



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent septième session
Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

EB107/35 Rev.1
12 janvier 2001

Questions relatives aux organes directeurs

Rapport du Président du Conseil exécutif

1. Le présent rapport contient un résumé des questions examinées lors de la retraite des membres du Conseil exécutif (Hertenstein, Suisse, 12-14 novembre 2000).
2. La retraite, qui a pu se tenir grâce à la générosité du Gouvernement suisse, a bénéficié de la participation de 26 membres du Conseil exécutif (des pays suivants : Bangladesh, Belgique, Brésil, Cap-Vert, Chili, Chine, Côte d'Ivoire, Etats-Unis d'Amérique, France, Guatemala, Guinée équatoriale, Inde, Iran, Italie, Japon, Jordanie, Liban, Lituanie, Qatar, République démocratique populaire lao, Suède, Suisse, Tchad, Vanuatu, Venezuela et Yémen) et deux membres suppléants (de la Fédération de Russie et de la République populaire démocratique de Corée). Le cadre chaleureux et amical d'Hertenstein a favorisé un climat d'ouverture et de coopération entre les participants.
3. Les principales questions examinées ont été les suivantes :
 - les attentes des membres concernant le rôle et les fonctions du Conseil exécutif ;
 - le *Rapport sur la santé dans le monde*, la santé publique et l'impact du rapport sur la société civile ;
 - l'intensification de l'action contre les maladies de la pauvreté (l'effort massif contre ces maladies) ;
 - les liens entre médecine clinique et santé publique.

LES FONCTIONS DU CONSEIL EXECUTIF

4. Le Président a présenté une note sur le fonctionnement du Conseil, avec des propositions visant à accroître la participation des membres, à savoir :
 - la création d'un forum de discussion sur le site Internet de l'OMS pour la communication entre les membres du Conseil (un Conseil exécutif virtuel) ;
 - une participation plus précoce des membres à l'examen des thèmes inscrits à l'ordre du jour du Conseil ;

- l'institution d'une séance de questions formelles au Directeur général pendant les sessions du Conseil ;
- une mise au courant plus formelle des nouveaux membres.

5. Les membres ont appuyé ces propositions d'une manière générale. Ils ont également considéré qu'il fallait davantage de liens entre le Conseil et les comités régionaux et que le Conseil devait assumer plus pleinement son rôle de suivi des résolutions et des décisions de l'Assemblée de la Santé. La période entre janvier et mai devrait servir à informer les délégations à l'Assemblée de la Santé sur les questions examinées par le Conseil et à évaluer les questions susceptibles de soulever des difficultés au cours des délibérations de l'Assemblée.

6. Les réflexions et les idées concernant les orientations futures du Conseil exécutif ont également porté sur les sujets suivants :

- la nécessité d'envisager des mécanismes pour une participation accrue du Conseil à la définition d'orientations stratégiques pour l'action de l'OMS ;
- la nécessité de rendre le Conseil exécutif plus actif que réactif ;
- l'établissement d'un ordre de priorité concernant les points inscrits à l'ordre du jour du Conseil pour que celui-ci consacre suffisamment de temps aux sujets sensibles ou conflictuels ;
- la nécessité de veiller au caractère pratique et à l'applicabilité des résolutions de l'Assemblée de la Santé ;
- la préparation d'un guide à l'intention des nouveaux membres du Conseil, contenant notamment des études de cas permettant de clarifier les méthodes de travail et les façons de traiter différentes questions.

L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

7. L'approche suivie dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* a été longuement examinée. Un consensus s'est dégagé pour estimer que le rapport avait permis une meilleure sensibilisation aux systèmes de santé dans le monde entier ; on a préconisé une participation accrue des États Membres à la collecte des données et à l'examen de la méthodologie par des spécialistes. Des avis ont été exprimés sur la fréquence souhaitable de l'évaluation – annuelle ou tous les deux ou quatre ans – et sur l'utilisation d'une approche par tranches plutôt qu'un classement individuel.

8. Il semble qu'il y ait conflit avec des pays qui ne sont pas satisfaits des concepts utilisés et de la méthodologie appliquée en raison de données fragmentaires ou de la qualité insuffisante de l'information. Certains ministères demandent d'autres éclaircissements et souhaitent que des modifications soient apportées au système. Le cas du Brésil, et le soutien que lui manifestent les ministères des pays de la Région des Amériques, semble être le plus notoire.

9. Plusieurs observations supplémentaires ont été formulées au cours de la discussion :
- l'existence, la qualité et la fiabilité de l'information devraient être examinées – et les informations elles-mêmes échangées – avec les pays et à l'intérieur des Régions ;
 - une formule permettant d'apprécier la performance devrait être acceptée et utilisée par les pays comme moyen acceptable d'évaluation ;
 - le classement individuel est une méthode d'évaluation conflictuelle ; il faudrait envisager des options pour refléter la performance, par exemple des tranches ou groupements ;
 - il faudrait envisager des projets pilotes pour appliquer la méthodologie dans les pays qui fournissent toute l'information nécessaire ;
 - l'auto-évaluation par les pays, selon une méthodologie commune et agréée, devrait être un moyen d'apprécier la performance.

L'EFFORT MASSIF CONTRE LES MALADIES DE LA PAUVRETE

10. Les membres du Conseil souhaitent davantage d'informations sur la genèse et l'évolution de l'effort massif contre les maladies de la pauvreté – une contribution à l'amélioration de la santé des pauvres et à la promotion de la prospérité. Le Directeur général a expliqué que la notion d'effort massif faisait suite à la prise de conscience croissante du rôle central que la santé joue dans le développement économique. On observe une volonté politique importante dans le Groupe des 77 et dans d'autres pays où les problèmes sont les plus importants ; par ailleurs, l'engagement politique en faveur d'un financement accru et durable progresse au sein du G8, de l'Union européenne et des nouvelles « mégafondations ».

11. Les principaux buts de cet effort sont les suivants :
- réduire l'impact, dans les communautés pauvres, des maladies à forte mortalité liées à la pauvreté – infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, maladies parasitaires, paludisme, rougeole, SIDA et tuberculose – ainsi que des grossesses à risque ;
 - utiliser mieux et davantage les vaccins, les médicaments et les produits dont on dispose déjà actuellement ;
 - offrir des incitations à la fourniture de soins de santé aux communautés pauvres, en récompensant le bon travail accompli ;
 - stimuler la recherche et le développement pour une meilleure utilisation des outils existants et la mise au point de technologies nouvelles.

Il s'agit de mettre en oeuvre l'effort, sous la tutelle des gouvernements, au moyen de services de santé diversifiés (associant l'Etat, les organisations non gouvernementales, les groupes à base confessionnelle, les dispensateurs privés, les employeurs, les communautés et les autres moyens qui ont fait leurs preuves). Les membres ont accueilli très favorablement cette initiative et demandé à être tenus informés des faits nouveaux et des progrès accomplis.

LES LIENS ENTRE MEDECINE CLINIQUE ET SANTE PUBLIQUE

12. Un rapport sur la médecine clinique et la santé publique établi par le Président a été examiné dans le cadre d'un des groupes restreints. Les membres ont proposé que le document soit joint au rapport du Président au Conseil (voir l'annexe du présent document). Il a généralement été reconnu que d'autres efforts seraient nécessaires pour définir la forme et la configuration de l'initiative proposée. Certains membres ont proposé de préparer une résolution pour l'application d'un plan d'action.

ANNEXE

COMMENT RECONCILIER MEDECINE CLINIQUE ET SANTE PUBLIQUE

1. Au cours des deux derniers siècles, l'exercice de la médecine et la pratique de la santé publique ont évolué de façon à offrir deux facettes distinctes de la même réalité. On a même vu s'affirmer deux professions indépendantes et parfois concurrentes. Il s'agit ici de plaider en faveur d'une réconciliation fondée sur la coopération.
2. Il y a longtemps que les politiciens et les experts préconisent des solutions de **santé publique** pour faire face aux maladies liées à la pauvreté découlant, par exemple, de la pollution de l'environnement, d'aliments contaminés, de la crise du logement ou de conditions de travail médiocres. Les inspirateurs, ceux qui ont fait bouger les consciences et recherché des solutions, étaient des cliniciens qui, après avoir pris connaissance des corrélats des maladies à travers leurs patients, ont fait pression sur les gouvernements et les parlements pour qu'ils adoptent des lois, imposent des règlements et trouvent les ressources nécessaires afin d'intervenir.
3. Parallèlement aux importants progrès scientifiques, en particulier dans le domaine de la microbiologie, ces liens sont devenus profondément ancrés dans des connaissances donnant naissance à la base cohérente d'une politique mondiale de santé publique au début du XX^e siècle. Après la Seconde Guerre mondiale, médecine clinique et santé publique ont commencé à suivre des voies indépendantes ; souvent, leurs activités ont même été en concurrence sinon en conflit. Au niveau théorique aussi, la santé publique a suivi sa propre route, devenant une discipline distincte. La réputation des praticiens de la santé publique a souffert face à l'image des cliniciens qui, eux, réussissaient à sauver des vies grâce aux technologies modernes. La santé publique est apparue comme le domaine de bureaucrates et de technocrates retranchés dans des ministères ou des organisations internationales. Les ministères de la santé publique mis en place au début du XX^e siècle dans la plupart des pays ont gardé un profil bas, ne jouissant que d'une influence limitée au sein de la plupart des gouvernements.
4. Pour sa part, la **médecine clinique** s'est vu attirée de plus en plus par la biologie – cellulaire et moléculaire – et par la génétique. Les récents progrès biomédicaux et scientifiques ont permis des percées, par exemple la mise au point de médicaments nouveaux, des interventions chirurgicales de haute technicité comme les transplantations d'organes, ou encore la thérapie génique. Les cliniciens, dans la sécurité de leur milieu hospitalier, privilégiant la santé individuelle, se sont coupés du plus grand nombre. Leur succès s'est accompagné d'un accroissement parallèle des coûts et des attentes du public. Or on n'a pu contenter que ceux qui pouvaient payer, engendrant la frustration de tous ceux qui avaient l'impression d'être économiquement mieux lotis, mais de se sentir moins bien.
5. Dans plusieurs pays, les coûts de la santé, dont la part du PNB a atteint jusqu'à 10 à 14 %, sont devenus un problème macroéconomique. Des initiatives visant à endiguer les coûts et à répartir les ressources ont commencé à être mises en oeuvre partout avec, par exemple, comme solutions courantes ou forcées, des plafonds de dépenses et de nouvelles méthodes de budgétisation et de gestion des soins. La médecine clinique s'est fait piéger par ses propres succès ; les utopies des médecins ont commencé à s'effondrer sous les coups de boutoir des réalités environnantes.

LA REVOLUTION DES SOINS PRIMAIRES ET LE FOSSE CROISSANT

6. Au cours des années 70, l'OMS a commencé sa propre révolution : les soins de santé primaires ont été inscrits dans la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et dans la Déclaration d'Alma-Ata qui, ensemble, ont été l'expression d'une démocratisation des soins de santé. Les médecins pieds nus, les praticiens traditionnels et le personnel d'appui agissant avec les communautés et au sein des communautés étaient les acteurs de cet effort nouveau privilégiant les populations pauvres et sous-desservies. Pourtant, le fossé entre santé publique et médecine clinique s'est élargi et approfondi ; dans beaucoup de pays, la santé publique, y compris les soins primaires destinés aux pauvres et l'assainissement de base, n'a reçu que 20 % des dépenses consacrées à la santé alors que la médecine clinique obtenait la part du lion.

7. Les responsables politiques de haut niveau, en commençant à réagir au schisme entre santé publique et médecine clinique, ont proposé des solutions pour combler le fossé. Comme exemple d'une initiative visant à donner aux chercheurs cliniques une vue plus large des soins de santé dans les pays en développement, on peut mentionner le Réseau international d'Epidémiologie clinique appuyé par la Fondation Rockefeller depuis plus de 20 ans. Une autre initiative est la Collaboration Cochrane pour une médecine fondée sur des bases factuelles, lancée par l'Université d'Oxford (Royaume-Uni) et l'Université McGill (Canada). Définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleurs éléments disponibles pour prendre les décisions concernant les soins dispensés au niveau individuel », ¹ la médecine fondée sur des bases factuelles s'est progressivement imposée comme moyen de rationaliser l'utilisation des ressources pour aboutir à une réduction des coûts et à une amélioration des normes éthiques dans ce domaine. L'éthique occupe toujours une place fondamentale dans l'exercice de la médecine ; elle a eu et elle aura un rôle crucial à jouer dans les progrès cliniques, mais aussi dans la santé publique, en particulier en matière de répartition des ressources.

8. L'assurance de la qualité a également été une réponse aux excès de la pratique clinique et à ses conséquences néfastes, certains pays ayant mis en place des organismes de promotion de l'assurance de la qualité. D'autres initiatives, comme la « gouvernance clinique », conduisent à une amélioration de la qualité, à un usage rationnel des ressources et à l'excellence médicale. L'assurance de la qualité est une approche précieuse et intéressante.

RECONCILIER LES DEUX APPROCHES

9. Le changement de comportement culturel favorise une meilleure prise de conscience et une meilleure collaboration entre cliniciens et responsables de la santé publique. Tous deux ont les mêmes buts et sont confrontés aux mêmes conditions extérieures caractérisées par une situation de pénurie et l'obligation de répartir les ressources entre des secteurs concurrents. S'intéressant aux problèmes et aux maladies qui touchent le plus grand nombre, l'OMS doit mettre l'accent sur les majorités, les pauvres, les malades et les groupes sous-desservis. Les priorités définies par l'OMS, notamment les maladies liées à la pauvreté, la lutte antitabac et la capacité et la performance des systèmes de santé, traduisent un engagement envers l'humanité entière, y compris les gens qui vivent dans des pays à revenu élevé et sont touchés par des épidémies courantes, comme les maladies liées au tabac à l'origine aujourd'hui d'un tiers de tous les décès de la planète. On peut donc soutenir que la médecine et la santé publique réconciliées

¹ D. L. Sackett et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312 (January 13), 71-72.

devraient avancer ensemble avec des méthodes communes face à des problèmes communs. Le défi pour l'avenir consiste à savoir comment conjuguer les forces pour améliorer l'efficacité des efforts communs. Les professionnels de la santé publique doivent convaincre les cliniciens de s'associer à cette entreprise pour prouver au reste de la société que les deux professions peuvent collaborer pour le bien de tous.

PROPOSITION

10. Un projet est proposé pour promouvoir la réconciliation de la santé publique et de la médecine clinique sur la base des principes suivants :

- les cliniciens devraient utiliser les bases épidémiologiques et l'information sanitaire fondée sur la population pour reconnaître la pertinence de questions plus larges que le simple bien-être individuel et répartir leurs efforts en conséquence ;
- les priorités de la pratique clinique devraient être fixées sur la base de l'information au niveau de la population et les interventions être conçues et appliquées en fonction de leur efficacité et de leur efficacité ; et
- les cliniciens devraient bien comprendre les implications économiques de leurs décisions et être conscients des aspects gestionnaires de leurs résultats.

11. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant* a été important par les propositions formulées concernant un nouveau paradigme pour analyser les systèmes de santé, en tenant compte aussi bien des utilisateurs que des dispensateurs et en apportant une distinction entre services personnels et non personnels, et pour générer des ressources, y compris des ressources matérielles et humaines, en même temps que des recherches et des connaissances. Ce progrès contribuera grandement au rapprochement entre médecine clinique et santé publique.

12. Le projet proposé doit viser à :

- informer explicitement les cliniciens et les milieux de la santé publique des principes ci-dessus et de leur interdépendance ;
- définir les acteurs clés et évaluer dans quelle mesure ils connaissent les problèmes et sont désireux de participer au projet ;
- proposer des activités permettant d'associer les cliniciens et les professionnels de la santé publique à tous les niveaux ; et
- élaborer des lignes directrices opérationnelles pour le projet.

13. Le projet devrait notamment déboucher sur les résultats suivants :

- des réunions d'analyse et de discussion ;
- des documents fixant les buts, objectifs et domaines de collaboration ;

- des analyses des méthodes et des outils nécessaires pour réconcilier les deux professions, par exemple assurance de la qualité, gouvernance clinique et médecine fondée sur des bases factuelles ;
et
- un meilleur niveau de compréhension et d'appréciation mutuelles.

= = =