



VERS  
**L'UNITE**  
POUR LA SANTE

**DÉFIS ET OPPORTUNITÉS DES  
PARTENARIATS POUR LE  
DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ**

*Document de travail*

Charles Boelen

Bases factuelles et information à l'appui des politiques  
Département de Prestation des services de santé



Organization mondiale de la Santé  
Genève  
2001

## **Remerciements**

L'équipe du projet est reconnaissante à la Fondation W.K. Kellogg pour sa généreuse contribution.

Ce document a été publié dans sa version originale en anglais *Towards Unity for Health*. La traduction française a été réalisée grâce à la collaboration du groupe Acadie-Sherbrooke au Canada et sous la responsabilité des Professeurs Paul Grand'Maison et Nicole Bolduc de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, Québec, Canada. Elle a été revue par Professeure Élisabeth Monnet, UFR des Sciences médicales et pharmaceutiques, Université de Besançon, France. L'OMS les remercie vivement.

N.B. L'usage du masculin, dans cet ouvrage, inclut le masculin et le féminin. Il permet d'alléger le texte et d'en rendre la lecture plus aisée.

## **© Organisation mondiale de la Santé 2001**

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit—électronique, mécanique, ou autre—sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Mise en page par minimum graphics, avec la couverture et les planches de Barbara D. Berney d'après les dessins de Charles Boelen.

# Table des matières

Résumé	1
A la recherche d'une amélioration	4
Des valeurs provocatrices	6
La qualité	6
L'équité	6
La pertinence	8
L'efficacité	9
Une perspective stimulante	10
Boussole et directions alternatives	10
Créer la convergence dans un milieu fragmenté	12
Vers l'unité pour la santé	17
Les exigences culturelles	17
Les exigences techniques	18
Des modèles de services innovants pour l'intégration de la médecine et de la santé publique	19
La population de référence et la géographie	19
Les personnes	19
La géographie	20
Un modèle organisationnel pour l'intégration	22
Une gamme de services	24
Les liens	25
Une gestion globale de l'information sanitaire	29
La disponibilité	29
L'utilisation par toutes les parties concernées	30
Les implications pour les professionnels de santé	33
Les implications pour la pratique	33
De nouveaux rôles	33
Les incitations	37
L'adhésion à un code d'éthique	37
La reconnaissance et le statut	38
La motivation professionnelle	38
Les incitations matérielles	39

Les implications pour la formation	40
La responsabilité sociale des institutions de formation	40
Les concepts de l'ouverture sociale/la responsabilité sociale	42
Promouvoir la responsabilité sociale grâce aux alliances	44
Améliorer par l'évaluation	46
Des normes globales	47
Les programmes de formation	49
Se méfier des illusions	50
La formation comme point d'entrée privilégié	53
Les partenariats	55
Les principaux partenaires	55
Les décideurs politiques	55
Les gestionnaires de santé	57
Les professionnels de santé	58
Les institutions académiques	60
Les communautés	61
La construction des partenariats	62
Une mise en garde!	68
Une autre mise en garde!	68
Pérenniser les partenariats	69
Le niveau 1. Des accords ponctuels	69
Le niveau 2. Un projet	70
Le niveau 3. Un engagement à long terme	71
Les preuves d'impact	73
La dissémination	73
La promotion et (la défense de la cause) le plaidoyer	73
L'expansion	74
Les effets	74
Conclusion	76
Références	77
Annexe 1 : Les critères d'un projet VUPS	87
Annexe 2 : Vers l'unité pour la santé : Le Consensus de Phuket	92

**Liste des figures**

Figure 1.	L'axe du rêve	7
Figure 2.	Les axes du rêve et de la réalité	8
Figure 3.	La boussole de la santé	10
Figure 4.	Les degrés d'adhésion aux valeurs	11
Figure 5.	La coordination des changements	13
Figure 6.	Les serpents heureux et en colère	14
Figure 7.	« Médecine/santé publique » : Le point d'entrée pour guérir les autres divisions	17
Figure 8.	Le passage du réel à l'idéal	17
Figure 9.	L'articulation entre les programmes dans un territoire de santé intégré	27
Figure 10.	La grille de responsabilité sociale	43
Figure 11.	La grille étendue de responsabilité sociale	44
Figure 12.	La responsabilité sociale pour l'équité dans l'éducation	44
Figure 13.	Synthèse des phases « d'impact » de la grille de responsabilité sociale	45
Figure 14.	Un exemple d'ensemble universel d'éléments pour évaluer la responsabilité sociale	48
Figure 15.	L'éducation n'est qu'une partie de la solution	50
Figure 16.	Les illusions de la formation (1)	50
Figure 17.	Les illusions de la formation (2)	51
Figure 18.	Influences réciproques du système de santé, de la pratique et de la formation	52
Figure 19.	La recherche d'un ajustement optimal	52
Figure 20.	Le pentagone du partenariat	55
Figure 21.	Un partenariat significatif pour un projet VUPS	63
Figure 22.	Les exemples de partenariat	65
Figure 23.	Le défi de la construction d'un partenariat durable	72
Figure 24.	VUPS en bref	73

**Liste des tableaux**

Tableau 1.	Comparaison des concepts d'autonomie, de coordination et d'intégration	23
Tableau 2.	Les fonctions essentielles de santé publique	24
Tableau 3.	Les étapes et les liens dans le développement de services de santé	26
Tableau 4.	Les fonctions d'un système global de gestion de l'information sanitaire	30
Tableau 5.	Le profil cinq étoiles	35
Tableau 6.	Les facteurs facilitant et limitant le partenariat de cinq intervenants	64



# Résumé

Qualité, équité, pertinence, coût-efficacité des services de santé : tels sont les objectifs visés par « La Santé Pour Tous » et par « La Stratégie des Soins de Santé Primaire ». La réalisation de progrès continus et durables dans ce domaine requiert la mobilisation d'un large éventail de talents et de ressources dans la société. La recherche d'une dispensation de services, qui puissent à la fois répondre adéquatement aux besoins de santé individuels et collectifs et se conformer à ces valeurs, relève d'une approche globale dans laquelle les composantes essentielles— les personnes, les *professions*, les politiques, les procédures et les informations— sont considérées de façon intégrée.

Le projet « **Vers l'unité pour la santé** » (VUPS) se propose d'étudier et de promouvoir des initiatives à l'échelle mondiale pour favoriser l'unité dans la prestation des services centrés sur les besoins des personnes. L'unité passe en particulier par une intégration durable de la médecine et de la santé publique— autrement dit, par l'intégration des activités relevant de la santé individuelle avec celles relevant de la santé communautaire.

Le projet VUPS espère rendre les différents acteurs du système de santé plus conscients de la complexité d'établir une relation efficace entre les différentes composantes du système tout en veillant à ce que ce dernier demeure pragmatique et centré sur les besoins de santé des personnes.

---

**NOTE** : Le présent document exprime l'opinion que la médecine ne devrait pas être synonyme de soins de santé individuelle et la santé publique synonyme de soins de santé communautaire. Le terme « médecine » n'est pas compris ici comme désignant les activités exclusives du médecin ni le terme « santé publique » comme désignant seulement les activités autres que celles du secteur privé. Dans le présent document, les expressions « intégrer la médecine et la santé publique » et « intégrer les services de santé individuelle et de santé communautaire » sont utilisées de façon interchangeable. La signification donnée à d'autres termes connexes est la suivante :

**Soins de santé** : série d'interventions essentiellement dans le champ de la santé individuelle.

**Services de santé** : série plus large d'interventions englobant à la fois la santé individuelle et la santé publique et communautaire.

**Système de santé (health service)** : institution nationale ou sub-nationale responsable des dispositifs organisationnels, de gestion, de régulation, d'administration et autres nécessaires pour le fonctionnement adéquat des services de santé sous son autorité et conformément aux politiques établies.

Pour relever ce défi, il faut tout d'abord bien saisir les implications d'une adhésion aux valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité, et du maintien d'un juste équilibre entre elles. La fragmentation si fréquente et grandissante du système de dispensation des services de santé représente un important obstacle sur le chemin qui permet de satisfaire à cette obligation. Les divisions persistantes—ou chaînons manquants – entre les activités de santé individuelle et de santé communautaire, entre aspects sociaux et économiques de la santé, entre services préventifs et curatifs, entre spécialistes et généralistes, entre secteurs public et privé, entre prestataires et utilisateurs de services de santé, illustrent ce fait.

Le projet VUPS postule qu'un élan vers l'unité pour la santé pourrait être créé en favorisant des approches novatrices d'intégration de la médecine et de la santé publique, dans l'espoir de créer un effet d'entraînement qui puisse remédier aux autres divisions ou schismes du système de santé. Les critères et les conditions nécessaires pour soutenir un tel élan vers l'unité pour la santé se résument en quatre catégories :

- l'élaboration de modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique;
- la prise en compte des implications pour les professionnels de santé;
- l'engagement dans des partenariats indispensables et durables;
- la recherche des preuves d'impact

Au moins trois conditions semblent devoir être réunies pour qu'une coordination ou une intégration de la médecine et de la santé publique devienne opérante : la prise en charge d'une population de référence, dans un espace géographique défini et dans le contexte d'un service de santé décentralisé ; le développement de modèles d'organisation de services pour mettre en œuvre cette coordination/intégration ; l'utilisation d'un système global de gestion de l'information sanitaire.

On souligne les conséquences des approches unifiées, lors de la dispensation de services de santé, pour les professionnels de santé, tant dans leur pratique que dans leur formation. Les opportunités et les défis qui en résultent mèneront à la définition de nouveaux rôles et à une nouvelle répartition des responsabilités et des tâches parmi l'ensemble des intervenants. Il est important d'envisager comment la formation de ces intervenants pourrait infléchir les institutions académiques et les programmes d'enseignement.

Le concept de responsabilité sociale des institutions académiques\* est présenté et discuté, non seulement afin que ces institutions s'adaptent pour mieux répondre aux besoins des personnes, mais aussi pour les inciter à devenir des partenaires actifs dans l'élaboration du futur système de santé. Ce concept pourrait s'appliquer à d'autres types d'institutions du système de santé ainsi qu'aux professions de santé.

Cinq principaux partenaires ou intervenants ont été identifiés comme étant essentiels à la création d'un mouvement vers l'unité dans la dispensation de services de santé : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés ou (la société civile). Le

---

\* Nota : les institutions académiques désignent les institutions universitaires et collégiales, les institutions de recherche et celles spécialisées dans certains domaines de la santé.

projet VUPS prend en compte les forces et des faiblesses spécifiques de chacun des partenaires ou intervenants pour amorcer ou maintenir un tel mouvement. Le processus de mise en œuvre et de maintien d'un partenariat fructueux fait aussi l'objet d'un exposé, sachant qu'il est impératif de continuellement analyser et documenter l'expérience acquise dans les processus de collaboration entre partenaires.

En préconisant l'approche VUPS comme moyen d'implanter concrètement des systèmes orientés sur les soins de santé primaires et des stratégies qui s'inspirent des objectifs de la Santé pour Tous, les partenaires engagés doivent examiner de manière critique leur contribution particulière et collective dans l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et du coût-efficacité des services de santé. Ce faisant, ils doivent aussi être ouverts à l'idée d'ajuster en conséquence leurs missions et leurs modes de collaboration.

Parmi les priorités de recherche et de développement, une attention particulière devrait être accordée à l'étude des conditions politiques, organisationnelles, scientifiques et socio-économiques requises pour faciliter la transformation de l'approche actuellement fragmentée en une approche plus unifiée de la dispensation des services de santé.

# A la recherche d'une amélioration

Depuis la nuit des temps, la santé est considérée comme un bien précieux. Toutes les cultures et les nations ont cherché au fil des âges, de multiples manières et avec différents moyens, à préserver ou restaurer la santé.

Cette lutte perpétuelle pour allonger la durée de la vie reflète l'ambition de l'humanité d'atteindre la légendaire immortalité des dieux. L'idéal est de vivre longtemps et en bonne santé. À l'heure actuelle, avec la progression des connaissances sur les risques et les bénéfices pour la santé, les attentes, concernant le désir de rester en bonne santé durant toute la vie, sont plus élevées que jamais.

L'Organisation mondiale de la Santé ne limite pas la définition de la santé à la simple absence de maladie ou d'infirmité. Elle la définit comme un état de bien-être complet sur les plans physique, mental et social. A la lumière de cette définition, l'objectif d'un bon état de santé devient encore plus ambitieux, voire utopique, puisqu'il exige l'atteinte d'un état de bonheur permanent. Pour ajouter au défi, l'OMS préconise que toutes les personnes de la planète se voient accorder la possibilité de jouir d'une bonne santé, stratégie connue sous le nom de « La Santé pour Tous », à laquelle la communauté des nations a donné son aval. (1)

Pour que se concrétisent de façon durable ces directives révolutionnaires, il est impératif que la majorité des systèmes de santé fassent l'objet d'une réorientation majeure. Deux décennies après la Déclaration d'Alma-Ata, il convient de dire que cette réorientation ne s'est pas produite de façon suffisante. De fait, il existe partout et de façon préoccupante, des signes évidents d'accroissement des inégalités et de nouveaux foyers de pauvreté et de mauvaise santé. (2)

« **Assembler les pièces du casse-tête** » est une expression souvent utilisée avec candeur par ceux qui partagent la préoccupation d'améliorer la cohérence globale et la performance des systèmes de santé en obtenant un gain d'état de santé pour les personnes. Il est bien connu que la bonne santé et la mauvaise santé sont tributaires d'une foule de facteurs déterminants d'ordre biologique, culturel, social et environnemental. Il est également établi que les interventions efficaces et durables, visant à prévenir ou guérir les maladies ou à restaurer et promouvoir la santé des individus et des populations, comportent de multiples facettes.

Plus s'allonge la liste des facteurs positifs et négatifs, qui influent sur la santé et les systèmes de santé, plus la nécessité d'une approche systémique se fait impérieuse—approche selon laquelle les principaux facteurs sont identifiés et reliés entre eux, dans un réseau de causalités et d'interventions.

« **Il n'y a pas de système de santé ici!** ». Voici une autre expression commune de personnes déçues par l'absence de coordination dans la contribution des différents acteurs de la santé, par le chevauchement et la concurrence excessive entre ces acteurs, ou par la difficulté de traduire en termes opérationnels des déclarations

politiques pourtant de bonne foi. Même si nous savons que seul un programme bien coordonné peut agir efficacement et durablement sur les grands problèmes de santé, les exemples d'approches systémiques restent rares. Des approches innovantes restent à développer, pour une mobilisation optimale et une coordination des ressources et des talents, afin d'assurer un succès significatif dans la lutte contre la maladie, dans la réduction des risques et la promotion de la santé, tout en prenant en compte la faisabilité sur les plans politique, organisationnel et financier.

Se juxtaposent une série de points de vue fort différents : les attentes grandissantes des consommateurs et leur prise de conscience des avantages comparatifs des interventions de santé, les ressources limitées pour financer les services, les aspirations des professionnels à des modes de travail plus gratifiants, les pressions sur les décideurs politiques pour une dispensation de services plus appropriée. La conciliation de tous ces points de vue exige qu'un regard nouveau soit porté sur la façon dont les systèmes de santé sont construits et gérés et sur la manière de mieux coordonner leurs composantes.

En préliminaire, il apparaît essentiel de rappeler qu'un système de santé a pour but de répondre aux besoins de santé des personnes. Pour réaliser cette fin, il doit se fonder sur des valeurs clairement définies, notamment la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité. Se conformer à l'une ou l'autre de ces valeurs n'est pas une tâche facile; se conformer à toutes ensemble représente un réel défi. Dans la mise en œuvre ou la réorientation d'un système de santé, ce qu'impliquent ces valeurs pour les différents intervenants doit être bien compris.

# Des valeurs provocatrices

## La qualité

Même lorsque nous considérons la santé dans son sens le plus large, nous devons porter la plus grande attention à l'état de santé des individus. L'amélioration de l'état de santé personnel est la raison d'être d'un système de santé. Elle devrait être et demeurer son fondement et sa référence constante. Un système non fondé sur une approche centrée sur la personne court le risque d'être détourné de sa mission par des tâches partisans ou secondaires.

Pour veiller à préserver cette orientation sur la personne, la priorité devrait être donnée à la qualité dans les soins de santé individuelle (et ce, même si le concept de qualité s'applique à toutes les actions en matière de santé). Dans ce contexte, la qualité peut être définie comme l'aptitude à fournir des réponses satisfaisantes aux problèmes de santé d'une personne.

La qualité peut être examinée sous l'angle des utilisateurs et celui des dispensateurs de services. Même si les critères de qualité varient en fonction du degré de développement socio-économique, de disponibilité des technologies et du personnel qualifié dans un contexte donné, les bénéficiaires des soins de santé, dans leur quête légitime de bien-être, s'attendent habituellement à ce que l'on réponde à leurs préoccupations avec humanisme, respect et attention personnelle, à l'aide d'une gamme complète de services. Il reste encore bien des progrès à accomplir pour assurer la qualité dans l'interaction entre patients-consommateurs et dispensateurs ainsi que dans l'appropriation par les citoyens d'une pleine capacité à protéger leur santé. Quel que soit le contexte, les attentes des personnes évoluent avec leur capacité de comprendre les déterminants de la bonne et de la mauvaise santé et de juger de ce qui peut leur convenir le mieux selon les circonstances.

Le concept de qualité est également influencé par les dispensateurs de services qui établissent des normes et des standards de bonne pratique, qui eux-mêmes évoluent avec l'arrivée de mesures et de procédures d'évaluation plus perfectionnées et de nouvelles technologies dans le domaine de la santé. À l'échelle mondiale, les politiques visant à l'amélioration de la qualité ont pris de l'ampleur, en raison de l'activisme tant des utilisateurs que des dispensateurs de services de santé. La diffusion de données probantes sur la qualité soutiendra l'habilitation des utilisateurs et entretiendra une saine concurrence parmi les dispensateurs.

## L'équité

Bénéficier des meilleurs services de santé ne peut pas être le privilège de quelques uns, mais bien le droit de chacun. Dans le code d'éthique de santé, la valeur d'équité devrait renvoyer à celle de qualité. L'excellence dans les services de santé devrait

être préconisée, avec l'intention de l'offrir à tous. En souscrivant au but de « La Santé pour Tous », l'OMS et les États Membres ont amplement souligné cette valeur. Par conséquent, la tendance à l'augmentation des actions en faveur d'une plus grande équité dans les soins et l'état de santé est des plus rassurantes. (3) Mais les bonnes intentions, de rendre accessibles à chacun les gains de santé, restent encore à traduire de manière satisfaisante dans les faits, sachant que les disparités entre nations et au sein de chaque nation sont évidentes.

Le but visé est celui de réduire toute forme de discrimination fondée sur la race, le sexe, la religion, le groupe ethnique, la situation socio-économique ou l'âge, et d'établir des dispositifs permettant à toute personne d'une communauté donnée d'avoir un accès garanti à un ensemble minimal de services appropriés, lui assurant une vie agréable et productive. Ce droit devrait être associé à un autre—également considéré comme un devoir—soit celui d'habiliter chacun à protéger et à favoriser sa propre santé, après avoir reçu des informations adéquates sur les risques et les bénéfiques pour la santé et sur les modes de vie saine.

La sensibilisation grandissante à l'égard des problèmes d'équité dans la santé va bien au-delà d'une attention ponctuelle réservée aux pauvres et aux non-éduqués. Elle s'étend à l'ensemble de la société, puisque des sous-groupes, comme les sans-abri, les chômeurs, les personnes seules, peuvent également être maintenus à l'écart des services de santé de base. Il s'agit de groupes où chacun de nous peut se retrouver lui-même, puisque les circonstances de la vie peuvent changer sans crier gare entraînant n'importe qui au bord du désespoir. Une société se doit d'être vigilante et disposée à mobiliser la solidarité nécessaire pour aider tous ceux qui risquent de perdre leurs droits sociaux, notamment le droit à la santé.

Aux yeux des entrepreneurs de la santé, cette quête simultanée de la qualité et de l'équité apparaît comme un « rêve »—une étoile dans le ciel—qui n'est pas immédiatement et facilement accessible, mais qui constitue une cible des plus attrayantes et stimulantes. Aux yeux des sceptiques, l'offre des meilleurs services possibles à chacun des membres de la société sans exception constitue une utopie, puisque la qualité et l'équité semblent soutenues par des forces agissant en sens contraire (Figure1).



**Figure 1. L'axe du rêve**

Ces mêmes sceptiques soutiennent que, dans une certaine mesure, l'énergie et les ressources investies pour améliorer la qualité nuisent à la cause de l'équité. Néanmoins, il existe des situations où l'élaboration de produits ou d'interventions de grande qualité—comme la production de vaccins efficaces ou l'instauration de programmes d'éducation ou de prévention—a des répercussions sur la santé des masses. Dans de telles situations, les efforts élaborés de recherche et de développement avaient évidemment été conçus pour bénéficier aux multitudes.

Il peut sembler problématique d'aspirer simultanément à la qualité et à l'équité, parce que la qualité est considérée comme signifiant à un engagement à ne ménager aucun effort ni aucune dépense pour restaurer ou protéger la santé des individus. D'une part, avec la hausse des coûts des soins de santé et la limitation des budgets

nationaux de santé, la théorie de « *l'impossible rêve* », satisfaire à la fois la qualité et l'équité, se renforce, avec l'évidence croissante que, si des soins sophistiqués sont accordés à certains, d'autres groupes, souvent plus nombreux, n'auront même plus accès à des services de santé de base.

D'autre part, les partisans de la théorie du « rêve réalisable » soutiennent qu'il est possible d'atteindre un point d'équilibre sur « l'axe du rêve », entre les forces portant attention aux individus et celles portant attention aux collectifs, moyennant le respect de certaines conditions. C'est là qu'entre en jeu la recherche de la pertinence et de l'efficacité.

Si « l'axe du rêve » représente l'aspiration à satisfaire toutes les attentes de toutes les parties, « l'axe de la réalité » nous rappelle le besoin de règles et de négociations pour réaliser notre rêve (Figure 2).

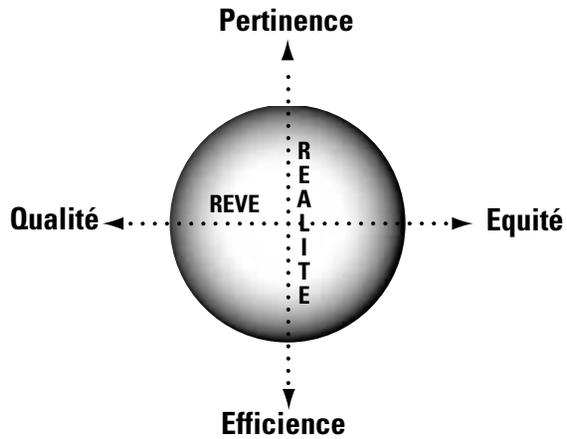


Figure 2. Les axes du rêve et de la réalité

### La pertinence

La pertinence mesure à quel point des priorités ont été fixées dans les choix de programmes d'action, en acceptant de considérer en premier lieu les problèmes les plus importants. Les critères de pertinence varieront inmanquablement en fonction de l'épidémiologie et de la vulnérabilité des personnes ainsi qu'avec l'appréciation des priorités par différents sous-groupes dans un contexte donné. L'idée sous-jacente est, qu'en appliquant le principe de pertinence, on peut satisfaire conjointement à la qualité et à l'équité, si les ressources sont utilisées de préférence pour répondre aux plus importants problèmes de santé ou pour cibler les efforts vers les personnes et les groupes qui en ont le plus besoin,

La « rationalisation » risque toujours d'être confondue avec le « rationnement ». De fait, des controverses surviendront inévitablement, car le choix de priorités peut être assimilé à une réduction des services de santé par ceux qui, soit se voient refuser certains types de services, que les autorités sanitaires considèrent moins importants, soit se voient imposer des conditions, s'ils persistent dans leur volonté de les obtenir. Les efforts pour justifier le choix de priorités par des raisons quantifiables n'éviteront pas les appréciations qualitatives différentes et il sera toujours nécessaire de négocier pour obtenir un consensus ou un compromis acceptable.

Nombreuses sont les difficultés qui surviennent dans le choix des priorités. Par exemple, dans un pays industrialisé, il peut être nécessaire de choisir entre le soutien de programmes de prévention, l'assistance aux adolescentes enceintes, ou encore l'extension des équipements de soins intensifs accessibles aux personnes âgées,

sans condition d'âge ou d'état de santé. Dans les pays en développement en cours de transition épidémiologique, le contrôle de la gastro-entérite, cause principale de décès de la petite enfance, peut entrer en concurrence avec la mise en place de services de base en gériatrie pour une population qui vieillit rapidement. Les difficultés surviennent parce que différents problèmes de santé sont considérés comme également importants par différentes fractions de la société.

Si la légitimité d'un choix des priorités semble plus acceptable dans le contexte d'un système national de santé proposant une couverture universelle financée par l'impôt, elle peut être davantage remise en question là où existent systèmes d'assurance, organisations de type « managed-care » ou dispositifs de rémunération à l'acte.

### **L'efficience\***

A l'heure des restrictions budgétaires, la valeur d'efficience est largement reconnue comme l'un des moyens innovants permettant de faire le meilleur usage des ressources disponibles pour dispenser un service donné.

Les avantages comparatifs de procédures particulières seront mises en lumière, permettant une mise à jour permanente des guides de pratique clinique. Certaines interventions peuvent être déclarées obsolètes ou moins rentables que d'autres. De nouvelles procédures seront alors instaurées. Des modes de vie plus sains et des mesures de prévention peuvent être valorisés comme étant des investissements plus rentables que des interventions curatives.

Le désir croissant d'une plus grande transparence et de pratiques fondées sur des données scientifiques probantes influencera également le développement des services de santé et les possibilités de travail. Il s'ensuivra d'importants réajustements dans les professions de santé. Sachant que certaines interventions peuvent être exécutées avec un même niveau de qualité par du personnel de santé moins qualifié et moins onéreux, il faut encourager des remises en cause pour optimiser ou réorienter l'allocation des tâches et des responsabilités entre les professions de santé. Par conséquent, on peut envisager des réorganisations de responsabilités entre les généralistes et les spécialistes, les médecins et le personnel infirmier, le personnel infirmier et les autres professionnels de santé dont les travailleurs sociaux. La collaboration entre les professions de santé est de plus en plus influencée par les principes d'un transfert négocié des responsabilités, de la substitution et de la complémentarité plutôt que par la concurrence. (4)

---

\* Le terme coût-efficacité est utilisé à certaines occasions dans le texte de façon interchangeable avec efficience.

# Une perspective stimulante

## Boussole et directions alternatives

La compréhension et la promotion des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité génèrent des courants particuliers de recherche et développement. Pour progresser durablement dans le respect de ces valeurs, il est nécessaire de les définir précisément et d'en spécifier les normes, les indicateurs et les critères. Cette simple tâche représente un défi, en particulier parce que la définition de ces valeurs évolue en permanence et requiert l'unanimité des points de vue parmi les principaux intervenants. Parvenir à un équilibre satisfaisant en essayant d'adhérer à ces quatre valeurs représente cependant un défi encore plus grand pour un système de santé.

L'intersection des axes du rêve et de la réalité peut être considérée comme une « **boussole de la santé** ». La métaphore de la boussole est choisie pour illustrer la complexité de l'évolution des systèmes de santé, lorsqu'ils visent à une adhésion optimale aux quatre valeurs, et les tensions qui en découlent. Évidemment, l'image de la boussole - instrument permettant d'identifier la direction à suivre—ne traduit pas parfaitement la tâche correspondant à la détermination des orientations dans les soins de santé, puisque nous ne pouvons favoriser une valeur au détriment des autres. Il faut accorder une importance appropriée à chacune des quatre valeurs. L'une des principales fonctions des systèmes de santé du futur sera de gérer la tension créée par ce défi.

La compréhension des interactions entre ces valeurs devrait permettre aux planificateurs et aux organisateurs de la santé de conceptualiser la façon d'orienter (ou réorienter) à bon escient les programmes d'action. Pour illustrer ce point, la Figure 3 montre les quatre valeurs représentées sur un diagramme. Le croisement

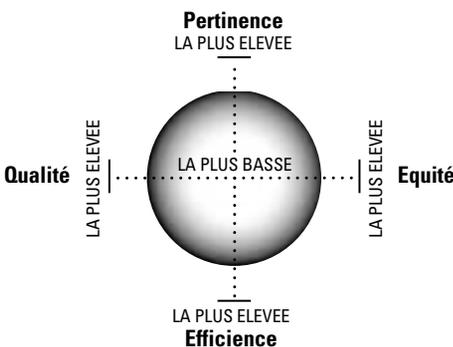


Figure 3. La boussole de la santé

des axes représente le niveau le plus faible et les extrémités des axes indiquent les niveaux optimaux sur l'échelle des valeurs. Cette figure représente un système de santé idéal, équilibré dans sa volonté de répondre aux besoins des individus et des populations. Notons que le cercle n'atteint pas la périphérie de la figure : dans tous les pays, il existe des limites dans la possibilité de distribuer des services.

Les variations autour de ce modèle représentent les différents niveaux d'adhésion aux quatre valeurs dans les systèmes de santé de par le monde. La

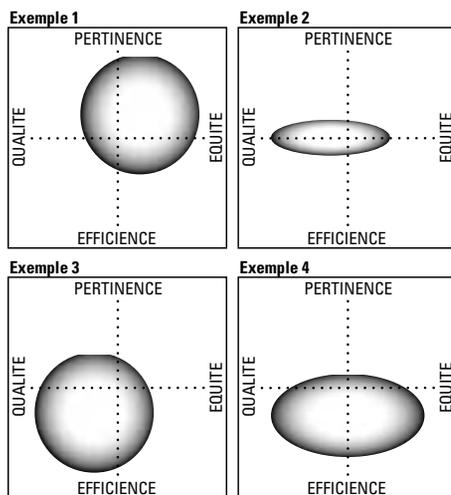
Figure 4 montre comment certains privilégient telle ou telles valeurs par rapport aux autres. (5)

**Exemple 1:** Le système de santé a bien réussi à fournir des services à tous, y compris dans les domaines prioritaires, mais la qualité et l'efficacité des services s'avèrent faibles. Un tel système peut exister là où il y a un service national de santé avec une contribution minimale des usagers et sans concurrence pour stimuler la qualité et l'efficacité.

**Exemple 2:** Le système de santé est dicté par les usagers exigeant la qualité—au prix fort—mais il néglige la réponse aux besoins prioritaires de santé et la nécessité d'équité. De tels systèmes existent dans plusieurs pays industrialisés, là où il n'y a pas de motivation (venant du gouvernement ou des planificateurs et organisateurs du secteur privé) pour répondre ou tenter de répondre aux besoins de l'ensemble de la société, y compris ceux des personnes mal desservies.

**Exemple 3:** Le système de santé est dicté par les usagers, les coûts y sont contenus en raison d'une concurrence ou d'une régulation. Comme dans l'exemple 2, ce système, dont on observe l'émergence dans plusieurs pays industrialisés, s'occupe exclusivement des intérêts de ses « clients ». Il s'ensuit une attention minimale aux priorités de santé et aux populations mal desservies.

**Exemple 4:** Le système de santé utilise bien ses ressources tout en fournissant des soins de grande qualité à la plupart de ses citoyens, mais il n'a pas planifié efficacement la réponse aux besoins prioritaires de santé. Cet exemple est observé dans plusieurs pays où le secteur de la santé omet d'adopter une approche globale permettant la coordination optimale des nombreux intrants pour protéger et améliorer la santé.



**Figure 4. Les degrés d'adhésion aux valeurs**

Les exemples précédents caractérisent différents modèles de systèmes de santé se révélant sous-optimaux et qui justifieraient d'une réforme. Par la compréhension des implications de ces valeurs et de la façon dont elles interagissent dans le contexte d'un système de santé en évolution, les principaux partenaires peuvent saisir la portée des défis auxquels ils sont confrontés pour tenir leurs engagements.

Il importe de rechercher des compromis techniquement et socialement acceptables, ce qui nécessite une vision commune et une collaboration efficace des principaux partenaires. À défaut, une approche équilibrée vis-à-vis des valeurs indiquées dans la « boussole de la santé » s'évanouirait, puisque la tendance naturelle pour chaque intervenant est de privilégier une valeur au détriment des autres.

Par exemple, les politiciens, en quête de l'appui de l'électorat, pourraient être tentés de privilégier la direction de « l'équité »; les activistes sociaux pourraient préconiser ce dont les personnes ont le plus besoin et privilégier la voie de « la pertinence »; les dispensateurs de soins de santé pourraient choisir de prendre exclusivement en compte les intérêts des patients en préconisant un accès illimité aux technologies coûteuses sous la bannière de « la qualité »; les économistes pourraient favoriser la direction de l'efficacité aux dépens des aspects sociaux et humanitaires. À certaines étapes de leur développement, les systèmes de santé nationaux ont été sous l'influence prédominante de l'une ou l'autre de ces forces, d'où des effets de balancier successifs dans la dispensation des services de santé et des progrès limités dans l'amélioration de l'état de santé.

Des partenaires aussi différents que des décideurs des politiques de santé, des gestionnaires de santé, des dispensateurs de soins, des universitaires et des consommateurs se rendent de plus en plus compte qu'ils ne peuvent plus se permettre de négliger la négociation et le compromis, dans le but de protéger leur territoire et de maintenir leurs privilèges et leurs prérogatives sectoriels. Ils réalisent que ces attitudes ne peuvent servir de base au développement d'un bon système de santé. De plus, pour être couronnés de succès, les efforts d'amélioration de la performance globale du système dans la réponse aux besoins des personnes doivent reposer sur un engagement dans un programme commun d'actions associant de nombreux talents et ressources.

Ces efforts doivent aller au-delà des mesures de contrôle des coûts ou de gestion financière—parfois assimilées abusivement à « la réforme de la santé »—pour permettre au système, non seulement de continuer à s'acquitter de son engagement habituel de dispensation de services, mais aussi de réaliser sa mission globale en veillant au respect optimal des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité. (6,7,8,9,10,11) Le travail représenté par ce programme est trop vaste et trop complexe pour le laisser aux mains d'une seule école de pensée ou d'un seul groupe, quel qu'il soit. Les rivalités inutiles et les actions non coordonnées entre les principaux acteurs de l'échiquier de la santé conduisent à une impasse. Il semble n'y avoir aucune autre option que l'unité dans l'action.

Comment donc un mouvement vers l'unité peut-il être initié, encouragé et désiré par toutes les parties concernées ?

### **Créer la convergence dans un milieu fragmenté**

La figure 6 dépeint l'ambiance de deux situations où le serpent symbolise le système de prestation de services de santé. La situation idéale (A) est celle où les principaux intervenants partagent une vision et un engagement vers l'unité dans l'action en matière de santé. En revanche, la situation actuellement la plus courante (B) est celle où les intervenants se préoccupent davantage de leurs domaines d'intérêt, au risque de fragmenter le système et de l'empêcher de bien fonctionner. Le passage du scénario du « **serpent en colère** » (B) à celui du « **serpent heureux** » (A) représente un défi majeur.

Comment peut-on en arriver à une telle harmonie ? Quelles sont les innovations organisationnelles requises pour que cette évolution se concrétise ? Quels sont les

## Une action en collaboration

Les avantages d'une action en collaboration peuvent être illustrés par la recherche d'une utilisation optimale des ressources humaines dans le domaine de la santé, ce qui, en principe, devrait se traduire par une série d'interventions telles que : la définition précise d'une mission et d'un modèle opérationnel de dispositifs de soins de santé où le personnel de santé travaillera à l'avenir ; la définition appropriée des rôles et du champ de responsabilités du personnel de santé ; l'adhésion à des guides de bonnes pratiques ; une attention portée à l'adaptation des conditions de travail et à la motivation ; enfin des mesures pour garantir l'efficacité du système de formation.

Chaque action est influencée par les autres. Il est donc opportun de comprendre l'interaction entre les organisations ou institutions chargées des principales responsabilités dans le développement des ressources humaines afin de rendre cette interaction productive. La Figure 5 fait ressortir le réseau des liens souhaitables entre les changements dans les services de santé, la pratique médicale et la formation médicale en vue de progrès continus dans la réalisation d'un objectif partagé par tous, dans le cas présent, l'objectif de l'OMS, « la Santé pour Tous ». (12,13,14)

Même si le processus de changement peut être amorcé à partir de différents points de départ, l'idée la plus répandue est que la force exclusive des programmes de formation pourrait produire et maintenir des changements de comportement. Cependant, en dépit de la bonne volonté, des changements dans la formation ne se traduiront pas nécessairement par des changements durables dans la pratique ni, par conséquent, par une évolution des services de santé ni par l'amélioration de l'état de santé. En réalité, des déterminants plus importants que la formation—sur lesquels les responsables de l'éducation n'exercent, en principe, aucune maîtrise—interviennent en pratique. (15) Par exemple, une meilleure rémunération et des opportunités d'emplois attireront probablement davantage les médecins vers la médecine familiale que les plus stimulantes expériences de formation dans cette discipline.

Des dynamiques particulières sont à l'œuvre dans l'organisation des services de santé, dans la pratique professionnelle et dans les institutions académiques, et différents groupes de facteurs les influencent. La situation idéale est une synergie, créée par des changements coordonnés dans ces trois composantes.

Dans le cas de la promotion de la médecine familiale, par exemple, on pourrait envisager la mise en place d'une politique gouvernementale visant à reconnaître la médecine familiale comme fondement de l'organisation des services de santé. Cette orientation

vers la médecine familiale serait encouragée par des mesures incitatives, professionnelles et matérielles,

ainsi que par le développement d'institutions de recherche et de formation pour promouvoir la médecine familiale en tant que discipline respectée. (16)

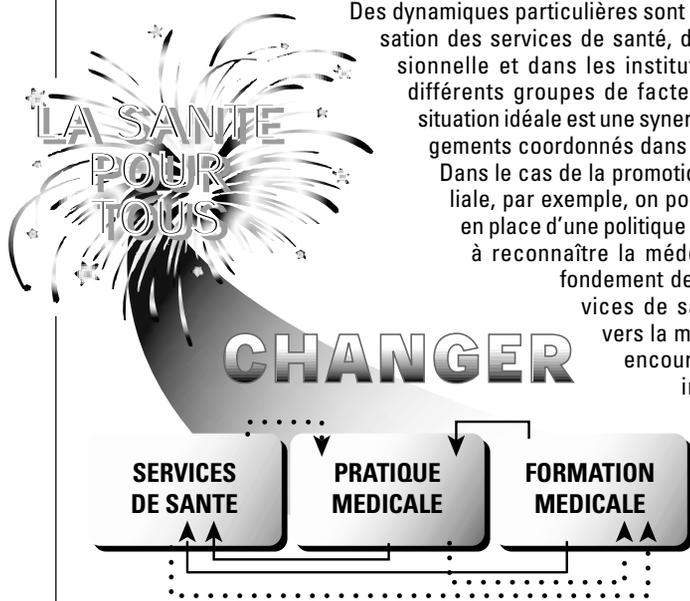
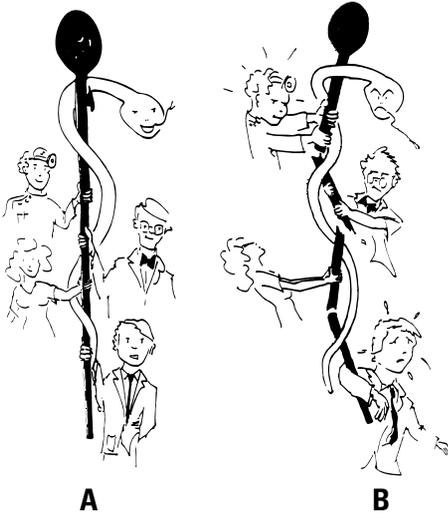


Figure 5. La coordination des changements



**Figure 6. Les serpents heureux et en colère**

spécialistes, les secteurs public et privé, les dispensateurs de soins et les consommateurs.

Compte tenu de la vague de mesures de contrôle des coûts, de la mise en place rapide de dispositifs de type « managed care » et de la concurrence au sein du secteur

opportunités, les incitations, les défis et les contraintes qui les accompagnent ? Examinons d'abord le niveau de fragmentation et son origine.

La fragmentation dans la dispensation des services de santé n'est pas seulement une réalité statique, mais bien un phénomène galopant qui menace d'anéantir tout gain de santé important et qui s'oppose aux efforts majeurs visant à changer le système. Des divisions importantes existent et parfois s'aggravent entre les soins de santé individuelle et les soins de santé communautaire, les éléments sociaux et économiques de la santé, les modèles biomédicaux et psychosociaux, les soins curatifs et préventifs, les services dispensés par les généralistes et par les

Le ralliement universel en faveur de « la Santé pour Tous » était et demeure toujours un objectif social formidable, origine potentielle d'importants changements dans le système de santé. Mais 20 ans après la diffusion de l'appel au monde entier, nous ressentons encore une grande nécessité de propositions de réforme de santé innovantes, assez puissantes pour séduire les décideurs, les gestionnaires, les professionnels, les universitaires et les consommateurs et les engager dans un mode de travail collaboratif pour l'amélioration continue et durable de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans le secteur de la santé. (17,18,19,20,21,22)

Implicitement, on supposait que la force de cet appel produirait éventuellement la convergence des talents et des ressources voulues pour réaliser une telle ambition. Toutefois, relativement peu de travaux méthodologiques ont été menés pour faciliter et accélérer cette convergence sur une base durable. Les synergies ne se sont pas vraiment produites et les divergences entre les intervenants du système de prestation de services prédominent sur les convergences.

Un effort fondamental doit être déployé pour faire démarrer des stratégies qui peuvent éventuellement créer une unité de but et d'action parmi les principaux intervenants ou les partenaires de la santé. Un tel effort, tendant à obtenir des compromis acceptables entre des forces centrifuges et à prendre convenablement en considération les opportunités et les contraintes de tous les côtés, mériterait l'appellation de « réforme de la santé ». (23,24,25)

de la santé, il y a risque d'une plus grande fragmentation, d'une protection de territoire, d'une duplication du travail et d'un gaspillage des ressources au détriment de la qualité, de l'équité et de l'optimisation de la gestion générale du système de santé.

Il s'agit là d'une observation d'une pertinence universelle, parce que des facteurs semblables agissent partout dans le monde : la propension à favoriser une approche analytique pour résoudre les problèmes en ayant largement recours aux sciences et à la technologie au détriment d'une approche holistique fondée sur les sciences épidémiologiques et sociales; les paradigmes privilégiant la lutte contre la maladie plutôt que l'action en faveur de la santé ; les services et les soins trop souvent conçus pour convenir aux professions de santé plutôt qu'aux besoins réels et aux attentes des personnes ; l'absence de remise en question dans la répartition du travail entre dispensateurs de services et entre dispensateurs et consommateurs de services de santé ; les traditions et les croyances; et par-dessus tout, la complexité inhérente à l'intégration de la longue liste des déterminants de la bonne et de la mauvaise santé dans des ensembles appropriés et cohérents.

On postule qu'un processus dynamique orientant vers la convergence, devrait être favorisé en se consacrant à la réduction du schisme qui existe entre la médecine et la santé publique ou, autrement dit, à la collaboration optimale entre les actions visant la santé individuelle et celles visant les services de santé communautaire au niveau primaire.

Quoique ces deux secteurs ne fonctionnent pas toujours séparément l'un de l'autre, il convient de dire que, trop souvent, les services de santé individuelle et de santé communautaire s'ignorent mutuellement dans la conduite de leurs activités, se concurrencent pour obtenir des ressources identiques, ce qui aboutit à des institutions et à des professions distinctes, régies par des paradigmes de travail en concurrence. (26,18)



**Figure 7. « Médecine/santé publique » : Le point d'entrée pour guérir les autres divisions**

Selon nous, si des modèles organisationnels optimaux des services de santé étaient élaborés, avec des contributions des secteurs de la médecine et de la santé publique planifiées et dirigées conjointement, dans le but de servir la cause du bien-être des personnes dans leur milieu de vie, une importante fracture du système de santé serait guérie. Ceci contribuerait à favoriser une approche plus unifiée dans les services de santé et dans l'ensemble du secteur de la santé. (8,27,28,29,30)

Quels arguments peut-on faire valoir pour étayer l'idée que l'intégration de la médecine et de la santé publique est un point d'entrée décisif pour initier le processus d'unité ? La coordination ou l'intégration de l'attention portée à une personne et de celle portée à plus d'une personne (la famille, la communauté locale, le district tout entier) est-elle au cœur de services de santé durables, responsables et aptes à solutionner les problèmes ? Parmi les arguments possibles figurent les suivants :

- Il existe une étroite corrélation entre la santé personnelle et les styles de vie adoptés collectivement dans une société donnée.
- La santé et la qualité de vie de chacun dépendent de plus en plus de facteurs environnementaux. D'autre part, les individus peuvent être d'importantes sources de protection ou de détérioration de l'environnement.
- Un juste équilibre dans l'attention accordée à la prévention de la maladie, à la réduction du risque, à la promotion de la santé et aux services curatifs est nécessaire pour une action globale et efficiente en matière de santé.
- Les sciences biomédicales et épidémiologiques se soutiennent mutuellement et étudient chacune des facettes complémentaires de la santé et du développement.
- Un programme de santé pour l'ensemble de la population est davantage susceptible d'être réalisé quand les initiatives de collaboration entre le secteur privé et le secteur public sont renforcées.
- La cause de la paix et du développement dans toute société est mieux servie lorsqu'il existe un juste équilibre entre la liberté individuelle et la solidarité sociale envers les plus démunis.
- Une complémentarité et une interaction mutuellement satisfaisante peuvent s'établir entre des services de santé primaires axés sur la communauté et des services de soins secondaires et tertiaires centrés sur la maladie.
- La convergence des activités de santé individuelle et communautaire peut susciter des opportunités propices à une approche intersectorielle et au travail d'équipe productif nécessaires aux changements dans le système de santé.
- Un mélange d'activités de santé individuelle et d'activités de santé communautaire procure une base solide pour réexaminer l'étendue des responsabilités au sein des professions de santé et pour ouvrir un éventail de nouvelles possibilités d'emplois.
- La discordance entre les programmes innovants de formation des professions de santé, centrés sur la communauté, et les modèles biomédicaux conservateurs de dispensation de services sera diminuée, dans les deux sens.
- On devrait s'attendre à un respect mutuel et à une meilleure compréhension dans la délimitation des responsabilités entre les bénéficiaires et les

dispensateurs des services de santé, en ce qui concerne la promotion de la santé et la lutte contre la maladie.

- Enfin, point primordial, un service de santé, aspirant à intégrer santé individuelle et communautaire, offre une plate-forme valide pour régler les conflits qui surviennent lorsque l'on cherche à atteindre, dans l'harmonie, la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience dans la santé.

Il est probablement juste de dire qu'aucune situation de santé individuelle n'est sans répercussion sur la santé de la population et qu'inversement aucune mesure de santé communautaire n'est sans effet sur la santé des individus. Puisque le schisme entre la médecine et la santé publique est largement provoqué par l'homme et maintenu artificiellement, il ne pourra être corrigé que par la volonté humaine.

Si la fragmentation résulte du maintien, par différents intervenants et groupes d'intérêts, de leurs intentions de protéger leurs privilèges et d'atteindre leurs propres objectifs, on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'unité dans l'action ne puisse être acquise que si ces intentions sont modifiées par une vision et un engagement communs. Dans un monde où la concurrence l'emporte et où l'approche réductionniste prévaut sur l'approche globale, nous ne devrions pas nous attendre à ce que l'unité survienne spontanément. L'unité doit être souhaitée, planifiée, créée.

### Vers l'unité pour la santé

L'expression « Vers l'unité pour la santé » (VUPS) traduit un processus dynamique d'élaboration de stratégies et de conditions pour une unité de but et d'action, par les principaux partenaires/intervenants dans le secteur de la santé, en vue d'établir un système de santé durable, centré sur les personnes et conforme aux valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité.

Un projet «VUPS» est un projet de terrain, conçu pour adapter et mettre en pratique les principes de l'approche VUPS, en l'améliorant, grâce

à la recherche et au développement. Pour réussir à unifier la dispensation fragmentée des services de santé, le projet VUPS doit respecter des exigences culturelles et techniques fondamentales.

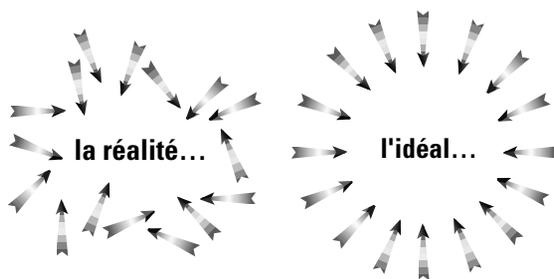


Figure 8. Le passage du réel à l'idéal

### Les exigences culturelles

Les principaux partenaires ou intervenants devront prendre conscience que la fragmentation mène en définitive à un service de santé improductif, à une perte de qualité et à une hausse de l'inégalité et des coûts, tout comme elle risque de limiter leur expansion et de nuire à leurs propres intérêts. En conséquence, ils devraient

accueillir favorablement la perspective de changements profonds dans le système de santé et saisir l'opportunité de redéfinir leurs rôles et l'éventail de leurs responsabilités dans le contexte d'un nouveau paradigme d'action intégrée. Il faut s'attendre à ce que cet état d'esprit n'apparaisse qu'après des débats longs et ouverts et une juste appréciation des opportunités et des contraintes.

### Les exigences techniques

L'approche VUPS n'est ni une idéologie, ni une méthodologie standardisée. Il s'agit toutefois d'un cadre de travail qui exprime la volonté commune de multiples partenaires pour façonner un service de santé durable fondé sur les besoins des personnes. Elle est fondée sur le postulat qu'une approche coordonnée et intégrée est supérieure à toute autre pour améliorer la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité. Des données doivent être recueillies à partir d'observations et de travaux expérimentaux pour conforter ou réfuter ce postulat.

Comme il n'existe pas de recette unique pour l'organisation des services de santé, le cadre de travail suggéré dans l'approche VUPS nécessite une adaptation aux différents contextes socio-économiques. Toutefois, il faut espérer que des caractéristiques ou critères communs puissent être reconnus comme étant pertinents d'une façon globale. On émet donc l'hypothèse qu'un élan vers « l'unité » peut être amorcé, maintenu et élargi dans un projet VUPS s'il est possible de respecter un certain nombre de critères, regroupés selon les quatre catégories suivantes :

- l'utilisation de modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique;
- la prise en compte des implications pour les professionnels de santé;
- l'élaboration d'un partenariat entre cinq principaux intervenants;
- la recherche des preuves d'impact

Ces critères sont plus amplement décrits ci-après. Une liste détaillée de critères est également présentée en Annexe 1.

# **Des modèles de services innovants pour l'intégration de la médecine et de la santé publique**

Les modèles organisationnels de dispensation des services devraient être conçus pour faciliter l'intégration, au profit des individus, des familles et des communautés, des principaux intrants de santé, qu'ils concernent la prévention, la promotion, les soins curatifs ou la réadaptation. Ceci exigerait de cibler une population de référence de taille raisonnable, dans un territoire donné, en utilisant un modèle favorisant l'intégration dans la dispensation des services et en évaluant ses performances grâce à un système global d'information sur la santé.

## **La population de référence et la géographie**

L'unité dans la dispensation des services de santé peut se réaliser au mieux lorsque le champ des actions est défini avec précision, tant en termes des personnes à cibler que des limites géographiques.

### ***Les personnes***

L'approche populationnelle est étroitement associée à l'équité des services, puisqu'elle fournit une base pour s'assurer que chaque personne, quelle que soit sa situation socioculturelle ou économique, sera répertoriée et pourra bénéficier de tout programme de santé prioritaire. Elle permet d'utiliser l'épidémiologie comme science de planification et gestion des services de santé.

Dans la définition de la population de référence, il faut tenir compte des problèmes de taille de la population et de responsabilité sociale. Y a-t-il une taille idéale de population, que devrait considérer un service de santé ? Même s'il n'existe pas de règle quantitative stricte applicable dans tous les contextes, l'OMS a présenté une recommandation qualitative, selon laquelle le « district » représente le niveau idéal. Un district correspond à une région administrative clairement définie, où une certaine forme de gouvernement local ou d'administration assume plusieurs responsabilités des secteurs ou ministères du gouvernement central, et où se trouve un hôpital général de référence. (31) Le concept du district, comme entité juridique de base pour le développement de la santé, fait également l'objet d'un regain d'intérêt, à la suite des réformes du financement de la santé et des tendances en faveur de la déconcentration et la décentralisation. (32)

L'élaboration d'un système intégré de prestation de services de santé, au profit de l'ensemble de la population, dans une région donnée, représente l'idéal et s'avérera un processus consommateur de temps et d'énergie. Ce dispositif suppose en effet que, dans cette région, tout événement ou toute intervention importante en matière de santé, soit considéré comme partie intégrante d'une stratégie globale de

développement de la santé. Cependant, l'approche populationnelle peut également concerner des sous groupes de la population générale, définis par un facteur démographique comme l'âge ou la situation socio-économique ; un problème social comme la violence, les luttes ethniques ou le chômage ; un facteur de risque comme le tabagisme ou les risques professionnels ; une maladie (par exemple, la tuberculose, le paludisme, le diabète); ou encore une combinaison de facteurs (par exemple, la grossesse chez les adolescentes, la toxicomanie dans les groupes d'âge scolaire, la pauvreté, la morbidité des chômeurs).

Un projet VUPS a pour but de veiller à ce que chaque personne de la population de référence reçoive l'attention voulue, que ce soit dans le contexte d'un programme s'adressant à la population générale ou dans celui d'un programme plus ciblé, comme ceux décrits ci-dessus. Des mesures doivent donc être prises pour éviter de sélectionner les personnes en fonction de critères socio-économiques ou d'autres critères discriminatoires. Par exemple, une population de référence ne devrait pas se restreindre à une population de patients autosélectionnés et à leur famille. Le principe d'une population de référence sous-entend aussi que les connaissances concernant cette population sont constamment mises à jour, du point de vue des données démographiques, des statistiques vitales et de l'état de santé. (33)

Le problème de la responsabilité peut être considéré sous l'angle épidémiologique. En étudiant la prévalence d'une maladie ou d'un problème de santé dans la population générale, nous pourrions être tentés de considérer le numérateur de la fraction (par exemple, les maladies qui sont survenues) comme la cible des dispensateurs de services de santé individuelle, tandis que le dénominateur de la fraction (la population générale) serait la cible des gestionnaires de santé publique. Cette division des tâches, quoiqu'elle soit couramment observée, est remise en question par l'approche VUPS, et les professionnels de santé soucieux d'une approche systémique considéreront cette division plutôt artificielle et contre-productive pour la santé des personnes. (18) L'épidémiologie clinique et la médecine de la santé publique constituent des exemples de disciplines qui vont au-delà des frontières traditionnelles entre santé individuelle et santé communautaire. (34)

En comprenant les dynamiques de la population et en essayant d'englober les principales préoccupations en matière de santé de la population dans sa totalité, nous sommes davantage enclins à considérer l'histoire naturelle de la vie, de la santé, de la maladie, et des principales influences sur leur déroulement. De cette façon, nous élargissons notre champ d'intérêts et de responsabilités, pour une approche plus globale de la santé et de son développement. (33) Dans le contexte de pratique privée et de régimes d'assurance de santé, la faisabilité de l'application de ce principe demeure une source de préoccupation.

### **La géographie**

La prise en compte des paramètres de temps et de lieu dans le développement de la santé est essentielle dans une approche holistique. La compréhension des principaux déterminants de la santé, physiques, biologiques, sociaux, culturels et économiques, agissant dans un environnement donné, représente la base d'un système de santé fiable et global centré sur les personnes. (35) La configuration idéale pourrait être

la suivante : un territoire bien défini et d'une taille gérable, où les besoins de santé sont évalués régulièrement, où les services de santé sont planifiés et organisés en conséquence et où les progrès dans les soins et l'état de santé sont continuellement mesurés. (36,37) Ce territoire pourrait être un village, une ville, un district ou une province, selon le contexte local.

Il serait également idéal que ce territoire bénéficie du leadership et de l'appui d'une autorité politique et administrative pour la mobilisation, la distribution et l'utilisation optimales des ressources disponibles. Une synthèse de tous les événements et interventions majeurs en santé, concernant les personnes qui vivent dans une région bien définie, facilite la coordination des contributions de multiples intervenants. Cette vue d'ensemble contribue à ancrer profondément une culture, voire une habitude, de responsabilité vis-à-vis des conditions de santé des personnes. En ciblant un territoire, on s'offre l'occasion de comprendre la richesse de la relation entre les éléments qui déterminent le bien-être, la santé, la maladie ou la souffrance. On peut aussi identifier les multiples partenariats nécessaires pour réaliser des progrès permanents de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité.

On espère que les dichotomies et les chevauchements improductifs pourraient s'atténuer grâce à des dispositifs institutionnalisés favorisant l'élaboration de programmes d'intervention à l'échelle d'une population ou d'un territoire. Le concept de district de santé a été préconisé dans ce but. Le district a été considéré comme l'entité géographique idéale, dans laquelle les services de santé pourraient être utilement décentralisés, dans un but de planification, d'organisation et de surveillance. Il est entendu qu'il doit être suffisamment vaste pour justifier son propre système de surveillance, mais assez petit pour permettre une coordination et une gestion efficaces des interventions. (38)

Le principe de la responsabilité territoriale est mieux respecté lorsque les différents intervenants sont liés par un même engagement de service public, ce qui est habituellement favorisé par un mandat d'institution publique, ou maintenu en vigueur par des individus ou des groupes se distinguant par leur sens de l'engagement social. Par exemple, les notions de zone de recrutement et de responsabilité dans la dispensation de services sont des principes de travail propres aux centres de santé de districts ou aux hôpitaux communautaires, dont le personnel est constitué de fonctionnaires et dont le financement provient de fonds publics. Les coalitions d'aide bénévole et les projets publics ont plus de chance de réussir lorsque les efforts sont concentrés sur des cibles définies, à l'intérieur de limites géographiques données. (39)

Dans le contexte du programme OMS « Villes et villages en santé », on propose une approche multidimensionnelle pour répondre aux préoccupations sanitaires et sociales prioritaires dans les zones urbaines. Des facteurs aussi divers que le logement, l'hygiène, le transport et l'emploi, qui influencent la santé et le bien-être, sont analysés et pris en charge de façon coordonnée, grâce à la mobilisation de réseaux publics et privés d'agences et d'institutions dédiées à une cause reconnue comme importante dans une zone donnée. (40) Sur le plan national, les politiques de système de santé, centré sur une population et un territoire donnés, peuvent produire des résultats intéressants. L'expérience cubaine, par exemple, a démontré comment l'allocation, basée sur la communauté, des ressources de soins de santé primaires, peut contribuer

à atteindre des résultats impressionnants en matière de santé. (41)

On peut se demander comment promouvoir et adopter une approche centrée sur la population et le territoire, face à la fragmentation croissante du système de dispensation de services de santé et à la prépondérance des intérêts propres des intervenants au détriment d'une action concertée. Comment rendre attrayante une telle démarche aux yeux d'une profession essentiellement motivée par l'entreprise privée, la concurrence, la rémunération à l'acte et les attraits de la société de consommation ?

Il existe bien sûr des situations isolées où les gens agissent dans l'intérêt général. Par exemple, en Belgique, un groupe de médecins généralistes privés, à la suite des symptômes présentés par des patients, a instauré, à l'échelle d'une circonscription, un programme de surveillance des intoxications liés aux déchets industriels et a offert toute une gamme de services de santé individuelle et de santé publique. (42)

Cet exemple illustre un sens de la responsabilité sociale des professionnels de santé et leur recherche spontanée de méthodes plus efficaces de protection de la santé des personnes. Même si un tel comportement n'est pas rare, des règles et des procédures standardisées doivent être rigoureusement mises au point pour assurer que les conditions d'une telle double préoccupation, pour la santé des individus et celle des populations, puissent être intégrées dans le système de dispensation des services de santé.

Bien sûr, un territoire de santé comporte des frontières virtuelles et n'est pas à l'abri des influences extérieures. Les consommateurs en quête des meilleurs services franchissent ces frontières, compliquant ainsi la continuité des soins et le suivi de la santé des individus. Un « nuage type Tchernobyl » peut survenir et nuire à l'environnement local, tout comme le peut un vaste ensemble de facteurs sociaux, culturels et économiques. Les modèles organisationnels visant à une action coordonnée ou intégrée en matière de santé doivent tenir compte de cette réalité.

## **Un modèle organisationnel pour l'intégration**

L'utilisation optimale des compétences et des ressources disponibles au bénéfice d'une population donnée, vivant dans une région bien définie, nécessitera que tous les principaux partenaires ou intervenants conviennent d'un mécanisme de coordination ou d'intégration. La coordination ou l'intégration ne sont pas nécessairement considérées de la même manière par tous les partenaires de la santé, certains pouvant soutenir qu'elles ne sont qu'un moyen au service d'une fin et que le sens des responsabilités ne peut être renforcé que par un certain degré d'autonomie. La coordination et l'intégration ont leurs partisans et leurs opposants. (43)

Le Tableau 1 dresse une comparaison entre les concepts d'autonomie, de coordination et d'intégration. Il les présente sous plusieurs angles, pour favoriser la compréhension de la position adoptée par les partenaires dans chaque cas, de la signification de l'intégration dans le cadre du projet VUPS et de l'évolution possible vers cette intégration.

L'autonomie correspond au stade où chaque partenaire travaille essentiellement de manière indépendante et établit des liens avec les autres lors de situations

**Tableau 1. Comparaison des concepts d'autonomie, de coordination et d'intégration**

	AUTONOMIE	COORDINATION	INTÉGRATION
INFORMATIONS DE SANTÉ	Circulent principalement au sein d'un groupe de partenaires identiques	Circulent activement entre groupes de partenaires différents	Orientent le travail des différents partenaires pour répondre à des besoins consensuels.
VISION du SYSTÈME DE SANTÉ	Influencée par la perception de chaque partenaire et peut-être par leurs intérêts propres	Fondée sur un engagement partagé vers l'amélioration de la performance globale du système	Inspirée des valeurs de référence communes renforçant le sens de la responsabilité sociale de chaque partenaire
UTILISATION des RESSOURCES	Essentiellement pour atteindre des objectifs déterminés par eux-mêmes	Souvent pour assurer la complémentarité et le renforcement mutuel	Conformément à un cadre de référence commun, pour la planification, l'organisation et l'évaluation des activités
PROCESSUS DÉCISIONNEL	Co-existence indépendante de modes de prise de décision	Processus de consultation dans la prise de décision.	Les partenaires délèguent certains pouvoirs à une instance unique de décision ».
NATURE du PARTENARIAT	Chaque groupe a ses règles et peut à l'occasion chercher un partenariat	Des initiatives de coopération existent pour des projets limités dans le temps	Le partenariat institutionnalisé est soutenu par des déclarations de mission ou des textes législatifs

particulières. La coordination correspond au stade où des partenaires d'horizons différents fonctionnent selon une relation de travail convenue en vue de réduire les redondances inutiles et optimiser les résultats de chacun.

La sémantique concernant « l'intégration » s'est avérée problématique. Les ambiguïtés et les méprises ont été nombreuses, particulièrement en ce qui concerne les aspects organisationnels. L'intégration a souvent été assimilée à une perte de liberté ou d'individualité, à un moyen de décourager l'esprit d'initiative, à une uniformisation imposée et à une planification venant d'en haut. A contrario, l'intégration peut signifier réduction des chevauchements inutiles, contrôle du gaspillage, synergie pour résoudre avec plus d'efficacité les problèmes de santé, caractère approprié des interventions destinées à régler des problèmes complexes et à multiples facettes, et service centré sur les personnes et répondant aux attentes des clients. (44,45)

Le concept d'intégration peut être utilisé pour qualifier une gamme d'actions qui doivent être étroitement reliées entre elles pour garantir une prise en charge efficace du patient souffrant d'une maladie ou d'un problème de santé donné. (46) Il peut également désigner des modalités de travail dans un territoire de santé où les différentes activités d'un programme de santé donné (comme la santé maternelle et infantile, le VIH/sida) sont harmonisées pour en optimiser l'impact. (47)

Dans le projet VUPS, « l'unité » se définit comme la mesure selon laquelle différents partenaires ou intervenants partagent un même engagement pour mieux répondre aux besoins de santé des personnes, grâce à un système organisé pour respecter le plus possible les valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité. Dans ce contexte, une attention privilégiée est accordée à l'intégration de l'ensemble des activités de santé individuelle et de santé populationnelle, en partant de l'hypothèse que cette première intégration initiera un effet de cascade et conduira à une approche holistique du système de santé au sens large. L'intégration signifie ici que les différents partenaires ou intervenants peuvent effectivement avoir à renoncer à certains de leurs pouvoirs et prérogatives actuels, mais leur identité et leur spécificité seront préservées et de nouvelles opportunités de développement et d'expansion leur seront offertes.

### ***Une gamme de services***

Pour répondre correctement aux problèmes prioritaires de santé d'une population de référence dans un territoire défini, il est nécessaire de développer et rendre accessible une gamme d'activités de santé individuelle et de santé publique. La sélection de la combinaison appropriée des services peut être basée sur différentes approches. Une option est de se référer aux étapes de l'histoire naturelle des maladies, en incluant services préventifs, curatifs, de promotion et de réadaptation. Une autre approche serait de se référer au cycle de la vie en ciblant différentes périodes allant de la gestation à la vieillesse (« du berceau à la tombe »), tandis qu'une approche épidémiologique se centrerait sur les maladies prévalentes et les handicaps, les groupes vulnérables ou à risque, ou sur une combinaison de ces éléments.

La sélection des services peut également s'inspirer de l'identification des mesures importantes de santé publique, parfois appelées « les fonctions essentielles de santé publique ». Dans le cas présent, la santé publique se définit comme « les efforts déployés par une société pour prévenir la maladie, prolonger la vie et promouvoir la santé ».

L'OMS a obtenu un consensus sur ces fonctions, en sollicitant l'opinion d'experts

### ***Tableau 2. Les fonctions essentielles de santé publique***

- 
- La surveillance de la situation sanitaire
  - La protection de l'environnement
  - La promotion de la santé
  - La prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles
  - Les lois et les règlements en matière de santé publique
  - La santé au travail
  - Les services de santé publique
  - La gestion de la santé publique
  - Les soins aux populations vulnérables et à risque élevé
-

des quatre coins du monde à l'aide de la méthode Delphi, et elle les a regroupées en neuf catégories (voir le Tableau 2).

La tentative de classification qui précède montre la difficulté de cerner les implications de la santé publique, puisque, déjà, elle ne représente pas une série de groupes distincts d'activités. Par exemple, la relation entre les fonctions de santé publique et les services de soins personnels est mal définie, bien qu'il y ait consensus sur le fait que les services de soins de santé personnels fassent partie des fonctions de santé publique, dans la mesure où ils apportent des bénéfices à l'ensemble de la population. (48) De plus, cette formulation était l'idée que l'intégration des activités liées à la médecine et liées à la santé publique est non seulement possible mais souhaitable.

Dans un territoire donné, au sein de sociétés où la libre entreprise est la règle, la configuration générale est souvent celle de l'hétérogénéité des services de santé. Les services peuvent être concentrés dans certaines zones ou dispersés sur tout le territoire. Les services peuvent relever du secteur public ou privé. Certains sont regroupés en consortiums, tandis que d'autres sont en grande mesure isolés et autonomes. Des services identiques peuvent être placés sous le contrôle de différentes administrations de service public. Certains services peuvent être fournis en excès lorsqu'ils ne sont régis que par les lois du marché.

A l'inverse, dans les sociétés où il y a une réglementation et un contrôle du gouvernement, les risques de chevauchement ou de sous-représentation de services peuvent être minimisés. Dans tous les cas, pour assurer une utilisation et une coordination ou une intégration optimales des services, un inventaire de tous les services disponibles dans un territoire donné devrait être tenu à jour tout comme devraient exister des informations sur les performances réelles de ces services, éventuellement par des dispositifs appropriés d'évaluation de la qualité.

### ***Les liens***

En règle générale, l'harmonisation d'une grande variété d'activités de différents groupes professionnels ne se réalise ni facilement ni naturellement, même si ces derniers sont authentiquement mus par la même volonté de répondre aux besoins de santé des personnes. Elle doit être organisée.

Examinons la situation la plus favorable, selon laquelle les services de santé essentiels pour une population de référence peuvent être dispensés par le même établissement de santé, par exemple, un centre de santé. Dans un tel cas, un dispositif peut être en place (voir le Tableau 3), prévoyant la collecte systématique de données sur la santé de la population étudiée (A), dans le but d'obtenir une évaluation globale de l'état de santé et des risques pour la santé (B). Une analyse plus approfondie et une hiérarchisation des besoins de santé pour le choix des priorités, donneraient lieu à une gamme de services appropriés (C et D).

La gamme des services appropriés peut couvrir un éventail de soins curatifs, préventifs, de réadaptation et de promotion. Ces services peuvent cibler des individus, des familles et la communauté tout entière, ou encore des sous-groupes comme les enfants d'âge scolaire, les travailleurs, les personnes âgées, les handicapés, les chômeurs ou les patients souffrant de maladies chroniques.

**Tableau 3 : Les étapes et les liens dans le développement de services de santé**

- 
- Une population de référence (A)
  - Des statistiques vitales et des données sur la santé (B)
  - Des besoins et priorités en santé (C)
  - Une gamme de services appropriés (D)
  - Une répartition des rôles (E)
  - Une dispensation coordonnée/intégrée des services (F)
  - L'impact des services (G)
- 

Ces services seraient dispensés par un ensemble de personnels de santé : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, spécialistes de l'environnement et autres (E). La coordination ou l'intégration de leur travail est nécessaire pour garantir une atteinte optimale des objectifs du centre de santé, en matière de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité (F et G).

Les liens entre certains types d'activités doivent être clairement précisés. Par exemple, dans un contexte de continuité des soins aux patients, un protocole spécifiera la plus efficiente contribution des différents types de personnels de santé, avec des instructions de complémentarité et de chevauchement minimal, ainsi que de tenue d'un dossier unique pour le patient ou la famille.

Dans le cas d'un programme de santé communautaire, les liens entre les activités doivent être encore plus rigoureusement planifiés. Par exemple, pour un programme de contrôle du diabète, une interaction très étroite devrait exister entre les services suivants : la nutrition, l'endocrinologie, la cardiologie, la physiothérapie, les soins infirmiers et le soutien social. Dans le cas d'un programme de lutte contre la violence, un nombre encore plus grand d'interventions pourraient être nécessaires pour agir sur une foule de déterminants, allant de la santé personnelle à la santé communautaire. L'accent devrait être mis sur les dispositifs assurant un soutien et un renforcement mutuels entre les activités s'adressant aux individus et celles concernant l'ensemble de la communauté.

Le concept de soins primaires orientés sur la communauté (Community Oriented Primary Care—COPC) signifie la prise en compte des problèmes du patient dans le contexte de sa famille et de la communauté et l'action sur les facteurs présents dans la famille ou la communauté, capables d'influer sur la santé d'un individu. (49) Le dossier du patient renferme des données sur la santé concernant l'individu ou sa famille ainsi qu'une mesure des événements marquants de santé communautaire. Le concept de SPOC est un exemple d'approche créant des liens entre santé individuelle et santé communautaire. (50) Partisans et opposants de cette approche ont exprimé leurs opinions sur sa faisabilité.

Les services de santé individuelle et communautaire peuvent être intimement liés. Par exemple, dans les cliniques de santé infantile, les mères peuvent être informées des risques qu'induisent la consommation de l'eau, l'élimination des déchets et ainsi de suite. Durant une campagne de promotion de l'hygiène, des visiteurs à domicile peuvent, soit dispenser un service direct pour traiter des affections

mineures, soit orienter les patients vers une structure de soins cliniques d'un niveau approprié. Alors que la coordination peut être obtenue grâce à la bonne volonté et à un *modus operandi*, l'intégration exige un processus formel où les acteurs acceptent de dispenser des services dans le contexte d'un modèle organisationnel assurant une meilleure convergence de leurs efforts, pour défendre la cause de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité. Certains voient à juste titre les soins primaires centrés sur la communauté comme la pierre angulaire de la réforme des services de santé. (51)

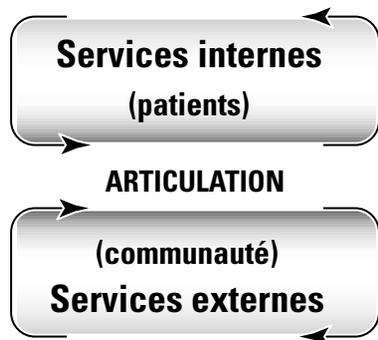
Le processus formel d'intégration devrait être schématisé par un diagramme ou un organigramme pour préciser clairement l'engagement de chacun et pour aider à planifier le travail conjoint et à en évaluer la performance. Un diagramme organisationnel devrait présenter la gamme des services proposés, leur mode d'interaction et la répartition du travail entre les différentes catégories de personnel. Ces éléments pourraient, par exemple, être aisément identifiés sur un tableau horaire hebdomadaire.

Des réunions et des mises en commun de techniques et de dossiers peuvent servir à stimuler le processus d'intégration. Par exemple, dans les cliniques de soins ambulatoires, certains patients pourraient être choisis pour servir de « traceurs », pour faciliter le suivi des problèmes de santé prioritaires dans la communauté. La technique des traceurs ou « cas index » a été utilisée pour susciter des programmes d'intervention spécifiques à l'échelle de la communauté et comme un moyen d'associer la médecine et la santé publique. (52)

À un certain moment, les données cliniques et les données de santé communautaire sont examinées conjointement pour obtenir une image globale de la santé de la population de référence, réajuster si besoin les services proposés et renforcer le processus d'intégration. De telles études conjointes peuvent se dérouler lors de réunions régulières des principaux acteurs du secteur de la santé ou en mettant en œuvre des techniques plus sophistiquées de gestion de l'information sanitaire. (53) La figure 9 montre comment les données sur les soins aux patients et sur les programmes de santé communautaire alimentent des rencontres régulières « d'articulation », rencontres déjà utilisées dans des centres intégrés de santé en

Algérie, pour aider à planifier des services appropriés répondant aux besoins des personnes. (54)

Le cas du centre de santé « auto-suffisant », ciblant une population générale de référence, est loin de constituer la règle. Dans les zones reculées, surtout dans les pays en développement, un établissement de santé peut assumer à lui seul la charge d'une vaste gamme de services de santé et peut donc plus aisément développer l'intégration. (55) Par ailleurs, c'est seulement dans des circonstances exceptionnelles que des établissements de santé intégrés avec responsabilité d'une population ont été institutionnalisés à l'échelle d'une nation, soit



**Figure 9. L'articulation entre les programmes dans un territoire de santé intégré**

sous l'influence d'un fort leadership idéologique (par exemple à Cuba), soit avec le soutien d'une aide extérieure.

En général, les mesures incitatives pour travailler selon un mode intégré sont peu nombreuses. Les divisions entre santé individuelle et santé de la population, la ruée vers les services spécialisés, la rivalité entre les professions de santé et la concurrence entre secteurs public et privé et au sein du secteur privé, contribuent plutôt à une fragmentation fort répandue. Des modèles doivent être élaborés pour freiner cette tendance et suggérer des modalités favorisant la convergence et l'intégration du travail des intervenants concernés; des mesures incitatives appropriées doivent être mises en place. (56)

Dans la plupart des cas, le système de dispensation des services de santé fonctionne comme un « circuit ouvert », dans lequel les différents établissements de santé (par exemple un poste sanitaire, un centre de santé, un cabinet de médecine générale, un hôpital de district) n'offrent qu'une partie de l'ensemble des services de santé dont la population de référence a besoin.

Toutefois, dans un système pluraliste, et même en l'absence d'un organisme officiel de coordination ou de réglementation, certains établissements de santé peuvent initier une approche altruiste, fondée sur les besoins. Le cas des hôpitaux « promoteurs de la santé » représente une démonstration des liens menant à l'intégration, soit pour assurer la continuité des soins du patient de l'hôpital au domicile (57), soit pour assumer une responsabilité sociale, en facilitant l'accès aux soins et services de santé à ceux qui en ont le plus besoin dans la communauté locale. (58)

Certaines organisations de protection de la santé (appelées « health maintenance organizations » HMO aux Etats-Unis) ou d'importants contrats d'assurance de santé, offrant une large gamme de services à leurs adhérents, peuvent aussi, soit pour des raisons de rentabilité ou pour des raisons humanitaires, adopter une vision holistique de la santé de leurs clients. De même, les professions de santé peuvent élargir leur perspective de travail, au-delà d'un étroit domaine de compétences, et collaborer à des initiatives pour mieux répondre aux besoins des personnes. Par exemple, des cliniciens peuvent consacrer du temps à des programmes de santé communautaire et offerts à l'ensemble de la population, soit sur une base contractuelle, soit dans le contexte de leur travail régulier. Les équipes de soins de santé primaires, incluant des médecins généralistes ou des médecins de famille, sont habituellement disposées à créer des liens avec plusieurs partenaires de santé pour promouvoir des services de santé globaux et intégrés.

Dans certains pays, il existe des politiques nationales permettant aux médecins généralistes ou aux médecins de famille d'assumer des responsabilités de coordination dans la dispensation de services de santé en agissant, par exemple, comme « gatekeeper » pour décider l'accès aux soins spécialisés et pour fournir des soins complets de première ligne. Le principe de la liste de patients (proche du principe de population de référence) et la délégation de pouvoir pour utiliser les services de santé dans une région donnée, comme au Royaume-Uni, peuvent inciter des cabinets de médecins généralistes à s'engager en faveur de l'unité d'action dans le système de santé. (59)

L'établissement de divisions de médecine générale en Australie, pour explorer les moyens de mieux coordonner les soins pour certaines catégories de patients,

représente aussi un intéressant mouvement dans la bonne direction. (60)

Les modèles organisationnels pour l'intégration varieront en fonction du contexte politique et socio-économique. Néanmoins, nous préconisons que de tels modèles revêtent les caractéristiques suivantes :

- *Fondés sur les besoins.* Pour une population de référence donnée, dans un territoire précis, les services de santé devraient être proposés dans l'intention de mieux répondre aux besoins de santé des individus et de la population.
- *Le partenariat.* Plusieurs partenaires de la santé et dispensateurs de services devraient être mobilisés pour offrir une gamme minimale de services nécessaires, avec priorité donnée à l'intérêt général par rapport aux intérêts privés.
- *Un mécanisme de régulation.* Les intervenants ou les partenaires devraient accepter que les services destinés à une population donnée soient planifiés, pour éviter les chevauchements inutiles, combler les lacunes et assurer la productivité, en se conformant aux impératifs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité.
- *Des incitations.* Le modèle devrait prévoir des mesures incitatives (matérielles ou autres) et des opportunités d'emploi attractives, afin de stimuler et soutenir le processus menant à la complémentarité ou à l'intégration du travail des partenaires.
- *Un système d'information.* Des données sanitaires devraient être accessibles à tous les partenaires pour leur permettre d'évaluer les situations de santé et l'impact des interventions de santé. Dans la mesure du possible, leur contribution respective dans le processus d'intégration devrait être documentée.

## Une gestion globale de l'information sanitaire

La gestion appropriée de l'information sanitaire peut-elle servir à cimenter et à faciliter l'unité pour la santé ?

**La disponibilité.** On aimerait penser que si, pour une population donnée, on disposait de données élaborées sur la situation sanitaire—sur l'existence des facteurs de risque pertinents, la vulnérabilité de sous-groupes, les tendances de morbidité et de mortalité, les ressources de santé disponibles et le niveau des dépenses de santé—de meilleures décisions seraient prises dans le système de dispensation des soins. L'accès à ces données de santé et leur utilisation par les principaux intervenants ou partenaires leur permettraient, en principe, d'évaluer le fonctionnement des processus d'intégration et le degré d'atteinte des valeurs de la « boussole de la santé » : la qualité, l'équité, la pertinence, l'efficacité. Des traceurs pertinents seraient choisis dans ce but.

Par exemple, les indicateurs de qualité pourraient renvoyer à certaines causes de mortalité et de morbidité ainsi qu'à la satisfaction du client ; les indicateurs d'équité pourraient mesurer l'accès de tous et en particulier des groupes vulnérables, aux services de santé de base; les indicateurs de pertinence pourraient évaluer si les

problèmes prioritaires de santé ont fait l'objet d'une attention spéciale, les indicateurs d'efficacité pourraient juger de choix appropriés dans l'utilisation de technologies de santé et de médicaments.

Évidemment, l'argumentaire en faveur de la dispensation de services de santé globaux pour une population suppose un système complet de gestion de l'information sanitaire. (61) Les fonctions remplies par un tel système sont évoquées dans le tableau 4.

**Tableau 4. Les fonctions d'un système global de gestion de l'information sanitaire**

- 
- La collecte de données sanitaires concernant les populations de référence et provenant de diverses sources.
  - Le transfert des données sanitaires vers un centre unique de traitement situé au sein de la population de référence.
  - L'agrégation des données sanitaires.
  - La diffusion de synthèses des données sanitaires aux principaux intervenants
  - L'utilisation des données sanitaires dans la prise de décision conformément aux valeurs de santé recherchées.
  - L'évaluation de la performance
- 

Habituellement, les données sanitaires ne manquent pas, même dans les contextes les plus deshérités. Bien souvent, les établissements de santé produisent plus de données qu'il n'est possible d'en traiter. Les cliniques, les centres de santé et les hôpitaux accumulent d'immenses quantités de dossiers de patients, qui pourraient faire l'objet d'études recherchant les raisons de consultation, les problèmes de santé, les résultats et autres paramètres. Les enregistrements épidémiologiques sont généralement disponibles ; en revanche, on ne peut pas systématiquement obtenir des données sur les risques pour la santé, les comportements de santé et l'hygiène environnementale. Des efforts doivent être déployés pour définir les bases de données minimales nécessaires pour piloter un service de santé, en vue de l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité en santé, au bénéfice de la population de référence. On s'assurera également que ceux qui recueillent les données puissent directement bénéficier de leur analyse pour une prise de décision optimale. (62,63)

**L'utilisation par toutes les parties concernées.** C'est un défi de mettre en place une agrégation systématique de données cliniques et épidémiologiques pour la conception, l'organisation et l'évaluation de programmes d'intervention pour l'ensemble de la population. En retour, la connaissance des risques de santé dans une population donnée peut aider les prestataires de services à mieux utiliser les ressources disponibles au bénéfice de leurs clients et leur famille.

Le partage de l'information peut devenir une puissante stimulation pour l'intégration, puisque l'accès à une base de données commune aux principaux partenaires peut les inciter à évaluer comment ils peuvent contribuer au mieux à la

## Des soins cliniques à la santé communautaire

Un gastro-entérologue d'une ville de taille moyenne se demande comment des données sur les polypes intestinaux, l'un de ses domaines de spécialisation, pourraient être recueillies systématiquement, auprès de ses collègues établis dans la province. Ces données pourraient ensuite être traitées par une unité centrale d'épidémiologie, pour identifier les facteurs de risque locaux favorisant la transformation maligne des polypes, dans le but d'aider à décider des meilleures pratiques de prévention, de dépistage et de suivi. Il présume que la télématique réduirait la lourdeur de la transmission des données et que la centralisation des données cliniques provenant de différentes sources favoriserait l'élaboration de programmes utiles de promotion de la santé communautaire.

santé du public. Les priorités et les lacunes dans la dispensation des services de santé, ainsi que les nouvelles opportunités de travail, peuvent ainsi être mieux identifiées.

Les données sanitaires, en provenance de différentes sources, seraient envoyées

## Un client informé peut agir de manière responsable

- Dans certains pays, les personnes conservent leur propre carnet de santé dans lequel est consigné tout événement de santé majeur. Elles l'apportent avec elles lors d'une consultation chez un professionnel de santé. Ce carnet attire aussi l'attention du consommateur sur les risques prévalents dans certaines catégories d'âge et fournit des conseils sur les modes de vie souhaitables.
- Les consommateurs peuvent s'organiser en groupe pour examiner les données locales sur l'état de santé, sur les risques de santé ou sur la qualité des services de santé. Ils obtiennent ainsi des arguments pour demander des services, exercer une pression sur les organisations responsables ou pour mettre en place une assistance relative à certains problèmes de santé ou handicaps.
- Les associations de patients souffrant d'une infection VIH ou du SIDA et celles de patients atteints d'autres maladies chroniques sont d'éclatants exemples de situations où des personnes bien informées prennent une part active dans leur santé.
- Le dossier informatisé de santé individuelle (type carte à puce), qui ressemble à une carte de crédit, est un autre exemple de moyen de responsabiliser les personnes. Malgré leur caractère encore largement expérimental, le potentiel de telles cartes peut se révéler énorme. Elles pourraient non seulement fournir à l'individu un accès facile à son propre dossier de santé, mais aussi permettre d'obtenir, à partir d'une banque de données centrale, des informations mises à jour qui soient utiles à leur situation personnelle. Par exemple, les personnes souffrant de certaines maladies chroniques pourraient être en mesure d'échanger par télécommunication avec d'autres patients atteints d'affections semblables sur les meilleures façons de vivre avec de tels problèmes.

pour analyse à un centre unique de traitements, situé au sein de la population de référence (type district). Des tableaux de bords sanitaires seraient régulièrement mis à la disposition de chaque partenaire ou intervenant principal (c'est-à-dire les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les consommateurs). Des mesures seraient prises pour garantir la confidentialité des données individuelles de santé. On fait ici l'hypothèse que, grâce à la transparence et à la facilité d'accès à l'information sur la situation sanitaire et sur les actions de santé dans une région donnée, les intervenants auraient des occasions de réajuster leur travail pour en améliorer la performance, dans le but de mieux répondre aux besoins des personnes. (53)

Si, par exemple, on offrait aux consommateurs, un accès facile à des bases utiles de données sur la santé, ils seraient mieux placés pour prendre des décisions éclairées concernant la protection et la restauration de leur propre santé.

La télématique et la technologie informatique peuvent accélérer l'évolution vers un système global de gestion de la santé pour l'ensemble d'une population de référence, avec une charge minimale pour les intervenants contribuant au recueil des données. (64) Le système permettrait des décisions fondées sur des données probantes, pour l'attribution des ressources en fonction des besoins des personnes. Il devrait favoriser l'instauration d'une culture de gestion selon laquelle chacun aurait accès à l'information pertinente pour faire des choix de façon plus responsable et autonome concernant son approche de travail.

Cependant, de tels systèmes d'information peuvent susciter une résistance, puisque la transparence peut entraîner un changement dans les prérogatives des uns et des autres ou un partage plus équitable du pouvoir entre les intervenants et révéler des manquements en regard de leur responsabilité. On peut donc s'attendre à une réticence au partage de l'information entre centres de soins primaires et centres de référence, entre professionnels de santé et patients, entre secteurs public et privé, entre spécialistes et entre services de médecine et de santé publique. Les problèmes de confidentialité doivent également être considérés et résolus.

Même si le maintien d'un système global de gestion de l'information sanitaire nécessite un niveau élevé de compétence et d'importantes ressources, le pouvoir de l'information et les modes de collaboration qu'il favorise l'emporteront inévitablement. Des pays en développement rapide, comme la Malaisie, ont adopté une politique nationale d'utilisation des technologies de l'information pour fournir des données aux principaux intervenants de la santé, prestataires autant que bénéficiaires. Ce flux de données a pour but de maximiser l'utilisation des ressources de santé et de créer des convergences d'intérêts dans le système de santé. (65)

# Les implications pour les professionnels de santé

Les professions de santé sont au cœur de la réussite de l'évolution vers l'unité dans les services de santé. Si les professions de santé sont tenues d'adapter leur pratique et leur formation à de nouvelles approches dans la dispensation des services de santé, en retour elles peuvent influencer de façon significative le processus de changement. (66)

En abordant la problématique du développement des professions de santé, on comprend mieux les avantages d'une approche systémique. L'utilisation optimale des ressources humaines dans le champ de la santé résulte en effet d'une suite coordonnée d'éléments, tels que : une définition claire des missions et du modèle de fonctionnement des services où les professionnels de santé sont appelés à travailler; une définition appropriée des rôles et des niveaux de responsabilités des professionnels; l'observation de recommandations de bonne pratique; des conditions de travail appropriées et une motivation professionnelle; un système pertinent et efficace de formation.

Chaque action est influencée par les autres. Il est donc opportun de comprendre les inter-relations entre les organisations et les institutions chargées des principales responsabilités dans le développement des professions de santé et d'encourager les interactions productives. La figure 5, par exemple, met en évidence le réseau des liens souhaitables entre les changements dans les services de santé, la pratique médicale et la formation médicale en vue de progrès continus vers la réalisation d'un objectif commun dans le cas présent, l'objectif de l'OMS, « La Santé pour Tous ». (13,14)

## Les implications pour la pratique

En quoi la pratique des professionnels de santé est-elle modifiée, dans un environnement de travail où les principes du projet VUPS sont appliqués ?

### *De nouveaux rôles*

S'il s'avère que les rôles et les responsabilités du personnel de santé sont influencés, par les attentes et les besoins de santé des personnes et par les caractéristiques essentielles d'une approche intégrée dans la dispensation des services, on peut s'attendre à des opportunités et des défis nouveaux pour les professions de santé elles-mêmes.

À l'heure actuelle, les modèles d'excellence dans la pratique des professionnels de santé mettent trop souvent en exergue le savoir-faire spécialisé. Le public, qui réagit largement à l'influence des médias, a tendance à vénérer ceux qui maîtrisent

des procédures ésotériques de haute technologie. En revanche, il accorde une moindre reconnaissance à ceux qui, comme les médecins généralistes, mettent en pratique leurs compétences dans le cadre d'une approche holistique de la santé et de la maladie. De plus, il ignore quasiment le travail de « gardien » de la santé de la population effectué par les professionnels de santé publique.

Cette situation s'explique en grande partie par la visibilité des impacts. Les effets à court terme et immédiatement démontrables, comme une intervention sauvant une vie, servent plus souvent de critères de réussite et de prestige qu'une action visant un impact à long terme comme un changement de mode de vie. En réalité, de nombreux programmes de prévention, comme la prévention du tabagisme, sauvent également des vies, mais ils ne sont habituellement pas perçus comme tels par la majorité du public en raison du temps qui s'écoule entre l'action et son impact. Si la gloire de la médecine réside dans la lutte contre les maladies ou les incapacités, celle de la santé publique réside dans la prévention de leur apparition. Généralement, les gros titres favorisent la première aux dépens de la deuxième.

Manifestement, les contributions sont évaluées à l'aune de différentes échelles, non seulement par le public mais aussi par les professions de santé elles-mêmes. Avec un public mieux informé et une évaluation critique des possibilités et des limites respectives des soins médicaux et des interventions liées à la santé, l'image des professions de santé est susceptible d'évoluer.

En devenant plus conscient de la vaste gamme des déterminants de la santé, comme ceux liés à la dégradation de l'environnement, le public va commencer à acquérir une compréhension plus équilibrée des causes de la bonne et de la mauvaise santé et il reconnaîtra les mérites de diverses mesures, qui vont au-delà des procédures médicales et biotechniques. À terme, cela renforcera l'image des professions de santé qui mettent en œuvre un spectre de compétences pour obtenir un impact sanitaire efficace et durable par diverses actions, incluant la promotion, l'éducation et l'activisme sanitaire et social.

Le statut des « **généralistes** » gagnera en prestige à mesure que seront connues et appréciées leur capacité à coordonner de nombreux services de santé individuelle et communautaire et leur aptitude à communiquer avec d'autres acteurs de santé pour améliorer durablement la qualité et l'équité. Avec l'accroissement des spécialistes et des services spécialisés, le public—même s'il est mieux informé sur les questions de santé—aura besoin de l'assistance de « courtiers » tels que les généralistes, pour l'aider à prendre les meilleures décisions pour la protection ou la restauration de sa santé. Le recours accru aux généralistes semble aussi largement favorisé par la pression pour l'efficacité dans les soins et pour une distribution plus équitable des ressources, dans la perspective d'un système de santé intégré.

La question posée est « Qu'est-ce qu'être généraliste ? ». Cela tient-il au fait d'appartenir à une catégorie professionnelle particulière, ou au fait d'être capable de comprendre globalement ce qui peut déterminer la santé et la maladie et aider les personnes, les familles et les communautés à obtenir une réponse adaptée à leurs besoins de santé complexes ? Un médecin généraliste, un médecin de famille, une infirmière praticienne, un travailleur en santé communautaire—toute personne travaillant au sein d'une équipe de soins de santé primaires—aurait droit au titre.

En fait, dans une certaine mesure, les membres de toute profession de santé

devraient faire preuve de compétences de ce type, puisqu'ils cherchent tous à mieux répondre aux besoins tant des individus que des populations en considérant l'ensemble des facteurs physiques, psychosociaux et économiques qui influencent la santé. Ceci impliquerait également que les services de santé fassent meilleur usage des talents et des ressources, éventuellement par des processus intégrés. Il est aussi indispensable que les professions de santé, soucieuses de la qualité des services et de compassion, fassent prévaloir l'intérêt du public sur leurs intérêts sectoriels. (67)

À l'avenir, il est probable que les professions de santé seront appelées, non seulement à faire la preuve de leurs compétences dans les domaines précis de leur expertise reconnue, mais aussi à comprendre leur position respective sur l'échiquier de la santé. D'où la nécessité pour elles de travailler en coordination avec d'autres champs d'expertise, pour fournir une protection durable aux individus, aux familles et aux communautés dans leur ensemble.

Le professionnel de santé « idéal » devrait présenter un équilibre entre l'expertise de « contenu » et l'expertise d'« interaction ». L'expertise de « contenu » renvoie à la maîtrise des méthodes et des outils dans un domaine technique donné, tandis que l'expertise d'« interaction » fait référence à la capacité d'interagir avec des praticiens d'autres secteurs techniques, dans le domaine plus large de la santé et du développement. Le soutien de personnes ayant cette double compétence, de contenu et d'interaction, permettrait de réaliser des progrès notoires, dans le contexte général d'un développement durable, auquel prend part la santé.

Dans un service de santé mieux centré sur les besoins du public et sur une approche intégrée, conforme aux valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de coût-efficacité, quel serait le profil idéal du professionnel de santé ? Le profil du médecin « cinq étoiles », faisant preuve de cinq séries d'aptitudes fondamentales et

**Tableau 5 : Le profil cinq étoiles**

- 
- ★ **Un dispensateur de soins**, qui considère le patient à la fois comme individu et comme membre d'une famille et d'une communauté, et qui dispense des soins de qualité, complets, continus et personnalisés dans le cadre d'une relation de long terme basée sur la confiance.
  - ★ **Un décideur**, qui choisit les technologies utiles, en prenant en compte l'éthique et le rapport coût-efficacité, pour optimiser les soins qu'il dispense.
  - ★ **Un communicateur** capable d'écouter, d'expliquer et de convaincre pour promouvoir des modes de vie sains, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.
  - ★ **Un membre influent de la communauté**, qui, ayant gagné la confiance des personnes avec qui il travaille, peut concilier besoins des individus et besoins de la communauté et est capable d'agir au nom de cette dernière.
  - ★ **Un gestionnaire** capable de travailler harmonieusement avec des personnes et des organismes de l'intérieur et de l'extérieur du système de santé pour mieux répondre aux besoins des individus et des communautés, en faisant une utilisation appropriée des informations sanitaires disponibles.
-

symbolisant l'excellence, pourrait s'appliquer à toute profession de santé. Le profil « cinq étoiles » requiert d'être dispensateur de soins, décideur, communicateur, membre influent de la communauté (« community leader ») et gestionnaire. Le tableau 5 l'explique plus en détail. (68)

Le portrait du « médecin cinq étoiles » a été retenu comme modèle par plusieurs groupes professionnels. Les médecins généralistes ou les médecins de famille y voient généralement un reflet fidèle de ce qu'ils font quotidiennement ou de ce qu'ils aspirent à faire. Néanmoins, dans la plupart des cas, leur référence est une liste de patients et de famille et non pas une population générale. Ceci indique que leur position en regard de la « quatrième étoile », « le membre influent de la communauté » a besoin d'être renforcée.

L'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) et l'OMS ont conjointement reconnu en 1994 ce qui suit :

Le médecin de famille (médecin généraliste /médecin de famille) devrait exercer un rôle central dans l'atteinte de la qualité, de l'efficacité et de l'équité dans les systèmes de soins de santé. Pour assumer cette responsabilité, le médecin de famille doit être hautement compétent dans les soins aux patients et il doit savoir intégrer santé individuelle et santé communautaire. (16,69)

Nous constatons que les médecins généralistes et les médecins de famille envisagent en général de jouer un rôle important pour relever les défis mentionnés précédemment et ils reconnaissent devoir s'adapter pour jouer un rôle plus proactif dans la coordination de la santé individuelle et des services de santé communautaire dans une population donnée—démarche au cœur du projet « Vers l'Unité pour la Santé ». Cette aspiration générale a été confirmée par des porte-parole d'associations médicales du monde entier, en particulier de l'Afrique (70), de l'Asie (71) et de l'Amérique du Nord. (72)

Nous répétons ici que le profil « cinq étoiles » conviendrait à n'importe quel membre d'une équipe de soins de santé primaires, déterminé à travailler dans un système intégré de dispensation des services de santé—médecins, infirmiers ou infirmières, dentistes, paramédicaux—quoique chacun puisse accorder une importance variable aux différentes « étoiles ». Les pharmaciens ont également mêlé leur voix au chœur et ont suggéré l'ajout de deux autres séries d'aptitudes pour construire un profil « sept étoiles ». (73) À notre avis, les spécialistes eux-mêmes pourraient, dans une certaine mesure, prétendre à ce label, en suivant le même modèle, lorsqu'ils tentent de s'adapter aux exigences d'un système de santé fondé sur les besoins des personnes.

Avec le mouvement pour établir des systèmes de santé plus efficaces et la tendance à valoriser à cette fin les approches intégrées, de nouveaux modèles de pratique devraient apparaître et de nouveaux rôles pour les professionnels de santé devraient être définis. (74) La tendance à une plus grande transparence et à une meilleure diffusion des données sanitaires pour évaluer le respect des valeurs retenues, notamment l'efficacité, favorisera le développement de certaines pratiques, particulièrement le travail en équipe multidisciplinaire au niveau des soins primaires, ainsi que le travail en équipe dans l'ensemble du système de dispensation des services.

De nouvelles professions seront peut-être créées pour combler des lacunes ou, plus probablement, les professions actuelles devront s'adapter pour tirer profit des opportunités qui surgiront. Si et quand l'évolution vers des procédures intégrées deviendra générale, les professions de santé devraient manifester un intérêt pour cette adaptation.

Plusieurs motifs pourraient les inspirer : l'authentique intérêt à devenir des acteurs du processus de changement; la détermination à préserver le plus grand nombre de leurs prérogatives tout en renonçant stratégiquement à certaines d'entre elles; un désir de se positionner afin de profiter de la nouvelle donne pour grandir et se développer. L'expérience a montré que les professions de santé peuvent s'adapter non seulement en appliquant de nouvelles procédures, mais aussi en évoluant fortement dans leurs styles de fonctionnement. On peut citer en exemple le cas de spécialistes cliniciens aux États-Unis d'Amérique qui sont devenus médecins de famille en raison d'opportunités offertes par un dispositif type « managed-care ». (75)

Dans tous les cas, les compétences et savoir-faire requis devraient être identifiés et évalués et des certifications devraient être délivrées à l'issue de programmes performants de formation médicale continue. Diverses interventions éducatives peuvent être envisagées pour transmettre les savoir-faire nouveaux et pour, autant que possible obtenir, au sein du personnel de santé, les substitutions et les complémentarités nécessaires dans la perspective d'un service fonctionnant selon les principes VUPS.

### ***Les incitations***

Les professions de santé estimeront que leur participation à l'évolution du système de santé est valorisée de manière satisfaisante, si leur contribution est reconnue à sa juste valeur et si leur niveau professionnel est amélioré. L'histoire a montré que les sociétés ne sont pas transformées durablement par de seules idées généreuses. Pour avoir un effet durable sur la qualité de vie, les bonnes idées doivent être traduites en des modes d'organisation bien implantés, avec le soutien optimal des personnes concernées.

L'adhésion totale des professions de santé à une nouvelle philosophie de travail devrait résulter de leur contribution active à son élaboration. Les compensations ou les incitations amenant les professions de santé à travailler en faveur de l'unité pour la santé pourraient être de différentes natures.

### **L'adhésion à un code d'éthique**

Prenant acte de sa valeur, les professions de santé peuvent souhaiter reconnaître officiellement que l'application d'une approche holistique pour restaurer et promouvoir la santé des individus et des populations, conformément aux valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité, est un devoir et une manifestation importante de leur code d'éthique. Elles peuvent désirer manifester publiquement leur engagement en prêtant serment. Le « Consensus de Phuket », adopté par les participants de la conférence internationale de l'OMS, « Vers l'unité pour la santé » en 1999, constitue un exemple d'un nouveau contrat social pour les professions de santé. Voir l'annexe 2.

Depuis des siècles, dans diverses régions du monde, la profession médicale a adopté le Serment d'Hippocrate comme référence pour son exercice. Dans certains pays, les nouveaux docteurs en médecine ne peuvent obtenir leur autorisation d'exercice que s'ils ont prêté serment, publiquement et par écrit, qu'ils suivront les règles proposées par l'illustre médecin grec du cinquième siècle avant Jésus-Christ.

Même si certains estiment que le Serment d'Hippocrate est encore pertinent aujourd'hui, son actualité et son exhaustivité sont remises en cause par d'autres, compte-tenu des défis sans précédent auxquels sont confrontés partout dans le monde les personnes et les sociétés. (76,77,78) Il a été suggéré que non seulement les médecins, mais aussi tous les acteurs de santé, puissent prêter un serment, qui refléterait plus fidèlement des valeurs du type de celles inhérentes à l'approche VUPS.

### La reconnaissance et le statut

Le facteur humain et les ressources humaines sont essentiels à tout changement réussi et durable dans la société. Dans le champ de la santé, la contribution spécifique des professions de santé doit être reconnue de manière appropriée. Le mérite lié au travail dans un contexte de service de santé basé sur les besoins des personnes devrait être aussi pleinement valorisé. Une pratique orientée par ces principes devrait être reconnue de façon formelle, éventuellement par un dispositif d'accréditation. Des normes et des critères pourraient être élaborés pour préciser et à terme évaluer la façon avec laquelle une profession de santé s'acquitte de l'obligation de dispenser des services de haute qualité, de manière équitable et efficiente. Pour faciliter le respect de ces normes, une formation continue et des services consultatifs devraient être largement mis à disposition.

Autant dans l'intérêt des professions de santé que dans celui du public, il est utile de préciser, éventuellement par un dispositif réglementaire, le niveau de responsabilité de ces professions vis-à-vis de la société, pour ce qui concerne l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficience.

### La motivation professionnelle

Les modes de pratique inspirés par les principes inhérents au projet VUPS devraient être rendus attrayants et être source de satisfaction professionnelle. Ainsi les professions de santé devraient être informées de leur niveau de contribution aux progrès réalisés dans la dispensation des services et dans le niveau de santé de la population.

Chaque profession de santé devrait sentir qu'elle fait partie intégrante d'un service mu par les valeurs évoquées plus haut et devrait comprendre sa position sur l'échiquier du secteur de la santé. Les professionnels devraient pouvoir tirer une satisfaction professionnelle en prenant conscience de leur capacité à agir sur les déterminants de la santé. Ils devraient pouvoir apprécier les opportunités offertes par un travail dans un système ouvert, au-delà des limites habituelles d'une discipline professionnelle particulière, permettant une évolution de carrière, une mobilité professionnelle et un épanouissement personnel.

### Les incitations matérielles

Des incitations matérielles devraient être allouées aux professions de santé afin de compenser équitablement les efforts qu'elles déploient pour dispenser des services dans un système de santé s'efforçant de répondre aux besoins des personnes. Des conditions de travail favorisant la création de l'unité pour la santé doivent être aménagées, en particulier en fournissant des équipements et du matériel permettant la gestion optimale des ressources de santé et l'utilisation des informations sanitaires.

Le problème des indemnités financières doit être abordé à la fois du point de vue éthique et pratique. Fondamentalement, le secteur de la santé doit être guidé par l'intérêt public et non par des buts lucratifs. Évidemment, les situations de sous-rémunération de professionnels travaillant dans des conditions pénibles ou de non paiement pendant des mois de professionnels du secteur public doivent être corrigées avant de demander à ces professionnels des efforts supplémentaires dans la dispensation de services. Alors que les choix de carrière semblent de plus en plus influencés par la tension entre deux désirs—le niveau de salaire en regard de la satisfaction professionnelle attendue—il est important d'envisager sans idée préconçue la façon dont les professions de santé se situent par rapport à l'argent. (79)

Le paiement à l'acte, laissé à la seule appréciation du prestataire, et le salaire fixé par une autorité centrale représentent deux extrêmes dans la gamme des modes de rémunération, qui ont fait la preuve de leurs limites. Le premier ne répond pas bien au problème de l'équité, tandis que le second est souvent corrélé avec une qualité déficiente des services de santé. Pour servir au mieux la santé du public, tant individuelle que collective, il est probablement juste de considérer qu'aucun de ces deux modes de rémunération n'est pleinement compatible avec un service de santé guidé par les principes de « Vers l'unité pour la santé ».

Il faudrait concevoir des modes alternatifs de rémunération respectant les différents systèmes de valeurs socio-culturels : rémunération à l'acte, salaire, rémunération à la capitation, rémunération en fonction de l'activité, rémunération en fonction des résultats. De multiples sources de financement devraient probablement être mises à contribution pour les professionnels de santé remplissant toutes les obligations requises par un profil professionnel donné (voir, par exemple, les domaines de responsabilités décrits dans le « profil cinq étoiles » du tableau 5).

Cependant, comme le projet VUPS vise à réduire la fragmentation du système de santé, ne serait-ce pas contre-productif de préconiser une fragmentation des modes de rémunération ?

Cette contradiction n'est qu'apparente si la rémunération provenant de ces différentes sources est gérée par une seule entité de coordination et de régulation, pour répondre aux besoins de santé globaux d'une population de référence. Le problème de la rémunération des professionnels de santé ne peut être réglé judicieusement que s'il est considéré dans le contexte plus large des politiques de financement de la santé et relié aux initiatives pour encourager des entreprises de soutien mutuel entre sources de financement privées (dépenses à la charge des usagers, régimes d'assurance divers) et fonds publics. (80)

## Les implications pour la formation

### *La responsabilité sociale des institutions de formation*

Même si la formation des professionnels de santé peut être dispensée par des associations professionnelles (comme c'est le cas pour la formation continue ou pour la formation post-universitaire) ou par des organisations sanitaires (dans le cas de formation pratique d'agents de santé de niveau intermédiaire), la responsabilité première de la formation des générations futures de professionnels de santé incombe aux institutions de formation. Pour notre propos, nous allons considérer que ces institutions (facultés de médecine, écoles d'infirmières et de sages-femmes, écoles paramédicales, écoles de santé publique, facultés de pharmacie, facultés d'odontologie et autres) assument actuellement trois fonctions fondamentales : l'éducation, la recherche et la dispensation de services. Il arrive aussi qu'elles puissent contribuer à l'élaboration et à la formulation de politiques de santé.

L'expression « institutions de formation » désigne ici celles à qui on confie explicitement la mission de préparer les ressources humaines dont la société a besoin. On suppose aussi que toute institution de formation a pour mission de produire des professionnels de santé munis d'aptitudes spécifiques, qu'elle jouit d'un certain degré d'autonomie dans la planification et l'organisation de son travail et qu'elle est capable de dispenser une gamme de services répondant aux besoins du public. Pour étayer une telle mission, les institutions de formation seraient appelées à mener des recherches pour générer de nouvelles connaissances et contribuer à la mise en œuvre de modes de pratiques innovants. Ce faisant, elles apporteraient une contribution particulière à l'évolution du système de santé, tout en s'acquittant de leur devoir d'anticiper les contextes où travailleront leurs futurs diplômés. Dans le cas des facultés de médecine, par exemple, ce besoin se fait particulièrement sentir, sachant qu'il s'écoule en moyenne 10 à 15 ans entre l'inscription de l'étudiant et la dispensation de services par un médecin entièrement compétent.

Les institutions de formation sont très souvent la référence des professionnels de santé qui suivent leurs directives et recommandations dans la pratique ou prennent comme modèles d'éminents professeurs. C'est là une raison supplémentaire pour que les institutions de formation soient conscientes du fait qu'elles peuvent et doivent influencer le système de santé. Leur contribution dans ce domaine dépendra de leur habileté et de leurs ressources ainsi que de leur capacité à construire des partenariats utiles avec d'autres acteurs influents de la société.

Leur potentiel n'est cependant pas utilisé de manière uniforme. On peut distinguer trois degrés pour exprimer le niveau de leur responsabilité sociale.

**La neutralité:** C'est malheureusement une situation courante, où les institutions de formation s'acquittent de leurs fonctions d'enseignement, de recherche et de dispensation de services sans vraiment se préoccuper de les adapter aux besoins évolutifs des individus, des familles ou de la communauté dans son ensemble. Sous le couvert de l'autonomie universitaire et de la recherche de l'excellence, certaines poursuivent des objectifs scientifiques et technologiques avec peu de consultation en dehors des cercles universitaires et sans suffisamment tenir compte des problèmes

de santé les plus fréquents et les plus pressants. Leurs travaux sont principalement évalués par des pairs et n'ont qu'une faible pertinence directe ou immédiate pour les personnes vivant dans la communauté environnante.

Dans le monde en développement, cette attitude a entraîné des situations désolantes. Par exemple, nous connaissons une faculté de médecine qui a annoncé fièrement ses progrès en neurochirurgie de pointe, tandis que son département de maladies infectieuses était incapable de prévenir les décès dus au choléra liés à un puits contaminé situé à environ 200 mètres de la salle d'opération.

Dans de nombreux pays en développement, les facultés de médecine et les écoles des autres professions de santé sont des répliques de celles qui existent dans des pays industrialisés et un trop grand nombre d'entre elles n'ont pas adapté leur mission en fonction des exigences spécifiques de leur environnement. Parfois même, elles demeurent plus conservatrices que leur institution mère.

Dans de nombreux pays, développés ou en développement, il est frappant de constater qu'une dispensation de services de santé de base médiocres peut cohabiter avec une recherche biomédicale élaborée. Ces institutions qui ne parviennent pas à répondre de façon satisfaisante aux besoins locaux sont alors taxées à juste titre d'être « des tours d'ivoire ».

**La réactivité:** Dans cette situation, un nombre croissant d'institutions de formation sont conscientes des besoins prioritaires de santé de la société et elles prennent l'initiative de réagir de manière responsable. Leur mission explicite est d'améliorer la santé des personnes et des populations, de faciliter l'accès universel aux services de santé et de contribuer à relever les nouveaux défis du système de santé. Un exemple témoignant de cet engagement pourrait être une forte implication dans des actions de santé communautaire, avec investissement de ressources humaines et matérielles, provenant d'un département spécialisé ou, mieux encore, de plusieurs départements de l'école.

De telles écoles adaptent leurs programmes de formation pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes. Elles évaluent et mettent à jour régulièrement les programmes de formation. Des occasions nouvelles et innovantes d'apprentissage sont proposées, dès le début et tout au long du programme, pour assurer aux étudiants un contact adéquat avec les dures réalités de la société. De plus, les étudiants sélectionnés proviennent de tous les groupes de la communauté, en particulier des moins nantis.

De telles institutions académiques ou écoles favorisent les initiatives de collaboration avec les autorités sanitaires et la communauté dans l'intention d'améliorer la pertinence de la formation, de la recherche et des programmes d'enseignement à distance. Ces institutions sont prêtes à s'adapter à l'évolution des besoins des personnes et aux changements du système de santé. Celles qui sont organisées pour utiliser systématiquement les informations sur l'état de la santé dans la communauté réagissent rapidement; les autres sont plus lentes à réagir et à s'adapter.

**La proactivité:** C'est la catégorie à laquelle nous souhaiterions voir appartenir la plupart des institutions de formation. Elle se caractérise par une attitude

d'anticipation. Dans ce cas, l'institutions met à profit ses talents et ses ressources autant que sa capacité à collaborer avec d'autres acteurs, pour procéder à une analyse documentée de la situation du secteur de la santé, pour repérer les défis à venir et pour contribuer à la conception et au développement d'approches innovantes aptes à relever ces défis.

Une compréhension approfondie de l'évolution du système de santé offre aux institutions de formation l'occasion de mieux se positionner sur l'échiquier de la santé et d'y assumer une plus grande responsabilité. Par exemple, l'ouverture sociale des facultés de médecine ne se cantonnera pas seulement à la mise en œuvre d'un programme de formation idéal pour préparer la prochaine génération de médecins, mais inclura aussi des mesures pour garantir que la nouvelle promotion de diplômés trouvera un environnement de travail compatible avec la formation reçue. Ceci signifie que la faculté de médecine, comme n'importe quel autre producteur de biens, étudie le marché pour ses produits finis et contribue à créer les conditions favorables à leur accueil (dans le cas présent, l'embauche de ses diplômés), en accord avec les attentes de la société. (81) Cette vision rejoint celle de la Déclaration et des recommandations de la Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur, préparée par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) en 1998. (82)

Un indicateur de proactivité pourrait être, par exemple, le fait de faire de la recherche sur le système de santé dans le but de fournir une base scientifique et des méthodes appropriées pour l'implantation d'un projet VUPS.

### Les concepts de l'ouverture sociale/la responsabilité sociale

Parmi ces trois positions, c'est la proactivité qui se rapproche le plus du concept d'ouverture à la société.

L'ouverture à la société est la mesure par laquelle une école répond aux besoins sociétaux. Par exemple, une école peut se préoccuper de savoir si l'efficacité de ses diplômés correspond aux attentes lorsqu'ils sont au service de la société; elle ajustera ses programmes en fonction des conclusions obtenues. Elle peut aussi examiner dans quelle mesure les résultats des recherches ont un impact sur les problèmes de santé prioritaires. Elle peut aussi s'interroger à savoir si les services de santé qu'elle offre peuvent servir de modèle valide aux dispensateurs. Ainsi, une école ouverte socialement perçoit les besoins et réagit en conséquence.

Le concept de *responsabilité sociale* va au-delà de l'ouverture sur la société, puisqu'il signifie que l'école consulte la société civile pour identifier avec elle les problèmes prioritaires et les attentes en matière de santé. L'école recherche ensuite des données probantes concernant ces problèmes et attentes, dans la perspective d'avantages à court et à long terme, à la fois pour la communauté locale et pour l'ensemble du pays voire la communauté internationale (5) dans son ensemble. Les institutions de formation devraient non seulement assumer spontanément cette responsabilité sociale mais elles devraient en plus prévoir de rendre compte de leurs actions à la société, particulièrement si elles sont financées par des fonds publics. (83)

Certes, la liberté académique doit être préservée pour permettre aux esprits créatifs d'explorer de nouveaux domaines de recherche sans interférence induite, et

pour préparer la société à faire face à de nouveaux défis. Il n'empêche que la responsabilité envers la société doit être définie et décrite avec précision. Les institutions académiques devraient en prendre l'initiative, en suggérant la façon de revoir leur mission à la lumière de l'évolution de la société et du système de santé et de réajuster en conséquence leur champ d'activités. (84,85,86) Ce faisant, elles détermineront leurs propres cadres et critères de référence pour évaluer leur responsabilité sociale et atténueront ainsi toute pression induite de la part d'organismes financeurs ou donateurs ou d'autres éléments extérieurs.

La responsabilité sociale peut se mesurer par rapport à quatre critères de référence essentiels, décrits antérieurement comme étant les valeurs fondamentales sur lesquelles devrait être fondé le développement d'un système de santé : la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité. Une taxonomie de la responsabilité sociale peut être élaborée, en définissant le degré de conformité à ces valeurs dans les trois domaines fondamentaux de la responsabilité institutionnelle : l'éducation, la recherche et la dispensation de service. Une telle taxonomie peut ainsi devenir une « grille de responsabilité sociale », permettant d'évaluer dans quelle mesure ces trois domaines contribuent à la construction d'un système de santé adapté aux besoins de la communauté ou de la nation et qui offre des soins de grande qualité, qui sont efficaces et équitables (Figure 10).

**Figure 10. La grille de responsabilité sociale**

VALEURS	DOMAINES		
	Education	Recherche	Service
Qualité			
Équité			
Pertinence			
Efficacité			

Cette taxonomie peut être approfondie de façon à repérer l'évolution de l'école vers le plus haut niveau de responsabilité sociale, qui correspond à l'obtention d'un impact sur le système de santé. Une grille étendue comporterait ainsi trois phases, nommées « phase de planification », « phase d'action » et « phase d'impact ».

L'engagement le plus modeste correspond à la phase de « planification », où l'école manifeste son intention d'entreprendre des actions de responsabilité sociale, soit par son énoncé de mission, soit par la façon dont ses départements sont organisés ou ses ressources allouées. La phase « d'action » implique un engagement plus important, puisque ici l'école fait la preuve qu'elle met en œuvre la phase de planification : une restructuration a été effectuée, du temps de personnel a été utilisé, des ressources ont été dépensées ou des activités appropriées ont été menées. Enfin, dans la phase « d'impact », l'école démontre sa contribution à des changements importants et durables dans le système de santé, qui résultent de sa capacité à

**Figure 11. La grille étendue de responsabilité sociale**

VALEURS	DOMAINES ET PHASES								
	Éducation			Recherche			Service		
	Planification	Action	Impact	Planification	Action	Impact	Planification	Action	Impact
Pertinence									
Qualité									
Efficienne									
Équité									

promouvoir ces changements auprès des décideurs politiques, des organisations de services de santé, des professionnels de santé ou de la communauté des utilisateurs. Les chances d’obtenir un impact significatif sont plus grandes si des partenariats ont été établis avec ces acteurs dès la phase de la planification.

La grille de responsabilité sociale compte à présent 36 cellules. Pour chaque cellule, des indicateurs globaux peuvent être proposés et adaptés au contexte socio-politique local, accompagnés de critères permettant de quantifier les indicateurs<sup>5</sup>. Un échantillon international de facultés de médecine a étudié cette grille et testé son utilité dans la pratique comme outil d’évaluation, de stimulation, de pilotage et de suivi de la façon dont les facultés de médecine répondent aux besoins de la société. (87)

**Promouvoir la responsabilité sociale grâce aux alliances**

Un moyen d’améliorer la façon dont une école répond aux besoins de la société est de faciliter le passage des intentions aux actes et des actes aux effets. La progression le long de ce continuum est illustré par la séquence des phases de « planification », « d’action » et « d’impact » pour ce qui concerne l’équité dans le domaine de l’éducation, comme le propose la grille de responsabilité sociale appliquée à une faculté de médecine (Figure 12).

**Figure 12. La responsabilité sociale pour l’équité dans l’éducation**

**La phase de « planification » :** Le programme pédagogique est conçu et mis à jour à un rythme approprié, pour mettre l’accent sur la dispensation de soins aux groupes mal desservis.

**La phase « d’action » :** Tout au long de leur formation, tous les étudiants et diplômés sont exposés à diverses occasions d’apprentissage de l’exercice des soins aux groupes mal desservis. La performance des étudiants dans cette activité est prise en compte dans leur évaluation globale.

**La phase « d’impact » :** La faculté de médecine a pris l’initiative de vérifier qu’elle a produit des médecins qui sont en mesure de maintenir leurs compétences et de dispenser des soins aux groupes mal desservis.

Trop souvent la fonction d'éducation se limite à la phase de « *planification* », décrite dans la Figure 12. Dans certains cas, elle inclut aussi la phase « d'action ». Cependant, la société attend des résultats et pour elle la phase la plus significative se résumerait à : « *L'état de santé des groupes mal desservis s'améliore et l'écart entre groupes privilégiés et groupes mal desservis se réduit* ». En examinant la « phase d'impact » pour ce qui concerne l'équité dans les trois fonctions d'éducation, de recherche et de service, nous observons sur la Figure 13 une intéressante synthèse des contributions possibles de l'école, qui s'approcheraient encore plus des résultats attendus par la société. (88)

**Figure 13. Synthèse des phases « d'impact » de la grille de responsabilité sociale**

- La phase d'impact dans l'**éducation** : La faculté de médecine a pris l'initiative de vérifier qu'elle a produit des médecins qui peuvent maintenir leurs compétences et dispenser des soins de santé aux groupes mal desservis.
- La phase d'impact dans la **recherche** : Les résultats des recherches sur l'équité dans la dispensation des services de santé sont diffusés et la faculté de médecine prend des initiatives pour s'assurer qu'ils sont pris en considération par le groupe approprié, en charge du développement des politiques et de la prise de décisions.
- La phase d'impact dans le **service** : En se basant sur l'expérience et l'évaluation de différentes approches de dispensation de services, la faculté de médecine a pris l'initiative d'influencer les groupes chargés du développement des politiques et de la prise de décision pour s'assurer que les services de santé destinés aux groupes mal desservis sont développés et encouragés.

Compte tenu de la mission des institutions de formation et sachant qu'elles ne sont pas chargées de la responsabilité principale dans l'organisation et la dispensation des services de santé, on peut argumenter que les phases « d'impact » sont restreintes par les limites qui définissent jusqu'où les écoles peuvent aller pour répondre aux besoins de la société. L'expérience acquise montre que l'école peut avoir un impact sur la dispensation des services et sur l'état de santé des personnes si elle est capable de coordonner ses propres actions et d'instaurer des collaborations avec d'autres partenaires ou intervenants dans le secteur de la santé. Il s'agirait là d'une contribution majeure à « l'unité » pour la santé.

Les activités de formation, de recherche et de service d'une école doivent se renforcer mutuellement en considérant les facettes complémentaires d'un même problème. Par exemple, la valeur de l'intégration des principes et méthodes de la médecine préventive et de la santé publique dans l'enseignement des disciplines cliniques ne peut pas être niée dans les facultés de médecine. Cependant une valeur supplémentaire considérable serait ajoutée si les facultés de médecine complétaient cette innovation pédagogique par des dispositions concrètes, comme la conduite de recherche sur les guides de bonnes pratiques et comme la rédaction de recommandations sur les moyens de valoriser les bonnes pratiques dans la dispensation des services courants par les praticiens. Sur ce point, la juxtaposition

d'innovations en formation, recherche et service est susceptible d'avoir plus d'impact que des innovations dans un seul domaine.

Parallèlement, si une faculté de médecine s'engage, par exemple, à contribuer à la réduction du poids pour la société des maladies prévalentes ou ré-émergentes, elle devra travailler en partenariat avec d'autres acteurs qui interviennent dans la lutte contre la maladie. Le rôle de la faculté de médecine dans le renforcement de la lutte anti-tuberculose en est un exemple. (89)

Dans la situation plus complexe de l'action sur d'importants déterminants de la santé, comme la pauvreté et l'inégalité, la nécessité du partenariat dans l'action est encore plus grande. L'initiative de l'OMS et l'UNESCO, d'étudier et de promouvoir le rôle des universités dans la santé des populations démunies, constitue un exemple d'association entre facultés de médecine ou de sciences de la santé et facultés sœurs (par exemple, des sciences politiques et sociales, incluant l'économie) qui comporte une large collaboration avec les gouvernements locaux, les associations professionnelles et les communautés, pour obtenir un impact positif et durable sur la santé des plus démunis. (90) Plus l'institution de formation est capable de construire des alliances diversifiées et productives en interne comme à l'extérieur, plus elle est susceptible d'améliorer son ouverture à la société.

### Améliorer par l'évaluation

Dans l'avenir, plus aucune institution académique ne sera dispensée d'une transparence entière sur sa contribution au bien-être des personnes, compte-tenu des effets combinés de la forte inter-dépendance des organisations, institutions et individus dans toute société moderne, de la tendance grandissante à utiliser des références morales et professionnelles dans les pratiques de gestion et de la large mise à disposition d'information sur les performances des institutions.

Dans cette perspective, elles devraient se soumettre elles-mêmes à une introspection. Elles devraient prendre l'initiative de fixer des normes de responsabilité sociale en proposant des méthodes pour l'évaluer et pour la faire progresser. Si elles ne réussissaient pas à être proactives, elles pourraient subir des pressions d'agents extérieurs pour le devenir.

La responsabilité sociale des facultés de médecine devrait peut-être être considérée comme un devoir moral, un engagement du même type que le Serment d'Hippocrate pour la profession médicale et, par conséquent, entièrement reconnu dans la mission de la faculté. Mais, avant tout, la responsabilité sociale devrait être considérée comme une occasion d'élargir le champ de l'expertise et de l'influence professionnelle sur la scène de la santé.

Les systèmes nationaux d'accréditation des facultés de médecine, là où ils existent, devraient réfléchir à l'adaptation de leurs paramètres actuels pour y ajouter une composante de responsabilité sociale. Les systèmes actuels se préoccupent surtout d'examiner les fonctions et la structure de la faculté de médecine, sans s'interroger beaucoup sur la pertinence des produits (les diplômés, les résultats de la recherche, les services) ni sur leur impact sur les services de santé et l'état de santé.

Par exemple, les indicateurs de la qualité de la formation médicale ont tendance à privilégier des domaines comme le contenu des principes enseignés, la nature des

méthodes d'enseignement et d'apprentissage, la disponibilité et la qualité du personnel et de l'équipement, la richesse des bibliothèques, etc. Ils laissent presque entièrement de côté des domaines comme les choix de carrière des diplômés par comparaison aux besoins de la société, la performance professionnelle des diplômés, la contribution de la faculté à la formation médicale continue, etc.

L'intégration d'une composante de responsabilité sociale dans l'accréditation des institutions de formation poussera les investigations, au-delà du processus de mise en place d'actions, vers le questionnement sur l'impact de ces actions sur le système de dispensation de services de santé et peut-être même sur l'état de santé des personnes que ces institutions sont sensées servir. Ce faisant, les institutions de formation serviront de modèle pour d'autres institutions et organisations de santé, en se prêtant à une évaluation de leurs capacités à développer des services basés sur les besoins des personnes. Les institutions de formation avec cet état d'esprit seraient des partenaires idéaux dans un projet VUPS.

En termes pratiques, le processus d'accréditation peut aider à identifier les actions que devraient entreprendre ces institutions et la meilleure façon de les mettre en œuvre. Un trop petit nombre de pays ont recours à un processus formel d'accréditation et seule une faible proportion d'entre eux utilise l'inspection ou l'évaluation périodique. (91) Comme la nécessité d'une accréditation appropriée pourrait se faire sentir rapidement dans le monde entier, il est urgent d'examiner comment concevoir et adapter à différents contextes des mécanismes d'accréditation intégrant une composante de responsabilité sociale.

### Des normes globales

Le débat sur l'opportunité d'appliquer des normes internationales pour évaluer la formation des professionnels de santé, en particulier dans les facultés de médecine, n'est pas nouveau. Il prend d'ailleurs encore plus de vigueur avec la mondialisation et l'échange rapide d'idées, d'informations et d'experts et avec l'émergence d'accords commerciaux internationaux ou continentaux.

Tout d'abord, nous devons faire une distinction entre l'objectif d'établir des normes à valeur universelle et celui de déterminer des normes internationales. Il est vain de préconiser un modèle de faculté de médecine uniforme à l'échelle planétaire, et qui ne tiendrait pas compte des caractéristiques spécifiques des contextes culturels, épidémiologiques et socio-économiques locaux.

Toutefois, un consensus global est souhaitable et possible, sur les caractéristiques essentielles d'une faculté de médecine, sur les fonctions essentielles des médecins à former et sur les principes et méthodes des activités de formation, de recherche et de service qu'une faculté devrait promouvoir et mettre en œuvre. En conséquence, on devrait reconnaître comme valeurs universelles des séries minimales de normes dérivées de ces éléments essentiels ainsi que les dispositifs évaluant le niveau de respect de ces normes. (92,93) En revanche, le terme « normes internationales » peut donner la fausse impression qu'une entité supranationale décerne un label de qualité, sans tenir compte des particularités et des exigences nationales ; il devra donc être utilisé avec prudence. (94)

En ce qui concerne l'évaluation de la responsabilité sociale, il existe certains éléments de base communs qu'on peut retenir et inclure dans un ensemble universel.

**Figure 14. Un exemple d'ensemble universel d'éléments pour évaluer la responsabilité sociale**

1. **DECIDER des POINTS DE REFERENCE.**  
Les valeurs de référence doivent être conformes aux objectifs de santé, en fonction desquels la performance de l'institution sera évaluée. Les valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité dans les soins de santé ou un équivalent devraient être retenues comme points de référence.
2. **PRENDRE EN COMPTE LES DOMAINES DE FORMATION, DE RECHERCHE ET DE SERVICE.**  
La responsabilité sociale doit être évaluée dans chaque domaine et la cohérence entre les trois domaines doit être recherchée.
3. **ÉLABORER DES INDICATEURS DE BASE.**  
Des données objectives doivent être fournies sur le niveau de responsabilité sociale atteint en formation, en recherche et en service pour chacun des points de référence.
4. **INSISTER SUR L'IMPACT.**  
On doit particulièrement s'intéresser à l'impact obtenu par les activités de formation, de recherche et de service socialement responsables sur la dispensation des services de santé et sur l'état de santé. Dans la mesure du possible, des indicateurs et des critères doivent être élaborés pour permettre une évaluation objective.
5. **ETABLIR DES PARTENARIATS SIGNIFICATIFS.**  
Lorsqu'ils sont nécessaires, des liens de collaboration doivent être établis entre institutions académiques et de formation, services de santé, professions de santé et communautés, pour créer des synergies et améliorer l'efficacité des actions sur les problèmes de santé prioritaires.
6. **ACCEPTER UNE EVALUATION EXTERNE.**  
L'évaluation interne doit être suivie d'une évaluation externe, qui implique également des représentants des services de santé, des professionnels de santé et la société civile au sens large.
7. **UTILISER L'EVALUATION POUR FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE L'INSTITUTION**  
L'évaluation de la responsabilité sociale devrait faire partie de l'évaluation globale de l'institution de formation et être utilisée dans l'accréditation. Les résultats devraient être utilisés pour mettre en place des réformes institutionnelles durables.

Un exemple de ce type est donné à la Figure 14. Il se compose d'une série d'étapes qui peuvent s'appliquer à n'importe quelle institution de formation. Néanmoins, le contenu spécifique de chaque étape doit être décrit, soit par l'institution elle-même,

soit par l'organisme national chargé de réglementer le niveau de qualité des institutions de formation et d'assurer leur adaptation au contexte local. (88)

La recherche et le développement en partenariat devraient être renforcés, notamment au niveau international, pour approfondir davantage chaque étape, élaborer des guides de pratique d'implantation de chaque étape, et pour concevoir et valider des instruments de mesure. Le but est de mettre au point un ensemble d'éléments à usage universel, pour l'évaluation de la responsabilité sociale. Les différents intervenants du système de santé, organisations de services, établissements et professions de santé, pourront souhaiter adapter cet ensemble et l'utiliser pour mieux répondre aux besoins de la société et adhérer à la philosophie de l'unité pour la santé.

### ***Les programmes de formation***

On peut définir l'éducation comme l'art et la science de préparer les personnes à exercer convenablement leur profession dans la société. (95) « Convenablement » est ici le mot-clé. Par conséquent, cette définition devrait aussi inclure des mesures pour garantir que les futurs diplômés puissent mettre en œuvre les compétences qu'ils ont acquises ou, autrement dit, que leur futur environnement de travail reconnaisse le caractère pertinent, applicable et désirable de ces compétences. Un programme de formation peut se définir comme un ensemble structuré d'opportunités offertes aux apprenants, leur permettant d'acquérir la capacité de réussir dans l'accomplissement d'une tâche, d'une fonction ou d'une profession.

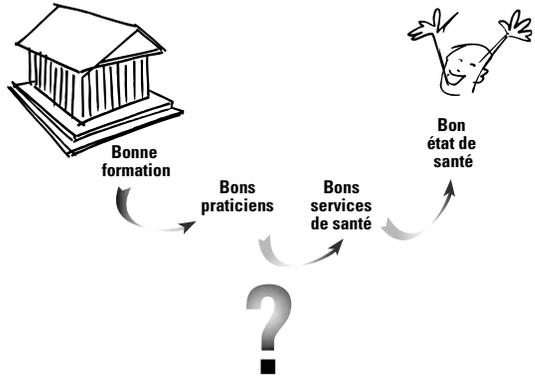
La notion d'éducation peut être assimilée à une série d'attentes. Les apprenants espèrent devenir experts ou au moins acquérir des connaissances dans certains domaines ; les enseignants espèrent que chaque apprenant puisse acquérir des compétences prédéfinies, dans le cadre des ressources éducatives courantes; les décideurs des politiques d'éducation espèrent fournir à la société le nombre nécessaire de diplômés qualifiés ; les nouveaux diplômés espèrent la légitime reconnaissance de leur titre et un emploi correspondant à leurs attentes ; et la société espère que les institutions de formation répondront à ses besoins.

En mettant en place un programme de formation à l'intention des professionnels de santé, nous devrions être conscients de ces attentes. Nous formulons le vœu que chacune soit cohérente avec le but ultime du programme, qui devrait être l'amélioration de la santé des personnes en adhérant aux valeurs préconisées dans l'approche VUPS : la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité.

Nous suggérons que la planification d'un programme de formation soit considérée comme un acte politique, puisqu'elle requiert de bien saisir comment il peut contribuer au bien-être de la société en modifiant les comportements. (96) Pour y parvenir, il faut toutefois un enchaînement d'actions qui vont au-delà des activités habituelles d'enseignement et d'apprentissage. La figure 15 illustre le raisonnement linéaire naïf, où la formation à elle seule constitue un puissant moyen de changement : une bonne formation produirait de bons diplômés, ce qui amènerait, tour à tour, de bons praticiens, de bons services de santé, et un bon état de santé de la population. L'expérience nous montre amplement que, si la formation constitue un déterminant important des comportements dans la pratique, il nous faut aussi

être conscients des autres facteurs jouant un rôle plus décisif, facteurs sur lesquels les systèmes de formation n'exercent que peu ou pas de contrôle.

Par exemple, les indemnités financières ou l'attrait des conditions de travail peuvent surpasser l'influence de la formation en ce qui concerne le choix de carrière ou le respect de certains modes de pratique. Dans plusieurs pays, l'existence de bons programmes universitaires de formation en médecine de famille n'a pas conduit autant de jeunes médecins qu'on espérait à choisir cette discipline, jusqu'à ce qu'ils y soient incités par une meilleure rémunération ou un meilleur statut. L'afflux des médecins de famille vers les organisations de « managed-care » aux États-Unis d'Amérique étaye cette opinion. (75)



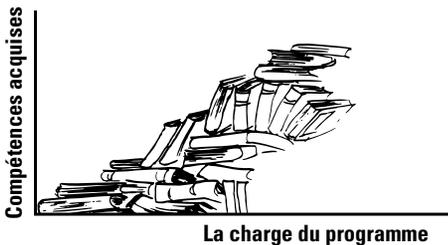
**Figure 15. L'éducation n'est qu'une partie de la solution**

Dans de nombreuses situations, des militants enthousiastes de la formation des professionnels de santé demeurent encore dans l'illusion d'un possible effet de cascade ou d'une chaîne de causalité que pourraient initier une réforme des programmes de formation et qui conduirait inévitablement à un meilleur état de la santé. L'OMS, par son programme intensif de formation d'enseignants, pourrait avoir entretenu cette conviction, même si elle ne l'a pas fait explicitement. (97)

### Se méfier des illusions

Trop souvent et depuis trop longtemps, les gestionnaires de programmes de santé ont considéré les interventions en éducation comme une façon commode de progresser durablement vers l'atteinte de leurs objectifs, sans tenir suffisamment compte de l'ensemble des conditions qui déterminent l'impact de la formation, en particulier quand on vise à un changement durable de comportements des praticiens dans leurs activités quotidiennes.

Les figures 16 et 17 illustrent deux types d'illusions fréquentes qui peuvent égarer ceux qui surestiment le pouvoir



**Figure 16. Les illusions de la formation (1)**

de la formation. Dans le premier cas (Figure 16), l'illusion consiste à faire l'hypothèse d'une relation linéaire entre ce qui est enseigné et ce qui est appris, en méconnaissant souvent le fait que garantir des processus optimaux d'apprentissage, en particulier dans le contexte du futur milieu professionnel des diplômés, importe plus que la seule quantité de temps accordé aux cours

magistraux. Un contact précoce et permanent avec les problèmes de santé du patient, de la famille et de la communauté et l'utilisation des approches d'apprentissage par problèmes devraient être privilégiés.

Dans le deuxième cas (Figure 17), l'illusion consiste à supposer que ce qui est appris sera nécessairement mis en

pratique. Nous avons déjà abordé le problème des initiatives éducatives qui, quelle que soit leur qualité du point de vue des méthodes pédagogiques, ne s'accompagnent pas de mesures incitatives pour les professions de santé. Un exemple typique de cette illusion est représenté par les institutions de formation qui s'engagent avec énergie dans une refonte de leur programme de formation pour les orienter vers des thèmes comme les soins de santé primaires, l'équilibre entre services préventifs et curatifs, les perspectives de la santé de la population, l'action multidisciplinaire et le travail en équipe. (98) En fait, sauf s'il survient des changements concomitants dans le système de santé, les nouveaux diplômés ne trouveront pas d'opportunités d'emploi cohérentes avec les nobles principes et les méthodes auxquels ils ont été exposés.

L'incohérence entre formation et pratique est une profonde source de désillusion qui érode le potentiel d'innovation de nombreuses institutions de formation. (15) L'émergence du projet VUPS a été en grande partie stimulée par le constat—à présent largement documenté—que les réformes pédagogiques à elles seules ne produisent pas de changement dans la pratique professionnelle. Autrement dit, la mise sur le marché par des institutions de formation bien intentionnées d'une nouvelle génération de professionnels de santé ne crée pas d'opportunités d'emploi, sauf si elles sont prévues par le système de santé.

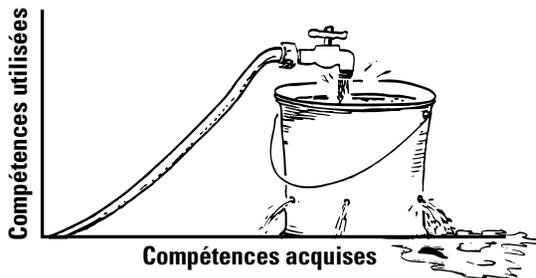


Figure 17. Les illusions de la formation (2)

Dans la promotion de la médecine de famille, par exemple, nous pourrions envisager la stratégie coordonnée suivante : développement d'une politique gouvernementale de reconnaissance de la médecine de famille comme élément fondateur de l'organisation des services de santé; mise en place d'incitations professionnelles et matérielles à la pratique de la médecine de famille; développement au sein des institutions académiques de la recherche et de la formation pour promouvoir la médecine de famille au rang des disciplines respectées. (16)

Une des justifications importantes du projet VUPS est de favoriser la cohérence entre formation et exercice professionnel. En facilitant l'intégration de la médecine et de la santé publique et la convergence des apports de différents intervenants, le projet VUPS fournit une base solide pour concevoir des programmes de formation et préparer des professionnels de santé à une pratique répondant aux besoins de santé tant des individus que des populations. D'importantes réformes comme la



**Figure 18. Influences réciproques du système de santé, de la pratique et de la formation**

création d'une nouvelle profession de santé ou la réorientation de programmes de formation initiale existants vers de nouveaux profils professionnels, devraient être développés dans un contexte de changements coordonnés de la formation, de l'exercice professionnel et des systèmes de dispensation de services de santé. (13)

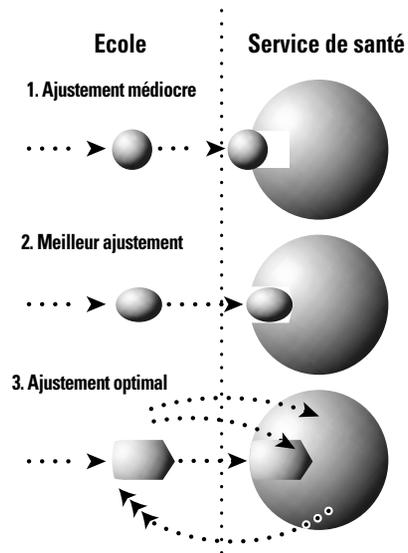
La figure 18 montre l'interaction entre les trois composantes. Le diagramme peut être interprété de différentes manières. Si l'approche VUPS était la référence commune à tous pour répondre de manière optimale aux besoins de santé des personnes, nous préconiserions que les types de services de santé déterminent le type et le nombre de praticiens à former. Inversement, les programmes et les institutions de formation peuvent être proactives et contribuer à la conception de modèles innovants de services de santé et préparer le terrain pour les futurs diplômés en leur inculquant les compétences nécessaires.

En planifiant et en développant des programmes de formation, nous devrions faire tout ce qui est possible pour garantir qu'ils influenceront les comportements pratiques et qu'ils auront un impact sur l'état de santé. Ceci nécessite que les décideurs et les responsables de politiques de formation coordonnent de manière cohérente leurs travaux avec ceux des responsables de la planification et de la mise en œuvre des services de santé.

La figure 19 présente trois scénarios illustrant différents degrés d'interaction entre les écoles (ou les programmes de formation) et les services de santé dans la recherche d'un ajustement optimal des attentes de part et d'autre.

La situation 1 représente un *ajustement médiocre*, où un programme forme du personnel qui ne couvre qu'une faible part des attentes du service de santé. Les programmes de formation ont été conçus sans concertation notable avec les employeurs éventuels. Les profils d'emplois sont esquissés de manière rudimentaire—s'ils le sont—en supposant que le choix proposé des compétences est approprié. Cette situation est fréquente lorsque les cursus de formation sont importés de contextes étrangers ou quand ils ne font pas l'objet d'un examen périodique de leur pertinence.

La situation 2 représente un *meilleur ajustement*. Elle se produit quand les programmes de formation sont adaptés aux



**Figure 19. La recherche d'un ajustement optimal**

besoins des services. Dans ce cas, les gestionnaires de service et les formateurs des professions de santé se sont mis d'accord préalablement sur la configuration du programme de formation. On donne aux apprenants durant leur formation de nombreuses occasions de se familiariser avec les besoins du service et les lieux de formation reflètent l'environnement professionnel. (99,100,101,102,103)

La situation 3 représente l'*ajustement optimal*. Ici, les institutions de formation et les services de santé partagent le même souci de reconfigurer le système de dispensation de services de santé pour mieux répondre aux besoins de santé des personnes. Les institutions de formation proactives examinent d'un œil critique les possibilités d'emploi futur offertes à leurs diplômés. Elles sont avides de travailler conjointement avec les services de santé et capables de le faire et les représentants des professions de santé pour concevoir de nouveaux modes de pratique mieux adaptés aux besoins des individus et des populations. Les compétences de base que doivent acquérir les futurs diplômés sont déterminées en conséquence. Dans ce scénario, la structure des services tout comme le profil de la profession de santé ont été modifiés par influences réciproques. Ce scénario devrait s'appliquer dans la situation idéale d'un projet VUPS lorsque des réformes institutionnelles coordonnées sont mises en place dans la formation et la pratique professionnelle.

Ceci met en exergue l'état d'esprit souhaitable des initiateurs et des dirigeants de programmes de formation lorsqu'ils cherchent à obtenir un impact. Ceci suggère aussi que la qualité dans la formation devrait se centrer doublement et de façon inséparable sur le processus et sur les résultats. L'évaluation de la qualité et l'accréditation dans l'enseignement devraient mesurer non seulement la pertinence et l'efficacité des processus éducatifs mais aussi la façon dont une initiative de formation est capable d'induire ou de contribuer à des changements dans les conditions de pratique, de sorte que les diplômés puissent pleinement mettre en œuvre les compétences acquises.

### La formation comme point d'entrée privilégié

L'investissement dans la formation des professions de santé jouit toujours d'une grande popularité et les acteurs des réformes du système de santé devraient utiliser cette opportunité pour stimuler une réorientation majeure des modes de pratique professionnelle, en tenant compte des mises en garde énoncées précédemment. Tant les gouvernements que les institutions considèrent volontiers que les investissements en formation sont indispensables dans la plupart des programmes de santé.

La formation est l'élément le plus visible au sein de la gamme des fonctions de développement des ressources humaines. Elle peut être considérée comme la fonction centrale autour de laquelle gravitent habituellement les autres fonctions, comme la planification de la main-d'œuvre (par exemple le caractère approprié d'un *numerus clausus* à la faculté de médecine) ou l'affectation des personnels (par exemple le suivi des diplômés pour analyser les choix de carrière).

La planification peut être considérée comme située en « amont » de la formation et l'affectation, comme située en « aval » de celle-ci. La métaphore du hamburger où la formation représenterait la « viande » et les autres fonctions, le « pain » pourrait s'appliquer à ce cas. (93)

L'importance accordée à l'investissement en formation est également attribuable au fait qu'elle est un domaine autonome, nécessitant une politique, une infrastructure, des ressources techniques et matérielles et conduisant à des produits finis concrets, à savoir le personnel nécessaire aux équipes des services de santé. Le concept de l'éducation et de programmes de formation devrait aller au-delà de l'enseignement conventionnel et de l'apprentissage d'un ensemble de disciplines pour représenter une opportunité stratégique de stimuler le développement en santé, en trouvant et en promouvant un ajustement optimal entre le personnel formé et les services à dispenser.

De fait, une telle approche systémique n'est pas la règle, puisque la plupart des promoteurs de programmes de formation sur des sujets donnés ne réalisent pas la difficulté d'adapter l'ensemble du système à leurs désirs spécifiques. C'est ce qui se produit, par exemple, quand un module pédagogique sur un sujet donné est introduit dans un cursus déjà surchargé, sans une bonne compréhension des stratégies et des approches permettant des changements durables dans les programmes et les institutions de formation. (104)

# Les partenariats

## Les principaux partenaires

Le défi représenté par la mise en place d'un système durable de dispensation de services de santé basé sur les besoins des personnes, comme préconisé par l'approche VUPS, requiert la contribution active des principaux intervenants ou partenaires de la santé. Même s'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, cinq principaux partenaires ont été identifiés : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés. Chacun a ses propres caractéristiques et références, ses atouts et contraintes, ses attentes et intentions.

Cependant, cette hétérogénéité peut être atténuée si les partenaires partagent un même ensemble de valeurs, telles que la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité, ainsi qu'une certaine vision de l'avenir de la dispensation des services de santé, du type de celle basée sur les principes VUPS. Le « pentagone » du partenariat (Figure 20) illustre la richesse de permutations possibles pour l'instauration de relations de travail entre les partenaires avec le but commun de créer un service de santé basé sur les besoins des personnes.

Un partenariat fructueux et enrichissant mutuellement peut être envisagé si les enjeux de la création de l'unité pour la santé sont bien connus et documentés. Les partenaires ou les intervenants doivent être conscients de leur potentiel propre et de la valeur ajoutée des partenariats. (105,106) Chaque partie devrait accepter que les intérêts communs prévalent sur les intérêts sectoriels.

## Les décideurs politiques

Il est indispensable de définir et d'appliquer une politique pour réorienter durablement la dispensation actuellement fragmentée des services de santé vers une approche cohérente et unifiée. Le gouvernement doit faire part de son



Figure 20. Le pentagone du partenariat

engagement et de son soutien vis-à-vis de cette approche et, éventuellement, renforcer sa prise de position par une mesure législative. Les autorités, qu'elles soient centrales ou décentralisées, peuvent alors décider d'attribuer des ressources à des initiatives locales se conformant aux principes VUPS, par exemple.

Les politiciens, préoccupés par le maintien de systèmes de santé efficaces et conscients des demandes croissantes du public en matière de qualité et d'équité des services, sont généralement prêts à adhérer au principe des approches innovantes pour créer l'unité dans le système, puisqu'elles offrent de meilleures réponses aux besoins de la société. Mais ils devraient utiliser leur pouvoir pour faciliter la transformation du système, de manière à ce qu'il se conforme mieux aux valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité en soutenant les initiatives qui pourraient contribuer à ce but. Les actes devraient correspondre aux discours.

Au sein du gouvernement, les décideurs politiques devraient aider les intervenants-clés à se forger une vision commune d'un système de santé basé sur les besoins des personnes et faciliter la mise en place de partenariats. Les responsables du ministère de la Santé devraient amorcer, avec leurs collègues d'autres ministères, une réflexion sur les répercussions que ce système aurait sur les études supérieures, la main-d'œuvre, les finances, la fonction publique et autres, de manière à créer un environnement propice à la mise en œuvre des changements souhaités sur le plan opérationnel. Pour qu'elles portent fruit, les exhortations au changement doivent être accompagnées de mesures d'encouragement, tant sur les plans de la réglementation, des règles et des directives, que sur ceux de la rémunération, de

### **A la recherche d'un soutien politique**

Dans un pays X, des modèles de services de santé avec une forte assise communautaire ont été implantés avec succès dans le cadre d'une initiative conjointe des centres de santé locaux et du département de santé communautaire de l'université. La santé d'une population de 50 000 habitants a fait l'objet d'une surveillance régulière et des programmes étaient dispensés dans le but d'assurer une couverture universelle incluant les services de santé essentiels.

Différents types de professionnels de santé ont participé activement au programme qui comportait des projets mis en œuvre par la communauté. Un comité directeur composé des principaux acteurs s'est réuni régulièrement pour décider des priorités, évaluer les progrès dans la dispensation des programmes et attribuer les ressources.

Contre toute attente, le programme a été interrompu, après cinq années de travaux fructueux accompagnés de preuves d'impact sur la santé des personnes, lorsque les deux principaux dirigeants charismatiques du projet ont été mutés à des postes extérieurs à la région.

Cet effort remarquable pour mobiliser les différents partenaires, n'a réussi à susciter qu'un intérêt mineur des responsables du gouvernement. De fait, la pérennité et l'institutionnalisation de ce partenariat auraient dû être garanties par un soutien politique et financier adéquat.

l'offre d'opportunités d'emploi nouvelles et attrayantes et des mesures incitatives. (107,108,109)

Toutefois, dans la mise en place d'un projet VUPS, une attention particulière devrait être accordée à la participation des décideurs politiques locaux responsables du secteur où les activités sont prévues; ceux qui sont en position d'autorité pourraient alors mobiliser les autres partenaires et les ressources pour un programme d'actions commun. Les représentants des collectivités locales, au niveau de la province ou du district par exemple, peuvent jouer un rôle considérable en soutenant des modèles innovants de dispensation de services de santé conçus localement et en permettant leur dissémination et leur reproduction éventuelles à l'échelle nationale.

Dans le secteur privé également, les politiques peuvent être examinées pour s'assurer que l'industrie de la santé, les associations de professionnels de santé et les institutions académiques contribuent de façon optimale à une plus grande responsabilité sociale des systèmes de santé. La motivation d'une reformulation des politiques devrait venir de la prise de conscience que les réformes du système de santé auront des répercussions importantes sur le secteur privé, d'où le souhait de l'associer aux réformes dès le départ.

### **Les gestionnaires de santé**

L'expression « gestionnaires de santé » désigne ceux qui sont responsables de l'organisation et du financement de services de santé, comme les établissements de soins de santé ou les contrats d'assurance santé. Dans quelle mesure contribuent-ils et peuvent-ils contribuer à créer l'unité dans les soins de santé ? Sous quelles conditions peuvent-ils être gagnés à la cause de l'unité ?

Les gestionnaires de santé ont à rendre compte de l'accomplissement du mandat de leurs institutions, qu'il s'agisse d'un établissement de soins hospitaliers tertiaires ou d'une structure de soins primaires. Une structure de soins de santé primaires, par exemple, peut plus facilement réaliser les adaptations nécessaires pour adhérer à la majorité des critères de création de l'unité dans les services de santé, en ciblant la population générale. Par ailleurs, une institution de soins de santé spécialisés, conçue essentiellement pour prendre en charge des risques ou des maladies spécifiques et certains groupes cibles au sein de la population générale, a moins tendance à réduire la fragmentation des services de santé.

Les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux communautaires peuvent avoir une zone de recrutement déterminée, mais habituellement ils ne sont pas conçus pour coordonner des actions de santé pour l'ensemble de la population. (110) Les hôpitaux favorables à la promotion de la santé (en anglais « health-promoting hospitals ») sont cependant gérés dans une optique de responsabilité sociale, puisqu'ils s'efforcent de répondre à de plus larges problèmes de santé affectant la population, au-delà des cas qui s'y présentent, avec un suivi des patients et de leurs familles. (57) De tels hôpitaux élargissent leur mission au-delà des soins en institution et participent activement aux programmes de santé communautaires. Dans certains cas, ils peuvent dispenser des services de santé de base destinés aux pauvres, aux démunis et à ceux qui ne sont pas bien couverts par les systèmes d'assurance-santé, dans le cadre

d'un partenariat avec les décideurs locaux, les institutions académiques et la communauté. (58)

Les organismes de type HMO (Health Maintenance Organization) sont des institutions conçues pour répondre à l'ensemble des problèmes de santé de leurs membres. Selon la nature du contrat, les membres bénéficient d'une gamme de services préventifs, curatifs et de promotion de santé pour réduire les risques et les problèmes de santé. Les adhérents constituent une population dont les données épidémiologiques sont analysées et servent à planifier les services qui leur sont destinés. Cette démarche, bien qu'elle soit restreinte aux adhérents, illustre la coordination entre services de santé individuelle et services basés sur la population. (111)

Dans de nombreuses situations, il n'y a, pour l'ensemble des groupes sociaux, ni couverture correcte pour les services de santé de base, ni dispositif adéquat de coordination entre les différents niveaux de soins, en raison de l'absence de disposition formalisée pour mettre en place des services de santé complets pour l'ensemble de la population. Il persiste des groupes de personnes pour qui les services de santé sont incomplets ou absents. Par ailleurs, le principe de la « liste de patients » implique que chaque personne est inscrite auprès d'un médecin généraliste ou d'un médecin de famille. Les équipes de médecine générale et de soins primaires proposent qu'un tel mécanisme puisse éventuellement couvrir l'ensemble de la population, avec un maillage de services essentiels permettant une cohérence et une intégration des fonctions de santé individuelle et communautaire dans un territoire donné.

Il n'existe que très peu de pays qui fournissent une gamme complète de services de soins primaires par un réseau de centres de santé ou de polycliniques contrôlés et financés par le secteur public. De telles circonstances se prêtent bien en principe à la création de l'unité souhaitée. Néanmoins, la concurrence, nécessaire à la stimulation de la créativité et de la performance, et l'inévitable émergence de l'entreprise privée en menacent la solidité d'un tel arrangement. Des compromis innovants et des réajustements sont donc indispensables.

Qu'est ce qui prévaudra finalement, l'orientation sociale ou les intérêts personnels ?

Si une orientation sociale, comme celle traduite dans «Vers l'unité pour la santé », se concrétisait, prévalait et devenait attrayante pour les institutions de santé et les gestionnaires de santé des secteurs public et privé, elle devrait entraîner une rationalisation des contraintes et des opportunités, un repositionnement stratégique sur l'échiquier de la santé et des changements dans les rôles des professionnels de santé. (112)

### ***Les professionnels de santé***

Les professionnels de santé devraient être dûment reconnus comme d'importants partenaires dans la mise en place d'une réforme durable du système de dispensation des services de santé. Les professionnels de santé sont les acteurs, les leviers du système et ceux sur qui repose en définitive le succès de la mise en place de tout programme de santé. On doit non seulement obtenir leur soutien pour tout projet de réforme, mais il est aussi indispensable de les consulter précocement et de solliciter

leur contribution créative. (113) Même si les dispensateurs de soins primaires jouent un rôle évident dans l'orientation des services vers les besoins prioritaires, la coopération des spécialistes est également essentielle pour parvenir à un juste équilibre entre le développement des technologies et l'efficacité des services de santé. (114,115,116)

Les professions de santé se composent d'un certain nombre d'entités caractérisées par un corpus de compétences, de règles, d'habitudes et d'attentes spécifiques, qui peut varier d'un pays à l'autre. Leur influence sur le choix des politiques dépend de leur nombre et de la qualité de leurs interventions, et également du contexte national. Dans certains pays, les associations professionnelles sont bien organisées et ont de l'importance sur le plan politique; dans d'autres, elles existent à peine.

Comme les professionnels de santé sont motivés par des dynamiques spécifiques, différentes de celles des institutions qui les forment et leur fournissent des modèles et de celles des institutions de services de santé qui les emploient, ils devraient être étroitement associés à tout changement important dans le système de santé. Par exemple, les praticiens privés peuvent émettre des réserves concernant les politiques qui requièrent une distribution géographique de la main-d'œuvre et une modification de leur rémunération. Ils peuvent être partisans ou opposants de «Vers l'unité pour la santé», selon que l'on a ou pas pris en compte suffisamment leurs points de vue et leurs attentes.

Trop rarement, les professionnels de santé sont collectivement les chefs de file de réformes importantes dans le secteur sanitaire ou social ayant comme références les valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité. Trop souvent, ils sont apparus—à tort ou à raison—comme voulant principalement protéger leur territoire et défendre leurs propres intérêts plutôt que ceux des individus et des communautés qu'ils sont sensés servir. Ils peuvent, cependant, relever le défi et passer de la défensive à la proactivité, puisqu'ils peuvent conduire le processus de changement, s'ils sont motivés et capables d'importants réajustements. (16,117)

Entre autres défis, ils doivent trouver un juste équilibre entre la promotion de leur discipline et les besoins de la société. Les professions de santé devraient réduire les conséquences négatives de la concurrence interne qu'elles se font pour leur survie ou leur expansion. Elles devraient maximiser leurs forces en promouvant les valeurs éthiques dans le secteur de la santé et en prenant la défense des pauvres et des défavorisés. Elles peuvent souligner la nécessité de prendre les problèmes et les préoccupations qui affectent la vie quotidienne des patients et des familles comme référence de base pour la réorientation du système de dispensation des services de santé. Elles sont également en mesure de créer des partenariats avec d'autres intervenants-clés, notamment les institutions de soins de santé, les institutions académiques et les communautés.

Compte tenu du caractère privilégié et essentiel de leur situation sur l'échiquier de la santé, les professions de santé devraient réexaminer comment ils peuvent répondre de manière optimale aux problèmes urgents du système de santé et adopter collectivement une approche plus coordonnée et intégrée pour dispenser des services centrés sur les besoins des personnes. C'est un mouvement dont elles pourraient prendre la tête. Prêter serment de s'acquitter d'un tel contrat social aurait une grande signification symbolique.

### **Les institutions académiques**

Compte tenu de leurs nombreuses fonctions en matière d'éducation, de recherche et de dispensation de services dans des disciplines variées, les institutions académiques ont le potentiel de comprendre et de considérer des problèmes complexes avec une approche systémique et, par conséquent, elles peuvent créer des synergies entre les différents groupes. Partout dans le monde, on reconnaît la capacité et la responsabilité des universités dans la promotion d'un développement humain et social holistique. (82)

Mis à part un cabinet gouvernemental, aucune autre institution n'a de meilleures possibilités et capacités qu'une université pour gérer un projet intersectoriel. (118) L'Assemblée mondiale de la santé a également reconnu le rôle spécifique que les universités peuvent jouer dans l'implantation de stratégies de santé, comme la « Santé pour Tous », qui requiert, en plus d'actions de santé spécifiques, des interventions de nature politique, sociale, culturelle et économique. (119)

Paradoxalement, les universités sont soumises à la critique d'être «des tours d'ivoire » : arrogantes, prêtes à enseigner mais non à écouter et à apprendre et, de ce fait, elles ne répondent pas de manière optimale aux besoins de la société. Même si elles peuvent être considérées comme des centres d'excellence et de référence pour les praticiens et la société en général, on peut critiquer leur manque de contribution proactive au changement social et déplorer leur relatif isolement. (84)

Il y a cependant des exemples de relations de travail fructueuses entre facultés de sciences de la santé, services de santé et communautés. De plus, il est important de mentionner le mouvement en faveur du renforcement de l'ouverture à la société et de la responsabilité des facultés de médecine et pour l'association avec d'autres intervenants, afin d'améliorer l'état de santé des personnes. (86,120,121,122,123)

Dans l'accomplissement de leur mission de formation, les institutions académiques sont au cœur des stratégies de changement des mentalités des partenaires dans le domaine de la santé. Elles sont en mesure d'établir des normes auxquelles peuvent adhérer de nombreuses institutions et organisations. Elles peuvent façonner les profils des professionnels de santé nécessaires et définir des modèles de pratiques. En suivant la capacité qu'ont leurs diplômés de répondre aux principaux problèmes de santé des individus et des populations, elles peuvent fournir des données probantes susceptibles d'influencer l'environnement des pratiques. (124)

Tout compte fait, les institutions académiques et les institutions de formation en général bénéficient toujours d'une grande visibilité dans la société; elles sont considérées comme déterminantes dans la préparation des générations futures de cadres et de personnel. Puisque la formation est généralement considérée comme un domaine public et, de ce fait, comme une question politique sensible, les institutions en charge de sa dispensation devraient bénéficier d'une attention particulière.

Les institutions académiques peuvent exercer un rôle de premier plan dans le projet VUPS si elles parviennent à faire un meilleur usage de leur potentiel exceptionnel. Elles ont déjà démontré leur capacité d'être le catalyseur d'actions en collaboration avec d'autres partenaires et le ciment de l'interface entre services de santé, pratique professionnelle et formation. (14)

En menant des recherches sur les systèmes de santé, elles peuvent concevoir et tester des modèles innovants d'intégration de la médecine et de la santé publique et de création d'une convergence des contributions des différents intervenants. Ainsi, elles peuvent exercer un leadership dans le lancement d'un projet VUPS. La combinaison unique des forces présentes dans leur personnel, leurs étudiants et leurs réseaux d'instances associés, grâce à leurs fonctions de formation, de recherche, de dispensation de services et de définition de politiques, devrait les amener à prendre en charge une telle initiative.

### ***Les communautés***

Les individus ou les groupes, qu'ils soient utilisateurs, bénéficiaires de services ou personnes-ressources dans des programmes de santé, sont considérés de plus en plus comme d'importants partenaires. La sensibilisation accrue aux questions de santé, par l'éducation et l'information, et le fait que la voix des personnes soit mieux entendue, a amené le citoyen moyen à mieux comprendre les risques et les opportunités vis-à-vis de la santé, à y faire face et à prendre part au processus décisionnel dans la dispensation des services de santé.

Dans les pays industrialisés et dans un nombre croissant de pays en développement, la principale cause de mauvais états de santé et de consultations des services de santé est la mauvaise hygiène de vie : les comportements à risques en ce qui concerne l'alimentation; la sécurité au travail ou sur la route; l'activité sexuelle; le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues; le manque d'activité physique; la qualité des relations interpersonnelles. Dans tous les cas il s'agit de domaines pour lesquels la principale responsabilité revient à l'individu. Les personnes peuvent et devraient participer davantage à la protection et à la restauration de leur propre santé en adoptant des comportements directement ou indirectement favorables à l'obtention d'un bien-être physique, mental et social. (125)

À la maison, au travail et durant les loisirs, les individus et les communautés peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion de la santé. Il faudrait renforcer les actions bénévoles dans tout programme de santé. Par une représentation au sein de conseils locaux de santé ou de conseil d'administration d'institutions de formation, la communauté peut influencer la détermination des politiques et les choix de priorités. (126)

Des programmes d'éducation des patients sont disponibles pour aider ces derniers à prendre en charge le traitement de leurs maladies et à prévenir les complications évitables, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. Grâce à de tels programmes, les patients souffrant de maladies chroniques peuvent devenir capables d'un contrôle autonome de leur état de santé. On reconnaît de plus en plus la nécessité d'offrir aux dispensateurs de soins de santé des programmes de formation en éducation des patients. (127)

Les individus et les familles deviennent acteurs de leur santé lorsqu'ils obtiennent des informations appropriées en matière de santé, qu'ils sont en mesure d'utiliser à bon escient pour prendre des décisions concernant leur santé. A l'heure où la technologie informatique fait partie de la vie quotidienne, l'accès immédiat à son

propre dossier (par exemple, au moyen d'une carte à puce) et l'interaction à distance avec un grand nombre de ressources en matière de santé par l'intermédiaire des technologies de communications, devraient fournir aux individus la possibilité unique d'évaluer leur état de santé ou leur exposition aux risques et de décider de consulter périodiquement ou de prendre des mesures de prévention. (128,129)

Même si le principe de responsabilité ne peut être dissocié du principe de l'habilitation, il faut être conscient que beaucoup de personnes dans de nombreux pays ne peuvent être en mesure d'assumer leur responsabilité au degré souhaitable, en raison de leur situation socioéconomique. (130,131)

Dans le domaine de la formation des professions de santé, les communautés peuvent être appréciables dans diverses circonstances. Par exemple, elles constituent des lieux d'apprentissage pour les étudiants en sciences de la santé, en leur offrant, à l'intérieur du cursus, l'occasion d'un contact précoce et continu avec des situations et des problèmes de santé réels. Dans de tels cas, les communautés procurent aux étudiants l'occasion de mettre en pratique la résolution de problèmes et de montrer leur capacité à saisir la réalité. En évaluant elles-mêmes le niveau de réponse à leurs propres besoins, les communautés aident également les institutions de formation à réorienter leurs programmes de formation.

Les individus peuvent également participer directement à des programmes de formation, en tant que patients réels ou dans le cadre de jeux de rôles. Ici encore, ils ne devraient pas être passifs, car leur jugement est des plus précieux pour aider à préserver et à promouvoir les valeurs essentielles de la relation patient-soignant, comme le respect, l'empathie, la patience, la personnalisation et la globalité des soins, la responsabilisation.

Plus que jamais, compte tenu en particulier de la place envahissante des technologies biomédicales, on devrait accorder une importance accrue à la dimension humaine et aux questions éthiques dans la planification et la dispensation des services de santé. Les quatre autres partenaires de la santé—les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé et les institutions académiques—devraient privilégier dans leur travail une approche orientée sur les besoins de la communauté ou centrée sur les personnes et, par conséquent, consulter plus fréquemment les communautés pour obtenir des avis. En retour, les représentants des communautés devraient exposer de manière adéquate les besoins de tous les groupes qui les composent, en particulier de ceux qui sont les plus vulnérables : les personnes seules, les personnes handicapées, les sans-abri, les chômeurs, les personnes âgées, les victimes de discrimination et les défavorisés de toutes sortes.

## **La construction des partenariats**

L'unité peut résulter non seulement de l'intégration d'ensembles importants d'activités, comme celles liées aux services de santé individuelle et collective, mais aussi de l'implication active des principaux intervenants dans des partenariats pour établir et soutenir un tel système. L'unité est créée sur le double front des actions et des acteurs. « Créer » est en effet le mot, car le phénomène d'unité ne se produira pas par hasard. Il ne peut résulter que d'une détermination et d'une stratégie délibérée.

Même si les promoteurs de l'unité pour la santé connaissent assez bien le répertoire des actions-clés à associer ainsi que les forces et les faiblesses particulières de chaque intervenant et acteur, il reste encore à inventer la recette magique pour assurer la construction d'un partenariat productif et durable. On ne réussit pas une mayonnaise en versant simplement les œufs, l'huile, le vinaigre, le sel et le poivre dans un bol. Il faut un tour de main dans la manière de battre les ingrédients et il faut activer une certaine réaction chimique. Parallèlement, la production d'une valeur ajoutée dans le travail en partenariat est probablement l'un des plus grands défis lancés aux réformateurs de la santé. Elle représente à elle seule un sujet de recherche et de développement.

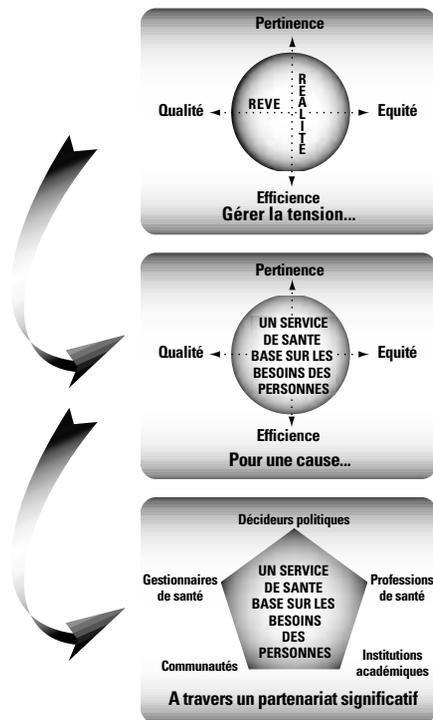
La figure 21 illustre que le développement d'un projet VUPS nécessite un partenariat fort.

Le « pentagone du partenariat » met en évidence un réseau de relations possibles entre les partenaires, chacun des partenaires faisant équipe avec tous les autres (voir la figure 20). Même s'il s'agit d'une configuration théorique, elle permet de visualiser les possibilités de partenariats.

La contribution créative à la mise en place de services basés sur les besoins des personnes requiert de chaque partenaire qu'il renonce à certaines prérogatives qui pourraient être en contradiction avec l'objet du projet VUPS. Cependant, les partenaires ou intervenants peuvent, dans la création des alliances pour l'unité dans la santé, abandonner une part de leur pouvoir, non pas pour des motifs entièrement altruistes, mais parce qu'ils réalisent que de nouvelles opportunités devraient émerger de préservation et d'expression de leurs statuts et privilèges. Ils devraient alors se féliciter de la valeur ajoutée créée par la synergie des collaborations.

Pour mieux apprécier la valeur de la synergie créée par le partenariat, et pour guider les planificateurs d'un projet VUPS, il est utile de passer en revue quelques-uns des facteurs facilitant et limitant un processus de collaboration, facteurs placés sous le contrôle de chacun des cinq partenaires ou intervenants (voir tableau 6).

En pesant le pour et le contre de la création d'un partenariat avec certains intervenants, nous devrions chercher à obtenir la complémentarité, la synergie et la neutralisation des faiblesses. Dans un contexte socio-économique donné, nous devrions être en mesure de décider quelles alliances privilégier dans un premier temps et à quel rythme étendre le partenariat à un plus grand nombre d'intervenants.



**Figure 21. Un partenariat significatif pour un projet VUPS**

**Tableau 6. Les facteurs facilitant et limitant le partenariat de cinq intervenants**

	<b>Les facteurs facilitants</b>	<b>Les facteurs limitants</b>
<b>Les décideurs politiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'exprimer une vision à long terme du système de santé.</li> <li>• Potentialité de mettre en lumière avec objectivité les problèmes et besoins de santé prioritaires des personnes en fournissant des données probantes.</li> <li>• Capacité d'établir les conditions d'attribution des ressources par des dispositifs de régulation et des actions réglementaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de parti pris politiques et de neutralité insuffisante pour inspirer une égale confiance à tous les intervenants afin qu'ils participent à des entreprises de partenariat.</li> <li>• Difficulté à traduire les orientations politiques en un ensemble de modèles organisationnels favorisant la synergie des actions.</li> <li>• Manque de cohérence et de continuité dans la défense et le soutien des changements institutionnels, par un manque de suivi et d'évaluation des progrès.</li> </ul>
<b>Les gestionnaires de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentialité d'accroître la crédibilité des projets de partenariat par l'évaluation critique de leur faisabilité financière.</li> <li>• Capacité de souligner les implications concrètes de l'attribution ou de la redistribution des responsabilités entre les parties en cause.</li> <li>• Allocation de ressources pour soutenir le travail de collaboration si la preuve des ses bénéfiques est faite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendance à s'intéresser à des sous-groupes spécifiques, types souscripteurs d'une assurance de santé, patients, personnes à risque élevé, plutôt qu'à l'ensemble de la population.</li> <li>• Risque de limiter leur attention aux approches verticales, aux dépens des approches horizontales et intersectorielles, dans la résolution des problèmes de santé.</li> <li>• Tendance à être autosuffisants dans l'accomplissement de leur mission, en se référant essentiellement aux critères économiques et administratifs.</li> </ul>
<b>Les professionnels de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact direct et permanent avec les personnes comme principaux fournisseurs de services de santé et respect d'un code d'éthique dans la dispensation des services.</li> <li>• Mise en œuvre concrète de décisions politiques et de procédures opérationnelles avec capacité de fournir une rétroaction continue.</li> <li>• Source permanente d'information concernant les problèmes et les priorités de santé des individus et de la société dans son ensemble.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation en associations puissantes pour défendre un ensemble de valeurs et des intérêts corporatifs.</li> <li>• Indépendance d'esprit et scepticisme mettant en doute l'utilité d'un large partenariat en dehors des dispensateurs de service partageant la même façon de penser.</li> <li>• Concurrence entre professions de santé, parfois au détriment de l'équité et de l'efficacité des services de santé.</li> </ul>
<b>Les institutions académiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à induire l'acquisition des compétences et des comportements souhaitables pour la mise en œuvre de programmes de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatif isolement du contexte social, entraînant une mauvaise adaptation des programmes de formation et de recherche aux problèmes prioritaires et à l'évolution des systèmes de santé.</li> </ul>

Tableau 6. Les facteurs facilitant et limitant le partenariat de cinq intervenants

	Les facteurs facilitants	Les facteurs limitants
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosité d'esprit et utilisations des méthodes de recherche pour concevoir et évaluer des modèles innovants de dispensation de services de santé.</li> <li>• Rôle de modèle pour les praticiens et référence en matière de qualité des soins et de progrès technologiques dans le domaine de la santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanctuaire de spécialités et de sous-spécialités, aux dépens d'une vision holistique, largement responsable de la fragmentation des services de santé.</li> <li>• Manque de leadership pour guider en pratique la mise en œuvre des approches multidisciplinaires dans le développement sanitaire et social.</li> </ul>
<b>Les communautés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expression des besoins et des attentes avec une approche orientée sur les problèmes.</li> <li>• Prise de conscience croissante des droits et des devoirs ainsi que des possibilités d'influencer les programmes de santé.</li> <li>• Force bénévole, immédiatement disponible pour une collaboration et facilement mobilisable pour des causes altruistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendance aux demandes excessives et relative réticence à partager risques et responsabilités.</li> <li>• Volatilité et instabilité du partenariat, en particulier pour les actions à long terme et les changements institutionnels.</li> <li>• Sensibilité à l'influence des médias et les modes. La passion du moment prévaut parfois sur la rationalité des faits.</li> </ul>

Il est possible de tirer leçon des expériences de partenariats impliquant différents intervenants. Dans le « pentagone du partenariat » (Figure 22) (1) représente les décideurs politiques, (2) les gestionnaires de santé, (3) les professionnels de santé, (4) les institutions académiques et (5) les communautés. Examinons maintenant les combinaisons suivantes.

**(4) & (5)** 

Il s'agit probablement de l'un des partenariats les mieux connus, à défaut d'être l'un des plus attrayants : l'association entre institutions académiques et communautés. L'effort pour mieux adapter la formation des professionnels de santé aux besoins des bénéficiaires a amené les institutions académiques à interagir avec la communauté. D'une part, les programmes pédagogiques sont adaptés pour refléter la situation épidémiologique locale et pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes dans un contexte donné. D'autre part, le corps professoral et les étudiants sont mis en contact des communautés

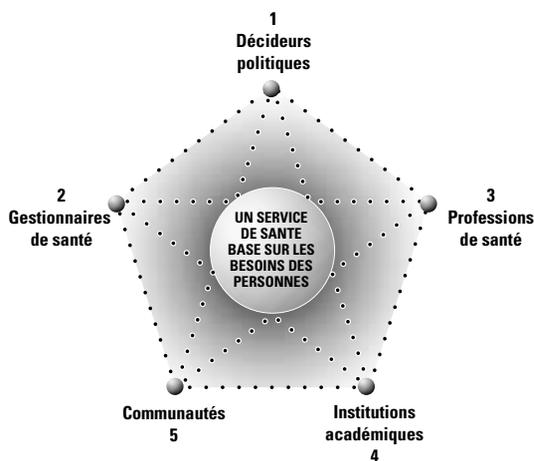


Figure 22. Les exemples de partenariat

tout au long du processus de formation, les écoutant, apprenant d'elles, travaillant avec elles et les aidant. (132)

En retour, les dirigeants et les représentants de la communauté conseillent les institutions de formation sur l'admission des étudiants, le choix des lieux d'apprentissage et l'identification de domaines spécifiques intéressants pour la recherche et les services. La Faculté de médecine de Zamboanga (province méridionale de Mindanao dans les Philippines) représente un exemple de consultation intensive des communautés locales dans la mise en place de l'institution. (133) Plusieurs réseaux nationaux et internationaux d'institutions de formation orientées vers la communauté fonctionnent depuis des années, dont certains avec l'appui de l'OMS. (120)

**(2) & (4)** 

Cette alliance traduit un désir d'harmoniser les services de santé avec le développement des personnels de santé. Sous la bannière des soins de santé primaires, l'OMS recommande depuis longtemps que la planification, la formation et le déploiement de la main-d'œuvre fassent partie intégrante du développement des services de santé, afin d'assurer une cohérence dans les buts et une correspondance optimale entre les besoins de santé et les ressources humaines. (134,135)

Dans cet esprit, on a mis sur pied, dans certains pays, des mécanismes prévoyant que la responsabilité des services de santé et de l'éducation médicale soit exercée conjointement. (136,137,138) Dans plusieurs cas, les institutions de services de santé dispensent la formation du personnel de santé (infirmières, sages-femmes et personnel paramédical). Récemment, certains pays ont ouvert la possibilité d'intégrer les écoles des professionnels de santé dans de larges consortiums d'institutions de soins de santé afin de produire une main-d'œuvre répondant à des besoins spécifiques.

**(2) & (4) & (5)** 

Cette relation triangulaire illustre le souci dans les programmes de santé d'une approche coordonnée entre institutions académiques, services de santé et communautés. Le programme UNI, subventionné par la Fondation W.K. Kellogg, constitue un exemple concret d'un tel effort de collaboration, dont les universités sont les principaux instigateurs. (123)

Dans le cas des « hôpitaux promoteurs de la santé », un hôpital amorce le processus de création des liens avec les communautés et les institutions académiques, pour adopter une approche de la santé qui soit holistique plutôt que centrée sur la maladie et pour rejoindre les patients et les familles dans la communauté, en particulier les personnes défavorisées. (57) Il y a très peu d'hôpitaux universitaires qui fassent valoir des résultats enviables dans le combat contre les inégalités de santé par un travail en réseau. (58)

**(3) & (4)**

Ce type de partenariat peut s'exprimer de diverses façons. L'université en qualité d'*alma mater* entretient un partenariat privilégié avec des associations professionnelles. Ce partenariat se traduit dans les programmes de formation continue ou de recherche qui reçoivent des contributions équivalentes des deux parties. (139) Les professionnels de santé travaillant dans la communauté bénéficient de rémunération d'enseignants des universités et les étudiants sont formés dans des lieux de pratique de terrain sous leur responsabilité, pour la satisfaction des deux parties. (140)

Les dirigeants de la formation et de la pratique médicale unissent souvent leurs compétences pour élaborer des guides de pratique ou des normes de qualité dans la formation. Le Comité de liaison en éducation médicale (LCME ou Liaison Committee for Medical Education) est un exemple nord-américain de collaboration entre associations médicales et facultés de médecine l'accréditation des facultés. (141)

**(1) & (2)**

Cette relation peut être illustrée par le soutien mutuel recherché par les départements de santé publique sous l'autorité du secteur public, et les organisations de services de santé, comme les organisations de « managed-care » aux États-Unis. Une telle relation repose sur l'hypothèse que la collaboration entre médecine et santé publique sert l'intérêt des deux partenaires et au mieux celui du public. (142)

**(1) & (2) & (4)**

Ce qui peut sembler une relation élitiste entre les décideurs politiques et les institutions académiques peut produire d'intéressants résultats. Il existe des exemples où les politiques orientées vers les soins de santé primaires ont trouvé leur meilleur appui au sein d'institutions académiques ou de formation, en particulier lorsqu'elles étaient financées par le gouvernement. L'influence des leaders universitaires sur l'élaboration des politiques n'est pas négligeable, comme le montrent les nombreux doyens de facultés de médecine qui sont devenus par la suite ministres de la santé dans certains pays du monde. Le tandem « gouvernement-université » peut mettre l'accent sur les soins primaires et le rôle des médecins généralistes ou de famille en finançant la création de départements de médecine familiale, tandis que les gestionnaires de santé, par leurs politiques d'emploi, peuvent favoriser les opportunités d'emploi.

**(1) & (4) & (5)**

Cette relation peut contribuer à corriger la mauvaise répartition des personnels de santé. Le redéploiement des médecins vers les régions rurales mal servies peut résulter de l'effet conjoint des politiques de santé, des programmes ciblés de formation médicale et du soutien des communautés d'accueil, par l'attribution, aux éventuels nouveaux venus, d'incitations matérielles et sociales adéquates.

## **Une mise en garde!**

La valeur du partenariat dépend du degré d'engagement de chaque partenaire. Le contact entre les intervenants ne suffit pas pour garantir des partenariats fructueux.

Certains observateurs cyniques pourraient décrire le « pentagone du partenariat » comme un ensemble de compétiteurs se préoccupant principalement de protéger leur propre territoire et dépourvus de la vision systémique nécessaire pour favoriser la création de consortiums durables et ouverts aux besoins de la société.

## **Une autre mise en garde!**

Le pentagone peut-il se transformer en hexagone ou en polygone avec encore plus de côtés ? Oui, le partenariat peut être élargi pour inclure d'autres parties directement ou indirectement engagées dans des activités reliées à la santé et concernant les déterminants économiques, sociaux, culturels et environnementaux de la santé. Cependant, il faut faire preuve avant tout de pragmatisme dans les efforts visant à élargir le partenariat.

Il faut se rappeler que l'approche préconisée dans le projet VUPS se centre dans un premier temps sur le partenariat nécessaire à une dispensation des services de santé fondée sur les besoins des personnes. Dans la recherche d'une optimisation de la dispensation des services et de la promotion de la santé, les promoteurs de VUPS devraient collaborer avec des agences et des personnes de secteurs aussi diversifiés que l'éducation, l'agriculture, l'industrie, l'alimentation, le transport, l'emploi ou le contrôle de l'environnement, après que l'on ait identifié, dans ces secteurs, des éléments qui induisent des risques pour la santé ou qui lui sont favorables. Très souvent, l'un des « partenaires du pentagone » peut prendre en charge ces éléments, notamment les représentants des communautés, quand il s'agit, par exemple, de protection et de promotion de la santé, dans les foyers, les écoles et les lieux de travail.

À l'échelle nationale, d'une part, les autorités gouvernementales devraient prendre en compte les répercussions des politiques économiques et sociales sur la santé des personnes. Par exemple, les conditions nécessaires à la restructuration et à la revitalisation de l'économie nationale, la privatisation et la décentralisation qui sont leurs corollaires ainsi que l'influence de la mondialisation nécessitent des mesures de réglementation et une coordination au plus haut niveau gouvernemental afin de réduire les risques d'inégalités, de chômage et de pauvreté.

D'autre part, tout en tenant compte des décisions prises sur le plan macro-politique et macro-économique, une approche comme celle du projet VUPS privilégie une démarche de bas en haut, en commençant par la reconnaissance des besoins prioritaires de santé d'une population de référence et en coordonnant l'utilisation des ressources et des talents disponibles sur ce plan. Puisqu'une démarche de bas en haut nécessite une mise à jour permanente par la recherche et le développement pour s'adapter aux besoins des personnes, elle mérite d'être considérée comme un moyen de contribuer à l'élaboration des politiques nationales de santé.

**(1) & (2) & (3) & (4) & (5)**

À notre connaissance, il existe très peu d'exemples de partenariats à part entière, qui exige un degré élevé de coordination. Sur le plan national, le système de santé peut favoriser un tel partenariat.

Au Royaume-Uni, par exemple, le Service national de santé—par des politiques et des objectifs clairement définis—compte sur les professions de santé, notamment les médecins généralistes et les équipes de soins primaires, pour assumer, d'une part, des fonctions de « gatekeeper » (ou celles « d'ouvreurs de possibilités ») vis-à-vis de services plus spécialisés et, d'autre part, des responsabilités de gestion plus globales dans le système de santé, avec une certaine participation des institutions académiques et des communautés. (143)

En Australie, les divisions de médecine sont des entreprises décentralisées, encouragées par le gouvernement fédéral, pour faciliter la collaboration entre diverses structures de médecine générale. Cette collaboration permet une dispensation coordonnée d'un large éventail de services à certains groupes de patients souffrant d'affections chroniques et vivant dans des régions définies.

On a recours à des approches multidisciplinaires, où des soins complets et continus et des dispositifs appropriés d'orientation vers les services spécialisés représentent les engagements fondamentaux. Des associations de consommateurs participent au processus collaboration, à la fois pour veiller à l'adaptation des services à leurs besoins et pour valoriser leur participation. (144)

Les exemples qui précèdent ne représentent que quelques partenariats possibles. Certains accords sont appropriés à la résolution d'une série de problèmes donnés, tandis que d'autres seront plus adaptés dans des circonstances différentes. Il est évident que, dans chaque contexte, il faut parvenir à une relation optimale entre les partenaires.

## **Pérenniser les partenariats**

On peut mesurer un partenariat à mesure qu'il évolue du stade informel au stade institutionnel, en prenant en considération le degré de l'engagement de chaque partenaire. On peut distinguer trois degrés.

### ***Le niveau 1. Des accords ponctuels***

Ce partenariat se constitue spontanément ou à la suite d'une planification minimale. Les partenaires peuvent convenir de se rencontrer régulièrement et d'échanger de l'information car ils se reconnaissent des domaines d'intérêt communs.

Voici quelques exemples de ce niveau de partenariat : des organisations de soins de santé et des institutions de formation peuvent planifier conjointement des exercices de formation pratique et s'entendre sur leur contribution réciproque; les autorités de santé, les institutions académiques, les professionnels de santé, les gestionnaires de santé et les communautés peuvent être représentées à la commission de santé d'une ville, d'un district ou d'une province pour échanger des points de vue sur des questions de santé prioritaires. Ensemble, ils peuvent délibérer sur les

moyens les plus appropriés de les régler. Des administrateurs d'hôpitaux et des professionnels de santé œuvrant dans la communauté peuvent rechercher un *modus operandi* pour définir des procédures de référence optimales.

Ces accords ne sont pas scellés par une convention formalisée. L'un des partenaires peut le rompre si une occasion meilleure survient. Toutefois, un partenariat de niveau 1 peut évoluer vers le deuxième si tous les partenaires sont d'accord.

### **Le niveau 2. Un projet**

Il s'agit d'une forme qui engage davantage les parties, puisque différents partenaires se sont formellement mis d'accord pour investir dans un projet commun. Un contrat est signé, stipulant les objectifs communs et les résultats attendus, ainsi que les obligations respectives des partenaires. On établit un budget, un échéancier et des spécifications pour la gestion du projet. Le projet est habituellement placé sous les auspices de niveaux hiérarchiques plus élevés, de façon à ce qu'il puisse être reproduit à une plus grande échelle et puisse mener à des changements institutionnels durables.

Par exemple, dans la mise sur pied d'un projet de démonstration de soins de santé primaires, les services de santé gouvernementaux, les institutions de santé académiques et les communautés peuvent s'engager dans un partenariat. Dans un tel cas, les enquêtes de santé communautaire, la surveillance épidémiologique, les services à la communauté, les activités de formation et de recherche sont tous menés en collaboration. La mise en œuvre du plan de projet, qui précise les contributions spécifiques de chaque partenaire sur plusieurs années, est soutenue financièrement par certains partenaires ou par un financement externe. La surveillance et l'évaluation sont prévues pour mesurer les progrès dans l'atteinte des objectifs et la faisabilité d'une extension ou d'une adaptation du projet à d'autres parties de la nation.

Un autre exemple pourrait être un consortium luttant contre un problème de santé prioritaire identifié conjointement, comme le SIDA, la grossesse chez les adolescentes ou la sclérose en plaques. Un programme est mis en place avec le soutien actif des organes politiques et décisionnels, tandis que les contributions des autres partenaires sont délimitées : les organisations de santé ciblent des activités destinées aux personnes à risque; les professionnels de santé participent par l'intermédiaire de programmes de formation continue et de subventions; les institutions académiques mettent à jour leurs programmes de formation de base et de perfectionnement; et les associations de bénévoles dans la communauté offrent un soutien logistique et social aux personnes et aux familles qui en ont besoin.

Un projet, par définition, est limité dans le temps. Ceci signifie qu'au cours d'une période définie, des transformations importantes doivent se produire pour améliorer de manière durable le système de dispensation des services de santé.

Pour qu'un projet réussisse, un certain nombre de caractéristiques doivent être considérées dans la planification d'un projet fructueux. Si tel n'est pas le cas, les intervenants participent pour en tirer des bénéfices tangibles, matériels ou autres. C'est pourquoi, lorsque les bénéfices se raréfient ou que les fonds s'épuisent, le

consortium devient fragile et il faut alors injecter d'autres ressources et soutiens permanents. Les résultats à long terme du projet peuvent aussi être menacés par l'inactivité de l'un ou de plusieurs partenaires, s'il n'existe pas de moyens formels pour forcer chaque partenaire à assumer sa juste part de responsabilités.

Plusieurs projets n'ont pas réussi à avoir un effet durable sur les comportements des intervenants, parce qu'on a omis de mettre en place en temps opportun une stratégie de changement institutionnel à long terme. On peut estimer qu'un projet a réussi lorsqu'il se traduit par la transformation d'un partenariat temporaire en un partenariat permanent (voir le degré 3 ci-dessous). Il faut profiter de la durée du projet pour faciliter cette transition.

### ***Le niveau 3. Un engagement à long terme***

Si les intervenants jugent le projet VUPS suffisamment intéressant pour y participer afin de remodeler le système de dispensation des services de santé, ils doivent accepter de renoncer à certaines de leurs prérogatives, dans l'espoir que de telles concessions puissent se traduire à long terme par des occasions nouvelles de maintien ou d'accroissement de leurs avantages. Le renoncement à des acquis en faveur d'avantages hypothétiques nécessite que chaque intervenant ait une vision à long terme de l'évolution du système de santé et anticipe les événements favorables et défavorables associés à cette évolution.

Un engagement à long terme pour la création de l'unité pour la santé peut nécessiter d'un intervenant qu'il revoie sa mission (ou sa raison d'être). Par exemple, les hôpitaux et les institutions académiques peuvent être dans l'obligation de prendre en charge une nouvelle série d'activités liées à la santé communautaire et à la promotion de l'équité dans la santé. Parallèlement, les professionnels de santé peuvent avoir à réajuster leurs habitudes de travail, si le travail en équipe et le partage de la prise de décision deviennent plus fréquents. Les organisations de services de santé peuvent avoir à promouvoir le rôle des équipes de soins primaires coordonnées par des médecins généralistes et de famille.

Les partenariats durent s'ils sont formalisés. Une fois que la recherche et les négociations ont permis de définir les responsabilités premières et secondaires des intervenants, et les domaines de complémentarité et de chevauchement acceptables, des accords financiers et juridiques devraient être conclus pour formaliser les rôles et les modes de travail.

La notion de responsabilité à assumer pour servir la cause de l'unité pour la santé devrait être reconnue et des dispositifs appropriés devraient être mis en place pour évaluer la contribution respective des intervenants. Pour que durent les alliances, il faut que l'identité de chaque intervenant soit préservée, tout en parvenant à un juste équilibre entre l'atteinte de buts décidés en commun et les intérêts spécifiques. Ceux-ci doivent pouvoir évoluer et s'adapter aux besoins et aux attentes qui émergent, en étant guidés de manière permanente par une surveillance et une recherche évaluative.

Pour les entrepreneurs de la santé, il est important de faire une distinction entre les trois niveaux dans la qualité du partenariat décrits ci-dessus et d'être conscients des conditions de la transition du niveau ponctuel au niveau de projet, puis à celui

**Figure 23. Le défi de la construction d'un partenariat durable**

Voici cinq personnalités dont les intentions respectives diffèrent :

M. A est un politicien local et un épidémiologiste employé par l'état;

Mme B est directrice d'un hôpital public provincial;

M. C est médecin de famille rémunéré à l'acte;

M. D est biochimiste universitaire, reconnu pour ses recherches en laboratoire;

Mme E est bénévole dans une association communautaire de visites à domicile chez les personnes âgées.

Est-il possible de construire un partenariat valable entre ces personnes ? Quelles valeurs communes sont-elles disposées à partager ? Examinons leurs forces complémentaires en vue de la négociation d'un accord.

d'un engagement à long terme. Nous pouvons résumer la configuration idéale d'un partenariat, qui respecte tous les paramètres, par la « formule VUPS » :

$$(MxV + MxP) \cdot A_3$$

dans laquelle

**V** représente les quatre valeurs de la « boussole de la santé » : la qualité, l'équité, la pertinence, l'efficacité. **Mx** indique le niveau maximum de ces valeurs.

**P** représente les cinq partenaires : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et les communautés. **Mx** indique la participation de l'ensemble des cinq partenaires.

**A** représente la qualité des alliances; 3 signifie le niveau 3, ou le niveau optimal de partenariat correspondant à un engagement à long terme.

# Les preuves d'impact

## La dissémination

Le mot « dissémination » renvoie à la notion de « répandre la semence ». La raison d'être d'un projet est d'être reproduit, de manière à ce que l'expérience acquise puisse bénéficier à l'ensemble du système de dispensation des services de santé et aux personnes qu'il est sensé servir. Les promoteurs d'un projet VUPS doivent reconnaître le soutien qu'ils reçoivent en étant responsables tant de la qualité de « la semence », c'est à dire de la valeur intrinsèque du projet, que de la préparation du « terrain », c'est-à-dire faciliter la croissance et la maturation d'un projet à plus large échelle.

## ***La promotion et (la défense de la cause) le plaidoyer***

Pour promouvoir avec efficacité le concept du projet VUPS, il importe de réaffirmer dès le départ les valeurs fondamentales qui le soutiennent—la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité dans la santé—ainsi que la perception-clé que l'actuel système de dispensation des services de santé fragmenté n'est pas en mesure de traduire ces valeurs de manière satisfaisante.

Le projet VUPS est ensuite présenté comme une approche parmi d'autres. Le soutien du projet devrait être obtenu si ses principales caractéristiques sont exposées clairement et si sa pertinence dans le contexte local est démontrée, tant du point de vue de l'orientation des politiques que de sa mise en œuvre concrète.

La figure 24 récapitule les caractéristiques du projet.

### ***Figure 24. VUPS en bref***

1. BUT : Des services fondés sur les besoins des personnes.
2. VALEURS : La qualité, l'équité, la pertinence, l'efficacité.
3. OBJECTIF : Réduire la fragmentation dans les systèmes de santé et créer l'unité.
4. POINT DE DEPART : L'intégration de la médecine et de la santé publique.
5. CONDITIONS TECHNIQUES (3) : Une population de référence, un modèle organisationnel, la gestion de l'information sanitaire.
6. PARTENARIAT (5) : Les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques, les communautés.

Compte tenu de la complexité du projet, il se peut qu'au départ ses promoteurs aient à composer avec un soutien mitigé et à user de leur pouvoir de persuasion pour faire face aux sceptiques qui ont besoin sans arrêt d'être rassurés pour adhérer aux principes du projet. Toutefois, les plus hautes autorités des organisations de services de santé, les associations professionnelles et les institutions académiques devraient être bienveillantes et offrir leur soutien, si le projet est présenté de manière non idéologique et non menaçante, avec une vision claire de sa flexibilité pour s'adapter et de ses avantages à long terme.

### ***L'expansion***

Une fois que le projet est amorcé, l'élan doit être maintenu. Dans un projet donné, il arrive très souvent qu'un partenaire prenne la direction et que les autres restent à la traîne, du moins temporairement. Il faut veiller à ce que tous les partenaires prennent leur part tout au long du projet.

L'expérience acquise grâce au suivi de la mise en œuvre du projet doit être prise en considération. Les outils devraient être constamment améliorés : l'utilisation adéquate de l'épidémiologie par les partenaires de tous les secteurs de manière à disposer d'une perspective de la population de référence; des modes d'organisation alternatifs pour une intégration optimale de la médecine et de la santé publique à différents niveaux du système de santé; l'utilisation de l'information sanitaire par l'informatique et les technologies de télécommunications, pour une meilleure prise de décisions et comme catalyseur pour créer l'unité.

Les expériences valables devraient être largement diffusées. Il faudrait encourager la création de réseaux nationaux et internationaux entre ceux partageant des expériences semblables. Lorsqu'un certain degré de visibilité et de crédibilité est atteint, il faudrait rechercher activement le parrainage (*sponsoring*) des agences gouvernementales, dans l'espoir que les principes et les méthodes inhérents au projet VUPS puissent servir à influencer les politiques de santé et à façonner le système de dispensation des services de santé à l'échelle de la nation.

### **Les effets**

Les promoteurs du projet et ceux qui y contribuent doivent garder à l'esprit que le but ultime est l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans les services de santé pour la population de référence. Voici les définitions proposées pour ces quatre valeurs :

- La qualité :** La satisfaction optimale des utilisateurs et des normes professionnelles.
- L'équité :** La situation où les possibilités de bénéfices de santé sont accessibles à tous.
- La pertinence :** Le degré avec lequel les problèmes les plus importants et les plus pertinents localement sont abordés.
- L'efficacité :** Le plus grand impact sur la santé avec l'utilisation la plus appropriée des ressources disponibles.

Il est difficile de faire le lien entre les interventions et les résultats dans le domaine de la santé, en particulier compte tenu de la présence de nombreux facteurs confondants et de multiples partenaires. Ceci ne devrait toutefois pas décourager les promoteurs d'un projet VUPS pour la recherche des preuves d'une contribution directe ou indirecte à la traduction de ces valeurs. Bien qu'il faille élaborer des méthodes appropriées de recherche évaluative, toutes les personnes concernées devraient être sensibilisées au recueil de signes d'impact.

Le projet devrait recueillir des données de base concernant les quatre valeurs appliquées à la population de référence, pour mesurer régulièrement les tendances à l'aide de moyens et de mécanismes appropriés. Chaque intervenant ou partenaire peut prendre des mesures spécifiques pour progresser dans la traduction de l'une ou l'autre de ces valeurs. Dans la « grille de responsabilité sociale » proposée pour les institutions académiques, par exemple, une taxonomie d'interventions ayant une influence graduée sur ces valeurs est suggérée. Une grille semblable pourrait être adoptée et utilisée par les autres partenaires.

Dans chaque situation, les contributions des partenaires, tant séparées que convergentes, devraient être documentées. Les résultats peuvent être immédiats et fragiles ou durables. Par exemple, d'une part, des bénévoles peuvent mettre sur pied une clinique pour soigner des problèmes de santé courants dans un groupe mal servi. D'autre part, l'assemblée législative nationale peut adopter une loi pour attribuer une part importante du budget de la santé aux initiatives locales qui répondent aux critères du projet VUPS.

# Conclusion

La valeur du projet « Vers l'unité pour la santé » serait largement démontrée si elle contribuait à faire évoluer la façon de penser de chacun des différents partenaires ou intervenants en les amenant à partager des responsabilités, en particulier celles de la performance du système de santé, de la santé et du bien-être de leurs concitoyens.

# Références

1. *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1981 (“Health for All” Series, No. 3).
2. *Health for all by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1998 (Executive Board document EB101/8).
3. *Equity in health and health care. A WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document WHO/ARA/96.1; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
4. *Reorientation of the education and practice of health care providers other than doctors, nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
5. *Defining and measuring the social accountability of medical schools*. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/HRH/95.7; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
6. *World development report 1993: investing in health*. Washington DC, The World Bank, 1993.
7. Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements*. Geneva, World Health Organization, 1997 (priced document no. WHO/ARA/97.12).
8. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
9. Infante A. Health sector reform: priorities and packages. *World Health Forum*, 1997, 18(2):169–175.
10. Chaulet P. After health sector reform, whither lung health? *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1998, 2(5):349–359.
11. *Evaluation of recent changes in the financing of health services. Report of a WHO Study Group*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 829).
12. *Alma-Ata 1978: Primary health care. Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (“Health for All” Series, No. 1).
13. *Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all*. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document WHO/HRH/96.1; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

14. *Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education. Report of the global conference on international collaboration on medical education and practice, 12–15 June 1994, Rockford, Illinois, USA.* Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/HRH/95.2; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
15. Boelen C. Interlinking medical practice and medical education: prospects for international action. In: Walton H, ed. *Proceedings of the world summit on medical education, 8–12 August 1993.* *Medical Education*, 1994, 28, Suppl. 1:82–85.
16. *Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. WHO/WONCA 1994 conference: The contribution of the family doctor, 6–8 November, 1994, London, Ontario, Canada.* Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
17. *From Alma-Ata to the year 2000: reflections at the midpoint.* Geneva, World Health Organization, 1988.
18. *The crisis of public health: reflections for the debate.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 1992 (Scientific Publication No. 540).
19. *New challenges for public health. Report of an interregional meeting, Geneva, 27–30 November 1995.* Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document WHO/HRH/96.4; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
20. *Améliorer la santé en Afrique [Improving health in Africa].* Washington, The World Bank, 1994.
21. *Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options.* Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document TDR/Gen/96.1; available on request from Department of Communicable Disease Research and Development, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
22. *Focus on health: public health in health services restructuring.* Ottawa, Canadian Public Health Association, 1996.
23. Dekker E. Health care reforms and public health. *European Journal of Public Health*, 1994, 4:281–286.
24. Van de Water HPA, van Hertem LM. *Health policies on target? Review of health target and priority-setting in 18 European countries.* Leiden, TNO Prevention and Health, Public Health Division, 1998.
25. Ashton J. Health for all: from myth to reality. *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1998, 14:1–2 (unpublished document WHO/HSS/NL/98.2; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
26. Public health medicine and primary health care: convergent, divergent, or parallel paths? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995, 49:113–116.
27. White KL. *Healing the schism: epidemiology, medicine and the public's health.* New York, Springer Verlag, 1991.

28. Grémy F. Médecine clinique et santé publique. [Clinical medicine and public health.] *La Revue d'Education médicale [Revue of Medical Education]*, 1989, XII(3): 5–10.
29. Thilly C. *Crises de la santé publique, de la médecine, de la société?* [Crises in public health, medicine and society?] Paper presented to the Association Belge de Santé Publique during the conference, “Future of public health education”, 24 March 1994, Leuven (unpublished).
30. Lasker RD. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, The New York Academy of Medicine, 1997.
31. *Implementing the visions of Alma Ata. District health systems for primary health care. Toward a framework for action*. Geneva, World Health Organization, 1988 (unpublished document WHO/SHS/DHS/88.1; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
32. Mills A et al., eds. *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva, World Health Organization, 1990.
33. MacMahon B, Trichopoulos D. *Epidemiology: principles and methods*. Boston; Little, Brown, 1996.
34. Public health epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995, 49:333–334.
35. Kleczkowski BM, Roemer MI, Van Der Werff A. *National health systems and their reorientation towards health for all: guidance for policy-making*. Geneva, World Health Organization, 1984.
36. Knox EG, ed. *Health care planning: a guide to the uses of a scientific method*. Oxford, Oxford University Press, 1979.
37. Saracci R. Quelle santé pour qui? Un défi pour l'épidémiologie. [What health for whom? A challenge for epidemiology.] *Forum mondial de la Santé [World Health Forum]*, 1998, 19(1):3B5.
38. *The challenge of implementation. District health systems for primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1988 (unpublished document WHO/SHS/DHS/88.1/ Rev. 1; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
39. Boelen C. *Comprehensive health intervention plan at community level (CHIPaC). Working paper prepared for a workshop on developing training programmes in management for national health development, Sydney, 12–24 February 1984*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1984 (unpublished document WPR/EDS/84.2; available on request from World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, PO Box 2932, 1099 Manila, Philippines).
40. *Twenty steps for developing a health cities project*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1997 (unpublished document EUR/ICP/HSC 644(2); available on request from World Health Organization Regional Office for Europe; 8, Scherfigsvej; 2100 Copenhagen, Denmark).
41. Roemer MI. Health development and political policy: the lesson of Cuba. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1980, 4(4):570–580.

42. Pauluis J. General practitioners in public health: hopes and concerns in Belgium. *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1996, 10:23–24 (unpublished document WHO/OHS/NL/96.2; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
43. Van Balen H. *Vertical and horizontal programmes. Advantages and disadvantages.* (Summary of a publication by Bart Criel and Vincent de Brouwere, Antwerp, December 1995).
44. *Integration of health care delivery. Report of a WHO Study Group.* Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 861).
45. *Improving the performance of health centres in district health systems. Report of a WHO Study Group.* Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 869).
46. *Improving child health. IMCI: the integrated approach.* Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document WHO/CHD/97.12; available on request from Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
47. Hart RH, Belsey MA, Tarimo E. *Integrating maternal and child health services with primary health care: practical considerations.* Geneva, World Health Organization, 1990.
48. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Statistics Quarterly*, 1998, 51(1): 44–54.
49. Kark SL. *The practice of community oriented primary health care.* New York; Appleton-Century-Crofts, 1981.
50. Starfield B. Primary care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 1993, 16(4):27–37.
51. Wright RA. Community-oriented primary care. The cornerstone of health care reform. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269(19):2544–2547.
52. Boelen C. *Guide des stages de santé publique. [Guide to traineeships in public health.]* Constantine, Algeria; Institut technologique de Santé publique, 1974.
53. Neame R, Boelen C. *Information management for improving relevance and efficiency in the health sector: a framework for the development of health information systems. Report of a consultation convened by the World Health Organization in Sorrento, Italy, 21–25 March 1993.* Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/HRH/95.4; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
54. The Institut Technologique de la Santé publique, Constantine, Algeria: Preparing health personnel for Algeria. In: Katz FM, Fülöp T, eds. *Personnel for health care: case studies of educational programmes.* Geneva, World Health Organization, 1978.
55. *Improving the performance of health centres in district health systems. Report of a WHO Study Group.* Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 869).
56. Starfield B. Public health and primary care: a framework for proposed linkages. *American Journal of Public Health*, 1996, 86(10):1365–1369.
57. *The Budapest declaration on health promoting hospitals*, May 1991. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.

58. Moy E et al. Academic medical centers and the care of underserved populations. *Academic Medicine*, 1996, 71:1370–1377.
59. Loudon I, Horder J, Webster C, eds. *General practice under the national health services 1948–1997*. London, Clarendon Press, 1998.
60. *General practice integration: a literature review*. Sydney, Centre for General Practice Integration Studies, School of Community Medicine, University of New South Wales, 1996.
61. *Information support for new public health action at district level. Report of a WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO Technical Report Series, No. 845).
62. Husein K et al. Developing a primary health care management information system that supports the pursuit of equity, effectiveness and affordability. *Social Science and Medicine*, 1993, 36(5):585–596.
63. Bodart C, Sapirie S. Defining essential information needs and indicators. *World Health Forum*, 1998, 19(3):303–309.
64. De Maeseneer J, Beolchi L, eds. *Telematics in primary care in Europe*. Amsterdam, IOS Press, 1995.
65. *Telemedicine flagship application. Malaysia's telemedicine blueprint: leading healthcare into the information age*. Kuala Lumpur, Ministry of Health.
66. Tarimo E, Creese A, eds. *Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences*. Geneva, World Health Organization, 1990.
67. *Health professions education for the future: schools in service to the nation. Report of the Pew Health Professions Commission*. San Francisco, Pew Health Professions Commission, 1993.
68. Boelen C. Frontline doctors of tomorrow. *World Health*, 1994, 5:4–5.
69. De Maeseneer J, Derese A. Community-oriented primary care. *European Journal of General Practice*, 1998, 4(June):49–50.
70. Shao J. Is the five-star doctor the future African doctor? *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1995, 8:9–10 (unpublished document WHO/EDH/NL/95.2; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
71. Kassai R. Can the five-star doctor be the future Japanese doctor? *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1998, 13:12–13 (unpublished document WHO/HRB/NL/98.1; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
72. Rivo M. Producing the five star generalist physician: part of the world health strategy. *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1993, 4:11–12 (unpublished document WHO/EDH/NL/93.2; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
73. *The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: curricular development. Report of a Third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, 27–29 August 1997*. Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document WHO/PHARM/97/599; available on request from Cluster on Health Technology and Pharmaceuticals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

74. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000. Rapport et recommandations de la Commission sur l'Exercice de la Médecine des Années 2000 suivis des engagements du Collège des Médecins du Québec [New professional challenges for the doctor of the years 2000. Report and recommendations of the Commission on Medical Practice of the Years 2000 and commitments of the College of Physicians of Québec].* Montreal, Collège des Médecins du Québec, 1998.
75. Wall EM, et al. Retraining the subspecialist for a primary care career: four possible pathways. *Academic Medicine* 1994, 69(4):261–266.
76. Violaki-Paraskeva M. Hippocrates: an ideal that lives. *World Health Forum*, 1995, 16(4):394–397.
77. Bryant J, Khan KS, Hyder AA. Ethics, equity and renewal of WHO's health-for-all strategy. *World Health Forum*, 1997, 18(2):107–115.
78. Smith R, Hiatt H, Berwick D. Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group. *British Medical Journal*, 1999, 318:248–251.
79. *Physician funding and health care. Proceedings of a conference by WHO, WONCA and the Royal College of General Practitioners, Cambridge, 12–13 December 1997* (in preparation).
80. *Paying for health: the new partnership. Proceedings of the AIM international conference, Dublin, October 3–4, 1996.* Brussels, Association Internationale de la Mutualité, 1997.
81. Gary N et al., eds. Improving the social responsiveness of medical schools. Proceedings of the 1998 Educational Commission for Foreign Medical Graduates/World Health Organization conference, Barcelona, March 12–14, 1998. *Academic Medicine*, 1999, 74 (August), Suppl. (in press).
82. Declaration issued by the World Conference of Higher Education, UNESCO, Paris, 5B9 October 1998.
83. White KL, Connelly JE. *The medical school's mission and the population's health: medical education in Canada, the United Kingdom, the United States and Australia. Proceedings of a conference sponsored by the Royal Society of Medicine Foundation, Inc., and the Josiah Macy Jr. Foundation, December 9–12, 1990, Turnberry Isle, Florida.* New York, Springer-Verlag, 1992.
84. Bok D. *Beyond the ivory tower: social responsibilities of the modern university.* Cambridge, Massachusetts, USA, Harvard University Press, 1982.
85. Schroeder SA, Zones JS, Showstack JA. Academic medicine as a public trust. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 262(6):803–812.
86. Showstack J et al. Health of the public: the academic response. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267(18):2497–2502.
87. Heck J, Boelen C. *Meeting society's needs. The role of medical schools: Can it be done? Should it be done?* (in preparation).
88. Boelen C. Adapting health care institutions and medical schools to societies= needs. In: Gary N et al., eds. Improving the social responsiveness of medical schools. Proceedings of the 1998 Educational Commission for Foreign Medical Graduates/World Health Organization conference, Barcelona, March 12–14, 1998. *Academic Medicine*, 1999, 74 (August), Suppl. (in press).

89. Chaulet P, Campbell I, Boelen C. *Tuberculosis control and medical schools. Report of a WHO workshop, Rome, 29–31 October 1997*. Geneva, World Health Organization, 1998.
90. *Universities and health of the disadvantaged. Building coalitions with the health professions, local governments and their communities. Proceedings of a conference co-organized by WHO, UNESCO and the University of Arizona, Tucson, Arizona, USA, 11–14 July 1999* (planned).
91. *World directory of medical schools*, 7th ed. Geneva, World Health Organization, 2000.
92. Boelen C et al. *Towards the assessment of quality in medical education*. Geneva, World Health Organization, 1992 (unpublished document WHO/HRH/92.7; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
93. Boelen C. Prospects for change in medical education in the twenty-first century. In: Gastel B, Wilson MP, Boelen C. *Toward a global consensus on quality medical education: serving the needs of populations and individuals*. Proceedings of the 1994 World Health Organization/Educational Commission for Foreign Medical Graduates invitational consultation, Geneva, October 3–6, 1994. *Academic Medicine*, 1995, 70(7), Suppl.:21–28.
94. Boelen C. Global standards and accreditation. *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1998, 13:2 (unpublished document WHO/HRB/NL/98.1; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
95. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Academic Medicine*, 1992, 67(11):745–749.
96. *Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education*. London, General Medical Council, 1993.
97. Fülöp T. The implementation of WHO's training programme for teachers of the health professions. In: Miller GE, Fülöp T, eds. *Educational strategies for the health professions*. Geneva, World Health Organization, 1974:89–98.
98. Tamblyn R et al. Association between licensing examination scores and resource use and quality of care in primary care practice. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(11):989–995.
99. *Increasing the relevance of education for health professionals. Report of a WHO Study Group on Problem-Solving Education for the Health Professions*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 838).
100. Tresolini CP. *Health professions education and relationship-centered care. Report of the Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education*. San Francisco, Pew Health Professions Commission, 1994.
101. Hamad B. Community-oriented medical education: What is it? *Medical Education*, 1991, 25:16–22.
102. *Education for more synergistic practice of medicine and public health*. New York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1998.
103. MacDonald PJ et al. Setting educational priorities for learning the concepts of population health. *Medical Education*, 1989, 23:429–439.

104. Boelen C et al. *Developing protocols for change in medical education. Report of an informal consultation, Seattle, Washington, USA, 11 to 14 August 1992*. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/HRH/95.5; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
105. *Our healthier nation: a contract for health. A consultation paper*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1998.
106. Adams T, Lin V. Partnership in public health. *World Health Forum*, 1998, 19(3):246–252.
107. Vienonen M, Jankauskiene D, Vask A. Towards evidence-based health care reform. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77(1):44–49.
108. *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*. [Reforming the health system: a strategic proposal.] Mexico City, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
109. *WHO conference on European health care reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996: proceedings of the conference*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
110. *The hospital in rural and urban districts. Report of a WHO Study Group on the Functions of Hospitals at the First Referral Level*. Geneva, World Health Organization, 1992 (WHO Technical Report Series, No. 819).
111. Harris JR et al. Prevention and managed care: opportunities for managed care organizations, purchasers of health care, and public health agencies. *HMO Practice*, 1996, 10(1):24–27.
112. Showstack J et al. Health of the public: the private-sector challenge. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 276(13):1071–1074.
113. *Critical challenges: revitalizing the health professions for the twenty-first century. The third report of the Pew Health Professions Commission*. San Francisco, Pew Health Professions Commission, 1995.
114. *The future of public health. Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine*. Washington, DC; National Academy Press, 1988.
115. Starfield B, Simpson L. Primary care as part of US health services reform. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269(24):3136–3139.
116. Lee PR. Health system reform and the generalist physician. In: Rivo ML, Altman D, Foss F, eds. Primary care and the education of the generalist physician. *Academic Medicine*, 70(1), Suppl.:10–13.
117. Macara AW. Whither the NHS? *Journal of Public Health Medicine*, 1995, 17(1):3–5.
118. *Science, culture et santé du monde. Actes de l'atelier organisé conjointement par l'Académie Européenne des sciences des arts et des lettres, l'UNESCO et l'Organisation mondiale de la Santé, 10–13 octobre 1989*. [Science, culture and world health. Proceedings of the workshop organized jointly by the European Academy of Sciences, Arts and Letters; the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; and the World Health Organization, 10–13 October 1989.] Padua, Casa Editrice Dott. Antonio Milani, 1990.
119. *Le rôle des universités dans les stratégies de la santé pour tous*. [The role of universities in strategies for health for all.] World Health Assembly Resolution WHA37.31, 17 May 1984. Geneva, World Health Organization, 1984.

120. Schmidt HG et al. Network of community-oriented educational institutions for the health sciences. *Academic Medicine*, 1991, 66(5):259–263.
121. Gray DP. *Developing primary care: the academic contribution*. London, The Royal College of General Practitioners, 1996.
122. Welton WE. Facilitating coordination between medicine and public health. *Changing Medical Education and Medical Practice*, 1996, 10:6–7 (unpublished document WHO/OHS/NL/96.2; available on request from Department of Health Service Provision, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
123. *Community partnerships. Health professions education*. Battle Creek, Michigan, USA; W.K. Kellogg Foundation.
124. Gonnella JS et al., eds. *Assessment measures in medical school, residency, and practice: the connections*. New York, Springer Publishing Company, 1993.
125. *Ottawa charter. Charter adopted at an international conference on health promotion, "The move towards a new public health", November 17–21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada, co-sponsored by the Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, and the World Health Organization*.
126. Behringer, BA, ed. *Involvement of communities in health professions education: experiences from the Community Partnerships for Health Professions Education programs, 1991–1997. Papers based upon student presentations from the 20th anniversary conference of the Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences, Mexico City, October 23, 1997*. Johnson City, Tennessee, USA; East Tennessee State University Press, 1998.
127. *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. Report of a WHO Working Group. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
128. Emmanuel SC. L'information et la recherche au service des décideurs. [Information and research for decision-makers.] *Forum mondial de la Santé [World Health Forum]*, 1998, 19(1):13–15.
129. Sayers B. La technologie basée sur la connaissance au service de la santé. [Knowledge-based technology in the service of health.] *Forum mondial de la Santé [World Health Forum]*, 1998, 19(1):16–20.
130. *Community involvement in health development: challenging health services. Report of a WHO Study Group*. Geneva, World Health Organization, 1991 (WHO Technical Report Series, No. 809).
131. Oakley P. *Community involvement in health development: an examination of the critical issues*. Geneva, World Health Organization, 1989.
132. Kaufman A, Waterman RE, eds. *Health of the public. A challenge to academic health centers. Strategies for reorienting academic health centers toward community health needs*. San Francisco, Health of the Public Program, 1993.
133. *A progressive and innovative medical curriculum: Zamboanga Medical School*. Zamboanga, Philippines; Zamboanga Medical School Foundation.
134. Education for the health professions. *WHO Chronicle*, 1970, 24(10):444–449.
135. *Coordinated health and human resources development. Report of a WHO Study Group*. Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 801).

136. Soberón G et al. *Building bridges between health care and medical education: the Mexican experience. Paper presented at the conference on "Medical education and cost-effective health care", Bellagio, Italy, March 21B25, 1988.* New York, Rockefeller Foundation, 1988.
137. Frankford DM, Konrad TR. Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market-driven era. *Academic Medicine*, 1998, 73:138–145.
138. Marandi AR. Integrating medical education and health services: the Iranian experience. *Medical Education*, 1996, 30.
139. Novotny TE, Heaton CG, eds. Research linkages between academia and public health practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 1995, 11(3), Suppl.
140. Salafsky B, Boelen C. Planning a community-oriented, cost-effective medical school. *Education for Health*, 1996, 9(3):307–318.
141. *Rules of procedure. Liaison Committee on Medical Education. Revisions authorized by the Liaison Committee on Medical Education, February 5–6, 1997.* Washington, DC, Association of American Medical Colleges, and Chicago, American Medical Association, 1997.
142. *Improving the public's health: collaborations between public health departments and managed care organizations.* Washington, DC; Public Health Foundation, 1996.
143. Powell MA. *Evaluating the National Health Service.* Buckingham, Buckingham Open University Press, 1997.
144. General Practice Consultative Committee. *The future of general practice: a strategy for the nineties and beyond.* Australian Medical Association; Department of Health, Housing and Community Services, Commonwealth of Australia; Royal Australian College of General Practitioners, 1992.

## ANNEXE 1

# Les critères d'un projet VUPS

Nous proposons ici des critères pour le développement et la surveillance d'un projet VUPS. Ils se regroupent en quatre catégories principales (un seul chiffre), neuf sous-titres (deux chiffres) et 24 titres spécifiques (trois chiffres).

Les quatre catégories principales se lisent comme suit :

- Des modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique
- Des implications pour les professions de santé
- Le partenariat
- Les preuves d'impact

En voici une description plus détaillée.

## Des modèles innovants de services intégrant la médecine et la santé publique

### 1.1 Une population de référence et un territoire

1.1.1 *Les personnes.* L'unité dans les services de santé est davantage favorisée lorsque les limites de l'action sont définies avec précision, tant en terme de personnes à cibler que de zone où elles vivent. Le projet se centre soit sur l'ensemble de la population, soit sur certains sous-groupes. Si la population de référence représente un sous-groupe de la population, elle devrait être spécifiée par des caractéristiques précises : la démographie (par ex. les adolescents), un problème de santé (par ex. la violence), un risque pour la santé (par ex. le tabagisme). On veillera dans le projet à ce que toute personne au sein de la population de référence, ait l'opportunité d'accéder aux services. La sélection des cas sur des facteurs socio-économiques ou d'autres facteurs discriminatoires devrait être évitée. Par conséquent, la population de référence ne peut pas se limiter à une population de patients autosélectionnés et à leurs familles. L'analyse de la population de référence est régulièrement mise à jour dans le projet.

1.1.2 *Le territoire.* Le projet s'applique à une région précise, définie en fonction de critères géographiques, politiques ou administratifs (par ex. un village, un groupe de villages, une ville, un district, une province).

Les programmes d'action prennent en compte les déterminants de la santé relatifs à l'environnement social, culturel et physique. Le projet utilise ou préconise l'utilisation d'une vaste gamme de ressources sanitaires et des services de soutien disponibles dans le territoire identifié.

## 1.2 Un modèle organisationnel pour l'intégration

- 1.2.1 *Un éventail de services.* La population de référence a accès à un éventail de services de santé individuelle et communautaire, qui couvrent les aspects préventifs, curatifs, de promotion et de réadaptation. Les activités concernant la santé individuelle (la médecine) et la santé communautaire (santé publique) s'adressent aux problèmes prioritaires de la population de référence. Le contenu et les résultats attendus de chaque activité sont indiqués explicitement.

Des guides de pratique sont disponibles et utilisés pour veiller à ce que les meilleures pratiques soient appliquées dans les activités de santé individuelle et communautaire.

- 1.2.2 *Des liens.* Les activités de santé individuelle et celles de santé communautaire sont organisées et dispensées en vue d'une synergie réciproque, dans l'intérêt de la santé des personnes.

Un modèle présente explicitement, à l'aide de diagrammes et d'organigrammes, comment se réalise l'intégration. Le modèle montre les interactions entre les activités (par ex. la prise en charge des cas individuels de maladie peut conduire à une activité de santé communautaire; ou encore la surveillance de la situation sanitaire de la communauté peut entraîner des mesures de santé individuelle).

Le modèle suggère des moyens de réaliser l'intégration, par la communication et la surveillance (1.3), par la répartition du travail et les incitations (2.1.2) ou par d'autres modalités. Le modèle est également flexible et peut s'adapter aux événements incidents.

La continuité et la globalité des services de santé sont des caractéristiques du projet. On veille ainsi à ce que l'intégration proposée soit compatible avec les principes en cours à d'autres niveaux du système de santé (par ex. l'intégration au niveau des soins primaires est compatible avec les fonctions d'un hôpital de référence).

## 1.3 Une gestion globale de l'information sanitaire

- 1.3.1 *La disponibilité.* L'information sur l'état sanitaire, les risques et les interventions concernant la population de référence est mise à jour périodiquement par des données statistiques existantes ou par des enquêtes spéciales. Ces informations sont diffusées aux principaux intervenants—les gestionnaires de santé, les professionnels et les consommateurs—pour promouvoir les décisions basées sur des données probantes, tout en améliorant la coordination et en développant des synergies entre les programmes.

Les informations de santé individuelle (par ex. les dossiers des patients, les consultations, les statistiques) et celles de santé communautaire (par ex. les risques pour la santé liés au mode de vie et à l'environnement) concer-

nant la population de référence sont regroupées pour obtenir une vision complète de la situation sanitaire, pour dégager des priorités et suivre les progrès vers plus de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité des soins de santé.

- 1.3.2 *Une utilisation par tous.* Le projet vise à créer la transparence sur l'état sanitaire, les risques et les interventions concernant la population de référence, grâce à un flux continu et largement accessible d'informations sanitaires utiles disponibles pour tous les intervenants principaux. Les consommateurs sont habilités à prendre des décisions éclairées à propos de leur propre santé grâce à un système d'information sanitaire convivial. Les gestionnaires de services de santé, les chercheurs et les formateurs utilisent également l'information disponible pour accroître leur responsabilité sociale en réorientant leur activité sur les sujets prioritaires en matière de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité.

## Les implications pour les professions de santé

### 2.1 Dans la pratique

- 2.1.1 *De nouveaux rôles.* Avec l'avènement de modes intégrés de dispensation de services de santé, on peut s'attendre à des changements dans les rôles des professionnels de santé. Le projet plaide en faveur de nouvelles opportunités et de nouveaux défis pour ces professionnels et souligne la nécessité du travail en équipe, tout en considérant les questions de complémentarité et de substitution.

Le projet envisage l'adaptation des professions de santé existantes en fonction des profils souhaités ainsi que l'émergence possible de nouvelles professions dans les domaines de la santé ou reliés à la santé.

Même si les professionnels de santé exerçant au niveau des soins primaires font l'objet d'une attention privilégiée, en tant qu'acteurs facilitant l'intégration (par ex. les médecins généralistes ou autres fournisseurs de soins de santé), on n'oublie pas la place des autres professionnels de santé (par ex. les spécialistes) exerçant à d'autres niveaux (par ex. dans les hôpitaux).

- 2.1.2 *Des incitations.* La pérennité de l'action requiert des innovations organisationnelles ainsi que des incitations pour les personnes concernées. Les principes éthiques sont valorisés dans le projet à l'intention des professions de santé, pour qu'elles assument la responsabilité de créer l'unité dans la santé et par conséquent d'adapter leur exercice. On envisage divers modes d'indemnités financières, adaptées au modèle d'intégration proposé (voir 1.2) et réalisables dans le contexte socio-économique du moment (par ex. rémunération à l'acte, au mérite, par salaire, capitation ou modalités mixtes).

D'autres dédommagements et mesures d'incitation pour garantir une satisfaction durable dans l'exercice sont également envisagées.

## 2.2 La formation

2.2.1 *La responsabilité sociale des institutions de formation.* Le projet encourage les institutions de formation à adapter leurs missions de formation, de recherche et de dispensation de services de santé pour répondre aux problèmes de santé prioritaires de la société et pour garantir que les professionnels de santé pourront exercer les rôles qu'on attend d'eux (voir 2.1.1). Par des partenariats avec d'autres agences, les institutions de formation sont incitées à travailler à l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans les soins de santé, et à utiliser des grilles et des indicateurs appropriés pour évaluer dans quelle mesure elles répondent aux besoins de la société.

2.2.2 *Les programmes de formation.* La pertinence du contenu et l'efficacité du processus d'apprentissage des programmes de formation visent à la préparation de générations futures de professionnels de santé, dotés des compétences nécessaires dans un système de dispensation de services socialement responsable, comme décrit dans le projet VUPS.

## Les partenariats

3.1 **Les principaux partenaires.** Le projet implique ou prévoit d'impliquer cinq principaux partenaires : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et la communauté. Il peut être initié par un ou deux d'entre eux, mais il est évident que les autres ont un rôle tout aussi important à jouer et qu'ils sont ou seront impliqués éventuellement.

Selon le niveau où se déroule le projet dans le système de santé, ces partenaires assumeront diverses fonctions. Voici des exemples de contributions significatives de la part des partenaires suivants :

- 3.1.1 Des décideurs politiques (par ex. le projet est explicitement soutenu par des politiciens puisqu'il est manifestement cohérent avec les déclarations politiques du moment);
- 3.1.2 Des gestionnaires de santé ( par ex. le projet a reçu un soutien financier de la part des actuels administrateurs de la santé);
- 3.1.3 Des professionnels de santé (par ex. des professionnels de santé des secteurs public et privé y participent);
- 3.1.4 Des institutions académiques (par ex. des compétences et des ressources en recherche et en formation dans le champ de la santé sont utilisées);
- 3.1.5 Des communautés (par ex. des représentants de la communauté ou des consommateurs participent à l'orientation et à la mise en œuvre du projet).

### 3.2 La qualité du partenariat

Divers degrés de partenariat peuvent être identifiés, allant du ponctuel au plus durable.

3.2.1 *Ponctuel*. Les partenaires sont associés de manière informelle par l'intermédiaire de consultations périodiques et d'échanges de points de vue.

3.2.2 *Projet en collaboration*. Les partenaires sont associés dans un projet limité dans le temps et partagent leurs ressources pour atteindre des objectifs fixés ensemble.

3.2.3 *Engagement institutionnel à long terme*. Le projet représente pour les différents partenaires l'occasion de revoir l'énoncé de leur mission et de s'engager formellement à contribuer à l'atteinte des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficacité dans les soins de santé.

## Les preuves d'impact

### 4.1 La dissémination

4.1.1 *La promotion et le plaidoyer*. Le projet publie et diffuse des informations concernant sa contribution à la création de l'unité pour la santé au niveau local et national, dans le but d'influencer les processus décisionnels, et ce, pour faire progresser les concepts et les approches inhérents au projet VUPS.

4.1.2 *L'expansion*. Le projet est engagé dans un processus d'approfondissement des activités de recherche et de développement pour contribuer à la réorientation du système de santé, sur le plan local ou national. Il dispose ou prévoit de disposer des capacités de fournir des avis techniques dans ce domaine.

### 4.2 Les effets

Le projet peut fournir ou prévoit de fournir des données probantes sur sa contribution directe ou indirecte à l'amélioration de la qualité, de l'équité, de la pertinence et de l'efficacité dans les soins de santé pour la population de référence.

4.2.1 *La qualité*. Une conformité optimale aux normes professionnelles et aux attentes du consommateur;

4.2.2 *L'équité*. Situation où les occasions de bénéfices sanitaires sont offertes à tous;

4.2.3 *La pertinence*. Degré avec lequel les problèmes les plus importants et les plus pertinents localement sont abordés en premier;

4.2.4 *L'efficacité*. Le plus grand impact sur la santé avec l'utilisation la plus appropriée des ressources disponibles.

## ANNEXE 2

# Vers l'unité pour la santé Le Consensus de Phuket

### Historique

En ce jour du 13 août 1999, à Phuket en Thaïlande, lors de la conférence internationale « Vers l'unité pour la santé », les participants présentent cette déclaration de Consensus devant servir de base pour le développement de partenariats visant à promouvoir la santé des personnes du monde entier.

Ce Consensus est basé sur les principes fondamentaux énoncés dans différents documents : la *Déclaration universelle des droits de l'homme* des Nations Unies, résolution 1997/71 de la Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme ; la *Déclaration d'Alma Ata*; et la Stratégie Mondiale de la Santé pour Tous de l'Organisation mondiale de la santé, découlant de la résolution WHO30.43 (1977) de l'Assemblée mondiale de la santé ainsi que la définition de la santé adoptée par l'Organisation mondiale de la santé. De plus, le Consensus inclut dans son libellé les notions de droits de l'homme reliés à la santé, que l'on retrouve dans les codes d'éthique et de conduite professionnelles et les droits des patients promulgués par plusieurs professions dans de nombreux pays.

Nous convenons de ce qui suit :

- La santé des individus et des familles à la fois reflète et influence la santé des communautés et les milieux où ils vivent, travaillent et se divertissent.
- Chaque personne a droit à des environnements sains, ainsi qu'à des services de santé équitables, efficaces, humains et éthiques.
- Le bien des individus, des communautés et de l'environnement doit être respecté et pris en compte dans tous les sujets liés à la santé.
- Les politiques et les pratiques qui influencent la santé doivent être basées sur des données probantes, être rationnelles et durables et doivent viser à atteindre à la fois le bien des individus et de la société.
- Des partenariats efficaces entre individus et communautés et entre tous les secteurs—privé, public, professionnel et bénévole—sont essentiels à la création et à la poursuite d'interventions et de programmes de santé efficaces.
- La société mondiale doit assurer des ressources adéquates pour la santé de tous ses membres.
- Tous les partenaires dans tous les secteurs partagent conjointement la responsabilité et le devoir de rendre des comptes en ce qui concerne la santé, particulièrement celle des personnes les plus vulnérables.

## Les recommandations pour un programme d'action

Ce programme est proposé dans le but d'atteindre les objectifs spécifiques du projet «Vers l'unité pour la santé» (VUPS), qui sont l'amélioration de la pertinence et de la performance du système de dispensation des services de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes. Le projet VUPS vise à atteindre cet objectif en facilitant la coordination / intégration d'un large éventail d'interventions destinées à la santé individuelle et à la santé communautaire au niveau d'une population donnée et en créant des partenariats productifs et durables entre les principaux intervenants travaillant à ce niveau, à savoir les décideurs politiques, les administrateurs de la santé, les professions de santé, les institutions académiques et les communautés.

Le programme d'action suivant est proposé. La mise en œuvre de ce programme dépendra d'une réorientation fondamentale de l'éducation, de la formation et du perfectionnement continu de l'ensemble des intervenants de santé.

- Synthétiser et promouvoir le Consensus «Vers l'unité pour la santé» (VUPS).
- Identifier les déterminants clés des partenariats qui agissent sur la santé.
- Créer des dispositifs pour développer les nouvelles compétences nécessaires aux alliances dans la communauté : élaboration de consensus multisectoriels, engagement communautaire, formation au leadership, gestion, développement et déploiement des ressources.
- Développer une connaissance et des systèmes d'information partagés pour évaluer les partenariats et faire l'analyse comparative des résultats et de l'impact des projets VUPS.
- Entraîner la société civile, les secteurs public et privé et les leaders de la communauté dans le mouvement de partenariat VUPS, et s'assurer d'un appui de leur part et de celui de tous les autres intervenants.
- Assurer des ressources adéquates pour une assistance technique appropriée, pour des projets de démonstration et pour la recherche et l'évaluation de partenariats VUPS durables.
- Élaborer, diffuser et mettre un œuvre un plan stratégique pour la progression et l'expansion d'un réseau durable de collaboration VUPS.

L'Organisation mondiale de la santé, dans sa qualité de principal organisme mondial en santé internationale, devrait assurer le leadership dans le développement et la promotion de ce Consensus. Une résolution devrait être préparée pour son adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé afin d'entériner la mise en œuvre de *Vers l'unité pour la santé*.