



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



# 144<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire

CE144/17 (Fr.)

11 mai 2009

ORIGINAL : ESPAGNOL

## RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

### Introduction

1. Le présent document énonce une proposition de politique régionale pour la constitution de réseaux intégrés de services de santé (RISS) en réponse au grand défi de la fragmentation des services de santé et en vue de s'acquitter des engagements pris dans la Déclaration de Montevideo, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et le Consensus d'Iquique. Dans cette politique, il est stipulé que les RISS contribuent au développement de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) et, par conséquent, à la prestation de services de santé plus accessibles, équitables, efficaces et de meilleure qualité technique, qui tiennent compte de l'équité entre hommes et femmes et de la compétence culturelle et qui sont favorablement perçus par le public. Il est recommandé que des plans nationaux adaptés aux réalités de chaque pays soient élaborés, qui reposent sur la définition et les caractéristiques essentielles des RISS énoncées dans le présent document.

### Antécédents

2. Les systèmes de santé des Amériques se caractérisent par des niveaux élevés de segmentation<sup>1</sup> et de fragmentation<sup>2</sup> (1-3). La fragmentation est un facteur important du

---

<sup>1</sup> *Segmentation* se réfère à « la coexistence de sous-systèmes dotés de différentes modalités de financement, d'affiliation et de fourniture, chacun d'eux étant 'spécialisé' dans différentes couches de la population en fonction de leur degré d'insertion dans le monde du travail, de leur niveau de revenus, de leur capacité de paiement et de leur position sociale. Ce type d'organisation institutionnelle renforce et élargit les inégalités dans l'accès aux services de santé entre les différents groupes de la population. En termes d'organisation, un ou plusieurs organismes publics (suivant le degré de décentralisation ou de déconcentration), la sécurité sociale (représentée par un ou plusieurs organismes) et divers systèmes de financement/d'assurance et fournisseurs privés de services (en fonction du degré d'introduction de

faible niveau de performance des services et des systèmes de santé. La fragmentation peut entraîner, à elle seule ou en association avec d'autres facteurs, des difficultés dans l'accès aux services, la prestation de services de faible qualité technique, l'utilisation irrationnelle et inefficace des ressources disponibles, l'accroissement inutile des coûts de production et un faible niveau de satisfaction des utilisateurs vis à vis des services reçus (4, 6).

3. Du point de vue de la demande de services, le vieillissement de la population et les styles de vie peu sains ont entraîné une augmentation des maladies chroniques et de la co-morbidité et, par conséquent, une augmentation de la demande en services de soins, principalement ceux prodigués à domicile. Ces défis exigent une plus grande intégration des prestataires de services pour une bonne gestion. D'autre part, les usagers exigent une plus grande participation dans le domaine de la santé ainsi que des services de santé adaptés à leurs préférences individuelles et collectives. Du point de vue de l'offre de services, les progrès médicaux et technologiques (tels que la télésanté) débouchent sur la nécessité d'adapter les modèles de soins, tout en facilitant une plus grande collaboration entre les différents prestataires de services.

4. Les réformes sectorielles des années 80 et 90 n'ont pas tenu compte des caractéristiques propres de chaque pays par rapport au degré de développement des institutions du secteur de la santé, ayant tendance à adopter des modèles normalisés et centrés sur des changements budgétaires et de gestion, la dérégulation du marché du travail, la décentralisation et la promotion de la concurrence entre différents fournisseurs et assureurs. Les réformes n'ont pas non plus favorisé les relations et la synergie indispensables entre les fonctions des systèmes, omettant ainsi de prendre en compte leurs interconnexions complexes et augmentant la fragmentation des services de santé (7, 8).

5. Au cours des dernières années, on a pu observer une tendance à abandonner la concurrence et à introduire des politiques qui favorisent la collaboration entre les prestataires de soins de santé comme moyen d'améliorer l'efficacité du système et la continuité des soins. Ainsi, l'autorité sanitaire joue un rôle fondamental dans la concrétisation de cette tendance à travers ses fonctions de : a) orientation sectorielle (par

---

mécanismes du marché et de gestion commerciale au cours des réformes sectorielles) coexistent.» (Organisation panaméricaine de la Santé. Health in the Americas 2007 (Vol. I, p. 319), Washington, D.C. : PAHO/WHO, 2007).

2 La **fragmentation** du système de prestation des services correspond à « la coexistence de plusieurs unités ou établissements non intégrés dans le réseau sanitaire de soutien » (Organisation panaméricaine de la Santé. Health in the Americas 2007 (Vol. I, p. 319), Washington, D.C. : PAHO/WHO, 2007). D'autres définitions recouvrent : a) des services qui ne couvrent pas tout la gamme de services de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs ; b) des services de différents niveaux de soins qui ne sont pas coordonnés entre eux ; c) des services qui ne sont pas poursuivis sur le long terme et d) des services qui ne sont pas adaptés aux besoins des personnes.

exemple, avec la formulation de politiques et l'évaluation de la performance du système) ; b) régulation ; c) modulation du financement ; d) surveillance de l'assurance ; e) exécution des fonctions essentielles de santé publique (FESP) et f) harmonisation de la prestation des services de santé (9). L'annexe A du présent document résume quelques initiatives d'intégration de services de santé qui sont mises en place dans des pays d'Amérique latine et de la Caraïbe.

6. En dépit de ces efforts, les mécanismes et incitations en vue de promouvoir l'intégration clinique et la mise en place de réseaux intégrés sont encore insuffisants et doivent être pris en compte dans les futurs développements du secteur. Cette réalité est manifeste dans les engagements pris par les pays de la Région à l'article III de la Déclaration de Montevideo qui stipule : « les modèles de soins de santé doivent...favoriser la mise en place de réseaux de soins de santé et la coordination sociale qui veille à la continuité adéquate des soins » (10). Plus récemment, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, au paragraphe 49, recommande de renforcer les systèmes de référence et de contre-référence et d'améliorer les systèmes d'information au niveau national et local de manière à faciliter la prestation de services intégrés et opportuns (11), et le Consensus d'Iquique, obtenu au cours du XVII<sup>e</sup> Sommet ibéro-américain des Ministres de la Santé, souligne au paragraphe 6 « La nécessité de développer des réseaux de services de santé fondés sur les soins primaires, financés par des fonds publics et offrant une couverture universelle, compte tenu de leur capacité à atténuer les effets de la segmentation et de la fragmentation et leur interaction avec l'ensemble des réseaux sociaux »(12).

7. Au cours de la période allant de mai à novembre 2008 l'OPS a effectué une série de consultations avec les pays pour traiter du problème de la fragmentation des services de santé et des stratégies pour y remédier. Au cours de cette période, 10 consultations nationales ont été menées (Argentine, Belize, Brésil, Chili, Cuba, Équateur, Mexique, Paraguay, Trinité-et-Tobago et Uruguay), ainsi que deux consultations infrarégionales (Amérique centrale et pays de la Caraïbe orientale et la Barbade) et une consultation régionale au Brésil à laquelle ont participé plus de 30 pays de la Région. La principale réalisation de ces consultations a été de confirmer la nécessité de traiter du problème de la fragmentation des services et de valider la proposition de l'OPS pour la constitution des RISS aux Amériques.

### **Analyse de la situation**

8. La fragmentation des services de santé se manifeste sous des formes multiples aux différents niveaux du système de santé. Il ressort de l'expérience des personnes qui utilisent le système que la fragmentation s'exprime par un accès insuffisant aux services, une perte de continuité des soins et la non-adaptation des services aux besoins des usagers. Certains exemples ponctuels comprennent la demande réprimée, les listes

d'attente, les réorientations tardives, la nécessité de visiter de multiples structures pour régler un seul épisode de maladie ou l'absence d'une source régulière de services. D'autres manifestations comprennent le fait de répéter inutilement les antécédents cliniques et les examens de diagnostic ou l'indication d'interventions qui ne tiennent pas compte des spécificités culturelles de certains groupes de la population. Dans le fonctionnement général du système, la fragmentation se manifeste par un manque de coordination entre les différents niveaux et structures de soins, la duplication des services et de l'infrastructure, une capacité installée non utilisée et des services de santé fournis dans la structure la moins appropriée, en particulier dans les hôpitaux. Quelques exemples concrets comprennent une faible capacité à résoudre les problèmes de santé au premier niveau de soins, l'utilisation de services d'urgence pour avoir accès à des soins spécialisés en court-circuitant la consultation ambulatoire, l'admission de patients en milieu hospitalier dont le cas pourrait avoir été résolu avec des soins ambulatoires ou la prolongation des séjours en milieu hospitalier du fait de difficultés pour les patients ayant des problèmes sociaux de quitter l'hôpital.

9. Dans des enquêtes effectuées par l'OPS, la fragmentation des services de santé est perçue comme un problème grave tant par les responsables du premier niveau de soins que par les responsables des soins spécialisés (13-15). Par exemple, 22 % seulement des personnes interrogées au premier niveau de soins et 35 % des responsables/prestataires de soins spécialisés considèrent que les systèmes de référence et de contre-référence entre les différents niveaux de soins fonctionnent de façon adéquate. En ce qui concerne les structures de soins, les personnes interrogées ont indiqué qu'environ 52 % des patients hospitalisés pourraient avoir été traités en dehors du milieu hospitalier. Enfin, 45% seulement des personnes interrogées du premier niveau de soins ont indiqué que les patients sont examinés par le même docteur/la même équipe de santé, c'est-à-dire, qu'ils sont peu nombreux à disposer d'une source régulière de soins.

10. Même si le défi de la fragmentation des services de santé est commun dans la majorité des pays de la Région, son ampleur et ses causes principales varient en fonction de chaque situation. Toutefois, à la lecture de la bibliographie sur ce sujet et à la suite de consultations avec les pays, il apparaît que les principales causes de fragmentation sont les suivantes : a) segmentation institutionnelle du système de santé ; b) décentralisation des services de santé qui fragmente les niveaux de soins ; c) prédominance de programmes ciblés sur des maladies, des risques et des populations spécifiques (programmes verticaux) ; d) séparation extrême entre les services de santé publique et les services de soins aux personnes ; e) modèle de soins centré sur la maladie, les soins d'épisodes aigus et les soins hospitaliers ; f) faiblesse de la capacité d'orientation de l'autorité sanitaire ; g) problèmes en termes de quantité, de qualité et de distribution des ressources ; h) multiplicité des institutions de paiement et des mécanismes de paiement de services ; i) modèles organisationnels contraires à l'intégration ; j) comportements et normes culturelles de la population et des prestataires de services ; k) obstacles juridiques

et administratifs et l) pratiques de financement de certains organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux (par exemple, le financement de programmes verticaux).

11. En ce qui concerne les pratiques de financement de certains organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux, bon nombre de ces agences s'interrogent actuellement sur l'efficacité de la coopération centrée exclusivement sur des programmes verticaux et réorientent leurs activités de coopération vers le renforcement des systèmes de santé selon une approche plus intégrée. En décembre 2005, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) a approuvé l'utilisation d'une partie de ses fonds pour renforcer les systèmes de santé (16). Plus récemment, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) a aussi décidé d'appuyer le renforcement des systèmes de santé dans la mesure où ils contribuent à combattre ces trois maladies (17). La Banque mondiale a effectué une consultation interne sur l'intégration des programmes verticaux dans les systèmes de santé (18) et elle soutient des projets d'investissement dans des réseaux de services de santé dans des pays comme le Brésil (19). Il en va de même de la Coopération technique allemande (GTZ), qui souligne dans un document récent la nécessité de « réorganiser le réseau de prestation de services, centré sur les services de soins primaires, pour mettre en pratique une offre en réseau qui soit unique, intégrée et coordonnée » (20). Dans ce cadre, l'OMS a lancé l'initiative « Exploiter pleinement les synergies positives entre les systèmes de santé et les initiatives mondiales en faveur de la santé » dans le but d'assurer que les systèmes de santé et les interventions sélectives des initiatives mondiales en faveur de la santé se renforcent mutuellement et puissent produire des bénéfices plus vastes pour la santé publique mondiale (21).

12. D'autre part, il existe dans la Région plusieurs expériences de pratiques optimales pour la création de RISS, en particulier dans des pays comme le Brésil, le Chili, le Costa Rica et Cuba, qui ont traditionnellement appuyé le développement des RISS. Plus récemment, d'autres pays d'Amérique latine et de la Caraïbe ont commencé à adopter des méthodes similaires dans leurs systèmes de santé (voir annexe A). En Amérique du Nord, il existe aussi des expériences dignes d'être soulignées, comme celles de Kaiser Permanente et de l'Administration des Vétérans, toutes les deux aux États-Unis d'Amérique, ainsi que le système de services de santé de la région de Montérégie, au Québec (Canada). En Europe, on a identifié de bonnes pratiques dans les Communautés autonomes de Catalogne et d'Andalousie, en Espagne. Les leçons apprises dans le cadre de ces initiatives, et d'autres qui seront identifiées à l'avenir, seront utilisées pour appuyer cette initiative.

13. Enfin, la diversité d'interprétations sur le concept de services intégrés de santé, y compris les réseaux, explique en partie les difficultés pour en comprendre la signification, élaborer des propositions d'action et évaluer les progrès sur le plan de l'intégration des

services (22). Il est espéré que ce document contribuera à surmonter les difficultés conceptuelles en la matière.

### La proposition

14. Le but de l'initiative de l'OPS sur les RISS consiste à contribuer au développement de systèmes de santé fondés sur les SSP et, par conséquent, à la prestation de services de santé plus accessibles, équitables, efficaces et de meilleure qualité technique, qui tiennent compte de l'équité entre hommes et femmes et de la compétence culturelle et qui sont favorablement perçus par le public. L'OPS considère que les RISS constituent l'une des principales expressions opérationnelles de l'approche axée sur les soins de santé primaires au niveau des services de santé, en contribuant à concrétiser plusieurs de leurs éléments essentiels comme la couverture et l'accès universels ; le premier contact ; les soins intégrés ; l'orientation familiale et communautaire ; les soins de santé appropriés ; l'organisation et la gestion optimales et l'action intersectorielle, entre autres (23).

15. Les RISS peuvent être définis comme un réseau<sup>3</sup> d'organisations qui fournit des services de santé intégrés, ou qui prend des dispositions pour les fournir,<sup>4</sup> à une population définie, et qui est disposé à rendre des comptes sur ses résultats cliniques et économiques ainsi que sur la base de l'état de santé de la population qu'il dessert (modifié de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993 Mar-Apr;36(2):20-6).

---

<sup>3</sup> Le concept de *réseau* a de multiples significations et applications. Par exemple, dans une perspective sociologique, les réseaux « correspondent à un mécanisme central du processus d'inclusion et d'intégration sociale de l'individu contemporain, ainsi qu'à un mode d'organisation particulièrement adapté au fonctionnement social actuel, porteur d'un fort potentiel politique étant donné leur capacité à transformer la réalité » (Bertolotto F, Mancheno M. Las redes: una estrategia para la reducción de la segmentación de los sistemas de salud: contribución al seminario internacional GTZ/OPS/MSP/ASSE sobre redes y sistemas integrados de servicios de salud, Montevideo, 16-17 de octubre del 2008 [non publié, copie disponible sur demande]). Dans le domaine des services de santé, le terme *réseau de services* fait fondamentalement référence à : a) la structure fonctionnelle d'unités prestataires de nature différente ; b) l'organisation hiérarchique en fonction des niveaux de complexité ; c) un référent géographique commun ; d) la direction d'un opérateur unique ; e) des normes opérationnelles, des systèmes d'information et d'autres ressources logistiques partagées et f) un but commun.

<sup>4</sup> Les *services de santé intégrés* font référence à la gestion et à la prestation de services de santé qui font que les personnes bénéficient d'un cycle *continu* de services de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation, à travers les différents niveaux du système de santé, et conformément à leurs besoins tout au long du cycle de vie (version modifiée de WHO. Integrated health services - what and why ? Technical Brief No.1, May 2008). D'autre part, le cycle *continu* de soutien correspond au degré où une série d'événements distincts des soins de santé sont perçus par les personnes comme étant cohérents et reliés entre eux, et adaptés à leurs besoins et préférences (version modifiée de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care : a multidisciplinary review. BMJ 2003 ; 327 (7425) : 1219-1221).

16. Comme il ressort de la définition précédente, les RISS n'exigent pas que tous les services qui les composent relèvent d'une propriété unique. Au contraire, certains de leurs services peuvent être fournis par l'entremise d'une gamme de modalités contractuelles ou d'alliances stratégiques dans le cadre de ce qui a été appelé une « intégration virtuelle ». Cette caractéristique des RISS permet de rechercher des options de complémentarité des services entre des organisations de nature juridique différente, qu'elles soient publiques ou privées, et même entre différents pays (par exemple, l'initiative de « services partagés » des petites îles de la Caraïbe et la complémentarité des services aux frontières communes).

### *Caractéristiques essentielles des RISS*

17. Compte tenu de la vaste gamme de contextes dans les pays, il n'est pas possible de prescrire un modèle organisationnel unique pour les RISS ; en fait, il y a de multiples modèles possibles. L'objectif de la politique publique consiste alors à proposer une conception qui réponde aux besoins organisationnels spécifiques de chaque système. Néanmoins, les preuves empiriques accumulées et les consultations avec les pays font apparaître que les RISS doivent avoir les caractéristiques essentielles suivantes pour bien fonctionner :

- 1) une population et un territoire couverts définis et vaste connaissance de leurs besoins et préférences en matière de santé, qui déterminent l'offre de services de santé ;
- 2) un vaste réseau d'établissements de santé qui fournit des services de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation, et qui comprend tant les services de santé personnels que ceux de santé publique ;<sup>5</sup>
- 3) un premier niveau de soins qui englobe toute la population et sert de porte d'entrée dans le système, qui intègre et coordonne les soins de santé, en plus de répondre à la majorité des besoins de santé de la population ;
- 4) une prestation de services spécialisés à l'endroit le plus approprié, et fournie de préférence en dehors du milieu hospitalier ;
- 5) l'existence de mécanismes de coordination du soutien tout au long du cycle continu des services de santé ;

---

<sup>5</sup> **Santé public** : c'est l'effort organisé par la société, principalement par le biais des institutions à caractère public, pour améliorer, promouvoir, protéger et remettre en bonne santé des populations par un effort collectif; ceci comprend des services tels que l'analyse de situation sanitaire, la surveillance sanitaire, la promotion de la santé, les services préventifs, le contrôle des maladies transmissibles, la protection et le nettoyage de l'environnement, les préparatifs et réponses aux catastrophes et urgences sanitaires, la santé au travail, et d'autres. (Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2007)

- 6) des soins de santé centrés sur la personne, la famille et la communauté, en tenant compte des aspects culturels et de genre ;
- 7) un système de gouvernance unique pour tout le réseau ;
- 8) une large participation sociale ;
- 9) la gestion intégrée des systèmes de soutien administratif, clinique et logistique ;
- 10) des ressources humaines suffisantes, compétentes, dévouées et valorisées par le réseau ;
- 11) un système d'information intégré et qui relie tous les membres du réseau, avec une ventilation des données par sexe, âge, lieu de résidence, origine ethnique et autres variables pertinentes ;
- 12) un financement adéquat et des incitations financières alignés sur les objectifs du réseau ; et
- 13) une action intersectorielle.

18. Diverses études donnent à penser que les RISS améliorent l'accès au système, réduisent les soins de santé inadéquats, réduisent la fragmentation des soins de santé, évitent la duplication des infrastructures et des services, abaissent les coûts de production et répondent mieux aux besoins et aux attentes des personnes et des communautés (24), (25-30). Quoiqu'il en soit, le niveau de preuves empiriques sur les résultats des modèles de soins intégrés, y compris les réseaux, demeure limité, en particulier dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire (31-32).

### ***Instruments de politique et mécanismes institutionnels pour la création des RISS***

19. Les décideurs, les gestionnaires et les prestataires de services de santé disposent d'une série d'instruments de politique publique et de mécanismes institutionnels qui peuvent les aider pour la mise en place des RISS. Les *instruments de politique* sont des moyens qui permettent d'atteindre les objectifs de la politique publique et comprennent des instruments juridiques, la formation des capacités, des taxes et des droits, des dépenses et des subventions, ainsi que la sensibilisation et l'information. Parmi ce groupe d'instruments, on peut souligner par exemple : a) l'affectation de la population qui sera desservie sur la base du territoire ; b) la planification des services en fonction des besoins de la population ; c) la définition d'un portefeuille intégré de services de santé ; d) la normalisation du modèle de soins centré sur la personne, la famille et la communauté ; e) la normalisation de l'approche interculturelle et de l'accent mis sur le genre dans les services, ce qui comprend l'utilisation de la médecine traditionnelle ; f) la normalisation de l'admission dans le système ; g) la régulation de l'accès aux soins spécialisés ; h) les guides de pratique clinique ; i) les politiques de formation et de gestion des ressources

humaines compatibles avec les RISS ; j) le paiement par habitant ajusté en fonction du risque et k) les politiques publiques intégrées entre les différents secteurs.

20. Les *mécanismes institutionnels* sont ceux qui peuvent être mis en place dans les institutions de gestion/prestation de services de santé, et peuvent être regroupés en mécanismes cliniques et mécanismes non cliniques. Les mécanismes cliniques correspondent à l'assistance sanitaire à proprement parler, et comprennent par exemple : a) les équipes multidisciplinaires ; b) la rotation du personnel entre les niveaux de soins ; c) les antécédents cliniques uniques (électroniques) ; d) des guides de référence et contre-référence ; e) la gestion de cas ; f) la télésanté et g) la prise en charge des soins par les malades et les soins à domicile avec le soutien et la rémunération correspondants. Les mécanismes non cliniques recouvrent les systèmes d'appui au processus de soutien et comprennent : a) une mission et une vision partagées ; b) la planification stratégique, l'allocation de ressources et l'évaluation de la performance partagées ; c) la participation du personnel de santé et des usagers dans la gouvernance ; d) les conceptions organisationnelles matricielles ; e) des centres de régulation uniques de visites ; f) les systèmes de soutien clinique et logistique partagés ; g) un identifiant (code) d'utilisateur unique et h) les équipes d'assistance sociale pour la coordination intersectorielle.

21. La pertinence des instruments et des mécanismes mentionnés précédemment (et d'autres non mentionnés dans le présent document) sera fonction de la viabilité politique, technique, économique et sociale de chaque cas. De toute manière, quels que soient les instruments ou les mécanismes utilisés, ceux-ci devront toujours être appuyés par une politique d'État qui vise à promouvoir les RISS comme stratégie fondamentale pour obtenir des services de santé plus accessibles et intégrés. À son tour, ce cadre politique devra s'appuyer sur un cadre juridique cohérent et conforme au développement des RISS.

### ***Priorités et stratégie de coopération technique***

22. La mise en œuvre passée des RISS a permis de tirer des leçons utiles qui contribuent à formuler une stratégie de mise en œuvre couronnée de succès. Parmi les leçons les plus importantes, il convient de souligner les points suivants : a) les processus d'intégration sont difficiles, complexes et à très long terme ; b) les processus d'intégration exigent de vastes changements systémiques et des interventions ponctuelles ne suffisent pas ; c) les processus d'intégration nécessitent l'engagement du personnel de santé, des responsables de la gestion des services et des décideurs et d) l'intégration des services ne signifie pas que tout doive être intégré au sein d'une modalité unique ; il y a à l'intérieur d'un même système des formes et des niveaux d'intégration multiples qui coexistent (33-35).

23. Le large éventail de situations externes et de réalités internes des systèmes de santé empêche de formuler des recommandations régionales rigides et trop spécifiques pour la création des RISS. Chaque pays/réalité locale devra formuler sa propre stratégie pour la mise en œuvre des RISS, en accord avec ses circonstances politiques, ses ressources économiques, ses capacités administratives et le développement historique du secteur. Toutefois, l'initiative des RISS exige une « feuille de route » qui, sans pour autant ignorer les réalités différentes des pays, permet de définir quelques secteurs prioritaires d'action ainsi qu'un calendrier général d'exécution.

24. En ce qui concerne les priorités de coopération technique de l'OPS, les consultations avec les pays ont mis en exergue les priorités de coopération suivantes : a) systèmes d'information (caractéristique 11), b) gouvernance (caractéristique 7), c) gestion (caractéristique 9), d) financement et incitations (caractéristique 12), e) premier niveau de soins (caractéristique 3) ; f) ressources humaines (caractéristique 10) ; g) mécanismes de coordination du soutien (caractéristique 5) et h) focalisation des soins de santé (caractéristique 6). Pour ce qui est de l'exécution, la première phase de l'initiative (2009-2010) correspondra à la phase d'identification des principaux problèmes liés à la fragmentation des services de santé et à l'élaboration de plans nationaux pour le développement des RISS. La deuxième phase (à partir de 2010) correspondra à l'exécution des plans nationaux et à leur évaluation continue. Pour ceci, l'OPS accordera la priorité aux pays qui ont programmé la création des RISS dans le cadre de leurs plans de travail respectifs pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011.

25. L'initiative des RISS s'inscrit dans le cadre de l'Objectif stratégique n° 10 du Plan stratégique 2008-2012, et plus spécifiquement elle appuie la réalisation du résultat attendu au niveau régional 10.3, qui fait référence aux « *États membres appuyés par la coopération technique pour créer des mécanismes et des systèmes régulateurs destinés à mettre en place une collaboration et une synergie entre les systèmes de prestation de services de santé publics et privés* ». Les progrès régionaux de l'initiative seront évalués au moyen de l'indicateur 10.3.1 du Plan stratégique, à savoir : « *nombre de pays ayant adopté les recommandations de politiques de l'OPS pour l'intégration du réseau de prestation de services de santé, comprenant les prestataires publics et non publics* ». La ligne de base de cet indicateur pour l'année 2007 était de 3 pays, et les objectifs pour les années 2009 et 2013 correspondent à 12 et 22 pays respectivement. Par ailleurs, les progrès au niveau des pays seront évalués sur la base des indicateurs de progrès définis dans chaque plan national, conformément à chaque réalité particulière.

26. À l'appui de cette initiative, le Bureau sanitaire panaméricain dispose d'un budget opérationnel total de 1,3 million de dollars ÉU pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011, ce qui comprend des fonds réguliers, d'autres sources, la contribution régionale et la contribution des bureaux dans les pays. Le Bureau a programmé l'équivalent du travail d'un conseiller régional à plein temps et l'appui des consultants

des systèmes et services de santé des pays participant à cette initiative. En outre, l'initiative des RISS sera réalisée sur une base inter-programmatique au sein du Bureau, dans le cadre du réalignement de l'Organisation avec la stratégie des SSP.

27. Enfin, l'OPS est parvenue à gagner le soutien d'autres partenaires pour cette initiative, parmi lesquels le Ministère de la Santé du Brésil, la Coopération technique allemande (GTZ), le Consortium hospitalier de Catalogne (CHC) et la Coopérative des hôpitaux d'Antioquia (COHAN). En tout état de cause, l'OPS cherchera à élargir le nombre de partenaires en 2009.

### **Mesure à prendre par le Comité exécutif**

28. Le Comité exécutif est invité à examiner le présent document et à approuver le projet de résolution joint (voir annexe C).

### **Références**

1. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.
2. Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
3. Banque interaméricaine de développement (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Oficina del Economista Jefe. Document de travail 353.
4. OMS (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: OMS.
5. OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – pour un système de santé plus performant. Genève : OMS.
6. OMS (2008). Rapport sur la santé dans le monde, 2008 - Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. Genève : OMS.
7. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.
8. Ham, C (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
9. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.
10. OPS (2005). Déclaration régionale sur les nouvelles orientations pour les soins de santé primaires (Déclaration de Montevideo). Document CD46/13 du 46<sup>e</sup> Conseil directeur, 57<sup>e</sup> session du Comité régional. Washington, D.C., ÉUA, 26-30 septembre 2005.

11. Ministres de la Santé des Amériques (2007). Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017: présenté par les ministres de la santé des Amériques dans la ville de Panama, juin 2007.
12. Gouvernement du Chili, Ministère de la Santé ; Secrétariat général ibéro-américain; XVII<sup>e</sup> Sommet ibéro-américain (2007). Consensus d'Iquique. IXe Conférence ibéro-américain des Ministres de la Santé. Iquique, Chili.
13. OPS et Escuela de Salud Pública de Chile (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud. Copie disponible sur demande.
14. OPS et Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
15. OPS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
16. GAVI (2006). GAVI Alliance Strategy (2007-10). Secrétariat de GAVI, 6 juin 2006.
17. Fonds mondial. Fiche d'information : Approche du renforcement des systèmes de santé du Fonds mondial. Série de Fiches d'information du Fonds mondial, 5 de 6, 15 septembre 2008. Disponible sur : [http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP\\_Pol\\_R9\\_FactSheet\\_5\\_HSS\\_fr.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_fr.pdf).
18. World Bank (2008). Proceedings of the Consultation on "Integration of Health System Operations and Priority Health, Nutrition and Population Interventions: Concepts, Evidence and Application." 12-13 May 2008. Washington, D.C.: World Bank.
19. World Bank. Latin America and the Caribbean Region. Press Release No. 2009/212/LCR.
20. GTZ. Modelo de atención integral y redes integradas de salud. Cooperación Técnica Alemana. Octubre del 2008. [non publié]. Copie disponible sur demande.
21. WHO (2008). Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva : WHO.
22. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.

23. OPS (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS.
24. Dowling WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens PR, Editors. 5<sup>th</sup> ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing Company. Copie disponible sur demande.
25. Wan TTH, Lin BY & Ma A. (2002). Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. *Journal of Medical Systems*, Volume 26, Issue 2 (April 2002), pp. 127-143.
26. Lee SD, Alexander JA & Bazzoli J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Medical Care*, 41(1):165-179.
27. Aletras V, Jones A & Sheldon TA. Economies of scale and scope. Dans: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, editors. Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare; 1997. pp. 23-36.
28. Soler JLP (2003). - Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secrétariat de la Santé de Bogota/Organisation panaméricaine de la santé.
29. Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992 May 16; 304(6837):1287-1290.
30. Parchman, ML, Pugh JA, Noel PH, Larme, AC (1992). Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2002;40(2):137-44.
31. Atun RA, Bennett S, Duran A (2008). Policy brief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO.
32. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.
33. Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp. Health Serv. Adm.* 1993;38(4):467-89.
34. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994, Vol 13, Issue 5, pp. 46-64.
35. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.

**Quelques initiatives portant sur des efforts d'intégration des services de santé dans les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe**

Pays	Initiative	Objectif
Argentine (a)	Loi portant création du Système fédéral intégré de santé	Parvenir à l'intégration harmonieuse des parties qui composent le système de santé, sous une coordination adéquate, dans un réseau qui suit un plan national et répond de façon rationnelle et efficace aux besoins de la population, mesurés sur la base de l'élaboration d'une carte sanitaire.
Bolivie (b)	Réseau municipal de santé familiale communautaire interculturelle et Réseau de services	Mettre en place des réseaux d'établissements de santé de premier, deuxième et troisième niveaux, qui peuvent relever d'une ou plusieurs municipalités, fonctionnant en coordination et complétés par la médecine traditionnelle, dans le cadre du caractère interculturel et de la structure sociale dans la gestion de santé.
Brésil (c)	Plus de santé : Droit de tous 2008-2011	Intégrer les actions de promotion, de prévention et d'assistance dans une vaste perspective de soins de santé, en reprenant le rôle de promotion du Gestionnaire Fédéral, de manière à articuler l'organisation des réseaux de santé avec une perspective de modèle de développement orienté vers l'équité dans sa dimension personnelle et territoriale.
Chili (d)	Réseaux de soutien fondés sur les soins primaires	Développer des réseaux de santé par l'entremise de la conception de politiques pour leur coordination et leur structure, qui permettent de répondre aux besoins de santé de la population d'usagers, dans le cadre des objectifs sanitaires, avec équité, respect des droits et de la dignité des personnes.
El Salvador (e)	Loi portant création du Système national de santé	Établir un modèle d'organisation des établissements de santé des membres du système dans des réseaux fonctionnels pour la fourniture de services de santé à la population dans des conditions de qualité, d'équité et de continuité.
Guatemala (f)	Modèle coordonné de soins de santé	Exécuter un modèle de soins intégrés entre le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale et l'Institut guatémaltèque de sécurité sociale pour la prestation de services de base dans les Départements d'Escuintla et de Sacatepéquez. Cette expérience n'a duré que jusqu'en 2003.
Mexique (g)	Intégration fonctionnelle du système de santé	Faciliter la convergence (des services de santé) et la portabilité (de la couverture santé) entre différentes institutions du secteur comme le Secrétariat de la Santé, l'Institut mexicain de sécurité sociale, Petróleos Mexicanos et l'Institut de sécurité et services sociaux des travailleurs de l'État.
Pérou (h)	Lignes directrices pour la constitution des réseaux	Promouvoir la formation de réseaux multiples de prestataires, d'organismes publics réorganisés et privés avec des services accrédités et classifiés, favorisant la compétence, l'efficacité, la performance et la qualité pour des soins destinés à toute la population, sans exclusion.

Pays	Initiative	Objectif
République dominicaine (i)	Modèle de réseau des services régionaux de santé	Créer des formes organisationnelles et de fonctionnement du modèle de soins visant à fournir des services d'une manière plus rationnelle et intégrée, en prenant comme point de départ la famille et la relation de celle-ci avec les structures sociales.
Trinité-et-Tobago (j)	Expérience de l'Autorité de la santé de la Région de l'Est	Créer un réseau intégré de services de santé entre les établissements de soins primaires (polycliniques et centres de santé) et l'Hôpital Sangre Grande.
Uruguay (k)	Système national intégré de santé	Mettre en œuvre un modèle de soins intégrés fondé sur une stratégie sanitaire commune, des politiques de santé structurées, des programmes intégrés et des actions de promotion, de protection, de diagnostic précoce, de traitement opportun, de récupération et de réadaptation de la santé des usagers, y compris les soins palliatifs.
Venezuela (l)	Réseau de santé du district métropolitain de Caracas	Réorienter le modèle de soins fondé sur les besoins en termes de qualité de vie et de santé de la population et visant à structurer des réseaux de santé intégrés répondant de façon régulière, suffisante, opportune et équitable à ces besoins, assurant son caractère universel et équitable.

Sources : (a) ministère de la Santé (2008). Projet pour débat : loi portant création du système fédéral intégré de santé : projet de création du système fédéral intégré de santé : convocation à un débat vaste et nourri (projet non publié. Copie disponible sur demande) ; (b) ministère de la Santé et des Sports (2008). Norme nationale Réseau municipal de santé familiale communautaire interculturelle et réseau de services ; (c) Ministère de la Santé (2008). Mais Saúde : Direito de todos 2008-2011. Ministère de la Santé (2001). (d) Ministère de la Santé (2008). Mission institutionnelle du Sous-secrétaire de réseaux de soutien. <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/subsecredes.html> ; (e) ministère de la Santé (2008). Règlement de la Loi portant création du Système national de santé. Décret exécutif n° 82 journal officiel [http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos\\_SNS/Reglamento\\_ley\\_sistema\\_nacional\\_salud.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Reglamento_ley_sistema_nacional_salud.pdf); (f) ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale. Expériences/leçons apprises sur la coordination/intégration des systèmes et réseaux de services de santé, Guatemala, juin 2008. Présentation non publiée (copie disponible sur demande) ; (g) Conseil national de la santé (2008). Résumé des contributions à la consultation nationale du Mexique sur la proposition des SISS, Mexique, DF, 3 novembre 2008. Rapport d'atelier non publié (copie disponible sur demande) ; (h) ministère de la Santé (2002). Lignes directrices pour la constitution de réseaux (copie disponible sur demande) ; (i) Secrétaire d'État à la Santé publique et à l'Assistance sociale (2005). Modèle de réseau des services régionaux de santé : un guide pour le développement des services de santé pour les soins aux personnes. (j) OPS Trinité-et-Tobago. Consultation nationale sur les systèmes intégrés de fourniture de soins, Kapok Hotel, 16-18 Cotton Hill, St. Clair. Rapport d'atelier non publié (copie disponible sur demande) ; (k) République Orientale d'Uruguay, Chambre des Sénateurs (2007). Système national intégré de santé : création. XLVI<sup>e</sup> Législature. (l) district métropolitain de Caracas, ministère de la Santé et du Développement social (2005). Atelier sur la « Définition de réseaux de services de santé du district métropolitain de Caracas ».



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
Bureau régional du Bureau sanitaire panaméricain  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/17 (Fr.)  
Annexe B

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR  
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.10. « Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires »

**2. Unité responsable :** HSS/SP

**3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Hernán Montenegro, HSS/SP

**4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**

- Centre collaborateur : Coopérative des hôpitaux d'Antioquia (COHAN)
- Autres institutions associées : Ministère de la Santé du Brésil, l'Agence de Coopération technique allemande (GTZ), Consortium hospitalier de Catalogne (CHC).

**5. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017:**

Le paragraphe 49 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques souligne la nécessité du « *renforcement des systèmes de référence et contre-référence et de l'amélioration des systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et local qui faciliteront la prestation de services de façon intégrée et opportune* ».

**6. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :**

L'initiative des RISS s'inscrit dans le cadre de l'Objectif stratégique n° 10 du Plan stratégique 2008-2012 qui vise à « *améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé* », et plus spécifiquement elle appuie la réalisation du Résultat prévu au niveau régional 10.3, qui stipule : « *les États membres appuyés par la coopération technique pour créer des mécanismes et des systèmes régulateurs destinés à mettre en place une collaboration et une synergie entre les systèmes de prestation de services de santé publics et privés* ».

**7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :**

Dans la Région, il existe plusieurs expériences de bonnes pratiques dans la création de RISS, en particulier dans des pays comme le Brésil, le Chili, le Costa Rica et Cuba, qui ont traditionnellement appuyé la mise en place des RISS. Plus récemment, d'autres pays d'Amérique latine et de la Caraïbe ont commencé à adopter des méthodes similaires dans leurs systèmes de santé (par exemple l'Argentine, El Salvador, la République dominicaine et l'Uruguay). En Amérique du Nord, il existe aussi des expériences dignes d'être soulignées, comme celles de Kaiser Permanente et de l'Administration des Vétérans, aux États-Unis d'Amérique, ainsi que le système de services de santé de la région de Montérégie, au Québec (Canada). En Europe, on a observé de bonnes pratiques dans les Communautés autonomes de Catalogne et d'Andalousie, en Espagne. Les leçons apprises dans le cadre de ces initiatives, et d'autres qui seront identifiées à l'avenir, seront utilisées pour appuyer cette initiative.

**8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question:**

À l'appui de cette initiative, l'OPS dispose d'un budget opérationnel total de 1,3 million de dollars ÉU (contribution au niveau régional et des bureaux dans les pays) pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011. D'autre part, HSS/SP a programmé l'équivalent du travail d'un Conseiller régional consacrant son temps exclusivement à cette activité, avec l'appui des consultants des systèmes et services de santé des pays.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 144<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

---

CE144/17 (Fr.)  
Annexe C  
ORIGINAL : ESPAGNOL

### *PROJET DE RÉSOLUTION*

#### **RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

#### ***LA 144<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport présenté par la Directrice sur les Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CE144/17) dans lequel est résumé le problème de la fragmentation des services de santé et est proposé la création de réseaux intégrés de services de santé pour y remédier ;

Préoccupée par les niveaux élevés de fragmentation des services de santé et par leur répercussion négative sur la performance générale des systèmes de santé, qui se traduisent par des difficultés en termes d'accès aux services, une prestation de services de faible qualité technique, une utilisation irrationnelle et inefficace des ressources disponibles, l'accroissement inutile des coûts de production et la faible satisfaction des usagers envers les services reçus ;

Reconnaissant les engagements pris conformément à l'article III de la Déclaration de Montevideo relative à la refonte des soins de santé primaires, au paragraphe 49 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et au paragraphe 6 du Consensus d'Iquique du XVII<sup>e</sup> Sommet ibéro-américain des Ministres de la Santé, qui soulignent la nécessité de créer des modèles de soins de santé plus intégrés comprenant les réseaux de services de santé ;

***DÉCIDE :***

De recommander que le Conseil Directeur approuve une résolution rédigée comme suit :

**RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ  
FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**

***LE 49<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport présenté par la Directrice sur les réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CD49/\_\_), dans lequel est résumé le problème de la fragmentation des services de santé et est proposée la mise en place de réseaux intégrés de services de santé pour y remédier ;

Préoccupé par les niveaux élevés de fragmentation des services de santé et par leur répercussion négative sur la performance générale des systèmes de santé, qui se traduisent par des difficultés en termes d'accès aux services, une prestation de services de faible qualité technique, une utilisation irrationnelle et inefficace des ressources disponibles, l'accroissement inutile des coûts de production et la faible satisfaction des usagers envers les services reçus ;

Conscient de la nécessité de renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) comme stratégie fondamentale en vue d'atteindre les buts nationaux et internationaux de santé, notamment ceux qui sont stipulés dans les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant que les réseaux intégrés de services de santé constituent l'une des principales expressions opérationnelles de l'approche axée sur les soins de santé primaires au niveau de la prestation de services de santé, qu'ils contribuent à concrétiser plusieurs de leurs éléments essentiels comme la couverture et l'accès universels ; le premier contact ; les soins intégrés ; les soins de santé appropriés ; l'organisation et la gestion optimales et l'action intersectorielle, entre autres ;

Conscient que les réseaux intégrés de services de santé améliorent l'accès au système, réduisent les soins inadéquats, réduisent la fragmentation des soins de santé, évitent la duplication des infrastructures et des services, abaissent les coûts de production et répondent mieux aux besoins et aux attentes des personnes et des communautés ;

Reconnaissant les engagements pris conformément à l'article III de la Déclaration de Montevideo relative à la refonte des soins de santé primaires, au paragraphe 49 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et au paragraphe 6 du

Consensus d'Iquique du XVII<sup>e</sup> Sommet ibéro-américain des Ministres de la Santé, qui soulignent la nécessité de créer des modèles de soins de santé plus intégrés, qui comprennent les réseaux de services de santé ;

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) prendre conscience du problème de la fragmentation des services de santé dans le système de santé, et le cas échéant, dans les sous-systèmes qui le composent ;
  - b) promouvoir un dialogue avec toutes les parties prenantes, et en particulier avec les prestataires de services de santé et les personnes qui administrent les soins à domicile et dans la communauté en général, sur le problème de la fragmentation des services et les stratégies pour y remédier ;
  - c) élaborer un plan national d'action visant à promouvoir la mise en place de réseaux intégrés de services de santé comme modalité préférentielle de prestation de services de santé au niveau national ;
  - d) promouvoir la formation et la gestion des ressources humaines compatibles avec la création des réseaux intégrés de services de santé ; et
  - e) mettre en œuvre et d'évaluer périodiquement le plan national d'action pour le développement des réseaux intégrés de services de santé.
2. Demander à la Directrice de :
  - a) soutenir les pays de la Région dans l'élaboration de leurs plans nationaux d'action pour la création des réseaux intégrés de services de santé ;
  - b) promouvoir la création de réseaux intégrés de services de santé au niveau des frontières communes, ce qui comprend, le cas échéant, des mécanismes de coopération et de compensation pour les services fournis entre différents pays (ou « services partagés » dans le cas de la Caraïbe) ;
  - c) élaborer des cadres conceptuels et analytiques, des outils, des méthodes et des guides qui facilitent la mise en place de réseaux intégrés de services de santé ;
  - d) soutenir la formation et la gestion de ressources humaines de la santé compatibles avec la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, y compris des

- personnes qui ne perçoivent aucune rémunération et fournissent des soins de santé à domicile et dans la communauté ;
- e) mobiliser des ressources à l'appui de la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région, ce qui recouvre la documentation des bonnes pratiques et l'échange d'expériences couronnées de succès entre les pays ;
  - f) surveiller et d'évaluer les progrès des réseaux intégrés de services de santé dans les pays de la Région ; et
  - g) promouvoir un dialogue avec la communauté des organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux dans le but de favoriser une prise de conscience du problème de la fragmentation des services de santé et de chercher à obtenir leur appui pour la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau régional du Bureau sanitaire panaméricain*  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/17 (Fr.)  
Annexe D

**Rapport sur les incidences budgétaires et administratives  
qu'auront pour le Secrétariat le projet de résolution  
proposé pour adoption**

<p><b>1. Point de l'ordre du jour :</b> 4.12 Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires.</p>
<p><b>2. Lien avec le budget programme 2008-2009:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>Domaine d'activité :</b> HSS, Objectif stratégique 10</li><li>b) <b>Résultat escompté :</b> Le CD approuvera la résolution sur les RISS</li></ul>
<p><b>3. Incidences budgétaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à 10 000 dollars É.U. près, activités et personnel compris) :</b> Le coût total pour le Bureau sanitaire panaméricain (Bureau régional et bureaux dans les pays) pour la période 2008-2011 équivaut à 1,3 millions de dollars ÉU. Les coûts pour les pays seront calculés une fois que les pays auront élaboré leurs plans nationaux pour la mise en place des RISS.</li><li>b) <b>Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 dollars près, activités et personnel compris) :</b> Le coût pour le Bureau pour l'exercice biennal 2008-2009 équivaut à 553 000 dollars ÉU.</li><li>c) <b>Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> La totalité des coûts.</li></ul>
<p><b>4. Incidences administratives</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :</b> L'équivalent d'un conseiller régional à temps plein est nécessaire pour cette question. Actuellement, au moins quatre conseillers régionaux travaillent sur cette question à temps partiel.</li><li>b) <b>Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :</b> Pas de besoins supplémentaires.</li><li>c) <b>Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :</b> Les activités pourront commencer en 2009, et les résultats seront évalués à partir de 2011.</li></ul>