



Des politiques publiques pour la santé publique



Les politiques publiques dans le secteur de la santé, ainsi que celles d'autres secteurs, offrent d'énormes possibilités d'assurer la santé des collectivités. Elles constituent un complément important à la couverture universelle et aux réformes de la prestation des services. Malheureusement, dans la plupart des sociétés, ce potentiel est largement sous-exploité et les tentatives infructueuses de mobiliser d'autres secteurs sont légion. Considérant les nombreux défis de l'avenir en rapport avec le vieillissement, l'urbanisation et les déterminants sociaux de la santé, il importe incontestablement d'être capable de mieux exploiter ce potentiel. C'est la raison pour laquelle les efforts visant à améliorer les politiques publiques – thème du présent chapitre – constituent un troisième pilier sur lequel doit s'appuyer le mouvement vers les SSP, à l'instar de la couverture universelle et des soins primaires.

Chapitre 4

L'importance de politiques publiques efficaces pour la santé	68
Des politiques alignées sur les objectifs des SSP	70
Politiques de santé publique	71
Vers la santé dans toutes les politiques	74
Comprendre le sous-investissement	76
Occasions d'améliorer les politiques publiques	78

Ce chapitre fait le tour des politiques qui doivent être mises en place. Ce sont :

- des politiques relatives aux systèmes – les arrangements nécessaires entre les éléments constituant des systèmes de santé pour assurer la couverture universelle et la prestation efficace des services ;
- des politiques de santé publique – les mesures spécifiques à prendre pour faire face aux problèmes de santé prioritaires grâce à la généralisation de la prévention et de la promotion de la santé ; et
- des politiques dans d'autres secteurs – la collaboration intersectorielle peut contribuer à améliorer la santé.

Ce chapitre explique comment ces différentes politiques peuvent être renforcées et alignées sur les objectifs poursuivis par les SSP.

L'importance des politiques publiques efficaces pour la santé

Les populations veulent vivre dans des collectivités et des environnements qui protègent et favorisent leur santé.¹ Les soins primaires, avec l'accès universel et la protection sociale, constituent des réponses clés à ces attentes. Les gens attendent aussi de leurs gouvernements qu'ils mettent en place un réseau de politiques publiques qui englobent des arrangements locaux mais aussi supranationaux, sans lesquels les soins primaires et la couverture universelle perdent beaucoup de leur impact et de leur sens. Il s'agit notamment des politiques nécessaires pour faire fonctionner correctement les systèmes de santé ; pour organiser des actions de santé publique ayant des effets bénéfiques importants pour tout le monde ; et, au-delà du secteur sanitaire, des politiques susceptibles de contribuer à améliorer la santé et de donner un sentiment de sécurité, tout en faisant en sorte que des questions telles que l'urbanisation, le changement climatique, la discrimination fondée sur le sexe ou la stratification sociale soient dûment prises en compte.

Un premier groupe d'importance capitale est celui des politiques relatives aux systèmes de santé (en relation avec les médicaments essentiels, la technologie, le contrôle de qualité, les ressources humaines, l'accréditation, etc.) dont dépendent les réformes des soins primaires et de la couverture universelle. En l'absence de systèmes d'approvisionnement et de logistique fonctionnels, par exemple, un réseau de soins primaires ne peut pas fonctionner correctement : au Kenya, par exemple, les enfants sont désormais bien mieux protégés

contre le paludisme depuis que les services locaux leur fournissent des moustiquaires imprégnées d'insecticide.² Cela n'a été possible que parce que les activités de soins primaires ont été soutenues par une initiative nationale bénéficiant d'un ferme engagement politique, d'un marketing social actif et d'un fort appui national en matière d'approvisionnement et de logistique.

Les politiques de santé efficaces consacrées aux problèmes de santé prioritaires constituent un deuxième groupe sans lequel les réformes des soins primaires et de la couverture universelle seraient compromises. Il s'agit notamment des politiques et programmes techniques qui orientent les équipes de soins primaires quant à la manière d'affronter des problèmes de santé prioritaires. Elles incluent aussi les interventions classiques en matière de santé publique, de l'hygiène publique à la prévention des maladies en passant par la promotion de la santé. Certaines mesures, comme l'adjonction d'iode au sel, ne sont réalisables qu'aux niveaux régional, national ou, de plus en plus, international. Peut-être parce que ce n'est qu'à ces niveaux qu'existe l'autorité nécessaire pour décider de telles politiques, ou parce qu'il est plus efficace de les élaborer et de les mettre en œuvre à une échelle qui dépasse le cadre local des activités de santé primaires. Enfin, les politiques publiques comportent une capacité de riposte rapide, de nature directive et autoritaire, en cas de menaces aiguës pour la santé publique, notamment d'épidémies et de catastrophes. Ce dernier aspect revêt une importance politique extrême, car tout manquement dans ce domaine affecte profondément la confiance que le public porte à ses autorités sanitaires. Le manque de préparation et les ripostes dépourvues de coordination des systèmes de santé, aussi bien canadien que chinois lors de la crise du SRAS en 2003, ont suscité l'indignation du public et ont abouti à la création d'une agence nationale de la santé publique au Canada. En Chine, un manque similaire de préparation et de transparence a entraîné une crise de confiance – dont les leçons ont été tirées à temps en prévision d'événements ultérieurs.^{3,4}

La troisième série de politiques indispensables est connue sous le nom de « santé dans toutes les politiques », ce qui est une façon de reconnaître que la santé de la population peut être améliorée grâce à des politiques principalement contrôlées par des secteurs autres que celui de la santé.⁵ Le contenu sanitaire des programmes scolaires, la politique de l'industrie en matière d'égalité entre hommes et femmes, ou encore la salubrité des aliments et la sécurité des biens de consommation



sont autant d'éléments qui peuvent profondément influencer ou même déterminer la santé de collectivités entières et qui transcendent les frontières nationales. Il n'est pas possible d'aborder de telles questions sans une collaboration intersectorielle intense qui confère à la santé le poids qui lui revient dans toutes les politiques.

De meilleures politiques de santé peuvent s'avérer décisives de manière très différente. Elles peuvent mobiliser l'ensemble de la société autour de questions de santé, comme à Cuba (Encadré 4.1). Elles peuvent fournir un environnement juridique et social qui soit plus ou moins favorable à l'obtention de résultats sanitaires. Le degré de légalité de l'interruption de grossesse, par exemple, codétermine la fréquence des avortements non médicalisés et la mortalité qui les accompagne.⁶ En Afrique du Sud, un changement de législation a augmenté l'accès des femmes à toute une gamme d'options en matière de prévention et de traitement d'une grossesse non désirée, faisant chuter de 91 % le nombre de décès des suites d'avortements.⁷ Les politiques publiques peuvent anticiper les problèmes futurs. Au Bangladesh, par exemple, les cyclones violents et des inondations ont tué 240 000 personnes en 1970. Grâce à la préparation aux situations d'urgence et aux programmes multisectoriels de réduction des risques, le nombre des victimes de tempêtes comparables ou plus violentes encore est tombé de 138 000 en 1991 à 4500 en 2007.^{8,9,10}

Dans les 23 pays en développement qui rassemblent 80 % de la charge de morbidité chronique mondiale, 8,5 millions de vies ont pu être sauvées en une décennie grâce au fait que des industriels ont volontairement réduit de 15 % le sel dans les aliments transformés et à une campagne

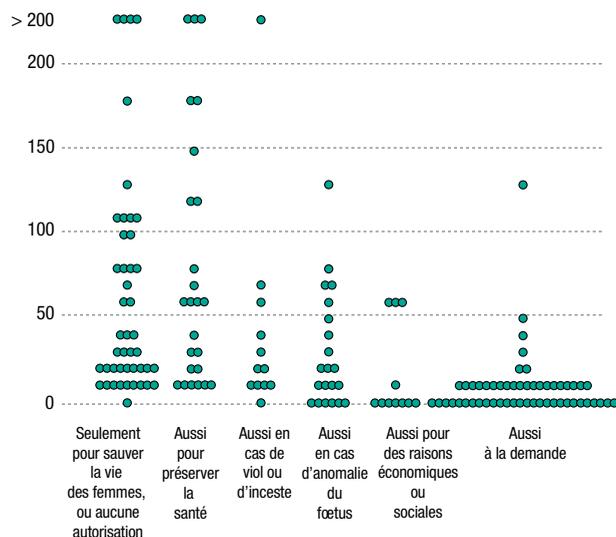
Encadré 4.1 Mobiliser les ressources de la société pour la santé à Cuba^{14,15,16}

Cuba arrive au deuxième rang dans les Amériques pour l'espérance de vie moyenne à la naissance : en 2006, elle était de 78 ans, et seul 7,1 enfants pour 1000 mouraient avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Les indicateurs de l'enseignement des jeunes enfants sont parmi les meilleurs d'Amérique latine. Cuba a obtenu ces résultats en dépit de difficultés économiques importantes – même aujourd'hui le PNB par habitant n'y est que de 1 \$4500. Les succès obtenus par Cuba en matière de protection de l'enfance sont le fruit de son engagement en faveur de l'action de santé publique nationale et de l'action intersectorielle.

Le développement de ressources humaines pour la santé y constitue une priorité nationale. La proportion de médecins dans la population est plus élevée à Cuba que dans n'importe quel autre pays. La formation aux soins primaires accorde une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé. Les médecins travaillent en équipes multidisciplinaires dans des établissements de soins primaires complets, où ils sont responsables de la santé d'une population géographiquement déterminée à laquelle ils dispensent des services aussi bien curatifs que préventifs. Ces équipes œuvrent en contact étroit avec la collectivité dans laquelle elles évoluent, avec les services sociaux et les écoles, faisant le bilan de santé de tous les enfants deux fois par an en compagnie des instituteurs. Elles collaborent aussi avec des organisations telles que la Fédération des Femmes cubaines (FMC) et avec des structures politiques. Ces contacts leur donnent les moyens d'agir sur les déterminants sociaux de la santé au sein de leurs collectivités.

La politique nationale cubaine investit également de manière prioritaire dans le développement de la petite enfance. Il existe trois programmes d'éducation préscolaires non obligatoires, qui sont suivis par presque 100 % des enfants de moins de six ans. Dans le cadre de ces programmes, le dépistage systématique des troubles du développement facilite les interventions précoces. Les enfants chez qui ont été décelés des besoins spéciaux, ainsi que leurs familles, font l'objet d'une attention individuelle de la part d'équipes multidisciplinaires constituées à la fois de professionnels de la santé et d'éducateurs spécialisés. La politique nationale cubaine n'a pas cédé à la tentation illusoire de choisir entre investir dans le personnel de santé et agir sur les déterminants sociaux de la santé. Elle a préféré favoriser la coopération intersectorielle en vue d'améliorer la santé, en mettant fortement l'accent sur la prévention. A l'appui de cette politique, un personnel abondant a été formé aux soins cliniques, et a travaillé en tant que partie intégrante active de la collectivité qu'il dessert.

Figure 4.1 Décès imputables à des avortements non médicalisés pour 100 000 naissances vivantes, selon les fondements juridiques de l'interruption de grossesse^{a,12,13}



^aChaque point représente un pays.

médiatique soutenue en faveur de changements dans le régime alimentaire. L'application de quatre mesures prescrites par la Convention-cadre pour la lutte antitabac (augmentation des taxes sur le tabac ; lieux de travail sans tabac ; emballage, étiquetage et campagnes de sensibilisation aux risques pour la santé conformes aux prescriptions de la Convention ; et interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage) permettrait de sauver 5,5 millions de vies supplémentaires en dix ans.¹¹ Comme c'est souvent le cas lorsqu'on se penche sur les déterminants sociaux, économiques et politiques de la mauvaise santé, les améliorations passent par une collaboration fructueuse entre le secteur sanitaire et une variété d'autres secteurs.

Des politiques alignées sur les objectifs des SSP

Il apparaît de plus en plus évident que lorsque certaines parties du système de santé fonctionnent mal, ou sont en décalage, la performance d'ensemble s'en trouve affectée. Appelées tantôt « fonctions essentielles »,¹⁷ tantôt « éléments constitutifs »,¹⁸ les composantes des systèmes de santé comportent l'infrastructure, les ressources humaines, l'information, les technologies et le financement, toutes ayant des conséquences au niveau de la prestation des services. Ces composantes ne sont par nature ni alignées ni simplement orientées dans la direction qui est celle des réformes des SSP destinées à promouvoir les soins primaires et la couverture universelle : pour réaliser cet alignement, il faut prendre des dispositions expresses et complètes.

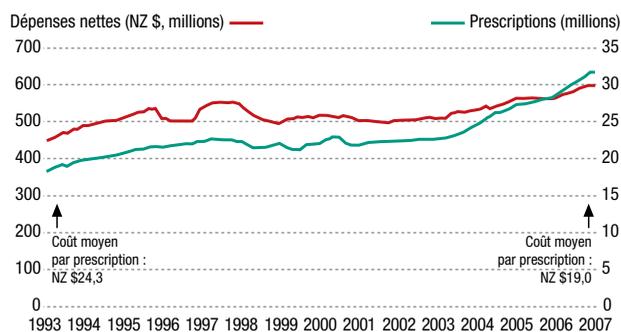
L'expérience en matière de promotion des médicaments essentiels a mis en lumière tant les possibilités d'appliquer des politiques efficaces de SSP que les obstacles à surmonter. Depuis que la *Liste OMS des médicaments essentiels* a été établie en 1977, elle est devenue un important stimulant pour l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales. Plus de 75 % des 193 Etats Membres de l'OMS assurent désormais disposer de listes nationales de médicaments essentiels et plus de 100 pays ont élaboré des politiques pharmaceutiques nationales. Des enquêtes ont révélé que ces politiques avaient permis de mettre à disposition des médicaments moins chers et plus sûrs et d'en assurer une utilisation plus rationnelle.^{19,20} Cette politique a été mise au point avec succès pour soutenir les SSP et elle livre des enseignements sur la manière de relever les défis généraux de l'efficacité d'échelle et de la codépendance des systèmes. En l'absence de telles dispositions, les coûts de la santé sont énormes : près de 30 000 enfants

meurent chaque année de maladies qui auraient pu être facilement traitées s'ils avaient eu accès à des médicaments essentiels.²¹

Les politiques pharmaceutiques sont révélatrices de la façon dont il est possible de tirer parti des bonnes performances à l'échelle de l'organisation. La sécurité, l'efficacité et la qualité des soins ont des propriétés universelles qui font qu'elles se prêtent à des normes internationales mondialement acceptées. L'adoption et l'adaptation de ces normes mondiales par les autorités nationales sont beaucoup plus efficaces que l'élaboration par chaque pays de ses propres normes. Les mécanismes nationaux de prise de décisions et d'acquisition peuvent ensuite guider la sélection rationnelle et à moindre coût de médicaments, en réduisant encore les coûts par des achats en vrac. La Figure 4.2 montre par exemple comment la supervision centralisée des achats et du subventionnement des médicaments a sensiblement amélioré l'accès aux médicaments essentiels en Nouvelle-Zélande tout en faisant baisser le prix moyen de prescription. A plus grande échelle, des mécanismes transnationaux tels que l'achat international de vaccins par l'UNICEF, le Fonds de roulement de l'OPS et le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments pour le traitement de la tuberculose permettent des économies considérables et offrent des assurances de qualité que les pays seraient incapables de négocier tout seuls.^{22,23,24,25}

La deuxième leçon tirée de l'expérience acquise avec les politiques en matière de médicaments essentiels est qu'une politique ne saurait exister isolément et espérer être mise en œuvre avec succès. Sa formulation doit identifier les autres éléments du système dont dépend sa mise en œuvre, qu'il s'agisse de financement, d'information, d'infrastructure ou de ressources humaines. Les mécanismes d'achat de produits pharmaceutiques, par exemple, soulèvent des considérations

Figure 4.2 Dépense annuelle en produits pharmaceutiques et nombre de prescriptions délivrées en Nouvelle-Zélande depuis la convocation de la Pharmaceutical Management Agency en 1993²⁶





importantes pour les politiques de financement des systèmes : ils sont interdépendants. De même, les questions de ressources humaines liées à l'éducation des consommateurs ainsi que les conditions de formation et de travail des prestataires sont susceptibles de constituer des déterminants clés de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Les politiques en matière de ressources humaines au niveau des systèmes ont longtemps été un domaine négligé et ont constitué l'un des principaux obstacles au développement des systèmes de santé.²⁷ La prise de conscience du fait que les OMD liés à la santé ne sauraient être atteints sans que soit comblé le manque criant d'agents de santé dans les pays à revenu faible a fini par attirer l'attention sur un domaine précédemment négligé. De plus, la nécessité croissante de recourir à du personnel de santé migrant pour combler la pénurie dans les pays de l'OCDE souligne le fait que les politiques d'un pays peuvent avoir des répercussions importantes sur celles d'un autre. Les choix faits par les pays peuvent avoir des conséquences à long terme. Les ressources humaines pour la santé sont un apport indispensable à la mise en œuvre efficace des réformes des soins primaires et de la couverture universelle, tout en incarnant les valeurs qui définissent les SSP. Pourtant, tant que l'on n'aura pas choisi délibérément de guider la politique en matière de personnel de santé par les objectifs des SSP, les forces du marché au sein du système de santé pousseront les agents de santé à une plus grande sous-spécialisation dans des institutions de soins tertiaires, sinon à migrer vers les grandes villes ou vers d'autres pays. Les choix politiques fondés sur les SSP s'efforcent au contraire de rendre les agents de santé disponibles pour l'extension de la couverture des zones mal desservies et des groupes de population défavorisés, comme en témoignent le renforcement en Malaisie de 11 cadres de travailleurs prioritaires, la formation en Ethiopie de 30 000 agents de vulgarisation sanitaire, les mesures prises en Zambie pour inciter les agents de santé à servir en zones rurales, les 80 000 Lady Health Workers au Pakistan, ou encore la permutation des tâches relatives aux soins dispensés aux malades infectés par le VIH. Ces politiques orientent les investissements vers l'établissement d'équipes de soins primaires destinées à servir de pivot au système de santé basé sur les SSP : les 80 000 agents de santé pour les 30 000 équipes sanitaires familiales du Brésil ou la reconversion professionnelle de plus de 10 000 infirmières et médecins en Turquie. De plus, ces politiques nécessitent des incitations aussi bien financières que non financières pour

réussir à attirer des ressources humaines limitées, comme au Royaume-Uni où des mesures ont été prises pour rendre une carrière dans les soins primaires capable de rivaliser financièrement avec une spécialisation.

La tâche essentielle des ministères de la santé et d'autres autorités publiques consiste à mettre en place dans tous les éléments constitutifs du système de santé la série de dispositions et de mécanismes nécessaires pour atteindre leurs objectifs sanitaires. Lorsqu'un pays fait le choix de baser ses systèmes de santé sur les SSP – lorsqu'il entame des réformes des soins primaires et de la couverture universelle –, l'ensemble de son arsenal de politiques doit être aligné derrière ces réformes : pas seulement celles qui concernent les modèles de prestation des services ou le financement. Il est possible d'élaborer des politiques relatives aux systèmes qui ne tiennent pas compte des préoccupations des SSP. Il est également possible de choisir de les aligner sur les SSP. Si un pays opte pour les SSP, leur mise en œuvre effective ne se satisfera pas de demi-mesures ; aucun élément constituant des systèmes de santé ne restera intact.

Politiques de santé publique

Aligner les programmes de santé prioritaires sur les SSP

Une grande partie des activités du secteur de la santé tournent autour de certaines maladies à forte charge, telles que le VIH/sida, ou de stades de la vie tels que l'enfance – des questions de santé dites prioritaires. Les programmes de santé qui sont conçus en fonction de ces priorités sont souvent complets dans la mesure où ils fixent des normes, garantissent la visibilité et l'assurance de qualité et comportent toute une série de points d'entrée permettant d'y avoir recours localement ou au niveau des pays ou des Régions. Des réponses à ces questions de santé prioritaires peuvent être élaborées de manière à renforcer les SSP ou à les vider de leur sens.²⁸

En 1999, par exemple, le Département des Soins primaires de la Société brésilienne de Pédiatrie (SBP) a préparé un plan pour former ses membres à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et pour adapter cette stratégie aux caractéristiques épidémiologiques régionales.²⁹ Bien qu'elle ait mis sur pied un cours de formation initial, la SBP a alors averti les pédiatres que la PCIME ne constituait pas un substitut aux soins pédiatriques traditionnels et qu'elle risquait de violer les droits fondamentaux des enfants et des adolescents. A un stade ultérieur, elle s'est opposée

à la délégation de tâches aux infirmières, qui font partie intégrante des équipes de santé familiale multidisciplinaires, épine dorsale de la politique des SSP au Brésil. Finalement, la SBP a tenté de replacer les soins aux enfants et aux adolescents sous la responsabilité exclusive des pédiatres en arguant que ce sont eux qui assurent les soins de meilleure qualité.

L'expérience acquise avec les programmes de santé prioritaires montre que c'est la manière dont ils sont conçus qui fait la différence : tenter de bâtir une série entière de réformes des SSP autour des seules exigences d'une maladie unique est générateur d'inefficacités considérables. Pourtant, l'inverse est tout aussi vrai. Alors que le sida est souvent considéré comme l'incarnation de tout ce qui met en difficulté les systèmes de santé et la société en général,³⁰ la riposte mondiale à la pandémie de VIH peut aussi être considérée comme pionnière pour les SSP. Dès le début, elle a reposé sur une base solide de droits de l'homme et de justice sociale.³¹ Ses liens avec des groupes à haut risque défavorisés et souvent marginalisés, ainsi que son souci d'éviter l'ostracisme, ont permis des efforts concertés pour garantir leurs droits à l'emploi, aux services sociaux et aux soins de santé. Des efforts visant à renforcer les services pour atteindre les objectifs de l'accès universel ont contribué à mettre en évidence les obstacles critiques résultant de la pénurie de personnel de santé. Le défi consistant à dispenser un traitement à vie dans des conditions où les ressources humaines manquent a inspiré des innovations telles que la « permutation des tâches », le recours à des « défenseurs des patients »,³² et la mise en œuvre inattendue des dossiers médicaux électroniques. De plus, l'adoption d'une approche de continuité des soins en matière de VIH/sida, de la prévention au traitement en passant par la palliation, a contribué à réactiver et à renforcer des éléments essentiels des soins primaires tels que l'exhaustivité, la continuité et le centrage sur la personne.³²

Des initiatives de santé publique au niveau du pays tout entier

Même s'il est essentiel que les équipes de soins primaires cherchent à améliorer la santé des populations au niveau local, cela peut se révéler d'une utilité limitée si les décideurs politiques nationaux et internationaux ne prennent pas l'initiative d'adopter les mesures de politique publique plus larges qui s'imposent en matière de changement d'habitudes alimentaires et d'action sur les déterminants sociaux de la santé. De telles mesures

peuvent rarement être mises en œuvre dans le seul contexte des politiques locales. Parmi les domaines classiques dans lesquels les interventions de santé publique dépassant le niveau local sont susceptibles d'être bénéfiques, on peut mentionner : la modification des comportements et styles de vie individuels ; la prévention et la lutte contre les maladies ; l'action sur l'hygiène et les déterminants plus vastes de la santé ; et la prévention secondaire, y compris le dépistage des maladies.³³ Cela passe notamment par des mesures telles que la fortification du pain à l'aide de folate, la taxation de l'alcool et du tabac, ainsi que l'assurance de la salubrité des aliments, de la sécurité des biens de consommation et des substances toxiques. De telles interventions de santé publique à l'échelle nationale et transnationale sont susceptibles de sauver des millions de vies. On estime que l'élimination des principaux facteurs de risque de maladie, qui est techniquement possible, réduirait le nombre des décès prématurés d'environ 47 % et allongerait sur le plan mondial l'espérance de vie en bonne santé d'environ 9,3 ans.³⁴ Toutefois, comme dans le cas des programmes prioritaires évoqués plus haut, les politiques de santé publique correspondantes doivent être conçues de manière à renforcer les réformes des SSP.

Toutes les interventions de santé publique de ce genre n'amélioreront pas, par exemple, l'équité. Les efforts de promotion de la santé qui visent des comportements à risque individuels, comme les campagnes d'éducation pour la santé destinées à combattre le tabagisme, la mauvaise nutrition et la sédentarité, ont souvent exacerbé involontairement les injustices. Les différences socio-économiques dans la façon de recevoir certaines interventions de santé publique toutes faites se sont souvent traduites non seulement par une augmentation des inégalités en matière de santé, mais aussi par une mise en accusation des victimes elles-mêmes pour expliquer ce phénomène.³⁵ Des politiques de santé publique bien conçues peuvent, cependant, réduire les inégalités lorsqu'elles offrent des avantages pour la santé de populations entières ou lorsqu'elles donnent explicitement la priorité à des groupes en mauvaise santé.³⁶ Les arguments en faveur de politiques de santé publique qui réduisent les inégalités sont de plus en plus nombreux, grâce notamment au travail de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (Encadré 4.2).³⁷



Encadré 4.2 Recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé³⁷

La Commission des Déterminants sociaux de la Santé (CDSS), mise sur pied en 2005, s'est efforcée pendant trois ans de faire des recommandations concrètes et factuelles quant à la manière d'agir sur les déterminants sociaux pour réduire les inégalités sanitaires. La Commission a accumulé une collection sans précédent de données permettant de guider ce processus, tirant parti des réseaux de savoir par thème, des expériences de la société civile, des partenaires dans les pays et des Départements de l'OMS. Le rapport final de la CDSS contient une série détaillée de recommandations d'action, organisées autour des trois recommandations principales suivantes :

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes

Des améliorations capitales indispensables au bien-être des jeunes filles et des femmes ; les circonstances dans lesquelles elles mettent leurs enfants au monde, le développement du jeune enfant et l'éducation des filles et des garçons ; les conditions de vie et de travail ; la politique de protection sociale ; et les conditions d'une vieillesse harmonieuse.

2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

Pour faire face aux inégalités sanitaires il est nécessaire de s'attaquer aux inégalités qui caractérisent l'organisation de la société. Cela exige un secteur public fort qui soit motivé, capable et suffisamment financé. D'où la nécessité d'une gouvernance renforcée incluant une société civile plus forte et un secteur privé responsable. Une gouvernance déterminée à rechercher l'équité est indispensable à tous les niveaux.

3. Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

Il est essentiel de reconnaître le problème de l'inégalité sanitaire et de faire en sorte qu'il soit mesuré tant à l'intérieur des pays que sur le plan mondial. Il faut des systèmes nationaux et mondiaux de surveillance systématique de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux de la santé qui évaluent aussi l'impact des politiques et actions sur l'équité sanitaire. Il importe également de former les décideurs et les praticiens, faire mieux comprendre au public les déterminants sociaux de la santé, et mettre davantage l'accent sur ces déterminants dans la recherche.

Une capacité de réponse rapide

S'il est vrai que les réformes des SSP mettent l'accent sur l'importance de l'engagement participatif et délibératif de diverses parties prenantes, les catastrophes humanitaires ou les flambées épidémiques de maladies exigent une capacité de riposte rapide, élément capital pour affronter efficacement le problème et absolument impératif

pour maintenir la confiance de la population dans son système de santé. Il peut se révéler vital de décréter une quarantaine ou des interdictions de voyage, d'établir rapidement la séquence du génome d'un nouveau pathogène pour guider la mise au point d'un vaccin ou d'un traitement, ainsi que de mobiliser sans délai les personnels et institutions de santé. Même si la survenue d'une « urgence » engendre souvent la bonne volonté et la souplesse dont on a besoin de la part de ces divers acteurs, une riposte a plus de chances d'être efficace si l'on a suffisamment investi dans la préparation.³⁸

Les efforts déployés sur le plan mondial en relation avec la menace d'une pandémie de grippe aviaire (H5N1) donnent quelques idées intéressantes de la manière dont les politiques qui contribuent à la préparation et à la riposte peuvent être guidées par les valeurs des SSP en relation avec l'équité, la couverture universelle et les réformes des soins primaires. Pour faire face à la grippe saisonnière et pandémique, 116 laboratoires nationaux chargés de la grippe et cinq centres collaborateurs internationaux échangent des virus grippaux dans le cadre d'un système qui a été lancé par l'OMS il y a plus de 50 ans. Ce système a été mis sur pied pour identifier les nouvelles menaces de virus pandémiques et pour faciliter la préparation annuelle d'un vaccin contre la grippe saisonnière qui est utilisé essentiellement dans les pays industrialisés. Avec les foyers de zoonoses infectieuses qui concernent essentiellement les pays en développement et le spectre de la pandémie mondiale associée à la souche grippale H5N1, l'intérêt pour la grippe s'étend désormais aux pays en développement, et l'approche publique-privée qui prévaut de longue date en matière de production de vaccins et d'échange de virus est surveillée de près. Les pays en développement aspirent à avoir un accès équitable à la protection, notamment à des antiviraux et à des vaccins abordables dans l'éventualité d'une pandémie, ce qui entraîne des changements dans le sens d'un renforcement de la capacité nationale et mondiale : de la surveillance aux laboratoires en passant par un transfert de capacité en matière de formulation et de production de vaccins, ainsi que la capacité de stockage. La riposte la plus équitable est donc la riposte la plus efficace, or la capacité de riposte rapide la plus efficace ne peut qu'être le fruit de l'engagement de multiples parties prenantes dans ce processus mondial de négociation.

Vers la santé dans toutes les politiques

La santé des populations n'est pas seulement le résultat des activités du secteur sanitaire – qu'il s'agisse d'activités de soins primaires ou d'actions de santé publique à l'échelle d'un pays. Elle est dans une large mesure déterminée par des facteurs sociétaux et économiques, et donc par des politiques et des actions qui ne sont pas du ressort du secteur de la santé. Des changements sur le lieu de travail, par exemple, peuvent avoir toute une série de répercussions sur la santé (Tableau 4.1).

Confrontées à ces phénomènes, les autorités sanitaires peuvent avoir l'impression que le

secteur n'a pas le pouvoir de faire plus que de tenter d'atténuer les conséquences. Il n'est pas en mesure, de lui-même, de redéfinir les relations de travail ou les mesures en cas de chômage. Il ne peut pas non plus augmenter les taxes sur l'alcool, imposer de normes techniques aux véhicules à moteur ou réguler l'exode rural et le développement des taudis – bien que toutes ces mesures soient susceptibles d'avoir des effets bénéfiques pour la santé. Une bonne gouvernance urbaine peut, par exemple, porter l'espérance de vie à 75 ans ou davantage, au lieu de 35 ans en cas de mauvaise gouvernance.³⁹ Il est donc important que le secteur sanitaire collabore avec d'autres secteurs, pas seulement pour faire face à des

Table 4.1 Les effets néfastes pour la santé des changements de conditions de travail⁵

Effets néfastes du chômage	Effets néfastes des restructurations	Effets néfastes des organisations du travail hors normes
Hypertension	Moindre satisfaction au travail, engagement organisationnel réduit et stress accru	Davantage d'accidents et de maladies du travail que chez les travailleurs stables à plein temps
Dépression et anxiété accrues	Sentiment d'injustice face aux réductions d'effectifs	Niveau élevé de stress, faible satisfaction au travail et autres facteurs négatifs pour la santé et le bien-être
Davantage de visites chez des généralistes	Les survivants doivent affronter des technologies nouvelles, de nouvelles pressions physiques et psychologiques (autonomie réduite, charge de travail accrue, changements dans les relations sociales, dans les contrats de travail et dans le comportement personnel)	Plus commun dans les sous-secteurs de la distribution et des services personnels où les gens ont généralement moins d'instruction et de compétences
Davantage de symptômes de maladies coronariennes	Changements dans le contrat psychologique et perte du sentiment de confiance	Indemnités en cas d'accidents du travail faibles et peu réclamées par ceux qui y ont droit
Santé mentale détériorée et stress accru	Stress prolongé accompagné de signes physiologiques et psychologiques	Risques professionnels accrus en raison de l'intensification du travail sous l'effet de pressions économiques
Davantage de troubles psychologiques et davantage de visites médicales		Formation inadéquate et mauvaise communication dues à la désorganisation institutionnelle et à l'action réglementaire insuffisante
Détérioration de l'état de santé auto-évalué par les sujets eux-mêmes et augmentation du nombre des problèmes de santé		Incapacité des travailleurs à organiser leur propre protection
Davantage de problèmes familiaux, notamment des difficultés financières		Revendications cumulatives suite à des traumatismes difficiles à vérifier en raison de la mobilité des travailleurs
		Aptitude réduite à améliorer les conditions de vie en raison de l'impossibilité d'obtenir du crédit, de trouver un logement, de prendre des dispositions en matière de pension et de trouver des possibilités de formation
		Préoccupation moindre à l'égard des questions d'environnement ainsi que de la santé et de la sécurité au travail



problèmes de santé prioritaires pré-identifiés, comme c'est le cas lors d'interventions de santé publique bien conçues, mais aussi pour faire en sorte que la santé soit reconnue comme l'une des retombées socialement importantes de toutes les politiques.

Une telle action intersectorielle constituait un principe fondamental de la Déclaration d'Alma-Ata. Cependant, dans de nombreux pays, les ministres de la santé ont lutté pour se coordonner avec d'autres secteurs ou pour avoir de l'influence au-delà du seul système de santé dont ils sont formellement responsables. L'un des principaux obstacles qui empêche de tirer profit de l'action intersectorielle est une certaine tendance, au sein du secteur de la santé, à considérer une telle collaboration comme « essentiellement symbolique lorsqu'il s'agit d'essayer de pousser d'autres secteurs à aider les services [de santé] ». ⁴⁰ L'action intersectorielle s'est souvent concentrée non pas sur l'amélioration des politiques d'autres secteurs, mais sur l'instrumentalisation de leurs ressources : mobiliser les enseignants pour les faire participer à la distribution des moustiquaires de lit, les policiers pour retrouver les malades qui arrêtent de prendre leurs médicaments avant la fin du traitement, ou encore utiliser les moyens de transport du ministère de l'agriculture pour évacuer les patients malades.

Une approche impliquant l'ensemble du gouvernement et visant à mettre « la santé dans toutes les politiques » suit une logique différente. ^{41,42} Elle ne part pas d'un problème de santé spécifique pour voir comment d'autres secteurs pourraient contribuer à le résoudre – comme ce serait le cas, par exemple, pour une maladie liée au tabac. Elle commence par se pencher sur les effets des politiques agricoles, éducatives, environnementales, fiscales, du logement, des transports et d'autres sur la santé. Elle cherche alors à collaborer avec d'autres secteurs pour que ces politiques, tout en contribuant au bien-être et à la richesse, contribuent également à la santé. ⁵

Les politiques publiques d'autres secteurs, ainsi que les politiques du secteur privé peuvent se révéler importantes pour la santé à deux titres.

■ Certaines peuvent avoir des conséquences néfastes pour la santé (Tableau 4.1). De telles conséquences néfastes se manifestent souvent rétrospectivement, comme dans le cas des effets négatifs de la pollution atmosphérique ou de la contamination industrielle. Pourtant, il est également souvent possible de les prévoir et de les détecter à un stade précoce. Les décideurs d'autres secteurs peuvent ne pas être conscients des conséquences des choix qu'ils

font, auquel cas la prise en compte des buts et objectifs d'autres secteurs peut constituer un premier pas pour réduire les effets néfastes pour la santé.

■ Les politiques publiques élaborées par d'autres secteurs – éducation, égalité entre hommes et femmes et inclusion sociale – peuvent apporter une contribution positive à la santé de manière que ces autres secteurs ne soupçonnent même pas. Elles peuvent être renforcées en recherchant encore plus délibérément ces résultats sanitaires positifs, comme faisant partie intégrante d'elles-mêmes. Ainsi, par exemple, une politique d'égalité entre hommes et femmes, élaborée pour elle-même, peut avoir des effets bénéfiques pour la santé dans une mesure que les promoteurs de cette politique ne soupçonnent pas. En collaborant pour donner une reconnaissance plus formelle à ces résultats, la politique d'égalité elle-même s'en trouve renforcée et les synergies améliorent les résultats sanitaires. Dans ce cas de figure, l'objectif de la collaboration intersectorielle est de renforcer les synergies.

L'absence de collaboration avec d'autres secteurs n'est pas sans conséquence. Elle affecte la performance des systèmes de santé et, en particulier des soins primaires. Par exemple, le programme de lutte contre le trachome au Maroc a pu compter à la fois sur une forte mobilisation de la collectivité et sur une collaboration effective avec les ministères de l'éducation, de l'intérieur et des affaires locales. Cette collaboration s'est révélée cruciale pour le succès de l'élimination du trachome. ⁴³ Par contraste, le programme de lutte contre la tuberculose du même pays n'a pas réussi à se lier avec les efforts de développement urbain et de réduction de la pauvreté, ce qui s'est traduit par une performance décevante. ⁴⁴ Ces deux programmes étaient administrés par le même Ministère de la Santé, par du personnel ayant les mêmes compétences travaillant dans les mêmes conditions de ressources limitées, mais appliquant des stratégies différentes.

Le manque de collaboration avec d'autres secteurs a une autre conséquence, qui est que des problèmes de santé susceptibles d'être évités ne le sont pas. Des habitants du quartier NGagne Diaw de Thiaroye-sur-Mer, à Dakar, au Sénégal, vivent du recyclage informel du plomb des batteries. Les autorités ne s'en sont guère souciées jusqu'à l'apparition d'un certain nombre de cas inexpliqués de décès d'enfants qui ont nécessité l'ouverture d'une enquête. On a découvert alors que la zone était contaminée par du plomb et que les frères

et sœurs ainsi que les mères des enfants décédés avaient des teneurs de plomb extrêmement élevées dans le sang. Des investissements importants sont désormais nécessaires pour faire face aux conséquences sanitaires et sociales et pour décontaminer la zone affectée, notamment les habitations. Avant que cette série de décès ne se produise, le secteur de la santé n'avait malheureusement pas considéré comme prioritaire de collaborer avec d'autres secteurs pour éviter cette situation.⁴⁵

Là où la collaboration intersectorielle fonctionne bien, les bénéfices pour la santé peuvent être considérables, même si les décès évités se remarquent moins facilement que les vies perdues. La pression de la société civile et des professionnels a par exemple conduit à l'élaboration, en France, d'une stratégie spectaculaire à volets multiples pour améliorer la sécurité routière en tant que problème social et politique (et pas seulement d'ordre sanitaire). Divers secteurs ont collaboré dans le cadre d'un effort soutenu bénéficiant d'un soutien politique en haut lieu pour faire reculer le nombre des accidents de la route, avec une grande publicité donnée au suivi et aux progrès accomplis, et qui s'est traduite par une baisse des décès pouvant atteindre 21 % par an.⁴⁶ Les bénéfices pour la santé et l'équité des efforts visant à mettre la santé dans toutes les politiques sont manifestes dans des programmes tels que « villes-santé et municipalités-santé », « villes vivables » et « villes sans taudis », qui se caractérisent par des démarches intégrées allant de la participation aux débats budgétaires et aux mécanismes de responsabilisation sociale en passant par la collecte de données et les interventions d'ordre environnemental.⁴⁷

Dans les sociétés contemporaines, on observe une tendance à la fragmentation en diverses subinstitutions traitant d'aspects particuliers de la santé ou des systèmes sanitaires, alors que la capacité de rassembler les divers aspects de la politique publique qui déterminent ensemble la santé reste très insuffisante. Même lorsque les ressources abondent, comme dans l'Union européenne, la base institutionnelle permettant de la faire est encore peu développée.⁴⁸ Les ministères de la santé ont un rôle capital à jouer dans la création d'une telle base, qui fait partie des stratégies clés permettant d'agir plus efficacement sur les déterminants socio-économiques de la mauvaise santé.⁴⁹

Comprendre le sous-investissement

Malgré les avantages et le coût relativement faible de meilleures politiques publiques, leur potentiel reste largement sous-utilisé dans le monde. En

témoigne spectaculairement le fait que 5 % seulement de la population mondiale vit dans des pays ayant introduit contre le tabac des interdictions globales de la publicité, de la promotion et du parrainage, malgré leur efficacité démontrée lorsqu'il s'agit de réduire les menaces pour la santé, qui devraient se traduire par la perte d'un milliard de vies humaines au cours de ce siècle.⁵⁰

La manière dont le secteur sanitaire améliore les politiques publiques a été jusqu'à présent peu systématique et guidée par des éléments fragmentaires et des prises de décisions confuses – la moindre des causes n'étant pas que la communauté de la santé ait fait si peu d'efforts pour rassembler et communiquer ces faits. En dépit des progrès réalisés au cours des dernières années, l'information relative à l'efficacité des interventions en matière, par exemple, de correction des inégalités sanitaires reste difficile à obtenir et, lorsqu'elle existe, elle ne sort pas d'un cercle privilégié d'experts concernés. Le manque d'information et de données concluantes constitue donc l'une des explications du sous-investissement.

Le fait est, cependant, que même pour des décideurs politiques informés, bien des questions relatives aux politiques publiques risquent fort d'être très impopulaires : qu'il s'agisse de réduire le nombre de lits d'hôpitaux, d'imposer le port de la ceinture de sécurité, d'abattre massivement des poulets ou de taxer l'alcool, il faut s'attendre à une résistance et à une controverse omniprésentes. D'autres décisions sont si peu répercutées, par exemple les mesures qui assurent la salubrité de la chaîne de production des aliments, qu'elles n'ont guère de conséquences politiques. Il peut être relativement facile de réunir un consensus en faveur de mesures strictes en période de crise, mais il est notoire que l'opinion publique manque de suite dans les idées. Les politiciens prêtent souvent davantage d'attention aux politiques qui sont payantes à un horizon électoral de deux à quatre ans et mésestiment au contraire les efforts dont les bénéfices ne se font sentir qu'au bout de 20 ou 40 ans, comme ceux qui visent à protéger l'environnement ou le développement des jeunes enfants. Si l'impopularité est un élément dissuasif de l'engagement politique, l'opposition active de groupes de pression disposant de gros moyens en est un autre. Les efforts de l'industrie du tabac pour limiter la lutte contre le tabagisme constituent à cet égard un exemple évident. On observe la même opposition à la réglementation qui s'applique aux déchets industriels ou à la commercialisation de produits alimentaires qui s'adresse aux enfants. Ces obstacles à la mise en œuvre de politiques



publiques sont réels et doivent être pris en compte de manière systématique (Encadré 4.3).

Les réticences à l'égard des engagements politiques sont aggravées par la difficulté de coordonner des opérations entre des institutions et des secteurs multiples. De nombreux pays ne disposent pas de la capacité institutionnelle suffisante pour le faire et, très souvent, n'ont pas assez de professionnels capables d'assumer le travail que cela

implique. La gestion des crises, la planification à court terme, le manque de données compréhensibles, des arrangements institutionnels peu clairs, des intérêts commerciaux et des modes d'administration inappropriés du secteur sanitaire renforcent la nécessité de procéder à d'importantes réformes des politiques pour tirer le maximum des mesures de santé publique. Il existe heureusement des possibilités prometteuses dont tirer parti.

Encadré 4.3 Comment prendre des décisions impopulaires en matière de politiques publiques⁵¹

Le septième Groupe de réflexion (Futures Forum) des hauts dirigeants de la santé organisé en 2004 par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé a débattu des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les décideurs amenés à prendre des décisions politiques impopulaires. Une décision populaire répond en général à une demande pressante de la majorité de la population ; une décision impopulaire répond rarement à une attente publique clairement exprimée, mais elle est prise parce que le responsable en chef de la santé sait qu'elle est celle qu'il faut prendre pour réaliser des progrès en matière de santé et en améliorer la qualité. Il ne faut donc pas chercher à rendre populaire une décision qui a de fortes chances de ne pas l'être, mais il vaut mieux s'efforcer de la rendre compréhensible et donc acceptable. Rendre des décisions plus populaires n'est pas un simple exercice académique car il s'agit de susciter une vraie approbation. Lorsqu'une décision risque d'être impopulaire, les participants au Groupe de réflexion ont convenu qu'il était souhaitable que les dirigeants de la santé appliquent quelques-unes des recommandations suivantes :

Parler d'amélioration de la santé et de la qualité. Comme la santé est au cœur de leur domaine de compétence, ils doivent avant tout expliquer comment la décision en question permettra d'améliorer la qualité de la santé et des services sanitaires. Il peut s'avérer utile d'éviter les arguments sans rapport avec la santé difficiles à faire valoir – ainsi, par exemple, dans le cas de la fermeture d'hôpitaux, il vaut beaucoup mieux parler d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise des coûts.

Offrir des compensations. Expliquer ce que les gens y gagneront pour compenser ce à quoi ils devront renoncer. Faire miroiter quelques gains dans d'autres secteurs ou dans d'autres services ; tenter de donner une interprétation « gagnant-gagnant » de la décision à venir en équilibrant les bonnes et les mauvaises nouvelles.

Se montrer ferme quant à la mise en œuvre. Si les autorités sanitaires ne sont pas prêtes à mettre en œuvre la décision, elles devraient s'abstenir de l'introduire avant d'être prêtes à la faire.

Faire preuve de transparence. Expliquer qui prend la décision et ce qui est en jeu pour ceux qui sont impliqués et ceux qui sont affectés. Enumérer toutes les parties prenantes et indiquer si elles [sont] impliquées de manière négative.

Éviter les décisions sans lendemain. Concevoir et proposer les décisions dans le cadre d'un plan ou d'une stratégie d'ensemble.

Choisir le bon moment. Avant de prendre une décision, il est essentiel de prendre le temps de préparer et d'élaborer un bon plan. Lorsque ce plan est prêt, le mieux est d'agir vite pour le mettre en œuvre.

Impliquer tous les groupes. Faire participer à la discussion aussi bien les groupes désavantagés et ceux qui profiteront de la décision. Diversifier l'approche.

Ne pas attendre un appui des médias pour la seule raison que la décision est la bonne du point de vue des gains sanitaires. Il ne faut pas s'attendre à ce que les médias soient toujours neutres ou positifs ; ils peuvent avoir été entraînés dans le débat par des opposants à la décision. Il faut être préparé à rencontrer des problèmes avec la presse.

Faire preuve de modestie. La décision a plus de chances d'être acceptée lorsque les décideurs reconnaissent publiquement qu'il existe quelques incertitudes quant à ses résultats et s'engagent ouvertement à les suivre et à les évaluer. Cela laisse la porte ouverte à des ajustements au cours du processus de mise en œuvre.

Se tenir prêt à des changements rapides. Le public est parfois versatile et ce qui était perçu comme de l'opposition peut se muer en acceptation.

Se préparer en vue de crises ou d'effets secondaires inattendus. Certains groupes de population peuvent être particulièrement affectés par une décision (comme les généralistes en cas de fermeture d'hôpitaux). Les décideurs en matière de santé publique doivent faire face à des réactions qui n'étaient pas prévues.

S'en tenir à des faits avérés. Il arrive que le public soit réticent sans raison objective. Disposer d'éléments solides permet de bien orienter les débats et d'éviter les résistances.

Faire appel aux exemples d'autres pays. Les décideurs peuvent se référer à ce qui se fait ailleurs et expliquer pourquoi d'autres pays traitent un problème différemment ; ils peuvent avoir recours à de tels arguments pour rendre les décisions plus acceptables dans leur propre pays.

Faire participer les professionnels de la santé et, surtout, avoir du courage.

Occasions d'améliorer les politiques publiques

Informations meilleures et éléments plus convaincants

Bien que tout laisse penser que de meilleures politiques publiques apporteraient des bénéfices énormes, les données relatives à leurs résultats et à leur rapport coût/efficacité sont étonnamment peu nombreuses.⁵² Nous en savons beaucoup sur les liens qui existent entre certains comportements – tabagisme, alimentation, exercice physique – et la santé, mais beaucoup moins sur la manière de susciter des changements de comportement systématiques et durables au niveau de la population. Même lorsque les ressources sont abondantes, les obstacles sont nombreux : délai d'obtention des résultats, complexité des causes multifactorielles de maladies et des effets des interventions, manque de données, problèmes méthodologiques

– notamment difficulté d'appliquer les critères bien acceptés utilisés pour évaluer les méthodes cliniques, et perspectives différentes des multiples parties prenantes. La surveillance des maladies infectieuses s'améliore, mais les informations relatives aux maladies chroniques et à leurs déterminants ou aux inégalités sanitaires sont parcellaires et manquent souvent de clarté. Même les fondements élémentaires du travail consacré à la santé de la population et au recueil des données statistiques sur les naissances et les décès font défaut dans de nombreux pays (Encadré 4.4).⁵³

Au cours des 30 dernières années, cependant, des progrès décisifs ont été réalisés en matière de production de données pour la médecine clinique grâce à des initiatives concertées telles que la Cochrane Collaboration et le Réseau international d'Epidémiologie clinique.^{56,57} Un progrès comparable est possible en ce qui concerne la production de données relatives aux politiques publiques, même si cela reste très préliminaire comparé aux

Encadré 4.4 Le scandale de l'invisibilité : quand les naissances et les décès ne sont pas comptés

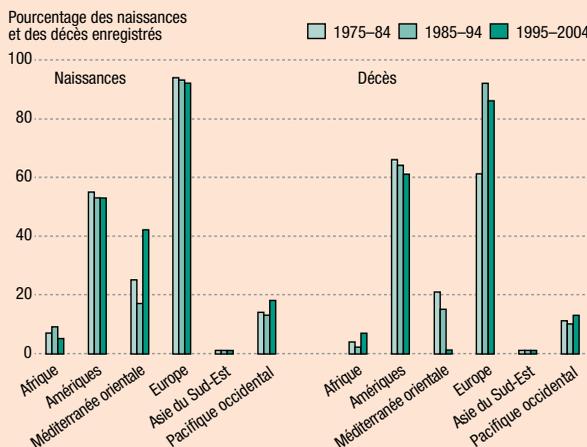
L'état civil est à la fois un produit du développement économique et social et une condition de la modernisation. Peu de progrès ont été réalisés en matière d'enregistrement des naissances et des décès ces dernières décennies (voir Figure 4.3). Près de 40 % (48 millions) des 128 millions de naissances qui se produisent dans le monde chaque année ne sont pas comptées faute de registres d'état civil.⁵³ La situation est encore pire en ce qui concerne l'enregistrement des décès. Sur le plan mondial, les deux tiers (38 millions) des 57 millions annuels de décès ne sont pas enregistrés. L'OMS ne reçoit des statistiques fiables concernant les causes de décès que de 31 de ses 193 Etats Membres.

Les efforts internationaux pour améliorer l'infrastructure d'enregistrement des statistiques démographiques ont été d'une ampleur et d'une portée trop limitées.⁵⁴ Ni la communauté sanitaire mondiale ni les pays n'ont accordé à leur développement le même degré de priorité qu'aux interventions en matière de santé publique. Le développement de l'état civil n'a aucune place identifiable au sein du système des Nations Unies. Il n'existe

pas de mécanisme de coordination qui permettrait d'aborder ce problème et de répondre aux demandes d'appui technique en faveur de la mobilisation des ressources financières et techniques indispensables. Une collaboration entre différents partenaires de différents secteurs est indispensable pour mettre sur pied l'infrastructure des systèmes d'enregistrement de l'état civil, afin de faire en sorte que toutes les naissances et tous les décès soient comptés. Cela nécessite des efforts de sensibilisation soutenus, le renforcement de

la confiance du public, un cadre légal, des mesures d'encouragement, une aide financière, des ressources humaines et des systèmes de gestion des données modernisés.⁵⁵ Lorsque cela fonctionne bien, les statistiques démographiques fournissent des informations précieuses pour l'établissement des priorités. Le manque de progrès en matière d'enregistrement des naissances et des décès constitue une préoccupation majeure lorsqu'il s'agit d'élaborer et de mettre en œuvre les réformes des soins primaires.

Figure 4.3 Pourcentage des naissances et des décès enregistrés dans des pays disposant de systèmes d'état civil complets, par Région de l'OMS, 1975-2004*





ressources considérables dont dispose la recherche dans d'autres domaines de la santé, par exemple celui des technologies médicales diagnostiques et thérapeutiques. On observe toutefois des signes de progrès dans le recours croissant aux examens systématiques par les décideurs.^{58,59}

Deux voies offrent des possibilités de renforcer considérablement la base de données.

- Accélérer l'organisation d'examen systématiques des interventions essentielles ainsi que leur évaluation économique. L'une des manières de le faire consiste à étendre le mandat des organismes d'évaluation des technologies sanitaires existants pour y inclure l'évaluation des interventions de santé publique et des modes de prestation, car cela permettrait de faire usage des capacités institutionnelles existantes avec des ressources affectées à une utilisation précise. Les réseaux de collaboration émergents, tels que Campbell Collaboration,⁶⁰ peuvent faire office de catalyseur, en exploitant les avantages comparatifs de l'efficacité d'échelle et des comparaisons internationales.
- Accélérer la documentation et l'évaluation de l'approche d'ensemble des pouvoirs publics en utilisant des techniques qui s'appuient sur l'expérience initiale au moyen des instruments

« évaluations d'impact sur la santé » ou « impact sur l'équité en santé ».^{61,62,63} Bien que ces outils en soient encore au stade de l'élaboration, il existe une forte demande de la part des décideurs, qu'ils soient locaux ou internationaux, pour de telles analyses (Encadré 4.5). Les preuves de leur capacité à influencer les politiques publiques s'accumulent,^{64,65,66} et elles constituent un moyen stratégique d'organiser des discussions intersectorielles plus approfondies. Cela constitue en soi le moyen d'accéder à l'un des aspects les plus ardues de l'utilisation des bases de données : la nécessité de communiquer de manière plus systématique sur les avantages potentiels de meilleures politiques publiques. Les décideurs, particulièrement ceux d'autres secteurs, ne sont pas assez conscients des conséquences sanitaires que peuvent avoir leurs politiques et des bénéfices potentiels qu'elles pourraient engendrer. Communiquer au-delà de son seul domaine de spécialité est aussi important que produire des données et nécessite des méthodes beaucoup plus efficaces de dissémination des données entre les décideurs.⁶⁷ En exprimant les données relatives à la santé de la population en termes de conséquences sanitaires des politiques plutôt que

Encadré 4.5 Les lignes directrices de l'Union européenne en matière d'évaluation d'impact⁶⁸

Les lignes directrices de l'Union européenne laissent penser que les réponses aux questions suivantes sont susceptibles de former la base d'une évaluation de l'impact des interventions sanitaires proposées.

Santé publique et sécurité

Est-ce que l'option proposée :

- affecte la santé et la sécurité des individus ou des populations, notamment l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité par l'intermédiaire d'effets sur l'environnement socio-économique, par exemple le lieu de travail, le revenu, l'éducation, l'emploi ou la nutrition ?
- accroît ou réduit la probabilité d'actes de bioterrorisme ?
- accroît ou réduit la probabilité de risques sanitaires imputables à des substances nocives pour l'environnement naturel ?
- affecte la santé en raison de changements modifiant la quantité de bruit, d'air, d'eau ou la qualité du sol dans des zones peuplées ?
- affecte la santé en raison de changements dans l'utilisation de l'énergie ou de l'élimination des déchets ?
- affecte des déterminants de la santé liés au mode de vie tels que la consommation de tabac ou d'alcool, ou l'exercice physique ?
- a des effets particuliers sur certains groupes à risque (déterminés par l'âge, le sexe, le handicap, la catégorie sociale, la mobilité, la région, etc.) ?

Accès à et effets sur la protection sociale, la santé et l'éducation

Est-ce que l'option proposée :

- a un impact sur les services du point de vue de leur qualité et de leur accessibilité ?
- a un effet sur l'éducation et la mobilité des travailleurs (santé, éducation, etc.) ?
- affecte l'accès des individus à l'éducation publique ou privée ou la formation professionnelle et continue ?
- affecte la fourniture transfrontières de services, l'orientation d'un pays à l'autre et la coopération dans les régions frontalières ?
- affecte le financement et l'organisation des systèmes sociaux, sanitaires et éducatifs (y compris la formation professionnelle) ?
- affecte la liberté académique ou l'autonomie locale ?

selon les modes de communication traditionnels entre spécialistes de la santé, il est possible de changer radicalement la nature et la qualité du dialogue sur les politiques.

Un paysage institutionnel changeant

Outre le manque de données, le domaine dans lequel de nouvelles opportunités apparaissent est celui de la capacité institutionnelle d'élaborer des politiques publiques qui aillent dans le sens des objectifs des SSP. Malgré les réticences, y compris de la part des donateurs, à engager des fonds dans les instituts nationaux de santé publique,⁶⁹ les décideurs comptent beaucoup sur elles ou sur leurs équivalents fonctionnels. Dans de nombreux pays, les instituts nationaux de santé publique ont constitué la principale source indépendante de compétences techniques en matière de santé publique, mais aussi, plus largement, de politiques publiques. Certains peuvent faire état de réussites prestigieuses : la Fiocruz au Brésil, l'Institut de Médecine tropicale « Pedro Kouri » à Cuba, Kansanterveyslaitos en Finlande, les Centres for Disease Control and Prevention aux Etats-Unis d'Amérique, ou l'Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie au Viet Nam. Ils témoignent de l'importance que ces pays accordent au recours à une telle capacité.⁶⁹ De plus en plus, cependant, cette capacité est incapable de faire face aux nombreuses demandes de politiques publiques destinées à protéger ou promouvoir la santé. Les instituts de santé publique nationaux et internationaux

traditionnels se retrouvent de ce fait avec un mandat surdimensionné et sous-financé, ce qui pose des problèmes de dispersion et des difficultés de rassembler la masse critique de compétences diversifiées et spécialisées (Figure 4.4).

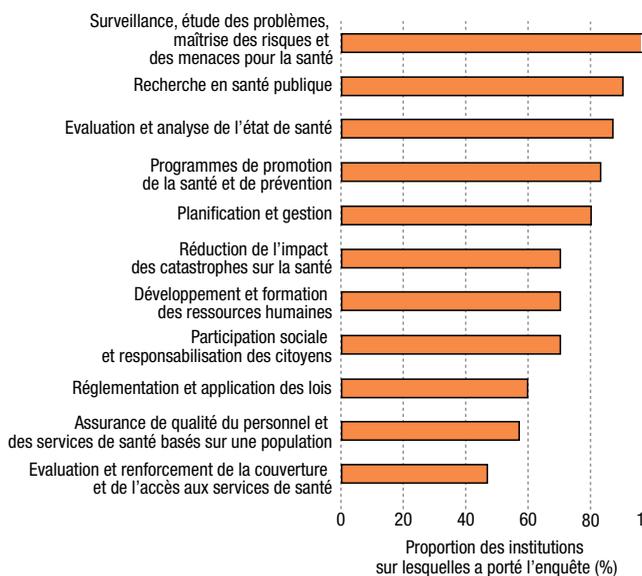
En attendant, le paysage institutionnel change à mesure que la capacité d'appui aux politiques publiques se disperse entre une multitude d'institutions nationales et supranationales. Le nombre de centres de compétences, souvent spécialisés dans un aspect particulier de la politique publique, s'est accru considérablement, couvrant une vaste gamme de formes institutionnelles : centres de recherche, fondations, entités universitaires, consortiums indépendants et groupes de réflexion, projets, organismes techniques et initiatives de toutes sortes. Le Conseil de la Fondation pour la promotion de la santé en Malaisie, l'Alcohol Advisory Council en Nouvelle-Zélande et la Commission de promotion de la santé en Estonie montrent que les modes de financement se sont diversifiés et peuvent inclure des subventions et des contrats de recherche, des subsides gouvernementaux, des dotations ou encore des taxes sur la vente de tabac et d'alcool. Cela se traduit par un réseau de compétences plus complexe et plus diffus mais aussi beaucoup plus riche.

La collaboration transfrontalière sur de nombreuses questions relatives aux politiques publiques peut permettre d'importantes économies d'échelle. L'Association internationale des Instituts de Santé publique nationaux (IANPHI) aide les pays à élaborer des stratégies de développement de leur capacité institutionnelle.⁷⁰ Dans ce contexte, le renforcement des institutions devra passer par des stratégies prudentes en matière de spécialisation et de complémentarité, en prêtant attention au défi que constituent le leadership et la coordination.

Dans le même temps cela offre des perspectives de transformation de la production de la main-d'œuvre hautement diverse et spécialisée que de meilleures politiques publiques exigent. Les écoles de santé publique, la médecine communautaire et les équipes communautaires de personnel infirmier sont traditionnellement les principales sources de cette main-d'œuvre. Elles forment toutefois trop peu de professionnels qui sont trop souvent polarisés sur la lutte contre les maladies et l'épidémiologie classique et en général mal préparés pour une carrière faite de flexibilité, d'apprentissage continu et de leadership coordonné.

Le développement institutionnel multicentre offre l'occasion de repenser fondamentalement les programmes d'études et les milieux

Figure 4.4 Fonctions de santé publique essentielles que 30 institutions nationales de santé publique considèrent comme étant de leur ressort⁶⁹





institutionnels de formation des futurs médecins, au profit d'une formation en cours d'emploi en contact étroit avec les institutions où se trouvent et sont développées les compétences.⁷¹ Des signes de renouveau prometteurs sont perceptibles à cet égard dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO) ; ils devraient inspirer une réflexion et une action similaires ailleurs.²⁷ L'accroissement des échanges transfrontaliers d'expériences et de compétences, allié à une aspiration mondiale à améliorer la capacité d'élaboration de politiques publiques, ouvre des perspectives nouvelles – pas seulement pour former un nombre plus approprié de professionnels mais aussi, et surtout, des professionnels ayant une vision plus vaste et mieux préparés à relever à l'avenir des défis complexes en matière de santé publique.

Une action sanitaire mondiale équitable et efficace

Dans de nombreux pays, la responsabilité de la santé et des services sociaux est déléguée au niveau local. Parallèlement, les politiques financières, commerciales, industrielles et agricoles sont décalées au niveau international : les résultats sanitaires doivent être obtenus localement alors que les déterminants de la santé sont influencés internationalement. Les pays alignent de plus en plus leurs politiques publiques avec celles d'un monde globalisé. Cela présente à la fois des avantages et des risques.

En s'ajustant à la mondialisation, les compétences fragmentées en matière de politiques dans les systèmes nationaux de gouvernance trouvent des convergences. Divers ministères, dont ceux de la santé, de l'agriculture, des finances, du commerce et des affaires étrangères examinent désormais ensemble les moyens d'inspirer les positions du pays en prévision de négociations commerciales, d'apporter leur contribution au cours des négociations, et d'évaluer les coûts et les bénéfices des options politiques alternatives pour la santé, l'économie et l'avenir de leur peuple. Cette « interdépendance » globale croissante en matière de santé s'accompagne d'une prolifération d'activités qui s'exercent au niveau mondial. Le défi consiste donc à faire en sorte que les réseaux de gouvernance émergents incluent tous les acteurs et secteurs qui doivent l'être, répondent aux nécessités et aux demandes locales, soient responsables et soucieux de justice sociale.⁷² La survenue récente d'une crise alimentaire mondiale ne fait que rendre plus légitime la contribution du secteur de la santé aux dispositions en train d'être prises sur le plan mondial pour y faire face. Peu à peu l'idée fait son chemin de tenir compte de la santé dans

les accords commerciaux négociés sous l'égide de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Bien que leur mise en œuvre se soit révélée problématique, les flexibilités adoptées à Doha dans le cadre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)⁷³ en ce qui concerne les licences obligatoires des produits pharmaceutiques constituent des exemples de politiques mondiales émergentes destinées à protéger la santé.

Il existe une demande croissante de normes internationales à l'heure où les menaces sanitaires se déplacent de zones où les mesures de sécurité sont renforcées vers des zones où il n'y en a pratiquement pas. Réunir les compétences et les processus requis s'avère complexe et coûteux. Les pays s'en remettent de plus en plus à des mécanismes internationaux et à la collaboration mondiale.⁷⁴ Cette tendance a commencé à se manifester il y a plus de 40 ans avec la création en 1963 de la Commission du Codex Alimentarius par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et par l'OMS pour coordonner les normes alimentaires internationales et la protection des consommateurs. Un autre exemple est depuis longtemps le Programme international sur la sécurité chimique, établi en 1980 en tant que programme conjoint de l'OMS, de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE). Au sein de l'Union européenne, l'élaboration de normes de protection sanitaire est une activité que partagent plusieurs organismes et ces normes sont appliquées dans toute l'Europe. Compte tenu du coût et de la complexité du contrôle de l'innocuité des médicaments, de nombreux pays adaptent et utilisent les normes de la Food and Drug Administration (FDA) des Etats-Unis d'Amérique. L'OMS fixe des normes mondiales relatives aux taux tolérables de nombreux contaminants. Entre-temps, les pays doivent soit entreprendre ces processus eux-mêmes, soit s'assurer un accès aux normes d'autres pays ou organismes internationaux et les adapter à leur propre contexte.

La nécessité de prendre des mesures de santé publique sur le plan mondial exige encore davantage de compétences et d'énergie de la part de ceux qui dirigent l'action sanitaire pour assurer la protection de la santé des populations dont ils sont responsables. L'action locale doit aller de pair avec la coordination des diverses parties prenantes et des divers secteurs au sein des pays. Il s'agit aussi de gérer les défis sanitaires mondiaux par le moyen de la collaboration et de la négociation au niveau mondial. Comme le montre le chapitre suivant, cela relève de la responsabilité de l'Etat.

Bibliographie

- Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Fegan GW et al. Effect of expanded insecticide-treated bednet coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet*, 2007, 370:1035–1039.
- Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:532–538.
- Kaufman JA. China's health care system and avian influenza preparedness. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197(Suppl. 1):S7–S13.
- Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
- Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
- Sommer A, Mosley WH. East Bengal cyclone of November 1970: epidemiological approach to disaster assessment. *Lancet*, 1972, 1:1029–1036.
- Bern C et al. Risk factors for mortality in the Bangladesh cyclone of 1991. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1993, 71:73–78.
- Chowdhury AM. Personal communication, 2008.
- Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044–2053.
- World abortion policies 2007*. New York NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007 (ST/ESA/SER.A/264, Wallchart).
- Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Maternal health and early childhood development in Cuba*. Ottawa, Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2007 (Second Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate).
- Evans RG, Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy*, 2008, 3:21–32.
- Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:85–110.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Systèmes et Services de Santé, 2007.
- Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ*, 2004, 329:1169–1172.
- Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*, 2nd ed., Genève, Health Action International et Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>, consulté le 20 août 2008).
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226–2234.
- Supply annual report 2007*. Copenhagen, United Nations Children's Fund Supply Division, 2008.
- Tambini G et al. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Revista panamericana de salud pública*, 2006, 20:54–59.
- EPI Revolving Fund: quality vaccines at low cost. *EPI Newsletter*, 1997, 19:6–7.
- Matiru R, Ryan T. The global drug facility: a unique, holistic and pioneering approach to drug procurement and management. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2007, 85:348–353.
- Annual Report*. Wellington, Pharmaceutical Management Agency, 2007.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- Victoria CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1555–1556.
- Freitas do Amaral JJ et al. Multi-country evaluation of IMCI, Brazil study. Ceará, Federal University of Ceará, ND.
- Sontag S. *AIDS and its metaphors*. New York, NY, Farrar, Straus & Giroux, 1988.
- Mann JM et al., eds. *Health and human rights: a reader*. New York NY, Routledge, 1999.
- Friedman S, Mottiar S. A rewarding engagement? The treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. *Politics and Society*, 2005, 33:511–565.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In: *Première Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département des ressources humaines pour la santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, consulté le 2 juillet 2008).
- Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
- Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 2007, 335:1241–1243.
- Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400–403.
- Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2007 – Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullio PJ, McGranahan G, eds. *Scaling urban environmental challenges: from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
- Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde J, Wyon J, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
- WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (sous presse).
- Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
- Chami Y, Hammou J, Mahjour J. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Eye Health*, 2004, 17:59.
- Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225–1231.
- Sénégal : intoxication au plomb à Thiarye-sur-Mer, 20 juin 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html, consulté le 21 juillet 2008).
- Muhlrad N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
- Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21–40.
- Gilson L et al. *Challenging health inequity through health systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : l'ensemble MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- Anadova A. *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
- Allin S et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.
- Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5).
- Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61308-7).
- Abouzahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61310-5).
- Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:778–783.
- Halstead SB, Tugwell P, Bennett K. The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): a progress report. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, 44:579–589.
- Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285–289.
- Sweet M, Moynihan R. *Improving population health: the uses of systematic reviews*. New York, NY, Millbank Memorial Fund, 2007.
- Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health. *BMJ*, 2001, 323:294–295.



61. *An idea whose time has come: New opportunities for HIA in New Zealand public policy and planning.* Wellington, Public Health Advisory Committee, 2007.
62. Harris P et al. *Health impact assessment: a practical guide.* Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials.* Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials.* Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999-2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241–256.
66. Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
67. Jewell CJ, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government. *The Milbank Quarterly*, 2008, 86:177–208.
68. *Communication de la Commission « Améliorer la réglementation en matière de croissance et d'emploi dans l'Union européenne ».* Bruxelles, Commission européenne, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good. *Journal of Public Health Policy*, 2008, 29:3–21.
70. *Framework for the creation and development of national public health institutes.* Helsinki, Association internationale des Instituts nationaux de la Santé publique, 2007.
71. Khaleghian P, Das Gupta M. *Public management and the essential public health functions.* Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. Kickbusch I. A new agenda for health. *Perspectives in Health*, 2004, 9:8–13.
73. *World Trade Organization Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Ministerial Conference, 4th Session, Doha, 9–14 November 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2).*
74. Wilk EA van der et al. *Learning from our neighbours – cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth screening.* Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, consulté le 30 juillet 2008).