



Conseil économique et social

Distr. générale
13 janvier 2009
Français
Original: anglais

Comité d'experts de l'administration publique

Huitième session

New York, 30 mars- 3 avril 2009

Point 6 de l'ordre du jour provisoire*

**Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements
pris sur le plan international en matière de santé publique,
sous l'angle de l'administration publique.**

Intégration des questions de santé et du renforcement des capacités humaines dans l'administration publique

Note du Secrétariat

Résumé

La présente note du Secrétariat sert de document de base pour les délibérations et les recommandations du Comité d'experts de l'administration publique relatives à l'intégration dans l'administration publique des problèmes de santé et du renforcement des capacités humaines conformément à ce qui est indiqué dans la décision 2008/254 du Conseil économique et social. L'examen ministériel annuel du Débat de haut niveau de 2009 du Conseil étudiera les progrès faits par les États Membres dans ce domaine.

La promotion, la restauration et la préservation de la santé publique mondiale deviennent un défi croissant. Tandis que les risques sanitaires comme la grippe pandémique requièrent une coopération entre les pouvoirs publics du monde entier, d'autres questions de santé primaire nécessitent une approche globale et coopérative entre les partenaires intéressés au niveau local. En examinant les cas de la diarrhée, des services de santé primaires et de la grippe pandémique, le présent document postule qu'il ne s'agit pas seulement de défis médicaux et pharmaceutiques. L'orientation sectorielle de la santé publique est un handicap pour des défis connexes. Pour surmonter ce handicap, il faut que les questions de santé soient intégrées dans le secteur public. Toutes les institutions doivent être conscientes de leur impact actuel et potentiel sur la santé publique et doivent réviser en conséquence leur propre travail administratif.

* E/C.16/2009/1.



Parmi les problèmes liés à l'intégration des questions de santé, figure celui de la demande croissante de coopération horizontale et verticale. Et cela, à son tour, requiert une mise à jour des compétences et un renforcement des approches participatives parmi tous les intéressés. Ainsi, le facteur humain devient encore plus décisif qu'avant du côté de l'offre des services de santé. Dans ses conclusions et recommandations, le document indique que, pour faire face à la complexité croissante des défis et mieux atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, il est nécessaire, simultanément, de renforcer les approches participatives et de procéder à l'intégration des questions de santé. On prévoit que, dans ces deux domaines, l'administration publique jouera un rôle clef dans la réalisation des objectifs de santé connexes.

Table des matières

<i>Chapitre</i>	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Nécessité de surmonter l'orientation sectorielle de la santé publique et de renforcer les approches participatives.	1-25	4
A. Limites des politiques et des projets monothématiques : le cas de la diarrhée ...	5-8	5
B. Des politiques plus complètes : le cas des soins de santé primaires axés sur l'être humain	9-15	6
C. Interdépendance des systèmes de santé nationaux : le cas de la grippe pandémique.	16-19	9
D. Obstacles qui s'opposent à l'existence de meilleurs systèmes de prestations sanitaires.	20-25	11
II. Vers une compréhension plus large et plus complète de systèmes de santé publique	26-44	13
A. Le domaine de la santé publique : observations du point de vue des acteurs	27-36	13
B. Intégration des questions de santé publique et renforcement des capacités humaines tout en réduisant la complexité	37-44	16
III. Surmonter la mentalité de silo	45-57	18
A. La médecine traditionnelle en tant qu'élément des systèmes de santé	46-47	18
B. Coordination et harmonisation des politiques nationales au niveau international	48-49	19
C. Intégration des questions de santé dans les politiques étrangères nationales	50-51	20
D. Technologies de l'information et des communications et cybergouvernance	52-57	22
IV. Conclusions et les recommandations	58-61	23

I. Nécessité de surmonter l'orientation sectorielle de la santé publique et de renforcer les approches participatives

1. La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. En raison de son importance fondamentale, « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »¹. Outre qu'elle est un droit de l'homme, la santé est une condition pour le développement de l'individu et de la société.

2. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les systèmes de santé comme toutes les activités dont le but primaire est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé. Les systèmes de santé qui offrent des prestations sanitaires de base socialement équitables et efficaces renforcent le développement social et économique. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, tels que l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim est étroitement liée à la santé. Les objectifs du Millénaire pour le développement tels que celui qui consiste à réduire la mortalité infantile (objectif 4), à améliorer la santé maternelle (objectif 5) et à combattre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies (objectif 6) visent directement la santé comme base pour le développement. Il ne reste plus beaucoup de temps jusqu'en 2015 pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Les objectifs susmentionnés qui ont trait à la santé continuent à poser de terribles défis².

3. Pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, il est essentiel d'introduire une bonne gouvernance qui établira et maintiendra un système efficace de prestations de services de santé³. La plupart des visualisations communes de la prestation de services de santé montrent des médecins assistant des enfants ou d'autres malades. Le symbolisme de ces images est attrayant et illustre le fait que cette prestation de services est une action personnelle. Quel que soit le médicament ou l'équipement médical qui est utilisé on a aussi besoin de travailleurs de santé qui traitent chaque malade selon sa situation et ses besoins individuels. Le facteur humain est tout à fait évident dans ces cas. Enfin, la prestation de services de santé au malade dépend de chaînes logistiques souvent extrêmement sophistiquées dans lesquelles les établissements publics et l'administration jouent souvent un rôle clef.

4. Cette corrélation entre le secteur sanitaire, la gouvernance publique et le facteur humain est démontrée dans les sections ci-après à l'aide de trois exemples. Le premier est celui de la diarrhée, maladie qui est relativement facile à traiter mais qui tue néanmoins environ 2 millions de personnes chaque année. Le deuxième exemple est celui des systèmes de soins de santé primaires. Ils suivent à une approche plus complète pour garantir la santé publique. Le troisième exemple traite des crises potentielles de santé publiques d'importance internationale, dont la grippe pandémique est celle qui suscite le plus de craintes. Bien que très différents, ces

¹ Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

² <http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/addendum.pdf>.

³ *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific. Policies and Actions within Health Systems and Beyond*. (Publication des Nations Unies n° de vente E.07.II.F.19), p. 19.

trois exemples démontrent que seules une politique gouvernementale et une stratégie de gouvernance complètes et coordonnées peuvent réduire les risques et contribuer à la santé publique mondiale.

A. Limites des politiques et des projets monothématiques : le cas de la diarrhée

5. La diarrhée ne représente actuellement ni l'une des premières menaces à la santé publique mondiale ni une maladie qui requiert un effort particulier de recherche pour identifier ses causes et les traitements possibles. Pourtant, elle est importante pour la santé mondiale car elle sévit dans le monde entier et cause 4% de tous les décès et 5% des maladies. Elle est le plus souvent causée par des infections gastro-intestinales et tue, chaque année, environ 2,2 millions de personnes dans le monde, notamment des enfants de pays en développement⁴. La diarrhée est un cas relativement « simple », car la maladie elle-même, la façon dont elle affecte ses victimes et les traitements possibles sont bien connus. Par ailleurs, les interventions n'exigent pas de gros investissements dans la recherche, les médicaments et le matériel médical. Malgré ces avantages, une chaîne logistique et une coordination relativement sophistiquées sont nécessaires pour réduire des infections.

6. Selon l'OMS, les mesures clefs pour réduire le nombre de cas de diarrhée incluent les suivantes : l'accès à l'eau potable; un système sanitaire amélioré; une bonne hygiène personnelle et alimentaire; et une éducation sanitaire sur la façon dont les infections se répandent. Sur une base individuelle, ces mesures sont plutôt faciles à prendre. D'un point de vue gouvernemental, cependant, la fourniture d'eau potable, l'amélioration du système sanitaire, une bonne hygiène et l'éducation de santé pour tous sont des défis majeurs qui exigent une planification substantielle, de la logistique et d'autres efforts administratifs ainsi que l'existence des fonds nécessaires. Au début de 2000, un sixième de la population du monde (1,1 milliard de personnes) était sans approvisionnement en eau amélioré et deux cinquièmes (2,4 milliards de personnes) n'avaient pas accès à un système sanitaire moderne⁵. Les efforts visant à améliorer ces statistiques sont encore loin d'être réalisés.

7. Les principales mesures de traitement de la diarrhée ne nécessitent pas d'ordinaire de médicaments ou de matériel médical coûteux. Ce qui est nécessaire c'est de l'information et de l'éducation. Les malades affectés doivent être informés du fait qu'une solution saline contre la déshydratation peut prévenir la mort ou la maladie. Par ailleurs, il suffit qu'un travailleur de santé soit disponible pour une consultation. Pour simple que cela paraisse en principe, dans la pratique, des efforts majeurs doivent être faits par les gouvernements à tous les niveaux pour assurer que cette information est fournie à tout le monde dans le pays en question. Parmi les autres défis qu'il faut surmonter pour assurer que les mesures contre la diarrhée deviennent efficaces dans chaque pays, on peut citer l'éducation des travailleurs de santé, et le financement de leurs salaires et de l'infrastructure nécessaire. Compte tenu du fait que la diarrhée tue chaque année 2,2 millions de personnes, il devient clair que la chaîne de distribution d'information, de services de consultation et de médicaments essentiels abordables ne fonctionne pas suffisamment bien.

⁴ http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diarrhoea.

⁵ Rapport sur l'évaluation de la situation mondiale de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, OMS et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2000.

8. Pour réduire davantage le nombre de cas de diarrhée et pour traiter cette maladie, une coordination et une coopération sont nécessaires au moins entre les services suivants de l'administration publique : santé, assainissement, science, éducation, information, ressources humaines, infrastructure, environnement, gestion de l'eau, statistiques et finances. S'il est vrai que le traitement direct de la diarrhée n'est pas coûteux, d'autres mesures visant à réduire le risque d'infection (par exemple par le biais de l'amélioration du système sanitaire et de la distribution d'eau) peuvent être coûteuses et requérir un financement accru.

B. Des politiques plus complètes : le cas des soins de santé primaires axés sur l'être humain

9. Le cas de la diarrhée a déjà clairement démontré que des interventions additionnelles améliorées dépendent d'une série intégrée de mesures. En général, dans le domaine de la santé publique « il s'agit, plus fondamentalement, de se mettre à réfléchir de manière plus approfondie à la performance du système de santé dans son ensemble »⁶. À cet effet, le Rapport sur la santé dans le monde 2008 encourage la mise en place d'un système de soins de santé primaires qui met l'individu au centre des soins de santé et, de ce fait, va au-delà des soins médicaux ambulatoires conventionnels et des programmes de lutte contre les maladies. (voir tableau).

10. L'approche des soins de santé primaires centrés sur la personne associe la promotion, la prévention, les soins curatifs et le traitement d'une manière saine, efficace et socialement productive à la jonction entre la population et le système des services de santé. L'OMS a établi qu'en mettant l'individu au centre du système, on contribuait à la qualité des soins et à de meilleurs résultats⁷.

- a) Intensité accrue du traitement et meilleure qualité de vie;
- b) Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes du patient;
- c) Communication plus satisfaisante;
- d) Confiance améliorée du patient en ce qui concerne les problèmes sensibles;
- e) Confiance accrue dans le traitement et meilleure observance;
- f) Meilleure intégration des soins préventifs et de la promotion.

⁶ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, Message du Directeur général.

⁷ *Rapport sur la santé dans le monde 2008*, p. 47

Aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins primaires centrés sur la personne^a

Soins médicaux ambulatoires conventionnels en clinique ou en consultation externe	Programmes de lutte contre les maladies	Soins primaires centrés sur la personne
Accent sur la maladie et la guérison	Accent sur les maladies prioritaires	Accent sur les besoins sanitaires
Relation limitée au moment de la consultation	Relation limitée à la mise en œuvre du programme	Relation personnelle durable
Soins curatifs épisodiques	Actions de lutte contre les maladies déterminées par les programmes	Soins complets, continus et centrés sur la personne
Responsabilité limitée à la dispense de conseils efficaces et sûrs au patient lors de la consultation	Responsabilité d'atteindre des objectifs ciblés dans la lutte contre la maladie dans la population cible	Responsabilité de la santé de tous au sein de collectivité et pendant toute la vie ; responsabilité de tenir compte des déterminants de la mauvaise santé
Les usagers sont des consommateurs des soins qu'ils achètent	Les groupes de population sont les cibles des actions de lutte contre les maladies	Les gens sont partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité

^a Ibid., p. 47.

11. Lorsque l'on examine l'aspect administratif et directorial de cette approche le défi apparenté devient visible : chaque centre de soins de santé primaires doit offrir une gamme complète de services intégrés de diagnostic, curatifs, de réadaptation et palliatifs. Il faut faire en sorte qu'ils soient accessibles directement et en permanence, sans compter outre mesure sur le paiement direct mais avec la protection sociale offerte par des mécanismes de couverture universelle. Une autre série de dispositions est capitale pour la transformation des soins conventionnels – ambulatoires et en établissement, généralistes et spécialisés – en réseaux locaux de centres de soins primaires ⁸:

Il y a lieu de :

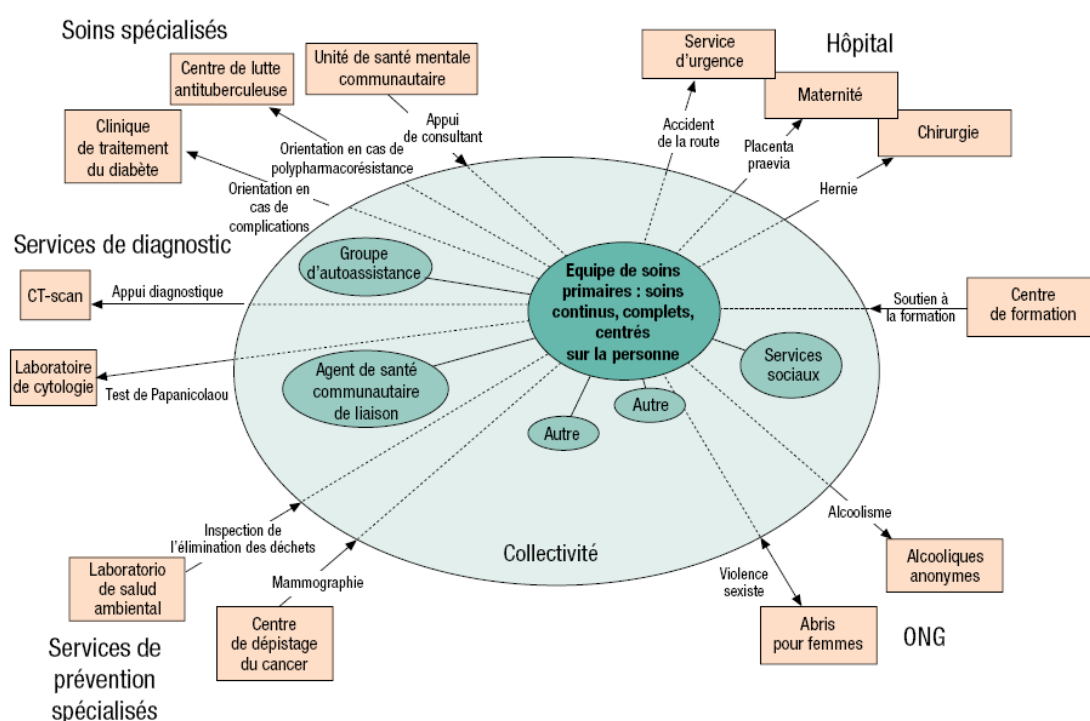
- a) Rapprocher les soins des populations, à proximité immédiate de la collectivité et en relation directe avec elle, en déplaçant le point d'entrée dans le système de santé, le faisant passer des hôpitaux et des spécialistes à des généralistes proches des patients dans des centres de soins primaires;
- b) Conférer aux prestataires de soins primaires la responsabilité de la santé d'une population donnée dans sa totalité : les malades et les gens en bonne santé, ceux qui choisissent de consulter les services et ceux qui choisissent de ne pas le faire;
- c) Renforcer le rôle des prestataires de soins primaires en tant que coordonnateurs de l'apport d'autres niveaux de soins en leur donnant l'autorité administrative et le pouvoir d'achat nécessaires.

⁸ Ibid., p. 58.

12. Ceci amène beaucoup de changements et de défis aux travailleurs et équipes des services de santé ainsi qu'aux individus et aux communautés. Le soutien de services spécialisés, d'organisations et d'institutions extérieures à la communauté est aussi nécessaire. Le rôle de coordination que cela implique transforme efficacement la pyramide des soins primaires en un réseau où les relations entre l'équipe de soins primaires et les autres institutions et services ne reposent plus seulement sur une hiérarchie verticale de haut en bas et une orientation-recours de la base au sommet, mais sur la coopération et la coordination (voir figure 1)

Figure I

Soins primaires en tant que centre de coordination : réseautage au sein de la collectivité desservie et avec des partenaires extérieurs^a



^a Rapport sur la santé dans le monde 2008, p. 61.

13. La fonction de coordination fournit un cadre institutionnel à une mobilisation intersectorielle destinée à assurer la santé des collectivités locales. L'OMS ne considère pas cela comme un supplément à option mais bien comme un élément essentiel du mandat des équipes de soins primaires, avec des implications politiques :

La coordination restera un vœu pieux tant que l'équipe de soins primaires ne disposera pas d'un certain poids administratif ou financier. La coordination dépend également de la reconnaissance par les différentes institutions du rôle clef des équipes de soins primaires. Les systèmes actuels de formation professionnelle, les possibilités de promotion et les mécanismes de

rémunération donnent le plus souvent le signal du contraire. Il faut un leadership puissant pour inverser la réticence bien ancrée que suscitent les soins primaires⁹.

14. L'OMS termine ici son analyse du cadre institutionnel des soins de santé primaires. Dans le contexte plus large de l'administration et de la gouvernance publiques, l'analyse doit être étendue parce que le système de santé primaire n'est pas une entreprise fermée ou un système indépendant. Étant un système centré sur les personnes, il fait intervenir la communauté tout entière et à cause de ses exigences administratives et financières, il est intimement lié aux autres éléments du secteur public. Le but de la bonne gouvernance en matière de santé est d'établir et de maintenir un système de prestations sanitaires efficace, mais compte tenu des défis administratifs décrits pour le cas de la diarrhée et surtout pour la santé publique primaire, il est inévitable que des faits connexes aient un impact sur l'ensemble du cadre de l'administration et la gouvernance publiques.

15. Il ne suffit pas, par exemple, que des travailleurs de santé disent aux parents de donner à leurs enfants une nourriture saine. Il est important que les questions de santé publique soient intégrées dans les programmes des écoles. Le gouvernement peut avoir aussi besoin de formuler une politique médiatique interdisant ou limitant les annonces publicitaires de certains types de produits qui ont des effets néfastes sur la santé. De même, les médias doivent encourager la promotion d'un mode de vie sain, et sensibiliser la population à des problèmes de santé publics plus larges comme la nécessité de vacciner les enfants. Ainsi, les services (ministères) d'éducation et les médias deviennent des partenaires dans la fourniture de soins de santé primaires. Les autres ministères du gouvernement, comme ceux des travaux publics, de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau peuvent jouer un rôle d'appui. Avec tous ces liens réciproques et ces synergies, la santé devient un problème horizontal pour l'administration et la gouvernance publiques.

C. Interdépendance des systèmes de santé nationaux : le cas de la grippe pandémique

16. Les interventions contre une maladie telle que la diarrhée sont possibles à tout moment, et les efforts visant à mettre en place des systèmes de santé primaires peuvent aussi être faits mais la question de savoir comment répondre aux menaces futures à la santé publique est un problème plus complexe. Outre qu'elles se propagent plus rapidement, les maladies infectieuses apparaissent plus promptement qu'elles ne l'ont jamais fait par le passé. Depuis les années 1970, on découvre de nouvelles maladies émergentes au rythme sans précédent d'au moins une par année. La mobilité, l'interdépendance et l'interconnexion extrêmes du monde d'aujourd'hui créent une multitude de conditions favorables à la propagation rapide des maladies infectieuses et des menaces radionucléaires ou toxicologiques. Environ 2,1 milliards de passagers voyagent par voie aérienne chaque année de sorte qu'une flambée épidémique survenant en un point quelconque du globe n'est qu'à quelques heures de venir menacer n'importe quel autre lieu. La réalité de ces menaces est devenue apparente au cours des années. Entre septembre 2003 et 2006, l'OMS a confirmé plus de 1 100 événements sanitaires de nature épidémique qui se sont produits dans le monde et il serait extrêmement naïf et complaisant de supposer

⁹ Ibid., p. 61.

qu'il n'y aura pas, tôt ou tard, d'autres maladies comme le sida, l'Ébola ou le SRAS¹⁰.

17. L'OMS a inauguré en 1996 un système mondial d'alerte et d'intervention contre les épidémies pour compenser le fossé qui existe entre les systèmes de santé de beaucoup de pays. La sécurité sanitaire de tous les pays dépend de la capacité de chaque pays d'agir efficacement et contribuer à la sécurité de tous. Selon l'OMS, les premières mesures à prendre pour mener l'action sécuritaire en santé publique au niveau mondial consistent donc à faire en sorte que tous les pays disposent des capacités principales requises pour la surveillance et l'action et à établir de nouveaux liens de coopération interpayes de manière à réduire les risques pour la sécurité sanitaire. Au niveau des pays, cela implique un renforcement du système de santé et la mise en place de moyens pour prévenir et combattre les épidémies susceptibles de se propager par-delà les frontières, voire d'un continent à l'autre. Lorsque les pays ne sont pas en mesure d'assurer eux-mêmes la prévention et la lutte, il faut leur prêter assistance en mettant en place des réseaux spécialisés de surveillance et d'action rapide et en veillant à ce que ceux-ci s'assemblent en un filet de sécurité efficace¹¹.

18. Pour les stratégies de gouvernance, un défi principal posé par les crises de santé publiques mondiales est qu'elles doivent être internationalement ouvertes et intégrées. Le message du rapport de l'OMS sur les stratégies de gouvernance est clair :

Il n'y a pas de pays – si capable, riche ou technologiquement avancé qu'il soit – qui puisse à lui seul prévenir, détecter et combattre la totalité des menaces qui pèsent sur la santé publique. Certaines d'entre elles peuvent être invisibles au niveau national et n'apparaître qu'au terme d'une évaluation correcte du risque par une analyse de la situation dans sa globalité planétaire ou encore nécessiter une coordination internationale efficace¹².

La connaissance doit être échangée et des normes convenues de surveillance doivent être appliquées. Le deuxième défi est que les pays doivent être prêts à réagir vite dans le cas d'une flambée de grippe pandémique. Ils doivent renforcer leurs systèmes de santé et garantir qu'ils ont la capacité de prévenir et de contrôler les épidémies qui se répandent rapidement.

19. Les premières mesures importantes pour la coordination au niveau international ont été prises. La plus remarquable consiste dans la promulgation du Règlement sanitaire international (RSI 2005), qui est entré en vigueur en juin 2007. Ce Règlement est un accord qui a force juridique au niveau international et qui est conçu de manière à garantir la sécurité maximale contre la diffusion internationale des maladies. Le Règlement lui-même n'arrête pas néanmoins la tendance qui a provoqué plus de 1 100 événements épidémiques mondiaux entre septembre 2003 et 2006. Les actions contre la grippe aviaire ou le SRAS requièrent un désir de changement. Eu égard aux nombreux défis qui existent aujourd'hui en matière de politiques et d'administration (y compris les crises financières actuelles), l'efficacité de la coordination des politiques sanitaires et autres priorités politiques aux niveaux

¹⁰ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2007*, pp. x-xiii.

¹¹ Ibid., p.xiii.

¹² Ibid., p. xxii.

international, national et régional/local doit de nouveau être démontrée pour chaque événement de nature épidémique.

D. Obstacles qui s'opposent à l'existence de meilleurs systèmes de prestations sanitaires

20. Beaucoup d'obstacles entravent la réalisation de l'objectif général de la santé publique et la plupart d'entre eux ont été mentionnés dans le contexte des exemples décrits ci-dessus. Dans le cadre des efforts visant à adopter une approche plus complète et coordonnée, il est nécessaire de considérer ces obstacles d'une façon plus cohérente. À cet effet, les exemples analysés ont été réexaminés et, de plus, des publications pertinentes¹³ ont été évaluées. Ceci a mené à l'établissement d'une liste d'obstacles classés en deux catégories : les obstacles « internes » et « externes » aux systèmes de santé traditionnels.

1. Obstacles internes aux systèmes de santé

21. Dans leur étude sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Asie et dans le Pacifique¹⁴, la Commission des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Banque asiatique de développement (BASD), parlent de trois types de carences dans les systèmes de santé :

- a) Carences au niveau des infrastructures physiques;
- b) Carences dans les ressources humaines;
- c) Carences dans l'accès à des médicaments et à des vaccins essentiels et fiables.

22. Ces carences affaiblissent la capacité des systèmes de santé d'offrir des services sanitaires de bonne qualité. À un niveau plus bas, elles sont elles-mêmes déterminées par une grande variété de facteurs en corrélation :

- a) Dépenses insuffisantes;
- b) Systèmes de protection sanitaire sous-développés;
- c) Caractère inéquitable des allocations budgétaires relatives à la santé;
- d) Mauvaises conditions de travail, perspectives professionnelles et éthique professionnelle;
- e) Mauvaise gouvernance et faible efficacité dans les systèmes de santé;
- f) Carence des systèmes informatiques relatifs à la santé;
- g) Faible capacité au niveau local dans les systèmes de santé décentralisés.

¹³ Rapports sur la santé dans le monde 2006, 2007 et 2008 et *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific*. op. cit.

¹⁴ *Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific*. op. cit.

2. Obstacles externes aux systèmes de santé

23. La lutte contre une maladie, les efforts visant à mettre en place des systèmes de soins de santé primaires et les activités tendant à prévenir ou à combattre les événements épidémiques vont bien au-delà du cercle intérieur des travailleurs de santé, de leurs institutions et de leurs activités. En outre, la santé publique d'un pays dépend de plus en plus des actions menées dans d'autres pays.

24. Parmi les obstacles externes aux systèmes de santé, on peut citer les suivants :

- a) Facteurs socio-économiques :
 - i) Pauvreté et faim;
 - ii) Éducation et apprentissage sanitaire;
 - iii) Inégalité des sexes;
 - iv) Exclusion, stigmatisation et discrimination.
- b) Exigences écologiques :
 - i) Eau et assainissement;
 - ii) Air et pollution;
 - iii) Qualité de la nourriture.
- c) Facteurs associés aux régimes économiques internationaux :
 - i) Recherche-développement faussée;
 - ii) Accords commerciaux et production et commerce de médicaments génériques

3. Obstacle du manque de coordination

25. En plus des obstacles énumérés ci-dessus, le manque de coordination constitue un obstacle horizontal qui affecte tous les autres obstacles. Les actions fragmentées sur des problèmes isolés promettent souvent des progrès plus rapides que les efforts coordonnés sur les problèmes complexes. Apparemment pas même la diarrhée peut être prévenue de cette façon. Malheureusement, en faisant face à des défis complexes tels que la réalisation des objectifs de santé par les actions fragmentées, on laisse celle-ci au hasard. De plus, il est plus probable que les fonds disponibles ne seront pas utilisés dans la façon la plus économique pour réduire les risques de santé. Qu'il s'agisse de services de santé ou de la prévention d'événements pandémiques, la mise en œuvre de politiques et d'activités non coordonnées est une approche qui est non seulement trop risqué mais aussi trop coûteuse. La coordination requiert plus d'efforts et de fonds au départ mais les synergies et les autres avantages d'une bonne coordination permettront, selon toute probabilité, de réduire, à long terme, les risques de santé et les dépenses relatives à la santé publique.

II. Vers une compréhension plus large et plus complète de systèmes de santé publique

26. Il est intéressant de noter que, dans leur étude, la CESAP, le PNUD et la BASD abordent le problème des changements institutionnels nécessaires pour appliquer des politiques plus efficacement à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur sanitaire, en vue de fournir des services de santé d'une manière équitable et efficace. Ils soulignent ensuite, dans leur rapport, l'interconnexion qui existe entre les facteurs internes et externes au secteur sanitaire. Ils disent, par exemple que la pauvreté (un des facteurs externes) est à l'origine du manque de progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé et qu'elle est aussi une conséquence de la mauvaise santé. Cette différenciation entre facteurs internes et externes est peut être traditionnelle et commune, mais elle n'est pas convaincante et n'aide pas à réaliser les objectifs des politiques sanitaires.

A. Le domaine de la santé publique: observations du point de vue des acteurs

27. Selon l'OMS, les systèmes de santé incluent « toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou préserver la santé »¹⁵. Cette formulation indique que la division entre ce qui est à l'intérieur ou à l'extérieur du système sanitaire dépend de la définition du terme « essentiel ». Les médecins, les infirmières, les médicaments et les hôpitaux partagent en effet ce but essentiel mais ceci n'est pas une preuve suffisante. La politique budgétaire des gouvernements a aussi un fort impact sur ce qu'arrive en matière de santé publique mais il serait erroné de dire que la santé est un but essentiel de la politique budgétaire. En Chine presque 13 000 enfants sont tombés malade après avoir consommé du lait contaminé. Dans ce cas, l'éthique professionnelle d'un producteur de lait a eu un impact défavorable sur la santé mais on ne peut certes dire que celle-ci était son but principal. D'une façon similaire, beaucoup d'autres politiques et orientations de divers groupes d'acteurs ont un impact sur la santé sans pour avoir celle-ci comme but essentiel. Ceci mène à la prémisse que la compréhension traditionnelle d'un secteur sanitaire et de ses systèmes de santé est trop étroite.

28. Il serait utile, à présent, de considérer la santé publique d'un point de vue différent et sous un angle théorique qui n'est pas envisagé dans la vision traditionnelle du secteur sanitaire. Pour le présent document, nous avons choisi la perspective d'un institutionnalisme centré sur les acteurs. Cette approche, développée par Renate Mayntz et Fritz Scharpf¹⁶, n'est pas une théorie à proprement parler. C'est plutôt un modèle d'analyse basé sur une théorie qui permet d'analyser les aspects individuels et systémiques de l'évolution des politiques. Par rapport au domaine politique de la santé publique cela signifie que la constellation des acteurs principaux du domaine ne doit pas être vue comme une image statique. Il est important d'observer les acteurs, leurs orientations et leurs capacités, et d'analyser leurs modes d'interaction dans le cadre institutionnel donné. Si on ne se concentre pas sur les interactions, il semble peu probable que l'on pourra parvenir à

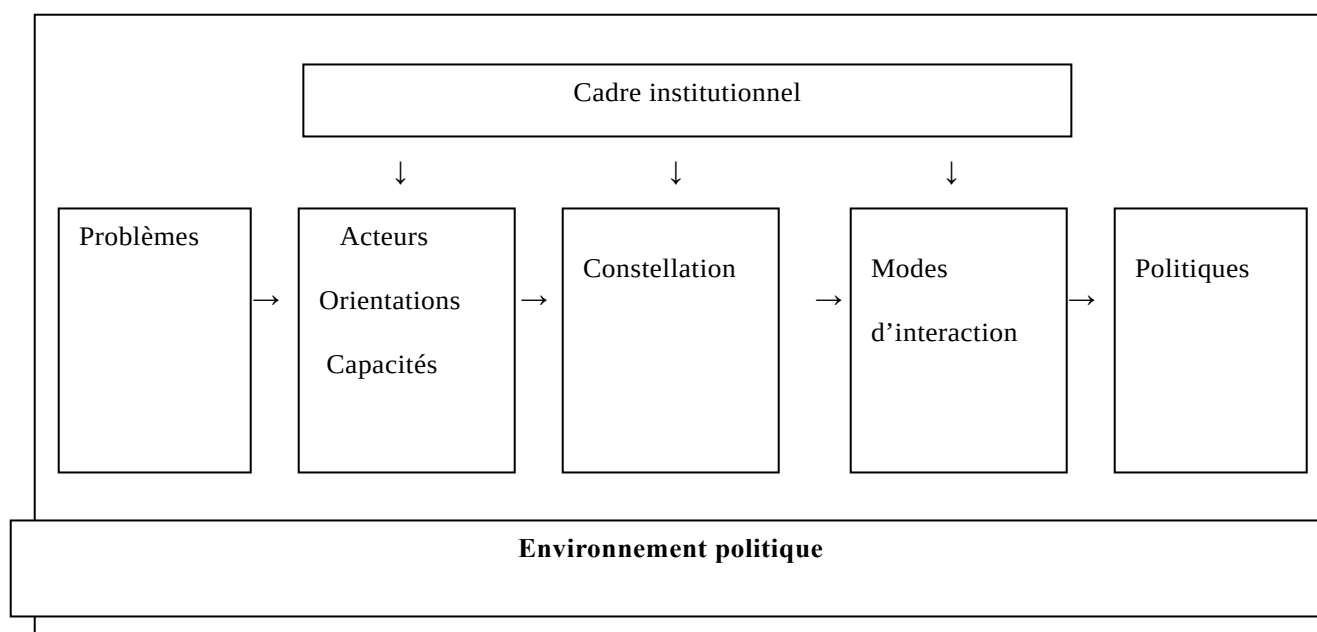
¹⁵ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, p.5.

¹⁶ Scharpf, Fritz, *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research* (Western Press, Boulder, États-Unis d'Amérique, et Oxford, Royaume-Uni, 1997).

des conclusions liées au facteur humain et au renforcement des capacités dans le contexte des systèmes de santé et de l'administration publique.

29. Un schéma sur le domaine de la recherche politique axée sur l'interaction est présenté dans la figure II. Des termes tels que « système » ou « secteur » ne sont pas utilisés dans ce domaine. La recherche commence plutôt par des problèmes (p. ex, les risques sanitaires) et examine le processus de la formulation et de la mise en œuvre des politiques connexes (p. ex., l'adoption et l'application de mesures visant à réduire les risques sanitaires en fournissant des services de santé).

Figure II : Domaine de la recherche politique axée sur l'interaction^a



^a Scharpf, op.cit., p. 44.

30. Le deuxième encadré de la figure II se réfère aux acteurs : individus et entreprises. Les efforts visant à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dépendent, en grande partie, d'acteurs individuels bien formés et motivés, comme les travailleurs de santé, d'entreprises comme les ministères de la santé et d'acteurs collectifs (p. ex., les associations de médecins ou les membres de l'industrie pharmaceutique). Ces acteurs ont tous des orientations d'action spécifiques, c'est-à-dire leurs propres perceptions d'un problème et leurs propres préférences d'action. Cela est aussi le point où les orientations éthiques entrent en jeu. Les orientations peuvent être stables ou modifiables par l'éducation et la persuasion. Elles seront activées et définies par le stimulus créé par un problème ou une question politique particulière.

31. L'OMS a consacré le Rapport sur la santé dans le monde 2006 à la formation de travailleurs de santé comme groupe central d'acteurs dans le domaine de la cybersanté publique. En dépit de son intérêt particulier pour les travailleurs de santé, l'OMS va au-delà de ce groupe et présente dans ce même rapport une constellation plus large d'acteurs. Elle inclut, parmi d'autres, les gouvernements et les institutions

financières nationales. Néanmoins, pour obtenir une image complète de tous les acteurs pertinents et de leur constellation, il est nécessaire d'inclure tous ceux (non partenaires) qui ne sont pas concernés par la santé publique mais qui ont un impact sur celle-ci du fait de leurs propres activités (p. ex., les conflits armés, la pollution de l'environnement, l'allocation de fonds à d'autres usages que la santé publique etc.).

32. Ainsi, du côté de l'offre des services de santé, les acteurs comprennent les travailleurs de santé, les ministères de la santé, l'OMS et l'ensemble des autres mouvements, associations et organisations qui s'occupent de la santé. De plus, les ministères chargés de l'alimentation, de l'environnement, du système sanitaire, de l'éducation et du budget prennent des mesures liées à la santé. La plupart de ces acteurs ne jouent pas un rôle principal dans la promotion, la restauration ou la préservation de la santé mais, sans eux, aucun système de santé ne fonctionnerait. L'administration publique dans ce contexte est un acteur-entreprise mais ses employés sont aussi des acteurs individuels. En tant qu'institution et en tant qu'individus ils doivent comprendre l'impact de leurs actions sur les questions liées à la santé. L'absence d'une intégration coordonnée peut mener à un conflit horizontal (entre les employés d'organisations différentes) et à un conflit vertical (entre les employés de la même organisation : relation principal-agent). Il est donc essentiel que les acteurs pertinents possèdent les capacités nécessaires pour faire face à ces défis.

33. De l'autre côté de l'offre, il y a la demande. C'est toujours l'individu (cela peut être n'importe qui) qui souffre d'une maladie, recevant des services de soins de santé primaires, ou est menacé par une grippe pandémique. Les individus financent totalement ou partiellement les services de santé et, en dernier ressort, et ce n'est pas un aspect négligeable, leur situation sanitaire affecte leur contribution à l'économie et à la société. Ces individus et les organisations de la société civile ont un impact sur le développement et la fourniture de services de santé dans une communauté.

34. Dans cette constellation d'acteurs, l'administration publique aura probablement des perceptions et des préférences différentes et parfois contradictoires. Les ministères et les autres services publics chargés de la santé ont un mandat clair en faveur de la santé publique tandis que les ministères des affaires étrangères, de la défense ou des finances ont d'autres priorités. À vrai dire, la plupart des institutions publiques n'ont pas, dans leurs priorités, un mandat qui inclut la santé publique. Il se peut que celle-ci soit hors du champ de leur vision et leur impact potentiel ou réel sur les activités visant à promouvoir, restaurer ou préserver la santé doit être analysé. Surtout lorsque les intérêts de la santé sont en conflit avec d'autres intérêts (par exemple budgétaires ou financiers), il peut aisément se produire que les pouvoirs publics dotés d'un mandat qui consiste à équilibrer le budget et ceux qui ont pour mandat de promouvoir la santé publique aient des préférences contradictoires. Dans ces cas, les efforts d'une administration publique visant à promouvoir, restaurer ou préserver la santé risquent d'être affaiblis ou même rendus inefficaces par les activités d'autres acteurs du secteur public.

35. Pour prévenir ce type de situation, il est nécessaire que les gouvernements, à tous les niveaux, établissent une politique de santé intégrée, c'est-à-dire une politique de santé coordonnée avec toutes les autres politiques qui ont un impact direct ou indirect sur la santé publique et la fourniture de services de santé. Ceci

permettrait, par exemple, aux investissements dans la santé publique et dans les programmes d'alimentation scolaire de s'avérer finalement avantageux pour le budget en réduisant les coûts élevés de traitement, etc.

36. Parallèlement à l'élaboration d'une politique de santé intégrée, il doit y avoir élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de gouvernance connexe. Les administrations publiques doivent étudier non seulement les problèmes à résoudre, les acteurs intéressés et les constellations d'acteurs mais aussi les modes d'interaction entre les acteurs. Un pays dans la perspective d'un institutionnalisme centré sur les acteurs n'est pas un acteur isolé mais une constellation spécifique d'acteurs sur un territoire donné. Comme nous l'avons vu plus haut, même au sein de l'administration publique (sans même mentionner les acteurs privés), des perceptions et les préférences différentes peuvent prévaloir. Il faut donc élaborer des stratégies de gouvernance qui puissent coordonner les interactions au sein des pays et au niveau international. Les modes d'interaction sont de types variés : interaction hiérarchique, actions unilatérales, accords négociés ou vote majoritaire. Les acteurs doivent toujours être conscients de ce que sont les modes possibles et appropriés d'interaction à suivre pour atteindre des objectifs convenus.

B. Intégration des questions de santé publique et renforcement des capacités humaines tout en réduisant la complexité

37. Un slogan populaire des années 1980 était « Pense mondialement, agit localement ». C'était un effort visant à répondre aux corrélations mondiales croissantes et à l'exigence parallèle qui veut que chaque individu doive trouver un moyen de faire face à une complexité croissante et à ses propres limites. Compte tenu de l'approche de l'institutionnalisme centré sur les acteurs, il peut sembler qu'aujourd'hui la complexité soit encore plus grande. Il est vrai que les corrélations se développent et que chaque individu et institution doivent être conscient de ce fait, mais il serait erroné de penser que, pour faire des choix rationnels, chaque acteur doit posséder une information complète non seulement sur la santé mais aussi sur toutes les politiques en vigueur dans le monde et leurs corrélations et leurs effets mutuels possibles. Ceci serait certainement accablant pour tout le monde. De la même façon, il ne serait pas utile de mettre en place le type d'autorité sanitaire centralisée qui remplacerait les efforts individuels par une approche centrale et hiérarchique. Premièrement, parce qu'il est peu probable que cette autorité central pourra collationner toute l'information et, deuxièmement, parce qu'il est aussi peu probable que cette autorité pourra prendre toutes les mesures appropriées pour promouvoir, restaurer et préserver la santé à tout moment partout dans le monde.

38. S'il n'est pas possible de faire participer tout le monde directement à tout et de centraliser toute l'information et la prise de décisions, comment peut-il être possible pour les acteurs de la santé publique de faire face à toute la complexité du domaine tel qu'il est en réalité? La solution à ce problème pourrait être trouvée par une combinaison de deux activités : la sensibilisation et le couplage lâche de secteurs.

1. Sensibilisation, formation et éducation

39. En premier lieu, tous les acteurs directement et indirectement impliqués dans la santé publique et dans les systèmes de prestations sanitaires doivent être

conscients du fait, qu'au XXI^e siècle, la santé publique est un défi mondial et que les mesures prises par un acteur dans un pays donné ont un impact sur la santé dans un autre pays. Il est plus important d'être conscient du principe d'interconnexion que de tenter de faire obtenir toute l'information sur tous les problèmes par tout le monde.

40. En deuxième lieu, tous les individus et tous les acteurs d'entreprises doivent être conscients de leur propre position et de leurs propres possibilités dans le domaine de la santé. Cela suppose la prise de conscience de leur propre santé personnelle et de ses effets sur l'environnement mais aussi la prise de conscience au sein des institutions de leur impact direct ou indirect. Comme dans le cas de la démarginalisation des femmes, il aussi nécessaire, dans le cas de l'intégration de la santé que toutes les institutions réfléchissent à leur relation vis-à-vis de la santé publique et évaluent les domaines dans lesquels ils ne soutiennent pas ou entravent même la promotion, la restauration ou la préservation de la santé.

41. En troisième lieu, le renforcement de la prise de conscience doit mener à une formation révisée des travailleurs de santé et aux autres employés pertinents à travers l'administration publique. De plus, la prise de conscience des experts doit être incorporée dans les programmes d'enseignement des écoles mais aussi dans les programmes de formation pour le renforcement de la direction dans l'administration publique. De cette manière, la démarginalisation des questions de santé et le renforcement des capacités humaines deviennent intégrés et peuvent bénéficier l'une de l'autre.

2. Couplage lâche

42. Le modèle du couplage lâche¹⁷ a été mis au point dans la science organisationnelle et est compris comme un instrument visant à éviter le piège de la décision commune. Le risque de pièges de décision commune existe chaque fois que les intérêts et les compétences d'acteurs et de domaines se chevauchent et interfèrent les uns avec les autres. Dans le domaine de la santé publique, ce risque est évidemment extrêmement élevé : un des risques majeurs réside dans le chevauchement entre les politiques horizontales (p. ex., le budget) et les politiques verticales (p. ex., la santé). Le manque de compréhension mutuelle entre les autorités de santé et les autres ministères peut mener à l'allocation de ressources insuffisantes. On peut aussi citer comme exemple les compétences sanitaires partagées des autorités nationales, régionales ou locales. Si les actions dans un secteur dépendent des actions dans un autre secteur, la demande de coordination visant à éviter les blocages augmente considérablement.

43. En organisant la santé publique selon le modèle du couplage lâche, on permettrait d'assigner les compétences de prise de décisions dans le contexte (ou secteur) où elles sont le plus appropriées. Les médecins continueraient de prendre les décisions concernant les médicaments pour leurs malades, les gouvernements continueraient de décider les politiques de santé nationales et les organisations internationales exécuteraient leurs tâches dans le cadre de leurs mandats. Le lien entre les acteurs dans leur contexte spécifique serait « lâche » dans la mesure où les décisions prises dans un secteur ne seraient pas imposées aux acteurs des autres secteurs. Le problème réside dans le fait qu'aujourd'hui beaucoup d'acteurs ne sont

¹⁷ Weick, Karl E., *Der Prozeß des Organisierens*, (Suhrkamp, Frankfurt, 1995).

pas reliés du tout. Si les institutions publiques ne connaissent pas les effets potentiels et pratiques de leurs activités sur la santé, alors il n'y a pas de couplage du tout. Cela serait différent si toutes les institutions publiques étaient conscientes de leur impact potentiel et réel. En outre, il serait peut-être utile que tous les acteurs obtiennent une orientation (d'autres autorités, du public ou de principes bien définis). Le couplage doit être suffisamment lâche pour protéger l'autonomie des acteurs et permettre des actions indépendantes et décentralisées. En même temps, il devrait être assez fort pour permettre une prise de décisions et une application efficace d'actions intégrées.

44. Il faut analyser et définir, cas par cas, ce que la sensibilisation et le couplage lâche signifient pour les besoins de l'administration publique. Il semble certainement approprié que le secteur public tout entier soit examiné du point de vue de son impact direct et indirect sur la santé publique, et son éventuelle contribution à la promotion, à la restauration et à la préservation des systèmes de prestations sanitaires. Il est probable, qu'à la fin de ce processus, on ait une image beaucoup plus large et différenciée des systèmes de santé. Les individus et les institutions dans le secteur de santé traditionnel comprendront mieux leur rôle à l'égard de ceux qui sont à l'extérieur du secteur. Ce qui sera plus difficile, ce sera probablement la différence que cela fera pour ceux qui se considèrent actuellement comme se situant à l'extérieur du système de santé. Beaucoup d'entre eux vont en toute probabilité soudainement constater qu'ils font partie du système de santé plus large et cela pourrait être un point de départ pour un dialogue fructueux, une meilleure coordination et l'élaboration de systèmes de prestations sanitaires plus efficaces et économiques.

III. Surmonter la mentalité de silo

45. Le 24 octobre 2008, le Bureau de l'appui au Conseil économique et social et de la coordination du Département des affaires économiques et sociales, a tenu, à New York, une table ronde sur le thème « Mondialisation et santé ». À cette occasion, le Directeur général de l'OMS a indiqué dans sa présentation que « la mentalité de silo » était un problème majeur. L'examen de la question de l'insuffisance de la coordination transsectorielle des questions de santé qui figure dans les sections I et II ci-dessus confirme la position de l'OMS et va même un peu plus loin en analysant ce sujet dans le cadre plus large de l'administration publique. L'objectif de la présente section est de donner des exemples de ce qui peut être fait ou a déjà été fait pour surmonter les carences connexes. Ces exemples ne peuvent pas donner une image complète des développements en cours. Néanmoins, ils donnent une claire indication du fait qu'une coordination et une coopération améliorées au-delà des frontières traditionnelles de la politique et des services sanitaires sont possibles et qu'un certain nombre d'activités ont déjà commencé.

A. La médecine traditionnelle en tant qu'élément des systèmes de santé

46. Certains pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine utilisent la médecine traditionnelle pour aider à répondre à certains de leurs besoins de soins de santé primaires. En Afrique, jusqu'à 80% de la population utilise la médecine

traditionnelle dans le cadre des soins de santé primaires. Dans les pays industrialisés, les adaptations de la médecine traditionnelle sont dénommées « complémentaires » ou « parallèles ». La médecine traditionnelle conserve sa popularité dans toutes les régions du monde en développement et son usage s'étend rapidement aux pays industrialisés¹⁸ :

a) En Chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 % et 50 % de la consommation totale de médicaments;

b) Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, le traitement de première intention pour 60 % des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme fait appel aux plantes médicinales administrées à domicile;

c) L'OMS estime que, dans plusieurs pays d'Afrique, la plupart des accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles;

d) En Europe, en Amérique du Nord et dans d'autres régions industrialisées, plus de 50 % de la population a eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire ou parallèle;

e) Au Canada, 70 % de la population a utilisé au moins une fois la médecine complémentaire;

f) En Allemagne, 90% de la population prennent un remède naturel à moment ou à un autre de leur vie;

g) Aux États-Unis, 158 millions d'adultes font appel à des produits de la médecine complémentaire et selon la Commission des États-Unis sur la médecine complémentaire et parallèle, 17 milliards de dollars ont été consacrés aux remèdes traditionnels en 2000;

h) Le marché mondial des plantes médicinales, en expansion rapide, représente actuellement 60 milliards de dollars par an. Dans 70 pays, les médicaments à base de plantes font l'objet d'une réglementation nationale mais le contrôle législatif des plantes médicinales n'a pas suivi un modèle structuré.

i) Si la Chine, la République de Corée, la République populaire démocratique de Corée, et le Vietnam ont entièrement intégré la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de soins, de nombreux pays doivent encore rassembler des faits normalisés sur ce type de soins et les intégrer dans leurs systèmes.

47. Ces exemples démontrent deux choses : premièrement, la compréhension de la médecine elle-même s'élargit. Deuxièmement, les gens ont de l'importance non seulement en tant que bénéficiaires mais en tant que consommateurs. C'est une preuve supplémentaire de la nécessité de réviser la compréhension du système de santé et le rôle spécifique des divers acteurs au sein de ce système.

B. Coordination et harmonisation des politiques nationales au niveau international

48. La corrélation entre les questions de santé et l'aide au développement revêt une haute importance pour la réalisation des objectifs de développement convenus

¹⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134>.

au niveau international. La Déclaration de Paris¹⁹, adoptée le 2 mars 2005, dresse une carte routière pratique et orientée vers l'action, y compris des indicateurs visant à améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement. La réalisation des indicateurs est mesurable parce qu'ils ont été convenus en même temps que les cibles à atteindre avant 2010. Eu égard à l'importance de cet accord pour les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé qui consistent à réduire la mortalité infantile, à améliorer la santé maternelle et à combattre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies, la Déclaration de Paris est un énorme pas en avant sur la voie d'une meilleure coordination horizontale et verticale.

49. La Déclaration de Paris inclut une stratégie de gouvernance selon laquelle les pays partenaires et les donateurs reconnaissent le besoin d'engagements. Les deux côtés prennent des engagements bien que la Déclaration stipule aussi en son paragraphe 13 que les engagements « doivent être interprétés à la lumière de la situation propre à chaque pays partenaire ». Bien que cette disposition ne soit pas une échappatoire, elle peut limiter l'efficacité de la Déclaration en laissant essentiellement aux gouvernements nationaux le droit d'interpréter la Déclaration. Par exemple, l'éruption d'un événement pandémique pourrait être favorisée si un pays décidait de différer l'adoption de mesures préventives en raison de "la situation propre" à ce pays.

C. Intégration des questions de santé dans les politiques étrangères nationales

50. Si la relation entre la santé et l'efficacité de la gestion de l'aide est déjà à l'ordre du jour depuis de nombreuses années, l'examen de ce problème n'a commencé que récemment. En mars 2007, les ministres des affaires étrangères de l'Afrique du Sud, du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal et de la Thaïlande ont adopté à Oslo le Programme d'action intitulé « La politique étrangère face aux défis sanitaires mondiaux ». Ils reconnaissent qu'« aucun pays ne peut s'isoler des risques et menaces transfrontières pour sa sécurité sanitaire ». En introduisant l'expression « sécurité sanitaire mondiale », ils établissent un lien entre la santé et l'objectif des affaires étrangères qu'est la sécurité nationale. Les Ministres des affaires étrangères soulignent dans leur programme que « les mesures de politique étrangère prises en matière de sécurité, de commerce, de gestion des conflits et des crises, d'environnement et de droits de l'homme ont une forte incidence sur notre capacité d'assurer la sécurité sanitaire tant au niveau national qu'au niveau mondial ». Ils considèrent que la réponse la plus efficace aux défis sanitaires mondiaux doit se fonder sur la coopération, les alliances et les partenariats. Ils soulignent également, comme dans Déclaration de Paris, que ces efforts doivent être transparents, fiables, responsables, et justes.

51. Les Ministres des affaires étrangères ont identifié des domaines où les positions qu'ils adoptent peuvent faire une grande différence. Leur programme d'action s'articule autour de trois thèmes principaux et pour chacun d'eux ils ont prévu des actions spécifiques. En consultant la liste, il est très intéressant de noter

¹⁹ <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>.

combien de questions intersectorielles apparaissent quand ils énumèrent les domaines où le travail des ministères des affaires étrangères peut faire une différence significative quant aux perspectives de santé mondiale :

Garantir la sécurité sanitaire mondiale

- 1) Planification prospective et politique étrangère
- 2) Lutte contre les maladies infectieuses émergentes et politique étrangère
- 3) Personnel sanitaire et politique étrangère

Faire face aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale

- 4) Les conflits (avant, pendant et après les conflits, et dans la phase de consolidation de la paix)
- 5) Catastrophes naturelles et autres crises
- 6) Lutte contre le VIH/sida
- 7) Santé et environnement

Faire jouer la mondialisation au profit de tous

- 8) Santé et développement
- 9) Politiques commerciales et mesures d'application et de suivi des accords
- 10) Gouvernance et sécurité sanitaire mondiale

Intégration des questions sanitaires dans le cadre de la réforme du secteur public au Mozambique

Le projet de réforme du secteur public connu sous le nom d'UTRESP a été mis en oeuvre de 2003 à la fin de 2006 avec le soutien du PNUD et du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat. Il recouvre une grande variété d'activités. Sous le chapitre « Appui aux activités de lutte contre le VIH/sida et à la parité des sexes » il soutient non seulement l'intégration des politiques de démarginalisation de femmes mais aussi les politiques de prévention et de traitement du VIH/sida. Une des conclusions du projet est que la prise en compte du VIH/sida et de la parité des sexes est essentielle pour le secteur public et qu'elle devrait être considérée comme une importante stratégie intersectorielle dans toutes les initiatives pertinentes de réforme de ce secteur. Cet exemple démontre que la vue combinée des risques de santé (ici le VIH/sida) et d'autres politiques (ici les politiques de parité des sexes) est déjà pratiquée dans la réforme du secteur public des États Membres. Pour les deux types de politiques, il est instructif que l'intégration soit considérée comme nécessaire et possible.

Source : projet du Département des affaires économiques et sociales MOZ/01/015

D. Technologies de l'information et des communications et cybergouvernance

1. Cybersanté

52. Le besoin de développer et d'organiser de nouvelles façons de fournir des services médicaux efficaces a eu pour résultat une augmentation spectaculaire de l'usage des applications des technologies de l'information et des communications (TIC) dans les services de santé, connues collectivement sous les noms de cybersanté ou de télémédecine. La cybersanté est l'usage, dans le secteur sanitaire, de données numériques transmises, emmagasinées et retrouvées électroniquement à l'appui des soins de santé, localement ou à distance. Aujourd'hui l'intégration et l'assimilation de la cybersanté dans la vie de tous les jours des travailleurs du secteur sanitaire deviennent une réalité dans les pays en développement comme dans les pays développés. Une des questions qui se pose est celle de savoir si les activités de cybersanté vont détourner des ressources précieuses des besoins fondamentaux des pays pauvres qui ont besoin de tout.

53. Aujourd'hui, la cybersanté peut soutenir les diverses fonctions du système de santé, fournissant une occasion unique de renforcer ses processus d'information, de collecte de données et de connaissance. Elle permet aussi, de toute évidence, une promotion plus facile de la médecine parallèle ou traditionnelle. Par ailleurs, les TIC facilitent la liaison entre les pouvoirs sanitaires, les autres ministères et le public. Selon l'OMS, la cybersanté devrait être une composante essentielle de tout plan et de toute stratégie de réforme du système sanitaire au XXI^e siècle. Parmi les besoins des pays en développement figurent le renforcement des capacités et la formation du personnel public dans le domaine des TIC.

2. Plates-formes pour l'information, le dialogue et la formation

54. Pour promouvoir le réseautage et l'échange d'informations, le Département des affaires économiques et sociales fournit une série d'outils. Le Réseau mondial d'information en ligne sur l'administration et les finances publiques (UNPAN) est un portail central en ligne²⁰. Il est conçu de manière à aider les pays, notamment les pays en développement et les pays à économie de transition, à répondre aux défis auxquels les gouvernements sont confrontés dans leurs efforts visant à combler le fossé numérique entre les pays riches et les pays pauvres et à atteindre leurs objectifs de développement. En bref, la mission de l'UNPAN est de promouvoir le partage des connaissances, des expériences et des meilleures pratiques, à travers le monde, par le biais des TIC, de politiques publiques saines, d'une administration publique efficace et d'une fonction publique compétente, ainsi que par le renforcement des capacités et la coopération entre les États Membres.

55. L'UNPAN diffuse des nouvelles sur la gouvernance publique dans toutes les parties du monde ainsi que des possibilités de formation « en ligne ». Par ailleurs, le Département des affaires économiques et sociales réalise des enquêtes sur le cybergouvernement et en publie les résultats. L'Enquête mondiale des Nations Unies

²⁰ <http://www.unpan.org>.

sur l'administration en ligne (2008)²¹ a évalué le même nombre de fonctionnalités des mêmes sites ou de sites similaires dans chaque pays pour garantir l'homogénéité. Conformément à son cadre conceptuel de développement humain, il s'agit de ministères/services de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, du travail et des finances, qui sont représentatifs des services publics dont les citoyens ont le plus besoin. Chaque site ministériel a été évalué sur la base de la même série de questions.

56. L'Alliance mondiale pour les technologies de l'information et des communications au service du développement (GAID)²² est un forum mondial qui aborde de façon globale les problèmes intersectoriels liés au rôle des TIC dans le développement. La santé est un de ses thèmes prioritaires.

57. Le Programme de cybersanté de l'OMS vise à aider les pays à développer leurs systèmes de santé en améliorant l'accès, la qualité et l'efficacité par l'usage des TIC. Les objectifs principaux du Programme sont les suivants :

- a) Appuyer les États Membres en identifiant les applications les plus appropriées, compte tenu des besoins des objectifs et de la situation des pays;
- b) Faciliter l'établissement de politiques déontologiques et juridiques liées à la collecte, à l'emmagasinement et à l'usage de l'information sanitaire afin de protéger les données personnelles et d'en garantir la confidentialité;
- c) Faciliter le partage des meilleures pratiques entre les États Membres;
- d) Soutenir l'application de programmes techniques dans les pays, en fournissant des informations sur les possibilités et les risques.

IV. Conclusions et les recommandations

58. Le présent document ne conteste pas que les actions sectorielles et verticales n'ont pas été couronnées de succès mais il démontre que la santé publique mondiale dépend de plus en plus des corrélations entre les politiques et de la coopération à travers les secteurs. Les institutions traditionnelles de santé ne perdent pas leur pertinence. Au contraire, elles acquièrent une plus grande importance en devenant, par exemple, des centres de réseaux. Néanmoins, pour promouvoir, restaurer et préserver la santé publique, une prise de conscience est nécessaire dans toutes les institutions et surtout dans les administrations publiques. Elles doivent prendre conscience de leur impact actuel et potentiel sur la santé publique et les prestations de services sanitaires. Cette prise de conscience accrue pourrait être le point de départ d'une meilleure coordination et de l'élaboration de systèmes de prestations sanitaires plus efficaces et plus économiques.

59. L'accroissement de la coopération requiert des approches coopératives, et par rapport au public cela signifie des approches participatives de gouvernance. Les acteurs privés et publics doivent intensifier leurs relations mutuelles. Les acteurs privés doivent appuyer et assister les efforts publics, mais ce sont les acteurs publics qui doivent prendre l'initiative. Ceci ne signifie pas que les individus n'ont pas un

²¹ <http://www.unpan.org/Library/MajorPublications/UNEGovernmentSurvey/tabid/646/Default.aspx>.

²² United Nations. *Foundations of the Global Alliances for ICT and Development*, 2007. Voir aussi <http://www.un-gaid.org>.

rôle important à jouer. Les individus sont assujettis aux risques de santé et ils ont besoin des services de santé. Il est donc évident que des approches participatives doivent être suivies.

60. Les recommandations suivantes sont présentées aux États Membres. Les États devraient :

a) Sensibiliser tous les secteurs et tous les niveaux du gouvernement à leurs responsabilités et possibilités respectives de promouvoir, restaurer et préserver la santé publique et de fournir des prestations sanitaires;

b) Élaborer une politique sanitaire intégrée, c'est-à-dire une politique sanitaire coordonnée avec toutes les autres politiques qui ont des effets directs ou indirects sur la santé publique et les prestations de services sanitaires;

c) Adopter des approches participatives et centrées sur les acteurs pour l'élaboration d'une politique de santé nationales. Les outils à utiliser pour un engagement approprié devraient inclure les outils des TIC pour la gouvernance;

d) Améliorer la coopération intersectorielle et la gestion en tant que partie intégrante de l'administration publique. Les travailleurs de santé et les autres employés d'institutions publiques doivent recevoir la formation nécessaire à cet effet;

e) Renforcer la contribution de l'administration publique aux systèmes d'information sanitaire par le biais, par exemple, de leurs bureaux de statistique mais aussi en créant des sites Internet faciles à utiliser et en faisant de la cybersanté une composante essentielle de tout projet et toute stratégie de réforme du système sanitaire;

f) Être internationalement ouverts et intégrés. Dans le cadre de cet effort mondial de santé publique, il y a lieu de développer davantage les systèmes de planification préalable et d'intervention (prévention et contrôle des maladies contagieuses);

g) Promouvoir le financement à long terme, y compris, le cas échéant, les partenariats publics/privés, pour la recherche et le développement de nouveaux médicaments et de nouveaux traitements. Compte tenu du fait que la santé publique n'est pas seulement coûteuse mais aussi essentielle pour le développement de l'économie et de la société, les États Membres doivent envisager d'accroître leurs investissements dans la santé publique et considérer ceux-ci comme des investissements dans le développement économique et social du pays;

h) Faire appel aux organisations de la société civile pour sensibiliser les diverses parties prenantes et les fournisseurs de services publics aux questions de santé.

61. Les recommandations suivantes sont présentées aux organismes des Nations Unies :

a) Les organismes des Nations Unies intéressés devraient continuer à aider les États Membres à promouvoir, restaurer et préserver la santé publique et à fournir des prestations sanitaires;

b) Les organismes des Nations Unies intéressés devraient poursuivre leur analyse des la coordination horizontale et verticale des politiques en vue de fournir aux États Membres une assistance pour l'élaboration de politiques nationales intégrées;

c) L'élaboration d'outils basés sur les TIC pour la diffusion d'information sur les systèmes de prestations sanitaires et le contrôle de ces systèmes est une précieuse contribution des organismes des Nations Unies intéressés et devrait être développée, y compris l'analyse des menaces et des possibilités, et des forces et les faiblesses liées aux divers outils de gouvernance, surtout ceux qui sont utilisés dans le contexte de la cybergouvernance et de la cybersanté;

d) En dernier lieu, mais non par ordre d'importance, les activités de recherche des organismes des Nations Unies intéressés dans le secteur de la santé devraient inclure des approches centrées sur les acteurs, tandis que leur travail consultatif devrait être réalisé en prenant en considération les approches participatives pour la gouvernance du secteur sanitaire.
