



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



132^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 23-27 juin 2003

Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire

CE132/13 (Fr.)

9 mai 2003

ORIGINAL : ESPAGNOL

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LES AMÉRIQUES : LEÇONS APPRISSES CES 25 DERNIÈRES ANNÉES ET FUTURS DÉFIS

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata, a défini le concept de soins de santé primaires (SSP) et lui a octroyé une reconnaissance internationale. La Conférence a signalé les soins de santé primaires comme la principale stratégie pour atteindre l'objectif de Santé pour tous en l'an 2000 (SPT-2000), adoptée par les États Membres de l'OMS en 1977 (Résolution WHA30.43), et son plan d'action. La vision des SSP élaborée à Alma-Ata, exprimée dans les principes et les recommandations contenus dans la Déclaration de Alma-Ata et dans 22 recommandations, a marqué le début d'une nouvelle stratégie pour améliorer la santé collective des populations du monde et la mise en place d'une plate-forme révisée de politique sanitaire internationale.

Dans la Région des Amériques, les pays ont adopté les quatre principes fondamentaux des SSP reconnus par la Conférence de Alma-Ata : i) l'accessibilité et la couverture universelles selon les besoins de santé; ii) l'engagement, la participation et l'autonomisation individuels et communautaire; iii) l'action intersectorielle en santé, et iv) la rentabilité et la technologie appropriés selon les ressources disponibles. Depuis lors, les États Membres ont défini et mis en œuvre des stratégies nationales de soins de santé primaires fondées sur le développement des composantes prioritaires suivantes : l'élargissement de la couverture des services de santé et l'amélioration de l'environnement; l'organisation et la participation de la communauté pour son bien-être; le développement de l'action intersectorielle; le développement de la recherche et des technologies appropriées; la disponibilité et la production de produits et équipements indispensables; la formation et l'utilisation des ressources humaines; le financement sectoriel, et la coopération internationale.

Vingt-cinq ans après la déclaration historique de Alma-Ata, les populations des Amériques ont progressé en santé, grâce à l'impact des activités prioritaires de SSP en éducation et promotion de la santé, en alimentation et nutrition, en approvisionnement en eau et service d'égouts, en assistance aux mères et enfants et en planification familiale, en vaccination, en prévention et contrôle des endémies, en traitement des maladies et traumatismes prédominants, et en accès aux médicaments essentiels. L'expérience collective acquise par la mise en place des soins de santé primaires a enrichi la théorie et la pratique de la santé publique tout en suscitant de nouveaux défis et de nouvelles priorités, tant dans le domaine des politiques de santé publique que des interventions sanitaires au sein des populations, afin d'atteindre l'équité en santé en renouvelant l'engagement de redistribution inhérent à l'objectif de SPT.

Les Membres du Comité exécutif sont invités à analyser le présent document et à en discuter, ainsi qu'à soumettre leurs commentaires et suggestions en vue d'aider l'Organisation à définir des politiques et à mettre en œuvre des stratégies de renouvellement de l'engagement envers les soins de santé primaires par le biais de politiques nationales de développement de la santé et les initiatives de coopération technique internationale correspondantes.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
État de la situation.....	4
Impact des SSP dans les Amériques.....	6
Leçons apprises.....	8
Défis pour l'avenir.....	13
 Bibliographie	

Introduction

1. La Déclaration de Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP) de 1978 fête cette année ses 25 ans; avec l'objectif universel de Santé pour tous en l'an 2000 (SPT-2000), elle constitue la plus importante plate-forme de politique sanitaire de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation panaméricaine de la santé, ainsi que de nombreux pays de la région des Amériques et du monde, pour de nombreuses années. Au cours de la 30^e Assemblée mondiale de la santé en 1977, les États Membres ont décidé à l'unanimité que l'objectif social le plus important à atteindre dans les différents pays était un niveau de santé qui permette à tous les citoyens de vivre une vie sociale et économique productive en l'an 2000.

2. Les soins de santé primaires, tels que définis au point VI de la Déclaration de Alma-Ata, ont été adoptés presque universellement comme la stratégie essentielle pour atteindre l'objectif de SPT-2000 et ont constitué, depuis lors, la pierre angulaire de la réorientation et restructuration de nombreux systèmes de santé. Selon cette définition originale, les soins de santé primaires sont « l'assistance sanitaire essentielle fondée sur des méthodes et des technologies pratiques, scientifiquement prouvées et socialement acceptables, mise à la portée de tous les individus et toutes les familles de la communauté grâce à la participation de ces derniers et à un coût supportable pour la communauté et le pays, à toutes les étapes de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et autodétermination ».

3. Un quart de siècle plus tard, on ne peut négliger l'importance historique de cette Conférence ni des définitions, des engagements et des mandats auxquels elle a donné lieu. Il convient de souligner sa contribution tant à la conceptualisation des SSP qu'à la légitimité politique qu'elle leur a octroyé en les associant à l'objectif SPT-2000.

4. Le monde et chacun de nos pays ont beaucoup changé depuis 1978. Les contextes économiques, politiques et sociaux ont été modifiés non seulement par les processus historiques nationaux, mais surtout par la configuration d'un monde toujours plus interdépendant et sujet à des bouleversements dans les domaines de l'activité humaine. Les profils épidémiologiques et démographiques des populations affichent désormais une plus grande exposition aux transformations et aux dangers de l'environnement social et économique. De même, les systèmes de santé, le rôle de l'État et celui des individus par rapport à la protection de la santé ont connu de grands bouleversements.

5. Les SSP et l'objectif SPT-2000 ont fait partie plus ou moins active de ce processus complexe selon les cas et les pays, en tant que référence politique et éthique pour les définitions auxquelles se sont heurtés les gouvernements et les sociétés.

6. Les valeurs à la base des SSP et de l'objectif SPT-2000 restent valables dans la mesure où les nombreux problèmes et défis qui les ont suscitées doivent encore être résolus. C'est pourquoi, outre les raisons purement historiques, il convient de procéder à un bilan et à une réflexion orientés vers l'avenir. Il nous faut repenser le bien fondé des SSP et de SPT-2000 en fonction des défis que nos pays et le monde ont à relever, dont certains sont contenus dans les Objectifs du millénaire pour le développement, dans le Programme 21, dans les résolutions du Sommet de Johannesburg et, d'une manière quasiment unanime, dans les constitutions politiques des États Membres de l'Organisation panaméricaine de la santé.

État de la situation

7. À la fin des années 70, moins de la moitié de la population du monde recevait des soins de santé adéquats, comme le signale le point V de la Déclaration de Alma-Ata. Dans les Amériques, une telle situation est devenue une préoccupation importante des gouvernements, des sociétés et de l'Organisation panaméricaine de la santé.

8. À l'occasion de la III^e Réunion spéciale des Ministres de la santé, tenue à Santiago du Chili en 1972, on est arrivé à la conclusion qu'un tiers de la population ne bénéficiait pas des services de santé. D'où la politique d'élargissement de la couverture afin de résoudre ce que l'on appelait à l'époque la crise de l'accessibilité, la pire parmi les crises (crises des coûts, de l'efficacité et de l'accès) auxquelles les systèmes de santé se voyaient confrontés.

9. Le contexte économique de l'époque était difficile. La plupart des pays affrontaient les conséquences de la crise du pétrole, avec des économies faibles et instables qui émanaient du modèle de développement à outrance et de substitution des importations. En pleine transition démographique, la population devenait majoritairement urbaine. Sur le plan politique, la région se caractérisait par des dictatures militaires et des démocraties instables, sauf quelques rares exceptions.

10. Sur le plan sanitaire, les années 70 ont vu le déploiement d'efforts nationaux destinés à élargir l'accès de la population aux services de santé. L'avènement des SSP et de l'objectif SPT-2000 a signifié pour la Région un renforcement des politiques et des stratégies d'élargissement de la couverture.

11. L'organisation des services de l'époque présentait généralement une approche centralisatrice, cependant la politique d'élargissement de la couverture, les nouvelles approches de planification (le modèle CENDES-OPS préconisant une ouverture programmatique locale) et surtout les SSP ont entraîné un renforcement progressif des unités de services et de la capacité locale (qui, dans certains pays, a pris l'appellation de

niveau de soins primaire), qui, plus tard, allaient devenir le fondement de nouvelles approches de politiques sociales.

12. La décennie des années 80 s'est caractérisée par un panorama régional très sombre, affichant une faible croissance du revenu national, une diminution des investissements, un déficit persistant de la balance des paiements, une dette extérieure élevée et une recrudescence de l'inflation. C'est dans ce contexte que la stratégie des SSP est devenue la principale orientation des politiques de santé dans les pays de la Région. Il faut souligner néanmoins que le secteur de la santé de la plupart des pays a montré un manque de coordination interne et avec les autres secteurs, un déficit de ressources financières et une faible participation de la population à la prise de décision, entre autres problèmes.

13. Durante cette décennie, les progrès en matière de santé n'ont pas répondu aux attentes. D'une manière générale, contrairement aux déclarations et aux engagements pris, les systèmes de santé n'ont pas accordé au « niveau primaire » la même importance que celle donnée aux autres niveaux de l'organisation des services. La plupart des dépenses publiques ont continué de s'appliquer aux hôpitaux.

14. Vers le milieu des années 80, les pays ont décidé de renforcer le rôle des SSP comme l'un des trois grands axes à développer. En 1988, le 33^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé la Résolution XV relative au développement et au renforcement des systèmes de santé locaux. Dans ce cadre conceptuel et stratégique du développement des systèmes locaux, une plus grande importance relative a été accordée au niveau de soins primaire. L'accent sur la décentralisation, la participation sociale, la mise au point de nouveaux modèles de soins et le renforcement de la capacité de gestion qui ont servi au développement des systèmes de santé locaux, ont contribué à mettre en évidence le rôle des SSP dans l'organisation des systèmes de santé nationaux.

15. La mise en vigueur de la stratégie des SSP dans les Amériques a été caractérisée par son hétérogénéité et ses discontinuités. Sur le plan conceptuel, les SSP ont fait l'objet, depuis le début, d'interprétations différentes qui reflètent des perspectives politiques et sanitaires divergentes.

16. Dans leur définition originale, les SSP étaient implicitement une stratégie pour le développement de la santé et un niveau de soins des services de santé. Dans les Amériques, les soins de santé primaires ont été adoptés et adaptés par les pays selon leurs réalités et conditions sanitaires et socioéconomiques propres. Dans cette perspective, de nombreux pays ont conçu les SSP comme le niveau primaire de soins, c'est-à-dire comme le point de contact avec la communauté et la porte d'entrée de la population au système de santé. Cette vision a prédominé dans les pays qui ont atteint des niveaux adéquats de couverture des services de base.

17. Dans une autre perspective – soit des soins de santé segmentés, fondés sur le développement technologique et la spécialisation, qui excluent de larges secteurs sociaux – certains pays ont envisagé les SSP comme une stratégie pour des soins sanitaires répondant aux principes de la justice sociale. Les SSP ont ainsi été considérés comme une possibilité d’offrir des soins de santé aux populations pauvres et marginales sans accès aux services.

18. Une autre dimension du développement des SSP voit dans le médecin ou l’infirmière généraliste les gardiens de l’accès au système de santé ou ceux chargés de le gérer. Il s’agit d’une vision qui met en valeur la capacité de l’unité et du personnel à traiter toute une série de problèmes de santé qui représentent la majorité des demandes de soins. Elle souligne aussi le rôle de filtre appliqué aux cas qui requièrent des soins spécialisés de la part d’autres niveaux de l’organisation du système.

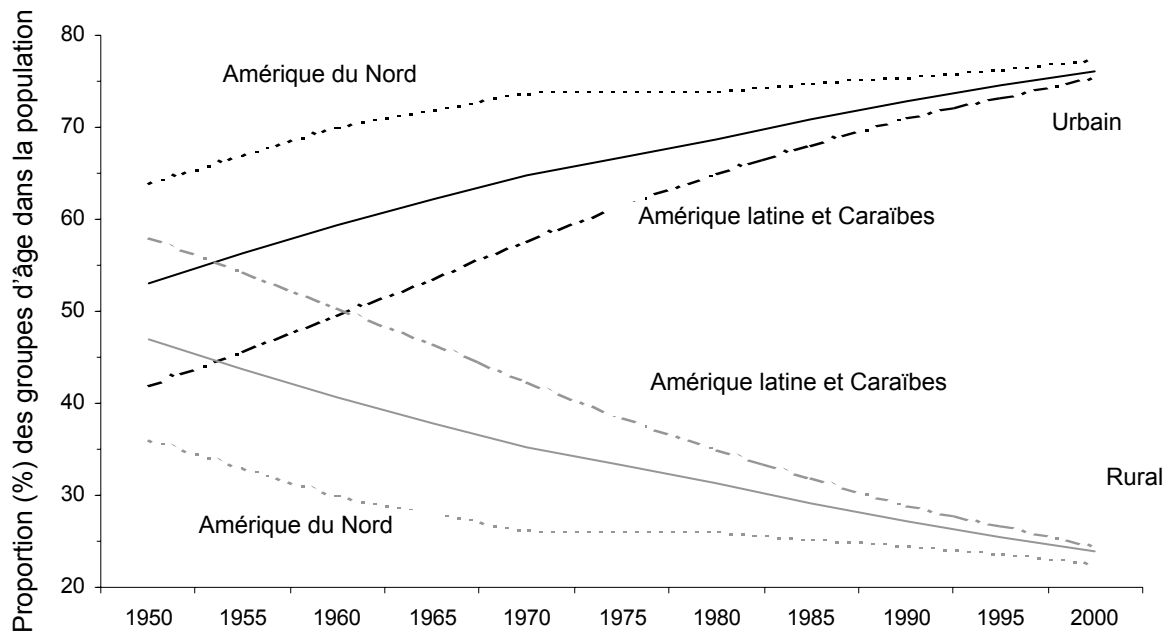
19. Dans de nombreux systèmes nationaux de santé en proie à un développement toujours plus complexe, qui cherchent à satisfaire des populations de caractéristiques différentes et dont le schéma organisationnel est dominé par la segmentation, ces diverses interprétations et formes d’application coexistent, ce qui cause certains conflits et une certaine confusion entraînant perte d’efficacité et de rendement.

Impact des SSP dans les Amériques

20. Dans une perspective historique, la stratégie des SSP s’est transformée en un élément central des politiques nationales de santé et des réponses sectorielles aux problèmes de santé dans les pays des Amériques, au cours des 25 années qui ont suivi Alma-Ata. Les pays ont privilégié la conception selon laquelle « l’objectif conceptuel et opérationnel des soins primaires est d’obtenir l’*impact* souhaité sur la santé des populations, avec un maximum d’efficacité sociale et de productivité des ressources affectées au secteur ». En ce sens, le gain net dans l’espérance de vie à la naissance obtenu dans la Région au cours de cette période constitue un indicateur global de l’impact positif de la stratégie des SSP sur la santé des populations.

21. De 1980 à l’an 2000, la population régionale s’est accrue de 217 millions, pour atteindre un total de 833 millions d’habitants. Le taux de croissance démographique régional est aujourd’hui de 1,3 % par an, mais celui de la population urbaine, qui représentait 76 % de la population totale en 2000, atteint 1,7 %. La population âgée de 65 ans et plus croît à un rythme supérieur à 2 % par an et celle de 85 ans et plus, le groupe à la croissance la plus rapide, à un taux de 3 à 5%. Cette constatation dénote trois tendances démographiques particulièrement importantes sur la scène de l’évaluation de l’impact de la stratégie des SSP : la croissance démographique, l’urbanisation (graphique 1) et le vieillissement démographique.

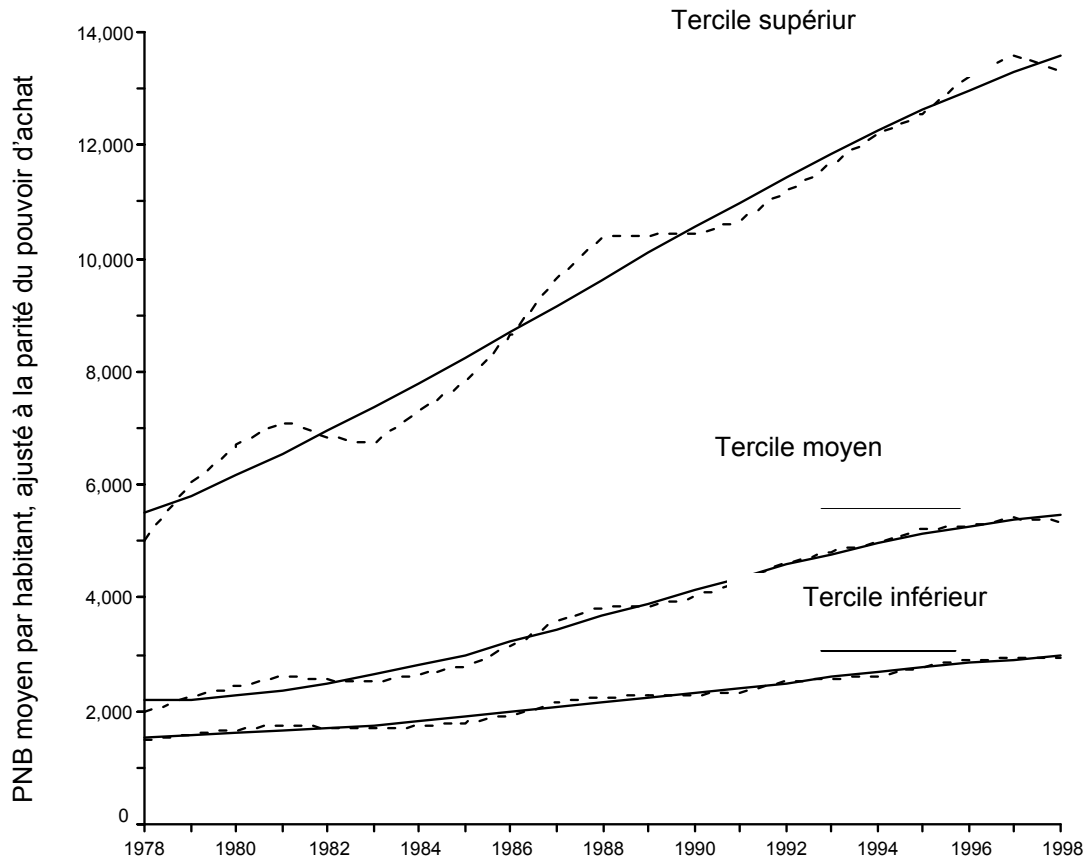
**Graphique 1 : Évolution des populations urbaines et rurales.
Région des Amériques, 1950-2000.**



Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

22. Au cours des deux dernières décennies du XX^e siècle, les pays des Amériques ont connu une croissance économique réelle, à en juger par le taux de croissance du produit national brut (PNB) par habitant. Vers 1980, la valeur moyenne du PNB annuel régional par habitant, ajusté à la parité du pouvoir d'achat de la monnaie, était de US\$ 2 349 (écart de \$1 300 à \$15 000); vers l'an 2000, cette valeur atteignait \$4 614 (écart de \$1 600 à \$25 000), soit un doublement du niveau de revenus. Toutefois, cette tendance macroéconomique favorable ne s'est pas traduite par une répartition équitable; elle favorisait de façon disproportionnée les populations du ile de revenus les plus élevés. La conséquence a été le triplement du fossé absolu entre les revenus du tercile le plus riche et le plus pauvre, soit de \$3 551 en 1978 à \$10 361 en 1998 (graphique 2). L'évolution du contexte socioéconomique durant la période d'application de la stratégie des SSP dans les Amériques permet d'illustrer la présence et la persistance d'inégalités dont il faut tenir compte pour l'évaluation de l'impact de la stratégie des SSP.

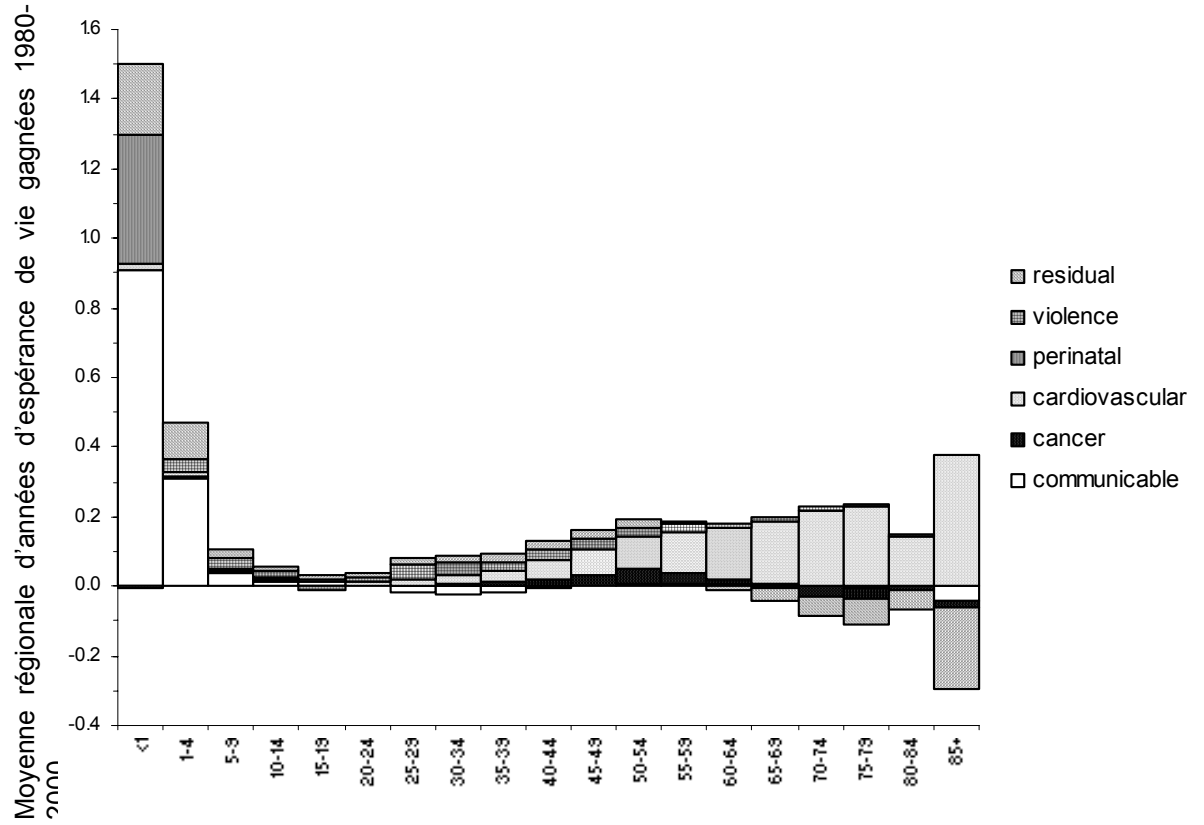
**Graphique 2 : Tendances de la croissance économique par tercile de revenu.
Région des Amériques, 1978-1998.**



Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

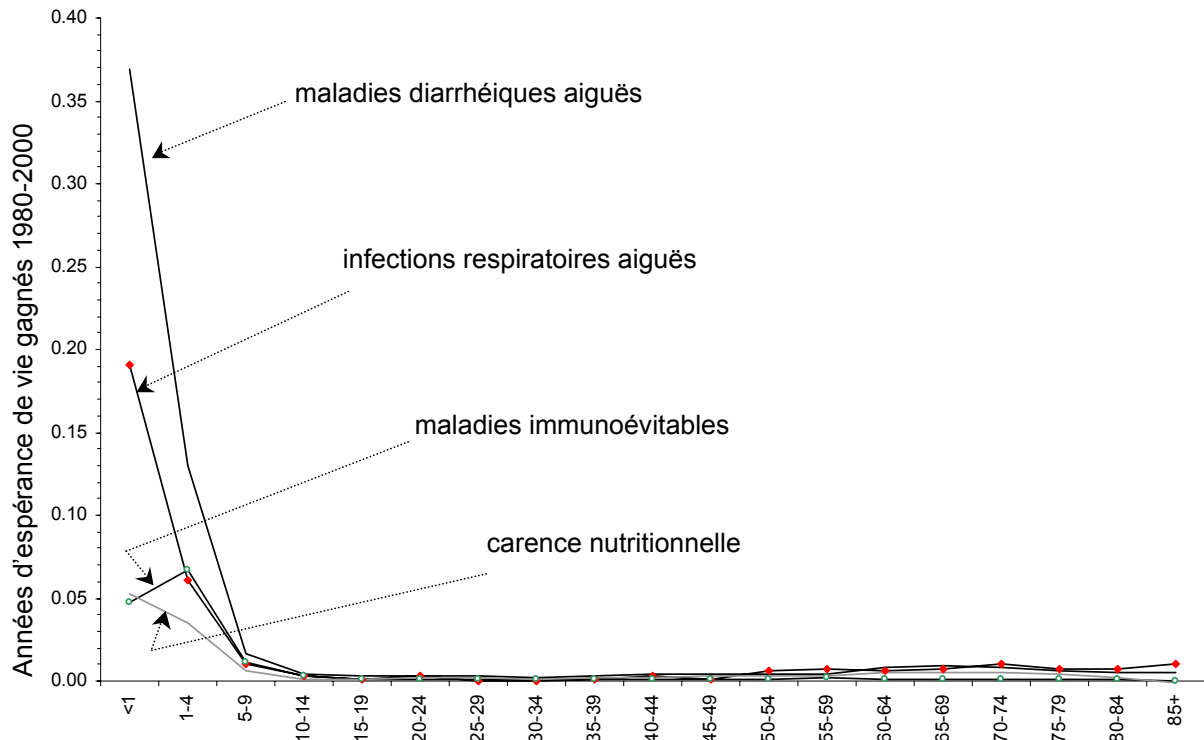
23. Durant les 25 années qui ont suivi la Conférence de Alma-Ata, les Amériques ont connu une réduction de 25 % du risque de décès (de 9 à 7 par 1 000 habitants) et une augmentation de l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes, de 6 ans (de 66 à 72 ans) en moyenne. Près de 50 % de cette augmentation de l'espérance de vie est tributaire de la réduction du risque de décès pour cause transmissible ou cardiovasculaire survenue durant la période (graphique 3). En effet, au moins deux années d'espérance de vie ont été gagnée dans la région uniquement grâce à la réduction du risque de décès pour cause transmissible (60%) et maladies périnatales (25%) dans les populations âgées de moins de cinq ans (graphique 4).

Graphique 3 : Impact sur la santé de la population : répartition de l'augmentation de l'espérance de vie masculine. Région des Amériques, 1980-2000.



Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

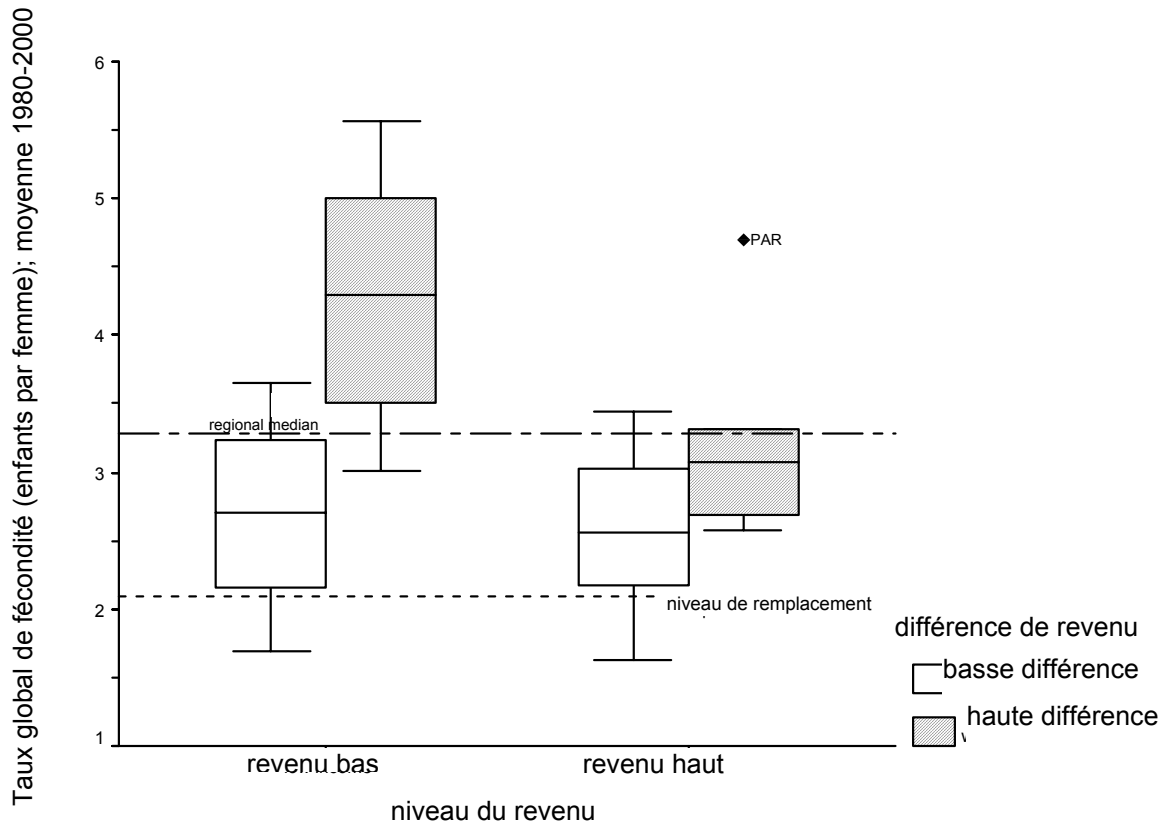
Graphique 4 : Impact du contrôle de maladies prioritaires en SSP sur l'espérance de vie à la naissance. Région des Amériques, 1980-2000.



Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

24. L'impact de la stratégie des SSP a été plus grand dans les pays de moindres inégalités de la répartition des revenus, même indépendamment du niveau absolu de revenu; en revanche, l'impact des SSP a été moindre dans les pays pauvres et à grandes inégalités de la répartition des revenus. Par exemple, des taux de fécondité globale plus proches du niveau de remplacement ont été atteints dans les pays à répartition plus équitable du revenu et non pas nécessairement dans les pays les plus riches, ce qui traduit une transition démographique plus avancée (graphique 5). Les aspects directement associés à la mise en œuvre de la stratégie des SSP, comme les dépenses publiques en santé (graphique 6), l'accès à l'eau potable (graphique 7), les soins institutionnels liés à l'accouchement (graphique 8) et l'alphabétisme (graphique 9), entre autres, traduisent d'importantes inégalités géographiques, sexuelles et socioéconomiques lorsque l'on distingue les niveaux et surtout les différences de revenus. Une telle constatation illustre le bien fondé de l'objectif des SSP et le besoin d'incorporer aux SSP une perspective d'équité, inspiration fondamentale de la Déclaration de Alma-Ata.

Graphique 5 : Résumé de la répartition de la fécondité selon les groupes de pays par niveau et différence de revenus. Région des Amériques, 1980-2000.

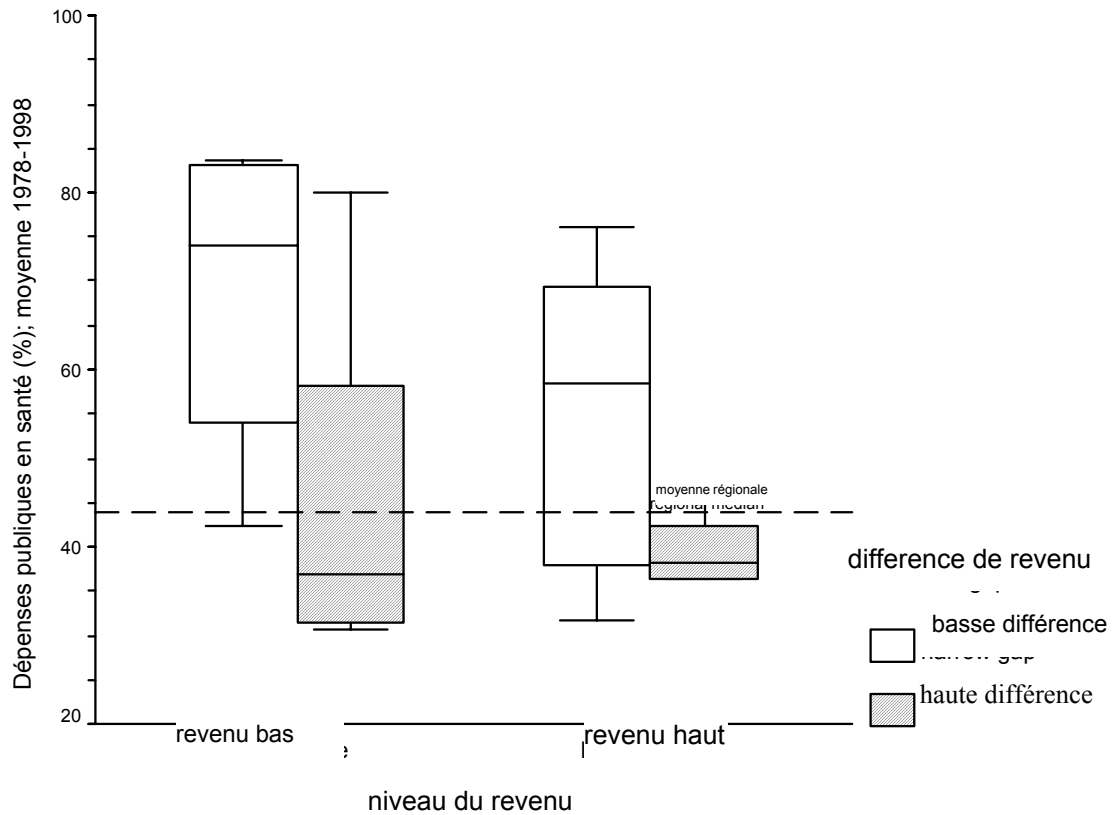


bas revenu & marge étroite :
 bas revenu & marge large :
 haut revenu & marge étroite:
 haut revenu & marge large:

Cuba, Guyana, Jamaïque, Pérou
 Bolivie, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama
 Argentine, Bahamas, Canada, Costa Rica, Trinidad et Tobago, États-Unis, Uruguay, Venezuela
 Brésil, Chile, Colombie, Mexique, Paraguay

Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

Graphique 6 :Résumé de la répartition des dépenses publiques en santé selon les groupes de pays par niveau et différence de revenus. Région des Amériques, valeur moyenne 1978-1998.

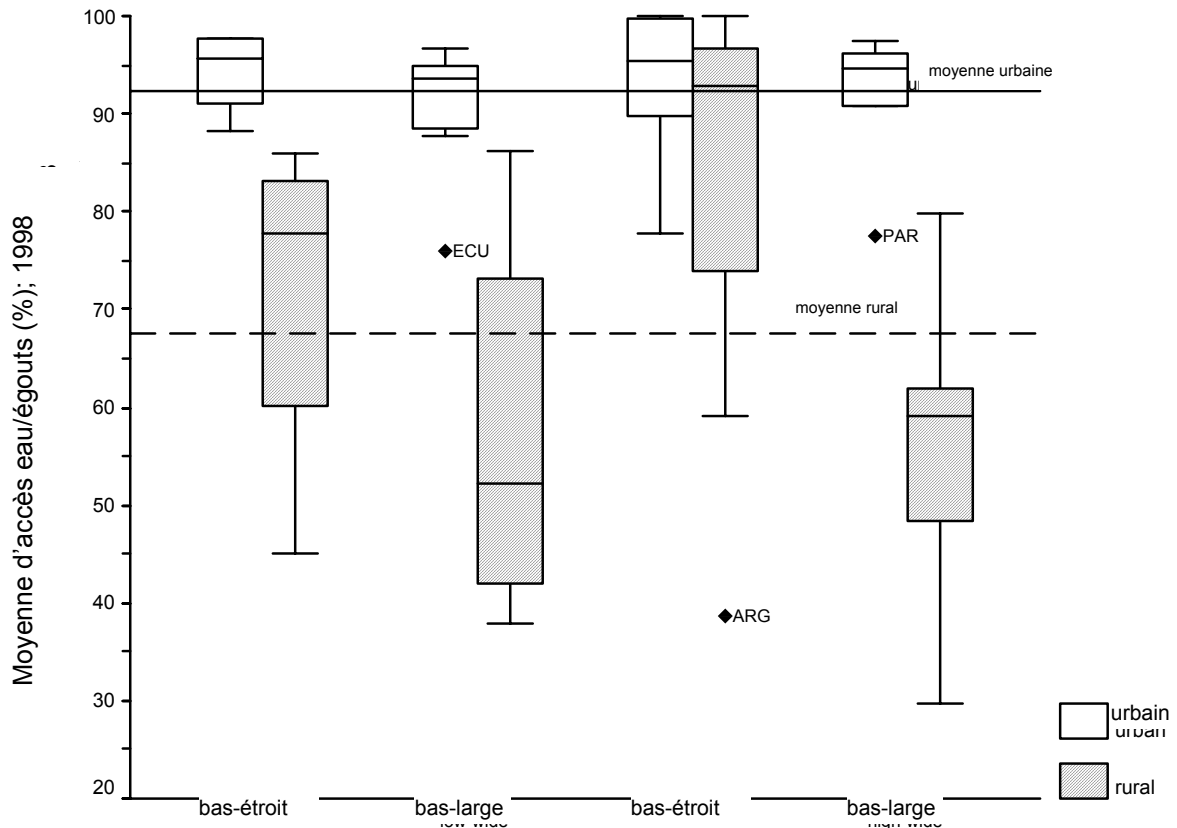


bas revenu & marge étroite :
bas revenu & marge large :
haut revenu & marge étroite:
haut revenu & marge large:

Cuba, Guyana, Jamaïque, Pérou
Bolivie, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama
Argentine, Bahamas, Canada, Costa Rica, Trinidad et Tobago, États-Unis, Uruguay, Venezuela
Brésil, Chile, Colombie, Mexique, Paraguay

Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

Graphique 7 : Résumé de répartition de l'accès aux services d'eau et d'égouts selon les groupes de pays par niveau et différence de revenus. Région des Amériques, 1998.

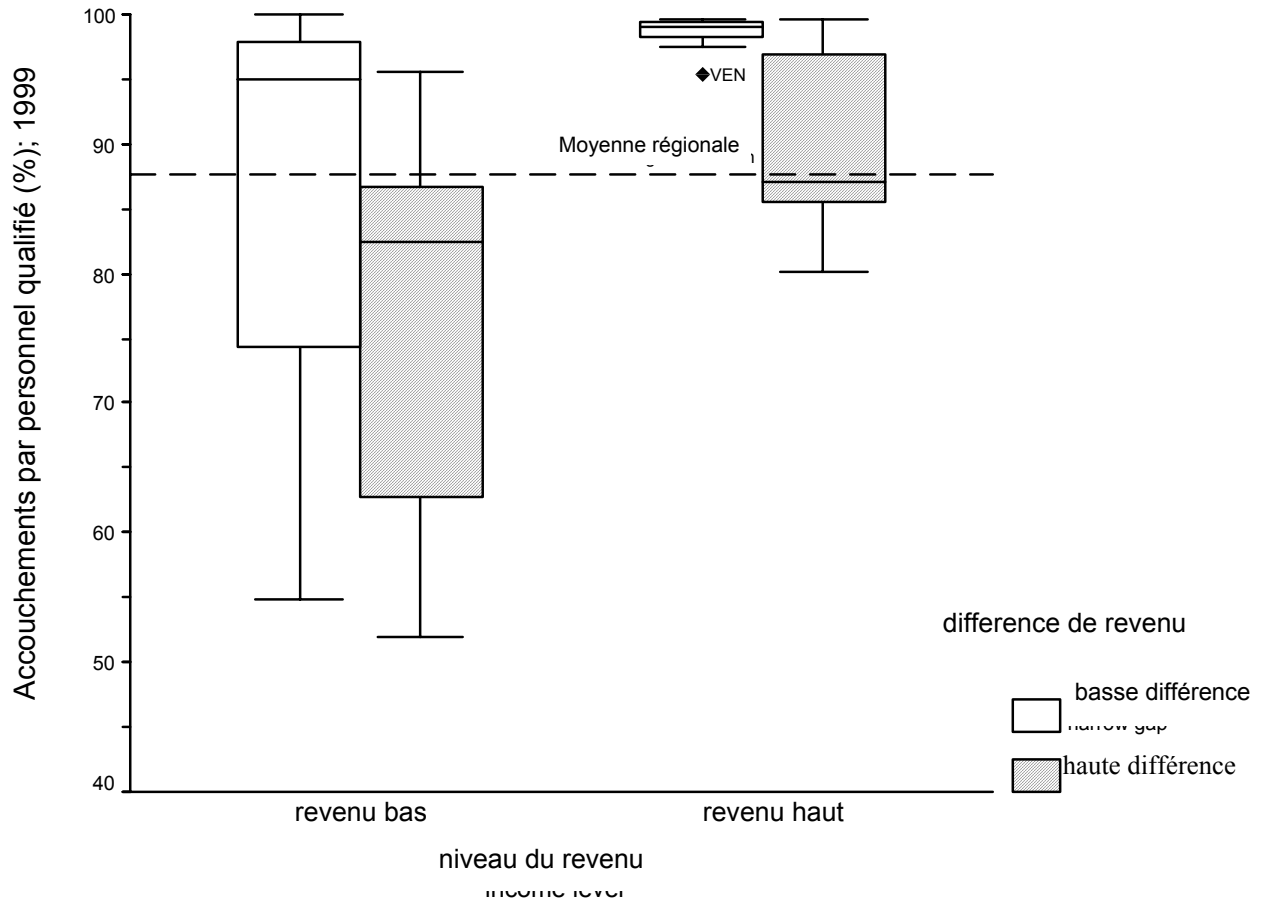


bas revenu & marge étroite :
bas revenu & marge large :
haut revenu & marge étroite:
haut revenu & marge large:

Cuba, Guyana, Jamaïque, Pérou
Bolivie, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama
Argentine, Bahamas, Canada, Costa Rica, Trinidad et Tobago, États-Unis, Uruguay, Venezuela
Brésil, Chile, Colombie, Mexique, Paraguay

Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

Graphique 8 : Résumé de la répartition des soins institutionnels liés à l'accouchement selon les groupes de pays par niveau et différence de revenus. Région des Amériques, 1999.

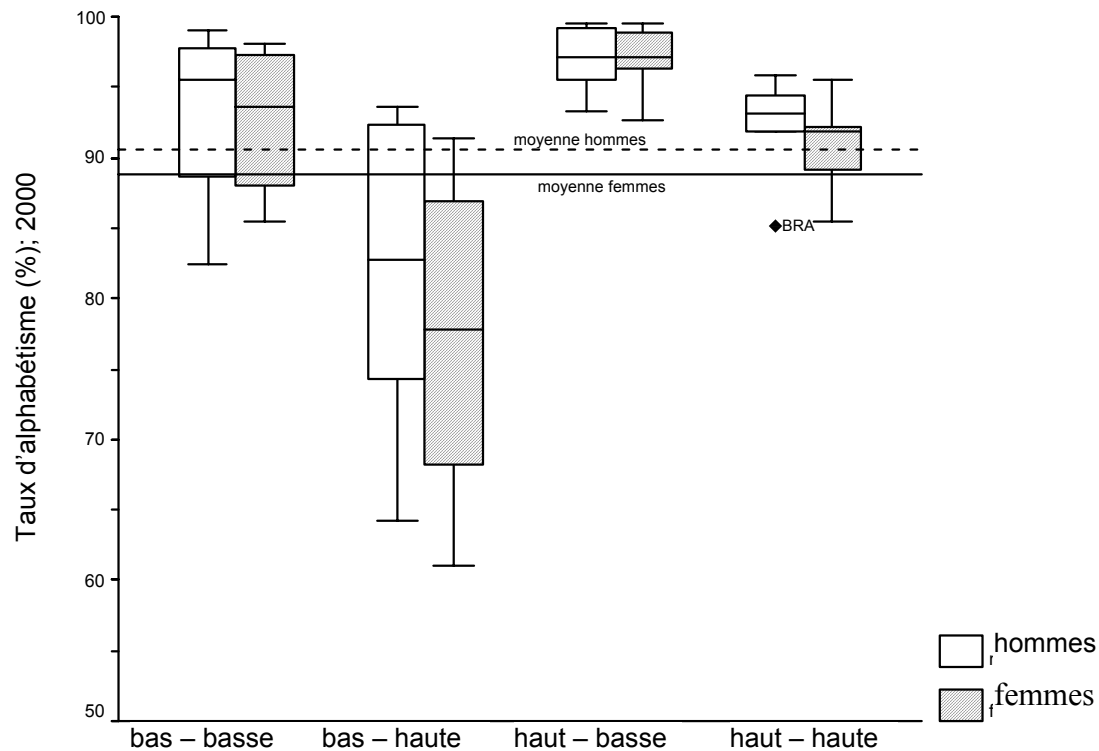


bas revenu & marge étroite :
bas revenu & marge large :
haut revenu & marge étroite:
haut revenu & marge large:

Cuba, Guyana, Jamaïque, Pérou
Bolivie, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama
Argentine, Bahamas, Canada, Costa Rica, Trinidad et Tobago, États-Unis, Uruguay, Venezuela
Brésil, Chile, Colombie, Mexique, Paraguay

Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

Graphique 9 :Résumé de la répartition de l’alphabétisme selon les groupes de pays par niveau et différence de revenus. Région des Amériques, 2000.



bas revenu & marge étroite :	Cuba, Guyana, Jamaïque, Pérou
bas revenu & marge large :	Bolivie, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama
haut revenu & marge étroite:	Argentine, Bahamas, Canada, Costa Rica, Trinidad et Tobago, États-Unis, Uruguay, Venezuela
haut revenu & marge large:	Bésil, Chile, Colombie, Mexique, Paraguay

Source: Health in the Americas; 2002 edition. Pan American Health Organization. Washington DC, 2002

Leçons apprises

25. Dans la région des Amériques, les SSP ont constitué une expérience d’avant-garde en matière de politiques de santé. Pour plusieurs aspects, les SSP ont marqué le début d’un changement de paradigmes dans la pratique de la santé publique. En effet, les SSP ont été une stratégie centrale, dans la mesure où de multiples initiatives sanitaires ont adopté les mêmes objectifs que ceux définis dans le cadre de SPT-2000. Par le changement de modèle

de prestation de services qu'ils préconisent, les SSP ont anticipé les processus de réformes sectorielles entreprises durant les années 90. Ils ont également précédé les processus de rationalisation en proposant un ensemble de prestations de santé essentielles. Innovateurs, les SSP ont intégré la participation sociale et communautaire ainsi que la coordination intersectorielle dans les stratégies de changement en santé. Les SSP ont privilégié la promotion de la santé, revendiqué le caractère préventif de l'action sanitaire et « démedicalisé » la santé publique. Les SSP ont surtout placé les préoccupations politiques à l'avant-plan de la santé comme élément d'intégration sociale, soulignant ainsi son caractère universel.

26. Les pays de la Région ont adopté, à différents degrés d'ampleur et d'intensité, la stratégie des SSP en tant que cadre pour le développement des ressources humaines en santé. Les SSP ont donc constitué un cadre de référence pour l'adoption et la mise en œuvre de politiques de réaffectation des ressources humaines vers les services de santé communautaire. Elles ont donné les conditions nécessaires à la constitution d'équipes multiprofessionnelles au niveau local, dont les pratiques conjointes ont relancé et enrichi la discussion sur l'interdisciplinarité. Les SSP ont rapproché le personnel de santé à la communauté, rendant ainsi possible un redimensionnement du savoir technique et populaire en santé et ouvrant la voie au travail communautaire. Dans certaines expériences, le travail interdisciplinaire et la participation communautaire ont permis la définition, le développement et l'évaluation de compétences pour les soins de santé intégraux au niveau local, avec pour conséquence un renouvellement et une intégration des capacités cliniques et de santé publique au sein des équipes.

27. L'incorporation de contenus des SSP dans les cursus des professionnels et des techniciens en santé a été significative pour la formation des ressources humaines en infirmerie et, dans une moindre mesure, pour celle des médecins. Des études récentes indiquent qu'une bonne part des écoles d'infirmerie d'Amérique latine a adopté les SSP comme axe de formation et a largement utilisé leurs contenus dans l'enseignement. En revanche, dans les écoles de médecine, les SSP ont été généralement intégrés à des matières spécifiques. Une discussion intense est intervenue au sujet de l'impact, dans les services de santé, de l'inclusion de la composante des SSP dans la formation de base du personnel. Certaines expériences ont montré que cette inclusion a été déterminante pour la production et l'organisation de services de SSP, alors que d'autres, en revanche, indiquent qu'elle n'a pas eu les effets escomptés ni sur la réorientation générale de l'éducation, ni sur celle des services de santé.

28. L'expérience régionale de mise en œuvre des SSP est créditée, dans divers pays, des progrès en matière d'élargissement de la couverture des services de bases (programmes de vaccination, soins aux mères et aux enfants, médicaments essentiels, éducation sanitaire, approvisionnement en eau et égouts) grâce à une plus grande diffusion dans la communauté, une plus grande mobilisation des ressources et une plus grande participation

des acteurs communautaires. Un manque d'équité persiste toutefois en matière d'accès aux services de santé et on observe un degré élevé d'exclusion des mécanismes de protection sociale en santé. Traditionnellement, les populations qui ont l'accès le plus restreint aux services de santé sont celles de faibles revenus économiques, celles qui vivent dans les zones rurales et celles qui appartiennent aux groupes ethniques en marge de la société. Plus récemment, des difficultés d'accès se sont fait jour pour la population des ceintures périurbaines des grandes villes. Ces inégalités trouvent leur origine dans une grande variété de facteurs parmi lesquels figurent les facteurs géographiques, culturels, économiques, sociaux et de qualité perçue des services.

29. L'expérience des SSP a aussi signifié, dans de nombreux pays de la Région, la révision des modèles de soins afin d'y insérer des contenus prévention, d'éducation sanitaire et d'action communautaire, y compris les activités intersectorielles. L'approche curative, de spécialité médicale et de soins intrahospitaliers subsistent néanmoins dans les modèles en application en dépit des aspects de promotion et de prévention de la santé contenus dans la Déclaration de Alma-Ata et de la réorientation des services de santé inclus dans la Charte d'Ottawa. Dans les établissements de soins de premier niveau, les actions curatives prévalent encore sur les actions préventives et de promotion telles l'éducation y l'assistance. De la même manière, les initiatives de coordination intersectorielle ne sont pas encore suffisamment intégrées aux réalités quotidiennes des niveaux locaux de santé dans tous les pays. Dans certains cas précis, il existe aussi un déséquilibre entre les services de santé des personnes et les services de santé publique, entre les activités de promotion dans la communauté et les cliniques et celles menées dans les hôpitaux.

30. Les changements de contenus, de formes et de ressources en matière de soins de santé suscités par l'application des SSP dans la Région ont amené les intervenants à s'interroger sur la faible qualité des soins. Tous les pays de la Région rencontrent d'énormes difficultés sur ce plan, y compris en ce qui a trait à la qualité technique et la qualité perçue par les usagers. Les problèmes de qualité se manifestent par des déficiences dans l'efficacité, la rentabilité, l'acceptabilité, la légitimité et la sécurité des services de santé. Ces manifestations sont multiples; elles comprennent notamment la faible efficacité du niveau primaire, le manque de coordination entre les différents niveaux, l'utilisation inefficace des ressources et l'insatisfaction des usagers. L'expérience régionale nous enseigne qu'une partie des problèmes de qualité sont dus à des facteurs de contrainte imposés par les modèles de soins de santé.

31. Bien que la Région ait privilégié, dans la stratégie des SSP, l'incorporation de personnel communautaire et la participation sociale aux soins sanitaires, il convient de continuer à renforcer la participation sociale. La Région a connu d'importants progrès en matière de formation de personnel non médical et d'agents communautaires, ainsi que de renforcement de la participation sociale en santé. Ces progrès sont toutefois insuffisants dans de nombreux pays de la Région. Il existe encore beaucoup de réalités locales où la

participation communautaire est restreinte à des consultations occasionnelles. De même, tous les pays ne disposent pas du cadre politique et institutionnel qui garantisse l'incorporation du personnel communautaire, de la médecine traditionnelle et de la participation sociale adéquates.

32. L'une des limitations à laquelle est confrontée la stratégie des SSP est la vision implicite selon laquelle les processus de déploiement naturel permettraient d'atteindre l'équité en santé. Une autre limitation est celle de l'intensité des actions destinées non seulement à réduire la fragmentation sociale mais, essentiellement, à atteindre l'intégration sociale. Les SSP n'ont pas accordé une attention suffisante aux bouleversements des profils démographiques – particulièrement le vieillissement – ni à l'évolution épidémiologique, survenus dans les Amériques au cours des dernières décennies du siècle dernier. L'application de la stratégie n'a pas non plus été accompagnée d'une estimation appropriée des coûts réels du changement proposé par les SSP et par l'objectif de SPT-2000.

33. L'expérience de la mise en œuvre des SSP dans certains pays de la Région indique qu'il est possible de faire progresser l'accès équitable aux services de santé, au moyen de :

- a) un engagement politique ferme de lutte contre les inégalités sur le plan de l'accès aux services de santé, qui s'insère dans une stratégie nationale de réduction des inégalités socioéconomiques. Une telle volonté est d'autant plus efficace qu'elle acquiert le caractère de politique de l'État et n'est pas circonscrite exclusivement aux efforts d'un gouvernement déterminé ;
- b) l'affectation de ressources financières suffisantes et d'incitatifs cohérents avec les objectifs proposés. Il est nécessaire, en outre, d'appliquer des formules d'affectation fondées davantage sur des critères de besoin de la population que sur ceux de l'offre existante de services ;
- c) mécanismes centrés sur l'accroissement quantitatif et qualitatif des dépenses de santé et sur la fourniture de services de santé aux populations exclues, et
- d) l'intensification de la mise en œuvre de plans d'assurance relatifs à un ensemble de prestations de base, s'adressant à la population en général ou à des groupes spécifiques, et contribuant à l'élargissement de la protection sociale en santé à partir d'un dialogue social.

34. L'expérience régionale travaille dans le sens d'une réorientation des services de santé vers la promotion de la santé et la prévention de la maladie au moyen de :

- a) une ferme volonté politique pour reformuler le modèle de soins de santé. Cette transformation du modèle de soins n'implique pas seulement la modification du contenu des services de santé par l'incorporation de services de promotion et de prévention, mais également la recherche de modèles qui encouragent les soins ambulatoires, la fourniture de services dans des environnements non cliniques (par exemple dans les écoles, les lieux de travail, le domicile, etc.) et l'application d'approches familiale et communautaire qui offriront une connaissance adéquate des réalités physique, économique, sociale et culturelle de la population d'utilisateurs ;
- b) l'attribution de fonctions de coordination intersectorielle aux gouvernements local, régional et national, selon le cas, et
- c) l'intégration ou la coordination des services de santé des personnes avec les services de santé publique. Même s'il est vrai que de nombreuses actions de santé publique ne relèvent pas nécessairement du cadre public, il existe plusieurs instances qui peuvent assumer ces deux types de services grâce à leur intégration au niveau local.

35. Les tendances mondiales et régionales observées ces 25 dernières années indiquent qu'il est possible d'améliorer la qualité des services de santé au moyen de :

- a) la conception et l'application de modèles de soins centrés sur la famille et la communauté. Cette tendance doit être associée à la recherche de modèles de fourniture de services de santé intégraux, exhaustifs, coordonnés et réguliers ;
- b) le renforcement de la capacité des équipements de santé locaux afin d'évaluer et de satisfaire les besoins, les attentes et les demandes de santé de la population dans le cadre des processus de décentralisation. Il conviendra, en même temps, de renforcer la capacité de gestion des changements au niveau local (par exemple ajuster l'offre des services de santé aux modifications des profils démographique et épidémiologique de la population d'utilisateurs) ;
- c) l'établissement d'un cadre politique et institutionnel susceptible d'envisager et d'intégrer les stratégies de garantie de la qualité et celles d'amélioration continue de la qualité, et
- d) la motivation appropriée et le développement des compétences techniques, cliniques et de santé publique ainsi qu'administratives du personnel de santé. Cet effort doit viser aussi les compétences de travail en équipe. Ce qui oblige à réviser

et à ajuster les programmes de formation et de recyclage actuels afin d'y inclure les changements proposés.

36. L'expérience régionale démontre qu'il est possible de renforcer la participation sociale en santé au moyen de :

- a) L'établissement d'un cadre politique et institutionnel qui oriente et encourage l'incorporation de travailleurs communautaires ainsi que la participation sociale aux instances nationales, régionales et locales ;
- b) L'instauration d'un processus progressif de transfert des décisions de l'autorité sanitaire vers les instances de participation sociale, et
- c) La mise au point de modèles de soins et de gestion qui intègrent en un continuum intégré les différents niveaux, programmes et agents.

Défis pour l'avenir

37. D'une part, les processus de suivi et d'évaluation de l'objectif de Santé pour tous en l'an 2000 ont permis de reconnaître d'importants progrès en santé pour les populations des Amériques, attribuables à l'adoption et la mise en œuvre des principes contenus dans la stratégie de soins primaires. De l'autre, ils ont mis au jour la persistance de conditions adverses à la pleine obtention de cet objectif, et, partant, le besoin de réaffirmer le bien fondé de la SPT en tant que vision de la santé nécessaire pour orienter les politiques sanitaires et atteindre des niveaux de santé offrant à tous les habitants des Amériques une vie sociale et économique productive. La réaffirmation de la SPT exige par conséquent de revoir les principes des SSP et confirmer leur adoption comme stratégie fondamentale de développement de la santé.

38. Le renouvellement de l'engagement à l'égard des SSP exigera des modifications et des ajustements de ces deux grands axes, à savoir : comme « approche politique », les SSP doivent être envisagés en tant que promotion et soutien des politiques d'équité en santé; comme « niveau de soins », les SSP doivent être perçus en tant que axe central du développement des systèmes de services de santé dans la Région. Dans le contexte des transformations survenues dans les Amériques et de la nouvelle perspective de Santé pour tous, les SSP jouissent d'un grand potentiel pour permettre de relever cinq défis qui se posent à l'avenir de la santé dans les Amériques : i) l'intensification des efforts destinés à garantir l'universalité de l'accès et l'attention prioritaire à la santé des groupes les moins privilégiés, destinés à réduire les inégalités en santé et dans les systèmes de soins; ii) l'amélioration générale de la santé de la population, par des réductions significatives des risques de décès chez les enfants et les mères, par l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie; iii) des soins de santé fournis par un réseau de services

de qualité et efficaces, qui satisfassent les individus, les familles et les communautés et permettent la participation de ceux-ci, iv) le développement cohérent des divers fournisseurs de soins, et v) la consolidation de l'infrastructure et des capacités institutionnelles en vue de remplir adéquatement les fonctions essentielles de santé publique.

39. Les éléments les plus pertinents pour la rénovation de la stratégie des SSP dans les Amériques sont les transformations des profils démographiques et épidémiologiques, plus particulièrement : l'urbanisation et le vieillissement; les maladies chroniques, la violence et les infirmités; le SIDA et autres maladies récentes; la vulnérabilité aux catastrophes et à d'autres circonstances dont l'impact est écologique; la diversité culturelle, ethnique, des sexes, des modes de vie; l'impact des autres contraintes sur la santé; la décentralisation politico-administrative; les changements des modèles de soins et de gestion des services de santé, et la diversification des réponses sanitaires traditionnelles.

40. Dans le cadre général des SSP en tant que stratégie de développement destinée à améliorer les conditions de vie des communautés, à réduire le poids des maladies et à favoriser l'accès équitable de la population aux soins de santé fournis par des services et des ressources de qualité, avec efficacité et rentabilité, les principes des SSP doivent être orientés, harmonisés et ajustés selon les Objectifs du millénaire pour le développement. De par leur capacité de renforcement des services de santé, les SSP peuvent devenir la stratégie de base pour atteindre les objectifs internationalement adoptés.

41. De la même manière, il est nécessaire de mettre en rapport la mise en œuvre de la stratégie des SSP avec les fonctions essentielles de santé publique, tant sur le plan opérationnel que sur le plan normatif – direction sanitaire – de l'autorité sanitaire aux niveaux nationaux. Il faut souligner particulièrement l'importance stratégique du maintien des systèmes d'information de surveillance de la santé, le renforcement de la capacité institutionnelle d'analyse de la santé, la production de savoir-faire sanitaire pour la gestion, le suivi et l'évaluation des interventions démographiques, et l'aide à la formation des ressources humaines au sein des équipes locales de santé.

42. Dans un tel contexte, les principales lignes d'action de la stratégie renouvelée des SSP devront être approfondies comme axes de la politique de l'OPS, tout en renouvelant l'engagement des États Membres à contribuer à l'amélioration de la santé des habitants du Continent.

Bibliographie

Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el año 2000: estrategias*. Documento Oficial N° 173; Washington, DC, 1980.

World Health Organization. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. WHO/SHS/CC/94.2. Geneva, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*, edición 1994. Washington, DC, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000*. Documento Oficial CD40/24. Washington, DC, 1997.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edición 1998. Washington, DC, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. *Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos*. Informe Técnico OPS/DAP/98.3.39. Washington, DC, 1998.

Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Chile. *Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: informe final*. Santiago de Chile & Washington, DC, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edición 2002. Washington, DC, 2002.

- - -