



Développer la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle

Résumé d'orientation

1. La prestation de services de santé intégrés constitue un pan entier de la couverture sanitaire universelle. En 2013, lors de sa soixantième session, le Comité régional a demandé dans la résolution EM/RC60/R.2 consacrée à la couverture sanitaire universelle aux États Membres et à l'OMS d'étendre la prestation de services de santé intégrés sur la base des soins de santé primaires. L'accès à des soins de santé essentiels de qualité est visé à la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD) visant à instaurer la couverture sanitaire universelle afin de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge. L'expérience a démontré que la prestation de services de soins de santé primaires intégrés est plus efficace lorsqu'elle s'appuie sur une approche centrée sur la médecine familiale.

2. Le présent document des discussions techniques fait état de la situation de la médecine familiale dans la Région de la Méditerranée orientale. Basé sur une analyse de la situation, il décrit les besoins en termes de médecine familiale et les dispositions à prendre pour la développer. Le document propose un cadre d'action visant à améliorer la médecine familiale dans la Région aux fins de la couverture sanitaire universelle ; il définit les actions que doivent envisager les États Membres et décrit la façon dont l'OMS peut apporter son soutien.

3. La médecine familiale peut être définie comme les services de soins de santé fournis par un médecin de famille et par son équipe multidisciplinaire, caractérisés par une approche complète, continue, coordonnée, collaborative, personnelle, familiale et axée sur la communauté. Dans cette approche, les services répondent aux besoins de la communauté et permettent d'aider les individus à prendre des décisions et à participer aux soins qui leur sont dispensés. Tout au long de leur vie, les individus bénéficient d'un continuum de services incluant 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, à travers les différents niveaux et les différents centres de soins du système de santé. À l'échelle régionale, on distingue 13 éléments de base de la médecine familiale¹, synthétisés dans les composantes suivantes :

- Une population desservie par les établissements de soins de santé primaires bien définie.
- Des services de santé essentiels complets, abordables et de qualité pour garantir la continuité des soins, conjugués à un système d'orientation-recours fonctionnel.
- Du personnel de santé suffisamment qualifié mis à disposition des établissements de soins de santé primaires pour former une équipe multidisciplinaire.

4. En 2014, une évaluation de la médecine familiale a été menée par l'OMS dans 22 pays de la Région ; ses résultats ont récemment fait l'objet d'une mise à jour. Elle a permis de collecter des informations sur les 13 éléments de base de la médecine familiale, relatifs aux infrastructures, aux défis à relever et aux possibilités de développement des soins de santé primaires/de la médecine familiale.

¹Conceptual and strategic approach to family practice: Towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region. [Approche conceptuelle et stratégique de la médecine familiale : progresser vers la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale au moyen de la médecine familiale] Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2014 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2014_EN_1783.pdf, consulté le 22 août 2016).

5. L'évaluation a révélé que la médecine familiale fait partie intégrante des politiques de santé de 16 pays de la Région, parmi lesquels 13 pays disposent de plans visant à la développer. Comme escompté, il existe des variations importantes entre trois groupes de pays distincts et identifiés, ainsi qu'au sein de ces groupes, en termes de proportion des établissements de soins de santé primaires qui mettent en œuvre des programmes de médecine familiale et d'effectifs des médecins de famille. Dans un seul pays du groupe 1, 100 % des établissements de soins de santé primaires fournissent des services de santé au moyen d'une approche centrée sur la médecine familiale, alors qu'au sein du groupe 3, la médecine familiale est pratiquement inexistante. D'après les informations disponibles, le nombre total de médecins de famille agréés dans les 22 pays s'élèvent à 3225. Au regard de la norme internationale, à savoir trois médecins de famille minimum pour 10 000 habitants, ce chiffre régional s'avère très insuffisant. Les pays de la Région ont besoin à ce jour de 185 497 médecins de famille pour couvrir 100 % de la population, ce qui représente une lacune considérable à combler.

6. L'analyse des informations collectées a permis d'identifier plusieurs des raisons pouvant expliquer cette situation dans la Région, dont voici une liste non exhaustive : la faible priorité accordée à la médecine familiale dans beaucoup d'États Membres, la faiblesse des soins de santé primaires et des systèmes de santé, le manque crucial de médecins de famille qualifiés et agréés, un nombre limité de programmes de formation à la médecine familiale et qui disposent de peu de capacités, la répartition inégale du personnel de santé entre les zones rurales et urbaines, le manque d'investissement du secteur privé dans la prestation de services via l'approche de médecine familiale et les lacunes en termes de suivi et de supervision.

7. Pour les besoins de la cible 3.8 des ODD visant à instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 et dans l'objectif de remédier à la pénurie de médecins de famille agréés dans la Région, deux scénarios ont été élaborés aux fins du présent document. Dans le premier scénario qui tient compte d'un taux inchangé de production de médecins de famille par rapport à la situation actuelle, seul Bahreïn atteint (conserve) le ratio de trois médecins de famille/10 000 habitants d'ici 2030. Dans le second scénario, on a calculé le taux d'augmentation de la production de médecins de famille nécessaire à une couverture de 100 % de la population d'ici 2030, soit trois médecins de famille/10 000 habitants. Les augmentations annuelles recommandées et nécessaires s'échelonnent de 2,77 % pour le Soudan à 3,56 % pour l'Arabie saoudite. La concrétisation du second scénario exigera une réorientation politique majeure visant à réformer les soins de santé primaires et à augmenter l'investissement afin d'établir et de renforcer la médecine familiale dans la Région, et ainsi produire le nombre suffisant de médecins de famille.

8. Toutefois, une stratégie complémentaire sous la forme d'un programme-relais est prévue ; elle peut être définie comme une période de transition durant laquelle le médecin généraliste sera initié à la médecine familiale dans l'objectif de développer ses connaissances et ses compétences en matière de prestation de services. Des programmes-relais couronnés de succès, notamment dédiés à la période de transition pour les médecins généralistes, ont été élaborés dans plusieurs pays du monde.²

9. L'OMS a élaboré, en collaboration avec l'Université américaine de Beyrouth, un cours en ligne de six mois afin d'orienter les médecins généralistes vers la pratique de la médecine familiale et de les y former. Ce cours ne remplace pas la formation complète des médecins de famille, mais il peut servir de solution provisoire. Si les générations actuelles de médecins généralistes seront formées via le

² The contribution of family medicine to improving health systems: A guidebook from the World Organization of Family Doctors (second edition). [La contribution de la médecine familiale à l'amélioration des systèmes de santé : un manuel de l'Organisation mondiale des Médecins de Famille (deuxième édition).] Bangkok : Organisation mondiale des Médecins de Famille ; 2013.

programme-relais, les jeunes diplômés en médecine devront suivre une formation complète afin de devenir des médecins de famille agréés. Différents modèles de programmes-relais de durée variable sont disponibles aux fins de leur reproduction. Plusieurs initiatives semblables aux durées et aux mécanismes variables ont été lancées dans quelques pays de la Région, notamment en Arabie saoudite, en Égypte, en République islamique d'Iran, au Maroc et au Soudan.

10. Une politique et un programme nationaux complets et durables sont nécessaires à l'instauration et au renforcement de la médecine familiale. Un cadre d'action élaboré à l'intention des États Membres et de l'OMS visant au développement de la médecine familiale aux fins de la couverture sanitaire universelle dans la Région est proposé. Les actions sont réparties en six domaines majeurs qui sont exposés ci-après.

- **Gouvernance.** Les systèmes de santé doivent adopter une nouvelle orientation et des compétences doivent être développées pour la prestation de services à travers une approche centrée sur la médecine familiale. Les gouvernements devraient recevoir un soutien aux fins de l'intégration d'un programme de médecine familiale en tant que stratégie globale de prestation de services au sein du cadre visant à la couverture sanitaire universelle et de plans et politiques sanitaires nationaux. Les gouvernements doivent s'assurer de l'engagement politique à tous les niveaux, adopter les mesures et les réglementations appropriées et établir un système de prépaiement durable pour la prestation d'un ensemble de services de santé essentiels à travers une approche centrée sur la médecine familiale.
- **Développement des programmes de formation à la médecine familiale.** Dans l'objectif d'augmenter le nombre de médecins de famille agréés, les modalités de la formation à la médecine familiale doivent être déterminées et renforcées. En guise de mesure transitoire, des programmes-relais adaptés sont nécessaires pour permettre la reconversion des médecins généralistes en médecins de famille. Par ailleurs, des incitations financières et professionnelles doivent être mises en place à l'intention des médecins qui s'engagent dans des programmes de formation à la médecine familiale de troisième cycle.
- **Financement.** Il est nécessaire d'investir dans l'instauration de programmes d'enseignement de la médecine familiale et de formation dans ce domaine. Les pays devraient tester les modalités de paiement des prestataires, entreprendre des achats stratégiques et relier l'approche centrée sur la médecine familiale aux programmes d'assurance-maladie aux fins de la progression vers la couverture sanitaire universelle.
- **Intégration et assurance qualité des services.** Une gamme de services de santé sélectionnés avec attention et de qualité assurée doit être fournie de façon intégrée dans le cadre de la médecine familiale, appuyée par un système d'orientation-recours fiable. Les établissements de santé devraient être accrédités. Les pays devraient recevoir un soutien pour appliquer les directives de l'OMS relatives au fonctionnement de la médecine familiale, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins au niveau des soins de santé primaires.
- **Autonomisation de la communauté.** Les dirigeants communautaires et les volontaires de santé peuvent servir de lien entre les foyers et les établissements de soins de santé. L'engagement actif de la communauté dans le développement de la médecine familiale doit être accentué au moyen d'interventions locales de renforcement des capacités. Les pays devraient également instaurer des soins de santé à domicile et des soins auto-administrés faisant partie intégrante de la prestation de services à travers une approche centrée sur la médecine familiale.

11. Pour conclure, l'approche de la médecine familiale est considérée comme le meilleur moyen de fournir des services de santé intégrés au niveau des soins de santé primaires. Hormis quelques exceptions, les pays de la Région sont à un stade peu avancé du développement de la médecine familiale. Si beaucoup de défis restent à relever, un cadre d'action visant à développer la médecine familiale dans

la Région aux fins de la couverture sanitaire universelle peut contribuer à améliorer la situation au moyen de stratégies transitoires et à long terme afin de remédier à la pénurie de médecins de famille et de renforcer les systèmes de santé dans l'objectif de soutenir la médecine familiale. L'OMS soutiendra les États Membres dans leurs efforts visant à instaurer une médecine familiale sur de bonnes bases dans la Région.

Introduction

12. Malgré des progrès considérables réalisés en termes de santé et d'espérance de vie, les améliorations dans ces domaines ont été profondément inégales à la fois au sein des pays et entre eux. Concrètement, la nature des problèmes de santé trouve son origine de plus en plus dans le vieillissement des populations, l'urbanisation et la mondialisation de modes de vie malsains. Le nombre croissant de personnes vivant avec des maladies non transmissibles, des problèmes de santé mentale et des comorbidités multiples sur le long terme implique des soins toujours plus complexes et coûteux. Or, la nature fragmentée des systèmes de santé actuels fait qu'il est de plus en plus difficile de répondre à ces besoins. L'attention continue et disproportionnée accordée aux modèles de soins curatifs spécialisés et axés sur la maladie bride la propension des systèmes de santé à fournir des soins universels, équitables, de haute qualité et économiquement durables.

13. En octobre 2012, lors de sa cinquante-neuvième session, le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté la résolution EM/RC59/R.3 sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale. Les États Membres y sont priés de renforcer et d'intégrer le réseau des infrastructures de soins de santé primaires, en considérant la médecine familiale comme une approche efficace pour la fourniture de services. En octobre 2013, lors de sa soixantième session, le Comité régional a adopté la résolution EM/RC60/R.2 sur la couverture sanitaire universelle dans laquelle l'OMS est priée de fournir un appui technique en vue de l'élaboration d'une vision, d'une stratégie et d'une feuille de route qui soient spécifiques aux pays en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, incluant la dimension de la prestation de services.

14. Le présent document des discussions techniques s'appuie sur la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD)³ visant à instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. Ce document intervient à temps car en mai 2016, lors de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont adopté à une majorité écrasante la résolution WHA69.24 sur le renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne.⁴

15. Le présent document a pour objectif de garantir l'engagement des États Membres dans le développement de la médecine familiale comme principale stratégie pour la prestation de services aux fins de la couverture sanitaire universelle. Il comprend une analyse de la situation, suggère des solutions quant aux défis à relever et propose un cadre d'action pour progresser dans l'instauration de la médecine familiale et dans la production de médecins de famille dans la Région OMS de la Méditerranée orientale.

Qu'est-ce que l'approche centrée sur la médecine familiale ?

16. La médecine familiale peut être définie⁵ comme les services de soins de santé fournis par un médecin de famille et par son équipe multidisciplinaire, caractérisés par une approche complète, continue, coordonnée, collaborative, personnelle, familiale et axée sur la communauté, en fonction des besoins de la personne et ce, tout au long de sa vie. En tant que premier point de contact avec les services de santé, le médecin de famille est essentiel dans la prestation de services de santé efficaces et dans

³ Cible 3.8 de l'ODD 3 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

⁴ Résolution WHA69.24 sur le « Renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne » (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-fr.pdf, consultée le 22 août 2016).

⁵ Boelen C., Organisation mondiale des collèges, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille nationaux, Organisation mondiale de la Santé. Improving health systems: the contribution of family medicine: a guidebook. [Amélioration des systèmes de santé : les apports de la médecine familiale - Manuel] Singapour : Organisation mondiale des Médecins de Famille ; 2002.

l'amélioration de la santé grâce à une approche holistique qui garantit la continuité des soins. Les médecins de famille peuvent s'occuper des besoins des familles et de leurs communautés en termes de santé et de soins.

17. Les termes de pratique familiale et de médecine familiale sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature. Cette dernière peut être définie comme une branche de la médecine qui s'attache à fournir des soins complets aux individus et à leur famille, et relevant des sciences biomédicales, comportementales et sociales. En tant que discipline universitaire, elle inclut les services de soins de santé complets, l'enseignement et la recherche.⁶

18. L'étendue des services fournis via la médecine familiale requiert une équipe multidisciplinaire et l'esprit de la médecine familiale met en avant l'approche en équipe de la prestation de services. La composition de ces équipes peut varier d'un pays à l'autre en fonction du panier de services fournis, des structures, des ressources et des disponibilités en termes de ressources humaines (mais elles devraient comporter au moins un médecin de famille et une infirmière).

19. Les éléments d'information disponibles indiquent que les équipes de médecine familiale bien formées contribuent à améliorer l'accès à des soins de qualité. Le médecin de famille et l'infirmière sont les piliers de la médecine familiale. Malgré cela, il y a aujourd'hui pénurie de médecins de famille partout dans le monde, et plus particulièrement dans la Région de la Méditerranée orientale.

20. Tout en améliorant les capacités de formation, il est nécessaire de tenir compte de la dynamique du marché du travail afin d'attirer et de fidéliser les agents de santé dans les structures de médecine familiale. La plupart des pays de la Région rencontrent des difficultés dans les établissements de soins de santé primaires, en particulier en milieu rural et dans les zones isolées. Aussi, des incitations adaptées doivent être mises en place pour encourager les médecins, ainsi que les autres professionnels de la santé compris dans l'équipe, à se spécialiser en médecine familiale. Ces incitations, qui peuvent être à la fois financières et d'autre nature, et l'appui professionnel et personnel doivent être conçus en tenant compte des préférences des professionnels de la santé.

21. Près de la moitié des pays de la Région ont déjà adopté la médecine familiale et en sont à différents stades de mise en œuvre. Plusieurs pays doivent encore élaborer des modèles réalisables de médecine familiale en raison de difficultés telles que la pénurie de médecins de famille, le manque d'intégration de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles et de la santé mentale, et la faiblesse des systèmes d'information et de surveillance.

Évaluation de la médecine familiale dans la Région

22. En 2014, une enquête sur la médecine familiale dans la Région de la Méditerranée orientale a été menée par l'OMS ; ses résultats ont fait l'objet d'une mise à jour en 2015-2016. Cette évaluation portant sur les 13 éléments de base de la médecine familiale dans les 22 pays de la Région fait état des infrastructures, des défis à relever et des possibilités de développement liés à la prestation de services, ainsi que des interventions actives majeures nécessaires à l'amélioration de la prestation de services via la médecine familiale. Les informations recueillies ont été vérifiées par le point focal pour la médecine familiale des ministères de la Santé de chaque pays. L'évaluation concernait les éléments suivants : l'enregistrement de la population desservie et l'élaboration d'un fichier familial/individuel ;

⁶ Boelen C., Organisation mondiale des collèges, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille nationaux, Organisation mondiale de la Santé. Improving health systems: the contribution of family medicine: a guidebook. [Amélioration des systèmes de santé : les apports de la médecine familiale - Manuel] Singapour : Organisation mondiale des Médecins de Famille ; 2002.

l'établissement d'une liste de médecins de famille ; l'engagement communautaire ; le panier de services de santé essentiels ; la liste des médicaments essentiels ; la structure du personnel pratiquant la médecine familiale, avec descriptions de poste mises à jour ; la présence d'un ensemble normalisé d'équipements et de mobilier médicaux ; les programmes de formation reposant sur les nouvelles descriptions de poste ; la formation continue pour les médecins généralistes et les autres personnels d'appui ; la disponibilité de protocoles de traitement à jour ; les systèmes d'orientation-recours ; les systèmes d'information sanitaire ; et les programmes consacrés à la qualité et l'accréditation. Les résultats de cette évaluation sont synthétisés ci-après et regroupés en deux composantes majeures : la prestation de services et la production de médecins de famille.

La prestation de services

23. L'évaluation a révélé que 16 pays (72 %) ont intégré la médecine familiale dans leurs politiques et plans sanitaires nationaux et ont créé une unité ou un point focal dédié(e) responsable du programme. En outre, 13 pays disposent de plans d'expansion pour le programme de médecine familiale. La proportion des établissements de soins de santé primaires qui mettent en œuvre un programme de médecine familiale et l'effectif des médecins de famille varient considérablement entre les trois groupes de pays identifiés et même au sein de chaque groupe.⁷

24. Dans les pays du groupe 1,⁸ la prestation de services via l'approche centrée sur la médecine familiale⁹ concerne de 14 à 100 % des établissements de soins de santé primaires, cette proportion variant de 0 à 63 % dans les pays du groupe 2 et de 0 à 14 % dans les pays du groupe 3. La densité des médecins de famille varie de zéro à 1,84 pour 10 000 habitants. Malgré un soutien politique plutôt satisfaisant en faveur des programmes de médecine familiale dans les pays du groupe 1, la densité de médecins de famille y était inférieure à 0,31 pour 10 000 habitants en 2015.

25. L'enregistrement des personnes qui consultent dans les centres de soins de santé primaires couvre plus de 80 % de la population desservie dans six des 22 pays, tandis qu'à Bahreïn, aux Émirats arabes unis et au Koweït, chaque médecin se voit assigner un certain nombre de familles. Dans les autres pays, les familles peuvent consulter un médecin différent ou se rendre dans différents établissements à chaque visite, sauf en Jordanie, en République islamique d'Iran et au Pakistan (mais uniquement dans les établissements de soins de santé primaires où le programme est mis en œuvre).

26. Tous les pays de la Région ont élaboré un ensemble de services de santé essentiels, même s'il n'est complètement mis en œuvre que dans 14 pays ; dans les huit autres pays, sa mise en œuvre est partielle, voire inexistante. En outre, tous ont établi une liste de médicaments essentiels. Si 17 pays ont rapporté que les médicaments étaient disponibles dans les établissements de soins de santé primaires, l'étendue de leur disponibilité à tout moment et dans chacun des établissements reste encore à évaluer.

⁷ Aux fins de l'analyse des défis à relever, de l'identification des priorités et de la définition d'options et de stratégies, les pays de la Région ont été classés en trois groupes sur la base de l'état de santé de la population, de la performance du système de santé et du niveau de dépenses de santé : 1) pays dont le développement socioéconomique a considérablement progressé au cours des 40 dernières années, soutenu par des revenus élevés ; 2) pays à revenu intermédiaire, qui ont développé d'importantes infrastructures de prestation de services de santé publique, mais doivent faire face à une insuffisance des ressources ; 3) pays qui rencontrent des obstacles majeurs dans l'amélioration de l'état de santé de la population, causés par une pénurie de ressources de santé, une instabilité politique, des conflits et d'autres défis de développement complexes.

⁸ Groupe 1 : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar ; groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Palestine, République arabe syrienne et Tunisie ; groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.

⁹ Disponibilité des 13 éléments de la médecine familiale dans les établissements de soins de santé primaires.

27. Des directives sur l'orientation-recours sont disponibles dans 15 pays, mais elles ne sont utilisées que dans cinq d'entre eux. Les patients dont l'état n'est pas considéré comme une urgence sont autorisés à se rendre directement à l'hôpital dans 14 pays. L'évaluation a révélé que 17 pays ne sont pas dotés d'un système d'orientation-recours opérationnel malgré la disponibilité des directives.

28. Des dossiers/fichiers familiaux ou individuels sont disponibles dans 14 pays, mais il existe des différences considérables au sein des pays et entre eux. Les établissements de soins de santé primaires de 18 pays disposent de données sur la morbidité et la mortalité, utilisées aux fins de la planification dans 14 pays. Un retour d'information est effectué du niveau des soins de santé primaires aux niveaux supérieurs dans 12 pays. Un système d'information électronique sur les établissements de soins de santé primaires est pleinement opérationnel dans trois pays, et partiellement dans huit pays. Des données ventilées concernant le niveau des soins de santé primaires sont disponibles dans 13 pays.

La production des médecins de famille

29. Si la pénurie de médecins de famille est un phénomène mondial, la situation dans la Région est particulièrement préoccupante et requiert une action d'urgence. Afin d'y remédier, l'OMS, en collaboration avec l'Université Aga Khan et l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), a mené à bien en 2014 un examen de la littérature et une enquête auprès des informateurs clés sur l'enseignement de la médecine familiale et les programmes de formation dans la Région.

30. Au moins huit pays dont l'Afghanistan, l'Arabie saoudite, l'Égypte, l'Iraq, le Liban, le Maroc, le Pakistan et le Soudan proposent un diplôme en médecine familiale. La durée de la formation varie de six mois, comme au Soudan, à trois ans, comme en Afghanistan.

31. L'Égypte propose un diplôme en médecine familiale sur deux ans qui compte 180 nouveaux inscrits (étudiants) chaque année et récemment, le pays a introduit les programmes de formation de stage égyptien et du Conseil arabe. La Jordanie quant à elle a mis en place un programme de résidence de quatre ans qui compte 35 nouveaux inscrits chaque année.

32. La République islamique d'Iran, reconnaissant la nécessité de fournir des soins de santé préventifs et d'un bon rapport coût-efficacité, s'est lancée dans la mise en œuvre du modèle de la médecine familiale. En 2015, un programme de master de santé publique sur deux ans portant sur la médecine familiale avec formation à distance a été instauré en République islamique d'Iran. La durée de cette formation a été réduite à un an pour les médecins généralistes ayant acquis une expérience au niveau des soins de santé primaires ; 500 d'entre eux s'y inscrivent chaque année. À l'heure actuelle, huit universités ont déclaré que 60 étudiants de troisième cycle ont obtenu un master en santé publique ou un diplôme en médecine familiale. La durée du stage pour les diplômés est de deux ans et passe à trois ans pour les détenteurs d'un master en santé publique.

33. Dernièrement, le Maroc a mis en place un programme-relais permettant aux médecins généralistes qui attestent de quatre ans d'expérience de prendre part à une formation de deux ans dispensée par l'École nationale de santé publique de Rabat (diplôme en médecine familiale). Cette formation en deux ans est divisée en différentes étapes pratiques et théoriques, les stages de pratique s'effectuant au sein des établissements de soins de santé primaires où travaillent les médecins concernés. Pour l'instant, 25 médecins ayant quatre années d'expérience dans les soins de santé primaires se sont engagés dans ce programme. Une formation similaire est prévue dans huit autres universités. Les diplômés qui exercent dans le secteur public recevront une incitation financière mensuelle.

34. En 2008, l'Arabie saoudite a créé un diplôme en médecine familiale à valider au terme d'une formation de 14 mois ; aujourd'hui, cette durée est de 24 mois, pour une formation qui compte 70 à 75 inscrits par an. Au Soudan, il existe un diplôme en médecine familiale sur six mois dont l'obtention offre au diplômé des opportunités de carrière en Arabie saoudite. Il vient compléter un programme de master en deux ans qui permet aux médecins de bénéficier d'une formation professionnelle et d'obtenir un certificat en médecine familiale.

Défis à relever aux fins du développement de la médecine familiale dans la Région

35. L'analyse des informations collectées a permis d'identifier plusieurs des raisons expliquant la situation dans la Région. Ces obstacles énumérés ci-après sont regroupés en quatre catégories : gouvernance, prestation de services, production de médecins de famille et partenariat avec les prestataires du secteur privé.

Gouvernance

36. La médecine familiale bénéficie d'un fort soutien politique dans les pays du groupe 1, d'un soutien limité dans ceux du groupe 2 et d'un soutien limité, voire inexistant dans ceux du groupe 3.

37. Dans plusieurs pays des groupes 2 et 3, l'infrastructure du système de santé n'est pas compatible avec les exigences de la médecine familiale. La médecine familiale reste un concept nouveau pour les ministres de la Santé de la Région et le soutien politique dont elle bénéficie n'est pas suffisant pour entreprendre les interventions nécessaires.

38. Le personnel et les responsables qui relèvent du ministère de la Santé ne disposent pas des compétences techniques requises pour l'instauration de la médecine familiale. En outre, près de la moitié des pays du groupe 2 ont connu des changements politiques importants ces dernières années, comme c'est le cas de l'Égypte, de l'Iraq, de la Libye, de la République arabe syrienne et de la Tunisie. En conséquence, la médecine familiale n'a pas été reconnue comme une priorité à long terme dans plusieurs pays.

39. L'absence de systèmes de santé de district performants, les compétences inadaptées des autorités de santé de district, le manque de capacités aux fins de la planification, du suivi et de la supervision et l'engagement minime des communautés ont contribué à limiter fortement le succès des efforts de décentralisation.

40. Même si certains pays de la Région ont instauré la médecine familiale, il est nécessaire d'élaborer une stratégie/feuille de route régionale conforme aux besoins de chaque groupe de pays. Cette initiative permettrait d'aider les États Membres à développer leur propre plan de travail national afin de soutenir les soins de santé primaires via l'approche centrée sur la médecine familiale.

La prestation de services

41. Tous les pays du groupe 1 et quelques pays du groupe 2 ont adopté une politique visant l'adoption de l'approche centrée sur la médecine familiale. Si des progrès ont été réalisés, sa mise en œuvre s'est avérée fragmentaire et incomplète. Ainsi, alors même que tous les pays fournissent un ensemble de services de santé essentiels, la qualité des soins constitue un défi majeur dans la plupart des établissements de soins de santé primaires.

42. Du fait de la qualité limitée des services délivrés par ces établissements dans le secteur public, le secteur privé de la santé non réglementé n'a cessé de se développer dans tous les pays de la Région. Par

exemple, 62 % des services de soins de santé/soins ambulatoires en Égypte et 83 % de ce type de soins au Pakistan sont fournis par le secteur privé de la santé, ce qui est associé à des dépenses directes élevées dans la plupart des pays.

43. La sécurité des patients, la qualité et l'accréditation des services de santé posent de réelles difficultés dans tous les pays de la Région. Des études régionales menées en Égypte, en République islamique d'Iran, en Iraq, en Jordanie, au Maroc et au Soudan ont fait apparaître une prévalence des manifestations indésirables chez les patients hospitalisés de 18 %. Beaucoup de pays ont élaboré des programmes d'accréditation nationaux, mais d'autres s'appuient sur des programmes d'accréditation extérieurs.

44. La faiblesse des systèmes d'orientation-recours entraîne une sollicitation importante des hôpitaux, qui représentent 60 à 80 % du budget du ministère de la Santé, alors que le budget alloué aux services de soins de santé primaires reste très limité dans la plupart des pays de la Région.

45. L'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles et de la santé mentale dans l'ensemble des services de santé essentiels reste un défi à relever. En 2014, une évaluation menée par l'OMS a révélé que dans cinq pays, seuls 50 % des services de soins de santé primaires effectuaient le dépistage du diabète et de l'hypertension.

46. En raison de la transition démographique et du vieillissement de la population, les pays du groupe 1 se sont tournés vers des soins de santé à domicile à l'intention des plus âgés et des personnes handicapées dans une mesure limitée. Les pays des trois groupes manquent d'initiatives visant à fournir des soins de santé à domicile.

47. Si des initiatives à base communautaire ont été testées dans la Région pendant plus de deux décennies, par le biais de programmes menés par les agents de santé communautaires en Afghanistan, en Égypte, au Pakistan, en République islamique d'Iran, en Somalie et au Soudan, l'engagement communautaire doit être renforcé dans les pays en tant que partie intégrante des services de soins de santé primaires et de médecine familiale.

Production de médecins de famille

48. L'absence d'une planification des effectifs centralisée reste un obstacle majeur dans la plupart des pays, tout comme le manque de coordination entre les ministères de la Santé, les ministères de l'Enseignement supérieur et les institutions universitaires.

49. La pénurie de médecins de famille constitue une réelle difficulté liée à divers facteurs, parmi lesquels l'absence d'une vision relative à la médecine familiale, une sensibilisation communautaire limitée (qui se traduit par une demande de médecins de famille inexistante au sein de la communauté) et des évolutions de carrière floues des médecins de famille à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

Partenariat avec les prestataires privés

50. Les ministères de la Santé ont principalement dirigé leurs efforts vers l'instauration de la médecine familiale dans le secteur public, qui, dans beaucoup de pays, fournit moins de 30 % des services aux patients non hospitalisés, les cliniques privées représentant le principal prestataire dans ces pays.¹⁰ À

¹⁰ Role and contribution of the private sector in moving towards universal health coverage. [Rôle et contribution du secteur privé dans la progression vers la couverture sanitaire universelle] Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la

l'échelle internationale, l'expérience a démontré que le secteur privé peut jouer un rôle essentiel dans la prestation de services de médecine familiale.

51. Les mécanismes fragiles de réglementation des partenariats entre secteurs public et privé, l'absence de mécanisme défini pour le recours à des prestataires du secteur privé aux fins de la prestation de services de soins de santé primaires et le manque de critères de performance constituent tous des obstacles majeurs à l'instauration de la médecine familiale.

Production de médecins de famille et actions recommandées

52. Au vu des lacunes considérables qu'il existe dans la production de médecins de famille dans la Région, le présent document propose un examen de la disponibilité actuelle des médecins de famille et des options afin de remédier à la pénurie.

53. La production annuelle de médecins de famille formés était d'environ 2020 en 2015 pour les 22 pays de la Région, ce qui équivaut à un ratio de 0,08 médecins de famille/10 000 habitants. Si l'on tient compte de la production annuelle actuelle et des projections démographiques pour 2030, le ratio escompté (sans considération des pertes et des départs en retraite) s'élèvera à 0,42 médecins de famille/10 000 habitants si les pays conservent la même évolution en termes de production de médecins diplômés de troisième cycle (ce qui inclue l'ensemble des diplômes post-universitaires en médecine familiale agréés).

54. Pour atteindre le ratio optimal de trois médecins de famille/10 000 habitants¹¹ d'ici 2030, les pays doivent plus ou moins augmenter leur production annuelle de médecins de famille, suivant des taux allant de 0 à 36 % dans les pays du groupe 1, de 10 à 39 % dans ceux du groupe 2 et de 10 à 82 % dans ceux du groupe 3. La prestation de services de médecine familiale ne peut s'effectuer uniquement par le biais des prestataires du secteur public et l'instauration de la médecine familiale doit s'étendre aux prestataires de soins de santé du secteur privé.

55. Pour les besoins de la cible 3.8 des ODD visant à instaurer la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 et dans l'objectif de remédier à la pénurie de médecins de famille agréés dans la Région, deux scénarios ont été élaborés. Dans le premier scénario qui tient compte d'un taux inchangé de production de médecins de famille par rapport à la situation actuelle, seul Bahreïn atteint (conserve) le ratio de trois médecins de famille/10 000 habitants d'ici 2030. Dans le second scénario, on a calculé le taux d'augmentation de la production de médecins de famille nécessaire à une couverture de 100 % de la population d'ici 2030, soit trois médecins de famille/10 000 habitants. Les augmentations annuelles recommandées et nécessaires s'échelonnent de 2,77 % pour le Soudan à 3,56 % pour l'Arabie saoudite.

56. Une stratégie complémentaire consisterait à mettre en œuvre un programme-relais pour permettre la reconversion des médecins généralistes en médecins de famille. Un cours en ligne de six mois a été élaboré par l'OMS, en collaboration avec l'Université américaine de Beyrouth, pour orienter les médecins généralistes vers la pratique de la médecine familiale et les y former. Ce cours peut être intégré à un programme-relais national et ne remplace pas la formation complète des médecins de famille, mais il peut servir de solution provisoire pour les médecins généralistes déjà en activité. Quand les générations actuelles de médecins généralistes seront formées à la pratique de la médecine familiale, tous

Méditerranée orientale ; 2016 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18890.pdf?ua=1, consulté le 22 août 2016).

¹¹ L'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) recommande un ratio de trois à six médecins de famille pour 10 000 habitants, comme c'est le cas dans la plupart des pays européens.

les jeunes diplômés en médecine devront suivre une formation complète afin de devenir des médecins de famille agréés. Différents modèles de programmes-relais de durée variable sont consultables.

57. L'évaluation des soins de santé primaires menée dans les 22 pays de la Région a révélé que 90 à 97 % des établissements de soins de santé primaires sont gérés par des médecins dits généralistes¹², qui exercent sans avoir suivi de formation spécialisée après l'obtention de leur diplôme en médecine. Le nombre de médecins généralistes exerçant dans des établissements de soins de santé primaires varient en fonction des pays : ils sont 6000 en Arabie saoudite, 15 000 en Égypte, 9000 en République islamique d'Iran et 168 803 au Pakistan.

58. En 2014, une évaluation de l'OMS sur l'état de l'enseignement et de la formation dans le domaine de la médecine familiale a révélé que près de 80 % des écoles de médecine des pays de la Région ne disposent pas d'un département de médecine familiale, et que la situation était pire dans les nouvelles écoles privées de médecine. La médecine familiale, en tant que spécialité, suscite moins d'intérêt auprès des jeunes diplômés de médecine que les autres spécialités. Cette spécialité est peu connue du public et des professionnels de la santé et le salaire et les incitations sont moins élevés dans certains pays, en particulier ceux des groupes 2 et 3.

59. En outre, l'absence de modèles pour les étudiants en médecine, la nature de l'enseignement médical de premier cycle qui se déroule principalement en milieu hospitalier, et l'absence de confrontation à la médecine familiale pendant ce premier cycle ne présagent rien de bon pour la création de départements de médecine familiale. La difficulté provient des programmes d'études dans les écoles de médecine qui sont verticaux, non-intégrés et orientés vers l'hôpital (l'hôpital universitaire principalement) et de systèmes de santé essentiellement curatifs avec un manque de continuité des soins pourtant nécessaire au regard du poids croissant des maladies non transmissibles et des problèmes de santé chroniques.

60. Des programmes de recyclage transitoires destinés aux médecins généralistes ont été mis en place avec succès dans d'autres régions, dans des pays aussi différents que la Bulgarie, la Croatie, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Hongrie, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, le Portugal, la République démocratique populaire lao, la République démocratique populaire de Corée, la République tchèque, la Roumanie, le Sri Lanka, la Turquie et le Viet Nam. Certains pays offrent également une formation de recyclage aux médecins spécialisés, en pédiatrie ou en médecine interne par exemple, pour en faire des médecins de famille.¹³

61. Un programme-relais national portant sur la médecine familiale à l'intention des médecins généralistes est proposé. En voici les caractéristiques :

- L'objectif est de développer les compétences techniques des médecins généralistes et de remédier à la pénurie de médecins de famille.
- La formation sera obligatoire et concernera l'ensemble des médecins exerçant dans des établissements publics depuis plus de cinq ans qui ne se sont pas spécialisés après obtention de leur diplôme dans une école de médecine.
- Afin de combler les lacunes, il est recommandé que les médecins généralistes suivent une formation de 12 mois maximum. Les six premiers mois, ils devront suivre le cours en ligne de l'OMS sur le

¹² Dans ce document, un médecin généraliste fait référence à un médecin détenteur d'un diplôme de premier cycle universitaire en médecine, qui n'a reçu aucune formation spécialisée que ce soit sur les principes fondamentaux des soins de santé primaires ou dans une autre spécialité.

¹³ Kidd M (ed) The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of Family Doctors (second edition). [Les apports de la médecine familiale à l'amélioration des systèmes de santé : un manuel de l'Organisation mondiale des Médecins de Famille (deuxième édition)] Londres : Radcliffe Health ; 2013.

développement des capacités des médecins généralistes dans le domaine de la médecine familiale. L'OMS assure la formation de formateurs sur le cours en ligne pour l'ensemble des pays de la Région. Chaque pays décidera de la durée de la phase pratique et du type de diplôme obtenu.

- Dans l'objectif de couvrir 100 % des médecins généralistes par la formation, chaque pays devra former un certain nombre d'entre eux chaque année.

Projection de la production de médecins de famille en 2030 dans les pays par groupe en fonction des différents scénarios

Pays du groupe 1

62. Dans les pays du groupe 1, la production annuelle des médecins de famille a augmenté au cours des dernières années jusqu'à représenter une population de 239 médecins en 2015, avec un ratio de 0,31 médecin de famille pour 10 000 habitants (voir Tableau 1).

63. Si l'on prend en compte la production actuelle de médecins de famille et les projections démographiques, ce ratio sera triplé d'ici 2030 pour atteindre 0,79 médecin de famille pour 10 000 habitants.

64. Pour atteindre le ratio optimal d'un médecin de famille pour 3300 habitants, au regard des projections démographiques pour 2030, tous les pays doivent augmenter leur production annuelle de médecins de famille. Cette augmentation varie de 10 % pour le Koweït à 36 % pour les Émirats arabes unis. Bahreïn devrait atteindre l'effectif optimal de médecins de famille d'ici 2030 au vu de sa production annuelle actuelle qui est de 22 médecins de famille par an.

65. Les capacités de formation des pays varient, l'Arabie saoudite comptant 30 départements de médecine familiale alors que la plupart des cinq autres pays du groupe ne disposent que d'un seul département.

66. En parallèle, afin d'améliorer la qualité de la prestation de services au niveau des soins de santé primaires, il est recommandé d'engager les médecins généralistes dans un programme de formation obligatoire et transitoire, dont devra bénéficier 100 % de la population actuelle des médecins généralistes (soit 10 969 médecins).

Pays du groupe 2

67. Dans les pays du groupe 2, la production annuelle des médecins de famille a augmenté au cours des dernières années jusqu'à représenter une population de 1336 médecins en 2015, avec un ratio de 0,11 médecin de famille pour 10 000 habitants (voir Tableau 2).

68. Si l'on prend en compte la production actuelle de médecins de famille et les projections démographiques, ce ratio sera 3,5 fois plus important d'ici 2030 pour atteindre 0,62 médecin de famille pour 10 000 habitants. Le ratio escompté varie en fonction des pays, allant de 0,12 en Palestine, jusqu'à 1,33 en République islamique d'Iran (qui a instauré des programmes de médecine familiale majeurs dans plusieurs universités).

Tableau 1. Projection de la production de médecins de famille en 2030 dans les pays du groupe 1

Pays	Production annuelle de médecins de famille (2015)	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé (2015)	Médecin de famille/ 10 000 (2015)	Effectif cumulé des médecins de famille formés tenant compte du taux d'augmentation actuel	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé	Médecin de famille/ 10 000	Augmentation recommandée/an pour atteindre 3 médecins de famille/ 10 000 (%)	Effectif cumulé des médecins de famille formés tenant compte de l'augmentation recommandée (%)	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé	Médecin de famille/ 10 000
En tenant compte du taux d'augmentation actuel d'ici 2030						En tenant compte du taux d'augmentation recommandé d'ici 2030				
Bahreïn	22	228	1,84	330	558	3,40	0	330	558	3,40
Koweït	35	194	0,64	525	719	1,49	10	1223	1417	2,93
Oman	20	143	0,4	300	443	0,90	17	1313	1456	2,96
Qatar	12	139	0,64	180	319	1,16	15	657	796	2,88
Arabie saoudite	140	600	0,25	2100	2700	0,76	20	12 102	12 702	3,56
Émirats arabes unis	10	36	0,05	150	186	0,15	36	3767	3803	3,08
Sous-total	239	1340	0,31	3585	4925	0,79	19	19 392	20 732	3,34

Tableau 2. Projection de la production de médecins de famille en 2030 dans les pays du groupe 2

Pays	Production annuelle de médecins de famille (2015)	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé (2015)	Médecin de famille/ 10 000 (2015)	Effectif cumulé des médecins de famille formés tenant compte du taux d'augmentation actuel	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé	Médecin de famille/ 10 000	Augmentation recommandée/an pour atteindre 3 médecins de famille/ 10 000 (%)	Effectif cumulé des médecins de famille formés tenant compte de l'augmentation recommandée (%)	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé	Médecin de famille/ 10 000
En tenant compte du taux d'augmentation actuel d'ici 2030						En tenant compte du taux d'augmentation recommandé d'ici 2030				
Égypte	180	256	0,05	2700	2956	0,29	29	35 701	35 957	3,51
République islamique d'Iran	810	0	0,10	12 150	12 150	1,33	10	28 309	28 309	3,10
Iraq	120	833	0,27	1800	2633	0,52	25	16 453	17 286	3,39
Jordanie	35	221	0,33	525	746	0,80	19	2760	2981	3,19
Liban	27	19	0,09	405	424	0,82	16	1618	1637	3,17
Libye	10	100	0,17	150	250	0,34	30	2175	2275	3,05
Maroc	50	0	0,01	750	750	0,19	31	11 921	11 921	3,04
Palestine	4	18	0,05	60	78	0,12	39	1977	1995	3,11
République arabe syrienne	20	201	0,10	300	501	0,17	38	9033	9234	3,08
Tunisie	80	150	0,20	1200	1350	1,07	13	3654	3804	3,03
Sous-total	1336	1798	0,11	5190	6732	0,62	30	14664	15033	3,25

Tableau 3 Projection de la production de médecins de famille en 2030 dans les pays du groupe 3

Pays	Production annuelle de médecins de famille (2015)	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé (2015)	Médecin de famille/ 10 000 (2015)	Effectif cumulé des médecins de famille formés tenant compte du taux d'augmentation actuel	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé	Médecin de famille/ 10 000	Augmentation recommandée/an pour atteindre 3 médecins de famille/10 000 (%)	Effectif cumulé des médecins de famille formés tenant compte de l'augmentation recommandée (%)	Médecin de famille exerçant dans un établissement de soins de santé primaires relevant du ministère de la Santé	Médecin de famille/ 10 000	En tenant compte du taux d'augmentation	
											d'ici 2030	recommandé d'ici 2030
Afghanistan	6	20	0,01	90	110	0,03	55	12 092	12 112	2,78		
Djibouti	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0,00		
Pakistan	4	18	0,00	60	78	0,00	82	70 686	70 704	3,05		
Somalie	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0,00		
Soudan	435	46	0,13	6525	6571	1,19	10	15 203	15 249	2,77		
Yémen	0	3	0,00	0	3	0,00	0	0	3	0,00		
Sous-total	445	87	0,02	6675	6762	0,18	50	0	3	2,57		

69. Pour atteindre le ratio optimal d'un médecin de famille pour 3300 habitants, au regard des projections démographiques pour 2030, tous les pays doivent augmenter leur production annuelle de médecins de famille. Cette augmentation varie de 10 % pour la République islamique d'Iran à 39 % pour la Palestine.

70. Comme aux pays du groupe 1, il est recommandé aux pays du groupe 2 d'engager les médecins généralistes dans un programme de formation obligatoire et transitoire portant sur la médecine familiale, d'une durée de préférence inférieure à 12 mois. La formation devra couvrir 100 % de la population actuelle des médecins généralistes (soit 45 988 médecins).

Pays du groupe 3

71. Les pays du groupe 3 affichent pour la plupart une production annuelle de médecins de famille très limitée. Le Soudan est le seul pays dont la production annuelle reste satisfaisante (435 médecins de famille). Il est recommandé au Soudan d'augmenter sa production annuelle de 10 % pour atteindre le ratio de trois médecins de famille pour 10 000 habitants d'ici 2030 (cf Tableau 3).

72. Les pays du groupe 3 doivent engager les médecins généralistes dans un programme de formation obligatoire et transitoire portant sur la médecine familiale, d'une durée de préférence inférieure à 12 mois. La formation devra couvrir 100 % de la population actuelle des médecins généralistes (soit 178 551 médecins). D'après l'effectif total des médecins généralistes par pays, il est nécessaire d'engager dans cette formation une part d'entre eux déterminée chaque année jusqu'en 2030, en gardant à l'esprit que le nombre de médecins généralistes à former chaque année diminuera progressivement.

Cadre d'action visant au développement de la médecine familiale aux fins de la couverture sanitaire universelle dans la Région

73. Le présent document propose un cadre d'action visant à améliorer la médecine familiale aux fins de la couverture sanitaire universelle, qui présente en cinq domaines d'intervention majeurs les actions recommandées aux pays et à l'OMS (voir Annexe 1).

- **Gouvernance.** Les systèmes de santé doivent adopter une nouvelle orientation et leurs capacités en matière de médecine familiale doivent être développées. Les gouvernements doivent s'assurer de l'engagement politique et élaborer les mesures, les réglementations et les systèmes de prépaiement appropriés aux fins de la prestation d'un ensemble de services de santé essentiels via l'approche centrée sur la médecine familiale.
- **Développement des programmes de formation à la médecine familiale.** Dans l'objectif d'augmenter le nombre de médecins de famille agréés, les modalités de la formation à la médecine familiale doivent être déterminées et renforcées. En guise de mesure transitoire, des programmes-relais adaptés sont nécessaires pour permettre la reconversion des médecins généralistes en médecins de famille.
- **Financement.** Les pays doivent améliorer le financement, entreprendre un calcul du coût des ensembles de services de santé essentiels et procéder à des achats stratégiques.
- **Intégration et assurance qualité des services.** Une gamme de services sanitaires sélectionnés avec attention et de qualité assurée doit être fournie de façon intégrée via la médecine familiale, appuyée par un système d'orientation-recours fiable. Les établissements de santé doivent être accrédités.
- **Autonomisation communautaire** Les dirigeants communautaires et les volontaires de santé peuvent servir de lien entre les foyers et les établissements de soins de santé. La participation de la communauté aux soins de santé doit être renforcée par le développement de systèmes locaux de participation et par le respect des cultures et des systèmes de croyance locaux.

Conclusion

74. La médecine familiale est considérée comme le meilleur moyen de fournir des services de santé intégrés au niveau des soins de santé primaires. Hormis quelques exceptions, les pays de la Région sont à un stade peu avancé du développement de la médecine familiale. Un engagement politique fort est requis afin d'améliorer l'accès, la couverture, l'acceptabilité et la qualité des services de santé et afin de garantir la continuité des soins via l'approche centrée sur la médecine familiale.

75. Au vu des différences entre les trois groupes de pays de la Région en termes de production annuelle de médecins de famille, d'effectif actuel de médecins généralistes et de capacités de formation à la médecine familiale, il n'existe pas de solution unique qui s'adapte à toutes les situations. Les pays doivent s'engager à augmenter la production de médecins de famille d'ici 2030 afin de disposer d'un médecin de famille pour chaque groupe de 3300 habitants. Par ailleurs, les pays doivent mettre en œuvre un programme national de formation à la médecine familiale à l'intention des médecins généralistes.

76. Malgré les défis multiples et titanesques à relever, un cadre d'action visant à développer la médecine familiale dans la Région aux fins de la couverture sanitaire universelle peut contribuer à améliorer la situation au moyen de stratégies transitoires et à long terme en vue de remédier à la pénurie de médecins de famille et de renforcer les systèmes de santé dans l'objectif de soutenir la médecine familiale. L'OMS peut soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à instaurer une médecine familiale fiable dans la Région. Les pays sont invités à adopter comme objectif sanitaire national des programmes de médecine familiale et à les intégrer au sein des politiques et des plans sanitaires nationaux.

Annexe 1. Cadre d'action en faveur de la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale

Principaux domaines	Actions des pays à court terme (24 mois)	Soutien de l'OMS
Gouvernance et réglementation	<p>Intégrer le programme de médecine familiale, en tant que stratégie globale de prestation de services, au sein du cadre visant la couverture sanitaire universelle et des plans et politique sanitaires nationaux.</p> <p>Assigner et fournir des ressources à l'unité de soins de santé primaires du ministère de la Santé en vue de coordonner les activités de médecine familiale.</p> <p>Mettre à jour les réglementations pour soutenir la mise en œuvre et le déploiement du programme de médecine familiale.</p> <p>Élaborer un programme de formation à la médecine familiale national à l'intention des médecins généralistes.</p> <p>Développer un système d'information sanitaire et de notification afin de suivre la performance des soins de santé primaires.</p> <p>Mettre en place des incitations professionnelles/financières à l'intention des médecins qui s'engagent dans des programmes de formation à la médecine familiale de troisième cycle.</p> <p>Consolider les partenariats entre les secteurs public et privé pour la prestation de services via l'approche centrée sur la médecine familiale.</p>	<p>Aider les États Membres à publier et à partager les bonnes pratiques et les notes d'orientation succinctes relatives au programme de médecine familiale.</p> <p>Aider à réaliser des projections rationnelles de la production de médecins de famille et de membres d'équipes pratiquant la médecine familiale.</p> <p>Développer et présenter les éléments de preuve, les normes essentielles relatives aux éléments de la médecine familiale et un guide opérationnel aux fins de leur adaptation par les pays.</p>
Développement des programmes de formation à la médecine familiale	<p>Plaider aux côtés des doyens des facultés de médecine en faveur de l'établissement, du renforcement et de l'expansion des départements de médecine familiale.</p> <p>Respecter le taux annuel d'augmentation de la production des médecins de famille recommandé par l'OMS jusqu'en 2030.</p> <p>Mettre en œuvre le programme de formation courte en ligne de l'OMS consacré à la médecine familiale à l'intention des médecins généralistes.</p> <p>Développer des programmes de formation professionnelle continue aux fins de la recertification dans le domaine de la médecine familiale.</p> <p>Harmoniser le programme d'études, l'évaluation et les normes des programmes de formation à la médecine familiale agréés.</p> <p>Intégrer un programme d'enseignement de la médecine familiale révisé au sein des écoles de médecine.</p>	<p>Préparer des notes d'orientation sur la nécessité de renforcer les départements de médecine familiale en vue de les présenter aux doyens et aux membres des facultés de médecine.</p> <p>Développer des cours de formation en ligne de six mois afin d'orienter les médecins généralistes vers la pratique de la médecine familiale.</p> <p>Constituer un groupe d'experts régionaux aux fins de l'examen et de l'harmonisation des programmes de formation à la médecine familiale à travers la Région.</p>
Financement	<p>Instaurer un financement de la médecine familiale dans le cadre de la stratégie nationale de financement de la santé en veillant à la disponibilité de financements durables aux fins de l'instauration/l'expansion de la médecine familiale.</p> <p>Entreprendre des achats stratégiques aux fins de la médecine familiale auprès des prestataires des secteurs public et privé.</p> <p>Élaborer des ensembles de services de santé essentiels à mettre en œuvre via la médecine familiale, et en évaluer le coût ; identifier la population ciblée à couvrir.</p> <p>Décider des modalités de mise œuvre des ensembles de services de santé essentiels fournis par les prestataires des secteurs de la santé public et privé et par les organismes non gouvernementaux.</p> <p>Développer les capacités en matière d'établissement de contrats aux fins de la médecine familiale, notamment en matière d'externalisation de la prestation de services.</p> <p>Définir et tester les « modalités de paiement des prestataires », notamment la capitation, la rémunération au cas et le paiement basé sur la performance nécessaire, ou leur combinaison.</p>	<p>Mettre à jour les outils et les manuels pour la définition des ensembles de services de santé essentiels et pour l'évaluation de leur coût et former à leur usage et à leur mise en œuvre.</p> <p>Synthétiser et partager les expériences des pays relatives au financement de la médecine familiale au moyen de différents systèmes de financement de la santé et apporter un appui technique dans ce domaine aux États Membres.</p> <p>Diffuser les directives de l'OMS et apporter un appui technique aux États Membres en matière d'achats stratégiques et de méthodes de paiement des prestataires (publics ou privés).</p>
Intégration et assurance qualité des services	<p>Utiliser les 13 éléments de base de la médecine familiale comme un guide aux fins de l'amélioration de la qualité des services de soins de santé primaires.</p> <p>Évaluer la prestation de services afin d'examiner l'intégration des programmes prioritaires aux services de soins de santé primaires.</p> <p>Mettre en place une intégration fonctionnelle des services de santé en veillant à la création d'équipes multi-disciplinaires et la formation du personnel.</p> <p>Mettre en œuvre l'intégration dans tous les programmes mis en œuvre dans des domaines spécifiques : formation, supervision, promotion de la santé, système d'information sanitaire, approvisionnement des médicaments et services de laboratoire.</p> <p>Élaborer des programmes de formation et de développement professionnel continu à l'intention des agents de santé fournissant des soins primaires, portant sur l'amélioration de la qualité et la prestation de services.</p> <p>Renforcer les fonctions de suivi et de supervision de la qualité des soins.</p> <p>Introduire/institutionnaliser les programmes d'accréditation en vue de soutenir les performances des soins de santé primaires.</p> <p>Appliquer l'accréditation des établissements de soins de santé primaires.</p>	<p>Poursuivre le partage des meilleures pratiques et l'échange d'expériences.</p> <p>Développer un système de santé de district intégré basé sur les outils d'évaluation de l'approche centrée sur la médecine familiale.</p> <p>Étendre le cadre régional sur les indicateurs de qualité au niveau des soins de santé primaires.</p>

Autonomisation de la communauté	<p>Lancer une campagne à l'échelle communautaire afin d'encourager la population à s'enregistrer auprès des établissements de santé réformés dans la zone de desserte (faits et statistiques d'état civil compris). Renforcer, mettre en place et soutenir la formation des agents de santé communautaires/des équipes de sensibilisation et développer les soins de santé à domicile qui font partie intégrante de l'approche centrée sur la médecine familiale.</p> <p>Encourager l'approche centrée sur les volontaires de santé dans l'objectif de créer des liens entre les foyers et les établissements de santé et former les volontaires à l'utilisation des manuels de l'OMS.</p> <p>Organiser une formation initiale destinée au personnel des établissements de santé afin de développer les aptitudes en matière de communication.</p> <p>Élaborer des campagnes de sensibilisation multimédias.</p>	<p>Mettre à jour les outils et les guides aux fins de l'engagement communautaire dans la médecine familiale.</p> <p>Apporter un appui technique à l'élaboration d'une stratégie de communication en faveur des programmes de médecine familiale.</p> <p>Partager les expériences positives relatives aux programmes de volontariat communautaire à l'appui de la médecine familiale.</p> <p>Apporter un appui technique à l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé primaires par l'intermédiaire des agents de santé, des équipes de sensibilisation et des stratégies de prestation de soins de santé à domicile.</p>
--	--	--

