

CHAPITRE e1

Soins de base
dans les pays à faibles
et moyens revenus

Tim Evans

Kumanan Rasanathan

Le xx^e siècle a été témoin d'un accroissement sans précédent des inégalités mondiales. Les pays industrialisés ou à revenus élevés ont bénéficié d'une amélioration rapide des niveaux de vie, de nutrition, de santé, et de soins de santé. Pendant ce temps, les pays à faibles et moyens revenus, avec des conditions nettement moins favorables, ont progressé nettement plus lentement concernant le niveau de santé et les soins. L'étendue de cette inégalité se reflète dans les extrêmes d'espérance de vie à la naissance, avec d'un côté le Japon (82 ans) et de l'autre la Sierra Leone (32 ans). Cette différence de 50 ans reflète l'étendue décourageante des problèmes auxquels doivent faire face les pays à faibles et moyens revenus. Ces nations font face à la fois à des pathologies complexes (infectieuses et chroniques), à des facteurs de risque de maladie, et à une fragilité des fondements nécessaires à une bonne santé (par exemple, de la nourriture en quantité suffisante, l'accès à l'eau, les installations sanitaires, l'éducation) ainsi que des systèmes nécessaires à l'accès à des soins de santé de qualité. La nécessité de combler ce fossé et de mettre en place une égalité de la santé est devenue de plus en plus prégnante au cours des dernières décennies du xx^e siècle. La déclaration d'Alma Ata en 1978 a cristallisé cette vision d'une santé juste, quelques soient les revenus, le sexe, l'ethnie, l'éducation à travers le slogan « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » grâce aux soins de santé primaires. Alors que de nombreux progrès ont été réalisés depuis cette déclaration, à la fin de la première décennie du xxi^e siècle, il reste encore beaucoup à faire pour parvenir à l'égalité des soins dans le monde.

Ce chapitre traite tout d'abord des défis de la santé dans les pays aux revenus faibles et moyens, qui sous-tendent cette fracture sanitaire. L'apport et les principes des soins de santé primaires seront ensuite vus, en nous focalisant sur l'organisation de ces soins. Dans un troisième temps, ce chapitre passe en revue les expériences qui ont été menées afin de répondre à ces défis des soins de santé primaire dans les pays à revenus faibles et moyens. Enfin, nous verrons quels sont le calendrier et les opportunités que ces défis actuels et mondiaux nous apportent en vue du renouveau des soins de santé primaire.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

Le terme *soins de santé primaire* (*primary care*) a été utilisé de nombreuses façons différentes : pour décrire le niveau de soins ou d'élaboration du système de santé, un ensemble d'activités thérapeutiques et préventives réalisées par un personnel spécifique, les attributs d'une certaine façon d'exercer la médecine, ou une façon d'organiser les systèmes de soin, qui renvoie dans ce cas davantage à l'expression en anglais *primary health care*. En 1996, le US Institute of Medicine a regroupé ces différents sens, en définissant les soins de santé primaire comme « la prestation de services de santé intégrés, accessibles par des médecins responsables de la prise en charge de la majeure partie des besoins en santé d'une personne, du développement d'un partenariat pérenne avec le patient, et pratiquant dans un contexte familial et communautaire »⁽¹⁾. Nous emploierons cette définition des soins de santé primaire dans ce chapitre. Les soins de santé primaire réalisent une fonction essentielle des systèmes de soin, puisqu'ils sont l'occasion de la première rencontre avec un individu malade recherchant

des soins, qu'ils permettent de régler la plupart des problèmes, et de référer les patients vers d'autres services lorsque cela est nécessaire. Il devient de plus en plus évident dans tous les pays quelque soit leur niveau de revenus, que sans services de santé primaire forts, le système de santé ne peut pas fonctionner correctement et relever les défis de santé auxquels fait face la communauté dont ils sont responsables.

Les soins de santé primaires ne constituent qu'une part de l'organisation de l'accès aux soins de base. La déclaration d'Alma Ata rédigée en 1978 à la conférence internationale sur les soins de santé primaire à Alma Ata (désormais Almaty au Kazakhstan), a identifié de nombreuses formes de soins de santé primaires essentielles pour atteindre l'objectif de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Cependant, elle a permis également d'identifier la nécessité de travailler sur plusieurs secteurs, de considérer les facteurs économiques et sociaux qui déterminent la santé, de favoriser la participation de la communauté au sein des systèmes de santé et de s'assurer que l'usage et le développement de technologies est approprié en terme de mise en place et de coûts. La déclaration s'est fondée sur les expériences des pays à faibles et moyens revenus réalisées en vue d'améliorer la santé de leurs peuples après les indépendances. En général, ces pays ont créé des systèmes centrés sur l'hôpital, similaires à ceux existants dans les pays à revenus élevés. Il en a résulté le développement de services de pointe dans les zones urbaines, laissant une majeure partie de la population sans accès aux soins à moins que ces personnes ne traversent de grandes distances jusqu'aux centres de soin urbains. De plus, une grande partie de la population n'a pas accès aux mesures de santé publique de base. Les efforts du système de soins de santé primaire ont pour but de rapprocher les soins de là où vivent les gens, de s'assurer de leur implication dans les décisions concernant leur propre santé, et de prendre en charge les principaux aspects de l'environnement social et physique essentiels pour la santé, tels que l'eau, les équipements sanitaires, et l'éducation.

Après la déclaration d'Alma Ata, de nombreux pays ont mis en place des réformes de leur système de santé fondées sur l'accès aux soins de santé primaire. La plupart des progrès ont impliqué le renforcement de ces soins ; cependant, de façon inattendue, la plupart de ces progrès ont été constatés dans les pays à revenus élevés, la plupart desquels ont élaboré des systèmes permettant, à un coût minime voire nul, l'accès aux soins de santé primaire pour toute la population, en apportant la plupart des services dans les zones de soins de santé primaire. Cet effort a également pris en compte la nécessité du renforcement de la médecine familiale, désormais considérée comme une spécialité, nécessaire pour renforcer les services de santé primaire. Même aux États-Unis (une exception marquante à cette tendance), il est évident que les populations des états où il existe davantage de médecins et de services de santé primaire, sont en meilleure santé que dans ceux où ces derniers sont plus rares.

Des progrès ont également été réalisés dans les pays à faibles et moyens revenus. Cependant l'objectif de « la santé pour tous d'ici à l'an 2000 » reste largement inachevé. Les raisons en sont complexes, mais peuvent être en partie expliquées par l'échec à mettre en place une approche globale des services de santé primaire, en particulier un travail transversal sur les facteurs sociaux et économiques qui impactent la santé, ou encore la mise à disposition de ressources humaines, et autres, suffisantes pour permettre un niveau d'accès aux soins de santé primaires équivalent à celui des pays développés. De plus, en dépit de la déclaration d'Alma Ata en 1978, la communauté médicale internationale s'est rapidement fracturée concernant son engagement envers les mesures appelées par la déclaration. La récession économique a tempéré l'enthousiasme dont bénéficiaient les soins primaires, et l'élan s'est dirigé vers des programmes concentrés sur quelques mesures prioritaires telles que la vaccination, la réhydratation orale, l'allaitement, le suivi de la croissance, en ce qui concerne la survie des enfants. Le succès de ces mesures a encouragé ce déplacement des efforts de développement de la santé depuis l'approche globale des soins de santé primaire vers des programmes ciblant spécifiquement des priorités de santé publique. Cette approche s'est vue renforcée par la nécessité de faire face à l'épidémie de VIH/SIDA. Dans les années 1990, les programmes de santé primaire étaient tombés en désuétude dans la plupart des cercles politiques de la santé internationale, et les pays à faibles et moyens revenus étaient encouragés à diminuer leurs dépenses publiques de santé, pour privilégier les stratégies les plus rentables en termes de coût-efficacité pour la santé.

(1) Institute of Medicine. Primary care : America's health in new era (1996).

LES DÉFIS DE LA SANTÉ DANS LES PAYS À FAIBLES ET MOYENS REVENUS

Quatre-vingts pour cent de la population mondiale vit dans des pays à faibles et moyens revenus, définis par un PIB par habitant inférieur à 12 000 dollars/an. L'espérance de vie moyenne dans ces pays est nettement inférieure à celle des pays à revenus élevés : alors que l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les pays à revenus élevés est de 74 ans, elle n'est que de 68 ans dans les pays à revenus moyens et de 58 ans dans ceux à revenus faibles. Une attention de plus en plus grande a été portée à cet écart depuis 40 ans. Initialement, la situation dans les pays pauvres était caractérisée par une fertilité élevée associée à des taux de mortalité périnatale, infantile, et maternelle également élevés, la plupart des décès étant imputables à des causes infectieuses, à des maladies tropicales, et touchant les populations retirées, essentiellement rurales. Avec l'avancée en âge des populations et la modification des modes de vie liées à l'urbanisation, de nouveaux défis de santé comme les maladies chroniques, la surpopulation, les accidents de la voie publique, ont rapidement émergé (Figure e1-1). La majorité des décès liés au tabac surviennent désormais dans les pays à faibles et moyens revenus, et le risque qu'un enfant décède d'un accident de la voie publique est deux fois plus important en Afrique qu'en Europe. Les pays à revenus faibles et moyens font donc face au XXI^e siècle à de nombreux problèmes de santé – infectieux, chroniques, blessures – dont les incidences et prévalences sont nettement supérieures à celles observées dans les pays à revenus élevés et avec des ressources pour les résoudre bien inférieures.

Relever ces défis, cependant, ne signifie pas simplement qu'il faut attendre la croissance économique. L'analyse de l'association entre la richesse et la santé à travers différents pays a montré que pour un niveau de richesse donné, il existe des variations significatives de

l'espérance de vie à la naissance, qui ont persisté malgré une progression mondiale globale de l'espérance de vie au cours des trente dernières années (Figure e1-2). Le niveau de santé dans les pays à faibles et moyens revenus varie énormément. Les pays comme Cuba et le Costa Rica ont une espérance de vie et un taux de mortalité infantile similaires voir meilleurs que ceux des pays à revenus élevés ; à l'opposé, les pays d'Afrique sub-saharienne et de l'ex-URSS ont vu une dégradation de leurs marqueurs de santé au cours des vingt dernières années.

Comme l'a dit Angus Deaton au cours de la lecture annuelle WIDER le 29 septembre 2006, « Les habitants des pays pauvres ne sont pas malades parce qu'ils sont pauvres mais à cause des erreurs dans la façon dont la société est organisée, notamment en ce qui concerne l'accès à la santé, erreurs qui ne sont pas automatiquement corrigées par l'augmentation des revenus ». Cette analyse va dans le sens des études classiques sur l'ensemble des facteurs sociétaux expliquant le bon état de santé des populations de Cuba ou de l'état de Kerala en Inde. Les analyses conduites au cours des trois dernières décennies ont montré en effet qu'une amélioration rapide de la santé est possible dans des contextes très différents. Il est possible de comprendre le fait que certains pays soient très en retard, grâce à une comparaison des différences de progression au niveau régional en termes d'espérance de vie au cours de cette période (Figure e1-3). Alors que la plupart des régions ont fait des progrès impressionnants, les pays d'Afrique sub-saharienne et de l'ex-URSS ont stagné, voire, ont régressé.

Alors que le niveau de santé moyen varie entre les pays, il varie également au sein même des pays (Figure e1-4). En effet, les disparités au sein des pays sont souvent plus importantes que celles entre pays riches et pauvres. Par exemple si les pays à revenus faibles et moyens diminuent leur mortalité infantile globale au niveau de

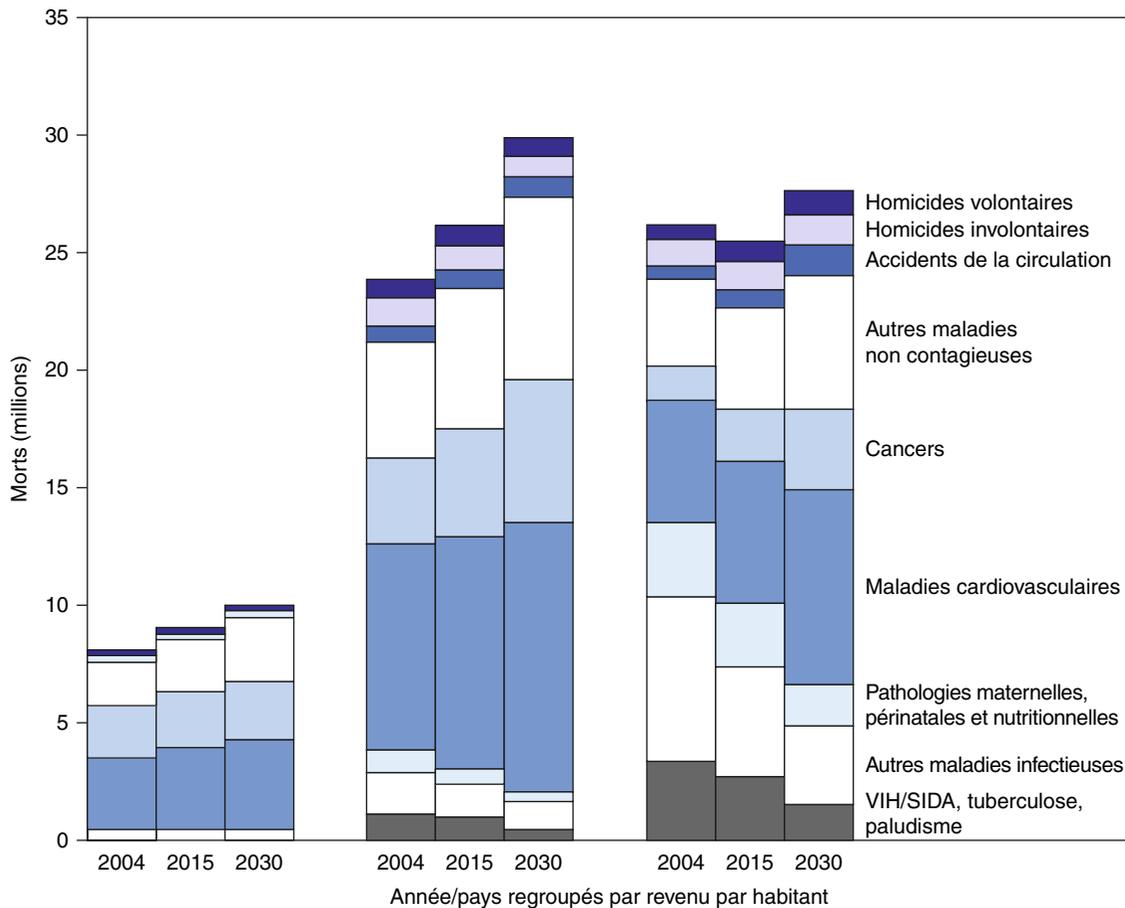


Figure e1-1 Prévision de la morbidité en 2030 dans les pays de faibles, moyens et hauts revenus (respectivement gauche, milieu et droite). (Source : Organisation mondiale de la santé, 2008b.)

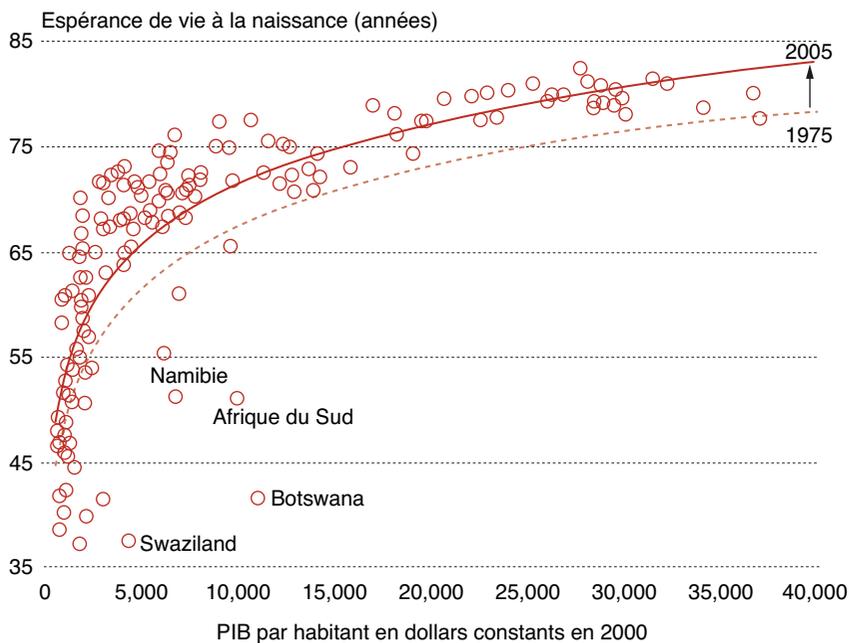


Figure e1-2 Produit intérieur brut (PIB) par habitant et espérance de vie à la naissance dans 169 pays, 1975 et 2005. Seuls les pays en dehors de la courbe sont nommés. (Source : Organisation mondiale de la santé, 2008a.)

celle du cinquième de la population le plus riche, la mortalité infantile baisserait de 40 p. 100. Les disparités en santé sont principalement le résultat de facteurs sociaux et économiques comme les conditions de vie, l'accès aux ressources et la capacité à participer à des décisions de vie importantes. Dans la plupart des pays, le secteur de la santé tend à augmenter les inégalités (la « loi inverse des soins ») ; parce qu'ils sont négligés et discriminés, les pauvres et les communautés marginalisées sont moins susceptibles de bénéficier des services de santé publics que ceux qui sont mieux lotis. La réforme du système de santé à la faveur d'une approche centrée sur la personne nous offre une opportunité des renverser cette tendance négative.

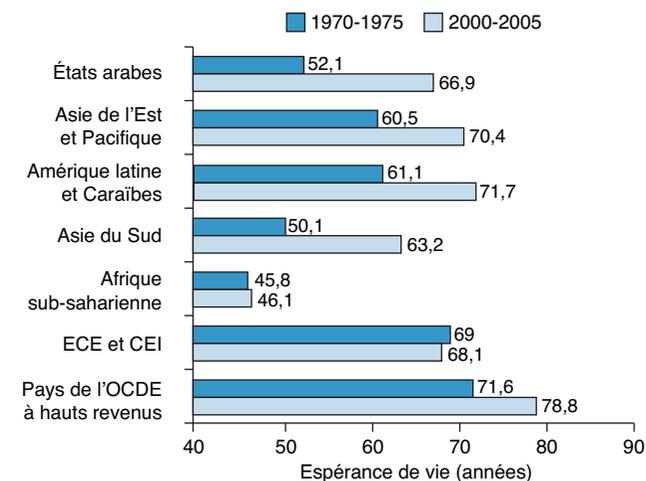


Figure e1-3 Tendances régionales de l'espérance de vie. CEI : Communauté des États Indépendants ; ECE : Europe centrale et de l'Est ; OCDE : Organisation pour la coopération économique et le développement. (Source : Commission on Social Determinants of Health, 2008.)

Les services de santé ont échoué à contribuer à la réduction de ces inégalités sociales omniprésentes par l'universalisation de l'accès aux interventions existantes, scientifiquement validées, et de faible coût tels que les moustiquaires imprégnées pour le paludisme, les taxes sur les cigarettes, les traitements courts de la tuberculose, l'antibiothérapie pour les pneumonies, les régimes alimentaires et les mesures de prévention secondaire de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies, les solutions de réhydratation orales pour les diarrhées. Malgré des décennies de campagnes de santé « de base » et de « combinaisons de mesures essentielles », la mise en place de ce dont on sait être efficace semble (malheureusement) difficile.

Les analyses récentes ont commencé à se concentrer sur le « comment » (par opposition au « quoi ») de la distribution des soins, en explorant pourquoi les progrès de la santé sont aussi lents malgré l'abondance des interventions en santé disponibles dont l'efficacité a été prouvée dans les pays à revenus faibles et moyens. Trois grandes catégories de causes ont été identifiées : 1) le manque de performance des systèmes de santé ; 2) la stratification des classes sociales ; 3) les biais scientifiques.

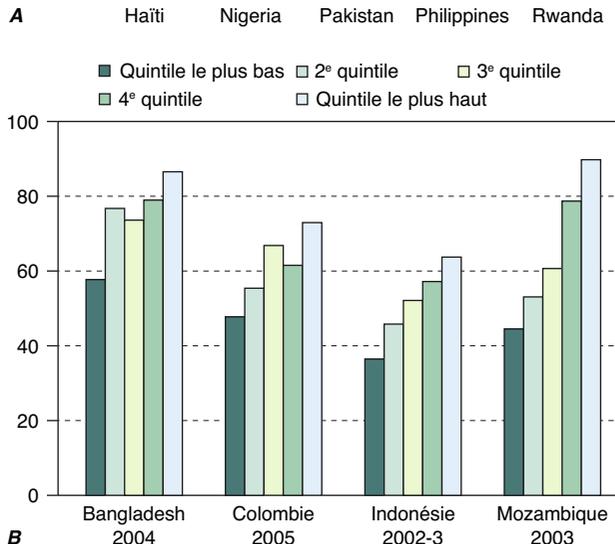
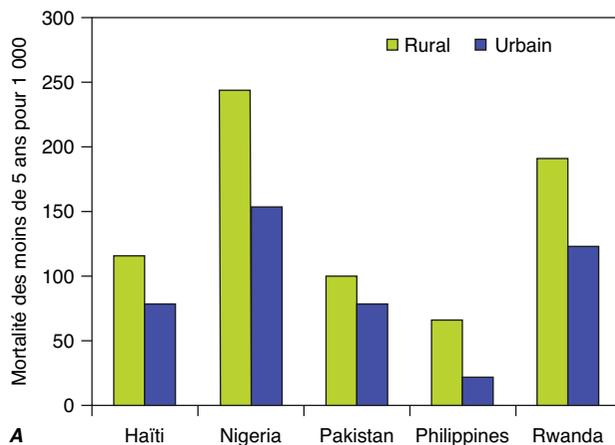


Figure e1-4 A) Mortalité des enfants de moins de 5 ans, par lieu de résidence, dans 5 pays. (Source : données de l'Organisation mondiale de la santé.) B) Taux de couverture vaccinale complète (p. 100), par groupes de revenus. (Source : données de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2008a.)

■ MANQUE DE PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les problèmes de santé spécifiques nécessitent souvent le développement d'interventions en santé spécifiques (par exemple, la tuberculose nécessite des chimiothérapies de courte durée). Cependant, la mise en place de différentes procédures est souvent facilitée par un ensemble de ressources ou fonctions : l'argent ou le financement, des soignants formés, des équipements avec un approvisionnement fiable adaptés à de multiples usages. Malheureusement, l'état actuel des systèmes de santé dysfonctionne largement dans la plupart des pays à revenus faibles et moyens.

Dans la majeure partie des pays à faible et moyens revenus, le niveau de financement public de la santé est largement insuffisant : tandis que dans les pays à revenus élevés dépensent en moyenne 7 p. 100 de leur PIB dans la santé, les pays à revenus moyens dépensent moins de 4 p. 100 et ceux à revenus faibles moins de 3 p. 100. Les financements extérieurs par divers canaux de donateurs ont progressé au cours du temps. Bien que ces fonds pour la santé soient significatifs (environ 20 milliards de dollars en 2008 pour les pays à revenus faibles et moyens) et ont augmenté au cours des décennies passées, ils représentent moins de 2 p. 100 du total des dépenses de santé dans les pays à faibles et moyens revenus et ne sont donc ni suffisants, ni une solution à long terme au sous-financement chronique. En Afrique, 70 p. 100 des dépenses de santé proviennent du foyer. La mode de financement principal des soins – faire payer le patient au moment du soin – est le moins efficace et le plus inéquitable, faisant basculer chaque année des millions de personnes dans la pauvreté.

Les soignants, qui constituent une autre ressource critique, sont souvent insuffisamment formés et soutenus dans leur travail. Des estimations récentes font état d'un manque de 4 millions de soignants, une situation de crise qui va en s'aggravant avec l'émigration des soignants des pays de faibles et moyens revenus vers les pays à revenus élevés. L'Afrique sub-saharienne supporte à elle seule 24 p. 100 de la morbi-mortalité mondiale mais ne dispose que de 3 p. 100 des effectifs de santé (Figure e1-5). L'organisation internationale pour la migration estimait en 2006 qu'il y avait plus de médecins éthiopiens en activité à Chicago qu'en Éthiopie.

Les outils diagnostiques et les médicaments importants n'atteignent pas souvent les patients qui en ont besoin en raison de défaillance de la chaîne d'approvisionnement. De plus, les équipements ne permettent pas de prodiguer des soins de façon sécurisée : des données récentes montrent qu'un nombre nettement plus élevé d'effets secondaires surviennent en cours d'hospitalisation dans les pays à faibles ou moyens revenus que dans les pays à revenus élevés. La faiblesse des capacités gouvernementales de planification, régulation, surveillance, et évaluation est associée à une commercialisation pernicieuse et dérégulée des services de santé ainsi qu'à une fragmentation chaotique de ces services liée aux pressions des donateurs pour que soit accordée la priorité à leurs programmes respectifs. Avec des fondations aussi fragiles, il n'est pas surprenant que les interventions à faibles coûts, abordables, validées n'atteignent pas ceux qui en ont besoin.

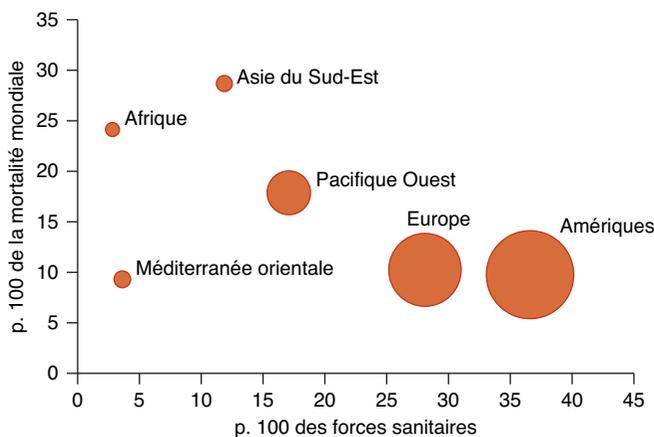


Figure e1-5 Morbidité mondiale et forces de travail sanitaires. (Source : Organisation mondiale de la santé, 2006.)

■ STRATIFICATION DES NIVEAUX SOCIAUX

Les systèmes de distribution des soins n'existent pas isolément, mais sont empêtrés dans des rapports de forces sociales et économiques qui entraînent une stratification injuste des priorités en santé. Les inégalités sociales sont des forces puissantes et plus inquiétantes encore qui conduisent à la marginalisation des populations dont les besoins de santé sont les plus importants (par exemple, les mères illettrées, les pauvres des villes). Pourquoi attend-on d'un habitant des bidonvilles sans revenu, qu'il paie son ticket de bus pour venir à la clinique chercher les résultats de la recherche de bacilles de la tuberculose dans ses crachats ? Comment une mère vivant dans un village reculé et dont l'enfant présente des convulsions fébriles peut-elle trouver les soins qui lui sont nécessaires ? Les systèmes de sécurité sociale précaires ou inexistantes, les environnements de travail dangereux, les communautés isolées disposant de peu ou pas d'infrastructures et la discrimination systématique des minorités, tous ces problèmes font partie d'une myriade de forces contre lesquelles nos efforts doivent être dirigés afin de permettre un accès aux soins plus équitable.

■ BIAIS DE LA SCIENCE

Alors que la science a réalisé d'énormes progrès dans la santé dans les pays à revenus élevés avec des retombées pour les pays à revenus faibles et moyens, de nombreux problèmes de santé continuent d'affecter ces derniers chez lesquels les investissements dans la recherche et le développement sont restés nettement insuffisants. La décennie passée a été le témoin de nombreux efforts pour réajuster ce déséquilibre avec des investissements dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments, vaccins, et techniques diagnostiques, pour répondre aux besoins de santé spécifiques des populations des pays à faibles et moyens revenus. Par exemple, Medicine for Malaria Venture a relancé le secteur atone des nouveaux médicaments pour le paludisme. Mais ce n'est qu'un effort parmi tant d'autres et beaucoup reste à faire.

Comme nous l'avons vu plus haut, la première contrainte pour améliorer la santé des pays à faibles et moyens revenus est liée, moins au manque de disponibilité des technologies de santé, qu'à leur distribution efficace. Le fait de porter notre attention sur ces systèmes et sur les défis sociaux qui permettront d'améliorer l'égalité de la santé modifie notre façon de voir ce qui constitue la science légitime. La part du lion pour le financement de la recherche en santé est attribuée au développement des nouvelles technologies – médicaments, vaccins et technologies diagnostiques ; à l'opposé, aucune ressource n'est allouée à la recherche sur l'amélioration de la fiabilité des moyens de distribution des soins de santé et surmonter les difficultés sociales. La complexité des systèmes et du contexte social est telle que ce problème de distribution nécessite des investissements énormes non seulement en termes d'argent mais également de rigueur scientifique, avec le développement de nouveaux moyens de recherche, de mesure ainsi que de la reconnaissance d'une légitimité au sein de la communauté scientifique.

Les principaux défis des pays à faibles et moyens revenus expliquent en partie le regain d'intérêt pour les approches fondées sur les soins de santé primaire. Dans certains pays (principalement ceux à revenus moyens), des progrès significatifs ont été réalisés concernant l'extension de la couverture de la population grâce à des systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaire, ainsi que sur les indicateurs de santé de ces populations. De plus en plus de pays se lancent dans la création de services de santé primaire malgré les défis existants, en particulier dans les pays à faibles revenus. Même lorsque ces défis sont reconnus, il existe de nombreuses raisons d'être optimiste sur l'accélération de la mise en place de soins de santé primaire dans les pays à faibles et moyens revenus.

■ SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE AU XXI^e SIÈCLE

La décennie passée a connu une recrudescence de l'intérêt pour les soins de santé primaire en tant que moyen de relever les défis sanitaires du nouveau millénaire dans le monde. Ce regain d'intérêt a été motivé par des problèmes dont la plupart avaient déjà conduit à la déclaration d'Alma Ata : l'augmentation rapide des inégalités en santé entre et au sein des pays, des coûts des soins de santé alors que de nombreuses personnes n'ont pas accès à des soins de qualité, l'insatisfaction des communautés vis-à-vis des soins auxquels elles ont accès,

et l'échec face aux menaces sanitaires, en particulier les épidémies de maladies non contagieuses. Ces défis nécessitent une approche globale ainsi que des systèmes de santé forts disposant d'un système de soins primaires efficace. Les organisations pour le développement de la santé dans le monde reconnaissent que pour obtenir des améliorations durables concernant les priorités de santé publiques comme le VIH/SIDA, des systèmes de santé forts ne suffisent pas, la lutte contre les facteurs socio-économiques associés à l'incidence et à la prévalence des maladies est également nécessaire. Les systèmes de santé faibles sont un obstacle majeur à la distribution des nouvelles technologies, telles que les antirétroviraux, à ceux qui en ont besoin. Le changement de profil des maladies a conduit à une demande croissante de systèmes de santé centrés sur les individus afin de les traiter, lorsqu'ils se présentent dans un centre pour un problème de santé prioritaire (par exemple le VIH/SIDA ou la tuberculose), que ce centre soit spécialisé ou non dans ce problème de santé. Nous reviendrons plus loin en détail sur les expériences dans les pays à faibles et moyens revenus dans le domaine des soins de santé primaire. Nous allons d'abord voir les caractéristiques des soins de santé primaire et leur organisation telle que nous les comprenons actuellement.

■ REVITALISATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

À l'assemblée mondiale de la santé en 2009 (une réunion annuelle où tous les pays discutent du travail de l'organisation mondiale de la santé, OMS), une résolution a été votée réaffirmant les principes de la déclaration d'Alma Ata et la nécessité pour les systèmes de santé nationaux de reposer sur un système de santé primaire. Cette résolution ne suggérait pas que rien n'avait été fait au cours des trente années écoulées depuis la déclaration, ni que cette dernière ne devait pas être reformulée à la lumière de l'évolution des besoins actuels de la santé. Le rapport sur la santé mondiale de l'OMS de 2008 réaffirme à quel point une approche fondée sur les soins de santé primaire est importante, « plus que jamais » afin de faire face aux priorités sanitaires internationales, en particulier les problèmes de disparités ainsi que les nouveaux défis de la santé. Ceci met en lumière quatre grands domaines où des réformes sont nécessaires (Figure e1-6), ainsi qu'il sera discuté plus loin. L'un de ces domaines – la nécessité d'organiser les soins de façon centrée sur la personne – renvoie essentiellement à la nécessité de soins de santé primaires forts au sein des systèmes de santé et à ce que cette exigence implique. Les trois autres domaines renvoient également aux soins de santé primaires. Ces quatre domaines nécessitent que l'on agisse pour faire évoluer le système de

santé dans le sens d'une diminution des disparités et d'une augmentation de la satisfaction de ceux qui s'en servent. Les recommandations du rapport mondial de la santé présentent une vision des systèmes de soins primaires fondée sur les principes d'Alma Ata mais qui se veut également différente des multiples tentatives de mise en place de systèmes de soins primaires dans les années 1970 et 1980.

Réforme du système de distribution des soins pour créer un système de santé centré sur la personne

Les systèmes de santé ont souvent été organisés autour des besoins de ceux qui fournissent les soins comme les médecins et les décideurs politiques. Il en a résulté une centralisation des services ou la mise en place de programmes verticaux qui ne ciblent qu'une pathologie. Le principe des systèmes de soins primaires, dont fait partie le développement des soins de santé primaires, réoriente les soins en fonction des besoins des personnes auxquelles ces soins sont adressés. Cette approche « centrée sur la personne » a pour objectif de fournir des soins qui sont plus efficaces et appropriés.

L'augmentation des maladies non contagieuses dans les pays à faibles et moyens revenus doit stimuler la mise en place d'une réforme urgente de la répartition des services afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Comme nous l'avons évoqué plus haut, un grand nombre de personnes ne bénéficie pas des interventions peu onéreuses qui ont permis de réduire l'incidence de ces maladies dans les pays à revenus élevés. La mise en place de ces interventions nécessite des systèmes de santé qui permettent la prise en charge de multiples problèmes sur de longues périodes au sein même des communautés dans lesquelles vivent les patients, pour l'instant, de nombreux pays à faibles et moyens revenus ne font que commencer à s'adapter et à mettre en place des services de santé primaire qui prennent en charge les maladies non contagieuses nécessitant des soins chroniques. Même les pays (par exemple l'Iran) qui ont réussi à diminuer significativement les maladies non contagieuses et à améliorer la survie des enfants, ont été lents à adapter leur système de santé à la propagation de plus en plus rapide des épidémies de maladies non contagieuses.

Les soins centrés sur les personnes nécessitent une réponse sûre, globale, et intégrée aux besoins de ceux qui s'adressent aux systèmes de santé avec des traitements disponibles dès le premier lieu de prise en charge ou la possibilité de les adresser dans les services appropriés. Parce qu'il n'existe pas la moindre frontière entre les besoins des patients concernant la promotion de la santé, les prises en charge curatives, et les services de réhabilitation pour différentes maladies, les soins de santé primaires doivent prendre en charge tous ces problèmes de façon globale. Il est nécessaire d'améliorer la communication entre les médecins et les patients afin de pouvoir répondre aux besoins de ces derniers, les médecins devant prendre le temps de comprendre l'impact du contexte social du patient sur les problèmes qu'il présente. Cette compréhension renforcée est rendue possible par l'amélioration de la continuité des soins de telle manière que la responsabilité aille au delà du peu de temps que les gens passent dans les infrastructures de soins. Les soins de santé primaires jouent un rôle primordial dans l'orientation des personnes à travers le système de santé ; lorsque les patients sont référés ailleurs pour leur prise en charge, les soignants en santé primaire doivent surveiller les consultations qui en résultent et réaliser le suivi. Trop souvent, les patients ne tirent pas les bénéfices d'interventions complexes réalisées à l'hôpital en raison de la perte de contact avec le système de santé après leur sortie. La globalité et la continuité des soins sont améliorées lorsqu'il existe une relation personnelle forte avec l'équipe soignante.

La réforme de la couverture universelle pour améliorer l'équité des soins

En dépit des progrès réalisés dans de nombreux pays, la plupart des personnes dans le monde ne peut avoir accès à des soins que si elles paient au moment où elles consultent. Les disparités en santé ne sont pas uniquement liées à un manque d'accès aux services de santé mais également à l'impact des coûts de la santé. Plus de 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté chaque année à cause du coût de leur santé. La couverture universelle est donc une grande priorité dans les pays à faibles et moyens revenus. L'amélioration de la couverture santé doit être considérée selon trois axes : la part de la population couverte, l'étendue des services proposés et la part de ces derniers qui est remboursée. La progression vers une couverture universelle nécessite de s'assurer que les services sont disponibles pour tous, d'éliminer les barrières qui s'opposent à leur accès et d'organiser les mécanismes



Figure e1-6 Les quatre réformes du renouveau des soins de santé primaires. (Source : Organisation mondiale de la santé, 2008a.)

de financement groupé tels que les taxes ou les assurances, afin de supprimer la nécessité pour les usagers de payer au moment où ils ont besoin de ces services. Cela nécessite également des mesures en amont du financement, dont l'extension des services de santé dans les zones mal desservies, l'amélioration de la qualité de ces services au sein des communautés marginalisées, et l'augmentation de la couverture par les autres services sociaux qui affectent significativement la santé (par exemple, l'éducation).

Réformes de la politique publique pour la promotion et la protection de la santé communautaire

Les politiques publiques dans les autres secteurs que celui de la santé sont indispensables pour diminuer les inégalités de la santé et faire des progrès concernant les objectifs de santé publique dans le monde. Le rapport final de 2008 de la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé fournit une revue exhaustive des politiques intersectorielles nécessaires pour diminuer les inégalités de la santé aux niveaux local, national et international. Les avancées réalisées face aux défis principaux comme le VIH/SIDA, la tuberculose, les pandémies émergentes, les pathologies cardiovasculaires, les cancers et les dommages corporels, nécessitent une collaboration efficace avec d'autres secteurs tels que les transports, le logement, le travail, l'agriculture, l'urbanisme, le commerce et l'énergie. Tandis que le contrôle de la consommation de tabac fournit un exemple marquant de ce qui est possible lorsque différents secteurs travaillent ensemble pour parvenir à un objectif de santé, le manque de mise en place de nombreuses mesures validées de contrôle de la consommation de tabac dans la plupart des pays illustre clairement les difficultés rencontrées par ce type de travail intersectoriel et le potentiel inutilisé des politiques publiques pour améliorer la santé. À un niveau local, les services de soins primaires peuvent aider à promulguer des politiques publiques de promotion de la santé dans d'autres secteurs.

Réforme des dirigeants afin de rendre les autorités de la santé plus fiables

La déclaration d'Alma Ata a souligné l'importance de la participation des patients à la prise en charge de leur propre santé. En réalité, cette participation est importante à tous les niveaux de prise de décision. Les défis actuels de la santé nécessitent de nouveaux modèles de leadership qui reconnaissent le rôle du gouvernement dans la réduction des disparités de la santé mais également celui des nombreux types d'organisations qui fournissent les prestations de santé. Les gouvernements doivent guider, et négocier avec ces différents groupes, dont font partie les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé, ils doivent également réguler fermement le secteur de la santé si cela est nécessaire. Cette tâche difficile nécessite un réinvestissement massif du leadership et de la capacité de gouvernance, en particulier si les interventions des différents secteurs nécessitent des améliorations significatives. De plus, les groupes désavantagés doivent être capables de faire entendre leurs besoins en santé de façon à influencer réellement les prises de décisions.

■ RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE DANS LES PAYS À FAIBLES ET MOYENS REVENUS

Les aspects des systèmes de soins primaires décrits ci-dessus, en mettant l'accent sur les soins de santé primaire, ont été mis en place à des degrés variables dans les pays à revenus faibles et moyens au cours du demi-siècle passé. Comme nous l'avons évoqué plus haut, certaines de ces expériences ont inspiré la déclaration d'Alma Ata, laquelle a conduit de nombreux pays à tenter de mettre en place des systèmes de soins primaires. Cette partie décrit les expériences d'une sélection de pays à faibles et moyens revenus en vue d'améliorer les services de soins primaires qui ont permis la progression de la santé de leurs populations.

Avant Alma Ata, peu de pays avaient essayé de développer les systèmes de soins primaires à un niveau national. La plupart des pays s'étaient davantage focalisés sur l'extension des services de soins primaires à des communautés spécifiques (souvent les villages ruraux), en utilisant les volontaires de ces communautés pour compenser l'absence de soins en établissement. Néanmoins, après la Seconde Guerre mondiale, la Chine a investi dans les soins de santé primaires à l'échelle nationale et l'espérance de vie a doublé en 20 ans. L'extension

des soins de santé primaire en Chine a été associée à un investissement massif dans les infrastructures de santé publique (par exemple, l'eau et les équipements sanitaires), liés à une utilisation innovante des travailleurs de santé communautaires. Les « médecins aux pieds nus » vivaient et prodiguaient des soins dans les villages ruraux. Ils recevaient une formation de base qui leur permettait de réaliser les vaccins, les soins maternels et les interventions médicales de base dont l'usage des antibiotiques. Grâce au travail des médecins aux pieds nus, la Chine a apporté les soins de santé basiques universels à l'ensemble de sa population, auxquels la majeure partie n'avait auparavant pas accès.

En 1983, la fondation Rockefeller a convoqué une conférence pour passer en revue les expériences chinoises en même temps que celles du Costa Rica, du Sri Lanka, et de l'état du Kerala en Inde. Dans toutes ces régions, la mise en place de soins de qualité à un moindre coût avait été un succès. Malgré un plus faible niveau de développement économique et de dépenses de santé, dans toutes ces territoires, ainsi qu'à Cuba, les indicateurs de santé étaient similaires voire meilleurs que dans les pays développés. L'analyse de ces expériences montre qu'elles avaient pour points communs le renforcement des services de santé primaire, avec une extension des soins à toute la population, gratuits ou à un moindre coût, en association avec une participation de la communauté aux prises de décision sur les questions de santé et enfin la coordination du travail entre les différents secteurs (en particulier l'éducation) en faveur des objectifs de santé. Au cours des trois décennies qui ont suivi la réunion de Rockefeller, certains de ces pays ont poursuivi ces progrès, tandis que d'autres ont reculé. Les expériences récentes de développement de service de soins primaires montrent que la même combinaison de facteurs est nécessaire pour réussir. Par exemple, le Brésil – un grand pays, avec une population dispersée – a fait de grands progrès concernant l'amélioration de l'accès aux services de santé au cours des vingt dernières années. Au cours de la décennie passée, le programme de santé familiale du Brésil s'est étendu progressivement à tout le pays, avec une couverture presque complète de toutes les zones. Ce programme fournit aux communautés un accès libre à des équipes de soins de santé primaires constituées de médecins de santé primaire, de travailleurs en santé communautaire, d'infirmiers, de dentistes, d'obstétriciens, et de pédiatres. Ces équipes sont responsables de la santé des gens dans une zone définie – et pas seulement de la santé de ceux qui ont accès aux cliniques. De plus, les travailleurs en santé communautaire sont responsables à titre individuel d'une liste de personnes dans la zone couverte par l'équipe de soins de santé primaire. Des problèmes d'accès aux soins persistent au Brésil, en particulier dans les zones isolées et dans les bidonvilles urbains. Cependant, des preuves solides existent, indiquant que le programme de santé familiale a déjà permis une amélioration impressionnante de la santé de la population, en particulier en termes de mortalité infantile et d'inégalité de santé notamment dans les zones les moins développées (Figure e1-7).

Le Chili a également construit des services de soins primaires au cours des dernières décennies, avec pour but d'améliorer la qualité des soins et l'étendue de la couverture dans les zones reculées, en particulier pour les populations désavantagées. Cet effort a été réalisé de concert avec d'autres mesures qui avaient pour but de réduire les inégalités sociales et de favoriser le développement, notamment du bien-être social des familles et des groupes sociaux désavantagés ainsi que l'amélioration de l'accès à l'éducation pour les jeunes enfants. Tout comme au Brésil, ces étapes ont amélioré la santé des enfants et de leurs mères, et ont réduit les inégalités sociales. En plus d'améliorer directement les services de soins primaires, le Brésil et le Chili ont institué des mesures pour améliorer à la fois la responsabilisation des soignants et la participation des communautés à la prise de décision. Au Brésil, les assemblées nationale et régionales de la santé avec une forte participation publique font partie intégrante des processus de décision politique de santé. Le Chili a institué une charte des patients qui spécifie explicitement les droits des patients concernant les services auxquels ils ont accès.

Les autres pays qui ont fait de récents progrès dans les systèmes de santé primaire incluent le Bangladesh, un des pays les plus pauvres au monde. Depuis qu'il a réalisé son indépendance vis à vis du Pakistan en 1971, le Bangladesh a connu une augmentation spectaculaire de son espérance de vie et le taux de mortalité infantile est désormais inférieur à celui de ses voisins comme l'Inde et le Pakistan. L'extension de l'accès aux soins de santé primaire a joué un rôle majeur dans ce

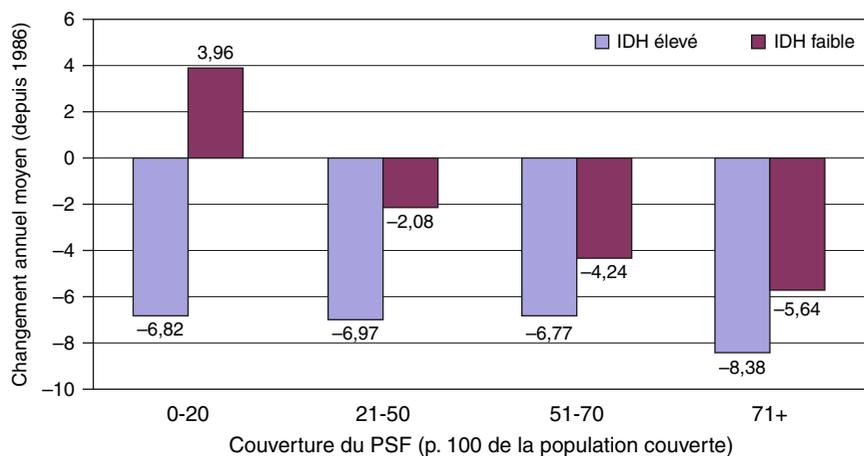


Figure e1-7 Améliorations de la mortalité infantile suite à la mise en place du programme de santé familiale au Brésil. IDH : indice de développement humain ; PSF : Program Saude da Familia (programme de santé familiale). (Source : ministère de la Santé du Brésil.)

succès. Ce progrès a été permis par une communauté dynamique d'ONG qui s'est concentrée sur l'amélioration des conditions de vie et des moyens de subsistance des femmes pauvres et de leurs familles grâce à des systèmes innovants et intégrés de microcrédit, d'éducation, et de programme de soins primaires.

Les exemples ci-dessus, ainsi que d'autres, menés au cours des 30 dernières années dans des pays comme la Thaïlande, la Malaisie, le Portugal et Oman, illustrent à quel point la mise en place de systèmes de soins primaires, avec une attention particulière portée au soins de santé primaires a permis un meilleur accès aux services de santé – une tendance qui n'a pas été observée dans de nombreux autres pays à faibles et moyens revenus. Cette tendance, en retour, a contribué à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des inégalités de santé. Cependant, alors que ces pays progressaient, d'autres ont montré à quel point ce qui avait été gagné grâce aux soins primaires peut être facilement détruit. En Afrique subsaharienne, le minage des services de santé primaire a contribué à une détérioration catastrophique de l'état de santé catalysée par l'épidémie de VIH/SIDA. Les pays tels que le Botswana et le Zimbabwe ont mis en place des systèmes de soins primaires dans les années 1980, augmentant l'accès aux soins et permettant de faire des progrès considérables sur la santé des enfants. Ces deux pays ont depuis été sévèrement frappés par l'épidémie de VIH/SIDA, avec une diminution marquée de l'espérance de vie. Cependant, le Zimbabwe a également connu une tourmente politique, un déclin

des services de santé et autres services sociaux, et la fuite des personnels de santé, tandis que le Botswana a maintenu des services de soins dans une plus large mesure est à réussi à organisé un large accès aux antirétroviraux pour les patients vivant avec le VIH/SIDA. La situation sanitaire du Zimbabwe est ainsi devenue bien plus désespérée que celle du Botswana.

Le Chine offre un exemple particulièrement frappant de la façon dont le changement de politique de santé concernant l'organisation du système de soins peut avoir de conséquences rapides et de grande envergure sur la santé d'une population (Figure e1-8). Alors que la conférence de 1982 de la fondation Rockefeller célébrait déjà le succès de la mise en place des soins de santé primaire en Chine, son système de santé était sur le point de s'effiloche. La décision d'ouvrir l'économie au début des années 1980 a conduit à une privatisation rapide du secteur de la santé et la fin de la couverture universelle. Il en a résulté à la fin des années 1980 que la plupart des gens, en particulier dans les couches sociales les plus pauvres, payaient directement de leur poche les

soins et que la plupart des chinois ont souscrit à une assurance – un changement majeur. Le système des « médecins aux pieds nus » a disparu, et la population s'est tournée vers les soins qui étaient remboursés à l'hôpital ou renonçaient simplement à ces soins. Cette atteinte portée à l'accès aux services de santé primaires dans le système chinois et l'appauvrissement lié à la maladie qui en a été la conséquence ont contribué à la stagnation des progrès de la santé en Chine alors que les revenus progressaient à une vitesse sans précédent dans ce pays. La régression des soins de santé primaire signifie pour la Chine qu'elle doit faire de plus en plus face aux mêmes problèmes que l'Inde. Dans ces deux pays, la croissance économique rapide a été liée à des modifications des modes de vie et à des épidémies de maladies non contagieuses. Les systèmes de santé de ces deux pays partagent deux défauts qui sont habituels lorsque les services de santé primaires sont faibles : une attention excessive portée aux technologies de pointe dispensés dans les hôpitaux et la commercialisation dérégulée des services de santé. La Chine et l'Inde ont toutes deux connu une expansion des services hospitaliers privés en réponse à la demande des classes moyennes et de la population urbaine qui peuvent se permettre ces soins ; en même temps, des centaines de millions de personnes dans les zones rurales doivent lutter pour avoir accès au moindre service de base. Même pour les groupes précédents, le manque de services de santé primaire a été associé à un retard à la présentation et donc au diagnostic de la maladie et à un investissement insuffisant dans les approches de type prévention primaire. La négligence de la prévention

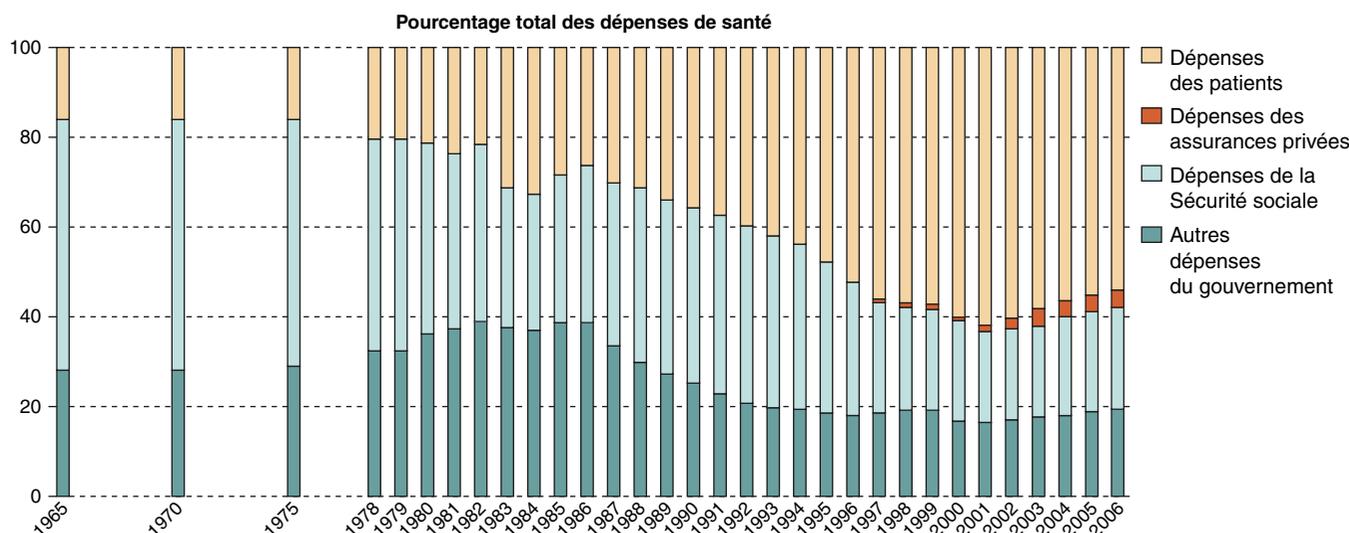


Figure e1-8 Modifications de l'origine des dépenses de santé en Chine au cours des quarante dernières années. (Source : Organisation mondiale de la santé, 2008a.)

fait conduire un risque de grandes épidémies de maladies cardiovasculaires, lesquelles pourraient mettre en danger la poursuite de la croissance économique. De plus, les systèmes de santé de ces deux pays dépendent désormais pour la majorité de leur financement des paiements de la poche des patients lorsqu'ils ont recours aux services de santé. C'est pourquoi une proportion non négligeable de la population doit sacrifier d'autres biens essentiels du fait des dépenses de santé voir est condamnée à la pauvreté. La nature commerciale des services de santé non ou mal régulée a conduit à une prolifération de charlatans, à des soins inappropriés et à une pression exercée sur les patients pour payer des soins onéreux et parfois inutiles. Les prestataires de soins à titre commercial sont peu incités à recourir à des interventions (dont font partie les mesures de santé publique) pour lesquelles le patient n'est pas solvable et sont réservées aux personnes pouvant payer.

Face à ces problèmes, la Chine et l'Inde ont récemment mis en place des mesures de renforcement des systèmes de soins primaires. La Chine a augmenté l'aide gouvernementale pour la santé, fait quelques pas en direction d'une restauration d'une assurance santé et s'est fixé pour objectif l'accès universel aux soins de santé primaire. L'Inde a également mobilisé des fonds pour étendre les services de santé primaire dans les zones rurales et reconduit l'expérience dans les zones urbaines. Ces deux pays utilisent de plus en plus les ressources publiques tirées de leur croissance économique pour financer les services de santé primaire. Ces tendances encourageantes illustrent les nouvelles opportunités de mise en place de systèmes de soins primaires dans les pays à revenus faibles et moyens.

■ OPPORTUNITÉS D'ÉTABLIR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE DANS LES PAYS À FAIBLES ET MOYENS REVENUS

Les objectifs de santé publique mondiaux ne seront pas atteints à moins de renforcer significativement les systèmes de santé. On dépense aujourd'hui plus d'argent que jamais auparavant pour la santé. En 2005 les dépenses mondiales pour la santé s'élevaient à 1 500 milliards de dollars, le double de ce qui était dépensé 10 ans auparavant. Bien que la plupart de ces dépenses soient réalisées dans les pays développés, les dépenses dans les pays émergents à revenus moyens se sont rapidement accélérées, de même que les sommes allouées à cet effet à la fois par les gouvernements et par les donateurs aux pays à faibles revenus. Cette double tendance – un plus grand intérêt pour la mise en place de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaire et l'allocation de plus d'argent pour la santé – offre aux pays à faibles et moyens revenus l'opportunité de relever un grand nombre de défis, dont nous avons parlé précédemment.

L'accélération de ces progrès nécessite une meilleure compréhension de la façon dont les initiatives mondiales pour la santé peuvent faciliter plus efficacement le développement des soins de santé primaires dans les pays à faibles revenus. Une revue récente par le groupe collaboratif de l'OMS pour l'optimisation des synergies positives, a étudié les programmes financés par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ; la Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI) ; l'US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) ; et la Banque mondiale (pour le VIH/SIDA). Ce groupe a montré que les initiatives mondiales pour la santé ont amélioré l'accès et la qualité des services de santé ciblés et a conduit à des meilleurs systèmes d'information ainsi qu'à des financements plus adaptés. Cette revue a également identifié le besoin d'un meilleur alignement des initiatives mondiales pour la santé sur les priorités de santé nationales ainsi que l'exploitation systématique des synergies potentielles. Si les initiatives mondiales pour la santé mettent en place des programmes qui fonctionnent en tandem avec d'autres composants des systèmes de santé nationaux, sans porter atteinte à la dotation en personnel ni à l'achat de fournitures, elles peuvent contribuer de façon substantielle à la capacité des systèmes de soin à fournir des services de santé primaire globaux.

Les initiatives mondiales pour la santé continuent d'attirer un financement de plus en plus important. En 2009, par exemple, le président des États-Unis, Barack Obama, a annoncé l'augmentation de l'aide au développement des États-Unis pour la santé dans le monde, affectant 63 milliards de dollars sur la période 2009-2014 pour une initiative mondiale pour la santé. De nouveaux financements ont également été promis à travers un panel d'autres initiatives ciblant en particulier la santé des femmes et des enfants dans les pays à faibles revenus. La tendance générale est à la coordination de ces financements pour diminuer la fragmentation des systèmes de santé et pour concentrer davantage

sur le renforcement de ces derniers. Les soins de santé primaire globaux dans les pays à faibles revenus doivent inévitablement s'adapter pour faire face à l'émergence rapide de maladies chroniques et à la prééminence de plus en plus marquée des problèmes de santé liés à des dommages corporels ; c'est pourquoi l'aide internationale au développement de la santé doit être davantage réactive vis à vis de ces besoins.

Derrière ces nouveaux flots de financements des services de santé, d'autres opportunités émergent. L'augmentation de la participation sociale aux systèmes de santé peut aider à construire des services de santé primaire. Dans de nombreux pays, la pression politique de la communauté pour une approche plus globale et responsable des soins, de même les initiatives entrepreneuriales des ONG afin d'améliorer les services communautaires ont accéléré les progrès des soins de santé primaire sans augmentation majeure des financements. La participation de la population à la prestation des soins de santé et aux décisions importantes pousse souvent les services à répondre aux besoins des personnes dans leur globalité plutôt qu'à quelques priorités de santé publique.

La participation et l'innovation peuvent aider à régler les problèmes critiques, tels que celui des personnels de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, en mettant en place des services de santé primaires efficaces et centrés sur les individus. De nombreux services de santé primaires ne nécessitent pas d'être dispensés par un médecin ou une infirmière. Les équipes multidisciplinaires peuvent inclure des travailleurs communautaires payés qui peuvent avoir accès en cas de besoin à un médecin, mais qui peuvent prodiguer eux-mêmes un ensemble de prestations de santé. En Éthiopie, plus de 30 000 travailleurs communautaires ont été formés et mis en place pour améliorer l'accès aux soins de santé primaire, et de plus en plus de preuves montrent que cette mesure conduit à une amélioration de la santé. En Inde, plus de 600 000 travailleurs en santé communautaire ont été recrutés pour faire partie des services de santé primaires étendus aux zones rurales. Après la déclaration d'Alma Ata, les expériences avec les travailleurs en santé communautaire ont été mitigées, avec des problèmes particuliers concernant le niveau de formation et les défauts de paiement. Les efforts actuels ne sont pas immunisés contre ces problèmes. Cependant, avec l'accès à un support médical et le déploiement d'équipes, certains de ces problèmes peuvent être réglés. Il existe de plus en plus de preuves en provenance de nombreux pays, qui indiquent que le glissement de certaines tâches vers les travailleurs en santé primaire qui ont reçu une formation plus courte, moins onéreuse que les médecins sera essentielle pour surmonter la crise des ressources humaines.

Enfin, les améliorations récentes des technologies de l'information et de la communication, en particulier les téléphones portables et l'internet ont créé une occasion pour les pays à faibles et moyens revenus de mettre en place de façon systématique des initiatives comme l'« e-santé », la télémedecine, ou des initiatives permettant d'obtenir des données plus fiables sur l'état de la santé. Ces développements rendent envisageable la possibilité que les systèmes de santé de ces pays qui ont longtemps eu un retard considérable sur les pays à revenus élevés, mais sont moins empêtrés dans les systèmes existants difficiles à moderniser, dépassent leurs homologues plus riches en exploitant les nouvelles technologies. Bien que les défis posés par la faiblesse ou l'absence d'infrastructures et d'investissements dans de nombreux pays à faibles ou moyens revenus ne doivent pas être sous-estimés et vont devoir être résolus pour transformer cette possibilité en réalité, le déploiement rapide des réseaux de téléphonie portable et leur utilisation pour la santé et les autres services sociaux dans de nombreux pays à faibles revenus, où l'accès à des lignes téléphoniques fixes était autrefois très limité, est très prometteur pour l'élaboration de services de santé primaire dans ces pays.

CONCLUSION

Alors que les préoccupations continuent de croître au sujet des inégalités criantes de la santé dans le monde, il existe un engagement croissant pour corriger cet énorme fossé, comme le montre la mobilisation internationale autour des objectifs du millénaire pour le développement des Nations unies. Cet engagement commence en premier et avant tout par une vision claire de l'importance fondamentale de la santé pour tous les pays quelque soit leur richesse. Les valeurs de santé et d'égalité de la santé sont partagées au delà des frontières, et les systèmes de santé primaire fournissent une trame pour leur application à tous les contextes.

La traduction de ces valeurs fondamentales trouve ses racines dans quatre types de réformes qui reflètent les défis distincts mais interconnectés, concernant la (ré-)orientation des ressources d'une société sur la base des besoins de santé des citoyens : 1) organiser les services de santé en fonction des besoins des personnes et des communautés ; 2) exploiter les services et les secteurs en amont de la santé pour promouvoir et protéger plus efficacement la santé ; 3) établir des mécanismes de financement durables et équitables pour une couverture maladie universelle ; 4) promouvoir l'autodétermination efficace de la société dans son ensemble. Ce calendrier commun pour les systèmes de soins primaires souligne les similitudes frappantes, malgré des contextes très différents, dans la nature et la direction que doivent adopter les réformes qui doivent être menées par les systèmes de santé des états pour promouvoir une plus grande égalité de l'accès à la santé. Ce calendrier partagé est complété par la réalité d'une interconnexion de plus en plus importante, liée par exemple à des menaces microbiologiques communes, la compréhension d'une grande diversité ethnolinguistique, les flux migratoires des travailleurs de la santé, la mobilisation de fonds mondiaux pour aider les populations dans le besoin. Adhérer à une solidarité mondiale pour la santé, tout en renforçant les systèmes de santé fondés sur une approche de soins primaires est fondamental pour permettre un progrès durable de la santé dans le monde.

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- ABEGUNDE DO et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370 : 1929.
- AQUINO R et al. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, 2009, 99 : 87.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : commission on social determinants of health final report. Geneva, World Health Organization, 2008.
- KRUK ME et al. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries : a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*, 2010, 70 : 904.

- MACINKO J et al. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*, 2009, 32 : 150.
- RASANATHAN K et al. Primary health care and the social determinants of health : essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health*, 2010 (epub ahead of print).
- SAMB B et al. Prevention and management of chronic disease : a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2010, 376 : 1785.
- SMILLIE I. Freedom from want : the remarkable success story of BRAC, the global grassroots organization that's winning the fight against poverty. Sterling, Kumarian Press, 2009.
- STARFIELD B et al. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 2005, 83 : 457.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems financing : the path to universal coverage. *World Health Report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care : now more than ever. *World Health Report 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Global Burden of Disease 2004 Update. Geneva, World Health Organization, 2008b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION MAXIMIZING POSITIVE SYNERGIES COLLABORATIVE GROUP. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet*, 2009, 373 : 2137.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC. People-centred health care : a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2007.
- YIP W, MAHAL A. The health care systems of China and India : performance and future challenges. *Health Aff (Millwood)*, 2008, 27 : 921.