

Introduction et Résumé

Rapport sur la santé dans le monde, 2008

*Les soins de
santé primaires*

Maintenant plus que jamais



Organisation
mondiale de la Santé

Message du Directeur général



Lorsque j'ai pris mes fonctions en 2007, je me suis clairement engagée à diriger l'attention de l'OMS vers les soins de santé primaires. Au-delà de ma propre conviction, il s'agit de répondre à la demande générale et croissante de soins de santé primaires de la part des Etats Membres. Cette demande suscite à son tour parmi les décideurs politiques un désir croissant de connaissances relatives à la manière dont les systèmes de santé peuvent devenir plus équitables, plus ouverts à tous et plus justes. Il s'agit aussi, plus fondamentalement, de se mettre à réfléchir de manière plus approfondie à la performance du système de santé dans son ensemble.

Cette année marque à la fois le soixantième anniversaire de l'OMS et le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978. Bien que le contexte mondial de la santé ait remarquablement changé en 60 ans, les valeurs qui sont au cœur de la Constitution de l'OMS et celles qui ont inspiré la Déclaration d'Alma-Ata ont fait leurs preuves et conservent toute leur pertinence. Toutefois, malgré les énormes progrès réalisés dans le domaine de la santé partout dans le monde, notre incapacité collective à mettre ces valeurs en application est douloureusement manifeste et mérite notre plus grande attention.

Nous voyons une mère souffrir de complications de l'accouchement sans recevoir l'assistance qualifiée dont elle a besoin, un enfant à qui n'ont pas été administrés les vaccins essentiels, un habitant de taudis urbain vivant dans des conditions d'hygiène déplorables. Nous voyons l'absence de protection des piétons le long de routes encombrées par le trafic, ainsi que l'appauvrissement que provoque le fait de devoir payer des soins soi-même faute d'assurance-maladie. Ces réalités parmi bien d'autres de la vie quotidienne illustrent les lacunes inacceptables et évitables dont souffre le fonctionnement de nos systèmes de santé.

Pour aller de l'avant, il importe de tirer les leçons du passé et il apparaît clairement, rétrospectivement, que nous pouvons faire beaucoup mieux à l'avenir. Le présent Rapport sur la santé dans le monde reprend le projet ambitieux des soins de santé primaires comme une série de valeurs et

de principes destinés à guider le développement des systèmes de santé. Ce Rapport constitue une excellente occasion de tirer les leçons du passé, de voir quels sont les défis qui nous attendent et d'identifier les voies que les systèmes de santé doivent suivre pour combler le fossé intolérable qui sépare les aspirations de la réalité.

Ces voies sont définies dans le Rapport sous la forme de quatre séries de réformes qui reflètent une convergence entre les valeurs des soins de santé primaires, les attentes des citoyens et les défis communs en matière d'efficacité de l'action sanitaire qui se retrouvent dans tous les contextes. Il s'agit de :

- *réformes de la couverture universelle* qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ;
- *réformes des prestations de services* qui réorganisent les services de santé autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats ;
- *réformes des politiques publiques* qui rendent les collectivités plus saines, en combinant mesures de santé publique et soins de santé primaires, en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs et en renforçant les interventions de santé publique sur le plan national et trans-national ; et de
- *réformes du leadership* qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le laisser-faire du

désengagement des pouvoirs publics de l'autre, par l'autorité dirigeante inclusive, participative et négociatrice qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains.

Bien qu'elles soient universellement applicables, ces réformes ne constituent ni un plan directeur ni un programme d'action. Les détails indispensables pour les concrétiser dans chaque pays doivent tenir compte des conditions et des contextes particuliers en tirant parti des meilleures données factuelles disponibles. Il n'y a cependant aucune raison pour que les pays – riches ou pauvres – tardent à aller de l'avant avec ces réformes. Comme les 30 dernières années l'ont montré, des progrès substantiels sont possibles.

Pour mieux faire au cours des 30 prochaines années, nous devons investir aujourd'hui dans notre capacité à mettre nos performances réelles au diapason de nos aspirations, de nos attentes et des réalités en rapide évolution de notre monde de la santé interdépendant. Le temps est venu pour les nations, unies pour relever le défi commun des soins de santé primaires, maintenant plus que jamais, d'apprendre ensemble et d'échanger leurs connaissances afin d'ouvrir la voie la plus directe vers la santé pour tous.



Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



Les soins
de santé
primaires
Maintenant
plus que
jamais



Introduction et résumé

Pourquoi un renouveau des soins de santé primaires (SSP) et pourquoi maintenant plus que jamais ? La réponse immédiate est apportée par la demande palpable des Etats Membres – pas seulement des professionnels de la santé, mais des milieux politiques également.

La mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays, et les systèmes de santé, éléments clés de l'architecture des sociétés contemporaines, ne fonctionnent manifestement pas aussi bien qu'ils le pourraient et le devraient.

Les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes. Que les systèmes de santé doivent relever mieux – et plus rapidement – les défis d'un monde en évolution, tout le monde en convient. Les SSP peuvent le faire.

Relever les défis d'un monde en pleine évolution	6
Une aspiration croissante à de meilleures prestations	8
Des forfaits du passé aux réformes de l'avenir	8
Quatre séries de réformes des SSP	10
Saisir les occasions	13

On reconnaît aujourd'hui que des populations ont été laissées à la traîne et le sentiment prévaut que des occasions ont été manquées, un peu comme il y a 30 ans, avant l'irruption à Alma-Ata d'une nouvelle façon de concevoir la santé. La Conférence d'Alma-Ata a mobilisé au sein d'un « mouvement des soins de santé primaires » des professionnels et des institutions, des gouvernements et des organisations de la société civile, des chercheurs et des organisations de base qui ont entrepris de s'attaquer aux inégalités en santé « *politiquement, socialement et économiquement inacceptables* »¹ dans tous les pays. La Déclaration d'Alma-Ata affichait clairement ses valeurs : justice sociale et droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité.¹ On avait le sentiment que ces valeurs ne pourraient progresser qu'au prix de changements fondamentaux dans la manière dont les systèmes de santé fonctionnaient et tiraient parti des potentialités d'autres secteurs.

La traduction de ces valeurs en réformes concrètes s'est faite de manière inégale. Aujourd'hui, cependant, l'équité en matière de santé occupe une place de plus en plus en vue dans les discours des dirigeants politiques et des ministres de la santé,² ainsi que des représentants des pouvoirs locaux, des associations professionnelles et des organisations de la société civile.

Les valeurs des SSP pour atteindre la santé pour tous exigent un système de santé qui « *mette l'individu au centre des soins de santé* ».³ Ce que les gens considèrent comme des modes de vie souhaitables en tant qu'individus et ce qu'ils attendent de leur société – c'est-à-dire ce à quoi ils attachent de la valeur – constituent des paramètres importants pour gouverner le secteur de la santé. Les SSP restent la référence pour les discours sur la santé de la plupart des pays en raison précisément du fait que le mouvement des SSP s'est efforcé de fournir des réponses rationnelles, fondées sur des données factuelles et anticipatives aux besoins de santé et à ces attentes sociales.^{4,5,6,7} Cela passe par des arbitrages qui doivent commencer par tenir compte des « *attentes en matière de santé et de soins de santé* » des citoyens et veiller à ce « *que [leur] voix et leur choix influent de manière décisive sur la manière dont sont conçus et fonctionnent les services de santé* ».⁸ Une récente analyse des soins de santé primaires fait écho à cette perspective en parlant du « *droit de chacun au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* » et de « *renforcer au maximum l'équité et la solidarité* » tout en « *répondant aux besoins des populations* ».⁴ Pour

pouvoir tendre vers la santé pour tous, les systèmes de santé doivent relever les défis d'un monde en pleine évolution et répondre aux attentes croissantes de meilleures performances. Cela implique de réorienter et de réformer substantiellement la manière dont fonctionnent les systèmes de santé au sein de la société d'aujourd'hui : ces réformes sont à l'ordre du jour du renouveau des SSP.

Relever les défis d'un monde en pleine évolution

Dans l'ensemble, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans ; si les enfants continuaient à mourir au même rythme qu'en 1978, on aurait enregistré 16,2 millions de décès d'enfants dans le monde en 2006. Or il y en a eu que 9,5 millions⁹. Cette différence de 6,7 millions représente 18 329 vies d'enfants sauvées chaque jour. La notion jadis révolutionnaire de médicaments essentiels s'est banalisée. Des améliorations significatives sont intervenues en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et de soins prénatals.

C'est la preuve que le progrès est possible. On peut aussi l'accélérer. Jamais autant de ressources que maintenant n'ont été disponibles pour la santé. L'économie de la santé mondiale croît plus rapidement que le produit national brut (PNB), puisque sa part est passée de 8 à 8,6 % entre 2000 et 2005 dans le PNB mondial. En termes absolus, à prix constants, cela représente une croissance de 35 % des dépenses mondiales pour la santé sur une période de cinq ans. Les connaissances en matière de santé augmentent rapidement. La révolution technologique accélérée multiplie le potentiel d'amélioration de la santé et d'utilisation de ces connaissances au sein d'une société mondiale mieux éduquée et en voie de modernisation. Une direction mondiale est en train d'émerger sous l'effet de l'intensification des échanges entre pays, souvent parce qu'ils sont conscients de partager menaces, défis et perspectives, mais aussi sous l'effet d'une solidarité croissante et de l'engagement pris au niveau mondial d'éliminer la pauvreté dont témoignent les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Il existe cependant d'autres tendances qui ne doivent pas être ignorées. D'abord, les progrès substantiels en matière de santé réalisés ces dernières décennies ont été profondément inégaux, améliorant la santé dans une grande partie du monde mais laissant dans le même temps un nombre considérable de pays à la traîne ou même

en régression. De plus, il existe désormais une ample documentation – ce qui n’était pas le cas il y a 30 ans – mettant en évidence des inégalités considérables et souvent croissantes à l’intérieur des pays.

Deuxièmement, la nature des problèmes de santé change d’une manière qui n’avait été prévue que partiellement et à un rythme totalement inattendu. Le vieillissement et les effets d’une urbanisation et d’une mondialisation mal gérées accélèrent la transmission mondiale des maladies contagieuses et accroissent la charge de maladies chroniques et non transmissibles. Le fait que de nombreux individus présentent des symptômes complexes et des maladies multiples est une réalité croissante qui met les services de santé au défi d’assurer une prise en charge des cas plus intégrée et plus complète. Un réseau complexe de facteurs interconnectés est à l’œuvre, impliquant des augmentations graduelles mais durables des revenus et de la population, des changements climatiques, des défis en matière de sécurité alimentaire ainsi que des tensions sociales, tous ces facteurs étant appelés à avoir des répercussions certaines mais largement imprévisibles sur la santé au cours des années à venir.

Troisièmement, les systèmes de santé ne sont pas épargnés par le rythme rapide des changements et transformations qui constituent un élément essentiel de la mondialisation actuelle. Les crises économiques et politiques remettent en question le rôle de l’Etat et des institutions en matière de garantie d’accès, de prestation et de financement. La marchandisation incontrôlée a notamment pour effet d’estomper les frontières entre les acteurs publics et privés, tandis que la négociation des droits est de plus en plus politisée. L’âge de l’information a transformé les relations entre les citoyens, les professionnels et les politiciens.

A bien des égards, les réponses du secteur de la santé à l’évolution du monde ont été inadéquates et naïves. Inadéquates, car elles sont non seulement incapables d’anticiper, mais aussi d’apporter des solutions appropriées : trop souvent avec trop peu, trop tard ou avec trop et pas là où il le faudrait. Naïves, car les carences du système exigent une solution d’ensemble, pas un rafistolage. Les problèmes liés aux ressources humaines dont ont besoin la santé publique et les soins de santé, aux finances, à l’infrastructure ou aux systèmes d’information dépassent invariablement le secteur de la santé proprement dit, vont au-delà d’un seul niveau de responsabilité politique et, de plus

en plus, dépassent les frontières nationales : d’où la nécessité d’une collaboration effective entre les gouvernements et toutes les parties prenantes.

Alors que le secteur de la santé reste massivement sous-financé dans beaucoup trop de pays, les ressources pour la santé ont crû de manière soutenue au cours de la dernière décennie. Les occasions que cette croissance offrent d’introduire des changements structurels et de rendre les systèmes de santé plus efficaces et plus équitables sont souvent manquées. Les processus d’élaboration des politiques mondiales et, de plus en plus, nationales, se concentrent sur quelques questions particulières, différents opérateurs se disputant des ressources limitées, alors que peu d’attention est prêtée aux contraintes sous-jacentes qui freinent le développement des systèmes de santé dans les contextes nationaux. Plutôt que d’améliorer leur capacité d’intervention et d’anticiper les nouveaux défis, les systèmes de santé semblent dériver d’une priorité à court terme à une autre, de plus en plus fragmentés et sans direction claire.

Il est clair aujourd’hui que, livrés à eux-mêmes, les systèmes de santé n’ont pas naturellement tendance à aller dans le sens des objectifs de la santé pour tous par les soins de santé primaires articulés dans la Déclaration d’Alma-Ata. Les systèmes de santé se développent dans des directions qui ne contribuent guère à l’équité et à la justice sociale et qui ne parviennent pas à tirer les meilleurs résultats sanitaires de leurs investissements. Trois tendances particulièrement préoccupantes peuvent être mises en évidence :

- les systèmes de santé qui mettent l’accent de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés ;
- les systèmes de santé dans lesquels la lutte contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, fragmente la prestation des services ;
- les systèmes de santé dans lesquels un certain laisser-faire en matière de gouvernance a permis l’éclosion d’une marchandisation incontrôlée de la santé.

Ces tendances ne sont pas de nature à permettre la satisfaction complète et équilibrée des besoins sanitaires. Dans un certain nombre de pays, l’accès inéquitable aux soins qui en résulte, de même que l’appauvrissement qu’entraîne leur coût et l’érosion de la confiance qu’inspirent les soins de santé constituent une menace pour la stabilité sociale.

Une aspiration croissante à de meilleures prestations

Le regain de faveur des SSP s'explique par le fait que les décideurs de la santé comprennent de plus en plus qu'ils sont de nature à renforcer la direction et l'unité dans le contexte actuel de fragmentation des systèmes de santé et à constituer une alternative aux expédients actuellement censés guérir les maux du secteur de la santé. On observe aussi une prise de conscience croissante de ce que les prestations sanitaires

conventionnelles, par différents mécanismes et pour différentes raisons, non seulement sont moins efficaces qu'elles pourraient l'être, mais souffrent en plus d'une série d'insuffisances et de contradictions omniprésentes, qui sont résumées dans l'Encadré 1.

L'inadéquation entre les attentes et les prestations constitue une cause de préoccupation pour les autorités sanitaires. Compte tenu du poids économique croissant et de l'importance sociale du secteur de la santé, elle préoccupe également de plus en plus les politiciens : il est révélateur que des questions de santé aient été évoquées plus de 28 fois en moyenne dans chacun des débats tenus à l'occasion des récentes élections primaires aux Etats-Unis d'Amérique.²² Les systèmes de santé ne peuvent pas continuer comme si de rien n'était. Si l'on veut corriger ces insuffisances en matière de performance, les problèmes de santé d'aujourd'hui et de demain exigeront une prise en charge collective renforcée et une responsabilité guidée par une vision d'ensemble plus claire de la direction suivie et des résultats recherchés.

Tel est précisément ce que souhaitent les populations. A mesure que les sociétés se modernisent, les gens exigent davantage de leurs systèmes de santé, pour eux-mêmes et pour leur famille, ainsi que pour la société dans laquelle ils vivent. Un soutien populaire croissant se manifeste en faveur d'une plus grande équité en santé et pour mettre fin à l'exclusion ; en faveur de services de santé qui soient centrés sur les besoins et attentes de chacun ; en faveur de la sécurité sanitaire pour les collectivités au sein desquelles ils vivent ; ainsi que de la possibilité d'avoir son mot à dire au sujet de tout ce qui touche à sa propre santé et à celle de sa communauté.²³

Ces attentes font écho aux valeurs qui ont présidé à la Déclaration d'Alma-Ata. Elles expliquent la demande actuelle d'un meilleur alignement des systèmes de santé sur ces valeurs et confèrent au mouvement d'aujourd'hui en faveur des SSP un soutien social et politique revigoré dans ses efforts pour réformer les systèmes de santé.

Des forfaits du passé aux réformes de l'avenir

Ces attentes de plus en plus grandes et un large appui aux conceptions mises en avant dans les valeurs d'Alma-Ata ne se sont pas toujours traduits par la transformation effective des systèmes de santé. On a connu des circonstances et des tendances indépendantes du secteur de

Encadré 1 Cinq insuffisances courantes dans les prestations sanitaires

Relation inverse en matière de soins. Ceux qui ont le plus de moyens – dont les besoins en soins de santé sont souvent inférieurs – consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens et les plus grands problèmes de santé en consomment le moins.¹⁰ Les dépenses publiques consacrées aux services de santé profitent davantage aux riches qu'aux pauvres,¹¹ que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible.^{12,13}

Soins appauvrissants. Partout où la protection sociale fait défaut et où les usagers doivent payer une grande partie des soins de leur poche, ils peuvent se trouver confrontés à des dépenses catastrophiques. Plus de 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé.¹⁴

Soins fragmentés et fragmentaires. La spécialisation excessive des prestataires de soins et l'étroitesse de nombreux programmes de lutte contre les maladies découragent une approche globale des individus et des familles dont ils s'occupent et les empêchent de mesurer la nécessité de la continuité des soins.¹⁵ Les soins de santé destinés aux populations pauvres et marginalisées sont souvent très fragmentés et grossièrement sous-financés,¹⁶ alors même que l'aide au développement accroît souvent cette fragmentation.¹⁷

Soins à risque. Un système mal conçu et incapable d'assurer des normes de sécurité et d'hygiène provoque des taux élevés d'infections nosocomiales, ainsi que des erreurs médicales et d'autres effets néfastes qui constituent une cause sous-estimée de décès et de mauvaise santé.¹⁸

Soins mal ciblés. L'allocation des ressources va essentiellement, à grands frais, aux services curatifs, négligeant la prévention primaire et la promotion de la santé, pourtant susceptibles de permettre une réduction pouvant atteindre 70 % de la charge de morbidité.^{19,20} Dans le même temps le secteur sanitaire ne dispose pas des compétences nécessaires pour atténuer les effets néfastes d'autres secteurs sur la santé et pour tirer le meilleur parti des contributions que ces mêmes secteurs peuvent apporter à la santé.²¹

la santé – comme par exemple les ajustements structurels – sur lesquelles le mouvement des SSP a eu peu d'influence. De plus, le mouvement des SSP a trop souvent simplifié excessivement son message, en en faisant une recette à prétention universelle mal adaptée aux différents contextes et problèmes.²⁴ C'est la raison pour laquelle les autorités nationales et internationales de la santé ont parfois perçu les SSP non pas comme une série de réformes, ce qui était leur intention, mais comme un programme de prestations sanitaires parmi beaucoup d'autres destiné à dispenser des soins au rabais à des populations défavorisées. Le Tableau 1 fait le point sur différentes dimensions des tentatives antérieures de mettre en oeuvre les SSP et les compare avec les approches actuelles. Cette évolution se caractérise notamment par le

fait qu'il est désormais reconnu que, pour donner une orientation claire aux systèmes de santé, il est nécessaire de procéder à une série de réformes spécifiques et adaptées aux contextes qui permettent de relever les défis sanitaires d'aujourd'hui et de se préparer pour ceux de demain.

Ces réformes vont bien au-delà de la prestation de services « de base » et transcendent les entités constitutives des systèmes de santé nationaux²⁵ Par exemple, l'alignement des systèmes de santé sur les valeurs qui sont celles des SSP exigera des politiques ambitieuses en matière de ressources humaines. Il serait cependant illusoire de penser qu'elles pourraient être élaborées indépendamment des politiques de financement ou de prestation de services, de la réforme de la fonction publique et des arrangements relatifs

Tableau 1 Comment l'expérience a fait évoluer le mouvement des SSP

TENTATIVES INITIALES DE MISE EN OEUVRE DES SSP	PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES DES RÉFORMES DES SSP
Assurer aux ruraux de condition modeste un accès élargi à un ensemble d'interventions sanitaires et de médicaments essentiels	Transformation et réglementation des systèmes de santé existants, afin d'assurer l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale
Accent mis sur la santé de la mère et de l'enfant	Prise en charge de la santé de chacun au sein de la collectivité
Polarisation sur un petit nombre de maladies choisies, surtout infectieuses et aiguës	Réponse d'ensemble aux attentes et aux besoins de la population, couvrant toute la gamme des risques et des maladies
Amélioration de l'hygiène, de l'eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire au niveau du village	Promotion de modes de vie plus sains et atténuation des effets sanitaires des risques sociaux et environnementaux
Technologie simple destinée à des agents de santé communautaire non professionnels volontaires	Equipes d'agents de santé facilitant l'accès à la technologie et aux médicaments ainsi que leur utilisation appropriée
Participation sous forme de mobilisation des ressources locales et gestion des centres de santé par des comités sanitaires locaux	Participation institutionnalisée de la société civile au dialogue politique et aux mécanismes de responsabilisation
Services financés et dispensés par les gouvernements avec une gestion verticale centralisée	Systèmes de santé pluralistes opérant dans un contexte mondialisé
Gestion de la pénurie croissante et de la diminution des effectifs	Orientation de la croissance des ressources pour la santé vers la couverture universelle
Aide et assistance technique bilatérales	Solidarité mondiale et apprentissage en commun
Soins de santé primaires par opposition à l'hôpital	Soins de santé primaires pour coordonner une action globale à tous les niveaux
Les SSP sont peu coûteux et n'exigent qu'un investissement modeste	Les SSP ne sont pas bon marché : ils exigent un investissement considérable mais ils sont plus rentables que les autres options

à la migration transfrontière des professionnels de la santé.

Simultanément, les réformes des SSP et le mouvement des SSP qui les préconise doivent réagir plus promptement aux changements sociaux et aux attentes croissantes qui vont de pair avec le développement et la modernisation. Partout dans le monde les gens s'expriment de plus en plus à propos de la santé en tant que partie intégrante de leur vie quotidienne et de celle de leur famille, ainsi qu'à propos de la manière dont leur société traite la santé et les soins de santé. Ces exigences doivent être répercutées dans les processus de formulation des politiques et de prise de décision. La réorientation nécessaire des systèmes de santé doit être fondée sur de solides faits scientifiques et sur une gestion rationnelle des incertitudes, mais elle doit aussi tenir compte de ce que les gens attendent de la santé et des soins de santé pour eux-mêmes, pour leur famille et pour la société. Cela nécessite des arbitrages délicats et des négociations avec de nombreux partenaires, en nette rupture avec les modèles linéaires verticaux du passé. Les réformes des SSP aujourd'hui ne sont donc définies avant tout ni par les éléments qui les composent, ni par le choix des interventions de lutte contre les maladies qui doivent être renforcées, mais par la dynamique sociale qui définit le rôle des systèmes de santé dans la société.

Quatre séries de réformes des SSP

Le présent rapport structure les réformes des SSP en quatre groupes qui reflètent la convergence entre les conditions permettant de relever efficacement les défis du monde d'aujourd'hui dans le domaine de la santé, les valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale qui animent le mouvement des SSP et les attentes croissantes de la population dans des sociétés en voie de modernisation. (Figure 1) :

- les réformes qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale – *réformes de la couverture universelle* ;
- les réformes qui réorganisent les services de santé sous forme de soins de santé primaires, c'est-à-dire autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats – *réformes des prestations de services* ;

Figure 1 Les réformes des SSP nécessaires pour réorienter les systèmes de santé vers la santé pour tous



- les réformes qui rendent les collectivités plus saines, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs – *réformes des politiques publiques* ;
- les réformes qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le laisser-faire du désengagement des pouvoirs publics de l'autre, en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains – *réformes du leadership*.

La première de ces quatre séries de réformes vise à réduire l'exclusion et les disparités sociales en matière de santé. Finalement, les déterminants de l'inégalité en matière de santé exigent une réponse sociétale, avec des choix politiques et techniques qui affectent de nombreux secteurs différents. Les inégalités en santé résultent aussi des inégalités en matière de disponibilité, d'accès et de qualité des services, de la charge financière qu'elles imposent aux individus et même des barrières linguistiques, culturelles et fondées sur les différences de sexe qui sont souvent inhérentes à la manière dont la pratique clinique est mise en oeuvre.²⁶

Pour que les systèmes de santé réduisent les inégalités, il faut commencer par rendre les services disponibles à tous, c'est-à-dire qu'il faut combler les lacunes qui existent dans la prestation des services. Les réseaux de services sont beaucoup plus étendus aujourd'hui qu'il y a 30 ans, mais de vastes groupes de population ont été laissés à la traîne. En certains endroits, la guerre et les troubles civils ont détruit l'infrastructure, ailleurs une marchandisation incontrôlée a créé des services mais pas nécessairement ceux qui sont nécessaires. L'insuffisance de l'offre reste une réalité dans de nombreux pays, ce qui fait de l'extension de leurs réseaux de services une préoccupation prioritaire, tout comme c'était le cas il y a 30 ans.

Avec l'amélioration générale de l'offre de services de santé, il est devenu encore plus évident que les obstacles à l'accès constituent un important facteur d'iniquité : le paiement des soins par les usagers, en particulier, les empêche souvent d'accéder aux soins dont ils ont besoin. De plus, lorsque des gens sont tenus de payer pour des soins de santé un prix qui dépasse leurs moyens, un problème de santé peut rapidement les faire plonger dans la pauvreté ou précipiter leur faillite.¹³ C'est la raison pour laquelle l'extension des prestations de services de santé doit aller de pair avec une sécurité sociale basée sur le prépaiement et la répartition plutôt que sur le paiement direct par les usagers. Les réformes visant à assurer une couverture universelle – c'est-à-dire l'accès universel combiné à la sécurité sociale – constituent une condition nécessaire à l'amélioration de l'équité en santé. Comme en témoignent les systèmes qui ont atteint une couverture presque universelle, de telles réformes doivent s'accompagner d'une autre série de mesures visant à atteindre ceux qui ne le sont pas encore, ceux pour qui la disponibilité des services et la sécurité sociale ne suffisent pas à remédier aux conséquences sanitaires de la stratification sociale. De nombreux individus appartenant à ce groupe s'en remettent à des réseaux de soins de santé qui assument la responsabilité de la santé de collectivités entières. C'est ici qu'intervient une deuxième série de réformes, les réformes des prestations de services.

Ces réformes des prestations de services sont censées transformer les prestations sanitaires conventionnelles en soins de santé primaires, pour optimiser la contribution des services de santé – systèmes de santé locaux, réseaux de

soins de santé, districts sanitaires – à la santé et à l'équité tout en répondant aux attentes croissantes que l'on « *mette les gens au coeur des soins de santé, harmonisant l'esprit et le corps, les individus et les systèmes* ». ³ Ces réformes des prestations de services ne constituent qu'une catégorie de réformes des SSP, mais une catégorie si importante qu'elle masque souvent le programme plus vaste des SSP. La confusion qui en résulte est renforcée par la simplification excessive de ce que sont les soins de santé primaires et de ce qui les distingue des prestations sanitaires conventionnelles (Encadré 2).²⁴

Une quantité considérable de données montrent clairement que les soins de santé primaires centrés sur les besoins des populations sont plus efficaces. En dépit de variations dans la terminologie spécifique, leurs caractéristiques (être centrés sur la personne, englober tous les aspects et être intégrés, continuité des soins, et participation des patients, des familles et de la collectivité) sont bien identifiées.^{15,27} Des soins de cette nature ont besoin de services de santé organisés en conséquence, avec des équipes pluridisciplinaires proches des usagers qui soient responsables d'une population définie, qui collaborent avec les services sociaux et d'autres secteurs et qui coordonnent les contributions apportées par les hôpitaux, les spécialistes et les organisations communautaires. La croissance économique récente a apporté de nouvelles ressources à la santé. Ajoutée à la demande croissante de meilleures prestations, cela donne d'excellentes occasions de réorienter les services de santé existants vers les soins de santé primaires – non seulement là où les ressources sont abondantes, mais aussi là où les finances sont limitées et les besoins importants. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire où la prestation de services est dans une phase d'expansion accélérée, il est désormais possible de tracer une voie qui permette d'éviter de répéter quelques-unes des erreurs que les pays à revenu élevé ont commises dans le passé.

Les soins de santé primaires peuvent faire beaucoup pour améliorer la santé des collectivités, mais ils ne suffisent pas à répondre aux désirs des populations de vivre dans des conditions qui protègent leur santé, assurent l'équité en santé et leur permettent de mener la vie qu'elles souhaiteraient. Les populations attendent de leur gouvernement qu'il mette en place un ensemble de politiques publiques susceptibles

Encadré 2 Ce qui a été considéré comme soins de santé primaires dans des contextes où les ressources sont abondantes a été simplifié excessivement et dangereusement là où les ressources sont limitées

Les soins de santé primaires ont été définis, décrits et étudiés de manière approfondie dans des contextes où les ressources abondent, souvent en faisant référence à des médecins spécialisés en médecine de la famille ou à des généralistes. Ces descriptions fournissent un programme beaucoup plus ambitieux que les recettes de soins de santé primaires intolérablement restrictives et dissuasives qui ont été fourguées aux pays à faible revenu^{27,28}.

- les soins de santé primaires offrent un endroit où les gens peuvent se rendre avec une vaste gamme de problèmes de santé – il n'est pas acceptable que dans les pays à faible revenu les soins de santé primaires ne prennent en charge que quelques « maladies prioritaires » ;
- les soins de santé primaires sont une plaque tournante d'où les patients sont orientés à travers le système de santé – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins de santé primaires se réduisent à un poste de santé séparé ou à un agent de santé communautaire isolé ;
- les soins de santé primaires facilitent des relations suivies entre patients et cliniciens, les patients participant à la prise de décision concernant leur santé et leurs soins ; ils établissent des ponts entre les soins de santé personnels et les familles et l'entourage des patients – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins de santé primaires se limitent à une filière de prestation à sens unique pour interventions sanitaires prioritaires ;
- les soins de santé primaires ouvrent des perspectives à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, ainsi qu'au dépistage précoce des maladies – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins de santé primaires se limitent à traiter des maladies courantes ;
- les soins de santé primaires exigent des équipes de professionnels de la santé : des médecins, des infirmières praticiennes et des assistants ayant des compétences biomédicales et sociales spécifiques et pointues – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins de santé primaires soient synonymes de soins au rabais et de faible technicité destinés aux ruraux de condition modeste qui ne peuvent rien se permettre de mieux ;
- les soins de santé primaires nécessitent des ressources et des investissements qui leur permettent d'être beaucoup plus rentables que les approches concurrentes – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins de santé primaires doivent être payés directement par les patients sous le prétexte fallacieux qu'ils sont bon marché et que les pauvres devraient avoir les moyens de se les offrir.

de relever les défis sanitaires tels que ceux que lancent l'urbanisation, le changement climatique, la discrimination ou la stratification sociale.

Ces politiques publiques englobent les politiques et programmes techniques qui traitent des problèmes de santé prioritaires. Ces programmes peuvent être conçus pour utiliser, soutenir et stimuler les soins de santé primaires, ou ils peuvent négliger de le faire et, même si c'est involontairement, compromettre les efforts visant à réformer la prestation des services. Les autorités sanitaires ont l'importante responsabilité de prendre les bonnes décisions à cet égard. Les programmes destinés à attaquer des problèmes de santé prioritaires à l'aide des soins de santé primaires doivent être complétés par des interventions de santé publique au niveau national ou international. De telles interventions peuvent offrir des économies d'échelle ; elles peuvent même représenter la seule solution viable à certains problèmes. Il est clairement démontré que le fait d'agir sur cette échelle, pour des

interventions sélectionnées qui peuvent aller de l'hygiène publique à la prévention des maladies en passant par la promotion de la santé, est susceptible d'apporter une contribution importante à la santé. Or elles sont étonnamment négligées dans tous les pays, indépendamment de leur niveau de revenu. C'est particulièrement visible dans les moments de crise et de menaces aiguës pour la santé publique, lorsqu'une capacité de riposte rapide est essentielle non seulement pour protéger la santé, mais aussi pour maintenir la confiance du public dans le système de santé.

L'élaboration d'une politique publique dépasse cependant la santé publique classique. Réformer les soins de santé primaires et la sécurité sociale passe inévitablement par le choix de politiques en matière de systèmes de santé, que ce soit en matière de médicaments essentiels, de technologie, de ressources humaines et de financement, qui favorisent les réformes visant à promouvoir l'équité et les soins centrés sur la personne. De plus, il est évident que la santé de la population

peut être améliorée au moyen de politiques contrôlées par d'autres secteurs que celui de la santé. Les programmes scolaires, la politique de l'industrie à l'égard de l'égalité entre hommes et femmes, la salubrité des aliments et des biens de consommation ou le transport des déchets toxiques sont autant d'éléments qui peuvent influencer profondément voire déterminer la santé de populations entières, pour le meilleur ou pour le pire, selon les choix qui sont faits. Des efforts résolus pour susciter une collaboration intersectorielle permettent d'accorder la considération voulue à « la santé dans toutes les politiques »²⁹ afin de faire en sorte qu'à côté des buts et objectifs d'autres secteurs, les effets sanitaires jouent un rôle dans les décisions en matière de santé publique.

Pour mettre en oeuvre de telles réformes dans l'environnement extraordinairement complexe du secteur de la santé, il sera nécessaire de réinvestir dans les pouvoirs publics en recherchant des modèles de collaboration et de dialogue avec de nombreuses parties intéressées – car c'est ce qu'attendent les populations et c'est ce qui fonctionne le mieux. Les autorités sanitaires peuvent beaucoup mieux formuler et mettre en oeuvre des réformes des SSP adaptées aux conditions et contraintes nationales spécifiques si la mobilisation en faveur des SSP tire les leçons des succès et des échecs passés. La gouvernance de la santé constitue un défi majeur pour les ministres de la santé et les autres institutions, gouvernementales et non gouvernementales, qui jouent un rôle moteur en matière de santé. Ils ne peuvent plus se contenter d'administrer simplement le système : ils doivent devenir des organisations en apprentissage. Cela exige une direction largement ouverte qui traite avec des partenaires divers et variés au-delà des limites du secteur public, des cliniciens à la société civile en passant par les collectivités locales, les chercheurs et le monde académique. Les domaines stratégiques dans lesquels il s'agit d'investir pour améliorer la capacité des autorités sanitaires à mener les réformes des SSP sont notamment ceux qui consistent à rendre l'information sanitaire indispensable à la réforme ; à tirer parti des innovations dans le secteur de la santé et des dynamiques associées dans toutes les sociétés ; et à renforcer les capacités par l'échange d'expériences avec d'autres – à l'intérieur et hors des frontières.

Saisir les occasions

Ces quatre séries de réformes des SSP sont fondées sur des valeurs partagées qui bénéficient d'un large appui et sur des défis qui sont communs dans un monde globalisé. Pourtant, les réalités profondément différentes de chacun des pays doivent inspirer la manière dont elles sont mises en oeuvre. La couverture universelle, la prestation des soins, les réformes en matière de politique publique et de leadership ne sauraient être mis en oeuvre de manière stéréotypée.

Dans les économies où les dépenses de santé sont élevées, ce qui est le cas de la plupart des pays à haut revenu, il existe de vastes disponibilités financières pour accélérer la transition des soins tertiaires vers les soins de santé primaires, créer un environnement politique plus sain et compléter un système de couverture universelle bien établi par des mesures ciblées visant à réduire l'exclusion. Dans un grand nombre de pays dont l'économie de la santé connaît une croissance rapide – où vivent 3 milliards de personnes –, cette même croissance offre une occasion de baser les systèmes de santé sur des soins de santé primaires de bonne qualité et sur les principes de la couverture universelle à un stade où elle est en pleine expansion, en évitant les erreurs par omission, telles que celle qui consiste à ne pas investir dans les politiques de santé publique, et par commission, telles que celle qui consiste à investir de manière disproportionnée dans les soins tertiaires, qui ont caractérisé les systèmes de santé des pays à revenu élevé dans un passé récent. Il faut reconnaître que ce défi paraît plus difficile à relever pour les 2 milliards d'habitants des pays d'Afrique et d'Asie du Sud-est dont l'économie de la santé connaît une croissance faible, ainsi que pour les 500 millions d'autres qui vivent dans des Etats fragiles. Pourtant, même là, on observe des signes de croissance – et la perspective manifeste de l'accélérer par d'autres moyens qu'en s'en remettant de manière illusoire au paiement direct par les patients des soins qui leur sont prodigués –, ce qui offre des possibilités d'étendre les systèmes et services de santé. En effet, moins encore que d'autres pays, ils ne peuvent pas se permettre de ne pas opter pour les SSP et, comme ailleurs, ils peuvent commencer à le faire immédiatement.

L'environnement international actuel est favorable au renouveau des SSP. La santé mondiale est l'objet d'une attention sans précédent, avec un intérêt accru pour l'unité d'action, une

aspiration plus grande à des soins complets et universels – que ce soit de la part des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont en charge de dispenser traitements et soins, des ministres de la santé ou du Groupe des Huit (G8) – ainsi qu’une prolifération de mécanismes mondiaux de financement novateurs et relevant de la solidarité internationale. On observe les signes clairs et bienvenus d’un désir de travailler ensemble à la construction de systèmes de santé viables plutôt que de s’en remettre à des approches fragmentées et parcellaires.³⁰

Il y a dans le même temps une perspective de renforcement des investissements intérieurs dans la revitalisation des systèmes de santé autour des valeurs des SSP. La croissance du PNB – que l’on sait vulnérable au ralentissement économique, aux crises énergétiques et alimentaires et au réchauffement de la planète – alimente les dépenses de santé partout dans le monde, à l’exception notable des états fragiles. Tirer parti de cette croissance économique permettrait de procéder aux réformes nécessaires des SSP qui n’étaient pas réalisables dans les années 1980 et 1990. Seule une fraction des dépenses de santé actuelles sert à corriger les dysfonctionnements courants des systèmes de santé ou à surmonter les blocages qui font obstacle à la prestations des services, mais le potentiel existe et il croît rapidement.

La solidarité mondiale et l’aide resteront importantes pour compléter et soutenir les efforts des pays dont les progrès sont lents, mais elles deviendront intrinsèquement moins importantes que les échanges, l’apprentissage commun et la gouvernance globale. Cette transition a déjà eu lieu dans la plupart des pays du monde : la plupart des pays en développement ne dépendent *pas* de l’aide. La coopération internationale peut accélérer la conversion des systèmes de santé dans le monde, notamment par une meilleure canalisation de l’aide, mais des progrès réels seront le fruit d’une meilleure gouvernance de la santé dans les pays, quel que soit leur niveau de revenu.

Les autorités sanitaires et les dirigeants politiques se sentent mal à l’aise face aux tendances actuelles en matière de développement des systèmes de santé et à la nécessité évidente de les adapter aux nouveaux défis sanitaires, aux

nouvelles exigences et aux attentes croissantes des usagers. D’où l’occasion qui se présente actuellement de réformer les SSP. La frustration des populations et le besoin pressant de soins de santé différents et plus équitables ainsi que d’une meilleure protection sanitaire de la société augmentent sans cesse : jamais auparavant on avait tant attendu que les autorités de la santé, et plus particulièrement les ministères de la santé, fassent quelque chose dans ce domaine.

Profiter de cet élan pour investir dans les réformes des SSP peut permettre d’accélérer la transformation des systèmes de santé pour que leurs prestations soient meilleures et plus équitablement réparties. Le monde dispose d’une meilleure technologie et d’une meilleure information qui lui permettent de tirer le plus grand profit possible de la transformation du fonctionnement des systèmes de santé. La participation croissante de la société civile à la santé et une réflexion globale collective efficace (par exemple en matière de médicaments essentiels) renforcent encore les chances de succès.

Au cours de la dernière décennie, la communauté mondiale a commencé à s’attaquer à la pauvreté et aux inégalités dans le monde d’une manière beaucoup plus systématique – en fixant les OMD et en mettant la question des inégalités au cœur de la planification de la politique sociale. La santé a constamment été une préoccupation essentielle et étroitement interconnectée. Cela offre de nouvelles possibilités de rendre l’action sanitaire plus efficace. Cela crée aussi les conditions sociales nécessaires à la conclusion d’alliances étroites au-delà du secteur de la santé. L’action intersectorielle fait donc son retour au centre de la scène. Nombreuses sont parmi les autorités sanitaires d’aujourd’hui celles qui ne considèrent plus que leur responsabilité en matière de santé se limite à assurer la survie et la lutte contre les maladies mais la perçoivent comme l’une des capacités essentielles auxquelles les populations et les sociétés prêtent de la valeur.³¹ La légitimité des autorités sanitaires dépend de plus en plus de la manière dont elles assument la responsabilité de développer et de réformer le secteur de la santé en fonction des aspirations de la population en matière de santé et de ce que la société peut attendre des systèmes de santé.

Références

1. *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport coparrainé par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série Santé pour tous, No. 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.* Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est et Bureau régional OMS du Pacifique occidental. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
4. *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization.* Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care.* Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. *Report on the review of primary care in the African Region.* Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2003.
7. *Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19-28 mai 2003, WHA56.6, Point 14.18 de l'ordre du jour).
8. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996.* Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1996.
9. *Statistiques sanitaires mondiales 2008,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1: 405-412.
11. *World development report 2004: making services work for poor people.* Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education.* Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for *World development report 2004: making services work for poor people*).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37: 89-109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6: 972-983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60: 201-218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institut of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
20. *Le Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5-6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182-191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60: 540-546.
27. *Primary care. America's health in a new era.* Washington, DC, National Academy Press, Institute of Medicine, 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology.* New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. *Health in all policies. Prospects and potentials.* Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006).
30. *The Paris declaration on aid effectiveness: ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability.* Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life.* Oxford, Clarendon Press, 1993.

