

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظَرَةُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**COMITÉ RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE**

EM/RC55/INF.DOC.6 (b)
Octobre 2008

Cinquante-cinquième session

Original : anglais

Point 12 de l'ordre du jour

Soins de santé primaires

Le document ci-après a été préparé par le Siège de l'OMS pour faciliter les discussions, durant la cinquante-cinquième session, du Comité régional de la Méditerranée orientale sur le rôle d'élaboration et de mise en place de stratégies et de programmes joué par l'OMS en vue d'appuyer l'engagement réitéré des pays en faveur de soins de santé primaires.

Ce document sera examiné au titre du point 12 de l'ordre du jour provisoire, *Les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires dans la Région de la Méditerranée orientale : quels seront les changements au XXI^e siècle ?*

Les informations reçues en retour des six comités régionaux de l'OMS seront prises en compte dans la production du document qui sera présenté au Conseil exécutif lors de sa cent vingt-quatrième session de janvier 2009 et par la suite à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé (WHA62) en mai 2009.

Soins de santé primaires

1. Le présent rapport a été préparé en vue d'inciter les Comités régionaux à discuter du rôle joué par l'OMS dans l'élaboration et la mise en place de stratégies et de programmes en vue d'appuyer l'engagement réitéré des pays en faveur des soins de santé primaires. Il présente un aperçu du concept et des buts des soins de santé primaires, étudie les nouveaux enjeux auxquels les systèmes de santé se trouvent confrontés et examine la capacité des soins de santé primaires à agir en conséquence. La dernière partie traite de quelques-uns des problèmes opérationnels et de mise en oeuvre qu'il conviendra de résoudre.

Soins de santé primaires : la vision d'Alma-Ata

2. Il y a trente ans, la Déclaration d'Alma-Ata définissait très clairement les soins de santé primaires comme un ensemble de valeurs sur lesquelles orienter le développement de la santé, un ensemble de principes permettant de structurer les services de santé, et un certain nombre de démarches visant à répondre aux besoins de santé prioritaires et à agir sur les principaux déterminants de la santé.
3. C'était une vision ambitieuse et audacieuse. Elle s'appuyait sur le principe que des politiques éclairées permettent d'améliorer l'état de santé des populations et confèrent aux individus la capacité de rendre leur vie plus productive tant sur le plan social qu'économique et de contribuer ainsi au développement général. Dans cette optique, il s'agissait de trouver les moyens d'optimiser l'utilisation du peu de ressources disponibles et de mettre les soins de santé essentiels à la portée des populations vulnérables et marginalisées.
4. La Déclaration d'Alma-Ata élargissait le modèle médical de la santé à ses aspects sociaux et économiques et reconnaissait que les activités menées dans de nombreux secteurs étaient porteuses de perspectives de meilleure santé. Parallèlement à cette vaste approche de santé publique, les soins de santé primaires ont cherché des solutions à l'échelle des populations capables de combler les clivages constatés dans les résultats sanitaires. Parmi les valeurs fondamentales, l'accent était mis sur l'équité dans l'accès aux soins et sur une juste répartition des fruits des avancées médicales et scientifiques.
5. Au niveau des politiques, cela signifiait que les décisions prises sur l'utilisation des ressources financières et humaines et le choix des médicaments et d'autres interventions techniques devaient coïncider avec les besoins de santé prioritaires des populations. L'accent était mis également sur la nécessité d'une appropriation des valeurs des soins de santé primaires par les populations locales et de la participation des communautés. Ce faisant, la Déclaration rendait hommage à la capacité de résistance et à l'ingéniosité de l'esprit humain et ouvrait la voie à des solutions élaborées par les communautés elles-mêmes qui en étaient parties prenantes et en assuraient la viabilité.
6. Par dessus tout, les soins de santé primaires, tels que définis en 1978 rendaient possible de structurer tout le périmètre des soins de santé, des ménages aux hôpitaux, les soins préventifs ayant autant d'importance que les soins curatifs, et d'allouer les ressources de façon rationnelle aux différents niveaux de soins.
7. La Déclaration d'Alma-Ata a lancé un mouvement mondial : la santé pour tous. Les créateurs de ce concept n'auraient pas pu prévoir les événements qui se sont ensuivis dans le monde : une crise du pétrole, une récession mondiale et la mise en place de programmes d'ajustement structurels. Au fur et à mesure que diminuaient les ressources consacrées à la santé, des approches sélectives prévoyant des ensembles d'interventions ont été jugées préférables au projet de restructurer fondamentalement les services de santé.
8. L'émergence du VIH/sida, la résurgence correspondante de la tuberculose et la détérioration de la situation des populations impaludées ont obligé les interventions internationales de santé publique à se centrer, non plus sur des programmes de large portée, mais désormais sur la

gestion de situations d'urgence extrêmement meurtrières. Tous ces événements ont réduit la place accordée aux soins de santé primaires dans les débats sur la santé publique.

9. Ces dix dernières années, l'évolution des maladies et le ralentissement des progrès accomplis pour atteindre les grands objectifs internationaux de santé ont de nouveau mis en évidence l'importance cruciale des systèmes de santé et ont rendu leur renforcement extrêmement urgent. Dans la recherche d'une orientation énergique des politiques, les soins de santé primaires sont de nouveau considérés comme la voie qui permettra de restructurer toute la gamme des services de santé et de résoudre un certain nombre de problèmes spécifiques.
10. Plus récemment, plusieurs conférences de haut niveau ont exploré les avantages que les soins de santé primaires pourraient offrir dans la résolution des problèmes de santé complexes de l'époque actuelle. Ces conférences ont permis de renouveler les engagements des pays en faveur des soins de santé primaires, souvent sur la base de leurs expériences, comme une démarche enfin parvenue à maturité.
11. Une base factuelle considérable a été constituée à l'appui de cet engagement. Des études montrent que des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires permettent une plus grande satisfaction de l'utilisateur, produisent de meilleurs résultats et cela, en exploitant plus efficacement les ressources humaines et financières. La recherche a démontré de façon convaincante que les démarches orientées vers les communautés et sur lesquelles elles s'appuient ont le pouvoir de réduire fortement et durablement la morbidité et la mortalité. Critère tout aussi important, la recherche a contribué à mettre au point différentes technologies simples mais pleines de promesses qui aideront à faire des soins à assise communautaire, des soins de tout premier ordre.

Des enjeux sanitaires dans un paysage complexe

12. La Déclaration du Millénaire et ses objectifs ont repris les valeurs de justice sociale et d'équité énoncées clairement à Alma-Ata. La place centrale de la santé dans les programmes de développement s'est trouvée confirmée, comme un critère essentiel de productivité sociale et économique et un préalable indispensable à la réduction de la pauvreté.
13. L'engagement politique plus ferme en faveur de la santé s'est accompagné d'importants volumes de financement obtenus de sources nouvelles et d'une multitude d'initiatives et de partenariats liés la santé. Mais s'ils ont été bienvenus, ces efforts n'en ont pas moins été insuffisants pour relancer les progrès, faute de systèmes de santé capables d'atteindre ceux qui en ont le plus besoin, à une échelle suffisante et en temps voulu. La plupart des études d'évaluation des progrès accomplis vers les objectifs liés à la santé mentionnent la faiblesse des systèmes de santé comme principal obstacle à la réussite.
14. En ce qui concerne les systèmes de santé, l'engagement à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé implique essentiellement deux choses. Premièrement, les systèmes assurant la prestation des services doivent être améliorés pour atteindre les pauvres, qui vivent souvent dans les zones rurales éloignées et les bidonvilles urbains. Deuxièmement, il faut mettre en place des régimes de protection financière pour faire en sorte que les coûts des soins de santé, en particulier lorsqu'il s'agit de dépenses catastrophiques, n'enfoncent pas eux-mêmes les patients dans la pauvreté.
15. Les préoccupations plus fortes concernant les systèmes de santé coïncident avec plusieurs constats de tendances alarmantes. La plupart des systèmes de santé souffrent d'une grave pénurie d'agents de santé correctement formés. Les activités des multiples organismes d'exécution sont souvent mal coordonnées et sans correspondance avec les priorités et capacités nationales. Il en résulte inefficacité et surcharge de travail dans les services administratifs. Les initiatives de lutte contre une seule maladie, si elles sont mal préparées, peuvent inciter les agents de santé à quitter le secteur des soins de santé de base. Dans de nombreux pays, les soins de santé sont de plus en plus souvent assurés par le secteur privé, qui échappe souvent à toute réglementation.

16. Le prix des soins de santé est à la hausse. Les attentes des usagers se font de plus en plus fortes. Les systèmes de santé ne vont pas automatiquement faire preuve d'une plus grande efficacité ni d'une meilleure équité dans l'accès aux soins. Si aucune mesure n'est prise délibérément, les progrès réguliers obtenus dans les soins médicaux continueront de ne bénéficier qu'à une minorité de privilégiés et les pauvres resteront toujours exclus des soins de base et les clivages dans les résultats sanitaires s'accroîtront entre les pays, comme à l'intérieur de chacun d'eux. Un monde fortement déséquilibré dans ce qui touche à la santé ne peut être ni stable ni sûr.
17. Dans toutes les régions, la santé est de plus en plus caractérisée par les mêmes forces puissantes. L'augmentation phénoménale des vols internationaux expose le monde à une menace beaucoup plus forte des maladies émergentes et à une tendance épidémique. Les accords commerciaux influent sur la disponibilité et les prix des biens dans le monde, notamment des aliments et des produits pharmaceutiques, en faisant bien peu de cas de leur incidence sur la santé.
18. L'urbanisation et le vieillissement démographique sont des tendances mondiales. À la transition épidémiologique se sont ajoutées les transitions nutritionnelles et comportementales. Les maladies chroniques non transmissibles, longtemps considérées comme l'apanage des sociétés d'abondance, pèsent désormais plus lourdement sur les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les exigences des traitements à vie surchargent des systèmes de santé déjà déficients. Le nombre croissant des aînés fragilisés accentue la pression exercée sur les systèmes de santé, sur le personnel de santé et sur les infrastructures sociales.
19. Les mesures prises pour s'attaquer aux principaux déterminants de la santé sont devenues de plus en plus complexes. Les maladies chroniques, par exemple, sont dues en grande partie à un petit nombre de facteurs liés aux modes de vie, facteurs qui échappent au contrôle direct du secteur de la santé. Même si une meilleure santé a pendant longtemps dépendu de la collaboration entre différents secteurs, les mesures visant à influencer les déterminants de la santé placent les intérêts de la santé publique en concurrence avec ceux d'industries puissantes dotées de stratégies de commercialisation implacables.
20. L'interdépendance mondiale signifie que la situation sanitaire a des incidences mondiales mais aussi des causes mondiales, en particulier lorsque des urgences sanitaires exigent une aide internationale. Une majorité d'experts s'accordent à penser que des pays dotés de systèmes de soins à assise communautaire, résistants, sont mieux à même de réagir à des chocs causés par des événements de portée mondiale tels qu'une crise alimentaire, le changement climatique ou une maladie pandémique.
21. Considérées ensemble, ces tendances appellent plusieurs conclusions. Il est indispensable d'accorder une plus grande attention à la prévention, en tant que volet des politiques de santé, mais également au travers de la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire qui visent un changement de comportements au sein des communautés. Des actions plurisectorielles sont essentielles parce qu'elles contribueront également à la prévention. La demande des usagers doit être satisfaite, de même que les déséquilibres dans la prestation des soins essentiels doivent être réduits. Un système de santé local plus fort pourra alléger les pressions exercées sur la communauté internationale lorsque surviendra une catastrophe.
22. Il faut également lutter contre le gaspillage et les inefficacités. Il est important de mettre en place de meilleures mesures d'incitation pour obtenir une meilleure qualité de fonctionnement des services. Ces mesures d'incitation sont tout aussi nécessaires pour le personnel de santé. En attendant que l'on puisse former et déployer un plus grand nombre d'agents de santé, il faut trouver le moyen d'inciter les professionnels à aller exercer dans les zones rurales et à faire en sorte que différentes affections soient prises en charge au bon niveau de compétences.
23. Ces tendances, et les nouvelles pressions qu'elles exercent sur les systèmes de santé ont favorisé la recherche d'une plus grande efficacité dans les systèmes de santé et d'une meilleure qualité de soins. Elles ont également favorisé une évaluation critique du bien-fondé d'une approche centrée sur les soins de santé primaires et des avantages qu'elle peut apporter, notamment en termes de mesures incitant à une meilleure efficacité et à un fonctionnement plus équitable.

Soins de santé primaires : des solutions adaptées

24. Dans ce contexte, on perçoit déjà plusieurs avantages d'une approche centrée sur les soins de santé primaires. Parmi ces avantages figurent l'accent particulier mis sur la prévention, l'encouragement d'une collaboration entre différents secteurs et l'impulsion donnée pour atteindre les populations vulnérables et marginalisées. D'autres avantages sont prévisibles comme la reconnaissance explicite du pouvoir de la participation des communautés en tant que ressource durable pour la santé et l'intérêt porté aux technologies pouvant être à la fois appropriées et abordables.
25. En particulier, l'importance accordée à la prévention, à la responsabilité individuelle en matière de santé et aux comportements favorables à la santé peut être d'autant plus pertinente s'il s'agit d'une stratégie visant à mettre un terme à la déferlante des maladies chroniques. Ces trois éléments sont également porteurs de grandes promesses en matière de prévention et de prise en charge à long terme du VIH/sida, et notamment de la mise à disposition d'une thérapie antirétrovirale, de la prise en charge intégrée du VIH/sida et de la tuberculose et de la lutte antipaludique grâce à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux traitements à domicile.
26. Des données factuelles incontestables démontrent la contribution d'une approche centrée sur les soins de santé primaires pour obtenir une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources et un meilleur fonctionnement global des systèmes de santé. Comme moyen de structurer les systèmes de santé, les soins de santé primaires sont un filet de protection contre les patients qui envahissent les services des urgences pour des problèmes mineurs. En veillant à ce que les affections soient prises en charge au bon niveau de compétence, les soins de santé primaires contribuent à une meilleure optimisation des ressources humaines et financières.
27. Des systèmes de santé centrés sur les soins primaires sont bien placés pour tirer parti d'un certain nombre d'opportunités récentes et émergentes. Des mécanismes plus larges tels que le microcrédit, permettent aux femmes de révéler leur capacité à agir en tant qu'agents du changement dans les communautés. La recherche montre que lorsque les femmes gèrent les ressources financières, les investissements aboutissent à une meilleure nutrition, à de meilleures conditions d'assainissement, à l'achat de moustiquaires et à l'éducation des enfants.
28. Les progrès obtenus dans l'informatique permettent de relier des centres de santé éloignés avec des centres de plus grande expertise. Comme le montrent plusieurs études pilotes, ces progrès peuvent également révolutionner la collecte et l'exploitation des données dans les systèmes de santé des districts, et régler ainsi les éternels problèmes de suivi et d'évaluation inadaptés tout en facilitant la hiérarchisation des priorités.
29. La contribution de la société civile, notamment au niveau local, s'est considérablement étendue, et offre ainsi de nouveaux modèles de prestations de services, souvent sur la base du volontariat. En tant que ressources, les initiatives de la société civile sont particulièrement bien adaptées aux démarches communautaires.
30. De plus en plus, les données tendent à démontrer la valeur des démarches de prestation de services orientées vers les communautés et sur lesquelles elles s'appuient. Outre le fait qu'elles ont prouvé leur capacité à faire baisser la morbidité et la mortalité, ces stratégies sont très intéressantes pour leur bon rapport coût-efficacité et pour le fait qu'elles incitent à l'engagement des communautés.
31. La recherche a fortement contribué à étendre la gamme des outils techniques pouvant être adaptés aux ménages et aux communautés. Parmi certains exemples récents, citons les schémas thérapeutiques pour le traitement à domicile du paludisme et de la pneumonie infantile, les soins « kangourou » pour les prématurés, les aliments thérapeutiques « prêts à l'emploi » pour la

prise en charge à domicile de la malnutrition sévère, les kits de test simplifié pour le diagnostic du paludisme, les médicaments thermostables pour les soins en cas de maladies chroniques, et les outils simplifiés pour la détection précoce et la prise en charge du cancer du col utérin.

Le défi de la mise en oeuvre

32. Les systèmes de santé sont fortement dépendants de leur contexte. Il n'existe aucun ensemble de solutions capable d'améliorer leur fonctionnement, quelque soit le contexte. En 1994, un rapport de l'OMS sur les progrès réalisés vers le but de « La santé pour tous » a conclu que la diffusion des expériences pratiques pour surmonter des problèmes était le principal outil de progression. Cette conclusion n'a pas encore été démentie.
33. Néanmoins, la mise en oeuvre des soins de santé primaires soulève quelques difficultés courantes, indépendantes du contexte. Les Comités régionaux sont invités à explorer les expériences et les occasions dans les domaines présentés ci-dessous et à proposer des conseils sur la façon dont une démarche relancée sur les soins de santé primaires pourrait contribuer à résoudre ces problèmes et d'autres difficultés.
34. L'aide au changement. Si les soins de santé primaires permettent de gagner en efficacité, ce ne sont ni des soins peu onéreux ni une façon peu coûteuse pour les gouvernements de remplir leurs obligations dans le secteur de la santé. Il est important de bénéficier d'un soutien politique. L'idéal, c'est que ce soutien soit motivé par un souhait d'assurer une couverture de soins de base équitable pour l'ensemble de la population et par la conviction que de meilleurs résultats sanitaires se traduisent par une meilleure stabilité et une meilleure productivité parmi les populations. L'aide publique, exprimée par la société civile, les organisations non gouvernementales et d'autres groupes, est tout aussi importante. De plus, certaines données factuelles nous permettent de penser que les réformes induites par la demande, dans lesquelles l'incitation au changement vient des citoyens eux-mêmes, supporteront plus probablement de fréquentes modifications dans le pouvoir et les priorités politiques.
35. Financer le système de santé. Malgré les récentes augmentations de l'aide financière extérieure pour la santé, plus de 75 % de la totalité des fonds alloués à la santé dans un pays type à faible revenu sont issus de sources nationales. En 2005, le total des dépenses de santé, toutes sources confondues y compris l'aide extérieure et les emprunts, représentait en moyenne moins de 30 USD par habitant dans 43 pays à faible revenu. Ce montant est très inférieur au montant jugé nécessaire pour l'achat d'un ensemble essentiel d'interventions de santé. Il est clair que de nombreux pays en développement devront dépendre d'une aide financière extérieure pour leur secteur de la santé et ce, pendant les quelques années à venir.
36. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme tout comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ont reconnu depuis peu la nécessité d'investir dans des systèmes de santé renforcés. Comment l'OMS peut-elle aider les pays à tirer parti des nouvelles occasions de financement pour renforcer les systèmes de santé ? En outre, l'importance du bon fonctionnement des systèmes de santé est traitée dans de nouvelles initiatives comme le Partenariat international pour la santé. Comment peut-on traduire les expériences acquises dans des pays pilotes en enseignements à appliquer dans différents pays ? Quel devrait être le rôle de l'OMS ?
37. Protection financière. Compte tenu des contraintes financières existantes, les gouvernements doivent concevoir des dispositifs de protection sociale, qu'ils soient financés par des systèmes de mutualité, par les employeurs, par un système fiscal plus efficace ou par une plus grande part du budget national alloué à la santé. L'OMS estime que chaque année les dépenses de santé font plonger 150 millions de personnes dans une situation financière catastrophique et font passer 100 millions d'entre eux en-deçà du seuil de pauvreté. Les ménages pauvres doivent affronter une double difficulté : ils sont davantage confrontés à la maladie et nécessitent donc plus de soins alors qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer le coût des services de santé, en particulier lorsque ces services sont financés par des paiements directs. Que peut-on faire pour leur éviter de tomber dans ce piège de la maladie ?

38. Agir entre secteurs. Le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé va permettre de mieux comprendre les déterminants plus larges de la santé et la façon dont on peut les influencer, par l'intermédiaire de politiques et de programmes des différents secteurs. La plupart des principaux déterminants de la santé échappent au contrôle direct du secteur de la santé. En même temps, les ministères de la santé ont bien souvent un moindre pouvoir de persuasion lorsque les priorités sont définies et que les budgets sont arrêtés, par rapport aux autres secteurs. Comment peut-on inciter d'autres secteurs à évaluer l'incidence sur la santé de leurs activités, lorsqu'ils les planifient ? Que peut-on faire pour rehausser l'image des ministères de la santé dans la hiérarchie gouvernementale ?
39. Étendre les soins aux populations vulnérables. Concernant de nombreux problèmes de santé ciblés par des engagements internationaux, la morbidité et la mortalité élevées persistent malgré la mise en place d'interventions extrêmement efficaces et abordables. Ce constat suscite une obligation morale d'élargir l'accès aux soins en visant la couverture universelle. En même temps, les ménages pauvres vivent généralement dans des lieux tels que les zones rurales reculées ou les bidonvilles urbains, qui se trouvent hors de portée du système de santé formel. Face à cette situation, de nouveaux modèles de prestations de services pour les populations vulnérables et marginalisées ont été créés. Il s'agit notamment de l'initiative concernant les besoins fondamentaux en matière de développement au Bureau régional de la Méditerranée orientale et de l'initiative « Des visages, des voix et des compétences » au Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé. Le suivi a apporté les éléments justifiant leur capacité à toucher ceux qui se trouvent dans le plus total dénuement, au travers de démarches communautaires. Comment peut-on reproduire ces modèles ou les étendre pour atteindre l'objectif de la couverture universelle ?
40. Services intégrés. La réussite de l'initiative OMS/UNICEF pour la Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME), qui a été adoptée en tant que stratégie pour la survie de l'enfant dans 100 pays, a ouvert la voie à de futures approches intégrées. La PCIME délivre des soins cliniques de qualité, dans le contexte de la santé publique, en s'appuyant sur les principes des soins de santé primaires et en tenant compte des contraintes du systèmes de santé existant. Elle prévoit la mise en place de sessions de formation, la sélection et l'assurance qualité des médicaments essentiels, et le transfert des tâches au plus bas niveau de qualifications acceptables et sûres. De plus, la démarche associée, pour la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte, est l'élément central de l'initiative d'expansion de la thérapie antirétrovirale, qui touche actuellement près de 3 millions de personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Comment peut-on utiliser ces modèles, ou d'autres modèles pour assurer la prestation de services intégrés de façon plus systématique, régulière et largement accessible ?
41. Participation des communautés. Les initiatives qui favorisent la participation et l'appropriation des communautés sont parmi les principaux héritages de la Déclaration d'Alma-Ata. Les données factuelles qui en démontrent les avantages ne cessent de s'accumuler. Comment les différentes expériences peuvent-elles être partagées entre les pays et traduites en meilleures pratiques qu'il sera possible de choisir selon le contexte ? De même, des conseils pratiques sur la façon de rendre les communautés autonomes sont indispensables.
42. Meilleurs résultats sanitaires. Même s'il est important d'améliorer l'efficacité et le fonctionnement des systèmes de santé, le but ultime de la réforme d'un système de santé est de réduire les clivages dans les résultats sanitaires et d'améliorer l'état de santé général des populations. Pour déterminer si des réformes spécifiques contribuent effectivement à de meilleurs résultats sanitaires, il faut redoubler d'efforts dans les domaines du suivi et de l'évaluation, dans les comparaisons entre pays et dans le partage des expériences et des enseignements tirés, en particulier s'agissant de démarches novatrices. De même, la recherche opérationnelle est plus que nécessaire. Quel rôle l'OMS pourrait-elle jouer dans la diffusion de meilleures connaissances sur les meilleures méthodes pour améliorer les résultats sanitaires, et pourquoi ?