



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR **60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

Point 4.11 de l'ordre du jour provisoire

CD48/15 (Fr.)

6 août 2008

ORIGINAL: ESPAGNOL

LA SANTÉ ET LES RELATIONS INTERNATIONALES : LEUR LIEN AVEC LA GESTION DU DÉVELOPPEMENT NATIONAL DE LA SANTÉ

Introduction

1. Le processus croissant et accéléré de mondialisation a des implications sur des aspects multiples de la vie sociale. Les changements technologiques, économiques et politiques au niveau mondial ont une incidence sur les relations établies entre les états. Au cours de ces dernières années s'est configuré un système politique à l'échelle mondiale qui modifie les échanges entre les états et redéfinit d'autres aspects du développement humain. Ce système mondial influe de manière directe sur la relation complexe qui existe entre la santé et les relations internationales et en matière de coopération internationale dans le domaine de la santé. De nouveaux acteurs internationaux, aux rôles et responsabilités différents, sont apparus. De nouvelles alliances et associations se sont forgées et certains critères sont apparus avec force dans les relations internationales, du fait du rôle plus important de la société civile, exprimés en termes de transparence et la responsabilisation.

2. Depuis un certain temps, et plus récemment dans le cadre des discussions du Groupe de travail sur l'OPS au XXI^e siècle, au sein des organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et dans certains États membres, a été exprimé la nécessité d'analyser les conséquences qu'ont ces changements mondiaux sur la santé et le développement humain, ainsi que les nouvelles exigences issues de cette situation en termes de coopération internationale dans le domaine de la santé.

3. En 2003, l'OPS a présenté à ses organes directeurs le document Mondialisation et santé (CE132/15), qui examinait l'impact de la mondialisation et les opportunités et défis en résultant pour améliorer la santé de la population de la Région, augmenter l'efficacité et l'équité des systèmes nationaux de santé et réduire les inégalités sur le plan de l'accès aux services de santé. En 2005, l'OPS a présenté une réflexion sur la coopération axée

sur les pays et le développement national de la santé (CD46/19), qui comprenait la coopération internationale comme facteur contribuant au développement national de la santé.

4. La politique extérieure a trait aux relations politiques entre un pays et les autres. Traditionnellement, l'élaboration des politiques dans ce domaine s'est concentrée sur la protection des intérêts nationaux, du point de vue de la sécurité, du développement économique et territorial et des intérêts idéologiques. Cette vision s'est transformée pour inclure d'autres sujets tels que la santé.

5. Au cours de ces dernières années, le dialogue entre le domaine de la santé et celui des relations internationales s'est intensifié, avec l'émergence de la santé comme élément important de la politique extérieure. Il est clair que la santé jouit actuellement d'une présence et d'une priorité accrues sur le plan international. Cela a des conséquences significatives et présente des défis tant pour les pays que pour les organisations internationales.

6. Dans le domaine de la coopération internationale pour la santé des changements importants se sont également produits au cours des dernières années. Les faits les plus importants ont été l'augmentation du nombre d'acteurs nationaux et transnationaux (étatiques et non étatiques) et l'instauration d'une interaction complexe entre lesdits acteurs, ainsi que l'apparition de nouveaux mécanismes organisationnels ad hoc rendant effective cette interaction dans laquelle se dessine de plus en plus clairement une tendance à la participation du secteur privé des entreprises et des sociétés ainsi que des organisations de la société civile.

7. Le présent document qui est soumis à l'examen des organes directeurs propose un ensemble d'idées, de sujets et de débats liés à la relation complexe qui existe entre la santé et les relations internationales, aux changements survenus dans cette relation et dans le domaine de la coopération internationale, ainsi qu'à leurs conséquences pour le développement national de la santé. L'intention consiste à entamer un dialogue qui aboutisse à la définition d'un cadre de référence pour la coopération technique de l'Organisation. Ce cadre programmatique est nécessaire pour orienter les travaux de l'OPS/OMS à l'appui du développement d'une capacité institutionnelle solide et durable au sein des gouvernements nationaux et de leurs unités spécialisées dans la santé et les relations internationales. Les États membres ont besoin d'une capacité adéquate pour faire face aux nouveaux défis de la gouvernance, de la gouvernabilité et de la gestion de la coopération internationale pour la santé, ce qui plus particulièrement pertinent pour les pays qui ont des besoins plus importants sur le plan du développement sanitaire.

La relation complexe entre les domaines de la santé et des relations internationales

8. Bien que les univers de la santé et des relations internationales ne soient pas complètement étrangers, historiquement, leur relation n'a jamais été au premier plan (Panenborg, 1979) puisque la santé était considérée comme revêtant une faible priorité¹ par les chancelleries. Quelques observateurs ont fait référence à un divorce historique entre la santé et la politique extérieure; bien que l'histoire de la santé publique montre qu'il existe depuis longtemps des liens entre ces deux domaines, comme en témoignent les conventions, traités et échanges bilatéraux sur la santé aux frontières.

9. Du point de vue de la politique en matière de santé, il est reconnu de longue date que le commerce et les finances internationales, la mobilité des populations, le changement environnemental, les catastrophes et les conflits internationaux, ainsi que les questions de sécurité internationale, notamment, ont des répercussions claires et démontrables sur la santé. On reconnaît que les liens les plus forts qui existent entre la santé et la politique extérieure se retrouvent dans les domaines des transports, du commerce, du tourisme et de la migration.

10. Les premières formes de coopération internationale dans la santé, qui datent du XIXe siècle, ont été engendrées par la propagation de maladies infectieuses qui avaient une incidence négative sur le commerce entre les pays, d'où la grande importance accordée à la santé dans les ports. Le Règlement sanitaire international de 1832 ainsi que le Code sanitaire panaméricain de 1924 répondent à la nécessité de réglementer cette situation. La création de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) en 1902 répond aussi en partie à ce type de nécessités liées aux progrès de l'ingénierie dans la construction des canaux de communication interocéanique. Depuis 1945, avec la création des Nations Unies, la reconstruction des économies de l'après-guerre et la libéralisation croissante des échanges commerciaux ont débouché sur de nombreux accords et ententes institutionnels au niveau international liés à la santé.

11. Un exemple admirable de convergence des perspectives et des efforts entre la politique extérieure et la politique en matière de santé au niveau international s'est concrétisé dans la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire en 1978. Cette Déclaration a été le fruit d'un dialogue diplomatique prolongé et intense qui a engendré la mobilisation d'intérêts convergents d'un grand nombre de pays qui ont pleinement adhéré à la vision stratégique consistant à parvenir à la santé pour tous en 2000 formulée dans le

¹ Dans le domaine des relations internationales, on a traditionnellement eu tendance à considérer que les questions de "haute politique" (*hard power*) étaient celles qui touchaient à la guerre et à la paix, à l'économie et au commerce, de sorte que les questions de santé et d'environnement, par exemple, étaient considérées comme étant moins importantes politiquement (*soft power*). Il faut néanmoins tenir compte du fait que depuis l'antiquité, la santé et la maladie (en tant qu'effet et qu'arme) ont revêtu une grande importance, en particulier au cours des grandes guerres des XIXe et XXe siècles (McNeill, 1984)

cadre de l'Organisation mondiale de la santé. À propos de cet événement, Fidler souligne que jamais le fossé entre la politique extérieure et celle de la santé n'avait été aussi profond et dramatique qu'à l'époque mais que, pourtant, la politique en matière de santé a pu définir alors sa stratégie mondiale la plus ambitieuse et la plus optimiste (Fidler, 2007).

12. Dans l'histoire de l'Amérique centrale et de l'OPS/OMS il existe une expérience extrêmement importante pour les pays de la sous-région assortie d'une vision vaste de la relation entre la santé et la politique extérieure. Il s'agit de « la Santé : un pont conduisant à la paix » qui constitue un exemple clair de mobilisation d'efforts diplomatiques pour la paix, la reconstruction de la démocratie, et la mobilisation des ressources dans le cadre d'innovations importantes sur le plan de la coopération internationale (OPS et ASDI, 2002).

13. La santé a de nouveau joué son rôle diplomatique plus récemment, en 2000, en plein conflit sur la délimitation des frontières entre l'Équateur et le Pérou. Grâce aux efforts conjoints, il a été possible de mener à bien les travaux de drainage et d'assainissement du Canal de Zarumilla en faisant participer les populations riveraines des deux pays, de créer un parc protégé binational et de renforcer le système de surveillance de la santé publique à la frontière.

14. Au cours de ces dernières années, de nouvelles situations se sont produites en suivant ce mode de relations. Notamment l'attention importante accordée à la question de la pandémie du VIH/SIDA dans les forums de Chefs d'État ou l'inclusion de questions de santé dans les réunions du G8 et dans le cadre du forum économique mondial de Davos. Il convient de souligner dans les Caraïbes la déclaration de Nassau des Chefs d'État du CARICOM (en 2001) reconnaissant la santé des populations comme la richesse de la Région et son Sommet organisé récemment à Trinité et Tobago, en 2007, afin de réfléchir à la situation des maladies chroniques non transmissibles. De même, on a également pu observer une convergence des intérêts commerciaux et sanitaires en 2002 et 2003 avec l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il convient de noter que l'agenda sanitaire mondial après Alma Ata a été guidé principalement par les maladies plus que par la promotion de la santé, avec l'apparition de l'expression « sécurité sanitaire ».

15. Au cours des dix dernières années, la santé est devenue une question d'importance croissante dans l'agenda politique mondial. Dans le domaine des relations internationales, on a assisté à une prise de conscience croissante du fait qu'il existe un vaste éventail de questions sanitaires et de conséquences pour la santé du fait du développement scientifique et technologique accéléré qui transcendent les frontières nationales et exigent une action au niveau mondial. La nécessité d'agir de manière concertée sur une vaste gamme de sujets politiques, économiques et sociaux qui ont des conséquences pour la

santé a été soulignée, ce qui s'est traduit par un nombre croissant de diplomates entrant dans le domaine de la santé et davantage de spécialistes de la santé publique entrant dans le monde diplomatique. C'est ainsi que prend forme le domaine technique que certains auteurs nomment la diplomatie sanitaire mondiale (Kickbush et al, 2007).

16. L'importance de la santé dans les Objectifs de la Déclaration du Millénaire (2000) et le Rapport de la Commission de Macroéconomie et Santé de l'OMS (2005) montrent aussi que la santé est désormais au cœur des débats internationaux sur la politique sociale et le développement économique. La réforme des Nations Unies, sous l'égide de l'ex-Secrétaire général Kofi Annan, assigne aussi à la santé un rôle très important, dans le cadre des droits de l'homme, en vue d'atteindre leurs principaux objectifs² (Nations Unies, 2004).

17. Récemment, à la suite des négociations pour la formulation et l'approbation de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac, du nouveau Règlement sanitaire international (2005), et celles ayant trait à la Stratégie mondiale et au Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (2008), l'Organisation Mondiale de la Santé a été au centre des nouvelles relations entre la santé et la politique extérieure.

18. Un autre fait saillant de cette transformation tient au lancement de l'Initiative sur la Politique extérieure et la santé globale (PESG) souscrite par les ministres des relations extérieures du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande, dans la ville d'Oslo en mars 2007, afin de progresser vers une politique extérieure qui prenne en compte les considérations de la santé globale au-delà des situations de crises et d'urgences sanitaires. Cette initiative vise à promouvoir l'utilisation d'une perspective sanitaire dans la formulation de la politique extérieure afin de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs. La Déclaration d'Oslo et l'Agenda pour l'Action 2007 soulignent l'urgence d'élargir le champ de la politique extérieure pour englober en priorité les questions de la santé, à l'ère de la mondialisation et de l'interdépendance, et indiquent que cette nouvelle vision est basée sur le principe de protection de l'opportunité fondamentale pour la vie des citoyens du monde. (déclaration d'Oslo, 2007).

19. Ce changement positif pour ce qui est de la nature et de la perspective de la relation entre la politique en matière de santé et la politique extérieure constitue un défi mais aussi une opportunité pour les pays et pour les organismes de coopération internationale tels que l'OPS/OMS. À l'ère de la mondialisation, dans chaque pays et dans chaque sous-région des Amériques, il existe un grand nombre de problèmes, de défis, d'opportunités et d'engagements qui répondent à cet état d'interdépendance entre

² Pour atteindre l'une des trois plus grandes libertés (la liberté de vivre à l'abri du besoin), le Secrétaire général considère essentiel d'atteindre les huit objectifs de la Déclaration du Millénaire (OMD), dont trois sont spécifiques à la santé et quatre autres visent à améliorer des déterminants de la santé.

les politiques de la santé et celles des relations extérieures, et l'on perçoit plus clairement la nécessité de tirer parti des opportunités de la santé mondiale en faveur des populations, de faire en sorte que les droits et aspirations des citoyens deviennent réalité, et d'assumer les engagements qu'exige la démocratie. Pour cela il est indispensable de générer et d'assurer les capacités institutionnelles nationales pour une gestion efficace de ces opportunités et pour faire face aux risques connexes et aux menaces pour la santé.

20. C'est ainsi que la diplomatie dans le domaine de la santé, en tant que sujet émergent de connaissance et de pratique, devient une fonction essentielle pour accélérer la construction de consensus dans les négociations de haut niveau sur les questions de santé et d'autres sujets qui ne sont pas à strictement parler des questions de santé, mais qui peuvent avoir ou ont un impact sur la santé mondiale. Il est nécessaire de progresser vers une relation plus durable entre la politique extérieure et la santé, affirme la Directrice générale de l'OMS et les ministres des relations extérieures de la France et de la Norvège. Il est pour cela nécessaire de bénéficier des fruits de l'analyse des politiques et de la recherche. De même, il est nécessaire d'améliorer les opportunités de formation tant pour les diplomates que pour les spécialistes en santé publique, sur le plan de l'interface entre la santé et la politique extérieure. Les institutions universitaires et « think tanks » ont un rôle essentiel à jouer pour mettre en exergue la santé comme sujet de préoccupation de la politique extérieure (Chang, Gahr Støre, Kouchner, 2008).

Le nouveau scénario mondial de la coopération internationale pour la santé

21. Les politiques de la santé sont de la responsabilité des états. Dans le monde actuel, les politiques et les actions sanitaires locales et nationales exigent une coopération internationale et des interventions collectives transnationales pour garantir la santé des populations, surtout face aux problèmes de santé et aux risques qui dépassent les frontières. Dans ce contexte, il est de plus en plus reconnu que la structure, les réglementations et les formes d'organisation de chaque état doivent s'améliorer considérablement pour inclure chacun et bénéficier à tous, réduisant ainsi les niveaux d'exclusion des processus de développement.

22. Le secteur de la santé est complexe, avec de multiples acteurs, besoins et sources de financement. Dans le cadre des processus de mondialisation et alors que sept ans nous séparent de la date fixée pour la réalisation des Objectifs de la Déclaration du Millénaire, l'accroissement rapide des flux de l'aide publique au développement dans la santé et le grand nombre d'agents fournissant des ressources financières dans le secteur ont donné le jour à un scénario complexe, tant pour ce qui est des efforts d'alignement et d'harmonisation de la coopération que pour assurer une gouvernance adéquate à tous les niveaux (Garrett, 2007).

23. La coopération internationale pour le développement change à un rythme vertigineux. L'encadré ci-après résume certains des principaux changements survenus récemment dans le domaine spécifique de la coopération en matière de santé.

Changements survenus au cours des dernières années en matière de coopération internationale dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale

- Importance croissante de la santé dans les programmes politiques internationaux.
- Augmentation significative des flux de ressources non concessionnelles pour la santé provenant de l'aide internationale.
- Prolifération de nouveaux acteurs transnationaux : a) acteurs privés du secteur des sociétés du monde des affaires, y compris les sociétés à but lucratif, ceux du secteur philanthropique et les associations d'entreprises, et b) organisations non gouvernementales des pays développés chargées du développement.³
- Rôle croissant des institutions financières internationales dans le financement et la gouvernance du secteur de la santé dans les pays à revenu intermédiaire et à faible revenu.
- Participation croissante du secteur privé dans l'élaboration des politiques publiques, en particulier d'agents privés de pays développés qui influent sur les politiques publiques dans les pays en développement.
- Développement de nouveaux modes d'associations entre des entités internationales, pour ce qui est des liens qui existent entre elles, y compris les relations avec leurs homologues nationaux, pour financer et pour accorder une coopération internationale, ce qui se traduit par des initiatives novatrices pour la santé qui recherchent des moyens plus efficaces d'augmenter les ressources destinées au monde en développement.
- Intérêt nouveau et croissant pour les biens publics et leurs implications normatives internationales.

Source : Nervi L. Étude réalisée à la demande de l'OPS/OMS (2007)

24. Il existe un lien entre la gouvernance dans le domaine de la santé et le processus de développement national de la santé qui exige d'analyser les changements qui sont survenus dans l'architecture de la coopération internationale en matière de santé au cours de ces dernières années, et qui sont différents de ce qui s'est produit dans le domaine international de la santé après la deuxième guerre mondiale.

25. Les initiatives mondiales en matière de santé (IMS) ont été créées au cours de la dernière décennie comme un modèle organisationnel nécessaire, selon ceux qui en étaient à l'origine, pour faire face aux défis complexes du programme sanitaire mondial et

³ USAID a qualifié ce phénomène de « révolution privée dans le développement mondial » (USAID, 2006), tandis que Hall et Biersteker le décrivaient comme « l'émergence de l'autorité privée dans la gouvernance mondiale » (Hall et Biersteker, 2004).

canaliser des ressources additionnelles pour la santé.⁴ Au cours des dix dernières années, plus de 120 IMS ont été constituées, dont certaines ont connu un succès certain (Fondation Gates, 2005) comme l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (GFATM), l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), les alliances *Stop TB*, *Roll Back Malaria*, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN), le Programme multinational contre le VIH/SIDA (MAP) de la Banque Mondiale, notamment. Il faut aussi tenir compte de nouveaux acteurs tels que les fondations philanthropiques, l'entreprise privée et la société civile (OCDE, 2007). Parmi les fondations philanthropiques, la Fondation Bill et Melinda Gates est devenue une source importante de financement et d'influence dans les actions sanitaires à l'échelle mondiale. L'importance croissante de ces IMS présente des défis profonds et nouveaux et exerce des pressions sur la souveraineté des états et sur les modalités institutionnelles en vigueur en matière de coopération internationale.

26. En dépit du nombre élevé d'IMS identifiées, en réalité il en existe seulement quelques unes qui sont importantes sur le plan financier et politique et qui jouent un rôle clé dans la gouvernance sanitaire mondiale, et notamment les nouveaux fonds. Ces fonds sont constitués par des bailleurs de fonds publics et privés et ils sont devenus des vecteurs clés du développement, et pas uniquement dans le domaine de la santé. Mais il est important de tenir compte du fait que, malgré l'accroissement des ressources financières du secteur privé, le secteur public continue à apporter la majorité des fonds. Les contributions privées au financement mondial de la santé représentent une fraction minoritaire de l'aide totale. Toutefois, les acteurs privés ont accru, de manière disproportionnée par rapport au montant des fonds qu'ils apportent, leur visibilité et leur pouvoir dans la gouvernance mondiale (Nervi, 2007).

27. Les changements indiqués se sont notamment traduits par l'accroissement des ressources pour l'aide publique au développement dans la santé (APDS). Il ressort de rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) que l'aide publique au développement dans la santé est passée de 6 milliards de dollars en 1999 à 13,4 milliards de dollars en 2005. La croissance moyenne de l'APDS au cours des 15 dernières années a été de 5,4 %, moyenne annuelle qui recouvre une augmentation de la proportion de l'aide bilatérale, l'aide multilatérale s'est maintenue à un niveau constant au cours de la période allant de 1996 à 2004. Les deux tiers de l'aide dans la santé sont constitués d'aide bilatérale tandis qu'un tiers est constitué d'aide multilatérale.

⁴ Dans le présent document, l'expression « initiatives mondiales en matière de santé » (IMS) recouvre la vaste gamme de coalitions, réseaux et alliances qui ont proliféré dans le domaine de la coopération internationale pour le développement. Dans la littérature en anglais, on utilise plus fréquemment l'expression *Public-private Partnership (PPP)*. Toutefois, une analyse minutieuse montre que moins de la moitié recouvrent un type quelconque d'interaction public-privé. La majorité des IMS sont des associations informelles qui évoluent rapidement vers de nouvelles formes d'association ou disparaissent.

En Amérique latine, l'aide publique au développement dans la santé a atteint 402 millions de dollars ÉU (OPS, 2007), mais en proportion, par rapport à l'Afrique et à l'Asie, son poids a diminué au cours des dernières années (17 % de l'ensemble de l'aide).

28. L'accroissement du financement mondial pour la santé peut être en partie attribué aux nouveaux acteurs tels que les initiatives mondiales dans la santé et les fondations privées. Il ressort des rapports de l'OCDE que la contribution des fondations privées ainsi que les ressources canalisées par des programmes appuyés par ces initiatives mondiales dans la santé, représentent ensemble de 20 % à 25 %.

29. Les résultats obtenus à ce jour ne sont pas entièrement positifs. La majeure partie de l'aide est orientée vers des programmes verticaux de contrôle des maladies, avec très peu d'appui pour le renforcement de l'infrastructure sanitaire de base et des systèmes de santé. De même, bon nombre de ces interventions reprennent le travail des autorités sanitaires nationales, affaiblissant ainsi le développement national de la santé. On peut dire que si auparavant le problème tenait au manque de ressources, aujourd'hui, le problème central tient à la gouvernance de ce réseau complexe d'acteurs. De nombreuses études indiquent que cette situation complexe représente un grand défi pour les pays en développement, qui sont ceux qui doivent gérer et dépenser efficacement ces ressources, aux prises avec de multiples instruments d'aide et mécanismes de suivi et d'évaluation, provenant des différents partenaires et alliés. L'exemple de la Tanzanie mentionné par Birdsall est déjà classique. Il montre que dans la période allant de 2001 à 2002, le pays a eu 1 300 projets d'aide externe, 1 000 réunions de bailleurs de fonds par an et a dû présenter 2 400 rapports annuels aux bailleurs de fonds (Birdsall, 2004).

30. C'est pourquoi, en février 2003, les principales banques multilatérales de développement, les organisations internationales et bilatérales, et les représentants des pays bénéficiaires se sont réunis dans le cadre du Forum de haut niveau sur l'harmonisation de la coopération internationale, qui s'est tenu à Rome. Deux années plus tard, en mars 2005, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, souscrite par les délégués qui ont assisté au deuxième Forum de haut niveau, a introduit un changement dans le programme sur l'efficacité de l'aide, de sorte que, suite au consensus général de Rome, des engagements plus concrets ont été pris en vue d'accroître les efforts en matière d'harmonisation,⁵ d'alignement⁶ et de gestion. Qui plus est, le Forum de Paris a établi des mécanismes pour le suivi des progrès. Le principal objectif de l'alignement et de l'harmonisation de l'aide vise une plus grande direction et appropriation des objectifs par les pays bénéficiaires, en évitant en outre les doublons en matière d'actions et de structures pour la remise de l'aide et son suivi. On retrouve un exemple d'application dans

⁵ On entend par harmonisation les efforts déployés par les bailleurs de fonds pour coordonner leurs activités entre eux.

⁶ L'alignement est la coordination des priorités du bailleur de fonds avec les priorités du pays bénéficiaire, les priorités de ce dernier primant.

l'approbation des « trois principes » par le Conseil de l'ONUSIDA : un plan d'action national, une autorité nationale de coordination et un système de suivi et d'évaluation.

31. Par conséquent, il existe plusieurs défis à relever en matière de gouvernance de la coopération internationale dans le cadre de la santé : conclure des accords sur un cadre normatif commun pour le fonctionnement des initiatives appuyées au cours des dernières années, renforcer une direction ou une autorité institutionnelle chargée de guider les actions sur la scène mondiale et de générer des ressources suffisantes qui permettent l'action adéquate de cette coopération internationale dans le domaine de la santé et leur répartition adéquate en fonction des besoins.

Implications pour le développement national de la santé

32. Le document CD46/19 (2005) attirait l'attention sur le processus du développement national de la santé⁷ (DNS) et ses composantes : le plan du niveau, de la structure et de la tendance de la situation sanitaire, qui reflète l'influence des déterminants de la santé ; le plan des politiques, priorités, stratégies et interventions qui définit les systèmes de santé ; et le plan de la coopération pour la santé, qui comprend les volontés, les ressources et les interventions concrètes, nationales et internationales à l'appui de la gestion nationale. Le but de la coopération internationale axée sur les pays est d'accélérer les progrès du DNS dans chaque pays, en tant que membre de la communauté internationale.

33. Dans les conditions actuelles, il est essentiel de tenir compte du fait que, à mesure que les pays deviennent de plus en plus interdépendants, la quasi-totalité des politiques en matière de santé acquièrent une dimension régionale ou mondiale importante, tandis qu'en parallèle, le nombre de conventions et d'accords internationaux augmente, de même que leur impact sur les processus nationaux de décision. Par conséquent, la cohérence politique, les orientations stratégiques, et une base de principes et de valeurs communs très solide deviennent de plus en plus indispensables (Kickbush et al, 2007). Il s'agit là d'une capacité institutionnelle essentielle pour que les états puissent agir au sein du nouvel environnement de la santé.

34. Un point de départ tient à la création et au renforcement de passerelles institutionnelles, de capacités conjointes, et d'une culture et de pratiques d'action conjointe entre les diverses instances du gouvernement qui s'occupent de la coopération

⁷ Le Développement national de la santé dans chaque pays est le processus (économique, social, politique, culturel et sanitaire) qui constitue la matrice structurelle dans laquelle se définissent tant les conditions de vie et de santé de la population que les possibilités et les interventions étatiques et sociales pour modifier et améliorer ces conditions. C'est sur ce substrat dynamique et complexe de la réalité sociale et sanitaire et sur les caractéristiques institutionnelles et organisationnelles de chaque pays que s'exercent les actions de la coopération internationale pour le développement.

internationale, principalement des secteurs de la santé et des relations internationales, mais devant aussi inclure d'autres secteurs comme le commerce extérieur, les finances, le travail et l'emploi, l'éducation et la culture.

35. En tenant compte de deux éléments principaux qui sont les objectifs nationaux de politique tant de la santé que des relations internationales,⁸ et en considérant les éléments de l'analyse précédente, on explorera ensuite les domaines d'action (définis selon la séquence logique suivante : « quoi, pour quoi, comment et avec quoi ») en les rapprochant d'interventions à des fins de renforcement institutionnel. On inclut, à titre d'illustration, les processus, cas ou problèmes qui existent actuellement sur la scène mondiale, régionale et infrarégionale.

Niveau 1 : Direction de la santé (quoi)

36. Il s'agit de la capacité institutionnelle au niveau de gouvernement qui assure les conditions institutionnelles, la direction politique, la base juridique normative et les compétences techniques pour la gouvernance et la gouvernabilité du secteur de la santé et de ses politiques publiques. De manière générale, il s'agit de la capacité de gestion de l'état pour mettre en œuvre et mener à bien ses objectifs et politiques nationales et internationales en matière de santé en ce qui concerne les relations internationales. Elle assure l'alignement des politiques nationales en matière de santé et de politique extérieure. Elle étaye aussi la capacité de tirer parti, en faveur de la population du pays, des opportunités qu'offre la coopération internationale. Cela implique, par exemple :

- l'exercice de la direction sectorielle en matière de santé au niveau national et l'orientation et l'appui au processus de développement de la santé dans les instances infranationales de l'administration (décentralisation et/ou régionalisation) ;
- la direction du processus d'harmonisation, d'alignement et de coordination de la coopération internationale ;
- la négociation de projets et accords avec des organismes de financement internationaux, des organismes de coopération technique et avec d'autres pays, et pouvant déboucher sur des engagements financiers ;
- la responsabilité partagée avec d'autres pays dans la mise en œuvre d'accords pour le bien commun, ce qui peut impliquer dans une certaine mesure de céder

⁸ Il existe traditionnellement quatre macro fonctions essentielles du domaine des relations internationales : assurer la sécurité nationale, défendre les intérêts économiques nationaux, promouvoir le développement et promouvoir la dignité humaine.

une partie de la souveraineté dans le domaine de la santé (c'est le cas des conventions internationales à caractère exécutoire).

Niveau 2 : Diplomatie sanitaire (pour quoi)

37. Sous l'angle de la diplomatie moderne (Barston, 2006), cela comprendrait l'ensemble des fonctions pour la gestion des relations entre les états et d'autres acteurs pertinents liés à la santé, qui poursuivent la recherche de solutions et d'accords en faveur de la santé de leurs peuples. Dans le cadre multilatéral, la diplomatie de la santé comprendrait les processus de construction et de gestion des coalitions avant, pendant et après les négociations, pour l'obtention d'objectifs partagés en matière de santé globale. Il est clair qu'il s'agit d'un concept nouveau en construction qui évoluera dans le cadre de la théorie et de la pratique des relations internationales. Ces fonctions sont exercées par l'action de diplomates et de spécialistes de la santé publique n'appartenant pas au corps diplomatique, dans un cadre institutionnel défini sur une base intersectorielle, pour défendre et promouvoir les intérêts nationaux et sectoriels. Elle doit assurer l'action des divers niveaux de la relation entre la santé et les relations extérieures et leurs liens avec d'autres domaines. Elle doit être capable d'agir efficacement mais aussi d'influer sur la configuration de l'environnement de politique internationale en faveur de la santé. Il faut pour cela agir à plusieurs niveaux :

- action diplomatique dans des forums et des domaines internationaux ;
- coopération entre pays sur les problèmes communs et échange d'expériences ;
- politiques de santé des zones frontalières et de leurs populations ;
- direction collective et action concertée au niveau international pour des actions d'intérêt mutuel ;
- politiques et conventions internationales pour faire face aux questions en rapport avec les migrations (protéger la santé des migrants ou l'émigration du personnel de santé).
 - Solidarité internationale et action humanitaire.
 - Éthique des relations internationales pour ce qui est de leur relation avec la santé.
 - Politiques pour la gestion des biens publics mondiaux, accords ADPIC et principes de Doha.

Niveau 3: Gestion de la coopération internationale (comment)

38. Ce niveau fait référence à la nécessité de tirer parti dans l'intérêt national, c'est-à-dire de toute la population du pays, des possibilités et opportunités qu'offre la coopération

internationale. Elle est directement liée à la direction de la santé et exige d'assurer ce qui suit :

- action proactive et effective dans la mobilisation des ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la santé qu'il n'est pas possible de satisfaire avec les ressources internes. À cet égard, il est très important de tenir compte des conditions économiques, politiques et juridiques de la coopération ;
- évaluation de la coopération reçue en termes de bénéfice, d'impact et de pérennité, et évaluation ex ante ;
- assurance du développement ou du renforcement de capacités institutionnelles autonomes et durables ;
- gestion effective et efficace des ressources en tenant compte de l'ordre juridique et normatif national par rapport aux réglementations et aux normes internationales en vigueur.

Niveau 4: Développement de capacités nationales pour l'action internationale dans la santé (avec quoi)

39. Il s'agit de la prémisse institutionnelle de base pour pouvoir agir efficacement sur les deux niveaux précédents. Cela implique de former et de retenir des ressources humaines dominant comme il se doit tant les compétences évoquées précédemment que les fondements normatifs et juridiques pour assurer la mise en pratique. Cela requiert des décisions politiques, des ressources suffisantes et une stratégie claire de formation de réseaux d'institutions, des processus d'échange actifs, ainsi que des stratégies et des interventions pour le renforcement institutionnel.

40. Il convient de signaler qu'on doit considérer deux types de fossés au moment de planifier un processus de développement des capacités institutionnelles dans ce domaine : d'une part, les fossés qui peuvent exister entre la santé publique et les relations internationales au niveau des capacités existantes (un groupe de professionnels formés et le potentiel existant), et d'autre part, les fossés générés par le déséquilibre entre les pouvoirs de négociation, d'influence, de pression et d'action entre les pays, en particulier entre les pays développés et en développement (Kickbush, 2007). Quelques mesures nécessaires:

- cartographie des compétences et alignement avec les politiques nationales;
- programmes soutenables de renforcement des capacités institutionnelles des instances gouvernementales concernées, y compris des programmes d'éducation ;

- capacité pour l'exercice de fonctions de la santé publique de portée et de responsabilités internationales (par exemple pour la mise en œuvre du nouveau Règlement sanitaire international).⁹

Mesures à prendre par le Conseil directeur

41. Le Conseil directeur est invité à faire part des commentaires et suggestions qu'il considère pertinents. L'examen des domaines d'action qui sont suggérés, pour renforcer la capacité institutionnelle des gouvernements en matière de santé et de relations internationales, présente un intérêt particulier. Par ailleurs, on sollicite des idées sur la meilleure manière de promouvoir la discussion et le dialogue entre les États membres sur ces questions, afin d'identifier les lignes prioritaires de coopération technique en matière de santé et de relations internationales. Enfin, le Conseil directeur est invité, une fois examiné le rapport, à examiner les recommandations formulées par le Comité exécutif lors de sa 142^e session dans la résolution CE142.R14 (voir annexe B).

Références

1. Panenborg, C.O. *A new International Order*, Alphen aan den Rijn, Sijthoff & Noordhoff, 1979.
2. McNeill, William H. *Plagas y Pueblos. Siglo XXI España*, 1984.
3. Fidler D., *Health and Foreign Policy: A Conceptual Overview*. The Nuffield Trust, 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud y Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. *Salud y Paz para el desarrollo de Centroamérica*, San José, 2002.
5. Kickbush I, G. Silberschmidt y P. Buss. *Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health*. Bull. of the World Health Organization, March 2007.
6. United Nations. *In Larger Freedom: towards security, development and human rights for all*. Report of the Secretary-General, 2005.
7. *Foreign Policy Taking up the Challenges of Global Health: Agenda for Action*. Adopted by the Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Tayland. Oslo, 20 March 2007.

⁹ NB : Ce document sera suivi d'une proposition de politique et de stratégie de coopération technique à l'appui du renforcement de la capacité institutionnelle des gouvernements des États membres dans le domaine des relations internationales et de la santé, y compris les divers niveaux suggérés, qui sera présentée pour discussion aux organes directeurs de l'OPS en 2009.

8. Margaret Chan, Jonas Gahr Støre & Bernard Kouchner. Foreign policy and global public health: working together towards common goals. Bulletin of the World Health Organization, July 2008, 86 (7).
9. Garret, Laurie. The Challenge of Global health. Foreign Policy Jan/Feb 2007.
10. Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Company. Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences. Washington D.C.; 2005.
11. Organization for Economic Co-operation and Development. Development Co-operation Report 2007. OCDE Journal on Development, Volume 9, No 1. Disponible sur : www.OCDE.org/dac/. Accès le 4 avril 2008.
12. Nervi Laura: Mapping a Sample of Global Health Partnerships: A Recount of Significant Findings. Travail commandé par HSS/OPS. Washington D.C., Décembre 2007.
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Capítulo 5. Páginas 412-413.
14. Birdsall N. Seven deadly sins: reflections on donor failings. Working Paper number 50. Center for Global development, December 2004.
15. Kickbush I, G. Silberschmidt y P. Buss. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull. of the World Health Organization, March 2007.
16. Kickbush I, G. Silberschmidt y P. Buss. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull. of the World Health Organization, March 2007.
17. R.P. Barston. Modern Diplomacy, Third Edition. Longman, May 2006.

Annexes



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

CD48/15 (Fr.)
Annexe A

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UNE QUESTION FIGURANT DANS
LE PROGRAMME AUX SECTEURS ORGANISATIONNELS**

1. Point de l'ordre du jour : 4.11

2. Titre du point de l'ordre du jour : La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé

3. Unité responsable : HSS et ERP

4. Fonctionnaire chargé de la préparation : M. Pedro Brito. Responsable du secteur organisationnel HSS

5. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liées à la question figurant dans le Programme :

Bureaux des Relations internationales des Ministères de la santé (BRIS), Chancelleries des pays.

6. Liens entre le point de l'ordre du jour et l'Agenda de la santé pour les Amériques

Il est lié au point a) « Renforcer l'Autorité sanitaire nationale » des domaines d'action de l'Agenda.

7. Liens entre le point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Il est lié à l'Objectif stratégique 15 du Plan stratégique de l'OSP.

8. Pratiques optimales appliquées dans ce secteur et exemples tirés d'autres pays au sein de l'AMRO :

- Le travail que l'OSP a mené dans le cadre de l'OEA, le processus des Sommets des Amériques et des Sommets ibéro-américains, où est mise en pratique la diplomatie dans la santé.
- Le travail du Bureau des Relations internationales du Ministère de la Santé du Brésil dans la Région, comme au sein de l'Assemblée mondiale de la santé.
- L'initiative du Brésil (FIOCRUZ) avec l'appui de l'OPS, pour élaborer le cours sur la Santé mondiale et la Diplomatie sanitaire
- Le cours de Diplomatie mondiale en matière de santé à Genève, sous l'égide de l'Institut de second cycle universitaire de Genève.

9. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour :

Ce document, s'efforce d'établir les bases conceptuelles pour le travail sur la scène diplomatique internationale qui contribue non seulement à rechercher des appuis politiques pour le plan stratégique de l'OSP, mais aussi au processus de mobilisation de ressources extra-budgétaires pour financer le Plan.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 23-27 juin 2008

CD48/15 (Fr.)
Annexe B

ORIGINAL: ESPAGNOL

RÉSOLUTION

CE142.R14

LA SANTE ET LES RELATIONS INTERNATIONALES : LEUR LIEN AVEC LA GESTION DU DEVELOPPEMENT NATIONAL DE LA SANTE

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document soumis par la Directrice, *La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé* (document CE142/25),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le document soumis par la Directrice, *La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé* (document CD48/15);

Reconnaissant l'importance accordée à la santé dans divers forums internationaux, en raison de son lien croissant avec les dimensions de la politique étrangère;

Considérant les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle;

Considérant les nombreux acteurs avec différentes fonctions et responsabilités qui ont un impact sur la gouvernance mondiale de la santé;

Considérant l'impact de ces phénomènes sur l'exercice de la fonction de leadership des autorités nationales de la santé et sur le développement national en matière de santé, et

Considérant qu'à la lumière de ce qui précède, l'agenda international des autorités de la santé gagne de plus en plus en importance et en intensité;

DÉCIDE:

1. De prier instamment les États Membres de :
 - (a) renforcer la coordination et les échanges entre les autorités de la santé et les autorités responsables de la politique étrangère et de la coopération internationale des gouvernements;
 - (b) promouvoir des mécanismes institutionnels en vue de la consultation entre les secteurs de la santé et des affaires étrangères pour promouvoir le dialogue et la négociation sur les thèmes d'intérêt de la santé mondiale et régionale qui sont discutés dans les forums internationaux;
 - (c) renforcer la fonction de gouvernance des autorités de la santé pour répondre aux demandes croissantes émergeant des accords et des réglementations internationaux liés au développement national de la santé;
 - (d) renforcer la capacité institutionnelle des gouvernements à gérer la coopération et les relations internationales en santé, fournissant les ressources nécessaires pour une meilleure performance de ces fonctions, y compris une position appropriée au sein de la structure organisationnelle;
 - (e) promouvoir l'inclusion des questions de santé internationale dans la formation professionnelle des diplomates, et des questions des relations internationales dans la formation professionnelle des spécialistes et des leaders de la santé publique.

2. De demander à la Directrice de :
- a) faciliter le dialogue et le partage des expériences entre les États Membres concernant les nouvelles dimensions de la santé internationale et leur importance pour le développement national de la santé;
 - b) collaborer avec les gouvernements et les universités au développement de programmes spécifiques de formation à la santé internationale, incluant, en particulier, les professionnels nationaux responsables des relations et de la coopération internationales;
 - c) maintenir et intensifier la présence de l'Organisation dans les forums politiques concernés, plaidant pour la santé de l'hémisphère et son positionnement sur la scène internationale;
 - d) actualiser périodiquement l'information sur les expériences de l'Organisation panaméricaine de la Santé et des pays dans ce domaine et la disséminer aux États Membres;
 - e) coopérer au renforcement des capacités institutionnelles des gouvernements pour traiter les questions liées aux relations et à la coopération internationales dans le domaine de la santé;
 - f) continuer et étendre le programme de formation des leaders en santé internationale et promouvoir des synergies et une complémentarité avec les initiatives que les pays peuvent développer pour former des spécialistes dans les domaines de la santé et des relations internationales;
 - g) faciliter l'analyse de la dimension de la santé lors de la considération, l'adoption et l'exécution de politiques au niveau international qui peuvent avoir ou qui ont un impact sur la santé publique dans les États Membres;
 - h) reconsidérer les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle qui peuvent appuyer l'exécution de cette initiative.

(Neuvième réunion, 27 juin 2008)



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

CD48/15 (Fr.)
Annexe C

Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil directeur

<p>1. Résolution : La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé</p>
<p>2. Lien avec le budget programme</p> <p>Objectif stratégique : 15 Résultat escompté : 15.1</p>
<p>3. Incidences financières</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : 2 000 000 dollars ÉU (uniquement dépenses opérationnelles)</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : 800 000 dollars ÉU (uniquement dépenses opérationnelles)</p> <p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? 100 %</p>
<p>4. Incidences administratives</p> <p>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions : Niveau régional</p>

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent à plein temps, en précisant les qualifications requises) :

Non

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

La calendrier à moyen terme est la période biennale 2008-2009 et à long terme la période 2008-2012.