Renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques

Rapport sur la position de L'Organisation panaméricaine de la Santé / Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS)

Organisation panaméricaine de la Santé

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

OPS

A la cérémonie d'ouverture de la 1ère réunion du Groupe de travail de l'OPS sur les SSP à Washington, D.C., É-U en juin 2004

Soins de santé primaires dans les Amériques

Renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques

Rapport sur la position de L'Organisation panaméricaine de la Santé / Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS)

Organisation panaméricaine de la Santé
Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

Mai 2008

Il a eté publié sous le titre:
Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007 Edition
ISBN 92 75 12698 4

Bibliothèque du Siège de l'OPS Catalogage avant publication

Organisation panaméricaine de la Santé
Renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques :
Rapport de position de l'Organisation panaméricaine de la Santé/
Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS).

Washington, D.C. : OPS, © 2008

ISBN 92 75 12698 4

I. Titre

1. SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES–tendances
2. SYSTÈMES DE SANTÉ–tendances
3. ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ

NLM W 84.6

Remerciements

Ce document a été écrit par James Macinko de l'Université de New York, Hernán Montenegro et Carme Nebot de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS). Son contenu a bénéficié en grande partie de l'orientation, des conseils, des discussions du Groupe de travail de l'OPS sur les soins de santé primaires (SSP), des discussions nationales réalisées dans les pays des Amériques et de la consultation régionale tenue à Montevideo en juillet 2005. Les membres du Groupe de travail de l'OPS sur les SSP sont : (Experts externes de l'OPS) Barbara Starfield, Enrique Tanoni, Javier Torres Goitia, Sarah Escorel, Yves Talbot, Rodrigo Soto, Alvaro Salas, Jean Jacob, Lilia Macedo, Alcides Lorenzo et James Macinko ; (Experts de l'OPS) : Carissa Etienne, Fernando Zacarías, Pedro Brito, Maria Teresa Cerqueira, Sylvia Robles, Juan Manuel Sotelo, Socorro Gross, Humberto Jaime Alarid, José Luis di Fabio, Monica Brana, Carme Nebot et Hernán Montenegro. Plusieurs personnes ont fourni des commentaires détaillés sur les versions antérieures du présent document, y compris : Jo E. Asvall, Rachel Z. Booth, Nick Previsich, Jeannie Haggerty, John H. Bryant, Carlos Agudelo, Stephen J. Corber, Beatrice Bonnevaux, Jacqueline Gernay, Hedwig Goede, Leonard J. Duhl, Alfredo Zurita, Edwina Yen, Jean Pierre Paepe, Jean Pierre Unger, José Ruales, Celia Almeida, Adolfo Rubinstein, Fernando Amado, Luís Eliseo Velásquez, Yuri Carvajal, Rubén Alvarado, Luciana Chagas, Julio Suarez, Carmen Texeira, Paz Soto, Ilta Lange, Antonio González Fernández, Maria Angélica Gomes, Raul Mendoza Ordóñez, Marisa Valdés, Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kanten, Cesar Vieira, Kelly Saldana, Lilian Reneau–Vernon, Krishna K. Sundaraneedi, Germán Perdomo, Beverly J. Mc Elmurry, Roberto Dullak, Javier Uribe, Freddy Mejía, Nidia Gómez, Gustavo S Vargas, Cristina Puentes, Roman Vega, et Miguel Melguizo. Les remerciements s'adressent également à Barbara Starfield et Rafael Bengoa pour leurs importantes contributions et suggestions.

Des remerciements particuliers vont à Maria Magdalena Herrera, Federico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Feria, Etty Alva, Elide Zullo, Maritza Moreno, Quyen Nguyen et Blanca Molina. Sont intervenus, lors de la relecture de la traduction au français, Christian Morales, Jacques E. Girard, Josette Castel, Martine Fournier et Christine Beaulieu.

Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement les opinions individuelles des personnes mentionnées ici ni des institutions auxquelles elles appartiennent.

Mai 2008

Table des matières

Lettre de la Directrice i
Résumé exécutif iii

I. Pourquoi renouveler les soins de santé primaires? . . . 1
Tableau 1 : Approches des soins de santé primaires 4

II. Construire des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires 7
A. Valeurs 8
Figure 1 : Valeurs essentielles, principes et éléments d'un système de santé axé sur les SSP 9
B. Principes 10
C. Éléments 12
Encadré 1 : Renouvellement des SSP : Implications pour les services de santé 12
Encadré 2 : Les systèmes de santé axés sur les SSP et le développement humain 15
D. Quels sont les bénéfices d'un système de santé axé sur les SSP? 15

III. La voie à suivre 17
A. Enseignements tirés de l'expérience 18
Encadré 3 : Défis des ressources humaines dans les Amériques 19
B. Construction d'alliances pour le changement 19
C. Lignes d'action stratégiques 21

Annexe A : Méthodes 24

Annexe B : Déclaration régionale sur les nouvelles orientations pour les soins de santé primaires (Déclaration de Montevideo) 25

Annexe C : Quelques événements marquants dans les SSP dans les Amériques, 1900–2005 27

Annexe D : Facilitateurs et barrières à la mise en œuvre effective des SSP dans les Amériques 28

Références 29

Mai 2008

Lettre de la Directrice

« Rien de grand dans le monde n'a jamais été accompli sans passion. »

-Hebbel, 1818–63

En 2003, motivée par le 25ème anniversaire de la Conférence d'Alma Ata et sur une exigence de ses pays membres, l'OPS a décidé de procéder à un nouvel examen des valeurs et principes qui ont inspiré la Déclaration d'Alma Ata il y a quelques décennies, afin de développer les futures orientations stratégiques et programmatiques dans les soins de santé primaires. La stratégie qui en découle, présentée dans le présent document, offre une vision et un sens renouvelé de la motivation pour le développement des systèmes de santé : celui d'un système de santé axé sur les soins de santé primaires. Le présent article d'opinion passe en revue l'héritage d'Alma Ata dans les Amériques, articule les composantes d'une nouvelle stratégie pour le renouvellement des soins de santé primaires (SSP) et trace les étapes à entreprendre afin de réaliser cette vision ambitieuse.

Le projet d'un système de santé axé sur les soins de santé primaires s'inscrit bien dans l'esprit d'Alma Ata tout en reconnaissant les nouveaux développements tels que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, la Déclaration du Millénaire et la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

Le processus d'élaboration de cet exposé d'opinion a permis de tonifier le débat sur la signification des systèmes de santé, de leur relation aux autres déterminants de la santé de la population et de leur distribution équitable dans les sociétés. Les discussions initiales sur le renouvellement des SSP sont rapidement passées de conversations techniques sur les services de santé à une réflexion sur les valeurs sociales en tant que déterminants fondamentaux de la santé et des systèmes de santé. Les consultations et réunions avec les pays ont révélé le désir d'assurer que les discussions techniques sur les politiques de santé continuent à refléter les significations réelles de celles–ci sur la vie des citoyens dans la Région.

Ce document présente le travail de nombreux individus et organisations : la portée et l'ambition de son projet témoignent par conséquent de la diversité de ses architectes. Cet article d'opinion veut insister sur les valeurs, les principes et les éléments essentiels requis pour une approche revigorée des SSP, plutôt que de décrire un modèle fixe englobant tous les aspects, auquel les pays devraient correspondre. Chaque pays devra trouver son propre moyen de formuler une stratégie durable pour ancrer son système de santé plus fermement sur l'approche des SSP.

Le chemin pour réaliser ce projet ne devrait pas être simple, mais les initiatives de valeur qui se font sans dévouement sont peu nombreuses. Parmi les défis figure le besoin d'investir dans des réseaux intégrés de santé et de services sociaux qui, dans de nombreuses zones, ont été insuffisamment dotés de personnel, d'équipement et de soutien. Cette révision doit prendre place, et ce même dans un contexte de réduction de budgets, : cela exigera une utilisation plus rationnelle et équitable des ressources, en particulier si les pays veulent atteindre la population qui en a le plus besoin. Les meilleures données probantes disponibles confortent l'idée selon laquelle une forte orientation sur les SSP constitue un moyen parmi les plus équitables et efficaces d'organiser un système de santé, même s'il est nécessaire de continuer à évaluer les innovations dans les SSP, à disséminer les bonnes pratiques et apprendre à maximiser et soutenir leur impact dans le temps.

L'article d'opinion « Renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques » se veut être une référence pour tous les pays allant de l'avant pour renforcer leurs systèmes de soins, apportant les soins de santé aux personnes vivant en zones urbaines et rurales, indépendamment de leur sexe, de leur âge, de leur appartenance ethnique, de leur statut social ou de leur religion. Nous vous invitons à lire ce document qui fait connaître les opinions et les sentiments d'une vaste diversité d'individus vivant et travaillant dans les Amériques, ainsi que de nombreux experts venus du monde entier. Au moment où nous entreprenons ensemble cette œuvre ambitieuse, nous anticipons déjà la poursuite du dialogue en cours.

Mirta Roses Periago
Directrice

La cérémonie d'ouverture de la Consultation régionale sur les SSP à Montevideo, Uruguay, en juillet 2005.

Dr María Julia Muñoz
Ministre de la Santé publique
de l'Uruguay
(1ère à gauche)

Dr Tabaré Vásquez
Président de
l'Uruguay

Mme Nora Castro
Présidente de la Chambre basse du
Congrès de l'Uruguay
(2ème à droite)

M. Eleuterio Fernández Huidobro
Vice-président de la Chambre
Haute du Congrès de l'Uruguay
(2ème à gauche)

Dr Carissa Etienne
Sous-directrice de l'OPS/OMS
(1ère à droite)

Résumé exécutif

Depuis plus d'un quart de siècle, les soins de santé primaires (SSP) sont reconnus comme l'une des composantes clés d'un système de santé efficace. Les expériences des pays plus développés comme celles des pays moins développés démontrent que les SSP peuvent être adaptés et interprétés pour s'ajuster à un large éventail de contextes politiques, sociaux et culturels. Le moment est venu d'opérer une révision complète des SSP — tant en théorie qu'en pratique — et de jeter un regard critique sur la façon dont ce concept peut être « renouvelé » pour mieux tenir compte des besoins actuels de santé et de développement des populations dans le monde. Le présent document — écrit pour s'acquitter d'un mandat établi en 2003 par une résolution de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) — donne la position de l'OPS sur le renouvellement proposé des SSP. L'objectif de ce document est de générer des idées et des recommandations afin de rendre possible ce renouvellement, ainsi que d'aider à renforcer et à revigorer les SSP comme concept qui peut mener au développement des systèmes de santé pour le prochain quart de siècle et au–delà.

Il existe plusieurs raisons d'adopter une approche renouvelée des SSP, parmi lesquelles la montée de nouveaux défis épidémiologiques que les SSP doivent apprendre à assumer, le besoin de corriger les faiblesses et les incohérences présentes dans les diverses approches des SSP, le développement de nouveaux outils et la connaissance des bonnes pratiques sur lesquels les SSP peuvent capitaliser pour être plus efficaces, ou encore une reconnaissance croissante du fait que les SSP constituent une approche qui renforce la capacité de la société à réduire les inégalités en santé. De plus, une approche renouvelée des SSP est considérée comme une condition essentielle pour satisfaire les engagements envers les objectifs de développement internationalement concertés, y compris ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies pour affronter les déterminants sociaux de la santé, et atteindre ainsi le niveau de santé le plus élevé possible pour tous.

En examinant les concepts et les composantes des SSP et les données probantes de leur impact, le présent document donne suite à l'héritage d'Alma Ata et au mouvement des soins de santé primaires ; il distille les enseignements tirés des SSP et des expériences de réformes en santé, et propose un ensemble de valeurs, principes et éléments essentiels pour construire des systèmes de santé axés sur les SSP. Il postule que ces systèmes seront nécessaires pour affronter « l'agenda inachevé de la santé » dans les Amériques, pour consolider et maintenir les progrès déjà accomplis ainsi que pour aborder les nouveaux défis et engagements du vingt–et–unième siècle en matière de santé et de développement.

Le but ultime du renouvellement des SSP est d'obtenir des résultats durables en matière de santé pour tous. La proposition présentée ici a pour but d'être visionnaire ; la réalisation des recommandations du présent document et du potentiel des SSP ne sera alors limitée que par notre engagement et notre imagination.

Messages principaux :

- À travers le vaste processus de consultation qui a servi de base à l'élaboration du présent document, il a été constaté que les SSP représentent, encore aujourd'hui, une source d'inspiration et d'espoir, non seulement pour le personnel des services de santé dans sa majorité, mais aussi pour la communauté en général.
- En raison des nouveaux défis, connaissances et contextes, il est nécessaire de renouveler et de revigorer les SSP dans la Région de façon à ce qu'ils puissent réaliser leur potentiel pour affronter les défis de la santé d'aujourd'hui et du prochain quart de siècle.
- Le renouvellement des SSP implique de reconnaître et faciliter leur rôle comme approche destinée à promouvoir des niveaux de santé et développement humain plus équitables.
- Le renouvellement des SSP devra consacrer une plus grande attention aux nécessités structurelles et opérationnelles telles que leur accès, l'équité financière, l'adéquation et la pérennité des ressources, l'engagement politique et le développement de systèmes qui garantissent des soins de haute qualité.
- Les expériences réussies des SSP démontrent qu'une approche au niveau de l'ensemble du système est nécessaire : par conséquent une approche renouvelée des SSP doit défendre son contenu avec des arguments plus convaincants, fondés sur des données probantes, pour réaliser des soins universels, intégrés et complets.
- Le mécanisme proposé pour le renouvellement des SSP est la transformation des systèmes de santé de manière à ce qu'ils incorporent les SSP à leur fondement.
  - Un système de santé axé sur les SSP implique une approche globale de l'organisation et du fonctionnement des systèmes de santé qui fait du droit au niveau de santé le plus élevé

possible son principal objectif, tout en maximisant l'équité et la solidarité. Ce système est guidé par les principes des SSP de réponse aux besoins de santé des populations, d'orientation sur la qualité, de responsabilisation du gouvernement, de justice sociale, de pérennité, de participation et d'intersectorialité.

- Un système de santé axé sur les SSP est composé d'un ensemble essentiel d'éléments fonctionnels et structurels qui garantissent la couverture universelle et l'accès à des services qui sont acceptables pour la population et qui renforcent l'équité. Il assure des soins complets, intégrés et appropriés dans le temps, met l'accent sur la prévention et la promotion et garantit les soins de premier contact. Les familles et les communautés constituent sa base de planification et d'action.
- Un système de santé axé sur les SSP requiert une base juridique, institutionnelle et organisationnelle solide, ainsi que des ressources humaines, financières et technologiques suffisantes et durables. Il emploie des pratiques d'organisation et de gestion optimales à tous les niveaux pour atteindre la qualité, l'efficacité et la compétence, et développe des mécanismes actifs pour maximiser la participation individuelle et collective à la santé. Un système de santé axé sur les SSP développe des actions intersectorielles pour aborder les autres déterminants de la santé et de l'équité.
- Les données probantes au niveau international laissent entendre que les systèmes de santé fortement basés sur les SSP obtiennent de meilleurs résultats de santé. Plus équitables, plus efficaces, ils ont des coûts de soins plus faibles et atteignent des niveaux de satisfaction plus élevés auprès des usagers que les systèmes de santé faiblement orientés sur les SSP.
- La réorientation des systèmes de santé sur les SSP requiert de mettre un plus grand accent sur la promotion de la santé et la prévention. Cette réorientation s'obtient en attribuant des fonctions appropriées à chaque niveau de gouvernement, en intégrant les services de santé publics et les services de soins individuels, en orientant les efforts sur les familles et les communautés, en utilisant des données justes et adéquates dans la planification et le processus de prise de décisions, et enfin en créant un cadre institutionnel doté de mesures encourageant l'amélioration de la qualité des services.
- La réalisation complète des SSP exige une attention supplémentaire au rôle des ressources humaines, au développement de stratégies pour gérer le changement et à l'alignement de la coopération internationale sur l'approche des SSP.

- La prochaine étape du renouvellement des SSP est de constituer une coalition internationale des parties intéressées. Les tâches de cette coalition seront de considérer le renouvellement des SSP comme une activité prioritaire ainsi que de développer le concept de systèmes de santé axés sur les SSP de façon à ce qu'il représente une option réalisable et politiquement attrayante. Il devra aussi trouver des moyens de capitaliser sur l'actuelle fenêtre d'opportunités offerte par le récent 25ème anniversaire d'Alma Ata, par le consensus international sur l'importance de la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM) ainsi que par l'attention internationale actuelle focalisée sur le besoin de renforcer les systèmes de santé.

for
tough
boys

Mai 2008

Pourquoi renouveler les soins de santé primaires ?

Même avant 1978, l'Organisation mondiale de la Santé a promu les soins de santé primaires (SSP) en adoptant cette approche comme fondement pour réaliser l'objectif de « la santé pour tous ». Depuis cette époque, le monde — et les SSP avec lui — a profondément changé. Le but du renouvellement des SSP est de revitaliser la capacité des pays à établir une stratégie coordonnée, efficace et durable pour s'attaquer aux problèmes de santé existants ; à se préparer à relever les nouveaux défis de la santé et à améliorer l'équité. Le but d'un tel effort est d'obtenir des résultats de santé durables pour tous.

Il existe plusieurs raisons d'adopter une approche renouvelée des SSP, parmi lesquelles l'apparition de nouveaux défis épidémiologiques que les SSP doivent apprendre à assumer ; le besoin de corriger les faiblesses et les incohérences présentes dans les diverses approches des SSP; le développement de nouveaux outils et la connaissance des bonnes pratiques sur lesquels les SSP peuvent capitaliser pour être plus efficaces ; une reconnaissance croissante du fait que les SSP constituent une approche qui renforce la capacité de la société à réduire les inégalités en santé ; et un consensus croissant sur le fait que les SSP représentent une approche puissante pour traiter les causes de la mauvaise santé et l'inégalité.

L'approche renouvelée des SSP est considérée comme une condition essentielle à la réalisation des objectifs de développement internationalement concertés, comme ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire[i] des Nations Unies (les Objectifs de Développement pour le Millénaire ou ODM), en affrontant les causes fondamentales de la santé telles qu'elles ont été articulées par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, et en codifiant la santé comme un droit humain tel qu'il est véhiculé par des constitutions nationales, des groupes de société civile et autres. Le renouvellement des SSP doit se construire à partir de l'héritage d'Alma Ata et du mouvement des soins de santé primaires, en tirant pleinement parti des enseignements et des bonnes pratiques résultant de l'expérience de plus d'un quart de siècle et en renouvelant et réinterprétant l'approche et la pratique des soins de santé primaires pour relever les défis du 21ème siècle.

Des progrès importants ont été accomplis en termes de santé et de développement humain dans la Région des Amériques. Les valeurs moyennes pour la plupart des indicateurs de santé se sont améliorées dans presque tous les pays de la Région : la mortalité infantile a diminué d'environ un tiers, la mortalité en général a diminué de 25 pour cent en termes absolus ; l'espérance de vie a augmenté de six ans en moyenne ; les décès imputables à des maladies transmissibles et aux maladies du système circulatoire ont chuté de 25 pour cent ; enfin, les décès en raison des conditions périnatales ont diminué de 35 pour cent.[1] Il reste cependant des défis considérables : les maladies infectieuses, telles que la tuberculose, demeurent un problème de santé significatif, le VIH/SIDA continue à menacer presque tous les pays de la Région et les maladies non contagieuses sont à la hausse.[2] De plus, la Région a connu des changements économiques et sociaux généralisés, ayant des impacts importants sur la santé. Ces changements se rapportent à des aspects tels que le vieillissement des populations ; les changements dans le régime alimentaire et l'activité physique ; la diffusion de l'information, l'urbanisation et la détérioration des structures ; et des appuis sociaux qui ont tous (directement ou indirectement) contribué à une série de problèmes de santé, comme l'obésité, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires, l'accroissement des blessures, de la violence, des problèmes liés à l'alcool, au tabagisme et aux drogues ainsi que la menace toujours présente de catastrophes naturelles et d'infections émergentes.[1, 3]

Malheureusement, ces tendances, qui revêtent une importance essentielle pour l'effort de renouvellement des SSP, s'inscrivent dans le contexte d'une détérioration globale des inégalités en santé. Par exemple, 60 pour cent des cas de mortalité maternelle se produisent dans 30 pour cent des pays les plus pauvres et les écarts dans l'espérance de vie entre les plus riches et les plus pauvres atteignent près de 30 ans dans certains pays.[1] La distribution des menaces nouvellement émergentes sur la santé et de leurs facteurs à risque a aggravé davantage les inégalités en santé, à l'intérieur des pays et entre les pays.

Pourtant l'intensification des inégalités n'est pas uniquement le résultat des échecs du système de santé : elle dénote l'incapacité des sociétés à venir à bout des

La Région des Amériques a accompli de grands progrès au cours des 25 dernières années, mais les systèmes de santé constamment surchargés et les inégalités grandissantes menacent les résultats déjà obtenus mettant en danger les progrès futurs vers une meilleure santé et un plus haut niveau de développement humain.

[i] *Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) : les Objectifs de développement pour le Millénaire ont été établis afin de guider les efforts pour atteindre les accords stipulés dans la Déclaration du Millénaire. Ces objectifs s'énoncent comme suit : réduire l'extrême pauvreté et la faim ; assurer l'éducation primaire universelle ; promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; réduire la mortalité infantile ; améliorer la santé maternelle ; lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies ; assurer un environnement durable ; et développer un partenariat mondial pour le*

causes sous–jacentes de la mauvaise santé et de sa distribution injuste. Dans les années 1970 et 1980, de nombreux pays des Amériques ont subi des guerres, des troubles politiques et des régimes totalitaires. Depuis lors, la transition à la démocratie a apporté de nouvelles espérances mais, pour de nombreux pays, les bénéfices économiques et sociaux de cette transition restent encore à concrétiser. Au cours de la dernière décennie, les pratiques d'ajustement économique, les pressions de la mondialisation et l'impact de certaines politiques économiques ont contribué, avec d'autres facteurs, aux disparités dans la richesse, le statut et le pouvoir (entre les pays des Amériques et au sein de ces pays), ce qui à son tour a continué d'aggraver les inégalités en matière de santé.[4–6] Aujourd'hui, la prolifération rapide de nouvelles technologies de la santé et de l'information peut contribuer à combler ces inégalités ou, au contraire, à les intensifier. L'Annexe C discute quelques–uns des principaux développements dans les soins de santé primaires dans le monde et dans la Région des Amériques.

Un nouvel examen des déterminants sous–jacents de la santé et du développement humain a de plus en plus renforcé la conviction que la santé doit occuper une place centrale dans l'agenda du développement. L'appui croissant à la santé se reflète dans la façon dont on en est arrivé à définir le développement : si dans le passé, la santé n'était considérée que comme un élément contribuant à la croissance économique, désormais la perception prédominante est multidimensionnelle et fondée sur l'idée de développement humain.[7] Cette nouvelle approche reconnaît que la santé est une capacité humaine de base, une condition préalable qui permet aux personnes de réaliser leurs projets de vie, un élément indispensable pour une société démocratique et un droit humain.[8, 9]

Alors que la perception de la santé s'est élargie, il en a été de même pour la conscience des limitations des services de santé traditionnels pour répondre à tous les besoins de santé de la population.[10] De nombreuses personnes de la Région estiment que « La santé est une question sociale, économique et politique et, par–dessus tout, un droit humain fondamental, et que l'inégalité, la pauvreté, l'exploitation, la violence et l'injustice sont la source de la mauvaise santé et de la mort des pauvres et des marginalisés ».[11]

Une recherche récente a élucidé les relations complexes entre les déterminants sociaux, économiques, politiques et environnementaux de la santé et leur distribution.[12] Nous savons maintenant que toute approche pour améliorer la santé doit être articulée dans un contexte socio–économique et politique plus vaste et doit travailler avec de multiples secteurs et acteurs.[13]

Au cours des trois dernières décennies, une série de réformes des systèmes de santé ont été introduites dans la plupart des pays des Amériques. Ces réformes ont été motivées par une série de raisons, parmi lesquelles la hausse des coûts, les services inefficaces et de mauvaise qualité, la réduction des budgets publics, les nouveaux développements technologiques et en réponse au changement du rôle de l'état.[14] En dépit des investissements considérables, la plupart de ces réformes semblent avoir eu des résultats limités, mitigés ou même négatifs en termes d'amélioration de la santé et de l'équité.[15, 16]

Renouveler les SSP signifie davantage que les ajuster simplement aux réalités du moment : cela requiert un examen critique de leur signification et de leur but. Des enquêtes menées auprès de professionnels de la santé dans les Amériques confirment l'importance de l'approche des SSP ; elles confirment également que les désaccords et malentendus concernant les SSP abondent, à l'intérieur même des pays.[17] Dans l'ensemble, les conceptions du rôle des SSP dans le développement du système social et de santé se répartissent généralement entre quatre catégories principales (voir Tableau 1). En Europe et dans d'autres pays riches industrialisés, les SSP ont été essentiellement considérés comme le premier niveau de services de santé pour l'ensemble de la population.[18, 19] Dans ce contexte, ils sont communément connus comme « soins primaires ».[ii] Dans le monde en développement, les SSP ont été essentiellement « sélectifs », concentrant leurs efforts sur un petit nombre d'interventions à fort impact pour cibler les causes les plus prédominantes de la mortalité infantile et de quelques maladies infectieuses.[20] Peu de pays ont mis en œuvre une approche intégrale et nationale des SSP ; cependant, certains semblent être sur la voie d'une telle approche et il y a eu de nombreuses expériences à petite échelle dans l'ensemble de la Région.[21–23]

Divers observateurs ont tenté d'expliquer le fait que les SSP diffèrent aussi radicalement d'un pays à l'autre. En ce qui concerne les Amériques en particulier, certains soutiennent qu'il ne faut pas s'étonner des différents points de vue sur les SSP, en raison du développement historique de la santé et des soins de santé dans la Région et de l'héritage des différents systèmes politiques et sociaux.[17, 24] D'autres ont laissé

[ii] *Dans l'ensemble du présent document, le terme « soins primaires » se rapporte à l'aspect du premier contact et au continuum des soins et des services de santé qui en découlent. Les soins primaires ne sont considérés que comme seulement un aspect des soins de santé primaires.*

Tableau 1 : Approches des soins de santé primaires

Approche	Définition ou concept des soins de santé primaires	Priorité
SSP sélectifs	Portent sur un nombre limité de services à fort impact pour relever certains des défis de santé les plus prédominants dans les pays en développement.[20] Les principaux services ont été connus sous le nom de GOBI selon son acronyme en anglais (contrôle de la croissance, techniques de réhydratation orale, allaitement et immunisation) et ont parfois compris des suppléments alimentaires, l'alphabétisation des femmes et la planification familiale (GOBI–FFF, selon son acronyme en anglais).	Ensemble spécifique d'activités de services de santé destinées aux plus démunis
Soins primaires	Se rapportent au point d'entrée du système de santé et à l'endroit destiné aux soins de santé continus pour la majorité de la population la plupart du temps.[26] Il s'agit de la conception la plus courante des soins de santé primaires en Europe et dans d'autres pays industrialisés. Dans sa définition la plus étroite, l'approche est liée directement à la disponibilité de médecins exerçant en médecine générale ou spécialisés en médecine familiale.	Niveau de soins dans un système de services de santé
« SSP intégraux » d'Alma Ata	La déclaration d'Alma Ata définit les SSP comme « les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes pratiques, solides sur le plan scientifique et acceptables sur le plan social et une technologie rendue universellement accessible aux personnes et aux familles dans la communauté à travers leur participation à part entière et à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre de maintenir… Ils font partie intégrante du système de santé du pays […] et du développement social et économique de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des personnes, de la famille et de la communauté […] amenant les soins de santé aussi près que possible de là où les personnes vivent et travaillent et ils constituent le premier élément d'un processus continu de soins de santé. »[27]	Une stratégie organisant les systèmes de soins de santé et la société de façon à promouvoir la santé
Approche de la santé et des droits de l'homme	Souligne la conception de la santé comme un droit de l'homme et la nécessité d'en affronter ses déterminants sociaux et politiques plus larges.[11] Elle diffère par l'accent mis sur les implications sociales et politiques de la déclaration d'Alma Ata plutôt que sur les principes eux–mêmes. Elle soutient que la focalisation sociale et politique des SSP est restée à la traîne des aspects spécifiques aux maladies et que les politiques de développement devraient être plus « inclusives, dynamiques, transparentes et appuyées par la législation et des engagements financiers », si elles veulent obtenir des améliorations équitables de santé.[28]	Une philosophie qui se répand dans la santé et les secteurs sociaux

Source : Catégories adaptées de [29, 30].

entendre que la divergence des opinions s'explique par les définitions ambitieuses et quelque peu vagues des SSP, telles qu'elles sont décrites dans la déclaration d'Alma Ata.[25] D'autres estiment au contraire que, même si de nombreuses initiatives efficaces de SSP ont été développées dans les années qui ont suivi Alma Ata, le message principal a été faussé en raison à la fois des visions changeantes des institutions internationales de la santé et des processus de mondialisation.[11] Indépendamment de la/les cause(s) ultime(s) de ces divergences d'opinion, il apparaît clairement que le concept des SSP est devenu de plus en plus ouvert et confus depuis Alma Ata et que les SSP n'ont pas accompli tout ce que ses défenseurs en attendaient.

Alors que les SSP ont commencé à s'imbriquer dans l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 », leur signification et leur orientation se sont également élargies jusqu'à inclure toute une série de résultats qui ne relevaient pas de la responsabilité directe du système de santé.[31] Malheureusement, au fur et à mesure que s'approchait le millénaire, il était devenu de plus en plus évident que l'objectif de la Santé pour tous ne serait pas atteint. Pour certains, l'échec à la réalisation de cet objectif s'est apparenté à l'échec des SSP eux–mêmes.

Paradoxalement, alors que la signification des SSP s'élargissait à des secteurs multiples, leur mise en œuvre est devenue de plus en plus restreinte. Même s'ils étaient considérés à l'origine comme une stratégie provisoire, les SSP sélectifs sont devenus le mode prédominant de soins de santé primaires pour de nombreux pays. L'approche s'est poursuivie à travers des programmes verticaux pour de nombreuses sous–populations ou maladies spécifiques. D'une certaine façon, la pression dans le sens de SSP sélectifs peut être considérée comme une réaction face à l'idée que les SSP étaient devenus trop larges et trop vagues, avec des impacts et des succès difficiles à quantifier et peu de dividendes visibles pour le public et les décideurs. Par contre, l'approche sélective permettait de cibler les ressources limitées sur des objectifs spécifiques de santé, même si, dans certains cas, cette approche semble avoir été choisie comme stratégie pour attirer un financement croissant de donateurs pour les services de santé.[32]

Même si elle a connu des réussites dans certains domaines (comme la vaccination), l'approche des SSP sélectifs a été critiquée parce qu'elle ignorait le contexte plus vaste du développement social et économique. Sans vouloir dire que les SSP doivent affronter tous les déterminants de la santé, cette critique implique que les approches sélectives sont souvent incapables de répondre aux déterminants fondamentaux de la mauvaise santé.[33] Il a également été soutenu que les approches sélectives, en ciblant des populations et des problèmes de santé restreints, peuvent générer des écarts entre les programmes, laissant ainsi des familles ou des

personnes insuffisamment desservies. De plus, il est préoccupant que les SSP sélectifs axés presque exclusivement sur les enfants et les femmes, ignorent l'importance croissante des menaces sur la santé comme les maladies chroniques, les maladies mentales, les blessures, les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, ainsi que des populations vulnérables comme les adolescents et les personnes âgées.[34]

Des questions ont également été posées sur la durée de ces interventions axées sur une seule maladie ou un seul groupe de population, car si l'intérêt porté à cette maladie ou à ce groupe retombe, le financement du programme peut également disparaître. Finalement, il est préoccupant que l'approche des SSP sélectifs ne tienne pas compte du fait que de nombreux adultes (et dans une moindre mesure des enfants) souffrent probablement de plus d'un problème de santé à la fois — état encore plus fréquent parmi les personnes âgées.[35] Pour toutes ces raisons, une approche renouvelée des SSP devra insister plus fortement sur une méthode raisonnée et axée sur les résultats pour obtenir des soins universels, intégrés et intégraux. Cela ne veut pas dire que toutes les approches verticales doivent être interrompues, ou qu'elles ne soient jamais nécessaires. De fait, les approches verticales sont souvent nécessaires pour des épidémies ou pour des « fléaux qui sont tellement étendus et qui affectent une telle proportion de la population qu'ils deviennent un facteur dominant qui empêche le développement social et économique d'un pays. »[36]

Le renouvellement des SSP devrait contribuer aux efforts en cours pour renforcer les systèmes de santé dans le monde en développement. De plus, les nouvelles initiatives mondiales de santé adoptant une approche verticale, comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM/FMSTP) et l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI), représentent une nouvelle source importante d'investissement, de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour de nombreux pays en développement. Le renouvellement des SSP devra considérer dans quelle mesure ces initiatives peuvent aider à renforcer une approche plus intégrale et intégrée du développement des systèmes de santé en comprenant que la réalisation et la pérennité des objectifs de ces initiatives nécessiteront probablement ce type d'approche.[21, 37]

En septembre 2003, à l'occasion du 44e Conseil directeur, l'OPS/OMS a approuvé la résolution CD44.R6 préconisant aux États Membres d'adopter une série de recommandations pour renforcer les SSP. De plus, la résolution exhorte l'OPS/OMS à : prendre en compte les principes des SSP dans les activités des programmes de coopération technique, en particulier ceux relatifs à la Déclaration du Millénaire et à ses objectifs, évaluer différents systèmes basés sur les SSP, identifier et disséminer les bonnes pratiques, aider à la formation des agents de santé aux SSP, appuyer des modèles de SSP définis localement, célébrer le 25e anniversaire d'Alma Ata et organiser un processus pour définir les futures orientations stratégiques et programmatiques dans les SSP. En réponse aux mandats mentionnés ci–dessus, l'OPS/OMS a créé en mai 2004 le « Groupe de travail sur les SSP » (GT) pour conseiller l'Organisation sur les futures orientations stratégiques et programmatiques dans les SSP. (Voir Annexe A). Le GT s'est engagé dans un processus consultatif avec la communauté internationale à travers plusieurs conférences internationales et il a fait circuler la version préliminaire de l'article d'opinion de l'OPS/OMS auprès de tous les États Membres et des experts. De plus, 20 pays ont organisé des réunions au niveau national sur le renouvellement des SSP et, en juillet 2005, une consultation régionale s'est tenue à Montevideo en Uruguay. La consultation régionale a réuni près de 100 personnes représentant plus de 30 pays de la Région, des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des universités et du Système des Nations Unies. Le 29 septembre 2005, le 46e Conseil directeur de l'OPS a approuvé la Déclaration régionale sur les SSP, connue sous le nom de Déclaration de Montevideo (voir Annexe B), et a fourni d'autres commentaires sur l'article d'opinion sur les SSP. Le présent document constitue le résultat principal de ces processus.

Mai 2008

Construire des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires

La position de l'Organisation panaméricaine de la Santé stipule que le renouvellement des SSP doit faire partie intégrante du développement des systèmes de santé[iii] et qu'un système de santé fondé sur les SSP constitue la meilleure approche pour produire des améliorations durables et équitables dans la santé des populations des Amériques.

Nous définissons un système de santé axé sur les SSP comme une approche globale de l'organisation et de l'opération de systèmes de santé qui fait du droit au niveau de santé le plus élevé possible son principal objectif tout en maximisant l'équité et la solidarité. Ce système est guidé par les principes des SSP de réponse adaptée aux besoins de santé des personnes, de l'orientation sur la qualité, de la responsabilisation gouvernementale, de la justice sociale, de la durabilité, de la participation et de l'intersectorialité.

Un système de santé axé sur les SSP est composé d'un ensemble essentiel d'éléments fonctionnels et structurels qui garantissent la couverture universelle et l'accès à des services qui sont acceptables pour la population et qui renforcent l'équité. Il assure des soins complets, intégrés et appropriés dans le temps, met l'accent sur la promotion et la prévention et garantit les soins de premier contact. Les familles et les communautés constituent sa base de planification et d'action. Un système de santé axé sur les SSP requiert une base juridique, institutionnelle et organisationnelle solide, ainsi que des ressources humaines, financières et technologiques suffisantes et durables. Il emploie des pratiques d'organisation et de gestion optimales à tous les niveaux pour atteindre la qualité, l'efficacité et l'efficience, tout en développant des mécanismes actifs pour maximiser la participation individuelle et collective à la santé. Un système de santé axé sur les SSP développe des actions intersectorielles pour affronter les déterminants de la santé et de l'équité.

L'essence de la définition renouvelée des SSP est la même que celle de la Déclaration d'Alma Ata.[iv] Toutefois, cette nouvelle définition porte sur le système de santé pris dans son ensemble ; elle englobe les secteurs public, privé et sans but lucratif ; et elle s'applique à tous les pays. Elle fait la distinction entre valeurs, principes et éléments ; elle souligne l'équité et la solidarité ; et elle incorpore de nouveaux principes tels que la pérennité et l'orientation sur la qualité. Elle écarte la notion de SSP comme ensemble défini de services, puisque ceux–ci devraient être conformes aux besoins locaux. De même, elle écarte la notion de SSP comme définis par des types spécifiques de personnel de santé, puisque les équipes qui travaillent dans les SSP devraient être définies conformément aux ressources disponibles, aux préférences culturelles et aux résultats des données probantes. Au contraire, elle spécifie des éléments organisationnels et fonctionnels qui peuvent être mesurés et évalués, tout en formant une approche logique et cohésive qui cimente fermement les systèmes de santé dans l'approche des SSP. Cette approche a pour but d'orienter la transformation des systèmes de santé afin qu'ils réalisent leurs objectifs tout en étant suffisamment flexibles pour changer et s'adapter dans le temps, relever de nouveaux défis. Elle reconnaît que les SSP représentent davantage que la simple prestation de services de santé : leur réussite dépend d'autres fonctions du système de santé et d'autres processus sociaux.

Le cadre conceptuel présenté ici a pour but de servir de fondement à l'organisation et la compréhension des composantes d'un système de santé axé sur les SSP ; il n'a pas pour but de définir, de manière exhaustive, tous les éléments nécessaires qui constituent ou définissent un système de santé. En raison de la grande variation existante dans les ressources économiques nationales, les contextes politiques, les capacités administratives et le développement historique du secteur de la santé, chaque pays devra concevoir sa propre stratégie pour le renouvellement des SSP. Il faut souhaiter que les valeurs, principes et éléments décrits ci–dessous seront utiles dans ce processus.

La Figure 1 présente les valeurs, principes et éléments proposés pour un système de santé axé sur les SSP. Voir ci–dessous leur description plus complète.

A. Valeurs[v]

Les valeurs sont essentielles pour établir les priorités nationales et pour évaluer si les mesures sociales en place répondent ou non aux besoins et aux attentes de la population.[14] Elles fournissent un ancrage moral pour les politiques et les programmes mis en vigueur dans l'intérêt public. Les valeurs décrites ici prétendent refléter celles de la société en général. Dans une société donnée, certaines valeurs peuvent prévaloir sur d'autres et elles peuvent même être définies de manière légèrement différente en fonction de la culture locale, de l'histoire et des préférences. En même temps, un ensemble croissant de lois internationales définit les paramètres nécessaires pour protéger les plus désavantagés dans la société et crée un fondement légal qui leur permet de faire valoir leurs droits à la dignité, à la lib-

[iii] *Système de santé : l'OMS définit le système de santé comme celui qui « comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui produisent des actions dont le principal objectif est d'améliorer la santé. »*[38]

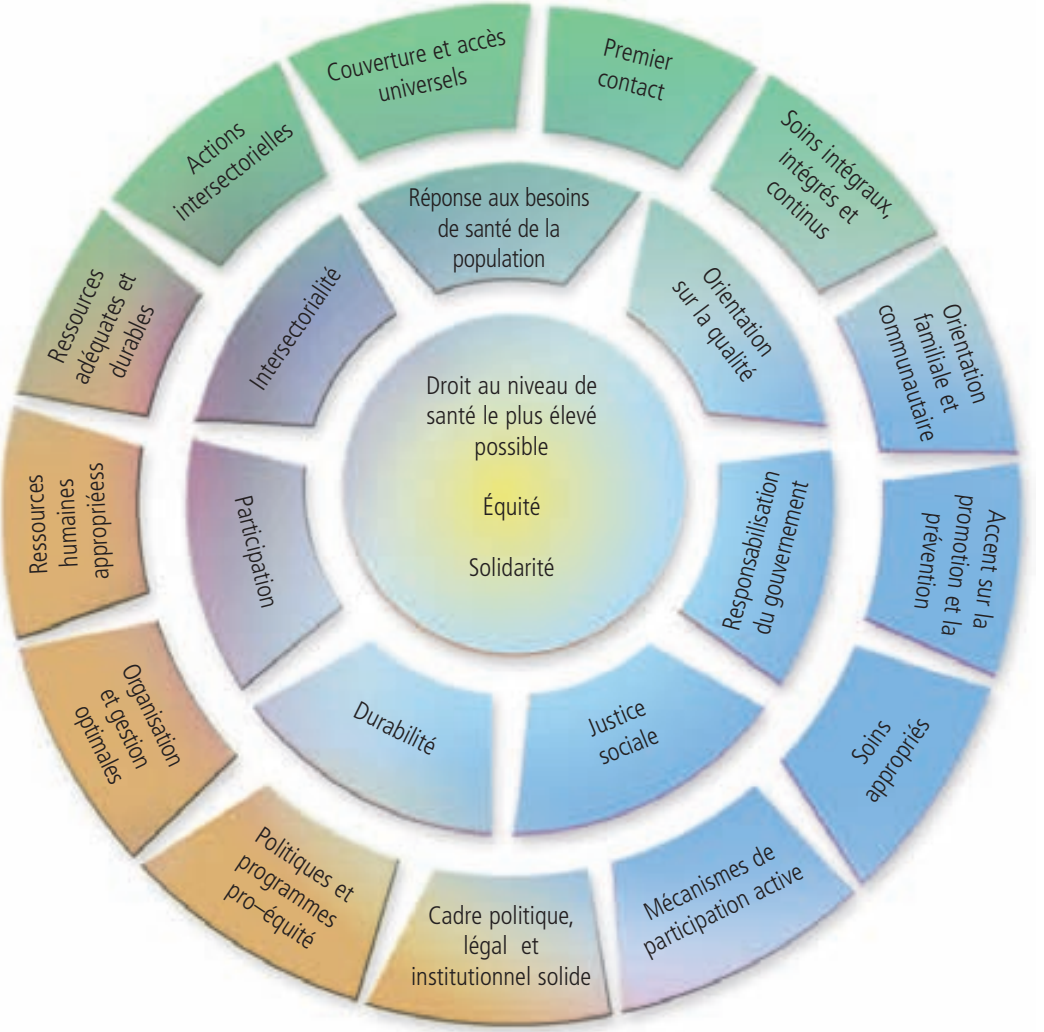
[iv] *Il existe d'autres précédents pour axer les systèmes de santé sur les SSP. Par exemple, la Charte de Ljubljana pour la réforme de la santé adoptée par l'Union européenne en 1996 déclare que les systèmes de santé doivent être : portés par des valeurs (dignité humaine, équité, solidarité, éthique professionnelle), ciblés sur les résultats de la santé, centrés sur les personnes tout en encourageant l'indépendance, axés sur la qualité, fondés sur un financement fiable, réactifs à la voix et au choix des citoyens et fondés sur des données probantes. Ils exigent un renforcement de la gestion, des ressources humaines et de la coordination des politiques.*[39]

[v] *Valeur : les objectifs ou normes sociaux détenus ou acceptés par une personne, une classe, ou une société.*

erté et à la bonne santé. Ceci implique que le processus d'axer un système de santé plus solidement sur les SSP doit commencer par une analyse des valeurs sociales et impliquer la participation des citoyens et des décideurs dans le processus au centre duquel ces valeurs sont articulées, définies et hiérarchisées.[14]

ce que les services de santé aient la capacité de répondre aux besoins des personnes, qu'il y ait une responsabilisation dans le système de santé et que les SSP soient axés sur la qualité de façon à en maximiser l'efficacité et l'efficience tout en réduisant les dommages. La santé et d'autres droits sont inextricablement liés à l'équité ; ils

Figure 1 : Valeurs essentielles, principes et éléments d'un système de santé axé sur les SSP



Le **droit au niveau de santé le plus élevé possible** sans distinction de race, de sexe, de religion, de croyance politique ou de condition économique ou sociale est exprimé dans de nombreuses constitutions nationales et énoncé dans des traités internationaux, dont la Charte de l'Organisation mondiale de la Santé.[40] Cela implique que les droits des citoyens et les responsabilités des gouvernements et autres acteurs soient légalement définis et génèrent un recours en faveur des citoyens, quand les obligations ne sont pas respectées. Le droit au niveau de santé le plus élevé possible joue un rôle décisif en veillant à

reflètent et aident à renforcer, à leur tour, la solidarité sociale.

L'**équité** en santé se rapporte aux inégalités dans l'état de santé, dans l'accès aux soins de santé et aux milieux favorisant la santé ainsi que dans le traitement au sein du système de santé et des services sociaux. L'équité a une valeur intrinsèque du fait qu'elle est une condition préalable à la capacité humaine, aux libertés et aux droits.[41] L'équité est la pierre angulaire des valeurs sociales : la manière dont les sociétés traitent leurs membres les plus défavorisés fait état d'un jugement soit explicite soit

implicite de la valeur de la vie humaine. En appeler simplement aux valeurs ou à la conscience morale d'une société peut ne pas être suffisant pour prévenir ou inverser les inégalités en santé. Ceci veut dire que les personnes doivent être capables de corriger les inégalités en exerçant leurs facultés morales et légales pour exiger le droit à la santé et d'autres droits à caractère social. Placer l'équité au sein d'un système de santé axé sur les SSP a pour but d'orienter les politiques et les programmes de santé et de mettre l'accent sur le fait qu'ils doivent renforcer l'équité. Son bien–fondé n'est pas simplement l'efficience, le rapport « coût–efficacité » ou la charité ; au contraire, dans une société juste, l'équité doit être considérée comme un impératif moral et comme une obligation légale et sociale.

La **solidarité** s'exerce dans la mesure où les personnes dans une société travaillent ensemble pour définir et réaliser le bien commun. Dans les gouvernements nationaux et locaux, la solidarité se manifeste sous forme d'organisations volontaires, de syndicats et d'autres modalités de participation citoyenne à la vie civique. La solidarité sociale est un moyen par lequel l'action collective peut arriver à résoudre des problèmes ; les systèmes de santé et de sécurité sociale sont des mécanismes communs à travers lesquels s'exprime la solidarité sociale entre personnes de différentes classes et différentes générations. Les systèmes de santé axés sur les SSP ont besoin de la solidarité sociale pour garantir la durée des investissements en santé, pour assurer la protection financière et la mise en commun des risques ainsi que permettre au secteur de la santé de travailler avec succès avec d'autres secteurs et acteurs dont la coopération est nécessaire tant pour améliorer la santé que pour améliorer les conditions qui l'influencent. La participation et la responsabilisation à tous les niveaux sont nécessaires, non seulement pour générer la solidarité, mais aussi pour assurer son maintien à travers le temps.

B. Principes[vi]

Les systèmes de santé axés sur les SSP s'appuient sur des principes qui offrent la base pour les politiques de santé, la législation, les critères d'évaluation, la formation et l'affectation des ressources et le fonctionnement du système de santé. Ces principes servent de pont entre les valeurs sociales plus larges et les éléments structurels et fonctionnels du système de santé.

La **réponse adaptée aux besoins de santé des personnes** signifie que les systèmes de santé sont centrés sur les personnes et s'efforcent de satisfaire leurs besoins de la façon la plus complète possible. Un système de santé qui répond aux besoins de santé doit être équilibré dans son approche pour les satisfaire — qu'ils soient définis « objectivement » (i.e., définis par des experts ou par des normes convenues) ou « subjectivement » (i.e., les besoins tels qu'ils sont perçus directement par la personne ou la population). Ceci implique que l'approche des SSP doit répondre aux besoins de santé de la population d'une manière intégrale, tout en s'appuyant sur des données probantes, en respectant et en tenant compte des préférences et des besoins des personnes, indépendamment de leur statut socio–économique, de leur culture, de leur race, de leur appartenance ethni-que ou de leur sexe.

Les services **axés sur la qualité** répondent aux besoins des personnes, anticipent ces besoins et traitent toutes les personnes avec dignité et respect, en assurant les meilleures interventions possibles pour leurs problèmes de santé et en évitant tout dommage.[42] Cette condition requiert de doter les professionnels de la santé de tous les niveaux de connaissances cliniques fondées sur des données probantes et des outils nécessaires pour que leur formation soit constamment mise à jour. Une orientation axée sur la qualité requiert des procédures pour évaluer l'efficience, l'efficacité et la sécurité des interventions en santé préventive et curative, sans oublier l'affectation des ressources en conséquence. Elle exige la mise en place d'un système d'assurance de la qualité et des méthodes permanentes d'amélioration de la qualité. Un leadership solide et des mesures incitatives appropriées sont essentiels pour rendre ce processus efficace et durable.

L'**imputabilité gouvernementale** fait en sorte que les droits sociaux soient assurés et appliqués ainsi que d'éviter qu'il ne soit porté atteinte aux citoyens. Cette imputabilité requiert des politiques et des procédures légales et réglementaires spécifiques, qui permettent aux citoyens de faire valoir leurs droits si les conditions appropriées ne sont pas réunies, et ce principe s'applique à toutes les fonctions des systèmes de santé, quel que soit le type de prestataire (qu'il soit, public, privé, ou sans but lucratif). En application de son rôle, l'État établit les conditions qui assurent que les ressources nécessaires soient en place pour répondre aux besoins de santé de la population. Dans la majorité des pays, le gouvernement est également le responsable ultime de la garantie de l'équité et de la qualité des soins de santé. La responsabilisation requiert par conséquent le contrôle et l'amélioration continue de la performance du système de santé d'une manière transparente et soumise

[vi] *Principe : une vérité fondamentale, loi, doctrine, ou force motivante, sur laquelle se fondent les autres.*

au contrôle social. Les différents niveaux de gouvernement (e.g., local, sous–régional, régional, ou national) ont besoin de lignes claires de responsabilité et des mécanismes correspondants d'imputabilité. Les citoyens et la société civile jouent également un rôle important en assurant la responsabilisation face à cette imputabilité.

Une société juste peut être définie comme capable d'assurer le développement et la capacité de tous ses membres.[43] La **justice sociale** suggère par conséquent que les actions gouvernementales, en particulier, devraient être évaluées en fonction de leur capacité à assurer le bien–être de tous les citoyens, spécialement les plus vulnérables.[44, 45] Certaines approches, destinées

à réaliser la justice sociale dans le secteur de la santé, comportent les éléments suivants : assurer que toutes les personnes soient traitées avec respect et dignité ; établir des objectifs de santé qui incorporent des cibles explicites d'amélioration de la couverture parmi les plus démunis ; utiliser ces objectifs pour destiner les ressources supplémentaires aux besoins des plus défavorisés ; améliorer l'éducation et les initiatives de proximité pour aider les citoyens à comprendre leurs droits ; assurer une participation citoyenne active à la planification et au contrôle du système de santé ; enfin, entreprendre des actions concrètes face aux déterminants sociaux sous–tendant les inégalités en santé.[12]

La **pérennité** du système de santé requiert une planification stratégique et des engagements à long terme. Un système de santé axé sur les SSP doit être considéré comme le moyen le plus important pour investir dans la santé de la population. Ces investissements doivent être suffisants pour satisfaire les besoins de santé de la population d'aujourd'hui, tout en planifiant la relève des défis de la santé de demain. L'engagement politique, en particulier, est essentiel pour garantir la pérennité financière. Il est prévu que les systèmes de santé axés sur les SSP établissent des mécanismes (tels que droits à la santé et obligations du gouvernement spécifiques et légalement définies) pour assurer un financement adéquat, même dans des périodes d'instabilité politique ou de changement.

La **participation** fait des personnes des partenaires actifs dans les prises de décision concernant l'allocation des ressources, la définition des priorités et la garantie d'imputabilité. Au niveau individuel, les personnes doivent être en mesure de prendre des décisions, de façon libre et en toute connaissance de cause, concernant leur propre santé et celle de leurs familles dans un esprit d'autonomie et de confiance en ses propres ressources. Au niveau social, la participation dans le domaine de la santé est une expression de la participation civique en général ; elle assure que le système de santé tient compte des valeurs sociales et offre un moyen de contrôle social et d'imputabilité sur les actions publiques et privées qui ont un impact sur la société.

L'**intersectorialité** en santé signifie que le secteur de la santé doit travailler avec d'autres secteurs et d'autres acteurs, afin d'assurer que les politiques et les programmes publiques soient alignés pour maximiser leur contribution potentielle à la santé et au développement humain. Cette approche requiert que le secteur de la santé ait une place sur la table lorsque sont prises les décisions concernant les politiques de développement. Le principe de l'intersectorialité nécessite la création et le maintien de liens entre les secteurs public et privé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des services de santé, comprenant, sans s'y limiter : l'emploi et le travail, l'éducation, le logement, l'agriculture, la production et la distribution des aliments, l'environnement, l'eau, l'assainissement, les soins sociaux et l'aménagement

urbain.

C. Éléments[vii]

Les systèmes de santé axés sur les SSP se composent d'éléments structurels et fonctionnels. Les éléments sont interconnectés ; en fait, ils sont présents à tous les niveaux du système de santé et ils devraient se fonder sur les données probantes de leur efficacité à améliorer la santé et de leur importance à assurer d'autres aspects d'un système de santé axé sur les SSP. Les éléments au cœur d'un système de santé axé sur les SSP nécessitent de plus l'action simultanée de plusieurs des fonctions principales du système de santé y compris le financement, la gouvernance et la prestation des services.

La couverture universelle et l'accès sont le fondement d'un système de santé équitable. La couverture universelle implique que le financement et les modalités organisationnelles soient suffisants pour couvrir l'ensemble de la population, éliminant la capacité à payer comme obstacle à l'accès aux services de santé et protégeant les personnes contre le risque financier, tout en fournissant un appui additionnel pour satisfaire les objectifs d'équité et mettre en œuvre des activités de promotion de la santé. L'accessibilité implique l'absence de barrières aux soins, qu'elles soient géographiques, financières, organisationnelles, socioculturelles ou basées sur le sexe[46] ; ainsi, un système de santé axé sur les SSP doit rationaliser l'emplacement, le fonctionnement et le financement de tous les services à chaque niveau du système de santé. Il nécessite également que les services soient acceptables pour la population en tenant compte des besoins de santé locaux, des préférences, de la culture et des valeurs. Par conséquent, il requiert une approche interculturelle et une approche de genre dans la prestation des services de santé. L'acceptabilité détermine si les personnes utiliseront réellement les services, même s'ils sont accessibles. Elle influence également les perceptions sur le système de santé, y compris la satisfaction des personnes par rapport aux services fournis, le niveau de confiance qu'elles auront dans les dispensateurs de soins et la mesure dans laquelle elles comprendront et suivront réellement les conseils médicaux ou autres qu'elles reçoivent.

Les soins de **premier contact** signifient que les soins primaires doivent servir de point principal d'entrée du système de santé pour tous les nouveaux problèmes de santé, ainsi que de lieu où la majorité d'entre eux sont résolus. C'est à travers cette fonction que les soins primaires renforcent le fondement du système de santé axé sur les SSP représentant, dans la plupart des cas, la principale interface entre le système social et de santé avec la population. Ainsi, un système de santé axé sur les SSP renforce les soins primaires dans leur rôle de soins de premier niveau, mais il comporte des éléments structurels et fonctionnels additionnels qui vont considérablement au–delà du premier niveau du système de soins de santé.

Les **soins intégraux, intégrés et continus** signifient que l'éventail des services disponibles doit être suffisant pour répondre aux besoins de santé de la population, y compris la prestation de services de promotion,

Encadré 1 : Renouvellement des SSP : Implications pour les services de santé

Les services de soins de santé jouent un rôle clé dans la matérialisation d'un grand nombre de valeurs, principes et éléments essentiels d'un système de santé axé sur les SSP. Les services de soins primaires, par exemple, sont fondamentaux pour assurer un accès équitable aux services de santé de base pour la population tout entière. Ils devraient servir de point d'entrée dans le système de soins de santé qui est le plus proche de là où les gens vivent, travaillent ou étudient. Ce niveau du système offre des soins intégraux et intégrés, qui devraient répondre à la majorité des besoins et des demandes de soins de santé de la population tout au cours de la vie. De même, c'est le niveau du système qui développe les liens de continuité avec la communauté et le reste des secteurs sociaux, ce qui permet de développer la participation sociale et l'action intersectorielle de manière efficace.

Les soins de santé primaires jouent également un rôle important dans la coordination de la continuité des soins et du flux d'information dans l'ensemble du système de soins de santé. Mais les services de soins primaires à eux seuls ne sont pas suffisants pour répondre adéquatement aux besoins de soins de santé plus complexes de la population. Les services de soins primaires doivent être appuyés et complétés par les différents niveaux de soins spécialisés, ambulatoires et hospitaliers, ainsi que par le reste du réseau de protection sociale. Pour cette raison, les systèmes de soins de santé doivent travailler de manière intégrée par le biais du développement de mécanismes qui coordonnent les soins dans l'ensemble du spectre des services, y compris le développement de réseaux et de systèmes de référence et de contre–référence. De plus, l'intégration des différents niveaux de soins nécessite de systèmes adéquats d'information, qui permettent une planification, un contrôle et une évaluation de la performance, des mécanismes appropriés de financement, qui éliminent les incitations perverses et assurent la continuité des soins, et des approches du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation des malades fondées sur des données probantes.

[vii] *Élément : une partie, composante ou qualité, qui est souvent basique ou essentielle.*

prévention, diagnostic précoce, soins curatifs, soins de réhabilitation, soins palliatifs et l'appui à l'autotraitement. L'intégralité est une fonction de l'ensemble du système de santé et comprend la prévention, les soins primaires, secondaires, tertiaires et palliatifs. Les soins intégrés sont un complément à l'intégralité en ce sens qu'ils requièrent la coordination entre toutes les parties du système de santé pour assurer que les besoins de santé soient satisfaits et que les soins de santé se poursuivent dans le temps, parmi différents niveaux et lieux de soins sans interruption. Pour les individus, les soins intégrés impliquent une approche basée sur des références et contre–références tout au long de la vie, à travers tous les niveaux du système de santé et parfois d'autres services sociaux. Au niveau des systèmes, ils requièrent le développement de réseaux de services et de prestataires, des systèmes appropriés d'information et de gestion, des incitatifs, des politiques et des procédures ainsi que la formation des dispensateurs de soins, du personnel de santé et des administrateurs.

Pour un système de santé axé sur les SSP, **l'axe sur la famille et la communauté** signifie que le système ne s'appuie pas exclusivement sur une perspective individuelle ou clinique. Au contraire, il emploie la vision de la santé publique en utilisant l'information communautaire et familiale pour évaluer les risques et choisir les interventions prioritaires. La famille et la communauté sont considérées comme l'axe principal pour la planification et l'intervention.

Un **accent sur la promotion et la prévention** est fondamental dans un système de santé axé sur les SSP, parce que c'est « coût–efficace » et éthique ; il peut donner les moyens aux communautés et aux personnes d'obtenir un plus grand contrôle sur leur propre santé et est essentiel pour faire face « en amont » aux déterminants sociaux de la santé. Mettre un accent sur la promotion et la prévention signifie aller au–delà d'une orientation clinique pour englober l'éducation et les conseils concernant la santé au travail, dans les écoles et au foyer. Ces préoccupations, y compris le besoin de réorienter les services de santé sur les principes des SSP, ont été exprimées dans la Charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé. La promotion de la santé nécessite également des approches réglementaires fondées sur des politiques destinées à améliorer les conditions de travail et la sécurité des personnes, à réduire les risques sanitaires présents dans l'environnement bâti ou naturel et à mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé axées sur la population avec d'autres parties du système de santé ou avec d'autres acteurs. Ces approches comportent des liens avec les fonctions essentielles de la santé publique (FESP)[viii] faisant des SSP un partenaire actif dans la surveillance, la recherche et l'évaluation, l'assurance de la qualité et les activités de développement institutionnel en santé publique dans l'ensemble du système de santé.

Les **soins appropriés** impliquent qu'un système de santé soit centré sur les personnes et non simplement sur les maladies ou les organes. Ils portent sur l'ensemble de la personne et ses besoins de santé et sociaux, par l'adaptation des réponses à la communauté locale et à

[viii] *Les fonctions essentielles de la santé publique comprennent : (i) contrôle, évaluation et analyse de l'état de santé ; (ii) surveillance, recherche en santé publique et contrôle des risques et des menaces pour la santé publique ; (iii) promotion de la santé, (iv) participation sociale en santé ; (v) développement de politiques et capacité institutionnelle pour la planification et la gestion de la santé publique ; (vi) renforcement de la capacité institutionnelle pour la réglementation et son application en santé publique ; (vii) évaluation et promotion de l'accès équitable aux services de santé nécessaires ; (viii) développement des ressources humaines et formation en santé publique ; (ix) assurance de la qualité dans les services de santé personnels et axés sur la population ; (x) recherche en santé publique ; et (xi) réduction de l'impact des urgences et des catastrophes sur la santé.*[47]

son contexte au cours de l'existence, tout en assurant que les interventions soient sans risque et ne portent pas atteinte aux personnes. Ils incorporent le concept d'efficacité pour aider à orienter la sélection et la mise en priorité des stratégies de prévention et de soins curatifs de façon à obtenir un maximum d'impact avec des ressources limitées. Des soins appropriés impliquent que tous les soins soient dispensés en fonction des meilleures données probantes disponibles, alors que l'allocation des efforts est mise en priorité en considérant l'efficience (d'allocation et technique) et les critères d'équité. Les services doivent être opportuns, ce qui exige de satisfaire les besoins communs de la population tout entière en répondant aux besoins spécifiques de groupes particuliers de population tels que les femmes, les personnes âgées, les handicapés ou les populations autochtones ou afro–descendantes, qui peuvent ne pas recevoir les soins appropriés en raison de la façon dont les services sont organisés ou dispensés.

Un système de santé axé sur les SSP doit faire partie intégrante des stratégies de développement socio–économique nationales et locales, en fonction de valeurs partagées, qui impliquent des **mécanismes de participation active** pour garantir la transparence et la responsabilisation à tous les niveaux. Ceci comporte des activités qui donnent aux personnes les moyens de mieux gérer leur propre santé et qui stimulent la capacité des communautés à devenir des partenaires actifs dans l'établissement des priorités, de la gestion, de l'évaluation et de la réglementation du secteur de la santé. Ceci signifie que les actions individuelles et collectives, où interviennent des acteurs publics, privés et de la société civile, doivent être conçues de façon à promouvoir des environnements et des modes de vie sains.

Les structures et les fonctions d'un système de santé axé sur les SSP nécessitent un **cadre politique, légal et institutionnel solide** qui identifie et habilite les actions, les acteurs, les procédures et les systèmes légaux et financiers permettant d'attribuer aux SSP leurs fonctions spécifiées. Ce nouveau cadre nécessite la coordination des politiques de santé et des investissements stratégiques dans les systèmes de santé et la recherche sur les services de santé, y compris l'évaluation de nouvelles technologies. Ces activités s'inscrivent dans la fonction de gouvernance du système de santé et doivent par conséquent être transparentes, assujetties au contrôle social et exemptes de corruption.

Les systèmes de santé axés sur les SSP développent des **politiques et des programmes qui favorisent l'équité** dans le but d'atténuer significativement les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, d'affronter les facteurs sous–jacents, sources de ces mêmes inégalités, et d'assurer que toutes les personnes soient traitées avec dignité et respect. Parmi des exemples illustrant cela, il faut noter : l'incorporation de critères explicites d'équité dans les propositions et évaluations des programmes et des politiques, l'augmentation ou l'amélioration de la prestation des services de santé, pour ceux qui en ont le plus besoin, la restructuration des mécanismes de financement de la santé pour aider les plus défavorisés et le travail intersectoriel pour transformer les structures sociales et économiques plus vastes, qui influencent les déterminants les plus en amont des inégalités en santé.

En termes d'opérations, les systèmes de santé axés sur les SSP requièrent des pratiques **d'organisation et de gestion optimales** qui favorisent l'innovation dans le but d'améliorer constamment l'organisation et la prestation de soins sécuritaires, qui remplissent les normes de qualité, qui garantissent des lieux de travail satisfaisants pour les agents de santé et qui répondent aux besoins des citoyens. Des pratiques de gestion avisées comprennent, entre autres, la planification stratégique, la recherche opérationnelle et l'évaluation de la performance. Les professionnels et les responsables de la santé doivent collecter régulièrement des données et les utiliser pour aider la prise de décision et la planification, y compris le développement de plans pour répondre adéquatement aux futures crises sanitaires et sociales et aux catastrophes naturelles.

Les **ressources humaines appropriées** incluent les dispensateurs de soins, les travailleurs communautaires, les responsables et le personnel de soutien, disposant de connaissances et d'un éventail de qualifications adéquates, qui observent les normes éthiques et traitent

toutes les personnes avec dignité et respect. Ce profil de ressources humaines exige une planification stratégique et des investissements à long terme dans la formation, l'emploi, la rétention du personnel ainsi que le rehaussement et le renforcement des qualifications et des connaissances existantes de ces agents de santé. Des équipes multidisciplinaires sont essentielles et nécessitent non seulement un amalgame de divers professionnels

Encadré 2 : Les systèmes de santé axés sur les SSP et le développement humain

Les systèmes de santé, axés sur les SSP, créent des liens synergiques avec d'autres secteurs, afin d'aider à mener le processus du développement humain. Les SSP ont un rôle important (mais non exclusif), en conjonction avec d'autres secteurs et acteurs, dans la promotion d'un développement humain durable et équitable. Il est important de faire cette distinction pour l'établissement de responsabilités claires entre les différents secteurs, concernant leur contribution à l'objectif du développement socio–économique. Ne pas établir cette distinction claire entre les forces et les avantages comparatifs des différents secteurs peut mener à plusieurs conséquences indésirables. Parmi celles–ci, les principales sont la possibilité d'abandon des fonctions essentielles du système de santé, la mise en oeuvre insatisfaisante des fonctions élargies de développement, en raison du manque de spécialisation, et la création de conflits entre acteurs et entités responsables, se traduisant par des duplications et un gaspillage d'énergie et de ressources.

de la santé, mais aussi la définition détaillée des rôles et des responsabilités, une distribution géographique équitable et des stratégies de formation pour maximiser la contribution du travail d'équipe aux résultats de santé, tout en visant la satisfaction des agents de santé et des usagers des services de santé.

Un système de santé axé sur les SSP doit être basé sur un système de planification qui prévoit des **ressources adéquates et durables**, tout en étant appropriées aux besoins de la santé. Les ressources devraient être déterminées par des analyses de situation dans la santé, fondées sur des données au niveau communautaire. Les ressources doivent pouvoir disposer d'apports (e.g., infrastructure, personnel, équipement, fournitures et médicaments) ainsi que des budgets de fonctionnement nécessaires pour assurer des soins intégraux, préventifs et curatifs de haute qualité. Bien que le montant des ressources requises varie entre les pays et au sein des pays, leur niveau doit être suffisant pour atteindre la couverture universelle et l'accessibilité aux soins. Comme un système de santé axé sur les SSP requiert une volonté et un engagement politiques durables, des mécanismes explicites sont nécessaires pour garantir la pérennité des efforts des SSP permettant aux décideurs d'investir aujourd'hui afin de satisfaire les besoins de demain.

Les systèmes de santé axés sur les SSP ont une portée et un impact plus vastes que la simple prestation de services de santé. Un système de santé, axé sur les SSP, est intimement connecté aux **actions intersectorielles** et aux approches communautaires pour promouvoir la santé et le développement humain. Ces actions sont nécessaires pour affronter les déterminants fondamentaux de la santé de la population, en créant des liens synergiques entre la santé et les autres secteurs et acteurs tels que les écoles, les lieux de travail, les programmes de développement économique et urbain, le développement agricole et la commercialisation, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, etc. La mesure dans laquelle ces actions seront mises en œuvre par le secteur de la santé, à lui seul ou en partenariat avec d'autres acteurs, dépendra des caractéristiques de l'état d'avancement en matière de développement du pays (et de la communauté) ainsi que de l'avantage comparatif de chaque acteur ou secteur impliqué. *(Voir Encadré 2).*

D. Quels sont les bénéfices d'un système de santé axé sur les SSP?

Il existe des données probantes considérables à propos des bénéfices des SSP. Les études internationales laissent entendre que, tout étant égaux par ailleurs, les pays qui ont des systèmes de santé fortement orientés sur les SSP obtiennent des meilleurs résultats qui sont aussi plus équitables. Ces systèmes sont ainsi plus efficaces, présentent des coûts plus bas en matière de soins de santé et obtiennent une plus grande satisfaction chez les usagers que les pays dont les systèmes de santé ne sont que faiblement orientés sur les SSP.[48–54]

On considère que les systèmes de santé, axés sur les SSP, sont capables d'améliorer l'équité, parce que l'approche des SSP est moins coûteuse pour les individus et démontre un rapport « coût–efficacité » supérieur pour la société, quand on les compare à des systèmes orientés sur des soins spécialisés.[55] Il a été démontré qu'une approche solide des SSP assure une plus grande efficience des services sous la forme d'une économie de temps dans la consultation, d'une utilisation réduite des tests de laboratoire et d'une réduction des dépenses dans les soins de santé.[56–57] Les SSP peuvent ainsi libérer des ressources pour répondre davantage aux besoins de santé des plus défavorisés.[52, 58–59] Les systèmes de santé orientés sur l'équité capitalisent ainsi ces économies,

en établissant des objectifs destinés à améliorer la couverture parmi les pauvres et à donner les moyens aux groupes vulnérables de jouer un rôle plus central dans la conception et le fonctionnement du système de santé.[60] Ils minimisent les frais accessoires et les coûts indirects des soins assumés par les patients et leurs familles, alors qu'ils mettent l'accent sur la couverture universelle et l'élimination des barrières socio–économiques pour recevoir les soins requis.[61–63]

Les données probantes, provenant en particulier des pays européens, laissent entendre que les systèmes de santé, axés sur les SSP, peuvent également renforcer l'efficacité et l'efficience. Les études sur des hospitalisations pour des « conditions sensibles des soins ambulatoires » — conditions traitées dans les hôpitaux qui auraient pu être résolues avec les soins primaires — et l'usage des salles d'urgence pour des soins de routine montrent comment les systèmes orientés sur les SSP, qui assurent l'accès et le premier contact, peuvent améliorer les résultats de santé et profiter à d'autres niveaux du système de santé.[64–68] Il a également été noté que le renforcement des services de soins de santé primaires peut réduire les taux globaux d'hospitalisation pour des conditions telles que l'angine, la pneumonie, les infections des voies urinaires, les maladies obstructives chroniques pulmonaires, les arrêts cardiaques et les infections de l'oreille, du nez et de la gorge, à titre d'exemples.[69] Les individus qui ont une source régulière de soins de santé primaires pour satisfaire la plupart de leurs besoins de soins de santé au fil du temps montrent une amélioration du taux de satisfaction, une meilleure adhésion au traitement, un degré moindre d'hospitalisation et une fréquentation inférieure des salles d'urgence, en comparaison avec ceux qui n'en ont pas.[70–72]

Dans la Région des Amériques, les expériences du Costa Rica montrent que la réforme complète des SSP (y compris l'accroissement de l'accès, la réorganisation des professionnels de la santé en équipes multidisciplinaires et l'amélioration des soins intégraux et intégrés) peut améliorer les résultats de santé. Pour chaque tranche de cinq années additionnelles, suite à la réforme des SSP, la mortalité infantile a été réduite de 13 pour cent et la mortalité adulte fut abaissée de quatre pour cent, indépendamment des améliorations des autres déterminants de la santé.[73] Étant donné que ces réformes ont pris place tout d'abord dans les zones les plus défavorisées (le problème d'accès aux services essentiels a diminué de 15 pour cent dans ces mêmes districts où s'est initiée la réforme), elles ont contribué à des améliorations significatives de l'équité.[74]

Les données probantes ont démontré que les SSP sont bénéfiques pour la santé de la population, dans la mesure où les services sont de bonne qualité technique — un domaine qui requiert une attention considérable et nouvelle dans toute la Région.[75, 76] Enfin, il faut évaluer davantage les systèmes de santé en général, particulièrement les SSP.[77] Un engagement envers des systèmes de santé axés sur les SSP nécessitera l'appui de données probantes plus complètes, avec des investissements appropriés dans l'évaluation et la documentation des

Mai 2008

La voie à suivre

Une approche pour renouveler les SSP nécessitera les actions suivantes :

- *compléter la mise en œuvre des SSP* là où ce processus a échoué (l'agenda inachevé de la santé) en garantissant le droit de tous les citoyens à la santé et à l'accès universel, en faisant la promotion active de l'équité en santé, et en encourageant des améliorations indéniables des indicateurs de santé et de qualité de vie, ainsi que leur meilleure distribution ;
- *renforcer les SSP pour relever de nouveaux défis* en améliorant la satisfaction des citoyens et de la communauté par rapport aux services et aux prestataires des services de santé, en améliorant la qualité des soins et du traitement, et en renforçant les politiques, l'environnement et les structures institutionnelles nécessaires à l'accomplissement réussi de toutes les fonctions du système de santé; et
- *positionner les SSP dans l'agenda plus vaste de l'équité et du développement humain* en reliant le renouvellement des SSP aux efforts pour renforcer les systèmes de santé, en encourageant des améliorations durables dans la participation communautaire et la collaboration intersectorielle, et en investissant dans le développement des ressources humaines.

La réalisation de ces objectifs implique de tirer les enseignements de l'expérience passée (tant positive que négative), de développer une stratégie de plaidoyer et de définir les rôles et les responsabilités attendus des pays, des organisations internationales et des groupes de la société civile intervenant dans le processus de renouvellement des SSP.

A. Enseignements tirés de l'expérience

Afin d'élaborer une stratégie de renouvellement des SSP, il est important de tirer les enseignements des expériences passées. Les processus de consultation avec les pays et la recension des écrits ont été fondamentaux pour évaluer les barrières et les facteurs favorisant la mise en œuvre réussie des SSP dans la Région. L'annexe D récapitule ces conclusions avec plus de détails.

Les **facteurs perçus comme des barrières à la mise en œuvre effective des SSP** englobent les difficultés inhérentes à la transformation du secteur de la santé pour le faire passer des approches curatives axées sur l'hôpital à des approches préventives axées sur la communauté. Les contraintes comprenaient la segmentation et la fragmentation des systèmes de santé ; le manque d'engagement politique ; la coordination inadéquate entre les communautés et les entités locales, nationales et internationales (y compris des politiques d'ajustement et l'accent sur les programmes verticaux) ; l'usage inadéquat des données locales ; et une faible collaboration intersectorielle. Le climat économique était également un facteur en raison des changements dans les idéologies économiques et politiques et de la volatilité des conditions macroéconomiques, qui ont mené à une insuffisance d'investissement dans les systèmes et les services de santé.[11, 32, 78, 79] L'investissement dans les ressources humaines a été mis en relief comme domaine essentiel méritant qu'on s'y attarde, étant donné que la qualité des services de santé dépend dans une large mesure des personnes qui y travaillent. Le personnel de santé doit être formé à la fois dans une perspective technique et humaniste ; sa performance dépend non seulement de sa formation et de ses capacités, mais aussi de l'environnement de travail et des politiques incitatives appropriées aux niveaux local et global.[76, 80] L'attention a été particulièrement attirée sur la pénurie internationale et la distribution inégale des infirmières et les difficultés à les retenir, qu'on attribue généralement à de mauvaises conditions d'emploi et de travail et à des politiques internationales susceptibles d'encourager leur émigration vers le monde développé. *(Voir Encadré 3).*

Les facteurs qui ont facilité le développement effectif de la mise en œuvre des SSP comprennent la reconnaissance du fait que le leadership du secteur de la santé est déterminé par de nombreux facteurs dont certains sont extérieurs à tout contrôle direct de la part du secteur de la santé. Les améliorations dans l'équité semblent également nécessiter l'engagement politique soutenu au niveau national, y compris des mesures prises pour assurer que le financement de la santé soit suffisant pour satisfaire les besoins de la population.[81] Les expériences réussies en matière de SSP ont démontré que le fait de se limiter à augmenter le nombre des centres de santé et à donner une formation à court terme au personnel est insuffisant pour améliorer la santé et l'équité. Il faut au contraire des approches au niveau du système tout entier. La réorientation des systèmes de santé sur les SSP requiert un plus grand accent sur la promotion et la prévention. Des services de SSP correctement implantés stimulent la participation, sont imputables, jouissent d'un niveau approprié d'investissement pour garantir que les services adéquats soient disponibles et font en sorte que ces services soient accessibles, indépendamment de la capacité à payer des individus.[24, 11] Il a été constaté que les frais directs, en particulier, sont parmi les moyens les plus inéquitables de financer les services de santé : les approches à succès de SSP dans la région des Amériques ont eu tendance à mettre l'accent sur la couverture universelle, afin d'éliminer les barrières financières à l'accès.[61–63] Enfin, les efforts du personnel en santé communautaire et d'autres activistes sociaux, même s'ils se sont heurtés à une certaine opposition, ont souvent été considérés comme essentiels au développement d'approches novatrices pour améliorer la santé des communautés dans l'ensemble de la région des Amériques.

Encadré 3 : Défis des ressources humaines dans les Amériques

Défis actuels :

- Professionnels de la santé peu motivés et peu payés par rapport aux autres professionnels
- Nombre insuffisant de travailleurs de la santé qualifiés pour fournir la couverture universelle
- Travail d'équipe peu développé ou insuffisamment encouragé
- Les professionnels qualifiés préfèrent travailler dans les hôpitaux et dans les villes
- Manque de soutien et de supervision adéquate
- Formation du personnel de santé, avant et après le diplôme, non alignée sur les exigences de la pratique des SSP
- Migration internationale des travailleurs de la santé (exode des cerveaux)

Implications pour les ressources humaines suite à la conception d'un système de santé axé sur les SSP :

- La couverture universelle nécessitera une masse critique de professionnels formés aux soins primaires
- Les ressources humaines doivent être planifiées conformément aux besoins de la population
- La formation des ressources humaines doit être articulée aux besoins de santé et doit être durable
- Il faut développer des politiques sur la qualité de la performance du personnel de santé
- Les capacités humaines (profils et compétences) doivent être caractérisées et le profil de chaque travailleur doit être ajusté à une tâche spécifique
- Il faut des mécanismes d'évaluation continue pour permettre aux travailleurs de la santé de s'adapter à de nouveaux scénarios et de répondre aux besoins changeants de la population
- Les politiques doivent appuyer une approche multidisciplinaire des soins intégraux
- La définition des travailleurs de la santé doit être élargie pour inclure non seulement les cliniciens, mais aussi ceux qui travaillent dans les systèmes d'information, la gestion et l'administration des services
- La capacité visée doit aller au–delà de l'environnement clinique par le biais de la formation et de l'emploi d'agents de santé communautaires et d'autres ressources communautaires

Sources : [28, 82, 83]

B. Construction d'alliances pour le changement

Les réformes de la santé impliquent des changements fondamentaux dans les processus politiques face au pouvoir ; incidemment les défenseurs des systèmes de santé axés sur les SSP devront se préoccuper à la fois des dimensions politiques et techniques des réformes, ainsi que des acteurs impliqués dans ces processus. À la conférence d'Alma Ata en 1978, Halfdan Mahler demandait aux participants : « Êtes–vous prêts à affronter les batailles politiques et techniques requises pour venir à bout des obstacles socioéconomiques et de la résistance des professionnels à l'introduction universelle des soins de santé primaires? »[32] Cette question doit être posée à nouveau aujourd'hui, parce que des ressources considérables doivent être investies dans la mise en œuvre de la vision de systèmes de santé axés sur une approche renouvelée des SSP.

Les défenseurs de cette cause incluent ceux qui travaillent actuellement dans l'environnement des SSP. Il s'agit de quelques organisations non gouvernementales, de prestataires de services de santé, qui travaillent dans des centres de soins primaires, d'associations professionnelles qui appuient les SSP (telles que celles de médecine familiale et des associations d'infirmières), quelques gouvernements qui appuient le développement d'une approche intégrale des SSP, de nombreuses associations de santé publique et quelques universités, dont certaines figures de proue assument un leadership dans les SSP. Chacun d'entre eux a intérêt à voir les SSP obtenir un soutien accru, alors qu'il est en position de plaider activement pour le changement et de mettre en œuvre à tout le moins les aspects techniques du renouvellement des SSP. Malheureusement, la majorité des alliés naturels des SSP ne se trouvent pas en position de pouvoir et disposent généralement de ressources financières limitées.

Les opposants sont généralement ceux qui voient le renouvellement des SSP comme une menace à un statu quo qu'ils souhaitent maintenir. L'expérience a montré que les principaux opposants au renforcement des SSP sont généralement quelques médecins spécialisés et leurs associations, les hôpitaux, l'industrie pharmaceutique et quelques organisations lobbyistes. Ces opposants sont parmi les plus puissants en termes de ressources et de capital politique dans la majorité des pays, alors que leurs intérêts sont souvent alignés en opposition aux nombreux efforts de réforme de la santé.

Cependant, les défenseurs et les opposants du renouvellement des SSP sont dépassés en nombre par les nombreux acteurs, organisations et entités qui sont généralement neutres sur la question. Ils comprennent

de nombreuses institutions multilatérales et bilatérales, les gestionnaires de portefeuilles pour le paiement des services de santé et la plupart des citoyens. Pris dans son ensemble, ce groupe neutre a une influence politique et économique considérable ; toutefois, pris en tant qu'individus, leurs intérêts, souvent, ne coïncident pas. Il arrive fréquemment que ces intérêts soient dispersés et parfois même contradictoires sur différentes questions. Par conséquent, la clé pour les alliés du renouvellement des SSP sera de trouver un aspect de cette logique qui soit attrayante pour bon nombre de ces acteurs et de ces groupes et de les mobiliser en faveur des SSP à leurs côtés.

Il y a plusieurs étapes dans la gestion du processus de renouvellement des SSP. La première consiste à travailler pour changer la perception des problèmes et de leurs solutions parmi toutes les parties concernées. Le renouvellement des SSP doit s'inscrire dans le cadre de ses objectifs globaux — un système de santé plus efficace et plus efficient, l'amélioration de la santé et de l'équité, l'intensification du niveau du développement humain et sa contribution à la croissance économique durable — et de forme explicite, à la réalisation de ces objectifs. Le processus continu de consultation régionale de l'OPS et les consultations spécifiques au niveau des pays ont commencé à sensibiliser les parties concernées à l'importance du renouvellement des SSP.

L'étape suivante consiste à créer de nouveaux défenseurs de la cause. Une méthode pour la création de nouveaux alliés consiste à mettre l'accent sur le fait que la Déclaration du Millénaire et les SSP sont des stratégies complémentaires. Les SSP sont une approche essentielle à la réalisation des Objectifs de Développement pour le Millénaire, du fait que leur logique consiste à envisager le système de santé comme une institution sociale, qui reflète les valeurs de la société, et fournit le moyen de rendre effectif le droit au niveau de santé le plus élevé possible.[37] Alors que les SSP s'efforcent de réaligner les priorités du secteur de la santé, la Déclaration du Millénaire peut offrir un cadre pour un développement global, qui accélérera les améliorations de la santé et sera lui–même soutenu par la bonne performance du secteur de la santé.

La focalisation sur des acteurs spécifiques, comme des organisations de financement telles que les institutions multilatérales et bilatérales de développement et de financement, les institutions et les fondations, visera à faire en sorte que ces acteurs soient convaincus de l'impact et de la pérennité de leurs objectifs que renforcera le renouvellement des SSP. Nous nous référons ici à la réalisation de l'initiative de l'accès universel au traitement du SIDA de l'OMS, à l'accomplissement des objectifs du Fonds Mondial, assu-rant un développement social plus équitable, et à l'aboutissement d'autres efforts internationaux dans la santé et le développement. Les défenseurs du renouvellement des SSP doivent invoquer l'argument que les investissements dans le secteur de la santé sont cru-ciaux pour créer les conditions nécessaires d'un développement humain équitable généralisé et qu'un système de santé axé sur les SSP offre les bases d'un « système de prestations intégrées » durable et doué d'une capacité de réponse adéquate, ce qui est nécessaire pour réaliser les objectifs de ces autres initiatives internationales.[84]

De même, les défenseurs des SSP auront à convaincre ceux qui paient pour les services de santé — assureurs en santé, agences de sécurité sociale et ministères de la santé — des avantages sur le long

terme de l'investissement dans un système de santé axé sur les SSP. Les éléments de cette argumentation sont présents, mais il est nécessaire de les regrouper dans une stratégie rentable de communication et de défense en assurant que les preuves de l'efficience et l'efficacité des SSP sont mises en relief ainsi que leur potentiel en termes d'économie de coûts à long terme.

De plus, il sera essentiel de ne ménager aucun effort en faveur de l'adoption d'un système de santé axé sur les SSP auprès de ceux qui en seront les utilisateurs. Tous les citoyens du monde exigent des services et des systèmes de santé qui soient efficaces, de bonne qualité et imputables ; éduquer les citoyens sur les bénéfices d'un système de santé axé sur les SSP leur donnera les moyens d'exiger des engagements spécifiques auprès de leurs gouvernements. Par conséquent, les données probantes sur l'efficacité des SSP doivent être mises à la disposition des membres de la communauté de façon à ce qu'elles puissent être analysées et discutées. En outre, les défenseurs des SSP doivent solliciter l'avis des citoyens en ce qui concerne les aspects des SSP qu'ils considèrent eux–mêmes comme les plus importants ou les plus urgents.

Au même moment, les défenseurs des SSP doivent travailler à renforcer la position de ceux qui les appuient. Ce travail impliquera le développement d'alliances et de réseaux ainsi que la diffusion des données probantes et des bonnes pratiques que recèlent les écrits scientifiques. Il existe aujourd'hui une opportunité unique de construire une alliance internationale d'individus et d'organisations dédiées au renouvellement des SSP. Ceci coïncide avec l'attention accrue accordée au problème de l'équité, au rôle de la communauté internationale dans l'adoption de la santé comme un bien public mondial et à l'insatisfaction toujours plus grande concernant le « statu quo ».[85] Les partisans du renouvellement des SSP devront pouvoir accéder aux données scientifiques reconnues sur les avantages d'un système de santé axé sur les SSP. Les enseignements tirés doivent être diffusés largement auprès des parties concernées, les défenseurs des SSP et les agents du changement à tous les niveaux.

Enfin, une fois qu'a été constituée une masse critique de partisans et que les arguments en faveur du renouvellement des SSP ont été développés à un niveau local, on pourrait convenir de discuter avec ceux qui ne partagent pas cette vision. L'objectif devrait être d'identifier les points d'accord et de désaccord, de trouver des domaines potentiels dans lesquels il est possible de dégager un consensus et de réduire la portée des points qui ne sont pas négociables.

Il existe un intérêt renouvelé pour les SSP dans le monde entier. Des organisations aussi différentes que la Banque mondiale, les organisations de défense et de promotion, le secteur privé et l'OMS ont tous reconnu que le renforcement des systèmes de santé est une condition préalable à l'amélioration de la croissance économique, aux progrès de l'équité sociale, à l'amélioration de la santé et à la fourniture de traitements pour lutter contre le VIH/SIDA. Notre tâche est de convaincre ces acteurs que les SSP représentent l'espace logique et approprié pour la collaboration, l'investissement et l'action. Le moment d'agir est arrivé.

C. Lignes d'action stratégiques

L'objectif principal des lignes d'action proposées consiste à développer ou renforcer les systèmes de santé axés sur les SSP dans l'ensemble de la région des Amériques. Cet objectif nécessitera des efforts concertés de la part des professionnels de la santé, des citoyens, des gouvernements, de la société civile, des organismes multilatéraux, bilatéraux et d'autres encore.

Compte tenu de la diversité existant entre les pays de la région, le calendrier pour la réalisation de ces actions recommandées doit être flexible et adaptable à différentes situations et à différents contextes. En général, le temps estimé pour accomplir ces objectifs est évalué à 10 ans. Les deux premières années donneront la priorité à la réalisation d'analyses de situation et de diagnostics, alors que les années suivantes seront consacrées aux lignes d'action spécifiques déterminées ci–dessous.

Au niveau des pays (territoire national de chaque pays)

Les États Membres, représentés par leurs gouvernements, doivent :

1. Mener et développer le processus de renouvellement des SSP dans le but ultime d'améliorer la santé et l'équité au sein de la population.
2. Conduire une évaluation de la situation du pays et développer un plan d'action pour la mise en œuvre d'un système de santé axé sur les SSP sur une période de 10 ans.
3. Développer un plan de communication pour diffuser l'idée de systèmes de santé axés sur les SSP.
4. Encourager la participation communautaire à tous les niveaux du système de santé.
5. Effectuer une analyse des parties intéressées et examiner des options de politiques et de stratégies susceptibles de mener à la réalisation intégrale d'un système de santé axé sur les SSP.
6. Assurer la disponibilité et la pérennité des ressources financières, physiques et technologiques pour les SSP.
7. Garantir le développement des ressources humaines requises pour la mise en œuvre réussie des SSP, en incorporant l'approche d'équipes multidisciplinaires.
8. Créer les mécanismes nécessaires pour renforcer la collaboration intersectorielle et le développement de réseaux et de partenariats.
9. Aider à harmoniser et réaligner les stratégies de

coopération internationale pour qu'elles soient davantage axées sur les besoins du pays.

Au niveau sous–régional (Région andine, Amérique centrale, Caraïbes hispaniques, Caraïbes non hispaniques, Amérique du Nord et Cône austral)

Les organismes sous–régionaux travaillant avec l'OPS/OMS doivent :

1. Coordonner et faciliter le processus de renouvellement des SSP.
2. Développer une stratégie de communication et de défense/promotion pour faire progresser le concept de systèmes de santé axés sur les SSP.
3. Effectuer une analyse des parties intéressées et examiner des options de politiques et de stratégies susceptibles de mener à la réalisation intégrale d'un système de santé axé sur les SSP dans la sous–région.
4. Soutenir l'OPS/OMS et d'autres organismes de coopération internationale dans la mobilisation des ressources à l'appui des initiatives de SSP au niveau sous–régional.

Au niveau régional (Région des Amériques)

L'OPS/OMS, l'OEA et les entités régionales, comprenant les organismes de coopération internationale doivent :

1. Coordonner et faciliter le processus de renouvellement des SSP.
2. Effectuer une analyse des acteurs concernés et examiner les options et stratégies pour faire progresser les SSP dans la Région.
3. Promouvoir le développement de réseaux, d'alliances et de centres collaborateurs régionaux à l'appui des SSP, ainsi que l'échange des expériences dans les pays et entre les pays.
4. Mener les efforts pour mobiliser et maintenir les ressources à l'appui des initiatives de SSP au niveau régional.
5. Développer une méthodologie et des indicateurs pour suivre et évaluer les progrès accomplis par les pays et la Région prise dans son ensemble en faveur de la mise en œuvre de systèmes de santé axés sur les SSP.
6. Évaluer différents systèmes de santé axés sur les SSP, identifier et diffuser l'information sur les bonnes pratiques afin d'améliorer leur application.
7. Continuer à aider les pays à améliorer la formation des agents de santé, y compris les décideurs et les responsables dans les domaines prioritaires des SSP.
8. Tenir compte des valeurs, principes et éléments essentiels des SSP dans les activités de tous les programmes de coopération technique.
9. Contribuer à l'harmonisation et au réalignement des stratégies de coopération internationale pour qu'elles soient davantage axées sur les besoins de la Région.

Au niveau mondial (dans le monde entier)

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

1. Diffuser dans le monde entier le concept de systèmes de santé axés sur les SSP comme une stratégie clé pour atteindre les ODM et pour aborder efficacement les déterminants majeurs de la santé.
2. Évaluer la situation mondiale en ce qui concerne l'exécution des SSP, y compris l'analyse des acteurs concernés et examiner des options et stratégies pour renforcer l'approche.
3. Promouvoir le développement de réseaux, d'alliances et de centres collaborateurs mondiaux à l'appui des SSP, ainsi que l'échange des expériences dans les pays et entre les pays.
4. Établir un groupe de travail pour étudier et proposer un cadre conceptuel établissant les liens et les relations entre les SSP de même que d'autres stratégies/approches, telles que la promotion de la santé, la santé publique et la cible sur les déterminants sociaux dans la santé.
5. Déterminer le rôle approprié des SSP en réponse à des épidémies, des pandémies, des catastrophes et des crises majeures.

Mai 2008

Annexes

Annexe A : Méthodes

Ce document prend comme point de départ les résultats de la première réunion du Groupe de travail sur les SSP, qui s'est tenue à Washington, D.C., en juin 2004. Dans ses diverses versions préliminaires, il a servi de base aux réunions et discussions qui ont suivi. Ce travail, toujours en cours, continue de bénéficier de critiques et de dialogues constructifs.

Le Groupe de travail sur les SSP (GT) a été créé le 13 mai 2004, conformément à la résolution CD44.R6 de l'OPS/OMS, exhortant les États Membres à adopter une série de recommandations pour renforcer les SSP. Les séances plénières du GT ont été tenues à Washington (28–30 juin 2004) et à San José au Costa Rica (25–29 octobre 2004). Les objectifs du GT étaient les suivants : 1) examiner et réaffirmer les dimensions conceptuelles des SSP telles que contenues dans la Déclaration d'Alma Ata ; 2) développer des définitions opérationnelles de concepts importants pour les SSP ; 3) fournir une orientation aux pays et à l'OPS/OMS sur la façon de réorienter les systèmes et les services de santé de la Région selon les principes des SSP ; 4) rédiger une nouvelle déclaration régionale sur les SSP qui reflète les réalités actuelles des systèmes de services de santé et de la nécessité d'évaluer le niveau des progrès et de réalisation des SSP ; et 5) organiser et mener à bien une consultation régionale avec les acteurs concernés dans le but de légitimer les processus mentionnés ci–dessus.

Ce processus s'est concrétisé par plusieurs documents[ix] qui ont été présentés et discutés dans des forums virtuels et dans les séances plénières de la rencontre du Costa Rica. Le processus du GT a bénéficié de visites de terrain au Costa Rica, où les membres du GT ont consulté des experts locaux sur leurs opinions et expériences en matière de SSP et sur les efforts pour améliorer l'équité dans les SSP, afin de tirer les enseignements des expériences en cours dans ce pays.

Afin d'examiner la base des données probantes sur les SSP, nous avons effectué une revue systématique de la littérature scientifique, comprenant les articles de revues spécialisées examinés par comités de pairs ; les publications d'organisations internationales et gouvernementales de sources officielles et les documents de travail ; les déclarations et recommandations de politiques des réunions internationales et des groupes de défense/promotion ; et les rapports des expériences de terrain d'une série d'organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales. Les résultats de cette revue sont présentés dans la bibliographie annotée préparée dans le cadre du Groupe de travail.[x]

En mai 2005, la version préliminaire de la position a été soumise aux différents pays avec des suggestions pour la conduite du processus de consultation nationale sur les SSP ainsi que des directives spécifiques pour l'analyse de la position. Vingt consultations nationales ont été réalisées entre mai et juillet 2005 (voir Encadré 4). Au niveau des pays, la position a été revue par des représentants de ministères, des universités, des ONG, des associations professionnelles, des prestataires de services de santé, des décideurs, des consommateurs et d'autres secteurs sociaux. Après les discussions nationales, les résultats de chacun des pays ont été transmis au siège de l'OPS, où ils ont été analysés, et les suggestions ont été intégrées dans la version finale du document.

Les versions préliminaires de la position, la déclaration régionale et les lignes d'action stratégiques ont été discutées à la Consultation Régionale tenue à Montevideo, en Uruguay du 26 au 29 juillet 2005. La consultation a rassemblé près de 100 personnes représentant plus de 30 pays de la Région, des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des universités et des agences des Nations Unies.

La position actuelle et la Déclaration Régionale tiennent compte des recommandations faites tout au long de ces processus consultatifs.

Encadré 4 : Consultations nationales sur le renouvellement des SSP

Pays	Date
Argentine	20 mai–10 juin
Bolivie	juin (virtuelle)
Brésil	7 juin
Chili	11 juin
Colombie	25–28 mai
Costa Rica	10 juin
Cuba	13 juin
République Dominicaine	27–30 juin
Équateur	14 juillet
El Salvador	15 juin

Pays	Date
Guatemala	2 et 9 juin
Guyana	12 mai
Jamaïque	5 mai
Mexique	1er juillet
Nicaragua	21 et 23 juin
Panama	8 juillet
Paraguay	2 juin
Pérou	14 et 15 juillet
Suriname	30 juin
Vénézuela	14 et 20 juillet

[ix] *Revisión y actualización de los principios de APS. Dr Javier Torres Goitia and Group 1 ; Desarrollo de un nuevo marco conceptual y analítico de APS. Dr Sarah Escorel and Group 2 ; Integración de los enfoques Horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud. Dr Rodrigo Soto and Group 3 ; Consulta regional. Términos de referencia. Dr Enrique Tanoni, Dr Juan Manuel Sotelo and Group 4.*

[x] *Annotated Bibliography on Primary Health Care. 2005. Prepared by J. Macinko & F. Guanais. Washington, DC : Pan American Health Organization.*

Annexe B : Déclaration Régionale sur les nouvelles orientations pour les soins de santé primaires (Déclaration de Montevideo)

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
46e CONSEIL DIRECTEUR
57e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL
Washington, D.C., ÉUA, 26–30 septembre 2005

CONSIDÉRANT QUE :

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

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

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

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

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

NOUS NOUS ENGAGEONS À :

Plaider en faveur de l'intégration des principes des soins de santé primaire dans l'élaboration des systèmes nationaux de santé, la gestion de la santé, l'organisation, le financement et les soins au niveau du pays, d'une façon qui contribue, de concert avec d'autres secteurs, au développement humain complet et équitable, en relevant effectivement, parmi d'autres défis, les objectifs de développement liés à la santé internationalement concertés, dont ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, et d'autres défis nouveaux et émergents liés à la santé. À cette fin, chaque État devrait, conformément à ses besoins et ses capacités, préparer un plan d'action établissant des projections ou des délais pour la formulation de ce plan d'action et soulignant les critères appelés à régir son évaluation, sur la base des éléments décrits ci–après :

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

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

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

La participation au niveau local au système de santé par les personnes individuelles et collectivement par les communautés doit être renforcée pour permettre à la personne individuelle, à la famille et à la communauté de s'exprimer dans les prises de décision, renforcer l'exécution et l'action individuelle et communautaire, et appuyer et souvenir efficacement les

politiques de santé en faveur de la famille au fil du temps. Les États Membres devraient mettre l'information sur les résultats de la santé, des programmes de santé et de la performance des centres de santé à la disposition des communautés pour qu'elles l'utilisent en exerçant un contrôle du système de santé.

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

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

IV) Développement du travail intersectoriel.

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

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

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

VI) Renforcement des ressources humaines en santé.

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

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

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

VIII) Garantie de durabilité financière.

Les États doivent déployer les efforts nécessaires pour être en mesure d'obtenir le financement durable des systèmes de santé, appuyer le processus de renouvellement des soins de santé primaires encourager une réponse adéquate au regard des besoins de santé de la population, avec le soutien des institutions internationales de coopération.

IX) Recherche et développement et technologie appropriée.

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

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

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

Annexe C : Quelques événements marquants autour des SSP dans les Amériques, 1900–2005

Année	Événements à l'échelle mondiale	Événements dans les Amériques
1900–1950	• Consensus unanime de la Conférence des Nations Unies, tenue à San Francisco, pour mettre sur pied une nouvelle organisation internationale autonome de la santé (1945) • Développement en Afrique du Sud et aux ÉUA de l'approche des soins de santé primaires orientés sur la communauté	• Établissement du Bureau sanitaire international (1902) • Espérance de vie : 55,2 ans (1950–1955)
1960	• Création de la Commission médicale chrétienne par des missionnaires médicaux travaillant dans les pays en voie de développement : ceux–ci mettent l'accent sur la formation de travailleurs en santé des villages	• Augmentation rapide de la formation des professionnels de la santé et investissements dans l'infrastructure sanitaire dans l'ensemble des Amériques • Espérance de vie : 65,06 ans (estimation 1968)
1970	• Expansion du programme des « médecins aux pieds nus » en Chine • Les besoins de base sont priorisés : alimentation, logement, eau, fournitures, services médicaux, éducation et emploi • Élection de Halfdan Mahler comme Directeur général de l'OMS : il soutient efficacement le travail communautaire (1973) • Première Conférence sur la population (1974) • 28e Assemblée mondiale de la Santé pour mettre en priorité la construction des programmes nationaux sur les SSP (1975) • Conférence internationale d'Alma Ata (1978) • Éradication de la variole (1979) • Soins de santé primaires sélectifs (1979)	• Publication du rapport Lalonde (Canada) autour de l'idée de déterminants «non médicaux » de la santé (1974) • Développement de buts régionaux de la santé • Projets à petite échelle de soins de santé primaires orientés sur la communauté au Venezuela, en Amérique Centrale et ailleurs • Espérance de vie : 66 ans (1978)
1980	• Santé pour tous en l'An 2000 • Mise en place d'un programme pour lutter contre le VIH/SIDA (OMS) • Expansion des SSP sélectifs et des programmes verticaux • Conférence sur la population (Mexico, 1983) • Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986)	• Développement d'un Plan d'action régional • Dépression économique • Détérioration des services publics • Gouvernements démocratiques élus dans quelques pays • Dépendance des donateurs • Approche de systèmes de santé locaux (SILOS) • Renouvellement de la participation communautaire • Couverture de vaccination pour la rougeole : 48% • Incidence de la rougeole : 408/1 000 000 • Espérance de vie : 69,2 ans (1980–85)
1990	• Développement durable • Concept du développement humain • Virage de la Banque mondiale sur la nécessité de lutter contre la pauvreté et d'investir dans la santé • Promotion d'un ensemble de soins de santé de base dans la foulée de la réforme du secteur de la santé • Changement dans le rôle de l'État • Sommet de l'Enfance (New York, 1990) • Sommet de la Terre (Rio, 1992) • Conférence sur la Population et la Santé reproductive (Le Caire, 1994)	• Épidémie de choléra • Détérioration progressive des conditions de vie, de l'environnement social et physique • Quelques réformes de la santé pour renforcer les SSP (e.g., Cuba, Costa Rica) • PIAS (Plan d'investissement dans l'environnement et la santé) • Fin des guerres civiles en Amérique Centrale • Élimination de la polio dans les Amériques (1994) • Espérance de vie : 72,0 (1996)
2000	• Commission sur la macroéconomie et la santé • Expansion de la pandémie de VIH/SIDA • Établissement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose • Établissement de GAVI • Accent sur l'équité en santé • Regard sur la santé comme un bien mondial de santé publique • Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) • Commission sur les déterminants sociaux de la santé • Charte de Bangkok (2005)	• Couverture de vaccination pour la rougeole : 93 % • Incidence de la rougeole : 2 pour 1 000 000 • Espérance de vie : 72,9 ans (1995–2000) • Renouvellement des SSP dans les Amériques

Sources : [32, 82, 86–91]

Annexe D : Facteurs facilitants et barrières à la mise en œuvre efficace des SSP dans les Amériques

Domaine	Facteurs facilitants	Barrières
Vision/approche de la santé	• Approche intégrée de la santé et de ses déterminants • Promotion de la santé communautaire • Promotion de la responsabilité individuelle, familiale et communautaire	• Vision fragmentée des concepts de santé et de développement • Indifférence face aux déterminants de la santé • Manque d'une approche préventive et d'auto–responsabilité face aux traitements • Accent excessif sur les soins curatifs et spécialisés • Opérationnalisation insuffisante des concepts de SSP • Interprétations différentes des SSP
Caractéristiques des systèmes de santé	• Couverture universelle en tant que composante de l'inclusion sociale • Orientation des services sur les besoins de la population • Fonctions de coordination à tous les niveaux • Assise des soins fondée sur des données probantes et la qualité des prestations	• Capacité à payer pour les services de santé dans le cadre de réformes de santé basées sur le fractionnement des catégories d'usagers • Segmentation entre secteur public, sécurité sociale et secteur privé • Manque de coordination et de systèmes de référence et contre–référence • Capacité réglementaire déficiente
Leadership et gestion	• Évaluation périodique de la performance • Processus participatifs au niveau des réformes • Identification correcte des priorités sectorielles • Pratiques orientées sur l'obtention de consensus • Intégration de la coopération locale et internationale • Systèmes d'information de santé et de gestion renforcés et intégrés	• Manque d'engagement politique • Centralisation excessive de la planification et de la gestion • Faible « leadership » et manque de crédibilité aux yeux des citoyens • Mobilisation d'intérêts réfractaires aux SSP • Participation communautaire limitée et exclusion d'autres acteurs clés
Ressources humaines	• Accent sur la qualité et l'amélioration continue • Éducation professionnelle continue • Développement d'équipes multidisciplinaires • Promotion de la recherche • Développement de capacités gestionnaires	• Conditions d'emploi inadéquates • Mauvais développement des compétences • Intérêt limité dans la recherche opérationnelle et le développement • Mauvaise utilisation des techniques de gestion et de communication • Prédominance des approches curatives et biomédicales
Conditions financières et macro-économiques	• Politiques pour garantir le financement approprié dans le temps • Systèmes pour l'allocation et l'utilisation des ressources sur une base efficiente et équitable • Politiques macroéconomiques plus solides en faveur des plus démunis	• Manque de pérennité financière pour les SSP • Dépenses publiques canalisées sur les spécialités médicales, les hôpitaux et la haute technologie • Budgets insuffisants consacrés aux SSP • Pression de la mondialisation et instabilité économique
Approche de coopération internationale au niveau du secteur de la santé	• Reflet des valeurs sociales et des besoins de santé de la population dans les SSP • Élément central des politiques nationales de la santé sur les SSP au niveau stratégique • Rôle clé des réformes sur le renforcement du rôle recteur de l'État (gouvernance) • Cadre politique et cadre légal pour les réformes en santé • Politiques de décentralisation progressive • Avantage comparatif des réformes de la santé pour renforcer plutôt que d'affaiblir les systèmes de santé	• Stratégies et priorités spécifiques sur les maladies • Absence de valeurs sociétales dans les initiatives de réforme • Objectifs limités avec des échéances excessivement courtes qui ne tiennent pas compte des priorités de la population • Continuité insuffisante des politiques de santé • Approches excessivement verticales et centralisées • Coûts transférés aux citoyens dans le contexte de consultations limitées

Sources : [1, 3, 11, 32, 79, 92–95] et rapports des pays produits dans le cadre du processus consultatif de renouvellement des SSP.

Mai 2008

Références

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

28. Peoples' Health Movement. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
29. Vuori H. Primary health care in Europe—Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221–31.
30. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221–30.
31. World Health Organization. *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
32. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864–74.
33. Ehiri JE, Prowse JM. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? *Health Policy Plan* 1999;14(1):1–10.
34. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167–76.
35. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med 2002*;162(20):2269–76.
36. Mills A. Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches? *Bulletin of the WHO 2005*;83(4):315–6.
37. Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Millennium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health–Interim Report*. New York: UN Millennium Project.
38. World Health Organization. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000.
39. World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Geneva: WHO, 1996.
40. Fuenzalida–Puelma H, Scholle–Connor S. *The Right to Health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989.
41. Sen A. Why health equity? *Health Economics 2002*;11:659–666.
42. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115–8.
43. Sen A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford University Press, 1992.
44. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429–45.
45. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980–2001. *Int J Equity Health 2002*;1(1):1.
46. Aday LA, Andersen R, Flaming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
47. Pan American Health Organization. *Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases fo r action*. Washington, DC: PAHO, 2002.
48. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4–184–97.
49. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research* 2003;38(3) :819–853.
50. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994 ;344(8930):1129–33.
51. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J, editor. *The Future of Primary Care*. Papers for a Symposium held on 13th September 1995. London: Office of Health Economics, 1996:18–29.
52. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201–16.
53. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291–313.

54. Macinko J, Guanais F, Marinho F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60(1):13–19.
55. Grumbach K. The ramifications of specialty–dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155–7.
56. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330–6.
57. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727–34.
58. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431–458.
59. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
60. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273–80.
61. Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv* 1998;28(4):777–91.
62. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings–how much do we know? *Lancet* 2004;364(9442):1365–70.
63. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
64. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care–sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51–9.
65. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross– national comparison. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):283–94.
66. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246–51.
67. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995;274(4):305–11.
68. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Common Fund)* 2000;433(1–5).
69. Bermúdez–Tamayo C, Marquez–Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea–Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. [Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions] (Article in Spanish). *Atención Primaria* 2004;33(6):305–11.
70. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor–patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97–102.
71. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9(4):333–8.
72. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long–term physician–patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742–7.
73. Rosero–Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;15(2):94–1003.
74. Rosero–Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS–based study. *Social Science & Medicine* 2004;58:1271–1284.
75. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martínez H, Palafox M, Romero G, et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan* 1998;13(3):323–31.
76. Reyes H, Pérez–Cuevas R, Salmerón J, Tome P, Guiscafre H, Gutiérrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan* 1997;12(3):214–23.

77. Global Forum for Health Research. *Global Forum Update on Research for Health 2005. Health research to achieve the Millennium Development Goals (available: http://www.globalforumhealth.org)*. London: Pro–Brook Publishing, 2005.
78. Symposium on National Strategies for Renewing Health–for–All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health–for–All; 1998; Washington, DC. PAHO.
79. Banerji D. Alma–Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707–708.
80. Kupfer L, Hofman K, Jarawan R, McDermott J, Bridbord K. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82(8):616–9; discussion 619–23.
81. Glassman A, Reich MR, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):115–126.
82. Pan American Health Organization. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. In: Brito P, Campos F, Novick M, editors. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: PAHO, 1996.
83. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO, 2005.
84. Birdsall N, Szekely M. Bootstraps, not Band–Aids: Poverty, equity and social policy. *Working paper 24*. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
85. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a 'Global Public Good' perspective. *Health Policy Plan* 2004;19(5):271–8.
86. Casas JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. *Renovación de salud para todos*. Washington, DC: PAHO, 1996.
87. Rodríguez–García R, Goldman A. *La conexión Salud–Desarrollo*. Washington, DC: PAHO, 1996.
88. Pan American Health Organization. L*a transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO, 2003.
89. Storia dell'eradicazione della poliomielite. *Available: http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf* December 21, 2004.
90. Organizacion Panamericana de la Salud. Análisis de la situación de salud y sus tendencias en las Américas por subregión, 1980–1998. *Boletin Epidemiologico 20 años* 1999;20(1).
91. Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas 1965–1968*. Washington, DC PAHO/WHO, 1970.
92. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2004.
93. Szekely M. The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. *Interamerican Development Bank Working Paper 454*. Washington, DC: IDB, 2001.
94. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy Plan* 2004;19(6):380–90.
95. Lewis MJ. *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.

www.paho.org

Organisation panaméricaine de la Santé

Bureau régional de l'
Organisation mondiale de la Santé

525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895