

Organisation mondiale de la Santé  
Bureau régional de l'Europe  
Copenhague



Rapports et Etudes EURO 69

# Les soins de santé primaires — de la théorie à l'action

Rapport sur une réunion de l'OMS

Kuopio (Finlande), 30 novembre — 3 décembre 1981

ISBN 92 890 2235 3

© Organisation mondiale de la Santé 1983

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à une réunion et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

## SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Introduction . . . . .	1
Portée et objectifs . . . . .	2
L'accent nouveau sur les soins de santé primaires . . . . .	3
Analyse de la pertinence de la Déclaration d'Alma-Ata . . . . .	5
Les soins de santé primaires à l'échelon national : exemples . . . . .	10
Belgique . . . . .	11
Finlande . . . . .	12
Pologne . . . . .	12
Les tendances actuelles dans les pays industrialisés . . . . .	13
Les interprétations données aux soins de santé primaires . . . . .	13
Le niveau d'acceptation des soins de santé primaires dans la Région européenne . . . . .	14
Niveau d'application des soins de santé primaires . . . . .	14
Obstacles à la mise en œuvre des soins de santé primaires . . . . .	14
L'élaboration de stratégies en vue de la promotion des soins de santé primaires . . . . .	15
Collaboration intersectorielle et intrasectorielle . . . . .	16
Participation de la collectivité . . . . .	18
Soutien organisationnel . . . . .	19
Personnels de santé (y compris leur éducation et leur formation) . . . . .	20
Appui financier . . . . .	20
Gestion . . . . .	20
Recherche . . . . .	20
Recommandations . . . . .	21
Au niveau du Bureau régional . . . . .	21
Au niveau des pays . . . . .	22
Au niveau des organisations non gouvernementales . . . . .	23
Au niveau des institutions pédagogiques . . . . .	23
Au niveau de la communauté des chercheurs . . . . .	24
Annexe 1   Aide-mémoire des questions relatives aux progrès réalisés dans l'application des soins de santé primaires, classées en fonction de sept éléments . . . . .	25
Annexe 2   Liste des participants . . . . .	29



## INTRODUCTION

Le symposium sur «Les soins de santé primaires en Europe : de la théorie à l'action», a été organisé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, avec la collaboration des autorités finlandaises. Tenu à Kuopio, du 30 novembre au 3 décembre 1981, il a permis de réunir douze conseillers temporaires, originaires de neuf pays, ainsi que quatre observateurs finlandais et trois représentants d'organisations non gouvernementales, œuvrant dans les domaines de la médecine sociale, des sciences sociales, de l'enseignement infirmier, de la médecine générale, ainsi que de l'administration infirmière et sanitaire et de l'économie de la santé. On trouvera en Annexe 2 une liste des participants.

Mme K.-H. Eskelinen, Ministre de la Santé et de la Protection sociale de la Finlande, accueillant les participants à Kuopio au nom du Gouvernement finlandais, a tenu à exprimer l'objectif de l'OMS, à savoir l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le symposium doit en vérité contribuer à la réalisation de cet objectif. Pour ce qui est du déplacement de l'accent vers les soins de santé primaires, elle juge que le modèle finlandais mérite d'être étudié, dans la mesure où ce pays a la chance d'être animé de la volonté de reconnaître les responsabilités de la société envers l'individu. Soulignant les différences qui existent en matière de besoins en soins de santé, selon qu'il s'agit de pays avancés et de pays en développement, l'orateur mentionne les risques nouveaux liés au développement industriel, le problème de l'accroissement des coûts qui ne se traduit pas par des avantages comparables en termes de santé, enfin les risques engendrés par le comportement humain (consommation d'alcool et de produits pharmaceutiques, etc.). Il faut se doter de services souples pour faire face aux entreprises nouvelles et l'accent doit être mis davantage sur l'autosuffisance.

Le Professeur O. Hänninen, Président de l'Université de Kuopio, fait remarquer dans son allocution de bienvenue que la Faculté de Médecine de Kuopio attache beaucoup d'importance aux soins de santé primaires et que la formation médicale est assurée pour une large part dans des centres de santé. A Kuopio, les recherches sur les soins de santé primaires sont axées sur les questions telles que la protection sanitaire des personnes âgées, les systèmes d'information en vue des soins de santé primaires, la promotion de l'aptitude physique, ainsi que la médecine préventive et curative.

Le Dr M. Murtomaa, du Conseil national de la Santé, à Helsinki, a été porté à la présidence du symposium et le Dr P. Pritchard a accepté de faire fonction de rapporteur.

## PORTEE ET OBJECTIFS

La Trentième Assemblée mondiale de la Santé a décidé, en 1977, que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive (WHA30.43). La Déclaration, adoptée par la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata (URSS),<sup>a</sup> en 1978, par l'Organisation mondiale de la Santé et le FISE, a clairement identifié les soins de santé primaires comme la première priorité du développement futur des services de santé de tous les pays et comme l'instrument de la réalisation de la «Santé pour tous d'ici l'an 2000». Avant même la conférence d'Alma-Ata, l'Assemblée mondiale de la Santé avait souligné la nécessité d'élaborer et d'exécuter des plans d'action dans le domaine des soins de santé primaires (WHA28.88), et le Conseil exécutif avait prié le Directeur général de mettre sur pied un programme d'activités en matière de soins de santé primaires (EB55.R16) et souligné que le programme de l'OMS en tant que partie des services nationaux de santé doit bénéficier d'un haut degré de priorité (EB57.R27). Le Conseil exécutif, à sa soixante-troisième session, a fait siennes ces recommandations (EB63.R21).

Pour ce qui est de la Région européenne, les participants à la vingt-huitième session du Comité régional, tenue en 1978, avaient prié le Directeur régional d'intégrer les recommandations de la conférence d'Alma-Ata dans le programme régional (EUR/RC28/R12). Un an plus tard, les Etats Membres étaient instamment invités à collaborer activement à l'exécution des programmes de soins de santé primaires (EUR/RC29/R5). Lors de la trentième session, le Comité régional, approuvant la stratégie régionale en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (EUR/RC30/R8), pressait les Etats Membres d'avoir présente à l'esprit la Déclaration d'Alma-Ata. La stratégie régionale proprement dite repose fermement sur les soins de santé primaires avec leurs trois composantes essentielles : la promotion de modes de vie favorables à la santé, la prévention de certaines maladies et l'accès de tous à des soins de santé appropriés.

---

<sup>a</sup> *Alma-Ata 1978 : Les soins de santé primaires* : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.

En dépit de la clarté de ce mandat, la mise en œuvre dans les pays avancés des recommandations formulées à Alma-Ata a été lente. La notion même de soins de santé primaires, la médiocrité de la définition qui a pu en être donnée, et un défaut d'analyse de ces incidences pour les pays industrialisés en sont les principales causes. L'interprétation qui en est donnée est souvent trop étroite. On considère qu'elle ne s'applique qu'aux pays en développement, ou encore on l'identifie avec les services médicaux primaires des pays avancés. En conséquence, la première mesure de promotion des soins de santé primaires devrait consister dans l'application des principes et recommandations de la Déclaration d'Alma-Ata, sous une forme qui réponde à la situation dans les Etats Membres industrialisés d'Europe.

Ce symposium, premier événement marquant d'une série d'activités consistant en études, ateliers et groupes de travail qui a culminé dans une conférence sur les soins de santé primaires dans les pays industrialisés, a réuni des représentants des autorités nationales compétentes en matière de santé, la communauté scientifique, les organisations bénévoles et différents groupes professionnels et non professionnels intéressés par la question, pour étudier la place des soins de santé primaires dans les pays avancés. Le symposium s'était donné quatre objectifs principaux :

1. l'analyse de la pertinence des principes inhérents aux soins de santé primaires, tels qu'énoncés dans la Déclaration d'Alma-Ata;
2. l'analyse des tendances européennes en matière d'application des principes des soins de santé primaires : le point à mi-parcours;
3. l'étude de cas nationaux d'application des principes des soins de santé primaires;
4. l'identification des prochaines mesures nécessaires pour promouvoir les soins de santé primaires en Europe.

### L'ACCENT NOUVEAU SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Trois notions aussi fallacieuses que communes existent dans quelques pays industrialisés : en premier lieu, les soins de santé primaires seraient une notion nouvelle; deuxièmement, ils ne s'appliqueraient qu'aux pays en développement et troisièmement les soins primaires *médicaux* – en d'autres termes la médecine générale – sont synonymes de soins de *santé* primaires. Les participants ont jugé que ces notions peuvent toutes trois être réfutées en tout ou en partie.

L'évolution récente, dans les pays industrialisés, a essentiellement porté sur les hôpitaux et les technologies avancées qui bénéficient d'un fort appui populaire et peuvent par conséquent trouver une justification sur le plan social. Cette tendance, jointe au parti pris de spécialistes que l'on constate dans la formation médicale, a porté à négliger les soins de santé primaires. En dépit de cette prévention à leur encontre, les concepts fondamentaux des soins de santé primaires avaient été identifiés et faisaient l'objet d'une promotion avant même la conférence d'Alma-Ata.

L'accroissement du coût des soins secondaires et tertiaires a ramené l'attention sur les soins de santé primaires. L'accent mis sur la médecine curative n'a pas entraîné une amélioration de la santé des populations telle qu'elle puisse ou doive être réalisable dans un système de soins de santé équilibré. Parallèlement, les soins impartis par des spécialistes s'éloignent de plus en plus des besoins et des aspirations du public, d'où une certaine aliénation et un recours croissant aux thérapies «alternatives», en dehors du système de soins de santé; les individus sont ainsi amenés à s'intéresser aux groupes d'auto-assistance.

L'accent s'est progressivement déplacé vers les soins de santé primaires, non pas en tant que solution de rechange économique, mais comme correspondant mieux aux besoins effectifs des gens en termes de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de source de traitement accessible en cas de maladie. Les trois éléments évoqués constituent en fait la définition généralement admise des soins de santé primaires, distingués des soins primaires médicaux ou de la médecine générale, qui porte essentiellement sur la troisième de ces composantes. Simultanément, les utilisateurs de services ont pris une conscience croissante du fait que, en tant que citoyens, ils devraient pouvoir s'exprimer davantage sur le type de soins de santé qui leur sont assurés et sur la façon dont ils le sont.

Cette évolution de l'opinion publique et professionnelle a été signalée dans la Déclaration d'Alma-Ata, comme un étalon auquel on peut mesurer la progression des soins de santé primaires. On peut récapituler sous quatre rubriques principales<sup>a</sup> :

- a) les soins de santé devraient répondre aux besoins de la population;
- b) les consommateurs devraient participer, à titre individuel et collectif, à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé;
- c) il faut utiliser au mieux les ressources disponibles;
- d) les soins de santé primaires ne sont pas une approche isolée, mais l'élément le plus local d'un système de santé global.

---

<sup>a</sup> **Kaprio, L.A.** *Les soins de santé primaires en Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, 1980 (Rapports et Etudes EURO, N°14).

Traduire dans l'action les principes de la Déclaration d'Alma-Ata est une tâche essentielle, tant des professionnels de la santé que des services de santé. Il importe d'examiner si la Déclaration d'Alma-Ata demeure pertinente, notamment dans le contexte des pays avancés.

## ANALYSE DE LA PERTINENCE DE LA DECLARATION D'ALMA-ATA

Les participants ont conclu que la Déclaration d'Alma-Ata demeure strictement valable pour l'Europe. On trouvera ci-après les réserves et observations formulées concernant les diverses sections de la Déclaration (rappelées pour la commodité du lecteur).

### I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

Les participants ont jugé que, dans la mesure où l'expression «complet bien-être» décrit un état rarement atteint et, partant, un objectif peu réaliste, il convient de préférer l'expression «bien-être optimum». La définition de la santé, telle qu'elle est donnée, risque de dresser la population de certains pays contre la Déclaration.

Ils ont considéré la coopération intersectorielle comme un concept clé et estimé que l'initiative en appartient au secteur de la santé.

### II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

On a considéré cette section comme particulièrement pertinente aux communautés urbaines déshéritées, aux groupes culturels minoritaires et aux populations migrantes en Europe.

### III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

Les participants ont jugé que cette section n'appelle aucune réserve.

### IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

Encore que généralement bienvenue, cette section doit être précisée quant à la signification des mots «droit» et «devoir» et à leurs incidences éthiques.

### V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

Cette section a été acceptée comme étant pertinente. Néanmoins, on peut exprimer un doute sur le point de savoir si dans la dernière phrase les soins de santé primaires sont *le* moyen ou *l'un des* moyens.

### VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à

tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

On a fait observer que cette section comporte un mélange de définitions tant structurelles que fonctionnelles sans qu'il soit fait référence à un besoin. L'organisation stratégique des soins de santé doit être dynamique et sensible à des besoins mouvants sur le plan géographique, culturel et économique.

Les idéaux exprimés dans les sections I à VI de la Déclaration sont récapitulés dans la présente section sous une forme susceptible d'amener à élaborer des stratégies. Il est apparu que les sept alinéas de la section VII sont pertinents à un titre ou à un autre aux pays européens.

## VII

Les soins de santé primaires :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que l'expérience de la santé publique;

Si l'on peut considérer que la recherche biomédicale est satisfaisante en Europe, il n'en est pas de même pour la recherche sociale et la recherche sur les services de santé.

2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;

Les «principaux» problèmes ont été interprétés comme signifiant les problèmes «communs», mais le point de savoir qui décide des priorités, les utilisateurs ou les fournisseurs de services, n'a pas reçu une réponse claire. Les participants ont jugé que le secteur de la promotion est le moins bien desservi.

3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la protection et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture des médicaments essentiels;

L'éducation pour la santé a tendu à impartir des connaissances plutôt qu'à influencer sur les comportements. Certains autres secteurs semblent assez bien couverts dans les pays européens. On pourrait demander des éclaircissements sur le terme «éducation» et notamment s'il se réfère à la notion traditionnelle ou à un concept plus progressif.

4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;

Il est apparu à peu près universellement que l'intégration entre les secteurs laisse à désirer. Le bien-être social ne figure pas parmi les secteurs énumérés. Il convient d'insister sur la nécessité d'une approche souple.

5. exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;

L'absence de participation est la norme. La participation de la collectivité est, là encore, l'un des concepts fondamentaux; néanmoins, il faut élaborer des méthodes. Les participants ont été d'avis que l'aptitude des individus à participer au système de soins de santé primaires aurait dû bénéficier dans la Déclaration d'un poids égal.

6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation-recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive des services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;

L'expérience de l'orientation-recours varie selon le pays. Il semblerait que le processus laisse à désirer lorsque les services de santé secondaires ont davantage d'influence.

La signification de «services médico-sanitaires complets» n'est pas claire, pas davantage que ses paramètres ou les possibilités d'une évaluation.

7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

Nulle mention n'est faite du soutien apporté par la famille, en liaison avec les professionnels, aux soins de santé. L'équilibre entre soutien familial, soins non professionnels et soins professionnels aurait pu être mieux défini.

Il est apparu en outre que le terme «alternatifs» conviendrait mieux que «traditionnels» lorsqu'il est question de l'équipe de soins de santé dans le contexte européen.

Les participants ont jugé que l'accent devrait être mis tout particulièrement sur la préparation du travail en équipe post-élémentaire et «au sein même de l'équipe».

L'éducation multidisciplinaire doit se concentrer sur des attitudes en évolution et il pourrait devenir nécessaire de s'y attacher, face à l'hostilité d'intérêts pédagogiques en position défensive, dont certains sont opposés au développement des soins de santé primaires.

## VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. A cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

Il semble bien que l'échec des gouvernements dans la mise en œuvre des soins de santé primaires soit la règle. On pourrait peut-être proposer une date limite pour la formulation des orientations.

Chaque pays, région et district a besoin d'une stratégie spécifique et l'on pourrait commencer par la périphérie.

## IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de «service» en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accèsion de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

Les échanges internationaux de connaissances et d'expérience sont souhaitables. Il faut regretter que les mesures satisfaisantes en vue de l'instauration de la santé fassent parfois défaut.

## X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

Cette section est apparue généralement acceptable.

## LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES A L'ECHELON NATIONAL : EXEMPLES

Le développement des soins de santé primaires dans les Etats Membres européens illustre à la fois les différentes approches qui ont été retenues et les nombreux facteurs qui influent sur ce développement. La situation dans trois Etats Membres a été évoquée et est exemplaire des tendances existantes. La Finlande a connu huit ans de modifications structurelles qui permettent désormais une adaptation plus fonctionnelle. En Pologne, c'est l'évolution pédagogique qui a instauré le processus des soins de santé primaires. L'expérience de la Belgique montre l'intérêt stratégique de la recherche dès lors qu'il s'agit d'amorcer et d'évaluer une évolution.

## Belgique

En Belgique, le cadre structurel des soins est un amalgame d'usages publics et privés qui constituent une politique, laquelle est le produit de négociations entre différents groupes de pression. Dans le passé, de nombreux paradoxes sont apparus, et les réalisations n'ont pas répondu aux objectifs déclarés. Ainsi, au lieu d'une médecine préventive, on a une médecine curative; au lieu de soins de santé, on a des soins médicaux, au lieu de mettre l'accent sur les soins à domicile, on le met sur des soins hospitaliers et au lieu qu'il se soit déplacé vers les soins de santé primaires, l'évolution a favorisé les soins secondaires et tertiaires.

Un projet de recherche interdisciplinaire inter-universités a été lancé en 1974 par le Gouvernement, soucieux d'informer et de préparer la politique sociale. Le but recherché était d'élucider la notion de soins de santé primaires, de déterminer les besoins de soins de santé primaires et de lier ces besoins à la prestation effective des services. L'étude a montré qu'il n'existe pas de définition généralement admise des soins de santé primaires et que les différents groupements d'intérêts les définissent chacun de leur point de vue, d'où la nécessité d'autant plus impérieuse d'élaborer un cadre conceptuel adopté d'un commun accord. Les recherches n'ont pu montrer que la prestation de soins de santé primaires répond utilement aux besoins de la population dans le domaine de la santé. La comparaison des données fournies par l'étude avec les orientations proposées pour le développement des soins de santé primaires dans les pays industrialisés a fait apparaître des divergences dans les secteurs suivants : orientation vers l'auto-prise en charge; intégration des secteurs sanitaire et autres et au titre de la participation de la collectivité. Depuis la publication des conclusions, en 1978, une stratégie de recherche et de développement a été mise au point pour les quatre domaines suivants :

- liens entre les soins de santé et les besoins de la population ;
- participation de la collectivité et travail en équipe ;
- utilisation économique des ressources dans les zones insuffisamment desservies; et
- développement des soins de santé primaires en tant qu'élément le plus local d'un système complet de soins de santé.

Une évaluation préliminaire du projet a montré que, si le recul est insuffisant pour permettre des conclusions définitives, il n'en a pas moins apporté une contribution majeure au développement d'un cadre acceptable pour les soins de santé primaires, pour le soutien politique, professionnel et non professionnel, aux soins de santé primaires, pour l'élaboration de modèles d'organisation concernant les soins de santé primaires et pour l'accroissement du potentiel de recherche dans le cadre des structures de soins de santé primaires.

Globalement, l'étude a apporté la preuve évidente que la recherche est un élément stratégique d'innovation.

### **Finlande**

En Finlande, le programme de construction d'hôpitaux, échelonné sur vingt-cinq ans, était partiellement achevé en 1975, en dehors des hôpitaux communautaires locaux. On s'est efforcé en priorité de réduire le taux de mortalité infantile, qui était élevé auparavant; en 1977, il a été ramené au même niveau que dans les pays avoisinants. D'autres indices de santé étaient moins satisfaisants et il semblait que le potentiel d'amélioration de la santé ait atteint ses limites. De nombreuses causes de mauvaise santé sont imputables au mode de vie de la population, de sorte que l'on a décidé, par une loi de 1972, de s'attaquer d'abord à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, sur la base des soins de santé primaires. Cela a entraîné un déplacement très considérable des ressources (y compris des services, des bâtiments et du personnel) en faveur des soins de santé primaires. Les principaux obstacles au changement, le plus souvent dressés par des médecins, ont été renversés par la volonté politique de poursuivre un programme logique de santé avec l'appui, à tous les niveaux, de la participation communautaire. La décentralisation de la prise de décisions a été un aspect important de la politique générale du pays.

Le service fait face à l'évolution démographique en fournissant un plus grand nombre de lits de longue durée dans le secteur des soins de santé primaires.

Il est clair que les principes consacrés par la Déclaration d'Alma-Ata ont été traduits dans les faits. L'évaluation montrera si l'état de santé de la population s'en trouve amélioré.

### **Pologne**

Ce pays est doté d'un système uniforme de soins de santé primaires, fondé sur la régionalisation des services. A ce titre, chaque tranche de quatre à cinq mille habitants est desservie par une équipe multidisciplinaire. Cependant, l'évaluation a mis en évidence une pénurie très notable dans certaines catégories de personnel; néanmoins, la situation tend à s'améliorer. Une enquête parmi les étudiants en médecine a montré que 90% d'entre eux préfèrent une carrière hospitalière. A la fin des études, la majorité était du même avis et hostile à l'idée de travailler dans les soins de santé primaires. En conséquence, des départements spécialisés dans les soins de santé primaires ont été ouverts dans six académies de médecine sur dix, ainsi que dans quelques polycliniques. Si l'accent est mis sur la formation des étudiants, des projets pilotes et des activités d'évaluation sont toutefois mis en place dans le secteur des soins de santé primaires et s'accompagnent d'une participation accrue des consommateurs.

## LES TENDANCES ACTUELLES DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS<sup>a</sup>

### Les interprétations données aux soins de santé primaires

Les soins de santé primaires ont été portés aux nues comme «le moyen de réaliser la Santé pour tous d'ici l'an 2000» ou rejetés en tant que «soins médiocres pour les pauvres». Cette divergence de vues est en partie justifiée par la façon vague dont les soins de santé primaires ont été définis : en tant que philosophie, que stratégie, que niveau de soins de santé et qu'ensemble d'activités.

Les participants sont convenus que leur philosophie repose sur les principes de justice sociale, d'équité et d'autosuffisance. En tant que stratégie, les soins de santé primaires équivalent à la planification, sur la base des besoins individuels et collectifs, de la périphérie vers le centre et englobent les notions d'accessibilité, d'acceptabilité, de coût supportable et de participation de la collectivité. En tant que niveau de soins, c'est le plus proche de la population. De l'avis des personnalités qui se trouvent au centre des affaires, c'est-à-dire au sommet de la pyramide de la prise de décisions, ils constituent cependant le niveau le plus à ras de terre et le demeureront à moins que la philosophie sur laquelle ils se fondent et la stratégie selon laquelle ils sont appliqués trouvent leur affirmation et que leur image de marque en soit améliorée. Les participants ont constaté que, parmi les activités inhérentes aux soins de santé primaires, on peut citer la promotion de la santé et la prévention de la maladie (que les soins médicaux primaires négligent tant soit peu), la nutrition, l'assainissement de base, la santé au travail et les soins médicaux de première ligne.

Toute définition précise des soins de santé primaires est strictement fonction du contexte national, politique et socio-économique, ainsi que du système de soins de santé adopté, voire de l'absence de système. La recherche d'une définition globale, applicable en toutes circonstances, n'a guère progressé; néanmoins, certains facteurs communs peuvent être utilisés comme étalons pour mesurer les progrès réalisés dans le développement des soins de santé primaires dans les Etats Membres. Ces facteurs figurent dans la Déclaration d'Alma-Ata et peuvent être considérés comme constamment pertinents à la situation européenne. Chaque Etat doit élaborer les détails de sa propre définition des soins de santé primaires. Les progrès dans ce secteur ont été lents, notamment dans les pays qui ne sont pas dotés d'un système de soins de santé bien organisé.

---

<sup>a</sup> La présente section est fondée sur des enquêtes relatives à la situation dans quinze Etats Membres de la Région européenne, présentées au symposium sous la forme d'un document de référence élaboré par le Professeur Y. Nuyens et le Dr K. Tchamov.

## **Le niveau d'acceptation des soins de santé primaires dans la Région européenne**

Dans quelques pays, la Déclaration d'Alma-Ata a purement et simplement été ignorée, et cela peut s'expliquer par la prévalence, dans ces pays, des notions fallacieuses évoquées ci-dessus, à savoir notamment que les soins de santé primaires ne s'appliquent qu'aux pays en développement, que les soins médicaux primaires peuvent en tenir lieu et que les soins de santé primaires sont une idée nouvelle, inventée à Alma-Ata, dont l'OMS se fait le promoteur et qui ne requièrent aucune mesure urgente. Dans d'autres pays, la notion de soins de santé primaires a été admise et, dans une large mesure, traduite dans les faits. Néanmoins, dans la plus plupart, si la Déclaration a été acceptée en théorie, on ne note que peu de progrès dans sa réalisation, c'est-à-dire dans la mesure où il est possible d'évaluer comment le processus a été établi, mais aussi quels résultats (améliorations de santé) ont été acquis.

## **Niveau d'application des soins de santé primaires**

Les participants ont jugé que la difficulté d'une évaluation objective du niveau d'application réside dans l'absence d'indicateurs et d'étalons concernant la mise en œuvre des soins de santé primaires. L'OMS est en train d'en élaborer, mais ils ne sont pas encore devenus opérationnels. On peut toutefois trouver dans une vaste gamme d'activités des exemples de bonnes pratiques en matière de soins de santé primaires. En effet, la gamme de ces soins est si vaste que les catégories ou éléments du processus en vertu desquels l'approche de soins de santé primaires pourrait se traduire dans les faits doivent obligatoirement être classés en vue de l'élaboration de stratégies de l'action et de la formulation de recommandations (voir ci-après).

## **Obstacles à la mise en œuvre des soins de santé primaires**

Le peu de clarté de la définition des soins de santé primaires a été mentionné comme l'un des obstacles, au même titre que les trois notions erronées dont il a été question plus haut et qui, bien qu'ayant été réfutées, continuent à entraver le progrès tant que des personnalités politiques ou des professionnels des soins de santé y demeurent fermement attachés.

Les attitudes rigides fondées sur des intérêts égoïstes ont été considérées par les participants du symposium comme constituant l'obstacle le plus fréquemment cité aux soins de santé primaires. Dans certains cas, les intérêts financiers (exemple : dans les systèmes fondés sur la rétribution à l'acte) sont coupables, dans d'autres, la cause doit être recherchée dans la prédominance de l'approche purement médicale à la formation aux soins de santé et à l'enseignement médical. Néanmoins, cette barrière a été franchie dans un cas au moins, celui de la Finlande, où la volonté politique a bénéficié de la participation de la collectivité, et cela peut amener ultérieurement une modification des attitudes professionnelles.

Le défaut de volonté politique dans la planification et la mise en œuvre des soins de santé primaires est très répandu. L'exemple que constituent certaines études de cas (comme celles qui ont été citées à la section précédente) montre cependant différentes façons de renforcer les soins de santé primaires. On peut espérer que le manque de volonté politique pourrait être surmonté par l'effet de catalyseur des initiatives de l'OMS et par l'acceptation de la participation de la collectivité en tant qu'influence positive.

## L'ELABORATION DE STRATEGIES EN VUE DE LA PROMOTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Au cours des débats, on a identifié sept éléments relatifs aux modalités de l'élaboration des stratégies par les Etats Membres et susceptibles de constituer une base utile de l'analyse :

1. Collaboration intersectorielle et intrasectorielle
  - a) collaboration entre secteurs de la santé et autres (intersectorielle)
  - b) coopération à l'intérieur du secteur de la santé (intrasectorielle)
2. Participation de la collectivité
  - a) officielle
  - b) informelle
3. Soutien organisationnel
4. Personnels de santé (y compris éducation et formation)
5. Appui financier
6. Gestion, y compris information
7. Recherche

Ces éléments ne sont pas rigides et certains peuvent se recouper. Pour chacun, un certain nombre de questions peuvent être posées (voir Annexe 1).

Ils peuvent tous être envisagés comme autant de niveaux d'action possibles. Ainsi, on peut établir une matrice où tous les éléments sont énumérés verticalement et les niveaux, horizontalement. Les niveaux ainsi suggérés sont les suivants :

- l'Organisation mondiale de la Santé et les autres institutions internationales
  - les gouvernements nationaux
  - les régions nationales
  - le niveau local à l'intérieur du pays
- } (il n'en est pas tenu compte dans les recommandations)

- les organisations non gouvernementales
- les institutions pédagogiques
- la communauté des chercheurs

On a jugé que la recherche et l'éducation ont une importance telle qu'elles ont été citées une première fois en tant qu'éléments distincts et, à nouveau, comme niveaux d'action (Tableau 1).

### **Collaboration intersectorielle et intrasectorielle**

#### *Collaboration intersectorielle (entre secteurs de la santé et autres)*

Certains pays sont dotés d'institutions bien établies pour la collaboration et la planification intersectorielle, qui fonctionnent bien dans presque tous les secteurs et à tous les niveaux. Lorsque le fonctionnement n'est pas satisfaisant, les questions de santé tendent à en souffrir car les pays où la santé n'est que faiblement prioritaire sont nombreux. Une forte volonté politique ou des pressions marquées sont seules de nature à corriger le déséquilibre. Des pressions peuvent être engendrées par une campagne organisée à la périphérie (exemple : pour promouvoir la sécurité des enfants en tant qu'usagers de la route) ou venir d'une organisation internationale comme l'OMS. On a suggéré de publier un tableau des ordres de priorité attribués dans divers pays à certaines questions fondamentales. Pour qu'une telle initiative ait du poids, il faudrait pouvoir disposer d'un instrument acceptable pour mesurer les priorités entre les secteurs. Son élaboration a été considérée comme un secteur de recherche intéressant.

La législation pourrait se révéler utile si elle permettait de demander aux planificateurs de tenir compte des conséquences probables pour la santé des activités proposées. Aux Etats-Unis, chaque proposition de loi doit faire état de l'impact prévisible sur l'environnement. On a suggéré d'imposer aussi une déclaration sur l'impact probable sur la santé.

La coopération intersectorielle présente davantage de difficultés lorsque la santé et les autres questions administratives ne sont pas clairement délimitées. Une action hautement prioritaire pourrait être menée à cet égard, notamment dans le cas des services sanitaires, sociaux et du logement; consultation et planification conjointes pourraient devenir efficaces.

La collaboration entre omnipraticiens et travailleurs sociaux est parfois entravée par un conflit de compétences qui pourrait être réduit par des modifications de structures ou des initiatives pédagogiques.

#### *La coopération intrasectorielle (à l'intérieur du secteur de la santé)*

L'absence de buts clairement définis pour les soins de santé primaires a été considérée comme un obstacle, qui devrait être surmonté dans chaque pays. Il faut pour cela avoir des connaissances de base sur les rapports entre soins primaires et secondaires.

Tableau 1. Matrice des éléments de l'élaboration des stratégies de soins de santé primaires; niveaux d'actions possibles.<sup>a</sup>

Éléments ou instruments pour l'élaboration de stratégies des soins de santé primaires	Niveaux d'actions possibles :						Communauté des chercheurs
	Bureau régional	Gouvernement national	Gouvernement régional	Gouvernement local	Organisations non gouvernementales	Institutions pédagogiques	
Coopération intersectorielle et intrasectorielle	1,1	2,2 2,3					
Participation de la collectivité	1,1	2,3			3,3	4,4	
Soutien organisationnel	1,1	2,3					5,1
Personnels de santé (y compris éducation et formation)	1,1	2,3				4,1 4,2 4,3	5,4
Appui financier	1,1	2,3 2,5 2,6					
Gestion (y compris information)	1,1 1,2 1,3 1,4				3,1 3,2 3,4		5,1 5,2
Recherche	1,1	2,3					5,1

<sup>a</sup> Les chiffres donnés dans le tableau se réfèrent aux recommandations du symposium (cf. page 21).

Les systèmes d'information destinés à l'appui des soins de santé primaires tendent à être liés à des objectifs présents et ne conviennent peut-être pas à des orientations nouvelles. On a suggéré de réaliser une étude de grande envergure sur les systèmes d'information pour les soins de santé primaires.

En raison notamment de la médiocrité de l'information, la planification stratégique et opérationnelle des soins de santé primaires est inappropriée dans certains pays. Il y aurait avantage à examiner cette faiblesse au niveau d'un centre de santé individuel, à l'échelon du district et pour l'ensemble du pays. Le développement de la planification stratégique d'ensemble des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, pourrait faire l'objet d'une surveillance continue au plan international si des indices appropriés peuvent être mis au point.

## **Participation de la collectivité**

### *Participation informelle de la collectivité*

Au plan individuel, cela suppose un rapport d'égalité entre l'individu et le professionnel de la santé, de sorte que les besoins et les préférences individuels puissent être pris en compte. Un tel résultat est possible si le répertoire du professionnel adopte un style «consultatif» plutôt que le mode autoritaire, cependant plus répandu. Une formation appropriée permet d'acquérir la qualification voulue. Cette approche renforce l'autonomie et la dignité de l'individu et lui donne voix délibérante dans les décisions en matière de santé.

La participation de la collectivité en tant que groupe est plus complexe. Au niveau du cabinet médical, elle peut revêtir la forme de «groupes de participation de patients». Un certain nombre de modèles de groupes de cet ordre ont été décrits et, tout en restant peu nombreux, ils deviennent de plus en plus populaires dans un grand nombre de pays. Une évaluation de leur utilité est attendue.

Les groupes d'auto-assistance se proposant des buts sanitaires se multiplient rapidement dans certains pays et l'on peut y voir une tentative des patients de prendre en charge certains de leurs besoins de santé pour les résoudre d'une manière plus acceptable. On peut aussi les interpréter comme l'indice de la défaillance des systèmes des soins de santé existants à faire face aux besoins de l'individu. Les participants ont considéré que ce secteur mérite lui aussi d'être étudié, et l'assistance de non-professionnels, de même que celle qui est apportée par les membres de la famille du patient, devrait y être englobée. Chaque fois que l'on peut établir que la maladie a une origine sociale, l'étude de ses causes entre évidemment dans le cadre de la prévention.

### *Participation officielle de la collectivité*

Les pays dans lesquels les soins de santé primaires ne sont pas organisés sur une base officielle ont moins de chances d'obtenir la participation de la

collectivité; *a contrario*, ceux dans lesquels la collectivité participe déjà à tous les niveaux, dans le cadre de structures politiques établies, sont plus proches de l'objectif exprimé dans la Déclaration d'Alma-Ata.

Nombre de structures différentes ont été établies à l'échelon local ou à celui de la circonscription : conseils de santé composés de membres élus et conseils sanitaires communautaires. La mesure dans laquelle les utilisateurs des services participent aux négociations entre autorités et fournisseurs professionnels de services porte témoignage de leur efficience.

Il existe, à l'échelon national, des mécanismes de participation de la collectivité; la voix de l'utilisateur risque néanmoins d'être peu audible. On a suggéré que la participation de la collectivité est d'autant plus probable que les décisions concernant des services sont prises à un niveau le plus voisin possible de celui des soins de santé primaires. Néanmoins, la surveillance et l'appui du centre peuvent être requis si la participation des collectivités en périphérie doit être efficiente et de qualité uniforme.

L'objectif recherché est celui d'un juste équilibre entre les besoins et les aspirations des utilisateurs d'une part, et ceux des professionnels de l'autre. La mesure de l'état de cet équilibre doit être déterminée.

### **Soutien organisationnel**

Les soins de santé primaires doivent être assurés de manière souple, sur le plan local, s'ils sont appelés à répondre aux besoins sanitaires locaux. Cela suppose un degré relativement poussé d'autonomie locale qui ne peut guère être réalisée que dans le cadre d'une administration décentralisée et d'une autorité — en matière de soins de santé primaires — déléguée au niveau local.

L'appui des soins de santé secondaires et tertiaires suppose un système d'orientation-recours valable, fonctionnant selon des procédures bien définies, de bonnes communications en amont et en aval et des dispositions de nature à éviter tout retard indu. Les programmes modèles de soins de santé, qui font l'objet d'un nouveau programme européen de l'OMS, seront utiles pour déterminer les voies appropriées pour l'orientation-recours et la part des différents niveaux de soins. Ce secteur aussi mérite d'être approfondi.

Selon certaines indications données par des pays européens, les services de soins secondaires et tertiaires poursuivent souvent leurs propres fins au lieu de répondre aux besoins des patients et à ceux des services de soins primaires. On ne pourra changer cet état de choses qu'en éliminant la prédominance professionnelle (surtout médicale) dans le système de soins de santé et la formation médicale; il faut aussi pour cela que les services de soins secondaires deviennent plus sensibles et plus ouverts et qu'ils apportent effectivement un appui aux soins de santé primaires.

## **Personnels de santé (y compris leur éducation et leur formation)**

La formation des travailleurs de la santé varie sensiblement selon le pays, de même que la mesure dans laquelle l'éducation et la formation sont ajustées aux besoins d'effectifs. Une formation spécifique, appropriée aux soins de santé primaires, notamment pour ce qui est du travail en équipe, est essentielle; son développement est lent dans certains pays et pour certains groupes professionnels. La collaboration inter-pays est nécessaire à la mise en place de programmes de formation et pour la surveillance des niveaux d'apprentissage.

## **Appui financier**

De nombreux pays sont confrontés à une rigueur croissante en matière budgétaire; dans certains d'entre eux, l'austérité touche davantage les soins de santé primaires que les soins secondaires et tertiaires. Les participants ont jugé qu'il conviendrait de favoriser les soins de santé primaires. Les crédits alloués aux soins de santé primaires doivent être assurés et coordonnés avec les autres secteurs : soins aux personnes âgées, services de protection sociale, etc. Il faudra prendre des dispositions financières particulières tant pour les zones géographiques insuffisamment desservies que pour les groupes vulnérables, comme les personnes âgées et les handicapés mentaux.

Le niveau de financement des soins de santé primaires et le secteur auquel les crédits sont attribués sont de bons indicateurs de l'ordre de priorité retenu. Tout indicateur présuppose l'existence d'un système de comptabilité et de budgétisation susceptible de fournir les informations nécessaires. Il faudrait pouvoir établir des liens avec les méthodes de gestion financière et de contrôle telles que l'analyse coûts-avantages et l'étude des coûts marginaux, or ces méthodes n'existent pas, dans la plupart des pays, pour les soins de santé primaires.

## **Gestion**

Cet élément englobe les systèmes de planification, d'évaluation et d'information aux plans national, régional et local. Lorsque l'accent porte sur la planification centralisée, on risque de voir les gestionnaires négliger d'apporter un appui aux soins de santé primaires sur le plan local. Une délégation plus poussée des responsabilités et la prise de décisions à l'échelon local requièrent le déploiement de compétences gestionnaires à la périphérie. Les principes du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, proposé par l'OMS, constitueront un instrument utile pour améliorer les compétences gestionnaires à tous les niveaux.

L'évaluation a longtemps fait figure de parent pauvre; elle est cependant un outil essentiel de la gestion, pour lequel des systèmes d'information devront être élaborés. Ceux-ci devront être intégrés à la recherche, à tous les niveaux. Une délimitation plus nette et une coordination des modalités

de fonctionnement des systèmes d'information et d'évaluation ainsi que la recherche opérationnelle les aideraient à répondre à leurs besoins réciproques. Un tel effort de recherche coordonnée aiderait à produire pour les systèmes de planification et de gestion des indicateurs d'utilité, médiocrement développés pour l'instant.

## **Recherche**

La recherche a déjà été mentionnée, compte tenu de son intérêt stratégique en tant qu'initiateur et soutien du changement. Elle devrait pénétrer dans chacun des éléments et à tous les niveaux des soins de santé primaires, sous forme de curiosité d'esprit. Elle ne saurait toutefois fonctionner, en particulier dans le domaine socio-médical, si elle ne bénéficie d'un appui approprié et de la formation des chercheurs dans des disciplines très variées. On espère que les scientifiques seront encouragés à opérer en nombre croissant dans le domaine des soins de santé primaires, et qu'ils travailleront avec les personnels selon un style de «recherche sur l'action» qui ne pourra que favoriser la recherche sur les soins de santé primaires à l'échelon local. La recherche en matière de gestion et de systèmes financiers sera nécessaire pour que puissent être mises au point les méthodes nécessaires au développement et à l'exécution des politiques de soins de santé primaires.

## **RECOMMANDATIONS**

Compte tenu des orientations de l'OMS et des recommandations qui ont été soumises aux Etats Membres, les participants ont adopté les recommandations ci-après.

### **Au niveau du Bureau régional**

Il est recommandé que le Bureau régional :

1.1 continue de faire fonction de tribune, en réunissant des représentants des gouvernements, des organisations non gouvernementales et de la communauté des chercheurs, pour les amener à débattre de programmes et de stratégies sur certaines questions touchant les soins de santé primaires (exemples : coopération intersectorielle et intrasectorielle, participation de la collectivité, soutien organisationnel, personnels de santé et éducation, soutien financier, gestion et recherche);

1.2 grâce à ses programmes et publications, engendre un déplacement d'accent des concepts de politique générale aux plans et buts définitifs, qui

devront être réalisés selon un calendrier; ces plans et ces buts sont destinés à être ratifiés à une conférence européenne de représentants des gouvernements en 1983;

1.3 aide les pays dans leur action en vue d'évaluer les progrès qu'ils ont réalisés dans la mise en œuvre des soins de santé primaires (à ce titre, il établira et diffusera un système d'indicateurs applicables à certains objectifs (exemple : développement du travail en équipe)) et de mettre au point les systèmes d'information convenant aux nouveaux objectifs qui ont été décrits;

1.4 renforce ses efforts visant à distribuer des informations sur les tendances et les événements concernant les soins de santé primaires à l'intérieur des pays, en établissant un centre d'échanges et d'informations (une partie de ces renseignements revêtira une forme concise et facile à lire);

### **Au niveau des pays**

Il est recommandé que les gouvernements :

2.1 formulent au niveau le plus élevé possible des politiques et stratégies nationales de soins de santé primaires, englobant tous les secteurs pertinents, et qu'ils développent ensuite des plans d'action pour les soins de santé primaires à l'échelon approprié;

2.2 établissent ou renforcent, au sein de l'administration nationale, le mécanisme multisectoriel destiné à faire fonction de «noyau coordonnateur» en vue de la planification, de la programmation et de l'évaluation nécessaires des soins de santé primaires – y compris la planification selon un calendrier déterminé;

2.3 planifient les mesures destinées à couvrir les secteurs ci-après :

- a) la coopération intersectorielle et intrasectorielle;
- b) la participation de la collectivité;
- c) le soutien organisationnel;
- d) les personnels de santé (y compris l'éducation);
- e) l'appui financier;
- f) le soutien gestionnaire (y compris l'information); et
- g) la recherche;

(On trouvera en Annexe 1 un aide-mémoire des questions)

2.4 planifient les mesures faisant appel aux instances locales, régionales et nationales, y compris les mécanismes internes de coopération;

2.5 augmentent progressivement les ressources affectées aux soins de santé primaires dans le cadre des budgets sectoriels appropriés, le cas échéant, grâce à une nouvelle ventilation des ressources complétée par des mesures d'engagement des coûts dans d'autres secteurs;

2.6 affectent une part des budgets nationaux à un «réseau pour le développement national de la santé» appelé à coordonner et à soutenir les activités des organismes de recherche, des institutions pédagogiques, des organes de collecte de l'information et d'innovation, en vue d'apporter une contribution aux organes délibérants au niveau le plus élevé, y compris pour les soins de santé primaires.

### **Au niveau des organisations non gouvernementales**

Il est recommandé que les organisations non gouvernementales :

3.1 œuvrent en faveur d'une meilleure compréhension et de l'acquisition d'attitudes positives envers les soins de santé primaires; à ce titre, elles favoriseront les échanges d'informations, le dialogue et la discussion sur les points importants des soins de santé primaires à l'intérieur des organisations non gouvernementales et entre elles, ainsi qu'avec les gouvernements;

3.2 incitent leurs membres à participer et à collaborer de manière constructive à des programmes novateurs concernant les soins de santé primaires, qu'ils aient été entrepris par des gouvernements ou d'autres institutions ou élaborés par les organisations non gouvernementales;

3.3 renforcent leurs efforts visant à promouvoir la pleine participation des individus et des collectivités à la planification, à la mise en œuvre et au contrôle des programmes de soins de santé primaires, en leur qualité de mécanisme de liaison entre la collectivité, les fournisseurs de services et les instances gestionnaires;

3.4 s'intéressent davantage aux groupes insuffisamment desservis (exemples : les personnes âgées, les travailleurs migrants, les handicapés) en établissant des programmes, des services ou des actions, en faveur de ces groupes et avec eux, dans le cadre de l'approche des soins de santé primaires.

### **Au niveau des institutions pédagogiques**

Il est recommandé que les institutions pédagogiques :

4.1 s'engagent davantage dans la formation des professionnels au rôle et aux fonctions inhérents aux soins de santé primaires dès lors que le consensus des gouvernements, des professions libérales et des institutions pédagogiques est requis eu égard au concept futur de soins de santé primaires;

4.2 conçoivent et réélaborent les programmes pédagogiques en les élargissant et en mettant davantage d'accent sur la formation en dehors de l'institution, la promotion de la santé, l'éducation pour la santé, les aptitudes à la communication et au travail en équipe, l'apport des sciences du comportement à l'éducation et la compréhension réciproque du rôle de chacun;

4.3 favorisent ou entreprennent des programmes modèles de formation intégrée pour différentes catégories de personnels assurant les soins de santé primaires, au niveau de l'éducation post-élémentaire comme de la formation continue;

4.4 incluent progressivement dans leur programme d'enseignement — du jardin d'enfants à l'université — des éléments d'éducation pour la santé appliqués sous une forme pragmatique incitant à la participation et liés aux croyances individuelles en matière de santé.

#### **Au niveau de la communauté des chercheurs**

Il est recommandé que les membres de la communauté des chercheurs :

5.1 augmentent leurs efforts en vue de développer les études sur les aspects conceptuels, organisationnels, gestionnaires et politiques des soins de santé primaires, de manière à permettre au Bureau régional de déterminer un certain nombre de centres susceptibles de collaborer aux recherches sur les soins de santé primaires;

5.2 aident à élaborer des systèmes de communication avec les gouvernements, de sorte que des connaissances pertinentes et utilisables, fruit de la recherche, contribuent à l'élaboration des politiques de soins de santé primaires;

5.3 relient leurs programmes avec ceux des organisations non gouvernementales afin de tirer le meilleur parti possible des pratiques et façons de penser novatrices, d'identifier les contraintes éventuelles et de les surmonter;

5.4 visent à accroître le potentiel de recherche des soins de santé primaires eux-mêmes, en formant du personnel et des chercheurs et en développant les études appropriées ainsi que la technologie pédagogique.

**AIDE-MEMOIRE DES QUESTIONS RELATIVES  
AUX PROGRES REALISES DANS L'APPLICATION  
DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES,  
CLASSEES EN FONCTION DE SEPT ELEMENTS<sup>a</sup>**

**Coopération intersectorielle et intrasectorielle**

1. Quels sont les mécanismes qui existent aux niveaux local et central pour les actions intersectorielles en matière de santé ? Comment fonctionnent-ils ? Comment pourraient-ils être améliorés ?
2. Dans quelle mesure la planification, la prise de décisions et le contrôle financier sont-ils délégués au niveau local ? Quel effet une délégation accrue des contrôles entraînerait-elle sur les perspectives de la planification et de l'action intersectorielle au niveau local ?
3. Quelles activités spécifiques sont entreprises conjointement avec les secteurs autres que celui de la santé ? Quels sont ces secteurs ? La planification a-t-elle été effectuée au plan local ou central ? Comment les activités intersectorielles pourraient-elles être améliorées ?
4. Quel est le degré d'intégration entre services préventifs, curatifs et de réadaptation ? En est-il ainsi à tous les niveaux ?
5. Quelle est l'efficience de l'orientation-recours entre soins primaires, secondaires et tertiaires du point de vue de la satisfaction des besoins en matière de santé ? La communication amont et aval est-elle adéquate à tous les niveaux ?

**Participation de la collectivité**

1. De quelles façons les collectivités locales participent-elles aux soins de santé primaires ? Quel est le degré de leur participation ? Quelles modalités ont été le plus efficaces ? Lesquelles ont le moins bien fonctionné ?
2. Quels types de personnel de santé ont eu une action directe sur la promotion de la participation de la collectivité ? Comment ont-ils été formés à ce rôle ? Quelle formation complémentaire aurait le plus d'utilité ?

---

<sup>a</sup> Cf. Tableau 1, page 17.

3. Quelles politiques et quels programmes nationaux incitent la collectivité à participer ? Lesquels découragent la participation ? Quelles modifications auraient le plus de chances de promouvoir plus efficacement la participation ?
4. Quelles modifications administratives ou organisationnelles ont été réalisées pour promouvoir la participation de la collectivité ? Quel effet ont-elles eu ? Quelles autres modifications seraient utiles ?
5. La participation est-elle encouragée sur le plan individuel aussi bien que local ? La formation est-elle affectée par la participation à l'échelon individuel ?

### **Soutien organisationnel**

1. Quelle est la structure actuelle du soutien local aux soins de santé primaires ? Quels sont les liens de cette structure avec l'hôpital de première ligne, avec d'autres unités et activités dans le domaine de la santé, avec les autres secteurs ? Comment pourrait-elle être améliorée ? Quelles modifications ont été apportées à la structure pour améliorer l'appui aux soins de santé primaires ?
2. Dans quelle mesure la planification et la prise de décisions en matière de soins de santé primaires ont-elles été décentralisées ?

### **Personnels de santé (y compris éducation et formation)**

1. Les descriptions de fonctions du personnel sanitaire local ont-elles été révisées pour faciliter la prestation de soins de santé primaires ? Le personnel a-t-il reçu une formation réorientée sur les soins de santé primaires ? Des modifications ont-elles été apportées aux programmes de formation de base ?
2. De nouveaux types de travailleurs de la santé ont-ils été formés en vue de leur insertion dans l'équipe de soins de santé primaires ? Quelles sont leurs fonctions ? Comment ces fonctions ont-elles été déterminées ?
3. Quelle formation reçoit le personnel chargé d'administrer les soins de santé primaires ? Qui la dispense ? Quelle formation les enseignants ont-ils reçue pour cette tâche ? Quels manuels et matériaux pédagogiques sont disponibles ?
4. Dans quelle mesure la formation au travail en équipe a-t-elle été développée ? La formation multidisciplinaire est-elle incluse et, dans l'affirmative, est-elle dispensée au niveau de base ou post-élémentaire et au sein de l'équipe ?
5. Des dispositions ont-elles été prises en vue de la formation continue de tous les dispensateurs de soins de santé primaires ? Est-elle en tout ou en partie dispensée sous forme multidisciplinaire ou en groupes restreints ?

6. Un élément de science sociale entre-t-il dans la formation de tous les personnels assurant des soins de santé primaires ?

### **Appui financier**

1. Les crédits affectés aux soins de santé primaires ont-ils augmenté en termes absolus au cours des trois dernières années ? Ont-ils augmenté en pourcentage des dépenses totales de santé au cours de la même période ?

2. Quelles sont les sources de financement des soins de santé primaires ? Quel pourcentage est assuré par les collectivités locales, le gouvernement, des bailleurs de fonds privés, des sources internationales ? Le financement présent et prévu est-il suffisant pour les plans actuels relatifs aux soins de santé primaires ? Au cas contraire, où s'adressera-t-on pour obtenir des ressources complémentaires ?

3. Quel est le degré de sécurité et de régularité de financement des soins de santé primaires ? Des budgets existent-ils au niveau local ?

4. Pour les pays développés, dans quelle mesure l'engagement en faveur des soins de santé primaires a-t-il comporté un désir actif d'aider à la mise en œuvre des soins de santé primaires dans les pays en développement ? Dans quelle mesure ce désir s'est-il traduit par des augmentations de soutien financier aux activités de soins de santé primaires ? Quelles sont les perspectives d'avenir ?

### **Gestion (y compris l'information)**

1. Dans quelle mesure les collectivités ont-elles participé à la planification des soins de santé primaires ? A leur évaluation ? Quelles méthodes ont été utilisées ? Quelle a été leur efficacité ? Comment les améliorer ?

2. Quels sont les résultats de la supervision et de la surveillance continue de la performance des travailleurs de santé à tous les niveaux ? A quel type d'information a-t-on recours pour la surveillance continue de la performance ? Est-elle fiable ? Comment l'améliorer ?

3. La formation des gestionnaires des soins de santé primaires est-elle appropriée et valable à tous les niveaux ? Quelle formation complémentaire doit être mise au point spécifiquement pour les soins de santé primaires ?

4. Le système de planification est-il fondé sur des besoins réels en matière de santé ? Est-il sensible et efficace ? Une planification stratégique et opérationnelle adéquate existe-t-elle pour les soins de santé primaires ?

5. Existe-t-il un système d'information satisfaisant pour répondre aux besoins des soins de santé primaires ? Est-il également accessible à la recherche et convient-il à cet usage ?

## **Recherche**

- 1. Le niveau de la recherche est-il approprié à une planification stratégique et opérationnelle plus facile ? Cette recherche fonctionne-t-elle en coordination entre les secteurs pertinents ?**
- 2. Procède-t-on à des recherches sur le développement et l'utilisation des «indicateurs de produits», en vue de l'évaluation des objectifs des soins de santé primaires ?**
- 3. La contribution de la recherche à la mise en place d'un «réseau national pour le développement de la santé» est-elle appropriée, quantitativement et qualitativement, pour garantir la prise de décisions politiques valables au niveau national le plus élevé (Cf. recommandations 2.6 et 5.2) ?**
- 4. La recherche au sein du système de soins de santé primaires est-elle suffisamment encouragée par la formation de chercheurs qualifiés et par la mise en valeur du potentiel de recherche des soins de santé primaires eux-mêmes ?**

## *Annexe 2*

### LISTE DES PARTICIPANTS

#### *Conseillers temporaires*

- M. L. Bohigas, Département de la Santé et de la Sécurité sociale, Generalidad de Cataluña, Barcelone (Espagne)
- Mme D. Gannik, Adjointe de Recherche, Unité centrale de recherche en médecine générale, Université de Copenhague (Danemark)
- Dr J.P. Horder, Président, Royal College of General Practitioners, Londres (Royaume-Uni)
- Dr T.K. Kaljekov, Chef, Département d'Hygiène sociale et d'Organisation des Services de Santé, Institut de Recherche sur la Pathologie régionale, Alma-Ata, Kazakhstan (URSS)
- Dr V.A. Korzun, Chef, Département d'Economie sanitaire, Institut de Recherche sur la Pathologie régionale, Alma-Ata, Kazakhstan (URSS)
- Dr M. Murtomaa, Médecin principal, Conseil national de la Santé, Helsinki (Finlande) (*Président*)
- Professeur Y. Nugyens, Chef du Département de Sociologie médicale, Institut de Sociologie, Université catholique de Louvain (Belgique)
- Professeur S. Orzeszyna, Chef du Département de Théorie de la Médecine sociale, Centre de formation médicale post-universitaire, Varsovie (Pologne)
- Mme A. Poole, Deputy Chief Nursing Officer, Department of Health and Social Security, Londres (Royaume-Uni)
- Dr P. Pritchard, Dorchester-on-Thames, Oxford (Royaume-Uni) (*Rapporteur*)
- Dr C.T. Sakellarides, Ecole nationale de la Santé publique, Lisbonne (Portugal)
- Dr K. Tchamov, Institut d'Hygiène sociale et d'Organisation de la Santé publique, Sofia (Bulgarie)

## *Observateurs*

Professeur assistant surnuméraire S. Lauri,<sup>a</sup> Université de Kuopio (Finlande)

Professeur surnuméraire A. Nissinen,<sup>a</sup> Université de Kuopio (Finlande)

Professeur assistant V. Rissanen,<sup>a</sup> Université de Kuopio (Finlande)

Professeur S. Sinkkonen,<sup>a</sup> Université de Kuopio (Finlande)

## *Organisations non gouvernementales*

*Centre européen de Formation et de Recherche sur la Protection sociale*

Dr C.-G. Westrin,<sup>a</sup> Institut de Médecine sociale, Université d'Uppsala (Suède)

*Conseil international des Infirmières*

Mme T.M.H. Öhman,<sup>a</sup> Secrétaire, Affaires internationales, Fédération finlandaise des Infirmières, Helsinki (Finlande)

## *Représentants d'autres organisations*

*Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge*

Mlle K. Turtiainen,<sup>a</sup> aux bons soins du Comité central de la Croix-Rouge finlandaise, Helsinki (Finlande)

## *Organisation mondiale de la Santé*

*Bureau régional de l'Europe*

Dr H. Vuori, Fonctionnaire régional pour les Soins de santé primaires (Secrétaire)

*Siège*

Dr A. El Bindari Hammad, Soins de santé primaires et développement rural

---

<sup>a</sup> Frais de participation non assumés par l'OMS.