



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR **61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD49/3, Rév. 1 (Fr.)
18 septembre 2009
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

**Vers la « Santé pour tous » :
Le point des soins de santé primaires aux Amériques**

Message de la Directrice

Aux États Membres :

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2008-2009 sur le travail du Bureau sanitaire panaméricain, Office régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé. Le rapport met en exergue les principales activités entreprises par le Bureau dans le cadre de sa coopération technique pendant cette période entrant dans les Plans stratégiques 2008-2012 du Bureau sanitaire panaméricain, définis par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Mirta Roses Periago
Directrice

Il existe des pays dans notre Région et dans le monde qui ont réussi à mettre en place des systèmes de santé garantissant l'accès universel et équitable, d'une nature collective et participative, sans pour autant se départir de leur efficacité et de leur qualité. Tous ces systèmes reposent sur les soins de santé primaires.

*— Mirta Roses Periago
Directrice, Organisation panaméricaine de la Santé*

TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
Introduction.....	4
Chapitre I. Une nouvelle vision	5
Chapitre II. Vers la couverture universelle	11
Chapitre III. Vers des services mettant l'individu au centre des soins de santé.....	15
Chapitre IV. Promouvoir une politique publique de la santé.....	28
Chapitre V. Un nouveau leadership en santé.....	31
Chapitre VI. Relever les défis de l'avenir.....	40

Introduction

1. La Région des Amériques a fait un grand pas en avant sur le plan de la santé ces 25 dernières années, tel qu'en témoigne pratiquement chaque indicateur clé. Depuis le début des années 80, la mortalité infantile a diminué de plus de la moitié, les décès imputables aux maladies transmissibles connaissent pratiquement le même recul et l'espérance moyenne de vie s'est rallongée de six années.
2. Malheureusement, de tels progrès ne reflètent que des moyennes et cachent des inégalités continues, souvent béantes, dans la santé entre les pays et au sein d'un même pays. L'espérance de vie est plus longue de 20 années pour les personnes des pays les plus riches des Amériques que pour ceux vivant dans les pays les plus pauvres. Au sein de certains pays, les plus riches vivent 30 ans en plus que les plus pauvres. Soixante pour cent de tous les décès maternels dans la Région surviennent dans un tiers seulement des pays les plus pauvres. La présente crise économique mondiale et les nouvelles menaces qui surgissent – surtout la hausse rapide des maladies chroniques non transmissibles – menacent les gains de santé acquis par les pays tout en creusant la brèche des inégalités puisqu'elles affligent de manière disproportionnée les pauvres et les vulnérables.
3. Autant de défis que cherchent à relever les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), avec le soutien du Secrétariat de l'OPS, en réformant et en restructurant leurs systèmes de santé pour les rendre plus efficaces, plus accessibles et plus inclusifs. Une nouvelle vision de soins de santé primaires éclaire ces efforts dont les principes et orientations stratégiques ont été retenus par l'OPS et l'Organisation mondiale de la Santé comme l'approche la plus efficace pour promouvoir des améliorations équitables et durables sur le plan de la santé.
4. Le présent rapport met en exergue les progrès de la réforme et des interventions orientées vers la nouvelle vision des soins de santé primaires, ainsi que le rôle de l'OPS encourageant et soutenant ces avancées. L'OPS espère que ce rapport donnera encore une nouvelle impulsion à cette approche inédite aux soins de santé primaires et, partant, renforcera les efforts déployés sur l'ensemble de la Région pour traduire la vision dans la réalité de la « Santé pour tous ».

Chapitre I

Une nouvelle vision

5. Les pays des Amériques se trouvent aux prises avec les mêmes problèmes fondamentaux de la santé auxquels s'adressait il y a 30 ans l'appel d'Alma Ata pour la « Santé pour tous d'ici l'an 2000. » En effet, malgré des gains impressionnants dans l'espérance de vie et autres indicateurs agrégés, des millions de personnes n'ont toujours pas accès aux soins de santé et autres éléments essentiels à une bonne santé. Les systèmes de santé sont obérés par des coûts élevés. Peu efficaces, ils ont du mal à répondre aux profonds changements dans les tendances épidémiologique et démographiques. Les budgets nationaux de la santé sont constamment sous-financés alors qu'est accepté de partout le message d'Alma Ata selon lequel la protection de la santé est indispensable au développement socio-économique durable et à une bonne qualité de la vie.

6. Ces trente dernières années, de nombreux pays ont tenté de s'attaquer aux problèmes par voie de la réforme du système de santé mais leurs efforts ont abouti à des résultats qui sont restés limités, mitigés et, dans certains cas négatifs. Les réformes du secteur de la santé dans les années 80 et 90 ont cherché à améliorer le coût-efficacité et la viabilité financière par le biais de la décentralisation, la déréglementation et la concurrence mais elles ont laissé dans leur sillon des systèmes de santé segmentés et fragmentés, dispensant différents types de soins de santé à différents groupes sans réelle coordination, continuité ou équité. Même les efforts faits pour mettre en œuvre les soins de santé primaires ont rarement eu l'effet souhaité. Nombreux sont les pays qui ont appliqué l'approche de manière trop sélective, à l'aide d'une poignée d'interventions percutantes destinées à des groupes particuliers ou s'attaquant à quelques maladies spécifiques ou encore offrant des soins de santé de base, à faible coût, pour les pauvres. Seuls quelques pays de la Région (Brésil, Canada, Chili, Costa Rica et Cuba) ont fait des soins de santé primaires le pilier de leur système de santé. Ils figurent parmi les pays qui ont atteint les meilleurs résultats en santé.

7. Autant d'expériences et d'autres du monde entier qui nous montrent à l'évidence que les systèmes de santé classiques n'ont pas les moyens de répondre aux besoins de santé des gens et que ce sont les principes et les stratégies des soins de santé primaires qui détiennent le meilleur potentiel d'améliorer les résultats et de réduire les inégalités en santé.

8. Au regard de la situation, les États Membres de l'OPS en 2003—marquant le 25^e anniversaire d'Alma Ata—ont renouvelé collectivement leur engagement aux soins de santé primaires dans une résolution (CD44-R6) demandant au Secrétariat de l'OPS de tenir compte des principes de soins de santé primaires dans toutes ses activités de coopération technique. Les pays ont prié l'OPS d'encourager l'approche par l'entremise

de la formation du personnel de santé, du soutien aux modèles définis localement et de l'évaluation de différents systèmes basés sur les soins de santé primaires. Ils se sont également tournés vers l'OPS recommandant que soient organisées des célébrations et discussions sur les 25 années d'expérience des Amériques concernant cette approche afin de pouvoir retenir les meilleures pratiques pour mettre en œuvre des réformes basées sur les soins de santé primaires sur l'ensemble de la Région.

9. Aussi, l'OPS et ses États Membres ont-ils organisé une série de consultations nationales et internationales sur les soins de santé primaires sensibilisant la société civile, les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les universités, les associations professionnelles, d'autres organismes des Nations Unies et la communauté internationale. S'inspirant d'une version préliminaire du Groupe de travail spécial sur les soins de santé primaires et des recommandations du 46^e Conseil directeur en septembre 2005, l'OPS a mis au point *Renewing Primary Health Care in the Americas*, document de position qui définit l'approche et donne les grandes orientations stratégiques et programmatiques sur lesquelles seront érigés les systèmes de santé dans l'optique du renouveau de la vision. Plus de 40 000 exemplaires du document ont été distribués, dans les quatre langues officielles de l'OPS, dans les Amériques et dans le monde entier. En septembre 2005, le 46^e Conseil directeur de l'OPS a exprimé son soutien pour la nouvelle approche dans la Déclaration régionale sur les nouvelles orientations pour les soins de santé primaires (Déclaration de Montevideo, CD 46). Approche avalisée en plus dans la déclaration finale de la conférence internationale de Buenos Aires 30/15 : d'Alma-Ata à la Déclaration du Millénaire (Déclaration de Buenos Aires) en 2007, dans le Consensus d'Iquique de la 9^e Conférence ibéro-américaine des Ministres de la Santé, dans l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017 et dans le cinquième Sommet des Amériques (Déclaration de Port of Spain) en avril 2009.

10. Le document de position de l'OPS/OM présente un cumul de données prouvant que les systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires sont plus efficaces, comporte des coûts plus faibles et obtiennent une plus grande satisfaction des utilisateurs. Invoquant les expériences concernant les soins de santé primaires dans les Amériques et d'autres régions, et l'incapacité des systèmes existants à répondre aux besoins de santé actuels, le rapport présente une nouvelle vision de la réforme basée sur les soins de santé primaires, de pair avec des directions stratégiques essentielles et les grandes lignes d'action pour les mettre en œuvre.

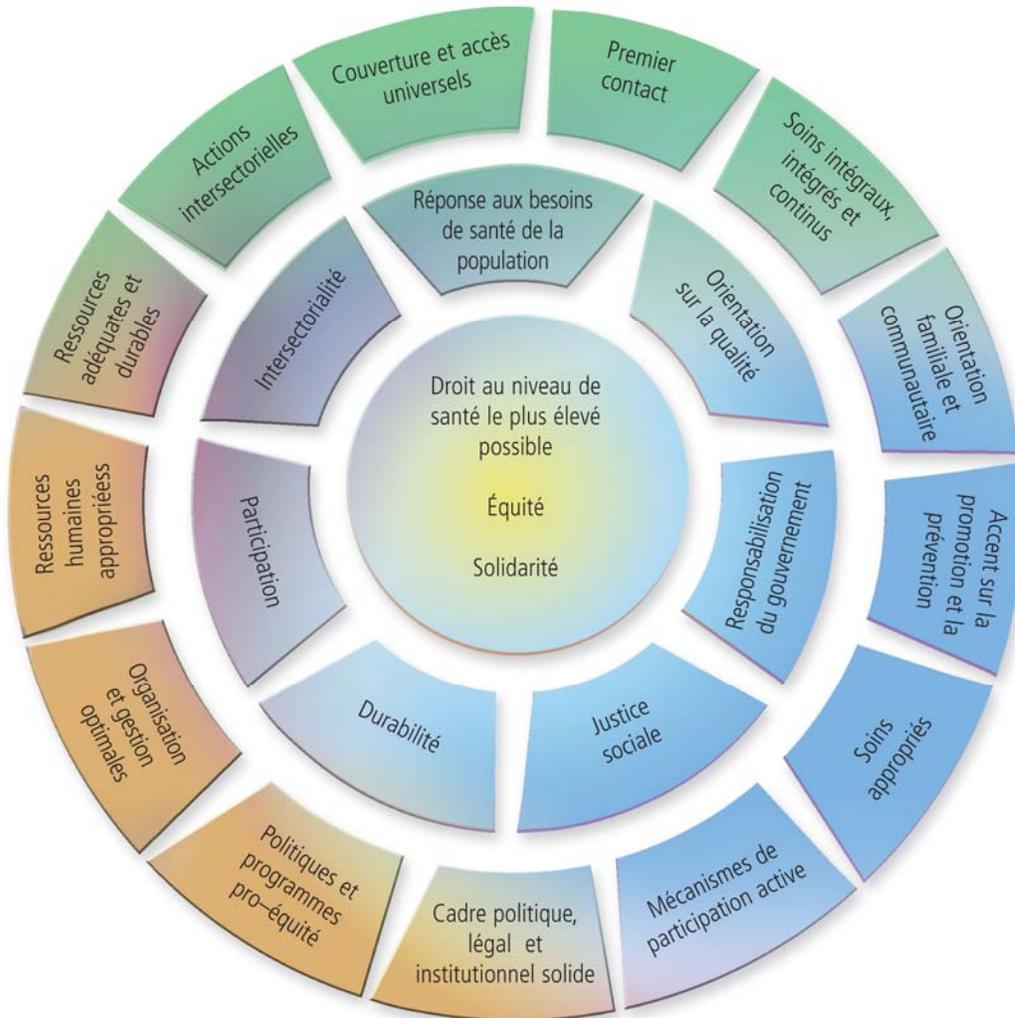
11. Fidèle à l'esprit d'Alma Ata, la nouvelle vision de l'OPS/OMS se démarque de maintes manières des approches adoptées depuis 1978 aux soins de santé primaires. Elle rejette l'idée d'une enveloppe définie d'interventions de santé visant des groupes spécifiques de la population, cherchant davantage à transformer le système de santé dans son entier. Elle épouse les principes de l'équité, de la solidarité et du droit de chacun à atteindre le meilleur état de santé possible. Elle met aussi en avant la qualité des services

et la viabilité. Elle reconnaît les rôles des secteurs public, privé et à non but non lucratif ainsi que l'importance des fonctions du système de santé autre que la prestation des soins médicaux. Elle sait que les pays ont des besoins différents ainsi des ressources, capacités administratives et préférences culturelles différentes et qu'il ne saurait donc être question d'un modèle « taille unique » qui soit ajusté à tous, ce n'est pas possible et ce n'est pas non plus souhaitable. Ce qu'elle présente, ce sont les principes directeurs et les grands domaines d'action pour mettre en œuvre une réforme de santé complète.

12. Le document de position de l'OPS/OMS présente trois valeurs centrales, sept principes et 13 éléments essentiels qui sont les fondements des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (voir Figure 1). Ensemble, ils érigent des systèmes de santé qui garantissent la couverture universelle et l'accès à des services qui sont acceptables aux yeux de la population et qui dispensent des soins complets, intégrés et appropriés dans le temps, en insistant sur la prévention et la promotion de la santé. Pour de tels systèmes, la famille et la communauté sont la base de la planification et de l'action et ils misent sur la participation individuelle et collective dans la formulation des politiques, le choix des priorités et les décisions concernant leur propre santé. Ils défendent les principes de la solidarité, de la justice sociale et de l'accès équitable non seulement aux services mais aussi aux autres conditions essentielles à une bonne santé.

13. La vision de l'OPS/OMS demande une solide fondation juridique, institutionnelle et organisationnelle ainsi que des ressources humaines, financières et technologiques adéquates et durables. Des pratiques de gestion optimale vérifient la qualité, l'efficacité et l'efficience ainsi que l'évaluation et le suivi transparents qui sont les garants de la redevabilité et de la responsabilisation. Elle repose sur l'action intersectorielle et la promotion de politiques et de programmes traitant des déterminants sociaux de la santé.

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



14. En 2007, deux années après la Déclaration de Montevideo, le renouveau des soins de santé primaires a été porté à l'ordre du jour quand le nouveau Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a avalisé l'approche comme étant « la seule manière d'assurer un accès équitable, abordable et durable aux soins essentiels sur l'ensemble d'une population. » L'année suivante, le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé donnait du poids à l'argument en présentant des écarts qui se creusent de plus en plus sur le plan de la santé au sein des pays et entre ces derniers, analysant les causes sociales, économiques et politiques de tels écarts et citant le renouveau des soins de santé primaires comme la meilleure solution.

15. Sous le leadership du Dr Chan, l'OMS a fait sa propre revue des soins de santé primaires, s'inspirant des expériences des Amériques et du monde entier. Ce travail a abouti à la publication du Rapport sur la santé dans le monde de 2008, *Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, source de données probantes supplémentaires validant les soins de santé primaires comme la meilleure manière d'assurer l'équité en santé et d'armer les systèmes de santé pour qu'ils puissent relever les nouveaux défis. Une année plus tard, la 62^e Assemblée mondiale de la Santé a avalisé l'approche, recommandant vivement son adoption (WHA 62.12 et WHA 62.14).

16. Le Rapport sur la santé dans le monde de 2008 analyse les grandes défaillances affaiblissant les systèmes conventionnels de soins de santé faisant qu'ils ne sont plus en mesure de répondre aux besoins du plus grand nombre : « soins inverses » - ceux plus aisés consomment davantage de soins que les gens plus modestes qui ont de plus grands besoins ; « soins d'appauvrissement » - personnes et familles qui n'ont pas de protection sociale et qui tombent dans la pauvreté suite à des dépenses propres catastrophiques ; « soins fragmentés » suite à une spécialisation excessive qui se met en travers de l'approche holistique et continue ; « soins à risques suite à une structure précaire incapable de veiller à l'application de normes d'hygiène et de sécurité et « soins mal dirigés » faisant que les ressources sont allouées de manière disproportionnée au soins curatifs au détriment de la prévention et de la promotion de la santé.

17. Le rapport explique comment les soins de santé primaires comblent ces lacunes en apportant dans la réponse intégrée et équilibrée aux besoins de santé. Il ébauche quatre domaines de la réforme des soins de santé primaires revêtant une importance critique pour la mise en place de systèmes de santé réussis :

18. **Couverture universelle.** Si on veut réduire les inégalités sur le plan de la santé, il faut donner à tout le monde un accès aux soins de santé en fonction des besoins de chacun et quelle que soit sa capacité de payer. Les pays doivent entreprendre des réformes qui se dirigent vers l'accès universel et la protection sociale en santé, que ce soit en étendant la couverture à la population entière pour un nombre croissant des services ou en diminuant les coûts propres de l'utilisateur.

19. **Prestation de services.** Seuls des soins de santé « axés sur les gens » sauront répondre aux besoins et attentes des utilisateurs. Les pays doivent chercher à réorganiser et à réformer leurs services de santé pour garantir des soins de santé continus et de haute qualité qui sont disponibles localement. S'agissant notamment d'améliorer la qualité technique et la qualité perçue des services de santé.

20. **Politiques publiques.** Un grand nombre des déterminants les plus importants de la santé n'entrent pas dans la portée du secteur de la santé. Aussi, les pays doivent-ils se doter de politiques publiques intégrées et transversales qui mettent en avant la prévention

et la promotion de la santé, assurant la collaboration intersectorielle qui traite des déterminants sociaux de la santé.

21. **Leadership.** Les systèmes de santé n'évoluent pas d'eux-mêmes vers une plus grande équité, efficacité et efficience. Seul un leadership actif saura leur donner cette nouvelle direction. Les gouvernements doivent prendre les rênes en main et faciliter un dialogue participatif engageant tous les secteurs, en renforçant les capacités institutionnelles et individuelles dans la formulation des politiques de santé et en améliorant le recueil d'informations sanitaires venant étayer le débat de politiques.

22. Dans les Amériques, un nombre croissant de pays ont adopté la nouvelle vision des soins de santé primaires et déployé des initiatives fondées sur ses grands principes et lignes d'action. S'agissant d'efforts en vue d'améliorer la qualité et l'acceptabilité des services de santé ou des lois et cadre juridiques sur la couverture universelle en santé. De telles dispositions ont été intégrées aux nouvelles constitutions de la Bolivie, de l'Equateur et du Venezuela qui garantissent la santé comme un droit fondamental de tous les citoyens et confie à l'Etat la responsabilité de garantir l'inclusion et l'accès aux services de santé (voir également le Chapitre II).

23. Autres exemples de progrès vers une couverture sanitaire universelle ces dernières années :

- Plan d'assurance de santé maternelle et infantile (« Plan Nacer ») et Plan médical obligatoire.
- Assurance nationale de santé aux Bahamas.
- Système national de santé publique du Brésil (Sistema Único de Saúde) et Programme de santé familiale.
- Régime des garanties de santé du Chili (« Plan AUGE »).
- Régime subventionné du Système général de sécurité sociale en santé de la République dominicaine.
- Loi créant le Système national de santé au Salvador.
- Assurance populaire du Mexique.
- Modèle de santé familiale et communautaire du Nicaragua.
- Assurance santé complète du Pérou.
- Système national de soins de santé intégrés et Fonds national de santé de l'Uruguay.

24. Les pays de la Région progressent bien vers une meilleure intégration et coordination de leurs services de santé, élargissant l'accès à des soins complets, encourageant la prévention et la promotion de la santé et traitant les déterminants sociaux de la santé. Les chapitres III à VI du présent rapport mettent en exergue toute une gamme de telles initiatives dans le contexte de la coopération technique de l'OPS en 2008-2009. Pris ensemble, de tels efforts signifient que la Région des Amériques a fait un grand pas en avant vers son but collectif de la « Santé pour tous. »

Chapitre II

Vers la couverture universelle

25. L'accès universel aux services de santé et à la protection sociale est indispensable pour arriver à l'équité en santé. C'est le pivot de la vision renouvelée des soins de santé primaires. Le concept est vivement soutenu parmi les pays membres de l'OPS. L'universalité est l'un des grands principes de l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017 et parmi les huit domaines d'action prioritaires de l'Agenda figurent une meilleure protection sociale et un accès élargi aux services de santé de qualité.

26. En 2008-2009, les États Membres de l'OPS ont fait un grand pas en avant vers l'accès universel à la santé par l'entremise de nouvelles lois et cadres de politiques ainsi que le biais de programmes concrets sur le terrain. Les points saillants de la coopération technique de l'OPS à l'appui de ces progrès sont présentés ci-après.

27. En **Bolivie**, l'OPS a soutenu un programme sur les consultations prénatales pour les femmes enceintes qui n'ont pas d'assurance maladie. Le programme Juana Azurduy de Padilla verse aux futures mères 50 bolivianos (environ 7 USD) pour chaque consultation prénatale à laquelle elles se rendent et 120 bolivianos en plus, si elles accouchent dans un établissement de santé. Les femmes reçoivent également 125 bolivianos pour chaque visite de contrôle de l'enfant, tous les quinze jours, jusqu'à ce qu'il ait deux ans. L'initiative a commencé à être mise en œuvre en mai 2009 dans toutes les municipalités du pays. L'OPS apporte un soutien à la mise en place de l'infrastructure et des ressources humaines nécessaires pour fournir les services de santé entrant dans le programme.

28. En **Colombie**, l'OPS soutient les efforts nationaux faits en vue d'étendre la couverture de santé dans le cadre de deux initiatives qui ciblent des groupes spéciaux. Dans le cadre de la première, l'OPS a aidé le Ministère de la Protection sociale à mettre sur pied un groupe technique spécial (*mesa técnica*) chargé de formuler divers modèles multiculturels de soins de santé primaires qui garantissent l'expansion de la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité pour les personnes vivant dans les

régions reculées. Les premiers modèles sont appliqués à présent dans le département de Chocó (2009-2010) et on prévoit de les étendre dans les régions de la Côte pacifique de la Colombie.

29. Dans le cadre de la seconde initiative, l'OPS a aidé à étendre la couverture sanitaire aux personnes déplacées par les conflits, représentant entre 9 à 12 % de la population colombienne. L'OPS a soutenu les activités d'extension et de santé par le biais de l'initiative Route de la Santé (Ruta de la Salud) qui sensibilise les autorités et les personnes déplacées à leurs droits et devoirs respectifs et apprend aux personnes déplacées comment elles peuvent avoir accès aux services de santé dans leurs nouveaux lieux d'habitation. L'OPS a également mis au point un programme informatique, SIGA, qui suit les dépenses publiques pour la santé de ces personnes, d'où une gestion plus transparente et un financement durable pour de telles activités.

30. A **Costa Rica**, l'OPS a apporté une coopération technique pour aider à formuler un modèle garantissant l'accès aux services de santé et étendant la couverture à des groupes exclus jusqu'à présent. Elle met en avant une enveloppe de services de base qui entrent dans la responsabilité de l'état et privilégie une stratégie de soins à domicile en tant qu'élément fondamental des soins de santé primaires, rationalisant l'utilisation des ressources de santé.

La Santé : Un droit en Equateur

L'OPS a contribué à l'orientation sanitaire de la nouvelle constitution de l'Équateur, approuvée en septembre 2008. Elle codifie le droit de chacun à *sumac kawsay*, Kichwa pour « un bon niveau de vie, » grâce à l'accès aux soins de santé et aux déterminants sociaux de la santé (éducation, nutrition et habitat). La nouvelle constitution entre dans le cadre plus large de développement, dénommé le Système national d'Inclusion et d'Équité sociale.

La nouvelle constitution spécifie que le Système national de santé doit reposer sur les soins de santé primaires dispensés par un vaste réseau public fonctionnant selon les principes de l'universalité et de l'équité, sous la direction des autorités sanitaires nationales. L'Article 32 stipule que le système fournisse « un accès permanent, ponctuel et non exclusif aux programmes, actions et services de la promotion sanitaire, des soins de santé complets et de la santé sexuelle et reproductive. » Le Document indique également que l'état doit garantir le droit à la santé par le truchement de ses politiques économiques, sociales, culturelles, éducatives et environnementales.

Un certain nombre d'articles dans la constitution soutiennent directement la mise en œuvre de la Transformation sectorielle de la Santé en Equateur (TSSE), réforme du gouvernement qui vise à réorganiser le système de santé en fonction des principes de l'équité, de la qualité, de l'efficacité, de la participation, du pluralisme, de la solidarité et de l'universalité. Divers articles viennent soutenir tout spécifiquement les sept principales composantes de TSSE : renforcement de

l'autorité sanitaire nationale, administration et gestion du système national de santé, réseau des services de santé publique et modèle de soins complets, financement du système national de santé, audit et suivi du système national de santé, gestion de l'information en santé ainsi que participation de la population et contrôle social. L'objectif est d'arriver à un système national de santé qui garantisse un accès « universel, progressif et gratuit » à des services de santé de qualité basés sur le modèle des soins complets axés sur la promotion de la santé, la prévention et les soins primaires.

31. Avec le soutien financier de l'Agence du Canada pour le développement international (CIDA), l'OPS a aidé le Ministère de la Santé d'Haïti à formuler une stratégie pour diminuer la mortalité maternelle et infantile en garantissant un accès gratuit aux soins prénatals, obstétricaux, néonataux et postnatals dans 47 établissements de santé du pays entier. Les premiers résultats sont encourageants : nette augmentation des accouchements dans les établissements de santé, meilleure réponse aux urgences obstétricales et taux de satisfaction de 70-80% parmi les bénéficiaires concernant la qualité des soins. Ces résultats ont aidé à porter la politique de protection sociale proposée aux programmes nationaux et de coopération internationale en **Haïti**.

32. Au **Honduras**, l'OPS a soutenu l'expansion de la couverture sanitaire basée sur la vision renouvelée des soins de santé primaires et la décentralisation des services de santé. S'inspirant du cadre des soins de santé primaires, le Ministère de la Santé a réorganisé les services de santé dans 20 régions, mettant en place de nouveaux modèles de soins dans 29 unités de santé de 10 municipalités. A la fin de 2008, la troisième année de la mise en œuvre de la stratégie, 60 000 familles dans 1 142 communautés rurales avaient été prises en charge par les services réorganisés. L'OPS a également signé une lettre d'accord concernant la fourniture d'un atelier portant sur le renforcement des capacités institutionnelles en soins de santé primaires pour le personnel de l'Institut de sécurité sociale du Honduras. Formation qui viendra soutenir la mise en œuvre de son Programme de Soins complets en santé familiale et communautaire dont le but est d'élargir la couverture et d'améliorer la qualité des soins.

33. Au **Panama**, l'OPS a concouru au développement et lancement de « l'analyse situationnelle et plan de santé pour les peuples autochtones au Panama. » Axé sur les soins de santé primaires, le plan renferme une stratégie quinquennale pour améliorer la santé autochtone par le biais d'un processus participatif, prévoyant des réunions avec des dirigeants autochtones de différents groupes ethniques de l'ensemble du pays.

34. Au **Paraguay**, l'OPS a aidé le Ministère de la Santé à formuler une nouvelle politique nationale sur la santé des groupes autochtones pour leur donner accès aux soins de santé. Le plan met en relief les soins de santé primaires et la participation communautaire. Reposant sur la création d'équipes de santé mobiles et la formation de ressources humaines dans l'optique interculturelle, il est mis en œuvre par le biais d'alliances avec des collectivités locales, des organisations non gouvernementales et l'UNICEF.

35. Au **Pérou**, l'OPS soutient la mise en œuvre d'une nouvelle Loi sur l'Assurance universelle, adoptée pour compléter les programmes d'assurance existants liés à l'emploi dans la fonction publique ou dans l'entreprise privée. Elle crée une assurance financée par des fonds publics pour apporter une couverture aux personnes à faibles revenus. L'OPS dirige une initiative renforçant les capacités des agents de santé selon le modèle des soins de santé primaires dans le but de soutenir l'application de la loi. Celle-ci est mise en œuvre dans sept régions pilotes qui sont parmi les plus pauvres du pays.

36. En **Uruguay**, l'OPS a soutenu la conception et mise en œuvre d'un nouveau système national de soins de santé intégrés qui unifie les sous-systèmes privés et publics dans le cadre d'une seule structure, éliminant la fragmentation et réduisant les inégalités dans l'accès aux soins. L'OPS a également soutenu la création d'un nouveau Fonds national de santé en Uruguay qui fusionne un certain de programmes d'assurance en un seul plan d'assurance maladie au niveau national, apportant une couverture à la population entière. Dans le cadre de son soutien, l'OPS a aidé l'Uruguay à mettre au point un nouveau modèle de soins reposant sur la stratégie des soins de santé primaires et à créer un programme garantissant les ayant droits (Plan intégral de soins de santé), doté de mécanismes pour l'application du nouveau système et du nouveau fonds, qui ont permis au pays d'arriver à une couverture universelle.

37. Le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) a soutenu l'expansion de la couverture des services de santé maternelle et le recul de la mortalité maternelle par le biais d'une coopération technique dans les provinces du nord-est de l'**Argentine**, le programme Sembrando au **Pérou**, Arranque Parejo au **Mexique** et des initiatives connexes en **Haïti**, au **Honduras** et en **Guyana**.

Chapitre III

Vers des services mettant l'individu au centre des soins de santé

38. Seuls des services intégrés, accessibles et acceptables avec soins complets et continus sauront répondre réellement aux besoins de la population. Les États Membres de l'OPS déploient des efforts de grande envergure pour réorganiser leurs systèmes de santé dans cette même optique, suivant les principes et éléments des soins de santé primaires. En 2007-2008, une telle organisation a pris maintes formes allant de vaste décentralisation à des initiatives plus ciblées améliorant la qualité et l'acceptabilité des soins. L'OPS a fermement appuyé tous ces efforts par le biais de sa coopération technique dans les pays, tel qu'expliqué ci-après.

39. En **Argentine**, l'OPS a mis en avant un modèle de soins périnataux dans l'Hôpital de soins maternels et infantiles Ramon Sarda pour transformer les centres de maternité conventionnels en services de maternité à orientation familiale. Le programme cherche à placer les futures et nouvelles mères et leurs bébés au centre même de leur famille et diverses mesures sont prises à cette fin : demander aux membres de la famille d'accompagner la future mère aux consultations prénatales, les encourager à être les accompagnants de la mère pendant le travail et l'accouchement, autoriser les pères et autres membres de la famille dans les services de soutien néonatal, faciliter le contact peau-à-peau entre les bébés et les mères, et héberger et nourrir les mères dont les nourrissons sont hospitalisés, en demandant à des volontaires de fournir les soins. Dans sa publication, l'OPS présente le programme comme une des « meilleures pratiques » et citant des indicateurs comme le taux de décès néonatal de moins de 2 pour 1000 (non compris les bébés avec des malformations mortelles et ceux pesant moins de 750 grammes) ainsi qu'un taux d'utilisation de 90% de la composante spéciale hébergement et repas. L'OPS a également facilité une formation sur place à l'Hôpital R. Sarda pour des équipes multidisciplinaires d'autres établissements ainsi que des visites ultérieures des professionnels de R. Sarda dans ces mêmes établissements pour apporter un suivi et renforcer les pratiques.

40. Toujours en Argentine, l'OPS a soutenu la consolidation du Plan national de développement des soins infirmiers, visant à augmenter le nombre de professionnels des soins infirmiers et la formation des aides-soignantes. L'initiative insiste sur les soins infirmiers nécessaires dans les soins de santé primaires et elle sera appliquée dans 42 écoles d'infirmières. Le but est d'augmenter à 45 000 les rangs du personnel infirmier d'ici 2016.

41. Le Bureau de pays de l'OPS à **Belize** soutient l'intégration de la prévention, des soins et du traitement liés au VIH ainsi que la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles chroniques dans les soins de santé primaires. Les activités déployées dans

le cadre de cette intégration visent à réduire la stigmatisation et la discrimination en tant que barrière entravant l'intervention efficace contre le VIH et HIV intervention et à soutenir la mise au point de protocoles sur le diabète, l'hypertension, la prise en charge nutritionnelle et l'activité physique, qui seront utilisés dans les soins de santé primaires. Dans le cadre d'un effort connexe, l'OPS au début de 2009 a collaboré avec l'Association du diabète à Belize pour apporter une formation aux agents de santé communautaires portant sur les soins des pieds pour les personnes souffrant de diabète. Une formation de suivi est en train d'être mise au point en Jamaïque.

42. L'OPS a également apporté un soutien à **Belize** dans ses efforts en vue de renforcer les services communautaires de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaire. La coopération technique de l'OPS soutient le renforcement des capacités infirmiers dans les services de psychiatrie, la formulation d'une politique de santé mentale, la mise au point et l'utilisation d'un manuel de formation en santé mentale pour les agents de police et la préparation d'un plan de santé mentale en cas de catastrophe. Parallèlement à ces activités, Belize a diminué le nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques et a augmenté le nombre de patients en consultations externes.

43. En **Bolivie**, l'OPS a collaboré en 2008 avec le Ministère de la Santé et des Sports pour apporter une formation de niveau universitaire aux médecins basé sur un nouveau modèle conceptuel appelé Santé communautaire, familiale et interculturelle. La formation intègre les principes des soins de santé primaires et met en avant les expériences des soins de premier niveau dans les zones rurales et urbaines. Les étudiants en médecine occuperont par la suite des positions au niveau de la gestion et de la prestation de services dans les réseaux de santé et cette formation leur donne les moyens d'améliorer les services et de recommander l'application des déterminants de la santé auprès des autorités locales.

44. Au **Brésil**, l'OPS appuie la mise en place d'équipes multidisciplinaires pour dispenser des soins de santé familiale, axés sur les besoins des gens, dans le cadre de la Stratégie de santé familiale du pays. Début 2009, plus de 230 000 agents de santé dans 30 000 équipes dispensaient des services à environ 50% de la population sur l'ensemble du territoire national. Dans les régions où la stratégie n'est encore mise en œuvre, les soins de santé primaires sont prêtés dans le cadre d'une approche plus traditionnelle de services sur demande. Ce modèle est toutefois remplacé peu à peu par la Stratégie de santé familiale.

45. L'OPS a également soutenu l'intégration d'un modèle d'assistance pharmaceutique clinique dans la Stratégie de santé familiale du Brésil aux termes d'une initiative plus vaste visant à renforcer les politiques sur l'utilisation rationnelle des médicaments et des fournitures essentielles. De plus, l'OPS a appuyé le Projet QualiSUS qui renforce l'infrastructure des services de santé dans les réseaux de santé du Brésil.

46. Le Bureau de pays de l'OPS au **Chili** a collaboré avec le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) pour mettre sur pied un projet de coopération technique pays à pays encourageant la santé maternelle, néonatale et infantile. Le projet introduit l'initiative « Agissons dès maintenant pour les mères et les enfants » lancé en septembre 2008 par Michelle Bachelet, Président du Chili. Le projet sera mis en œuvre en Bolivie, en Equateur et au Paraguay.

47. Toujours au **Chili**, le Centre collaborateur de l'OPS/OMS pour les soins de santé primaires, dans l'Ecole d'infirmières de l'Université catholique pontificale du Chili, a mis au point un programme novateur pour fournir des « soins à distance » via téléphone pour les patients souffrant de diabète et autres pathologies chroniques. Le programme, ATAS-UC (sigle espagnol pour le Soutien téléphonique pour les soins auto dispensés en santé – Université du Chili) se concentre tout particulièrement sur la prise en charge propre par les patients souffrant de diabète type 2.

48. En **Colombie**, l'OPS a soutenu les efforts déployés par le Ministère de la Protection sociale pour élargir la couverture et renforcer le modèle de soins pour les patients atteints de tuberculose dans huit départements comptant des proportions élevées de personnes autochtones. Le modèle des soins repose sur les principes des soins de santé primaires et utilise des approches interculturelles spécifiques à chaque groupe ethnique. Le but visé est de gagner l'acceptation de la population autochtone grâce au dialogue interculturel et à la participation des organisations autochtones en tant que leaders ainsi qu'aux canaux efficaces de communication et concrétisation des actions sanitaires. Un nouvel investissement de l'ordre de 500 000 USD facilitera l'expansion du modèle à 15 groupes ethniques supplémentaires.

49. Toujours en Colombie, l'OPS a soutenu la conception d'un modèle pour dispenser des soins de santé infantile dans des régions où l'accès aux services de santé est limité ou dans ceux comptant une concentration élevée de personnes déplacées et où les taux de mortalité infantile sont élevés. Le modèle dispense des soins de santé curative et préventive par l'entremise d'équipes mobiles et les coûts sont pris en charge par le système de sécurité sociale du pays. Dans le cadre d'un effort connexe, l'OPS travaille avec les autorités sanitaires, les assureurs et les prestataires de soins de santé pour appliquer la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) dispensant des soins complets aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans dans les trois provinces de la ceinture du café en Colombie.

50. A **Cuba**, l'OPS a concentré sa coopération technique sur la consolidation des accomplissements notables du pays au niveau des soins de santé primaires. En 2008-2009, l'OPS a collaboré avec le Ministère de la santé pour renforcer les services de santé municipaux et les 500 polycliniques dispensant des services de soins préventifs et curatifs sur l'ensemble du pays. Plus des deux tiers des polycliniques jusqu'à présent ont

reçu un nouvel équipement avec formation à l'appui pour le personnel dans les domaines de la sonographie, radiographie, endoscopie, ophtalmologie, optométrie, réhabilitation, soins urgents, capacité de laboratoire et systèmes d'information. L'OPS a également aidé à renforcer le réseau statistique du Système national de la santé et le système de surveillance sanitaire pour étayer l'analyse situationnelle pour les soins de santé primaires.

51. Dans la **République dominicaine**, l'OPS a appuyé la mise en place d'un réseau de services de santé régionaux le long des axes suivants : rénovation et construction de nouveaux centres de santé, achat d'équipement et évaluation des besoins pour s'assurer que les besoins de la population sont satisfaits. L'OPS a également prêté main forte aux activités de renforcement des ressources humaines des soins de santé primaires par le biais de la formation de 55 facilitateurs nationaux et régionaux qui formeront ensuite des professionnels de la santé dans les services périphériques. D'autres professionnels de la santé de ce pays suivent également des ateliers par l'entremise du Campus virtuel de la santé publique de l'OPS.

52. L'OPS a aidé à organiser la première Conférence des **Caraïbes orientales** pour les responsables des services de santé et les ingénieurs cliniques, en octobre 2008, réunissant des administrateurs des hôpitaux, des responsables des services de santé, des superviseurs cliniques et des ingénieurs cliniques provenant de 10 pays pour partager l'information la plus récente sur le développement des systèmes de santé, la gestion de la technologie et l'ingénierie clinique. L'OPS appuie également la formation portant sur la prise en charge du diabète et de l'hypertension pour les équipes de la santé et autres partenaires de la santé.

53. Au **Salvador**, l'OPS a soutenu diverses améliorations de la qualité des services de santé, dans la zone métropolitaine de San Salvador, par le biais du renforcement des capacités et compétences des prestataires et de la fourniture d'équipement de base pour les soins périnataux. L'OPS a également soutenu la réorganisation des soins de santé familiale et communautaire dans une optique participative comptant sur l'autonomisation des femmes et l'engagement de secteurs autres que la santé.

Visages, Voix et Lieux de l'OPS

L'initiative régionale Visages, Voix et Lieux de l'OPS encadre et oriente le renouveau de soins de santé primaires en modélisant les interventions de promotion sanitaire qui traitent des déterminants sociaux de la santé. L'initiative met en relief les progrès réalisés dans la quête des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) surtout ceux sur le plan de la santé, dans les communautés les plus pauvres et les plus vulnérables de l'Amérique latine et des Caraïbes. Une analyse des réalités locales sert de point de départ à des interventions spécifiques mise au point et réalisées par les communautés elles-mêmes avec l'assistance technique de l'OPS et d'autres organisations du système des Nations Unies.

Les activités réalisées en 2008 dans deux villes du Salvador sont révélatrices de l'importance des soins de santé primaires par le biais d'une approche intersectorielle et multiprogrammatique à l'intégration des services de santé. En 2008, l'OPS a prêté son concours aux évaluations participatives de la santé locale (*diagnósticos*) dans les villes de Rosario de Mora et Santiago Texacuangos dans le sud du pays. Des analyses situationnelles ont été faites pour détecter les problèmes et étayer la conception de plans de santé locaux reposant sur la nouvelle vision des soins de santé primaires, dans le but de réduire les inégalités et d'étendre la protection sociale à l'aide du modèle de santé familiale. Les évaluations ont été réalisées avec la participation active des habitants et de tous les secteurs intervenant au niveau de la santé, sous la direction du Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale et des gouvernements municipaux.

Des activités analogues sont réalisées dans le cadre de l'initiative Visages, Voix et Lieux dans plus de 30 communautés de 17 pays de la Région (voir encadré). L'initiative soutient également les interventions encourageant la réalisation des OMD en Guyana et en Haïti par le biais du partenariat OPS - Communauté européenne et elle partage ses outils et méthodologies de recherche et renforcement participatifs des capacités communautaires avec l'Argentine, pour son Réseau de municipalités saines ainsi qu'avec la Colombie, pour son initiative des environnements sains et alliances intersectorielles dans 100 de ses communautés les plus vulnérables.

Communautés de l'Initiative Visages, Voix et Lieux

Brésil :	Duque de Caxias (Rio De Janeiro), Fortaleza (Ceará), Guarulhos (São Paulo), Olinda (Pernambuco)
Bolivie :	Betanzos, Potosí (Saavedra) ; Chacaltaya, La Paz (La Paz) ; Chaco (Gran Chaco) ; Huacullani (Altiplano) ; Pampas Aullaga (Oruro) ; Brecha, Cordillera, Kuarirenda, et Yapiroa (Santa Cruz) ; San Silvestre (Pando)
Costa Rica :	Corredores (Puntarenas)
Chili :	Cerro Navia et San Joaquín (Santiago de Chile), Molina (Curicó, 7 ^e Region Maule)
Cuba :	Cotorro and Old Havana (Havana)
Equateur :	Nabón (Azuay), Alausí, Colta, et Guamote (Chimborazo)
El Salvador :	Panchimalco, Rosario de Mora, Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Villa Centenario (San Salvador)

Guatemala :	El Bongo et Los Angeles Pancalá, El Estor (Izabal), San Juan Ermita (Chiquimula), Los Encuentros (Sololá)
Honduras :	Puerto Lempira, La Mosquitia (Gracias a Dios)
Nicaragua :	San Carlos et Río San Juan (Río San Juan)
Panama :	Santa Fe de Veraguas (Veraguas)
Paraguay :	Caazapá et Yuty (Caazapá), Laurelty (Asunción), Reducto et San Lorenzo (Central), Campo Loa et Villa Boquerón (Boquerón), San Miguel (Chaco)
Pérou :	Ventanilla (Callao), Belén, Iquitos (Maynas)
Uruguay :	Canelones (Canelones)

54. L'OPS travaille avec Hospitals Cooperative of Antioquia, **Colombie** (COHAN), centre collaborateur de l'OPS/OMS pour les médicaments essentiels et les fournitures hospitalières, pour promouvoir un nouvel outil pour améliorer la gestion des services de santé, connu sous le nom de PERC (de l'espagnol pour « la production, efficacité, performance et coûts »). Collaboration qui a permis de mettre au point des manuels et ateliers virtuels ainsi qu'une formation pour les managers et autres utilisateurs. PERC modifie et vient remplacer le système de gestion de l'information WinSIG, également mis au point par l'OPS.

55. Au **Honduras**, l'OPS a aidé le Conseil civique des organisations autochtones populaires (COPINH) à créer le Centre Utopia qui est un centre de « réunion et d'amitiés » pour la communauté Lenca de la Esperanza, Intibucá. Il sera un lieu de formation et renforcement des capacités dans les domaines de la médecine naturelle et traditionnelle, l'agriculture durable, les programmes de crédit et épargne, l'agriculture intégrée, les questions d'égalité entre les genres et les solutions aux problèmes de santé qui affectent les groupes autochtones. Le centre, financé par le fonds Lydia Behm, comprend un musée de la culture Lenca, une bibliothèque, un transmetteur de radio, un bureau et matériel informatique, une cuisine, coin administratif et quatre dortoirs. La concession de 7 hectares comprend également une plantation d'arbres fruitiers et un potager.

56. Le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) a mis au point et diffuse de nouvelles *Directives pour la continuité des soins des mères et des nouveau-nés dans le contexte des soins de santé primaires*, de pair avec une série de manuels pratiques, de matériel de formation, et autres publications couvrant des sujets comme les infections périnatales, l'utilisation du système d'information périnatale, la planification familiale et la promotion de la santé infantile. En 2008-2009, le centre a organisé 30 ateliers dans 12 pays, formant plus de 800 participants de l'ensemble de la Région en matière de santé maternelle et infantile. Le Centre appuie également des ateliers de formation à longue distance sur l'application communautaire et clinique de la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), couvrant

divers domaines : prise en charge des cas, promotion de la santé, compétences organisationnelles liées à la prestation de soins et pratiques familiales dans les régions vulnérables et difficiles à atteindre.

Soins de santé primaires et grippe pandémique H1N1 2009

Depuis le début de la grippe pandémique H1N1, l'OPS a apporté une coopération technique aux États Membres de l'Amérique latine et des Caraïbes venant renforcer la réponse des soins de santé primaires en cas de pandémie. Dans le cadre des préparatifs à une telle pandémie, l'OPS a fait des recommandations spécifiques pour préparer les établissements de santé à des cas inhabituels ou inattendus de maladies respiratoires aiguës et a donné de directives sur la détection des cas et le triage des patients avec des symptômes respiratoires, en insistant sur le dépistage précoce et la notification des cas inhabituels.

Suivant les flambées de cas, l'OPS a préparé et diffusé un document technique sur la stratégie des soins de santé primaires et la réponse à la pandémie. Cette approche encourage des soins intégrés et complets non seulement au niveau de l'hôpital mais aussi à tous les niveaux des soins, facilitant la participation familiale et communautaire à la prévention et aux soins de santé et faisant appel à d'autres secteurs, notamment les éducateurs et les groupes confessionnels.

L'OPS a également fait des recommandations spécifiques et a dispensé une formation sur le contrôle de l'infection dans les structures sanitaires et a aidé les pays de l'ensemble de la Région à acquérir un équipement protecteur pour les agents de santé, avec un soutien spécial pour les pays à faibles revenus. L'OPS a présenté des directives sur la prise en charge clinique des cas, la communication des risques pour les responsables des services de santé, l'organisation des services de santé dans des pays où le virus n'a pas encore été signalé et les mesures à prendre en réponse à une seconde urgence (telle une catastrophe naturelle) lors d'une pandémie de grippe.

L'OPS vise également à assurer à ses États Membres un accès équitable aux médicaments antirétroviraux et vaccins pour le nouveau virus H1N1.

Soins de santé primaires et maladies transmissibles

L'OPS a déployé un certain nombre d'initiatives en 2008-2009 ciblant les maladies transmissibles et a également aidé à renforcer les soins de santé primaires dans les États Membres.

L'OPS a appuyé la mise en œuvre de la Stratégie de prise en charge intégrée pour la prévention et le contrôle de la Dengue (EGI-dengue) dans les pays membres, insistant sur la santé primaire et la gestion environnementale. Des stratégies ont été mises au point pour la **Bolivie** et le **Chili** et d'autres sont en train d'être préparées pour **Porto Rico** et les **Caraïbes**, concernant la prise en charge de la maladie à tous les niveaux de soins, en insistant sur les soins primaires qui offrent les meilleures possibilités de prévenir les décès imputables à la maladie. Ces stratégies ont pour

objectif d'arriver à 100 % des services de santé dans chaque pays utilisant des normes établies pour le traitement de la dengue.

L'OPS a collaboré avec le Département de la santé à Chiapas au **Mexique** pour mettre au point un plan d'action intégré pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses négligées (onchocercose, trachome, maladie de Chagas et leishmaniose) en insistant sur les soins de santé primaires et l'amélioration de l'approvisionnement en eau.

L'OPS intervient également au niveau du traitement et du contrôle de la tuberculose dans le cadre de diverses initiatives visant à renforcer les soins de santé primaires. S'agissant d'une prise en charge complète des patients atteints de tuberculose par le biais de la formation du personnel en matière de dépistage et conseils pour le VIH et éducation sanitaire pour les patients, la famille et la communauté et également grâce à une meilleure prise en charge clinique de la maladie ; de la participation communautaire à la stratégie DOTS ; du renforcement des réseaux de laboratoires ; du renforcement des capacités pour la gestion de médicaments ; de la formation en épidémiologie de base et de la collaboration avec les secteurs public et privé pour intégrer les prestataires de services dans le réseau des soins de santé primaires.

L'OPS a continué à soutenir l'expansion et la réorientation des services de prévention et de soins liés au VIH en fonction des principes de la stratégie renouvelée des soins de santé primaires. Dans le cadre d'une initiative importante, les soins complets liés au VIH ont été intégrés au programme des écoles d'infirmières et facultés de médecine et de psychologie dans la Région des Andes. Le programme a également adapté au contexte de l'Amérique latine et des Caraïbes des modules spécifiques sur le VIH de la stratégie sur la prise en charge des maladies adultes (PCIMA). Une discussion régionale de trois jours a été organisée avec des responsables de programmes nationaux sur le SIDA et la tuberculose sur le renforcement des services complet pour le traitement et le contrôle du VIH et de la tuberculose et des directives intérimaires ont été formulées sur les soins liés à la tuberculose et au VIH ainsi que des modules de formation, aides professionnelles et affiches connexes pour le personnel de santé.

En 2008-2009, l'OPS est intervenue sur un autre front : sensibiliser à l'efficacité, faisabilité et sécurité de l'approche « dépister et traiter » au cancer du col dans le cadre des soins de santé primaires. L'OPS a prêté main forte au déploiement de l'approche au Guatemala et au Pérou, démarrant des activités analogues au Paraguay dans le cadre de l'enveloppe de soins de santé primaires intégrés. L'OPS a également collaboré avec le Ministère de la Santé au Nicaragua pour former les prestataires et améliorer la qualité et la couverture des services des services de dépistage du cancer du col dans le cadre des soins de santé primaires.

57. Au **Nicaragua**, l'OPS a soutenu un travail d'évaluation fait par le Ministère de la santé notant les obstacles et faisant le point de la mise en œuvre des politiques de santé fondées sur les soins de santé primaires. Utilisant le modèle JABA, des évaluations ont été faites dans 149 des 153 municipalités du pays. Elles ont fait état de net progrès accomplis au niveau de la prestation des services de santé gratuits, de l'amélioration dans la distribution de médicaments dans les services de santé du ministère, de l'organisation

de journées de santé spéciales et foires de santé et le non refus de dispenser des services demandés. Le modèle JABA est conçu pour rehausser la redevabilité des services de santé face au public.

58. Toujours au Nicaragua, l'OPS a apporté un soutien au Modèle de santé familiale et communautaire dans 11 départements pour améliorer la prestation des services de santé et étendre la couverture vaccinale dans les communautés reculées. A cet effet, l'OPS a collaboré avec le Ministère de la Santé pour renforcer la supervision des services de vaccination à tous les niveaux, pour évaluer la qualité et la capacité de la chaîne de froid, pour introduire le nouveau vaccin antipneumococcique et soutenir la décentralisation du traitement antirétroviral à 23 établissements.

59. Au **Panama**, l'OPS a aidé le Ministère de la Santé à diffuser de nouveaux guides pour les soins complets des patients souffrant de diabète, obésité et hypertension. Les guides qui font partie de la stratégie renouvelée des soins de santé primaires du Panama encouragent la prévention et le contrôle des ces affections dans le contexte des soins de premier niveau, axés sur la participation communautaire.

Décentralisation au Pérou

Au Pérou, l'OPS a appuyé la décentralisation du système de santé, le renforcement des soins primaires et les efforts faits pour garantir l'accès universel aux soins de santé.

La décentralisation au Pérou a permis de déléguer 125 fonctions du système de santé, du niveau central au niveau départemental. A cet effet, l'OPS a apporté une coopération technique pour l'organisation et le renforcement de services de santé reposant sur les principes des soins de santé primaires, en se concentrant sur des domaines tels que la référence et les systèmes de contre-référence, l'accréditation des services, la qualité garantie, la planification et le financement. De plus, l'OPS a aidé à mettre au point une nouvelle stratégie de santé familiale visant à élargir les services de santé et à renforcer les soins primaires en insistant sur la prévention et la promotion de la santé, surtout pour les personnes à faibles revenus. Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de santé familiale, le Pérou a réorienté son modèle de soins de santé, passant des soins complets individuels aux soins complets familiaux.

60. L'OPS aide les États Membres à améliorer la qualité des services de santé par le biais d'une initiative régionale sur la santé et la sécurité des agents de santé. En 2008-2009, cette initiative a notamment permis de vacciner 1,5 million d'agents de santé au Pérou contre des maladies infectieuses contractées sur les lieux de travail, notamment l'hépatite B.

61. Au **Suriname**, l'OPS soutient un Plan du secteur de la santé qui vise à améliorer la couverture sanitaire, à renforcer les soins de santé primaires et à améliorer l'efficacité, l'équité et la qualité des services de santé. L'OPS a notamment participé dans le cadre de ce soutien au Comité directeur des soins de santé primaires communautaire qui a fait une évaluation rapide des services de santé existants dans l'intérieur du pays. Cette évaluation servira de base à l'introduction d'une prestation complète et intégrée de services de santé sur l'ensemble du système de santé du pays. L'OPS collabore également avec l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) pour introduire des soins de santé primaires complets à l'aide d'une approche de prise en charge intégrée dans 57 cliniques qui font partie du réseau privé des missions médicales confessionnelles du pays. L'approche une fois adaptée servira également de norme nationale pour les centres de soins primaires du secteur public. En outre, l'OPS a aidé à adapter les algorithmes et les protocoles de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) aux besoins et normes du Suriname.

62. A **Trinité-et-Tobago**, l'OPS a soutenu une approche de soins de santé primaires par le biais de prestations intégrées et en intégrant les services de santé mentale aux soins de santé primaires à base communautaire. L'OPS a aidé à organiser trois initiatives dans ces domaines : un Forum national sur la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales et une Consultation nationale sur les systèmes de prestations intégrées, tous deux en octobre 2008, ainsi qu'un atelier sur le renforcement du système de santé mentale en mars 2009. La consultation sur les systèmes de prestations intégrées a informé une proposition régionale de l'OPS sur l'intégration venant du renouveau des soins de santé primaires.

63. Dans le cadre du soutien qu'elle apporte à la réforme de la santé en **Uruguay**, l'OPS a concouru à la mise au point d'un programme de formation sur les soins de santé primaires dont devraient bénéficier 3000 médecins des secteurs public et privé de l'ensemble du pays. Le bureau de pays de l'OPS a élaboré un plan de formation pour ce programme, avec la participation d'institutions publiques et privées, notamment l'Université de la République de l'Uruguay. Ainsi, les participants recevront une réorientation professionnelle pour qu'ils puissent mieux répondre aux demandes d'un système de soins basé sur les soins de santé primaires. L'OPS encourage également des activités analogues dans d'autres départements.

64. Toujours à l'appui de la réforme de la santé en Uruguay, l'OPS a participé à la mise en œuvre d'un projet pilote sur les soins buccaux primaires dans le département de Canelones. Le Projet a recommandé de l'utilisation du traitement non traumatisant pour soigner les caries dentaires à l'aide d'instruments manuels pouvant être utilisés par un personnel non dentaire et des agents de soins de santé primaires. Des études sociologiques et anthropologiques ont été faites dans le cadre de ce projet pilote pour évaluer les conditions et besoin d la santé buccale au niveau communautaire, avec

notamment une enquête sur l'indice des caries, dents absentes et obturations, qui permet de contrôler la santé buccale entre différents groupes et différents pays.

65. Dans les Iles **Turks et Caïcos**, l'OPS a apporté une formation portant sur le suivi des contacts et les conseils pour les infirmiers et praticiens médicaux fournissant des soins pour les patients atteints e VIH/SIDA. L'OPS a également appuyé une évaluation des services de santé mentale de l'île, utilisant l'instrument d'évaluation de l'OMS pour les systèmes de santé mentale (OMS-AIMS). Les résultats sont utilisés pour formuler un projet de plan de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires.

66. En 2008, l'OPS a apporté un soutien à l'initiative Barrio Adentro du **Venezuela** (« à l'intérieur du quartier ») qui a permis d'installer 8000 « points de consultation » dans les foyers des gents et de construire 3 580 dispensaires qui apportent des soins aux personnes à faibles revenus qui par le passé étaient privées de l'accès aux soins de santé, en milieu rural et urbain. L'initiative a permis d'étendre les soins de santé primaires à 17 millions de personnes sur l'ensemble du pays et constitue la base de la création des Zones de santé communautaire intégrale qui sont les unités fonctionnelles du système de santé, prodiguant des soins de santé conjointement avec les collectivités locales et la population.

67. Toujours au Venezuela, l'OPS a soutenu les efforts faits en vue d'intégrer le Plan de l'accès universel au traitement de la dépendance du tabac dans le Système national de santé publique, par le biais d'un réseau de centres de soins primaires. L'initiative a formé 1 125 médecins, infirmiers, psychologues et psychiatres. De juillet 2008 à février 2009, l'initiative a sensibilisé 3 000 fumeurs environ et a permis d'atteindre un taux de 16% qui ont cessé de fumer à la fin du traitement. Gratuit, le traitement se fondait sur l'utilisation des patches de bupropion et de nicotine.

68. Fin 2008, le **Campus virtuel de santé publique** de l'OPS a offert son premier cours sur le renforcement des capacités pour le renouveau des soins de santé primaires avec 59 étudiants de 17 pays qui ont achevé le cours.

69. A **Porto Rico**, l'OPS a démarré des discussions avec le Département de la Santé pour créer un nœud du Campus virtuel à la Faculté de santé publique de l'Université de Porto Rico. L'OPS a assigné récemment cinq salles virtuelles du campus qui travailleront en coordination avec l'université.

70. L'OPS a utilisé un don de C\$12 millions du Canada, par le biais de l'Agence canadienne pour le Développement international (CIDA), pour promouvoir une approche intégrée et intersectorielle à la lutte contre les maladies transmissibles, en insistant sur la diminution de l'inégalité dans l'accès aux services de santé et en traitant les besoins prioritaires des groupes vulnérables et marginalisés. Le programme vise des zones retenues en **Colombie**, en **Equateur**, au **Paraguay** et au **Pérou** et suit les principes des

soins de santé primaires, en insistant sur la surveillance des maladies communautaires, la promotion et l'éducation de la santé ainsi que le renforcement des capacités locales pour accroître la participation et l'habilitation communautaires.

71. De plus, en 2008-2009, l'OPS a travaillé avec presque deux millions d'Euros du Gouvernement de l'Espagne pour améliorer l'organisation, la gestion et la prestation de services de santé en Amérique latine et aux Caraïbes dans le cadre de diverses activités visant à réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée dans la Région. Ces fonds ont soutenu le renforcement de la capacité organisationnelle et gestionnaire des instituts de santé et des réseaux de services de santé fondés sur les principes de soins de santé primaires, ainsi que les améliorations des soins primaires et la promotion de politiques et de stratégies visant à intégrer les réseaux de services de santé. Les fonds ont également soutenu les activités de renforcement des services médicaux d'urgence, de mise au point d'une stratégie régionale pour améliorer la sécurité et la qualité des soins, notamment par le biais de la création d'un Observatoire régional sur la sécurité des patients et la qualité des soins ; la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles dans les Caraïbes et ailleurs ainsi que l'amélioration du dépistage et du traitement du cancer du col en **Bolivie**, en **Haïti** et au **Paraguay**.

72. L'OPS a aidé à organiser le premier Colloque régional sur l'organisation et la gestion des services de santé d'urgence, qui s'est tenu à Medellin, en Colombie, en novembre 2008. Comptant des experts de l'**Argentine**, du **Brésil**, du **Costa Rica**, de la **Colombie**, du **Chili**, du **Mexique**, du **Panama**, du **Pérou**, de l'**Espagne**, de **Trinité-et-Tobago** et des **Etats-Unis**, la réunion a permis de formuler des mesures collectives pour améliorer les services de santé d'urgence sur l'ensemble de la Région. Les discussions ont porté sur divers thèmes : cadres juridiques pour la politique sanitaire, organisation et gestion des soins pré- hospitaliers, gestion des services d'urgence, ressources humaines et équipes des services d'urgence et services médicaux d'urgence et réponse en cas de catastrophe. Les participants au colloque ont pris l'engagement de former une équipe d'experts pour aider l'OPS à concevoir une stratégie régionale sur le renforcer des services médicaux d'urgence dans les Amériques.

De la fragmentation aux réseaux intégrés

L'une des initiatives de coopération technique les plus importantes de l'OPS en 2008-2009 consistait à formuler des recommandations pour intégrer les réseaux de prestations de soins de santé, notamment les prestataires publics et privés, en tant que solution basée sur les soins de santé primaires à la fragmentation des systèmes de santé. L'initiative part du principe prouvé que des services de santé peu intégrés sont une des grandes causes du manque de performance du système de santé, d'où une utilisation peu efficace des ressources, une qualité précaire des services, l'absence de continuité dans les soins, des coûts élevés et le peu de satisfaction des utilisateurs.

La fragmentation est étroitement liée à la segmentation institutionnelle dont elle découle partiellement puisque différents sous-systèmes fournissent des services de santé pour différents groupes en fonction de leur capacité à payer ou du statut de leur emploi (fonctionnaire ou employé d'une entreprise privée ou encore personne au chômage). La segmentation entraîne la fragmentation lorsque l'infrastructure et les capacités de ces sous-systèmes ne sont pas coordonnées ou intégrées. La fragmentation provient également d'autres tendances, dont la décentralisation des services de santé sans coordination adéquate des niveaux de soins, la prévalence de programmes ciblant des maladies, risques ou groupes de population spécifiques, la spécialisation excessive ou une trop grande importance accordée aux soins curatifs par rapport aux soins préventifs, l'inadéquation des modèles organisationnels et la prolifération de programmes « verticaux » financés par des bailleurs de fonds internationaux et des organismes de coopération. Des systèmes de santé fragmentés ont pour symptômes de faibles taux de guérison au premier niveau de soins, l'utilisation de services d'urgence pour l'obtention de soins spécialisés, l'hospitalisation de patients qui auraient pu être traités dans les soins ambulatoires, et de longs séjours hospitaliers suite aux difficultés de faire rentrer chez eux des patients qui manquent de soutien social.

Face à ces problèmes, l'OPS a mis au point une proposition pour une politique régionale basée sur des réseaux intégrés de services de santé (RISS), définis comme des réseaux d'organisations qui fournissent ou qui prennent les arrangements nécessaires pour fournir des services de santé complets à un groupe donné et qui sont prêts à rendre compte de leurs résultats cliniques et économiques et de l'état de santé des groupes qu'ils desservent. Le concept permet de prendre des arrangements contractuels ou des partenariats stratégiques entre différents prestataires de soins, public et privés (et même entre pays différents) qui offrent des services complémentaires. Les réseaux peuvent se fonder sur un certain nombre de modèles, du moment qu'ils répondent à quelques conditions essentielles, notamment le fait d'avoir :

- Une vaste connaissance des besoins de santé de la population ciblée
- La capacité à fournir une gamme complète de services de santé personnels et publics, de la prévention au traitement et à la récupération
- La capacité de fournir des soins de premier niveau à la population ciblée entière, avec de bons systèmes d'orientation vers les soins plus spécialisés

- Un système intégré d'information qui relie tous les membres du réseau et désagrège les données par variables clés, notamment par sexe et ethnique
- Des mécanismes de financement adéquats ainsi que des incitations financières qui sont alignées sur les buts du réseau.

Une « feuille de route » pour la mise en place des RISS sur l'ensemble de la Région a été présentée au Comité exécutif de l'OPS en juin 2009, aux fins d'examen par le 49^e Conseil directeur en septembre-octobre. L'OPS a forgé des partenariats avec le Ministère de la Santé au Brésil, l'Agence allemande de coopération technique (GTZ), le Consortium des hôpitaux de Catalonia (Espagne) et la coopérative des hôpitaux d'Antioquia (Colombie) et continue d'ailleurs à rechercher d'autres partenaires pour soutenir l'initiative.

Chapitre IV

Promouvoir une politique publique de la santé

73. Les politiques publiques viennent compléter les efforts d'expansion de la couverture et d'amélioration des services de santé. Les États Membres de l'OPS ont formulé et mis en œuvre des politiques, avec le soutien de l'OPS, traduisant le renouveau des soins de santé primaires, surtout des politiques transversales qui font appel à d'autres secteurs au niveau de la prévention, de la promotion e la santé et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé. La majeure partie de ces activités vise à réduire les facteurs risques des maladies chroniques non transmissibles. Des points saillants de la coopération technique de l'OPS en ce domaine sont présentés ci-après pour 2008-2009.

74. Au **Brésil**, l'OPS a appuyé la mise en œuvre du Plan national de promotion de la santé qui encourage le changement comportemental pour l'adoption de styles de vie sains. Au premier plan de telles activités se distingue par son caractère pionnier la lutte contre le tabagisme. En 2008-2009, l'OPS a mené à bien un travail important, venant soutenir le Brésil, en partenariat avec la Fondation Bloomberg et le Programme mondial de l'OMS sur la lutte contre le tabagisme, en faisant notamment des études pour soutenir la réglementation des publicités de cigarettes et conditionnement et étiquetage des produits de tabac. De plus, l'OPS a dirigé l'évaluation de la capacité nationale au Brésil de la lutte contre le tabagisme, en partenariat avec le Ministère de la Santé et l'Institut national du Cancer.

75. L'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) de l'OPS a vivement encouragé l'approche politique publique aux problèmes d'alimentation et de santé des **Caraïbes**. Au titre des initiatives en 2008-2009 : plaidoyer pour l'inclusion de

la nutrition et de la santé dans les politiques du secteur agricole, formulation de politiques publiques pour traiter les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs risques grâce à une bonne nutrition et à des styles de vie sains et sensibilisation aux risques de sécurité alimentaire dans les Caraïbes suite à une inflation rapide des prix alimentaires. L'Institut a mis en garde le Conseil du commerce et développement économique de CARICOM contre l'impact négatif des prix élevés sur la sécurité alimentaire des ménages. En partenariat avec l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture (FAO), l'Institut a organisé un symposium sur la sécurité alimentaire dans les Caraïbes : Risques et réponses. De plus, le CFNI a continué son travail de renforcement de la coopération intersectorielle avec divers partenaires (IICA, FAO, USDA et autres organisations) concernant l'innocuité, la qualité et la sécurité alimentaires.

76. **Barbade** et les **Caraïbes orientales (Anguilla, Antigua et Barbuda, Barbade, Iles Vierges britanniques, Dominique, Guyane française, Grenade, Guadeloupe, Martinique, Montserrat, Saints Kitts et Nevis, Saint Martin et Saint-Barthélemy, Sainte Lucie et Saint Vincent et les Grenadines)** : l'OPS soutient ici le suivi de la Déclaration de Port of Spain, « Unis pour mettre fin à l'épidémie des maladies chroniques non transmissibles. » Diverses activités sont soutenues par l'OPS dans le cadre de ce suivi : journée annuelle du bien-être, formulation de politiques de santé publique, création de commissions nationales sur les maladies chroniques non transmissibles et mobilisation de la société civile et instituts universitaires.

77. Toujours dans le cadre du suivi de la Déclaration de Port of Spain, l'OPS travaille en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé de **Belize** pour formuler un plan d'action national pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques, par le biais des soins de santé primaires.

78. L'OPS a soutenu des représentants officiels mexicains pour organiser la première Réunion des Ministres de la Santé et de l'Éducation dans le but d'enrayer la propagation du VIH en Amérique latine et aux Caraïbes, qui s'est tenue dans la ville de Mexico en août 2008. Y participaient 56 ministres de la santé et de l'éducation de 30 pays des Amériques. La déclaration finale de la réunion préconise une réduction de 75% dans le nombre d'écoles dépendant des ministères de l'éducation de la Région qui n'offrent pas d'éducation sexuelle et une réduction de 50% dans le nombre de jeunes dans les Amériques qui n'ont pas accès à des services de santé répondant à leurs besoins sexuels et reproductifs. L'OPS a apporté un soutien logistique et promotionnel à la réunion du groupe intersectoriel (sous la direction du Mexique) pour soutenir la mise en œuvre de la déclaration par le biais d'une action menée en collaboration.

79. A la demande du Ministère de la Santé de l'**Équateur** et du Ministère du Développement urbain et de l'habitat, l'OPS a étudié les conditions de vie dans les camps où vivent les personnes déplacées par les éruptions du volcan Tungurahua et a examiné

les zones proposées pour accueillir les habitants des quartiers de Guayaquil touchés par les inondations au début de 2008. L'OPS a ensuite utilisé ces observations pour formuler une série de recommandations sur la réduction des risques de santé dans les nouvelles colonies, sur les conseils permettant aux habitants d'éviter les risques dans leur propre habitat et sur l'élaboration d'un cadre s'inspirant de l'initiative Visages, Voix et Lieux pour guider le processus d'adaptation aux nouvelles conditions de vie pour les personnes déplacées.

80. Au **Guatemala**, l'OPS a collaboré avec des membres du Congrès pour obtenir l'approbation de la Convention cadre de la lutte contre le tabagisme (CCLT) et l'adoption d'une nouvelle loi sur des environnements non fumeurs. L'OPS a également travaillé avec le Ministère de la santé publique et de l'assistance sociale pour formuler un plan d'information, d'éducation et de communication ainsi que des mécanismes permettant de suivre et de soutenir la mise en œuvre de la loi.

81. Au **Paraguay**, l'OPS a soutenu la mise au point d'une politique sur la promotion de la santé qui comprend une stratégie nationale sur un habitat sain. Des accords intersectoriels sont pris avec le Conseil national de l'habitat (CONAVI) pour intégrer les composantes de la promotion sanitaire aux plans nationaux de l'habitat.

Promouvoir et protéger la santé en tant que droit humain

Les efforts en vue de promouvoir et de protéger la santé en tant que droit humain s'inscrivent dans les domaines prépondérants de soutien qu'apporte l'OPS à la formulation de politiques sur les soins de santé primaires. Plaidoyer utilisant les traités, recommandations et autres engagements nationaux et internationaux pour orienter la politique publique et les lois nationales dans les États Membres de l'OPS.

En 2008-2009, l'OPS a fait appel au personnel de santé, au grand public, au personnel des bureaux nationaux des droits humains, au personnel du système judiciaire et aux agents de santé dans les hôpitaux et autres institutions publiques dans 17 États Membres pour diffuser les normes générales des droits humains et les normes régionales et internationales spécifiques qui protègent le droit au meilleur état de santé possible (« droit à la santé ») et autres droits connexes pour les personnes souffrant de troubles mentaux, personnes avec handicap, personnes âgées, personnes vivant avec le VIH, personnes autochtones et patients (sécurité des patients).

L'OPS a également aidé sept États Membres – Argentine, Belize, Chili, El Salvador, Guatemala, Paraguay et Pérou – à intégrer les normes régionales et internationales des droits humains dans les politiques et lois sur le vieillissement, le VIH, l'invalidité, la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive.

De plus, l'OPS a travaillé en étroite collaboration en 2008 avec des entités défendant les droits humains, dont la Commission interaméricaine sur les droits humains (IACHR) et les comités créés par les traités des droits humains des Nations Unies (Comité sur les droits de la femme et Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels). L'OPS a présenté des résumés d'orientation technique à l'IACHR ainsi qu'à d'autres comités sur le droit à la santé et autres droits humains des personnes souffrant d'invalidités, des personnes vivant avec le VIH, et de personnes avec des problèmes mentaux ainsi que sur la malnutrition des enfants autochtones.

Chapitre V

Un nouveau leadership en santé

82. Un bon leadership est indispensable à la réforme des systèmes de santé conformément à la nouvelle vision des soins de santé primaires. Les ministères de la santé doivent prendre les rênes en main pour guider leurs systèmes de santé et mobiliser également d'autres défenseurs afin de présenter une argumentation sans faille en défense de la réforme devant tous les secteurs du gouvernement et de la société.

83. En 2008-2009, l'OPS et ses pays membres ont réalisé un certain nombre d'initiatives visant à promouvoir l'orientation des soins de santé primaires par le biais du plaidoyer et du dialogue intersectoriels, renforçant la capacité du leadership et améliorant le recueil d'informations sanitaires.

84. En **Argentine**, l'OPS a aidé à mettre en place une base de soutien pour la promotion sanitaire et les activités traitant des déterminants sociaux de la santé par le biais du Programme national des municipalités et communautés saines. Le programme mobilise des intervenants locaux pour que soient prises les actions concrètes qui viendront élargir l'accès aux services de santé essentiels, promouvoir la santé environnementale, étendre les opportunités d'éducation et d'emploi et encourager les styles de vie sains. L'OPS a participé au renforcement de la capacité technique et institutionnelle du programme pour forger des alliances intergouvernementales et intersectorielles qui défendent les politiques et actions publiques saines aux niveaux national et local.

85. Aux **Bahamas**, l'OPS a continué à appuyer en 2008-2009 la mise en place d'un système public d'informations sanitaires qui aidera à uniformiser et à informatiser tous les dossiers médicaux au niveau des soins primaires. Le système permettra de consolider une base de données sur les patients qui facilitera les analyses de morbidité, de mortalité et autres indicateurs étayant une meilleure prise de décisions aux niveaux national, communautaire et institutionnel. L'OPS a également collaboré activement avec le Ministère de la Santé pour renforcer la gestion du système pharmaceutique national,

mettre au point un nouveau cadre réglementaire pour les fournitures pharmaceutiques et faire un examen critique du projet de loi dans le domaine pharmaceutique.

86. A **Belize**, le Ministère de la Santé a amélioré sa collecte d'informations sanitaires, en désagrégant les données par âge, sexe et emplacement géographique. Le Système d'information sanitaire de Belize a été déployé à l'échelle nationale en 2008, avec la coopération technique de l'OPS, Health Metrics Network et d'autres partenaires. C'est un modèle pour un système informatique abordable, efficace et confidentiel qui dégagera les données nécessaires pour la prise de décisions en santé. Le système crée un dossier pour chaque patient qui consulte les services de soins de santé primaires du pays. Il aide à détecter et à réduire les inégalités. En 2008, l'OPS a apporté un soutien spécial à l'application de l'analyse des données de santé, dans l'optique des genres, en utilisant comme exemples le VIH et les accidents de la route.

87. Dans le cadre d'une activité quinquennale pour aider les États Membres à réduire les inégalités entre les genres sur le plan de la santé, l'OPS a organisé une série d'ateliers en 2008-2009 pour le personnel du ministère de la santé et les membres de la société civile des **Caraïbes**, de l'**Amérique centrale** et de la **Région des Andes** pour discuter de l'intégration de l'approche équité entre les genres dans l'analyse et les plans de santé pour les systèmes de santé de leur pays. L'OPS a également mis au point une série de produits et guides d'information sur la désagrégation des données et autres aspects de l'analyse dans l'optique genre et ethnie. Un atelier analogue en Colombie s'adressait aux populations autochtones et de descendance africaine. Des progrès notables ont été faits en 2008-2009 pour intégrer l'optique genre et ethnie, notamment en ce qui concerne la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) en Equateur et le système national de santé au Paraguay. L'OPS a également organisé en 2008 un concours des meilleures pratiques pour mettre en relief les actions prises pour intégrer l'ethnie et le genre dans les systèmes de santé.

88. En **République dominicaine**, l'OPS a aidé le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale à organiser le Forum dominicain des soins de santé primaires de 2008 qui a permis de réunir des représentants du secteur de la santé et des dirigeants politiques et communautaires pour arriver à un accord sur la manière de renforcer les soins de santé primaires. L'OPS a appuyé le lancement par le ministère d'une nouvelle Stratégie régionale de santé néonatale, adoptée par 17 organisations comme moyen d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. La stratégie comprend un Plan d'action et profil national de santé de l'enfant qui utilise des données désagrégées au niveau provincial pour dépister les lacunes et inégalités dans la santé du nouveau-né au niveau local. L'OPS a également aidé le ministère à renforcer son service de comptabilité des dépenses de la santé, en mettant au point des indicateurs pour les dépenses sanitaires totales en 2008 et des méthodes comptables pour contrôler les dépenses pour le VIH/SIDA, les médicaments et le programme d'assurance gratuit du pays.

89. Dans la **Barbade** et dans les **Caraïbes orientales**, l'OPS appuie la mise en œuvre de l'enquête panaméricaine des maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs risques pour recueillir des données probantes qui étayeront la formulation de politiques et l'amélioration des services de santé. La Dominique, St. Kitts-et-Nevis et la Barbade ont réalisé l'enquête et les Iles Vierges britanniques et la Grenade ont démarré la procédure.

90. Cherchant à améliorer la base de données probantes pour mettre en place des programmes de prévention de la violence, l'OPS en 2008-2009 a travaillé avec le Centre collaborateur de l'OPS/OMS pour la prévention de la violence et la santé (CISALVA) à la Universidad del Valle à Cali en Colombie pour aider à créer des « observatoires » de la violence et des crimes en **Colombie**, au **Salvador**, au **Honduras**, au **Nicaragua** et au Panama. L'OPS a aidé à mettre en place des observatoires analogues pour la violence sexospécifique à la **Barbade**, en **Bolivie**, au **Chili**, au **Salvador**, dans la **Grenade**, au **Honduras**, au **Nicaragua**, à **Saint Vincent** et en **Uruguay** pour soutenir l'analyse et la sensibilisation à la violence contre les femmes ainsi que la mise au point de modèles de soins pour les femmes battues. Au Mexique, l'OPS a travaillé avec le Centre collaborateur de l'OPS/OMS dans le cadre de la recherche sur les blessures et la violence à l'Institut national de santé publique pour mettre en place des interventions pour les femmes battues et leurs agresseurs.

91. En outre, l'OPS a aidé à rédiger la déclaration de 2008 des ministres de la santé sur la violence et les blessures dans les Amériques, adoptée à Mérida au Mexique et qui constitue la base d'une résolution (CD48.R11) du 48^e Conseil directeur de l'OPS. La déclaration préconise une action renforcée par les gouvernements et la société civile en vue de prévenir et de contrôler la violence et les blessures, en construisant des environnements sûrs, sains et durables. La déclaration revendique également un meilleur traitement des victimes de la violence et des blessures et des soins complets avec promotion de la santé et respect des droits humains, équité entre les genres et approches interculturelles. Elle prévoit une amélioration des services d'urgence, des soins en cas de traumatisme et services de récupération avec à l'appui un plus grand nombre de services juridiques et sociaux pour les victimes de la violence et des blessures physiques. L'OPS, de pair avec d'autres organismes des Nations Unies, travaille également avec des gouvernements nationaux et des collectivités locales au **Brésil**, en **Colombie**, au **Salvador**, au **Honduras**, au **Guatemala** et au **Suriname** pour mettre sur pied des programmes en vue d'améliorer la sécurité et de prévenir la violence.

92. En **Équateur**, l'OPS a aidé le Ministère de la Santé publique à évaluer et à renforcer son rôle directeur dans le cadre de la transformation du secteur de la santé visant à élargir l'accès aux soins de qualité et à diminuer les dépenses de l'utilisateur. Divers domaines ont été retenus pour le renforcement des capacités : la formulation des politiques de santé, la gestion et réglementation sectorielles, les systèmes d'assurance de la qualité, la surveillance en santé publique, la gestion des ressources de la coopération

nationale et internationale, la promotion de la recherche-développement technologique en santé et la mise en place d'un système national d'informations sanitaires. Les résultats ont étoffé une proposition pour la transformation du secteur de la santé qui a été approuvée lors d'une consultation nationale.

93. Au **Salvador**, l'OPS a travaillé avec le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale pour formuler une nouvelle loi sur le système national de santé qui cherche à renforcer le rôle directeur du ministère. Le nouveau système national de la santé place en priorité la santé familiale et repose sur le modèle des soins de santé primaires complets, appliqué à présent dans 40 % des unités de santé du pays.

94. L'OPS a continué à soutenir diverses initiatives au **Guatemala**, au **Honduras** et au **Nicaragua** pour améliorer l'information destinée au processus décisionnel concernant l'accès aux médicaments. Ce soutien a démarré en 2007 lorsque l'équipe des médicaments essentiels et des produits biologiques et l'équipe des systèmes sanitaires et de la protection sociale de l'OPS ont aidé les ministères de la santé des trois pays à effectuer des enquêtes dans les foyers et les pharmacies pour évaluer l'accès aux services de santé et aux médicaments essentiels, en utilisant des méthodologies mises au point par l'OPS et l'OMS pour mesurer l'exclusion dans le domaine de la santé. En 2008-2009, les résultats des enquêtes étaient analysés et on notait une solide corrélation entre l'accès aux services et l'accès aux médicaments, ce qui allait à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle les gens peuvent avoir accès aux médicaments sur le marché libre sans forcément avoir accès aux soins de santé. Les résultats ont montré l'importance de créer des réseaux de soins de santé qui sont accessibles aux gens dans leur vie de tous les jours, par le biais d'établissements proches de leur domicile qui offrent des soins de santé de qualité.

Soins de santé primaires et initiatives mondiales de la santé

L'OPS a collaboré avec l'OMS en 2008-2009 pour fusionner les initiatives mondiales de santé (Alliance GAVI et le Fonds mondiale pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme) et les activités de renforcement des systèmes de santé fondées sur les soins de santé primaires. En effet, la structure de la coopération sanitaire internationale marque les systèmes de santé et le flux des investissements et des ressources financières et humaines découlant de ces initiatives ne contribue pas toujours au renforcement des fonctions clés des systèmes de santé. De fait, la coopération internationale en santé a parfois contribué directement ou indirectement à la fragmentation et à la segmentation des systèmes de santé car trop dirigée sur des maladies, produits ou groupes spécifiques. Dans certains cas, les initiatives mondiales ont même affaibli les capacités nationales en mettant en avant des actions inefficaces dans le contexte des besoins et priorités du pays en question.

En mai 2008, l'OMS a démarré une démarche de consultation internationale pour promouvoir de nouvelles orientations pour les initiatives mondiales de la santé prenant un rôle positif dans le renforcement de systèmes nationaux de santé et encourageant un accès universel et équitable aux soins de santé. La stratégie des soins de santé primaires est un point de départ d'une telle procédure et le fondement des recommandations sur la conception d'interventions à l'appui de stratégies et plans nationaux pour le renforcement des systèmes de santé.

Dans le cadre de ces efforts, l'OPS aide les pays éligibles pour recevoir une aide de GAVI (Bolivie, Cuba, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua) à formuler et à mettre en œuvre des propositions renforçant leurs systèmes de soins de santé pour maintenir des niveaux plus élevés de la couverture vaccinale.

95. En **Jamaïque**, l'OPS est devenu en 2008 un membre d'une équipe spéciale mise sur pied par le Ministère de la Santé et de l'Environnement dans le but de définir des stratégies et des plans pour renforcer les soins de santé primaires dans le pays. L'OPS a aidé à formuler la première version de ces plans et collabore à la seconde étape. L'OPS travaille également avec la Banque interaméricaine de développement, le Ministère de la Santé et l'Institut de planification de la Jamaïque pour analyser l'impact de la crise financière mondiale sur le système de santé, surtout sur l'élimination récente du paiement de l'utilisateur, la demande accrue pour les services de santé et la pression possible sur les soins de santé.

96. L'OPS soutient les efforts déployés par le **Mexique** en vue d'intégrer son système de santé très segmenté selon les principes des soins de santé primaires, par le biais du plaidoyer, de la facilitation, de la médiation et de la participation aux négociations et consultations du Conseil national de la santé. En 2008, le Conseil a signé trois accords se rapportant à la coopération technique de l'OPS axés sur la mise en place des réseaux intégrés de services de santé (RISS) basés sur les soins de santé primaires. Dans le cadre de ces accords, le Mexique a organisé une consultation nationale sur les RISS, et une délégation du Ministère de la Santé du Mexique, de l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) et deux ministres ont participé à une consultation régionale qui s'est tenue à Belo Horizonte au Brésil. D'autres événements seront organisés cette année pour faciliter le débat sur les fondations conceptuels et stratégiques de cette initiative. L'OPS a également signé des accords de coopération technique axés sur le renouveau des soins de santé primaires avec l'IMSS et l'Institut de sécurité sociale et de services et de services pour les employés du gouvernement (ISSSTE).

Encourager les soins de santé primaires

En 2008-2009, l'OPS a mis en exergue l'approche du renouveau des soins de santé primaires dans le cadre de la coopération technique venant soutenir les agendas de santé de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), du Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA), de la Communauté des Andes et du Marché commun du Cône australe (MERCOSUR).

Pour CARICOM, l'OPS a soutenu l'achèvement de l'Initiative III Coopération santé dans les Caraïbes qui encadre les activités collectives de santé et de développement dans la sous-région. Approuvée par les Ministres de la Santé de CARICOM lors de leur 28^e Conseil pour la santé et le développement social en juin 2009, l'Initiative III témoigne de l'engagement de la sous-région face à l'équité dans l'accès à la prévention et au traitement ainsi qu'à l'approche intersectorielle à la santé.

A l'appui de l'intégration en Amérique centrale, l'OPS a aidé à formuler l'Agenda de santé et le plan sanitaire stratégique de l'Amérique centrale et de la République dominicaine. L'agenda et le plan visent tous deux à améliorer la coordination des organismes de coopération et à aligner les priorités sous-régionales dans le cadre des soins de santé primaires renouvelés.

Pour MERCOSUR, l'OPS a mis au point diverses mesures de renforcement dans les communautés frontalières, dans le cadre d'un réseau intégré de soins de santé et traitant des déterminants sociaux de la santé, en agissant le long de l'axe de l'innocuité et de la sécurité alimentaires et de la santé environnementale.

Des activités analogues ont bénéficié aux populations frontalières de la Région des Andes, par l'entremise de la collaboration de l'OPS avec l'Agence de santé des Andes (ORAS/CONHU). De plus, l'OPS a soutenu l'Observatoire des Andes sur les ressources humaines en santé et le Réseau des Andes des laboratoires nationaux de santé publique et a également appuyé les négociations vers une politique conjointe andéenne sur l'accès aux médicaments essentiels.

97. Le Ministère de la Santé du **Paraguay** a pris des mesures importantes en 2008, avec le soutien et la coopération technique de l'OPS, pour renforcer la mise en œuvre de sa stratégie de soins de santé primaires. En août 2008, le ministère a adopté une nouvelle politique sanitaire nationale connue par son slogan, « qualité de la vie et santé avec équité au Paraguay. » La politique vise à renforcer le système de santé en fonction des principes et des éléments des soins de santé primaires, notamment couverture élargie, équité garantie au niveau de l'accès, qualité améliorée des soins, promotion de la participation communautaire et meilleure coordination entre les niveaux de soins. Le ministère a créé une nouvelle Direction générale des soins de santé primaires pour guider cette initiative.

98. Egalement avec le soutien de l'OPS, le ministère a mis au point un plan visant à étendre la couverture de la santé et à combattre l'exclusion, à réduire les dépenses

propres de l'utilisateur, à améliorer la qualité des services de santé, à lutter contre la corruption et à réduire la paperasserie. Le plan prévoit de mettre en œuvre progressivement une politique de services de santé gratuits, par l'entremise de résolutions et de décrets. Initiative dans le cadre de laquelle le Paraguay a commencé en 2008 à déployer des réformes structurelles visant à mettre en place un système de santé national décentralisé. La création de 38 unités de santé familiale fournissant des services de santé complets à 133 000 personnes était parmi les premières mesures prises.

99. Le Bureau frontalier de l'OPS Etats-Unis-Mexique à El Paso au Texas a encadré la création d'un groupe consultatif technique chargé de formuler des politiques intersectorielles et actions traitant des déterminants sociaux de la santé le long de la frontière entre les États-Unis et le Mexique. Le nouveau groupe consultatif a été mis sur pied suite à une réunion tenue en août 2008 qui a réuni des experts des deux pays pour discuter du rapport communiqué récemment par la Commission des déterminants sociaux de la santé. Le groupe met au point un cadre conceptuel pour relever les défis spéciaux qui se présentent le long de la zone frontalière et fixera des buts prioritaires dans ce domaine, notamment le renforcement des connaissances et une meilleure compréhension de la dynamique des déterminants sociaux de la santé dans la région frontalière.

100. L'OPS a collaboré avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) en 2008-2009 dans deux domaines pour renforcer la base de données probantes étayant la formulation de politiques liées aux soins de santé primaires. Dans le premier domaine, « renforcement des statistiques de l'état civil et statistiques de santé », on a surtout cherché à ajouter l'ethnie aux données de santé et statistiques de l'état civil et, en outre, la participation des groupes autochtones et personnes de descendance africaine sera renforcée dans les recensements à venir en 2010. Dans le second domaine, « évaluer les progrès faits pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement sur le plan de la santé », une étude a été faite sur les peuples autochtones et personnes de descendance africaine en Amérique latine et un projet a été réalisé sur les inégalités territoriales et les OMD.

101. Le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) a cherché à renforcer la coordination inter organisations et à forger des alliances et réseaux aux niveaux mondial et régional, entre divers partenaires dont l'Agence espagnole de coopération pour le développement international (AECID), IPAS, ACDI/VOCA, l'Union européenne, l'UNICEF, l'UNFPA, et March of Dimes. CLAP a également encouragé la création de réseaux d'institutions périnatales dans un nombre croissant de pays, notamment l'**Argentine**, la **Bolivie**, la **Colombie**, le **Salvador**, le **Honduras**, le **Nicaragua**, le **Pérou**, le **Paraguay** et l'**Uruguay**.

102. En 2008, l'OPS a encouragé des discussions au sein des États Membres sur le rapport communiqué récemment par la Commission sur les déterminants sociaux de la

santé et sur le traitement de ces déterminants dans les politiques et actions combinant la santé environnementale et la nouvelle vision des soins de santé primaires. Un certain nombre de pays ont déjà formé des commissions nationales pour formuler des politiques dans ces domaines et d'autres commencent à mettre en œuvre des programmes qui traitent des multiples conditions qui influencent le bien-être de leurs populations.

103. Le programme de vaccination de l'OPS une fois de plus a lancé ce qui bien allait devenir l'initiative la plus fameuse de santé panaméricain dans l'hémisphère entier : la Semaine de vaccination des Amériques. Son entrée en 2008 donnait l'occasion à de multiples événements et activités de lancement dans les régions frontalières des **Etats-Unis** et du **Mexique**, de l'**Amérique centrale** et du **Panama**, du **Brésil**, de la **Colombie**, du **Pérou** et de **Guyana**. Autant d'événements auxquels ont participé des présidents, des ministres et autres dignitaires de haut niveau et célébrités comme Ricardo Montaner et Jerry Rivera. L'initiative a mobilisé des milliers d'agents de santé sur l'ensemble de la Région. Quarante-cinq pays et territoires y ont pris part, vaccinant pratiquement 60 millions de personnes contre des maladies comme la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, le tétanos, la fièvre jaune et la grippe. Un grand nombre de pays ont également l'occasion pour offrir d'autres services dont l'étude des frottis vaginaux, des suppléments en vitamine A et le dépistage de la tuberculose.

104. L'OPS en partenariat avec l'ONUSIDA et l'UNICEF a publié un rapport sur le VIH/SIDA qui traite de groupes particulièrement vulnérables, comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe et les toxicomanes pour mieux répondre aux vulnérabilités liées au genre, aux droits humains et aux obstacles entravant l'accès universel aux services de traitement et de prévention du VIH.

105. L'OPS a également entrepris une importante initiative de cartographie pour réunir des données sur la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que sur les services de prévention du VIH et la couverture de la population adolescentes afin de déterminer les services de soins primaires nécessaires dans la Région et formuler ensuite les politiques et processus décisionnels répondant à de tels besoins.

106. L'OPS a soutenu la création d'une nouvelle Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement par des directeurs régionaux des Nations Unies pour l'Amérique latine. L'alliance vise à faire avancer les Objectifs du Millénaire pour le Développement en renforçant et en intégrant les réponses internationales et nationales à la nutrition, à la santé et au développement, par le biais de stratégies, interventions et outils intersectoriels et interprogrammatiques dans des domaines comme la santé, la nutrition, l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'agriculture, le commerce, la main-d'œuvre, la participation sociale, le genre et les droits humains.

107. En 2008-2009, l'OPS a intensifié sa collaboration avec des organisations confessionnelles dont Latin American Episcopal Conference (CELAM), Church of Jesus Christ of Latter-day Saints et les Ministères de la santé de la Conférence générale des Adventistes du septième jour (SDA) qui compte 15 millions de membres et plus de 6000 hôpitaux, cliniques et centres de santé dans le monde. Soutenu par l'OPS et l'OMS, SDA a organisé une conférence mondiale sur la santé et les styles de vie mi-2009 à Genève dans le cadre de laquelle les participants ont partagé connaissances et expériences sur l'adoption des normes mondiales de soins de santé de l'OMS pour avancer vers les cibles sanitaires des OMD. Plus de 700 personnes ont participé.

108. L'OPS a œuvré en 2008-2009 pour mobiliser des ressources financières et techniques et pour faciliter la coordination multisectorielle au niveau des pays sur le plan de la santé infantile. En partenariat avec des organisations internationales et nationales, y compris l'OMS, l'USD, l'UNICEF ainsi que des organisations non gouvernementales et confessionnelles, le secteur privé et la société civile, l'OPS a encouragé l'expansion de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et autres initiatives de santé infantile.

109. L'OPS a collaboré avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour utiliser une partie du don de 528 millions d'euros pour la réforme des Nations Unies et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (Fonds d'accomplissement des OMD). A la fin de 2008, l'OPS/OMS a reçu l'approbation pour des projets s'élevant à un total d'3,7 millions USD. Les bureaux de pays de l'OPS participent à des projets en **Colombie**, au **Costa Rica**, au **Guatemala**, au **Honduras**, à **Panama** et au **Pérou** et dans d'autres pays en préparant des notes conceptuelles et des documents de programmes conjoints de l'ONU.

110. L'OPS en 2008-2009 a continué les activités entrant dans le cadre d'un don de 4 millions USD, sur quatre ans, de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour renforcer les systèmes et les services de santé dans le contexte des soins de santé primaires et pour améliorer la qualité des services sur l'ensemble de la Région. Un coordinateur technique a participé à la gestion du don en recherchant les synergies possibles, un maximum de résultats et en donnant une vision commune aux multiples intervenants et projets entrant dans l'accord cadre.

Chapitre VI

Relever les défis de l'avenir

111. Les chapitres I à IV du présent rapport témoignent de l'engagement croissant face au renouveau des soins de santé primaires en Amérique latine et aux Caraïbes ainsi que les progrès concrets faits par l'OPS et ses États Membres dans l'application de cette approche.

112. Par ailleurs, le défi de la « Santé pour tous » ne saura être relevé ni aisément ni rapidement. Un grand nombre de pays de la Région restent privés d'une protection sanitaire générale et un grand nombre de personnes – environ 125 millions dans la région- n'ont pas toujours pas accès aux services de santé de base. Les pays qui se sont dotés de programmes de protection sanitaire ont bien du mal à les étendre à un plus grand nombre de personnes et à un plus grand nombre de pathologies : guère facile de financer de tels programmes de manière durable et équitable. Et tout les pays font face à la tâche difficile consistant à réorganiser des systèmes de santé pour éliminer la fragmentation et la segmentation et améliorer la qualité, l'efficacité et l'équité.

113. Pour certains pays, le défi consiste à regagner du terrain perdu. S'ils ont fait de réels progrès au niveau des soins de santé primaires ces dix à vingt dernières années, ils ont pourtant négligé les systèmes d'orientation et soutien des services au niveau primaire et, à présent, les patients doivent attendre des mois ou même des années avant de recevoir tel ou tel type de soins. D'autres sont devenus la proie de la surmédicalisation des services de santé et de la dévalorisation du rôle des infirmiers, des techniciens médicaux, des agents de santé communautaire, des nutritionnistes, des sages-femmes, des agents sociaux, reléguant au deuxième rang l'importance des individus, de leur famille et de leur communauté pour protéger et promouvoir leur propre santé.

114. Trop souvent, on a attaché une importance trop grande au dernier équipement ou à la technologie la plus moderne, alors que des options moins chères pourraient être tout aussi bonne et préserveraient la viabilité financière des services de santé. Tout aussi grave est le problème des dépenses excessives au deuxième et troisième niveaux de soins sans connexion ou même au détriment du premier niveau, entravant ainsi les efforts en vue de mettre en œuvre la stratégie de soins de santé primaires à tous les niveaux du système de soins de santé.

115. De tels défis intrinsèques ont pris un caractère encore plus urgent et plus grave dans le contexte de la crise économique mondiale qui fait peser de lourdes menaces sur la santé et autres développements de la Région. En 2008, l'accroissement des prix des aliments et du carburant ainsi que la diminution des envois de fonds ont aggravé la pauvreté et l'insécurité alimentaire dans un certain nombre des États Membres de l'OPS.

Mi-2009, dans ce climat de marasme économique, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) prévoyait une réduction de 1,7% dans le PIB de la Région pour 2009, représentant une baisse dans le revenu par habitant pour la première fois en pratiquement dix ans.

116. Si aucune mesure n'est prise pour pallier à cette situation, ces tendances pourraient peser de tout leur poids sur la santé. En effet, la baisse du revenu personnel et l'augmentation du chômage se traduiront par un nombre croissant de personnes vulnérables et des contributions individuelles plus faibles aux systèmes de sécurité sociale et aux plans d'assurance-maladie tant du secteur privé que public. Ainsi, un nombre plus grand se tournera vers les services publics gratuits et les organisations confessionnelles et charitables qui sont déjà obérés. Les gens risqueront d'attendre plus longtemps avant de consulter les services de santé et ne prendront pas toujours les médicaments nécessaires, avec tous les risques que cela entraîne au niveau des complications et des dépenses catastrophiques pouvant pousser dans la pauvreté des familles entières.

117. Pour les gouvernements, la crise mondiale a freiné l'activité économique et a poussé à la baisse les prix à l'exportation, réduisant ainsi les recettes de l'État. Si la tendance des dépenses publiques procycliques se maintient dans la Région, le financement public de la santé baissera en dessous de la moyenne des 3,4% du PIB de ces cinq dernières années, chiffre déjà plus faible que les dépenses moyennes dans des pays dotés d'une bonne protection sociale en santé. Certains pays de la Région se donnent à présent des politiques financières anticycliques pour mitiger l'impact de la crise mais la plupart de ces politiques se concentrent sur la création d'emplois et les investissements dans l'infrastructure plutôt que sur les dépenses sociales ou sanitaires. De fait, les pays qui ont déjà procédé à des coupes dans les dépenses publiques ont réduit de manière disproportionnée leurs dépenses du secteur de la santé.

118. Et pourtant, malgré de telles tendances, la crise économique mondiale est également l'occasion de mettre en avant la nouvelle vision des soins de santé primaires pour préserver les progrès sur le plan de la santé tout en augmentant l'efficacité des systèmes de santé et en diminuant les coûts des soins de santé en général. A ce regard, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (amendé) intègre les soins de santé primaires comme le principe directeur de l'organisation et de la gestion des systèmes de santé, guidant la santé des adolescents, la santé familiale et communautaire et les services pharmaceutiques et devenant le pivot de la coopération technique portant sur la prévention et le contrôle des maladies, le renforcement des ressources humaines et l'expansion de la protection sociale. Cette approche est devenue le principe général de l'intégration dans le Plan de travail biennal de l'OPS pour 2010-2011 et ses directives et stratégies de planification. Des cours spéciaux sont disponibles pour aider le personnel de l'OPS à l'intégrer dans son travail.

119. Pour les États Membres, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 retient un certain nombre de défis à court terme au niveau de la mise en œuvre d'une vision renouvelée des soins de santé primaires. S'agissant de :

- Continuer à promouvoir le concept des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires et d'encourager une participation accrue par les communautés et autres parties concernées dans le développement des systèmes.
- Appliquer l'approche des soins de santé primaires renouvelés aux programmes à base de population et initiatives de contrôle des maladies prioritaires.
- Créer des mécanismes spécifiques pour renforcer la collaboration intersectorielle, notamment les nouveaux réseaux et partenariats.
- Mettre en œuvre les recommandations de l'OPS/OMS sur l'intégration des réseaux de services de santé qui comprend des prestataires publics et privés.
- Intégrer une approche interculturelle à la formulation de politiques et systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires.
- Exécuter des programmes pour améliorer la qualité des soins, notamment la sécurité des patients.
- Vérifier la disponibilité à long terme des ressources financières, physiques et technologiques nécessaires pour la mise en œuvre réussie des soins de santé primaires.
- Renforcer des compétences spécifiques chez le personnel de santé dans la Région pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

120. La coopération technique de l'OPS pour 2009-2012 vise à aider dans une grande mesure les pays à relever ces défis. Outre les outils et stratégies détaillés dans le Plan stratégique 2008-2012, l'OPS encadre d'autres initiatives venant appuyer le renouveau des soins de santé primaires. Au premier rang se trouve la nouvelle politique régionale sur les réseaux intégrés de services de santé (RISS, voir chapitre V) qui est présentée au 49^e Conseil directeur aux fins d'adoption comme stratégie commune d'amélioration des services de santé passant par les économies d'échelle, la réduction du double emploi, la coopération et responsabilité parmi le personnel, le partage des dépenses et des investissements et l'amélioration de la gestion des facteurs risques.

121. Disponible sur le campus virtuel en santé publique, le cours sur le « Renforcement des capacités pour le renouveau des soins de santé primaires, » est une autre initiative

importante dans ce domaine au même titre que le nouveau Réseau thématique régional sur les soins de santé primaires qui encouragera la diffusion des meilleures pratiques.

122. En outre, l'OPS est en train de mettre au point une série de publications avec des directives et des stratégies pour la mise des soins de santé primaires. La série comprend le document positionnel de l'OPS/OMS *Renewing Primary Health Care in the Americas* et *Strategies for the Development of Primary Health Care Teams* et *Formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. Une troisième publication, *Integrated Delivery Networks* intégrera le feedback du 49^e Conseil directeur et devrait être publié en principe au début de 2010.

123. De telles initiatives viennent en temps difficile mais aussi à point nommé pour les Amériques. Si la Région connaît de graves problèmes économiques, politiques et sociaux, elle saura se servir aussi d'un consensus quasi universel voulant que le meilleur état de santé possible est un droit humain inaliénable et une condition sine qua non du développement économique et social. Dans les accords allant de l'Agenda de santé pour les Amériques à la Déclaration de Montevideo, au Consensus d'Iquique de la 9^e Conférence ibéro-américaine des Ministres de la Santé, à la Constitution du Conseil de santé de l'Amérique du Sud (UNASUR-SALUD) et à la Déclaration de l'engagement de Port of Spain (cinquième Sommet des Amériques), les gouvernements de la Région ont reconnu leur responsabilité consistant à garantir ce droit et ils savent avec conviction que les systèmes basés sur les soins de santé primaires sont la meilleure manière de réaliser ce droit.

124. Dans ce contexte, le renouveau des soins de santé primaires est nécessaire « plus que jamais » sur l'ensemble des Amériques. Se servant de ses programmes de coopération technique et activités de plaidoyer, l'OPS continuera à soutenir cette orientation pour que la vision de la « Santé pour tous » devienne une réalité partout dans ses États Membres.

- - -