



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**46<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**  
**57<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., É.-U., 26-30 septembre 2005*

---

*Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire*

CD46/13 (Fr.)

24 août 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

**DÉCLARATION RÉGIONALE SUR LES NOUVELLES ORIENTATIONS  
EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)**

**RENOUVELER LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LES AMÉRIQUES :  
UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE ET PROGRAMMATIQUE  
POUR L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ**

La Directrice a le plaisir de transmettre au Conseil directeur le rapport sur les orientations stratégiques et programmatiques futures en soins de santé primaires (SSP).

## **ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PROGRAMMATIQUES FUTURES EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)**

1. Ce qui suit est un rapport d'étape sur la réalisation des mandats du 44<sup>e</sup> Conseil directeur (septembre 2003) formulés dans la résolution CD44.R6, laquelle demande aux États membres d'adopter une série de recommandations afin de renforcer les soins de santé primaires (SSP). La résolution demande également à l'OPS/OMS :

- (a) De tenir compte des principes des SSP dans les activités de tous les programmes de coopération technique, en particulier celles qui sont liées aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD);
- (b) D'évaluer les différents systèmes basés sur les SSP, et de déterminer et de diffuser les meilleures pratiques dans ce domaine;
- (c) D'aider à la formation de travailleurs de la santé en SSP;
- (d) D'appuyer des modèles de SSP définis au niveau local qui sont flexibles et adaptables;
- (e) De célébrer le vingt-cinquième anniversaire d'Alma-Ata en un processus d'une durée d'un an qui prendrait fin en septembre 2004; et
- (f) D'organiser un processus afin de définir des orientations stratégiques et programmatiques futures en SSP.

2. Le 44<sup>e</sup> Conseil directeur a également tenu trois tables rondes simultanées sur les SSP qui ont permis aux délégués venant des pays et venant d'autres organisations de discuter divers sujets liés aux SSP. Le rapport de ces tables rondes demandait, entre autres choses, l'élaboration d'une nouvelle déclaration régionale sur les SSP.

3. En réponse au mandat (f), « organiser un processus afin de définir des orientations stratégiques et programmatiques futures en SSP », le 13 mai 2004, l'OPS/OMS créait un « Groupe de travail sur les SSP » dont la fonction principale est de conseiller l'Organisation sur la façon de construire une vision redynamisée de la stratégie des SSP qui aborderait les défis du nouveau millénaire, surtout ceux qui sont posés par les OMD.

4. Le Groupe de travail se compose de 23 membres qui ont des connaissances étendues et une expérience considérable en SSP au niveau des politiques, de la mise en œuvre et de la recherche. Parmi les membres du groupe, 12 viennent de l'OPS/OMS et 11 sont des experts venant des pays de la Région. On a pris grand soin de rassembler un

groupe qui serait en mesure de fournir un large échantillon de vues provenant des différents secteurs du gouvernement et d'autres secteurs qui influenceront sur la conception et la mise en œuvre efficaces de la stratégie des SSP.

5. Les objectifs principaux du Groupe de travail sont d'examiner et de réaffirmer les dimensions conceptuelles des SSP telles que contenues dans la Déclaration d'Alma-Ata; d'élaborer des définitions opérationnelles de concepts qui sont en rapport avec les SSP; et de fournir des conseils aux pays et à l'OPS/OMS sur la façon de réorienter les systèmes et les services de santé de la Région suivant les principes des SSP dans le contexte des processus de réforme du secteur de la santé. En outre, le Groupe de travail a fourni des conseils sur la rédaction d'un exposé de position de l'OPS/OMS et d'une Déclaration régionale sur le renouvellement des SSP, qui reflètent les réalités actuelles ainsi que la voie à suivre.

6. Afin d'atteindre les objectifs ci-dessus, le Groupe de travail a tenu des consultations au niveau régional et au niveau des pays. Il a également favorisé le dialogue avec les parties prenantes pertinentes, y compris celles qui existent au sein de la société civile et des ONG, des universités, des associations professionnelles et du gouvernement, afin de construire un consensus et de nouer des alliances stratégiques pour faire progresser les SSP partout dans la région.

7. La première réunion du Groupe de travail s'est tenue du 28 au 30 juin 2004, à Washington, D.C., É.-U. et a été suivie d'une deuxième réunion tenue du 27 au 29 octobre 2004, à San José au Costa Rica. À la fin de décembre 2004, le Groupe avait produit la première ébauche de l'exposé de position sur le renouvellement des SSP, laquelle a suivi le processus d'examen interne de l'OPS jusqu'au 31 mars 2005.

8. En mai et juin 2005, la deuxième version de l'ébauche (datée du 31 mars 2005) a été envoyée à tous les États membres pour qu'ils l'examinent et forment leurs commentaires. En date d'août 2005, 21 consultations nationales visant à discuter l'exposé de position se sont tenues en Argentine, en Bolivie, au Brésil, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, à Cuba, en El Salvador, en Équateur, au Guatemala, au Guyana, en Jamaïque, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, au Pérou, en République dominicaine, au Suriname, à Trinité-et-Tobago et au Venezuela. Les commentaires reçus des divers pays ont été incorporés dans la troisième version de l'exposé de position, datée du 12 juillet 2005.

9. En outre, l'ébauche de la Déclaration régionale sur les SSP a été envoyée aux États membres en juillet et au début d'août 2005 pour qu'ils forment leurs commentaires.

10. Finalement, la Consultation régionale sur le renouvellement des SSP dans les Amériques s'est tenue du 26 au 29 juillet 2005, à Montevideo en Uruguay. Les objectifs

étaient de discuter les ébauches de l'exposé de position (ébauche du 12 juillet 2005) et de la Déclaration régionale (ébauche du 22 juillet 2005), et d'émettre des recommandations à leur sujet. De plus, la Consultation a accueilli une session extraordinaire portant sur les SSP en Uruguay. La Consultation, qui a été inaugurée par le président de l'Uruguay, le Dr Tabaré Vázquez, a réuni plus de 85 personnes représentant 31 États membres, des ONG, des associations professionnelles, des universités et des agences sœurs de l'ONU. Les États membres et les territoires membres représentés à la réunion étaient Anguilla, Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, l'El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, le Suriname, Trinité-et-Tobago, les îles Turks et Caicos, l'Uruguay et le Venezuela.

11. Les recommandations de nature technique qui ont résulté de la Consultation régionale ont été incorporées dans le document intitulé *Renouveler les soins de santé primaires dans les Amériques : une orientation stratégique et programmatique pour l'Organisation panaméricaine de la santé* (annexe A) et dans la Déclaration régionale sur les SSP (annexe B), tous deux soumis comme éléments de ce rapport afin d'être étudiés par le Conseil directeur.

### **Mesures à prendre par le Conseil directeur**

12. Le Conseil directeur est invité à prendre note de ce rapport et, sur la base du document *Renouveler les soins de santé primaires dans les Amériques : une orientation stratégique et programmatique pour l'Organisation panaméricaine de la santé*, à proclamer la Déclaration des Amériques sur le renouvellement des soins de santé primaires annexée à ce rapport.

Annexes

Original : anglais

Renouveler les soins de santé primaires  
dans les Amériques :  
une orientation stratégique et  
programmatische

pour  
l'Organisation panaméricaine de la  
santé

Août 2005

## Table des matières

Résumé .....	i
I. Pourquoi renouveler les soins de santé primaires? .....	1
Tableau 1 : Approches des soins de santé primaires .....	3
II. Construire des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires .....	6
A. Valeurs .....	7
Figure 1 : Valeurs, principes et éléments fondamentaux dans un système de santé basé sur les SSP .....	8
B. Principes .....	10
C. Éléments .....	11
Encadré 1 : Renouveler les SSP : implications pour les services de santé .....	12
Encadré 2 : Les systèmes de santé basés sur les SSP et le développement humain .....	15
D. Quels sont les bienfaits d'un système de santé basé sur les SSP? .....	15
III. Vers l'avant .....	16
A. Apprendre de l'expérience .....	17
Encadré 3 : Défis sur le plan des ressources humaines dans les Amériques .....	18
B. Construire des coalitions pour le changement .....	18
C. Plan d'action stratégique .....	20
Remerciements .....	23
Appendice A : Méthodes .....	24
Encadré 4 : Consultations nationales sur le renouvellement des SSP .....	25
Appendice B : Glossaire et définitions de travail .....	26
Appendice C : Quelques jalons en SSP dans les Amériques, 1900-2005 .....	32
Appendice D : Facteurs facilitants et obstacles quant à une mise en œuvre efficace des SSP dans les Amériques .....	34
Références .....	36

## Résumé

Depuis plus d'un quart de siècle, on reconnaît les soins de santé primaires (SSP) comme l'une des composantes clés d'un système de santé efficace. Les expériences vécues dans des pays plus développés comme dans des pays moins développés ont démontré que les SSP peuvent être adaptés et interprétés afin de convenir à une grande variété de contextes politiques, sociaux et culturels. Maintenant, une étude détaillée des SSP – tant en théorie qu'en pratique – et un examen critique de la façon dont ce concept peut être « renouvelé » afin de mieux refléter les besoins actuels en matière de santé et de développement des personnes vivant partout dans le monde s'imposent. Ce document, rédigé afin de remplir un mandat établi en 2003 par une résolution de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), formule la position de l'OPS quant au renouvellement proposé des SSP. Le but de ce document est de générer des idées et des recommandations afin de permettre un tel renouvellement, et d'aider à renforcer et à revigorer les SSP pour en faire un concept qui puisse diriger le développement des systèmes de santé pendant le prochain quart de siècle et au-delà.

Il y a plusieurs raisons d'adopter une approche renouvelée des SSP, y compris : l'émergence de nouveaux défis épidémiologiques qui obligent les SSP à évoluer pour pouvoir les aborder; la nécessité de corriger les faiblesses et les contradictions présentes dans certaines des approches très divergentes des SSP; l'élaboration de nouveaux outils et la connaissance de meilleures pratiques dont les SSP peuvent tirer profit afin d'être plus efficaces; et une reconnaissance grandissante du fait que les SSP sont un outil pouvant servir à renforcer la capacité de la société à réduire les inéquités dans le domaine de la santé. De plus, on considère une approche renouvelée des SSP comme une condition essentielle pour remplir les engagements de la Déclaration du Millénaire, pour aborder la question des déterminants sociaux de la santé et pour atteindre le niveau le plus élevé de santé accessible pour tous.

En examinant les concepts et les composantes des SSP ainsi que les données témoignant de leur impact, ce document construit sur l'héritage d'Alma-Ata et du mouvement des soins de santé primaires, condense les leçons apprises des SSP et des expériences de réformes en santé, et propose un ensemble de valeurs, de principes et d'éléments clés essentiels pour ce qui est de construire des systèmes de santé basés sur les SSP. Il postule que de tels systèmes seront nécessaires pour s'occuper du « programme de santé inachevé » dans les Amériques, de même que pour consolider et maintenir les progrès réalisés, et pour relever les nouveaux défis et faire face aux nouveaux engagements du vingt et unième siècle en matière de santé et de développement.

Le but ultime du renouvellement des SSP est d'obtenir des gains substantiels pour tous sur le plan de la santé. La proposition présentée ici se veut visionnaire; la réalisation des recommandations de ce document et la réalisation du potentiel des SSP ne seront limitées que par notre engagement et notre imagination.

### **Messages principaux :**

- Tout au long du processus de consultation de grande envergure qui a formé la base de ce document, on a découvert que les SSP représentent, même aujourd'hui, une source d'inspiration et d'espoir, non seulement pour la majorité du personnel de santé, mais pour la communauté dans son ensemble.
- À cause de l'existence de nouveaux défis, de nouvelles connaissances et de nouveaux contextes, il est nécessaire de renouveler et de revigorer les SSP dans la région d'une manière qui renforce également l'approche des SSP, afin que ceux-ci puissent réaliser leur capacité à répondre aux défis d'aujourd'hui en matière de santé et à ceux du prochain quart de siècle.

- Renouveler les SSP suppose de reconnaître et de faciliter le rôle des SSP en tant qu'approche visant à promouvoir une santé et un développement humain plus équitables.
- Un renouvellement des SSP devra prêter une attention accrue aux besoins structurels et opérationnels tels que l'accès aux soins, l'équité financière, le caractère adéquat et la durabilité des ressources, l'engagement politique et l'élaboration de systèmes qui assurent des soins de haute qualité.
- Des expériences couronnées de succès en matière de SSP ont démontré que des approches à l'échelle des systèmes sont nécessaires; une approche renouvelée des SSP doit donc présenter des arguments plus forts pour une approche raisonnée et basée sur des données probantes conçue afin d'obtenir des soins universels, intégrés et complets.
- Le mécanisme proposé de renouvellement des SSP est la transformation des systèmes de santé afin que ceux-ci adoptent les SSP comme base.
  - Un système de santé basé sur les SSP est une approche globale de l'organisation et de la gestion des systèmes de santé qui fait du droit au niveau le plus élevé de santé accessible son but principal tout en maximisant l'équité et la solidarité. Un tel système est guidé par les principes des SSP que sont la capacité de réaction, une orientation vers la qualité, l'obligation de rendre compte aux gouvernements, la justice sociale, la durabilité, la participation et l'intersectorialité.
  - Un système de santé basé sur les SSP se compose d'un ensemble fondamental d'éléments fonctionnels et structurels qui garantissent une couverture universelle et un accès à des services qui sont acceptables pour la population et favorisent l'équité. Il fournit des soins complets, intégrés et appropriés sur une période de temps, met l'accent sur la prévention et la promotion, et assure des soins de premier contact. Familles et communautés sont sa base de planification et d'action. Un système de santé basé sur les SSP requiert un fondement légal, institutionnel et organisationnel solide de même que des ressources humaines, financières et technologiques adéquates et durables. Il emploie des pratiques de gestion optimales à tous les niveaux afin d'obtenir qualité, bon fonctionnement et efficacité, et élabore des mécanismes actifs visant à maximiser la participation individuelle et collective dans la santé. Un système de santé basé sur les SSP élabore des actions intersectorielles afin d'aborder d'autres déterminants de la santé et de l'équité.
  - Les données probantes qui existent au niveau international laissent entendre que les systèmes de santé basés sur une forte orientation pour les SSP ont des résultats de santé meilleurs et plus équitables, sont plus efficaces, ont des coûts de soins de santé plus bas et peuvent obtenir un taux de satisfaction des usagers plus élevé que ceux qui n'ont qu'une faible orientation pour les SSP.
  - La réorientation des systèmes de santé vers les SSP requiert l'ajustement des services de santé vers la prévention et la promotion. On obtient ce résultat en assignant des fonctions appropriées à chaque niveau de gouvernement, en intégrant services de santé publics et personnels, en se concentrant sur les familles et les communautés, en se servant de données exactes pour la planification et la prise de décision, et en créant un cadre institutionnel comprenant des mesures incitatives afin d'améliorer la qualité des services.

- Une pleine réalisation des SSP requiert de s'attarder davantage au rôle des ressources humaines, à l'élaboration de stratégies pour gérer le changement et à l'alignement de la coopération internationale sur l'approche des SSP.
- La prochaine étape pour le renouvellement des SSP est de constituer une coalition internationale de parties intéressées. Les tâches de cette coalition seront de formuler le renouvellement des SSP comme une priorité, de développer le concept de systèmes de santé menés par les SSP de sorte qu'il représente une option stratégique faisable et attrayante sur le plan politique, et de trouver des moyens de tirer profit de la conjoncture favorable actuelle fournie par le récent 25<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et l'attention internationale qui l'a accompagnée quant à l'importance d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, de même que l'attention internationale actuelle quant au besoin de renforcer les systèmes de santé.

## I. Pourquoi renouveler les soins de santé primaires?

L'Organisation mondiale de la santé s'est faite la championne des soins de santé primaires (SSP) même avant 1978, alors qu'elle adoptait cette approche comme jouant un rôle essentiel à l'atteinte du but de la « Santé pour tous ». Depuis ce temps, le monde – et les SSP avec lui – ont changé de façon spectaculaire. L'objet du renouvellement des SSP est de revitaliser la capacité des pays à monter une stratégie coordonnée, efficace et durable afin de s'occuper des problèmes de santé existants, de se préparer pour de nouveaux défis en matière de santé et d'améliorer l'équité. Le but d'une telle entreprise est d'obtenir des gains durables pour tous sur le plan de la santé.

Il y a plusieurs raisons d'adopter une approche renouvelée des SSP, y compris : l'émergence de nouveaux défis épidémiologiques qui obligent les SSP à évoluer pour pouvoir les aborder; la nécessité de corriger les faiblesses et les contradictions présentes dans certaines des approches très divergentes des SSP; l'élaboration de nouveaux outils et la connaissance de meilleures pratiques dont les SSP peuvent tirer profit afin d'être plus efficaces; une reconnaissance grandissante du fait que les SSP sont un outil pouvant servir à renforcer la capacité de la société à réduire les inéquités dans le domaine de la santé; et un consensus croissant voulant que les SSP représentent une approche puissante pour ce qui est d'aborder les causes de la mauvaise santé et de l'inégalité.

Par conséquent, une approche renouvelée des SSP est considérée comme une condition essentielle pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), pour aborder les causes fondamentales de la santé telles qu'exprimées par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'ONU et pour codifier la santé comme un droit de la personne tel qu'exprimé par certaines constitutions nationales, certains groupes de la société civile et autres. Renouveler les SSP demandera de construire sur l'héritage d'Alma-Ata et du mouvement des soins de santé primaires, en profitant pleinement des leçons apprises et des meilleures pratiques qui résultent de plus d'un quart de siècle d'expérience, et de renouveler et de réinterpréter l'approche et la pratique des soins de santé primaires pour aborder les défis du vingt et unième siècle.

La région des Amériques a fait de grands progrès au cours du dernier quart de siècle, mais des systèmes de santé constamment surchargés et des inéquités grandissantes menacent les gains déjà réalisés et mettent en danger le progrès futur vers une meilleure santé et un meilleur développement humain.

Des progrès importants ont été faits sur le plan de la santé et du développement humain dans la région des Amériques. Les valeurs moyennes de presque chaque indicateur de santé se sont améliorées dans presque tous les pays de la région : la mortalité infantile a diminué d'environ un tiers, la mortalité due à toutes les causes a décliné en termes absolus de près de 25 pour cent; l'espérance de vie a augmenté en moyenne de six ans; les décès dus à des maladies transmissibles et à des maladies du système circulatoire ont chuté de 25 pour cent; et les décès dus à des affections périnatales ont diminué de 35 pour cent<sup>1</sup>. Des défis considérables demeurent, cependant, quant à certaines maladies infectieuses, telles que la tuberculose, qui restent des problèmes de santé importants; le VIH/sida continue d'être un défi pour presque tous les pays de la région et les maladies non transmissibles sont en hausse<sup>2</sup>. De plus, la région a connu des changements sociaux et économiques considérables, qui ont eu des incidences importantes sur le plan de la santé. Cela comprend le vieillissement de la population, des changements quant au régime alimentaire et à l'activité physique, la diffusion de l'information, l'urbanisation, et la détérioration des structures sociales et des appuis sociaux qui ont contribué (soit directement, soit indirectement) à une gamme de problèmes de santé tels que l'obésité, l'hypertension et les maladies

cardiovasculaires; une augmentation des blessures et de la violence; et des problèmes liés à l'alcool, au tabac et aux drogues<sup>1,3</sup>.

Malheureusement, et ceci est d'une importance cruciale dans les efforts visant à renouveler les SSP, ces tendances existent dans le contexte d'une aggravation globale des inéquités dans le domaine de la santé. Par exemple, 60 pour cent de la mortalité maternelle se produit dans les 30 pour cent des pays les plus pauvres, et le fossé quant à l'espérance de vie entre les plus riches et les plus pauvres a atteint près de 20 ans dans certains pays<sup>1</sup>. La répartition des menaces émergentes en matière de santé et leurs facteurs de risque ont exacerbé davantage les inéquités sur le plan de la santé tant à l'intérieur des pays qu'entre les pays.

Les inéquités grandissantes représentent plus que simplement des échecs du système de santé; elles indiquent l'incapacité des sociétés à faire face aux causes sous-jacentes de la mauvaise santé et de sa répartition injuste. Dans les années 1970 et 1980, de nombreux pays des Amériques ont connu la guerre, les bouleversements politiques et les régimes totalitaires. Depuis lors, les transitions vers la démocratie ont apporté un espoir nouveau, mais pour beaucoup de pays, les bienfaits économiques et sociaux de ces transitions ne se sont pas encore matérialisés. Au cours de la dernière décennie, les pratiques d'ajustement économique, les pressions dues à la mondialisation et l'impact de certaines politiques économiques néolibérales ont, avec d'autres facteurs, contribué aux disparités sur le plan de la richesse, du statut et du pouvoir entre les pays et à l'intérieur des pays des Amériques, et ont renforcé les incidences négatives sur la santé<sup>4-6</sup>.

Un réexamen des déterminants sous-jacents de la santé et du développement humain a mené à une prise de conscience croissante du fait que la santé doit prendre une place centrale dans le programme de développement. Un soutien accru à la santé se reflète dans la façon dont on en est venu à définir le développement; alors qu'on le considérait autrefois comme synonyme de croissance économique, la compréhension prédominante du développement est maintenant multidimensionnelle et basée sur l'idée de développement humain<sup>7</sup>. Cette nouvelle approche reconnaît que la santé est une capacité humaine de base, une condition préalable pour que les individus parviennent à l'accomplissement de soi, une composante des sociétés démocratiques et un droit de la personne fondamentale<sup>8,9</sup>.

À mesure que la compréhension de la santé s'est élargie, la conscience des limites des services de santé traditionnels pour ce qui est d'aborder tous les besoins de la population en matière de santé s'est accrue<sup>10</sup>. Pour de nombreuses personnes dans la région, « La santé est une donnée sociale, économique et politique; c'est avant tout un droit humain fondamental. L'inégalité, la pauvreté, l'exploitation, la violence et l'injustice sont à la base de la maladie et de la mort des pauvres et des personnes marginalisées »<sup>11</sup>.

Des recherches récentes ont élucidé les relations complexes existant entre les déterminants sociaux, économiques, politiques et environnementaux de la santé et sa répartition<sup>12</sup>. Nous savons maintenant que toute approche visant à améliorer la santé doit s'articuler au sein du contexte politique, social et économique plus vaste et doit travailler de concert avec de multiples secteurs et de multiples intervenants<sup>13</sup>.

Au cours des trois dernières décennies, différentes réformes dans le domaine de la santé ont été introduites dans la plupart des pays des Amériques. On a engagé ces réformes pour diverses raisons, y compris des coûts en hausse, des services inefficaces et de piètre qualité, des budgets publics en diminution et de nouveaux progrès technologiques, ainsi qu'en réponse au rôle changeant de l'État<sup>14</sup>. En dépit d'investissements considérables, la plupart des réformes semblent avoir eu des résultats limités, inégaux ou même négatifs pour ce qui est d'améliorer la santé et l'équité<sup>15,16</sup>.

Renouveler les SSP veut dire plus que simplement les ajuster aux réalités actuelles; cela demande un examen critique de leur sens et de leur objet. Des études menées auprès de professionnels de la santé dans les

Amériques confirment l'importance de l'approche des SSP; elles confirment également que les désaccords et les idées fausses au sujet des SSP abondent, même à l'intérieur de la région<sup>17</sup>. Dans l'ensemble, les perceptions quant au rôle des SSP dans le développement social et le développement des systèmes de santé se divisent grosso modo en quatre catégories principales (voir le tableau 1). En Europe et dans d'autres pays industrialisés riches, les SSP ont surtout été considérés jusqu'ici comme le premier niveau de services de santé pour la population entière<sup>18,19</sup>. En tant que tels, on les appelle le plus souvent des « soins primaires ». Dans le monde en développement, les SSP ont surtout été « sélectifs », se concentrant sur quelques interventions à fort impact afin de cibler les causes les plus courantes de mortalité infantile et certaines maladies infectieuses<sup>20</sup>. On n'a mis en œuvre une approche globale et nationale des SSP que dans quelques pays, bien que d'autres semblent se diriger vers des approches plus globales et qu'il y ait eu de nombreuses expériences à plus petite échelle partout dans la région<sup>21-23</sup>.

Divers observateurs ont offert des explications quant aux raisons pour lesquelles les SSP diffèrent si radicalement d'un pays à l'autre. Certains soutiennent que, pour ce qui concerne les Amériques en particulier, on doit s'attendre à trouver des opinions différentes au sujet des SSP, étant donné le développement historique de la santé et des soins de santé dans la région et l'héritage laissé par différents systèmes politiques et sociaux<sup>17,24</sup>. D'autres ont laissé entendre que la divergence de vues s'explique par les descriptions ambitieuses et quelque peu vagues des SSP tels que décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata<sup>25</sup>. D'autres soutiennent que, bien que de nombreuses initiatives efficaces en matière de SSP aient été élaborées dans les années suivant Alma-Ata, le message principal s'est déformé à la suite des changements de vision des organismes internationaux de santé aussi bien que des processus de mondialisation<sup>11</sup>. Quelles que soient la cause ou les causes ultimes, il est clair que le concept de SSP est devenu de plus en plus étendu et confus depuis Alma-Ata, et que les SSP n'ont pas accompli tout ce que leurs défenseurs avaient prévu.

**Tableau 1 : Approches des soins de santé primaires**

Approche	Définition ou concept des soins de santé primaires	Accent
SSP sélectifs	Concentre un nombre limité de services à fort impact afin d'aborder certains des défis les plus courants en matière de santé dans les pays en développement <sup>20</sup> . On en est venu à désigner les services principaux par l'acronyme anglais GOBI (surveillance de la croissance, techniques de réhydratation orale, allaitement au sein et immunisation), et ces services comprenaient parfois une supplémentation alimentaire, l'alphabétisation des femmes et des filles, et le planning familial (GOBI-FFF).	Ensemble précis d'activités de services de santé s'adressant aux pauvres
Soins primaires	Réfère au point d'entrée dans le système de santé et au lieu où se donnent les soins de santé continus pour la plupart des gens, la plupart du temps <sup>26</sup> . C'est là la conception des soins de santé primaires la plus courante en Europe et dans les autres pays industrialisés. Dans sa définition la plus étroite, l'approche est directement liée à la disponibilité des médecins en exercice spécialisés en médecine générale ou en médecine familiale.	Niveau de soins dans un système de services de santé
Les « SSP complets » d'Alma-Ata	La Déclaration d'Alma-Ata définit les SSP comme le premier niveau de soins intégrés et complets et comprenant des éléments de participation de la communauté, de coordination intersectorielle et de dépendance envers différents travailleurs de la santé et praticiens traditionnels <sup>27</sup> . Elle inclut plusieurs principes, y compris : le besoin d'aborder des déterminants de la santé plus larges; une accessibilité et une couverture universelles en fonction du besoin; une implication et une autonomie communautaires et individuelles; des actions intersectorielles pour la santé; et une technologie et un rapport coût-efficacité appropriés relativement aux ressources disponibles <sup>28</sup> .	Une stratégie visant à organiser les systèmes de soins de santé et la société afin de promouvoir la santé
Approche fondée sur la santé et les droits de la	Met l'accent sur le fait de comprendre la santé comme un droit de la personne et sur la nécessité de s'occuper des déterminants sociaux et politiques plus larges de la santé <sup>11</sup> . Cette approche diffère des autres par l'accent mis sur les implications sociales et sur les implications en matière de politiques de la Déclaration d'Alma-Ata plutôt que sur les principes eux-mêmes. Elle affirme	Une philosophie omniprésente dans le secteur de la santé et le

personne	que la dimension sociale et politique prioritaire des SSP a pris du retard sur les aspects propres à certaines maladies et que les politiques en matière de développement devraient être plus « inclusives, dynamiques, transparentes et appuyées par une législation et par des engagements financiers », si on veut que celles-ci réalisent des améliorations équitables en matière de santé <sup>29</sup> .	secteur social
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Source : catégories adaptées de <sup>30,31</sup>

À mesure que les SSP s'entremêlaient avec le but de la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 », leur sens et leur objectif s'élargissaient aussi pour inclure toute une gamme de résultats qui se trouvaient hors de la responsabilité du système de santé<sup>32</sup>. Malheureusement, à mesure qu'approchait le troisième millénaire, il devenait de plus en plus clair que le but de la « Santé pour tous » ne serait pas atteint. Pour certains, l'échec pour ce qui est d'atteindre ce but a fini par être associé à ce que l'on a considéré comme un échec des SSP eux-mêmes.

Paradoxalement, à mesure que le sens des SSP s'étendait pour inclure plusieurs secteurs, leur mise en œuvre devenait de plus en plus étroite. Bien que considérés à l'origine comme une stratégie intérimaire, les SSP sélectifs devinrent le mode dominant de soins de santé primaires pour de nombreux pays. L'approche s'est poursuivie par l'intermédiaire de nombreux programmes verticaux visant des sous-populations ou propres à certaines maladies. À un certain niveau, on peut voir l'effort de promotion des SSP sélectifs comme une réaction à l'idée selon laquelle les SSP étaient devenus trop larges et trop vagues, avec des effets et des succès difficiles à quantifier, et peu de dividendes visibles pour le public ou pour les décideurs. Par contraste, l'approche sélective permettait d'affecter des ressources limitées à des objectifs de santé précis, bien que dans certains cas cette approche semble avoir été choisie, du moins en partie, comme élément d'une stratégie visant à attirer un financement accru de la part des donateurs pour les services de santé<sup>33</sup>.

Quoiqu'elle ait été couronnée de succès dans certains domaines (tels que l'immunisation), on a reproché à l'approche des SSP sélectifs de méconnaître le contexte plus large du développement social et économique. Cela ne revient pas à dire que les SSP doivent aborder tous les déterminants de la santé, mais cela implique que les approches sélectives sont, la plupart du temps, incapables d'aborder les causes fondamentales de la mauvaise santé<sup>34</sup>. On a également soutenu que les approches sélectives, en ciblant des populations étroites et des questions de santé étroites, peuvent créer des fossés entre les programmes qui laissent certaines familles ou certains individus sous-desservis. En outre, on craint que la priorité presque exclusive accordée aux enfants et aux femmes ne méconnaisse la présence grandissante de menaces pour la santé telles que les maladies chroniques, les problèmes de santé mentale, les blessures, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida, de même que des populations vulnérables comme les adolescents et les personnes âgées<sup>35</sup>.

De plus, des questions ont été soulevées à savoir si les interventions axées sur une seule maladie ou un seul groupe de population sont durables, puisque, si l'intérêt pour cette maladie ou ce groupe se dissipe, le financement des programmes suivra. Et finalement, on craint que l'approche des SSP sélectifs n'oublie le fait que de nombreux adultes (et, à un degré moindre, de nombreux enfants) souffrent probablement de plus d'un problème de santé en même temps – une situation encore plus fréquente chez les personnes âgées<sup>36</sup>. Pour toutes ces raisons, une approche renouvelée des SSP doit présenter des arguments plus forts pour une approche raisonnée et basée sur des données probantes conçue afin d'obtenir des soins universels, intégrés et complets.

Finalement, on s'attend à ce que le renouvellement des SSP contribue aux efforts en cours visant à renforcer les systèmes de santé dans le monde en développement. Atteindre des buts à l'échelle mondiale, régionale, nationale et locale en matière de santé (tels que les OMD et l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS) et les rendre durables demandera des approches intégrées et horizontales du développement des systèmes de santé<sup>21</sup>.

<sup>37</sup>

En septembre 2003, durant le 44<sup>e</sup> Conseil directeur, l'OPS/OMS a fait passer la résolution CD44.R6, qui appelait les États membres à adopter une série de recommandations visant à renforcer les SSP. De plus, la résolution appelle l'OPS/OMS à : tenir compte des principes des SSP dans les activités des programmes de coopération technique, en particulier ceux qui sont liés à la Déclaration du Millénaire et à ses buts; évaluer différents systèmes basés sur les SSP, déterminer et diffuser les meilleures pratiques dans ce domaine; assister la formation de travailleurs de la santé en SSP; appuyer des modèles de SSP définis au niveau local; célébrer le 25<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata; et organiser un processus afin de définir les orientations stratégiques et programmatiques futures en SSP. En réponse aux mandats ci-dessus, en mai 2004 l'OPS/OMS a créé le « Groupe de travail sur les SSP » afin de conseiller l'organisation sur les orientations stratégiques et programmatiques futures en SSP. (Voir l'appendice A.) Le Groupe de travail s'est engagé dans un processus de consultation au sein de la communauté internationale par l'intermédiaire de plusieurs conférences internationales, et en distribuant la version préliminaire de l'exposé de position à tous les pays membres et à tous les experts. De plus, 20 pays ont convoqué des réunions au niveau national consacrées au renouvellement des SSP. En juillet 2005, une consultation régionale s'est tenue à Montevideo, en Uruguay, réunissant 100 personnes représentant plus de 30 pays de la Région et incluant des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des universités et des agences de l'ONU. Le présent document est le résultat principal de ces processus.

## II. Construire des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires

La position de l'Organisation panaméricaine de la santé est que le renouvellement des SSP doit faire partie intégrante du développement des systèmes de santé, et que baser les systèmes de santé sur les SSP est la meilleure approche pour ce qui est de produire une amélioration durable et équitable de la santé des peuples des Amériques.

Nous définissons un système de santé basé sur les SSP comme étant une approche globale de l'organisation et de la gestion des systèmes de santé qui fait du droit au niveau le plus élevé de santé accessible son but principal tout en maximisant l'équité et la solidarité. Un tel système est guidé par les principes des SSP que sont la capacité de réaction, une orientation vers la qualité, l'obligation de rendre compte aux gouvernements, la justice sociale, la durabilité, la participation et l'intersectorialité.

Un système de santé basé sur les SSP se compose d'un ensemble fondamental d'éléments fonctionnels et structurels qui garantissent une couverture universelle et un accès à des services qui sont acceptables pour la population et favorisent l'équité. Il fournit des soins complets, intégrés et appropriés sur une période de temps, met l'accent sur la prévention et la promotion, et assure des soins de premier contact. Familles et communautés sont sa base de planification et d'action. Un système de santé basé sur les SSP requiert un fondement légal, institutionnel et organisationnel solide de même que des ressources humaines, financières et technologiques adéquates et durables. Il emploie des pratiques de gestion optimales à tous les niveaux afin d'obtenir qualité, bon fonctionnement et efficacité, et élabore des mécanismes actifs visant à maximiser la participation individuelle et collective dans la santé. Un système de santé basé sur les SSP élabore des actions intersectorielles afin d'aborder d'autres déterminants de la santé et de l'équité.

L'essence de la définition renouvelée des SSP est la même que celle que l'on trouve dans la Déclaration d'Alma-Ata<sup>1</sup>. Cependant, cette nouvelle définition est axée sur le système de santé dans son ensemble, elle inclut les secteurs public, privé et sans but lucratif et elle s'applique à tous les pays. Elle différencie valeurs, principes et éléments, souligne l'équité et la solidarité, et incorpore de nouveaux principes tels que la durabilité et une orientation vers la qualité. Elle laisse de côté la notion des SSP comme consistant en un ensemble défini de services, puisque les services devraient être en harmonie avec les besoins locaux. Elle laisse également de côté la notion des SSP comme étant définis par des types précis de personnel de santé, puisque les équipes qui travaillent en SSP devraient être définies suivant les ressources disponibles, les préférences culturelles et les données probantes. Elle précise plutôt des éléments organisationnels et fonctionnels que l'on peut mesurer et évaluer et qui forment une approche logique et cohésive pour ce qui est de fonder solidement les systèmes de santé sur l'approche des SSP. Cette approche a pour but de fournir un moyen flexible de transformer les systèmes de santé afin qu'ils atteignent leurs buts tout en étant assez souples pour s'adapter et pour changer avec le temps afin de répondre à de nouveaux défis. Elle reconnaît que les SSP sont plus que la simple prestation

---

<sup>1</sup> Il y a d'autres précédents pour ce qui est de baser les systèmes de santé sur les SSP. Par exemple, la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé adoptée par l'Union européenne en 1996 déclare que les systèmes de santé doivent être guidés par des valeurs fondamentales (dignité humaine, équité, solidarité, éthique professionnelle), avoir pour objectif des résultats sur le plan de la santé, prendre l'individu comme acteur essentiel tout en encourageant l'autonomie, avoir pour pôle de convergence la qualité, disposer d'un mode de financement viable, être réceptifs à l'opinion et au choix des citoyens, fondés sur des éléments concrets; et qu'ils requièrent une gestion améliorée ainsi que des ressources humaines et une coordination quant aux politiques renforcées<sup>38</sup>.

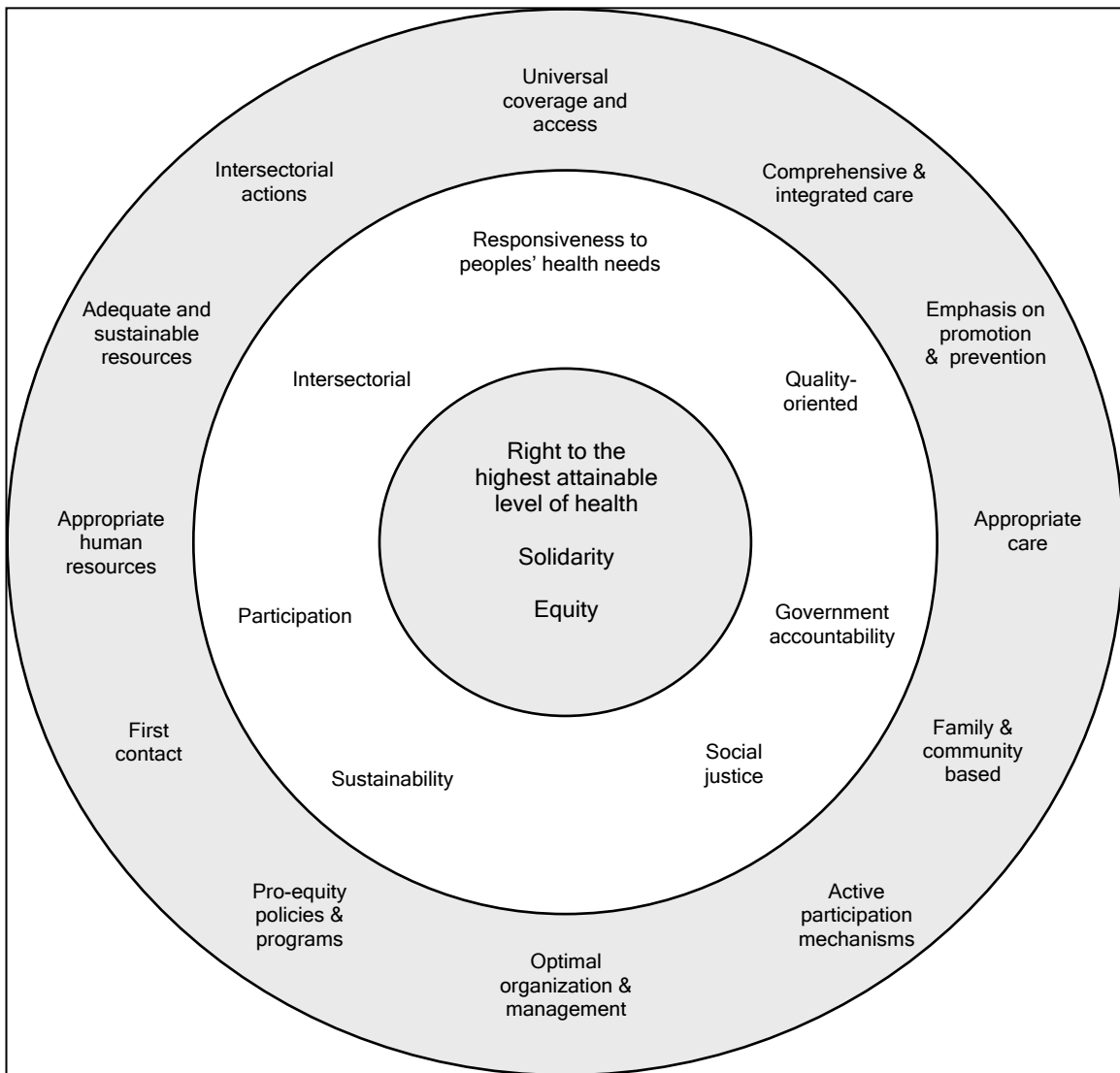
de services de santé; leur succès dépend d'autres fonctions des systèmes de santé et d'autres processus sociaux.

L'approche présentée ici a pour but de servir de fondement afin d'organiser et de comprendre les composantes d'un système de santé basé sur les SSP; elle n'a pas pour but de définir de manière exhaustive tous les éléments nécessaires qui constituent ou définissent un système de santé. À cause de la grande diversité qui existe entre les pays sur le plan des ressources économiques, des circonstances politiques, des capacités administratives et du développement historique du secteur de la santé, chaque pays devra concevoir sa propre stratégie de renouvellement des SSP. Nous espérons que les valeurs, les principes et les éléments décrits ci-dessous aideront à ce processus. La figure 1 présente les valeurs, principes et éléments proposés d'un système de santé basé sur les SSP. L'appendice B fournit une description plus complète des valeurs, principes et éléments décrits ci-dessous.

### **A. Valeurs**

Les valeurs sont essentielles pour ce qui est de fixer des priorités nationales et d'évaluer si les arrangements sociaux existants répondent ou non aux besoins et aux attentes de la population<sup>14</sup>. Elles fournissent une ancre sur le plan moral pour les politiques et les programmes qui sont mis en œuvre dans l'intérêt du public. Les valeurs décrites ici ont pour but de refléter celles de la société dans son ensemble. Dans n'importe quelle société, certaines valeurs peuvent l'emporter sur d'autres, et peuvent même être définies de façon légèrement différente selon la culture, l'histoire et les préférences locales. Toutefois, une législation internationale grandissante définit des paramètres nécessaires afin de protéger les personnes les plus défavorisées de la société et crée un fondement légal sur lequel ces personnes peuvent défendre leurs revendications exigeant dignité, liberté et bonne santé. Cela implique que le processus visant à baser un système de santé plus fortement sur les SSP doit commencer par une analyse des valeurs sociales et inclure la participation des citoyens et des décideurs quant à la façon dont ces valeurs sont formulées, définies et classées par ordre de priorité<sup>14</sup>.

Figure 1 : Valeurs, principes et éléments fondamentaux dans un système de santé basé sur les SSP



**Figure 1**

[outer circle, from top clockwise]  
 Couverture et accès universels  
 Soins complets et intégrés  
 Accent sur la promotion et la prévention  
 Soins appropriés  
 Basés sur la famille et la communauté  
 Mécanismes actifs de participation  
 Organisation et gestion optimales  
 Politiques et programmes favorisant l'équité  
 Premier contact  
 Ressources humaines appropriées

Ressources adéquates et durables  
Actions intersectorielles

*[middle circle, from top clockwise]*

Capacité de réaction aux besoins des gens en matière de santé

Orientés vers la qualité

Obligation de rendre compte aux gouvernements

Justice sociale

Durabilité

Participation

Intersectorialité

*[centre, from top]*

Droit au niveau le plus élevé de santé accessible

Solidarité

Équité

Le droit au niveau le plus élevé de santé accessible est exprimé dans de nombreuses constitutions nationales et formulé dans des traités internationaux, y compris la charte de l'Organisation mondiale de la santé<sup>39</sup>. Il implique des droits légalement définis pour les citoyens et des responsabilités pour le gouvernement et d'autres intervenants, et crée pour les citoyens des revendications en matière de santé qui fournissent des recours quand les obligations ne sont pas remplies. Le droit au niveau le plus élevé de santé accessible joue un rôle clé pour ce qui est d'assurer que les services sont réceptifs aux besoins des gens, qu'il y a une obligation de rendre compte au sein du système de santé, et que les SSP sont orientés vers la qualité, obtenant un bon fonctionnement et une efficacité maximums tout en minimisant les dommages. La santé et les autres droits sont inextricablement liés à l'équité, et ils reflètent à leur tour la solidarité sociale et aident à la renforcer.

L'équité en matière de santé aborde les différences injustes qui existent sur le plan de l'état de santé, de l'accès aux soins de santé et à des environnements qui favorisent la santé, et du traitement au sein du système de santé et de services sociaux. L'équité a une valeur intrinsèque puisqu'il s'agit d'une condition préalable à la capacité humaine, aux libertés humaines et aux droits de la personne<sup>40</sup>. L'équité est une pierre angulaire des valeurs sociales : la façon dont les sociétés traitent leurs membres les plus défavorisés reflète un jugement soit explicite, soit implicite quant à la valeur de la vie humaine. Faire appel simplement aux valeurs ou à la conscience morale d'une société peut ne pas suffire à prévenir les inéquités en matière de santé ni à y remédier. Cela veut dire que les gens doivent être en mesure de corriger les inéquités par l'exercice de leurs revendications morales et légales exigeant santé et autres droits sociaux. Placer l'équité au cœur d'un système de santé basé sur les SSP a pour but de guider les politiques et les programmes en matière de santé et de souligner le fait que ceux-ci doivent favoriser l'équité. Les raisons n'ont pas simplement trait au bon fonctionnement, au rapport coût-efficacité

ou à la charité; dans une société juste, on doit plutôt voir l'équité comme un impératif moral et comme une obligation légale et sociale.

La solidarité est le degré auquel les gens dans une société travaillent ensemble à définir et à réaliser le bien commun. Elle se manifeste au niveau du gouvernement national et local, dans la formation d'organismes bénévoles et de syndicats, et dans d'autres formes de participation citoyenne à la vie civique. La solidarité sociale est l'un des moyens par lesquels l'action collective peut surmonter les problèmes; les systèmes de santé et de sécurité sociale sont des mécanismes courants grâce auxquels s'exprime la solidarité sociale entre personnes de classes et de générations différentes. Les systèmes de santé basés sur les SSP requièrent une solidarité sociale afin que les investissements en santé soient durables, pour fournir une protection financière et une mise en commun des risques, et pour permettre au secteur de la santé de travailler avec succès avec d'autres secteurs et d'autres intervenants dont le soutien est nécessaire tant pour améliorer la santé que pour améliorer les conditions qui aident à la déterminer. La participation et l'obligation de rendre compte, à tous les niveaux, sont nécessaires non seulement pour réaliser la solidarité, mais aussi pour assurer que celle-ci se maintient au fil du temps.

## **B. Principes**

Les systèmes de santé basés sur les SSP se fondent sur des principes qui fournissent la base des politiques, de la législation, des critères d'évaluation, et de la génération et de l'allocation des ressources dans le domaine de la santé, ainsi que de la gestion du système de santé. Les principes servent de pont entre les valeurs sociales plus larges et les éléments structurels et fonctionnels du système de santé.

La capacité de réaction aux besoins des gens en matière de santé veut dire que les systèmes de santé sont centrés sur les gens et essaient de répondre à leurs besoins de la façon la plus complète possible. Un système de santé réceptif doit être équilibré dans son approche pour ce qui est de répondre aux besoins en matière de santé – que ceux-ci soient définis « objectivement » (c'est-à-dire tels que définis par les experts ou par des normes convenues) ou « subjectivement » (c'est-à-dire les besoins tels que perçus directement par l'individu ou par la population). Cela implique que les SSP doivent s'occuper des besoins de la population en matière de santé d'une façon qui soit basée sur des données probantes et complète, tout en respectant et en reflétant les préférences et les besoins des gens indépendamment de leur statut socioéconomique, de leur culture, de leur race ou appartenance ethnique, ou de leur sexe.

Des services orientés vers la qualité répondent aux besoins des gens et les devancent, et impliquent de traiter toutes les personnes avec dignité et respect tout en assurant le meilleur traitement possible pour leurs problèmes de santé<sup>41</sup>. Cela requiert de fournir aux professionnels de la santé, à tous les niveaux, des connaissances cliniques basées sur des données probantes et les outils nécessaires pour continuellement mettre à jour leur formation. Une orientation vers la qualité nécessite des procédures servant à évaluer le bon fonctionnement et l'efficacité des interventions de santé préventives et curatives et à affecter des ressources en conséquence. Des mesures incitatives appropriées sont essentielles pour rendre ce processus efficace et durable.

L'obligation de rendre compte aux gouvernements assure que les droits sociaux sont réalisés et appliqués, et que les citoyens sont protégés contre les dommages. Elle requiert des politiques et des procédures légales et réglementaires précises qui permettent aux citoyens d'exiger des recours si les conditions appropriées ne sont pas remplies, et s'applique à toutes les fonctions du système de santé indépendamment du type de fournisseur (p. ex. public, privé, sans but lucratif). Comme élément de son rôle, l'État crée des conditions destinées à assurer que les ressources nécessaires sont en place afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé. Dans la plupart des pays, le gouvernement est également l'agent responsable, en définitive, d'assurer l'équité

ainsi que la qualité des soins de santé. L'obligation de rendre compte requiert donc de surveiller et d'améliorer continuellement la performance des systèmes de santé, d'une manière transparente qui soit sujette au contrôle social. Les différents niveaux de gouvernement (p. ex. niveau local, niveau de l'État, niveau régional, niveau national) ont besoin d'une hiérarchisation des responsabilités claire et de mécanismes correspondants de reddition de comptes.

On peut définir une société juste comme une société qui assure le développement et la capacité de tous ses membres<sup>42</sup>. Par conséquent, l'expression « justice sociale » laisse entendre que l'on devrait évaluer les actions du gouvernement en particulier selon le degré auquel elles assurent le bien-être de tous les citoyens, surtout des plus vulnérables<sup>43,44</sup>. Voici quelques approches visant à réaliser la justice sociale dans le secteur de la santé : assurer que tous sont traités avec respect et dignité; fixer des buts en matière de santé qui incorporent des objectifs explicites en vue d'une couverture améliorée parmi les pauvres; utiliser ces buts afin de diriger des ressources additionnelles vers les besoins des personnes défavorisées; améliorer les initiatives en matière d'éducation et de diffusion afin d'aider les citoyens à comprendre leurs droits; assurer une participation active des citoyens à la planification et à la supervision des systèmes de santé; et prendre des mesures concrètes afin d'aborder les déterminants sociaux sous-jacents des inégalités en matière de santé<sup>12</sup>.

La durabilité du système de santé requiert une planification stratégique et des engagements à long terme. Un système de santé basé sur les SSP devrait être vu comme le moyen principal d'investir dans la santé de la population. De tels investissements doivent être suffisants pour répondre aux besoins de la population en matière de santé pour aujourd'hui tout en projetant de répondre aux défis en matière de santé de demain. En particulier, un engagement politique est essentiel afin de garantir la durabilité financière. On prévoit que les systèmes de santé menés par les SSP établiront des mécanismes (tels que des droits en matière de santé et des obligations de la part du gouvernement définis par la loi et précis) afin d'assurer un financement adéquat même en période d'instabilité ou de changement politiques.

La participation fait des gens des partenaires actifs pour ce qui est de prendre des décisions concernant les ressources, de définir des priorités et d'assurer la reddition de comptes. Au niveau individuel, les gens doivent pouvoir prendre des décisions libres et pleinement éclairées quant à leur propre santé et à celle de leur famille dans un esprit d'autodétermination et d'autonomie. Au niveau sociétal, la participation dans la santé est l'une des facettes de la participation civique générale; elle assure que le système de santé reflète les valeurs sociales et elle fournit un moyen de contrôle social sur les actions publiques et privées qui ont un impact sur la société.

L'intersectorialité dans le domaine de la santé veut dire que le système de santé doit travailler de concert avec différents secteurs et différents intervenants afin d'exercer une influence sur les déterminants de la santé, de contribuer aux activités de développement humain et de réaliser son potentiel en matière d'équité. Le degré auquel le secteur de la santé est responsable des actions intersectorielles dépendra du niveau de développement du pays en question et des ressources disponibles en SSP et ailleurs.

### **C. Éléments**

Les systèmes de santé basés sur les SSP se composent d'éléments structurels et fonctionnels. Les éléments sont reliés les uns aux autres, sont présents à tous les niveaux du système de santé et devraient être fondés sur les données probantes actuelles quant à leur efficacité pour ce qui est d'améliorer la santé ou sur leur importance pour ce qui est d'assurer d'autres aspects d'un système de santé basé sur les SSP, ou sur les deux. Les éléments fondamentaux d'un système de santé basé sur les SSP requièrent, de plus, l'action simultanée de plusieurs des fonctions principales du système de santé.

Une couverture et un accès universels forment le fondement d'un système de santé équitable. Une couverture universelle implique que les arrangements en matière de financement et d'organisation sont suffisants pour couvrir la population entière, supprimant la capacité de payer en tant qu'obstacle à l'accès aux services de santé et protégeant les personnes contre le risque financier, tout en fournissant un appui additionnel pour ce qui est d'atteindre les buts fixés en matière d'équité et de mettre en œuvre des activités qui favorisent la santé. L'accessibilité implique l'absence d'obstacles de nature géographique, financière, organisationnelle, socioculturelle et liés au sexe quant à l'accès aux soins<sup>45</sup>; ainsi, un système de santé basé sur les SSP doit rationaliser l'emplacement, la gestion et le financement de tous les services à chaque niveau du système de santé. Elle requiert également que les services soient acceptables pour la population en tenant compte des besoins en matière de santé, des préférences, de la culture et des valeurs locaux. L'acceptabilité détermine si les gens vont effectivement utiliser les services, même si ces derniers sont accessibles. Elle influence aussi les perceptions du système de santé, y compris la satisfaction des gens à l'égard des services fournis, leur niveau de confiance dans les fournisseurs de soins et le degré auquel ils comprendront et suivront effectivement les conseils de nature médicale ou autre qui leur sont prodigués.

Des soins complets et intégrés veulent dire que la gamme des services disponibles doit être suffisante pour pourvoir aux besoins de la population en matière de santé, y compris la promotion, la prévention, le diagnostic précoce, les soins curatifs, de réadaptation et palliatifs, ainsi qu'un appui à la gestion de soi. Le caractère complet est une fonction du système de santé entier et inclut la prévention et les soins primaires, secondaires, tertiaires et palliatifs. Les soins intégrés s'ajoutent à ce caractère complet dans le sens où ils requièrent une coordination entre toutes les parties du système de santé afin d'assurer que l'on répond aux besoins en matière de santé. Pour les individus, une approche intégrée implique d'orienter et de réorienter les patients à travers tous les niveaux du système de santé, et parfois vers d'autres services sociaux. Au niveau des systèmes, l'intégration des soins requiert l'élaboration de réseaux de services et de fournisseurs, des systèmes appropriés d'information et de gestion, des mesures incitatives, des politiques et des procédures, et une formation pour les fournisseurs de soins de santé, le personnel et les administrateurs.

### **Encadré 1 : Renouveler les SSP : implications pour les services de santé**

Les services de soins de santé jouent un rôle clé pour ce qui est de matérialiser un grand nombre des valeurs, des principes et des éléments fondamentaux d'un système de santé basé sur les SSP. Les services de soins primaires, par exemple, sont essentiels pour ce qui est d'assurer un accès équitable aux services de santé de base pour la population entière. Ils fournissent un point d'entrée dans le système de soins de santé, un point d'entrée le plus près possible de l'endroit où les gens vivent, travaillent ou étudient. Ce niveau du système fournit des soins complets et intégrés qui devraient aborder la majorité des besoins et des exigences de la population en matière de soins de santé. En outre, c'est le niveau du système qui tisse les liens les plus profonds avec la communauté et avec les autres secteurs sociaux, ce qui permet une participation sociale et une action intersectorielle efficaces.

Les soins primaires jouent également un rôle important pour ce qui est de coordonner le continuum des soins et la circulation de l'information dans l'ensemble du système de soins de santé. Mais les services de soins primaires seuls ne suffisent pas à répondre adéquatement aux besoins plus complexes de la population en matière de soins de santé. Les soins de santé primaires devraient être appuyés et complétés par les différents niveaux de soins spécialisés, tant ambulatoires que destinés aux personnes hospitalisées, de même que par le reste du réseau de protection sociale. Pour cette raison, les systèmes de soins de santé devraient travailler de façon intégrée grâce à l'élaboration de mécanismes qui coordonnent les soins dans l'ensemble de l'éventail des services, y compris l'élaboration de réseaux et la formation de systèmes destinés à orienter et à réorienter les patients. De plus, une intégration dans l'ensemble des différents niveaux de soins requiert de bons systèmes d'information qui permettent une planification, une surveillance et une évaluation de la performance adéquates; des mécanismes financiers appropriés qui éliminent les

Mettre l'accent sur la prévention et la promotion est primordial dans un système de santé basé sur les SSP, parce qu'agir ainsi est d'un bon rapport coût-efficacité, est conforme à l'éthique, peut donner aux communautés et aux individus le pouvoir d'acquérir un meilleur contrôle sur leur propre santé, et est essentiel pour ce qui est d'aborder les déterminants sociaux de la santé situés « en amont ». Mettre l'accent sur la prévention et la promotion veut dire aller au-delà d'une orientation clinique pour inclure une éducation et un counselling sanitaires au niveau clinique individuel, des approches réglementaires et basées sur des politiques visant à améliorer les milieux de vie et de travail des gens, et des stratégies de promotion de la santé basées sur la population et réalisées de concert avec d'autres parties du système de santé ou avec d'autres intervenants. Cela comprend des liens avec les fonctions essentielles de la santé publique (FESP), ce qui fait des SSP un partenaire actif dans la surveillance, la recherche et l'évaluation en santé publique, l'assurance de qualité et les activités de développement institutionnel dans l'ensemble du système de santé.

Des soins appropriés impliquent qu'un système de santé n'est pas basé sur la maladie ni sur les organes. Il se concentre plutôt sur la personne entière et sur ses besoins en matière de santé et sociaux, adaptant les réponses à la communauté locale et à son contexte au cours de la vie entière, tout en assurant que les gens ne souffrent aucun dommage. Il incorpore le concept d'efficacité pour aider à guider la sélection et le classement par priorités des stratégies de prévention et de soins curatifs afin d'obtenir un impact maximum avec des ressources limitées. Des soins appropriés impliquent que tous les soins sont fournis sur la base des meilleures données probantes disponibles, alors que l'allocation des efforts se fait par priorités en considérant des critères liés à l'efficacité (sur le plan de l'allocation et sur le plan technique) et à l'équité. Les services eux-mêmes doivent être pertinents, tenant compte du contexte épidémiologique et social des communautés et des familles.

Basés sur la famille et la communauté veut dire qu'un système de santé basé sur les SSP ne dépend pas exclusivement d'une perspective individuelle ou clinique. Il emploie plutôt un point de vue de santé publique en utilisant l'information disponible sur les communautés et les familles afin d'évaluer les risques et d'établir des priorités quant aux interventions. On considère que la famille et la communauté devraient bénéficier de l'attention principale en ce qui concerne la planification et l'intervention.

Un système de santé mené par les SSP devrait faire partie intégrante des stratégies nationales et locales en matière de développement socioéconomique, basées sur des valeurs partagées, qui impliquent des mécanismes actifs de participation afin de garantir la transparence et la reddition de comptes à tous les niveaux. Cela inclut des activités qui donnent aux individus le pouvoir de mieux gérer leur propre santé et qui stimulent la capacité des communautés à devenir des partenaires actifs quant à l'établissement des priorités, à la gestion, à l'évaluation et à la régulation du secteur de la santé. Cela veut dire que les actions individuelles et collectives, incorporant des intervenants publics, privés et de la société civile, devraient être conçues afin de promouvoir des milieux et des styles de vie sains.

Les structures et les fonctions d'un système de santé basé sur les SSP requièrent une organisation et une gestion optimales. Cela inclut un cadre solide au point de vue légal, au point de vue des politiques et au point de vue institutionnel qui détermine et renforce les actions, les intervenants, les procédures, et les systèmes légaux et financiers qui permettent aux SSP d'accomplir leurs fonctions désignées. Ce cadre est lié à la fonction d'intendance du système de santé, et doit par conséquent être transparent, sujet au contrôle social et sans corruption. Sur le plan des opérations, les systèmes de santé menés par les SSP requièrent de bonnes pratiques de gestion qui permettent à l'innovation d'améliorer constamment l'organisation et la prestation de soins qui répondent aux normes de qualité, fournissent des lieux de travail satisfaisants pour les travailleurs de la santé et

sont réceptifs vis-à-vis des citoyens. Les bonnes pratiques de gestion incluent, sans s'y limiter, la planification stratégique, la recherche portant sur les opérations et l'évaluation de la performance. Les professionnels et les gestionnaires de la santé devraient régulièrement recueillir et utiliser des données afin que celles-ci les aident quant à la prise de décision et à la planification.

Les systèmes de santé basés sur les SSP élaborent des politiques et des programmes favorisant l'équité afin d'atténuer les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, d'aborder les facteurs sous-jacents qui causent les inéquités et de s'assurer que tous sont traités avec dignité et respect. Voici quelques exemples non limitatifs : incorporer des critères d'équité explicites dans les propositions et les évaluations liées aux programmes et aux politiques; accroître ou améliorer la prestation de services de santé aux personnes dont les besoins sont les plus grands; restructurer les mécanismes de financement de la santé afin d'aider les personnes défavorisées; élaborer des programmes visant à aider les pauvres à obtenir des besoins essentiels; et travailler dans l'ensemble des secteurs afin de changer des structures sociales et économiques plus larges qui influencent les déterminants plus lointains des inéquités en matière de santé.

Soins de premier contact veut dire que les soins primaires devraient servir de point d'entrée principal dans le système de santé et de services sociaux pour tous les nouveaux problèmes de santé et d'endroit où la majorité d'entre eux est réglée. C'est grâce à cette fonction que les soins primaires renforcent le fondement du système de santé basé sur les SSP, représentant, dans la plupart des cas, l'interface principale entre le système de santé et de services sociaux et la population. Ainsi, un système de santé basé sur les SSP renforce les soins primaires dans leur rôle de premier niveau de soins, mais possède d'autres éléments structurels et fonctionnels qui vont considérablement au-delà du premier niveau du système de soins de santé.

Des ressources humaines appropriées incluent fournisseurs de soins, travailleurs communautaires, gestionnaires et personnel de soutien qui possèdent une bonne combinaison de connaissances et de compétences, observent des normes éthiques et traitent toutes les personnes avec dignité et respect. Cela requiert une planification stratégique et des investissements à long terme dans la formation, l'emploi et la rétention du personnel et dans la mise à niveau et l'amélioration des compétences et des connaissances qui existent chez les travailleurs de la santé. Des équipes multidisciplinaires sont essentielles et requièrent non seulement une bonne combinaison de professionnels, mais aussi une délimitation des rôles et des responsabilités, une bonne répartition géographique et une formation destinée à maximiser la contribution du travail d'équipe aux résultats de santé et à la satisfaction des travailleurs de la santé et des usagers.

Un système de santé basé sur les SSP doit se fonder sur une planification qui fournit des ressources adéquates et durables appropriées aux besoins en matière de santé. On devrait déterminer les ressources nécessaires par des analyses des situations de santé basées sur des données prises au niveau de la communauté, et inclure les intrants (p. ex. installations, personnel, équipement, fournitures et produits pharmaceutiques) de même que les budgets de fonctionnement nécessaires pour fournir des soins préventifs et curatifs complets et de haute qualité. Bien que la quantité des ressources requises varie entre les pays et à l'intérieur des pays, les niveaux de ressources doivent être suffisants pour obtenir une couverture et une accessibilité universelles. Parce que le fait de réaliser un système de santé basé sur les SSP requiert une volonté et un engagement politiques sur une période de temps, il doit y avoir des mécanismes explicites afin de garantir la durabilité des efforts en matière de SSP, laquelle permet aux décideurs d'investir aujourd'hui afin de répondre aux besoins de demain – même en période de changement politique, économique ou social.

Les systèmes de santé basés sur les SSP sont plus larges, quant à leur ampleur et à leur impact, que la simple prestation de services de santé. Un système mené par les SSP est intimement relié à des actions

intersectorielles et à des approches communautaires visant à promouvoir la santé et le développement humain. Ces actions sont nécessaires afin d'aborder les déterminants fondamentaux de la santé de la population en créant des liens synergiques avec d'autres secteurs et d'autres intervenants. Elles requièrent des liens étroits entre les domaines public, privé et non gouvernemental – tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des services de santé – dont les actions ont un impact sur la santé ou sur ses déterminants. Cela comprend : l'emploi et le travail, l'éducation, le logement, la production et la distribution alimentaires, l'environnement, l'eau et le système sanitaire, les soins sociaux, et autres. Le degré auquel ces actions sont mises en œuvre par le secteur de la santé, seul ou en partenariat avec d'autres intervenants, dépendra des caractéristiques du statut du pays (et de la communauté) en matière de développement de même que de l'avantage comparatif de chaque intervenant ou secteur impliqué. Voir l'encadré 2.

### **Encadré 2 : Les systèmes de santé basés sur les SSP et le développement humain**

Les systèmes de santé basés sur les SSP créent des liens synergiques avec d'autres secteurs afin d'aider à diriger le processus de développement humain. Les SSP ont un rôle fort (mais non exclusif) à jouer, conjointement avec d'autres secteurs et intervenants qui se consacrent à promouvoir un développement humain durable et équitable. Il est important de faire cette distinction, parce que celle-ci permet d'établir des responsabilités claires parmi différents secteurs quant à leur contribution au but qu'est le développement socioéconomique; ne pas faire cette distinction pourrait permettre aux systèmes de santé de prendre en charge les responsabilités d'autres secteurs, ce qui aurait plusieurs conséquences indésirables. Les principales seraient la possibilité de négliger des fonctions fondamentales du système de santé; une mise en œuvre médiocre de fonctions de développement élargies à cause d'un manque de spécialisation (p. ex. alphabétisation, génération de revenu, logement, etc.); et la création de litiges entre intervenants et organismes responsables (guerres de territoire), ayant pour résultat un excédent de personnel, un gaspillage d'énergie et de ressources, et des dommages potentiels à la santé et au bien-être global de la population.

#### **D. Quels sont les bienfaits d'un système de santé basé sur les SSP?**

Il existe une quantité considérable de données probantes quant aux bienfaits des SSP. Des études internationales montrent que, toutes choses étant égales par ailleurs, les pays pourvus de systèmes de santé basés sur une forte orientation pour les SSP ont des résultats de santé meilleurs et plus équitables, sont plus efficaces, ont des coûts de soins de santé plus bas et obtiennent un taux de satisfaction des usagers plus élevé que ceux dont les systèmes de santé n'ont qu'une faible orientation pour les SSP<sup>46-51</sup>.

On pense que les systèmes de santé basés sur les SSP sont en mesure d'améliorer l'équité parce que l'approche des SSP est moins coûteuse pour les individus et d'un meilleur rapport coût-efficacité pour la société lorsqu'on la compare aux soins orientés vers les spécialités<sup>52</sup>. On a montré qu'une approche de SSP énergique assure une plus grande efficacité des services : temps de consultation raccourci, usage réduit d'analyses de laboratoire et dépenses de soins de santé réduites<sup>53,54</sup>. Ainsi, les SSP peuvent libérer des ressources pour que l'on puisse s'occuper des besoins en matière de santé des personnes les plus défavorisées<sup>50,55,56</sup>. Les systèmes de santé orientés vers l'équité tirent profit de ces économies en fixant des buts quant à une couverture améliorée chez les pauvres et en donnant aux groupes vulnérables le pouvoir de jouer un rôle plus central dans la conception et la gestion des systèmes de santé<sup>57</sup>. Ils minimisent les dépenses personnelles, puisque celles-ci sont le moyen le plus inéquitable de financer les services de santé, et mettent plutôt l'accent sur une couverture universelle afin de supprimer les facteurs socioéconomiques en tant qu'obstacle pour ce qui est de recevoir des soins nécessaires<sup>58-60</sup>.

Les données probantes disponibles, surtout en provenance de pays européens, laissent entendre que les systèmes de santé basés sur les SSP peuvent aussi améliorer le bon fonctionnement et l'efficacité. Des études menées sur des hospitalisations liées à des troubles pour lesquels des soins ambulatoires sont indiqués – c'est-à-

dire des troubles traités à l'hôpital qui auraient pu être résolus en soins primaires – et sur le recours aux salles d'urgence pour des soins de routine montrent comment les systèmes de SSP qui assurent accès et premier contact peuvent améliorer les résultats de santé et profiter à d'autres niveaux du système de santé<sup>61-65</sup>. On a découvert que le fait de renforcer la base de SSP des systèmes de santé réduit les taux globaux d'hospitalisation pour des troubles tels que l'angine de poitrine, la pneumonie, les infections des voies urinaires, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les arrêts cardiaques et les infections de l'oreille, du nez et de la gorge, entre autres<sup>66</sup>. Les individus qui disposent d'une source régulière de soins primaires sur une période de temps pour la plupart de leurs besoins en matière de soins de santé présentent un taux de satisfaction accru, une meilleure fidélité au traitement, moins d'hospitalisations et un usage moindre des salles d'urgence que ceux qui n'en disposent pas<sup>67-69</sup>.

Dans la région des Amériques, les expériences vécues par le Costa Rica montrent qu'une réforme globale des SSP (y compris le fait d'accroître l'accès, de réorganiser les professionnels de la santé en équipes multidisciplinaires et d'améliorer les soins complets et intégrés en assignant un secteur géographique précis à chaque équipe de SSP) peut améliorer les résultats de santé. Pour chaque période additionnelle de cinq ans après la réforme des SSP, la mortalité infantile a été réduite de 13 pour cent et la mortalité adulte réduite de quatre pour cent, indépendamment des améliorations quant aux autres déterminants de la santé<sup>70</sup>. Parce que les réformes ont d'abord eu lieu dans les secteurs les plus défavorisés (l'accès insuffisant aux services de SSP a diminué de 15 pour cent dans les districts où la réforme a été mise en œuvre), elles ont contribué à des améliorations sur le plan de l'équité<sup>71</sup>.

Les faits ont démontré que pour que les SSP aient un effet positif sur la santé de la population, les services doivent également être de bonne qualité au point de vue technique – un domaine qui requiert qu'on y prête une attention beaucoup plus considérable partout dans la région<sup>72,73</sup>. Finalement, on a besoin de plus d'information sur l'évaluation des systèmes de santé en général et des SSP en particulier<sup>74</sup>. Un engagement pour des systèmes de santé basés sur les SSP demandera une base de données probantes plus complète, avec des investissements appropriés dans l'évaluation et la documentation d'expériences (dans les Amériques et au-delà) qui permettent l'élaboration, le transfert et l'adaptation des meilleures pratiques.

### III. Vers l'avant

Une approche visant à renouveler les SSP comprendra les éléments suivants :

- *Compléter la mise en œuvre des SSP là où elle a échoué* (le programme de santé inachevé) en garantissant à tous les citoyens le droit à la santé et à un accès universel; en faisant activement la promotion de l'équité dans le domaine de la santé; et en faisant la promotion d'améliorations absolues quant aux indicateurs de santé et de qualité de vie, ainsi que d'une meilleure répartition de ces indicateurs;
- *Renforcer les SSP afin d'aborder de nouveaux défis* en améliorant le taux de satisfaction à l'égard des services et des fournisseurs chez les citoyens et dans la communauté; en améliorant la qualité des soins et de la gestion; et en renforçant le cadre en matière de politiques et la structure institutionnelle nécessaires pour que toutes les fonctions du système de santé soient remplies avec succès;

- *Situer les SSP dans le programme plus large de l'équité et du développement humain* en liant le renouvellement des SSP aux efforts (tels que la Déclaration du Millénaire) visant à renforcer les systèmes de santé, en faisant la promotion d'améliorations durables en matière de participation de la communauté et de collaboration intersectorielle, et en investissant dans le développement des ressources humaines.

Cela nécessitera d'apprendre des expériences passées (aussi bien positives que négatives), d'élaborer une stratégie de défense de la cause des SSP et de formuler les rôles et les responsabilités auxquels on s'attend de la part des pays, des organisations internationales et des groupes de la société civile impliqués dans le processus de renouvellement.

## **A. Apprendre de l'expérience**

Pour créer une stratégie de renouvellement des SSP, il est important d'apprendre des expériences passées. Les processus de consultation des pays et l'examen de la documentation ont été fondamentaux pour ce qui est d'évaluer les obstacles et les facteurs facilitants quant à une mise en œuvre couronnée de succès des SSP dans la région. L'appendice D présente ces conclusions plus en détail.

Les facteurs perçus comme ayant été des obstacles à une mise en œuvre efficace des SSP comprennent les difficultés inhérentes à une transformation du secteur de la santé passant d'approches curatives basées sur l'hôpital à des approches préventives basées sur la communauté. Les contraintes ont inclus la segmentation et la fragmentation des systèmes de santé, le manque d'engagement politique, une coordination inadéquate entre les communautés et entre les organismes locaux, nationaux et internationaux (y compris les politiques d'ajustement et l'accent mis sur les programmes verticaux), un usage inadéquat des données locales et une collaboration intersectorielle médiocre. Le climat économique a également été un facteur, à cause des changements aux idéologies économiques et politiques et de la volatilité des conditions macroéconomiques, qui ont mené à un sous-investissement dans les systèmes et les services de santé<sup>11,33,75,76</sup>. On a mis l'accent sur l'investissement dans les ressources humaines en tant que domaine essentiel qui demande qu'on lui porte attention, puisque la qualité des services de santé dépend dans une large mesure des personnes qui y travaillent. On doit former les membres du personnel de santé dans une perspective aussi bien technique qu'humaniste; leur performance dépend non seulement de leur formation et de leurs capacités, mais aussi de leur milieu de travail et de politiques appropriées en matière de mesures incitatives au niveau tant local que global<sup>73,77</sup>. Voir l'encadré 3.

Les facteurs dont on a découvert qu'ils ont facilité un développement efficace de la mise en œuvre des SSP comprennent le fait de reconnaître que la direction du secteur de la santé est influencée par de nombreux facteurs – dont certains échappent au contrôle direct du secteur de la santé lui-même. Il semble également que des améliorations sur le plan de l'équité requièrent un engagement politique durable au niveau national, y compris le fait de prendre des dispositions afin de s'assurer que le financement de la santé suffit à répondre aux besoins de la population<sup>78</sup>. Les expériences couronnées de succès en matière de SSP ont démontré que le simple fait d'augmenter le nombre de centres de santé et de fournir une formation à court terme au personnel ne suffit pas à améliorer la santé et l'équité. Il faut plutôt des approches à l'échelle des systèmes. La réorientation des systèmes de santé vers les SSP a demandé l'ajustement des services de santé vers la prévention et la promotion, un ajustement que l'on obtient en assignant des fonctions appropriées à chaque niveau de gouvernement, en intégrant les services de santé publics et personnels, en se concentrant sur les familles et les communautés et en créant un cadre institutionnel contenant des mesures incitatives destinées à améliorer la qualité des services. Des services de SSP couronnés de succès encouragent la participation, sont tenus de rendre compte et disposent

d'un niveau d'investissement approprié pour garantir que des services adéquats sont disponibles et que ces services sont accessibles indépendamment de la capacité de payer de l'individu<sup>24 11</sup>.

### Encadré 3 : Défis sur le plan des ressources humaines dans les Amériques

#### Défis actuels

- Les professionnels de la santé sont peu motivés et mal rémunérés par comparaison avec d'autres professionnels.
- Le nombre de travailleurs de la santé qualifiés est insuffisant pour fournir une couverture universelle.
- Le travail d'équipe est peu développé ou insuffisamment encouragé.
- Les professionnels qualifiés préfèrent travailler dans les hôpitaux et dans les villes.
- Il y a un manque de soutien et de supervision adéquats.
- La formation du personnel de la santé, avant et après l'obtention du diplôme, ne correspond pas aux exigences de la pratique des SSP.
- Il y a une migration internationale des travailleurs de la santé (exode des cerveaux).

#### Conséquences sur le plan des ressources humaines de la conception d'un système de santé basé sur les SSP

- Une couverture universelle demandera un volume important de professionnels formés en soins primaires.
- On doit planifier les ressources humaines selon les besoins de la population.
- On doit lier la formation des ressources humaines aux besoins en matière de santé et la rendre durable.
- On doit mettre en œuvre des politiques concernant la qualité quant au rendement du personnel.
- On doit caractériser les capacités humaines (aussi bien les profils que les compétences) et ajuster le profil de chaque travailleur à un emploi précis.
- Des mécanismes d'évaluation continue sont requis afin de permettre aux travailleurs de la santé de s'adapter à de nouvelles situations et d'aborder les changements qui se produisent quant aux besoins de la population.
- Les politiques doivent appuyer une approche multidisciplinaire des soins complets.
- On doit élargir la définition de « travailleurs de la santé » afin d'inclure non seulement les cliniciens, mais aussi les personnes qui travaillent dans les systèmes d'information, dans la gestion et dans l'administration des services.

Sources : <sup>29,79,80</sup>

## B. Construire des coalitions pour le changement

Les réformes en santé impliquent des changements fondamentaux quant aux processus et au pouvoir politiques. Les défenseurs des systèmes de santé basés sur les SSP devront donc porter attention aussi bien aux dimensions politiques qu'aux dimensions techniques des réformes, de même qu'aux intervenants impliqués dans ces processus. Lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, Halfdan Mahler a demandé aux participants : « Êtes-vous prêts à mener les batailles politiques et techniques requises pour surmonter tout obstacle social ou économique et toute résistance professionnelle à l'introduction universelle des soins de santé primaires? »<sup>81 33</sup> Aujourd'hui, il faut poser une telle question à nouveau, car on doit mettre des ressources considérables dans la mise en œuvre de cette vision : des systèmes de santé basés sur une approche renouvelée des SSP.

Les partisans de cet effort comprennent ceux qui travaillent actuellement dans les SSP ou sur la question des SSP. Cela inclut certaines organisations non gouvernementales, des fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans des contextes de soins primaires, des associations professionnelles qui appuient les SSP (telles que des associations de médecine familiale et de sciences infirmières), certains gouvernements qui ont appuyé l'élaboration d'une approche globale des SSP, de nombreuses associations de santé publique, et certaines universités et autres chefs de file quant aux SSP dans le domaine de l'enseignement. Chacune de ces parties a intérêt à voir les SSP obtenir un soutien accru, et chacune de ces parties est bien placée pour préconiser activement des changements et pour mettre en œuvre au moins les aspects techniques du renouvellement des

SSP. Malheureusement, la plupart des partisans naturels des SSP n'occupent pas des positions dotées d'un grand pouvoir politique et disposent d'habitude de ressources financières limitées.

Les opposants seront probablement ceux qui verraient le renouvellement des SSP comme une menace au statu quo qu'ils désirent maintenir. L'expérience a montré que les principaux opposants au renforcement des SSP seront probablement les médecins spécialistes et leurs associations, les hôpitaux (en particulier les hôpitaux à but lucratif), l'industrie pharmaceutique et certains organismes de défense des intérêts. Ces parties sont parmi les plus puissantes en ce qui a trait aux ressources et à l'avantage politique dans la plupart des pays, et leurs intérêts sont souvent en opposition aux efforts sérieux de réforme de la santé.

Tant les partisans que les opposants du renouvellement des SSP sont moins nombreux, cependant, que le grand nombre d'intervenants, d'organisations et d'agences qui seront probablement neutres sur cette question. Cela inclut de nombreux organismes multilatéraux et bilatéraux, de nombreux payeurs de services de santé (tels que sociétés d'assurance-maladie, organismes de sécurité sociale, ministères de la Santé) et la plupart des simples citoyens. Pris ensemble, ce groupe neutre jouit d'un poids politique et économique considérable; cependant, pris en tant qu'individus, ils ont souvent des intérêts qui ne coïncident pas. Ils sont plus souvent dispersés et peuvent même être en désaccord les uns avec les autres sur différentes questions. Ainsi, la clé pour les défenseurs du renouvellement des SSP sera de trouver un aspect de cet effort de renouvellement qui plaira à un grand nombre de ces intervenants et de ces groupes, et les mobilisera pour qu'ils s'allient aux partisans des SSP.

Gérer le processus de renouvellement des SSP comprend plusieurs étapes. La première est de travailler à changer la perception du problème et des solutions parmi toutes les parties intéressées. On doit présenter le renouvellement des SSP sous l'angle de ses buts d'ensemble – un système de santé plus efficient et plus efficace, une santé et une équité améliorées, un développement humain amélioré et la contribution de celui-ci à une croissance économique durable – et le lier explicitement à l'atteinte de ces buts. Le processus de consultation régionale en cours mené par l'OPS et les consultations au niveau des pays ont déjà commencé à sensibiliser les parties intéressées à l'importance de renouveler les SSP.

L'étape suivante est de créer de nouveaux partisans. Une méthode parmi d'autres est de souligner le fait que la Déclaration du Millénaire et les SSP sont des stratégies complémentaires. Les SSP sont une approche essentielle pour ce qui est d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, puisque les SSP préconisent de voir le système de santé comme une institution sociale qui reflète les valeurs sociétales et fournit le moyen d'opérationnaliser le droit au niveau le plus élevé de santé accessible<sup>37</sup>. Alors que les SSP s'efforcent de réaligner les priorités du secteur de la santé, la Déclaration du Millénaire peut fournir le cadre d'un développement à large assise qui accélérera les améliorations en santé tout en étant lui-même soutenu par une bonne performance du secteur de la santé.

En ce qui a trait à des intervenants précis, on devra convaincre les organisations de financement telles que les organismes, institutions et fondations financiers et de développement, multilatéraux et bilatéraux, que le renouvellement des SSP renforcera l'impact et la durabilité de leurs objectifs, tels que la réalisation de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », l'atteinte des buts du Fonds mondial, un développement social plus équitable et d'autres efforts internationaux en santé et en développement. Les défenseurs du renouvellement des SSP doivent soutenir que les investissements dans le secteur de la santé sont cruciaux pour ce qui est de créer les conditions nécessaires à un développement humain à large assise et équitable, et qu'un système de santé basé sur les SSP fournit le fondement d'un « système de prestation intégrée » durable et réceptif nécessaire à l'atteinte d'autres objectifs tels que l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, les activités du Fonds mondial, et autres<sup>82</sup>.

De même, les défenseurs des SSP devront convaincre ceux qui paient pour les services de santé – assureurs, organismes de sécurité sociale et ministères de la Santé – qu’un système de santé basé sur les SSP méritera en fin de compte qu’on y investisse. Les éléments de cet argument existent, mais on doit les présenter de façon à en faire une stratégie efficace de communications et de défense, en s’assurant de souligner les données probantes quant à l’efficacité et au bon fonctionnement des SSP et leur potentiel en ce qui concerne les économies à long terme.

De plus, il sera essentiel de préconiser l’adoption d’un système de santé basé sur les SSP en s’adressant aux personnes qui s’en serviront. Les citoyens partout dans le monde exigent des services et des systèmes de santé efficaces, de bonne qualité et tenus de rendre compte; les informer des bienfaits d’un système basé sur les SSP leur donnera le pouvoir d’exiger des engagements précis de la part de leurs gouvernements. Ainsi, on doit rendre accessibles les données probantes concernant l’efficacité des SSP en employant des outils que les membres de la communauté peuvent analyser et discuter, et les défenseurs des SSP doivent solliciter l’opinion des citoyens quant à savoir quels aspects des SSP ils trouvent les plus importants ou les plus incontestables.

Toutefois, les défenseurs des SSP doivent travailler à renforcer la position des partisans des SSP. Cela impliquera l’élaboration de coalitions et de réseaux, et la diffusion de données probantes et de meilleures pratiques. Aujourd’hui, il existe une occasion unique de construire une coalition internationale d’individus et d’organisations qui se consacrent au renouvellement des SSP. Cela coïncide avec l’attention accrue que l’on porte à la question de l’équité, avec le rôle de la communauté internationale pour ce qui est d’agir en faveur de la santé en tant que bien public mondial et avec une insatisfaction accrue à l’égard du statu quo<sup>83</sup>. Les défenseurs du renouvellement des SSP devront avoir accès à la base de données probantes qui existe à l’appui des bienfaits d’un système de santé basé sur les SSP. On doit faire connaître les leçons apprises aux parties intéressées, aux défenseurs et aux agents de changement à tous les niveaux.

Finalement, une fois qu’une masse critique de partisans a été établie et que les arguments pour le renouvellement des SSP ont été élaborés au niveau local, il sera peut-être approprié de négocier avec ceux qui sont en désaccord. L’objectif devrait être de déterminer les points d’accord et de désaccord, de trouver des domaines potentiels où il est possible d’en venir également à un accord grâce au compromis, et d’isoler et de restreindre les domaines non négociables.

Il existe un intérêt renouvelé pour les SSP partout dans le monde. Des organisations aussi distinctes que la Banque mondiale, des organismes de défense, le secteur privé et l’OMS ont toutes reconnu que le renforcement des systèmes de santé est une condition préalable pour ce qui est d’améliorer la croissance économique, de faire progresser l’équité sociale, d’améliorer la santé et de fournir des traitements pour combattre le VIH/sida. Notre tâche est de convaincre ces intervenants que les SSP sont le lieu logique et approprié pour la collaboration, l’investissement et l’action. Le temps d’agir est maintenant.

### **C. Plan d’action stratégique**

L’objectif principal du plan d’action proposé est de créer ou de renforcer des systèmes de santé basés sur les SSP partout dans la Région des Amériques. Cela demandera des efforts concertés de la part des professionnels de la santé, des citoyens, du gouvernement, de la société civile, des organismes multilatéraux et bilatéraux, et autres.

Étant donné la diversité qui existe entre les pays de la région, il est admis que le calendrier de réalisation de ces actions recommandées est flexible et adaptable à différentes situations et à différents contextes. En général, le temps prévu pour atteindre ces objectifs est de 10 ans. Les deux premières années donneront la priorité à la

conduite d'analyses et de diagnostics de situation, et les années restantes seront consacrées au plan d'action précis exposé ci-dessous.

#### Au niveau des pays (territoire national de chaque pays)

Les États membres, représentés par leurs gouvernements, devraient :

1. Diriger et développer le processus de renouvellement des SSP avec pour but ultime d'améliorer la santé et l'équité dans la population.
2. Mener une évaluation de la situation du pays et élaborer un plan d'action pour la mise en place d'un système de santé basé sur les SSP dans un délai de 10 ans.
3. Élaborer un plan de communications afin de diffuser l'idée de systèmes de santé basés sur les SSP.
4. Encourager la participation communautaire à tous les niveaux du système de santé.
5. Mener une analyse des parties intéressées, et explorer des options en matière de politiques ainsi que des stratégies pouvant mener à la pleine réalisation d'un système de santé basé sur les SSP.
6. Assurer la disponibilité et la durabilité des ressources financières, physiques et technologiques destinées aux SSP.
7. Garantir le développement des ressources humaines requises pour une mise en œuvre des SSP couronnée de succès, en incorporant des équipes multidisciplinaires.
8. Créer les mécanismes nécessaires pour renforcer la collaboration intersectorielle et l'élaboration de réseaux et de partenariats.
9. Aider à l'harmonisation et au réalignment des stratégies de coopération internationale afin que celles-ci soient mieux dirigées vers les besoins du pays.

#### Au niveau sous-régional (région des Andes, Amérique centrale, Caraïbes latines, Caraïbes non latines, Amérique du Nord et cône Sud)

Les groupes sous-régionaux, sous la direction de l'OPS/OMS, devraient :

1. Coordonner et faciliter le processus de renouvellement des SSP.
2. Élaborer une stratégie de communication et de défense de la cause des SSP afin de faire progresser le concept de systèmes de santé basés sur les SSP.
3. Mener une analyse des parties intéressées, et explorer des options en matière de politiques ainsi que des stratégies pouvant mener à la pleine réalisation d'un système de santé basé sur les SSP dans la sous-région.
4. Appuyer l'OPS/OMS et d'autres organismes de coopération internationale pour ce qui est de mobiliser des ressources à l'appui des initiatives de SSP au niveau sous-régional.

#### Au niveau régional (région des Amériques)

L'OPS/OMS, l'OEA et les bureaux régionaux des organismes de coopération internationale devraient :

1. Coordonner et faciliter le processus de renouvellement des SSP.
2. Mener une analyse des parties prenantes et explorer des options et des stratégies afin de faire progresser les SSP dans la région.
3. Promouvoir l'élaboration de réseaux, d'alliances et de centres de collaboration régionaux en appui aux SSP, de même que l'échange d'expériences à l'intérieur des pays et entre les pays.
4. Diriger les efforts visant à mobiliser des ressources et à les rendre durables, en appui aux initiatives de SSP au niveau régional.
5. Élaborer une méthodologie et des indicateurs afin de surveiller et d'évaluer le progrès accompli par les pays et par la région dans son ensemble quant à la mise en place de systèmes de santé basés sur les SSP.
6. Évaluer différents systèmes de santé basés sur les SSP et déterminer et diffuser de l'information sur les meilleures pratiques en vue d'en améliorer l'application.
7. Continuer à assister les pays pour ce qui est d'améliorer la formation des travailleurs de la santé, y compris les décideurs et les gestionnaires, quant aux domaines prioritaires en matière de SSP.
8. Tenir compte des valeurs, des principes et des éléments fondamentaux des SSP dans les activités de tous les programmes de coopération technique.
9. Contribuer à l'harmonisation et au réalignment des stratégies de coopération internationale afin que celles-ci soient mieux dirigées vers les besoins de la région.

#### Au niveau global (mondial)

L'OPS, appuyée par l'OMS et par les sièges des organismes de coopération internationale, devrait :

1. Diffuser partout dans le monde le concept de systèmes de santé basés sur les SSP en tant que stratégie clé pour atteindre les OMD et pour aborder de manière efficace les déterminants majeurs de la santé.
2. Évaluer la situation mondiale en ce qui a trait à la mise en œuvre des SSP, y compris une analyse des parties prenantes, et explorer des options et des stratégies visant à renforcer l'approche des SSP.
3. Promouvoir l'élaboration de réseaux, d'alliances et de centres de collaboration mondiaux en appui aux SSP, de même que l'échange d'expériences à l'intérieur des pays et entre les pays.
4. Mettre sur pied un groupe de travail afin d'étudier et de proposer un cadre conceptuel établissant les liens et les relations entre les SSP et d'autres stratégies ou approches telles que la promotion de la santé, la santé publique et le fait d'aborder les déterminants sociaux en santé.
5. Déterminer le rôle approprié des SSP en réponse aux épidémies, aux pandémies, aux désastres et aux crises majeures.

## Remerciements

Ce document a été écrit par James Macinko de la New York University, et Hernan Montenegro et Carme Nebot de l'Organisation panaméricaine de la santé/OMS. Son contenu a considérablement profité des conseils et des discussions résultant du Groupe de travail sur les SSP de l'OPS, des discussions nationales menées dans les pays des Amériques et de la consultation régionale tenue à Montevideo en juillet 2005. Les membres du Groupe de travail sur les SSP de l'OPS sont : (experts de l'extérieur de l'OPS) Barbara Starfield, Enrique Tanoni, Javier Torres Goitia, Sarah Escorel, Yves Talbot, Rodrigo Soto, Alvaro Salas, Jean Jacob, Lilia Macedo, Alcides Lorenzo et James Macinko; (experts de l'OPS) : Carissa Etienne, Fernando Zacarias, Pedro Brito, Maria Teresa Cerqueira, Sylvia Robles, Juan Manuel Sotelo, Socorro Gross, Humberto Jaime Alarid, Jose Luis di Fabio, Monica Brana, Carme Nebot et Hernan Montenegro. Plusieurs personnes ont fourni des réactions détaillées à des versions précédentes de ce document, y compris : Jo E Asvall, Rachel Z Booth, Nick Previsich, Jeannie Haggerty, John H Bryant, Carlos Agudelo, Stephen J Corber, Beatrice Bonnevaux, Jacqueline Gernay, Hedwig Goede, Leonard J Duhl, Alfredo Zurita, Edwina Yen, Jean Pierre Paepe, Jean Pierre Unger, José Ruales, Celia Almeida, Adolfo Rubinstein, Fernando Amado, Luis Eliseo Velásquez, Yuri Carvajal, Ruben Alvarado, Luciana Chagas, Paz Soto, Ilta Lange, Antonio González Fernández, Maria Angélica Gomes, Raul Mendoza Ordóñez, Marisa Valdés, Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kanten, Cesar Vieira, Kelly Saldana, Lilian Reneau-Vernon, Krishna K. Sundaraneedi, German Perdomo, Beverly J. Mc Elmurry, Roberto Dullak, Javier Uribe, Freddy Mejia, Nidia Gómez, Gustavo S Vargas et Cristina Puentes. Nous exprimons également notre gratitude pour les contributions et les suggestions substantielles de Barbara Starfield et de Rafael Bengoa.

Nous adressons des remerciements tout particuliers à Maria Magdalena Herrera, Frederico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Feria, Ety Alva, Elide Zullo et Maritza Moreno. Nous remercions également Román Vega, María Isabel Rodríguez et Margarita Misas d'avoir traduit la version anglaise de ce document en espagnol.

Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement les opinions individuelles des personnes mentionnées ici ou des institutions auxquelles elles sont affiliées.

## Appendice A : Méthodes

Ce document prend pour point de départ les résultats de la première réunion du Groupe de travail sur les SSP, qui s'est assemblé à Washington, D.C. en juin 2004. Dans ses diverses versions préliminaires, il a servi de contribution aux réunions et à la discussion qui ont suivi. Il s'agit d'un travail en cours qui continue à tirer profit des critiques constructives et du dialogue.

Le Groupe de travail sur les SSP a été créé le 13 mai 2004, conformément à la résolution CD44.R6 de l'OPS/OMS appelant les États membres à adopter une série de recommandations visant à renforcer les SSP. Les séances plénières du Groupe de travail ont été tenues à Washington (28-30 juin 2004) et à San José au Costa Rica (25-29 octobre 2004). Les objectifs du Groupe de travail sont : 1) d'examiner et de réaffirmer les dimensions conceptuelles des SSP telles que contenues dans la Déclaration d'Alma-Ata; 2) d'élaborer des définitions opérationnelles des concepts pertinents aux SSP; 3) de fournir des conseils aux pays et à l'OPS/OMS sur la façon de réorienter les systèmes et les services de santé de la région selon les principes des SSP; 4) de rédiger une nouvelle déclaration régionale sur les SSP qui reflète les réalités actuelles des systèmes de services de santé et le besoin d'évaluer l'atteinte et le progrès des SSP; et 5) d'organiser et de tenir une consultation régionale avec les parties prenantes pertinentes afin de légitimer les processus ci-dessus.

Ce processus a eu pour résultat plusieurs documents<sup>2</sup> qui ont été présentés et discutés tant grâce à des forums virtuels que dans les séances plénières de la réunion tenue au Costa Rica. Le processus du Groupe de travail a profité de visites de terrain au Costa Rica, où les membres du Groupe ont consulté des experts locaux quant à leurs opinions et à leurs expériences en matière de SSP et quant aux efforts visant à améliorer l'équité en SSP, afin d'apprendre des expériences du Costa Rica.

Afin de faire le point sur la base de données probantes en faveur des SSP, nous avons mené un examen systématique de la documentation existante, y compris des articles de revues évalués par les pairs; des publications et des documents de travail d'organisations internationales, et des publications et des documents de travail gouvernementaux officiels; des déclarations et des recommandations de politiques provenant de réunions internationales et de groupes de défense; et des rapports d'expériences menées sur le terrain par différentes organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales. Les résultats de cet examen sont présentés dans la bibliographie annotée qui a été préparée comme élément du Groupe de travail<sup>3</sup>.

En mai 2005, la version préliminaire de l'exposé de position a été envoyée aux pays, avec des suggestions sur la façon de mener le processus de consultation nationale sur les SSP et des directives précises quant à l'analyse de l'exposé de position. Vingt consultations nationales ont eu lieu entre mai et juillet 2005 (voir l'encadré 4). Au niveau des pays, l'exposé de position a été examiné par des représentants de ministères, du monde universitaire, d'ONG, d'associations professionnelles, de fournisseurs de services de santé, de décideurs, de consommateurs et d'autres secteurs sociaux. Après les discussions nationales, les résultats de chaque pays ont été renvoyés au siège de l'OPS, où ils ont été analysés et où les suggestions ont été intégrées dans la version définitive du document.

---

<sup>2</sup> Revisión y actualización de los principios de APS. Dr Javier Torres Goitia et Groupe 1; Desarrollo de un nuevo marco conceptual y analítico de APS. Dr Sarah Escorel et Groupe 2; Integración de los enfoques Horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud. Dr Rodrigo Soto et Groupe 3; Consulta regional. Términos de referencia. Dr Enrique Tanoni, Dr Juan Manuel Sotelo et Groupe 4.

<sup>3</sup> *Annotated Bibliography on Primary Health Care*, 2005. Préparée par J. Macinko et F. Guanais. Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la santé.

Les versions préliminaires de l'exposé de position, de la déclaration régionale et du plan d'action stratégique ont été discutées lors d'une consultation régionale tenue à Montevideo en Uruguay les 26-29 juillet 2005. Cette consultation a réuni près de 100 personnes représentant plus de 30 pays de la Région ainsi que des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des universités et des agences de l'ONU.

L'exposé de position et la déclaration régionale actuels reflètent les recommandations faites par l'intermédiaire de ces processus de consultation.

**Encadré 4 : Consultations nationales sur le renouvellement des SSP**

Pays	Date
Argentine	20 mai au 10 juin
Bolivie	juin (virtuelle)
Bésil	7 juin
Chili	11 juin
Colombie	25 au 28 mai
Costa Rica	10 juin
Cuba	13 juin
El Salvador	15 juin
Équateur	14 juillet
Guatemala	2 et 9 juin
Guyana	12 mai
Jamaïque	5 mai
Mexique	1 <sup>er</sup> juillet
Nicaragua	21 et 23 juin
Panama	8 juillet
Paraguay	2 juin
Pérou	14 et 15 juillet
République dominicaine	27-30 juin
Suriname	30 juin
Venezuela	14 et 20 juillet

## Appendice B : Glossaire et définitions de travail<sup>4</sup>

**Accent sur la promotion et la prévention :** Les soins sont fournis au premier point possible d'intervention dans la chaîne existant entre risques et problèmes de santé et leurs séquelles. Ils sont mis en œuvre au niveau aussi bien individuel que communautaire. Au niveau individuel, ils incluent une éducation à la santé et une promotion de la santé afin d'accroître la capacité des personnes en matière de prévention et d'autosoins. Au niveau communautaire, les SSP opèrent une coordination avec d'autres secteurs afin de mettre en œuvre des activités de prévention primaire et primordiale (voir Prévention et Intersectorialité).

**Acceptabilité :** Degré auquel un service correspond aux besoins, aux valeurs et aux normes culturels d'une communauté<sup>84</sup>.

**Accessibilité :** L'absence d'obstacles de nature géographique, financière, organisationnelle, socioculturelle, structurelle ou liés au sexe pour ce qui est de participer au système de santé ou de recevoir des services de santé et d'autres services sociaux; elle détermine si une personne peut obtenir les services dont elle a besoin<sup>45</sup>.

**Actions intersectorielles :** Actions (p. ex. collecte et analyse de données, offre de services ou communication d'information) qui rassemblent des intervenants de tous les secteurs qui déterminent la santé de la population. Le rôle du système de santé dans de telles actions dépend de la cause et de l'ampleur du problème, des ressources disponibles et d'autres mécanismes de collaboration.

**Basé sur la population :** Par opposition à une approche individuelle ou clinique, une approche basée sur la population se sert de données recueillies au niveau de la population pour prendre des décisions concernant la planification, la gestion et l'établissement de priorités en matière de santé. Il s'agit d'une approche visant à améliorer l'efficacité et l'équité des interventions et à parvenir à une meilleure santé et à une meilleure répartition de la santé partout dans la population. Cela se réalise dans le contexte de la culture, de la situation sur le plan de la santé et des besoins en matière de santé du groupe géographique, démographique ou culturel auquel appartient la population.

**Capacité de réaction aux besoins de la population en matière de santé :** Les soins requis pour atteindre un état de santé et d'équité dans la population correspondant au meilleur niveau possible, à un niveau donné de connaissances et de développement social<sup>86</sup>. Ce sont des soins axés sur les personnes plutôt que sur des organes ou des symptômes précis. Il s'agit d'élever les soins « centrés sur la personne » au niveau de la population et de considérer les dimensions physiques, mentales, émotionnelles et sociales de la personne<sup>90</sup>. On les définit également comme des soins comprenant les caractéristiques suivantes : axés sur la personne entière; connaissance de la personne par le praticien; intérêt et empathie; confiance dans les praticiens de la santé; soins adaptés de façon appropriée; et prise de décision médicale partagée<sup>109</sup>.

**Coordination :** Le degré auquel les SSP facilitent l'accès et l'intégration à d'autres sortes de soins et de soins de santé de complexité croissante quand ceux-ci ne sont pas disponibles au niveau local de SSP. C'est le degré auquel les soins dont une personne a besoin sont coordonnés entre praticiens, entre organisations et sur une période de temps<sup>89</sup>. Réfère au lien entre les services et à l'ordre rationnel dans lequel les services sont rendus, y compris les ressources communautaires<sup>90</sup>.

**Couverture universelle :** Arrangements sur le plan du financement et de l'organisation visant à couvrir la population entière, supprimant la capacité de payer en tant qu'obstacle à l'accès aux services de santé et fournissant une protection financière sur une période de temps.

**Développement humain :** « il s'agit d'un processus visant à élargir les choix dont disposent les gens [...] en accroissant les capacités et les facultés de fonctionnement humaines. À tous les niveaux de développement, les trois capacités essentielles pour le développement humain sont de vivre longtemps et en bonne santé, d'être bien informé et d'avoir un niveau de vie décent [...] Mais le domaine du développement humain va plus loin : les sphères de choix essentielles et très appréciées vont de possibilités, sur le plan politique, économique et social, d'être créatif et productif au fait de jouir du respect de soi, du pouvoir d'agir et du sentiment d'appartenir à une communauté »<sup>101</sup>. L'indicateur du développement humain est l'une des façons de cerner le niveau de développement humain au sein d'un pays donné. Il se compose des niveaux nationaux en matière de santé

---

<sup>4</sup> Noter qu'il s'agit ici de définitions de travail et que celles-ci sont susceptibles d'être clarifiées à la suite de débats, des conclusions de nouvelles recherches ou d'autres opinions mûrement réfléchies. Nous invitons les lecteurs à nous faire part de leurs suggestions quant à la façon d'améliorer et d'opérationnaliser davantage ces concepts.

(espérance de vie), de connaissances (fait d'avoir terminé des études primaires) et de niveau de vie (revenu national brut par personne).

**Droit au niveau le plus élevé de santé accessible :** La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé et les traités internationaux portant sur les droits de la personne reconnaissent le droit au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre. Un tel droit souligne le lien entre l'état de santé et les questions de dignité, de non-discrimination, de justice et de participation<sup>39</sup>. Les droits englobent aussi bien les libertés (p. ex. la liberté de contrôler ses propres décisions en matière de reproduction, le fait de ne pas être soumis à la torture) que ce à quoi on a droit (p. ex., un citoyen a droit à des soins de santé nécessaires et à des conditions de vie saines)<sup>110</sup>. Une approche fondée sur les droits requiert des obligations et une reddition de comptes de la part des agents responsables (p. ex. les gouvernements) afin d'assurer que les citoyens peuvent exercer leurs revendications en matière de santé. Ces droits impliquent également une conduite conforme à l'éthique et une responsabilité déontologique de la part des fournisseurs de services de santé, des chercheurs et des décideurs. Certains accords internationaux définissent les droits des citoyens comme comprenant : le droit de ne pas être soumis à des conditions qui portent atteinte à la réalisation du niveau maximum de santé accessible; des choses auxquelles on a droit, telles que le droit à des soins de santé et à des conditions de vie et de travail saines; et des attentes en fait de normes de conduite éthique lors de la prestation de services et dans la recherche. Les obligations de l'État comprennent : l'obligation de respecter (ne pas contrarier la jouissance d'une bonne santé), de protéger (les États doivent prendre des mesures pour empêcher des tiers de s'immiscer dans la santé des citoyens et sa réalisation) et d'accomplir (les États doivent adopter des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires et promotionnelles appropriées ainsi que d'autres mesures appropriées afin d'atteindre la pleine réalisation de ces droits)<sup>111</sup>.

**Durabilité :** La capacité de répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité de répondre à des besoins futurs<sup>84</sup>.

**Durabilité financière :** Le degré auquel les ressources financières disponibles couvrent les coûts du système de santé et de ses fonctions à moyen et long terme, en tenant compte des dépenses futures projetées et en faisant abstraction des changements politiques, sociaux ou économiques.

**Élément :** Une composante ou une qualité, souvent fondamentale ou essentielle.

**Équité dans les services de santé :** L'absence de différences quant à l'accès aux services de santé pour des besoins égaux en matière de santé (équité horizontale) et un accès amélioré, ou d'autres ressources, pour des groupes de population socialement, démographiquement ou géographiquement définis dont les besoins en matière de santé sont plus grands (équité verticale)<sup>92</sup>.

**Équité en matière de santé :** L'absence de différences systématiques quant à un ou plusieurs aspects de la santé (ou ses déterminants) entre des groupes socialement, démographiquement ou géographiquement définis<sup>91</sup>.

**Fonctions essentielles de la santé publique :** Comprennent : i) surveillance, évaluation et analyse de l'état de santé; ii) surveillance et recherche en santé publique et contrôle des risques et des menaces à la santé publique; iii) promotion de la santé; iv) participation sociale à la santé; v) élaboration de politiques et développement de la capacité institutionnelle en matière de planification et de gestion en santé publique; vi) renforcement de la capacité institutionnelle en matière de régulation et de mise en application en santé publique; vii) évaluation et promotion d'un accès équitable aux services de santé nécessaires; viii) développement et formation de ressources humaines en santé publique; ix) assurance de qualité quant aux services de santé personnels et basés sur la population; x) recherche en santé publique; et xi) réduction de l'impact des urgences et des désastres sur la santé<sup>93</sup>.

**Intersectorialité :** Le degré auquel les SSP sont intégrés à des efforts visant à aborder les déterminants de la santé qui se situent à l'extérieur du secteur de la santé, tels que l'eau et le système sanitaire, le logement, l'éducation, l'environnement, ainsi que la coordination de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une large gamme de politiques et de programmes publics qui touchent et qui impliquent des secteurs extérieurs aux services de santé. Cela requiert des liens étroits entre les domaines public, privé et non gouvernemental – tant au sein qu'à l'extérieur des services de santé traditionnels – dont les actions ont un impact sur l'état de santé et sur l'accès aux soins de santé, tels que l'emploi, l'éducation, le logement, la production alimentaire, l'eau et le système sanitaire, et les soins sociaux. Les approches intersectorielles font appel à toutes les ressources sociétales qui influent sur la santé.

**Justice sociale :** Il s'agit d'un concept éthique basé en grande partie sur les théories du contrat social. La plupart des variantes de ce concept maintiennent que, puisque les gouvernements sont institués au sein des populations dans l'intérêt des membres de ces populations, les gouvernements qui omettent de s'occuper du bien-être de

leurs citoyens manquent d'assumer leur part du contrat social et sont, par conséquent, injustes. Le concept comprend d'habitude, mais sans s'y limiter, le fait de soutenir les droits de la personne, et on l'emploie aussi pour désigner l'équité globale d'une société dans la façon dont elle divise et distribue les récompenses et les charges<sup>112</sup>.

**Mécanismes actifs de participation :** Mécanismes (appropriés à la communauté en question) conçus afin d'obtenir une obligation de rendre compte ainsi qu'une représentation des intérêts de la communauté au niveau local et national.

**Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) :** La Déclaration du Millénaire est un cadre permettant aux pays de travailler ensemble et d'améliorer leur développement; elle reconnaît la liberté, l'égalité, la solidarité, la tolérance, le respect de la nature et le partage de la responsabilité comme des valeurs essentielles pour les relations internationales au 21<sup>e</sup> siècle<sup>102</sup>. Les objectifs du Millénaire pour le développement ont été élaborés afin de guider les efforts visant à concrétiser les ententes exposées dans la Déclaration du Millénaire. Ces buts comprennent : éradiquer la pauvreté et la faim extrêmes; réaliser l'enseignement primaire universel; promouvoir l'égalité des sexes et donner aux femmes le pouvoir d'agir; réduire la mortalité infantile; améliorer la santé maternelle; combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies; assurer la durabilité de l'environnement; et élaborer un partenariat mondial pour le développement.

**Obligation de rendre compte :** L'obligation de rendre compte est le processus par lequel les intervenants sont tenus responsables de leurs actes<sup>85</sup>. Pour les gouvernements, cela inclut l'obligation de déterminer et de révéler périodiquement, avec suffisamment de détails et sous une forme cohérente, à toutes les parties directement ou indirectement responsables ou intéressées à juste titre, les buts, principes, procédures, relations, résultats, revenus et dépenses afin que les parties intéressées puissent les évaluer<sup>84</sup>. Cela inclut la nécessité d'être transparent quant au degré de santé obtenu dans la population et au caractère adéquat des mécanismes employés pour atteindre celui-ci.

**Organisation et gestion optimales :** Inclut la capacité de penser à l'avenir et de prévoir l'avenir (planification stratégique), de s'adapter au changement (gestion du changement) et de surveiller et d'évaluer constamment la performance du système (évaluation de l'impact des changements, c'est-à-dire une évaluation basée sur le rendement). Comprend l'usage de critères pour ce qui est d'allouer des ressources (p. ex. équité, rapport coût-efficacité, caractère approprié) et de choisir des stratégies optimales afin de réaliser des gains en matière de santé avec équité. Requiert un cadre solide au point de vue légal, au point de vue des politiques et au point de vue institutionnel qui définit les actions, les intervenants, les procédures, et les systèmes légaux et financiers nécessaires afin de permettre aux SSP d'accomplir leurs fonctions désignées, de créer des liens avec d'autres parties du système de santé et de travailler dans l'ensemble des secteurs pour aborder les déterminants de la santé.

**Orienté vers la qualité :** Le degré auquel les services de santé pour les individus et les populations rendent plus probables les résultats de santé désirés et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles<sup>108</sup>. Les piliers principaux de la qualité sont : efficacité, bon fonctionnement, optimalité (le fait de balancer coûts de la santé et effets des soins), acceptabilité, légitimité et équité<sup>41</sup>. Elle se compose aussi bien de qualité technique que de satisfaction des usagers à l'égard des services.

**Participation :** La participation individuelle est le degré auquel une personne prend part à la prise de décision quant aux soins qu'elle reçoit. Un concept similaire est celui des « autosoins », ou le fait de procurer de l'information aux membres afin de leur permettre de se prodiguer des soins ou de mieux évaluer quand ils doivent demander des soins à un professionnel de la santé<sup>103</sup>. La participation sociale, c'est le droit et la capacité de la population de prendre part effectivement et de manière responsable aux décisions prises quant aux soins de santé et à leur mise en œuvre. La participation sociale en santé est l'une des facettes de la participation civique générale, une condition à l'exercice de la liberté, à la démocratie, au contrôle social sur les actions publiques et à l'équité<sup>93</sup>.

**Pertinence :** Représente le degré auquel on répond aux besoins communs de la population entière et aux besoins spécifiques d'une population en particulier, de même que le degré auquel on emploie des services appropriés afin de répondre à ces besoins, sur la base de données probantes objectives. Il s'agit d'une mesure d'après laquelle on a fixé des priorités, en acceptant le fait qu'on doit s'attaquer d'abord aux problèmes les plus importants<sup>99</sup>.

**Politiques et programmes favorisant l'équité :** Efforts proactifs et systématiques visant à réduire les inégalités injustes en matière de santé ou les inégalités injustes dans l'accès aux services de santé, ou les deux.

**Premier contact :** Le degré auquel les soins primaires servent d'endroit où l'on rencontre et traite les problèmes de santé pour la première fois (excepté les soins d'urgence), et où l'on prend des décisions quant à savoir si d'autres types de soins sont nécessaires.

**Prévention :** La prévention se concentre traditionnellement sur trois niveaux : la *prévention primaire* combat la maladie avant que les personnes y soient exposées; la *prévention secondaire* combat la maladie une fois qu'elle est apparue; et la *prévention tertiaire* a lieu quand la maladie a déjà suivi son cours<sup>104</sup>. À cette typologie, on a ajouté la notion de « prévention primordiale », qui s'occupe de modifier les conditions sous-jacentes qui causent l'exposition aux maladies<sup>105</sup>. La prévention primordiale incorpore des approches qui créent la santé et modifient les conditions « qui génèrent et structurent la répartition inégale des expositions nuisibles à la santé, des susceptibilités et des ressources protectrices de la santé dans la population »<sup>106</sup>.

**Principe :** Une vérité, une loi, une doctrine ou une force motivatrice fondamentales sur lesquelles se basent d'autres vérités, lois, doctrines ou forces motivatrices.

**Promotion de la santé :** « ... le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. » « Elle concerne la population dans son ensemble dans le cadre de sa vie quotidienne et n'est pas axée seulement sur les individus particulièrement exposés à certaines maladies, son but étant d'agir sur les déterminants ou les causes de la santé »<sup>98</sup>. Voir Prévention.

**Ressources appropriées aux besoins :** Les ressources devraient être suffisantes pour couvrir les besoins de la population en matière de santé (prévention, promotion, soins curatifs et de réadaptation, et actions intersectorielles), y compris les ressources nécessaires pour élever l'état de santé des personnes les plus défavorisées à un rythme égal ou plus rapide comparativement à la population en général. Au niveau local, cela requiert des installations, un personnel, des fournitures et des budgets de fonctionnement adéquats.

**Ressources humaines appropriées :** Des ressources humaines ayant les compétences (connaissances et capacités), le mélange de compétences et une répartition géographique appropriés pour soutenir les SSP. Cela implique souvent la disponibilité de différents professionnels de la santé (p. ex. médecins praticiens, infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, fournisseurs communautaires) associés à la promotion de la santé et à la prévention ainsi qu'au traitement et aux soins continus destinés à des individus, à des familles et à des communautés<sup>86</sup>.

**Santé :** L'OMS la définit ainsi : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>96</sup>. On a critiqué cette définition comme irréaliste, puisque, d'après cette définition, la plupart des gens seraient considérés comme en mauvaise santé. On a également défini la santé comme un état dynamique, comme une forme d'homéostasie (ou une déviation par rapport à l'homéostasie), et comme un continuum comprenant un pôle positif et un pôle négatif. Au niveau de la population, on peut voir la santé comme une question sociale, économique et politique de même que comme un droit de la personne<sup>11</sup>. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a défini les conditions préalables à la santé comme étant la paix, le logement, l'éducation, la nourriture, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité<sup>97</sup>.

**Soins appropriés et efficaces :** Application de mesures, de technologies et de ressources qualitativement et quantitativement suffisantes pour atteindre le but désiré. Cela requiert que le bienfait escompté sur le plan de la santé dépasse les conséquences négatives escomptées par une marge assez grande pour justifier l'exécution de la procédure en question plutôt que des solutions de rechange. L'efficacité implique que les approches visant à améliorer la santé ont les effets voulus au niveau de la population.

**Soins axés sur la famille et la communauté :** Le degré auquel les SSP considèrent les personnes dans le contexte plus large de leur environnement familial. Des services de santé et des services sociaux qui répondent aux besoins de la population, basés sur les données locales, et rendus au sein du contexte social et culturel de la famille de l'individu ou d'un autre contexte social pertinent<sup>94</sup>. Les pratiques doivent aborder les problèmes de santé des individus dans le contexte de leurs circonstances familiales, de leurs réseaux sociaux et culturels, et des circonstances dans lesquelles ils vivent et travaillent<sup>95</sup>. Cela implique une compréhension active des circonstances et des faits qui caractérisent la vie d'une personne, tels que ses conditions de vie, sa dynamique familiale et ses problèmes de santé, sa situation de travail et son milieu culturel<sup>90</sup>.

**Soins complets :** Le degré auquel tous les services essentiels nécessaires pour pourvoir à tous les besoins de la population en matière de santé, sauf les besoins rares, sont offerts dans les limites des SSP; les services non disponibles sont fournis grâce à la composante « orientation et coordination » des SSP (voir Coordination). Cela

implique de fournir, de façon intégrée, promotion de la santé, prévention de la maladie, soins curatifs, réadaptation, et soutien physique, psychologique et social servant à aborder la majorité des problèmes de santé dans une population donnée<sup>88</sup>.

**Soins de santé primaires (SSP) :** En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata a défini les SSP comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...]. Ils font partie intégrante tant du système de santé national [...] que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté [...], rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »<sup>27</sup>

**Soins intégrés :** Combinent des événements et de l'information concernant des événements qui ont un impact sur la santé d'une personne et qui se produisent dans des contextes disparates, à différents niveaux de soins et sur une période de temps pendant toute la vie<sup>90</sup>. Ils sont liés à la longitudinalité, laquelle est une orientation des services de santé vers les gens (non vers les maladies) tout au cours de leur vie qui se réalise souvent grâce à une zone desservie définie et avec des systèmes intégrés d'information en santé au niveau tant familial que communautaire. « Soins intégrés » réfère donc aussi bien aux soins fournis sur une période de temps par un seul individu ou une seule équipe de professionnels des soins de santé (« longitudinalité clinique ») qu'à la communication efficace et opportune d'information en santé concernant des événements, des risques, des conseils, ainsi que des endroits où les patients ont été orientés, couvrant une gamme de professionnels des soins de santé (« longitudinalité des dossiers »)<sup>90</sup>.

**Soins primaires :** Le niveau d'un service de santé « qui fournit une entrée dans le système pour tous les nouveaux besoins et nouveaux problèmes, procure des soins axés sur la personne (non orientés vers la maladie) sur une période de temps, procure des soins pour tous les troubles de santé sauf les troubles très rares ou inhabituels, et coordonne ou intègre les soins fournis ailleurs ou par d'autres. »<sup>56</sup>. On pense que le terme date de 1920 environ, lorsque le *Dawson Report* a été publié au Royaume-Uni. Ce rapport mentionnait des « centres de soins primaires », que l'on proposait comme devant constituer le noyau des services régionalisés dans ce pays<sup>56</sup>. Un autre terme, « soins primaires orientés vers la communauté » ou COPC (*Community Oriented Primary Care*) est né dans les années 1940 en Afrique du Sud. L'approche COPC se poursuit aujourd'hui et est vue, parmi d'autres, comme un précurseur important de la conception des SSP d'Alma-Ata<sup>107</sup>.

**Soins primaires orientés vers la communauté :** Il s'agit d'un processus continu par lequel des soins primaires sont fournis à une communauté définie sur la base de ses besoins en santé tels qu'évalués, grâce à l'intégration planifiée de la pratique en santé publique et de la prestation de services de soins primaires<sup>87</sup>.

**Solidarité :** On considère la solidarité comme une union d'intérêts, de buts ou de sympathies entre les membres d'une société visant à créer les conditions nécessaires à l'amélioration des conditions sociales. Elle s'exerce grâce à une participation active tant individuellement que par des efforts organisés réalisés avec d'autres. La solidarité implique de travailler ensemble pour atteindre des buts que l'on ne pourrait pas atteindre individuellement. On arrive à ce résultat en formant des intérêts communs par une interaction intense et fréquente parmi les membres du groupe<sup>113</sup>. Elle se caractérise par le motif consistant à promouvoir les buts du groupe pour leur valeur en soi. Pour certains, un niveau adéquat de solidarité sociale est essentiel à la survie de l'être humain<sup>114</sup>.

**Système de santé :** L'OMS définit le système de santé comme ce qui « comprend toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé »<sup>99</sup>. On peut également caractériser un système de santé selon ses intervenants principaux : le gouvernement ou l'ordre professionnel qui structure et règle le système; la population, y compris les patients, qui en tant qu'individus et que foyers paient en définitive pour le système de santé (par des impôts ou par d'autres mécanismes) et reçoivent des services; les agents de financement, qui recueillent des fonds et les allouent aux fournisseurs ou achètent des services au niveau national ou à des niveaux inférieurs; les organisations communautaires et locales (p. ex. organismes bénévoles, comités de santé, initiatives privées) qui aident à l'organisation, au soutien logistique, au financement direct et indirect, et (parfois) à la prestation de services; et les fournisseurs de services, qui peuvent être eux-mêmes catégorisés de diverses façons<sup>100</sup>. On peut également caractériser les systèmes de santé par leurs fonctions principales : intendance (ou supervision); financement (collecte et mise en commun de fonds, et achats); création de ressources (investissement et formation); et fourniture de services (prestation)<sup>99</sup>.

**Système de santé basé sur les soins de santé primaires :** Une approche globale de l'organisation et de la gestion des systèmes de santé qui fait du droit au niveau le plus élevé de santé accessible son but principal tout en maximisant l'équité et la solidarité. Un tel système est guidé par les principes des SSP que sont la capacité de réaction, une orientation vers la qualité, l'obligation de rendre compte aux gouvernements, la justice sociale, la

durabilité, la participation et l'intersectorialité. Un système de santé basé sur les SSP se compose d'un ensemble fondamental d'éléments fonctionnels et structurels qui garantissent une couverture universelle et un accès à des services qui sont acceptables pour la population et favorisent l'équité. Il fournit des soins complets, intégrés et appropriés sur une période de temps, met l'accent sur la prévention et la promotion, et assure des soins de premier contact. Familles et communautés sont sa base de planification et d'action. Un système de santé basé sur les SSP requiert un fondement légal, institutionnel et organisationnel solide de même que des ressources humaines, financières et technologiques adéquates et durables. Il emploie des pratiques de gestion optimales à tous les niveaux afin d'obtenir qualité, bon fonctionnement et efficacité, et élabore des mécanismes actifs visant à maximiser la participation individuelle et collective dans la santé. Un système de santé basé sur les SSP élabore des actions intersectorielles afin d'aborder d'autres déterminants de la santé et de l'équité.

**Valeur :** Les buts ou normes sociaux qui sont soutenus ou acceptés par un individu, une classe ou une société.

## Appendice C : Quelques jalons en SSP dans les Amériques, 1900-2005

Année	Événements mondiaux	Événements dans les Amériques
1900- années 1950	La Conférence de l'ONU tenue à San Francisco convient à l'unanimité de constituer une nouvelle organisation internationale autonome de santé (1945). Élaboration de l'approche des soins primaires orientés vers la communauté en Afrique du Sud et aux États-Unis.	Le Bureau sanitaire international est constitué (1902). Espérance de vie : 55,2 ans (1950-1955)
Années 1960	La Commission médicale chrétienne est créée par des missionnaires médicaux travaillant dans des pays en développement. Ils mettent l'accent sur la formation de travailleurs de la santé dans les villages.	Augmentation rapide quant à la formation de professionnels de la santé et à l'investissement dans l'infrastructure de la santé partout dans les Amériques
Années 1970	Expansion du programme des « médecins aux pieds nus » en Chine La revue <i>Contact</i> emploie le terme « soins de santé primaires », probablement pour la première fois. On donne la priorité aux besoins essentiels : nourriture, logement, eau, fournitures, services médicaux, éducation et emploi. Halfdan Mahler est élu Directeur général de l'OMS. Il soutient efficacement le travail communautaire (1973). Première Conférence sur la population (1974) La 28 <sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé donne la priorité à la construction de programmes nationaux en SSP (1975). Conférence internationale d'Alma-Ata (1978) Éradication de la variole (1979) Soins de santé primaires sélectifs (1979)	Le rapport Lalonde (Canada) développe l'idée des déterminants « non médicaux » de la santé (1974). Formation médiocre des travailleurs communautaires Élaboration de buts régionaux en matière de santé Projets de soins primaires à petite échelle et orientés vers la communauté au Venezuela, en Amérique centrale et ailleurs Espérance de vie : 66 ans (1978)
Années 1980	Santé pour tous L'OMS lance un programme visant à combattre le VIH/sida. Expansion des SSP sélectifs et des programmes verticaux Conférence sur la population (Mexique, 1983)	Élaboration du Plan d'action régional Dépression économique Les services publics se détériorent. Des gouvernements démocratiques se mettent à fonctionner dans certains pays. Dépendance envers les donateurs Approche des systèmes de santé locaux (SILOS) Participation communautaire renouvelée Couverture vaccinale contre la rougeole : 48 % Incidence des cas de rougeole : 408/1 000 000
Années 1990	Développement durable Concept de développement humain La Banque mondiale signale la nécessité de combattre la pauvreté et d'investir dans la santé. La réforme du secteur de la santé fait la promotion d'un ensemble fondamental de services de santé. Changements au rôle de l'État Sommet des enfants (New York, 1990) Sommet de la Terre (Rio, 1992) Conférence sur la population et la santé reproductive développement (Le Caire, 1994)	Épidémie de choléra Détérioration progressive des conditions de vie et de l'environnement social et physique Certaines réformes en santé renforcent les SSP (p. ex. Cuba, le Costa Rica). Les ministères de la Santé deviennent plus forts. PIAS (plan d'investissement en environnement et en santé) Fin des guerres civiles en Amérique centrale Élimination de la polio dans les Amériques (1994) Espérance de vie : 72,0 ans (1996)

Années 2000	Commission sur la macroéconomie et la santé Expansion de la pandémie de VIH/sida Création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme Attention portée à l'équité en matière de santé La santé en tant que bien global de santé publique Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) Commission des déterminants sociaux de la santé	Couverture vaccinale contre la rougeole : 93 % Incidence des cas de rougeole : 2 pour 1 000 000 Espérance de vie : 72,9 ans (1995-2000)
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sources : 33,79,115-118

## Appendice D : Facteurs facilitants et obstacles quant à une mise en œuvre efficace des SSP dans les Amériques

Domaine	Obstacles	Facteurs facilitants
Vision/approche de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vision fragmentée des concepts de santé et de développement</li> <li>• Indifférence par rapport aux déterminants de la santé</li> <li>• Absence d'une approche préventive et d'autosoins</li> <li>• Concentration excessive sur les soins curatifs et spécialisés</li> <li>• Opérationnalisation insuffisante des concepts de SSP</li> <li>• Interprétations différentes des SSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche intégrée de la santé et de ses déterminants</li> <li>• Promotion de la santé communautaire</li> <li>• Promotion de l'autoresponsabilité individuelle, familiale et communautaire</li> <li>• Nécessité de clarifier le rôle joué par la santé publique, les SSP, la promotion de la santé et le développement humain</li> </ul>
Systèmes de santé segmentés et fragmentés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réformes en santé qui ont segmenté et divisé les gens</li> <li>• Division entre secteurs public, de sécurité sociale et privé</li> <li>• Manque de systèmes de coordination et d'orientation des patients</li> <li>• Capacité réglementaire déficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture universelle comme élément de l'inclusion sociale</li> <li>• Les services sont basés sur les besoins de la population</li> <li>• La coordination fonctionne à tous les niveaux</li> <li>• Les soins sont basés sur les données probantes et sur la qualité</li> </ul>
Leadership et gestion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'engagement politique</li> <li>• Centralisation excessive de la planification et de la gestion</li> <li>• Leadership faible et manque de crédibilité devant les citoyens</li> <li>• Mobilisation d'intérêts opposés aux SSP</li> <li>• Participation communautaire limitée et exclusion d'autres parties prenantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluations régulières de la performance</li> <li>• Processus de réforme participatifs</li> <li>• Détermination exacte des priorités sectorielles</li> <li>• Plateforme neutre pour susciter un consensus</li> <li>• Intégration de la coopération locale et globale</li> <li>• Systèmes d'orientation fonctionnels et rapides des patients</li> </ul>
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions d'emploi inadéquates</li> <li>• Compétences mal développées</li> <li>• Intérêt limité pour la recherche et le développement opérationnels</li> <li>• Piètre usage des techniques de gestion et de communication</li> <li>• Culture d'approches curatives et biomédicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accent sur la qualité et sur une amélioration continue</li> <li>• Formation professionnelle continue</li> <li>• Création d'équipes multidisciplinaires</li> <li>• Promotion de la recherche</li> <li>• Développement des capacités de gestion</li> </ul>
Financement et conditions macroéconomiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de durabilité financière et politique pour les SSP</li> <li>• Dépenses publiques concentrées sur les spécialistes, les hôpitaux et la haute technologie</li> <li>• Budgets inadéquats consacrés aux SSP</li> <li>• Pressions dues à la mondialisation et instabilité économique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques destinées à assurer un financement adéquat sur une période de temps</li> <li>• Systèmes visant à une utilisation efficace et équitable des ressources</li> <li>• Systèmes d'information en santé et en gestion renforcés et intégrés</li> <li>• Politiques macroéconomiques plus solides et qui favorisent les pauvres</li> </ul>
Stratégies de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégies et priorités propres à certaines maladies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les SSP reflètent les valeurs sociales et les besoins de la</li> </ul>

coopération internationale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de considération pour les valeurs sociétales dans les initiatives de réforme</li> <li>• Objectifs trop liés à un calendrier et limités qui ne reflètent pas les besoins</li> <li>• Continuité médiocre sur le plan des politiques de santé</li> <li>• Approches démesurément verticales et centralisées</li> <li>• Absence de cadre légal pour mettre en œuvre des politiques en matière de qualité</li> <li>• Transfert des coûts aux citoyens avec consultation limitée</li> </ul>	<p>population en matière de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les SSP en tant qu'élément central des politiques nationales de santé</li> <li>• Les réformes renforcent le rôle de direction de l'État</li> <li>• Cadres politiques et légaux pour les réformes en santé</li> <li>• Politiques de décentralisation progressive</li> <li>• Les réformes en santé renforcent les systèmes de santé plutôt que de les affaiblir</li> </ul>
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sources : 1,3,11,33,76,119-122 ainsi que des rapports nationaux produits en tant qu'éléments du processus de consultation portant sur le renouvellement des SSP.

## Références

1. Pan American Health Organization. *Health in the Americas (Vols I and II)*. Washington, DC: PAHO, 2002.
2. The Earth Institute. *A race against time: The challenge of cardiovascular disease in developing economies*. New York: Columbia University, 2004.
3. Arraigada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico, y consumo de drogas en América Latina. Santiago: ECLAC, 2000.
4. Commission on Social Determinants of Health. *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March)*. Geneva: WHO, 2005.
5. Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J, editors. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, MN: Common Courage, 2000.
6. Stiglitz J. *Globalization and its discontents*. New York: W.W. Norton & Co., 2003.
7. United Nations Development Program. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press, 2003.
8. Sen A. *Development as freedom*. New York: Alfred Knopf, 1999.
9. World Health Organization. Health and Human Rights. Available <http://www.who.int/hhr/en/>, December 14, 2004.
10. Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
11. People's Health Movement, editor. *Health for All Now! Revive Alma Ata!! The Alma Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.
12. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health (draft 5 May)*. Geneva: WHO, 2005.
13. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.
14. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting health reform right; A guide to improving performance and equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
15. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005;71:83-96.
16. Kekki P. Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO, 2004.
17. Pan American Health Organization. *Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: PAHO, 2003.
18. Boerma W, Fleming D. The role of general practice in primary health care. Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe., 1998.
19. Weiner J. Primary care delivery in the United States and four northwest European countries: comparing the "corporatized" with the "socialized". *The Milbank Quarterly* 1987;65(3):426-461.
20. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301(18):967-974.
21. World Health Organization. Chapter 7: Health Systems: principled integrated care. In: WHO, editor. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO, 2003.
22. World Health Organization. A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO, 2003.
23. World Health Organization. Multi-country Evaluation of IMCI: Main Findings: WHO, 2004.
24. Pan American Health Organization. Special Session on the 25th Anniversary of the Declaration of Alma-Ata. 45th Directing Council Provisionary Summary. *PAHO publication CD45/SR/4*. Washington, DC, 2004.
25. Tejada de Rivero D. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health* 2003;8(2):2-7.
26. Institute of Medicine. *Defining Primary Care: An Interim Report*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
27. World Health Organization. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Geneva: WHO, 1978.
28. Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited. (*Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1*). Geneva: WHO, 1997.
29. Movement PsH, editor. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
30. Vuori H. Primary health care in Europe--Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221-31.
31. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221-30.
32. World Health Organization. *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
33. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-74.

34. Ehiri JE, Prowse JM. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? *Health Policy Plan* 1999;14(1):1-10.
35. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167-76.
36. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2269-76.
37. Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Millennium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health-Interim Report*. New York: UN Millennium Project.
38. World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Geneva: WHO, 1996.
39. Fuenzalida-Puelma H, Scholle-Connor S. *The Right to Health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989.
40. Sen A. Why health equity? *Health Economics* 2002;11:659-666.
41. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8.
42. Sen A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford University Press, 1992.
43. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45.
44. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 2002;1(1):1.
45. Aday LA, Andersen R, Flaming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
46. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
47. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003;38(3):819-853.
48. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
49. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J, editor. *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics, 1996:18-29.
50. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-16.
51. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291-313.
52. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155-7.
53. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330-6.
54. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727-34.
55. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431-458.
56. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
57. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273-80.
58. Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv* 1998;28(4):777-91.
59. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004;364(9442):1365-70.
60. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
61. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51-9.
62. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):283-94.
63. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246-51.
64. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995;274(4):305-11.
65. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)* 2000;433(1-5).

66. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. [Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions] (Article in Spanish). *Atención Primaria* 2004;33(6):305-11.
67. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97-102.
68. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9(4):333-8.
69. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742-7.
70. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;15(2):94-1003.
71. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine* 2004;58:1271-1284.
72. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martinez H, Palafox M, Romero G, et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan* 1998;13(3):323-31.
73. Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafre H, Gutierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan* 1997;12(3):214-23.
74. Global Forum for Health Research. *Global Forum Update on Research for Health 2005 Health research to achieve the Millennium Development Goals* (available: <http://www.globalforumhealth.org>). London: Pro-Brook Publishing, 2005.
75. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All; 1998; Washington, DC. PAHO.
76. Banerji D. Alma-Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707-708.
77. Kupfer L, Hofman K, Jarawan R, McDermott J, Bridbord K. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82(8):616-9; discussion 619-23.
78. Glassman A, Reich MR, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):115-126.
79. Pan American Health Organization. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. In: Brito P, Campos F, Novick M, editors. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: PAHO, 1996.
80. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO, 2005.
81. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9362):995-1000.
82. Birdsall N, Szekely M. Bootstraps, not Band-Aids: Poverty, equity and social policy. *Working paper 24*. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
83. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a 'Global Public Good' perspective. *Health Policy Plan* 2004;19(5):271-8.
84. European Observatory on Health Systems and Policies. *Glossary*. Available: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=A>, Accessed: December 13, 2004.
85. Brown LD, Fox JA. *The struggle for accountability: the World Bank, NGOs, and grassroots movements*. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
86. Commonwealth Department of Health and Family Services. *Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
87. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002;92(11):1748-55.
88. WONCA. *Improving health systems: the contribution of family medicine, A guide book*. Copenhagen, 2002.
89. Timmreck T. *Health Services Cyclopedic Dictionary*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1997.
90. Institute of Medicine. *Primary Care: America's health in a new era*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.
91. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454.
92. Starfield B, Paganinni J. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:324-325.
93. Pan American Health Organization. *Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases for action*. Washington, DC: PAHO, 2002.

94. Institute of Medicine. *Community-Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Washington, DC: National Academy Press, 1983.
95. WONCA E. *The European definition of General practice/Family Medicine*. Copenhagen, 2002.
96. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100*. Geneva: WHO, 1948.
97. Ottawa Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986 November 1986; Ottawa, Canada.
98. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.
99. World Health Organization. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000.
100. Mills AJ, Ranson MK. The design of health systems. *International Public Health*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 2001.
101. United Nations Development Program. Glossary: human development. available: <http://hdr.undp.org/hd/glossary.cfm> (Accessed: July 5, 2005).
102. UN Millennium Project. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York: Millennium Project, 2005.
103. Kongstvedt P. *Essentials of Managed Health Care*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett, 2001.
104. Rouquayrol MR, de Almeida FN. *Epidemiologia & Saúde*. 5th ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
105. Strasser T. Reflections on cardiovascular disease. *Interdisc Sci Review* 1978;3:255-30.
106. Ursoniu S. Primordial Prevention. *Supercourse: Epidemiology, The Internet, and Global Health*, 2003.
107. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(1):54-63.
108. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;62(9377):65-71.
109. Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-37.
110. UN Committee on Economic S, and Cultural Rights,. *General comment 14 on the right to health*. Geneva: UNCESCR, 2000.
111. World Health Organization. *Draft WHO glossary on social justice and health (June 5, 2005 v1)*. Geneva: WHO, 2005.
112. Wikipedia. Social justice. Accessed: June 30, 2005 Updated: 24 June 2005; Available: [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_justice](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_justice).
113. Kendall D. *Sociology in our Times: The Essentials*. 3rd ed. Ontario: Wadsworth/Thomson Learning, 2003.
114. Durkheim E. *Suicide (1897)*. New York: The Free Press, 1951.
115. Casas JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. *Renovación de salud para todos*. Washington, DC: PAHO, 1996.
116. Rodríguez-García R, Goldman A. *La conexión Salud-Desarrollo*. Washington, DC: PAHO, 1996.
117. Pan American Health Organization. *La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO, 2003.
118. Storia dell'eradicazione della poliomielite. Available: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf> December 21, 2004.
119. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2004.
120. Szekely M. The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. *Interamerican Development Bank Working Paper 454*. Washington, DC: IDB, 2001.
121. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy Plan* 2004;19(6):380-90.
122. Lewis MJ. *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.

**Projet « DÉCLARATION DES AMÉRIQUES SUR LE RENOUVELLEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. »**

CONSIDÉRANT QUE :

Bien que la Région des Amériques ait accompli des progrès importants dans la santé et dans l'exécution des Soins de santé primaires (SSP), des défis et des disparités en santé persistants demeurent parmi les pays et au sein des pays de la Région. Pour redresser cette situation, les États requièrent des objectifs mesurables et des stratégies intégrées en vue du développement social.

Les pays des Amériques ont depuis longtemps reconnu le besoin de combattre l'exclusion en santé en étendant la protection sociale comme élément essentiel des réformes sectorielles dans les États Membres (résolution CSP26.R19). Les pays ont également reconnu la contribution et le potentiel des SSP dans l'amélioration des résultats de la santé avec le besoin de définir de nouvelles orientations stratégiques et programmatiques en vue de la réalisation à part entière de leur potentiel (résolution CD44.R6), et ils se sont engagés à intégrer et incorporer les objectifs de développement liés à la santé internationalement concertés, dont ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, dans les buts et objectifs des politiques de la santé de chaque pays (résolution CD45.R3).

La Déclaration d'Alma-Ata continue à être valable en principe; toutefois, plutôt que d'être exécutée comme un programme ou un objectif séparé, ses idées centrales devraient être intégrées dans les systèmes de santé de la Région. Ceci permettra aux pays de relever de nouveaux défis tels que les changements épidémiologiques et démographiques, les nouveaux scénarios socioculturels et économiques, les infections émergentes et/ou les pandémies, l'impact de la mondialisation sur la santé et l'augmentation des coûts des soins de santé dans les caractéristiques particulières des systèmes nationaux de santé.

L'expérience des 27 dernières années démontre que les systèmes de santé qui adhèrent aux principes des SSP réalisent de meilleurs résultats en santé et augmentent l'efficacité du système de santé à la fois pour les soins de santé individuelle et publique ainsi que pour les prestataires publics et privés.

Un système de santé basé sur les SSP oriente ses structures et fonctions vers les valeurs de l'équité et de la solidarité sociale et le droit de tout être humain à jouir de la plus haute qualité de santé accessible sans distinction de race, de religion, de croyance politique ou de condition économique ou sociale. Les principes requis pour soutenir ce système sont sa capacité à répondre équitablement et efficacement aux besoins en santé des citoyens, incluant la capacité à suivre les progrès en vue d'une amélioration et d'un renouvellement continu; la responsabilité et la redevabilité des Gouvernements; la

durabilité; la participation; une orientation vers les normes les plus élevées de qualité et de sécurité; et l'action intersectorielle.

NOUS NOUS ENGAGEONS À :

Plaidoyer en faveur de l'intégration des principes des SSP dans la gestion de la santé au niveau du pays, de l'organisation, du financement et des soins d'une façon qui contribue, de concert avec d'autres secteurs, au développement humain complet et équitable, en relevant effectivement, parmi d'autres défis, les objectifs de développement liés à la santé internationalement concertés, dont ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, et d'autres défis nouveaux et émergents liés à la santé. À cette fin, chaque État devrait, conformément à ses besoins et ses capacités, préparer un plan d'action basé sur les éléments suivants :

**I) Engagement à faciliter l'inclusion sociale et l'équité en santé.**

Les États devraient travailler à la réalisation de l'objectif de l'accès universel à des soins de haute qualité qui mènent au niveau de santé le plus élevé accessible. Les États devraient identifier les barrières à l'accès organisationnelles, géographiques, ethniques, de genre, culturelles ou économiques et travailler à leur élimination, et développer des programmes spécifiques destinés aux populations vulnérables.

**II) Reconnaissance des rôles critiques de la personne individuelle et de la communauté dans le développement de systèmes basés sur les SSP.**

La participation au niveau local au système de santé par les personnes individuelles et collectivement par les communautés doit être renforcée pour permettre à la personne individuelle, à la famille et à la communauté de s'exprimer dans les prises de décision, renforcer l'exécution et l'action individuelle et communautaire, et appuyer et soutenir efficacement les politiques de santé en faveur de la famille au fil du temps. Les États Membres devraient mettre l'information sur les résultats de la santé, des programmes de santé et de la performance des centres de santé à la disposition des communautés pour qu'elles l'utilisent en exerçant un contrôle du système de santé.

**III) Orientation vers la promotion de la santé et des soins globaux et intégrés.**

Les systèmes de santé centrés sur les soins individuels, les approches curatives et le traitement des maladies doivent être réorientés vers la promotion de la santé, la prévention des maladies, les interventions basées sur la population et les soins globaux et intégrés. Les modèles de soins de santé devraient être fondés sur des systèmes efficaces de soins primaires, être orientés vers la famille et la communauté, incorporer l'approche du cycle de la vie, être sensibles au genre et à la culture, et travailler pour l'établissement de réseaux de soins de santé et d'une coordination sociale qui assure la continuité appropriée des soins.

**IV) Développement du travail intersectoriel.**

Les systèmes de santé doivent faciliter les contributions coordonnées et intégrées de tous les secteurs, dont les secteurs public et privé, intervenant dans les déterminants de la santé afin d'obtenir le niveau de santé le meilleur possible.

**V) Orientation vers la qualité des soins et la sécurité des patients.**

Les systèmes de santé devraient fournir des soins appropriés, productifs et efficaces et ils devraient incorporer les dimensions de sécurité du patient et de satisfaction du consommateur. Ceci inclut les processus d'amélioration constante de la qualité et d'assurance de la qualité pour les interventions cliniques, préventives et celles de promotion de la santé.

**VI) Renforcement des ressources humaines en santé.**

Le développement de tous les niveaux des programmes de formation pédagogique et continue doit incorporer les pratiques et modalités de SSP. Les méthodes de recrutement et de rétention devraient inclure des éléments essentiels de motivation, de promotion des employés, d'environnements de travail stables, de conditions de travail centrées sur les employés, et d'opportunités pour contribuer aux SSP d'une manière déterminante. La reconnaissance du complément de professionnels et paraprofessionnels, de travailleurs formels et informels, et les avantages d'une approche d'équipe sont essentiels.

**VII) Établissement de conditions structurelles qui permettent le renouvellement des SSP.**

Les systèmes de santé basés sur les SSP requièrent l'application de politiques appropriées et de cadres juridiques et institutionnels stables et une organisation rationalisée et efficace du secteur de la santé qui assurent un fonctionnement et une gestion efficaces, et qui peuvent répondre rapidement aux catastrophes, aux épidémies ou autres crises sanitaires, y compris au cours des périodes de changement politique, économique ou social.

**VIII) Garantie de durabilité financière.**

Avec l'appui d'organismes de coopération internationale, les États doivent fournir les efforts nécessaires pour promouvoir le financement durable des systèmes de santé, et une réponse suffisante aux besoins de santé et l'appui au processus en cours en vue de l'intégration des SSP dans les systèmes de santé.

**IX) Recherche et développement et technologie appropriée.**

La recherche sur les systèmes de santé, le suivi et l'évaluation permanents, le partage des bonnes pratiques et le développement de la technologie sont des composantes critiques dans une stratégie destinée à renouveler et renforcer les SSP.

**X) Renforcement des réseaux et partenariats de coopération internationale à l'appui des SSP.**

L'OPS/OMS et d'autres organismes de coopération internationale peuvent contribuer à l'échange de savoir scientifique, au développement de pratiques fondées sur les observations, à la mobilisation des ressources et à une meilleure harmonisation de la coopération internationale à l'appui des SSP.

- - -