ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

49e CONSEIL DIRECTEUR

61e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire

CE49/16 (Fr.)
13 août 2009
ORIGINAL : ESPAGNOL

RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Introduction

1. Le présent document énonce une proposition de politique régionale pour la constitution de réseaux intégrés de services de santé (RISS) en réponse au grand défi de la fragmentation des services de santé et en vue de s'acquitter des engagements pris dans la Déclaration de Montevideo, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et le Consensus d'Iquique. Dans cette politique, il est stipulé que les RISS contribuent à atteindre des objectifs de développement au niveau international, comme ceux stipulés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, et au développement de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) et, par conséquent, à la prestation de services de santé plus accessibles, efficaces et de meilleure qualité technique, qui tiennent compte des questions liées au sexe et de la compétence culturelle et qui soient favorablement perçus par les usagers. De la même manière, les RISS contribuent à améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé sans tenir compte de l'âge, du sexe, de la race, de la langue, du lieu de résidence, de la religion, appartenance politique, orientation sexuelle, niveau d'éducation et condition socioéconomique. Il est recommandé que des plans nationaux adaptés aux réalités de chaque pays soient élaborés, qui reposent sur la définition et les caractéristiques essentielles des RISS énoncées dans le présent document.

Antécédents

2. Les systèmes de santé des Amériques se caractérisent par des niveaux élevés de segmentation[1] et de fragmentation[2] (*1-3*). La fragmentation est un facteur important du

[1] ***Segmentation*** se réfère à « la coexistence de sous-systèmes dotés de différentes modalités de financement, d'affiliation et de prestation des services, chacun d'eux étant `spécialisé' dans différentes couches de la population en fonction de leur degré d'insertion dans le monde du travail, de leur niveau de

faible niveau de performance des services et des systèmes de santé. La fragmentation peut entraîner, à elle seule ou en association avec d'autres facteurs, des difficultés dans l'accès aux services, la prestation de services de faible qualité technique, l'utilisation irrationnelle et inefficace des ressources disponibles, l'accroissement inutile des coûts de production et un faible niveau de satisfaction des utilisateurs vis à vis des services reçus (*4, 6*).

3. Du point de vue de la demande de services, le vieillissement de la population et les modes de vie peu sains ont entraîné une augmentation des maladies chroniques et de la co-morbidité et, par conséquent, une augmentation de la demande en services de soins, principalement ceux prodigués à domicile. Ces défis exigent une plus grande intégration des prestataires de services pour une bonne gestion. D'autre part, les usagers exigent une plus grande participation dans le domaine de la santé ainsi que des services de santé adaptés à leurs préférences individuelles et collectives. Du point de vue de l'offre de services, les progrès médicaux et technologiques (tels que la télésanté) débouchent sur la nécessité d'adapter les modèles de soins, tout en facilitant une plus grande collaboration entre les différents prestataires de services.

4. Les réformes sectorielles des années 80 et 90 n'ont pas tenu compte des caractéristiques propres de chaque pays par rapport au degré de développement des institutions du secteur de la santé, et la tendance a été d'adopter des modèles normalisés et centrés sur des changements budgétaires et de gestion, la dérégulation du marché du travail, la décentralisation et la promotion de la concurrence parmi les différents fournisseurs et assureurs. Les réformes n'ont pas non plus favorisé les relations et la synergie indispensables entre les fonctions des systèmes, omettant ainsi de prendre en compte leurs interconnexions complexes et augmentant la fragmentation des services de santé (*7, 8*).

---

revenus, de leur capacité de paiement et de leur position sociale. Ce type d'organisation institutionnelle renforce et élargit les inégalités dans l'accès aux services de santé entre les différents groupes de la population. En termes d'organisation, un ou plusieurs organismes publics (suivant le degré de décentralisation ou de déconcentration), la sécurité sociale (représentée par un ou plusieurs organismes) et divers systèmes de financement/d'assurance et fournisseurs privés de services (en fonction du degré d'introduction de mécanismes du marché et de gestion commerciale au cours des réformes sectorielles) coexistent.» (Organisation panaméricaine de la Santé. *Health in the Americas* 2007 (Vol. I, p. 319), Washington, D.C. : PAHO/WHO, 2007).

[2] La ***fragmentation*** du système de prestation des services correspond à « la coexistence de plusieurs unités ou établissements non intégrés dans le réseau sanitaire de soutien » (Organisation panaméricaine de la Santé. Health in the Americas 2007 (Vol. I, p. 319), Washington, D.C. : PAHO/WHO, 2007). D'autres définitions comprennent : a) des services qui ne couvrent pas tout la gamme de services de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs ; b) des services de différents niveaux de soins qui ne sont pas coordonnés entre eux ; c) des services qui ne sont pas poursuivis sur le long terme et d) des services qui ne sont pas adaptés aux besoins des personnes.

5. Au cours des dernières années, on a pu observer une tendance à abandonner la concurrence et à introduire des politiques qui favorisent la collaboration entre les prestataires de soins de santé comme moyen d'améliorer l'efficacité du système et la continuité des soins. Ainsi, l'autorité sanitaire joue un rôle fondamental dans la concrétisation de cette tendance à travers ses fonctions de : a) orientation sectorielle (par exemple, avec la formulation de politiques et l'évaluation de la performance du système) ; b) régulation ; c) modulation du financement ; d) surveillance de l'assurance ; e) exécution des fonctions essentielles de santé publique (FESP) et f) harmonisation de la prestation des services de santé (*9*). L'annexe A du présent document résume quelques initiatives d'intégration de services de santé qui sont mises en place dans des pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

6. En dépit de ces efforts, les mécanismes et les mesures d'incitation en vue de promouvoir l'intégration clinique et la mise en place de réseaux intégrés sont encore insuffisants et doivent être pris en compte pour le développement futur du secteur. Cette réalité est manifeste dans les engagements pris par les pays de la Région par le biais de l'article III de la Déclaration de Montevideo qui stipule : « les modèles de soins de santé doivent….favoriser la mise en place de réseaux de soins de santé et la coordination sociale qui veille à la continuité adéquate des soins » (*10*). Plus récemment, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, au paragraphe 49, recommande de renforcer les systèmes de référence et de contre-référence et d'améliorer les systèmes d'information au niveau national et local de manière à faciliter la prestation de services intégrés et opportuns (*11*), et le Consensus d'Iquique, obtenu au cours du XVII^{e} Sommet ibéro-américain des Ministres de la Santé, souligne au paragraphe 6 « La nécessité de développer des réseaux de services de santé fondés sur les soins primaires, financés par des fonds publics et offrant une couverture universelle, compte tenu de leur capacité à atténuer les effets de la segmentation et de la fragmentation et leur interaction avec l'ensemble des réseaux sociaux » (*12*).

7. Au cours de la période allant de mai à novembre 2008 l'OPS a effectué une série de consultations avec les pays pour traiter du problème de la fragmentation des services de santé et des stratégies pour y remédier. Au cours de cette période, 10 consultations nationales ont été menées (Argentine, Belize, Brésil, Chili, Cuba, Équateur, Mexique, Paraguay, Trinité-et-Tobago et Uruguay), ainsi que deux consultations infrarégionales (Amérique centrale et pays de la Caraïbe orientale et la Barbade) et une consultation régionale au Brésil à laquelle ont participé plus de 30 pays de la Région. Le résultat principal de ces consultations a été de confirmer la nécessité de traiter du problème de la fragmentation des services et de valider la proposition de l'OPS pour l'établissement des RISS aux Amériques.

Analyse de la situation

8. La fragmentation des services de santé se manifeste sous des formes multiples aux différents niveaux du système de santé. Il ressort de l'expérience des personnes qui utilisent le système que la fragmentation s'exprime par un accès insuffisant aux services, une perte de continuité des soins et la non-adaptation des services aux besoins des usagers. Certains exemples ponctuels comprennent la demande réprimée, les listes d'attente, les réaiguillages tardifs, la nécessité de visiter de multiples établissements pour traiter un seul épisode de maladie ou l'absence d'une source régulière de services. D'autres manifestations comprennent le fait de répéter inutilement les antécédents cliniques et les examens de diagnostic ou l'indication d'interventions qui ne tiennent pas compte des spécificités culturelles de certains groupes de la population. Dans le fonctionnement général du système, la fragmentation se manifeste par un manque de coordination entre les différents niveaux et structures de soins, la duplication des services et de l'infrastructure, une capacité installée non utilisée et des services de santé fournis dans la structure la moins appropriée, en particulier dans les hôpitaux. Quelques exemples concrets comprennent une faible capacité à résoudre les problèmes de santé au premier niveau de soins, l'utilisation de services d'urgence pour avoir accès à des soins spécialisés en court-circuitant la consultation ambulatoire, l'admission de patients en milieu hospitalier dont le cas pourrait avoir été résolu avec des soins ambulatoires ou la prolongation des séjours en milieu hospitalier du fait de difficultés pour les patients ayant des problèmes sociaux de quitter l'hôpital.

9. Dans des enquêtes effectuées par l'OPS, la fragmentation des services de santé est perçue comme un problème grave tant par les responsables du premier niveau de soins que par les responsables des soins spécialisés (*13-15*). Par exemple, 22% seulement des personnes interrogées au premier niveau de soins et 35% des responsables/prestataires de soins spécialisés considèrent que les systèmes de référence et de contre-référence entre les différents niveaux de soins fonctionnent de façon adéquate. En ce qui concerne les établissements de soins, les personnes interrogées ont indiqué qu'environ 52% des patients hospitalisés pourraient avoir été traités en dehors du milieu hospitalier. Enfin, 45% seulement des personnes interrogées du premier niveau de soins ont indiqué que les patients sont examinés par le même docteur/la même équipe de santé, c'est-à-dire, qu'ils sont peu nombreux à disposer d'une source régulière de soins.

10. Même si le défi de la fragmentation des services de santé est commun dans la majorité des pays de la Région, son ampleur et ses causes principales varient en fonction de chaque situation. Toutefois, à la lecture de la bibliographie sur ce sujet et à la suite de consultations avec les pays, il apparaît que les principales causes de fragmentation sont les suivantes : a) segmentation institutionnelle du système de santé ; b) décentralisation des services de santé qui fragmente les niveaux de soins ; c) prédominance de programmes ciblés sur des maladies, des risques et des populations spécifiques

(programmes verticaux) qui ne sont pas intégrés au système de santé ; d) séparation extrême entre les services de santé publique et les services de soins aux personnes ; e) modèle de soins centré sur la maladie, les soins d'épisodes aigus et les soins hospitaliers ; f) faiblesse de la capacité d'orientation de l'autorité sanitaire ; g) problèmes en termes de quantité, de qualité et de distribution des ressources ; h) déficiences dans la définition des rôles et responsabilités, du niveau de compétences, des mécanismes d'embauche et de rétention, ainsi que des disparités dans les salaires du personnel de santé ; i) multiplicité des institutions de paiement et des mécanismes de paiement de services ; j) modèles organisationnels contraires à l'intégration ; k) comportements et normes culturelles de la population et des prestataires de services ; l) obstacles juridiques et administratifs et m) pratiques de financement de certains organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux qui stimulent la fragmentation des services de santé.

11. En ce qui concerne les pratiques de financement de certains organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux, bon nombre de ces agences s'interrogent actuellement sur l'efficacité de la coopération centrée exclusivement sur des programmes verticaux et réorientent leurs activités de coopération vers le renforcement des systèmes de santé selon une approche plus intégrée. En décembre 2005, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) a approuvé l'utilisation d'une partie de ses fonds pour renforcer les systèmes de santé (*16*). Plus récemment, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) a aussi décidé d'appuyer le renforcement des systèmes de santé dans la mesure où ils contribuent à combattre ces trois maladies (*17*). La Banque mondiale a effectué une consultation interne sur l'intégration des programmes verticaux dans les systèmes de santé (*18*) et elle soutient des projets d'investissement dans des réseaux de services de santé dans des pays comme le Brésil (*19*). Il en va de même de la Coopération technique allemande (GTZ), qui souligne dans un document récent la nécessité de « réorganiser le réseau de prestation de services, centré sur les services de soins primaires, pour mettre en pratique une offre en réseau qui soit unique, intégrée et coordonnée » (20). Dans ce cadre, l'OMS a lancé l'initiative « Exploiter pleinement les synergies positives entre les systèmes de santé et les initiatives mondiales en faveur de la santé » dans le but d'assurer que les systèmes de santé et les interventions sélectives des initiatives mondiales en faveur de la santé se renforcent mutuellement et puissent produire des bénéfices plus vastes pour la santé publique mondiale (*21*).

12. D'autre part, il existe dans la Région plusieurs expériences de pratiques optimales pour la création de RISS, en particulier dans des pays comme le Brésil, le Chili, le Costa Rica et Cuba, qui ont traditionnellement appuyé le développement des RISS. Plus récemment, d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont commencé à adopter des méthodes similaires dans leurs systèmes de santé (voir annexe A). En Amérique du Nord, il existe aussi des expériences dignes d'être soulignées, comme celles de Kaiser

Permanente et de l'Administration des Vétérans, toutes les deux aux États-Unis d'Amérique, ainsi que le système de services de santé de la région de Montérégie, au Québec (Canada). En Europe, on a identifié de bonnes pratiques dans les Communautés autonomes de Catalogne et d'Andalousie, en Espagne. Pendant l'année 2009, le Bureau sanitaire panaméricain a entamé 11 études de cas sur l'intégration des services de santé dans les systèmes de santé de la Région. Les leçons apprises dans le cadre de ces initiatives, et d'autres qui seront identifiées à l'avenir, seront utilisées pour appuyer cette initiative.

13. Enfin, la diversité d'interprétations sur le concept de services intégrés de santé, y compris les réseaux, explique en partie les difficultés pour en comprendre la signification, élaborer des propositions d'action et évaluer les progrès sur le plan de l'intégration des services (*22*). Il est espéré que ce document contribuera à surmonter les difficultés conceptuelles en la matière.

La proposition

14. Le but de l'initiative de l'OPS sur les RISS consiste à atteindre des objectifs de développement au niveau international comme ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et de contribuer au développement de systèmes de santé fondés sur les SSP[3] et, par conséquent, à la prestation de services de santé plus accessibles, efficaces et de meilleure qualité technique, qui tiennent compte des questions liées au sexe et de la compétence culturelle et qui soient favorablement perçus par le public. De la même manière, les RISS contribuent à augmenter l'équité dans l'accès aux services de santé, indépendamment de l'âge, du genre, de la race, de la langue, du lieu de résidence, de la religion, des convictions politiques, de l'orientation sexuelle, du niveau d'éducation ou du statut socio-économique. L'OPS considère que les RISS constituent l'une des principales expressions opérationnelles de l'approche axée sur les soins de santé primaires au niveau des services de santé, car elles contribuent à concrétiser plusieurs de leurs éléments essentiels comme la couverture et l'accès universels ; le premier contact ; les soins intégrés ; l'orientation familiale et communautaire ; la satisfaction des besoins de santé des individus ; les soins de santé appropriés ; l'organisation et la gestion optimales et l'action intersectorielle, entre autres (*23*).

[3] L'OPS définit les **Systèmes de santé basés sur l'attention primaire de santé** comme une approche ample de l'organisation et mise en œuvre des systèmes de santé dont le principal objectif est d'atteindre le plus haut niveau de santé, au même temps que l'équité et la solidarité du système sont améliorées. Un tel système se fonde sur les principes propres des SSP, à savoir, répondre aux besoins sanitaires de la population, avec une orientation vers la qualité, la responsabilité et l'obligation des gouvernements d'être responsables ; de justice sociale, de sustentabilité, de participation et d'intersectorialité. Organisation panaméricaine de la Santé. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.: OPS; 2007.

15. Les RISS peuvent être définis comme un réseau[4] d'organisations qui fournit des services de santé équitables[5] et intégrés[6], ou qui prend des dispositions pour les fournir, à une population définie, et qui est disposé à rendre des comptes sur ses résultats cliniques et économiques ainsi que sur l'état de santé de la population qu'il dessert (modifié de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems : the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993 Mar-Apr;36(2):20-6).

16. Comme il ressort de la définition précédente, les RISS n'exigent pas que tous les services qui les composent relèvent d'une propriété unique. Au contraire, certains de leurs services peuvent être fournis par l'entremise d'une gamme de modalités contractuelles ou d'alliances stratégiques dans le cadre de ce qui a été appelé une « intégration virtuelle ». Cette caractéristique des RISS permet de rechercher des options de complémentarité des services entre des organisations de nature juridique différente, qu'elles soient publiques ou privées. Le secteur non gouvernemental joue un rôle important dans la fourniture de services de santé dans plusieurs pays de la région. De la part des gouvernements et d'autres qui travaillent pour atteindre des objectifs de santé intégrale, il est de leur intérêt de profiter des opportunités qui se présentent lors des nombreux contacts avec la population cible et avec le secteur non gouvernemental avec but lucratif ou pas. L'initiative RISS promeut même un cadre de travail adapté à la

---

[4] Le concept de ***réseau*** a de multiples significations et applications. Par exemple, depuis une perspective sociologique, les réseaux « correspondent à un mécanisme central du processus d'inclusion et d'intégration sociale de l'individu contemporain, ainsi qu'à un mode d'organisation particulièrement adapté au fonctionnement social actuel, porteur d'un fort potentiel politique étant donné leur capacité à transformer la réalité » (Bertolotto F, Mancheno M. Las redes: una estrategia para la reducción de la segmentación de los sistemas de salud: contribución al seminario internacional GTZ/OPS/MSP/ASSE sobre redes y sistemas integrados de servicios de salud, Montevideo, 16-17 de octubre del 2008 [non publié, copie disponible sur demande]). Dans le domaine des services de santé, le terme ***réseau de services*** fait fondamentalement référence à : a) la structure fonctionnelle d'unités prestataires de nature différente ; b) l'organisation hiérarchique en fonction des niveaux de complexité ; c) un référant géographique commun ; d) la direction d'un opérateur unique ; e) des normes opérationnelles, des systèmes d'information et d'autres ressources logistiques partagées et f) un but commun.

[5] L'**équité**, en matière de santé, fait référence à l'absence de différences injustes dans l'état de santé, l'accès aux soins de santé et à un environnement sain, ainsi qu'au traitement reçu dans le système de santé et autres services sociaux. Organisation panaméricaine de la santé. *Le renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques: Document de prise de position de l'Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé*. Washington, DC: OPS, 2007.

[6] Les ***services de santé intégrés*** font référence à la gestion et à la prestation de services de santé qui font que les personnes bénéficient d'un cycle *continu* de services de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et soins palliatifs, à travers les différents niveaux et sites du système de santé, et conformément à leurs besoins tout au long du cycle de vie (version modifiée de WHO. Integrated health services - what and why? Technical Brief No.1, May 2008). D'autre part, le cycle ***continu*** de soutien correspond au degré où une série d'événements distincts des soins de santé sont perçus par les personnes comme étant cohérents et reliés entre eux, et adaptés à leurs besoins et préférences (version modifiée de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003 ; 327 (7425) : 1219-1221).

collaboration entre différents pays par des efforts tels que les « services partagés » des petites îles des Caraïbes et la complémentarité des services aux frontières communes.

Caractéristiques essentielles des RISS

17. Compte tenu de la vaste gamme de contextes dans les pays, il n'est pas possible de prescrire un modèle organisationnel unique pour les RISS ; en fait, il y a de multiples modèles possibles. L'objectif de la politique publique consiste alors à proposer une conception qui réponde aux besoins organisationnels spécifiques de chaque système. Néanmoins, les preuves empiriques accumulées et les consultations avec les pays font apparaître que les RISS doivent avoir les caractéristiques essentielles suivantes pour bien fonctionner :

1) une population et un territoire couverts définis et vaste connaissance de leurs besoins et préférences en matière de santé, qui déterminent l'offre de services de santé ;

2) un vaste réseau d'établissements de santé qui fournit des services de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement, de gestion des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs, et qui comprend les programmes centrés sur les maladies, les risques et des populations spécifiques, les services de santé personnels et ceux de santé publique ; [7]

3) un premier niveau de soins pluridisciplinaire qui englobe toute la population et sert de porte d'entrée dans le système, qui intègre et coordonne les soins de santé, en plus de répondre à la majorité des besoins de santé de la population ;

4) une prestation de services spécialisés à l'endroit le plus approprié, et fournie de préférence en dehors du milieu hospitalier ;

5) l'existence de mécanismes de coordination du soutien tout au long du cycle continu des services de santé ;

6) des soins de santé centrés sur la personne, la famille et la communauté, en tenant compte des aspects culturels et ceux ayant trait aux sexes, et de la diversité de la population ;

[7] **Santé publique :** c'est l'effort organisé par la société, principalement par le biais des institutions à caractère public, pour améliorer, promouvoir, protéger et remettre en bonne santé des populations par un effort collectif ; ceci comprend des services tels que l'analyse de situation sanitaire, la surveillance sanitaire, la promotion de la santé, les services préventifs, le contrôle des maladies transmissibles, la protection et l'assainissement de l'environnement, les préparatifs et réponses aux catastrophes et urgences sanitaires, la santé au travail, et d'autres. (Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2007).

7) un système de gouvernance[8] unique pour tout le réseau ;

8) une large participation sociale ;

9) la gestion intégrée des systèmes de soutien administratif, clinique et logistique ;

10) des ressources humaines suffisantes, compétentes, dévouées et valorisées par le réseau ;

11) un système d'information intégré et qui relie tous les membres du réseau, avec une ventilation des données par sexe, âge, lieu de résidence, origine ethnique et autres variables pertinentes ;

12) un financement adéquat et des incitations financières alignés sur les objectifs du réseau ; et

13) une action intersectorielle et approche des déterminants de la santé et de l'équité sanitaire.

18. La description de chaque attribut essentiel des RISS nommé ci-dessus est présentée dans le Tableau 1.

[8] La **gouvernance** est principalement "le processus de création d'une vision et une mission de l'organisation —que sera-t-elle et que fera-t-elle— en plus d'établir les buts et les objectifs qui doivent être atteints qui soutiennent la vision et la mission. La gouvernance comprend l'articulation de l'organisation et de ses propriétaires et des politiques qui découlent de ces valeurs —politiques sur les options que ses membres doivent choisir de manière à obtenir les résultats escomptés. Elle comprend également la mise en œuvre de la gestion nécessaire à l'obtention des résultats, l'évaluation de l'action des gérants et de l'organisation." (Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. *Riding the third rail: the story of Ontario's health services restructuring commission. 1996–2000*. The Institute for Research on Public Policy, Montreal.65-6).

Tableau 1. La description de chaque attribut essentiel des RISS

Attribut	Description
1. Population et territoire couvert définis et connaissance approfondie de leurs besoins et de leurs préférences pour les questions de santé, qui déterminent l'offre de services de santé.	La fonction principale des RISS est de fournir des services de santé complets à la population de façon équitable avec l'objectif de promouvoir, de préserver ou de récupérer la santé des individus et de la collectivité en général. Pour ce faire, les RISS doivent être en mesure d'identifier clairement les populations et les zones géographiques sous leur responsabilité. La connaissance de la population et du territoire permet le profilage de la santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables et de leur environnement. Pour recueillir des données, les RISS coordonnent les efforts de recherche d'information avec la communauté et d'autres organismes publics et privés concernés. L'objectif est de générer une base de données de la communauté qui puisse être mise à jour, facilitant ainsi la planification actuelle et future des services de santé. Elle implique également la capacité de faire des projections sur les besoins, les demandes et l'offre future de services de santé, notamment en nombre, composition et répartition du personnel de santé, ressources physiques et programmes de santé nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population sous sa responsabilité.
2. Un vaste réseau de centres de santé offrant des services de promotion, prévention, diagnostic, traitement, de gestion de la maladie, de réadaptation et de soins palliatifs, et qui intègre les programmes axés sur les maladies, les risques et des populations spécifiques, les services de santé pour les individus et les services de santé publique.	Pour assurer la fourniture de services de santé, les RISS disposent d'un large éventail d'établissements de santé qui comprennent des centres ambulatoires de soins de santé primaires, les installations de soins infirmiers, des soins palliatifs, les soins à domicile, les centres ambulatoires spécialisés, les centres de réadaptation et les hôpitaux. Les RISS disposent de tous les niveaux de soins, fournissent des services de choix et d'urgence et fournissent des soins intensifs, de long terme et palliatifs. Étant donné que leur principal objectif est de maintenir la santé de la population, les RISS mettent l'accent sur la prestation de services de santé publique et la promotion de la santé. Les RISS essayent d'assurer une répartition équitable de ses unités d'exploitation et de leur proximité géographique avec la population desservie. De même, les RISS sont préoccupés par la taille optimale de la population pour un accès facile aux services offerts, pour assurer des normes de qualité dans les services spécialisés dont la qualité dépend du volume de la prestation de services (par exemple, la chirurgie cardiaque ou de transplantation) et pour maximiser des économies d'échelle dans le fonctionnement du réseau. Enfin, les RISS se soucient d'intégrer l'ensemble des programmes axés sur les risques des maladies et des populations spécifiques, les services personnels et services de santé publique.
3. Un premier niveau d'attention pluridisciplinaire qui intègre toute la population et qui sert comme porte d'entrée au système, qui intègre et coordonne l'attention de santé en plus de subvenir à la plupart des besoins sanitaires de la population.	Dans un RISS, le premier niveau d'attention joue un rôle clé dans le bon fonctionnement du réseau dans son ensemble. Le premier niveau d'attention fonctionne comme une porte d'entrée au système et garantit à toute la population l'accès équitable aux services essentiels. Ce premier niveau fournit des soins intégraux capables de résoudre la plupart des nécessités et demandes de santé de la population à long terme et pendant tout le cycle de vie. C'est le composant du réseau qui développe les liens les plus profonds avec les individus, les familles et la communauté et avec les autres secteurs de la société, ce qui facilite la participation sociale et l'action intersectorielle. Le premier niveau d'attention joue également un rôle très important dans la coordination de la continuité des services et du flux d'information au sein du réseau de services, sans préjudice du lieu où se situe le centre d'attention. Il s'agit également du niveau le plus critique pour obtenir l'intégration opérationnelle des programmes qui visent des maladies, des risques ou des populations spécifiques, les services de santé personnels et les services de santé publique. Dans un RISS, le premier niveau ne se limite pas à fournir des services de santé dans les centres de santé. Le personnel pluridisciplinaire de santé peut bouger tout au long du réseau des services et fournir des soins dans différents lieux, tels les maisons, les écoles, les lieux de travail et la communauté en général. De la même manière, les spécialistes en différentes disciplines peuvent fournir des services de santé dans ce niveau d'attention.

Attribut	Description
4. Fournir des services spécialisés dans le lieu le plus approprié, proposés de préférence dans des contextes hors hôpital.	Le développement des RISS nécessitera des ajustements permanents dans l'offre de services de santé comme conséquence des changements dans les besoins de santé de la population, du niveau de ressources du secteur et en fonction des avancées scientifiques et technologiques sanitaires. Le terme soins appropriés fait référence au fait que l'attention fournie s'adapte aux besoins communs de toute la population, en même temps qu'ils s'attaquent aux besoins spécifiques de certains sous-groupes de la population ; que l'attention soit efficace et basée sur les meilleures données scientifiques disponibles ; que les interventions soient sûres et que les personnes ne subissent aucun préjudice ; que les priorités vis-à-vis de l'attribution et de l'organisation des ressources s'établissent selon les critères d'équité et d'efficacité économique (par exemple, coût-efficacité). Dans ce contexte, il est préférable de fournir des services spécialisés dans les milieux non spécialisés. En conséquence, les RISS ont développé des processus de réingéniérie des hôpitaux, qui impliquent, d'une part, l'adoption de systèmes de chirurgie ambulatoire et d'hôpital du jour, le développement des soins à domicile et la création de centres ambulatoires spécialisés, hospices et maisons de soins infirmiers et, d'autre part, la focalisation des soins intrahôpital dans la gestion des patients nécessitant des soins intensifs.
5. Existence de mécanismes de coordination de l'assistance tout au long des services de santé.	L'un des plus grands défis des RISS est le traitement des maladies chroniques multiples et complexes qui "court-circuitent" le cycle des services de santé et qui exigent différents lieux de traitement et de réadaptation. Á ce sujet, il n'y a aucune combinaison idéale de mécanismes de coordination. Ils sont en fonction de chaque situation particulière et plus précisément du degré d'incertitude, de spécialisation et d'interdépendance des tâches. En règle générale, les situations qui nécessitent des niveaux de coordination de l'assistance plus élevés sont observées dans des problèmes de santé complexes qui présentent un degré d'incertitude et d'interdépendance et qui requièrent, par conséquent, de modèles de provision simultanée de services. Les instruments ou mécanismes de coordination employés traditionnellement par les organisations sanitaires se fondent sur la standardisation des processus/résultats et dans l'adaptation mutuelle. Les guides de pratique clinique et les protocoles d'attention sont des exemples des instruments de coordination fondés sur la standardisation des processus. Ces types de mécanismes peuvent être employés de manière efficace quand les interdépendances entre les professionnels ne sont pas élevées, quand la variabilité dans la réponse aux interventions médicales entre les patients est minime et la programmation de l'attention est facile. Par ailleurs, l'adaptation mutuelle, c'est-à-dire, la coordination du travail à travers des mécanismes de coordination organiques qui favorisent la communication entre les professionnels qui interviennent dans le même processus d'assistance est plus efficace pour coordonner l'attention de problèmes de santé complexes qui présentent un niveau d'incertitude et d'interdépendances élevé. Les groupes de travail pluridisciplinaires, les conceptions d'organisations matricielles qui combinent la structure par niveau d'assistance y par processus d'attention et gestion de cas sont des exemples de cette dernière forme de coordination (Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). *Organizaciones Sanitarias Integradas : un estudio de casos. Barcelona : Consorci Hospitalari de Catalunya*).
6. Les soins de santé axés sur l'individu, la famille et la communauté, en tenant compte les particularités culturelles et de genre et la diversité de la population.	Les RISS se caractérisent par la fourniture de soins de santé axés sur l'individu, la famille la collectivité ou le territoire. Les soins centrés sur la personne désignent les soins qui se concentrent sur « la personne dans son ensemble », c'est-à-dire, les soins qui tiennent compte de l'épanouissement physique, mental, émotionnel, spirituel et social de la personne. Cela signifie également que les services de santé intègrent dans les soins de santé l'approche interculturelle et de genre. Implique le degré de connaissance que les agents de santé ont sur la personne, que les soins soient adaptés aux besoins spécifiques de la personne ; qu'il y ait de l'empathie, du respect et de la confiance ; et que le processus de décision clinique soit partagé entre le fournisseur et la personne. Les soins centrés sur la personne sont également en lien avec l'approche centrée sur les droits (et parfois les devoirs) des personnes ou des patients vis-à-vis des soins de santé, qui ont été consignés, dans certains pays, dans les « Charte du patient. » En outre, l'approche sur la famille et la communauté implique que les soins ne reposent pas exclusivement sur une perspective individuelle ou clinique. Au contraire, cela signifie que les soins contemplent les problèmes de l'individu dans le contexte de sa situation familiale, de ses réseaux sociaux et culturels

Attribut	Description
	et des conditions dans lesquelles les gens vivent et travaillent. Le cœur de l'approche de la santé de la famille et communautaire est un ensemble de pratiques clés individuelles, familiales et communautaires pour promouvoir la croissance et le développement sains et les soins inclusifs, la prévention des maladies, les soins à domicile pour les malades et l'amélioration du comportement de recherche de soins et le respect des conseils des fournisseurs de soins de santé. Enfin, cela signifie également que les familles et les communautés sont, en elles-mêmes, réceptives aux services de santé de manière participative, en respectant la diversité de genre, culturelle, ethnique et d'autre type qui pourraient exister au sein de la communauté.
7. Un système de gouvernance unique pour l'ensemble du réseau.	Les dimensions de la gouvernance sont le contrôle, la structure, la composition et le fonctionnement. Le contrôle se réfère au degré de centralisation du gouvernement, qui peut aller d'un seul organe (la gouvernance d'entreprise) à de multiples organes décentralisés qui jouent des rôles différents et qui ont des responsabilités différentes. Les membres du conseil d'administration définissent la composition de l'organe de gouvernance, qui peut intégrer les représentants de la communauté et des unités opérationnelles qui composent le réseau. La complexité du gouvernement des RISS requiert la présence de membres très dévoués et avec une préparation spécifique. Les responsabilités de gouvernement comprennent la formulation des objectifs de l'organisation, c'est-à-dire la mission, la vision et les objectifs stratégiques du réseau ; coordonner les différentes entités administratives qui composent le réseau, veiller à ce que la vision, la mission, les objectifs et les stratégies soient cohérents dans l'ensemble du réseau, faire en sorte que le réseau atteigne un niveau optimal de performance à travers le suivi et l'évaluation des résultats et des processus du réseau ; standardiser les fonctions administratives et cliniques du réseau ; s'assurer un financement adéquat pour le réseau et assumer les fonctions de gouvernement à proprement parler. (Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas : un estudio de casos. Barcelona : Consorci Hospitalari de Catalunya). Enfin, dans les pays fortement tributaires des financements extérieurs (par exemple, institutions financières et/ou donateurs extérieurs), le rôle de la gouvernance doit également inclure l'aptitude à conduire et coordonner la coopération internationale pour le développement des RISS comme la meilleure alternative pour l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé, en cherchant l'intégration des programmes axés sur des maladies, des risques et des populations à l'intérieur du système de santé.
8. Large participation sociale.	Les RISS promeuvent des activités qui permettent aux individus de mieux maîtriser leur santé (par exemple à travers l'éducation à la santé, la gestion des soins et de la maladie par soi-même) en plus de stimuler la capacité des collectivités à devenir des partenaires actifs dans l'établissement de priorités, gestion, évaluation et régulation du réseau. La participation sociale peut avoir différents niveaux d'expression, qui correspondent successivement à : a) l'échange d'informations, c'est-à-dire, fournir une information équilibrée qui aide les personnes à comprendre le problème et/ou les solutions, les possibilités et/ou les solutions ; b) la consultation, c'est-à-dire, obtenir le feedback des communautés touchées sur l'analyse, les solutions de remplacement et/ou les décisions ; c) l'engagement, c'est-à-dire, travailler directement avec les communautés par le biais d'un processus qui garantisse que les préoccupations et les aspirations du public soient toujours comprises et prises en considération ; d) la collaboration, c'est-à-dire, associer les communautés touchées à chaque aspect de la décision, y compris le développement d'alternatives et identifier la meilleure solution et, enfin, e) l'autonomisation, c'est-à-dire, s'assurer que les collectivités aient le plein contrôle des décisions importantes qui affectent leur bien-être (Commission des Déterminants sociaux de la santé. Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level: a progress report on the country stream of work in the CSDH. CSDH Country Work Report; October 2007).

Attribut	Description
9. Gestion intégrée des systèmes de soutien administratif, clinique et logistique.	Les modalités de gestion du réseau dépendront de sa taille (la population couverte, la zone géographique, la main-d'œuvre employée, etc.) et le niveau de complexité (type d'établissement de santé, existence de centres de référence nationaux ou régionaux, existence d'activités d'enseignement et de recherche, etc.). Les RISS de grande taille et plus complexes ont besoin de modèles sophistiqués d'organisation qui recherchent la délégation du pouvoir de décision et la coordination de l'organisation. Les changements de gestion comprennent le transfert de la gestion des différents départements individuels à des équipes pluridisciplinaires en charge de gérer des services spécifiques dans le cycle de soins pour les groupes de population, en préconisant la création de structures organisationnelles matricielles et des lignes de services cliniques (Lega, F. *Organisational design for health integrated delivery systems : theory and practice*. Health policy 81 (2007):258-279). Les RISS développent également des systèmes de sécurité/d'amélioration continue de la qualité des soins pour l'ensemble du réseau, car ces systèmes contribuent à promouvoir une culture de l'excellence clinique dans l'ensemble du système. En outre, les RISS cherchent à centraliser les fonctions d'appui clinique (comme par exemple, les services de laboratoire clinique et la radiologie) et l'achat, le stockage et la livraison de médicaments et de fournitures médicales pour promouvoir l'efficacité globale du réseau, tout en mettant en œuvre les mécanismes de gestion et d'évaluation des technologies en vue de rationaliser leur intégration. Enfin, les RISS recherchent le partage des systèmes de soutien logistique, tels que les systèmes de transport et les centres de contrôle des rendez-vous médicaux.
10. Ressources humaines suffisantes, compétentes, engagées et valorisées par le réseau.	L'atout le plus important que possède un RISS son les ressources humaines. Le nombre, la distribution et les compétences de ces ressources humaines se traduisent directement dans la disponibilité des soins et des services appropriés aux besoins de la population et du territoire. En ce sens, la définition de la composition des équipes de santé de base vis-à-vis de la répartition géographique est essentielle et constitue la base de référence pour la planification et l'allocation des ressources humaines dans le réseau. Du point de vue de la gestion du personnel, les RISS examinent le rôle du personnel de santé depuis la perspective de la santé publique et de la réponse clinique ainsi que du point de vue de la gestion et de la structure organisationnelle. Les RISS ont besoin d'un ensemble de compétences et de responsabilités autres que celles requises par les services de santé traditionnels. De nouveaux postes sont nécessaires (par exemple, des directeurs d'intégration clinique, de planification et de développement du réseau), en plus de nouvelles compétences (par exemple, l'abordage systémique, la négociation, la gestion de conflits, la gestion du changement, les méthodes de perfectionnement continue de la qualité, la formation des équipes, la gestion des réseaux). Dans un RISS, la combinaison de compétences peut être obtenue en utilisant différents types de professionnels travaillant à la même tâche (équipes pluridisciplinaires), soit par l'attribution des tâches multiples pour une personne (travailleur polyvalent). Les RISS exigent l'élaboration d'un plan de développement organisationnel pour atteindre les transformations désirées et des processus systématiques de formation continue pour adapter les compétences des équipes de travail. Dans un sens plus large, les RISS exigent des politiques de formation et de gestion des ressources humaines qui soient compatibles avec les besoins de la mise en réseau. Enfin, la culture de l'organisation est l'un des facteurs fondamentaux qui influent sur la coordination au sein de l'organisation. La culture contribue à la coordination des soins comme un élément de cohésion et d'identification entre les membres de l'organisation, surtout si elle favorise les valeurs et les attitudes de coopération, de travail d'équipe et d'orientation vers les résultats.

Attribut	Description
11. Système d'information intégré reliant tous les membres du réseau, avec une ventilation des données par sexe, âge, lieu de résidence, origine ethnique et autres variables.	Le système d'information du RISS doit fournir une grande variété de données pour satisfaire les besoins d'information de tous les membres du réseau. Toutes les unités opérationnelles du réseau doivent être reliées avec le système d'information, même si chaque équipe utilise différentes parties de la base de données du système. Le système d'information doit être compatible avec la mission et le plan stratégique du réseau et doit fournir des informations sur l'état de santé de la population servie (y compris des informations sur les déterminants de santé), la demande et l'utilisation des services ; information opérationnelle sur la trajectoire du patient indépendamment du site de soins (admission, sortie, renvoi), informations cliniques, information sur la satisfaction des utilisateurs sur les services et des informations financières (chiffre d'affaires, type d'adhésion, coûts, etc.). En outre, parmi les éléments de base que le système d'information doit intégrer se trouvent un système d'intégration des applications qui relie les différents systèmes au sein du réseau, un identificateur commun et unique à chaque personne/patient, une définition commune des termes et définitions des normes et une base de données accessible à tous les membres du système afin de préserver la confidentialité de l'information. Un des aspects importants liés aux systèmes d'information est la nécessité que les RISS mènent des recherches opérationnelles à des fins diverses comme améliorer le diagnostic de l'état de santé ou contribuer à l'évaluation de la performance et des résultats du réseau. Pour ce faire, les RISS peuvent développer leurs capacités propres et/ou engager de services avec des sociétés de conseil, des universités ou autres institutions spécialisées dans la recherche.
12. Financement adéquat et incitations financières en accord avec les objectifs du réseau.	Les RISS mettent en œuvre un système d'incitations et de responsabilisation qui vise à promouvoir l'intégration de l'ensemble du réseau, le traitement des problèmes de santé dans le lieu le plus approprié du cycle des soins et à promouvoir et préserver la santé de la population et de l'environnement. À cette fin, le système d'allocation des ressources doit permettre de responsabiliser chaque unité d'exploitation-hôpitaux, équipes de soins de santé primaires, etc.- tant sur les coûts directs, comme sur les coûts générés pour le reste du réseau. L'intégration du budget et son établissement à partir de l'ensemble des objectifs, la flexibilité, la mobilité des ressources humaines et financières au sein du réseau et le transfert du pouvoir d'achat aux unités opérationnelles sont quelques-unes des mesures les plus efficaces pour atteindre l'efficacité globale du réseau. Les systèmes de paiement qui sont appliqués d'une manière indépendante pour chaque établissement et pour chaque niveau de soins (par exemple, le paiement par cas, le paiement par service ou le paiement sur devis) repoussent la coordination entre les niveaux de soins. En guis de réponse, les RISS ont introduit des mécanismes d'allocation de ressources et des incitations financières qui visent à promouvoir la coordination entre les fournisseurs de services et les problèmes de santé dans le lieu le plus approprié au sein du cycle des soins (par exemple, le paiement par habitant, ajusté pour le risque).
13. Action intersectorielle et traitement des déterminants de santé et équité en santé.	Les RISS développent des liens avec d'autres secteurs pour aborder les déterminants les plus « distaux » de la santé et de l'équité en santé. L'action intersectorielle peut inclure la collaboration avec le secteur public, le secteur privé et les organisations de la société civile tels que les organismes communautaires, les organisations non gouvernementales et les organisations religieuses. L'action intersectorielle peut inclure, entre autres, la collaboration avec les secteurs éducatifs, de l'emploi, du logement, de l'alimentation, de l'environnement, de l'eau et de son assainissement et de la protection sociale. Il existe plusieurs niveaux d'intégration au sein de l'action intersectorielle, celles qui vont d'un simple échange d'informations pour empêcher les programmes qui sont en conflit avec d'autres secteurs, en passant par la coordination, jusqu'à parvenir à l'intégration des politiques publiques saines pour atteindre une plus grande harmonisation et une synergie entre les différents secteurs de l'économie. Pour réussir la collaboration entre les secteurs, une augmentation des niveaux de compétences techniques, de gestion des compétences et des valeurs partagées entre les secteurs qui sont en cours d'intégration est nécessaire. La participation à des conseils consultatifs, comités et groupes de travail entre les différents secteurs ou autres peut aider à la coordination avec les autres services.

19. Diverses études indiquent que les RISS améliorent l'accès au système, réduisent la fragmentation des soins de santé ; évitent la duplication des infrastructures et des services et améliorent l'efficience du système ; abaissent les coûts de production et répondent mieux aux besoins et aux attentes des personnes et des communautés (*24*, *25-30*). Quoi qu'il en soit, le niveau de preuves empiriques sur les résultats des modèles de soins intégrés, y compris les réseaux, demeure limité, en particulier dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire (*31-32*).

Instruments de politique et mécanismes institutionnels pour la création des RISS

20. Les décideurs en politique, les gestionnaires et les prestataires de services de santé disposent d'une série d'instruments de politique publique et de mécanismes institutionnels qui peuvent les aider pour la mise en place des RISS. Les *instruments de politique* représentent des moyens (des stratégies et des ressources) que les gouvernements utilisent pour atteindre leurs buts et objectifs et comprennent des instruments juridiques, la formation des capacités d'autrui, des impôts et des droits, des dépenses et des subventions, ainsi que la sensibilisation et l'information. Des exemples de l'application de ces instruments spécifiques a la question des RISS sont : a) l'affectation de la population qui sera desservie sur la base du territoire ; b) la planification des services en fonction des besoins de la population ; c) la définition d'un portefeuille intégré de services de santé ; d) la normalisation du modèle de soins centré sur la personne, la famille et la communauté ; e) la normalisation de l'approche interculturelle et de genre dans les services, ce qui comprend l'utilisation de la médecine traditionnelle ; f) la sensibilité par rapport a la diversité de la population ; g) la normalisation de l'admission au système ; h) le contrôle de l'accès aux soins spécialisés ; i) les guides de pratique clinique ; j) les politiques de formation et de gestion des ressources humaines compatibles avec les RISS ; k) le paiement par habitant ajusté en fonction du risque de la population ; l) les politiques publiques intégrées entre les différents secteurs, et m) la collaboration intersectorielle pour aborder les déterminants de la santé et l'équité en matière de santé.

21. Les *mécanismes institutionnels* sont ceux qui peuvent être mis en place dans les institutions de gestion/prestation de services de santé, et peuvent être regroupés en mécanismes cliniques et mécanismes non cliniques. Les mécanismes cliniques correspondent à l'assistance sanitaire à proprement parler, et comprennent par exemple : a) les équipes multidisciplinaires ; b) la rotation du personnel entre les niveaux de soins ; c) les antécédents cliniques uniques (électroniques) ; d) des guides de référence et contre référence ; e) la gestion de cas ; f) la télésanté et g) la prise en charge des soins par les malades et les soins à domicile avec le soutien et la rémunération correspondants. Les mécanismes non cliniques recouvrent les systèmes d'appui au processus de soutien et comprennent : a) une mission et une vision partagées ; b) la planification stratégique, l'allocation de ressources et l'évaluation de la performance partagées ; c) la définition des

fonctions et des responsabilités de chaque composante du réseau et tant qu'une partie intégrante du continuum des soins de santé ; d) la participation du personnel de santé et des usagers dans la gouvernance ; e) les conceptions organisationnelles matricielles ; f) des centres de régulation uniques des visites ; g) les systèmes de soutien clinique et logistique partagés ; h) un identifiant (code) d'usager unique, et i) les équipes d'assistance sociale pour la coordination intersectorielle.

22. La pertinence des instruments et des mécanismes mentionnés précédemment (et d'autres non mentionnés dans le présent document) sera fonction de la viabilité politique, technique, économique et sociale de chaque cas. De toute manière, quels que soient les instruments ou les mécanismes utilisés, ceux-ci devront toujours être appuyés par une politique d'État qui vise à promouvoir les RISS comme stratégie fondamentale pour obtenir des services de santé plus accessibles et intégrés. À son tour, ce cadre politique devra s'appuyer sur un cadre juridique cohérent et conforme au développement des RISS, en investigation opérationnelle et avec les meilleures connaissances scientifiques et évidences disponibles.

Suivi et évaluation des RISS

23. Le but du suivi et de l'évaluation est d'améliorer la qualité des décisions et la responsabilisation de tous les acteurs qui façonnent les RISS tels que les patients, les fournisseurs, les gestionnaires, le gouvernement, les assurances et mutuelles, les décideurs politiques et les citoyens en général. Le suivi et l'évaluation de la performance des RISS présente de grands défis techniques, tels que la nécessité d'une approche systémique d'évaluation, des difficultés méthodologiques inhérentes à l'approche systémique et la disponibilité et comparabilité limitée des données. À l'heure actuelle, le Bureau sanitaire panaméricain ne dispose pas des méthodes d'évaluation des RISS. Le Bureau a l'intention de développer cette évaluation dans le cadre de l'initiative des RISS. Toutefois, le Bureau estime que le suivi et l'évaluation des RISS devrait inclure des mesures qui intègrent au moins les aspects des ressources et des intrants, les processus et les résultats en matière de santé. En outre, les méthodes doivent être conçues sur base des développements existants et en coordination avec les efforts de renouvellement des soins de santé primaires au niveau mondial, y compris l'initiative de l'OMS «Exploiter pleinement les synergies positives entre les systèmes de santé et les initiatives mondiales en faveur de la santé » citée ci-dessus au paragraphe 11 du présent document. Ainsi, l'initiative RISS permettra d'améliorer le processus de décisions fondées sur des preuves par le renforcement des capacités des pays à produire et utiliser l'information sur la santé.

Priorités et stratégie de coopération technique

24. La mise en œuvre passée des RISS a permis de tirer des leçons utiles qui contribuent à formuler une stratégie de mise en œuvre couronnée de succès. Parmi les

leçons les plus importantes, il convient de souligner les points suivants : a) les processus d'intégration sont difficiles, complexes et à très long terme ; b) les processus d'intégration exigent de vastes changements systémiques et des interventions ponctuelles ne suffisent pas ; c) les processus d'intégration nécessitent l'engagement du personnel de santé, des responsables de la gestion des services et des décideurs ; et d) l'intégration des services ne signifie pas que tout doive être intégré au sein d'une modalité unique ; il y a à l'intérieur d'un même système des formes et des niveaux d'intégration multiples qui coexistent (*33-35*).

25. Le large éventail de situations externes et de réalités internes des systèmes de santé empêche de formuler des recommandations régionales rigides et trop spécifiques pour la création des RISS. Chaque pays ou réalité locale devra formuler sa propre stratégie pour la mise en œuvre des RISS, en accord avec ses circonstances politiques, ses ressources économiques, ses capacités administratives et le développement historique du secteur. Toutefois, l'initiative des RISS exige une « feuille de route » qui, sans pour autant ignorer les réalités différentes des pays, permet de définir quelques secteurs prioritaires d'action ainsi qu'un calendrier général d'exécution.

26. En ce qui concerne les priorités de coopération technique de l'OPS, les consultations avec les pays ont mis en exergue les priorités de coopération suivantes : a) systèmes d'information (caractéristique 11), b) gouvernance (caractéristique 7), c) gestion (caractéristique 9), d) financement et incitations (caractéristique 12), e) premier niveau de soins (caractéristique 3) ; f) ressources humaines (caractéristique 10) ; g) mécanismes de coordination du soutien (caractéristique 5) et h) focalisation des soins de santé (caractéristique 6). L'incitation à la recherche opérationnelle, à l'évaluation continue des expériences et pratiques ; à la production, organisation et diffusion des connaissances scientifiques, des preuves empiriques et des leçons apprises sur RISS constitue également un élément clé de la coopération technique. Pour ce qui est de l'exécution, la première phase de l'initiative (2009-2010) correspondra à la phase d'identification des principaux problèmes liés à la fragmentation des services de santé et à l'élaboration de plans nationaux pour le développement des RISS. La deuxième phase (à partir de 2010) correspondra à l'exécution des plans nationaux et à leur évaluation continue. Pour ceci, l'OPS accordera la priorité aux pays qui ont programmé la création des RISS dans le cadre de leurs plans de travail respectifs pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011.

27. L'initiative des RISS s'inscrit dans le cadre de l'Objectif stratégique n° 10 du Plan stratégique 2008-2012, et plus spécifiquement elle appuie la réalisation du résultat attendu au niveau régional 10.2 qui fait référence aux « Les États Membres reçoivent un appui par le biais de la coopération technique pour la mise en œuvre de stratégies de renforcement de la gestion des services de santé et intégration de la prestation de services de santé, y compris les fournisseurs publics et privés ».

28. Les progrès régionaux de l'initiative seront évalués au moyen de l'indicateur 10.2.2 du Plan stratégique, à savoir : « nombre de pays ayant adopté les recommandations de politiques de l'OPS pour l'intégration du réseau de prestation de services de santé, y compris les prestataires publics et non publics ». La ligne de base de cet indicateur pour l'année 2007 était de 3 pays, et les objectifs pour les années 2009, 2011 et 2013 correspondent à 8, 10 et 13 pays respectivement (voir Tableau 1). Par ailleurs, les progrès au niveau des pays seront évalués sur la base des indicateurs de progrès définis dans chaque plan national, conformément à chaque réalité particulière.

Tableau 1. Indicateurs du progrès de l'initiative RISS

Indicateur	Année						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
États Membres							
• Pays qui ont adopté les recommandations des politiques de l'OPS pour intégrer les réseaux de services intégrés de santé (nombre de pays)	3	5	8	9	10	12	13
• Élaboration et mise en œuvre de plans nationaux pour le développement des RISS (nombre de pays)			3	1	1	2	1
• Évaluation de l'impact des plans nationaux (nombre de pays)							7
Bureau sanitaire panaméricain							
• Conformation du réseau d'entités techniques collaboratrices en matière de RISS			√	√			
• Finalisation du document sur la position de l'OPS sur les RISS				√			
• Développement de méthodologies et d'instruments en appui des RISS				√	√		
• Développement d'études de cas sur l'intégration des services			√	√			
• Rencontres régionales et subrégionales d'échange des expériences et bonnes pratiques				√	√	√	√
• Assistance technique directe et visites sur le terrain		√	√	√	√	√	√
• Suivi de l'initiative et coordination avec des initiatives générales de renforcement des systèmes de santé et intégration des services		√	√	√	√	√	√

29. En appui de cette initiative, le Bureau sanitaire panaméricain dispose d'un budget opérationnel total de 1,3 million de dollars ÉU pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011, ce qui comprend des fonds réguliers, d'autres sources, la contribution régionale et la contribution des bureaux dans les pays. Le Bureau a programmé l'équivalent du travail d'un conseiller régional à plein temps et l'appui des consultants des systèmes et services de santé des pays participant à cette initiative. En outre, l'initiative des RISS sera réalisée sur une base inter-programmatique au sein du Bureau, dans le cadre du réalignement de l'Organisation avec la stratégie des SSP.

30. Enfin, l'OPS est parvenue à gagner le soutien d'autres partenaires pour cette initiative, parmi lesquels le Ministère de la Santé du Brésil, la Coopération technique allemande (GTZ), le Consortium hospitalier de Catalogne (CHC), la Coopérative des hôpitaux d'Antioquia (COHAN), l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et l'Agence espagnole pour la coopération et le développement international (AECID) ainsi que le Fonds espagnol-OPS. En tout état de cause, l'OPS cherchera à élargir le nombre de partenaires en 2009.

Mesure à prendre par le Conseil Directeur

31. Le Comité exécutif est invité à examiner l'information contenue dans le présent document et d'examiner la possibilité d'approuver la résolution joint recommandée par le Comité exécutif lors de sa 144e session, qui se trouve à l'annexe C.

Références

1. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.
2. Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
3. Banque interaméricaine de développement (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Oficina del Economista Jefe. Document de travail 353.
4. OMS (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: OMS.
5. OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - pour un système de santé plus performant. Genève : OMS.
6. OMS (2008). Rapport sur la santé dans le monde, 2008 - Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève : OMS.
7. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.

8. Ham, C (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.

9. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.

10. OPS (2005). Déclaration régionale sur les nouvelles orientations pour les soins de santé primaires (Déclaration de Montevideo). Document CD46/13 du 46e Conseil directeur, 57e session du Comité régional. Washington, D.C., ÉUA, 26-30 septembre 2005.

11. Ministres de la Santé des Amériques (2007). Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 : présenté par les ministres de la santé des Amériques dans la ville de Panama, juin 2007.

12. Gouvernement du Chili, Ministère de la Santé ; Secrétariat général ibéro-américain ; XVIIe Sommet ibéro-américain (2007). Consensus d'Iquique. IXe Conférence ibéro-américain des Ministres de la Santé. Iquique, Chili.

13. OPS et Escuela de Salud Pública de Chile (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud. Copie disponible sur demande.

14. OPS et Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.

15. OPS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

16. GAVI (2006). GAVI Alliance Strategy (2007-10). Secrétariat de GAVI, 6 juin 2006.

17. Fonds mondial. Fiche d'information : Approche du renforcement des systèmes de santé du Fonds mondial. Série de Fiches d'information du Fonds mondial, 5 de 6, 15 septembre 2008. Disponible sur : http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_fr.pdf.

18. World Bank (2008). Proceedings of the Consultation on "Integration of Health System Operations and Priority Health, Nutrition and Population Interventions: Concepts, Evidence and Application." 12-13 May 2008. Washington, D.C.: World Bank.

19. World Bank. Latin America and the Caribbean Region. Press Release No 2009/212/LCR.

20. GTZ. Modelo de atención integral y redes integradas de salud. Cooperación Técnica Alemana. Octubre del 2008. [non publié]. Copie disponible sur demande.

21. WHO (2008). Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva : WHO.

22. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.

23. OPS (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS.

24. Dowling WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens PR, Editors. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing Company. Copie disponible sur demande.

25. Wan TTH, Lin BY & Ma A. (2002). Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. Journal of Medical Systems, Volume 26, Issue 2 (April 2002), pp. 127-143.

26. Lee SD, Alexander JA & Bazzoli J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. Medical Care, 41(1):165-179.

27. Aletras V, Jones A & Sheldon TA. Economies of scale and scope. Dans: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, editors. Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare; 1997. pp. 23-36.

28. Soler JLP (2003). - Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secrétariat de la Santé de Bogota/Organisation panaméricaine de la santé.

29. Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992 May 16; 304(6837):1287-1290.

30. Parchman, ML, Pugh JA, Noel PH, Larme, AC (1992). Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. Med Care 2002;40(2):137-44.

31. Atun RA, Bennett S, Duran A (2008). Policy brief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhague: WHO.

32. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.

33. Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hosp. Health Serv. Adm. 1993;38(4):467-89.

34. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Affairs 1994, Vol 13, Issue 5, pp. 46-64.

35. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.

Annexes

Version 200309

Quelques initiatives portant sur des efforts d'intégration des services de santé dans les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe

Pays	Initiative	Objectif
Argentine (a)	Loi portant création du Système fédéral intégré de santé	Parvenir à l'intégration harmonieuse des parties qui composent le système de santé, sous une coordination adéquate, dans un réseau qui suit un plan national et répond de façon rationnelle et efficace aux besoins de la population, mesurés sur la base de l'élaboration d'une carte sanitaire.
Bolivie (b)	Réseau municipal de santé familiale communautaire interculturelle et Réseau de services	Mettre en place des réseaux d'établissements de santé de premier, deuxième et troisième niveaux, qui peuvent relever d'une ou plusieurs municipalités, fonctionnant en coordination et complétés par la médecine traditionnelle, dans le cadre du caractère interculturel et de la structure sociale dans la gestion de santé.
Brésil (c)	Plus de santé : Droit de tous 2008-2011	Intégrer les actions de promotion, de prévention et d'assistance dans une vaste perspective de soins de santé, en reprenant le rôle de promotion du Gestionnaire Fédéral, de manière à articuler l'organisation des réseaux de santé avec une perspective de modèle de développement orienté vers l'équité dans sa dimension personnelle et territoriale.
Chili (d)	Réseaux de soutien fondés sur les soins primaires	Développer des réseaux de santé par l'entremise de la conception de politiques pour leur coordination et leur structure, qui permettent de répondre aux besoins de santé de la population d'usagers, dans le cadre des objectifs sanitaires, avec équité, respect des droits et de la dignité des personnes.
El Salvador (e)	Loi portant création du Système national de santé	Établir un modèle d'organisation des établissements de santé des membres du système dans des réseaux fonctionnels pour la fourniture de services de santé à la population dans des conditions de qualité, d'équité et de continuité.
Guatemala (f)	Modèle coordonné de soins de santé	Exécuter un modèle de soins intégrés entre le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale et l'Institut guatémaltèque de sécurité sociale pour la prestation de services de base dans les Départements d'Escuintla et de Sacatepéquez. Cette expérience n'a duré que jusqu'en 2003.
Mexique (g)	Intégration fonctionnelle du système de santé	Faciliter la convergence (des services de santé) et la portabilité (de la couverture santé) entre différentes institutions du secteur comme le Secrétariat de la Santé, l'Institut mexicain de sécurité sociale, Petróleos Mexicanos et l'Institut de sécurité et services sociaux des travailleurs de l'État.
Pérou (h)	Lignes directrices pour la constitution des réseaux	Promouvoir la formation de réseaux multiples de prestataires, d'organismes publics réorganisés et privés avec des services accrédités et classifiés, favorisant la compétence, l'efficacité, la performance et la qualité pour des soins destinés à toute la population, sans exclusion.

Pays	Initiative	Objectif
République dominicaine (i)	Modèle de réseau des services régionaux de santé	Créer des formes organisationnelles et de fonctionnement du modèle de soins visant à fournir des services d'une manière plus rationnelle et intégrée, en prenant comme point de départ la famille et la relation de celle-ci avec les structures sociales.
Trinité-et-Tobago (j)	Expérience de l'Autorité de la santé de la Région de l'Est	Créer un réseau intégré de services de santé entre les établissements de soins primaires (polycliniques et centres de santé) et l'Hôpital Sangre Grande.
Uruguay (k)	Système national intégré de santé	Mettre en œuvre un modèle de soins intégrés fondé sur une stratégie sanitaire commune, des politiques de santé structurées, des programmes intégrés et des actions de promotion, de protection, de diagnostic précoce, de traitement opportun, de récupération et de réadaptation de la santé des usagers, y compris les soins palliatifs.
Venezuela (l)	Réseau de santé du district métropolitain de Caracas	Réorienter le modèle de soins fondé sur les besoins en termes de qualité de vie et de santé de la population et visant à structurer des réseaux de santé intégrés répondant de façon régulière, suffisante, opportune et équitable à ces besoins, assurant son caractère universel et équitable.

Sources : (a) ministère de la Santé (2008). Projet pour débat : loi portant création du système fédéral intégré de santé : projet de création du système fédéral intégré de santé : convocation à un débat vaste et nourri (projet non publié. Copie disponible sur demande) ; (b) ministère de la Santé et des Sports (2008). Norme nationale Réseau municipal de santé familiale communautaire interculturelle et réseau de services ; (c) Ministère de la Santé (2008). Mais Saúde : Direito de todos 2008-2011. Ministère de la Santé (2001). (d) Ministère de la Santé (2008). Mission institutionnelle du Sous-secrétaire de réseaux de soutien. http://www.redsalud.gov.cl/ conozcanos/subsecredes.html ; (e) ministère de la Santé (2008). Règlement de la Loi portant création du Système national de santé. Décret exécutif n° 82 journal officiel http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Reglamento_ley_sistema_ nacional_salud.pdf ; (f) ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale. Expériences/leçons apprises sur la coordination/intégration des systèmes et réseaux de services de santé, Guatemala, juin 2008. Présentation non publiée (copie disponible sur demande) ; (g) Conseil national de la santé (2008). Résumé des contributions à la consultation nationale du Mexique sur la proposition des SISS, Mexique, DF, 3 novembre 2008. Rapport d'atelier non publié (copie disponible sur demande) ; (h) ministère de la Santé (2002). Lignes directrices pour la constitution de réseaux (copie disponible sur demande) ; (i) Secrétaire d'État à la Santé publique et à l'Assistance sociale (2005). Modèle de réseau des services régionaux de santé : un guide pour le développement des services de santé pour les soins aux personnes. (j) OPS Trinité-et-Tobago. Consultation nationale sur les systèmes intégrés de fourniture de soins, Kapok Hotel, 16-18 Cotton Hill, St. Clair. Rapport d'atelier non publié (copie disponible sur demande) ; (k) République Orientale d'Uruguay, Chambre des Sénateurs (2007). Système national intégré de santé : création. XLVI^{e} Législature. (l) district métropolitain de Caracas, ministère de la Santé et du Développement social (2005). Atelier sur la « Définition de réseaux de services de santé du district métropolitain de Caracas ».

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau régional du Bureau sanitaire panaméricain
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD49/16 (Fr.)
Annexe B

FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION

1. Point de l'ordre du jour : 4.12. « Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires »

2. Unité responsable : HSS/SP

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Hernán Montenegro, HSS/SP

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Centre collaborateur : Coopérative des hôpitaux d'Antioquia (COHAN).
- Autres institutions associées : Ministère de la Santé du Brésil, l'Agence de Coopération technique allemande (GTZ), Consortium hospitalier de Catalogne (CHC), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), et l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID) à travers le Fonds Espagne-OPS.

5. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Le paragraphe 49 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques souligne la nécessité du « renforcement des systèmes de référence et contre-référence et de l'amélioration des systèmes d'information sanitaire aux niveaux national et local qui faciliteront la prestation de services de façon intégrée et opportune ».

6. Lien entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

L'initiative des RISS s'inscrit dans le cadre de l'Objectif stratégique n° 10 du Plan stratégique 2008-2012 qui vise à « améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé », et plus spécifiquement elle appuie la réalisation du Résultat prévu au niveau régional 10.2, qui stipule : « les États membres appuyés par la coopération technique pour créer des mécanismes et des systèmes régulateurs destinés à mettre en place une collaboration et une synergie entre les systèmes de prestation de services de santé publics et privés ».

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Dans la Région, il existe plusieurs expériences de bonnes pratiques dans la création de RISS, en particulier dans des pays comme le Brésil, le Chili, le Costa Rica et Cuba, qui ont traditionnellement appuyé la mise en place des RISS. Plus récemment, d'autres pays d'Amérique latine et de la Caraïbe ont commencé à adopter des méthodes similaires dans leurs systèmes de santé (par exemple l'Argentine, El Salvador, la République dominicaine et l'Uruguay). En Amérique du Nord, il existe aussi des expériences dignes d'être soulignées, comme celles de Kaiser Permanente et de l'Administration des Vétérans, aux États-Unis d'Amérique, ainsi que le système de services de santé de la région de Montérégie, au Québec (Canada). En Europe, on a observé de bonnes pratiques dans les Communautés autonomes de Catalogne et d'Andalousie, en Espagne. Les leçons apprises dans le cadre de ces initiatives, et d'autres qui seront identifiées à l'avenir, seront utilisées pour appuyer cette initiative.

8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question :

À l'appui de cette initiative, l'OPS dispose d'un budget opérationnel total de 1,3 million de dollars ÉU (contribution au niveau régional et des bureaux dans les pays) pour les exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011. D'autre part, HSS/SP a programmé l'équivalent du travail d'un Conseiller régional consacrant son temps exclusivement à cette activité, avec l'appui des consultants des systèmes et services de santé des pays.

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

49e CONSEIL DIRECTEUR

61e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

CD49/16 (Fr.)
Annexe C
ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉSOLUTION

RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CD49/16), dans lequel est résumé le problème de la fragmentation des services de santé et est proposée la mise en place de réseaux intégrés de services de santé pour y remédier ;

Préoccupé par les niveaux élevés de fragmentation des services de santé et par leur répercussion négative sur la performance générale des systèmes de santé, qui se traduisent par des difficultés en termes d'accès aux services, une prestation de services de faible qualité technique, une utilisation irrationnelle et inefficace des ressources disponibles, l'accroissement inutile des coûts de production et la faible satisfaction des usagers envers les services reçus ;

Conscient de la nécessité de renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) comme stratégie fondamentale en vue d'atteindre les buts nationaux et internationaux de santé, notamment ceux qui sont stipulés dans les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant que les réseaux intégrés de services de santé constituent l'une des principales expressions opérationnelles de l'approche axée sur les soins de santé primaires au niveau de la prestation de services de santé, qu'ils contribuent à concrétiser

plusieurs de leurs éléments essentiels comme la couverture et l'accès universels ; le premier contact ; les soins intégrés ; les soins de santé appropriés ; l'organisation et la gestion optimales et l'action intersectorielle, entre autres ;

Conscient que les réseaux intégrés de services de santé améliorent l'accès au système, réduisent les soins inadéquats, réduisent la fragmentation des soins de santé, évitent la duplication des infrastructures et des services, abaissent les coûts de production et répondent mieux aux besoins et aux attentes des personnes et des communautés ; et

Reconnaissant les engagements pris conformément à l'article III de la Déclaration de Montevideo relative à la refonte des soins de santé primaires, au paragraphe 49 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et au paragraphe 6 du Consensus d'Iquique du XVII^{e} Sommet ibéro-américain des Ministres de la Santé, qui soulignent la nécessité de créer des modèles de soins de santé plus intégrés, qui comprennent les réseaux de services de santé,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à :

a) prendre conscience du problème de la fragmentation des services de santé dans le système de santé, et le cas échéant, dans les sous-systèmes qui le composent ;

b) promouvoir un dialogue avec toutes les parties prenantes, et en particulier avec les prestataires de services de santé et les personnes qui administrent les soins à domicile et dans la communauté en général, sur le problème de la fragmentation des services et les stratégies pour y remédier ;

c) élaborer un plan national d'action visant à promouvoir la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, intégrant une approche de la santé familiale et communautaire, comme modalité préférentielle de prestation de services de santé au niveau national ;

d) promouvoir la formation et la gestion des ressources humaines compatibles avec la création des réseaux intégrés de services de santé ; et

e) mettre en œuvre et évaluer périodiquement le plan national d'action pour le développement des réseaux intégrés de services de santé.

2. Demander à la Directrice de :

a) soutenir les pays de la Région dans l'élaboration de leurs plans nationaux d'action pour la création des réseaux intégrés de services de santé ;

b) promouvoir la création de réseaux intégrés de services de santé au niveau des frontières communes, ce qui comprend, le cas échéant, des mécanismes de coopération et de compensation pour les services fournis entre différents pays (ou « services partagés » dans le cas de la Caraïbe) ;

c) élaborer des cadres conceptuels et analytiques, des outils, des méthodes et des guides qui facilitent la mise en place de réseaux intégrés de services de santé ;

d) soutenir la formation et la gestion de ressources humaines de la santé compatibles avec la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, y compris des personnes qui ne perçoivent aucune rémunération et fournissent des soins de santé à domicile et dans la communauté ;

e) mobiliser des ressources à l'appui de la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région, ce qui recouvre la documentation des bonnes pratiques et l'échange d'expériences couronnées de succès entre les pays ;

f) surveiller et évaluer les progrès des réseaux intégrés de services de santé dans les pays de la Région ; et

g) promouvoir un dialogue avec la communauté des organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux dans le but de favoriser une prise de conscience du problème de la fragmentation des services de santé et de chercher à obtenir leur appui pour la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région.

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE144/17 (Fr.)
Annexe D

Rapport sur les incidences budgétaires et administratives qu'auront pour le Secrétariat le projet de résolution proposé pour adoption

1. Point de l'ordre du jour : 4.12. Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires.

2. Lien avec le budget programme 2008-2009 :

a) Domaine d'activité : HSS, Objectif stratégique 10

b) Résultat escompté : Le CD approuvera la résolution sur les RISS

3. Incidences budgétaires

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à 10 000 dollars É.U. près, activités et personnel compris) : Le coût total pour le Bureau sanitaire panaméricain (Bureau régional et bureaux dans les pays) pour la période 2008-2011 équivaut à 1,3 millions de dollars ÉU.

Les coûts pour les pays seront calculés une fois que les pays auront élaboré leurs plans nationaux pour la mise en place des RISS.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à 10 000 USD près, activités et personnel compris) : Le coût pour le Bureau pour l'exercice biennal 2008-2009 équivaut à 553 000 USD.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point *b)*, quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? La totalité des coûts.

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : L'équivalent d'un conseiller régional à temps plein est nécessaire pour cette question. Actuellement, au moins quatre conseillers régionaux travaillent sur cette question à temps partiel.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) : Pas de besoins supplémentaires.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : Les activités pourront commencer en 2009, et les résultats seront évalués à partir de 2011.

- - -