

ALMA-ATA 1978

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES



Série «SANTÉ POUR TOUS», N° 1

Première impression, 1978

Réimpressions, 1979, 1981, 1983, 1986

ISBN 92 4 280000 1

© Organisation mondiale de la Santé, 1978

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 des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse 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.

83/5688 — Journal de Genève — 5000 (R)

86/6711 — Journal de Genève — 4000 (R)

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



Rapport conjoint
de l'Organisation mondiale de la Santé
et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1978

DÉCLARATION

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

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.

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.

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

D'ALMA-ATA

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.

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.

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.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables 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'auto-responsabilité 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.

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 sur l'expérience de la santé publique ;
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.
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 prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
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 ;

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

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.

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'accession 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.

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.

* * *

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

Table des matières

DÉCLARATION D'ALMA-ATA	<i>Page</i> 2
----------------------------------	------------------

Rapport de la Conférence

1. HISTORIQUE	
Introduction	11
Objectifs	11
2. PARTICIPATION ET ORGANISATION DES TRAVAUX	
Bureau de la Conférence	14
Organisation des travaux	15
Allocutions de bienvenue	15
Visites sur le terrain	16
3. RÉSUMÉ DES DISCUSSIONS	
La situation sanitaire mondiale aujourd'hui	17
L'approche « soins de santé primaires »	17
Soins de santé primaires et développement	18
Aspects techniques et opérationnels	19
Stratégies nationales et soutien international	21
Cérémonie de clôture	23
4. RECOMMANDATIONS	

Rapport conjoint du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé et du Directeur général du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

1. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	
Introduction	41
La situation aujourd'hui	41
L'approche « soins de santé primaires »	42
Soutien fourni par le système de santé	44

	<i>Page</i>
Coordination avec les autres secteurs	45
Amélioration par l'apprentissage et par la recherche	45
Comment surmonter les obstacles	45
Implications politiques et financières	47
Nécessité d'une action mondiale	48
2. SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET DÉVELOPPEMENT	
Interrelations entre santé et développement	49
Contribution des soins de santé primaires au développement	50
Contribution d'autres secteurs aux soins de santé primaires	51
Coordination des actions de développement au niveau communautaire	55
Participation communautaire	55
Décentralisation dans le processus de développement	58
3. ASPECTS OPÉRATIONNELS DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	
Les soins de santé primaires au sein du système de santé	59
Planification	60
Planification et organisation des soins de santé primaires dans une communauté	62
Couverture et accessibilité	65
Technologie appropriée pour la santé	66
Ressources humaines	68
Agents de santé communautaires	68
Médecins traditionnels	70
Personnels de santé de haute qualification	70
Membres de la famille	70
Système d'orientation/recours	71
Logistique des approvisionnements	73
Equipements	74
Processus gestionnaire national	75
Budgétisation	75
Décentralisation	76
Contrôle	76
Evaluation	77
Information	78
Recherche	79
Financement	79

	<i>Page</i>
4. STRATÉGIES NATIONALES ET APPUI INTERNATIONAL	
Engagement national et international	82
Stratégies nationales	82
Fondements d'une stratégie	83
Mobilisation de l'opinion publique	84
Législation	84
Nécessité d'une approche à long terme	85
Soutien international	85
Coopération technique, en particulier entre pays en développement	86
Soutien financier	86
Organisations non gouvernementales	87
Respect de l'autoresponsabilité nationale	87

1. Historique

1. Par décision de l'Assemblée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹ et du Conseil d'administration du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE), et sur l'invitation du Gouvernement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires s'est tenue du 6 au 12 septembre 1978 à Alma-Ata, capitale de la République socialiste soviétique de Kazakhie.

Introduction

2. Les objectifs de la Conférence étaient les suivants :

Objectifs

- i) promouvoir la notion de soins de santé primaires dans tous les pays ;
- ii) échanger des données d'expérience et des informations relatives au développement des soins de santé primaires dans le cadre de systèmes et services sanitaires nationaux complets ;
- iii) évaluer la situation mondiale actuelle dans le domaine de la santé et des soins de santé dans la mesure où elle se rapporte aux soins de santé primaires et peut être améliorée par ceux-ci ;
- iv) définir les principes qui doivent régir les soins de santé primaires ainsi que les moyens opérationnels à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes pratiques que pose le développement de ces soins ;
- v) définir le rôle qui incombe aux gouvernements et aux organisations nationales et internationales en ce qui concerne la

¹ Résolutions WHA28.88, adoptée en mai 1975, et WHA29.19, adoptée en mai 1976, réaffirmant les résolutions WHA20.53, WHA23.61, WHA25.17, WHA26.35 et WHA27.44, relatives à la prestation et à la promotion de soins sanitaires efficaces et complets pour tous et soulignant la nécessité de tenir une conférence internationale pour échanger des vues sur l'expérience acquise en matière de développement des soins de santé primaires. (OMS, Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1973, pages 29, 30, 31 et Vol. II, (2^e éd.), 1977, pages 19, 20, 21, 148).

coopération technique et l'appui à apporter au développement des soins de santé primaires ;

- vi) formuler des recommandations pour le développement des soins de santé primaires.

3. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée et patronnée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, a été précédée par plusieurs réunions nationales, régionales et internationales sur les soins de santé primaires qui se sont tenues à travers le monde en 1977 et 1978. Les réunions régionales et internationales ont été les suivantes : réunion du Comité d'experts sur les soins de santé primaires dans la Région africaine (Brazzaville, 1977), Quatrième Réunion extraordinaire de Ministres des pays Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (Washington, DC, septembre 1977), Réunion mixte FISE/OMS des pays de la Région de la Méditerranée orientale (Alexandrie, octobre 1977), Conférence sur les soins de santé primaires pour les pays de la Région du Pacifique occidental (Manille, novembre 1977), Réunion mixte FISE/OMS sur les soins de santé primaires dans la Région de l'Asie du Sud-Est (New Delhi, novembre 1977), Conférence sur les soins de santé primaires dans les pays industrialisés (New York, décembre 1977), et enfin Congrès international des organisations non gouvernementales sur les soins de santé primaires (Halifax, Canada, mai 1978).

4. La documentation établie pour la Conférence comprenait un document de travail — le rapport conjoint du Directeur général de l'OMS et du Directeur général du FISE intitulé *Les soins de santé primaires*¹ — et six rapports d'information générale sur les Régions établis par les Directeurs régionaux de l'OMS et présentant les différentes expériences et approches nationales ainsi qu'un résumé des questions critiques qui se posent à l'échelon des pays. Outre cette documentation officielle, des rapports sur ce qui s'est fait dans divers pays, divers maté-

¹ Voir pages 37 - 88.

riels d'information, publications, exemples de technologie appropriée, photographies et films ayant trait aux soins de santé primaires ont été présentés aux participants. Ces derniers ont également eu l'occasion de visiter plusieurs expositions relatives aux soins de santé primaires (y compris le système sanitaire de l'URSS), organisées par le Gouvernement hôte, et à la technologie appropriée pour la santé, organisées par le FISE et la RSS de Kazakhie.

2. Participation et organisation des travaux

5. Les délégations de 134 gouvernements et les représentants de 67 organisations des Nations Unies, institutions spécialisées et organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS et le FISE ont participé à la Conférence.

Bureau de la Conférence

6. Le professeur B. Petrovsky, Ministre de la Santé de l'URSS, a été élu Président de la Conférence. Ont ensuite été élus par acclamation les vice-présidents dans les noms suivent :

S. A. R. la Princesse Ashraf Pahlavi (Iran)

Dr P. S. P. Dlamini (Swaziland)

Dr Rodrigo Altman (Costa Rica)

Sri J. Prasad Yadav (Inde)

Dr Khamliene Pholsena (République démocratique populaire lao)

7. Les participants dont les noms suivent ont été élus aux fonctions de présidents ou de rapporteurs des trois commissions principales de la Conférence :

M. Jorge Chavez Quelopana (Pérou)	Président, Commission A
Dr Manuel Rodrigues Boal (Guinée-Bissau)	Président, Commission B
Dr Kari Puro (Finlande)	Président, Commission C
Professeur W. W. Hassouna (Egypte)	Rapporteur, Commission A
Dr Francisco Aguilar (Philippines)	Rapporteur, Commission B
Professeur Prapont Piyaratn (Thaïlande)	Rapporteur, Commission C

8. La composition du Bureau de la Conférence était la suivante :

Professeur E. Aujaleu (France)
M. Tsegaye Fekade (Ethiopie)
Dr Abdul Rahman Kabbashi (Soudan)
Dr Roberto Lievano Perdomo (Colombie)
Mlle Billie Miller (Barbade)
Mme Antoinette Oliveira (Gabon)
Professeur Georges Pinerd (Empire centrafricain)
Dr J. Bryant (remplaçant le Dr Julius Richmond) (Etats-Unis d'Amérique)
M. E. Sanchez de León Perez (Espagne)
Dr Siraj Ul-haq Mahmud (Pakistan)
Professeur K. Spies (République démocratique allemande)
M. Mahess Teeluck (Maurice)

9. La Conférence a adopté un ordre du jour et une méthode de travail, et elle a décidé de répartir les différentes questions à examiner entre trois commissions principales, la Commission A étant chargée essentiellement d'étudier les soins de santé primaires et le développement, la Commission B les aspects techniques et opérationnels des soins de santé primaires et la Commission C les stratégies nationales et l'appui international.

**Organisation
des travaux**

10. M. Kamaluddin Mohammed, Président de la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé, le Professeur J. J. A. Reid, Président du Conseil exécutif de l'OMS, le Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS, M. Henry R. Labouisse, Directeur général du FISE, le Dr T. Sh. Sarmanov, Ministre de la Santé de la RSS de Kazakhie, au nom du Gouvernement hôte, et le Professeur B. Petrovsky, Président de la Conférence, ont prononcé une allocution. Les délégués des gouvernements ainsi que les représentants de programmes et d'institutions spécialisées des Nations Unies, de mouvements de libération et d'organisations non gouvernementales ont fait des déclarations en séance plénière. Il a été proposé que les allocutions et déclarations portant sur les soins de santé primaires soient reproduites dans un document distinct qui serait publié après la Conférence.

**Allocutions
de bienvenue**

11. Tous les participants ont été salués par M. D. A. Kunayev, membre du Présidium du Soviet suprême de l'URSS, qui leur a donné lecture du message de bienvenue de L. I. Brejnev, Président du Présidium du Soviet suprême de l'URSS.

**Visites
sur le terrain**

12. Les 9 et 10 septembre 1978, les participants ont été invités par le Comité national d'organisation à visiter divers établissements médico-sanitaires des villes et régions d'Alma-Ata, Frounzé, Karaganda, Tchimkent, Tachkent, Samarcande et Boukhara. Ils ont rencontré les ministres de la santé des républiques de Kazakhie, de Kirghizie et d'Ouzbékïe et de nombreux membres du personnel des services de santé ; ils ont visité des postes de feldschers/sages-femmes, des hôpitaux ruraux et de districts, des hôpitaux régionaux, des services de soins d'urgence, des stations sanitaires et épidémiologiques, etc. Des explications leur ont été données sur l'organisation et les fonctions de ces établissements, dont les caractéristiques et les activités ont été modifiées périodiquement en fonction de l'évolution de l'état sanitaire de la population et du développement progressif des capacités des services de santé, les principes fondamentaux sur lesquels repose le système sanitaire demeurant par contre inchangés. Au cours de ces visites, les plans de développement du système sanitaire de l'URSS ont été exposés aux participants à la conférence.

3. Résumé des discussions

13. La Conférence a déclaré que la situation sanitaire de centaines de millions d'êtres humains dans le monde d'aujourd'hui est inacceptable, en particulier dans les pays en développement. Plus de la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de soins de santé dignes de ce nom.

**La situation
sanitaire
mondiale
aujourd'hui**

14. Considérant l'ampleur des problèmes de santé ainsi que l'inadéquate et inéquitable répartition des ressources sanitaires entre les pays et à l'intérieur des pays, et estimant que la santé est un droit fondamental de l'homme et un objectif social universel, la Conférence a demandé que soit adoptée une nouvelle approche de la santé et des soins de santé afin de combler le fossé entre « nantis » et « démunis », de parvenir à une distribution plus équitable des ressources sanitaires et d'amener tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

15. Pour la Conférence, les soins de santé primaires sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables 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 peuvent supporter 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 constituent la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement socio-économique général de la communauté. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

**L'approche
« soins de santé
primaires »**

16. La Conférence a réaffirmé que 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 et équitablement réparties. Les soins de santé primaires, intégrés au système national de soins de santé complets, contribuent pour beaucoup à la réalisation de ces objectifs sanitaires et sociaux fondamentaux. Chaque pays doit interpréter et adapter dans le détail les divers aspects des soins de santé primaires en fonction du contexte social et politique et des conditions de développement qui lui sont propres. 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.

17. Se fondant sur l'expérience acquise dans un certain nombre de pays, la Conférence a affirmé que l'approche «soins de santé primaires» est essentielle pour parvenir à travers le monde dans un avenir prévisible à un niveau de santé acceptable dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale. Ainsi pourra être atteint l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000.

**Soins de santé
primaires et
développement**

18. La Conférence a examiné l'étroite interrelation et l'interdépendance existant entre la santé et le développement socio-économique, la santé favorisant une amélioration progressive des conditions d'existence et de la qualité de la vie tout en étant elle-même tributaire de cette amélioration. La Conférence a souligné que les soins de santé primaires font partie intégrante du processus de développement socio-économique. Par conséquent, les activités du secteur sanitaire doivent être coordonnées aux niveaux national, intermédiaire et communautaire ou local avec celles des autres secteurs économiques et sociaux, notamment ceux de l'éducation, de l'agriculture, de l'élevage, de l'approvisionnement en eau des ménages, du logement, des travaux publics, des communications et de la production industrielle. Il faut que les activités de santé publique soient menées conjointement avec d'autres mesures, comme celles qui visent à améliorer la nutrition, en particulier des mères et des enfants, à accroître la production et à créer des emplois,

à répartir plus équitablement les revenus personnels et à combattre la pauvreté, ainsi qu'à protéger et à améliorer l'environnement.

19. La Conférence a souligné l'importance d'une participation entière et concertée de la communauté dans un esprit d'autoresponsabilité, les individus, les familles et les communautés devant finalement assumer la responsabilité de leur propre santé. L'appui fourni par les services gouvernementaux locaux, les personnalités locales, les groupes d'agents bénévoles, les mouvements de jeunesse, les associations féminines, les groupements de consommateurs, la Croix-Rouge et autres sociétés analogues, diverses organisations non gouvernementales, les mouvements de libération, etc., ainsi que la responsabilité assumée vis-à-vis de la population sont de nature à faciliter la participation de la communauté à l'identification et à la résolution de ses propres problèmes de santé. Si l'on veut faire en sorte que les soins de santé primaires ne se réduisent pas à une action périphérique isolée et fassent partie intégrante du développement communautaire et national, il est indispensable qu'ils soient encouragés, coordonnés et soutenus par l'administration, non seulement à l'échelon local, mais également aux échelons intermédiaire et central.

20. La Conférence a affirmé la nécessité d'une répartition équilibrée de toutes les ressources disponibles, et en particulier de celles de l'Etat, condition nécessaire pour que les groupes de population défavorisés du point de vue des soins de santé primaires et du développement en général reçoivent l'attention qu'ils méritent. Les politiques nationales de développement sanitaire doivent viser prioritairement à rendre les soins de santé primaires accessibles à tous en en faisant un élément indissociable d'un système complet de protection sanitaire conçu en fonction des caractéristiques géographiques, sociales, culturelles, politiques, économiques et autres du pays.

21. La Conférence a passé en revue les diverses mesures prises par les pays pour maîtriser les problèmes de santé qui se posent dans les régions urbaines et rurales. Elle a considéré que, si les solutions appor-

**Aspects
techniques
et opérationnels**

tées aux problèmes de santé différent d'un pays et d'une communauté à l'autre selon leurs degrés de développement respectifs, elles doivent dans tous les cas assurer des services de promotion, de prévention, de soins curatifs, de réadaptation et d'urgence capables de faire face aux principaux problèmes sanitaires de la communauté, et tout particulièrement des groupes vulnérables, et correspondant aux besoins et aux moyens de la population. La Conférence a réaffirmé qu'il importe d'établir et de développer un système national de santé complet dont les soins de santé primaires fassent partie intégrante, tout en encourageant la population à participer pleinement à toutes les activités se rapportant à la santé.

22. Il a été souligné que tous les échelons du système national de santé doivent appuyer les soins de santé primaires en assurant des services appropriés de formation, d'encadrement, d'orientation/recours et de soutien logistique. Un rang élevé de priorité doit être attribué à la constitution dans le secteur de la santé et les secteurs connexes d'effectifs suffisants de personnels qualifiés, aptes à dispenser des soins de santé primaires, en faisant appel s'il y a lieu aux praticiens et accoucheuses traditionnels. Ces personnels seraient organisés de façon à pouvoir travailler en équipe, conformément au mode de vie et aux conditions économiques du pays intéressé.

23. Pour assurer des soins de santé primaires, il faut mettre au point, adapter et appliquer une technologie sanitaire appropriée, utilisable par la population et d'un coût abordable, avec notamment des quantités suffisantes de médicaments essentiels peu coûteux et de bonne qualité, de vaccins, de produits biologiques et d'autres fournitures et équipements, ainsi que d'efficaces établissements de soutien médico-sanitaire, centres de santé et hôpitaux par exemple. Ces équipements doivent être conçus en fonction des besoins des soins de santé primaires et adaptés à l'environnement socio-économique.

24. La Conférence a été d'avis que, si l'on veut que les soins de santé primaires deviennent une réalité, il faut leur accorder un rang élevé de priorité budgétaire, mieux distribuer et utiliser les ressources

existantes et améliorer à tous les niveaux les processus et les capacités de gestion nécessaires pour assurer, en s'appuyant sur un système d'information approprié, la planification et l'exécution des activités, l'établissement des budgets ainsi que le contrôle, l'encadrement et l'évaluation des opérations. Pour soutenir les soins de santé primaires, les pays devraient entreprendre, avec la pleine participation des populations, des recherches portant en particulier sur les services de santé et appliquer de façon systématique et innovatrice les connaissances existantes afin d'intégrer, en les améliorant progressivement, les soins de santé primaires dans le système sanitaire du pays dont ils doivent être la cheville ouvrière. Ils doivent d'autre part continuer à établir des indicateurs pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins de santé primaires, y compris des indicateurs pour la participation communautaire et l'autoassistance.

25. La Conférence a estimé qu'en adoptant la Déclaration d'Alma-Ata les gouvernements témoignaient devant l'histoire de leur volonté politique collective d'améliorer la santé de tous leurs peuples dans un esprit de justice sociale. Chaque nation doit maintenant prendre un engagement ferme et permanent vis-à-vis des soins de santé primaires, et ce à tous les échelons de l'administration et de la société. Cet engagement doit être clairement présenté comme s'inscrivant dans le cadre du système national de soins de santé et des autres secteurs du développement socio-économique. Les gouvernements doivent associer la population à cet engagement.

**Stratégies
nationales
et soutien
international**

26. Il a été souligné que des stratégies nationales sont nécessaires pour mettre en pratique les politiques adoptées et pour rendre les soins de santé accessibles de manière équitable à l'ensemble de la population. Ces stratégies nationales doivent tenir compte des facteurs et politiques socio-économiques, des ressources disponibles et des problèmes et besoins sanitaires propres à la population, en privilégiant au début les groupes mal desservis. Il faudra les réévaluer en permanence pour les adapter aux étapes successives du développement. La Conférence

a insisté sur le fait que ces stratégies doivent être formulées et appliquées avec la plus grande participation possible des collectivités et de tous les échelons et secteurs des pouvoirs publics.

27. La Conférence a insisté sur le caractère plurisectoriel du développement sanitaire et souligné que le succès de toute stratégie en matière de soins de santé primaires dépend de l'engagement et de la volonté de coopération de toutes les branches de l'administration. Elle a d'autre part reconnu que l'amélioration de la santé contribue notablement à l'accroissement de la productivité et du bien-être de l'individu comme de la collectivité. Aussi a-t-elle souligné que le secteur sanitaire doit prendre des initiatives et veiller à ce que tous les facteurs qui influent sur la santé reçoivent l'attention voulue, tout en collaborant étroitement avec les autres secteurs concernés.

28. La Conférence, estimant que tous les pays peuvent beaucoup apprendre les uns des autres et tirer parti de leur expérience respective, les a exhorté à coopérer entre eux afin de promouvoir les soins de santé primaires grâce à des échanges d'informations, de données d'expérience et de compétences.

29. La Conférence a d'autre part estimé que les organisations internationales, les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales et les autres partenaires de l'action de santé internationale doivent promouvoir activement le développement des soins de santé primaires au niveau national et accorder un appui technique et financier plus important en respectant pleinement les principes de l'autoresponsabilité et de l'autodétermination nationales et en utilisant au maximum les ressources locales. Ces organisations doivent donner des renseignements sur les moyens utilisables pour la coopération technique. La Conférence a fait observer que tout progrès sur la voie du désarmement et de l'instauration de la paix universelle libérerait des ressources qui pourraient servir à accélérer le développement socio-économique, y compris les soins de santé primaires, tout en améliorant le sort des populations victimes de conflits armés.

30. La Conférence a instamment invité l'OMS et le FISE à favoriser et à soutenir l'élaboration de stratégies et de plans nationaux visant à mettre en œuvre les soins de santé primaires en tant qu'élément essentiel du développement d'ensemble du pays. Les deux organisations doivent également montrer la voie à suivre pour la formulation de plans d'action concertés aux niveaux régional et mondial afin de faciliter l'aide mutuelle entre pays et de mobiliser d'autres ressources internationales pour accélérer le développement des soins de santé primaires.

31. La Conférence a exprimé sa profonde gratitude et ses remerciements les plus sincères aux gouvernements et aux peuples de l'URSS et de la RSS de Kazakhie pour l'excellente organisation de ses travaux et pour la chaleur exceptionnelle de l'accueil qu'ils ont réservé aux participants. Elle a également tenu à remercier les gouvernements et les peuples de la RSS de Kazakhie, de la RSS d'Ouzbékique et de la RSS de Kirghizie d'avoir organisé à l'intention des participants des visites du plus haut intérêt au cours desquelles ils ont pu se familiariser avec les services de santé de ces républiques. Les participants ont été impressionnés par la qualité des services et ont formulé des vœux pour le succès de leur action.

32. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, siégeant en séance plénière le 12 septembre 1978, a adopté par acclamation la Déclaration d'Alma-Ata et les recommandations dont le texte figure ci-après.

33. Au cours de la séance de clôture, un participant de chacune des six Régions de l'OMS s'est fait le porte-parole de tous les participants pour remercier le pays hôte des arrangements pris à l'occasion de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Ont ainsi pris la parole :

**Cérémonie
de clôture**

Professeur Rodrigo Altman	Costa Rica
Dr Abdoulaye Diallo	Mali
Professeur Eugène Aujaleu	France
Dr A. A. Bukair	Yémen démocratique
Dr Raja Ahmad Noordin	Malaisie
Professeur M. A. Matin	Bangladesh

34. L'allocution d'adieu prononcée par le Dr T. Sh. Sharmanov, au nom du pays hôte, a été suivie d'une déclaration du Professeur B. Petrovsky, Président de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. La lecture solennelle de la Déclaration d'Alma-Ata par le Dr Marcella Davies, du Sierra Leone, a marqué la clôture de la Conférence.

4. Recommandations

1. Interrelations entre santé et développement

La Conférence,

Reconnaissant que la santé dépend du développement économique et social et qu'elle y contribue,

RECOMMENDE que les gouvernements fassent une place aux soins de santé primaires dans leurs plans nationaux de développement et renforcent ce type de soins en accordant une attention particulière aux programmes de développement urbain et rural et à la coordination des activités qui, dans les différents secteurs, se rapportent à la santé.

2. Participation de la communauté aux soins de santé primaires

La Conférence,

Considérant que l'autoresponsabilité nationale et communautaire et la conscience sociale sont les facteurs clés du progrès humain, et reconnaissant que les populations ont le droit et le devoir de participer à l'action visant à améliorer et à préserver leur santé,

RECOMMANDE aux gouvernements de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes, l'alphabétisation et la mise en place des structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les communautés puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être.

3. Rôle des administrations nationales en matière de soins de santé primaires

La Conférence,

Constatant l'importance que revêt l'existence d'un soutien administratif et financier approprié à tous les niveaux du point de vue de la

coordination du développement national, et notamment des soins de santé primaires, ainsi que de la mise en pratique des politiques nationales,

RECOMMANDE aux gouvernements de renforcer le soutien apporté par les services administratifs généraux aux soins de santé primaires et aux activités connexes grâce à une coordination entre les différents ministères et à une délégation des compétences et des pouvoirs vers l'échelon intermédiaire et celui de la communauté, en allouant à ceux-ci les personnels et les ressources dont ils ont besoin.

4. Coordination entre le secteur sanitaire et les secteurs dont l'action intéresse la santé

La Conférence,

Reconnaissant qu'une amélioration notable de la santé de l'ensemble d'une population ne peut être obtenue sans une coordination planifiée et efficace des activités des services nationaux de santé et de celles des autres secteurs dont l'action intéresse la santé,

RECOMMANDE que, dans les politiques et plans nationaux de santé, il soit pleinement tenu compte des apports des autres secteurs qui ont des répercussions sur la santé, que des accords précis et réalistes soient conclus à tous les échelons, en particulier à l'échelon intermédiaire et à celui de la communauté, pour coordonner l'activité des services de santé et toutes les autres activités contribuant à la promotion de la santé et des soins de santé primaires, enfin que ces accords de coordination tiennent compte du rôle des services généraux d'administration et de financement.

5. Contenu des soins de santé primaires

La Conférence,

Soulignant que les soins de santé primaires doivent être axés sur les principaux problèmes de santé de la communauté, mais consciente du fait que ces problèmes et les moyens de les résoudre varieront d'un pays et d'une communauté à l'autre,

RECOMMANDE que les soins de santé primaires comprennent au minimum une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de détection, 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 prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la promotion de la santé mentale et la fourniture de médicaments essentiels.

6. Soins de santé primaires complets au niveau local

La Conférence,

Confirmant que les soins de santé primaires englobent toutes les activités qui, aux points de contact entre la collectivité et le système sanitaire, contribuent à l'amélioration de la santé,

RECOMMANDE, à titre de mesure essentielle visant à assurer la complétude des soins de santé primaires, de coordonner et d'équilibrer toutes les activités orientées vers le développement en concentrant les efforts sur les problèmes perçus tant par la communauté que par les services de santé comme ayant le degré de priorité le plus élevé ; elle recommande en outre de procéder, selon des plans d'ensemble répondant aux besoins locaux, à des interventions culturellement acceptables, techniquement justifiées, susceptibles d'être correctement menées et choisies de façon judicieuse, étant entendu que les programmes à finalité unique s'intégreront aussi rapidement et harmonieusement que possible dans les activités de soins de santé primaires.

7. Soutien aux soins de santé primaires à l'intérieur du système national de santé

La Conférence,

Considérant que les soins de santé primaires constituent le fondement d'un système national de santé complet et que ce système doit être organisé de manière à soutenir les soins de santé primaires et à garantir leur efficacité,

RECOMMANDE aux gouvernements de promouvoir les soins de santé primaires et les activités de développement apparentées de manière à renforcer la capacité et la volonté des populations de résoudre leurs propres problèmes ; il faut à cet effet qu'il existe une relation étroite entre les agents de soins de santé primaires et la communauté et que chaque équipe soit responsable d'un secteur bien défini ; il faut, en particulier, réorganiser le système sanitaire existant pour faire en sorte que tous ses échelons apportent leur appui aux soins de santé primaires en facilitant l'acheminement des malades et les consultations sur les problèmes de santé, en assurant un encadrement d'appui, une orientation, un soutien logistique et les approvisionnements, et en faisant un meilleur usage des hôpitaux de recours.

8. Besoins spéciaux des groupes vulnérables et à haut risque

La Conférence,

Reconnaissant les besoins spéciaux de ceux qui, pour des raisons géographiques, politiques, sociales ou financières, sont le moins aptes à rechercher d'eux-mêmes des soins de santé, et exprimant la grande préoccupation que lui inspirent les individus les plus vulnérables ou les plus exposés,

RECOMMANDE que, dans le cadre de la couverture totale des populations par les soins de santé primaires, une priorité élevée soit accordée aux besoins spéciaux des femmes, des enfants, des travailleurs à haut risque et des couches défavorisées de la société et que soient poursuivies dans tous les foyers et lieux de travail les activités nécessaires pour identifier systématiquement les individus les plus exposés, pour leur assurer des soins suivis et pour éliminer les facteurs qui nuisent à la santé.

9. Catégories de personnel affectées aux soins de santé primaires dans le secteur sanitaire et les secteurs connexes ; leurs rôles

La Conférence,

Reconnaissant que le développement des soins de santé primaires dépend des attitudes et des capacités de l'ensemble des personnels de

santé ainsi que de l'existence d'un système sanitaire conçu pour appuyer les agents de première ligne et compléter leur action,

RECOMMANDE que les gouvernements donnent un rang élevé de priorité à la pleine utilisation des ressources humaines, d'une part en définissant le rôle technique qui incombe à chaque catégorie de personnel de santé ainsi que les compétences et les attitudes qu'exigent les soins de santé primaires pour être efficaces, et d'autre part en constituant des équipes composées d'agents de santé communautaires, d'autres agents du développement, de personnels de niveau intermédiaire, d'infirmières, de sages-femmes, de médecins et, le cas échéant, de praticiens et accoucheuses traditionnels.

10. Formation de personnels dans le secteur de la santé et les secteurs connexes pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant qu'il faut disposer d'effectifs suffisants de personnels qualifiés pour appuyer et dispenser les soins de santé primaires,

RECOMMANDE que les gouvernements entreprennent ou soutiennent la réorientation ou la formation de toutes les catégories de personnel existant et appliquent des programmes révisés pour la formation de nouveaux personnels de santé communautaires ; que la formation soit telle que tous les personnels de santé, et notamment les médecins et les infirmières, reçoivent une formation sociale et technique et qu'ils soient motivés à servir la communauté ; que toutes les activités de formation comprennent des travaux pratiques sur le terrain ; que les médecins et autres personnels de santé hautement qualifiés soient instamment engagés à exercer au début de leur carrière dans des régions mal desservies ; enfin, que l'éducation permanente, l'encadrement d'appui, la formation des enseignants et la formation sanitaire des personnels d'autres secteurs reçoivent toute l'attention requise.

11. Mesures propres à encourager le personnel à servir dans les régions reculées et mal desservies

La Conférence,

Consciente que la prestation de soins de santé primaires axés sur les besoins des populations mal desservies exige un dévouement et une motivation tout particuliers et qu'il est en outre indispensable de récompenser et reconnaître par des moyens culturellement appropriés les services rendus dans des conditions difficiles et pénibles,

RECOMMANDE que des encouragements soient donnés aux personnels de santé de toutes catégories en proportion de l'isolement géographique et de la difficulté des conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent ; que ces encouragements soient adaptés à la situation locale, prenant notamment la forme de meilleures conditions de vie et de travail ainsi que de possibilités de perfectionnement et d'éducation permanente.

12. Technologie appropriée pour la santé

La Conférence,

Reconnaissant que les soins de santé primaires nécessitent l'identification, la mise au point, l'adaptation et l'application d'une technologie appropriée,

RECOMMANDE aux gouvernements, aux établissements de recherche et d'enseignement, aux organisations non gouvernementales et, en particulier, aux communautés, de mettre au point, tant dans le système sanitaire que dans les services connexes, des techniques et des méthodes propres à améliorer la santé, scientifiquement valables, adaptées aux besoins locaux, acceptables pour la communauté et applicables, conformément au principe de l'autoresponsabilité, par la population elle-même à un coût qui soit abordable pour la communauté et le pays.

13. Soutien logistique et équipement nécessaires pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Consciente du fait que le succès des soins de santé primaires dépend de l'apport d'un soutien logistique adéquat, approprié et continu aux milliers de communautés de nombreux pays, ce qui pose des problèmes nouveaux d'une ampleur considérable,

RECOMMANDE que les gouvernements fassent en sorte que des services efficaces d'administration, d'approvisionnement et d'entretien soient créés et qu'ils desservent toutes les activités de soins de santé primaires assurées à l'échelon de la communauté, que tous les échelons du système sanitaire, et en particulier les agents de santé communautaires, disposent à tout moment de fournitures et d'équipements appropriés et suffisants, que la livraison et l'entreposage des produits périssables tels que les vaccins soient effectués dans des conditions de sécurité maximales, que soit prévu un renforcement adéquat des services de soutien, y compris les hôpitaux, et que les moyens de transport ainsi que tous les équipements nécessaires à la prestation des soins de santé primaires soient fonctionnels et adaptés à l'environnement social et économique.

14. Médicaments essentiels pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant que les soins de santé primaires exigent un approvisionnement ininterrompu en médicaments essentiels, que cet approvisionnement représente une part considérable des dépenses du secteur sanitaire et que l'extension progressive des soins de santé primaires à la totalité du territoire national suppose un accroissement important des fournitures de médicaments,

RECOMMANDE que les gouvernements formulent des politiques et réglementations nationales concernant l'importation, la production locale, la vente et la distribution des médicaments et produits biologiques de manière à assurer que des médicaments essentiels seront dis-

ponibles à un coût aussi peu élevé que possible, pour les soins de santé primaires aux divers niveaux, que des mesures appropriées soient prises pour prévenir l'abus des médicaments, que des remèdes traditionnels d'efficacité avérée soient utilisés, et qu'un réseau efficace d'administration et de distribution soit mis sur pied.

15. Administration et gestion pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Considérant que pour assurer la mise en pratique des principes qui régissent les soins de santé primaires il faut renforcer la structure administrative et les méthodes de gestion,

RECOMMANDE que les gouvernements mettent en place le cadre administratif nécessaire et appliquent à tous les niveaux des méthodes de gestion appropriées pour planifier et mettre en œuvre les activités de soins de santé primaires, pour mieux allouer et répartir les ressources, pour suivre et évaluer l'exécution des programmes à l'aide d'un système d'information simple et pertinent, pour la contrôler conjointement avec la communauté, et pour donner aux différentes catégories d'agents de santé une formation appropriée en matière de gestion.

16. Recherche sur les services de santé et études opérationnelles

La Conférence,

Soulignant que l'on sait suffisamment de choses sur les soins de santé primaires pour que les gouvernements puissent les mettre en œuvre ou les développer, mais reconnaissant par ailleurs qu'il faut résoudre des problèmes nombreux et complexes qui se poseront pendant longtemps encore, que la contribution des systèmes de médecine traditionnelle doit être étudiée plus avant et que des problèmes nouveaux ne cessent de surgir au fur et à mesure que progresse l'action entreprise,

RECOMMANDE que chaque programme national consacre un certain pourcentage de ses crédits à la recherche permanente sur les services de santé, qu'il organise des unités de recherche et de développement sur les services de santé ainsi que des secteurs d'essais pratiques

fonctionnant parallèlement au processus général de mise en œuvre, qu'il encourage l'évaluation et la rétroinformation de façon à repérer rapidement les problèmes qui peuvent se poser, qu'il confie des responsabilités aux établissements d'enseignement et de recherche afin de les faire participer de très près à l'action du système de santé, et enfin qu'il s'efforce de façon soutenue de former des chercheurs afin de promouvoir l'autoresponsabilité nationale.

17. Ressources affectées aux soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant que la mise en œuvre des activités de soins de santé primaires nécessite la mobilisation effective des ressources intéressant la santé,

RECOMMANDE que, pour exprimer leur volonté politique de promouvoir l'approche « soins de santé primaires », les gouvernements, à mesure qu'ils augmenteront les crédits consacrés à la santé, donnent la priorité absolue à l'extension des soins de santé primaires aux communautés non desservies ; qu'ils encouragent et appuient différents moyens de financement des soins de santé primaires, y compris, le cas échéant, les assurances sociales, les coopératives et toutes les ressources pouvant être mobilisées à l'échelon local grâce à une participation et à un engagement actifs des communautés ; enfin, qu'ils prennent des mesures pour optimiser l'efficacité et l'efficacités des activités ayant un rapport avec la santé dans tous les secteurs.

18. Engagement national à l'égard des soins de santé primaires

La Conférence,

Affirmant que les soins de santé primaires exigent des pouvoirs publics à tous les échelons un engagement politique ferme et permanent reposant sur la compréhension et le soutien sans réserve de la population.

RECOMMANDE aux gouvernements d'exprimer leur volonté politique de réaliser la santé pour tous en s'engageant de façon permanente à mettre en œuvre les soins de santé primaires en tant que partie intégrante du système sanitaire national dans le cadre du développement socio-économique général et avec la participation de tous les secteurs intéressés, à promulguer s'il y a lieu la législation nécessaire et à stimuler, mobiliser et soutenir l'intérêt du public pour le développement des soins de santé primaires ainsi que sa participation à ce développement.

19. Stratégies nationales pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Insistant sur la nécessité de formuler des stratégies nationales pour mettre en pratique les politiques générales adoptées en matière de soins de santé primaires,

RECOMMANDE aux gouvernements d'élaborer sans tarder des stratégies nationales ayant des buts bien définis, de développer et de mettre en œuvre des plans d'action pour garantir que les soins de santé primaires soient rendus accessibles à la population tout entière, la priorité absolue étant donnée aux zones et groupes mal desservis, et de réévaluer ces politiques, stratégies et plans de soins de santé primaires afin de les adapter aux stades successifs du développement.

20. Coopération technique en matière de soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant que tous les pays peuvent beaucoup apprendre les uns des autres dans les domaines de la santé et du développement,

RECOMMANDE aux pays de partager et d'échanger les renseignements, les données d'expérience et les compétences spécialisées qu'ils possèdent en matière de développement des soins de santé primaires dans le cadre de la coopération technique entre pays en général et entre pays en développement en particulier.

21. Soutien international en faveur des soins de santé primaires

La Conférence,

Consciente que, pour promouvoir et soutenir les soins de santé primaires tout en surmontant les obstacles qui s'opposent à leur mise en œuvre, il faut une solidarité et un soutien internationaux qui soient à la fois puissants et coordonnés, et

Accueillant avec reconnaissance les offres de collaboration émanant des organisations du système des Nations Unies ainsi que d'autres sources de coopération,

RECOMMANDE que les organisations internationales, les organismes bilatéraux et multilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement et les autres partenaires de l'action sanitaire internationale favorisent et soutiennent de façon concertée les engagements pris au niveau national en faveur des soins de santé primaires et leur procurent un appui technique et financier accru, en laissant aux pays eux-mêmes toute latitude pour coordonner l'emploi de ces ressources dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination et en utilisant au maximum les ressources disponibles sur place.

22. Rôle de l'OMS et du FISE en matière de soutien aux soins de santé primaires

La Conférence,

Consciente de la nécessité de formuler un plan d'action mondial en faveur des soins de santé primaires conçus comme l'objet d'un effort coordonné de la part de tous les pays,

RECOMMANDE que l'OMS et le FISE, s'inspirant de la Déclaration d'Alma-Ata et des recommandations de cette Conférence, continuent à encourager et à appuyer les stratégies et plans nationaux visant à promouvoir les soins de santé primaires en tant qu'élément du développement général,

RECOMMANDE que l'OMS et le FISE, se fondant sur les stratégies et les plans nationaux, élaborent le plus rapidement possible des plans d'action concertés aux niveaux régional et mondial en vue d'en-

courager et aider les pays à se soutenir mutuellement, notamment par l'intermédiaire de leurs institutions nationales, afin de favoriser le développement accéléré des soins de santé primaires,

RECOMMANDE que l'OMS et le FISE stimulent constamment la mobilisation d'autres ressources nationales en faveur des soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires

Rapport conjoint du

Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

et du

Directeur général du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

présenté à la

Conférence internationale sur les soins de santé primaires

Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978

LES SOINS DE

On entend par soins de santé primaires des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays, dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté.

Les soins de santé primaires ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté et revêtent diverses formes : actions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation. En tant qu'ils sont un reflet et qu'ils procèdent des conditions économiques et des valeurs sociales du pays et de ses communautés constitutives, ils varieront d'un pays et d'une communauté à l'autre, mais ils comprendront au minimum les activités suivantes : promotion d'une nutrition correcte et d'un approvisionnement convenable en eau saine ; mesures d'assainissement de base ; santé maternelle et infantile, y compris planification familiale ; vaccination contre les grandes pathologies infectieuses ; prévention et réduction des endémies locales ; éducation concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ; traitement approprié des maladies et des traumatismes courants.

Pour rendre le plus rapidement possible les soins de santé primaires universellement accessibles dans la communauté, il est essentiel qu'individus et communauté assument au maximum eux-mêmes la responsabilité des actions de développement de la santé. L'accession à cette autoresponsabilité requiert que la communauté participe pleinement à la planification, à l'organisation et à la gestion des soins de

SANTÉ PRIMAIRES

santé primaires. La meilleure façon de mobiliser cette participation réside dans une action éducative destinée à rendre la communauté capable de s'attaquer de la façon la plus adéquate à ses problèmes de santé réels. La communauté sera ainsi mieux en mesure de prendre des décisions rationnelles sur les soins de santé primaires et de veiller à ce que l'aide de la sorte requise soit fournie par les autres instances du système de santé national. Les instances en question doivent être organisées et renforcées de manière à pouvoir apporter aux soins de santé primaires les diverses formes d'appui dont ils ont besoin : connaissances techniques, formation, directives et encadrement, soutien logistique, fournitures, information, aide financière et équipements d'orientation/recours, y compris institutions auxquelles puissent être soumis les problèmes non résolus ou adressés des patients individuels.

Les soins de santé primaires seront d'autant plus efficaces qu'ils mettront en œuvre des moyens qui soient bien compris et acceptés par la communauté et qui soient appliqués par les agents de santé communautaires à un coût abordable pour la communauté et pour le pays. Ces personnels de santé communautaires, auxquels pourront être intégrés les praticiens traditionnels au cas où les circonstances s'y prêtent, rendront le maximum de services s'ils résident dans la communauté qu'ils desservent et si leur formation les a socialement et techniquement préparés à répondre aux besoins de santé exprimés de la communauté.

Les soins de santé primaires faisant partie intégrante tant du système de santé du pays que du développement socio-économique global, sans lequel ils sont voués à l'échec, il est indispensable de les coordonner au plan national avec les autres échelons du système de santé ainsi qu'avec les autres secteurs qui concourent à la stratégie nationale de développement global.



1. Considérations générales

1. Les soins de santé primaires sont le facteur clé de l'instauration dans un avenir prévisible d'un niveau de santé acceptable à travers le monde entier dans le cadre du développement social et dans un esprit de justice sociale. Ils constituent une approche valable pour tous les pays depuis les plus développés jusqu'aux moins avancés, encore que leurs modalités varient selon les structures politiques, économiques, sociales et culturelles. Comme ils répondent à une nécessité particulièrement brûlante pour les pays en développement, le présent rapport sera centré sur les besoins de ces pays.

Introduction

2. Le fossé s'élargit entre les « privilégiés » de la santé des pays riches et les « déshérités » de la santé du tiers monde. De plus, le même fossé s'observe à l'intérieur de chaque pays, quel qu'en soit le degré de développement.

**La situation
aujourd'hui**

3. Les soins de santé suscitent dans le monde entier de grandes déceptions dont il n'est pas difficile de discerner les raisons. Les connaissances techniques actuelles permettraient d'assurer une meilleure santé, mais malheureusement, dans la plupart des pays, elles ne sont pas exploitées au mieux dans l'intérêt du plus grand nombre. Les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions médicales ultra-modernes implantées en milieu urbain. Outre ce qu'elle a de socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur des segments limités de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. En fait, l'amélioration de la santé est actuellement assimilée à la fourniture de soins médicaux par un nombre croissant de spécialistes qui appliquent des technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité de privilégiés. Les individus sont devenus des cas anonymes et le contact s'est perdu entre prestataires et prestataires de soins médicaux.

4. Simultanément, dans le monde entier, les groupes défavorisés n'ont accès à aucune forme de soins de santé. Or ces groupes totalisent probablement les quatre cinquièmes de la population du globe, vivant principalement dans les zones rurales et les taudis urbains. Dans quelques pays, même si les équipements de santé sont d'un accès aisé, les contraintes financières ou les interdits culturels les mettent hors de portée de ceux qui en ont besoin.

5. Pour compliquer encore les choses, les systèmes sanitaires sont trop souvent conçus en dehors des grands courants du développement socio-économique. Ils se limitent fréquemment à la prestation de soins médicaux lors même que l'industrialisation et l'altération délibérée de l'environnement créent des problèmes de santé dont la maîtrise déborde largement le champ des soins médicaux.

6. Ainsi, la plupart des systèmes classiques de soins de santé deviennent de plus en plus complexes et coûteux et sont d'une pertinence sociale douteuse. Ils ont été distordus par les diktats de la technologie médicale et par les efforts mal inspirés d'une industrie productrice de biens de consommation médicaux. Quelques-uns des pays les plus riches en sont eux-mêmes venus à prendre conscience de la disparité entre le coût élevé des prestations fournies par ces systèmes et la médiocrité des bénéfices qu'en retire la santé. Il est évident que les pays en développement ne sauraient continuer d'importer de tels systèmes. Il leur faut absolument rechercher d'autres approches.

**L'approche
« soins de santé
primaires »**

7. Les soins de santé primaires sont un moyen pratique de rendre les soins de santé essentiels universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté d'une façon qui leur soit acceptable et abordable et avec leur pleine participation. Cette approche s'est élaborée au cours des années, en partie à la lumière de l'expérience acquise — positive ou négative — en matière de services de santé de base dans un certain nombre de pays. Cependant, elle représente beaucoup plus qu'une simple extension des services de santé de base. Elle

a une dimension sociale et une dimension « développement » et, correctement appliquée, elle influera sur le fonctionnement des autres éléments du système sanitaire.

8. Sa forme est déterminée par des objectifs sociaux tels que l'amélioration de la qualité de la vie et la prestation d'un maximum de bienfaits sanitaires au plus grand nombre, et ces objectifs sont atteints par des moyens sociaux tels que l'acceptation d'une responsabilité accrue en matière de santé par les communautés et les individus et leur participation active pour y parvenir. Plus les gens sont en bonne santé, mieux ils pourront concourir au développement socio-économique, lequel fournira à son tour plus de ressources et d'énergie sociale au service du développement sanitaire. Par conséquent, les soins de santé primaires et les efforts communautaires en vue du développement socio-économique en général ont d'autant plus de chances de succès qu'ils se renforcent les uns les autres. D'autre part, de même que le secteur sanitaire fonctionne le mieux lorsqu'il opère en harmonie avec les autres secteurs socio-économiques, de même il est nécessaire d'assurer l'harmonie au sein du secteur sanitaire lui-même par le soutien que les autres instances du système sanitaire apporteront aux soins de santé primaires.

9. Le moment est venu pour tous les échelons du système sanitaire d'opérer un bilan critique de leurs méthodes, de leurs techniques, de leur matériel et de leurs médicaments en vue de ne retenir que les technologies qui se sont réellement révélées utiles et dont le prix est abordable. C'est particulièrement essentiel au niveau des soins de santé primaires, du fait qu'on a eu tendance à privilégier des technologies médicales qui conviennent mieux aux soins hospitaliers qu'aux soins de première ligne. Le champ et la finalité des soins de santé primaires d'une part, la capacité technique de ceux qui les dispensent d'autre part, font qu'il est plus important que jamais de disposer d'une technologie appropriée.

10. Les soins de santé primaires sont dispensés par les agents de santé communautaires. Les qualifications et, partant, la formation dont

ces travailleurs ont besoin varieront considérablement selon les régions du monde en fonction du type de soins de santé primaires qui s'imposent. Quel que soit leur niveau de qualification, il est capital qu'ils comprennent les besoins de santé réels de leur communauté et qu'ils gagnent la confiance de la population. Pour cela, il est indispensable qu'ils résident dans la communauté où ils opèrent et, dans de nombreuses sociétés, qu'ils aient été choisis par elle.

**Soutien
fourni par le
système de santé**

11. Le soutien des autres échelons du système sanitaire est nécessaire pour garantir que la population bénéficie des avantages de connaissances techniques valables et utiles qui sont trop complexes ou trop coûteuses pour pouvoir être appliquées systématiquement par le biais des soins de santé primaires. Ces échelons sont une source importante de renseignements pertinents sur la santé. De plus, les agents de santé communautaires doivent pouvoir compter, pour leur orientation et leur formation, sur des éléments plus qualifiés, de même que les services de soins de santé primaires doivent être assurés d'un soutien logistique et financier.

12. L'acceptation des soins de santé primaires implique donc que le reste du système sanitaire soit organisé de manière à les soutenir et à favoriser leur développement ultérieur. Cela signifie que le système de santé dans son ensemble devra accepter l'objectif social d'assurer à tout le monde des soins de santé essentiels. Au plan de la politique sanitaire, cela suppose l'affectation préférentielle de ressources aux éléments de la périphérie sociale afin de satisfaire en tout premier lieu leurs besoins essentiels en soins de santé, car l'expérience a montré que l'amélioration globale de la situation sanitaire nationale dépend de l'amélioration de l'état sanitaire de ces couches de la population. Fortes de ressources supplémentaires, les communautés seront mieux capables de prendre plus largement en charge leur propre santé, et ce dans le cadre des soins de santé primaires. Les impératifs spécifiques des soins de santé primaires dicteront le type des services que devront assurer les

instances plus centrales du système de santé. Il devrait en résulter un renforcement des liaisons entre les institutions sanitaires plus centrales et les communautés qu'elles ont vocation de servir.

13. La promotion de la santé ne saurait être réalisée par le seul secteur sanitaire. Spécialement dans les pays en développement, le développement économique, les actions de lutte contre la pauvreté, la production alimentaire, l'eau, l'assainissement, le logement, la protection de l'environnement et l'éducation concourent tous à la santé et ont pour objectif commun le développement humain. En tant que partie intégrante du système de santé et du développement socio-économique global, les soins de santé primaires ne pourront être efficaces que moyennant une coordination appropriée à tous les niveaux entre le secteur sanitaire et tous les autres secteurs concernés.

**Coordination
avec les
autres secteurs**

14. Si leurs principes sont connus, les soins de santé primaires sont certainement susceptibles d'une amélioration et d'une extension progressives. Dans la pratique, ils revêtent de multiples formes à travers le monde, et l'on peut tirer de chacune des enseignements. Par exemple, il serait utile d'en savoir davantage sur la participation et le comportement communautaires, sur l'action commune avec les autres secteurs, sur les technologies appropriées, sur la formation et l'encadrement des agents de santé communautaires et sur leurs problèmes de carrière, sur les moyens de soutien et d'orientation et sur les modalités de communication entre les soins de santé primaires et les autres échelons du système sanitaire. On peut beaucoup apprendre par l'action, mais le besoin s'impose en outre de recherches organisées qui soient étroitement liées à la prestation de services.

**Amélioration
par
l'apprentissage et
par la recherche**

15. L'application correcte des soins de santé primaires aura de toute évidence des conséquences d'une grande portée, non seulement dans tout le secteur sanitaire, mais aussi pour les autres secteurs socio-

**Comment
surmonter
les obstacles**

économiques au niveau de la communauté. De plus, elle influera profondément sur l'organisation communautaire en général. Des phénomènes de résistance au changement sont inévitables ; par exemple, les tentatives faites pour assurer une répartition plus équitable des moyens de soins pourraient fort bien se heurter à la résistance de groupes de pression politiques et professionnels, de même que l'introduction d'une technologie appropriée suscitera peut-être l'opposition de l'industrie des biens médicaux.

16. Il sera possible de surmonter de tels obstacles si l'on s'y prépare à l'avance. Parmi les diverses conditions nécessaires pour promouvoir les soins de santé primaires et surmonter les obstacles, la plus importante réside dans une puissante volonté et dans un fort appui politiques au niveau tant national que communautaire, étayés par une ferme stratégie nationale. Mais on peut aussi recourir à des antidotes spécifiques. Par exemple, on pourra infléchir l'attitude des professionnels de haute qualification non encore convaincus de l'importance des soins de santé primaires en les faisant participer à leur développement ainsi qu'en les persuadant qu'il ne s'agit pas pour eux de se départir de fonctions médicales mais au contraire d'étendre leurs responsabilités sanitaires. De même, on pourra désamorcer la résistance du public par des débats au sein de la communauté et par le recours aux médias, le but étant de convaincre la population que les soins de santé primaires constituent une approche réaliste puisqu'ils assurent, pour un coût abordable, des soins essentiels à tous dans un esprit de justice sociale au lieu de fournir des soins médicaux de haute technicité à une minorité dans un esprit pernicieux d'inégalité sociale.

17. On pourra infléchir l'opposition des industries médicales dans un sens positif en les intéressant à la production de matériels pour une technologie appropriée en soins de santé primaires. Le manque à gagner résultant de la vente de quantités réduites de biens de santé onéreux pourrait fort bien être plus que compensé par la vente sur de vastes marchés encore inexploités de quantités accrues de matériels et de fournitures moins coûteux destinés aux soins de santé primaires.

18. Des réserves seront peut-être exprimées par certaines écoles de pensée économique se fondant sur la croyance répandue que la croissance économique porte en soi la résolution des problèmes de santé. A cela il faut répondre que si un authentique développement socio-économique peut incontestablement être générateur d'améliorations de l'état sanitaire, des actions de santé directes sont en outre indispensables pour améliorer la situation sanitaire et que, comme on l'a souligné plus haut, les efforts émanant de tous les secteurs concernés sont intercomplémentaires.

19. Même parmi les avocats des soins de santé primaires, il peut y en avoir qui croient à tort qu'il s'agit d'assurer aux pauvres les formes les moins coûteuses de soins médicaux, avec un strict minimum d'appui financier et technique. Seule une intervention politique, étayée par une solide explicitation du but et de la portée réels des soins de santé primaires, permettra de corriger une telle attitude.

20. Un engagement politique en faveur des soins de santé primaires requiert plus qu'un simple appui formel de la part des pouvoirs publics et des dirigeants communautaires. Il exige une réorientation des stratégies nationales de développement sanitaire. Pour les pays en développement en particulier, il implique le transfert d'une part accrue des ressources sanitaires à la majorité sous-desservie de la population. Simultanément, il faut accroître le budget national de la santé jusqu'à ce que la population tout entière ait accès aux soins de santé essentiels. Une grande partie de cette augmentation devra aller aux institutions qui soutiennent directement les soins de santé primaires.

**Implications
politiques
et financières**

21. De portée non moindre sont les implications de l'engagement politique des pays développés en faveur des soins de santé primaires ; de plus, elles ont des incidences directes sur les efforts des pays en développement. Les pays développés ont eux aussi besoin de rationaliser leurs systèmes de santé et d'en maîtriser les coûts croissants. De plus, la nécessité s'impose d'une politique explicite par laquelle les pays

riches s'engageraient à favoriser une répartition plus équitable des ressources sanitaires internationales pour permettre aux pays en développement, et singulièrement aux moins avancés d'entre eux, de mettre en place des dispositifs de soins de santé primaires.

**Nécessité d'une
action mondiale**

22. Il faut maintenant encourager les institutions internationales gouvernementales et non gouvernementales à accorder la priorité dans le domaine sanitaire aux soins de santé primaires. De plus, l'adoption d'une politique et d'une stratégie mondiales de soins de santé primaires sera d'une importance capitale pour appuyer l'élaboration et l'application correcte de politiques et de stratégies nationales.

23. Le moment est venu d'implanter fermement les soins de santé primaires sur la scène politique mondiale. Cela requiert la réalisation d'une entente internationale sur l'adoption d'une politique et d'une stratégie mondiales de soins de santé primaires dans le but d'assurer des soins de santé essentiels à tous les habitants de la planète. Cela exige également une action internationale pour garantir l'appui sans réserve de la communauté internationale ainsi que pour encourager les pays à s'engager dans la voie des soins de santé primaires, à leur conserver leur élan et à coopérer en vue de surmonter les obstacles. La manifestation d'une telle détermination internationale authentique constituera un exemple remarquable de l'application pratique de la coopération technique entre les pays, quel que soit leur niveau de développement.

2. Soins de santé primaires et développement

24. Le développement implique une amélioration progressive des conditions d'existence et de la qualité de la vie de la société et de ses membres. Il s'agit d'un processus continu à l'œuvre dans toutes les sociétés ; peu de sociétés auraient la prétention d'avoir parachevé leur développement.

**Interrelations
entre santé
et développement**

25. Le développement économique et le développement social ne sauraient plus être dissociés. Le développement économique est nécessaire à l'atteinte de la plupart des objectifs sociaux et le développement social est nécessaire à la réalisation de la plupart des objectifs économiques. En fait, les facteurs sociaux sont les véritables moteurs du développement. Le développement a pour finalité de rendre les gens capables de mener une vie économiquement productive et socialement satisfaisante. La satisfaction sociale et la productivité économique connaissent des interprétations extrêmement dissemblables selon les valeurs sociales et culturelles qui prédominent dans les diverses sociétés. Il est toutefois un phénomène universel, à savoir que, partout, ce qui pousse les gens à s'efforcer d'accroître leurs revenus, c'est, non pas le désir d'avoir plus d'argent pour l'argent en soi, mais celui, grâce à un pouvoir d'achat accru, de se procurer pour eux-mêmes et pour leurs enfants des améliorations sociales en matière par exemple d'alimentation, de logement, d'éducation, de loisirs et, ce qui est loin d'être le moins important, en matière de santé. Ce n'est en effet qu'après avoir accédé à un niveau acceptable de santé que les individus, les familles et les communautés peuvent retirer de l'existence les autres bienfaits qu'elle recèle. C'est dire que le développement sanitaire est une condition essentielle du développement socio-économique et que les moyens de réalisation des deux types de développement sont intimement liés. En conséquence, les actions destinées à améliorer la situation sanitaire d'une part, la situation socio-économique d'autre part doivent être considérées comme se renforçant les uns les autres et non comme concurrentielles. Les

discussions sur le point de savoir si les activités de promotion de la santé ne font que consommer des ressources ou si elles constituent un facteur économique productif concourant au développement relèvent donc d'un académisme périmé.

**Contribution
des soins de
santé primaires
au
développement**

26. Les soins de santé primaires étant le facteur clé d'instauration d'un niveau de santé acceptable pour tous, ils aideront les gens à concourir à leur propre développement socio-économique. C'est dire qu'ils doivent faire partie intégrante de l'effort de développement global de la société.

27. Les soins de santé primaires concourent au développement en améliorant l'état sanitaire ainsi qu'en stimulant l'engagement d'actions et la mise en place de dispositifs organisationnels à l'appui du processus de développement. Par exemple, le contrôle de certaines maladies transmissibles par la prestation de soins de santé primaires et par d'autres moyens aide souvent à promouvoir le développement général. Ainsi, la maîtrise du paludisme, de la maladie du sommeil et de l'onchocercose peut ouvrir de nouvelles régions au peuplement, étant toutefois entendu qu'il importe de consolider ces succès en préservant la santé des colons et leur potentiel de développement. Une nutrition correcte et la réduction de la morbidité accroissent la productivité du travail. La rupture du cercle vicieux de la malnutrition et de l'infection entraîne une amélioration du développement physique et mental de l'enfant. Dans les sociétés où c'est la famille elle-même qui subvient aux besoins de ses membres âgés, la réduction de la mortalité infantile pourra entraîner à terme une réduction de la taille de la famille en ce sens que le maintien en vie et en santé de leurs deux ou trois premiers enfants donnera aux couples l'assurance de jouir dans leurs vieux jours de la sécurité à laquelle ils aspirent. D'une manière générale, la réduction à la fois de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité des adultes peut faire éclore le sentiment qu'il vaut la peine de concevoir des projets pour l'avenir. De plus, en faisant appel à des ressources humaines et financières jusqu'alors inexploitées de la communauté, les soins de santé

primaires peuvent favoriser l'éveil de la conscience sociale, qui est si importante pour mobiliser les efforts des gens au service du développement. En résumé, les soins de santé primaires peuvent être un puissant facteur d'accroissement de la conscience sociale, d'initiative et d'innovation.

28. Les autres instances du système national de santé peuvent également concourir au développement à la condition de ne jamais perdre de vue la nécessité de soutenir la gamme tout entière des actions de soins de santé primaires. Par exemple, elles peuvent focaliser leurs interventions sur les risques morbides qui influent directement ou indirectement sur la pauvreté. Outre la prestation de soins curatifs spécialisés, elles peuvent catalyser le développement en appuyant les actions communautaires de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Elles peuvent exercer un rôle plus étendu dans la formation des personnels de santé en leur apprenant à travailler en harmonie avec les personnels de secteurs sociaux et économiques corrélatifs dans la perspective commune du développement. Elles peuvent favoriser l'acceptation aux échelons administratifs appropriés d'idées et de propositions émises par les communautés en vue de promouvoir une approche intégrée du développement sanitaire et du développement socio-économique. Elles peuvent aussi aider à façonner, aux mêmes échelons administratifs, les mécanismes de prise de décision orientés vers un développement intégré.

29. Aucun secteur engagé dans le développement socio-économique ne peut faire œuvre utile en agissant isolément. Tout ce qui se fait dans un secteur a nécessairement un impact sur les objectifs d'un autre secteur. Une concertation constante entre les principaux secteurs sociaux et économiques est donc indispensable pour assurer le développement et pour promouvoir la santé dans le cadre des actions de développement. De même, les soins de santé primaires ont besoin de l'appui d'autres secteurs, qui peuvent en outre servir de point d'entrée pour les efforts de développement et de mise en œuvre des soins de santé primaires.

**Contribution
d'autres secteurs
aux soins de
santé primaires**

30. Le secteur agricole revêt une importance toute spéciale dans la plupart des pays. Il lui appartient de veiller à ce que la production d'aliments pour la consommation familiale soit intégrée aux objectifs de la politique agricole et à ce que les aliments atteignent effectivement ceux qui les produisent, ce qui pourra exiger dans quelques pays des mesures de réforme agraire. Il est par ailleurs possible d'améliorer l'état nutritionnel par des programmes en agriculture et en économie ménagère orientés vers la satisfaction des besoins prioritaires de la famille et de la communauté.

31. Il est particulièrement important de faire en sorte que le développement agricole profite aux femmes aussi bien qu'aux hommes. La majorité des femmes des régions rurales de la plupart des pays en développement sont simultanément astreintes à des travaux agricoles, aux activités ménagères et au soin des nourrissons et des enfants. D'où la nécessité de leur faire bénéficier d'une technologie appropriée qui allègera leur travail et accroîtra leur rendement au travail. D'où aussi la nécessité de les doter de connaissances nutritionnelles qu'elles puissent appliquer dans le cadre des ressources dont elles disposent, en particulier en ce qui concerne l'alimentation correcte des enfants et leur propre nutrition en période de grossesse et d'allaitement.

32. Des politiques analogues en faveur de la santé sont nécessaires dans d'autres secteurs. L'eau à usage domestique est aussi importante que l'eau destinée à l'abreuvement du bétail, à l'irrigation, à la production d'énergie et à l'industrie. Un ravitaillement abondant en eau saine aide à réduire la mortalité et la morbidité, en particulier chez les nourrissons et les enfants, et contribuerait en outre à faciliter la vie pour les femmes. La Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (HABITAT) a fixé l'objectif d'assurer une eau saine à tous d'ici l'an 1990. Or seules des actions programmées d'envergure nationale permettront de faire bénéficier le plus rapidement possible la majorité des habitants des régions urbaines et rurales d'un accès aisé à une eau saine. L'évacuation hygiénique des déchets et des excréta est également d'une importance déterminante pour la santé.

33. Le secteur sanitaire peut promouvoir les investissements dans les travaux d'adduction d'eau et d'assainissement, mais en règle générale l'essentiel des investissements provient d'autres secteurs. Les soins de santé primaires fournissent à la communauté, particulièrement en milieu rural, l'occasion d'intervenir activement dans ces domaines. Il est de toute importance d'enseigner aux gens à utiliser et à entretenir correctement les adductions d'eau et les installations sanitaires.

34. Le logement a un effet favorable sur la santé à condition d'être adapté au climat et à l'environnement locaux. Tout comme les logements des animaux et les installations de stockage des produits alimentaires, les maisons doivent être à l'épreuve non seulement des éléments mais aussi des insectes et des rongeurs qui véhiculent des maladies. Il est essentiel que tous ces endroits, en particulier les cuisines et les installations sanitaires, soient faciles à nettoyer. La encore, une action éducative est importante pour apprendre aux gens à maintenir dans un état convenable les habitations et leurs alentours.

35. Certains aspects des *travaux publics* et des *communications* sont d'une importance stratégique pour les soins de santé primaires, en particulier dans le cas des populations éparpillées. Les routes secondaires, outre qu'elles relient le paysan au marché, facilitent l'accès des villages et l'introduction de nouvelles idées avec les fournitures nécessaires aux actions de santé et autres. Les liaisons radio double-sens, là où elles sont financièrement réalisables, mettent les lieux isolés en contact avec les instances administratives plus centrales, en même temps qu'elles servent de véhicules d'apprentissage. A cette fin, des appareils à pédale peu coûteux ont été employés avec succès en soins de santé primaires dans un certain nombre de pays en développement.

36. De même, le *secteur de l'éducation* a un rôle important à jouer dans le développement et la mise en œuvre des soins de santé primaires. L'éducation communautaire aide les gens à appréhender leurs problèmes santé, à y rechercher des solutions et à apprécier le coût de différentes options. Un des moyens de l'assurer est d'élaborer des textes d'éducation sanitaire qui seraient distribués par le canal du système

éducatif. D'autre part, les associations de parents et d'enseignants pourraient assumer aux niveaux scolaire et communautaire certaines tâches de soins de santé primaires telles que des programmes de promotion de l'assainissement du milieu, des campagnes centrées sur le thème « les aliments au service de la santé » ou des cours de nutrition et de premiers soins.

37. Les *médias* peuvent concourir à l'effort d'éducation en disséminant une information de qualité sur la santé et les moyens d'y accéder ainsi qu'en décrivant les bienfaits escomptables de pratiques sanitaires améliorées dans le cadre des soins de santé primaires. Par exemple, ils pourraient favoriser l'instauration d'une politique pharmaceutique rationnelle en aidant à faire comprendre au public que les médicaments porteurs de dénominations communes ne le cèdent en rien aux spécialités préconisées par la publicité. Ils pourraient aussi aider à populariser les soins de santé primaires en diffusant des informations sérieuses à leur sujet dans différentes communautés.

38. Beaucoup d'activités agricoles et industrielles peuvent avoir des « retombées » dommageables pour la santé. Pour ne citer que quelques exemples, les travaux d'irrigation peuvent créer des conditions favorables à la prolifération de moustiques véhiculant le paludisme, les lacs artificiels peuvent provoquer la multiplication des mollusques hébergeant l'agent de la schistosomiase, l'industrialisation peut entraîner la pollution de l'air et de l'eau par des produits chimiques toxiques et l'urbanisation dont elle s'accompagne peut être génératrice de problèmes psychosociaux. Il est donc sage d'intégrer des mesures préventives aux projets industriels et agricoles recelant des risques particuliers pour la santé. Il pourrait notamment s'agir d'appliquer les précautions nécessaires dans les ouvrages d'irrigation et les lacs artificiels, de mettre en place des dispositifs de sécurité pour réduire les accidents du travail et les pollutions industrielles, de recenser les propagateurs potentiels de maladies chaque fois que se produisent d'importants mouvements de population ou de veiller spécialement à la protection de la santé physique et mentale des travailleurs migrants. Les soins de santé primaires ont leur place dans la plupart de ces activités.

39. D'un autre côté, le secteur industriel peut étayer les soins de santé primaires par l'édification d'industries productrices de biens en rapport avec la santé, en particulier d'aliments et de médicaments essentiels. Les petites industries locales sont également importantes en tant qu'elles sont créatrices d'emplois et qu'elles contribuent ainsi à améliorer le potentiel économique et le pouvoir d'achat au niveau local.

40. Une planification coordonnée au niveau communautaire permettra d'articuler étroitement les soins de santé primaires avec d'autres secteurs dans des actions conjuguées de développement communautaire. Par exemple, le travailleur sanitaire pourra souligner l'importance qui s'attache à améliorer les conditions de stockage des produits alimentaires au foyer et à la ferme et donner des conseils pratiques à ce sujet. De son côté, l'animateur rural, à condition d'avoir de solides notions de nutrition, pourra promouvoir la production d'aliments appropriés et leur consommation par les familles, surtout si la politique locale donne la primauté aux cultures vivrières sur les cultures commerciales.

**Coordination
des actions de
développement
au niveau
communautaire**

41. Il appartient aux représentants de la communauté auprès des autorités locales de veiller à ce que les intérêts de la communauté soient dûment pris en compte dans la planification et l'application des programmes de développement. Un principe d'une importance capitale est que les services publics sont comptables envers les communautés de leur ressort, en particulier en ce qui concerne l'emploi des ressources que celles-ci ont investies. L'intérêt qu'il y a à ce que soient coordonnées au niveau local les activités des divers secteurs engagés dans le développement socio-économique d'une part, le rôle crucial qui incombe à la communauté dans la réalisation de cette coordination d'autre part, font que la participation communautaire est une composante essentielle des soins de santé primaires.

42. Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques

**Participation
communautaire**

politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés.

43. L'autoresponsabilité et la conscience sociale sont des facteurs clés du développement humain. La participation de la communauté aux grands choix politiques comme à la planification, à l'exécution et au contrôle des programmes de développement s'est maintenant largement imposée. Toutefois, elle est interprétée très diversement selon les pays, l'idée que l'on s'en fait étant fortement influencée par la structure politique générale et par la situation socio-économique de chaque pays. Les études de cas sur la participation communautaire menées par le Comité FISE/OMS des Directives sanitaires ont aidé à mettre en relief et à clarifier le rôle de la participation de la communauté dans la prestation des soins de santé primaires.

44. La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer des solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont toute latitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent. Il leur faut acquérir la capacité d'apprécier une situation, de jauger les diverses possibilités qui s'offrent et de déterminer en quoi leur propre contribution pourrait consister. S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé

d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs.

45. Les personnels de santé font partie de la communauté dans laquelle ils vivent et ils travaillent. Un dialogue permanent est indispensable entre eux et le reste de la communauté pour harmoniser les vues et les activités se rapportant aux soins de santé primaires. Ce dialogue permettra aux personnels de santé de connaître l'état d'esprit de la communauté, les raisons qui inspirent ses vues, la force de ses aspirations et la structure de son organisation et de ses communications. De son côté, la population apprendra à identifier ses besoins de santé réels, à comprendre la stratégie nationale de soins de santé primaires, enfin à s'engager dans l'action communautaire pour la santé et à la promouvoir. Grâce à cela, la société se pénétrera de l'idée que la santé n'est pas seulement un droit universel mais aussi une responsabilité universelle, dans l'exercice de laquelle les membres des professions de la santé doivent et sauront remplir correctement leur rôle.

46. Les modalités de participation de la communauté aux diverses phases des soins de santé primaires sont nombreuses. Pour commencer, la communauté doit intervenir dans l'évaluation de la situation, dans le recensement des problèmes et dans la fixation de priorités. Il lui faut ensuite concourir à la planification des actions de soins de santé primaires, puis collaborer pleinement à leur exécution, ce qui suppose de la part de ses membres qu'ils assument une large part de responsabilité touchant leurs propres soins de santé — par exemple en adoptant un style de vie sain, en se conformant aux règles d'une bonne hygiène alimentaire et générale ou en se faisant administrer les vaccinations requises. Ils peuvent en outre concourir aux soins de santé primaires par des prestations de travail, d'argent et autres.

47. Il appartient aussi à la communauté de veiller en permanence à ce que le dispositif de soins de santé primaires fonctionne conformément à sa vocation déclarée. Cet engagement facilitera le repérage et la résolution des difficultés, ainsi que l'introduction des réajustements qui se seraient révélés nécessaires.

48. Une politique nationale claire est indispensable pour promouvoir la cohésion communautaire autour des efforts engagés en vue du développement sanitaire et du développement dans les secteurs corrélatifs, pour renforcer au niveau local la coordination de tous les programmes sectoriels intéressant de quelque façon que ce soit les soins de santé primaires, pour rendre les communautés capables de faire connaître leurs aspirations sanitaires et leurs autres aspirations sociales et pour donner à la communauté le moyen d'exercer son contrôle tant sur les fonds qu'elle investit dans les soins de santé primaires que sur le personnel qui les dispense. La participation communautaire requiert aussi un appui réciproque entre la puissance publique et la communauté, étayé par un courant d'information rétroactive dans les deux sens. C'est à la puissance publique qu'il incombe de stimuler cet appui mutuel, de créer les mécanismes de coordination intersectorielle nécessaires aux différents échelons administratifs, d'édicter les textes législatifs requis pour soutenir les soins de santé primaires et, chaque fois qu'il y a lieu, de fournir des ressources humaines, matérielles, techniques et financières suffisantes.

**Décentralisation
dans le processus
de
développement**

49. Le système administratif général du pays est d'une importance évidente pour la coordination des contributions apportées à l'œuvre de développement par les différents secteurs concernés. On a eu tendance dans le passé à mettre presque exclusivement l'accent sur l'échelon administratif central. Depuis peu, l'attention se porte sur l'échelon local. Le moment est venu d'orienter la décentralisation vers les échelons intermédiaires (province, district, etc.), qui sont suffisamment proches à la fois des communautés pour être réceptifs à leurs problèmes et à leurs besoins concrets et de l'échelon central pour mettre en pratique les politiques de la puissance publique. Ils sont particulièrement bien placés pour harmoniser les actions des divers secteurs qui concourent ensemble au développement. C'est dire qu'ils constituent d'importants pivots d'un développement coordonné. Pour les mettre en mesure d'exercer correctement ce rôle, il sera nécessaire, dans de nombreux pays, de renforcer leurs moyens d'action, spécialement en leur affectant le personnel requis dans les divers secteurs.

3. Aspects opérationnels des soins de santé primaires

50. Un système de santé est constitué de composantes du secteur de la santé et d'autres secteurs dont l'interaction concourt à la santé. Il s'articule en divers échelons, dont le premier est le point de contact entre les individus et le système de santé ; c'est là que les soins de santé primaires sont dispensés. Les services fournis par les soins de santé primaires varient selon le pays et la communauté mais comprennent à tout le moins les suivants : promotion d'une nutrition convenable et approvisionnement suffisant en eau saine ; assainissement de base ; santé maternelle et infantile, y compris planification familiale ; vaccination contre les principales maladies infectieuses ; prévention et réduction des maladies endémiques locales ; éducation relative aux principaux problèmes de santé et aux moyens de les prévenir et de les maîtriser ; traitement correct des maladies et traumatismes courants. Les autres échelons du système de santé assurent des services spécialisés de plus en plus complexes à mesure qu'on se rapproche du centre.

**Les soins de
santé primaires
au sein du
système de santé**

51. Les soins de santé primaires constituent le moyeu du système de santé autour duquel rayonnent les autres échelons du système dont les activités convergent sur les soins de santé primaires pour les soutenir et les mettre en mesure de dispenser en permanence des soins de santé essentiels. L'échelon intermédiaire traite des problèmes plus complexes, dispense des soins plus spécialisés et assure un appui logistique. Il dispose d'un personnel plus qualifié dont le rôle consiste à former d'autres agents et à leur donner des conseils sur les problèmes pratiques qui se posent en liaison avec tous les aspects des soins de santé primaires. L'échelon central, enfin, met à la disposition du reste du système sa capacité de planification et de gestion, la prestation de soins hautement spécialisés, la formation de personnel spécialisé, l'équipement intellectuel d'institutions telles que des laboratoires de santé

centraux et un appui logistique et financier. Les paragraphes suivants exposent comment le système de santé est organisé pour développer, faire fonctionner et soutenir les soins de santé primaires.

Planification

52. La planification des soins de santé primaires doit s'effectuer tant au niveau communautaire qu'aux échelons intermédiaire et central. Il incombe au ministère de la santé (ou à l'instance équivalente) de formuler la politique de santé nationale, y compris en matière de soins de santé primaires, et d'en promouvoir l'adoption par le gouvernement. Cette politique aura plus de chances d'être efficace si elle s'intègre à la politique de développement global de façon à refléter les objectifs sociaux et économiques du gouvernement. Il faut élaborer des stratégies pour traduire les politiques en actions concrètes ; une façon utile de le faire est ce que l'on est venu à appeler la *programmation sanitaire par pays*, qui consiste à recenser les problèmes de santé du pays dans leur contexte socio-économique, à identifier les secteurs susceptibles de changements et à formuler des programmes prioritaires pour l'introduction des changements souhaités.

53. Partout où les besoins de santé primaires auront été identifiés comme prioritaires, ce qui sera probablement le cas dans la plupart des pays, il faudra définir une stratégie spécifique en vue de leur formulation et de leur application. La politique et la stratégie de soins de santé primaires fixeront le mandat de tous les éléments constitutifs du système de santé, qu'ils ressortissent au secteur sanitaire ou à d'autres secteurs. La stratégie adoptée doit être traduite en un programme de soins de santé primaires d'envergure nationale s'étendant à tous les niveaux, depuis l'échelon communautaire jusqu'à celui du soutien et de l'orientation.

54. Dans l'élaboration de la stratégie et la formulation du programme, il faut prendre pleinement en compte les technologies à appliquer, les ressources à utiliser, l'appui nécessaire à d'autres niveaux et la façon d'organiser le tout en un système cohérent.

55. Il faut que le ministère de la santé et les autres instances sanitaires nationales intéressées veillent à ce que la planification s'exerce au plus haut niveau décisionnel. C'est essentiel pour assurer une délégation correcte d'autorité-responsabilité, une allocation préférentielle des ressources aux soins de santé primaires et aux services qui les soutiennent et une localisation de ceux-ci qui les rende accessibles aux communautés concernées. Une formation en planification et en gestion à tous les niveaux est indispensable pour une bonne planification. Comme la planification des soins de santé primaires fait intervenir des facteurs politiques, sociaux et économiques, on aura besoin, surtout à l'échelon central, d'équipes de planification pluridisciplinaires comprenant entre autres des spécialistes de l'économie, de la science politique et d'autres sciences sociales.

56. La planification centrale doit viser à mettre les communautés en mesure de planifier leurs activités de soins de santé primaires. Elle doit donc leur donner une idée claire du rôle qui leur est dévolu dans la stratégie nationale des soins de santé primaires et dans le processus de développement global au niveau communautaire. Elle doit leur expliquer comment il convient qu'elles élaborent, qu'elles exécutent, qu'elles évaluent et qu'elles contrôlent leurs programmes de soins de santé primaires, de même qu'elle doit leur fournir toutes informations essentielles qui leur feraient défaut.

57. Grâce à ces explications et à ces informations, les membres de la communauté seront mieux à même de participer pleinement à la formulation de leurs programmes de soins de santé primaires en analysant leurs propres problèmes de santé, en se prononçant sur les priorités qui s'imposent, en adaptant les solutions nationales aux conditions locales et en établissant leurs propres dispositifs d'organisation, de soutien et de contrôle. Dans toute la mesure possible, les responsables de l'exécution des programmes devraient participer activement dès le début à leur planification. En pratique, on devra prendre des mesures pour assurer la continuité du processus de planification, en tenant compte du fait que les responsables de la planification et de l'exécution peuvent changer de temps à autre.

58. Les informations concernant les programmes de soins de santé primaires de toutes les communautés leur sont normalement retournées par le canal des autres échelons du système de santé, auxquels elles ont été communiquées pour planifier les services de soutien et d'orientation et pour assurer la consolidation du programme sur le plan national. Une interaction constante est donc nécessaire entre, d'une part, l'échelon central, où la politique est arrêtée, où les grandes allocations de fonds sont opérées et où les normes et critères sont établis et, d'autre part, les échelons intermédiaire et communautaire, où les programmes détaillés sont élaborés.

**Planification
et organisation
des soins de
santé primaires
dans une
communauté**

59. Les façons de planifier et d'organiser les soins de santé primaires varieront selon le type et la dimension de la communauté et selon sa structure sociale. Ainsi, les solutions applicables à de petits villages peuvent être très différentes de celles qui conviendront à de grandes communautés urbaines. Néanmoins, il existe un certain nombre de données qui sont communes à toutes les formes de communauté.

60. Tout d'abord, il faut déterminer quels sont les *mécanismes* les plus appropriés pour planifier, exécuter et contrôler le programme communautaire de soins de santé primaires. On se référera utilement en cela aux structures politiques, administratives et sociales locales. En tout état de cause, on devra se mettre d'accord sur l'affectation des responsabilités — il faudra décider, par exemple, à qui incombera la responsabilité du programme et si la même personne, ou le même comité, sera responsable à la fois de sa planification détaillée et de sa gestion. Si un comité est élu, comment devra-t-il être composé — de dirigeants politiques ou d'autres dirigeants communautaires, d'agents de santé, de représentants du public, et selon quel dosage ? Ce comité sera-t-il investi de pouvoirs absolus ou sera-t-il seulement habilité à faire des propositions, et, dans ce cas, à qui, ou à quel organisme représentant l'ensemble de la communauté ? Comment assurer au mieux la coordination avec d'autres secteurs — en en incluant des représentants dans le mécanisme de planification et d'organisation des soins de santé

primaires ou en créant un autre groupe communautaire formé de représentants de tous les secteurs impliqués dans le développement ?

61. Dans le choix des *priorités*, quels sont les meilleurs moyens de s'assurer que la voix de toute la communauté sera entendue ? Et, une fois fixées les priorités, faut-il les mettre à effet toutes en même temps, ou par étapes ? Les réponses à ces questions dépendront évidemment des ressources disponibles ; il faudra prendre des décisions sur la génération de ressources locales en espèces et en nature, de même qu'il faudra évaluer les ressources obtenables d'autres échelons du système de santé et du gouvernement central. Il faudra aussi décider à qui appartiendra de traiter avec les autres échelons du système sanitaire — ce soin pourra par exemple être confié aux agents de santé au niveau technique, ou aux dirigeants communautaires au niveau politique, ou conjointement aux uns et aux autres.

62. Une fois les priorités fixées, il faudra se prononcer sur *les méthodes et les techniques* à employer, lesquelles devront être acceptables aussi bien pour ceux qui les utiliseront que pour ceux auxquelles elles seront appliquées. Là encore, ces décisions devront être prises par un organisme approprié comprenant de préférence des représentants du public et du secteur de la santé. Il faudra en outre prendre des décisions sur la composition et le degré de qualification de l'équipe de santé dispensant les soins de santé primaires. Cette équipe doit-elle se composer d'agents sanitaires fournissant chacun la même gamme de prestations ou d'un mixte d'agents sanitaires assurant chacun différentes sortes de prestations ? S'agira-t-il de personnels à temps partiel ou à plein temps ou d'un mélange des deux ? D'après quels critères seront-ils sélectionnés et par qui ? Comment et combien seront-ils rémunérés ? Quelles seront leurs perspectives de carrière et comment seront-elles aménagées ? Y aura-t-il lieu de mobiliser des volontaires ?

63. Quelle sorte de *formation* de base donnera-t-on aux membres de l'équipe de santé et quelle en sera la durée ? Comment leur formation continue sera-t-elle organisée, qui l'organisera et qui l'assurera ?

Qui sera nommé chef d'équipe ? Comment insérera-t-on les individus et les familles dans l'équipe de santé pour les faire participer pleinement à leur propre développement sanitaire ? Comment assurera-t-on leur éducation en matière de santé et qui la dispensera ?

64. Lorsqu'on se sera prononcé sur les méthodes à employer pour chacune des composantes des soins de santé primaires et sur les types d'agents sanitaires chargés de les appliquer, on pourra se prononcer sur les *matériels et fournitures* nécessaires, les médicaments et vaccins essentiels, le système d'entretien de ces matériels et fournitures et la fréquence des réapprovisionnements. Il faudra faire la balance entre les considérations locales et les normes nationales en tenant compte de l'initiative et du développement locaux d'une part, des possibilités d'organisation d'un système national d'entretien et d'approvisionnement d'autre part. Il faudra aussi se prononcer sur les *équipements* requis, sur leur localisation et leurs dimensions comme sur leur conception ou la possibilité d'utiliser, moyennant les adaptations nécessaires, un équipement existant.

65. Pour contrôler l'exécution du programme communautaire, il faudra se prononcer sur les méthodes et mécanismes d'animation et d'*encadrement* sociaux, gestionnaires et techniques à appliquer. Qui exercera la responsabilité générale au sein de l'équipement de soins de santé primaires ? A qui et avec quelle fréquence le responsable rendra-t-il compte des progrès réalisés ? A qui s'adressera-t-il lorsqu'il sera aux prises avec des problèmes gestionnaires, techniques ou sociaux ? A qui les membres de la collectivité s'adresseront-ils lorsqu'ils rencontreront des problèmes analogues ?

66. Ce ne sont là que quelques exemples des questions qui se poseront dans la planification et l'exécution d'un programme communautaire de soins de santé primaires. Quelle qu'en soit la solution, il est indispensable de s'appuyer sur des procédures précises qui soient connues tant de l'ensemble de la communauté que des personnels de santé et qui soient respectées par toutes les parties concernées.

67. Les soins de santé primaires ont pour objet d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population. La *couverture de la population* a souvent été exprimée au moyen d'un ratio entre les services dispensant les soins de santé et la population à desservir — par exemple le nombre de lits d'hôpitaux par unité de population, le nombre de médecins et d'infirmiers par unité de population ou le nombre de personnes pour lesquelles un centre de santé a été établi. De tels ratios sont souvent trompeurs. Ce qu'il faut, c'est rapporter les composantes spécifiques des soins de santé à ceux qui en ont besoin — par exemple rapporter la prestation de soins infanto-juvéniles au nombre total d'enfants des deux sexes de la communauté pour s'assurer que ces soins sont vraiment accessibles à tous les enfants. Même alors, ces ratios ne font qu'exprimer l'existence ou la disponibilité des services et ne renseignent nullement sur la mesure dans laquelle ils sont utilisés, encore moins sur le point de savoir s'ils sont correctement utilisés. Pour qu'ils soient utilisés, il faut qu'ils soient d'un accès suffisamment aisé.

Couverture et accessibilité

68. L'*accessibilité* implique la fourniture continue et organisée de soins qui soient géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement à la portée de la communauté tout entière. Les soins doivent répondre quantitativement et qualitativement aux besoins de santé essentiels des gens et doivent être assurés par des méthodes qui leur soient acceptables.

69. L'*accessibilité géographique* signifie que la distance à parcourir, les temps de déplacement et les moyens de transport soient acceptables pour les usagers. L'*accessibilité financière* signifie que, quelles que soient les modalités de paiement, les services soient abordables à la communauté et au pays. L'*accessibilité culturelle* signifie que les méthodes techniques et gestionnaires utilisées soient compatibles avec les caractéristiques culturelles de la communauté. Enfin, l'*accessibilité fonctionnelle* signifie que les soins de la sorte requise soient à tout moment accessibles à ceux qui en ont besoin et qu'ils soient dispensés par l'équipe de santé qu'il faut pour les assurer correctement.

70. L'accessibilité des soins de santé primaires doit se mesurer non seulement par l'utilisation de ces soins au niveau communautaire mais aussi par la mesure dans laquelle les autres échelons du système de santé peuvent résoudre des problèmes plus complexes et traiter les personnes dont l'état exige des soins plus compliqués. Des soins de santé primaires pleinement et universellement accessibles constituent donc un moyen d'assurer que le système sanitaire tout entier soit rationnellement utilisé.

71. Il est évident que l'accessibilité sera définie de manière différente selon les sociétés et selon le degré de développement d'une même société. Chaque société, à chaque stade de développement, devra définir des critères de mesure de l'accessibilité en fonction des facteurs mentionnés plus haut.

**Technologie
appropriée
pour la santé**

72. L'utilisation d'une technologie appropriée pour la santé est une condition importante du succès des soins de santé primaires. Par « technologie », on entend une association de méthodes, de techniques et de matériels qui, avec les agents qui les utilisent, peuvent contribuer notablement à la résolution d'un problème de santé. Par « appropriée », on veut dire que la technologie, outre qu'elle est scientifiquement valable, est acceptable pour ceux qui la mettent en œuvre et pour ceux au profit de qui elle est appliquée. Cela signifie que la technologie doit être compatible avec la culture locale. Elle doit être susceptible d'adaptation et de développement ultérieur s'il y a lieu. Il y a en outre intérêt à ce qu'elle soit aisément assimilable et applicable par les agents de santé communautaires et même, dans certains cas, par les membres de la communauté ; bien que les technologies appropriées soient appelées à varier selon les stades de développement, il est toujours souhaitable qu'elles soient simples. La meilleure façon de se donner une technologie appropriée est de commencer par analyser le problème puis de rechercher ou, au besoin, de mettre au point une technologie qui soit adaptée aux conditions et aux ressources locales.

73. Les médicaments sont une composante importante de la technologie sanitaire. Il est universellement admis que l'on a besoin de

moins de médicaments qu'il n'en est actuellement offert sur le marché dans la plupart des régions du monde. Une liste modèle d'environ 200 médicaments essentiels a été établie à la suite d'une consultation internationale¹. Le nombre de médicaments requis pour les soins de santé primaires peut être inférieur à 200, mais la liste peut constituer une base de choix des médicaments nécessaires dans des circonstances locales spécifiques. Les médicaments destinés à être utilisés dans la communauté doivent être étiquetés de manière simple et claire, être accompagnés d'une notice d'utilisation claire et être utilisables en toute sécurité par les agents de santé communautaires.

74. L'identification ou la mise au point d'une technologie appropriée doivent s'opérer au stade de la formulation de la stratégie nationale de soins de santé primaires. Il y a intérêt à choisir des matériels et des médicaments qui puissent être fabriqués localement à bas prix. Il est important aussi que l'entretien des matériels puisse être assuré par les personnels et les équipements locaux. Il est souvent possible de recourir aux produits indigènes pour la fabrication à petite échelle de matériel dans le pays même ; il y aura intérêt à utiliser des produits renouvelables et des sources d'énergie locales. Dans le cas des matériels et fournitures qu'il n'est pas possible de fabriquer et d'entretenir localement, il faudra mettre en place des équipements de production pour des districts entiers ou pour tout le pays afin d'assurer un certain degré d'uniformité qui facilitera l'approvisionnement et l'entretien.

75. Le concept d'une technologie appropriée au sens indiqué plus haut s'applique non seulement aux soins de santé primaires au niveau communautaire mais aussi à tous les échelons d'appui, en particulier à ceux qui sont le plus proches de la communauté, comme les centres de santé ou les hôpitaux de district.

76. La politique nationale de soins de santé primaires se doit d'insister sur la nécessité d'une technologie appropriée, d'en encourager le développement local, de diffuser des informations à ce sujet et d'en promouvoir l'utilisation extensive.

¹ OMS, *Série de Rapports techniques*, N° 615, 1977 (*La sélection des médicaments essentiels* : Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS).

Ressources humaines 77. Les hommes constituent la ressource la plus importante de tout pays, mais cette ressource reste trop souvent inexploitée. Or, il faut que les soins de santé primaires mettent pleinement à profit toutes les ressources disponibles et, par conséquent, qu'ils mobilisent le potentiel humain de la communauté tout entière. Cela est possible à la condition que les individus et les familles acceptent d'assumer une plus grande responsabilité à l'égard de leur santé. Leur intérêt actif et leur participation à la résolution de leurs propres problèmes de santé ne constituent pas seulement une claire manifestation de leur conscience sociale et de leur autoresponsabilité, mais sont aussi un facteur important du succès des soins de santé primaires. Par leur engagement, les individus deviennent des membres à part entière de l'équipe de santé, dont l'action solidaire est essentielle pour tirer le maximum de ce qu'offrent les soins de santé primaires.

78. Outre les agents de santé communautaires et les membres de la communauté, l'équipe de santé comprendra des agents des échelons d'appui. La composition de l'équipe variera selon les besoins des différents groupes de la population, car si les soins de santé primaires sont le moyeu du système de santé, la population constitue le moyeu des soins de santé primaires.

Agents de santé communautaires 79. Au premier niveau de contact entre les individus et le système sanitaire, les soins de santé primaires sont assurés par les agents de santé communautaires œuvrant en équipe. Les *catégories d'agents de santé* varieront selon les pays et les communautés en fonction des besoins et des ressources disponibles. Ainsi, selon les sociétés, ce personnel comprendra des travailleurs d'un niveau d'instruction limité qui auront bénéficié d'une formation élémentaire en soins de santé, des « médecins pieds nus », des praticiens traditionnels, des aides-infirmières diplômées, des feldshers et des omnipraticiens.

80. Dans de nombreux pays en voie de développement, la façon la plus réaliste d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population est d'employer des *agents de santé communautaires* qu'il est possible de

former en peu de temps à l'accomplissement de tâches précises. Leur rôle pourra, soit couvrir une gamme étendue d'activités de soins, soit se limiter à certains aspects des soins de santé, l'ensemble de ceux-ci étant assuré par une équipe d'agents de santé dont chacun est chargé d'un groupe spécifique de tâches. Dans de nombreuses sociétés, il est souhaitable que ces agents proviennent de la communauté où ils habitent et aient été choisis par elle de façon à être assurés de son soutien. S'ils viennent d'autres communautés, il est important qu'ils s'adaptent socialement au style de vie de la communauté qu'ils sont appelés à servir. On leur donnera une formation courte et simple pour les préparer à exercer le genre d'activités qui répondra aux besoins exprimés de la communauté ; cette formation pourra être progressivement élargie en fonction des nouvelles tâches qu'il y aurait lieu de leur confier. Comme une grande partie de leur temps sera consacrée à l'éducation, il importe de la préparer convenablement à cette tâche.

81. Les agents de santé communautaires ont besoin d'être formés et recyclés de façon à pouvoir jouer un rôle de plus en plus important dans la prestation des soins de santé primaires. Il faut que leur *formation* et leur *recyclage* se fondent sur une définition claire des problèmes en cause, des tâches à exécuter ainsi que des méthodes, des techniques et du matériel à utiliser. Leur instruction aura intérêt à mettre à profit les méthodes modernes d'enseignement/apprentissage et se déroulera autant que possible à proximité des communautés concernées. Sa durée sera déterminée en fonction des objectifs de formation et des résultats de l'évaluation préliminaire des connaissances des candidats, étant donné que la formation doit être adaptée au degré d'instruction de ceux-ci. Il faut aussi tenir compte de la nécessité de préparer ces agents à travailler en équipe et de leur montrer comment leur travail s'articule avec celui de représentants d'autres secteurs également concernés, du fait que la coopération entre tous ces travailleurs peut avoir un effet marqué sur le développement communautaire. La formation continue devra notamment inculquer des capacités gestionnaires et préparer les intéressés à l'exercice de responsabilités d'encadrement. Parallèlement à la formation continue, il faudra considérer les perspectives de carrière et d'avancement des agents de santé communautaires.

Médecins traditionnels 82. La plupart des sociétés ont leurs médecins traditionnels. Ceux-ci font souvent partie de la communauté, de la culture et des traditions locales et continuent, dans bien des endroits, de jouir d'un grand prestige, exerçant une influence considérable sur les pratiques sanitaires locales. Avec l'appui du système de santé officiel, ces praticiens indigènes peuvent devenir de précieux partenaires dans l'organisation des efforts destinés à améliorer la santé de la communauté. Certaines communautés pourront les choisir comme agents de santé communautaires. Il y aurait donc le plus grand intérêt à explorer les possibilités de les engager dans les soins de santé primaires et de les former à cette fin.

Personnels de santé de haute qualification 83. Lorsque le besoin se fait sentir de soins plus compliqués ou de conseils sur des problèmes complexes, il faut que l'agent de santé communautaire puisse recourir à l'aide de personnels plus qualifiés. Les catégories de personnels de ce genre utilisés aux différents échelons du système sanitaire varieront selon les ressources de chaque pays. En tout état de cause, il est nécessaire d'imprimer à leur rôle une orientation nouvelle pour soutenir et renforcer les soins de santé primaires. Il faudra en outre étendre les responsabilités des personnels de haute qualification du fait qu'ils devront utiliser leurs compétences techniques pour résoudre les problèmes de santé résultant des besoins sociaux, pour guider, instruire et encadrer les agents de santé communautaires et éduquer les communautés en tout ce qui touche à leur santé. Il leur sera donc dévolu des fonctions sociales et éducatives en plus de leurs fonctions techniques et, s'ils relèvent ce défi, ils pourront devenir des acteurs de premier plan dans l'œuvre de santé.

Membres de la famille 84. Les membres de la famille sont souvent les principaux fournisseurs de soins de santé. Dans la plupart des sociétés, les *femmes* jouent un rôle important dans la promotion de la santé, spécialement du fait de leur position centrale dans la famille ; c'est dire qu'elles peuvent concourir puissamment aux soins de santé primaires, notamment en

veillant à l'application de mesures préventives. On pourra utilement encourager les associations féminines de la communauté à discuter de questions telles que la nutrition, les soins aux enfants, l'assainissement et la planification familiale. Outre leur contribution importante à la promotion de la santé, ces organisations peuvent stimuler l'intérêt des femmes pour d'autres activités susceptibles d'améliorer la qualité de la vie communautaire.

85. Un rôle majeur revient aussi à d'autres membres de la famille. Par une éducation bien conçue, on pourra faire comprendre aux *jeunes* ce qu'est la santé, comment l'instaurer et comment elle concourt au développement. Ils seront particulièrement aptes à transmettre ces messages au foyer et à expliquer de nouvelles idées à leur entourage, de même qu'ils pourront être de précieux collaborateurs dans des domaines tels que les premiers soins et l'assainissement de base. On peut également confier aux *personnes âgées* de nombreuses tâches qui concourront à la santé de la communauté tout en améliorant leur propre santé en leur conférant une vocation sociale. Il est important d'encourager les *hommes* aussi à s'intéresser davantage à la santé et de les aider à comprendre qu'ils peuvent apporter un concours précieux en façonnant le système de santé communautaire ainsi qu'en participant à des actions pratiques. Une telle participation présente l'avantage corrélatif de permettre aux hommes de mieux se pénétrer de ce que signifie la communauté par le dispositif des soins de santé primaires.

86. Comme on l'a expliqué dans la section consacrée à la place des soins de santé primaires dans le système de santé, les activités de soins de santé primaires dans la communauté sont soutenues par des échelons successifs d'équipements de recours. Ceux-ci disposent de personnels de plus haute qualification capables d'engager une gamme de plus en plus étendue d'interventions sanitaires spécialisées exigeant une technologie plus sophistiquée que celle qui est applicable à l'échelon communautaire.

**Système
d'orientation/
recours**

87. Il faudra se pencher davantage sur les équipements de recours, spécialement sur ceux qui se situent immédiatement au-dessus de l'échelon des soins de santé primaires dans la pyramide du système de santé. Il est tout particulièrement nécessaire de revoir les fonctions, la dotation en personnel, la planification, la conception, l'équipement, l'organisation et la gestion des centres de santé et des hôpitaux de district pour les préparer à soutenir plus extensivement les soins de santé primaires. Ces établissements devront assumer un rôle nouveau pour répondre aux impératifs des soins de santé primaires. Comme les problèmes à résoudre seront d'une plus grande ampleur que les problèmes cliniques des malades graves, la gamme des services dispensés devra être elle aussi plus étendue. Il s'agira notamment d'assurer la formation continue, l'animation et l'encadrement des agents de santé communautaires ainsi que de pourvoir à l'éducation pour la santé de la communauté. Les établissements concernés devront également donner des conseils sur les mesures sanitaires qui s'imposent et diffuser des renseignements sur des méthodes de lutte contre la maladie adaptées aux conditions locales. Ils devront aussi fournir un appui logistique pour l'approvisionnement en pesticides, en médicaments et en matériels sanitaires et médicaux. Ils devront naturellement continuer à dispenser des soins spécialisés aux malades hospitalisés et aux malades ambulatoires. Il leur faudra en outre se maintenir en liaison et agir conjointement avec d'autres secteurs engagés dans le développement social et économique à l'échelon administratif concerné. Cet engagement extramuros est essentiel, d'une part pour créer un climat de confiance à l'égard du système tout entier, d'autre part pour éviter que les institutions de recours ne soient encombrées de patients qui n'ont pas besoin de soins de haute technicité et qui pourraient être pris en charge dans la communauté par le dispositif des soins de santé primaires.

88. Il est capital que l'orientation vers des soins plus spécialisés soit organisée selon des procédures clairement spécifiées pour chaque niveau. C'est la meilleure façon de s'assurer que chaque degré de la pyramide d'orientation remplisse en primauté le rôle qui lui est dévolu, étant entendu que les interventions sanitaires doivent s'exercer autant que possible à l'échelon de la communauté.

89. L'acheminement des malades vers les établissements de recours et leur retour doivent être convenablement organisés en tirant le meilleur parti possible des moyens disponibles. Il suffit parfois d'avoir connaissance d'une modalité de transport quelconque ou peu coûteuse pour éviter des frais de déplacement inutiles.

90. Il convient de souligner que l'orientation est un processus à deux sens et que le séjour des malades dans un établissement de recours doit être le plus bref possible. Dès qu'il est possible de consolider leur guérison par des moyens plus simples, on aura intérêt à les renvoyer chez eux en donnant toutes précisions utiles sur les observations cliniques et les soins fournis, ainsi que des directives concernant les soins ultérieurs à dispenser.

91. Une fois décidée l'adoption des soins de santé primaires, il faut en priorité mettre des fournitures à la disposition des communautés. On commencera par arrêter les composantes du programme de soins de santé primaires de la communauté et les technologies à appliquer pour chacune d'elles. Ensuite, on procédera à la planification, à la commande et à la livraison des fournitures en fonction des impératifs des technologies retenues. Il est utile de disposer des listes standard de médicaments et de matériels, réduites au minimum, qui prennent en compte la situation épidémiologique aussi bien que les ressources disponibles. Si certains articles de base peuvent être identiques pour un grand nombre de communautés, il peut être nécessaire d'opérer des ajustements pour tenir compte de variations locales, telles que les fluctuations saisonnières de l'incidence de certaines maladies. La planification des approvisionnements doit donc faire partie intégrante de la formulation des programmes de soins de santé primaires aux différents échelons.

**Logistique
des approvision-
nements**

92. La logistique des approvisionnements comprend la planification et la budgétisation des fournitures nécessaires, des achats ou de la fabrication, du stockage, de la distribution et du contrôle. Des four-

nitures de qualité et en quantité adéquates doivent être livrées au bon moment aux équipements de soins de santé primaires pour leur permettre d'assurer en permanence les services requis. Il faut, à cet égard, tenir compte des délais d'achat et de distribution des différentes sortes de fournitures, de même qu'il faut appliquer des procédures administratives qui assureront la continuité du ravitaillement.

93. Dans la conception d'un système d'approvisionnement, il faut considérer à la fois le facteur coût et l'intérêt d'une production nationale ou locale pour le développement général. Ainsi, il peut revenir moins cher d'acheter certains articles à l'étranger, mais être économiquement plus productif à long terme de les fabriquer dans le pays. Ce principe est également valable lorsqu'il faut choisir entre des achats au niveau national et la fabrication locale.

Equipements

94. Les équipements nécessaires à la prestation des soins de santé primaires peuvent être très simples, mais il faut qu'ils soient très propres. Ils n'ont pas nécessairement à être construits spécialement, ni à être utilisés exclusivement pour les soins de santé. Dans de nombreuses communautés, il existe quelque équipement qui, moyennant de légères adaptations, pourrait être utilisé à la fois pour la fourniture de soins de santé et pour d'autres activités communautaires. Cette formule est souvent très heureuse, car les gens prennent l'habitude de se réunir en ce point central et ont plaisir à s'y rencontrer.

95. Si la construction d'un bâtiment spécial s'impose, les membres de la communauté pourront souvent s'en charger en fournissant eux-mêmes la force de travail et les matériaux requis. Ce pourra alors être un lieu qui restera confié à leurs soins et où ils se sentiront chez eux. Il est important de considérer que le bâtiment étant appelé à être largement utilisé, il faut prévoir une aire d'attente spacieuse, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur sous abri, avec des toilettes.

96. Dans de nombreux pays, les équipements font particulièrement défaut au premier échelon d'orientation, c'est-à-dire à celui qui se situe

immédiatement au-dessus du niveau des soins de santé primaires. Ici, des bâtiments et un matériel plus importants sont nécessaires. Il faut, en priorité, renforcer ce maillon souvent faible de la chaîne en lui consacrant des investissements suffisants, de manière que ces équipements puissent appuyer les soins de santé primaires de la manière indiquée aux paragraphes 86-90 ci-dessus.

97. La mise en pratique des principes régissant les soins de santé primaires requiert un processus gestionnaire national : planification, programmation, budgétisation, financement, contrôle de la réalisation, évaluation, recherche, replanification s'il y a lieu, et soutien informationnel de toutes ces activités. Il a déjà été fait référence à la planification globale au niveau central où sont prises des décisions destinées à favoriser le développement des soins de santé primaires dans les communautés et à déléguer des responsabilités à la fois aux communautés, en ce qui concerne la planification et l'exécution de leurs programmes, et aux autres échelons du système de santé, en ce qui concerne la planification et la mise en œuvre de leur appui aux soins de santé primaires.

**Processus
gestionnaire
national**

98. Une décision essentielle à prendre rapidement au niveau central est de donner la priorité aux soins de santé primaires tant au niveau communautaire qu'aux échelons d'appui. Cette décision fondamentale doit ensuite être traduite en termes budgétaires pour en rendre l'exécution possible.

99. La budgétisation au niveau central est une démarche capitale car elle consiste à estimer les ressources nécessaires et à allouer les ressources disponibles de manière à transformer une intention en la réalisation concrète du programme aux différents échelons du système de santé. La budgétisation doit donc assurer l'affectation préférentielle des ressources aux soins de santé primaires en commençant par les communautés puis en remontant vers les autres niveaux. Elle consiste essentiellement à allouer aux communautés et aux services de soutien des enveloppes budgétaires qu'ils devront affecter aux emplois définis

Budgétisation

dans le programme de soins de santé primaires. Il faut toutefois souligner qu'une budgétisation de ce type n'a pas nécessairement besoin de s'opérer par une sommation précise des items demandés par chaque communauté. On peut économiser beaucoup de temps et d'efforts en allouant les ressources d'après une estimation globale des besoins, fondée sur les objectifs du programme et sur des approches communes pour les atteindre, et en se basant sur des coûts standard.

Décentralisation

100. Les allocations budgétaires doivent s'accompagner d'une délégation simultanée d'autorité-responsabilité. Ainsi, chaque communauté se voit attribuer une certaine enveloppe financière en même temps que la responsabilité et l'autorité de l'utiliser, en plus de ses propres ressources en espèces et en nature, pour des soins de santé primaires conformes au programme qu'elle a établi. De même, les autres échelons reçoivent des fonds et des délégations d'autorité-responsabilité dans le but exprès de soutenir les soins de santé primaires dans les communautés qu'ils desservent. Cette approche aide à garantir que le programme sera exécuté en affectant des fonds à l'usage exclusif des soins de santé primaires et de leur soutien.

Contrôle

101. Les soins de santé primaires et les services de soutien doivent être contrôlés de manière qu'on puisse s'assurer dans toute la mesure possible qu'ils fonctionnent conformément à la politique et à la stratégie nationales.

102. La communauté exerce elle-même dans une large mesure un contrôle gestionnaire sur les soins de santé primaires par divers mécanismes destinés à s'assurer que les mesures arrêtées soient bien appliquées et les activités exécutées conformément aux plans établis. Tous écarts par rapport aux plans peuvent être rapidement signalés et corrigés à la source ou au contraire entérinés s'ils s'avèrent préférables aux mesures et aux activités initialement envisagées.

103. Le contrôle technique s'exerce à partir des échelons plus spécialisés du système de santé, qui procéderont par directives, par action éducative et par la fourniture d'informations pertinentes, tout en se montrant toujours prêts à s'occuper des problèmes plus complexes.

104. Le contrôle des soins de santé primaires implique donc une fonction de supervision, mais au double sens d'un contrôle gestionnaire exercé par la communauté et d'un travail d'animation et d'appui techniques exercé par les autres échelons du système de santé dans le cadre d'un véritable processus d'éducation.

105. Pour s'assurer que les soins de santé primaires fonctionnent correctement et qu'il soit tiré parti des leçons de l'expérience pour améliorer le programme, il est nécessaire d'y intégrer un système d'évaluation dont les acteurs seront les fournisseurs de services, les usagers et les responsables du contrôle gestionnaire et technique aux différents échelons du système de santé. Un dialogue sera ainsi instauré entre toutes les parties prenantes, fondé sur leurs appréciations respectives mais toujours orienté vers l'amélioration des soins de santé primaires. L'intégration de l'évaluation au programme contribue en outre à en réduire le coût au minimum.

Evaluation

106. L'évaluation comporte plusieurs composantes. Il faut tout d'abord apprécier la *pertinence* des activités menées du point de vue de leur compatibilité avec la philosophie sociale du programme. On analyse ensuite les *progrès* réalisés dans l'exécution des activités prévues pour faciliter le contrôle opérationnel. L'évaluation de l'*efficience* avec laquelle le programme est mené vise à en améliorer l'exécution en rapportant les résultats obtenus aux efforts déployés, lesquels sont exprimés en termes d'effectif, de temps, d'argent et de technologies sanitaires. Elle comprend la détermination de la mesure dans laquelle les équipements sont effectivement utilisés. L'analyse de l'*efficacité* du programme consiste à apprécier la mesure dans laquelle le programme réduit la gravité de pathologies données ou améliore l'état sanitaire de

la communauté. Elle peut aussi comporter une appréciation du degré de participation de la communauté au programme et de satisfaction qu'elle en retire. L'*impact* exprime l'effet exercé par le programme sur le développement socio-économique global de la communauté.

107. Il est nécessaire de disposer de certains indicateurs pour mesurer les changements réalisés et de divers critères pour apprécier la valeur des actions engagées. Il faudra par exemple définir des indicateurs pour évaluer toute extension de l'approvisionnement de la communauté en eau de boisson saine ou toute amélioration de l'état sanitaire des enfants. Ou encore, considérant que l'un des buts des soins de santé primaires est de rendre les soins de santé essentiels accessibles à tous, il faudra établir des critères d'appréciation de l'accessibilité, fondés par exemple sur les facteurs mentionnés aux paragraphes 68-71. A des indicateurs et critères formels pourront souvent être substituées des questions simples du genre de celles-ci : « les méthodes employées sont-elles réellement acceptables pour les enfants ? » ou « tout le monde a-t-il effectivement accès aux équipements et les utilise-t-il correctement ? »

Information

108. Si des informations pertinentes sont essentielles pour la planification et la gestion des soins de santé primaires, il convient de les réduire au strict minimum. Il est important à cet égard de ne rechercher que les informations dont auront effectivement besoin la communauté ou le service d'orientation. Il sera souvent préférable de commencer par se contenter d'informations qualitatives sur la situation sanitaire et démographique plutôt que d'essayer de réunir des données quantifiées précises. La précision quantitative peut s'acquérir avec le temps. Chaque échelon du système de santé a ses besoins informationnels propres en ce qui concerne les soins de santé primaires, et les mêmes informations peuvent exiger à chaque niveau un degré différent d'élaboration et d'agrégation.

109. Pour être d'une utilité pratique, la transmission de l'information d'un échelon à l'autre doit être à double sens, étant entendu que

chaque échelon ne communiquera à l'autre que les informations dont celui-ci a réellement besoin. D'ordinaire, ces informations seront de deux ordres selon qu'elles appellent une action immédiate ou qu'elles sont destinées à éclairer des inférences plus générales, une évaluation et une modification ultérieure du programme.

110. Le recueil et l'analyse d'informations ne doivent pas s'opérer isolément mais en tant que partie intégrante des activités de soins de santé primaires et de leurs services de soutien. Il faut les inclure dans les plans dès le début, étant toujours entendu que la collecte ou la transmission d'informations doivent être limitées aux deux buts qui viennent d'être mentionnés et être réduites au strict minimum.

111. On sait déjà assez de choses sur les soins de santé primaires pour pouvoir les mettre en œuvre immédiatement. Il reste toutefois beaucoup à apprendre sur leur application dans les conditions locales, et, au cours de leur mise en œuvre, des problèmes de contrôle et d'évaluation surgiront qui appelleront des recherches. Il pourra s'agir de questions du genre de celles-ci : organisation des soins de santé primaires dans les communautés et des services d'appui ; mobilisation du soutien et de la participation communautaires ; modalités optimales d'application de la technologie disponible ou mise au point de technologies nouvelles s'il y a lieu ; planification des besoins en agents de santé communautaires, formation, encadrement, rémunération et aménagement des carrières de ces personnels ; modes de financement des soins de santé primaires. Quels que soient les thèmes de la recherche, son intégration au programme dès le début contribuera à favoriser une amélioration continue du système.

Recherche

112. Il a été fait mention au paragraphe 99 de la décision capitale d'allouer préférentiellement les ressources aux soins de santé primaires et à leur système de soutien. Il faut bien sûr tenir compte de la participation de la communauté au financement des services communautaires, mais, dans la plupart des pays, le financement sera vraisemblablement

Financement

assuré conjointement par la communauté et par l'Etat, auquel il incombera en dernière analyse d'assurer les moyens de financement nécessaires au programme qui aura été arrêté. Les sources de financement des soins de santé peuvent être les recettes fiscales, la sécurité sociale (cotisations des salariés ou contributions des employeurs, ou les deux), des œuvres philanthropiques ou les versements d'individus. Toutefois, pour les pays en développement, il serait aussi peu avisé de compter exclusivement sur les modes de financement des soins de santé en vigueur dans les pays riches que sur la technologie appliquée dans ces pays. Ainsi, la couverture des coûts des soins de santé primaires par les recettes fiscales nationales peut être tout à fait irréalisable et totalement inadéquate dans les sociétés à prédominance agricole. Par ailleurs, les systèmes de sécurité sociale classiques appliqués dans certains pays industriels peuvent, dans les pays en développement, tendre à favoriser des groupes très limités au détriment de la majorité de la population. Le paiement à l'acte n'est certainement pas une solution largement applicable. De plus, les financements par la sécurité sociale ou par les particuliers peuvent être totalement inapplicables dans le cas d'éléments essentiels des soins de santé primaires qui n'ont rien à voir avec les services directs aux individus, tels que l'alimentation en eau potable, la protection des maisons contre les insectes et les rongeurs ou l'éducation sanitaire sous tous ses aspects.

113. Il faut donc avoir l'esprit ouvert à tous les modes de financement des soins de santé primaires. Chaque pays doit élaborer les siens propres selon sa propre situation, en analysant l'expérience des autres pays au regard de son contexte politique, social et économique spécifique, en expérimentant au besoin et en communiquant aux autres les résultats de ses réflexions. Ainsi, dans de nombreux pays, une augmentation même faible de la productivité de segments étendus de la population modifierait leurs structures de consommation et les mettrait à même de supporter une partie de la charge financière du développement sanitaire. Dans certaines sociétés, on pourrait, en motivant et en formant convenablement la population, utiliser plus largement les services bénévoles, notamment pour la mise en place d'adductions d'eau locales ou les prestations de soins de santé à temps partiel.

114. Lorsque la totalité des services de santé est assurée par l'Etat, il est possible de contrôler non seulement l'organisation et la budgétisation mais aussi le financement des soins de santé primaires. Dans les cas où le système de santé se compose d'une multiplicité d'organismes, il est important de coordonner les ressources et les efforts de tous ceux-ci et de les amener à épauler les soins de santé primaires et leurs structures de soutien.

115. Il faudrait encourager les organisations nationales non gouvernementales à financer les soins de santé primaires et les services qui les appuient. Il faudrait également canaliser dans la même direction les aides financières extérieures dont auront besoin de nombreux pays. Le financement extérieur peut revêtir la forme de prêts et de subventions en provenance de sources bilatérales et multilatérales, et il faut que les pays en pèsent le pour et le contre. Outre qu'il fournit des fonds immédiatement utilisables, le financement extérieur peut susciter l'engagement de fonds nationaux supplémentaires, ce qui facilitera l'introduction de programmes nationaux et accélérera l'extension des services à tout le pays. Il faut néanmoins veiller à ce que le financement extérieur ne se substitue pas aux efforts nationaux, indispensables pour assurer la continuité et le développement ultérieur des soins de santé primaires.

4. Stratégies nationales et soutien international

Engagement national et international

116. Un ferme engagement national dans les soins de santé primaires est d'une importance capitale, mais il est essentiel de savoir clairement ce qu'il implique. On a vu que les soins de santé primaires avaient une multiplicité d'implications et de conséquences qui vont bien au-delà de considérations techniques. Il est donc essentiel d'avoir des stratégies nationales qui prennent en compte tous les facteurs non seulement techniques mais aussi politiques, sociaux et économiques et qui visent à surmonter les obstacles de toute nature. Ces stratégies doivent se proposer de créer un climat qui rendra réalisables les buts, les objectifs et les activités des soins de santé primaires. Un soutien politique international est également important pour instaurer ce climat et pour aider les gouvernements à surmonter leurs difficultés.

Stratégies nationales

117. Mention a déjà été faite au chapitre 3 de la traduction des politiques de soins de santé primaires en programmes concrets et de la nécessité d'une stratégie spécifique de formulation et d'exécution. Il est important que la formulation des programmes s'opère à l'échelle du pays. Le programme national peut commencer dans certaines parties du pays, à condition qu'il en couvre toute la population le plus rapidement possible. Il peut aussi commencer par un nombre restreint de composantes des soins de santé primaires, à condition qu'il s'étende aux autres par la suite. L'essentiel est qu'il s'élargisse progressivement, au double plan de la couverture géographique et des prestations, jusqu'à assurer à toute la population toutes les composantes indispensables. La stratégie nationale devra prendre en compte les systèmes d'orientation/recours ainsi que le soutien émanant de différents autres secteurs tels qu'éducation, transports, agriculture et environnement.

118. Le succès de la stratégie dépendra en dernière analyse de la mesure dans laquelle elle reflétera le plein engagement de la puissance publique tout entière. Cet engagement est important pour élaborer et mettre en œuvre la stratégie et pour en entretenir la dynamique. Une telle volonté politique est indispensable pour assurer l'attribution préférentielle de ressources aux soins de santé primaires, le soutien aux communautés pour la planification de leurs propres programmes de soins de santé et la coordination des efforts de tous les secteurs concernés. Si toutefois il n'était pas possible d'appliquer les stratégies selon un processus strictement rationnel de prise de décision, il pourrait falloir adopter une approche pragmatique pour saisir chaque occasion d'introduire les soins de santé primaires partout et à tout moment où ce sera possible.

119. La finalité qui dicte la stratégie est d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population. Elle implique un certain nombre de buts intermédiaires dont les principaux sont exposés ci-après.

**Fondements
de la stratégie**

120. Il faut d'abord définir les *communautés* qui ont besoin de soins de santé primaires, décider comment on les groupera aux fins de soutien et d'orientation et s'assurer que les autres échelons du système de santé soient correctement organisés pour fournir le soutien nécessaire.

121. Il faut veiller à ce que la planification centrale favorise réellement une *planification communautaire décentralisée*, à ce que le budget de la santé alloue en priorité des *fonds* aux soins de santé primaires et aux mécanismes de soutien et à ce que soit assurée une *délégation d'autorité-responsabilité*. Il est important également de garantir une *coordination* convenable aux échelons communautaire, intermédiaire et central avec tous les secteurs concernés.

122. Il faut livrer des *informations* sur les technologies utilisables et sur les meilleures façons de les appliquer. Il faut organiser un *système d'approvisionnement* et énoncer des *directives* concernant les équipements, les matériels et les fournitures nécessaires. Il faut dispenser une

formation appropriée, de même qu'il faut développer le potentiel de *recherche*, par exemple pour améliorer les connaissances réellement utilisables dans le programme ou pour garantir l'application du programme dans différents contextes sociaux et culturels.

123. Enfin, il est important de mettre sur pied des mécanismes de *coopération technique entre pays en développement*, tant pour permettre les échanges d'expérience que pour veiller à ce que les fonds d'origine extérieure aillent aux soins de santé primaires et soient convenablement répartis.

**Mobilisation
de l'opinion
publique**

124. Un des impératifs primordiaux des soins de santé primaires est que les communautés y participent à tous les stades, ce qui suppose qu'elles aient facilement accès aux informations requises sur leur propre état sanitaire et sur la façon dont elles peuvent contribuer à l'améliorer. Il est particulièrement important de leur expliquer clairement les technologies existantes, leurs avantages et leurs inconvénients, leurs réussites et leurs échecs, leurs effets dommageables possibles et leur coût. Il faut éviter d'user d'un langage trop savant ou d'un ton condescendant et se faire une règle de s'exprimer d'une façon intelligible pour les gens auxquels on s'adresse. La presse, la radio, la télévision, le cinéma, le théâtre, les affiches, les tableaux d'affichage, etc. sont autant de moyens qui s'offrent pour susciter l'enthousiasme de la population et pour l'amener à orienter les soins de santé primaires dans la bonne direction.

Législation

125. Dans certains pays, des mesures législatives seront nécessaires pour faciliter le développement des soins de santé primaires et la mise en œuvre de leur stratégie. Il pourra notamment y avoir lieu d'adopter de nouvelles lois ou de réviser les lois existantes pour mettre les communautés en mesure de planifier, de gérer et de contrôler les soins de santé primaires et pour rendre les différentes catégories de travailleurs sanitaires à même d'accomplir des tâches qui étaient jusqu'ici l'apanage de

personnels de haute qualification. D'un autre côté, il existe souvent des lois qui ne sont pas appliquées mais qui, si elles l'étaient, pourraient faciliter l'organisation des soins de santé primaires.

126. Le plein épanouissement du programme de soins de santé primaires et l'atteinte de ses objectifs fondamentaux sont un processus de longue haleine, et la stratégie doit en tenir compte. L'entreprise devra s'appuyer sur les connaissances nouvelles issues des activités nationales et internationales ainsi que de la recherche. Il est donc de toute importance que chaque pays crée les mécanismes nécessaires pour assimiler les enseignements qui se dégageront de la pratique des soins de santé primaires. Il devra continuellement ajuster sa stratégie à la lumière de cette information, de sa propre expérience et des changements sociaux qui se produiront fatalement dans le cours du temps.

**Nécessité
d'une approche
à long terme**

127. Les soins de santé primaires impliquent une révision radicale des modes de prestation des soins de santé. Focaliser tout le système de santé sur la communauté, rechercher des technologies appropriées qui soient acceptables et abordables pour les pays et les communautés et tâcher de rendre les soins de santé universellement accessibles sont une entreprise révolutionnaire à de nombreux égards. Chaque pays sera d'autant plus désireux et d'autant mieux en mesure d'introduire les soins de santé primaires qu'il aura connaissance des bienfaits qu'ils ont permis d'obtenir dans d'autres pays. C'est dire l'importance capitale d'un soutien politique, moral, technique et financier international.

**Soutien
international**

128. Il importe que le type de soutien extérieur requis soit très soigneusement étudié et coordonné par le pays bénéficiaire lui-même. Il appartient au gouvernement de définir les domaines où une aide extérieure est nécessaire. C'est ce que dicte le principe de l'autoresponsabilité nationale en matière sanitaire, lequel doit toujours régir la coordination interinstitutions de l'aide internationale.

129. Si l'approche « soins de santé primaires » est universelle, il n'existe pas de recette universelle pour les programmes de soins de santé primaires, dont chacun est une entreprise nationale spécifique à la situation de chaque pays. Ce qui réussit dans un pays n'est pas nécessairement transposable ni ne donnera forcément les mêmes résultats ailleurs. Il n'en émerge pas moins des expériences nationales certains facteurs susceptibles d'éclairer d'autres pays, de sorte qu'il y a là matière à une fructueuse coopération internationale.

**Coopération
technique
en particulier
entre pays en
développement**

130. Le soutien mutuel entre les pays en soins de santé primaires consistera essentiellement dans la mise en commun de leur expertise et de leurs équipements de formation, dans l'élaboration d'une technologie appropriée et dans l'échange d'informations et de données d'expérience par le biais des institutions nationales. Si le soutien financier et technique des pays développés continue d'être extrêmement précieux, les soins de santé primaires constituent un champ tout indiqué de coopération entre pays en développement. Il incombera avant tout aux organismes internationaux à vocation sanitaire de promouvoir et d'appuyer cette coopération technique entre pays en développement d'une part, entre pays industrialisés et pays en développement d'autre part. La meilleure façon pour eux d'exercer ce rôle de promotion et d'appui est de recourir judicieusement aux institutions nationales.

Soutien financier

131. Les soins de santé primaires tels qu'ils sont envisagés ci-dessus, spécialement dans leur phase initiale et en particulier dans les pays en développement, requièrent des ressources financières considérables. Il est de toute importance que l'appui aux soins de santé primaires soit correctement déployé. Dans le passé, l'essentiel du soutien financier était consenti à des services médicaux étroitement spécialisés et de haute technicité dont ne bénéficiaient que de petits groupes de privilégiés. Il faut maintenant renverser la tendance et donner la primauté aux soins de santé primaires.

Pour concrétiser l'engagement politique et le soutien internationaux évoqués aux paragraphes 116 et 128, les pays riches seraient bien inspirés d'accroître substantiellement le transfert de fonds aux pays en développement pour les soins de santé primaires et ce dans des conditions telles que les pays prestataires aient la latitude de les orienter là où la nécessité s'en fait le plus fortement sentir. Les besoins de soins dans la communauté sont patents. Toutefois, étant donné la nécessité d'infléchir le système sanitaire vers les soins de santé primaires et afin de faciliter l'orientation des patients dont l'état exige des soins spécialisés, la possibilité devrait aussi être ménagée d'utiliser ces aides financières extérieures au profit de centres de santé et d'hôpitaux de district pour autant qu'ils appuient pleinement les soins de santé primaires. Un tel appui politiquement motivé, joint aux ressources additionnelles que les pays en développement seront eux-même capables de mobiliser dans le contexte du Nouvel Ordre économique international, ajoutera un authentique potentiel de développement à la collaboration internationale.

132. Les organisations non gouvernementales nationales et internationales peuvent être d'un secours très précieux pour les programmes de soins de santé primaires, précisément parce qu'elles opèrent au sein de la communauté. Elles ont la même responsabilité que les organisations gouvernementales internationales en ce sens qu'elles apportent un soutien technique et financier aux pays, et il serait souhaitable qu'elles veillent à ce que leur aide soit dirigée vers le développement des soins de santé primaires et de leur système de soutien.

**Organisations
non gouverne-
mentales**

133. En conclusion, l'engagement international en faveur des soins de santé primaires doit tendre à soutenir les programmes nationaux de soins de santé primaires en créant un courant d'opinion positif, en facilitant les échanges d'expertise, de technologies et d'informations par la coopération technique entre pays en développement et entre pays industrialisés et pays en développement, enfin en encourageant un déploie-

**Respect de
l'auto-
responsabilité
nationale**

ment correct des moyens financiers. Il faut toutefois que les institutions internationales, les organisations non gouvernementales et les pays fournisseurs d'aide se rendent tous compte que le but ultime de leurs efforts est de rendre les pays eux-même capables de mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le cadre de leur développement global conformément au principe de l'autoresponsabilité.