponibles, telles que les systèmes d'information sanitaire (DHIS/HMIS), les évaluations des établissements, les outils de supervision formative, les registres administratifs et des mécanismes simples de retour d'information des usagers.

Les pays sont encouragés à sélectionner un ensemble restreint d'indicateurs de base (8 à 12 indicateurs) alignés sur leurs objectifs d'intégration et leur niveau de préparation du système, et à considérer les autres indicateurs comme optionnels ou à introduire progressivement à mesure que l'intégration gagne en maturité.

Les indicateurs illustratifs privilégient, dans la mesure du possible, l'utilisation de sources de données de routine, notamment les registres et cahiers, les HMIS, les outils de supervision formative, les données administratives et financières, ainsi que les mécanismes de suivi menés par les communautés. Étant donné que l'intégration est un processus progressif, des mesures répétées seront essentielles pour suivre les progrès, identifier les goulets d'étranglement et orienter les corrections de trajectoire. En pratique, les pays sont encouragés à sélectionner, adapter et appliquer les indicateurs en fonction de leurs objectifs d'intégration, de leurs contextes de système de santé et de la disponibilité des données.

Les indicateurs

Les indicateurs illustratifs présentés ci après s'inspirent des cadres mondiaux de mesure des SSP[26,27,30,31] et de la littérature sur la mesure de l'intégration, y compris des revues systématiques portant sur la mesure des soins intégrés.[18,25,29]

Indicateur	Définition	Sources de données
STRUCTURES ET SYSTÈMES (ENVIRONNEMENT FAVORABLE)		
Les politiques publiques, les mécanismes de financement et les dispositifs de gouvernance soutiennent-ils des SSP intégrés ?		
Les politiques ou lignes directrices des SSP soutiennent explicitement la prestation des services intégrés	Existence de politiques, stratégies ou lignes directrices nationales ou infranationales en vigueur décrivant la prestation intégrée de services prioritaires dans le cadre des SSP.	Revues des politiques et de lignes directrices.
Les mécanismes de financement soutiennent la prestation des services SSP intégrés	Existence de dispositifs de financement mutualisés, alignés ou coordonnés permettant aux prestataires de fournir plusieurs services au sein d'une même plateforme de SSP.	Documents budgétaires, politiques de financement, revues de programmes.
Les services essentiels de SSP sont couverts par les régimes d'assurance maladie	La couverture des services essentiels de la CSP est explicitement soutenue par des programmes d'assurances santé nationaux ou soutenus par l'employeur (et qui permettent une meilleure prestation de services intégrée via les plateformes de la CSP).	Documents d'assurance santé, polices, revues de programmes.
L'intégration est incluse dans les cadres nationaux ou infranationaux de suivi-évaluation (S&E)	Inclusion d'indicateurs ou d'objectifs liés à l'intégration dans les processus courants de S&E ou d'examen des performances.	Plans nationaux de S&E, rapports d'examen des performances.
Les mécanismes d'engagement communautaire et de redevabilité sont liés aux SSP intégrés	Existence de plateformes fonctionnelles permettant d'intégrer les retours des communautés ou des usagers dans la planification et l'examen des SSP intégrés.	Documentation de programmes, comptes rendus de réunions, cartes de score communautaires.

Indicateur	Définition	Sources de données
INTRANTS (CAPACITÉ À FOURNIR DES SERVICES INTÉGRÉS)		
Les établissements et les équipes disposent-ils des capacités nécessaires pour fournir des soins intégrés ?		
Les établissements sont prêts à fournir un ensemble intégré de services de SSP	Pourcentage d'établissements répondant aux critères minimaux de préparation (personnel, espace, équipement, produits) pour l'ensemble de services intégré défini.	Évaluations des établissements, listes de contrôle de supervision.
Les médicaments essentiels, produits de santé et examens diagnostiques prioritaires sont disponibles pour les services intégrés	Pourcentage d'établissements disposant des produits traceurs* nécessaires à la prestation de l'ensemble de services intégrés de SSP.	Systèmes d'information sur la gestion logistique, inventaires des établissements, fiches de stock.
La capacité des ressources humaines est suffisante pour la prestation de services intégrés	Pourcentage d'établissements comptant au moins un prestataire formé pour fournir plus d'un service dans le cadre de l'ensemble des services intégrés.	Dossiers de formation, systèmes d'information sur les ressources humaines.
Les dossiers des patients soutiennent la continuité des soins entre les services	Pourcentage d'établissements utilisant des dossiers patients (papier ou électroniques) permettant de consigner des informations couvrant plusieurs services.	Évaluations des établissements, examen des registres et cahiers, documentation des systèmes d'information sanitaire (SIS).
Des systèmes de données intégrés et interopérables sont fonctionnels	Pourcentage d'établissements disposant de dossiers patients partagés fonctionnels ou de systèmes de données interopérables entre les services et les lieux de prestation.	Évaluations des établissements, analyses des systèmes de données, documentation des SIS.

* Les produits traceurs correspondent à un ensemble restreint et représentatif de médicaments essentiels, d'examens diagnostiques ou de fournitures utilisés pour évaluer si un établissement ou un système de santé est prêt à fournir un ensemble plus large de services. Ces produits sont définis par chaque pays en fonction de ses priorités locales.

Indicateur	Définition	Sources de données
PROCESSUS (FONCTIONNEMENT DE L'INTÉGRATION DANS LA PRATIQUE)		
Les services et les fonctions du système fonctionnent-ils de manière coordonnée au point de prestation des soins ?		
Des protocoles cliniques et des flux de travail intégrés et normalisés sont utilisés	Pourcentage d'établissements utilisant des protocoles normalisés de dépistage, de triage ou des parcours cliniques couvrant plusieurs services.	Évaluations des établissement, listes de contrôle de supervision.
Des mécanismes d'orientation fonctionnels en boucle fermée permettent la continuité des soins	Pourcentage d'établissements disposant de circuits d'orientation documentés reliant les SSP à des niveaux de soins supérieurs ou complémentaires, et apportant la preuve que les orientations sont effectivement complétées avec un retour d'information au prestataire référent.	Évaluations des établissements, registres d'orientation, dossiers des patients.
La coordination en équipe soutient la prestation de soins intégrés	Pourcentage d'établissements organisant régulièrement des réunions multidisciplinaires ou des revues de cas liées aux services intégrés.	Registres des établissements, rapports de supervision.
Les données sont utilisées de manière routinière pour la gestion des services intégrés	Pourcentage de districts ou d'établissements examinant les données relatives à l'intégration et consignant des actions au moins une fois par trimestre.	Procès-verbaux de réunions de revue, rapports de supervision.
EXTRANTS (RÉSULTATS À COURT TERME DE L'INTÉGRATION)		
L'intégration améliore-t-elle l'accès aux services et l'expérience de la prestation des soins ?		
Des services intégrés sont disponibles dans les établissements de soins de SSP	Pourcentage d'établissements proposant de manière routinière au moins deux services de santé prioritaires issus de différents domaines ou catégories de maladie au sein d'un même établissement.	Évaluations des établissements, rapports, listes de contrôle, documentation des SIS.
Des contacts multiservices sont assurés lors d'une seule visite	Pourcentage de clients éligibles recevant au moins deux services issus de l'ensemble de services intégrés au cours d'une seule visite.	Registres, rapports, documentation des SIS, dossiers des patients.
Les usagers déclarent recevoir des soins coordonnés	Pourcentage de clients déclarant que les services reçus étaient coordonnés et interconnectés.	Entretiens de sortie simplifiés, enquêtes auprès des usagers.
La continuité des soins est assurée pour les affections nécessitant un suivi	Pourcentage de clients atteints de maladies chroniques ou nécessitant une prise en charge continue disposant d'un suivi documenté ou de visites répétées dans les délais recommandés.	Registres, dossiers des patients.

Indicateur	Définition	Sources de données
RÉSULTATS (OBJECTIFS SYSTÉMIQUES)		
L'intégration contribue-t-elle au renforcement de la performance des SSP au fil du temps ?		
Niveau de couverture effective des services prioritaires sélectionnés	Pourcentage de la population cible bénéficiant des services prioritaires avec respect des normes minimales de qualité et de continuité définies au niveau national. (Remarque : Les pays peuvent définir la couverture effective à l'aide de proxys simples — par exemple, le nombre de visites de suivi effectuées, les traitements initiés et les orientations effectivement complétées — plutôt que de suivre des résultats finaux tels que le nombre de patients guéris.)	Documentation des SIS, enquêtes en population.
Des opportunités de prestation de services intégrés prioritaires sont manquées	Pourcentage de clients fréquentant les SSP qui sont éligibles à un ou plusieurs services prioritaires mais qui ne reçoivent pas ces services lors de la visite ou par le biais d'une orientation.	Registres, statistiques de services.
Une protection financière est assurée	Pourcentage de clients déclarant des paiements directs de leur poche pour des services inclus dans l'ensemble intégré de SSP.	Enquêtes auprès des usagers, données administratives.
La continuité des services essentiels de SSP est maintenue lors des chocs systémiques	Pourcentage de variation de l'utilisation de services essentiels de SSP sélectionnées pendant une période de choc définie, par rapport à une période de référence antérieure au choc. (Remarque : les pays doivent définir à la fois la période de choc et l'ensemble des services essentiels de SSP à suivre — par exemple, les consultations ambulatoires ou prénatals, le suivi des maladies chroniques ou la vaccination.)	Documentation des SIS, statistiques de services de routine.
IMPACTS (SIGNES À PLUS LONG TERME)		
Les systèmes de SSP intégrés contribuent-ils à des gains durables en matière de santé des populations ?		
Les tendances des résultats sanitaires prioritaires s'améliorent	Tendances observées pour des indicateurs sélectionnés de mortalité ou de morbidité pertinents pour l'ensemble de services intégrés.	Documents des SIS, systèmes d'état civil et de statistiques de l'état civil, enquêtes.

Ces indicateurs sont présentés à titre illustratif plutôt qu'exhaustifs. Les pays sont invités à adapter les définitions, les seuils et les niveaux de désagrégation en fonction de leurs priorités locales, de la disponibilité des données et du degré de maturité de leur système. Pris dans leur ensemble, ces indicateurs offrent une vision cohérente de la mesure dans laquelle l'intégration est rendu possible et mise en œuvre de manière efficace, et contribuent à renforcer des SSP plus solides et plus centrés sur la personne.

Exemples pays : Intégration en pratique

L'intégration se déploie de manière différente selon les contextes, façonnée par les priorités sanitaires, les capacités des systèmes de santé et les besoins des populations propres à chaque pays. Les exemples pays présentés ci-après illustrent la manière dont les principes d'intégration se traduisent dans la pratique — allant des réformes des politiques publiques et de la transformation numérique à la conception de services pilotée par les communautés et à la réponse aux situations d'urgence.

Ces exemples mettent en évidence la diversité des approches de l'intégration : des programmes verticaux évoluant vers des plateformes de SSP, des outils numériques favorisant la continuité des soins tout au long du parcours de vie, des évaluations de l'état de préparation guidant le déploiement progressif de modèles intégrés, ainsi que des communautés co concevant des services reflétant leurs réalités. Pris ensemble, ils montrent que l'intégration n'est ni uniforme ni statique, mais constitue un processus adaptatif visant à aligner les services, les systèmes et les acteurs afin de fournir des soins plus coordonnés, complets et centrés sur la personne.

Chaque étude de cas met en lumière la justification de l'intégration, le type et le degré d'intégration, les effets observés, les facteurs favorables et les considérations relatives à la mesure, offrant ainsi des enseignements utiles aux décideurs politiques, aux responsables de programmes et aux acteurs de la mise en œuvre œuvrant au renforcement de SSP intégrés dans leurs propres contextes.

Liste des exemples pays

Éthiopie Rationalisation des services essentiels par le biais de campagnes de santé intégrées

Ghana Passage à l'échelle des soins néonataux sur l'ensemble du continuum de soins : l'initiative Making Every Baby Count

Inde Intégration des systèmes et des politiques pour la transformation des soins de santé primaires urbains

Indonésie Promotion de soins de santé primaires intégrés et fondes sur le parcours de vie grâce à des agents de santé communautaires (kaders) appuyés par des outils numériques

Kenya Évaluation de l'état de préparation à l'intégration au sein des réseaux de soins primaires au niveau des comtés

Kenya Maintien de la qualité de la prestation des services grâce à l'intégration des services VIH et hypertension

Kenya Renforcement de la prestation intégrée des services VIH et tuberculose à travers le système de santé communautaire

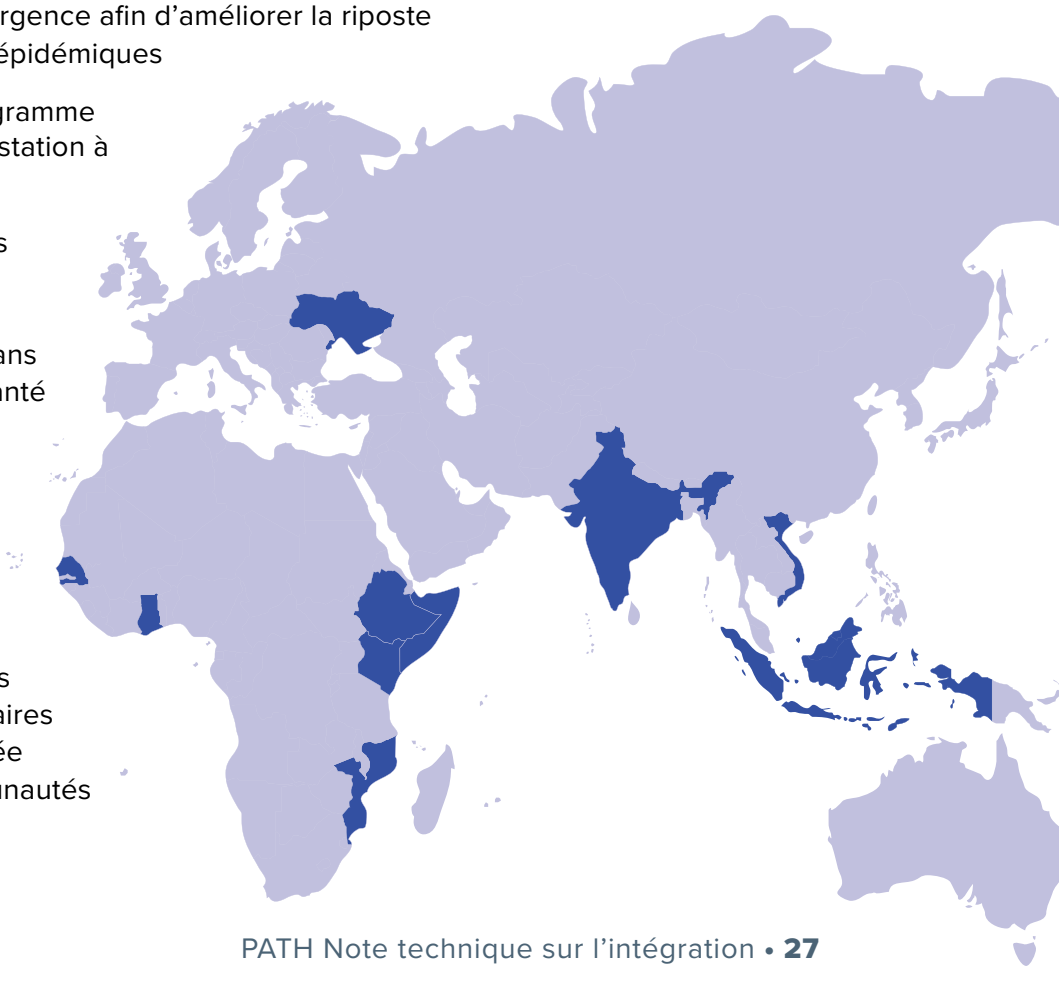
Mozambique Intégration des services de développement de la petite enfance (ECD) dans les plateformes de vaccination de routine

Sénégal Intégration de la surveillance du paludisme au Centre des opérations d'urgence afin d'améliorer la riposte aux flambées épidémiques

Somalie FaRID : le programme intégré de prestation à grande portée

Ukraine Intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les soins de santé primaires du secteur public

Vietnam Promotion d'une conception des services VIH et de soins de santé primaires intégrés, pilotée par les communautés



EXEMPLES PAYS | **ÉTHIOPIE**

Rationalisation des services essentiels par le biais de campagnes de santé intégrées

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2024 à 2025 (en cours)

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Vaccination, nutrition et santé maternelle et infantile fournies dans le cadre de campagnes communautaires intégrées de proximité.

Organisationnel et professionnel : Coordination claire assurée par la Stratégie d'Action Collaborative Éthiopienne ; responsabilité partagée et rôles alignés aux niveaux national et régional.

Systèmes : Gouvernance, ressources humaines pour la santé, outils numériques et systèmes d'information, engagement communautaire et financement conjoint.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Convergence : Plusieurs services de vaccination et de santé maternelle et infantile sont fournis conjointement à travers des campagnes de proximité harmonisées et ancrées dans les SSP, avec une redevabilité partagée et des systèmes de suivi routiniers.



Photo | Une agente de vulgarisation sanitaire assure des activités de proximité en matière des soins postnatals et de vaccination en Éthiopie. PATH.

DESCRIPTION

Le Ministère de la Santé de l'Éthiopie (MoH) a fait des campagnes de santé intégrées une stratégie centrale pour renforcer les soins de santé primaires (SSP), améliorer l'efficience et élargir l'accès équitable aux services essentiels. S'appuyant sur les politiques nationales — notamment le Health Sector Transformation Plan II et le Essential Health Services Package — et tirant parti des enseignements de la pandémie de COVID 19 ainsi que d'initiatives régionales antérieures, le MoH a adopté et opérationnalisé en 2024 la Stratégie d'Action Collaborative Éthiopienne.

Cette approche nationale rassemble, au sein d'un modèle unique axé sur les SSP, des campagnes auparavant cloisonnées portant sur la vaccination, la nutrition, la santé maternelle et infantile, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Les campagnes intégrées reposent sur des systèmes partagés de micro planification, de logistique et de suivi, et sont mises en œuvre par les établissements de SSP, les plateformes de proximité et les agents de vulgarisation sanitaire de l'Éthiopie (Health Extension Workers – HEWs). PATH soutient cette initiative pilotée par le gouvernement par une assistance technique, un appui à la coordination et la documentation des enseignements afin de guider une mise à l'échelle durable.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Les campagnes de santé fragmentées et verticales entraînaient des inefficiences, des duplications d'efforts et des occasions manquées de fournir des soins complets et centrés sur la personne tout au long du parcours de vie. Les campagnes de proximité axées sur des maladies spécifiques nécessitaient d'importantes ressources, perturbaient les services de SSP de routine et représentaient une charge pour les agents de santé et les communautés. En outre, les systèmes de données n'étaient pas pleinement intégrés, limitant la capacité à suivre l'utilisation des services et à fonder les décisions sur des données probantes.

La pandémie de COVID 19 a constitué un point d'inflexion majeur, mettant en évidence la nécessité d'une prestation de services intégrée pour assurer la continuité des soins lors de chocs systémiques importants et renforcer la résilience du pays. Par conséquent, le MoH a fait de l'intégration une priorité en tant que solution pragmatique, en utilisant les campagnes non comme des interventions isolées, mais comme un mécanisme de renforcement des SSP, d'optimisation des ressources limitées et d'amélioration de la couverture des services à fort impact, en particulier pour les enfants et les populations mal desservies.

IMPACT

Les campagnes de santé intégrée de l'Éthiopie ont démontré des gains significatifs en matière d'efficience, de couverture et de résilience du système :

Extension de la portée des services : Les campagnes intégrées menées à l'échelle nationale ont permis de fournir la vaccination en même temps que la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, le dépistage nutritionnel ainsi que des services de santé maternelle et infantile, touchant des millions d'enfants et de femmes par le biais d'une plateforme unique de prestation.

Amélioration de l'efficience : La micro-planification harmonisée, la logistique et la supervision ont réduit les duplications entre campagnes et limité les perturbations des services de SSP de routine.

Renforcement de l'utilisation des infrastructures de SSP. Le modèle continue de tirer parti du vaste réseau de soins de santé primaires de l'Éthiopie — plus de 17 000 postes de santé, 3 500 centres de santé et 42 000 agents de vulgarisation sanitaire (Health Extension Workers – HEWs) — pour fournir des services intégrés au plus près des communautés, y compris dans les zones pastorales et difficiles d'accès.

Amélioration de la riposte aux flambées épidémiques. Les campagnes intégrées ont permis une réponse rapide à la rougeole, à la poliomyélite (y compris l'utilisation du nOPV2) et à d'autres menaces de santé **publique, tout en assurant simultanément la prestation de services préventifs de routine.**

Meilleure identification des besoins non satisfaits. Les campagnes ont permis d'identifier les enfants et les mères nécessitant un suivi et de les orienter vers une prise en charge ultérieure pour la nutrition, l'achèvement des calendriers de vaccination, la prise en charge des problèmes de santé maternelle et d'autres besoins prioritaires, renforçant ainsi la continuité des soins au delà de la période de campagne.

FACTEURS FACILITATEURS

Leadership et coordination forts du gouvernement aux niveaux national et infranational.

Valorisation des plateformes existantes de SSP, notamment le Health Extension Program.

Alignement stratégique et collaboration des partenaires techniques et financiers.

Utilisation de systèmes numériques d'information sanitaire (eCHIS, DHIS2) pour le suivi et le pilotage des performances en temps réel.

Supervision formative et mentorat, y compris des supervisions de terrain sur site et des réunions quotidiennes de revue.

Engagement communautaire à travers les HEWs et les leaders locaux pour la mobilisation et le renforcement de la confiance.



Photo | Un agent de santé administre un vaccin à un nourrisson en Éthiopie. PATH.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

L'Éthiopie assure le suivi des campagnes intégrées à l'aide d'une combinaison d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, notamment la couverture des ensembles de services, l'identification et le suivi des enfants zéro dose et insuffisamment vaccinés, ainsi que des mesures d'efficience des campagnes telles que les coûts, le temps de travail du personnel et l'utilisation des ressources logistiques. Des tableaux de bord numériques en temps réel et des mécanismes de suivi indépendants viennent compléter les rapports de routine, permettant au ministère de la Santé d'évaluer non seulement la couverture, mais aussi l'équité, l'efficience et la contribution aux objectifs plus larges de renforcement des soins de santé primaires.

PERSPECTIVES

L'Éthiopie prévoit de renforcer davantage l'institutionnalisation des campagnes intégrées dans le cadre de sa stratégie de SSP, d'étendre l'intégration à de nouveaux domaines de services — y compris les maladies non transmissibles et la santé mentale — et d'améliorer l'interopérabilité des systèmes numériques. La poursuite du leadership gouvernemental, l'alignement des partenaires et les investissements dans le renforcement des capacités des SSP seront déterminants pour assurer la pérennité et la mise à l'échelle de cette approche.

EXEMPLES PAYS | **GHANA**

Passage à l'échelle des soins néonataux sur l'ensemble du continuum de soins : l'initiative Making Every Baby Count

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2013 à 2018 (MEBCI 1.0), 2020 à 2024 (MEBCI 2.0)

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Soins essentiels au nouveau-né, réanimation néonatale et prévention des infections regroupés dans un curriculum de formation unique.

Organisationnel et professionnel : Liens de référence entre les centres de santé, les hôpitaux de district et quatre hôpitaux régionaux de référence.

Systèmes : Leadership et gestion, ressources humaines pour la santé, chaîne d'approvisionnement et systèmes d'information.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Coordination : Les liens de référence et les directives de référence actualisées relient les établissements de premier niveau aux hôpitaux régionaux de référence.

Convergence : La formation commune aux différentes catégories de personnel et la redevabilité partagée en matière de santé maternelle et néonatale réunissent les soins de la mère et du nouveau-né au moment de l'accouchement.



Photo | Remise d'équipements à l'hôpital de Sunyani, Ghana. PATH.

DESCRIPTION

Grâce au financement de la Children's Investment Fund Foundation, PATH et Kybele se sont associés au Ghana Health Service (GHS) pour mettre en œuvre l'initiative Making Every Baby Count (MEBCI) afin d'améliorer les soins néonataux. La MEBCI a appuyé 155 établissements de santé dans quatre régions représentant 60 % de la population du Ghana, puis s'est étendue à quatre hôpitaux régionaux de référence afin de combler les lacunes en matière de soins néonataux avancés.

Une évaluation initiale a montré que le personnel savait reconnaître les nouveau-nés gravement malades ou ne respirant pas, mais que de nombreux établissements manquaient de personnel qualifié, d'équipements et de systèmes pour les prendre en charge.

La MEBCI a comblé ces lacunes au moyen de quatre volets :

1. **Formation intégrée aux soins à la naissance,** fondée sur un curriculum regroupant Helping Babies Breathe (Aider les bébés à respirer), Essential Care for Every Baby (Soins essentiels pour chaque bébé) et la prévention des infections, destinée au personnel des services de maternité, de consultation prénatale, de bloc opératoire et d'hospitalisation néonatale ;[33]
2. **Renforcement de la référence,** grâce à des directives de référence et des directives opérationnelles actualisées reliant les établissements de premier niveau aux hôpitaux régionaux de référence équipés pour les soins néonataux avancés ;

3. **Équipements et systèmes de maintenance,** notamment l'achat d'équipements néonataux spécialisés, la formation du personnel clinique des hôpitaux régionaux de référence à leur utilisation et une formation dispensée par les fabricants aux ingénieurs hospitaliers ;
4. **Plaidoyer communautaire et national,** par la formation de leaders traditionnels, religieux et nationaux en tant que champions de la santé néonatale.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Avant la MEBCI, les soins néonataux étaient partagés entre les programmes de santé maternelle et de santé infantile du Ghana, chacun considérant que le nouveau-né relevait de la responsabilité de l'autre. Par conséquent, la prestation des soins dans les premières heures et les premiers jours suivant la naissance, période où les nouveau-nés sont les plus vulnérables, manquait de redevabilité clairement définie, de protocoles et de ressources dans l'ensemble des catégories de personnel et des établissements prenant en charge les mères et les nouveau-nés. La fusion de trois formations cliniques distinctes en un curriculum unique a également réduit la fragmentation et standardisé les soins néonataux.

L'un des premiers enseignements de la MEBCI a été qu'une fois formés, les prestataires des établissements de premier niveau pouvaient reconnaître et prendre en charge l'asphyxie néonatale, mais que de nombreux nouveau-nés réanimés avaient besoin de soins avancés que les hôpitaux de référence n'avaient ni l'expertise technique ni l'équipement nécessaires pour assurer. Lorsque l'équipement était disponible, un entretien insuffisant pouvait le rendre inutilisable. La MEBCI s'est donc attaquée aux lacunes en matière de capacités techniques et de logistique dans les quatre hôpitaux de référence les plus fréquentés, afin de renforcer les soins néonataux critiques tout au long du continuum.

IMPACT

Renforcement des capacités du personnel tout au long du continuum. La MEBCI a formé environ 7 000 agents de santé, dont des médecins, des infirmiers et des sages-femmes, aux soins néonataux ; les prestataires des hôpitaux de référence ont également été formés aux soins néonataux avancés.

Capacités locales en maintenance des équipements. Trente ingénieurs biomédicaux ont été formés à l'utilisation, au dépannage et à la réparation des équipements néonataux, ce qui a réduit la dépendance à l'égard de techniciens externes.

Sensibilisation accrue de la communauté aux soins néonataux. Des messages sur les signes de danger chez le nouveau-né, le moment où consulter et la disponibilité des services néonataux ont atteint environ 200 000 personnes par l'intermédiaire des consultations prénatales et postnatales, de la radio, des chaînes de télévision locales, des réseaux sociaux et de rassemblements communautaires.

Réduction de la mortalité néonatale à un coût avantageux. Une analyse de modélisation fondée sur les données du Greater Accra Regional Hospital a montré que le renforcement des systèmes lié à la MEBCI a permis d'éviter des décès néonataux et des mortinaissances avec un rapport coût-efficacité très favorable, soit 139 USD par année de vie ajustée sur l'incapacité évitée.[34] Parallèlement à d'autres efforts du GHS, la MEBCI a contribué à la baisse du taux de mortalité néonatale au Ghana, passé de 26 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2013 à 19 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2022,[35] même si cette évolution ne peut être attribuée directement à un seul programme.

FACTEURS FACILITATEURS



Photo | Un bébé tête en peau à peau pendant une césarienne. Ga West Municipal Hospital/Dr Michael Quaye.

Un cadre unique de politique nationale pour la santé néonatale. Avec le GHS, la MEBCI a élaboré un cadre national unique qui a intégré la santé néonatale à la fois dans la santé maternelle et dans la santé infantile, et établi une redevabilité partagée entre sages-femmes et infirmiers pédiatriques à l'égard des résultats de santé néonatale.

Groupe consultatif stratégique. PATH a contribué à la création d'un groupe de sept experts dotés d'une solide expérience mondiale et ghanéenne en soins néonataux, qui ont défendu la politique de soins néonataux ainsi que son adoption et sa mise en œuvre.

Approvisionnement et maintenance fiables des produits et équipements néonataux. PATH et le GHS ont défini une liste standard de produits néonataux essentiels et se sont efforcés de réduire au minimum les ruptures de stock dans les établissements du projet. Le personnel chargé des achats aux niveaux national et des établissements a été formé à la quantification et à la prévision des besoins en produits de santé, qui ont été intégrées à la planification courante. Un partenariat avec une entreprise locale d'ingénierie de la santé (African Health Supplies) a donné aux établissements un accès continu aux réparations, aux pièces de rechange et à des formations de remise à niveau.

Indicateurs néonataux intégrés aux systèmes de données de routine. Des registres d'accouchement révisés et des indicateurs néonataux supplémentaires dans le District Health Information Management System (DHIMS 2) ont permis d'intégrer les données néonatales aux rapports de routine plutôt qu'à des registres distincts. Des tableaux de bord au niveau des établissements ont alimenté les processus d'amélioration de la qualité des hôpitaux, et les sages-femmes, les infirmiers et les responsables de l'information sanitaire ont été formés à l'enregistrement et à l'utilisation des données.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Le suivi de la MEBCI a principalement porté sur les produits : prestataires de soins formés, équipements achetés et livrés, ingénieurs formés et portée estimée des messages communautaires. Dans les phases ultérieures, le projet a également suivi l'utilisation des équipements et l'issue clinique des nouveau-nés recevant des soins avancés.

Ces mesures indiquaient si les services et les intrants étaient en place, mais pas si la continuité des soins était assurée d'un niveau à l'autre. Les références émises, reçues et prises en charge dans les hôpitaux régionaux n'étaient pas enregistrées, pas plus que le suivi assuré par l'établissement d'origine après la sortie (contre-référence). Cela reflète une lacune plus large : les systèmes de routine ont tendance à envisager l'intégration sous l'angle de la couverture plutôt que de la continuité des soins. Les phases futures pourraient suivre l'aboutissement des références dans les deux sens, le délai entre le diagnostic et les soins néonataux avancés, et le suivi postnatal de la mère et du nouveau-né.

PERSPECTIVES

La MEBCI a été mise en œuvre dans ce qui correspond aujourd'hui à 7 des 16 régions du Ghana. PATH et ses partenaires souhaitent collaborer avec le GHS pour étendre le modèle aux 9 régions restantes. Les phases futures pourraient approfondir l'intégration tout au long du continuum de soins maternels et néonataux en reliant les soins à la naissance aux services prénatals et postnatals, et en renforçant le système de référence et de contre-référence entre les établissements de premier niveau et les hôpitaux régionaux. La pérennité du modèle dépendra du leadership continu du GHS et d'un financement national des équipements néonataux, de leur maintenance et des soins avancés.

EXEMPLES PAYS | **INDE**

Intégration des systèmes et des politiques pour la transformation des soins de santé primaires urbains

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2022 à 2024

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Ensemble élargi des services de SSP.

Systèmes : Systèmes d'information, chaîne d'approvisionnement, ressources pour la santé, leadership et gestion, engagement communautaire.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Convergence : Cette réforme visait à fournir un ensemble élargi de services au sein d'un même établissement, grâce à une équipe multidisciplinaire de SSP.



Photo | Collaboration réussie entre l'Unité de Gestion des Programmes Urbains de Bhubaneswar, Odisha, et PATH, organisant régulièrement des camps de proximité au moyen d'unités de santé mobiles afin de fournir des services de haute qualité directement aux communautés urbaines. PATH/Manoj Sahoo, Aman Raj.

DESCRIPTION

En partenariat avec le Gouvernement de l'Inde et les gouvernements des États, PATH a appuyé l'élargissement des services de SSP dans 17 villes réparties dans cinq États (Jharkhand, Madhya Pradesh, Maharashtra, Manipur et Odisha). L'offre de services est allée au delà de l'accent historique mis sur la santé reproductive, la santé maternelle et infantile, la nutrition et la santé de l'enfant, pour inclure un ensemble élargi de services : maladies non transmissibles (MNT), santé mentale, soins ORL (oto rhino laryngologie), soins palliatifs et gériatriques, prise en charge des urgences et des traumatismes, ainsi que santé bucco dentaire. Cette approche a permis d'élargir l'accès à des soins préventifs, promotionnels et curatifs intégrés et de haute qualité, fournis à proximité des lieux de vie des populations.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Dans le cadre de son initiative phare Ayushman Bharat, le Gouvernement de l'Inde a fait de l'intégration des services au sein des soins de santé primaires une priorité claire. Cette orientation s'inscrit dans l'objectif d'atteindre la couverture sanitaire universelle et s'appuie sur des données probantes mettant en évidence les bénéfices sanitaires et le bon rapport coût efficacité des services intégrés.

IMPACT

Globalement, 76 % des prestataires de services ont été formés et renforcés en capacités pour la prestation de l'ensemble élargi de services, et 92 % des établissements situés dans les zones d'exécution du projet ont mis en œuvre un modèle de soins intégrés. Cela a contribué à une augmentation de 32 % du nombre d'établissements disposant de médicaments et de diagnostics essentiels, ainsi qu'à une hausse de 112 % de la population ayant accès aux services de soins.

FACTEURS FACILITATEURS

Forte volonté politique et appui des politiques publiques. Le programme a bénéficié d'un engagement politique fort au niveau national, avec la mise en place d'un environnement politique favorable et de mandats clairs pour l'intégration des services de SSP.

Engagement collaboratif des parties prenantes. Les partenariats avec des acteurs clés, notamment des organisations de santé publique telles que PATH, ont été déterminants pour traduire les politiques en une mise en œuvre efficace sur le terrain, faciliter l'intégration des services et renforcer l'adhésion au programme.

Mécanismes de financement durables. L'allocation de financements dédiés dans le cadre de la National Health Mission a permis d'assurer une prestation de services ininterrompue.

Mécanismes d'amélioration continue fondés sur la supervision formative et des tableaux de bord. PATH a élaboré une liste de contrôle et un tableau de bord permettant aux acteurs gouvernementaux de prioriser les mesures correctives et de mobiliser l'appui institutionnel nécessaire.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Le mécanisme de supervision formative a fourni un outil structuré permettant d'évaluer trimestriellement les établissements en matière de disponibilité des médicaments, de ressources humaines et de capacité à fournir des services de santé. Ces données ont été communiquées aux niveaux infranational et de district afin de soutenir une prise de décision fondée sur des données probantes et une gestion adaptative.

L'ensemble des établissements de santé ont été connectés au portail de données du gouvernement pour la notification quotidienne et mensuelle des prestations de services.

EXEMPLES PAYS | **INDONÉSIE**

Promotion de soins de santé primaires intégrés et fondes sur le parcours de vie grâce à des agents de santé communautaires (kaders) appuyés par des outils numériques

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2023 à 2025 (en cours)

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Services intégrés alignés sur les différentes étapes du parcours de vie.

Organisationnel et professionnel : Paquet d'interventions co-conçu avec le ministère de la Santé, PATH, les agents de santé communautaires (kaders) et les autorités locales ; renforcement des liens entre la communauté et les établissements ; partage des données de performance entre les kaders, les établissements de SSP et les instances de gouvernance villageoise.

Systèmes : Formation interactive axée sur des cas pratiques ; outils numériques d'aide à la décision ; systèmes de données interopérables ; tableaux de bord ; et amélioration continue de la qualité intégrée au sein des systèmes de santé communautaires.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Convergence : Dépistage, orientation et suivi intégrés assures par les agents de santé communautaire tout au long du parcours de vie, par le biais de visites à domicile et de postes de santé intégrés (posyandu), en lien avec les établissements de SSP (puskesmas) et appuyés par des outils numériques partagés.

DESCRIPTION

Le ministère de la Santé de l'Indonésie (MoH) a lancé en 2023 Integrasi Layanan Primer (ILP) en tant que réforme majeure des SSP, redéfinissant les ensembles de services fournis par les agents de santé communautaires (ASC) en fonction de l'âge et des étapes du parcours de vie (femmes enceintes et en post partum ; nourrissons et jeunes enfants ; enfants d'âge scolaire et adolescents ; adultes et personnes âgées), en s'éloignant d'une prestation verticale et axée sur des maladies spécifiques. Si l'ILP a établi des ensembles de services fondés sur le parcours de vie, fournis par des plateformes communautaires (visites à domicile et postes de santé) avec orientation vers les établissements de SSP, les premières phases de mise en œuvre ont mis en évidence des lacunes en matière de compétences des ASC, d'outils d'aide à la décision, de supervision et d'utilisation des données. Pour répondre à ces défis, le MoH et PATH — avec le soutien de la Fondation Gates — ont co conçu et testé ILP+, un ensemble d'interventions renforcées visant à consolider l'ILP au niveau communautaire, à appuyer la mise à l'échelle et à améliorer l'impact dans des contextes urbains (Surabaya, Java Est) et ruraux (Keerom, Papouasie).

ILP+ se concentre sur quatre composantes interconnectées : (1) le renforcement des compétences des ASC fondées sur le parcours de vie **grâce à des formations interactives axées sur des cas pratiques** ; (2) **la mise à disposition d'un appui décisionnel numérique opérationnel via Kader Kita**, une application mobile guidant le dépistage, l'orientation et le suivi lors des

visites à domicile et des sessions dans les postes de santé intégrés ; (3) l'amélioration de **la visibilité et de l'utilisation des données de performance au moyen de tableaux de bord** destinés aux ASC, aux équipes des établissements et aux responsables locaux ; et (4) **la standardisation de l'amélioration continue de la qualité**, reposant sur des temps de réflexion routiniers, le renforcement des compétences et l'engagement numérique via Kader Kita. ILP+ concrétise les réformes indonésiennes des SSP fondées sur le parcours de vie en dotant les ASC des compétences, des outils et de la supervision nécessaires pour fournir des soins intégrés au plus près des ménages, tout en renforçant le continuum communauté établissement.



Photo | Des agents de santé mettent en pratique des méthodes de supervision formative à partir de données de Kader Kita à Surabaya, en Indonésie. PATH.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Historiquement, les systèmes de SSP et de santé communautaire en Indonésie étaient organisés autour de programmes verticaux, contribuant à des diagnostics tardifs, à un suivi fragmenté et à des occasions manquées de prévention tout au long du parcours de vie. À la fin de l'année 2023, le MoH a lancé l'ILP pour répondre à ces défis en redéfinissant les ensembles de services selon l'âge et les étapes de la vie, ce qui a nécessité de nouvelles compétences, des flux de travail adaptés et des systèmes de données renforcés.

Bien que l'ILP ait posé une base politique solide, les premières phases de mise en œuvre ont révélé des déficits en matière de compétences des ASC, de supervision formative et d'utilisation de données exploitables. Afin de relever ces défis et de renforcer la prestation de l'ILP dans la pratique, ILP+ a été conçu pour tester des améliorations pragmatiques des capacités de la main d'œuvre, de l'appui décisionnel numérique, des dispositifs d'amélioration continue de la qualité et de l'utilisation des données pour l'action, garantissant que des soins intégrés fondés sur le parcours de vie puissent être fournis de manière cohérente à l'interface communauté établissement.

IMPACT

Les premiers résultats indiquent des progrès significatifs vers des SSP intégrés et centrés sur la communauté :

Renforcement des capacités des ASC. Près de 2 300 ASC ont été formés à l'aide des curricula ILP+ interactifs et fondés sur des études de cas, avec des améliorations mesurables de la confiance, du respect des protocoles et des compétences.

Fort taux d'adoption des outils numériques. Environ 80 % des ASC formés utilisent activement l'application Kader Kita pour le dépistage, l'orientation et le suivi des besoins de santé tout au long du parcours de vie.

Atteinte des populations mal desservies. Plus de 25 000 personnes ont été dépistées au cours des six premiers mois d'utilisation de Kader Kita, près d'une personne sur deux ayant été atteinte exclusivement par des visites à domicile, notamment des enfants d'âge scolaire, des adolescents et des personnes âgées qui n'auraient autrement pas été atteints par les centres de santé.

Amélioration de l'identification et de la gestion des risques. La majorité des affections identifiées peuvent être prises en charge au niveau communautaire, tandis que les cas signalés comme « alertes » — principalement chez les adultes et les personnes âgées — favorisent une prise en charge plus précoce des maladies chroniques plutôt qu'un recours aux soins d'urgence.



Photo | Des agents de santé communautaires participent à des activités d'apprentissage entre pairs pour l'utilisation de l'application Kader Kita afin d'enregistrer les activités des posyandu à Keerom, en Indonésie. PATH.

Renforcement des mécanismes d'orientation et de suivi. Jusqu'à la moitié des usagers identifiés lors des dépistages communautaires ont ensuite accédé à des services de soins de santé primaires, témoignant de circuits d'orientation plus solides.

Amélioration de l'utilisation des services et des résultats de santé. Des indications précoces suggèrent des améliorations dans le diagnostic et la prise en charge du diabète, ainsi que dans la coordination et le recours aux soins prénatals.

FACTEURS FACILITATEURS

Leadership fort du ministère de la Santé dans le cadre de la réforme des SSP.

Co création avec les ASC, les bureaux de santé des districts et les communautés, en s'appuyant sur une approche de conception centrée sur l'humain.

Alignement avec les compétences des ASC et les ensembles de services de SSP définis au niveau national.

Outils numériques intuitifs conçus par Kader Kita pour des contextes communautaires réels, y compris avec des fonctionnalités hors ligne.

Supervision formative continue et utilisation de tableaux de bord pour le suivi des performances et l'apprentissage.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Le projet recourt à des méthodes mixtes pour évaluer l'intégration et l'impact, notamment le suivi de l'achèvement des formations et des évaluations de compétences des ASC, l'analyse de l'adoption et des modalités d'utilisation des outils numériques, le suivi des orientations et des consultations de suivi, ainsi que la collecte de retours qualitatifs auprès des ASC, des superviseurs et des membres des communautés.

Bien que l'attribution directe aux résultats sanitaires en aval demeure complexe en raison de limites liées aux données disponibles, les éléments probants recueillis à ce stade montrent une amélioration de la portée des services, de la coordination et des capacités de la main d'œuvre — des prérequis essentiels à une intégration durable des soins de santé primaires et à l'amélioration progressive des résultats sanitaires.

PERSPECTIVES

L'Indonésie prévoit de poursuivre la mise à l'échelle de l'ILP à l'échelle nationale, avec plus de la moitié des établissements de soins de santé primaires mettant déjà en œuvre des éléments de la réforme. PATH continuera d'appuyer l'adoption nationale d'ILP+ grâce au renforcement des compétences en matière de dépistage sanitaire, à l'amélioration des modèles de supervision, à l'extension de l'appui décisionnel numérique et à l'interopérabilité avec les systèmes nationaux d'information sanitaire. Des investissements continus dans les capacités de la main d'œuvre, l'infrastructure numérique, l'amélioration de la qualité et l'optimisation des ressources seront déterminants pour assurer la pérennité et la mise à l'échelle de la prestation de SSP intégrés fondés sur le parcours de vie.

EXEMPLES PAYS | **KENYA**

Évaluation de l'état de préparation à l'intégration au sein des réseaux de soins primaires au niveau des comtés

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

Juillet 2025 à aujourd'hui

TYPE D'INTÉGRATION

Organisationnel et professionnel : Gouvernance et coordination renforcées grâce au groupe technique de travail sur les SSP du comté, à la supervision assurée par les équipes multidisciplinaires, ainsi qu'a une mise en œuvre pilotée par les comités de santé communautaires.

Systèmes : Utilisation d'un outil normalisé d'évaluation de l'état de préparation à l'intégration, appliqué à l'ensemble des domaines du système de santé ; les résultats sont utilisés pour identifier et prioriser les actions visant le renforcement des systèmes et l'amélioration de l'intégration.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Colocalisation et coordination : L'application initiale de l'outil d'évaluation de l'état de préparation indique que les réseaux de soins primaires (PCN) du comté de Kisumu se situent à un stade précoce de l'intégration, la plupart atteignant soit la colocalisation, soit la coordination. Aucun PCN n'a encore atteint le niveau de convergence ou d'intégration complète.

DESCRIPTION

Afin d'opérationnaliser sa stratégie nationale de SSP et son agenda en matière de couverture sanitaire universelle, le ministère de la Santé du Kenya a appelé en 2021 à la mise en place de réseaux de soins primaires (Primary Care Networks – PCNs) comme cadre organisationnel de type « pôle rayons ». Le comté de Kisumu a été l'un des premiers à adopter cette approche et compte désormais huit PCNs pleinement fonctionnels, alignés sur ses sous comtés administratifs. Ces réseaux sont pilotés par un groupe technique de travail sur les SSP au niveau du comté, des équipes multidisciplinaires au niveau des PCNs et des comités de santé communautaires.

L'objectif principal des PCNs est d'améliorer l'intégration des services et des systèmes en favorisant la colocalisation et le partage des ressources, du mentorat, des réseaux de laboratoires, des produits de santé, des mécanismes d'orientation et des activités de proximité. Cette approche vise à renforcer l'accessibilité, la qualité et l'efficience, et, à terme, la prestation de services de soins de santé primaires tout au long du parcours de vie.

En juillet 2025, le Département de la santé du comté de Kisumu et PATH ont co dirigé un processus collaboratif visant à élaborer un outil d'évaluation de l'intégration des PCNs, destiné à identifier et prioriser les possibilités d'amélioration de l'intégration au sein des réseaux. Le processus itératif de développement de l'outil a comporté des phases initiales de réflexion, des ateliers de conception, des tests pilotes, des révisions et une validation sur le

terrain. Il a abouti à un ensemble de questions couvrant six domaines principaux : la gouvernance, les capacités de la main d'œuvre, le financement, les infrastructures, la prestation des services et l'engagement communautaire. Les domaines ont été pondérés afin de refléter leur importance relative, et les scores globaux ont permis de classer les PCNs selon des stades d'intégration allant de la coordination (limitée) à la colocalisation (partielle), puis à la convergence (intégration complète).



Photo | Un professionnel de santé présente le fonctionnement d'un établissement de santé à l'équipe d'étude sur l'intégration des SSP du comté de Kisumu. PATH

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Les responsables du comté de Kisumu ont reconnu l'importance de l'intégration pour garantir aux patients des soins coordonnés, au niveau communautaire, tout au long du parcours de vie, ainsi que pour améliorer l'efficience et réduire les duplications au niveau des systèmes. Malgré des progrès considérables dans la mise en place des cadres et des structures des PCNs, les services demeuraient fragmentés et il restait difficile de déterminer où et comment les réseaux de soins primaires devaient progresser pour concrétiser et opérationnaliser les objectifs d'intégration énoncés.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un outil d'évaluation de l'état de préparation à l'intégration, adapté au niveau des PCNs, ont ainsi offert un moyen d'établir une mesure de la performance des réseaux, d'identifier les lacunes tant systémiques que spécifiques à chaque PCN, d'orienter l'allocation des ressources et l'appui des partenaires, et de renforcer la redevabilité dans le cadre de la réforme des soins de santé primaires.

IMPACT

La première application à l'échelle du comté de l'outil d'évaluation de l'intégration des PCNs, réalisée en septembre 2025, a généré des enseignements directement exploitables, notamment :

Intégration à un stade précoce dans l'ensemble des PCNs. La moitié des PCNs ont obtenu des scores correspondant au niveau le plus faible d'intégration (coordination) et l'autre moitié au niveau d'intégration partielle (colocalisation), aucun n'ayant atteint le stade d'intégration complète (convergence).

Le financement comme contrainte critique. Tous les PCNs ont obtenu un score nul pour le financement de l'intégration ; l'absence de financements dédiés aux PCNs a été identifiée comme un obstacle majeur, affectant les performances dans plusieurs autres domaines.

Lacunes opérationnelles dans la prestation des services et les infrastructures. Des scores modérés mais inégaux ont mis en évidence des faiblesses dans les protocoles partagés, les mécanismes d'orientation, l'utilisation des tableaux de bord et l'interopérabilité des systèmes.

Préparation variable de la main d'œuvre selon les PCNs. Les résultats montrent que lorsque le personnel est formé, motivé et dispose de rôles clairs en matière d'intégration, des progrès sont possibles même en l'absence de financements dédiés.

FACTEURS FACILITATEURS

Fondations solides de leadership et de gouvernance, reposant sur des équipes multidisciplinaires, des comités de santé communautaires et le groupe technique de travail sur les SSP au niveau du comté.

Structures de PCNs à l'échelle du comté soutenant une supervision standardisée, les opérations quotidiennes, l'utilisation des données et la redevabilité.

Plateformes de santé communautaire robustes et fort engagement des communautés.

Collaboration des partenaires pour le développement de l'outil, les tests sur le terrain et le renforcement des capacités.

Mobilisation du ministère de la Santé au niveau national pour l'alignement des priorités et les perspectives de mise à l'échelle.



Photo | L'équipe d'étude d'intégration du SSP du comté de Kisumu assure la liaison avec le personnel hospitalier. PATH.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

L'outil d'évaluation de l'état de préparation à l'intégration applique un cadre de notation standardisé à l'ensemble des PCNs, permettant des analyses comparatives et la priorisation de l'appui. Il est conçu pour être administré tous les six mois, en triangulant des données provenant des équipes multidisciplinaires des PCNs, des rapports, des procès verbaux de réunions, des registres et des documents budgétaires. Cette approche permet aux comtés de suivre les progrès, d'orienter les investissements et de fournir un soutien ciblé aux PCNs et aux domaines affichant les performances les plus faibles.

PERSPECTIVES

Les responsables du comté de Kisumu envisagent d'affiner l'outil sur la base des enseignements tirés de cette première application et de documenter les résultats afin d'éclairer une mise à l'échelle au Kenya et au delà. L'évaluation devrait être répétée tous les six mois pour suivre les progrès. Les conclusions soulignent la nécessité de mettre en place des mécanismes de financement dédiés à l'intégration des PCNs, ce qui incite à explorer des modèles de financement mutualisés permettant aux établissements à forte capacité de recettes de soutenir les fonctions d'intégration à l'échelle des PCNs.

EXEMPLES PAYS | **KENYA**

Maintien de la qualité de la prestation des services grâce à l'intégration des services VIH et hypertension

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2021 à 2022

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Services lies au VIH et aux maladies non transmissibles (MNT).

Systèmes : Systèmes d'information, et mécanismes de financement.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Colocalisation : Des services relevant de deux domaines de santé sont proposés au cours d'une même consultation, et les données issues de cette visite sont enregistrées dans un système de données unique.



Photo | Le projet a intégré le dépistage de l'hypertension artérielle dans les consultations afin de soutenir les personnes vivant avec le VIH, qui présentent souvent des comorbidités telle que l'hypertension. PATH.

DESCRIPTION

En partenariat avec Resolve to Save Lives et le Gouvernement du Kenya, PATH a appuyé la mise en œuvre du dépistage de l'hypertension artérielle (HTA) dans des cliniques VIH au sein de trois établissements répartis dans deux comtés du Kenya — Kisumu et Nyamira. Le projet VIH HTA, intitulé Together We Care (Pamoja Tunajali), visait à appliquer des approches centrées sur la personne afin de dépister plus de 90 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) fréquentant les cliniques ciblées de trois hôpitaux de l'ouest du Kenya, d'améliorer l'identification des cas et d'assurer leur orientation vers la prise en charge de l'HTA. Le programme a fourni des services de prévention, de dépistage, de traitement et de prise en charge de l'HTA de haute qualité, en conformité avec les directives nationales du Kenya en matière de soins cardiovasculaires, tout en maintenant une prise en charge du VIH de haute qualité.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Malgré la reconnaissance croissante de la forte prévalence des MNT chez les PVVIH, les données probantes demeurent limitées concernant les modèles d'approches intégrées en milieu établissement et communautaire, ainsi que les bénéfices de la prestation conjointe des services VIH et MNT. L'intégration de ces services est particulièrement importante au regard des données montrant un risque accru de maladies cardiovasculaires chez les PVVIH. Par ailleurs, des travaux antérieurs sur l'intégration du VIH et de l'HTA ont démontré un succès notable dans le dépistage des hommes âgés de 20 à 50 ans — une population historiquement difficile à atteindre.

IMPACT

Le modèle intégré a démontré une identification efficace des cas d'HTA parmi les PVVIH, avec une augmentation par neuf de la détection de l'HTA grâce à l'approche intégrée. Parmi les 3 916 PVVIH dépistées pour l'HTA, 860 (22 %) ont été nouvellement diagnostiquées, tandis que 97 (2 %) étaient déjà connues comme hypertendues. Le succès du projet a conduit à l'adoption du modèle d'intégration par le ministère de la Santé, le Plan d'urgence du Président des États Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR)/USAID, ainsi que par les partenaires de mise en œuvre du VIH à l'échelle nationale, en tant qu'activités courantes de prise en charge et de traitement.

FACTEURS FACILITATEURS

Capitalisation des infrastructures de données existantes. Le programme a développé un module d'indicateurs pour le diabète et l'HTA au sein du dossier médical électronique kényan, initialement mis en place avec l'appui du PEPFAR. Il a également élaboré un registre de dépistage et un registre de cohorte HTA.

Médicaments fournis gratuitement. L'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments contre les MNT constituent un obstacle majeur à l'intégration. Un facteur facilitateur clé a donc été la fourniture gratuite de médicaments antihypertenseurs aux patients. Les projets de mise à l'échelle devront intégrer un financement adéquat des médicaments contre les MNT afin de soutenir un modèle intégré VIH/HTA.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Le suivi de l'extension de la portée des nouveaux services de santé introduits, tout en maintenant la qualité élevée du service initial, constitue une priorité. Il est essentiel de se concentrer sur l'identification des cas d'HTA tout en préservant la suppression de la charge virale chez les PVVIH, afin de garantir le maintien de la qualité des soins dans cette approche intégrée.

EXEMPLES PAYS | **KENYA**

Renforcement de la prestation intégrée des services VIH et tuberculose à travers le système de santé communautaire

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2024 à 2025 (en cours)

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Services liés au VIH et à la tuberculose proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services communautaires, avec des mécanismes d'orientation vers les établissements de SSP.

Organisationnel et professionnel : Co-conception et mise en œuvre conjointe par une équipe multidisciplinaire (ministère de la Santé, Département de la santé du comté de Nyamira, et PATH). Renforcement de la planification multisectorielle et appropriation par le comté de l'ensemble des systèmes numériques.

Systèmes : Systèmes d'information, ressources humaines pour la santé, financement, produits et technologies de santé, ainsi que leadership et gouvernance.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Colocalisation : Prestation de services colocalisés au niveau communautaire, appuyée par un reporting conjoint via le système eCHIS.



Photo | Un agent du personnel du comté de Nyamira dispense une formation a l'utilisation du système eCHIS a des promoteurs de santé communautaire. PATH.

DESCRIPTION

Grâce à un financement de l'Astellas Global Health Foundation, PATH met en œuvre le projet « Renforcement du système de santé communautaire et prestation intégrée des services VIH et tuberculose dans le comté de Nyamira, Kenya ». Dans le cadre de ce projet, PATH travaille en partenariat étroit avec le Gouvernement du Kenya afin de renforcer les approches de SSP communautaires visant à intégrer un système de prestation des services VIH et TB inclusif, redevable et efficient. Les principales composantes de l'approche d'intégration comprennent : (1) le renforcement des capacités des promoteurs de santé communautaires (Community Health Promoters – CHPs) pour la prestation intégrée des services VIH et TB au sein du système de SSP (auparavant, les fonds des donateurs soutenaient l'éducation communautaire sur le VIH par des pairs éducateurs et des mères mentors, ainsi que la recherche des contacts TB par un sous ensemble limité de CHPs) ; (2) l'autonomisation numérique des CHPs pour l'utilisation de la plateforme kényane de système d'information sanitaire communautaire électronique (eCHIS) couvrant l'ensemble des domaines de santé pour le dépistage, l'orientation et le suivi des besoins de santé communautaires ; (3) la garantie de la disponibilité de produits et de fournitures sûrs et de haute qualité pour les CHPs et leurs unités de santé communautaires, à travers une évaluation inter comtés ; et (4) la création d'un environnement favorable aux changements de politiques officialisant le rôle de la santé communautaire dans la prestation des services de SSP.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Les récentes réformes du secteur de la santé au Kenya visent à améliorer l'accès à des soins de santé de qualité et durables en revitalisant la prestation des services à travers la plateforme de soins de santé primaires, qui met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge des maladies courantes, conformément au Cadre stratégique des soins de santé primaires du Kenya 2019–2024. La santé communautaire joue un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux services VIH, TB et autres services de santé, ainsi que de leur utilisation, conformément à la Stratégie de santé communautaire du Kenya 2020–2025.



Photo | Des CHP écoutent tandis qu'une infirmière anime une session de mentorat lors d'une réunion mensuelle. PATH/Caroline Wangire.

Le besoin de ces services dans le comté de Nyamira était particulièrement marqué. Le comté affiche une prévalence du VIH de 3,5 % et un taux attendu de notification des cas de TB de 426 pour 100 000 habitants en 2024 ; il souffre d'un déficit de CHPs adéquatement formés à la prestation des services VIH et TB et au reporting via eCHIS ; et fait face à de nombreuses contraintes entravant la gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé communautaires. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour mettre en œuvre des politiques garantissant la durabilité des services de santé communautaires au sein du système de SSP.

IMPACT

Renforcement des capacités des CHPs. Le projet a formé 724 CHPs aux services VIH et TB, représentant plus de la moitié de l'ensemble des CHPs du comté de Nyamira, en utilisant le curriculum approuvé par le Gouvernement du Kenya et comblant ainsi une lacune majeure. Avant cette formation, 59 % des CHPs du comté n'avaient pas reçu de formation sur le VIH et 63 % n'avaient pas été formés sur la TB.

Extension de la portée des services. L'approche intégrée a contribué à une réduction de 32 % du nombre de personnes perdues de vue dans le cadre du traitement antirétroviral, telles que rapportées par les établissements de santé (passant de 1 283 en 2023 à 871 en 2025). Le nombre de personnes ayant interrompu leur traitement antituberculeux a diminué de 80 %, passant de 391 à 78 sur la même période. La contribution des CHPs à l'identification des cas de TB (par le dépistage symptomatique et l'orientation) est passée de 36 % à 42 % au cours de cette période.

Engagement multisectoriel. Le projet a soutenu une nouvelle approche d'engagement multisectoriel des parties prenantes dans les processus annuels de budgétisation et de planification du secteur de la santé au niveau du comté. Plus de 80 personnes issues de 27 organisations ont participé à l'exercice annuel de planification en 2025, y compris des participants de première fois provenant du secteur privé, d'organismes professionnels ainsi que d'organisations non gouvernementales et confessionnelles. Cette mobilisation contribue à améliorer l'équité dans l'allocation des ressources, la redevabilité et la transparence dans la répartition du budget de la santé pour les services de soins de santé primaires.

Avancées politiques en faveur du renforcement des systèmes communautaires. Le projet a contribué à la modification de la Nyamira County Community Health Services Act, intégrant de nouvelles dispositions relatives au recrutement, à la formation, à l'équipement et à la rémunération des CHPs. Ces évolutions fournissent un cadre politique garantissant l'allocation de ressources en faveur de services de santé communautaires robustes.

Services d'appui en technologies de l'information (TI). De nouveaux processus pilotés par le comté ont été déployés, notamment un système électronique de gestion des stocks pour les tablettes et téléphones, une formation à l'utilisation du système eCHIS dispensée à 723 CHPs, ainsi que des centres d'assistance informatique au niveau des sous comtés pour les utilisateurs d'eCHIS. Ces mesures ont permis de réduire le délai de résolution des incidents techniques de 14 jours à 2 jours.

FACTEURS FACILITATEURS

Alignement avec les priorités nationales en matière de stratégie de numérisation pour les CHPs, les curricula de formation approuvés par le National AIDS and STI Control Program du Kenya et les politiques de santé communautaire opérationnalisant les plans stratégiques du Gouvernement du Kenya.

Partenariats solides et co mise en œuvre avec les responsables du comté de Nyamira, ainsi que facilitation de nouveaux partenariats intersectoriels grâce à une approche participative et multipartite de la planification et de la budgétisation annuelles du comté.

Formation continue et mentorat des CHPs par le biais de recyclages en cours d'emploi, de supervision formative et de centres d'assistance informatique eCHIS au niveau des sous comtés.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Il est essentiel de mesurer le nombre de personnes atteintes par les services VIH et TB tout en garantissant la couverture et la qualité des autres services de santé communautaires. Le projet s'est appuyé sur la plateforme nationale eCHIS pour suivre les tendances de prestation des services et de rétention dans la prise en charge du VIH et de la TB. L'équipe du projet co met en œuvre des évaluations semestrielles de la qualité des données et des revues trimestrielles afin d'assurer l'exhaustivité des données et un suivi rigoureux des résultats en matière de santé communautaire.

La mesure des résultats sanitaires en aval attribuables à l'élargissement du champ d'action et à l'amélioration des performances des CHPs constitue un domaine nécessitant une attention accrue. Le projet conduit actuellement une évaluation à méthodes mixtes de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé communautaires dans sept comtés, laquelle orientera les améliorations des programmes de produits et de logistique pour la santé communautaire au Kenya.

PERSPECTIVES

PATH continuera de collaborer avec le Gouvernement du Kenya pour améliorer les systèmes de reporting des services fournis par les CHPs afin d'estimer de manière plus précise la couverture et la qualité des résultats, tant pour les services intégrés VIH/TB que pour les autres services de santé prestation. À travers des efforts continus de renforcement des capacités, le projet s'attachera également à relever les défis persistants de l'intégration, notamment la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et de celles diagnostiquées avec la TB, afin de garantir une prestation de soins de haute qualité au sein du système de soins de santé primaires à assise communautaire.

EXEMPLES PAYS | **MOZAMBIQUE**

Intégration des services de développement de la petite enfance (ECD) dans les plateformes de vaccination de routine

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2025

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : DPE et services de vaccination de routine offerts ensemble lors des visites en établissement de santé.

Organisationnel : Cocréation par une équipe multidisciplinaire représentant différents départements du ministère de la Santé (vaccination, paludisme, santé familiale et nutrition) et PATH.

Systèmes : Agents de santé dans les établissements et communautaires formés à fournir des services intégrés ; structures de direction et de gestion engagées dans la co-planification ; données recueillies via le système d'information sanitaire de routine (DHIS2).

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Convergence : Services ECD et vaccination dispensés ensemble dans les établissements de santé, avec les mêmes prestataires qui dépistent pour les deux services et utilisent un systèmes de surveillance de routine commun.



Photo | Un professionnel de santé conseille une mère à l'aide de l'affiche sur les étapes du développement. PATH.

DESCRIPTION

Le gouvernement du Mozambique a introduit le vaccin contre le paludisme en août 2024, à commencer par la province du Zambé. Bien que le vaccin offre une opportunité importante de réduire la morbidité et la mortalité du paludisme chez les enfants, la compléter les quatres doses du du calendrier vaccinalreste un défi opérationnel, avec une observance plus faible des dosesubséquentes , en particulier pour la troisième et la quatrième. Les programmes de vaccination à doses multiples nécessitent un contact répété entre les soignants et les services de santé et sont vulnérables aux rendez-vous manqués, aux priorités concurrentes et aux obstacles à l'accès aux soins.

En 2025, Gavi, l'Alliance pour le vaccin, a lancé l'Agenda d'apprentissage du vaccin contre le paludisme afin d'identifier des stratégies visant à accroître l'adoption du vaccin contre le paludisme par l'intégration avec d'autres services de santé. Dans le cadre de cette initiative, le ministère de la Santé du Mozambique (MOH), les gouvernements provinciaux et de district, PATH et Maraxis ont mis en œuvre et évalué l'intégration des services de DPE dans les plateformes de vaccination de routine réparties dans dix établissements de santé de la province de Zambézia.

L'intervention ECD comprenait trois composantes principales : 1) des séances de playbox dans la salle d'attente de l'établissement de santé animées par des militants de santé communautaire qui facilitaient le jeu entre les gardiens d'enfants et les enfants à l'aide d'un tapis de jeu et de jouets fabriqués à partir de matériaux recyclés ; 2) le suivi des stades

de développement lors des visites de santé infantile à l'aide d'affiches standardisées et approuvées par le MOH ; et 3) lorsque des retards étaient identifiés, un counseling individuel sur les soins attentifs et l'apprentissage précoce avec des orientations vers les services appropriés si nécessaire.



Photo | Les gardiens d'enfants et les enfants participent à une séance de playbox dans un établissement de santé de la province de Zambézia, Mozambique. PATH.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

L'introduction de la vaccination contre le paludisme crée des opportunités supplémentaires d'engagement entre les enfants, les gardiens d'enfants et le système de santé, facilitant l'intégration avec d'autres services de santé pour enfants. Les directives de santé infantile du Mozambique recommandent un suivi du développement à 3, 9 et 18 mois, ce qui se rapproche du calendrier vaccinal antipaludisme à 6, 7, 9 et 18 mois. L'intégration des services ECD aux visites vaccinales peut aider à réduire les occasions manquées de vaccination en augmentant les contacts avec les enfants et les aidants à des âges critiques. De plus, les interventions ECD peuvent améliorer l'expérience de service tant pour les gardiens d'enfants que pour les enfants, augmentant la motivation à revenir aux rendez-vous de vaccination ultérieurs. Des études antérieures au Mozambique ont montré que l'intégration des interventions ECD dans les soins primaires de routine est à la fois réalisable et efficace, améliorant les pratiques des gardiens d'enfants, renforçant le suivi du développement et augmentant les opportunités d'identification précoce des retards de développement.

IMPACT

Une grande acceptabilité. Les professionnels de santé, les agents de santé communautaires, les gardiens d'enfants et les gestionnaires de district/provinciaux ont déclaré que l'approche intégrée était hautement acceptable. L'acceptabilité reposait sur des améliorations observables en santé, la faisabilité de l'intégration et une réponse positive de la communauté, bien que limitée par des contraintes de ressources et des préoccupations de pérennisation .

Enthousiasme pour les sessions playbox. La composante playbox a suscité la réponse la plus enthousiaste parmi tous les groupes. Dans les 10 centres d'intervention, les sessions playbox ont atteint 3 000 à 4 000 gardiens d'enfants par mois, avec des messages clés sur la stimulation précoce et le jeu interactif guidé. Les sessions playbox ont permis aux gardiens d'enfants d'acquérir des compétences pratiques et ont permis d'offrir une salle d'attente plus calme.

Expérience de services amélioré. L'intégration des activités de DPE dans les services de routine a amélioré la qualité perçue des soins de santé infantile, avec des enfants plus calmes lors des consultations, des interactions plus positives entre soignants et un prestataire de soins plus élevé, et une motivation accrue des gardiens d'enfants à revenir pour les visites vaccinales ultérieures.

Détection accrue des retards de développement. L'intervention a activé des fonctions de DPE auparavant sous-utilisées, entraînant une augmentation de 20,25 fois la détection des retards de développement et une identification accrue de la malnutrition qui aurait autrement été ignorée.

Coût par enfant. Le coût économique total de la mise en œuvre initiale de l'intervention intégrée ECD s'élevait à 21 975 USD. Le coût par enfant ayant reçu l'intervention ECD était estimé à 1,87 USD par enfant. Le principal facteur de coût était le personnel (57 % des coûts économiques totaux), suivi du transport pour suivre la formation et effectuer des supervisions (21 %).

FACILITATEURS

L'implication précoce et active des dirigeants provinciaux et de district ainsi que des gestionnaires des établissements favorisait l'appropriation et l'alignement avec les systèmes existants et une mise en œuvre plus fluide. Cela a permis de s'assurer que les interventions étaient perçues comme faisant partie de la prestation de services de routine plutôt que comme des activités parallèles.

Un mentorat continu a été essentiel pour traduire la formation en pratique. Les visites régulières impliquant les superviseurs de district ont renforcé le respect des normes, amélioré la détection des cas et renforcé la redevabilité .

L'alignement avec les structures et flux de travail existants des systèmes de santé, plutôt que de créer des systèmes parallèles, a favorisé l'acceptabilité et l'adoption rapide de l'intervention parmi les professionnels de santé.

Les principes de conception centrés sur l'humain ont inspiré le développement des interventions ECD, ce qui a contribué à leur grande acceptabilité et à leur intégration facile dans les flux de travail existants.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION

L'intervention intégrée a tiré parti des systèmes d'information existants (carte de santé de l'enfant, registre de santé de l'enfant, DHIS2) plutôt que de créer des systèmes parallèles. Le personnel des établissements de santé a rapporté des décomptes mensuels d'enfants identifiés avec des retards de développement dans des champs de registre auparavant sous-utilisés. L'utilisation des systèmes de routine existants a permis un suivi rapide des programmes, mais la courte période de mise en œuvre a limité la capacité d'évaluer un rapport soutenu sur le long terme.

L'évaluation de l'intervention intégrée a utilisé des méthodes mixtes, triangulant les données issues d'entretiens, de discussions en groupes, des checklists de supervision, de systèmes de données de routiners, des questionnaires de coûts et d'ateliers participatifs.

PERSPECTIVES D'AVENIR

L'intervention intégrée montre un potentiel prometteur pour améliorer l'adhésion des agents de santé aux pratiques de suivi de la croissance, offrir des opportunités supplémentaires de vaccination et de dépistage ECD, augmenter l'identification des retards de développement et améliorer l'expérience de service des gardiens d'enfants. Cependant, l'acceptabilité et la démonstration de la faisabilité réussi sont nécessaires mais insuffisantes pour maintenir la mise en œuvre. Il sera crucial de répondre aux contraintes du système, en particulier liées à la charge de travail du personnel, afin de créer les conditions opérationnelles nécessaires à la mise en œuvre systématique de l'approche intégrée.

EXEMPLES PAYS | **SENEGAL**

Intégration de la surveillance du paludisme au Centre des opérations d'urgence afin d'améliorer la riposte aux flambées épidémiques

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2020 à 2023

TYPE D'INTÉGRATION

Organisationnel : Partenariat entre deux entités gouvernementales.

Systèmes : Systèmes d'information, ressources humaines pour la santé, leadership et gestion.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Coordination : Au niveau national, ce modèle reposait sur une communication étroite entre le NMCP et le COUS pour la planification conjointe, la mutualisation des ressources et les décisions de mise en œuvre.

Colocalisation : Au niveau infranational, le partenariat entre le NMCP et le COUS a soutenu les activités de surveillance grâce à un partage continu des données et a une définition collective des priorités, ainsi qu'à des « salles de choc », où la colocalisation physique des équipes du NMCP et du COUS a facilité l'examen des données et la prise de décision.

DESCRIPTION

L'objectif est d'intégrer la surveillance du paludisme au sein du Centre des opérations d'urgence sanitaire (COUS) afin : (1) de renforcer la capacité du COUS à gérer les urgences de santé publique, y compris le paludisme ; et (2) de renforcer la capacité du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP/NMCP) à répondre aux flambées de paludisme dans les contextes de faible et de forte transmission et à mettre en œuvre des activités de prévention plus efficientes et plus efficaces dans les zones de forte transmission.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Le ministère de la Santé du Sénégal a envisagé de s'appuyer sur une plateforme de données préexistante et performante, ainsi que sur les ressources humaines associées, initialement orientées vers la surveillance de la préparation aux pandémies, afin de procéder à une formation croisée sur le paludisme en tant que menace persistante de santé publique (et comme moyen de maintenir les compétences en épidémiologie et en analyse des données).

IMPACT

Une évaluation prospective des processus a documenté un engagement soutenu à haut niveau de la part du Gouvernement du Sénégal, et les parties prenantes gouvernementales ont estimé que le COUS avait renforcé sa capacité de réponse aux urgences de santé publique grâce à cette intégration.

Au cours de la période de mise en œuvre, les cinq COUS régionaux ont activé des réponses d'urgence face à six flambées locales de maladies, notamment la grippe aviaire, la dengue et la fièvre hémorragique de Crimée Congo. Les procédures opérationnelles normalisées élaborées et les formations associées dans le cadre de ce projet peuvent être adaptées à l'ensemble des flambées de maladies.



Photo | Un enquêteur de cas de paludisme tient un téléphone portable pour soumettre les données qu'il a collectées, lesquelles sont utilisées par l'équipe intégrée du COUS pour la surveillance des flambées épidémiques. PATH/ Gabe Bienczycki.

FACTEURS FACILITATEURS

Partenariats innovants. La reconnaissance précoce des bénéfices mutuels que chaque entité organisationnelle (PNLP/NMCP et COUS) pouvait tirer de l'intégration — plutôt que du travail en silos — a constitué un levier déterminant.

Leadership infranational. La décentralisation de la réponse aux urgences de santé publique au niveau infranational a renforcé la capacité des organisations à répondre efficacement.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Lorsqu'un cadre d'intégration définissant clairement les attentes, les rôles et les responsabilités de chaque organisation impliquée est élaboré et communiqué, les programmes sont mieux à même d'évaluer les mécanismes conduisant à une intégration réussie, ainsi que les défis rencontrés.

Le délai moyen entre la détection d'une flambée et l'activation de la réponse d'urgence constitue un indicateur pertinent pour apprécier l'efficacité de la riposte et pour démontrer la capacité opérationnelle à utiliser les données afin de répondre aux menaces sanitaires.

EXEMPLES PAYS | **SOMALIE**

FaRID : le programme intégré de prestation à grande portée

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2023 à ce jour

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : vaccination, nutrition, santé maternelle et consultation curative, dispensées ensemble via des sites fixes, mobiles et plateformes de sensibilisation.

Organisationnel et professionnel : différentes organisations qui mettent en commun compétences, ressources et expertise pour permettre une prestation de services intégrée.

Systèmes : Conception conjointe de programmes, planification et formation des professionnels de santé dans plusieurs domaines de santé afin de fournir des services intégrés.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Convergence : plusieurs services, y compris la vaccination, la santé maternelle et les consultations générales, sont fournis via une combinaison de modalités mobiles et à site fixe.

DESCRIPTION

Depuis 2023, FaRID propose un ensemble intégré de services de vaccination, de dépistage et de traitement nutritionnel, de santé maternelle et d'autres soins de santé primaires (PHC) dans les zones inaccessibles et affectées par les conflits. Financé par le programme de renforcement de la vaccination de routine de la Fondation Gates, et mis en œuvre par un écosystème multipartenaire, incluant le projet Core Group Partners, Save the Children, Development and Empowerment for Humanity, Wardi, Vision Corps International, Zam Zam Foundation, World Food Program Innovation Accelerator, Centre for Humanitarian Dialogue, Acasus, Health E-Net et HISP Tanzania, le programme fonctionne dans 20 districts de Galmudug, Hirshabelle et Jubaland — dont beaucoup n'avaient pas bénéficié de services de santé depuis plus d'une décennie — faisant de l'offre des prestations mobile l'approche la plus viable pour atteindredes vastes populations mal desservies.

De 2023 à 2025, FaRID a déployé des équipes de camps de santé mobiles de cinq personnes pour apporter des services directement aux communautés en situation de sécurité fragile, isolées ou difficiles d' accès. En 2025, le programme est passé à un modèle de sites fixes, établissant des unités de soins de santé primaire et menant des actions de sensibilisation régulières dans les villages environnants. Cependant, ce changement a réduit l'accès pour les populations confrontées aux conflits et aux barrières géographiques. En conséquence, les camps de santé ont été réintroduits plus tard en 2025 dans huit districts, créant

un modèle de prestation mixte combinant sites fixes avec des camps de sensibilisation et mobiles — une réponse flexible et adaptative aux contraintes d'accès persistantes.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Le design intégré de FaRID reflète les préférences communautaires et les preuves issues de campagnes contre la polio montrant que la participation est nettement plus élevée lorsque la vaccination est proposée en parallèle avec d'autres services de santé essentiels. Cette approche s'inscrit dans les leçons plus larges de la conception des services communautaires : les familles sont plus susceptibles de chercher des soins lorsque les services préventifs sont combinés avec des services curatifs ou à forte demande tels que les traitements nutritionnels. L'intégration réduit également les coûts de déplacement et d'opportunité pour les ménages, ce qui la rend particulièrement cruciale dans les contextes touchés par les conflits.

IMPACT

De 2023 à 2025, FaRID a délivré plus d'un million de doses de vaccination et de consultations en soins de santé primaire dans plus de 1 200 communautés. Des visites communautaires répétées, tant par mobile que par la sensibilisation en sites fixes , ont permis de trouver des enfants zérodose ; au fil du temps, cela a entraîné une baisse substantielle du nombre d'enfants à zéro dose — passant de 40 777 au premier trimestre 2024 à 11 186 à la fin de 2024. Cela démontre l'efficacité de la prestation de services intégrée pour améliorer l'accès à la vaccination et atteindre des populations qui n'étaient pas touchées par le système de santé jusque-là .

FACILITATEURS

Engagement communautaire dans les zones inaccessibles pour éclairer la conception du package de services intégrés.

Approche de partenariat avec des organisations qui jouent des rôles spécifiques et complémentaires afin d'atteindre des communautés auparavant inaccessibles grâce aux services de santé.

Négociations pour l'accès pour l'entrée des équipes mobiles de santé des camps dans les zones touchées par le conflit, accordées à travers de multiples tables rondes avec les anciens de la communauté.

CONSIDÉRATIONS DE MESURE

La mesure de FaRID à ce jour s'est principalement concentrée sur le nombre de services fournis, en particulier les vaccinations. Bien que ces indicateurs démontrent la portée des programmes, l'absence de données individuelles rend difficile la détermination du nombre de clients qui reçoivent réellement des services intégrés plutôt que des interventions uniques. Pour renforcer la redevabilité du modèle intégré, il est nécessaire d'intégrer des indicateurs spécifiques à l'intégration dans la surveillance de routine — tels que la proportion de clients recevant plusieurs services lors d'une seule visite, les schémas de co-utilisation des services et les raisons rapportées par les clients de la recherche de soins. Étendre le cadre de mesure de cette manière offrirait une image plus précise de l'efficacité de FaRID pour atteindre ses objectifs de service intégré.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Le maintien d'un modèle intégré nécessitera également un engagement proactif des donateurs, l'utilisation stratégique de camps de santé mobiles pour atteindre des populations au-delà des zones de recrutement fixes , et une planification minutieuse pour la faisabilité à long terme d'un modèle hybride. Renforcer le suivi zéro dose , surveiller la demande communautaire à travers les modalités de prestation et garantir un approvisionnement fiable en intrant nutritionnel et autres produits clés sera essentiel pour maintenir la confiance et prévenir une baisse de l'adoption des services. Enfin, les efforts d'intégration doivent être ancrés dans des circuits de référence fonctionnelles et soutenus par une préparation des établissements de niveau supérieur afin que les clients reçoivent des soins continus et complets à travers tout le système.

EXEMPLES PAYS | **UKRAINE**

Intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les soins de santé primaires du secteur public

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2019 à 2025 (en cours)

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose assurés par les prestataires et les établissements de SSP.

Organisationnel et professionnel : Renforcement des capacités et collaboration étroite entre les prestataires de SSP et les services spécialisés de lutte contre la tuberculose.

Systèmes : Outils numériques, systèmes d'information, connectivité diagnostique et de laboratoire, renforcement des ressources humaines pour la santé et financement national.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Colocalisation et coordination : L'intégration est facilitée par des systèmes numériques partagés permettent aux équipes de SSP de dépister et de prioriser les patients à haut risque, de recevoir automatiquement les résultats des tests GeneXpert et de coordonner les orientations vers les établissements spécialisés de prise en charge de la tuberculose.

DESCRIPTION

Le projet Support TB Control Efforts in Ukraine, financé par le gouvernement des États Unis et mis en œuvre par PATH, a facilité de manière systématique l'intégration de la prévention, du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge de la TB au sein du système public de SSP de l'Ukraine. Mis en œuvre dans un contexte marqué par une réforme du système de santé, la pandémie de COVID 19 et un conflit armé en cours, le projet vise à opérationnaliser les politiques du ministère de la Santé (MoH) en faveur de la décentralisation et de l'intégration des services de lutte contre la TB dans les SSP. L'objectif est d'améliorer la détection précoce, de réduire les cas manqués et d'assurer une prise en charge rapide et centrée sur la personne pour les personnes atteintes de tuberculose, de tuberculose pharmacorésistante et de co infection VIH/TB, ainsi que des services de prévention pour les personnes infectées par la TB et d'autres groupes à haut risque, en particulier les personnes déplacées à l'intérieur du pays et d'autres populations mal desservies.

Les réformes du système de santé conduites par le MoH ukrainien ont placé les soins de santé primaires au cœur de la stratégie nationale, avec pour mandat d'intégrer dans l'offre essentielle des SSP des domaines de soins auparavant cloisonnés, tels que la lutte contre la tuberculose. Les principales composantes de l'approche d'intégration comprenaient : (1) **le renforcement des capacités de la main d'œuvre des SSP** grâce à la mise en place de formations professionnelles

continues accréditées dans trois pôles régionaux, au transfert de tâches vers les infirmiers et infirmières, et à la mise à jour des curricula afin de les aligner sur les priorités réglementaires du MoH ; (2) l'adoption de **modèles de formation à moindre coût**, notamment des dispositifs de formation hybride et en cascade mobilisant des médecins et infirmiers des SSP comme formateurs aux niveaux régional et des établissements ; (3) le déploiement de **diagnostics mobiles et numériques**, y compris des appareils portables de radiologie numérique, des systèmes de radiologie assistés par intelligence artificielle (IA) et la connectivité des équipements de diagnostic moléculaire (GeneXpert) ; (4) la **priorisation des populations à haut risque** pour un dépistage systématique et des tests décentralisés de l'infection tuberculeuse ; (5) l'extension des **technologies numériques d'adhésion** au traitement pour soutenir la prise en charge ambulatoire ; et (6) le renforcement du **soutien psychosocial communautaire** et de la lutte contre la stigmatisation. Pris dans leur ensemble, ces efforts ont positionné les prestataires de soins de santé primaires comme un point d'entrée central pour la détection de la tuberculose, l'orientation et la continuité du traitement, en cohérence avec les priorités des politiques nationales de santé.



Photo | Une équipe multidisciplinaire réalise un examen radiographique dans l'oblast d'Odessa, en Ukraine. PATH/ Yevhen Astaforov

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Dans le cadre de la réforme du système de santé en Ukraine, les politiques nationales ont encouragé le passage d'un modèle hospitalo centré de prise en charge de la tuberculose à des soins ambulatoires décentralisés, dispensés par les soins de santé primaires et financés par le régime national d'assurance maladie. Si cette orientation a posé une base solide en matière de durabilité, les prestataires des SSP ne disposaient initialement ni des outils, ni des compétences, ni des flux de travail opérationnels nécessaires pour intégrer les services de lutte contre la TB dans la pratique courante. Parallèlement, la réduction du nombre de médecins spécialisés en tuberculose a accru la dépendance à l'égard des SSP en tant que premier—et souvent unique—point de contact pour les patients. Face à cette situation, le projet a réalisé des investissements catalytiques ciblés dans l'appui technique, opérationnel et le renforcement des capacités de la main d'œuvre afin d'opérationnaliser l'intégration de la TB au sein des SSP. Cette approche a permis de renforcer la prestation de services de lutte contre la TB financés sur ressources nationales dans le cadre des soins de routine, plutôt que de créer des modèles parallèles, tout en veillant à ce que la décentralisation se traduise par des gains concrets en matière d'accès aux soins et de continuité du traitement.

IMPACT

Malgré les perturbations liées au conflit, ces efforts ont conduit à des avancées concrètes en matière d'intégration des services et de résilience du système. Le projet a permis de traduire efficacement les politiques de santé en pratiques opérationnelles au niveau des SSP, avec les résultats suivants enregistrés entre octobre 2024 et septembre 2025 :



Photo | Formation d'infirmiers et d'infirmières de SSP à Lviv, en Ukraine. PATH/Yevhen Astaforov.

Détection et diagnostic précoces. Les activités de dépistage au moyen de radiographies mobiles et portables ont atteint plus de 38 000 personnes, aboutissant à 174 diagnostics de tuberculose et à un démarrage rapide du traitement.

Réduction des délais de notification. Les systèmes d'information radiologique ont été étendus à 11 hôpitaux, et les outils fondés sur l'intelligence artificielle ont traité plus de 110 000 radiographies, réduisant les délais d'interprétation de plusieurs jours à moins de 48 heures.

Amélioration de la continuité du traitement. Plus de 5 000 patients ont bénéficié d'un appui via des technologies numériques favorisant l'adhésion au traitement ; parmi ceux ayant terminé leur traitement, environ 90 % ont obtenu des résultats favorables.

Renforcement de la résilience de la main d'œuvre. Le transfert de tâches a permis aux infirmiers et infirmières de poursuivre le dépistage et le suivi de la tuberculose lorsque les médecins spécialisés ont quitté les zones touchées par le conflit.

Extension à l'échelle nationale. Le projet est passé de 12 régions initiales à l'ensemble des territoires contrôlés par le gouvernement, en réponse aux déplacements de populations et à l'évolution des besoins.

FACTEURS FACILITATEURS

Innovations numériques pragmatiques, intégrées et interopérables avec les systèmes d'information médicale existants.

Formation continue et mentorat des médecins et infirmiers des SSP, incluant le recours à des approches de formation hybride à faible coût et à des modèles de formation en cascade.

Priorisation claire des populations les plus exposées au risque de tuberculose afin de gérer la charge de travail et d'améliorer le rapport coût efficacité.

Forte collaboration entre les prestataires de SSP, les établissements spécialisés TB, les laboratoires et les communautés.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Les résultats liés à la tuberculose sont suivis à travers les systèmes nationaux d'information des SSP et de lutte contre la TB, et l'évaluation des performances repose sur les indicateurs nationaux standards de dépistage, de détection des cas, de mise sous traitement et d'achèvement du traitement. Ces indicateurs sont complétés par des métriques opérationnelles, notamment le délai entre la première consultation d'un patient et la réalisation d'un test confirmatoire de TB, le recours au traitement ambulatoire dès le premier jour, ainsi que l'adhésion au traitement soutenue par des outils numériques. Ensemble, ces mesures permettent de documenter la contribution des modèles de SSP intégrés à l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité des services de lutte contre la tuberculose. Bien que le projet promeuve une prise en charge complète et centrée sur la personne pour les patients atteints de tuberculose, l'utilisation plus large des services de SSP est influencée par de multiples acteurs et réformes. Les effets systémiques de l'intégration devraient devenir plus mesurables sur un horizon temporel plus long, en particulier lorsque les perturbations liées au conflit se résorberont.

PERSPECTIVES

Le projet continuera d'investir dans des approches de formation des formateurs afin de décentraliser les capacités de formation, de permettre des recyclages réguliers et de maintenir les compétences dans la durée. En parallèle, les efforts porteront sur le renforcement de la prestation de services mobiles, l'amélioration des systèmes numériques et des mécanismes d'orientation, ainsi que l'optimisation de l'utilisation pratique des équipements existants, des outils numériques et des orientations cliniques grâce au mentorat, à la supervision formative et à l'amélioration des flux de travail. Pris dans leur ensemble, ces efforts permettront de combler les lacunes de mise en œuvre restantes tout en soutenant le renforcement global des SSP et la relance du système de santé, intégrant encore davantage les services de lutte contre la tuberculose dans les soins de routine et positionnant les SSP pour fournir des soins plus complets et centrés sur la personne, en cohérence avec l'évolution des priorités du ministère de la Santé.

EXEMPLES PAYS | **VIETNAM**

Promotion d'une conception des services VIH et de SSP intégrés, pilotée par les communautés

PÉRIODE DE MISE EN ŒUVRE

2020 à 2024

TYPE D'INTÉGRATION

Prestation de services : Ensemble élargi de services SSP fournis par des cliniques sociales opérant comme des guichets uniques, détenues et dirigées par des populations clés.

DEGRÉ D'INTÉGRATION

Convergence : Ces cliniques proposent des services de soins élargis et holistiques, définis par les priorités des usagers. Les services sont fournis dans un cadre unique, sous une structure collective de leadership et de gestion.



Photo | Un médecin dispense une consultation sur les services offerts dans l'une des cliniques de type « guichet unique », soutenues par le programme USAID/PATH STEPS et dirigées par l'organisation de populations clés Glink, à Ho Chi Minh-Ville. PATH pour USAID/STEPS.

DESCRIPTION

En partenariat avec le ministère de la Santé, les projets USAID/Healthy Markets et STEPS ont soutenu la conception, le lancement et la mise à l'échelle de cliniques durables de type « guichet unique » afin d'offrir aux populations clés un ensemble de services intégrés, comprenant notamment le dépistage du VIH, la prophylaxie pré exposition (PrEP), le traitement antirétroviral, ainsi que des services liés à la tuberculose, aux hépatites virales, aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux MNT, aux soins dentaires, à la dermatologie, au conseil en santé mentale, à la prise en charge des addictions et aux soins de santé pour les personnes transgenres.

JUSTIFICATION DE L'INTÉGRATION

Les populations clés recherchaient des services de santé plus holistiques en dehors du secteur public, qui soient pratiques, confidentiels et inclusifs. Leurs besoins en santé vont bien au delà du VIH, et la raison principale de consultation n'est souvent pas liée au VIH. Les cliniques de type « guichet unique », conçues comme un modèle de soins de santé primaires complets et intégrés, ont été créées avec pour objectif explicite de répondre aux besoins des populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres et leurs partenaires.

IMPACT

Depuis octobre 2020, ces cliniques intégrées ont pris en charge plus de 37 400 usagers. La majorité des clients ont initialement consulté pour la PrEP ou le dépistage du VIH, et plus de la moitié ont bénéficié de services supplémentaires au sein de la clinique : 75 % ont reçu des services de dépistage des IST, 43 % ont été dépistés pour l'hépatite B, 48 % pour l'hépatite C et 51 % ont bénéficié de services de conseil en santé mentale. Par ailleurs, les cliniques « guichet unique » ont joué un rôle déterminant dans l'accès à la PrEP, 26 % des nouveaux usagers de la PrEP s'étant inscrits après avoir initialement consulté pour d'autres services de soins de santé primaires. Le dépistage et la prise en charge en santé mentale ont contribué à améliorer la rétention dans le traitement antirétroviral et la PrEP. L'approche a également favorisé une augmentation du recours aux services de santé par les femmes transgenres, y compris pour la PrEP. Enfin, la nature d'entreprise sociale de ces cliniques a permis aux organisations de populations clés de pérenniser leurs services au delà des financements des donateurs.[36]

FACTEURS FACILITATEURS

Production solide de données probantes. PATH a utilisé les données issues des programmes pilotes pour démontrer au Gouvernement du Viet Nam les avantages d'un modèle de cliniques intégrées dirigées par les populations clés. Cette approche est désormais intégrée dans la législation et la stratégie nationales de lutte contre le VIH, avec plus de 35 cliniques et pharmacies disponibles à l'échelle nationale.

Conception inclusive. Depuis 2015, PATH et les organisations de populations clés travaillent conjointement de manière itérative pour développer et élargir l'offre de services de ces cliniques intégrées. Cette démarche s'est appuyée sur des collaboratifs d'amélioration continue de la qualité pilotés par les cliniques et les communautés, intégrant des mécanismes structurés de retour des usagers, ainsi que des mini enquêtes visant à évaluer les préférences en matière de services, les besoins et la disposition à payer.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE

Il est particulièrement pertinent de mesurer l'impact de l'offre de services intégrés en tant que point d'entrée vers l'utilisation des services VIH, la rétention dans les soins et la satisfaction des usagers, ainsi que les effets réciproques entre ces dimensions.

Annexe

Vue d'ensemble des cadres d'intégration, y compris les typologies et les concepts clés

GRÉPIN & REICH (2008)

Conceptualiser l'intégration : un cadre d'analyse appliqué aux partenariats de lutte contre les maladies tropicales négligées

Il existe de nombreuses options d'intégration. Afin de comprendre leurs différences, ce cadre peut être utilisé pour conceptualiser les différentes options en fonction des domaines, des niveaux et des degrés d'intégration :

Le domaine renvoie à ce qui est intégré (par exemple, les activités, les politiques, la structure organisationnelle).

Le niveau renvoie à l'endroit où l'intégration s'opère (par exemple, aux niveau mondial, nationale, ou local).

Le degré renvoie à la manière dont l'intégration est mise en œuvre (par exemple, coordination, collaboration, consolidation).

- **Coordination :** Échanges de communication et d'informations entre des programmes distincts dans le but de simplifier la mise en œuvre de chacun d'eux. Par exemple : des programmes peuvent collaborer au niveau national pour élaborer un plan annuel de mise en œuvre (c'est à dire dans le domaine des activités et au niveau national).
- **Collaboration :** Coopération accrue entre des programmes axés sur des maladies spécifiques. En plus d'une coordination renforcée, cela peut inclure le partage de ressources ou de personnel. Par exemple : plusieurs programmes peuvent procéder ensemble à l'achat de véhicules et d'autres équipements, utilisables ensuite par l'ensemble des programmes (c'est à dire dans le domaine des activités et aux niveaux national et régional).
- **Consolidation :** Mise en œuvre d'une partie ou de la totalité d'un programme par un autre programme. La consolidation implique le remplacement d'une partie ou de l'intégralité d'un programme par une nouvelle initiative ou entité. Par exemple : au lieu d'organiser plusieurs sessions de formation distinctes par maladie pour les agents de santé au niveau district, les agents de santé au niveau régional pourraient proposer une seule formation annuelle couvrant plusieurs programmes de lutte contre différentes maladies (c'est à dire dans le domaine des activités et au niveau de la mise en œuvre).

HEATH ET AL. (2013)

Revue et proposition d'un cadre standard des niveaux d'intégration des soins de santé

Sur la base d'un revue des niveaux d'intégration des soins de santé, cette note de synthèse propose un cadre fonctionnel standard permettant de classifier l'intégration selon six niveaux de collaboration/intégration, en précisant pour chacun les éléments clés, ainsi que les avantages et les inconvénients associés :

- Niveaux 1 et 2 : **Coordination** (élément clé est la communication).
- Niveaux 3 et 4 : **Colocalisation** (l'élément clé est la proximité physique).
- Niveaux 5 et 6 : **Intégration** (élément clé est le changement des pratiques).

VALENTIJN ET AL. (2013) et BAUTISTA ET AL. (2016)

Comprendre les soins intégrés : un cadre conceptuel complet

Instruments de mesure des soins intégrés : une revue systématique des propriétés de mesure

S'appuyant sur le **Rainbow Model for Integrated Care (RMIC)**[14], une revue systématique de la littérature publiée a examiné la manière dont les parties prenantes interprètent et mesurent les soins intégrés.[15] Les résultats ont éclairé l'élaboration d'un cadre de revue systématique, version élargie du RMIC, visant à opérationnaliser le concept et la mesure des soins intégrés. Les outils de mesure fondés sur le RMIC ont été validés dans de multiples contextes. Le cadre RMIC distingue plusieurs dimensions de l'intégration :

- **Intégration clinique** (niveau micro) : coordination de soins centrés sur la personne au sein d'un processus unique, dans le temps, dans l'espace et entre différentes disciplines.
- **Intégration organisationnelle** (niveau méso) : relations interorganisationnelles, y compris des mécanismes de gouvernance communs, permettant de fournir des services complets à une population définie.
- **Intégration professionnelle** (niveau méso) : partenariats interprofessionnels fondés sur des compétences, rôles, responsabilités et mécanismes de redevabilité partagés, afin d'assurer un continuum complet de soins pour une population définie.
- **Intégration des systèmes** (niveau macro) : système intégré à la fois horizontalement et verticalement, fondé sur un ensemble cohérent de règles et de politiques (formelles et informelles) entre les prestataires de soins et les parties prenantes externes, au bénéfice des personnes et des populations.
- **Intégration fonctionnelle** (niveaux micro, méso et macro) : porte sur les fonctions de soutien, telles que les systèmes financiers, de gestion et d'information.
- **Intégration normative** (niveaux micro, méso et macro) : développement et maintien d'un cadre de référence commun, incluant des valeurs partagées, une culture commune et une vision collective.

Le RMIC adopte également le modèle du continuum de l'intégration[26], qui décrit **le degré d'intégration** comme un continuum s'étendant de **la ségrégation totale** à **l'intégration complète**, selon les modalités suivantes :

- **Liaison :** des liens sont établis entre des unités organisationnelles existantes. L'objectif est d'assurer une orientation adéquate des patients vers l'unité appropriée au bon moment, ainsi qu'une communication efficace entre les professionnels concernés afin de favoriser la continuité des soins. Les différentes unités et professionnels comprennent clairement leurs responsabilités respectives, sans transfert de charges financières entre eux. Les lignes directrices cliniques précisant qui fait quoi et à quel moment constituent des exemples de mécanismes utilisés dans cette forme d'intégration.
- **Coordination :** forme d'intégration plus structurée, qui repose néanmoins en grande partie sur les unités organisationnelles existantes. Elle vise à coordonner différents services de santé, à partager l'information clinique et à gérer les transitions des patients entre les unités.
- **Coopération :** implique la mutualisation des ressources de différentes unités organisationnelles pour créer une nouvelle organisation. L'objectif est de développer des services complets, adaptés aux besoins de groupes spécifiques de patients. Ces services intégrés sont gérés par la nouvelle organisation, dans le cadre d'une coopération étroite entre différents groupes professionnels.

GOODWIN (2016)

Comprendre les soins intégrés

Divers cadres conceptuels et typologies ont été élaborés pour caractériser les soins intégrés ; ceux-ci examinent généralement :

- Le **type** d'intégration (par exemple, organisationnelle, professionnelle, culturelle, technologique).
- Le **niveau** auquel l'intégration s'opère (c'est-à-dire aux niveaux macro, méso et micro).
- Le **processus** d'intégration (c'est-à-dire la manière dont la prestation de soins intégrés est organisée et gérée).
- L' **étendue** de l'intégration (par exemple, à l'échelle d'un groupe de population entier ou d'un groupe spécifique d'usagers).
- Le **degré ou l'intensité** de l'intégration (c'est-à-dire le long d'un continuum allant de liens informels à une coordination des soins plus structurée, jusqu'à des équipes ou organisations pleinement intégrées).

UNAIDS AND WHO (2022)

Intégration des interventions en santé mentale et VIH — Principales considérations

Les modèles de services intégrés comprennent :

- Niveau 1 : Intégration **clinique** et **communautaire**.
- Niveau 2 : Intégration **professionnelle** et intégration **organisationnelle**.
- Niveau 3 : Intégration des **systèmes de prestation de services**.

WHO (2023)

Intégration de la prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles dans les programmes VIH/SIDA, tuberculose et santé sexuelle et reproductive : orientations pour la mise en œuvre

Divers types d'intégration ont été définis, dont trois sont pertinents pour ce guide :

- **Intégration fonctionnelle :** structuration et intégration des fonctions et activités administratives et de soutien (financières, médicaments, gestion et systèmes d'information) au service du processus principal de prestation des soins.
- **Intégration des services :** intégration, coordination et organisation (principalement) des services cliniques de santé.
- **Intégration organisationnelle :** coordination des organisations au moyen de contrats, d'alliances stratégiques, de réseaux de connaissances ou fusions afin de fournir des services complets à une population définie.

La NCD Alliance a également publié une boîte à outils destinée à soutenir les défenseurs dans la promotion de réponses intégrées en matière de VIH, de maladies non transmissibles et de santé mentale, en obtenant des engagements politiques nationaux en faveur de l'intégration.[37]

Références

1. World Health Organization (WHO) and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report.* WHO and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379

2. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals.* WHO and UNICEF; 2018. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15

3. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). *Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action.* WHO and UNICEF; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832

4. Future of Global Health Initiatives. The Lusaka Agenda: *Conclusions of the Future of Global Health Initiatives Process;* 2023. https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/

5. Jerving, S. The 'Accra Reset': Time's up for the legacy aid system. *Devex;* 2025, October 1. https://www.devex.com/news/the-accra-reset-time-s-up-for-the-legacy-aid-system-110845#

6. Goodwin N. Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care.* 2016;16. https://doi.org/10.5334/ijic.2530

7. World Health Organization (WHO). *Integrating the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in HIV/AIDS, Tuberculosis, and Sexual and Reproductive Health Programmes: Implementation Guidance.* WHO; 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240061682

8. World Health Assembly, 69. *Framework on Integrated, People-Centred Health Services: Report by the Secretariat.* World Health Organization; 2016. https://iris.who.int/handle/10665/252698

9. Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine.* 2021;18(11):e1003836. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003836

10. Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Health Economics.* 2020;21(8):1211–1221. https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5

11. Lindegren ML, Kennedy CE, Bain-Brickley D, et al. Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;(9):CD010119. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010119

12. Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, et al. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. *Lancet Global Health.* 2023;11(7):e1120–e1124. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00156-0

13. World Health Organization (WHO). *Primary Health Care and HIV: Convergent Actions. Policy Considerations for Decision-Makers.* WHO; 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077065

14. World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Integration of Mental Health and HIV Interventions: Key Considerations.* WHO and UNAIDS; 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240043176

15. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Accelerating Integration of HIV, TB and Malaria to Strengthen Health Outcomes: Technical Brief.* The Global Fund; 2025. https://resources.theglobalfund.org/media/ik4nqx3a/cr_gc8-enabling-guidance-integration_presentation_en.pdf

16. Grépin KA, Reich MR. Conceptualizing integration: a framework for analysis applied to neglected tropical disease control partnerships. *PLOS Neglected Tropical Diseases.* 2008;2(4):e174. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000174

17. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care.* 2013;13. https://doi.org/10.5334/ijic.886

18. Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, et al. Instruments measuring integrated care: a systematic review of measurement properties. *Milbank Quarterly.* 2016;94(4):862–917. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233

19. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO EURO). *Integrated Care Models: An Overview.* WHO EURO; 2016. https://iris.who.int/handle/10665/375502

20. Chaitkin M, Blanchet N, Su Y, et al. *Integrating Vertical Programs into Primary Health Care: A Decision-Making Approach for Policymakers.* Results for Development; 2019. https://r4d.org/resources/integrating-vertical-programs-into-primary-health-care-a-decision-making-approach-for-policymakers/

21. Atun R, De Jongh T, Secci F, et al. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning.* 2010;25(2):104–111. https://doi.org/10.1093/heapol/czp055

22. Heath B, Wise Romero P, Reynolds K. *A Review and Proposed Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare.* SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions; 2013. http://medicaldentalintegration.org/wp-content/uploads/2017/10/A_Standard_Framework_for_Levels_.pdf

23. Local Government Association. *Stepping Up to the Place: Integration Self-Assessment Tool.* Local Government Association; 2016. https://www.local.gov.uk/publications/stepping-place-integration-self-assessment-tool

24. Topp SM, Abimbola S, Joshi R, Negin J. How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services—a systematic review. *Health Policy and Planning.* 2018;33(2):298–312. https://doi.org/10.1093/heapol/czx169

25. Neill R, Zia N, Ashraf L, et al. Integration measurement and its applications in low- and middle-income country health systems: a scoping review. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1876. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16724-2

26. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF). *Primary Health Care Measurement Framework and Indicators: Monitoring Health Systems Through a Primary Health Care Lens.* WHO and UNICEF; 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210

27. Veillard J, Cowling K, Bitton A, et al. Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection. *Milbank Quarterly*. 2017;95(4):836-83. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12301

28. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care.* 2005;5. https://doi.org/10.5334/ijic.134

29. Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care.* 2009;9:e01. https://doi.org/10.5334/ijic.305

30. Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Measuring and Improving Primary Health Care: Tools from the Primary Health Care Performance Initiative, a Reference Guide. PHCPI; 2022. https://www.improvingphc.org/measuring-progress-phc.

31. US Agency for International Development (USAID) and MOMENTUM Knowledge Accelerator. *Primary Impact Measurement for Action Core Indicators.* USAID and MOMENTUM Knowledge Accelerator; 2024. https://decfinder.devme.ai/usaid-momentum/primary-impact-measurement-for-action-core-indicators/

32. Mash R, Besigye I, Bello K, Galle A. How to measure the core functions of primary care in low-income and middle-income country settings. *BMJ Glob Health*. 2025;10(10):e021218. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021218

33. Chinbuah MA, Taylor M, Serpa M, et al. Scaling up Ghana's national newborn care initiative: integrating 'helping babies breathe' (HBB), 'essential care for every baby' (ECEB), and newborn 'infection prevention' (IP) trainings. BMC Health Services Research. 2020;20(1):739. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05225-2

34. Bogdewic S, Ramaswamy R, Goodman DM, et al. The cost-effectiveness of a program to reduce intrapartum and neonatal mortality in a referral hospital in Ghana. PLOS ONE. 2020;15(11):e0242170. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242170

35. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes) : Ghana. OMS ; 2026. https://data.who.int/indicators/i/E3CAF2B/A4C49D3?m49=288. Consulté le 16 octobre 2026.

36. Doan AH, Vu CMH, Nguyen TT, et al. Caring for the whole person: transgender-competent HIV pre-exposure prophylaxis as part of integrated primary healthcare services in Vietnam. *Journal of the International AIDS Society,* 2022;25:e25996. https://doi.org/10.1002/jia2.25996

37. NCD Alliance. Advocating for Integrated HIV, Noncommunicable Disease, and Mental Health Responses: A Toolkit for the 2026 UN High-Level Meeting on HIV/AIDS. NCDA; 2026. https://ncdalliance.org/resources/advocating-for-integrated-hiv-noncommunicable-disease-and-mental-health-responses


PATH