HAL
open science

Politiques pour l'adoption des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé publique : La caractérisation normative du programme brésilien de télésanté face aux recommandations d'organisations internationales

Vanderlei Veget Cassiano Lopes Junior

To cite this version:

Vanderlei Veget Cassiano Lopes Junior. Politiques pour l'adoption des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé publique : La caractérisation normative du programme brésilien de télésanté face aux recommandations d'organisations internationales. Sciences de l'information et de la communication. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2016. Français. NNT : 2016MON30060 . tel-01529566

HAL Id: tel-01529566

https://theses.hal.science/tel-01529566v1

Submitted on 31 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Collège Doctoral du Languedoc-Roussillon

THÈSE

Pour obtenir le grade de

Docteur

Délivré par **L'UNIVERSITÉ PAUL VALÉRY MONTPELLIER 3**

Préparée au sein de l'école doctorale **60 TERRITOIRES, TEMPS, SOCIÉTÉS ET DÉVELOPPEMENT**

Et de l'unité de recherche EA CORHIS (7400) COMMUNICATION, RESSOURCES HUMAINES, INTERVENTION SOCIALE

Spécialité : SCIENCES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

Présentée par Vanderlei Veget CASSIANO LOPES JUNIOR

Politiques pour l'adoption des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé publique :

La caractérisation normative du programme brésilien de télésanté face aux recommandations d'organisations internationales

Soutenue le 11 juillet 2016 devant le jury composé de

Madame Mihaela-Alexandra TUDOR, Maître de Conférences HDR, Université Paul Valéry, Montpellier	Membre
Monsieur Gino GRAMACCIA, Professeur des universités, Université de Bordeaux 1	Rapporteur
Madame Valentina PRICOPIE, Professeure des universités, Institut de Sociologie de l'Académie Roumaine (Roumanie)	Rapporteure
Monsieur Stefan BRATOSIN, Professeur des universités, Université Paul Valéry, Montpellier	Directeur de thèse

ARTS, LETTRES, LANGUES, SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY MONTPELLIER 3

Cette thèse a été préparée au sein du laboratoire :

CORHIS, EA 74000, Université de Montpellier 3 – Route de Mende, 34 199 Montpellier CEDEX 5

À mes parents,

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Monsieur Stefan Bratosin qui, en 2012, a si gentiment accepté ma demande pour réaliser cette recherche à l'École Doctorale 60 TTSD (Territoires, Temps, Sociétés et Développement) de l'Université Paul Valéry. En plus d'être un éminent théoricien qui réalise un travail exceptionnel dans son domaine d'activité, il possède un grand cœur et est doué d'une rare sensibilité pour indiquer la meilleure voie à suivre.

C'est grâce à ses conseils, à son encadrement et à ses encouragements constants que j'ai pu prendre la mesure de mon projet de recherche et de sa méthodologie et ainsi progresser dans mon étude et ma thèse. Sans son appui constant, je n'aurais pas réussi à surmonter les moments les plus difficiles et il m'aurait été impossible de conclure ce travail.

Je remercie également Madame Mihaela-Alexandra Tudor, Maître de conférences HDR, Université Paul Valéry, pour la qualité de ses contributions tout au long de mes recherches, et dont la sensibilité et l'intelligence m'ont souvent inspiré et aidé à aller de l'avant. L'opportunité de connaître ces professionnels et de travailler avec eux pour réaliser ma thèse a été pour moi une expérience très enrichissante.

Aux membres de l'équipe d'accueil CORHIS, à sa direction et à tous les collègues, professeurs et chercheurs qui en font partie, je présente ici mes sincères remerciements, ainsi qu'à l'équipe administrative de l'Université Paul Valéry, aux amies et aux amis que j'ai faits à Montpellier et à ceux que j'ai laissés au Brésil, en particulier, à mes professeurs Edouard Braun et Cleomar Rocha.

Je tiens aussi à souligner l'appui donné par le Ministère de la Science, Technologie et Innovation du Brésil, par l'intermédiaire du Conseil National de Développement Scientifique

et Technologique et de son Programme Sciences sans Frontières, qui a permis le financement intégral de mon doctorat.

Finalement, je ne saurais oublier l'appui que j'ai reçu de ma famille et de ma compagne au long de ces dernières années et qui a été fondamental pour atteindre cette conquête, des personnes spéciales qui m'ont toujours encouragé à persévérer.

RÉPERTOIRE DE SIGNES UTILISÉS

@LIS	Alliance for the Information Society
AC	Analyse du contenu
AD	Analyse du discours
AG	Assemblée générale
AIM	Advanced informatics in medicine
BSP	Bureau Sanitaire Panaméricain
CBTms	Conseil brésilien de télémédecine et santé
CD	Conseil directeur
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CMDT	Conférence mondiale sur le développement des télécommunications
CNU	Conseil National des Universités
CNPq	Conseil National pour le développement scientifique et technologique
DOT	Digital opportunities task force
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations Unies
eLAC	Plan d'action régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes
ETP	Éducation thérapeutique des patients
FMI	Fonds monétaire international
FP	Framework Program
GII	Global Information Infrastructure
GIS	Global Information Society
GHAP	Global Healthcare Applications
GOe	Global Observatory of e-health
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoires
ICANN	Internet Corporation for Assigned Names and Numbers
ICT	Information and communications technology
IDH	Indice de développement humain
INAMPS	Institut National d'Assistance Médicale de la Prévoyance Sociale
ITU	International Telecommunication Union
NOB	Norme opérationnelle
MCT	Ministère de la science et de la technologie
MCTI	Ministère de la science, de la technologie et de l'innovation
MS	Ministère de la Santé
NII	National Information Infrastructure

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OEA	Organisation des États Américains
OIHP	Office International d'Hygiène Publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPAS	Organisation Panaméricaine de la Santé
OSCILAC	Observatoire pour la société de l'information en Amérique latine
PACS	Programme d'Agents Communautaires de la Santé
PAHO	Pan American Health Organization
PDEM	Pays développés à économie de marché
PMA	Pays les moins avancés
PNIIS	Politique nationale d'informatique en santé
PNAB / PNSP	Politique Nationale de Soins Primaires
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSF	Programme Santé de la Famille
RAS / RSS	Réseaux de soins de santé
RD	Recherche et développement
SAS	Secrétariat à l'Attention à la Santé
SATI	Systèmes d'archivage et de transmission d'images
SGTES	Secrétariat à la Gestion du travail et à l'éducation en santé
SIB	Société de l'information au Brésil
SMSI	Sommet mondial sur la société de l'information
SOF	Seconde opinion formative
ESF / SSF	Stratégie santé de la famille
SUDS	Système Unifié et Décentralisé de Santé
SUS	Système Unique de Santé
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UBS	Unités de base de santé
UIT	Union Internationale des télécommunications
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fons de Nations Unies pour l'enfance
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WSIS	World Summit on the Information Society
WTSA	World Telecommunication Standardization Assembly

TABLE DE MATIÈRES

REMERCIEMENTS **4**
RÉPERTOIRE DE SIGNES UTILISÉS **6**
TABLE DE MATIÈRES **8**
INTRODUCTION **14**

PARTIE I – CADRE MÉTHODOLOGIQUE **23**
Chapitre 1 – Bases pour l'analyse du corpus. Présentation de concepts **24**
1.1 Choix pour l'analyse de documents **24**
1.1.1 Inférences à partir des documents : exemple 24
1.2 Analyse de contenu (AC) **29**
1.3 Analyse du discours (AD) **30**
1.3.1 Les performatifs et leur application dans les documents étudiés 33
1.3.2 La notion de formule 35
1.3.3 En conjugaison avec la notion de formule : les récurrences 38
1.3.4 Autres aspects des récurrences et introduction à la question du « modèle » 39
1.4 Bases pour la comparaison dans la recherche **40**
1.4.1 Le multilatéralisme, la fonction des récurrences et la croissance de la régulation transnationale 42
1.4.2 Les recommandations en tant que figure centrale dans les documents et leur nature 44
1.4.3 Coercibilité et « pression » 46
1.4.4 L'acceptation d'une recommandation par le corpus juridique d'un État 48
Chapitre 2 – Méthodes **51**
2.1 Quant au premier groupe de documents **52**
2.1.1 Identifier les éléments « observables pertinents » dans chaque document et leur récurrence dans un même document 52
2.1.2 Organisation d'un tableau d'éléments observables récurrents 53
2.1.3 Les éléments observables récurrents dans différents documents : comparaison 53
2.1.4 Élaboration d'un tableau final d'éléments « observables récurrents » en lien avec le thème de la « télésanté » identifiés dans les documents traitant de la « société de l'information » 53
2.1.5 Élaboration de quatre tableaux d'éléments observables récurrents en lien avec la question de la « télésanté », relatifs aux documents de l'UIT, de l'OMS, de la CEPALC et de l'OPAS 54
2.2 Quant au second groupe de documents **54**
2.3 Toujours en ce qui concerne les méthodes: le « proccès d'acceptabilité » dans l'analyse du premier groupe de documents **56**

2.3.1 La legitimité 57
2.3.2 L'efficacité 58
2.3.3 La coercibilité 59
Chapitre 3 – Matériels 61
3.1 Introduction 61
3.2 Définition des organisations et justification 61
3.3 Définition des organes liés à l'administration publique brésilienne et justification 63
3.4 Documents faisant partie du « premier groupe » 63
3.4.1 Les plans pour le développement d'une société de l'information antérieurs à la réalisation du SMSI (période 1993-2003) 63
3.4.2 Les documents finals du Sommet mondial sur la société de l'information, SMSI (période 2003-2005) 65
3.4.3 Documents de l'UIT, période 2006 - 2014 66
3.4.4 Documents de l'OMS, période 2005 67
3.4.5 Documents de la CEPALC, période 2005 - 2015 68
3.4.6 Documents de l'OPAS, période 2011 69
3.5 Documents faisant partie du « second groupe » 70
3.5.1 Documents normatifs relatifs au programme Telessaúde Brasil, période 2006 - 2011 70

PARTIE II – CADRE THÉORIQUE 73
Chapitre 4 – La déclinaison du plan politique mondial pour l'adoption des TIC dans le contexte local 74
4.1 Aspects généraux de la recherche et sa relation avec le domaine des sciences de l'information et de la communication 74
4.2 L'adoption des TIC par l'État dans une perspective globale 76
4.2.1 L'État, le contexte politique mondial et ses politiques internes 77
4.3 Raisons ayant guidé le choix des acteurs politiques considérés dans la recherche 79
4.3.1 Définition des acteurs politiques considérés dans le contexte régional et local 80
4.4 Le rôle du SMSI dans la dynamisation des relations entre les acteurs politiques 83
Chapitre 5 – La santé publique et le système public de santé au Brésil 87
5.1 Introduction 87
5.2 La santé en tant que thème d'intérêt de l'État 88
5.3 Quand la « santé » devient « publique » 88
5.3.1 Santé publique et droit à la santé : quel concept et quelle limite ? 91
5.4 La santé publique au Brésil : la réforme sanitaire et le Système Unique de Santé 93
5.4.1 La Santé Publique au Brésil (I). Entre l'individualisme et l'universalisme, entre la concentration et la décentralisation 93
5.4.2 La Santé Publique au Brésil (II) : Système Unique de Santé – Quelle est la politique ? ... 96
5.4.2.1 Éléments de la santé publique brésilienne et comparaison Brésil - France 96

5.4.2.2 Contexte de la santé publique brésilienne à l'époque de la création du SUS 100
5.4.2.3 Progrès réalisés dans l'universalisation et la décentralisation 103
5.4.2.4 Les progrès relatifs dans l'universalisation 104
5.4.2.5 Décentralisation et réévaluation de l'importance des municipalités pour le système brésilien de santé publique : la nécessité d'interconnexion 105
5.4.2.6 Le rôle joué par les soins primaires de santé dans la réforme 106
5.4.2.7 Les soins primaires au Brésil et le contexte international 108
5.4.2.8 Compte tenu des caractéristiques, des défis et des besoins du système, quel est le rôle réservé aux TIC ? 110

Chapitre 6 – La santé et la technique. Progrès technologiques et télésanté 116

6.1 Introduction 116

6.2 Quel est le type de relation entre technologie et santé qui nous intéresse ? 119

6.3 Télésanté : terminologie, concepts et portée 122

6.3.1 Télématique sanitaire 123
6.3.2 Télésanté et télémédecine 124
6.3.3 Cybersanté et e-Santé 127

6.4 Proposition d'un mode de classification des initiatives de l'État pour le développement de la télésanté 129

PARTIE III – DESCRIPTION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DEUX GROUPES DE DOCUMENTS 133

Chapitre 7 – Les plans pour le développement d'une société de l'information 134

7.1 Introduction : structure et éléments observables dans la National Information Infrastructure (Agenda of Action NII, 1993) 134

7.2 Analyse des plans pour le développement de la SI au niveau global 139

7.2.1 Global Information Infrastructure (GII, 1994) 139
7.2.1.1 Introduction 139
7.2.1.2 La légitimité 139
7.2.1.3 La coercibilité 142
7.2.1.4 Les « éléments observables » et la question de l'efficacité 142
7.2.2 Global Information Society (GIS, 1995) 145
7.2.2.1 La legitimité 145
7.2.2.2 La coercibilité 147
7.2.2.3 Les observables liés à la télésanté et la question de l'efficacité 148

7.3 Analyse des plans pour le développement de la SI en Europe 149

7.3.1 « Recommandations to the European Council » (Bangemann Report, 1994) 149
7.3.1.1 La légitimité 150
7.3.1.2 La coercibilité 151
7.3.1.3 Observables, les prévisions relatives à la télésanté et la question de l'efficacité 152

7.3.2 Corfu European Council: conclusions of Presidency (1994) et la caractérisation du débat sur la société de l'information en Europe dans les documents suivants : The Information Society: From Corfu to Dublin (1998); The Fourth RTD Framework Programme (1994-1998); The Fifth RTD Framework Programme (1998-2002); e no plano eEurope (2000 - 2002).....153

7.3.2.1 Description générale des plans et mention à leur observables associés à la télésanté 153

7.3.2.2 Le proccès d'acceptabilité des plans.....156

7.4 Analyse des plans pour le développement de la SI en Amérique latine et au Brésil 157

7.4.1 Déclaration de Florianópolis.....158

7.4.1.1 Éléments observables.....158

7.4.2 Déclaration de Bavarois.....160

7.4.2.1 Éléments observables.....161

7.4.3 Analyse des plans brésiliens de la période.....163

7.4.3.1 Brève description du contexte brésilien dans les années 1990.....163

7.4.3.2 Le SIB et la légitimité.....164

7.4.3.3 Autres éléments observables importants et la question de la télésanté dans le document 166

7.4.3.4 La coercibilité et l'efficacité dans le SIB.....168

7.4.3.5 Livre vert et Livre blanc.....169

Chapitre 8 – Les documents finals du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI), période 2003 – 2005.....171

8.1 Introduction 171

8.2 La legitimité.....173

8.3 Éléments observables, les prévisions sur la télésanté et la question de l'efficacité.....177

8.4 Les éléments observables relatifs à la télésanté dans les documents finals su SMSI.....180

8.5 L'efficacité.....182

8.6 Tableau de récurrences et retour à la question de la « légitimité -homogénéisation », en lien avec les recommandations pour la « télésanté ».....182

8.7 La coercibilité et les fonctions d'information et de surveillance du Sommet 186

8.8 Résultats et discussion finale.....188

Chapitre 9 – Analyse des documents d'organisations internationales : UIT, OMS, CEPALC et OPAS.....191

9.1 Introduction 191

9.2 Analyse des documents de l'Union internationale des télécommunications, UIT (période 2006 – 2014).....192

9.2.1 Introduction.....192

9.2.2 Présentation de l'organisation et des documents analysés.....193

9.2.3 Les résolutions concernant la « télésanté » dans les rapports de la CMDT/UIT publiés au cours de la période 1994-2002.....195

9.2.4 La légitimité.....198

9.2.5 La coercibilité 200

9.2.6 L'efficacité et le retour à la question de la legitimité (homogénéisation) 201

9.3 Analyse des documents de l'Organisation mondiale de la Santé, OMS (période post-SMSI, 2005).....204

9.3.1 Introduction.....204

9.3.1.1 Relation OMS - UIT 204

9.3.1.2 Relation OMS et organisations régionales 206

9.3.1.3 Autres attributions de l'OMS définies dans sa Constitution 206

9.3.2 Les documents analysés : contextualisation et choix 208

9.3.3 La legitimité.....209

9.3.4 La coercibilité et l'efficacité 212

9.4 Analyse des documents de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, CEPALC (période 2005-2015).....215

9.4.1 Introduction.....215

9.4.2 Définition des documents analysés 216

9.4.3 Questions relatives à la légitimité, compte tenu des performatifs des Engagements de Rio et de San Salvador et des Déclarations de Lima et Montevideo 218

9.4.4 Les aspects thématiques généraux des Plans eLAC et la question da légitimité, de l'efficacité et de la coercibilité.....220

9.4.5 Les prévisions relatives à la « télésanté » dans les plans eLAC.....223

9.4.6 La coercibilité et les documents relatifs au suivi et à l'observation dans les plans eLAC 224

9.5 Analyse des documents de l'Organisation panaméricaine de la Santé, OPAS (période 2011)225

9.5.1 Introduction.....225

9.5.2 Définition des documents analysés 226

9.5.3 Les éléments observables récurrents, les performatifs, la légitimité 226

9.5.4 L'efficacité et la coercibilité 230

Chapitre 10 – Documents normatifs relatifs au Programme Télésanté Brésil.....232

10.1 Introduction 232

10.2 Documents normatifs qui traitent de la Commission permanente de télésanté 233

10.2.1 Description et analyse.....233

10.3 Documents normatifs qui traitent de l'institution du programme ou qui y introduisent des modifications ou des adaptations 234

10.3.1 Arrêté nº 35/2007 et arrêté nº 402/2010 235

10.3.1.1 Description et analyse 235

10.3.1.1.1 Aspects similaires entre les deux arrêtés 235

10.3.1.1.2 Nouveaux éléments ajoutés par l'arrêté nº 402/2010: 236

10.3.1.2 Discussion 236

10.3.2 Arrêté nº 2546/2011 et arrêté nº 2554/2011.....238

10.3.2.1 Description et analyse 238

10.3.2.2 Discussion 239

10.4 Autres documents normatifs qui conditionnent le programme 241

10.4.1 Description et analyse 241

10.5 Analyse et Résultats Finals 244

10.5.1 Observables relatifs au programme, sur base du cadre normative étudié 244

10.5.2 Comparaison entre les observables relatifs au programme et ceux identifiés dans les autres documents étudiés 245

10.5.3 Spécificités du contexte brésilien et la question de l'adaptation du cadre normatif local aux recommandations internationales 250

10.5.3.1 Primière hypothèse: 256

10.5.3.2 Seconde hypothèse 257

CONCLUSION GÉNÉRALE 259

BIBLIOGRAPHIE 265

INDEX DE FIGURES 293

INDEX DE TABLEAUX 294

ANNEXE I 296

ANNEXE II 299

ANNEXE III 301

INTRODUCTION

Compte tenu des définitions de notre champ de recherche et de l'approche spécifiée dans la Section 71 du Conseil National des Universités (CNU), le cœur de cette recherche est orienté vers les *« politiques pour l'adoption des TIC dans le champ de la santé publique »,* et plus particulièrement vers la *« caractérisation normative du programme Telessaúde Brasil Redes face aux recommandations d'organisations internationales ».*

Réalisée dans l'équipe d'accueil CORHIS – Communication, Ressources Humaines, Intervention Sociale (EA 7400), sous la direction du Dr. HC Stefan Bratosin et avec l'appui institutionnel et le financement du Conseil National pour le Développement scientifique et technologique du Brésil (CNPq), notre recherche a pour but d'explorer et de comprendre le rôle de l'État dans la définition de politiques pour l'adoption des TIC en vue de la qualification des services publics.

Notre intérêt d'analyser la relation entre la « définition de politiques par l'État » et l'« adoption des TIC dans le secteur public » est d'abord dû à l'influence de notre parcours professionnel, à savoir 12 ans d'expérience au gouvernement brésilien au poste de gestionnaire public. C'est dans ce contexte que nous avons, entre autres, participé à l'élaboration de mesures d'optimisation de services publics et à la définition de procédures et de règlements.

Ensuite, notre expérience académique dans le domaine du droit, avec le master et le master 2 consacrés au domaine des sciences de l'information et de la communication, a aussi

exercé une indéniable influence sur la définition de l'objet de notre étude, de sa problématique et de sa méthodologie.

Finalement, d'un point de vue strictement personnel, la décision de réaliser cette recherche en France nous a aidés à élargir nos perspectives d'analyse et nos références théoriques, ce qui nous a conduits à adopter un regard croisé comme stratégie de compréhension du problème.

Dès le départ, les questions centrales de la recherche et de sa problématique, nous ont semblé exiger non pas une approche limitée au seul contexte local – ici, brésilien –, mais bien de jeter un regard investigateur qui tiendrait également compte des implications du contexte international sur le pays en question.

Il nous fallait comprendre comment les différents acteurs impliqués dans la définition de politiques pour la télésanté se communiquaient, aux différents niveaux d'action politique, mondial, régional ou local.

Avant d'aborder le thème de l'« adoption de politiques pour la télésanté » par le gouvernement brésilien, nous avons traité d'une question plus large concernant l'« adoption de politiques pour les TIC », et nous avons pu constater que celle-ci faisait déjà partie, depuis quelque temps, des discussions politiques mondiales, comme l'indiquaient, par exemple, les divers plans liés au développement d'une « société de l'information ».

Dans ces plans, nous avons pu identifier des recommandations spécialement destinées à la régulation du champ de la télésanté, impliquant plusieurs acteurs politiques dans la définition des plans et des propositions pour les politiques nationales en vue du développement de ce secteur.

Parmi ces « acteurs », citons l'engagement d'organisations internationales faisant partie des Nations unies, telles l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Union Internationale des Télécommunications et celles qui travaillent dans le cadre de l'Amérique Latine, région géopolitique où le Brésil se situe.

En soulignant le rôle de ces organisations dans la diffusion de modèles ou recettes politiques dans le monde, notre recherche a pris en considération aussi bien le phénomène de la mondialisation que la question délicate de la régulation internationale.

À partir de ces constatations préliminaires, nous avons établi que la recherche devait se concentrer sur l'*étude de la caractérisation normative du programme de télésanté brésilien face aux recommandations d'organisations internationales sur la question,* et notamment des organisations faisant partie des Nations unies travaillant à l'échelle mondiale ou régionale, à savoir le continent latino-américain dans le cas qui nous intéresse plus particulièrement.

La comparaison (ou confrontation) entre ces deux pôles nous a semblé la meilleure solution pour vérifier les retombées du global et du régional sobre le local.

Quant aux hypothèses, la première visait à vérifier l'affirmation que le *gouvernement du Brésil, répondant à l'appel lancé internationalement et légitimé par le discours de plusieurs organisations internationales, s'était engagé à élaborer une politique pour le secteur de la télésanté, en créant un programme national en 2007.*

Et la seconde hypothèse, quant à elle, cherchait à confirmer la justesse de l'affirmation : *dans la formulation des bases de son programme, le pays satisfait aux prévisions les plus récurrentes, réitérées dans les recommandations internationales sur la question.*

Pour mettre ces hypothèses à l'épreuve, il a d'abord fallu réfuter l'affirmation qu'un État membre d'une organisation internationale est tenu de respecter ses recommandations, étant même sujet à des sanctions en cas de non-observance.

Ensuite, il a fallu démontrer que, bien qu'on ne puisse pas parler de sanctions infligées aux pays ou d'« obligation », les organisations internationales s'appuient sur des structures de sensibilisation qui visent à favoriser l'engagement des États membres pour qu'ils adoptent des modèles ou des recettes de politiques détaillés dans leurs recommandations.

Finalement, nous avons vérifié la correspondance entre les prévisions ou bases du cadre normatif du Programme Telessaúde Brasil Redes et celles trouvées dans la base de documents du corpus, en particulier dans les documents publiés par les organisations internationales étudiées.

Outre ces trois étapes principales, un important travail préliminaire a été réalisé pour présenter l'état des lieux et le cadre théorique de la recherche, relativement aux thèmes de l'adoption de politiques pour les TIC dans le monde et au débat sur la société de l'information, le phénomène de la mondialisation et le rôle des organisations internationales

dans la régulation mondiale, la santé publique et la santé publique au Brésil, et finalement, la relation entre la santé, les progrès des technologies de la communication et de l'information et l'émergence de la télésanté.

Les principaux résultats de notre recherche sont présentés dans le dernier chapitre et dans la conclusion générale du travail. Pour expliquer la méthode adoptée pour les trois grandes étapes de la recherche, nous allons détailler l'ensemble des méthodes et du matériel utilisés ainsi que notre base épistémologique.

En ce qui concerne la première étape, nous nous sommes concentrés sur l'étude du « système juridique des organisations internationales » et de la « valeur juridique de leurs résolutions » (Marchi 2002, Castaneda 2015). Nous avons vérifié que les « recommandations », qui constituent la figure centrale dans les documents étudiés, avaient plutôt le sens d'une « invitation » que celui d'une obligation.

Nous avons ainsi constaté que le fait qu'un État membre de l'ONU ou d'une autre organisation internationale ait signé des accords de coopération avec elles n'implique pas que cet État soit tenu de respecter les recommandations émises par ces organisations. Cette constatation nous a permis d'identifier dans les documents du corpus la présence de structures de sensibilisation, destinées à encourager l'engagement des États membres.

Pour ce qui est de la deuxième étape, la démonstration de la présence de ces structures a exigé la définition d'une méthode d'analyse. Pour ce faire, nous avons eu recours aux outils de l'analyse du discours (AD) et de l'analyse du contenu (AC) pour mettre en évidence dans les documents les éléments observables pertinents et pour les associer ensuite aux trois structures de sensibilisation : *légitimité, efficacité et coercibilité*.

La première d'entre elles se manifeste dans les documents par la présence de ce qu'on appelle les performatifs (Krieg-Planque 2012, Durand 2007), des formules (Krieg-Planque 2009), et par celle d'« éléments observables récurrents ». En ce qui concerne ces derniers – c'est-à-dire la présence de certains types de recommandations similaires dans les divers documents analysés –, nous les avons associés à l'homogénéisation d'opinions et à la diffusion de modèles et recettes politiques (Garrett 2000, Olivier 2003).

La structure liée à l'« efficacité » a été observée dans les documents par un niveau plus élevé de détail ou de définition (Decaux, 2007) dans les recommandations, en comparaison

avec des orientations similaires trouvées dans d'autres documents. Ce « plus grand niveau de détail » a été associé à la qualité d'une recommandation, et donc à une plus grande possibilité d'être adoptée par un pays membre. Finalement, la structure « coercibilité », a été associée aux prévisions concernant le suivi et l'observation du niveau d'engagement des pays vis-à-vis des déterminations des organisations.

En empruntant le terme utilisé par Krieg-Planque, nous avons associé ces trois structures de sensibilisation à ce qu'elle a appelé le « processus d'acceptabilité ». La vérification de ce processus correspond à une sorte d'hypothèse préliminaire de la recherche.

Une fois confirmée la présence de ce « processus », nous sommes alors passés à la *troisième étape de la recherche*, centrée sur la vérification de la correspondance entre les prévisions ou les bases du programme brésilien de télésanté et les déterminations des organisations, étudiées à partir des documents du corpus.

La comparaison entre les éléments observables trouvés dans les documents des organisations internationales et ceux des documents du cadre normatif du programme brésilien de télésanté nous a permis non seulement de tester nos hypothèses, comme de vérifier la possible influence du processus d'acceptabilité sur la formulation de ce programme.

En ce qui concerne le corpus sur lequel ont été appliquées les méthodes mentionnées ci-dessus, nous avons séparé d'un côté les « recommandations publiées par des organisations internationales qui incitent leurs pays membres à adopter des politiques pour la télésanté », et de l'autre, les « prévisions normatives relatives au programme brésilien de télésanté ». Ces deux parties du corpus ont été nommées « premier groupe » et « second groupe » de documents dans notre étude.

De la liste d'agences spécialisées faisant actuellement partie de plus importante organisation internationale, l'Organisation des Nations unies (ONU), et compte tenu du recoupement des thèmes « technologies de l'information et de la communication » et « santé », nous avons entrepris de vérifier les documents pertinents publiés par l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) et par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En admettant l'influence de la logique de la communauté régionale face à la communauté globale (Pleyers, 2012), nous avons alors analysé les dispositions concernant la

« télésanté », proposées par deux autres organisations internationales faisant partie de l'ONU, mais dont l'action est concentrée sur la région latino-américaine : la Commission Économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC) et l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPAS).

Sur base de l'ensemble de recommandations sur la télésanté proposées par ces quatre organisations et compte tenu de l'importance de connaître les « antécédents » pour disposer de plus d´éléments de comparaison, nous avons inclus les « plans pour le développement d'une société de l'information » dans le premier groupe de documents.

Nous avons ainsi pu vérifier que ces documents abordaient aussi le thème de la télésanté. Soulignons l'importance des principaux plans établis des années 1990 jusqu'à la réalisation du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI), entre 2003 et 2005.

Dans le cadre de notre recherche, la réalisation du SMSI est considérée non seulement comme un antécédent mais aussi comme un important référentiel pour la détermination de tout le corpus, vu l'appui donné à l'engagement international pour la définition de politiques en faveur de la télésanté.

Tous ces documents, que nous avons appelés « antécédents », font partie du « premier groupe » de notre corpus, soit 14 documents au total, traitant du « développement d'une société de l'information », élaborés entre 1993 et 2003 par des pays (Brésil) ou des communautés de pays (G-8, UE, Amérique Latine), y compris les quatre documents finals du SMSI, publiés entre 2003 et 2005.

Font aussi partie de ce « premier groupe » les documents publiés par les quatre organisations internationales UIT, OMS, CEPALC et OPAS sur le thème de la « définition de politiques pour la télésanté », à savoir quatre documents de l'UIT, deux de l'OMS, trois de la CEPALC et deux de l'OPAS, tous publiés entre 2005 et 2015, c'est-à-dire après la réalisation du sommet.

Le « second groupe de documents » est composé des documents relatifs au cadre normatif du programme Telessaúde Brasil Redes, c'est-à-dire neuf arrêtés du Ministère de la Santé du Brésil et un décret de la Présidence de la République.

Compte tenu de la base épistémologique et de la méthode d'analyse utilisée, nous avons vérifié la présence des structures relatives à la légitimité, à l'efficacité et à la

coercibilité, et donc de celles du processus d'acceptabilité, identifié dans les dispositions figurant dans les documents du « premier groupe ».

Pour ce qui est des recommandations liées au thème de la télésanté, nous avons constaté l'insistance de l'appel pour que les pays définissent leurs politiques nationales pour le secteur.

Nous avons également constaté dans ces documents des suggestions plus ou moins détaillées de lignes prioritaires que les pays devraient suivre dans l'élaboration de leurs politiques nationales.

Sur base des éléments observables les plus récurrents trouvés dans les documents étudiés, nous avons identifié huit lignes principales, décrites au chapitre 8, tableau 12 : « récurrences des recommandations sur la télésanté ».

Parmi les huit « éléments observables les plus récurrents », nous avons constaté la prépondérance de cinq d'entre eux qui apparaissent dans tous les documents considérés comme des « plans pour le développement de la société de l'information ». Le processus d'homogénéisation confirmé par la récurrence de certains thèmes dans plusieurs documents, indique une recherche de la légitimation d'un type de modèle, que nous avons associée à la structure de la « légitimité », selon notre base épistémologique.

Quant aux documents des organisations UIT, OMS, CEPALC et OPAS, on constate en résumé :

- la récurrence de bases similaires et l'insistance sur certains principes et certaines lignes d'action (homogénéisation) ;

- l'accent mis sur les pays en développement (UIT, OMS) ;

- un niveau plus élevé de détails (CEPALC, OPAS) pour l'adaptation au contexte régional ;

- la mise en place de structures d'accompagnement et de suivi des États-nations, pour vérifier leur niveau d'engagement (élaboration d'un atlas, de classements, création d'observatoires, d'indicateurs, etc.)

Quant au « second groupe de documents », c'est-à-dire les dix documents du cadre normatif du programme brésilien de télésanté, nous en avons fait à la description, l'analyse et la discussion pour permettre la comparaison entre eux et les éléments observables identifiés dans les documents du premier groupe. Après l'élaboration de plusieurs tableaux analytiques au chapitre 10, nous avons condensé en douze points principaux les éléments importants trouvés dans ces documents, que nous avons ensuite organisés en six groupes thématiques.

En les comparant avec les résultats indiqués dans les tableaux analytiques relatifs aux « documents du premier groupe », nous avons constaté un haut niveau de corrélation, ce qui a ainsi permis de tester et de vérifier les hypothèses de la recherche, comme expliqué à la fin du chapitre 10 et dans la conclusion générale.

Nous croyons que la définition de la base épistémologique et l'application des démarches préalablement définies pour réaliser notre recherche ont été efficaces dans la mesure où elles nous ont permis de mettre les hypothèses à l'épreuve et de dépasser l'étape d'inférences et de constatations préliminaires, souvent basées sur des points de vue qui méritaient d'être revisités.

Nous pensons que le choix du corpus, une des étapes les plus complexes de la recherche, en particulier pour la définition des documents du « premier groupe », s'est révélé cohérent et suffisamment étendu parce qu'il a permis une analyse multiniveau de la recherche, dans le souci de prendre en considération les niveaux politiques global, régional et local.

Quant à la définition de la méthode, nous pensons qu'elle est valable dans la mesure où elle représente une espèce d'hypothèse préliminaire de la recherche. Sa structuration a permis de vérifier que les éléments des documents du « premier groupe » s'ajustent parfaitement aux structures qui cherchent à renforcer l'engagement ou la sensibilisation des pays.

Avant de conclure, il convient de retenir un résultat subsidiaire de notre recherche : en confirmant que l'appel à l'adoption d'une politique nationale pour la télésanté et les bases pour la formulation de cette politique proposées par les organisations étudiées trouvent un écho dans le cadre normatif du programme de télésanté brésilien, nous avons souligné la possibilité de revoir ce qui est indiqué en tant que programme brésilien de télésanté dans le tableau des politiques nationales de l'OMS. La question a été abordée dans un des points du chapitre 10.

Dans la conclusion générale de notre étude, nous avons entrevu une nouvelle approche, qui va en sens inverse de celui adopté dans la structuration de notre recherche : reconnaître, a priori, qu'un État-nation, qui accepte des recommandations d'organisations internationales, participe également à leur propre processus de formulation.

PARTIE I – CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Chapitre 1 – Bases pour l'analyse du corpus. Présentation de concepts

1.1 Choix pour l'analyse de documents

Nous allons maintenant présenter quelques éléments de réponse qui peuvent éclairer la démarche adoptée dans notre recherche et justifier les bases de nos choix méthodologiques, offrant ainsi une vue d'ensemble de notre étude.

Après avoir mentionnée ci-dessus les institutions et les acteurs politiques qui nous intéressent, nous allons aborder les documents officiels élaborés dans le cadre de ces institutions et parler de la forme adoptée pour les étudier.

Quand nous parlons d'« institutions » ou d'« acteurs politiques », ce sont en fait leurs actions qui nous intéressent, matérialisées sous la forme de manuels, de règlements, de plans d'action, de programmes et de normes. Pour les désigner, nous utiliserons l'expression documents officiels[1] ou tout simplement « documents ».

1.1.1 Inférences à partir des documents : exemple

Pour commencer, prenons l'exemple de la définition proposée dans le Manuel d'Instruction du Ministère de la Santé, document officiel du gouvernement brésilien utilisé

[1] L'adjectif fait référence au caractère solennel du document, c'est-à-dire que non seulement il représente la volonté ou la position de l'institution qui le formule, mais il indique aussi qu'il a été élaboré selon les préalables légaux que l'institution est tenue de respecter.

pour diffuser et expliquer les préceptes normatifs qui définissent le *Programme Telessaúde Brasil Redes*[2]. Le document commence par l'exposé de l'objectif principal du programme :

> […] potentialiser la qualification des Soins Primaires / Stratégie de Santé de la Famille et encourager l'emploi des Technologies de l'Information et de la Communication (TICs) pour des activités à distance liées à la santé (Brésil, Ministère de la Santé, 2015, p. 7).

Plus loin,

> Le *Telessaúde* (nous qui soulignons) représente un outil d'articulation entre les soins spécialisés et les soins primaires, car il encourage une nouvelle forme de communication entre les deux. L'élargissement du dialogue entre les secteurs de Soins Spécialisés et de Soins Primaires est essentiel, entre autres, pour augmenter la résolutivité des Soins Primaires et qualifier l'accès des usagers aux services spécialisés (*idem*, 2015, p. 9).

Considérons maintenant l'article 1er d'un autre document, à savoir l'arrêté MS n° 35 du 4 janvier 2007 qui a institué le Programme National de Télésanté au Brésil[3] :

> LE MINISTRE D'ÉTAT À LA SANTÉ […] décide : Art. 1 – Instituer, dans le cadre du Ministère de la Santé, le Programme National de Télésanté, dans le but de développer des actions de soutien à l'assistance à la santé et, surtout, d'éducation permanente de Santé de la Famille, visant à l'éducation pour le travail et, dans la perspective de changements dans les pratiques de travail, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge par le SUS pour les Soins Primaires (Brésil, Ministère de la Santé, 2007).

La première partie du manuel indique que le programme est conçu pour « potentialiser la qualification » du service en question par l'intermédiaire des TIC pour l'action à distance, d'où l'emploi du préfixe *télé-*. Le deuxième extrait souligne l'« incitation à une nouvelle forme de communication », à l'« élargissement du dialogue », à l'« augmentation de la résolutivité » et finalement, à la « qualification de l'accès des usagers aux services ».

À la lecture de ces textes, il est permis d'affirmer que l'instrumentalisation[4] apparaît au cœur du processus, avec un appel insistant aux TIC qui semblent être la condition *sine qua non* pour l'amélioration des services et l'élément matériel le plus fiable.

---

[2] Au sujet de l'expression « Telessaúde Brasil Redes », il s'agit ici du nom original du programme en portugais, que nous utiliserons tout au long du texte en lieu et place de la traduction française programme « Télésanté Brésil Réseaux ».

[3] Le Programme National de Télésanté a été institué au Brésil par l'arrêté du Ministère de la Santé (Cabinet du ministre/MS) n°35 du 04/01/2007, abrogé par l'arrêté n°402 du 24/02/2010 et plus tard, l'arrêté nº 2.546 du 27/10/2011 qui fixera le nouveau nom du programme : Programme National *Telessaúde Brasil Redes.*

Parmi les diverses formes d'accès aux prises de position d'un État, nous avons ici choisi de partir d'un manuel d'instructions et d'un texte légal (arrêté). Bien qu'ils soient de natures différentes, nous nous trouvons en présence de deux documents officiels qui traduisent la position du gouvernement sur un thème. En première analyse, considérant les objectifs et définitions méthodologiques de la recherche, ce type de documents peut nous permettre de tester nos hypothèses de manière concrète.

Dans le but de consolider les bases de notre travail et de justifier notre choix de l'étude de textes officiels, nous parlerons rapidement de l'origine de certains documents dont l'intérêt se situe à la confluence des trois « catégories » suivantes :

a) la figure de l'organisme public, représentée par l'État-nation ;
b) l'expression d'une vision normative de la société et la définition des plans pour la concrétiser ;
c) la perspective de l'instrumentalisation, avec la prévision de l'emploi des technologies de l'information et de la communication (TIC).

Dans les deux documents du Ministère de la Santé mentionnés, nous trouvons deux des trois attributs ci-dessus dans la mesure où ils représentent la figure de l'organisme public (a) engagé dans l'instrumentalisation d'un service public (c).

Il n'y a rien de bien nouveau dans le fait qu'un organisme public comme un État-nation s'applique à optimiser un des services qu'il fournit en améliorant la base matérielle de ce service. Mais comment arriver au point où l'État souhaite améliorer la prestation d'un service en comptant exactement sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) ?

---

[4] En utilisant le terme instrumentalisation, nous voulons faire une référence indirecte à un concept que l'on trouve dans quelques ouvrages des auteurs de l'École de Francfort, mouvement de penseurs fondé par Max Horkheimer en 1931. Il s'agit de la raison instrumentale, terme qui désigne une forme particulière des processus rationnels humains, qui serait caractéristique de la période d'industrialisation, et qui s'opposerait à la raison critique. Ce concept a aussi été utilisé pour caractériser la société de l'information, comme il apparaît dans l'introduction du Glossaire critique :

> Dans la "société de l'information", on peut repérer une double imposition : celles des techniques médiatiques qui enserrent toutes nos activités dans un réseau de plus en plus dense ; celle de l'économie de l'immatériel où la connaissance est avant tout facteur d'efficacité et de performance. La raison instrumentale est au cœur de cet univers, bien que ses effets sociaux et culturels dépendent moins des infrastructures et des outils que des usages qui en sont faits (Massit-Folléa, 2005, p. 9).

Pour essayer de répondre à cette question, il faut connaître le niveau de l'importance assumée par les TIC et qui les fait apparaître dans la formulation non seulement de la manière d'agir de l'être humain, mais aussi du propre *modus operandi* de la figure de l'État.

Prenons l'exemple d'un « pays en développement »[5] comme le Brésil ; il serait difficile d'admettre que le pays ait décidé d'adopter les TIC pour qualifier ses services publics en vertu de son relative autosuffisance en matière de technologie et innovation. Il faut bien admettre que le Brésil n'a pas connu les mêmes progrès rapides dans le domaine des TIC que les pays de l'hémisphère nord.

Il ne faut pas oublier qu'avant la publication des deux documents mentionnés concernant l'adoption de la télésanté, il s'est établi dans le monde une vision normative de la société, une vision où les TIC constituent une des principales bases matérielles pour atteindre cette société et une meilleure qualité de vie pour tous les citoyens.

Nous pouvons utiliser les mêmes catégories pour traiter, par exemple, les documents du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI), dans lesquels apparaît (a) la figure de l'État ou de l'institution (organisme public), (b) qui propose un modèle de société à atteindre (vision normative de la société), (c) basée sur les TIC (instrumentalisation).

Quant à son contenu, rappelons l'affirmation de Massit-Folléa (2005), au sujet de la « société de l'information » et de son « emploi politique » :

> Plus largement, la « société de l'information » (ou ses avatars « la société en réseaux », « la société de la connaissance ») est devenue une notion-outil que les gouvernants et les relais médiatiques proposent comme horizon mondial du XXIe siècle, « nécessairement » plus fertile, plus solidaire, plus démocratique (Massit-Folléa, 2005, p. 9).

En nous inspirant de la généralisation proposée par Massit-Folléa, nous pouvons affirmer que, plus un plan pour le développement des TIC se décline à l'échelle globale dans

[5] Il existe plusieurs définitions pour classer les pays selon leur indice de développement. En ce qui concerne le Brésil, nous avons par exemple : pays émergent, pays en voie de développement, pays en développement, pays du Sud. Compte tenu de la nomenclature utilisée dans les documents officiels pour la classification des pays selon leur indice de développement et des indicateurs utilisés, comme par exemple l'indice de développement humain (IDH), et en conformité avec le Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD), nous avons choisi d'employer les expressions suivantes dans notre travail : pays développés à économie de marche (PDEM), ou tout simplement "pays développés" ; pays en développement, et pays les moins avancés (PMA).

le sens de fédérer un plus grand nombre de pays, plus les prévisions solidaires ou orientées vers le social y seront renforcées.

Dans le plan d'action du Sommet sur la société de l'information (SMSI), nous trouvons, par exemple, l'insistance sur la collaboration Nord-Sud, la proposition d'un pacte de solidarité numérique, la reconnaissance du problème de la fracture numérique. La propre inclusion de thèmes comme l'éducation (télé-enseignement) et la santé (télésanté) semble indiquer la même préoccupation.

Elle se retrouve également dans les résolutions des Nations Unies qui traitent du développement des TIC. Par exemple dans la Déclaration du Millénaire (Résolution 55/2), les TIC sont mentionnées dans le point relatif au « développement et élimination de la pauvreté » :

> III. Développement et élimination de la pauvreté […] 20. Nous décidons en outre : […] De faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier *des technologies de l'information et de la communication* (c'est nous qui soulignons) soient accordés à tous, conformément aux recommandations contenues dans la Déclaration ministérielle du Conseil économique et social de 2000 (ONU, 2000).

Encore que la plupart des documents analysés aillent dans ce même sens, l'idée persiste d'un projet globalisant et de défense d'un modèle[6]. De sorte que nous voyons ici la représentation de la catégorie (b), l'expression d'une vision normative de la société.

En ce qui concerne les deux extraits des documents du Ministère de la Santé du Brésil qui traitent de la télésanté, nous pensons qu'ils sont plutôt liés aux « catégories » (a) et (c).

Après avoir présenté une des formes les plus élémentaires de traitement du corpus à partir des trois catégories citées, nous allons exposer dans la suite une base de références méthodologiques. Venons-en aux autres définitions qui nous ont permis d'avancer dans notre analyse et de tester nos hypothèses.

[6] Ce que chaque société entend par "développement" ne doit pas nécessairement correspondre à une même image ou modèle. De plus, ce que nous appelons technologies constitue un produit historique, élaboré dans un contexte spécifique, et qui sont dès lors le reflet d'une vision du monde, d'une réalité sociale déterminée.

1.2 Analyse de contenu (AC)

Compte tenu de notre problématique et de nos objectifs, au lieu d'aborder les textes eux-mêmes, c'est-à-dire leur contenu, et les questions de reconnaissance de structures, leur interprétation et classification, nous avons d'abord porté notre attention sur le contexte dans lequel ils ont été publiés.

De là notre intérêt à comprendre le processus d'institutionnalisation des TIC, le phénomène de la mondialisation, la recherche du développement d'une société de l'information et la place du Brésil dans ce processus.

Empruntant des expressions liées à l'analyse de contenu, nous avons effectué notre démarche investigatrice à partir de la division de l'étude des textes en trois étapes : la « description », l'« inférence » et l'« interprétation ».

Pour ce qui est de l'inférence, Bardin (2007, p. 44) l'associe à des interrogations du type « Qu'est-ce qui a conduit à tel énoncé ? », ou encore, « Quelles suites va probablement engendrer tel énoncé ? ». La première concerne les causes ou antécédents du message, et la seconde, les possibles effets des messages.

Dès la phase de définition du projet de recherche, au vu du corpus déjà prédéfini, nous avons intuitivement suivi les étapes de description – inférence – interprétation. Après avoir pris connaissance des définitions relatives à l'analyse de contenu, nous avons confirmé que notre initiative correspondait exactement à ce qui est prévu dans les manuels pour l'étude de textes.

Au début, nous avons privilégié l'étape d'inférence dans la mesure où nous avons eu recours à une série de questions liées aussi bien au contexte de production des textes qu'au contexte de leur réception.

Dans cette étape préliminaire, nous avons interrogé le corpus et le référentiel bibliographique quant aux raisons de l'émergence du thème « société de l'information » et de sa diffusion dans une série de documents d'institutions internationales. L'intérêt était de découvrir celui qui, le premier, avait lancé ce « projet normatif de société » et collaboré à l'institutionnalisation des TIC.

Cette question nous a orientés vers le thème de la mondialisation, compte tenu des divers acteurs politiques qui sont les « émetteurs » de ce « modèle ». D'un point de vue méthodologique, Bardin (2007) explique que :

> Le but de l'analyse de contenu est l'inférence des connaissances relatives aux conditions de production ou éventuellement de réception, à l'aide d'indicateurs (quantitatifs ou non) […] l'analyste tire parti du traitement des messages qu'il manipule pour inférer (déduire de manière logique) des connaissances sur l'émetteur du message ou son environnement, par exemple (idem, 2007, p. 41-43).

L'auteur précise qu'au lieu de s'intéresser à l'étude de la langue ou du langage, il faut aller directement chercher les conditions de production qui forment ce qu'il a appelé le champ de déterminations des textes.

Dans ce sens, nous devons déterminer les parties impliquées dans la communication en les associant au pôle de l'émission ou de la réception et au support du message, pour arriver aux questions liées à leur légitimité et à leur compétence de proposer des documents.

Ainsi, cette démarche initiale s'associe à l'étude du *champ de détermination des textes* – nous pouvons l'appeler *étape d'inférence* – qui précède l'interprétation des textes.

1.3 Analyse du discours (AD)

Étant donné que nous nous intéressons à des documents élaborés par les acteurs politiques mentionnés plus haut, nous nous concentrerons sur leur champ de déterminations et sur leur contenu.

Mais nous n'avons pas eu accès à la réalité de ces acteurs politiques par une recherche sur le terrain, un travail d'immersion au sein de chaque institution, avec un exercice d'observation participante, la réalisation d'entrevues, l'envoi de questionnaires, etc. Encore que ces méthodes auraient pu contribuer à notre étude, nous n'y avons pas eu recours pour une série de facteurs d'ordre pratique (financement, faisabilité, délais exigus et autres).

Nous avons donc suivi une autre voie pour le choix des « méthodes à adopter » et nous avons opté pour l'étude des textes publiés afin d'avoir accès à la réalité de ces institutions.

Pour en revenir à la question de l'« accès à la réalité des institutions », considérons par exemple un des documents étudiés, la Résolution WHA58.28[7] de 2005 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui mentionne explicitement la télésanté. Si nous nous en tenons à l'étude de son contenu, comment ce document nous permet-il d'avoir accès à une réalité, qu'elle soit liée à la télésanté ou à son émetteur ?

Sur base de l'AD, nous pouvons conclure que les textes véhiculent des discours. Au vu des termes véhiculés dans cette résolution, cette affirmation est pertinente. Comme le suggère ce type d'analyse, nous devons essayer de comprendre les dimensions discursives de notre corpus, parce que c'est par cette compréhension que nous pourrons admettre que « le discours est lui-même une réalité », comme l'affirme Krieg-Planque (2012) :

> Or, selon l'analyse du discours, le discours est lui-même une réalité : le discours est, pour les sociétés humaines, à la fois l'instrument (il opère) et le lieu (il est là où ça opère) de la division et du rassemblement. Il est un objet en un espace de conflictualité […]. Dans les institutions, le discours n'exprime pas le consensus, il s'efforce de le produire (Krieg-Planque, 2012, p. 41).

Ainsi, l'AD nous a été utile dans notre étude dans la mesure où elle nous a permis de répondre à la question posée plus haut : oui, les documents analysés nous permettent effectivement de traiter d'une réalité, la réalité des institutions, la réalité qui transparaît dans leurs propositions.

Un autre aspect de l'AD, et qui est d'une certaine manière lié à la question de la réalité et du discours, est celui de l'idéologie. Cette question est surtout importante à cause de la mention du thème « société de l'information » dans une partie des textes étudiés. Partant d'un point de vue *foucaldien* et *althussérien,* Krieg-Planque (2012) explique que l'AD est indissociable d'une réflexion sur l'idéologie.

Dans le thème « révolution technologique » ou émergence d'une société basée sur les TIC, on peut constater l'existence de « supports » tels que théories, ouvrages littéraires, plans de gouvernement, règlements et autres, qui transmettent des visions de monde. Ils font partie de discours qui, à leur tour, portent des réalités. Dans le cas du thème « société de l'information », nous trouvons le support d'un modèle normatif de société.

[7] Le sigle WHA correspond à *World Heath Assembly*, qui fait partie de la *World Health Organization*, équivalent anglais de l'Organisation Mondiale de la Santé.

À titre d'exemple, pour appuyer sa vision de la technique en tant qu'idéologie, Habermas (2011) emprunte un argument de Marcuse pour montrer que quand la technique devient la forme universelle de production matérielle d'une société donnée, « elle définit toute une culture, elle projette une totalité historique – un monde » (idem, p. 16-17).

Dans ce sens, la force idéologique associée à un discours sur le développement technologique est capable de « projeter un monde ». En ce qui concerne l'émergence du thème « société de l'information », nous voyons qu'il s'aligne sur ce que Mattelart (2010) décrit comme une « production d'imaginaire ».

Toujours au sujet du thème discours – idéologie, si nous considérons la question de l'« imaginaire », nous voyons l'émergence d'un système d'accréditation qui, à son tour, se conforme à une réalité qui englobe l'homme considéré ici comme un « animal symbolique » (Cassirer 1972, Bratosin 2007). Et dans cette condition, il lui appartient de l'interpréter[8].

Ces rapports symboliques sur lesquels se base le phénomène de la communication humaine correspondent à ce que Bourdieu (1982) a appelé des interactions symboliques, quand il affirme que même dans la perspective de « production d'imaginaire » dont nous avons rapidement parlé plus haut, il faut avant tout admettre l'établissement de relations de pouvoir autour d'elle.

Nous faisons cette référence à Bourdieu pour sa contribution à l'AD et aux sciences de l'information et de la communication, quand il souligne l'existence de relations de pouvoir :

> […] on doit se garder d'oublier que les rapports de communication par excellence que sont les échanges linguistiques sont aussi des rapports de pouvoir symbolique où s'actualisent les rapports de force entre les locuteurs ou leurs groupes respectifs (Bourdieu, 1982, p. 14).

Encore que nous considérions qu'il est important d'aborder la question de la production d'imaginaire, surtout en ce qui concerne les documents qui traitent spécifiquement de la société de l'information (SI), nous nous concentrerons en priorité sur les méthodes liées

[8] En ce qui concerne la position de l'homme face à cette *réalité machinique* et à la question de l'interprétation, selon Gilbert Simondon (2012) dans son livre *Du mode d'existence des objets techniques* : « L'homme comprend les machines ; il a une fonction à jouer entre les machines plutôt qu'au dessus des machines, pour qu'il puisse y avoir un véritable ensemble technique. C'est l'homme qui découvre les significations : la signification est le sens que prend un événement par rapport à des formes qui existent déjà ; la signification est ce qui fait qu'un événement a valeur d'information » (Simondon, 2012, p.191).

à l'AC, à l'AD et sur la comparaison internationale en vue de la composition de notre base interprétative ou herméneutique des textes.

Parmi les différents types de représentations sociales possibles pour « projeter un monde », tels la littérature, la publicité, les films, etc., nous avons fait le choix d'un type de matériel bien précis, à savoir des textes qui véhiculent le discours d'un acteur politique. Bien qu'ils doivent respecter une certaine formalité dans leur rédaction, ils n'en sont pas moins capables de produire des effets sur leurs destinataires, que ce soit dans le cadre politique, juridique ou social.

Étant donné le cadre politique, juridique ou social et le type particulier d'émetteurs, de message et de récepteurs, il nous faut traiter de questions comme efficacité, légitimité et coercibilité pour parler de ces « effets ». D'un côté, nous avons les institutions comme l'ONU, l'UIT, l'OMS, l'OPAS (émetteurs), les recommandations relatives à la télésanté (message) qui figurent dans leurs résolutions, déclarations, rapports, etc., et de l'autre, un autre acteur politique, le gouvernement brésilien (récepteur), et les définitions normatives pour son programme de télésanté.

1.3.1 Les performatifs et leur application dans les documents étudiés

En nous limitant au champ thématique des documents, nous montrerons par la suite comment l'utilisation de méthodes basées sur l'AD peut nous aider. Prenons par exemple la partie initiale de la résolution de l'OMS qui traite spécifiquement de la télésanté.

Certains des termes employés dans la résolution correspondent en AD à des catégories spécifiques, utilisées pour mettre en évidence certaines conventions sociales en les associant au texte. Voyons l'exemple suivant :

> WHA58.28 Cybersanté
>
> La Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé,
>
> *Ayant* examiné le rapport sur la cybersanté ;
> *Notant* l'impact potentiel que les progrès des technologies de l'information et de la communication pourraient avoir sur la fourniture des soins de santé, la santé publique, la recherche et les activités liées à la santé pour les pays à faible revenu comme pour les pays à revenu élevé ;
> *Consciente* que les progrès des technologies de l'information et de la communication ont suscité des attentes en matière de santé ;

> *Respectant* les droits de l'homme, les questions d'éthique et les principes d'équité et notant les différences de culture, d'éducation, de langue, de situation géographique, de capacités physiques et mentales, d'âge et de sexe ;
> *Reconnaissant* qu'une stratégie de l'OMS pour la cybersanté servirait de base aux activités de l'Organisation en la matière ;
> *Rappelant* la résolution WHA51.9 sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet ;
> *Soulignant* que la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication à l'appui de l'action de santé et dans des domaines connexes, dont les services de soins de santé, la surveillance sanitaire, la littérature sanitaire et l'éducation, le savoir et la recherche en matière de santé (OMS, 2005a).

Les mots *ayant, notant, consciente,* etc., correspondent aux « performatifs », comme l'explique Krieg-Planque (2012). Selon elle, ils indiquent les moyens d'action d'institutions comme le Conseil de sécurité de l'ONU, ici tirés de la résolution de l'OMS homologuée par son Assemblée générale.

Selon elle, ces performatifs[9] sont généralement placés dans l'introduction de documents tels que résolutions, déclarations, plans d'actions, arrêtés ministériels. Ces structures ont une double importance : en plus de représenter les moyens d'action des institutions qui les publient (émetteurs), les performatifs permettent à ces institutions de « colorer le décor qui le rend légitime pour la prise de parole qui suit » (Krieg-Planque, 2012, p. 60).

La Déclaration de principes élaborée lors de la première phase du SMSI (2003a) est un autre exemple de document faisant partie de notre base d'analyse et qui fait aussi usage de performatifs. Intitulé « Construire la société de l'information : un défi mondial pour le nouveau millénaire »[10], l'introduction du document comporte dix-neuf paragraphes contenant des performatifs, ce qui correspond à plus d'un quart du document.

Se pose alors une question : du point de vue des inférences, que pouvons-nous conclure sur un texte officiel dont les performatifs occupent un quart de ses paragraphes ? Même sans formuler de réponse, nous savons que celle-ci sera associée à un des éléments de la triade proposée plus haut : à l'efficacité, à la légitimité ou à la coercibilité.

---

[9] Selon l'auteure, du point de vue du discours juridique, les *performatifs* sont appelés "*les considérants*".
[10] Déclaration de Genève [en ligne http://www.itu.int/net/wsis/docs/geneva/official/dop-fr.html]. Consulté le 12 mars 2015.

Ainsi, la notion de « performatif », empruntée à la partie où l'AD traite du discours des institutions, constitue une structure clé pour l'analyse dans notre étude, et ce pour trois raisons principales. En premier lieu, parce que les principaux documents de notre corpus utilisent ce type de structure, comme nous l'avons vu dans les deux exemples cités.

Ensuite, parce que la notion s'avère importante par sa (double) fonction : à partir de la définition proposée par Krieg-Planque, elle s'associe à la légitimation de l'institution émettrice du document en même temps qu'elle représente son moyen d'action.

Finalement, les performatifs révèlent l'importance du social, des conventions et pas seulement du langage, ce qui nous permet d'abord d'avoir accès à la réalité à partir du document et ensuite, de traiter de la question de l'efficacité, de la légitimité et de la coercibilité à partir du texte :

> Par ailleurs, la notion de « performatif » a l'avantage d'indiquer très clairement comment peuvent s'opérer l'efficacité combinée de la langue et du social. D'un côté, les performatifs montrent toute l'importance du matériau langagier […] D'un autre côté, les performatifs montrent toute l'importance du social et de ses conventions : c'est l'organisation historiquement donnée d'une société selon des règles et des normes, des titres et des statuts, des codes et des procédures, des institutions et des rituels, des instruments de prestige et des modes de légitimité, qui définit les cadres de l'efficacité des énoncés. Ainsi, le langagier et le social sortent mutuellement renforcés des observations menées autour du performatif (Krieg-Planque, 2012, p. 62).

Dans le point suivant, nous allons expliquer les autres démarches méthodologiques qui, avec celles qui ont été présentées jusqu'ici, composent notre boîte à outils pour l'analyse du corpus.

Comment nous l'avons fait pour les notions de champ de déterminations et de performatifs, nous décrirons quelques-uns des aspects liés à la notion de formule et à celle de modèle. La première appartient au champ d'application de l'AD et la seconde est liée à la comparaison internationale, thème qui se rapporte à la science politique. Nous nous étendrons un peu plus sur la question de la légitimité, de l'efficacité et de la coercibilité.

1.3.2 La notion de formule

Pour ce qui est de la notion de formule, nous parlerons d'abord de quelques-uns de ses éléments conceptuels pour ensuite mettre en avant son importance pour l'analyse du corpus.

Cette notion s'ajoute à celle de performatif et nous nous trouvons ainsi de plain-pied dans le champ de l'AD.

En termes méthodologiques, soulignons que notre travail d'analyse et d'interprétation de normes, recommandations et principes, lancés par les acteurs politiques considérés, n'a pas la prétention de se conformer strictement aux prérogatives du champ de la linguistique.

Empruntons quelques-unes des méthodes de l'AD, que nous pensons efficaces pour atteindre notre objectif, à savoir des méthodes qui nous permettent l'« identification d'observables pertinents » (Krieg-Planque, 2009) et l'emploi de catégories susceptibles de promouvoir « la description et l'interprétation de cet objet qu'est le discours » (*idem*, 2009), sans perdre de vue le niveau d'importance, pour notre recherche, des questions institutionnelles, politiques et sociales (ou le champ de détermination des textes).

Utiliser quelques notions de l'AD sans pour autant suivre tous les rites propres à son champ, ne constitue pas une négligence de notre part, comme l'affirme Krieg-Planque dans l'argument ci-dessous qui, à notre avis, résout la question :

> Dès lors, il n'est absolument pas nécessaire, pour pratiquer l'analyse du discours, d'être doté d'une puissance théorique telle qu'elle permette de dompter un océan de concepts, ni de maîtriser des techniques autorisant au maniement d'une batterie de catégories d'analyse […]. Il s'agit plutôt de se rendre attentif à quelques phénomènes que la mise en œuvre de la langue dans le discours rend possible, et de discerner quelques usages sociaux des textes et des discours […] pour rendre compte de ce que l'on vient à décrire et à interpréter (*idem, ibidem*, p. 217).

C'est dans ce sens que nous utilisons les notions empruntées à l'AD, vu qu'elles nous seront utiles à l'identification d'observables et donc au processus de description et d'interprétation.

Suivant la thèse centrale du livre de Krieg-Planque[11] qui traite exclusivement du thème, la notion de formule participe, « dans des rapports de domination complexes que les discours organisent, d'un procès d'acceptabilité[12] ». Rapports de domination et *procès d'acceptabilité* sont deux notions que nous pouvons utiliser pour traiter des questions « efficacité, légitimité et coercibilité ».

[11] 2009.
[12] *Op. cit.,* p. 127.

Nous relevons un second élément défini par l'auteure pour signaler la particularité de la notion formule et qui, selon nous, se rapproche des observables que nous avons identifiés dans nos documents :

> Il faut souligner que les formules […] sont investies d'enjeux sociopolitiques, enjeux qui ont pour conséquence des usages polémiques et conflictuels de la séquence […]. Les formules constituent un référent social dans un espace public donné et font l'objet de débats parce qu'elles sont chargées d'enjeux : à ce titre elles ont un caractère historique. (*idem, ibidem,* p. 104).

Il s'agit ici des enjeux sociopolitiques - qui tendent parfois au conflictuel[13] - mais qui concernent surtout le lancement de ces structures dans l'espace public. Nous observons que le matériel étudié est publié dans les médias et que, comme le dit l'auteure, « pour se constituer en réfèrent social, la formule doit être mise en circulation dans l'espace public »[14].

En adoptant ce point de vue, nous lions l'espace public au principe de publicité, qui est associé au milieu où les idées sont visibles et où il est possible d'en débattre : « L'espace public est configuré par les procédés de publicisation que rend possible l'état politique, juridique, sociologique et technique d'une société donnée »[15]. Notons qu'il existe un principe homonyme consacré dans l'administration publique, que la figure solennelle de l'État est tenue d'observer[16] et, par conséquence, de publier et de divulguer leurs résolutions, rapports, déclarations, arrêtés, etc.

De sorte que, pour qu'un terme ou concept assume le statut de formule, il faut qu'il participe de rapports de domination et d'un *procès d'acceptabilité*, qu'il soit lancé dans l'espace public (publicisation) et donne lieu à des enjeux sociopolitiques[17].

---

[13] Selon l'auteure, le caractère polémique peut être associé à la notion de *formule*, car : *« La formule est constitutivement polémique. C'est parce qu'elle domine qu'elle n'est pas acceptée par tous, parce qu'elle s'impose qu'elle est chahutée »* (*idem, ibidem,* p. 58).

[14] *Op. cit.*, p. 121.

[15] *Op. cit*, p. 119.

[16] À titre d'exemple, la *Charte des Nations Unies* fait une référence directe à la publicité dans son *Chapitre XVI Dispositions diverses, article 102, alinéa 1,* dans les termes suivants : Tout traité ou accord international conclu par un Membre des Nations Unies après l'entrée en vigueur de la présente Charte sera, le plus tôt possible, enregistré au Secrétariat et publié par lui (Charte des Nations Unies). Nous pouvons associer au thème "publicité" au sens large la publication de résolutions dans les langues officielles des Nations Unies, c'est-à-dire le français, l'anglais, le chinois, le russe et l'espagnol.

[17] Toutefois, l'auteure va au-delà des quatre structures que nous retenons et s'applique à composer un schéma pour aborder la notion de formule qu'elle propose, en y englobant des étapes comme sa *genèse, la circulation, le figement, le procès d'acceptabilité, la formule comme réfèrent social, la formule comme objet polémique*.

1.3.3 En conjugaison avec la notion de formule : les récurrences

Dans le but d'illustrer ces quatre structures à partir de l'approche d'une autre notion, prenons, par exemple, un des principaux observables présents dans les textes étudiés, à savoir la « société de l'information ». Pour cela, à côté de la notion de *formule*, considérons la caractérisation faite par Durand[18] de ce qu'il a appelé les nouveaux mots du pouvoir[19].

Il s'agit là d'un thème introduit dans le débat public il y a quelques décennies - qui a connu une projection mondiale sans précédent à partir du SMSI – et qui correspond effectivement à l'emploi politique d'une expression dont les effets ont été décrits par Krieg-Planque[20]: « […] il apparaît que le lexique est, dans ses emplois politiques et sociaux, porteur de valeurs, d'arguments, d'engagements »[21].

Au sujet de l'emploi politique d'une expression, signalons ce que Durand appelle leur récurrence quand il évoque la question de la légitimité des institutions :

> Tous implantés ou réimplantés dans le grand trafic du discours social, sous la *double pression de leur récurrence* (qui les porte et les prouve) et de la légitimité (s'alimentant en boucle à ses propres effets) des pouvoirs, des partis et personnalités politiques, des gouvernements, des organisations nationales ou internationales qui en font large usage (Durand, 2007, p. 7).

Prescription de politiques pour les insérer dans des horizons particuliers et, en même temps, renforcement de la légitimité d'une action. Voilà les deux facteurs que l'auteur associe à ces nouveaux mots du pouvoir. Et parmi les nouveaux mots rassemblés sous forme de dictionnaire dans le livre homonyme[22], nous trouvons l'expression « société de l'information ». Ici, idéologie et discours entrent aussi en jeu, la première en lien avec l'emploi récurrent, ce qui permet de cacher le jeu de pouvoir qui les concerne (*idem*, 2007), et le second, associé à l'idée de l'établissement d'un des meilleurs mondes possible:

> […] tel est, à grands traits, le monde que l'ensemble de ces mots désignent et dessinent, et qu'ils font exister dans les discours en attendant que ceux-ci lui permettent de

---

[18] 2007.
[19] *Les nouveaux mots du pouvoir : abécédaire critique*. Sous la direction de Pascal Durand. Les Éditions Aden, Bruxelles, 2007.
[20] 2009.
[21] *Op. cit.,* p. 30.
[22] Le livre énumère un peu plus de cent-trente mots, expressions ou syntagmes fixes, utilisés comme *mots du pouvoir*, parmi lesquels : *"société de l'information", "nouvelles technologies", "globalisation", "gouvernance",* notions qui apparaissent plus ou moins fréquemment dans notre travail.

> s'établir, sans violence apparente ou sentie, en le meilleur des mondes possibles […] (*idem*, *ibidem*, p. 10).

En termes méthodologiques, nous avons recherché la récurrence de certains termes, caractéristique observée dans l'analyse des documents. Ce qui nous permet de justifier quelques inférences comme, par exemple, quand nous rapprochons des termes comme « télésanté » et « société de l'information », compte tenu des fonctions et utilisations politiques des deux.

1.3.4 Autres aspects des récurrences et introduction à la question du « modèle »

Au sujet de la vérification de récurrence de termes spécifiques dans les documents, dans le sens décrit par Durand, si elle représente un instrument méthodologique pour traiter du terme télésanté, elle nous permet aussi d'introduire un autre instrument : la notion de modèle, dont nous parlerons plus avant.

En ce qui concerne les documents du corpus, après avoir vérifié les récurrences de termes, recommandations, principes ou d'un groupe d'entre eux, nous pouvons inférer que, réunis, ils peuvent constituer un modèle à adopter par les pays, dans ce cas, un modèle pour le développement de la télésanté. Nous y reviendrons dans le point suivant.

Cependant, pour pouvoir parler de modèle, il nous faut considérer d'autres structures venant de l'AC et de l'AD, telle que la vérification du champ de déterminations des documents. Encore qu'il n'utilise pas le même terme, Durand nous met en garde dans l'introduction de son livre :

> Les mots n'ont pas de pouvoir intrinsèque. Même lorsqu'ils relèvent de la catégorie des performatifs, ils ne tiennent leur force et leur principe *d'efficacité* (c'est nous qui soulignons) que du contexte spécifique de leur formulation et de l'autorité détenue par l'instance qui les profère. Pas de pouvoir en revanche sans l'imposition d'un certain nombre de mots ou d'expressions, vecteurs d'une emprise sur les représentations, les imaginaires, les stratégies, les décisions (*idem, ibidem,* 2007, p. 7).

Pour ne pas perdre de vue une des hypothèses de notre recherche, récapitulons brièvement : nous voulons vérifier que, dans la définition de ses politiques publiques (ici, un

programme spécifique concernant la télésanté), un État-nation (le Brésil) finit par prendre en considération des recommandations émises par des institutions internationales.

Et dans le but d'étudier des normes concernants l'« emploi des TIC dans le domaine de la santé publique », nous avons séparé d'un côté le gouvernement brésilien et son Programme *Telessaúde Brasil Redes*, et de l'autre, les institutions internationales, régionales ou mondiales et leurs recommandations relatives au thème télésanté.

Les documents étudiés ont aussi été divisés en deux groupes : le premier formé de tous les documents qui nous intéressent, émis par les institutions ONU, UIT, OMS, OPAS, CEPALC, et le second, des documents émis par l'État brésilien et qui concernent la création et la réglementation du Programme *Telessaúde Brasil Redes.*

Nous avons opté pour cette division dans l'étude des documents à partir des notions déjà mentionnées. Elle nous permet d'identifier les relations entre les préceptes trouvés dans la partie relative aux institutions et les documents organisés dans le groupe relatif à l'État brésilien, et aussi de travailler les éléments identifiés suivant les notions présentées dans la partie concernant la méthodologie. Outre les éléments méthodologiques exposés, empruntés principalement du champ de l'AC et de l'AD, nous avons dû trouver d'autres bases conceptuelles et méthodologiques qui nous permettent d'approfondir notre analyse.

Nous allons maintenant traiter de thèmes relatifs à la comparaison internationale, au multilatéralisme et au système juridique des organisations internationales. Ils nous permettront de poursuivre notre explication de la notion de modèle employée dans l'analyse et de la question de la comparaison.

1.4 Bases pour la comparaison dans la recherche

Même si nous avons effectué dans notre étude un certain type de comparaison entre les documents relatifs au programme brésilien et la sélection de documents émis par les institutions internationales, nous n'avons pas la prétention d'entrer dans le domaine de la comparaison internationale.

Comme le soutient Lallement (2003b), quand nous parlons ici de comparaison internationale, nous l'entendons au sens large, car nous reconnaissons que notre champ

d'étude et notre problème de recherche se situent relativement loin de ce dont traite le domaine des sciences politiques.

Quand nous utilisons le terme « comparaison » - qui pourrait renvoyer à l'épistémologie de la comparaison internationale - nous le faisons dans le but d'une « vérification de niveaux de correspondance » entre deux cadres normatifs ou réglementaires, de confrontation de deux groupes de documents. Elle n'est en fait qu'une méthode simple, à la base de toute activité cognitive selon l'acception donnée par Morlino :

> « […] à tel point important que l'on compare souvent implicitement voire inconsciemment dans notre activité quotidienne. En ce sens, comparer est l'exercice de base de toute activité cognitive » (Morlino, 2013, p. 12).

L'action de comparer part d'un préalable : selon Vassy (2003), « choisir de comparer des objets suppose de leur reconnaître a priori au moins quelques ressemblances ». Cette initiative est également associée à ce qu'affirme Seiler (2004) quand il dit que la comparaison est liée à notre raison classificatoire. Faisant un emprunt à Cassirer, il associe la comparaison à notre propre forme de penser, qui tire son origine « dans les mythes ordonnateurs de l'Univers » (Seiler, 2004).

Ce qui justifie que l'emploi d'éléments de la comparaison internationale n'implique pas forcément de prendre en compte toute la base épistémologique de cette discipline, et c'est ce que nous faisons en choisissant d'utiliser quelques éléments de l'AC et de l'AD. Ce sont précisément les éléments empruntés au champ de l'AC et de l'AD que nous utiliserons dans notre méthode de comparaison.

En outre, nous présenterons les principes relatifs au système juridique d'organisations internationales (Marchi, 2002), qui nous ont permis de traiter de la nature des recommandations et de la question de leur influence sobre le corpus juridique d'un État.

Compte tenu de tous les éléments relatifs à notre démarche méthodologique exposés jusqu'à présent, nous prévenons ainsi toute idée « d'anarchisme épistémologique », comme le défend Lallement (2003b) :

> C'est pourquoi la diversité des référents théoriques et des méthodes associées n'est pas l'expression d'un *anarchisme épistémologique* (c'est nous qui soulignons) et encore moins le signe d'une quelconque velléité d'œcuménisme. Elle est plutôt la preuve que comparer n'implique pas de recourir à une théorie ou à une méthode que l'on pourrait juger supérieure en soi (*idem*, 2003b, p. 304).

Une fois ces bases établies, nous pouvons poursuivre la discussion en présentant le contexte des dynamiques internationales qui s'imposent et, d'une certaine façon, déterminent la manière d'aborder le problème et les options méthodologiques.

1.4.1 Le multilatéralisme, la fonction des récurrences et la croissance de la régulation transnationale

Comme conséquence d'autres thèmes inclus dans la recherche, comme la mondialisation et la gouvernance mondiale, le multilatéralisme[23] est une notion qui concourt aux explications données pour les récurrences et la notion de modèle.

Dans le contexte de la mondialisation, accorder de l'importance au thème du multilatéralisme c'est aussi reconnaître un accroissement du poids de ce qu'on appelle régulation transnationale. À ce sujet, Tenenbaum (2007) indique deux facteurs qui montrent son importance : la multiplication des conférences mondiales et la diversification des thèmes débattus sur la scène politique mondiale.

Nous sommes alors conduits à poser la question suivante : à quelle demande la réalisation de conférences mondiales comme le Sommet mondiale sur la société de l'information (SMSI) correspond-elle réellement ? Au SMSI - organisé sous le nom générique de « société de l'information » - nous pouvons trouver un grand nombre de thèmes différents, parmi lesquels ce qui nous pouvons appeler de l'avatar de la « santé » à l'ère numérique, « la télésanté ».

Pour Tenenbaum (*idem*), une des principales fonctions remplie par cette prolifération des conférences mondiales est ce qu'il a appelé la fonction normative :

> Elles remplissent trois fonctions principales : une fonction d'information (relais d'une prise de conscience globale, diffusion de savoirs, sensibilisation des opinions publiques et des États), une fonction de surveillance et de prévention (les conférences de suivi qui, à intervalles réguliers, évaluent l'évolution du traitement d'une problématique) et, enfin, une fonction normative (Fomerand, 1996). Cette dernière concerne à la fois les déclarations officielles, les conventions signées à l'occasion de ces conférences, les programmes d'action ainsi que les institutions créées à l'issue de certains sommets. L'impact institutionnel qui en résulte s'observe donc aussi bien en amont qu'en aval, les principales conférences globales amenant les États à modifier leur propre appareil administratif (*idem, ibidem*, p. 73).

[23] Tenenbaum (2007) attire l'attention sur les importantes transformations du multilatéralisme face au phénomène de la globalisation. Parmi elle, l'émergence d'une "volonté politique de se saisir d'une problématique spécifique aux dimensions globales".

De sorte qu'un des intérêts de la prolifération des conférences est de faire entrer dans le corpus juridique des États participants certaines règles qui y sont débattues et publiées dans les documents officiels.

Associées à la prolifération de conférences et de thèmes, les récurrences de principes et de termes ainsi que l'emploi de formules et de performatifs dans tous les documents ont aussi pour objectif de faciliter l'engagement des États à prendre des mesures spécifiques que certaines institutions veulent faire adopter.

Pour en revenir aux récurrences, Garrett (2000)[24] et Oliver (2003) les associe à la fois à la diffusion de modèles et à un accroissement du poids des régulations globalisées :

> […] la globalisation, les régulations globalisées et l'accélération de la diffusion de l'information ont des conséquences concrètes à la fois en matière d'homogénéisation des opinions et débats publics, mais aussi de diffusion des modèles et recettes politiques entre gouvernements (Garrett, 2000 *apud*. Olivier, 2003, p. 104).

Face aux efforts déployés par les institutions pour engager les États à suivre leurs recommandations, même s'il ne nous semble pas correct de parler de coercibilité dans le sens juridique du terme, le thème présente quelques nuances qui méritent d'être clarifiées.

En ce qui concerne la question de l'efficacité, d'aucuns notent un manque de qualité juridique dans les documents rédigés lors de conférences organisées par des institutions internationales, ce qui finit par réduire leur efficacité à un simple effet déclaratoire. C'est ce qu'observe Decaux (2007) quand il affirme qu'ils se résument à des « considérations générales et de vœux pieux, au lieu de formuler à l'impératif des décisions précises ».

Pour traiter plus en détail de la question de la coercibilité et de l'efficacité de ce que les institutions proposent dans leurs documents et compte tenu des textes étudiés, nous allons analyser quelques questions relatives au thème des recommandations.

---

[24] « The causes of globalization », *Comparative Political Studies,* Vol. 33, nº 6/7, p. 941-991, [en ligne : http://bev.berkeley.edu/ipe/readings/The%20Causes%20of%20Globalization.pdf], consulté le 19 mai 2015. Voir mention à l'étude de Garrett par Giraud O., « Le comparatisme contemporain en science politique », *in* Lallement M. et Spurk J. (dir.), *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris : CNRS Éditions, 2003 p. 87-106.

1.4.2 Les recommandations en tant que figure centrale dans les documents et leur nature

Dans l'organisation de notre schéma d'analyse des documents, la division du corpus consiste à séparer d'un côté les documents émis par les institutions internationales, régionales ou internationales, y compris tous les documents relatifs au SMSI, et d'autres « plans pour le développement d'une société de l'information », et de l'autre, les documents émis par le gouvernement brésilien concernant l'institution et la réglementation du Programme *Telessaúde Brasil Redes*.

Avant d'entrer dans le thème des « recommandations », un mot sur la question de l'hétérogénéité des divers documents abordés, surtout de ceux qui composent le premier groupe cité : malgré cette hétérogénéité, nous avons pris l'initiative de les séparer selon les deux groupes mentionnés.

Même si nous nous appuyons sur des bases solides pour les organiser de cette manière, que pouvons-nous dire de plus sur la nature de ces documents ? Pour répondre à cette question, vu son importance pour la méthodologie, nous devons identifier des similarités entre les documents des deux groupes.

Certaines des généralisations faites à propos de ces documents se justifient par ces ressemblances. Castaneda (2015) propose une définition qui peut nous aider dans ce sens :

> L'activité des organisations internationales se traduit principalement au moyen de résolutions, c'est-à-dire de manifestations formelles d'opinion. En même temps que l'expression d'un avis collectif, les résolutions sont l'instrument normal pour atteindre les finalités des organisations internationales (*idem*, 2015, p. 211).

Encore que les résolutions apparaissent comme « l'instrument normal pour atteindre les finalités des organisations internationales », l'auteur complète la définition de leur nature en disant qu'il n'y a pas d'autre élément qui permette d'en définir des caractéristiques précises ni un concept univoque :

> Une fois qu'on les a décrites comme étant proprement l'expression formelle de l'avis d'une organisation internationale, il serait difficile d'aller au-delà en signalant certains traits caractéristiques qui permettraient d'énoncer une définition significative et suffisamment précise (*idem, ibidem*, p. 211).

Résistance aux classifications et immense variabilité[25], voilà les traits communs constatés par l'auteur. Nous souhaitons étendre cette constatation aux autres formes de manifestation formelle d'opinion des institutions internationales, de manière à englober tous les types de documents étudiés, que ce soient des rapports, des déclarations ou des plans d'action.

Une autre conséquence importante de leur diversité est l'inégalité de leur valeur juridique, ce qui empêche qu'elles soient considérées comme une source du droit international, comme le souligne Castaneda.

Le fait qu'elles ne constituent pas une source du droit international justifie encore plus notre démarche méthodologique, dans la mesure où nous cherchons à comprendre la coercibilité, l'efficacité et la légitimité de ces propositions à partir de disciplines comme l'AC et l'AD et de domaines de la connaissance qui ne se limitent pas au droit ou aux sciences juridiques, comme c'est le cas des sciences de l'information et de la communication.

Étant donné l'hétérogénéité des documents, nous nous trouvons devant la possibilité de devoir admettre certaines généralisations dans notre étude. Par exemple, nous donnons le nom générique de « recommandations » à tout ce qui est diffusé dans les documents. À ce propos, Castaneda (idem) définit ces recommandations à partir d'un point de vue qui tient aussi compte de leurs effets et de leur coercibilité :

> Dans cette optique, il est patent que le sens prédominant est celui d'« invitation » ; autrement dit, ne doivent être considérées comme recommandations que celles des résolutions émises avec l'intention de ne pas obliger leurs destinataires. Il faudra donc exclure de ce concept les décisions qui impliquent l'obligation juridique d'exécuter leurs termes — en vertu soit d'une disposition d'un instrument constitutif, soit de la relation structurelle hiérarchique existant entre l'organe émetteur et son destinataire — ainsi que les résolutions qui ont un autre objet qu'une invite (*idem, ibidem*, p. 217).

[25] Pour compléter le point de vue de l'auteur au sujet du thème :

> En effet, le contenu de ce concept est trop vaste : une résolution peut comporter soit un ordre, soit une invitation, soit une variété de formes hybrides intermédiaires ; elle traite soit de questions techniques, soit d'affaires éminemment politiques ; tantôt elle a un caractère matériellement législatif, c'est-à-dire qu'elle énonce des normes juridiques, tantôt elle constitue un acte administratif individuel ; elle peut être adressée à d'autres organes du même système, à un organisme international différent, à tous les Etats en général, à certains Etats et même à des individus […] Quel que soit l'angle sous lequel on l'examine, le concept de résolutions internationales n'est pas univoque (*op. cit,* p. 211).

Selon lui, nous pouvons qualifier de « recommandations » les dispositions qui figurent dans les documents des institutions internationales, pour autant qu'elles aient plutôt le sens d'une « invitation » que celui d'une obligation.

Comme il n'y a pas de sanction pour les destinataires qui ne les respecteraient pas, ces mesures n'ont pas de force coercitive, comme nous l'affirmions plus haut. C'est ce qui caractérise une recommandation et, selon Castaneda, elles sont « la forme normale d'expression et l'instrument type de la société internationale », et cela nous permet d'adopter le terme au sens large dans notre travail.

La nature non coercitive des recommandations constitue une autre base importante de notre recherche ; si son application était obligatoire, cela n'aurait pas beaucoup de sens de vérifier l'acceptation ou non de recommandations dans les normes brésiliennes relatives au Programme *Telessaúde Brasil Redes.*

1.4.3 Coercibilité et « pression »

Si la coercition n'agit pas sur un État-nation pour faire en sorte qu'une recommandation internationale passe à intégrer son corpus juridique, que pouvons-nous vérifier de plus que les formes identifiées au cours de cette explication sur la méthodologie pour appréhender le problème ?

En premier lieu, il faut souligner le fait que, même s'il est un État membre de l'ONU ou d'une autre organisation étudiée et qu'il a signé avec elles des accords ou des politiques de coopération, cela n'implique pas que le pays soit tenu d'observer toute et n'importe quelle recommandation émise par ces organisations.

Ensuite, compte tenu de la propre nature des recommandations, celles-ci ne font allusion à aucun type de mesure de coercition sur un État en cas de non-respect[26].

Nous ne pouvons donc pas inférer que, quand il a stipulé des normes pour la création et la réglementation d'un programme concernant la télésanté (Programme *Telessaúde Brasil Redes*), l'État (Brésil) a respecté les recommandations émanant de plusieurs institutions internationales au motif que : a) il en est membre ou b) il a voulu éviter des sanctions.

[26] Selon Marchi (2002, p. 352), « la résolution fait presque toujours appel à une participation de son destinataire, même si elle est formulée sous forme d'injonction ».

Pour ce qui est de l'inférence « a », Castaneda arrive à la même conclusion que nous mais en partant d'un autre point de vue : il affirme qu'il existe une obligation de base qui pèse sur le pays membre, mais qui ne l'emporte pas sur le principe d'autonomie du pays :

> L'appartenance à une organisation internationale comporte l'« obligation de base » de contribuer à atteindre les buts que les traités constitutifs ont fixés et que tous les membres ont acceptés. Cependant, dans la plupart des cas, les traités n'obligent pas juridiquement les membres à reconnaître que les moyens mis en œuvre par l'organisation pour les atteindre sont automatiquement les mieux appropriés. En d'autres termes, le traité leur laisse une marge d'appréciation quant à la meilleure façon d'atteindre les buts institutionnels, tout au moins dans les cas où l'organisation émet une recommandation (Castaneda*, ibidem*, p. 220).

Quant à l'inférence « b », le motif n'existe pas car, comme nous l'avons vu, il n'est pas de la nature d'une recommandation de prévoir des sanctions dans le sens juridique du terme. Nous observons toutefois que les recommandations constituent « un véhicule d'autant plus approprié et caractéristique de la coopération au sein des organismes traditionnels, c'est-à-dire interétatiques »[27].

Toujours au sujet de la nature des recommandations, même si elles ne parlent pas de sanctions, elles représentent cependant « une forme tolérable de pression sur les membres pour la réalisation des buts sociaux » (Castaneda, 2015, p. 220).

Par « pression », il faut entendre une certaine forme de coercibilité mais pas dans le sens strictement juridique du terme[28]. Ce qui implique que cette pression ne sera pas suffisante pour ébranler les relations institutionnelles entre les parties, compte tenu des marges déterminées par la gouvernance globale et du respect des limites de souveraineté de chacun des acteurs politiques impliqués dans la relation à l'ère de la mondialisation.

Il nous semble ici exister un manque de précision ou de clarté dans la formulation, peut-être par défaut d'objectivité, comme le révèle l'absence de définition précise de ce que seraient ces indices de tolérance ou des possibles niveaux de pression tolérables par les États pour ce qui est des recommandations.

À notre avis, il n'y a pas moyen d'avancer dans le sens de la vérification d'« indices de pression », mais il existe une autre manière de traiter la question. Elle consiste simplement

---

[27] *Op. cit.,* p. 220.

[28] Comme le dit l'auteur au sujet des *traités* d'institutions internationales, ceux-ci *n'obligent pas juridiquement les membres.* En d'autres termes, on considère ici le point de vue juridique de la "coercition", sans toutefois exclure la possibilité d'autres formes de faire respecter les propositions.

à identifier dans les documents étudiés les structures qui représentent des éléments de pression des institutions sur les États membres.

Dans les documents examinés, nous trouvons par exemple : des actions destinées à mesurer les résultats des progrès des TIC dans chaque pays ; la fixation de délais pour la mise en place des services ; la réalisation d'actions d'« accompagnement » (suivi) ; la divulgation de statistiques comparatives entre les pays ; la publication d'un classement global des progrès dans l'atteinte d'objectifs[29], etc.

Nous terminons ici l'approche des questions relatives à la coercibilité, à l'effectivité et à la légitimité, qui nous a conduits et aidés aussi bien dans la définition des méthodes que dans l'analyse et l'interprétation des textes. Dans le point suivant, nous traiterons des bases pour la seconde partie de notre analyse. Encore qu'elle se développe dans la continuité des thèmes et méthodes déjà définis, elle s'éloigne du pôle émetteur des recommandations pour se rapprocher du récepteur ou destinataire.

Il nous faudra alors préciser ce qui, dans les règlements du Programme *Telessaúde Brasil Redes,* peut être mis en rapport avec les mesures recommandées par les institutions étudiées pour inciter à l'adoption de la télésanté.

1.4.4 L'acceptation d'une recommandation par le corpus juridique d'un État

Dans la seconde partie de l'analyse du corpus, l'intérêt est centré sur la réception par l'État membre (Brésil) des recommandations émises par les institutions internationales, liées au développement des TIC et de la télésanté.

Dans l'analyse des documents concernant la structuration et la normatisation du Programme *Telessaúde Brasil Redes*, nous allons essayer de mettre en rapport les préceptes du programme avec certaines recommandations, en vérifiant l'existence de correspondances entre les deux par la présence de certaines structures.

Compte tenu des préalables de souveraineté des États et de leur autonomie pour la définition de politiques internes, nous pourrions accepter l'hypothèse qu'un pays mette en

[29] Au vu de la nature de ces actions, le propre emploi du terme "pression" nous a parfois paru inadéquat ; il semble plus approprié de parler de "motivation", d'"encouragement", d'"appel".

place un programme déterminé pour répondre aux besoins de sa population, pour suivre un plan de gouvernement préétabli, ou pour réduire la pression de groupes politiques ou d'entreprises, ou encore en raison d'autres facteurs d'ordre interne.

Toutefois, nous reconnaissons dans notre démarche la nécessité de considérer l'État non pas isolément ou à partir de son seul contexte interne, mais bien comme une entité faisant partie d'une communauté politique plus large, soumise à l'influence de « recettes » ou de « modèles » internationaux pour la définition de politiques.

Finalement, il convient de prendre un autre élément en considération : le développement des TIC, phénomène que nous traitons dans l'optique de la formalisation d'un projet mondial destiné au développement d'une société de l'information.

Ce projet mondial englobe entre autres la restructuration de services publics par l'utilisation des TIC, y compris le secteur de la santé publique. Le plan d'action du SMSI renforce la recherche d'un modèle de société : un type précis d'adoption des TIC est lancé globalement.

De sorte qu'un État définit les programmes dans lesquels il va investir des fonds publics et la manière de les structurer, non seulement en tenant compte de son contexte interne, mais aussi sur base d'une série de dispositions internationales (recommandations).

En acceptant certaines de ces recommandations dans son corpus juridique, l'État-nation admet non seulement la pertinence d'un projet international déterminé, mais aussi la légitimité de l'institution qui l'a défini. Nous pouvons alors inférer que les éléments de pression ayant été éventuellement utilisés ont obtenu l'effet souhaité sur l'État en question.

Quant à leur nature, il faut noter que les institutions internationales ne sont pas supérieures aux États : c'est au contraire la figure de l'État qui est au-dessus de celle de l'institution dont il fait partie[30]. C'est pourquoi leurs recommandations n'ont pas d'effets

[30] Selon l'auteur : La situation légale de l'Organisation dans l'ordre international se caractérise par une absence de supra-ordination de l'entité par rapport aux autres sujets. Deux éléments en témoignent : d'une part, l'Organisation ne constitue pas l'ordre juridique international total, comme l'État constituerait « l'ordre juridique [interne] total » au sens *kelsénien* (la perspective proposée par Hans Kelsen, dans son livre Théorie pure du droit). D'autre part, en tant que sujet d'imputation inclus dans l'ordre international, l'Organisation n'est pas non plus un être supérieur aux autres sujets […]. La condition légale de l'Organisation s'inscrit donc dans une inévitable subordination aux États, dont le droit international considère qu'ils restent maîtres de l'étendue de la capacité conférée (Marchi, 2002, p. 349-350).

juridiques *per se,* effets qui ne se manifestent qu'au moment où elles sont acceptées par les États, comme le rappelle Marchi (2002) :

> […] il serait erroné de s'attendre à ce que les règles s'adressant immédiatement aux organisations produisent *per se* des effets juridiques. Ces effets ne se manifesteront qu'à partir du moment où les États accepteront les règles dont elles dérivent, ou même n'en accepteront qu'une seule (Marchi, 2002, p. 64).

Chapitre 2 – Méthodes

Dès le début de notre recherche, nous avons constaté la nécessité de définir le corpus à analyser, en le séparant en deux grands groupes en fonction de la réponse aux questions suivantes :

- Quelles sont les prévisions normatives relatives au programme brésilien de télésanté qui doivent être abordées ?

- Quelles sont les recommandations établies par des organisations internationales sur la question, et en particulier « celles qui lancent un appel aux pays pour qu'ils définissent des politiques dans ce domaine », et quelles sont les organisations qui intéressent notre recherche ?
são as previsões normativas referentes ao programa brasileiro de telessaúde que merecem ser abordadas ?

Dans le point « matériels », nous présenterons la liste des documents qui forment notre corpus, les acteurs politiques responsables de leur publication (organisations internationales, organismes brésiliens de l'administration publique et autres), ainsi que les critères utilisés pour leur définition.

Dans le but de connaître « les antécédents » ou « le champ de déterminations[31] », nous avons sélectionné un autre groupe de documents pour notre corpus, en lien avec le débat mondial sur l'adoption de politiques pour le développement des TIC et sur le thème de l'« adoption de politiques pour la télésanté ».

Après la sélection des documents du corpus et l'exposé des critères de notre choix, il reste à savoir comment les organiser, selon quelles méthodes les analyser et comment

[31] Bardin, 2007.

procéder à la comparaison entre la base normative du programme brésilien et le cadre international de recommandations sur la question.

Quelle est la méthode qui peut nous permettre d'atteindre l'autre partie de notre objectif, qui est de vérifier l'existence d'un « processus d'acceptabilité », et comment ce processus peut-il être associé aux similitudes ou corrélations entre les prévisions normatives du programme brésilien sur la télésanté et les recommandations internationales sur la question ? Dans ce point « méthodes », nous exposons la manière selon laquelle nous procéderons à l'analyse du corpus, à partir de quels concepts, *approches et* méthodes, et nous traiterons ensuite des questions relatives à la définition du corpus au point « matériels ».

Après avoir identifié le cadre normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes,* défini les principaux acteurs politiques qui travaillent à la sensibilisation des pays à l'« adoption de politiques pour la télésanté » ainsi que les documents qu'ils publient avec les recommandations sur la question, nous établirons ensuite la comparaison entre *deux grands groupes de documents*.

Nous avons réuni dans le *premier groupe* les documents publiés par les organisations internationales, au niveau régional ou international, qui traitent de la question, en plus des documents relatifs aux « plans pour le développement d'une société de l'information », ici considérés comme des « antécédents ». Et dans le *second groupe*, nous avons rassemblé les documents qui constituent le cadre normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes*.

2.1 Quant au premier groupe de documents

2.1.1 Identifier les éléments « observables pertinents » dans chaque document et leur récurrence dans un même document

Quand Krieg-Planque[32] parle de l'analyse du discours (AD) et présente sa définition de « formule », elle explique que cet instrument offre des méthodes qui permettent l'identification d'éléments « observables pertinents ».

[32] 2009.

L'étude analytique des documents a été orientée à l'identification des termes ou propositions dont la pertinence plus ou moins grande à notre analyse a été associée à leur récurrence, c'est-à-dire à leur répétition dans un même document.

De son côté, la notion de récurrence empruntée à Durand[33] est présentée comme une des bases pour classer les « nouveaux mots du pouvoir », dont nous avons par ailleurs parlé dans notre référentiel méthodologique. La « récurrence » est utilisée dans notre analyse comme un indice pour classer des expressions ou des propositions selon leur pertinence et les organiser dans des tableaux comparatifs.

2.1.2 Organisation d'un tableau d'éléments observables récurrents

Après avoir identifié la récurrence des propositions, nous les organisons en tableaux qui serviront à établir des comparaisons. La disposition en tableaux est importante car elle permet de faire des comparaisons avec les propositions trouvées dans d'autres documents.

2.1.3 Les éléments observables récurrents dans différents documents : comparaison

La comparaison entre différents tableaux d'observables permet de vérifier non seulement la répétition des termes, mais aussi des thèmes abordés dans les recommandations et du type d'orientation donnée à ces recommandations. Par exemple, les propositions dirigées à un type de destinataire au détriment d'autres (les pays en développement), suggérant un certain type de recommandation (l'appel à l'adoption de politiques pour la télésanté), ou encore la répétition de certaines bases pour orienter une politique pour la télésanté (atteindre les zones et les populations isolées, améliorer la qualité du service tout en réduisant les coûts, etc.).

2.1.4 Élaboration d'un tableau final d'éléments « observables récurrents » en lien avec le thème de la « télésanté » identifiés dans les documents traitant de la « société de l'information »

Notre intérêt de traiter non seulement les documents publiés par les organisations internationales choisies (UIT, OMS, CEPALC et OPAS), mais aussi les « plans pour le

[33] 2007.

développement d'une société de l'information » nous permet de disposer de plus d'éléments de comparaison et de vérifier plus facilement les récurrences et autres antécédents.

Une partie de ces « plans » ont été proposés avant à la réalisation du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI), qui s'est tenu en 2003. On y constate la présence du thème « télésanté » en tant qu'observable récurrent, spécialement dans les plans à portée mondiale[34] (GII en 1994 et GIS en 1995) et dans les plans régionaux (Europe et Amérique Latine).

Nous avons procédé de la même manière avec les quatre documents finals du SMSI, principalement en ce qui concerne les dispositions sur la télésanté et les observables relatifs au thème. Après avoir comparé tous les tableaux d'« observables » entre eux, nous avons obtenu un tableau général concernant tous les documents étudiés jusqu'alors.

2.1.5 Élaboration de quatre tableaux d'éléments observables récurrents en lien avec la question de la « télésanté », relatifs aux documents de l'UIT, de l'OMS, de la CEPALC et de l'OPAS

Quant aux organisations internationales ayant lancé un appel à leurs pays membres en vue de l'adoption de politiques pour la télésanté (UIT, OMS, CEPALC et OPAS), l'analyse de leurs documents a permis de faire le relevé de leurs observables et d'organiser ceux-ci en quatre tableaux, pour l'étape de comparaison avec le cadre normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes.*

2.2 Quant au second groupe de documents

Le second grand groupe de documents est formé d'un ensemble d'arrêtés publiés par le Ministère de la Santé du Brésil et d'un décret publié par la Présidence de la République, tous se rapportant à la mise en place et à l'adéquation du Programme *Telessaúde Brasil Redes.*

À partir de deux bases de données disponibles sur Internet - dont nous traiterons au point « matériels » -, nous avons établi une liste de dix-sept documents, par après réduite à dix, sur la base de critères dont nous parlerons aussi dans le point en question.

[34] Le GII en 1994 et le GIS en 1995.

Pour analyser leur contenu, nous avons séparé ces dix documents en trois groupes, le premier avec les normes qui traitent de la formation d'une Commission permanente de télésanté au Brésil, le deuxième, avec les normes qui instituent ou proposent des adéquations au programme, et le troisième, avec d'autres documents normatifs qui organisent le programme.

Dans cette analyse, au lieu de nous concentrer sur la recherche de définitions ou de termes récurrents comme dans le processus analytique appliqué aux documents du premier groupe, nous avons recherché les observables dans le but d'identifier ceux qui constituent les principaux axes thématiques du programme.

Pour chacun des trois groupes de documents, nous avons élaboré un tableau, avec les principaux thèmes introduits par chacune des normes analysées, en d'autres termes, avec les observables pertinents identifiés dans chacun des textes légaux. Nous sommes ainsi arrivés à six axes ou groupes thématiques principaux, associés aux thèmes identifiés dans les tableaux d'observables.

Finalement, nous avons fait un recoupement entre les observables récurrents identifiés lors de l'analyse du premier groupe de documents, relatifs aux « plans pour de la société de l'information », aux documents de l'UIT, de l'OMS, de la CEPALC et de l'OPAS, et les définitions principales trouvées dans le cadre normatif du programme Telessaúde Brasil Redes, organisés selon ces six axes thématiques.

Soulignons que l'élaboration de l'état des lieux a été aussi importante que l'analyse du cadre normatif du programme, non seulement en ce qui concerne l'utilisation des TIC dans le cadre de la santé publique au Brésil et l'adoption de politiques dans ce sens, mais aussi le contexte actuel de la santé publique, les problèmes et défis actuels du Brésil.

En plus de fournir des antécédents importants pour la propre démarche d'analyse et de comparaison, cette approche de la santé publique au Brésil avait aussi pour but d'offrir à ceux qui s'intéresseront à notre travail quelques éléments pour les aider à mieux connaître certaines questions et certaines spécificités relatives à la réalité du pays, fondamentales pour la compréhension des propres enjeux de la recherche.

2.3 Toujours en ce qui concerne les méthodes: le « proccès d'acceptabilité » dans l'analyse du premier groupe de documents

Avant de présenter la définition et la nature de ce processus et de montrer comment on peut le vérifier dans les documents du premier groupe, examinons les affirmations suivantes :

- aucun pays n'est tenu de suivre les recommandations proposées par des organisations internationales au simple motif d'en être membre, comme nous l'avons vu chez Castaneda[35]. De sorte que le Brésil n'est nullement contraint à adopter des politiques pour la télésanté et encore moins à définir ces politiques selon ce qui est établi par des organisations comme l'UIT, l'OMS, la CEPALC et l'OPAS ;

- dans la même ligne de raisonnement, il n'y a pas non plus lieu de parler de sanctions appliquées aux pays en cas d'inobservance des recommandations d'organisations internationales, compte tenu du fait que ces recommandations sont plutôt des « invitations[36]».

Ceci étant, comme il n'y a ni obligation ni sanction, tout État membre peut ou non se baser sur les recommandations internationales concernant la question quand il définit les bases de ses politiques pour la télésanté.

Ce qui justifie pleinement l'intérêt de savoir si les principes qui fondent le programme brésilien de télésanté possèdent une corrélation ou s'adaptent à ce qui est recommandé par les organisations internationales mentionnées. Mais l'*objectif général de notre recherche ne se limite pas seulement à cette vérification.*

Encore que l'on ne puisse parler ni d'obligation ni de sanction, les méthodes de l'analyse de discours (AD) et de l'analyse de contenu (AC) nous permettent cependant de reconnaître des éléments présents dans les documents du premier groupe, associés à ce que nous avons appelé le « processus d'acceptabilité ».

Nous avons emprunté ce terme, originalement utilisé par Krieg-Planque[37] dans son ouvrage consacré à la conceptualisation des « formules » dans l'analyse du discours, et étendu sa portée afin de pouvoir l'utiliser dans notre recherche pour traiter de caractéristiques, d'expressions ou d'autres éléments qui peuvent aider à la sensibilisation ou à l'engagement d'un pays vis-à-vis des recommandations qui lui sont dirigées.

---

[35] 2015.
[36] *Op. cit.*
[37] 2009.

Une fois exclus les éléments « sanction » ou « obligation d'observer » dans la relation « recommandations d'organisations internationales → États membres », il est important de comprendre la raison de l'utilisation de certains termes ou la présence de certaines caractéristiques dans les textes, ainsi que leur prévision de certains types d'actions destinées à sensibiliser ou à encourager l'engagement de leurs destinataires.

L'association à un « processus d'acceptabilité », que nous proposons pour les éléments présents dans les documents étudiés, et la reconnaissance de ces éléments dans les textes, de la forme selon laquelle ils sont associés à ce processus, constitue la *seconde partie de l'objectif général de notre recherche.*

L'importance de cette démarche pour la recherche réside surtout dans la reconnaissance d'une probable relation entre les éléments[38] associés à ce *processus* et l'existence de corrélations entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme Telessaúde Brasil Redes et ceux identifiés dans le premier groupe de documents.

En ce sens, les méthodes d'analyse utilisées pour confirmer le processus d'acceptabilité dans notre recherche n'ont eu de sens que pour les documents du premier groupe. Il nous reste encore à expliquer la méthode utilisée pour le démontrer.

Pour donner un sens complémentaire au terme utilisé par Krieg-Planque et l'adapter aux objectifs de notre recherche en tant qu'*outil méthodologique*, nous sommes allés chercher chez d'autres auteurs, liés au champ de l'analyse du discours (Bardin et Krieg-Planque), au droit international (Castaneda, Decaux) et à la sociologie des organisations (Durand), trois structures qui, à notre avis, seront suffisantes pour ce faire.

2.3.1 La legitimité

Durand[39] (2007) affirme qu'étant donné que les mots ne possèdent pas de pouvoir intrinsèque, ils exploitent leur récurrence « dans le grand trafic du discours social » et de la légitimité « […] des organisations nationales ou internationales qui en font large usage » (*idem*, p. 7).

[38] Toutefois, notre but n'est pas de prouver cette influence, car de cette manière, le processus d'acceptabilité constituerait une nouvelle hypothèse de la recherche et exigerait la rigueur scientifique nécessaire pour la tester
[39] 2007.

De son côté, Krieg-Planque[40], dans un ouvrage consacré à l'AD, traite de la nature des « performatifs » et de leur emploi par les organisations dans leurs documents, dans le but de « […] colorer le décor qui le rend légitime pour la prise de la parole qui suit[41] ».

Ces deux exemples indiquent une préoccupation quant à l'élément « légitimité » en tant que facteur pouvant donner au discours un pouvoir que les mots qui le composent ne possèdent pas intrinsèquement.

La légitimité peut être notée dans les documents du premier groupe non seulement par la présence de performatifs et de formules, dont nous avons présenté les définitions dans nos référentiels méthodologiques, mais aussi par l'emploi de certaines expressions ou propositions récurrentes, reprises dans les documents de plusieurs organisations.

Encore qu'on ne puisse pas classer toutes les récurrences trouvées comme des performatifs ou des formules, nous avons constaté l'existence de simples répétitions ou similarités entre les prévisions sur la télésanté figurant dans plusieurs types de documents, ce que Garrett a reconnu comme un processus d'« homogénéisation des opinions et débats publics » et de « diffusion des modèles et recettes politiques[42] ».

De sorte que les récurrences relatives au thème de la télésanté sont associées à la structure de la légitimité, au même titre que l'évocation d'antécédents, du contexte de production et des enjeux sociopolitiques[43].

2.3.2 L'efficacité

Pour ce qui est de la deuxième structure du processus d'acceptabilité, nous avons trouvé chez Decaux[44] un article dans lequel l'auteur se demande si le « développement de la production normative nous mène à un ordre juridique international », et dont la conclusion montre du doigt des « causes de restriction à l'*efficacité* » des recommandations internationales.

---

[40] 2012.
[41] *Op. cit.,* p. 60.
[42] 2000.
[43] Krieg-Planque, 2009.
[44] 2007.

Selon cet auteur, le manque de détails ou de précision, caractéristique de certains types de recommandations telles que celles publiées au terme de conférences internationales, impacte leur efficacité, avec pour résultat un niveau moindre de respect ou d'observance de celles-ci de la part des acteurs politiques auxquels elles sont destinées.

À partir de cette constatation, nous pouvons inférer qu'un plus haut niveau de précision ou de détail de ces recommandations pourra améliorer leur efficacité, évitant ainsi qu'elles n'exercent qu'un « simple effet déclaratoire » sur leurs destinataires[45].

Parmi les différents plans, résolutions, déclarations, etc. du premier groupe, en nous bornant à leurs dispositions sur la « télésanté », nous avons trouvé aussi bien des textes limités à des considérations générales, que des documents faisant des recommandations précises et détaillées.

Compte tenu de la conclusion de Decaux mentionnée ci-dessus, quand on compare les recommandations de divers documents qui traitent de thèmes similaires, il est parfois possible de vérifier un niveau de détail plus ou moins élevé et donc de leur attribuer un plus ou moins grand potentiel d'être prises en considération par les pays auxquelles elles sont destinées.

2.3.3 La coercibilité

La troisième et dernière structure du processus d'acceptabilité est paradoxalement appelée *coercibilité.* Paradoxale parce qu'au vu de la nature des recommandations, figures centrales dans les documents des organisations internationales, nous avons constaté qu'on ne peut parler ni de sanction ni d'obligation, et qu'elles représentent plutôt des « invitations ». Et donc qu'il n'y a pas lieu de parler de coercition ou de coercibilité.

Ceci dit, nous avons choisi d'utiliser ce terme, non pas pour désigner des mesures coercitives au sens juridique du terme, mais des mesures qui, dans les documents du premier groupe, prévoient le suivi et l'observation des pays membres par les organisations, dans le but de vérifier leur niveau d'engagement envers les recommandations.

Toujours en ce qui concerne la nature des recommandations, Castaneda (2015) défend qu'elles constituent en elles-mêmes, c'est-à-dire indépendamment de leur teneur, « une forme tolérable de pression » des organisations internationales sur leurs États membres.

[45] *Op. cit.*

Les dispositions prévoyant des mesures de suivi ou de surveillance donnent plus de poids à l'élément de pression, même si elles ne mentionnent ni sanction ou ni obligation de les respecter. Nous avons ainsi vérifié dans les documents du premier groupe la présence de ces mesures, en tenant compte de leur potentiel d'influencer les pays membres à adopter ce dont disposent les recommandations qui leur sont dirigées.

Chapitre 3 – Matériels

3.1 Introduction

Pour la définition des « matériels » dans la composition de notre corpus d'analyse nous avons tenu compte de notre objectif général, avec d'un côté, les « prévisions normatives relatives au programme brésilien de télésanté » et de l'autre, les « recommandations publiées par des organisations internationales qui appellent leurs pays membres à adopter des politiques pour la télésanté ».

Outre cette base pour la définition du corpus, étant donné l'importance pour notre analyse de connaître les « antécédents » et d'ainsi disposer de plus d'éléments de comparaison pour pouvoir vérifier les récurrences, fait également partie de nos « matériels » ce que nous appelons les « plans pour le développement d'une société de l'information », pour ce qu'ils traitent aussi de la question de la « télésanté ».

Avant de présenter les documents faisant partie du corpus d'analyse, nous allons brièvement parler des acteurs politiques impliqués dans l'élaboration de ces documents.

3.2 Définition des organisations et justification

Pour définir les organisations à étudier, compte tenu de notre intérêt dans le cadre de la mondialisation, de l'« accroissement du poids des régulations globalisées » et de l'impact des progrès des TIC sur « l'accélération de la diffusion de l'information […] et des modèles et recettes politiques » (Garrett 2000, Oliver 2003), nous avons fixé notre choix sur deux

agences spécialisées de la plus importante organisation internationale actuelle, l'Organisation des Nations Unies.

Compte tenu du recoupement entre les thèmes « technologies de l'information et de la communication » et « santé », de la conceptualisation de la « télésanté » et de l'existence de ces deux agences de l'ONU spécialisées dans ces deux domaines, nous avons décidé de d'abord vérifier les dispositions sur le thème, définies par l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) et par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La promotion de conférences internationales, la publication de résolutions, d'études et de rapports indiquent l'engagement de ces deux agences dans cette question, et c'est pourquoi nous avons cherché à identifier les documents publiés par celles-ci qui pouvaient nous intéresser.

Vu la nécessité d'adoption d'une perspective multiniveau pour la définition du corpus dans le contexte de la mondialisation, nous avons admis que l'influence sur les politiques internes d'un pays donné suit aussi la logique de la communauté régionale face à la communauté globale[46]. Nous nous sommes alors tournés vers la situation en Amérique Latine, région géopolitique où le Brésil se situe.

Nous avons ensuite cherché les dispositions sur la « télésanté » proposées par deux autres organisations internationales faisant partie de l'ONU et également de l'UIT et de l'OMS, mais dont le champ d'action est limité à la région latino-américaine : la Commission Économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC) et l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPAS).

Dans le cas de la CEPALC, nous avons constaté son engagement pour les progrès des TIC dans l'élaboration de son plan régional pour le développement de la société de l'information en Amérique Latine et aux Caraïbes, plan qui inclut des prévisions relatives aux « politiques pour la télésanté ».

L'OPAS a quant à elle cherché à adapter au contexte régional latino-américain les recommandations proposées par l'OMS au niveau international, traduisant son engagement pour la « définition de politiques pour la télésanté » dans plusieurs documents importants qu'elle a publiés à ce sujet.

[46] Pleyers, 2012.

3.3 Définition des organes liés à l'administration publique brésilienne et justification

Lors de la définition de notre projet de recherche, nous avons constaté que le gouvernement brésilien avait décidé d'adopter un programme national de télésanté en 2007. À cette époque, les débats internationaux sur la question avaient déjà porté leurs fruits, au point qu'un plan mondial pour la télésanté avait déjà été proposé sous la forme d'une résolution de l'OMS, en 2005.

Nous avons ainsi confirmé la pertinence et la viabilité du type d'approche adoptée dans notre étude, en établissant une relation entre la base normative du contexte local (Brésil) et les définitions trouvées au niveau international, en plus de la corrélation entre cette discussion sur la « télésanté » et le thème du développement d'une société de l'information avec les plans pour le développement des TIC dans le monde.

Pour ce qui est du cadre normatif du programme brésilien pour la télésanté, nous avons trouvé les documents relatifs à l'organisation et à l'adéquation de ce programme dans le cadre du Ministère de la Santé (MS) et du Pouvoir Exécutif brésilien, et les documents concernant les politiques pour le développement des TIC, dans le cadre du Ministère de la Science, Technologie et Innovation (MCTI).

3.4 Documents faisant partie du « premier groupe »

3.4.1 Les plans pour le développement d'une société de l'information antérieurs à la réalisation du SMSI (période 1993-2003)

Outre le National Infrastructure Information (NII), le plan national américain lancé en 1993, et le Global Infrastructure Information (GII), lancé par les USA en 1994 et approuvé par les pays participants à la Conférence mondiale sur le développement des télécommunications (CMDT) organisée par l'UIT, d'autres plans ont vu le jour dans les années 1990, plus ou moins influencés par le NII et par le GII.

En plus de ces deux plans très importants, mentionnés par plusieurs auteurs spécialisés dans l'étude de la société de l'information (Mattelart 2009, Castells 2001, Musso 1997), nous

avons identifié d'autres plans relatifs à la question, aussi bien dans le champ théorique que dans deux listes importantes.

La liste des principaux plans de cette période est donnée dans l'introduction de l'ouvrage « *La société de l'information : glossaire critique* », publié en 2005 par la Commission nationale française pour l'UNESCO, qui met l'accent sur les plans lancés dans le cadre européen dans les années 1990. Une seconde liste, élaborée par le Groupe des Huit (G8), a été établie par Barbara Kern (Université de Toronto) en 1998[47]. Cette liste est disponible sur le site du G8, ainsi que son propre plan pour la société de l'information, le Global Information Society (GIS).

Pour compléter les « antécédents » associés à ce que nous appelons la « phase pré-SMSI », en plus des plans mondiaux ou destinés au continent européen, nous nous sommes également intéressés aux plans pour l'Amérique Latine et à ceux du gouvernement brésilien.

Pour ces derniers, nous nous sommes basés sur la liste disponible sur le site de la Commission Économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC) et pour le Brésil, sur le site du Ministère de la Science, Technologie et Information (MCTI).

Dans la partie relative à l'analyse des documents, nous avons traité plus particulièrement des plans mondiaux, c'est-à-dire du GII, du GIS et tout spécialement du NII, vu qu'il s'agit d'un plan pionnier de 1993 concernant le développement des TIC et l'approche de la question de la « télésanté ». Les documents publiés avant 2003, durant la période antérieure à la réalisation du SMSI, et que nous avons sélectionnés comme « antécédents » sont les suivants :

- USA
National Information Infrastructure (1993)

- MONDE
Global Information Infrastructure (1994)
Global Information Society (1995)

- EUROPE
Recommandations to the European Council (Bangemann Report, 1994) ;
Corfu European Council : Conclusions of the Presidency (1994) ;
The Information Society : From Corfu to Dublin (1998) ;
The Fourth RTD Framework Programme (FP4, 1994-1998) ;
The Fifth RTD Framework Programme (FP5, 1998-2002) ;

[47] En ligne : http://www.g8.utoronto.ca/gis/bibliography.html. Consulté le 12 mars 2015.

eEurope : une société de l'information pour tous (2000/2002).

- AMÉRIQUE LATINE
Déclaration de Florianópolis (1999) ;
Déclaration de Bavarois (2003)

- BRÉSIL
Société de l'information de l'informatiomation au Brésil (SIB, 1998) ;
Société de l'information au Brésil : Livre vert (2000) ;
Livre blanc : science, technologie et innovation (2002).

3.4.2 Les documents finals du Sommet mondial sur la société de l'information, SMSI (période 2003-2005)

Pour ce qui est des documents relatifs au Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI), nous avons choisi les quatre documents appelés « documents finals du SMSI » dans la propre base d'informations sur le sommet et disponibles sur le site Internet du SMSI[48] :

- SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION (SMSI) :
Déclaration de principes de Genève (2003) ;
Plan d'action de Genève (2003) ;
Engagement de Tunis (2005) ;
Agenda de Tunis pour la société de l'information (2005).

Dans notre analyse, nous mettons l'accent sur le Plan d'action de Genève (2003), étant donné l'espace qui y est réservé au thème « télésanté ». L'analyse des trois autres documents nous a aidés dans l'établissement des conclusions.

Après avoir défini les documents considérés comme « antécédents » et liés à la définition de plans pour le développement d'une société de l'information, nous donnerons ci-après la liste des documents des quatre organisations internationales mentionnées, qui font également partie du « premier groupe » du corpus d'analyse.

Comme nous l'avons dit dans le point « méthodes », au terme de l'analyse des documents considérés comme « antécédents », nous présentons un tableau des éléments

[48] Il existe beaucoup de documents relatifs aux deux phases du SMSI (2003 et 2005), publiés lors des conférences régionales préparatoires. Par exemple, la Déclaration de Bavarois, qui est le document publié au terme de la conférence régionale qui s'est tenue en Amérique Latine avant la réalisation de la première phase du SMSI en 2003 et que nous avons joint aux documents de la période 1993-2003. Les "documents finals du SMSI". [En ligne : http://www.itu.int/net/wsis/index-fr.html]. Consulté le 4 mars 2015.

observables récurrents ayant été identifiés dans les passages de ces documents qui traitent de l'orientation pour la « définition de politiques pour la télésanté ».

3.4.3 Documents de l'UIT, période 2006 - 2014

Agence spécialisée de l'ONU chargée de l'élaboration de recommandations normatives relatives à l'utilisation et au développement des télécommunications dans le monde, l'UIT est associée à la régulation politique internationale. Outre la normatisation des TIC, elle s'occupe de la réalisation de forums et de conférences internationales et participe directement à la réalisation du SMSI et aux Conférences mondiales de développement des télécommunications (CMTD). Nous reviendrons plus tard sur l'importance de l'UIT.

En ce qui concerne l'action de cette agence pour l'élaboration de recommandations en vue de l'« adoption de politiques pour la télésanté », la Commission d'études 2 de son département UIT-D (Development Sector) est chargée d'établir des rapports sur la question. Neuf rapports sont disponibles sur le site de cette commission[49], couvrant la période 1998-2014.

Seuls quatre d'entre eux ont un accès gratuit ; les cinq autres soit exigent un paiement de la part de l'usager, soit n'offrent aucun contenu associé au lien respectif. Les quatre documents accessibles, suffisants pour les besoins de notre recherche sont les suivants :

- UIT, COMISSION D'ÉTUDES 2 (UIT-D) :
Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé (2006) ;
Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles (2008);
Question 14-2/2 - Mobile Health Solutions for Developing Countries (2010);
Question 14-3/2: Information and telecommunications/ICTs for e-Health (2014).

Nous parlerons brièvement de quelques-uns des rapports des Conférences mondiales de développement des télécommunications (CMTD), en ce qui concerne leurs

[49] Les quatre documents qui font partie de notre corpus et les cinq qui ne sont pas accessibles. En ligne : http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02. Consulté le 4 mars 2015.

recommandations pour la « définition de politiques pour la télésanté », principalement ceux des conférences de Buenos Aires (1994), de La Valette (1998) et d'Istanbul (2002)[50].

Au terme de cette analyse, nous avons construit un tableau analytique avec les observables qui répètent ceux des dispositions de l'UIT, dans le but de faire des comparaisons en conformité avec les objectifs de la recherche et avec ses définitions méthodologiques.

3.4.4 Documents de l'OMS, période 2005

Tout comme l'UIT, l'OMS est une agence spécialisée de l'ONU qui participe à la régulation internationale dans le domaine de la santé. Dans le cadre du débat sur la société de l'information, cette organisation a publié des recommandations destinées à ses pays membres et relatives à la « définition de politiques pour la télésanté ». En collaboration avec l'UIT et avec l'OPAS, elle a également participé au SMSI.

Nous traiterons tout spécialement du plan stratégique intitulé « cybersanté », lancé par l'OMS dans sa résolution WHA58.28 de 2005. Il faut aussi mentionner un autre document important de cette organisation, qui a servi de base à cette résolution, le Rapport du Secrétariat A58/21, élaboré en 2005. Ces deux documents sont disponibles dans la base de documents sur le site Internet de l'OMS, à savoir :

- OMS
Rapport do Conseil Exécutif OMS A58/21 « Cybersanté[51] » (2005) ;
Résolution WHA 58.28 « Cybersanté[52] » (2005).

Nous traiterons encore de deux documents publiés par cette organisation avant la proposition des documents ci-dessus, où elle abordait déjà la combinaison entre « techniques et technologies » et « santé », et s'intéressait à la régulation internationale sur la question, à savoir le rapport « Politique de la santé pour tous pour le XXIe siècle : télématique sanitaire », de 1998 et la Déclaration d'Alma-Ata, de 1978.

[50] Antécédents, rapports des Conférences mondiales de développement des télécommunications UIT (1994/1998/2002) : Recommandation nº 1 "Application des télécommunications à la santé et à d'autres services sociaux" (1994) ; Recommandation 9 "Télémédecine" (1998) ; Résolution 41 " Cybersanté" (2002).
[51] En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/Francais/Resolutions.pdf. Consulté le 14 mars 2015.
[52] En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/Francais/Resolutions.pdf. Consulté le 14 mars 2015.

Comme pour l'analyse des documents relatifs à l'UIT, nous avons construit un tableau analytique d'observables concernant l'OMS en vue d'établir des comparaisons.

3.4.5 Documents de la CEPALC, période 2005 - 2015

Une des commissions régionales des Nations unies directement engagée dans le SMSI, la CEPALC s'est chargée de l'organisation des conférences régionales préparatoires au sommet entre les pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes, telles que la Conférence de Bavarois (2003) et la Conférence de Rio de Janeiro (2005).

À la suite de cet engagement, un plan stratégique a été établi pour le développement de la société de l'information pour la région latino-américaine, le Plan régional d'action de l'Amérique Latine et des Caraïbes pour la société de l'information[53], le « Plan eLAC ».

À cause des prévisions concernant la « télésanté » qui figurent dans ce plan, nous nous sommes intéressés à l'analyse des trois documents publiés au terme des conférences régionales de San Salvador en 2007, de Lima en 2010, et de Montevideo en 2013, disponibles dans la base de documents de la CEPALC sur son site Internet[54], à savoir :

- CEPALC
Plan eLAC 2007 (2007) ;
Plan eLAC 2010 (2010) ;
Plan eLAC 2015 (2013).

En outre, dans le but de vérifier certains antécédents relatifs à l'élaboration des plans respectifs, nous aborderons les documents finals rédigés au terme des trois conférences régionales, en plus du document Engagement de Rio de Janeiro (2005), qui a lancé l'initiative de l'élaboration du Plan eLAC.

[53] À cause de cet engagement pour le développement de la société de l'information dans la région, nous associons la CEPALC à l'UIT, mais le rapprochement entre ces deux organisations n'est que didactique, étant donné qu'en termes politiques et administratifs, elles n'ont pas les mêmes relations que celles qui existent entre l'OMS et l'OPAS.
[54] Les Plans eLAC 2007, eLAC 2010 e eLAC 2015. [En ligne : http://www.cepal.org/elac2015/default.asp?idioma=IN]. Consulté le 12 avril 2015.

Selon la même méthode utilisée pour l'analyse des documents des autres organisations, nous avons construit un tableau final avec les observables relatifs à l'approche du thème « télésanté » dans les Plans eLAC.

3.4.6 Documents de l'OPAS, période 2011

Ayant défini sa stratégie et son plan d'action pour la télésanté en 2005, l'OMS a publié des recommandations dans le but que les pays membres et les organisations régionales de santé telles que l'OPAS établissent leurs plans pour réguler la télésanté dans leur juridiction respective. En tant qu'organisation régionale liée à l'OMS, l'OPAS a établi son plan régional pour la télésanté en 2011, dans la Résolution CD51.R5.

L'élaboration de ce plan a été précédée d'un autre document important, un rapport de son Conseil directeur, qui a établi un état des lieux concernant la définition de politiques pour la télésanté dans le monde, et proposé dans sa conclusion un modèle pour le plan régional de l'organisation.

Ceci étant, voici les deux documents de l'OPAS faisant partie de notre corpus et disponibles sur son site Internet :

- OPAS
Rapport du Conseil Directeur CD51/13 (2011) ;
Résolution CD51.R5 (2011).

Selon la même méthode utilisée pour l'analyse des documents des autres organisations, nous avons construit un tableau avec les observables relatifs au plan de l'OPAS pour la télésanté.

Après avoir établi la liste de tous les documents qui composent le « premier groupe », nous avons construit cinq tableaux d'observables, un d'entre eux concernant les documents relatifs au SMSI et ceux qui ont été publiés avant le sommet, et les quatre autres relatifs aux documents des quatre organisations mentionnées ci-dessus.

Voyons maintenant les documents faisant partie du « second groupe », correspondant au cadre normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes.*

3.5 Documents faisant partie du « second groupe »

3.5.1 Documents normatifs relatifs au programme Telessaúde Brasil, période 2006 - 2011

Considéré un « pays en développement » selon la classification établie par le Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD), le Brésil est membre des quatre organisations considérées dans la recherche ; il a participé aux discussions réalisées dans le cadre du SMSI et est signataire des documents finals du sommet.

En ce qui concerne la régulation des activités en lien avec la télésanté sur son territoire, nous avons constaté que le Ministère de la Santé a établi dans un arrêté de 2006 la création d'une Commission permanente de télésanté. Par la suite, d'autres arrêtés ont été publiés, établissant un programme national de télésanté en l'adaptant aux conditions du système de santé publique du pays.

Pour former ce groupe de documents, nous avons tout d'abord cherché dans les bases de données disponibles sur le site Internet du Ministère de la Santé du Brésil. Nous avons ainsi eu accès au cadre normatif du programme en croisant les informations trouvées dans trois bases de données.

La première est disponible sur le site créé par le Ministère de la Santé (MS) qui traite exclusivement du programme[55]. La deuxième base d'informations sur les normes est celle du Conseil brésilien de télémédecine et santé (CBTms)[56], un des organismes faisant partie de la Commission permanente de télésanté et qui dirige le programme.

Finalement, la troisième référence aux normes du programme utilisée pour composer le groupe de documents à analyser, a été trouvée dans un des articles de notre référentiel théorique, « Règles du gouvernement brésilien pour les services de télésanté : révision intégrative[57] », de Silva A.B., Carneiro A.C.M.G. et Sindico S.R.F., publié en 2015.

À partir de ces trois références, nous avons composé une liste comportant neuf arrêtés du Ministère de la Santé et un décret du pouvoir exécutif ; certains d'entre eux ont déjà été

[55] En ligne : http://www.telessaudebrasil.org.br/. Consulté le 17 juin 2015.
[56] En ligne : http://cbtms.com.br/blog/category/portarias/. Consulté le 17 mars 2015.
[57] En ligne : http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/440/360]. Consulté le 14 mai 2015.

abrogés mais ils ont été pris en considération dans notre étude eu égard aux éléments à étudier pour atteindre les objectifs de notre recherche.

Ces dix documents peuvent être séparés en trois sous-groupes comme suit : documents relatifs à la Commission permanente de télésanté, documents concernant l'organisation ou l'adéquation du programme, et documents indirectement liés au programme.

Ci-dessous, la liste des dix documents du cadre normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes*, organisé suivant la date de leur publication.

- RÉPUBLIQUE FÉDÉRATIVE DU BRÉSIL. PROGRAMME « TELESSAÚDE BRASIL REDES »

Arrêté nº 561 16-03-2006 Institue la commission permanente de télésanté dans le cadre du Ministère de la Santé;

Arrêté nº 35 04-01-2007 Institue le programme national de télésanté, dans le cadre du Ministère de la Santé ;

Arrêté nº 402 24-02-2010 Redéfinit et élargit le programme télésanté Brésil, qui devient le programme national Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes);

Arrêté nº 452 04-03-2010 Institue la commission permanente de télésanté dans le cadre du Ministère de la Santé ;

Arrêté nº 4279 30-12-2010 Établit les directives pour l'organisation du réseau de soins de santé dans le cadre du Système Unique de Santé (SUS);

Décret nº 7508 28-06-2011 Réglemente la loi nº 8 080 du 19 septembre 1990 et ordonne l'organisation du Système Unique de Santé – SUS, la planification de la santé, l'assistance à la santé et l'articulation interfédérative, entre autres mesures;

Arrêté nº 2073 31-08-2011 Réglemente l'utilisation de standards d'Interopérabilité et d'information en santé pour les systèmes d'information en santé dans le cadre du SUS.;

Arrêté nº 2488 21-10-2011 Approuve la politique nationale de soins primaires qui établit la révision de directives et normes pour l'organisation des soins primaires, pour la stratégie santé de la famille (SSF) et le programme d'agents communautaires de la santé (PACS);

Arrêté nº2.546 27-10-2011 Redéfinit et élargit le programme télésanté Brésil, qui devient le programme national Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) ;

Arrêté nº2.554 28-10-2011 Institue, dans le programme de requalification d'unités de base de santé, la composante informatisation et Telessaúde Brasil Redes dans les soins primaires, intégré au programme national Telessaúde Brasil Redes.

Pour ce qui est de la séparation en trois sous-groupes, nous en reparlerons dans le corps du texte de cette étude. En plus de l'analyse des documents mentionnés, nous ferons référence à d'autres documents normatifs brésiliens, en lien avec la définition de politiques relatives à l'emploi des TIC dans le cadre du système public de santé.

Comme nous l'avons déjà fait au point « méthodes », au terme de l'analyse des documents de ce second groupe et après avoir identifié les principaux axes thématiques relatifs au programme et élaboré les tableaux des observables relatifs à chacun de ces axes, nous avons procédé à une analyse comparative finale entre ceux-ci et les tableaux d'observables des documents du premier groupe.

PARTIE II – CADRE THÉORIQUE

Chapitre 4 – La déclinaison du plan politique mondial pour l'adoption des TIC dans le contexte local

4.1 Aspects généraux de la recherche et sa relation avec le domaine des sciences de l'information et de la communication

Quand nous nous sommes interrogés sur nos options pour cette recherche, sur le choix du sujet et de la définition du champ de recherche, qu'est-ce qui nous a permis d'observer la présence et l'influence de certains dispositifs sur le corps social, qu'il est convenu d'appeler les technologies de l'information et de la communication (TIC) ?

La redéfinition de la place occupée par ces dispositifs dans le milieu social, en particulier à partir de la fin du XIXe siècle, a permis entre autres transformations, une grande spécialisation des domaines professionnels, ainsi que des domaines scientifiques – avec la diversification des champs de recherche – et des domaines économique et industriel. Notre société a d'abord été appelée « technique » (Habermas 2011, Spengler 1958, Simondon 2012) et par la suite, « postindustrielle » (Touraine, 1992).

Dans ce processus, les dispositifs liés à la transmission de données et d'informations allaient prendre une importance incontestable, étant donné qu'ils participent directement au processus d'interprétation et de construction de sens par l'homme. Plus que dans une société postindustrielle, nous sommes dans une société de l'information (Masuda 1983, Bell 1999, UIT 1998), basée sur une *information economy* (Wilson, Kellerman et Corey 2013).

Comme noté plus haut, la spécialisation des domaines professionnels a contribué à la diversification des champs de recherche académique. Parmi ces champs émergents, il y a eu une structuration de celui consacré à l'étude des nouveaux problèmes et des nouvelles

configurations sociales nées dans ce nouveau contexte social marqué par « l'explosion de la communication », selon le terme proposé par Philippe Breton et Serge Proulx (2009).

Notre travail de recherche s'inscrit dans le champ des sciences de l'information et de la communication, né dans le contexte succinctement décrit ci-dessus. En France, la définition et la spécificité de l'approche sont présentées dans la Section 71 du Conseil National des Universités (CNU)[58].

Parmi les définitions de champ énumérées dans la Section 71 de la CNU, notre recherche est en relation avec les études mentionnées dans le point « A » :

> Les études sur les notions d'information et de communication, sur leurs relations, sur la nature des phénomènes et des pratiques ainsi désignés, de même que les différentes approches scientifiques qui s'y appliquent.

En ce qui concerne cette « approche », notons également que :

> […] l'étude des processus d'information ou de communication relevant d'actions contextualisées, finalisées, prenant appui sur des techniques, sur des dispositifs, et participant des médiations sociales et culturelles.

Grâce à l'interdisciplinarité du champ énoncée dans la Section 71, nous trouvons les bases scientifiques pour l'approche de questions et thèmes transversaux, liés tantôt aux sciences politiques, tantôt au droit public, et qui touchent également au champ de la médecine et de la gestion publique.

Encore que nous puissions traiter de thèmes transversaux, nous nous concentrerons sur la recherche des fondamentaux utilisés dans l'adoption des TIC par l'État brésilien et les possibles conséquences dans le champ normatif de la santé publique du pays. Toutefois, certaines particularités liées au thème nous ont conduits à adopter une forme d'approche du problème qui s'étend au-delà du contexte politique brésilien.

[58] En ligne: http://www.cpcnu.fr/web/section-71. Consulté le 22 décembre 2014.

4.2 L'adoption des TIC par l'État dans une perspective globale

Dans cette étude, nous traiterons de l'adoption des TIC par le gouvernement brésilien au cours de la seconde moitié des années 2000, pour servir de base à un programme destiné à la santé publique du pays, le *Telessaúde Brasil Redes*. Avant d'entrer dans le domaine de la santé et du programme proprement dit, il nous faut expliquer comment les TIC peuvent venir en soutien à une action du gouvernement.

Comme tout organisme de l'État est soumis à certaines formalités dans la définition de ses actions – observance de rites d'ordre politico-administratif – nous en déduisons que, pour intégrer les TIC dans l'exécution de politiques publiques, il faut d'abord franchir plusieurs étapes (planification, discussions et autres démarches établies par la loi) dans le but d'établir les conditions, les limites et le niveau de prise en charge de l'intérêt public lors de son élaboration.

Il ne suffit pas seulement de respecter les formalités d'ordre politico-administratif propres à un État, mais aussi certains éléments de politique étrangère tels qu'accords, traités, recommandations internationales, voire l'existence de modèles normatifs, d'orientations aux pays membres, établis par des institutions internationales.

Notamment en ce qui concerne le thème de « l'adoption par les pays des TIC dans les politiques publiques », nous trouvons une série de principes, règles et paramètres, généralement établis par des institutions internationales, préalables souvent inclus dans une planification ayant pour but le développement global des TIC. Mentionnons, par exemple, le thème de la société de l'information sur lequel nous reviendrons.

On peut donc en conclure que quand un État s'engage dans la définition d'une action structurée par l'emploi des TIC, nous ne devons pas nécessairement considérer une adoption pure et simple, « neutre » des TIC, mais plutôt reconnaître qu'il s'agit d'un type, mode ou modèle spécifique d'adoption.

Il faut considérer non seulement le contexte de la mondialisation (Chevallier, 2014) et de la gouvernance mondiale (Gaudin, 2002) dont l'État fait partie et qui finit par exercer une influence sur les politiques et décisions internes, mais aussi admettre que le thème du développement des TIC, très souvent imprégné d'aspects idéologiques, possède un grand

pouvoir de pénétration dans les débats politiques mondiaux, au point même d'orienter les actions d'institutions comme les Nations unies.

4.2.1 L'État, le contexte politique mondial et ses politiques internes

Il faut bien admettre que la figure de l'état moderne – ou postmoderne (Chevallier, 2014) – n'existe pas comme entité isolée. Celui-ci développe des actions au niveau politique local en même temps qu'il établit des rapports avec d'autres entités, dans un cadre régional, c'est-à-dire avec la communauté de pays du continent où il se situe géographiquement, ou dans un cadre mondial, en tant que sujet ayant des droits et des obligations vis-à-vis des autres pays et institutions internationales.

Cette condition d'interdépendance est de plus en plus observable compte tenu du fait de l'exacerbation du processus d'internationalisation (Wilson, Kellerman et Corey, 2013) et, comme dit plus haut, de la gouvernance mondiale et du phénomène de la mondialisation :

> La mondialisation exerce un effet dissolvant sur la souveraineté étatique de trois manières différentes : d'abord, elle réduit la marge de liberté des États, en les amenant à se plier, bon gré mal gré, aux contraintes d'un ordre transnational qui les dépasse et dans lequel s'inscrit désormais leur action ; ensuite, elle favorise la montée en puissance de nouveaux acteurs, qui brisent le monopole traditionnel détenu par les États sur les relations internationales et avec lesquels ceux-ci sont tenus de composer ; enfin, elle pousse à la constitution d'entités plus vastes, faisant craquer le cadre trop exigu de l'État-nation (Chevallier, 2014, p. 34).

Dans ce contexte, on observe qu'en plus des questions d'ordre interne dans la définition des politiques, les États prennent en considération les déterminations présentes dans les accords mondiaux, dans les déclarations dont ils sont signataires, ou encore dans les recommandations stipulées par des institutions internationales.

Au sens large, une des définitions méthodologiques de la recherche consiste à identifier à partir de l'analyse de textes normatifs brésiliens, la présence de certains thèmes qui, bien que propres au contexte interne du pays, pourraient également être liés à des principes ou à des recommandations globales énoncées par certaines institutions internationales.

Encore que l'internationalisation du débat sur les politiques relatives à l'adoption des TIC soit à l'ordre du jour, notons qu'il existe d'autres thèmes tout aussi importants, tels que

ceux dont traitent les dix-sept agences spécialisées des Nations Unies[59]. Retenons-en tout particulièrement deux qui recouvrent le champ thématique de notre recherche : l'Union internationale des télécommunications (UIT) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Dans le contexte de la mondialisation et de la gouvernance mondiale, ces agences spécialisées sont responsables pour des parcelles de souveraineté[60]. Les États sont encouragés à adopter des modèles normatifs sur base de leurs recommandations dans chacun des secteurs dont elles traitent, comme ceux de la santé et des télécommunications.

Soulignons ici qu'il est parfaitement possible de trouver des liens entre les axes de politiques adoptées dans le contexte politique local d'un pays et certaines recommandations proposées par des institutions internationales. Il faut prendre en considération l'existence de lignes ou de plans d'action mondiale formulés par ces dernières et relatifs au développement d'un secteur économique ou social[61].

Selon Chevallier « la mondialisation pousse en effet au déplacement des limites nationales et à la constitution d'espaces élargis de régulation », qui peut être comprise comme un mouvement « d'intégration régionale » et par la constitution d'une « logique supranationale[62].

En ce qui concerne les deux institutions internationales mentionnées plus haut, soulignons que la création de l'UIT et celle de l'OMS datent du XIXe siècle et qu'elles ont donc précédé la fondation de l'ONU en 1945. Autant « l'hygiène publique » que le « développement des télécommunications » sont rapidement devenus des thèmes d'intérêt pour la régulation mondiale.

---

[59] Outre les deux organisations mentionnées, les Nations Unies comportent ([EN] indique celles dont l'acronyme est en anglais) : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture [EN] (FAO) ; Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA); Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) ; Fonds international de développement agricole (FIDA) ; Organisation internationale du travail (OIT) ; Fonds monétaire international (FMI) ; Organisation maritime internationale (OMI) ; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [EN] (UNESCO) ; Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) ; Union postale universelle (UPU) ; Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) ; Organisation météorologique mondiale (OMM) ; Organisation mondiale du tourisme (OMT) ; Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets [EN] (UNOPS) ; Banque Mondiale. Liste disponible sur le site des Nations Unies, [en ligne : http://www.un.org/french/aboutun/uninbrief/institutions.shtml], consulté le 11 février 2015.

[60] Chevalier, *op. cit.*

[61] Il faut aussi considérer la participation de structures de régulation privées indépendantes de l'État, qui établissent des principes et persuadent le pouvoir public à les respecter, comme c'est le cas de l'Internet Corporation for Assigned Names and Numbers (ICANN).

[62] *Op. cit.,* p. 48.

Par exemple dans le cas de la santé, notons que l'adoption de politiques internationales dans ce domaine a été amorcée lors de la réalisation d'une Conférence sanitaire internationale à Paris en 1851. Le mouvement a continué avec la création de l'Office international d'hygiène publique en 1903, suivie en 1946 par celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans le cas des télécommunications, l'Union télégraphique internationale a été fondée en 1865 et, en 1934, elle a pris le nom d'Union internationale des télécommunications (UIT). Comme Mattelart (2000) le signale, sa création a grandement collaboré à l'innovation de la concertation entre États-nations mise en place après le congrès de Vienne, conférence qui allait inspirer d'autres mouvements de régulation internationale (Mattelart, 2000, p. 164).

Compte tenu du phénomène de la mondialisation tel nous venons de l'exposer et face à l'importance prise par les institutions internationales dans ce contexte, venons-en maintenant aux raisons qui ont guidé le choix des acteurs politiques pris en considération dans notre travail.

4.3 Raisons ayant guidé le choix des acteurs politiques considérés dans la recherche

Étant donné leur importance, leurs spécificités et leur nombre, il n'a pas été si simple de définir sur quels acteurs politiques nous devrions concentrer notre recherche. Outre leur importance du point de vue méthodologique, l'exposé de quelques-uns des motifs de notre choix nous permet d'anticiper certains aspects du *corpus* de la recherche.

Les grandes lignes en ont déjà été brièvement tracées plus haut et nous allons considérer trois points : tout d'abord, pour ce qui est de la définition de l'objet – le Programme *Telessaúde Brasil Redes* – nous avons choisi l'acteur politique directement impliqué dans sa création[63], le Ministère de la Santé, entité de droit public faisant partie de la structure du pouvoir exécutif de la République Fédérative du Brésil[64].

Ensuite, étant donné les formalités impliquant l'État et les autres entités de droit public qui s'y rattachent, il est à supposer que, pour la constitution de tout programme ou action, il

[63] Le programme a été lancé par le Ministère da Santé en 2007.
[64] Nous parlerons plus avant de l'organisation administrative du pays, constitutionnellement défini comme une république fédérative.

est nécessaire d'observer certains préalables, principes et recommandations, qu'ils soient d'ordre interne à la juridiction de l'État ou d'ordre externe, voire international[65].

Finalement, en conséquence de ces formalités et compte tenu de ce contexte de mondialisation, il nous faut reconnaître l'implication de l'État dans le cadre politique international et en admettre certaines retombées importantes sur ses politiques internes[66]. Plus spécifiquement, dans le domaine du développement des TIC et de la définition de politiques de santé, deux acteurs peuvent d'ores et déjà être retenus, l'UIT et l'OMS, deux des agences spécialisées de l'ONU[67].

4.3.1 Définition des acteurs politiques considérés dans le contexte régional et local

En ce sens, on ne peut ignorer que, dans une logique politique internationale exerçant une influence sur ses politiques internes, l'implication de l'État se déroule aussi au niveau régional, à savoir la communauté de pays du continent ou de la région dont il fait partie. Il s'agit de la logique de la « communauté régionale face au global »[68] (Pleyers, 2012). Dans le cas spécifique du Brésil, le pays fait partie de la zone des Amériques, plus précisément de l'Amérique latine et de l'Amérique du Sud. Notons que l'État brésilien est aussi membre de toute une série d'institutions régionales[69].

Compte tenu de son importance dans le domaine de la santé sur le continent américain et de sa relation directe avec l'OMS, l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPAS) est chargée de mettre en place au niveau régional les politiques définies par la première. Cette institution fait également partie de l'ONU et de l'Organisation des États Américains (OEA).

---

[65] À un niveau supérieur, Chevallier (2014) parle du phénomène *de l'éclatement de la régulation juridique*, quand l'État perd son caractère de *"source exclusive de la normativité juridique"*.

[66] Il n'est pas difficile de reconnaître le poids des recommandations d'institutions internationales comme le FMI sur les politiques économiques du pays adoptées à l'époque des crises économiques que le Brésil a traversé à la fin des années 1980 et 1990.

[67] En choisissant des agences faisant partie de l'ONU, nous reconnaissons la valeur historique de cette institution, aussi bien pour confirmer le multilatéralisme que pour légitimer la vision que l'humanité devrait poursuivre collectivement des valeurs communes à tous les êtres humains.

[68] Le même phénomène a été observé par Chevallier (2014) quand il fait référence aux deux logiques utilisées par les États-nations et cite le cas de la création du Mercosur (Amérique du Sud, 1991) et de l'ALENA (Amérique du Nord, 1994) et de la difficulté de la création de l'Union Européenne, communauté économique mais qui a aussi des prérogatives de souveraineté.

[69] Citons quelques-unes des communautés régionales créées aux Amériques : l'Association latino-américaine d'intégration (ALADI) ; l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) ; l'Alliance bolivarienne pour les Amériques (ALBA) ; la Commission économique pour l'Amérique latine (CEPAL) ; le Marché commun du sud (Mercosur) ; l'Accord de libre échange nord-américain (ALENA).

L'OPAS est composée de 36 États membres dont le Brésil, et sa création a été marquée par un processus d'internationalisation de la médecine[70], entamé entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle. Ce processus a également abouti à la création de l'OMS. Étant donné leur importance, nous avons abordé l'étude de quelques documents officiels de l'OPAS dans notre recherche et dans lesquels se trouvent des mesures pour la promotion de la télésanté dans les Amériques.

Pour des raisons semblables à celles qui nous ont conduits à traiter de l'OPAS dans notre recherche, nous nous sommes également intéressés à certains documents officiels produits par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Cette institution, qui fait aussi partie des Nations unies[71], est liée à l'UIT pour ce qui est du suivi de la mise en œuvre du plan d'action adopté au Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI).

Les documents officiels émis par la CEPALC et traitant du développement des TIC sur le continent se concentrent sur une stratégie adoptée au sein de l'institution, à savoir la stratégie e-LAC[72] qui correspond à la « construction de sociétés de l'information inclusives et innovantes en Amérique latine et aux Caraïbes ».

Selon les documents officiels et les axes définis dans le plan d'action du SMSI, la stratégie e-LAC concerne aussi l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé.

Ainsi, sur base des motifs présentés pour justifier de notre choix, venons-en aux acteurs politiques considérés dans notre recherche : au niveau international à caractère mondial, l'ONU, l'OMS et l'UIT ; au niveau international à caractère régional, l'OPAS et la CEPALC ; et finalement, au niveau local, l'État brésilien, représenté par le Ministère de la Santé et par le Ministère de la Science, Technologie et Innovation :

[70] Garcia G, Estrella E et Navarro J. *El Código Sanitário Panamericano: hacia una politica de salud continental.* OPAS, 1999. Washington D.C. 38 p.
[71] La CEPALC est l'une des cinq commissions économiques régionales qui font partie de l'ONU.
[72] L'acronyme anglais « e-LAC » (ou « eLAC ») désigne un plan d'action pour l'Amérique latine et les Caraïbes, le *Plan of Action for the Information Society and Knowledge in Latin America and the Caribbean*.

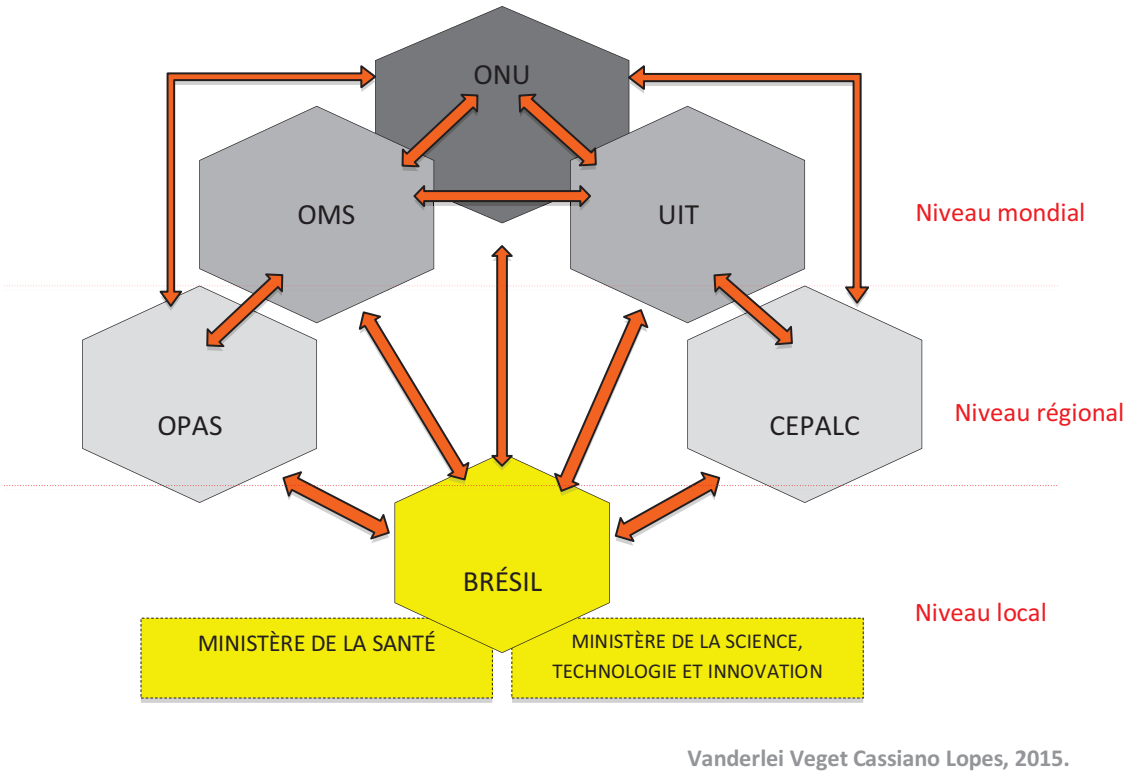


Figure 1: Schéma des relations entre les institutions et le pays au niveau mondial, régional et local.

Comme le montre la « figure 1 », nous trouvons l'ONU à ce que nous appelons « niveau mondial » et, à un niveau inférieur mais toujours dans une perspective mondiale, ses agences spécialisées, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union internationale des télécommunications (UIT), lesquelles entretiennent des relations comme indiqué par les flèches.

À ce que nous appelons « niveau régional », nous avons l'Organisation panaméricaine de la santé (OPAS) et la Commission économique de l'Amérique latine et des Caraïbes (CEPALC). Les flèches indiquent, pour la première, sa relation directe avec l'OMS et donc avec l'ONU, et pour la seconde, sa relation avec l'UIT et donc avec l'ONU.

Au « niveau local », nous trouvons le gouvernement du Brésil, représenté par les deux ministères qui contrôlent directement la réglementation de la télésanté dans le pays, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Science, Technologie et Innovation. Les relations du gouvernement brésilien avec les institutions indiquées s'exercent à tous les niveaux, régional et mondial. Ce schéma illustre bien ce qui a été décrit par Pleyers (2012) au sujet de la nécessité de prendre aussi en compte le contexte régional, dans le cas proposé par cet auteur, le régional face au global.

Dans ce même schéma, nous avons essayé de représenter les enjeux de compétence de chaque institution pour ce qui est de la définition des recommandations figurant dans leurs documents officiels respectifs. Nous pouvons dire qu'en ce qui concerne cette définition et le suivi de son adoption ou de son exécution, il existe un ensemble d'institutions à divers niveaux, en d'autres mots, une espace de concertation multiniveaux.

Et si l'établissement de règles (recommandations) et le suivi de leur mise en place sont obtenus à partir d'une relation multiniveaux entre ces acteurs, notre approche des documents officiels produits dans cette relation va aussi adopter une perspective d'analyse multiniveaux[73].

4.4 Le rôle du SMSI dans la dynamisation des relations entre les acteurs politiques

Dans notre recherche, nous avons donné un rôle déterminant au nouvel état de choses instauré lors du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI). Cette action a été menée par l'UIT et par l'ONU, avec la participation active de leurs agences et organismes centraux, et réalisée en deux étapes principales (Genève 2003 et Tunis 2005) et une série de conférences régionales[74].

Au vu des documents étudiés et à en juger par ses conséquences et par la grande adhésion de pays et institutions, ce sommet insère de manière définitive le débat sur l'adoption des TIC dans le contexte politique international.

L'analyse de l'ensemble des documents du SMSI étudiés nous permet de dire que ses actions se basent *grosso modo* sur trois piliers : tout d'abord une invitation aux États, institutions et autres participants, ensuite, une proposition de recommandations, et finalement, un suivi de la mise en œuvre de ces actions, surtout au niveau des États.

En plus de collaborer à ce que nous appelons l'insertion définitive du débat sur l'adoption des TIC sur la scène politique mondiale, il y a eu – et il existe toujours – une vaste

[73] En conformité avec la propostion de parcours méthodologique indiquée par M. le Directeur de thèse Stefan Bratosin, au cours des nos rencontres pendant la période de preparation de la recherche (2012 – 2015).
[74] Tous les documents et informations sur les deux phases principales du SMSI, ses conférences régionales et les retombées sont disponibles sur le site du SMSI, [en ligne : http://www.itu.int/wsis/index-p1-fr.html pour la phase de Genève et http://www.itu.int/wsis/index-p2-fr.html pour la phase de Tunis], consulté le 1 février 2015.

production de principes, recommandations et standards dérivés de la mise en place des prévisions du plan d'action. Parmi les thèmes réglementés par les textes, la « télésanté».

Sous l'étiquette du SMSI, plusieurs actions ont été mises en œuvre à partir d'une coopération régionale et internationale, entre pays, institutions et autres acteurs, consacrées au développement des TIC. Au vu des acteurs indiqués dans la « figure 1 » et sur base des documents produits lors du SMSI, nous anticipons une intensification des dynamiques de coopération entre eux. Dans les documents issus du Sommet, on trouve plusieurs passages décrivant des mesures et des actions orientées vers la coopération internationale pour le développement des TIC.

Le SMSI aborde le thème de la coopération dans une des onze lignes de l'action stratégique définie dans son plan d'action[75] proposé à Genève en 2003, à savoir :

1. Le rôle des gouvernements et de toutes les parties prenantes dans la promotion des TIC pour le développement ;
2. L'infrastructure de l'information et de la communication, fondement essentiel d'une société de l'information inclusive ;
3. L'accès à l'information et au savoir ;
4. Le renforcement des capacités ;
5. Établir la confiance et la sécurité dans l'utilisation des TIC ;
6. Créer un environnement propice ;
7. Les applications des TIC et leur apport dans tous les domaines ;
8. La diversité et l'identité culturelles, la diversité linguistique et les contenus locaux ;
9. Médias ;
10. Les dimensions éthiques de la société de l'information ;
11. La coopération internationale et régionale.

En outre, l'Engagement de Tunis, document principal adopté lors de la seconde phase du SMSI (2005a), met aussi l'accent sur le thème clé de la « coopération ». Dans ce sens, soulignons l'intégration régionale et internationale, la coopération internationale et la coopération technique, lignes d'action qui apparaissent dans des thèmes comme la lutte contre la pauvreté, la lutte contre la marginalisation et la lutte contre la fracture numérique.

En combinant la défense de la construction d'une société de l'information avec les initiatives de coopération entre les pays et la lutte contra la fracture numérique, le SMSI revient à l'un des principaux objectifs de l'ONU, prévu dans la Charte de sa fondation signée

[75] Plan d'action de Genève, [en ligne : http://www.itu.int/wsis/docs/geneva/official/poa-fr.html], consulté le 30 avril 2015.

le 26 juin 1945, qui déclare au point 3 de l'article 1 : « Réaliser la coopération internationale en résolvant les problèmes internationaux d'ordre économique, social, intellectuel ou humanitaire[76] […] ».

En particulier à partir des années 1970, dans les résolutions adoptées lors de ses Assemblées générales, l'ONU faisait part de sa préoccupation concernant le développement scientifique et technologique égalitaire entre les nations développées et les pays en développement[77], comme nous avons pu le constater dans les documents étudiés.

Dans le cas du SMSI, l'insistance sur la coopération amplifie *in virtute* la « perméabilité » entre les nations et les institutions engagées. Cette insistance se doit à l'objectif principal du Sommet, à savoir l'atteinte d'une société de l'information, ce qui, à notre avis, représente la recherche « d'un modèle normatif de société », stratégie élargie à l'échelle globale[78]. Ainsi, en inaugurant ce modèle à l'échelle mondiale après l'avoir fait passer par le « test de légitimité » de l'ONU et d'autres institutions reconnues, le SMSI s'inscrit dans la perspective de la mondialisation tout en la consolidant.

Dans le but d'illustrer cette amplification de la « perméabilité » entre les pays et les institutions sur base de ce que le SMSI prévoit en matière de coopération internationale, nous avons légèrement transformé le modèle de la « figure 1 » en y introduisant le SMSI comme une action entre l'UIT et l'ONU, développée dans le but d'englober les autres acteurs représentés.

Tout en conservant la même dynamique de relations représentée par les flèches, les acteurs travaillent maintenant dans un même espace thématique (cercle rose), à savoir les axes d'action établis pour l'engagement mutuel ou la coopération pour la constitution d'un modèle de société. Et parmi ces axes, la télésanté :

---

[76] Charte des Nations Unies, [en ligne : www.un.org/fr/documents/charter/pdf/charter.pdf], consultée le 12 mars 2015.

[77] La question d'un développement scientifique et technologique égalitaire entre les pays développés et les pays en voie de développement apparaît dans les résolutions publiées dans les années 1970, comme par exemple, "Dimensions nouvelles de la coopération technique", Résolution 3405 – XXX (ONU, 1975a) ; "Transfert de technologies", Résolution 32/188 (ONU, 1977b) ; "Coopération technique entre pays en développement", Résolution 32/182 (ONU, 1977a) ; "Identification des pays en développement les moins avancés", Résolution 3487 – XXX (ONU, 1975b), thèmes qui seraient repris dans plusieurs résolutions subséquentes.

[78] Dans le contexte politique interne de certains pays développés, on a réalisé des études et élaboré des rapports concernant l'utilisation et le développement des TIC, surtout dans les années 1970. Ces études venaient en soutien à l'élaboration de politiques pour le développement de chaque pays dans la perspective d'une société d'information. Comme exemples, nous pouvons citer le rapport français Nora-Minc (Walliser, 1989) et, au niveau régional européen, le *livre vert* de 1987, parmi d'autres.

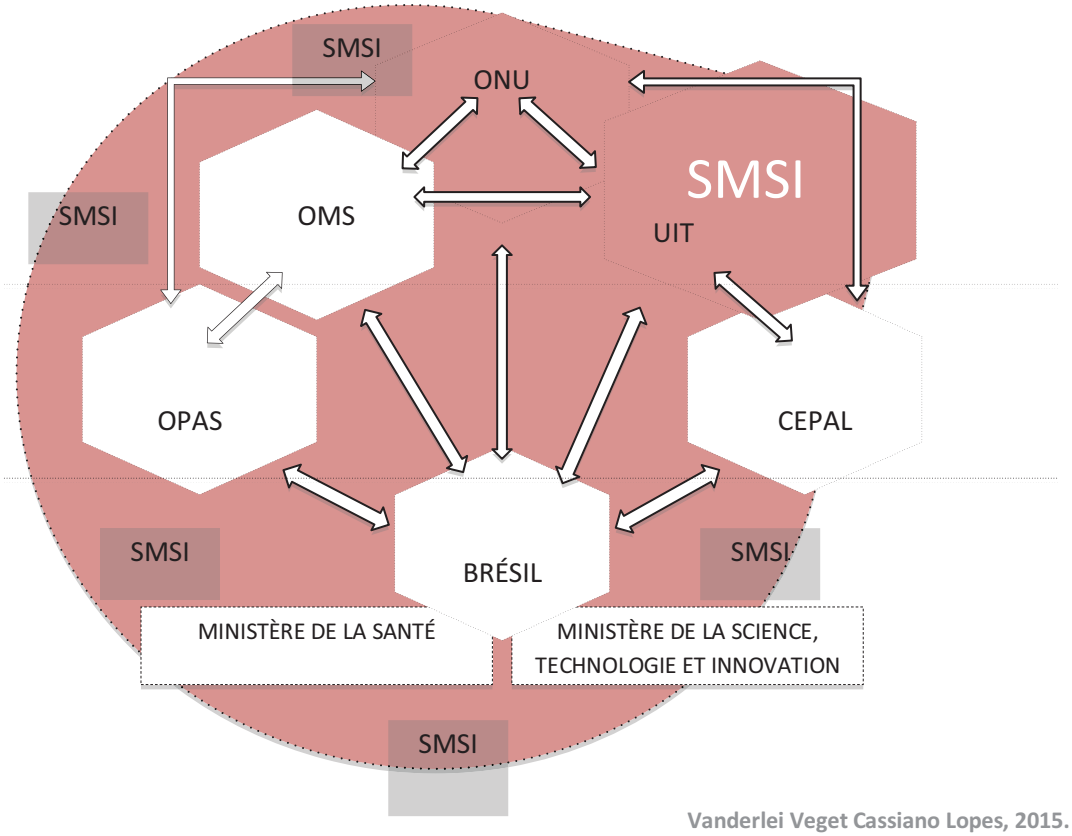


Figure 2: Les relations entre les institutions et le pays sous l'influence du Sommet mondial sur la société de l'information

Après le choix des acteurs essentiels à notre recherche et la justification des raisons de ce choix, nous passons à la partie suivante de notre travail, dans laquelle nous introduirons le thème de la santé publique et ensuite, celui de la télésanté. Nous en définirons le concept et les limites de sa portée, et nous traiterons également de quelques questions fondamentales relatives au système de santé publique du Brésil, objet de notre travail.

Chapitre 5 – La santé publique et le système public de santé au Brésil

5.1 Introduction

Pour suivre, nous allons traiter du thème de la santé publique qui est au cœur de notre recherche. Compte tenu des éléments exposés plus haut, comment faut-il le comprendre à partir de la démarche adoptée ? Nous pouvons considérer le thème « santé » à partir des deux perspectives suivantes :

- la santé en tant que thème d'intérêt de l'État ;
- la santé publique au Brésil : la réforme sanitaire et le Système Unique de Santé.

Dans notre étude, nous considérons le terme « santé » dans une de ses acceptions, à savoir l'état sanitaire d'une société[79] qui, à un moment donné, assume le caractère d'un service à charge de l'État, moment à partir duquel on parle de santé publique.

Pour mieux comprendre ce que nous entendons par santé publique, non seulement d'un point de vue conceptuel et historique, mais aussi dans le but de justifier nos choix théoriques et méthodologiques relativement au thème, nous allons l'analyser à partir de ces deux perspectives.

[79] Le Robert Micro. Alain Rey (dir.). Dictionnaires Le Robert, Paris, 2006.

5.2 La santé en tant que thème d'intérêt de l'État

La première perspective nous conduit à reprendre la discussion au sujet de son concept, que nous avons plus haut associé à la société, à l'intérêt public, à la figure de l'État. Comme nous l'avons déjà souligné, notre recherche se base sur l'acception de la santé comme bien collectif. En ce sens, nous pourrions la concevoir *grosso modo* comme un ensemble de mesures devant être observées par un groupe social. L'État apparaît ici comme la figure essentielle pour stipuler ces mesures, pour veiller à leur planification et à leur exécution, et pour assurer leur suivi.

Un dictionnaire comme Le Robert micro fournit quatre acceptions différentes pour le mot « santé » ; les trois premières considèrent la santé du point de vue de l'individu, de son état de santé, c'est-à-dire du domaine privé[80].

À notre avis, la dichotomie public – privé n'apparaît pas seulement dans le champ sémantique. Elle marque aussi son histoire, son évolution et l'approche du thème dans le domaine théorique. Par conséquent, elle influence les politiques publiques qui se basent sur l'une ou l'autre interprétation, à savoir la santé comme étant de la « sphère du privé », ou la santé comme « bien collectif », au bénéfice du corps social.

5.3 Quand la « santé » devient « publique »

La manifestation du souci de la collectivité, c'est-à-dire d'une communauté de personnes, prise en considération pour la définition et l'application de mesures de santé, ne date que du XVIIIe siècle.

Comme l'expliquent Morelle et Tabuteau (2015), elle date plus exactement de l'apparition de la notion de population en Europe. Cette notion est née de la croissance démographique liée à la concentration du prolétariat aux alentours des usines et des conditions de vie précaires existant dans les maisons. Est alors apparu ce que les auteurs désignent comme une nouvelle fonction du pouvoir politique :

[80] Définitions : 1. Bon état physiologique de ce qui est sain ; fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable [...] ; 2. Fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'organisme, sur une période assez longue [...] ; 3. Équilibre psychique ; 4. État sanitaire d'une société. Le ministère de la Santé publique (REY A., 2006).

> Au XVIIIe siècle est ainsi apparue une fonction nouvelle pour le pouvoir politique : préserver et élever le niveau de santé de la population, faire de la société un milieu de bien-être physique, de santé optimale et de longévité. Cette nouvelle fonction - la santé publique - est venue s'ajouter aux deux attributions déjà constitutives du pouvoir d'État - la sécurité publique et la réglementation économique - pour fonder la notion de « police » (Morelle et Tabuteau, 2015, p. 11).

La conservation de la santé, sa récupération et le traitement proposé par la médecine étaient surtout conçus à partir de la perspective de l'individu qui se soumettait au traitement indiqué par le médecin dans une relation privée, réalisée presque d'une manière secrète et cloisonnée (Yaya et Raffelini, 2007). Cette action individualisée qui a marqué l'exercice de la médecine durant des siècles prendrait la forme d'une médecine sociale au XVIIIe siècle ; à partir du XIXe siècle, le terme hygiène publique a été adopté, pour en arriver à la formule santé publique au XXe siècle, comme Morelle et Tabuteau (idem, ibidem) nous l'expliquent en parlant de l'évolution de la nomenclature.

Au cours de cette évolution apparaît également le concept d'hygiène publique, qui atteste non seulement l'entrée de l'État dans le contrôle des actions de santé, mais aussi le début des discussions sur le thème dans le cadre international. Comme expliqué dans le livre « Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé[81] », face au grand essor des transports et de l'industrialisation dans le monde, face aux progrès réalisés grâce à l'usage de la vapeur comme force motrice, la circulation des individus est devenue plus facile et avec elle, le potentiel de propagation des maladies a fortement augmenté.

Face à la progression des cas de choléra dans plusieurs pays du monde, force a été de constater que les réunions bilatérales entre pays n'étaient plus suffisantes pour la définition de mesures de contention de la maladie. Ainsi, la première grande conférence internationale sur le thème de l'hygiène publique s'est tenue à Paris en 1851. Le terme fut utilisé pour désigner le premier organisme international de santé, l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP), créé en 1903[82].

Appelée d'abord médecine sociale, puis hygiène publique, une nouvelle dénomination est apparue au XXe siècle : la santé publique. Toujours chez Morelle et Tabuteau (2015), nous trouvons une mention à la révolution déclenchée par les recherches de Pasteur en

[81] Organisation mondiale de la Santé, 1958, [en ligne :http://whqlibdoc.who.int/publications/a40539.pdf], consulté le 13 mars 2015.
[82] Comme il est dit dans le document sur l'histoire de l'OMS, il s'agit du moment où "la santé publique commença ainsi à s'internationaliser" (OMS, 1958, p. 4).

microbiologie, de laquelle a surgi une nouvelle conception de la société et du rôle de l'État dans le domaine de la santé :

> Finie, la vision atomiste d'une société constituée de 'monades isolées': l'interdépendance profonde entre tous les hommes est mise à jour. Dépassée, la séparation entre public et privé : tout ce qui fait la vie d'un homme devient matière pour l'action publique. Caduque, la distinction entre le social et le médical : après Pasteur, toute maladie acquiert une dimension sociale (*idem*, 2015, p. 23).

La dimension sociale de la santé, révélée par les découvertes de la microbiologie, désignait l'État en tant que principal responsable chargé de s'occuper du corps social et sans doute le seul capable de réunir toutes les conditions pour le faire, que ce soit en termes financiers, logistiques ou par son pouvoir de pression.

En ce qui concerne le pouvoir coercitif de l'État sur les citoyens et sur les finances publiques, Forges (2012) souligne que ce sont eux qui donnent vraiment l'aspect collectif de la santé. Dans ce sens, il explique que seule la contrainte publique permettra la détermination de mesures comme l'isolement, la quarantaine et les vaccinations obligatoires, et que seules les finances publiques auront la dimension suffisante pour l'application de mesures de protection sanitaire « en raison du coût élevé des dispositifs ».

Une fois la santé établie en tant que souci collectif dans le milieu social, on en vient à discuter les interventions publiques en matière sanitaire et à parler du droit de la santé[83], de réguler la santé[84] et d'internationalisation de la santé. Comme exemples d'internationalisation, citons la réalisation de conférences mondiales (à partir de 1851) et la création de l'OIHP (1903) ; pour le continent américain, la création du Bureau Sanitaire Panaméricain, BSP (1902)[85], et finalement, celle de l'OMS en 1948.

Dans un premier temps, surgit la nécessité d'adopter des mesures relatives à l'administration de l'hygiène des villes et de la population, ce qui est assuré par l'État. Dans un deuxième temps, apparaît un souci de planification des actions avec le suivi des mesures dans le temps, et on commence à parler de politiques pour la santé.

---

[83] Forges, 2012.
[84] Lopez, 2013.
[85] Après la création de l'OMS, le Bureau Sanitaire Panaméricain en ferait partie en tant qu'organisme régional chargé de la santé aux Amériques, sous le nom d'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPAS).

Dans un troisième temps, une fois la nécessité de planification assimilée au niveau local, la propagation d'épidémies associée à la facilité de circulation des personnes impose la définition de politiques par-delà le niveau local, et exige que les pays concentrent leurs efforts dans le champ politique international. Nous en reparlerons dans le point suivant, quand nous décrirons les lignes générales de la santé publique au Brésil, en insistant sur la question de la santé publique à partir du contexte local, avant de passer au thème de la télésanté et au Programme *Telessaúde Brasil Redes.*

5.3.1 Santé publique et droit à la santé : quel concept et quelle limite ?

Une fois établi le rôle de l'État dans le domaine de la santé, surgit la question de savoir ce que nous voulons exactement protéger ou préserver. Selon l'acception du terme comme « santé publique », qu'est-ce que l'État est tenu de planifier ? Comme Forges (2012) nous l'explique, les interventions publiques en matière de santé ont pris trois formes au long de l'histoire :

> […] les réglementations publiques de police sanitaire à but préventif ou destinées à freiner la propagation des maladies […] ; la surveillance des professions de santé […] avec l'appui de l'Église puis des autorités laïques, parfois de l'État lui-même ; la gestion des grandes institutions hospitalières […] *(idem*, 2012, p. 4).

Dans le but de connaître les attitudes prises par l'État relativement à cette question, nous allons adopter le point de vue plus actuel exposé dans le point précédent, centré sur les deux perspectives généralement adoptées par l'État pour traiter la question de la santé publique.

La première se rapporte à une perspective de la santé en tant que prestation de service : d'un côté, le médecin ou l'hôpital, et de l'autre, le client, c'est-à-dire le patient. Ici, l'État s'occupe en priorité de réglementer la relation. Il s'agit donc en fait d'une « perspective individualiste » de la santé publique. La seconde adopte une perspective de la santé en tant que droit que l'État doit assurer à la population. Dans ce cas, il s'agit d'une « perspective universaliste ».

Compte tenu des formalités auxquelles l'État est tenu et selon la perspective qu'il choisit, il lui appartient de définir la portée de la santé publique. Il doit alors délimiter l'étendue du concept, ce qui sera pris en compte pour la définition des politiques publiques

pour le secteur, centrée sur une perspective individualiste ou une perspective universaliste. Nous reviendrons plus tard sur cette dichotomie.

En nous limitant au contexte relativement récent de l'après-guerre, avec la création de l'ONU (1945), de l'Organisation mondiale de la Santé (1946) et la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (1948), nous pouvons mesurer toute la portée qui a été donnée à la définition de santé. Cette vision plus élargie, critiquée par certains détracteurs[86] (Lopez 2013, Forges 2012), a depuis lors servi de référence pour que les nations définissent les limites de leur champ d'action dans le domaine de la santé. Ainsi, selon la définition donnée au mot « santé » lors de la constitution de l'OMS :

> La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ; la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale[87].

Cette définition est complétée à la fin du préambule de la charte de constitution de l'OMS par une espèce d'appel à la responsabilité des États : « Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples : ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ». L'important dans cette définition, c'est qu'elle « inaugure » le droit à la santé (Forges, 2012) et propose une vision universaliste mais aussi, selon nous, humaniste quand elle étend ce droit à toute la population (universalisme), en rapport avec l'état de bien-être complet dû à tout citoyen.

Analysons maintenant la question selon l'optique de la structuration du service de santé au Brésil, en insistant sur quelques points historiques liés au thème. Nous ferons une approche concise du concept de santé à partir de l'étude de sources normatives et bibliographiques.

---

[86] Par exemple pour Lopez (*op. cit.*), encore qu'il ait inclus dans son étude des critiques à l'extension du concept choisi par l'OMS, il défend qu'« *Il faut conserver la définition de la santé donnée par l'OMS. Elle présente plus d'avantages que d'inconvénients* » (*op. cit.*, p. 68). Pour de Forges (2012), le droit à la santé, sous la forme proposée par l'OMS, se confondrait avec l'institut du droit social à cause de son étendue, éliminant ainsi toute spécificité qu'aurait le domaine de la santé.

[87] Constitution de l'OMS de 1946, homologuée le 7 avril 1948. [En ligne : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf]. Consultée le 22 mai 2015.

5.4 La santé publique au Brésil : la réforme sanitaire et le Système Unique de Santé

5.4.1 La Santé Publique au Brésil (I). Entre l'individualisme et l'universalisme, entre la concentration et la décentralisation

Encore qu'il faille admettre la grande influence des recommandations proposées par les institutions internationales, il convient d'examiner le thème de la santé publique à partir d'une réalité politico-sociale spécifique afin de pouvoir appréhender toute son extension. Il faut aussi prendre pour base une période définie et un ensemble de normes en vigueur.

Dans le cas du Brésil, nous donnerons à suivre un aperçu de la question à partir du contexte local, en tenant compte de la dichotomie mentionnée plus haut selon laquelle l'État tantôt considère la santé sous l'angle d'une simple prestation de services, d'une relation entre particuliers qu'il lui faut réglementer, tantôt se porte garant d'un droit social devant être assuré à tous les citoyens.

Un des objectifs de notre recherche est de tracer les principes de la systématisation de la santé publique brésilienne, de manière à situer le Programme *Telessaúde Brasil Redes* dans le cadre des deux perspectives mentionnées. Ce qui nous permettra également de le situer dans la logique réformiste adoptée au Brésil au milieu des années 1980.

Nous pouvons dire qu'au Brésil, l'action de l'État dans le domaine de la santé est caractérisée par une oscillation entre ces deux perspectives, suivant la période historique considérée, l'influence de facteurs idéologiques, des forces politiques aux commandes du pays, de sa situation économique, de la situation politique internationale et des courants de pensées concernant la santé.

Par exemple, le thème « santé publique » n'a été traité qu'à partir du XXe siècle, époque où les soins de santé publics se résumaient à des politiques de campagnes ou des politiques sanitaires, sous l'influence de la théorie bactériologique de Pasteur, comme l'expliquent Merhy et Queiroz (1993).

Un des problèmes chroniques subsistant à cette époque quand on parlait de santé publique était la difficulté d'accès à certaines régions du pays et, par conséquent, l'incapacité de l'État à fournir les services publics essentiels à toutes les populations. Comme le signalent

les auteurs, cette difficulté d'accès a incité l'élaboration de programmes spécifiques pour assurer l'inclusion des populations isolées :

> À cette époque, le Brésil cherchait déjà une action sociale pour l'assainissement de la zone rurale […] permettant, par la même occasion, l'occupation de l'intérieur du pays, considérée vitale pour l'intégration nationale (Merhy et Queiroz, 1993, p. 178).

Merhy et Queiroz soulignent qu'en plus de l'influence de Pasteur, certains courants de pensées ont aussi exercé une influence déterminante sur les politiques brésiliennes pour la santé durant les premières décennies du XXe siècle, telles l'École de Baltimore, la Fondation Rockefeller et l'université John Hopkins.

Les contributions théoriques proposées par Leavell et Clarck sont également citées par les auteurs comme ayant exercé une grande influence au début de la structuration de la santé en tant qu'activité globalement planifiée au Brésil. Outre les difficultés relatives à la planification et l'extension de ses actions sanitaires à tout le territoire à partir des années 1940, l'État brésilien oscillait entre favoriser l'assistance médicale et défendre la santé publique (Merhy et Queiroz, 1993). Nous pouvons associer la perspective individualiste à la phase de soutien de l'assistance médicale, alors que la perspective universaliste peut être associée à ce que les auteurs appellent « l'emphase sur la santé publique ».

Du point de vue institutionnel, la création d'un ministère d'État consacré exclusivement à la santé a eu lieu dans les années 1950, en grande partie sous l'influence de recommandations internationales telles les résolutions de l'OMS et celles des conférences mondiales sur la santé, organisées par cette dernière. La création d'un ministère consacré à la santé ouvrait la voie à l'établissement de services permanents, ou la mise en place d'actions planifiées sur le long terme.

Avec la mise en place du ministère par le gouvernement fédéral du Brésil en 1953, apparaît la nécessité de « réinterpréter l'organisation des services de santé dans l'ensemble des problèmes brésiliens » (Merhy et Queiroz, *idem*, p. 179), ce qui représentait une rupture avec la dichotomie assistance médicale (individualisme) versus santé publique (universalisme) :

> Pour la toute première fois au Brésil, on discutait un modèle technico-assistanciel basé sur l'intégration des actions collectives et individuelles de santé, dont le point d'appui serait formé à partir de services de base de santé permanents, élaborés selon une

planification gouvernementale. Pour la première fois, on soulevait aussi la question de l'organisation des services médicaux privés (*idem, ibidem*, p. 179).

Comme les auteurs le soulignent, après la chute du gouvernement démocratique en 1964 et l'imposition d'un gouvernement militaire dans le pays, on en revient au « modèle privé prestataire de services ou complexe médico-industriel », au détriment de l'universalisation du système de santé[88]. Outre la reprise du modèle de marché individualiste, un autre problème se présentait : la forte concentration de responsabilité de l'administration de la santé publique par le tout nouveau Ministère de la Santé, c'est-à-dire par le pouvoir exécutif fédéral du Brésil.

Au sujet de l'organisation politique du pays, le Brésil est constitutionnellement défini - et ce depuis la première constitution républicaine de 1891 - comme une république fédérative, formée d'États dotés d'autonomie et d'une Constitution propre, à leur tour divisés en municipalités. Ainsi, il existe trois sphères de pouvoir : la sphère centrale (le pouvoir exécutif fédéral), la sphère de l'état et la sphère municipale.

Dans notre étude, les mentions « gouvernement fédéral », ou « pouvoir central » ou « gouvernement du Brésil » se réfèrent au pouvoir exécutif fédéral, duquel le Ministère de la Santé constitue une des unités administratives.

Pour en revenir à la question de la « concentration » par le gouvernement fédéral de la responsabilité de la santé publique, elle concernait aussi la question du financement de la santé. Cette situation ne commencerait à changer qu'à partir des mesures de réforme entreprises par le gouvernement et qui aboutiraient à la création du Système Unique de Santé (SUS), introduit par la Constitution de 1988.

Toujours dans les années 1970, l'État ne changerait sa manière de voir la santé publique qu'à partir de 1975, avec la création du Système National de Santé. Le principal objectif était de diminuer la précarité du service dans le pays, qui ne possédait pas encore de caractère universel ni était encore considéré comme un droit du citoyen aux yeux de la loi brésilienne.

Au niveau international, la réalisation de la Conférence d'Alma-Ata (OMS, 1978), première conférence mondiale consacrée aux soins primaires de santé, établissait les bases

[88] *Op. cit.,* 1993.

pour l'universalisation de l'accès à la santé pour tous les peuples du monde, et exerçait ainsi son influence sur le champ normatif brésilien dans le sens de la démocratisation et de la décentralisation du système, débat qui évoluerait vers la formulation des bases du SUS.

Dans les années 1980, avant la mise en place du SUS, le système en vigueur ne s'appliquait pas à tous les citoyens brésiliens : destiné à protéger la santé des travailleurs, il portait le nom d'Institut National d'Assistance Médicale de la Prévoyance Sociale (INAMPS) et dépendait non pas du Ministère de la Santé mais du Ministère de la Prévoyance Sociale[89].

Par la suite, visant une plus grande décentralisation, le gouvernement brésilien a coordonné la signature d'une convention entre les pouvoirs exécutifs de tous les états et l'INAMPS en vue de la création du Système Unifié et Décentralisé de Santé (SUDS). Finalement, le Système Unique de Santé (SUS) a été institué en 1988, suite à la nouvelle Constitution.

À partir de 1988, le processus de réforme sanitaire au Brésil a subi des modifications importantes dont nous reparlerons plus tard en détail, étant donné que c'est dans la structure de ce nouveau système et à partir de ses principes que les actions du Programme *Telessaúde Brasil Redes* ont été élaborées.

5.4.2 La Santé Publique au Brésil (II) : Système Unique de Santé – Quelle est la politique ?

5.4.2.1 Éléments de la santé publique brésilienne et comparaison Brésil - France

Les années 1980 constituent une période de transition entre les différents modèles de la santé publique au Brésil. Avec la promulgation de la nouvelle Constitution en 1988, des principes comme le droit à la santé pour tous seraient enfin ratifiés, une fois pour toutes, dans une perspective universaliste de la santé publique avec l'ébauche d'une décentralisation du système.

Avant d'entrer dans le vif du sujet de la réforme du système brésilien, faisons une brève comparaison entre le système de santé du Brésil et l'institut de la santé publique de la

[89] Suivant Souza, Renílson Rehem de. Dissertação de Mestrado : *Construíndo o SUS : a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. Rio de Janeiro, 2002. [En ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf]. Consulté le 21 mai 2015.

France. Comme Forges (2012) le rappelle, le système français s'orientait dès 1893 vers le social et étendait sa portée avec la création d'une loi assurant l'assistance médicale gratuite.

Suivant cet auteur, l'année 1905 a vu la création d'une assistance aux personnes âgées, aux handicapés et aux incurables privés de ressources. Au Brésil, le droit universel à la santé pour la population ne commence qu'avec la Constitution de 1988, alors qu'en France, la Constitution de 1946 affirmait que « la Nation garantit à tous […] la protection de la santé ».

En ce qui concerne sa structuration[90], Forges (*idem*) rappelle que, bien que la définition des politiques de santé soit du ressort de l'État, ce sont les « collectivités locales » qui « […] ont été conduites à intervenir en matière sanitaire bien avant l'État »[91]. L'auteur note également le rôle des institutions internationales : « […] en outre, la coopération sanitaire internationale a précédé la création du ministère de la Santé »[92].

---

[90] À partir du troisième chapitre de son ouvrage, dans lequel il traite du thème des "administrations sanitaires", nous avons établi la liste suivante qui résume l'organisation administrative du système de santé français :
1. Les services de direction de la politique de santé
1.1 Les services de l'État
a) Le ministère charge de la Santé (créé en 1920)
b) Les services du ministère chargé de la Santé
- La direction générale de la Santé
- La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- La direction de la Sécurité sociale
- Les agences sanitaires, tel que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- Les organismes à caractère consultatif : le Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; la Conférence nationale de santé ; le Comité national de santé publique ; le Haut Conseil de la santé publique ; le Conseil supérieur des hôpitaux ; le Conseil général des hôpitaux
c) Les services déconcentrés du ministère de la Santé
- Les conseils départementaux d'hygiène
- La direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales
- Les agences régionales de l'hospitalisation
- La conférence régionale de santé
- Le groupement régional de santé
1.2 Les services sanitaires des collectivités locales
a) Les services départementaux
b) Les services communaux

2. Les organisations sanitaires spécialisées
2.1 Les organismes de protection et de prévoyance sociale
2.2 Les établissements d'enseignement et de recherche
2.3 Les agences sanitaires

3. Les organisations sanitaires internationales
3.1 L'OMS (coopération mondiale)
3.2 Les organisations européennes (coopération régionale).

[91] de Forges, 2012, p. 62.
[92] *Op. cit,* p. 62.

Nous observons ici que la France a choisi une voie différente de celle suivie au Brésil, spécialement quant à la participation communautaire. Dès le début, le régime brésilien de santé se base sur l'administration du gouvernement central, avec une perspective *top-down*, centralisatrice.

Compte tenu de son parcours historique, de son organisation et de ses préalables, le système de santé français représente un modèle basé sur la « décentralisation et la déconcentration », comme le signale Lopez (2013).

En termes de performance, selon une enquête réalisée par l'OMS en 2000, le système de santé de la France occupait la première place en Europe, suivi par l'Espagne et l'Italie. Toutefois, cette même enquête indiquait plusieurs problèmes, également présents dans le système brésilien de santé[93] :

> Le Brésil, pays au revenu moyen, est en mauvaise place dans ce tableau parce que sa population doit débourser des sommes importantes pour se faire soigner. Cela signifie qu'un grand nombre de ménages dépensent une fraction importante de leur revenu (après les dépenses alimentaires) pour les soins de santé (OMS, 2000).

Encore qu'il atteigne un certain niveau de qualité, sur base de l'évaluation de l'OMS et d'autres enquêtes, le système de santé de la France doit faire face à de nouveaux défis qui affectent aussi les systèmes de santé publique du monde entier.

Ces nouveaux défis sont d'abord associés à la nécessité d'augmenter les fonds publics pour financer le système face à la pression exercée par une série de facteurs, tels que le développement de l'industrie pharmaceutique, les nouveaux traitements, les technologies onéreuses, le vieillissement de la population, les possibilités de fraudes, etc.

Avec la crise de l'État-prévoyance, on constate une élévation de la pression financière dans tous les pays (Chevallier, 2014) pour moderniser les services publics, réduire les dépenses, accélérer les privatisations et déléguer des fonctions et services à l'initiative privée. Dans le domaine de la santé publique, cette situation a été l'objet de la Conférence d'Alma-Ata, réalisée en 1978. Nous en reparlerons plus tard.

---

[93] OMS (WHO). *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde* (communiqué de presse), 21/06/2000, [en ligne : http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/whr00_press_release.pdf?ua=1], consulté le 22 avril 2015.

Dans le cas du Brésil, en plus des pressions financières, on constate aussi une augmentation des demandes en justice de la part des usagers, dans le but d'assurer le paiement de traitements de santé, garanti par la couverture totale et universelle inscrite dans la Constitution brésilienne de 1988.

En ce qui concerne les pressions sur le système français et les nouveaux défis qui apparaissent, Bréchat (2012) affiche une vision assez pessimiste sur la question :

> L'augmentation des inégalités ainsi que la remise en cause du service public et des principes fondamentaux du fait de l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale représentent des risques supplémentaires qui peuvent contribuer à la dislocation sociale et à la désintégration de notre société démocratique (Bréchat, 2012, p. 161-162).

Il est certain que l'entrée des TIC dans ce contexte de transformation du service de santé est susceptible d'augmenter les besoins de financement du système, vu les prix normalement élevés des nouvelles technologies, la nécessité de remplacer les équipements obsolètes, etc. Les États devront donc utiliser judicieusement les TIC pour limiter les dépenses.

Pour en revenir à la Déclarations d'Alma-Ata (1978), même si à l'époque on ne parlait pas explicitement des TIC, le document soulignait l'importance de tirer parti des nouvelles techniques dans le but d'augmenter l'efficacité du système et d'en diminuer les dépenses face à la crise mondiale.

Nous sommes maintenant tenus de relever le défi d'appliquer ce qui était recommandé dans la Déclaration de Alma-Ata. Nous avons par ailleurs trouvé le même type de recommandation dans les documents du SMSI, de l'OMS et de l'OPAS que nous avons étudiés, en particulier ceux qui traitent du thème de la télésanté.

Cette mise au défi doit pousser les États à élaborer de nouvelles formes de gérer la santé publique avec l'emploi des TIC, une fois qu'il faut en même temps améliorer la performance des systèmes, perfectionner l'application des fonds disponibles et réduire les demandes de financements. Le tout sans abdiquer de son caractère universel.

C'est pourquoi, comme Bréchat le recommande :

> Il y a urgence pour des propositions novatrices qui arment un service public de santé […]. Le dispositif de soins et de santé actuel doit devenir un service public et un

> système dont le but n'est plus la consommation des soins, mais la production de soins ambulatoires et hospitaliers démocratiques […] (*idem*, 2012, p. 161-162).

Comme nous l'avons déjà dit, notre objectif n'est pas de faire une comparaison entre les bases normatives de la santé publique au Brésil et en France, mais seulement d'établir un parallèle entre certains points du système français et quelques-unes des carences du système brésilien, lesquelles ont fini par mener à une réforme sanitaire dans le pays.

Presque trente ans après le début de cette réforme, les carences sont encore nombreuses et exigent toujours de gros efforts pour élaborer des programmes destinés à améliorer le service de santé publique. D'une certaine manière, le *Programme Telessaúde Brasil Redes* va dans ce sens.

L'universalisation et la décentralisation, tout comme la possibilité d'une démocratie sanitaire[94] (Dallari 2015, Tabuteau 2012), principes de base du système français établis au cours du XXe siècle, n'ont commencé à faire partie du système brésilien qu'à partir de 1988. Et si la création du SUS représente un progrès important, il faut encore que ce progrès se fasse sentir dans la pratique. Nous présenterons plus avant quelques statistiques sur la portée du SUS et la satisfaction de la population brésilienne par rapport aux services.

5.4.2.2 Contexte de la santé publique brésilienne à l'époque de la création du SUS

Jusqu'à la promulgation de la Constitution de 1988, les prestations du service de santé au Brésil se présentaient sous trois formes : la première, l'assistance donnée par l'INAMPS, réservée à ceux qui possédaient un contrat de travail ; la deuxième, la prise en charge par le

---

[94] Spécialiste de ce thème, Sueli Gandolfi Dallari (2015) affirme que le Brésil se situe à l'avant-garde internationale de la démocratie sanitaire :

> […] avec la création légale, par principe constitutionnel, de très nombreux forums de construction et de contrôle des politiques de santé, comme les Conseils et Conférences de santé [...] malgré toute les déficiences constatées dans la mise en œuvre de ces mécanismes de participation dans la politique de santé brésilienne (Dallari, 2015).

De son côté, Didier Tabuteau (2012) mentionne la validation du concept de démocratie sanitaire en France :

> [...] par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, symbolise l'émergence des associations de malades et d'usagers du système de santé et leur revendication de participer à l'élaboration des politiques de santé ainsi qu'au pilotage et à la gestion du système de santé (Tabuteau, 2012, p.25).

réseau médical très réduit du Ministère de la Santé ; et la troisième, dans les cliniques et hôpitaux dirigés par des organisations philanthropiques.

Le Ministère de la Santé s'occupait des campagnes nationales de vaccination, de l'organisation d'actions de prévention et du traitement de certaines maladies comme la tuberculose, alors que l'INAMPS ne lui était pas subordonné. La santé publique au Brésil souffrait alors de trois grands problèmes : la disponibilité de services limitée dans certaines régions du pays, un système de soins primaires de santé inadéquat et une centralisation excessive (Gragnolati, Lindelow et Couttolenc, 2013).

La nouvelle Constitution fédérale brésilienne de 1988[95] instituait le Système Unique de Santé (SUS) dans ses articles 196, 197, 198, 199 et 200, encore que certains d'entre eux aient reçu des amendements par la suite. Peu après, le SUS était réglementé par les lois 8080/1990 et 8142/1990.

Dans l'article 196, la santé devient un « droit de tous » et l'accès aux actions et services de santé devient universel et égalitaire. Les actions et services de santé sont d'intérêt public (article 197). L'article 198 définit le système de financement décentralisé du SUS et prévoit aussi la prise en charge intégrale du citoyen et la participation communautaire.

L'article 199 définit la participation de l'initiative privée comme étant « complémentaire au système unique de santé » et finalement, l'article 200 ouvre la voie au thème du « développement technologique ». Nous reviendrons plus tard sur ce thème quand nous parlerons de la politique nationale de l'informatique en santé. Ci-dessous, le paragraphe V de l'article 200 :

> Art. 200 […] V – Augmenter le développement scientifique et technologique dans son domaine d'action (Brésil, 1988).

Certains auteurs considèrent l'introduction du SUS comme une réforme essentielle du système au Brésil (Viana et Dal Poz 2005, Gil 2006, Moura 2013), étant donné son objectif premier de prise en charge de toute la population et d'autres points clé qui modifient la dynamique du fonctionnement du système de santé brésilien.

[95] Constitution de la République Fédérative du Brésil de 1988. Titre VIII, Chapitre II, Section II - Da Saúde (articles 196 à 200), [en ligne : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm], consultée le 29 avril 2015.

Pour appréhender sa portée, nous reproduisons ci-dessous un tableau établi par le Secrétariat à l'Attention à la Santé (SAS) et repris par Souza (2002) et qui fournit les statistiques comparatives pour la période 1986 – 2001. On peut y constater un rééquilibrage entre la proportion de la population de chaque région et le montant des ressources financières allouées à la même région par le gouvernement (tableau 1) :

	% Ressources		% Population	
Régions	**1986**	**2001**	**1986**	**2001**
Nord	2,27	6,46	5,48	7,53
Nord-est	18,10	26,96	28,82	28,08
Sud-est	59,28	44,38	43,79	42,58
Sud	15,14	15,45	15,12	14,88
Centre-ouest	5,02	6,75	6,78	6,94
Brésil	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Tableau 1: INAMPS x SUS : La réduction des inégalités dans la répartition régionale des ressources financières allouées à la santé par l'État, 1986 – 2001. Source: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), *in* Souza (2002).

Ainsi par exemple, si la région Nord-est, la moins développée du pays et où vivaient 5,48 % de la population brésilienne, recevait 2,27 % du total des ressources financières en 1986, elle recevait 6,46 % des ressources en 2001, pour une population de 7,53 % du total.

Dans le même temps, les régions les plus développées auxquelles était allouée la plus grande partie des ressources en 1986, ont subi une diminution des transferts financiers du gouvernement dans le but de rééquilibrer la destination de ces ressources par région.

Dans le cadre de la discussion sobre décentralisation du système[96], nous pouvons en conclure qu'un des objectifs des réformistes était de provoquer une meilleure distribution des ressources entre les différentes régions du pays.

La réglementation du SUS et l'action du gouvernement fédéral en vue de la démocratisation des transferts financiers pour la santé dans les différentes régions peuvent être illustrées dans le graphique suivant (figure 3), repris par Souza (*idem*) et qui montre les

[96] Au sujet de la décentralisation, la réglementation du SUS après 1988, appelée la "réforme de la réforme" (Viana et Dal Poz, 2005), établit des normes opérationnelles (NOB) qui définissent "les compétences de chaque sphère du gouvernement et les conditions nécessaires pour que les États et les municipalités puissent assumer leurs nouvelles positions dans le processus de mise en place du SUS" (Souza, 2002).

progrès réalisés grâce à l'adoption d'une nouvelle base de calcul pour les transferts financiers, à savoir le financement *per capita* pour les soins primaires de santé introduit par la norme opérationnelle (NOB) 01/1996 :

« Figure non reproduite par respect du droit d'auteur »

Figure 3: Comparaison entre la proportion des transferts de ressources du Ministère de la Santé vers chaque région, valeur par habitant/région – période 1994 – 2001. Source : SAS, *in* Souza (2002).

Comme on peut le constater, entre 1994 et 2001, les lignes qui représentent l'évolution des transferts de ressources pour chaque région tendent à se rapprocher de la ligne médiane (orange, indice = 1), de sorte que la région la moins favorisée a connu une croissance proportionnellement plus importante que les autres, même si elle avait encore en 2001 un retard non négligeable à rattraper.

5.4.2.3 Progrès réalisés dans l'universalisation et la décentralisation

En 2018, la mise en place de ce « nouveau système » complétera 30 ans depuis l'introduction des cinq articles qui traitent de la matière dans la Constitution de 1988. Au cours des dernières années, plusieurs études importantes destinées à vérifier les progrès réalisés dans ce nouveau système ont été publiées au Brésil.

En 2013, l'étude commandée par Gragnolati, Lindelow et Couttolenc et soutenu par The World Bank, une des institutions internationales rattachées à l'ONU, a permis d'établir un bilan des 20 premières années du SUS, en indiquant les progrès réalisés dans la décentralisation et l'universalisation du système ainsi que les principales conquêtes obtenues.

5.4.2.4 Les progrès relatifs dans l'universalisation

Entre 1980 et 2010, les dépenses publiques en santé ont progressé de 224 % au Brésil. Toutefois, l'indicateur « dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB » n'a pas changé de manière significative. Le pays investit dans la santé un montant inférieur à la moitié de la moyenne des pays de l'OCDE, comme le montre le graphique publié par The World Bank sur base d'informations de l'OMS (figure 4):

« Figure non reproduite par respect du droit d'auteur »

Figure 4: Dépenses en santé, publiques x PIB. Source : OMS et Gragnolati, Lindelow et Couttolenc/The World Bank (2013)

Un autre indicateur important pour vérifier les progrès de l'universalisation est le niveau de priorité accordé par la population au système SUS pour ses besoins d'assistance médicale. Toujours selon la même étude, en 1981, 49 % de la population brésilienne avaient régulièrement recours à la Prévoyance Sociale et utilisaient l'Institut National d'Assistance Médicale et de Prévoyance Sociale (INAMPS).

En 2008, 58 % des usagers déclaraient avoir régulièrement recours au SUS, ce qui, selon les auteurs de l'étude, indiquait qu'en ce qui concerne l'universalisation, une partie des objectifs de la réforme n'avait pas été atteinte. Il faut toutefois rappeler que l'INAMPS n'était pas un système universel comme le SUS.

Selon une enquête réalisée par un institut brésilien en 2012 et publiée dans l'étude de Gragnolati, Lindelow et Couttolenc (2013), 60 % des personnes interviewées déclarent n'avoir recours qu'au seul SUS pour traiter de leurs problèmes de santé, comme le montre de graphique à suivre (figure 5) :

« Figure non reproduite par respect du droit d'auteur »

Figure 5: Réponses des usagers, service public de santé x service privé de santé. Source : CNI/IBOPE (Brésil 2012)/ Gragnolati, Lindelow et Couttolenc, 2013.

5.4.2.5 Décentralisation et réévaluation de l'importance des municipalités pour le système brésilien de santé publique : la nécessité d'interconnexion

Une des informations donnée par cette étude et qui est la preuve de la décentralisation, est l'augmentation du nombre de lits d'hôpitaux sous la responsabilité des municipalités brésiliennes par comparaison avec ceux qui sont à charge des États ou du gouvernement fédéral : leur nombre est passé de 11 % en 1985 à 50 % en 2009.

Nous constatons aussi un changement dans l'application des ressources à partir de 2000 : avant cette date, le gouvernement fédéral brésilien appliquait 85 % du total des dépenses publiques en santé, montant qui est tombé à 45 % à partir de 2000. Les municipalités et les États répondent respectivement pour 28 % et 27 % du total des dépenses en santé, une majoration significative.

La question de la décentralisation est cruciale dans la mesure où, si l'on augmente la responsabilité des municipalités dans le système de santé, on accroît dans la même proportion la nécessité de son suivi par le gouvernement fédéral, que ce soit pour le soutien technique ou matériel, ou pour le contrôle et la vérification des prestations de service.

En d'autres mots, la décentralisation exerce une pression qui favorise une plus grande interconnexion du système en réseau. Il ne faut pas oublier que l'extension territoriale du Brésil est de 8 515 767,049 km^2, ce qui en fait le cinquième pays du monde, divisé en 5 régions et 26 États pour un total de 5 570 municipalités.

5.4.2.6 Le rôle joué par les soins primaires de santé dans la réforme

Avec le thème de la décentralisation, en plus des actions mises en œuvre par le gouvernement pour améliorer la distribution des ressources fédérales entre les États et les municipalités, la réforme du système de santé publique au Brésil va également dans le sens d'une expansion des soins primaires de santé ou soins de base[97].

Comme l'observe Gil (2006), les soins primaires de santé représentent une « référence importante pour l'organisation des services, suivant une logique qui voulait proposer une des principales possibilités de changement du modèle assistanciel ».

Il s'agit du concept qui oriente la politique nationale pour la reformulation de la santé publique et dont les préalables se rapportent à la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978). Selon la définition donnée par le Ministère de la Santé en 1998[98], les soins primaires de santé correspondent à :

[97] Au sujet de ce concept, Gil (2006) indique que les expressions « soins primaires de santé » et « soins de base » sont indifféremment utilisées dans le cadre de la réforme sanitaire brésilienne, tantôt comme synonymes, tantôt en parallèle.
[98] [En ligne : http://www.sivac.com.br/legislacoes/gm/8763-2121.html], consulté le 9 avril 2015.

> […] l'ensemble d'actions, à caractère individuel ou collectif, réalisées au premier niveau de prise en charge par les systèmes de santé, et destinées à la promotion de la santé, à la prévention des aggravations, au traitement et à la réhabilitation (Brésil, Ministère de la Santé, 1998).

Pour montrer l'importance des soins de base à ce premier niveau de prise en charge dans le nouveau régime, notons qu'ils servent de référence à la composition d'un coefficient utilisé par le Ministère de la Santé pour définir le montant des ressources transférées aux municipalités. Introduit en 1998, ce coefficient ou indicateur est appelé « seuil des soins de base » (PAB)[99].

Une des variables de cet indicateur correspond à la vérification du niveau d'adhésion de la municipalité à certains programmes de soins primaires, considérés prioritaires par le Ministère de la Santé. Par exemple, les programmes Agents Communautaires de Santé, Santé de la Famille et Lutte contre les carences nutritionnelles, retenus par Souza (2002, p. 57) et dont nous parlerons dans le chapitre consacré à l'analyse.

En bref, la proportion des transferts de fonds par le gouvernement fédéral aux municipalités est liée à leur plus forte ou plus faible adhésion à certains programmes considérés prioritaires par le Ministère de la Santé dans le cadre des soins primaires de santé. En 2011, la question des soins primaires est devenue une politique nationale, déterminée dans l'arrêté 2488/2011 du Ministère de la Santé, la Politique Nationale de Soins Primaires (PNAB).

Dans la présentation[100] du Plan National (arrêté ministériel 2488/2011), le Ministère de la Santé exprime dans les termes suivants son point de vue sur le thème de la mise en place des soins primaires au Brésil :

> Au Brésil, les soins primaires sont dispensés avec le plus haut degré de décentralisation et de capillarité, au local le plus proche possible de la vie des personnes. Ils doivent être le contact préférentiel des usagers, la principale porte d'entrée et le centre de communication avec tout le Réseau de Soins de Santé. C'est pourquoi il est fondamental qu'elle s'oriente selon les principes d'universalité, d'accessibilité, de relation privilégiée, de continuité des soins, d'intégralité des soins, de responsabilisation,

[99] Le terme correspond, en portugais, à *piso de atenção básica* (PAB). Mis en œuvre par l'arrêté GB 2.121/1998 du Ministère de la Santé.

[100] Parmi les attendus (ou performatifs) qui introduisent la norme, on trouve "la nécessité de réviser et d'adapter les normes nationales à la situation actuelle du développement des soins primaires au Brésil", "considérant la stratégie Santé de la Famille comme une forme prioritaire pour la réorganisation des soins primaires au Brésil et considérant aussi le Programme d'Agentes Communautaires de Santé (PACS)", les deux axes des soins primaires qui sont au cœur de la politique réformiste du SUS.

d'humanisation, d'équité et de participation sociale (Brésil, Ministère de la Santé, 2012, p. 9).

Dans le point suivant, nous parlerons rapidement de l'influence des recommandations figurants dans la Déclaration d'Alma-Ata sur la réforme sanitaire brésilienne, principalement quant au choix de l'importance accordée aux soins primaires.

D'un point de vue statistique, l'augmentation des dépenses totales du gouvernement fédéral pour les soins primaires de santé est passée de 11 % à 20 % entre 1995 et 2002, selon les chiffres rapportés par Gragnolati, Lindelow et Couttolenc (2013). L'intérêt de toutes ces informations relatives aux soins primaires est dû au fait que le Programme *Telessaúde Brasil Redes* est précisément associé à cette approche de la santé publique[101].

5.4.2.7 Les soins primaires au Brésil et le contexte international

Pour établir une relation entre, d'un côté, la réforme sanitaire du Brésil et la priorité que le SUS accorde aux soins primaires et de l'autre, les thèmes relatifs à la santé publique abordés sur la scène internationale, revenons-en une fois de plus à la Déclaration d'Alma-Ata et aux propositions de l'OMS et de l'UNICEF concernant les soins primaires.

Quand il traite du thème des « soins primaires dans le contexte brésilien », Gil (2006) reconnaît le rôle du contexte international dans la définition des politiques de santé dans le monde et leur « pouvoir d'influencer le choix des modèles adoptés » (*idem*, p. 1.172).

L'auteur reconnaît également que la Conférence d'Alma-Ata, organisée sur fond de crise financière mondiale et de déclin de l'État-providence, a tenté de répondre aux aspirations de tous les pays confrontés à une demande universelle de réforme des systèmes de santé, pour améliorer leur efficacité et réduire leur coût.

Pour ce faire, la Déclaration d'Alma-Ata mentionne l'emploi de « techniques pratiques » et de la participation d'autres secteurs, et cite spécifiquement la communication. Selon le résumé qui fait partie d'un document de l'UNICEF publié en 2008 et qui traite des 30 ans de la déclaration :

[101] Les deux centres d'intérêt principaux des soins primaires du SUS : le Programme d'Agents Communautaires de Santé (PACS) et la mise en œuvre de la Stratégie Santé de la Famille (ESF).

> La Déclaration d'Alma-Ata appelle les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Ce modèle permettrait de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » en leur permettant de se faire traiter par des agents de santé communautaires, des infirmières et des médecins dûment préparés. Un tel modèle devrait également favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation à la planification et au fonctionnement des programmes de soins. Des systèmes d'aiguillage viendraient compléter la gamme de soins en offrant des services complets aux personnes qui en ont le plus besoin – les plus pauvres et les plus marginalisées (UNICEF, 2008, p. 31).

Ces recommandations de la Déclaration d'Alma-Ata ont eu un impact sur la réforme du système de santé entreprise au Brésil mais aussi en Angleterre, en Espagne, au Canada, au Portugal et à Cuba, où plusieurs expériences ont été réalisées dans ce sens[102].

Lors de la définition du Programme Santé de la Famille (PSF) en 1994, dans le cadre d'une des stratégies du Ministère de la Santé du Brésil pour développer les soins primaires, on peut observer la trace non seulement de l'influence des recommandations de l'UNICEF, mais aussi de la participation directe de représentants de cette institution lors des réunions préalables pour établir le programme.

C'est ce que signalent Viana et Dal Poz (2005), indiquant aussi la collaboration du PNUD (ONU) dans la définition du programme Santé de la Famille (PSF) du Ministère de la Santé:

> Dans toutes les discussions, il faut insister sur le rôle joué par un technicien de l'UNICEF (Halim Antônio Girade), grand défenseur du programme Santé de la Famille, intermédiaire entre les techniciens, les administrateurs et le ministre de la Santé et garant du soutien financier pour le développement du programme par l'intermédiaire du PNUD. Soulignons aussi que toute l'équipe de coordination du programme au Ministère de la Santé a été engagée par le PNUD et que, même aujourd'hui, ses membres ne sont pas des fonctionnaires de carrière du ministère (Viana et Dal Poz, 2005, p. 232-233).

Après avoir ébauché les aspects essentiels de la réforme sanitaire en cours au Brésil et les principaux goulets d'étranglement de la santé publique, nous pouvons conclure qu'avec la mise en place du SUS, l'universalisation et la décentralisation constituent les nouvelles références du système dans la construction d'une nouvelle politique nationale pour le secteur.

[102] Secrétariat d'État à la Santé, Gouvernement du District Fédéral. [En ligne: http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html]. Consulté le 29 juin 2015.

Cette politique répond en partie aux aspirations historiques du pays, encore qu'elle soit influencée par le contexte international de crise financière et par la nécessité d'augmenter le financement du système de santé et d'améliorer nettement son efficacité. Quelques-unes des bases établies par l'OMS/UNICEF à l'occasion de la Conférence Internationale d'Alma-Ata en 1978 ont ainsi très bien été incorporées à la législation brésilienne relative à la santé publique.

Plusieurs résultats importants, obtenus grâce à la décentralisation et à une distribution plus égalitaire des ressources entre l'administration centrale (gouvernement fédéral), les États fédératifs et les municipalités, viennent corriger des distorsions historiques comme les inégalités régionales en termes d'accès et de disponibilité des services de santé. On peut le vérifier statistiquement dans les tableaux inclus dans notre étude ou aussi en constatant la réduction des indicateurs de mortalité infantile au Brésil.

D'autres indicateurs de comparaison entre la date de mise en place du SUS (1988) et la période actuelle (2010-2013) démontrent les résultats positifs atteints après la mise en pratique des lignes d'action principales du SUS relatives aux soins primaires, telles la Stratégie Santé de la Famille, l'PSF (Programme Santé de la Famille) et le Programme Agents Communautaires de Santé (PACS).

Toutefois, encore qu'il soit considéré un système moderne et un exemple de démocratie sanitaire, et malgré les changements introduits et l'atteinte d'une partie de ses objectifs, le SUS ne fait pas l'unanimité au Brésil et se heurte à l'opposition de certains secteurs politiques et organismes professionnels. Il est vrai qu'il y a encore des problèmes importants à résoudre, surtout en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des services offerts à la population.

5.4.2.8 Compte tenu des caractéristiques, des défis et des besoins du système, quel est le rôle réservé aux TIC ?

Si la décentralisation, l'universalisation et la démocratisation introduites par la réforme ont déjà atteint certains résultats, la recherche de l'amélioration et de la qualité semblent être les grands défis qui se présentent au SUS. Quelle est alors la solution en vue ? Et quelles sont les mesures prioritaires que l'État doit prendre dans ce sens ?

En plein XXIe siècle, on peut s'attendre à ce que l'État fasse de plus en plus appel aux technologies modernes pour réduire les dépenses de financement du système et assurer une plus grande efficacité et une meilleure qualité des services de santé offerts à la population. Il s'agit là d'une espèce d'orientation générale qui ressort des principaux documents étudiés.

Parmi les thèmes examinés dans une série de textes officiels défendant l'utilisation des TIC par les États pour l'amélioration de leurs politiques et services, on constate la répétition de certains axes de conduite des politiques.

Cette association des TIC avec l'État doit être faite à partir de certaines conditions à respecter, constatation analogue à l'inférence faite dans la première partie de notre étude quand nous disions que ces « appels » à l'adoption des TIC ne sont jamais neutres : ils comportent toujours une manière spécifique de les adopter, un modèle.

Par exemple, un de ces « axes » associe les TIC à l'augmentation de la portée d'un service publique ou à l'extension de sa couverture au bénéfice de toute la population. L'amélioration de la qualité pouvant résulter de l'adoption des TIC est aussi associée à l'idée d'universalisation. Dans ce sens, l'utilisation des TIC doit conduire à l'inclusion de toutes les personnes vivant dans la zone de couverture des bénéfices de l'État.

Considérons par exemple le slogan lancé par la Déclaration du Millénaire (ONU, 2000), dans la partie qui traite de l'adoption des TIC comme condition de « développement et élimination de la pauvreté ». Il précise que les TIC doivent être utilisées de manière à ce que leurs avantages « soient accordés à tous ».

L'accueil réservé à cette recommandation dans la Déclaration de Genève (SMSI, 2003a)[103] va dans le même sens. Finalement, rappelons la recommandation figurant dans la Déclaration d'Alma-Ata, faite dans le contexte des années 1970, au sujet de la socialisation de la santé, en vue de l'amélioration ou de l'optimisation technique.

---

[103] En ce qui concerne l'accueil réservé aux principes énoncés par le SMSI dans la Déclaration du Millénaire (2000), la Déclaration de Genève déclare dans son point 11, relatif à la coopération internationale :

> Déclaration de Genève : […] Nous aspirons à utiliser pleinement les possibilités offertes par les TIC dans les efforts que nous déployons pour parvenir aux objectifs de développement qui ont été décidés à l'échelle internationale, notamment ceux de la Déclaration du Millénaire, et pour concrétiser les principes fondamentaux exposés dans la présente Déclaration […] (SMSI, 2003a).

Ci-dessous, un extrait du Plan d'action défini à l'occasion du SMSI lors de la phase de Genève réalisée en 2003 :

> C7. Télésanté […] e) Encourager l'adoption des TIC afin d'améliorer les systèmes de soins de santé et d'information sanitaire et d'en étendre la couverture aux zones reculées ou mal desservies ainsi qu'aux populations vulnérables […] (SMSI, 2003b).

Toutes ces références indiquent une évolution dans le temps à partir de différentes recommandations institutionnelles. À notre avis, cette évolution révèle un de ces « axes de conduite des politiques pour les TIC » (c'est nous qui soulignons) que nous voulons montrer.

Ici, cet « axe » transmet une sorte de principe qui associe l'utilisation des TIC à une possible élévation de la qualité d'un service donné, mais qui implique aussi l'augmentation de sa couverture, c'est-à-dire une plus grande inclusion de personnes ou son universalisation.

Nous avons consacré une partie importante de l'état des lieux de la santé publique au Brésil pour permettre de comprendre les bases sur lesquelles s'appuie le programme objet de notre étude et pour mettre en valeur les deux axes basiques de la réforme sanitaire brésilienne, la décentralisation et l'universalisation.

Dans les débats sur l'adoption des TIC sur la scène politique internationale, nous avons identifié ce que nous appelons des « axes de conduite des politiques ». Après un rapide survol des textes du corpus, nous donnons l'exemple de ce que serait un de ces axes, centré sur les résultats potentiels de l'utilisation des TIC au bénéfice de l'universalisation.

Pour en revenir au cas du Brésil, quand nous parlons de l'utilisation des TIC pour la santé publique et en particulier du Programme *Telessaúde Brasil Redes*, nous entrons dans le domaine des soins primaires dans un système de plus en plus décentralisé et universel. C'est dans ce contexte qu'apparaît une volonté d'interconnexion entre les unités de prise en charge et les unités administratives en santé, et d'atteinte des régions et des populations les plus isolées du pays.

Au vu des objectifs du programme, comment évaluer l'emploi des TIC en tenant compte de la priorité accordée aux soins primaires (fondement principal du SUS), de la nécessité d'atteindre des régions d'accès difficile (principe de l'universalisation visé par le SUS), et de la nécessité d'une interconnexion entre systèmes informatiques (résultat de la

décentralisation) ? Comment pourrait-on les utiliser en relation avec l'axe défini plus haut, ancré dans le cadre politique international ?

Et quant au contexte local, quelles seraient les questions qui suscitent l'adoption des TIC, ou plus exactement d'un type spécifique d'adoption des TIC ? Nous allons tout d'abord tenter d'apporter quelques éléments de réponse à partir d'une des critiques faite au SUS.

Pour en revenir à la résistance opposée au SUS et en particulier aux attaques corporatives[104] telles celles faites par certains conseils corporatifs comme le Conseil et l'Association Brésilienne d'Infirmerie et le Conseil Fédéral de Médecine, qui critiquent la « basse technologie » du Programme Santé de la Famille (PSF), un des piliers du SUS, Viana et Dal Poz (2005) répliquent en ces termes :

> […] Il existe l'idée que les soins primaires sont synonymes de technologie simplifiée : en vérité, le PSF introduit une notion plus sophistiquée de soins primaires, une fois qu'il implique tout un équipement informatique (pour les diagnostics et l'entrée des informations sociales, économiques et épidémiologiques des populations qu'il prétend couvrir), qu'il se base sur l'automatisation de procédures diagnostiques, et s'appuie sur la réalisation d'examens et l'utilisation d'instruments – comme l'ultrasonographie ou même des kits de diagnostic comme ceux utilisés par les médecins de famille cubains. C'est pour cela que la confusion entre soins primaires et technologie simplifiée élargit l'éventail d'opposants au programme (Viana et Dal Poz, 2005, p. 242).

Selon les auteurs, la critique n'est pas pertinente si l'on considère qu'on utilise, au contraire, une « version sophistiquée de soins primaires », avec le développement de « tout un équipement informatique »[105]. Il faut aussi rappeler que cette discussion a eu lieu en 2005, époque de la publication de l'article duquel nous avons extrait le passage ci-dessus.

Si l'on considère l'adoption des TIC dans le domaine des soins primaires dans le but de fournir des services dans des régions d'accès difficile et qui ne pouvaient encore compter sur aucune technologie meilleure, on peut affirmer qu'il y a progrès même si l'on n'utilise pas de technologies de pointe.

---

[104] Outre les critiques faites dans le cadre corporatif de la santé, plusieurs enquêtes réalisées en 2012 par des instituts de sondage brésiliens et citées par Gragnolati, Lindelow et Couttolenc (2013) montrent que 61% de la population considèrent les services publics de santé mauvais ou très mauvais, le plus grand nombre de plaintes se rapportant au temps d'attente pour obtenir une consultation et au manque de médecins (Institut de sondage CNI/IBOPE, 2012). Pour 39% de la population, la question de la santé publique constitue le principal problème du Brésil, suivi par la sécurité et par le chômage (Institut de sondage Datafolha, 2012).

[105] Malgré la présence de quelques préalables de la "télésanté", les auteurs n'utilisent pas ce terme dans leur texte. Le mot sera plus souvent utilisé après le lancement du Programme Telessaúde Brasil par l'arrêté n° 35 du Ministère de la Santé, le 4 janvier 2007.

Face aux différentes variables présentes dans le cadre de la santé publique au Brésil, il semble que la demande principale du SUS et des soins primaires ne soit pas la haute spécialisation technologique. À partir de cette prémisse, l'État peut alors définir et adapter la manière d'adopter les TIC.

Quand on décide d'innover dans le sens de la réduction des coûts, de la simplification des procédures et de la couverture d'un plus grand nombre d'individus, on choisit un certain type d'utilisation des TIC, un type de télésanté *« low profile »*[106]. Cela semble correspondre aux variables locales brésiliennes et en même temps, à l' axe de conduite des politiques pour les TIC dont nous avons traité plus haut avec des exemples tirés du contexte normatif international sur la santé publique.

Pour conclure ce point, nous constatons que la mise en place du SUS est un processus en cours de développement, dans lequel le thème télésanté n'a été introduit que tout récemment. Revenant une fois de plus sur l'étude commandée par Gragnolati, Lindelow et Couttolenc (2013), on peut dire qu'à partir des années 2000, le Brésil est entré dans la phase de mise en œuvre appelée la quatrième vague[107]. Selon cette étude, cette période englobe depuis la nécessité d'établir des réseaux jusqu'aux résolutions de gouvernance :

> […] la solution de questions d'efficience et de qualité grâce à une réforme du système de gouvernance, des mécanismes d'embauche et de paiement, et à l'établissement de réseaux de soins primaires régionalisés (*idem,* 2013 p. 17-18).

À notre avis, le moment est propice non seulement à la mise en application de l'utilisation des TIC, mais aussi à l'étude que nous réalisons en tant que chercheurs dans le but de comprendre ce phénomène complexe. Dans le point suivant, nous allons aborder le thème spécifique de la télésanté, conceptualiser et définir sa portée en fonction de l'intérêt de

---

[106] Nous pouvons associer ce type d'utilisation des TIC à l'un des trois modèles d'innovation technologique identifiés par Barth et Legendre (2014), à savoir le modèle de "*l'innovation incrémentale par différenciation vers le bas"*. Nous parlerons de quelques modes de classification dans la partie suivante de notre étude consacrée à la télésanté.

[107] Les trois premières vagues qui correspondent au processus de mise en place du SUS et de la réforme du système de santé brésilien, sont définies comme suit : La première vague de réformes, de 1988 à 1990, s'est occupée de l'adoption d'une législation et des réglementations de base, y compris le transfert de l'INAMPS de la Sécurité Sociale vers le Ministère de la Santé, une décentralisation vers le niveau des États et la création de mécanismes de participation sociale. La deuxième vague, de 1991 à 1995, a accordé une attention spéciale à l'explication détaillée des normes et règles pour l'organisation, le financement et l'opération du système, y compris la "municipalisation" des services offerts et la mise en place de mécanismes financiers pour l'allocation de fonds fédéraux. Vers le milieu des années 1990, une troisième vague s'est occupée de questions relatives à l'organisation et à la prestation de services de santé, avec une emphase sur les soins primaires (Viana et Dal Poz, 2005, p. 17-18).

notre recherche, et anticiper, dans la mesure du possible, les questions relatives au *Programme Telessaúde Brasil Redes.*

Chapitre 6 – La santé et la technique. Progrès technologiques et télésanté

6.1 Introduction

Dans le point précédent, nous avons brièvement parlé de l'influence de certains progrès techniques sur le changement de paradigmes concernant l'hygiène, la médecine et la santé. Nous avons traité de l'émergence du thème de la santé publique, de son internationalisation, de la santé publique au Brésil et de la réforme sanitaire commencée à partir des années 1980. Pour conclure, nous avons mentionné la situation actuelle et l'importance que les TIC commencent à gagner.

Nous avons aussi parlé du poids de l'impact causé par les progrès techniques pour la propre reformulation du secteur de la santé. Nous avons cité l'exemple de l'évolution des recherches en bactériologie et du contrôle épidémiologique au début du XXe siècle, et l'ampleur des préoccupations concernant la santé, aussi bien individuelle que collective.

Au sujet du lien entre technique et santé dans la médecine, voici ce que pensent Yaya et Raffelini (2007):

> […] la médecine moderne est un bel exemple de lien entre la science et la technique […] Cette relation introduirait également une nouvelle conception de l'action de soigner et de la figure du patient-client (*idem,* 2007, p. 27-28).

En précisant qu'il s'agit ici des technologies de l'information et de la communication, les mêmes auteures affirment qu'au-delà de la liaison intrinsèque à la technique, la médecine

est un véritable acte d'information et de communication[108] (*idem, ibidem*, p. 19), dont la pratique a été profondément bouleversée par les progrès des TIC :

> À l'ère du numérique et d'Internet, la médecine n'est plus cette pratique professionnelle secrète jadis cloisonnée dans un confessionnal où le patient est pénitent et le médecin confesseur. Cette vielle dynamique relationnelle propre à l'univers religieux qui pendant des siècles a caractérisé le rôle du médecin et la place du patient, est entrée en crise au moment même où le citoyen a socialisé son rapport avec la maladie (*idem, ibidem,* p. 62-63).

Une de nos obligations en tant que chercheur dans le champ des sciences de l'information et de la communication est d'identifier l'impact causé par ce nouvel élément matériel introduit dans une relation qui consiste en la prestation d'un service de santé.

Mais plus encore, il nous faut surtout reconnaître un double processus dans cette relation, comme l'affirment Denouel et Granjon (2011), une fois que les emplois en sont déterminés dans la mesure où ils passent par le corps social. Ces auteurs se basent sur la définition donnée au terme sociotechnique[109].

Nous tenons ici à souligner un passage qui attire notre attention sur la question mal résolue du déterminisme technologique et nous encourage à conserver une attitude critique par rapport à certains *a priori* concernant les TIC, rencontrés dans la bibliographie de notre champ d'étude :

> La puissance supposée de la technique ou du social se niche donc au sein de médiations sociotechniques organisant les relations des hommes entre eux et avec leurs environnements. Les agencements techniques ne peuvent être confondus avec des dispositifs essentiellement matériels, ni même avec l'ensemble des usages remplis par ces dispositifs, mais se définissent comme les supports construits entre ces deux termes. Il n'y a donc plus d'essence de la technique, mais des dispositifs, des médiations plus ou moins hétérogènes - un tissu sans couture - mêlant individus, groupes sociaux et objets techniques (Denouel et Granjon, 2011, p. 25).

---

[108] Un autre auteur (Reach) met aussi au premier plan la relation communicationnelle qui existe dans la médecine, son essence comme *"cadre de conversation"* : […] elle est bien l'essence du soin si elle est vue comme le cadre d'une conversation, mettant un terme à ce qui a été appelé 'le monde silencieux du docteur et du patient' et dans laquelle le soignant invite le patient à poser des questions et à demander des explications, et s'il a à cœur d'y répondre, au fond s'il fait preuve d'une capacité à intégrer l'éducation thérapeutique dans son activité de soin. (Reach, 2014, p. 190).

[109] Dans son ouvrage La société en réseau, Manuel Castells aborde le paradigme sociotechnique comme la base matérielle de la société en réseau : "[...] l'essence de la transformation technologique en cours dans son interaction avec l'économie et la société" (Castells, 1998, p. 101).

Nous en reparlerons dans la partie de notre étude qui traite des TIC, de la diffusion du thème de la société de l'information et des questions concernant le discours, l'idéologie et l'imaginaire.

L'élargissement du champ d'application se doit d'abord à la relation entre technologie et santé, surtout après l'avènement d'Internet. Plus qu'une attitude active du patient, cette relation provoque des changements à tous les niveaux de la relation, que ce soit entre les professionnels de la santé, entre ceux-ci et les patients ou entre les propres patients[110] :

> […] la conception de communication n'est plus bilatérale, mais elle représente plutôt un échange ouvert et global, où plusieurs personnes communiquent entre elles. Il s'agit d'un échange d'informations entre tous les usagers possibles du réseau : comme, par exemple entre des patients, entre des patients et des médecins spécialistes et aussi entre médecins spécialistes dans le cas du domaine clinique. (Yaya et Raffelini, 2007, p. 50).

Il faut également mentionner les transformations au niveau de l'administration publique, une fois que notre intérêt se concentre en particulier sur la relation santé – TIC – État.

Dans ce sens, on constate que le champ d'application prend une nouvelle forme et englobe de nouveaux domaines d'intérêt. Pour le constater, il suffit de voir les thèmes dont traitent les recommandations analysées dans notre corpus et qui concernent la télésanté. Entre autres, la téléformation en santé, la télé-éducation des patients et le souci de l'interopérabilité entre systèmes informatiques en santé.

Même en ne se concentrant que sur la santé publique, nous pouvons constater l'étendue de ce champ d'application. Dans le but de le limiter, commençons par une étude réalisée par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)[111] en 2010. L'objectif de l'OCDE était de découvrir les motifs qui poussent un État à décider d'utiliser la *télésanté.*

Cette étude éclaire quelques aspects importants de l'intérêt du pouvoir public pour la télésanté et révèle presque une sorte de modèle idéal pour l'adoption des TIC dans le domaine

---

[110] Plusieurs auteurs soulignent le nouveau rôle actif assumé par le patient, thème traité à partir de nombreux points de vue, comme ceux que l'on trouve dans le travail publié par le collectif français Collectif Santé Numérique, *Quelle santé pour demain* (2014), dirigé par Jacques Marceau. Par exemple : "quand le malade devient sachant" (Plavis, 2014, p. 143) ; "le patient est un quasi-expert" (Méchin, 2014, p. 105) et d'autres.

[111] Étude *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé : le rôle des technologies de l'information et des communications.* [En ligne :http://dx.doi.org/10.1787/9789264084636-fr]. Consulté le 12 mars 2015.

de la santé publique. Elle constitue le résultat d'études de cas menées dans six pays[112] et montre qu'en adoptant la télésanté, ceux-ci visaient surtout à :

- Moderniser les soins primaires ;
- Améliorer l'accès aux soins […] auprès des populations rurales ou éloignées, en réduisant l'impact de la pénurie de médecins ;
- Améliorer la qualité de la mesure des soins et du suivi des performances (amélioration des systèmes d'information sanitaire) (OCDE, 2010).

Dans le cas de l'adoption des TIC pour les soins primaires, cette étude en reconnaît l'importance pour la santé publique et constate que dans la plupart de ces pays « les soins primaires représentent le principal point d'entrée dans le système de soins de santé pour tous les besoins et problèmes de santé des individus » (*idem*, 2010, p. 45).

Étant donné que cette étude suit quelques préalables méthodologiques proches de ceux adoptés dans notre recherche, nous pouvons déjà indiquer les limites du thème télésanté et le circonscrire à la santé publique et aux soins primaires.

Dans les points qui suivent, nous traiterons plus en détail de la question de cette définition et de la délimitation de notre champ d'intérêt dans le vaste domaine de la télésanté. L'analyse de documents de référence nous permettra d'étudier le thème selon l'optique de l'État.

6.2 Quel est le type de relation entre technologie et santé qui nous intéresse ?

L'obtention de nouvelles molécules pour la production de médicaments plus efficaces, l'emploi de la nanotechnologie dans des traitements thérapeutiques ou la possibilité pour les patients de consulter leur bulletin de santé via Internet, voici quelques exemples de l'étendue de la relation entre technologie et santé.

Pour en revenir au thème de notre recherche - l'adoption des TIC dans le domaine de la santé publique - nous nous limiterons à un type de technologie - les TIC - et à un aspect de

[112] Cette étude de cas a été réalisée dans les pays suivants (avec les programmes ou thèmes de santé suivants) : Australie (National e-Health Transition Authority et Practice Incentive Programme) ; Canada (Inforoute Santé du Canada) ; Etats-Unis (Office of the National Coordinator) ; Royaume-Uni (NHS Programme Connecting for Health) ; Espagne (TéléAVC aux Baléares) ; Suède (les ordonnances électroniques).

la santé - la santé publique. Afin d'illustrer les progrès réalisés en télésanté, nous avons établi une liste des possibilités d'application des TIC dans le domaine de la santé publique. Tout d'abord, dans l'étude de l'OCDE mentionnée plus haut, nous trouvons trois exemples :

- Messagerie électronique d'alertes (gestion de patients) ;
- Boîte à outils de gestion de maladies chroniques (GMC), d'aide à décisions et feuilles de suivi des patients ;
- L'utilisation de systèmes d'archivage et de transmission d'images (SATI) qui permettent la capture, la visualisation, le stockage et la transmission numériques des images médicales, en remplacent le film radiographique classique (*idem, ibidem,* p. 41).

Ensuite, dans un autre ouvrage qui traite du même thème, un groupe d'auteurs recense quelques-unes des possibilités du numérique associé à la médecine. Ils énumèrent ainsi plusieurs activités qui s'ouvrent dans ce domaine et indiquent aussi les résultats sociaux et les conséquences possibles pour l'avenir.

À partir des treize articles de ce livre publié en France en 2014, nous avons construit le tableau ci-dessous qui résume les actions et leurs résultats respectifs, ce qui nous donne une idée de l'étendue des possibilités :

	Action	Résultats
1	Mise en œuvre d'un dossier médical électronique (Bonte, 2014, p. 31)	L'ensemble des professionnels de santé peuvent partager, en temps réel, les informations concernant le malade.
2	Les apports des gadgets pour le renforcement de la notion 'quantified self'[113] (Fompeyrine, 2014, p. 35)	Le patient augmentera le contrôle sur le fonctionnement de son corps (mesure de variations chimiques, soins de maladies, etc.)
3	TIC pour améliorer l'éducation thérapeutique des patients (ETP) (N'Guyen, 2014, p. 44)	Les patients peuvent gérer au mieux leur vie ; changement de statut par les patients
4	Les objets connectés, le Big Data et le cloud computing (Mouton, 2014, p. 68)	Partage d'informations avec l'écosystème de santé, améliorer la traçabilité, efficacité

[113] Alexandre Templier (2014) nous présente la définition suivante pour "quantified self" et pour "objets connectés" : "L'intérêt premier de ces produits est de suivre de manière quantifiée et quasi continue sa propre activité physique, son rythme cardiaque, son poids… et les comparer à ce qu'ils devraient être pour plus de bien-être […] La deuxième utilisation de ces capteurs connectés est de détecter des situations anormales afin de déclencher de manière automatique au semi-automatique des actions préventives ou curatives (Templier, 2014, p. 121).

5	Le web (réseaux sociaux) et les forums d'échanges entre les patients (malades chroniques) (Plavis, 2014, p. 142)	Les réseaux peuvent répondre aux questions pratiques, rassurer et guider les malades, gestion de son capital santé
6	L'introduction des spectroscopes (Demongeot, 2014, p. 156)	Permettent d'affiner la recherche génomique, donc le diagnostic, la thérapeutique et la prévention
7	Évolution des technologies médicales, en particulier, des gérontechnologies (Peraldi, 2014, p. 162)	Réinterrogent les modes d'intervention des professionnels des soins de suite, du suivi à domicile et d'aide à la personne
8	Les programmes de soutien de patients (l'observation via des moyens numériques) (Dolgin, 2014, p. 173)	Les programmes d'observance par le numérique (exemple, TExT-MED aux États-Unis) aident surtout les populations d'accès difficile compte tenu du taux de pénétration élevé de la téléphonie mobile
9	Les trois inventions de la médecine contemporaine : l'évidence-based medicine (médecine fondée sur les preuves) ; l'éducation thérapeutique des patients ; principe du respect de l'autonomie du patient (Reach, 2014, p. 183)	Risque de limitation au modèle biomédical de la médecine, risque de transformer le malade en e-patient

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Tableau 2: Exemples d'adoption des technologies dans le champ de la santé.

Encore que cette manière de les organiser n'ait pas été prévue par les auteurs, nous pouvons suggérer qu'il existe des actions centrées sur l'usage de gadgets pour suivre l'état de l'organisme (actions 2 et 4), des actions orientées vers l'éducation thérapeutique (actions 3, 5 et 9), d'autres qui concernent l'amélioration de la transmission de données entre systèmes d'information (actions 1, 4 et 7), une action visant à améliorer la mémorisation des informations (action 1) et une action de haute spécialisation technologique (action 6).

Cette grande variété nous fait penser que les critères de classification pourraient aussi prendre des formes très diverses. Par exemple, nous pourrions choisir comme critère le fait qu'un certain type d'action est plus orienté pour l'usage collectif, alors que d'autres sont beaucoup plus associées au suivi médical individuel.

Ou alors les classer selon qu'elles s'assimilent plutôt à une « approche médico-sociale » ou à une « approche médicale dans le sens strict », selon la définition du domaine de la télésanté proposée par le plan quinquennal français (2009) dont nous parlerons plus loin.

Toutes ces suggestions de classification ne sont pas exhaustives, elles servent seulement à donner une idée de l'extension du thème dans le contexte actuel. Dans les points suivants, nous traiterons de la conceptualisation et des limites de la portée de la télésanté,

adoptées dans notre recherche. Nous présenterons également une base de classification qui nous permettra d'organiser les caractéristiques du Programme *Telessaúde Brasil Redes* dans la phase d'analyse.

6.3 Télésanté : terminologie, concepts et portée

En conséquence de la multiplicité des usages des TIC dans le domaine de la santé, la définition de télésanté est tout aussi variée. L'existence d'une série de mots ayant un sens et une portée analogues, employés tantôt comme synonymes, tantôt au sens propre, constitue un facteur qui complique encore plus la détermination de limites.

Parmi les termes qui apparaissent le plus fréquemment dans les documents de notre corpus, nous trouvons télésanté ; télématique sanitaire ; cybersanté ; e-santé ; télémédecine. Notons que l'emploi des préfixes « *e- », « cyber- » ou « télé- »*[114] suivis du radical «*-santé »* semble l'idée directrice pour distinguer les mots, sauf pour l'expression « télématique sanitaire » et le terme télémédecine.

Sur base des documents du corpus, nous allons rechercher les éléments qui peuvent nous aider à comprendre chacun de ces concepts et à découvrir à quel point cette diversité de termes correspond réellement à une différence de sens ou de contenu.

---

[114] Le préfixe *télé*-, d'origine grecque, signifie au loin, à distance et est utilisé dans le contexte des communications pour désigner la pratique d'une action à distance, à savoir l'action de communiquer. Le préfixe *cyber*- est employé dans le terme *cyberespace* qui désigne, dans le domaine des TIC, les espaces de navigation sur Internet et de relation sociale offerts par les nouveaux supports informatiques (Levy 1997, Rocha 2009). Le terme *cyberspace* a été utilisé pour la première fois par William Gibson dans son livre *Neuromancer* en 1984. Le préfixe *cyber*- trouve son origine dans son emploi par Norbert Wiener (1971) –*cybernetics*. À ce sujet, l'auteur explique :

> À côté de la théorie de la technique électrique pour la transmission de messages, il y a un champ plus vaste qui englobe non seulement l'étude du langage, mais aussi l'étude des messages en tant que moyens de contrôle sur les machines et la société […]. Cette théorie élargie des messages est une théorie probabiliste, partie intrinsèque du mouvement qui doit son origine à Willard Gibbs […]. Il n'existait pas de mot pour dénommer ce complexe d'idées, et afin de désigner le champ tout entier par un terme unique, je me suis vu dans l'obligation d'en inventer un. D'où le mot 'cybernétique' que j'ai fait dériver du mot grec 'kubernetes', ou 'pilote', le même mot grec dont nous faisons en fin de compte notre mot 'Gouverneur' (Wiener, 1971, p. 41).

6.3.1 Télématique sanitaire

Commençons par l'expression « télématique sanitaire » qui apparaît dans un document de l'OMS publié par son Conseil exécutif en 1998 et intitulé Politique de la santé pour tous pour le XXIe siècle : télématique sanitaire[115]. On y trouve la définition suivante : « la télématique appliquée à la recherche en santé et à la gestion des services sanitaires » (OMS, 1998).

Il s'agit de la première référence spécifique, dans les documents étudiés, à cette « nouvelle possibilité » appliquée au domaine sanitaire. On ne parlait pas encore proprement de TIC mais plutôt de télématique, c'est-à-dire de l'utilisation de l'« ensemble des techniques qui combinent les moyens de l'informatique avec ceux des télécommunications »[116].

Encore peu utilisé dans les documents du corpus où l'on parle de « télématique », le terme TIC est déjà employé dans la période qui précède aussi bien la publication de la Déclaration du Millénaire (ONU, 2000) que celle de la Déclaration de Genève (SMSI, 2003a).

Bien que les discussions sur la « société de l'information » et l'utilisation de ses technologies dans divers secteurs, y compris ceux sous la responsabilité de l'État, remontent aux années 1970, il a fallu attendre les progrès d'Internet pour voir une plus grande vulgarisation (Jurdant, 2009) du terme télésanté, comme nous avons pu le constater dans les documents officiels de l'ONU, de l'OMS et de l'UIT.

En 1994, un appel au développement d'*information superhighways* a été lancé lors de la conférence organisée par l'UIT[117]. En 1998, cette même institution proposerait au Secrétaire général de l'ONU la réalisation du SMSI, dans sa Résolution 73/1998 (UIT, 1998). Cette phase des progrès des TIC et d'Internet est décrite comme suit par Breton et Proulx:

> Sur le plan technique, les passerelles jetées entre des principaux réseaux informatiques existants dans le monde, grâce à l'IP, « Internet protocol », ouvrent la possibilité d'une interconnexion généralisée de tous les ordinateurs et, à terme, de tous les dispositifs numériques sophistiqués (téléviseur, fax, téléphone, etc.). Sur le plan politique, une idée nouvelle tend à s'imposer, aux États-Unis, puis en Europe et en Asie : la mise en place d'un réseau d'information mondial, outil d'échange universel transportant des images, du son et des données. On parle dès lors du projet d'« autoroutes de l'information », qui deviendra plus tard « Internet » (Breton et Proulx, 2009, p. 32).

---

[115] Titre de la version du document en français. La version anglaise emploie le terme "health telematics".
[116] *Le Robert Micro*. Alain Rey (dir.). Dictionnaires Le Robert, Paris, 2006.
[117] World Telecommunication Development Conference, 1994. Document informatif de la conférence. [En ligne : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000413201PDFE.PDF]. Consulté le 12 mars 2015.

6.3.2 Télésanté et télémédecine

Le terme télésanté a beaucoup été utilisé dans le Plan d'action établi à l'occasion de la première phase du SMSI (2003). De la même manière, lors de la seconde phase du SMSI (2005), l'Agenda de Tunis adopterait aussi le terme télésanté.

En ce qui concerne la teneur de ces documents[118], on constate qu'ils ne proposent pas de définition pour le terme, mais tracent plutôt les lignes générales de son adoption par les pays participant au SMSI. Par exemple, le Plan d'action propose six axes prioritaires pour la mise en place de la télésanté.

Même s'ils n'éclairent pas la définition du mot, ces six axes sont de fondamentale importance pour la démarcation du champ de la télésanté dans la perspective de la santé publique et de l'action de l'État, et nous y reviendrons à plusieurs occasions.

À la recherche d'éléments de définition, nous voyons dans le contexte politique français qu'en 2009, le Premier ministre M. François Fillon a demandé d'établir un plan quinquennal pour le secteur de la télésanté et nommé le député M. Pierre Lasbordes comme coordinateur des travaux.

Daté du 15 octobre 2009, ce plan a reçu le nom suivant : « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. Un plan quinquennal écoresponsable pour le déploiement de la télésanté en France ».

Comme le souligne le coordinateur dans son préambule, le plan a été élaboré par plusieurs groupes de travail, à partir de toute une série de contributions et de l'analyse d'expériences dans diverses parties du monde. On y adopte expressément le terme télésanté, non sans signaler l'imprécision du concept :

> […] la signification de la télésanté reste quant à elle encore imprécise. Son champ d'application est plus vaste que celui de la télémédecine par sa vocation à couvrir, outre le domaine médical au sens strict, le domaine très large et divers du médico-social (Lasbordes, 2009).

[118] Quand ils parlent de l'adoption des TIC dans d'autres domaines, les documents du SMSI utilisent tantôt le préfixe *télé-*, comme pour télésanté ou télé-enseignement, tantôt le préfixe *cyber-*, comme pour cybertravail, cyberécologie, cyberagriculture et cyberscience, ou encore le mot *électronique*, comme pour commerce électronique ou administration électronique. Dans la version anglaise de ces mêmes documents, on utilise toujours comme préfixe la voyelle "*e-*", du mot "*electronic*", avant chaque mot qui représente un des domaines prioritaires pour l'emploi des TIC, comme e-health, e-science, e-agriculture, e-business, etc.

Bien qu'il admette une parenté avec le « domaine très large du médico-social », le plan suggère une définition conceptuelle pour la télésanté :

> La télésanté est l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales (*idem,* 2009).

Le rapport du plan nous présente d'un côté, le « domaine médico-social », et de l'autre, le « domaine médical au sens strict », ce dernier étant spécifiquement lié à la télémédecine. De sorte que la télésanté englobe le concept de télémédecine, opinion d'ailleurs commune à d'autres documents comme nous le verrons plus loin.

En d'autres mots, dans l'optique du plan quinquennal, la télésanté constitue un genre dont la télémédecine est une espèce, ou comme il y est dit : « la télémédecine relève du champ exclusivement médical de la télésanté » (*idem*, 2009, p. 37).

Toujours selon le rapport, une définition beaucoup plus précise du terme télémédecine, est donnée dans le décret d'application de la loi Hôpital Patient Santé et Territoires dont l'article 78 est cité par Lasbordes et définit la télémédecine comme :

> […] une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients (Article 78 HPST, *apud.* Lasbordes, 2009, p. 37).

La définition du champ de la télésanté et de celui de la télémédecine figurant dans le rapport, où la première englobe la seconde, possède une certaine correspondance avec la séparation conceptuelle entre santé et médecine déjà mentionnée. On trouve d'ailleurs la même séparation dans d'autres documents du corpus.

C'est le cas dans les Atlas de l'OMS sur la santé mondiale, dans les éditions qui traitent du niveau de développement de la télésanté dans chacun des pays membres, intitulés *Atlas e-Health Country Profiles*[119]. Ce document, disponible uniquement dans sa version

[119] Nous parlons ici de l'édition 2011 de l'Atlas. [En ligne :

anglaise, définit la *telemedicine* comme une des *e-Health applications*, avec la *mobile health* (ou *m-Health*) et l'*e-Learning*.

La définition des termes anglais *e-health* et *telemedecine*, qui correspondent à télésanté et télémédecine en français, est donnée dans la partie *terminology and interpretation* de l'Atlas mentionné plus haut. Pour *e-health*, on trouve : « the use of ICT for health » (OMS, 2011, p. 6) ; et pour *telemedicine* : « *involves the delivery of health services using ICT, specifically where distance is a barrier to health care. It falls under the rubric of e-Health* » (OMS, 2011, p. 7).

On observe que l'Atlas donne une portée différente pour e-health et *telemedicine,* bien qu'équivalents aux termes français indiqués dont la définition figure dans le plan quinquennal (rapport) mentionné.

Notre objectif n'est pas d'établir des comparaisons de la portée de ces concepts à partir des différentes formulations trouvées dans les documents qui traitent du thème, mais seulement de signaler le problème de l'extension du concept de télésanté, qui prête à toute une série d'interprétations. Nous sommes confrontés au même problème dans le contexte brésilien de la « telessaúde » (correspondant au terme français « télésanté »), comme le signalent Silva, Morel et Moraes (2014) :

> […] les significations de *telessaúde* (c'est nous qui soulignons) oscillent suivant ce que l'on veut souligner : tantôt elles tendent à une discussion technologique, tantôt au domaine de l'examen, ou encore à sa dimension cyberculturelle dans le secteur de la santé, ou à la gestion de programmes. Cette multiplicité peut être expliquée en fonction du rôle de la *telessaúde* que l'on veut mettre en valeur. (Silva, Morel et Moraes, 2014).

Face à ces différentes versions, nous pouvons conclure que le plus important est que, dans tous les cas, la télésanté doit englober la télémédecine et non pas le contraire. La télésanté peut aussi comporter une série d'autres actions ou sous-domaines[120] en plus de la télémédecine, et ceux-ci peuvent aussi être subdivisés en fonction de la planification ou de l'approche que chaque acteur politique souhaite choisir.

---

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44502/1/9789241564168_eng.pdf]. Consultée le 12 mars 2015.

[120] À titre d'exemple, les possibilités de la télésanté sont énumérées dans six longs paragraphes du Plan d'action défini lors de la première phase du SMSI (Genève, 2003b). La résolution WHA58.28 de l'OMS (2005a) détaille aussi en sept points ses recommandations aux États membres pour la définition de stratégies nationales en vue du développement de la télésanté.

Comme nous aborderons ces domaines et sous-domaines de la télésanté dans la partie consacrée à l'analyse, nous ne les détaillerons pas ici. Disons seulement que le cadre politique interne de chaque pays doit établir, comme dans le cas de la France[121], les définitions relatives aux sous-domaines qui seront définis, développés et exploités au détriment des autres. Cette définition est intrinsèquement liée à la politique de santé publique de chaque pays.

Face aux innombrables variables possibles, il nous faut maintenant définir les limites de notre recherche. Ainsi, nous prendrons pour base la proposition faite dans le plan quinquennal mentionné, où la télésanté est circonscrite au domaine du « médico-social » qui englobe la télémédecine. Comme nous l'avons vu, celle-ci se limite au domaine du « médical au sens strict du terme ». Nous pensons que cette délimitation conceptuelle est la plus propice à l'approche du Programme *Telessaúde Brasil Redes*, compte tenu de sa définition, de sa relation avec les soins primaires et des actions qui la caractérisent, comme nous le verrons plus loin.

Nous allons maintenant parler de deux autres concepts qui apparaissent souvent dans la littérature relative au thème de la télésanté et dans les définitions données dans les documents officiels.

6.3.3 Cybersanté et e-Santé

Si d'un côté, nous constatons une certaine préférence pour le terme télésanté dans la version française des documents du SMSI étudiés, le terme cybersanté a été utilisé dans la version française de la Résolution WHA58.28[122] de l'OMS, document qui a donné le coup d'envoi d'une stratégie globale pour l'adoption des TIC dans le domaine de la santé en 2005[123].

---

[121] En plus de la télémédecine, le plan quinquennal français retient huit sous-domaines : téléinformation, télévigilance, télémonitoring, télécollaboration, télémajordome, téléanimation, téléformation, téléprescription. Sur base de la classification adoptée dans le rapport et en se limitant au champ exclusivement médical de la télésanté, le sous-domaine de la télémédecine est à son tour subdivisé en quatre actes médicaux : téléconsultation, téléexpertise, téléassistance et télésurveillance médicale.

[122] Dans la version anglaise, le terme utilisé est *e-Health* et dans la version espagnole, *Cibersalud.*

[123] Le document WHA58.28 (2005a) sur la cybersanté est cité par l'OPAS dans la définition de sa stratégie régionale pour le même sujet dans le cadre de l'Amérique Latine et des Caraïbes. Le document du Conseil Directeur de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, CD 51/13 de 2011, publié sous le titre "Stratégie et plan d'action sur la cybersanté", déclare dans son introduction : […] Cette stratégie est basée sur la résolution WHA58.28 de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée lors de la 58e Assemblée mondiale de la Santé, dans laquelle ont été définis les axes de la stratégie sur la cybersanté de l'OMS.

Dans son introduction, ce document propose la définition suivante pour la cybersanté, contribuant ainsi à sa conceptualisation et aux limites de son champ d'application :

> WHA58.28 – Cybersanté […] Soulignant que la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication à l'appui de l'action de santé et dans des domaines connexes, dont les services de soins de santé, la surveillance sanitaire, la littérature sanitaire et l'éducation, le savoir et la recherche en matière de santé (OMS, 2005a).

La différence entre cybersanté et télésanté ne nous semble pas très claire quand on compare le concept proposé par la WHA58.28 avec les définitions les plus courantes de terme télésanté. Notons que la version anglaise a très correctement utilisé le terme *e-health* au lieu de choisir une autre variation comme *cyberhealth*, par exemple.

Encore que l'on puisse trouver dans la littérature relative au thème des auteurs qui font une distinction entre télésanté et cybersanté[124], et qui essaient de définir des types et des sous-groupes spécifiques pour chacun ou qui les organisent selon une soi-disant évolution terminologique dans le temps, nous jugeons peu pratique d'aller dans ce sens. Nous considérons qu'il existe une relation de synonymie entre télésanté et cybersanté et nous avons donc choisi d'utiliser de préférence le premier terme.

Quant à l'emploi du terme e-santé dans les documents du corpus, elle est moins fréquente. Son utilisation renvoie à une traduction littérale du terme anglais *e-health.* Comme pour *cybersanté,* nous considérons que le terme e-santé est sémantiquement proche de télésanté ou cybersanté, et qu'il est donc inutile de chercher à définir les spécificités de chacun d'eux[125].

Avant de conclure cette partie, nous allons résumer les trois points principaux concernant la forme d'aborder la télésanté dans notre recherche : le premier concerne notre choix d'utiliser le terme télésanté pour les motifs déjà exposés et pour considérer que le gouvernement brésilien a utilisé l'équivalent portugais du mot français « télésanté » dans le *Programme Telessaúde Brasil Redes.*

---

[124] Hachimi Sanni Yaya et Chiara Raffelini (2007) proposent une organisation des concepts relatifs à la télémédecine à partir d'une échelle d'évolution qui part de "telemedicine", passe par "telehealth", "e-Health", pour arriver à "cybermedicine", en décrivant les limites de chacun d'eux et en construisant un tableau qui montre les "dimensions analytiques des concepts étudiés".

[125] Pour *cybersanté*, nous avons trouvé les versions *cibersalud* et *salud-e* en espagnol. Nous l'avons par exemple trouvée dans la Déclaration de Bávaro (CEPALC, 2003a), document préparatoire au SMSI (phase de Genève) élaboré à l'occasion de la conférence régionale entre les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Le deuxième point porte sur les limites conceptuelles. Si la télésanté peut être considérée comme « l'adoption des TIC dans le domaine de la santé » (OMS, 2011), nous nous limiterons toutefois à ce qui reste exactement dans les limites de la santé publique.

Quant au troisième et dernier point, compte tenu du fait que nous nous limitons au domaine de la santé publique, nous adopterons la définition de la télésanté donnée dans le plan quinquennal français (2009)[126]. Elle nous permet de faire la distinction entre le champ médico-social et le champ médical dans le sens strict, deux notions qui répondent pleinement à notre intérêt classificatoire.

Toujours dans le thème de la nature de la télésanté et des manières de la classifier, nous allons suggérer dans le point suivant une base de classification qui répond à nos objectifs méthodologiques et peut être appliquée à l'objet de notre étude.

6.4 Proposition d'un mode de classification des initiatives de l'État pour le développement de la télésanté

Après avoir établi les limites et la conceptualisation de la télésanté, nous allons suggérer un mode de classification des formes d'intervention de l'État à partir d'un rapprochement d'autres modes mentionnés dans les sources bibliographiques étudiées.

Forts des informations et de l'étude préalable réalisée sur les bases et les structures normatives qui soutiennent le *Programme Telessaúde Brasil Redes*, nous proposons ce rapprochement pour arriver à un mode de classification permettant de traiter plus spécifiquement du programme, compte tenu de ses éléments et caractéristiques propres.

Nous nous sommes basés sur deux formes de classification : la première, publiée dans l'étude de l'OCDE (2010) mentionnée plus haut, définit « a) quatre catégories générales de modèles d'activité », et la seconde, proposée par Barth et Legendre (2014) définit les « b) trois modèles qui régissent l'innovation ».

Bien qu'elles n'entrent pas directement dans notre définition, citons aussi les formes d'« incitations organisées par les États » pour stimuler le secteur de la télésanté, mentionnées

[126] Nous ne voyons aucun problème à emprunter la classification figurant dans le rapport français mentionné. Le fait qu'il corresponde aux caractéristiques et aux besoins d'un pays donné ne nous semble pas fausser la définition choisie dont l'approche est avant tout réalisée dans le champ théorique ou conceptuel.

au chapitre III de l'étude publiée par l'OCDE, et la combinaison de ces incitations avec les priorités du système de santé de chaque pays. Pour ce faire, il existe trois modes d'intervention à disposition des pouvoirs publics :

> Les pouvoirs publics ont trois modes d'intervention pour promouvoir l'adoption et l'utilisation des TIC : réglementation directe, instruments économiques et mesures persuasives (OCDE, 2010, p. 78).

Toutefois, le Programme *Telessaúde Brasil Redes* ne correspond à aucune de ces trois formes de promotion ou « incitation ». Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une incitation de l´État pour qu'un autre secteur adopte la télésanté, mais bien de son emploi par l'État lui-même pour fournir certains services, services qui ont été regroupés pour former le Programme.

Ce qui n'empêche pas qu'il existe au Brésil d'autres actions qui incitent au développement de la télésanté à partir des trois axes cités par l'OCDE, la « réglementation directe », l'adoption d'« instruments économiques » spéciaux (les formes de financement différentes, par exemple), ou l'adoption de « mesures persuasives».

À titre d'exemple, il existe au Brésil une action pouvant être considérée de réglementation directe. Quand il définit une « politique nationale d'informatique en santé »[127] (2004) dans le but d'encourager « la démocratisation de l'information et de la communication dans tous ses aspects » (idem) et de promouvoir l'interopérabilité des systèmes informatiques et des bases de données en santé, le gouvernement exerce une véritable action de promotion du développement de la télésanté dans le pays.

Même si elle ne s'applique pas au cas du Programme *Telessaúde Brasil Redes*, la classification ci-dessus illustre le fait que l'action politique de l'État pour le développement du secteur ne se résume pas à promouvoir l'emploi direct des TIC dans les services publics. Il existe d'autres actions de soutien au développement de la télésanté et le programme ici étudié ne constitue que l'une d'entre elles.

Comme dit plus haut, le mode de classification adopté résulte de le rapprochement de deux autres modes. Le « premier mode de classification », publié dans l'étude de l'OCDE (2010) au chapitre traitant des « formes d'incitation par l'État », se rapporte au thème de la

[127] Politique nationale d'informatique en santé PNIIS (Version 2.0), Ministère de la Santé, Département d'Information et d'Informatique du SUS, Brasília, 2004, 38p. [En ligne :
: http://www.who.int/goe/policies/countries/bra_ehealth.pdf]. Consultée le 20 mars 2015.

« viabilité et financement à long terme ». Il y détaille « les quatre catégories générales de modèles d'activité » comme suit. Quant aux *modèles d'activité* :

a.1) initiatives à but non lucratif ;
a.2) initiatives de service public ;
a.3) organismes collaboratifs de médecins et de payeurs ;
a.4) but lucratif (OCDE, 2010)

Dans le cas d'une initiative de l'État pour l'adoption des TIC dans un type de service public de santé, nous pouvons parler « a.1) d'initiatives à but non lucratif » et « a.2) d'initiatives de service public ». Dans le premier cas, l'étude spécifie qu'« elles sont portées par leur mission d'aider les patients et la collectivité où elles fournissent leurs services » (*idem,* 2010, p. 95) et dans le second, qu'« elles sont créées et entretenues au moyen de fonds du gouvernement central ou d'autorités locales » (*idem, ibidem*, p. 95).

Quant au « second mode de classification » cité par Barth et Legendre (2014), il se base sur la définition des diverses perspectives d'innovation passibles d'être utilisées par l'État pour le développement de la télésanté.

Les auteurs décrivent les trois modèles qui régissent l'innovation. Nous passons de la perspective de « celui qui propose l'action », c'est-à-dire de l'acteur comme dans le cas des « a) modèles d'activité », à la perspective centrée sur la forme d'utiliser la structure technologique, c'est-à-dire sur son « b) modèle d'innovation ». Quant aux « b) modèles qui régissent l'innovation »:

b.1) l'innovation incrémentale par différenciation vers le haut : « qui vise à apporter des services qui s'enrichissent progressivement au fur et à mesure des évolutions technologiques […] » (Barth et Legendre, 2014, p. 23) ;

b.2) l'innovation incrémentale par différenciation vers le bas : « […] qui vise à simplifier les services rendus afin d'en baisser le prix, pour permettre notamment l'accès au plus grand nombre à des usages qui autrement seraient trop coûteux » (idem, 2014, p. 24) ;

b.3) l'innovation de rupture : « qui apporte de nouveaux services, améliore la qualité des soins et le bien-être ressenti avec un prix globalement moindre […]. Ce type d'innovation peut survenir à la faveur d'une technologie révolutionnaire qui balaie le passé. Mais il peut également provenir d'approches astucieuses » (*idem, ibidem*, p. 24).

À partir de ses bases normatives, il est possible de trouver des structures du programme *Telessaúde Brasil Redes* qui correspondent à chacun de ces trois types d'*innovations*. Toutefois, une analyse plus profonde nous permettra d'indiquer la forme qui prédomine et caractérise le programme.

En nous basant sur les « a) modèles d'activité », étant donné que le *Telessaúde Brasil Redes* est un programme du gouvernement, financé par l'État, nous pouvons dire qu'il correspond à une « a.1) initiative à but non lucratif » et aussi à une « a.2) initiative de service public ».

Comparant le programme avec les « b) modèles qui régissent l'innovation », comme il se situe principalement dans le domaine des soins primaires de santé, nous pouvons affirmer qu'il est conforme aux recommandations de la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) et donc l'associer à une tentative de simplification des processus, c'est-à-dire le modèle « b.2) l'innovation incrémentale vers le bas ».

PARTIE III – DESCRIPTION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DEUX GROUPES DE DOCUMENTS

Chapitre 7 – Les plans pour le développement d'une société de l'information

7.1 Introduction : structure et éléments observables dans la National Information Infrastructure (Agenda of Action NII, 1993)

L'Agenda of Action du National Information Infrastructure (NII) publié en 1993 a été publié par l'administration centrale des USA (Clinton-Gore Administration), sous la direction de Ronald H. Brown, secrétaire au commerce, plan limité au territoire nord-américain.

Outre les raisons déjà mentionnées pour le choix de l'étude de ce document, on trouve dans le champ théorique des sciences de l'information et de la communication d'innombrables références relatives à l'influence exercée par le NII lors des débats sur la société de l'information dans les années 1990.

On peut identifier deux points importants relatifs aux propositions faites dans ce document, l'une concernant les prévisions au bénéfice de toute la population, marquée par la défense de principes constitutionnels liés aux droits sociaux, et l'autre, au bénéfice du secteur économique, qui favorise la dynamisation du secteur privé lié principalement aux télécommunications. Ci-dessous, deux extraits du NII :

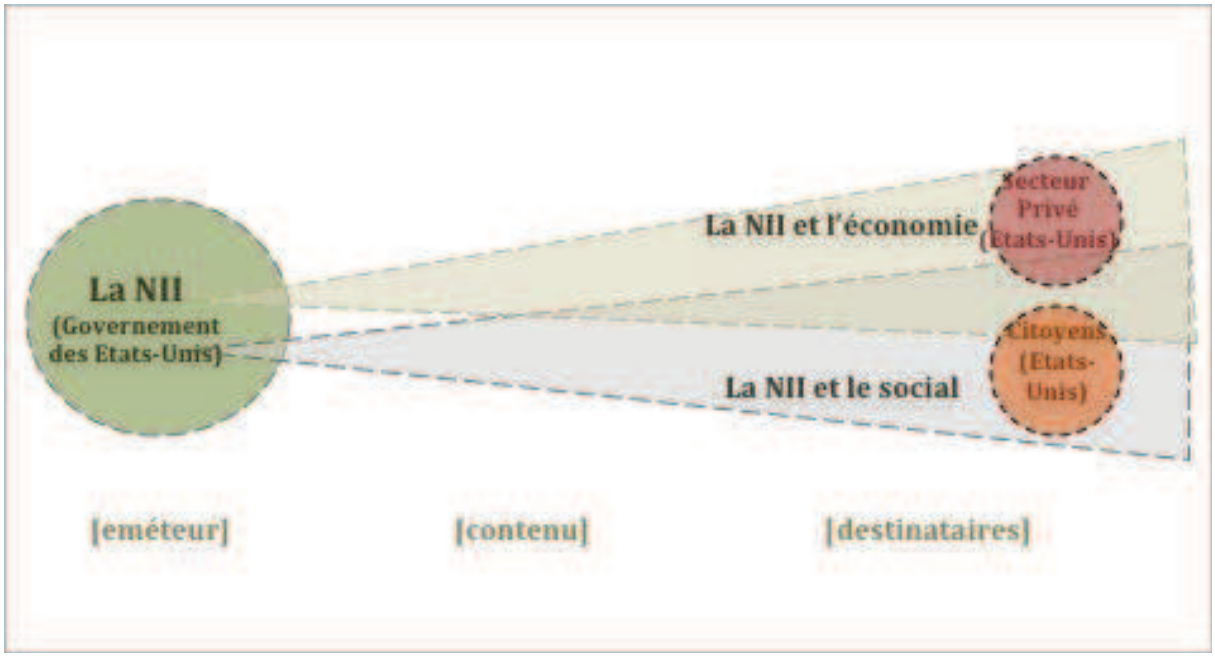
> They also will fuel economic growth which, in turn, will generate a steadily-increasing standard of living for all Americans (Brown, 1993, p. 5).

et:

> The development of the National Information Infrastructure is not an end in itself; it means by which the United States can achieve a broad range of economic and social goals (*idem*, 1993, p. 13)

Dans la « figure 6 » ci-après, nous avons essayé d'illustrer ces deux points dans les recommandations figurant à l'Agenda of Action du NII, en indiquant aussi les deux principaux destinataires de ces recommandations, le « secteur privé » et les « citoyens » des États-Unis.

Nous y indiquons une zone d'intersection entre les secteurs « économique » et « social » du discours, vu que le document affirme que le résultat de la croissance économique se traduit parfois par des améliorations des conditions de vie de tous les citoyens.



Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Figure 6: Schéma illustrant la dimension des actions destinées au champ économique et social prévues dans le plan NII.

Encore que ces secteurs soient représentés sous la même forme dans le schéma ci-dessus, la perspective du plan est de traiter l'information comme un bien économique, selon la logique d'une société postindustrielle que l'on trouve chez Wilson, Kellerman et Corey (2013).

Les bénéfices sociaux provenant du développement des infrastructures de l'information sont donc perçus comme des conséquences du progrès économique :

> Information is one of the nation's most critical economic resources, for service industries as well as manufacturing, for economic as well as national security (Brown, 1993, p. 5).

Apporter des bénéfices sociaux à toute la population justifie non seulement l'action des USA dans la dynamisation du secteur privé local, mais aussi la nécessité de leur action au niveau international :

> [...] the government has an essential role to play. In particular, carefully crafted government action can complement and enhance the benenfits of these private sector initiatives (*idem*, 1993, p.6)

> International: The NII also will develop in the context of envolving global networks. Because customers typically demand that U.S. communications providers offer services on a global basis, it is critical that the infrastructure within this country can meet international, as well as domestic, requirements (*idem, ibidem*, p. 11)

La teneur du plan insiste sur les « bénéfices économiques » en énumérant cinq avantages que les USA parviendront à atteindre grâce au développement des infrastructures de l'information :

- Increased economic growth and productivity;
- Job creation;
- Technological leadership;
- Regional, state and local economic development;
- Electronic commerce

Pour ce qui est des « bénéfices sociaux », ces « conquêtes » potentielles sont présentées de manière spéculative dans le NII, comme une espèce de projection optimiste sur l'avenir. Pour l'illustrer, le document propose trois exemples très souvent utilisés dans les discours politiques : les bénéfices pour les secteurs de l'*éducation,* de l'*emploi* et de la *santé* :

> People could live almost anywhere they wanted, without foregoing opportunities for useful and fulfilling employement, by telecommuting to their offices through an electronic highway; The best schools, teachers, and courses would be available to all students, without regard to geography, distance, resources, or disability; Services that improve America's health care system and respond to other important social needs could be available on-line, without waiting in line, when and where you needed them (*idem, ibidem,* p.3)

Ces observables, qui inspirent les prévisions du NII et sont utilisés comme moyens de convaincre et de sensibiliser, sont réaffirmés dans l'emploi d'expressions telles que « As importantly, the NII promises to transform the lives of the American people[128] » ou encore, par l'utilisation récurrente de l'expression « change forever the way people live ». En dehors

[128] Brown, 1993, p. 12.

de l'aspect spéculatif, le document défend la nécessité d'étendre à toute la population les bénéfices offerts par les TIC.

Pour ce faire, il emploie des observables tels que « universal access », « universal service », en prenant soin d'éviter la division entre « haves and have-nots[129] ». On y trouve le souci de ne pas provoquer un second degré d'exclusion d'une partie de la population qui, n'ayant pas accès aux droits fondamentaux, se trouverait aussi privée des TIC.

Dans le même sens, il prévoit d'utiliser les possibilités télématiques de ces technologies pour faire en sorte que certains services publics atteignent les populations résidant dans des endroits isolés. Ceci dit, en plus des cinq « economic benefits », le NII énumère aussi cinq secteurs qui pourraient tirer profit des « applications » pour les TIC:

-Health care;
-Civic networking technology in the public interest;
-Research;
-Life-long learning;
-Creating a government that works better & cost less.

La classification proposée par le NII représente un précédent important pour l'objet de notre travail de recherche. Quelles sont alors les questions à considérer pour comprendre pourquoi le document mentionne la « télésanté » et quels sont les observables qui doivent être mis en exergue ?

Pour répondre à la première question, nous avons trouvé trois raisons dans le document. La première réside dans la propre nécessité pour l'État d'agir en faveur du développement de secteurs prioritaires comme l'éducation, le travail et l'emploi, ainsi que dans celui de la santé, un secteur intrinsèquement réglementé par l'État.

La deuxième raison apparaît quand le texte cite des exemples de services de télésanté qui semblent déjà fonctionner dans le pays et doivent être développés ou améliorés[130].

Finalement, compte tenu du fait que le NII considère que les TIC permettent « de réduire les coûts et d'augmenter la qualité des services », la crise du système de santé nord-

[129] *Op. cit.,* p. 8.
[130] Dans ce cas, le NII mentionne expressément des « applications » telles que « computer-based patient records » et « personal health information systems ».

américain et le besoin urgent de sa réforme constituent la troisième raison pour réserver un espace à la télésanté.

Nous avons organisé les principaux observables en trois colonnes en fonction de leur liaison avec le gouvernement ou avec le secteur privé ou de leur orientation aux citoyens. Dans une quatrième colonne, nous avons surligné les cinq observables en lien avec le thème de la « télésanté »:

Éléments observables – The NII: Agenda for Action			
Émeteur	**Destinataires**		
Governement	**NII et l'économie (secteur privé)**	**NII et le social (citoyens)**	
		Spéculatif	**Pragmatique**
Government must reform regulations	Private sector assure the growth	Change the way people live	*Improve America's health care (reform)*
Reinventing government	The benefits of the NII (economic growth)	Transform the lives of the American People	*Extend the universal service*
Coordinate with other levels government and with other nations	Information is the most critical economic resources	Universal acces: polarization "haves" and "have nots"	*Telecommunications can reduce health costs while improving quality and increasing access*
Government: forging partnerships	Information industry	_	*Promote new applications (health)*
Reform legislation	Economic benefits	_	*Telemedicine: rural areas*
Implement the pilot projects	_	_	Civic networking
Need for government action	_	_	Life-long learning: education network

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Tableau 3: Observables NII (1993). Les observables relatifs au domaine de la santé sont surlignés.

7.2 Analyse des plans pour le développement de la SI au niveau global

7.2.1 Global Information Infrastructure (GII, 1994)

7.2.1.1 Introduction

Le plan Global Information Infrastructure représente le passage du NII au niveau mondial[131]. Le propre NII conditionnait déjà le développement des TIC aux USA à une coopération avec d'autres nations, comme le montre la recommandation « coordinate with other levels of government and with other nations » dans son tableau d'observables.

Mais la principale différence entre les deux documents est que, dans les prévisions du GII, on voit apparaître des *structures relatives à l'intérêt de sensibiliser les pays et à favoriser leur engagement envers les prévisions qui y figurent.* Étant donné que le NII s'établissait au « plan national », on n'y trouvait pas la même préoccupation.

Après avoir identifié l'objectif à l'échelle mondiale du document et l'intérêt manifesté de sensibiliser et de promouvoir l'engagement des pays dans le sens de ses recommandations, nous pouvons identifier, outre la récurrence d'observables relatifs à la « télésanté », les éléments liés à un processus d'acceptabilité.

7.2.1.2 La légitimité

Encore que l'on ne trouve pas d'expressions qui renvoient directement à des performatifs, on peut toutefois découvrir dans le document des éléments qui s'y rapportent sur base de la fonction qui leur y est attribuée : références au contexte et aux antécédents, qui mettent en valeur la légitimité de l'émetteur du discours.

Ainsi, dans la préface écrite par le vice-président des USA, Al Gore, et par le responsable de l'Information Infrastructure Task Force, Ronald H. Brown, on trouve le texte suivant :

> The inclusion of these ideas in the "Buenos Aires Declaration on Global Telecommunication Development for the 21st Century" was the genesis of an

[131] Suivant la définition trouvée dans le travail « La 'société de l'information': glossaire critique », publié en 2005 par la Commission nationale française pour l'UNESCO (France, Commission pour l'Unesco, 2005).

> international effort to bring the GII into being around the world (Gore A. A. *in* Brown, 1995).

O L'émetteur (les USA) cherche à se légitimer « pour la prise de la parole qui suit[132] » en donnant des détails sur l'acceptation préalable du GII lors de la Conférence mondiale de Buenos Aires sur le développement des télécommunications, compte tenu aussi du soutien apporté par une organisation internationale, à savoir l'UIT[133].

La défense du GII inclut aussi l'emploi récurrent de l'expression « information society » au sujet du développement des TIC, expression également utilisée dans le NII. Dans le document, elle est associée à d'autres formules telles que « improve the well-being of all people on this planet[134] » ou encore « to better the lives of the citizens of the world – all citizens[135] » :

> With significant decreases in the costs of information transmission and processing, the creation of the Information Society has the potential to improve the quality of life of all citizens (Brown, 1995, p. 20).

Très utilisée dans plusieurs plans en lien avec le développement des TIC, comme dans le SMSI, l'expression est aussi présente dans le discours politique global sur le thème et correspond à la formule proposée par Krieg-Planque[136]; elle est aussi une entrée du glossaire organisé par Durand[137] intitulé « Les nouveaux mots du pouvoir ».

Une autre manière de renforcer la légitimité des USA à proposer un plan global concernant les TIC correspond à une espèce d'état des lieux présenté dans le document qui présente les USA comme une nation ayant réalisé de grands progrès par rapport à d'autres pays, selon un processus de transformations qui favorise l'évolution des TIC. À l'opposé, le document rapporte les expériences de nations considérées comme ayant pris du retard pour avoir suivi d'autres orientations pour cette question.

Ci-dessous, quelques extraits du document du GII et organisés en parallèle dans le but de mettre en évidence la dichotomie en question :

---

[132] Krieg-Planque, 2 012, p. 60.
[133] Pour ce qui est des références au contexte, les USA font également mention de l'engagement d'autres organisations comme l'OCDE et de communautés de pays tels que le G-7 et l'Union Européenne.
[134] Brown, 1995, p. 2.
[135] *Op. cit.,* p. 6.
[136] 2009.
[137] 2007.

Principe 1: Encouraging Private Investment

Countries as diverse as Chile, India, Jamaica, Japan, Malaysia, New Zealand, the United Kingdom, the United States, and Venezuela have encouraged multiple private companies to provide telecommunications services […] (Browm, 1995, p. 9)	In other countries where privatization is not currently considered a politically viable option, governments have taken steps to attract foreign investment […][138].

Principe 2 : Promoting Competition

In countries such as Australia, Canada, Chile, Japan, New Zealand, Sweden, the United Kingdom, and the United States the introduction of alternative service providers and networks, which often deply advanced technologies at lower costs, has reduced bottelneck control by the dominant facilities-based providers[139] .	One important exception has been a tendency in a few countries to erect barriers to foreing competition in entertainment programming services […] The effects of such measures in retarding the development of private investment in infrastructure also deserves greater attention[140].

De sorte qu'en tant qu'auteurs du GII, les USA se présentent comme le pays qui a pris les devants dans la course au développement des TIC, argument utilisé pour justifier leur initiative de proposer un plan mondial et aussi d'en être le leader :

Principe 3 : Providing Open Access

With the U.S. experience as our guide, we offer the following observations about the characteristics of telecommunications legislation that are necessary to respond to changes in this dynamic sector […] (idem, p.16).

Voilà donc ce qu'il en est quant à la question de la légitimité dans le processus d'acceptabilité, par ailleurs complété dans le document par des éléments relatifs à la coercibilité et à l'efficacité, comme nous le verrons plus loin.

[138] *Op. cit.,* p. 9.
[139] *Op. cit.,* p. 11-12.
[140] *Op. cit.,* p. 11.

7.2.1.3 La coercibilité

A De la même manière observée dans les résolutions proposées par des organisations internationales, les « recommended actions » apparaissent dans le document du GII, définies comme « […] la forme normale d'expression et l'instrument type de la société internationale[141] ».

Comme nous l'avons vu dans notre base théorique, les recommandations proposées par les organisations internationales correspondent à une forme tolérable de pression exercée sur ses États membres. Les USA utilisent le même modèle, qui porte en son sein une idée de pression sur les pays destinataires.

On ne trouve pas dans le GII d'autres éléments importants relatifs à la « pression » ou à la « coercibilité », comme la prévision de mesures de suivi ou d'observation (surveillance) du niveau d'engagement des pays destinataires par rapport aux recommandations.

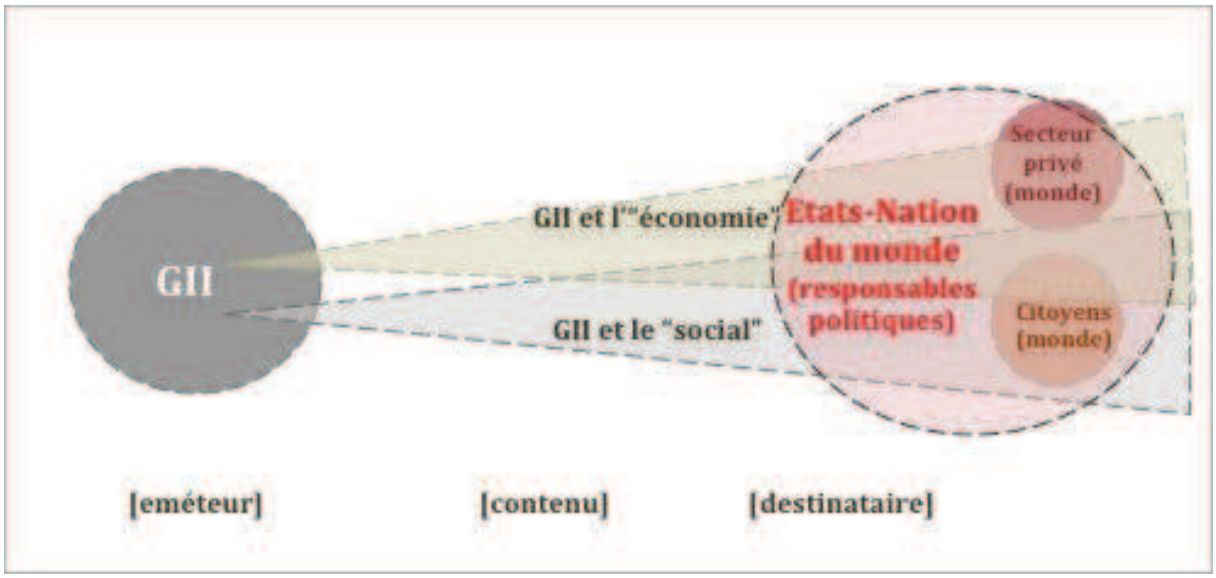
Examinons maintenant dans le document les observables en lien avec le thème de la « télésanté » ainsi que la structure relative à l'« efficacité ».

7.2.1.4 Les « éléments observables » et la question de l'efficacité

Dans un but purement didactique, nous pouvons identifier deux axes principaux dans le GII, semblables à ceux trouvés dans le NII, et qui orientent la teneur des prévisions dans le document, à savoir l'accent mis sur le secteur économique, avec les recommandations visant à favoriser le secteur privé, et sur le champ social, avec recommandations au bénéfice de toute la population.

Comme nous l'avons vu, la principale différence réside dans l'orientation de ses *recommended actions* à tous les pays du monde. De sorte que nous pouvons utiliser la même représentation proposée pour le NII, en adaptant le modèle comme suit :

[141] Castaneda, 2015.



Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Figure 7: Schéma montrant les deux « axes » qui orientent les actions du GII.

Les recommandations s'adressent à la communauté internationale et suggèrent grosso modo que chaque pays s'engage à la reformulation, l'adaptation ou la modification de ses cadres normatifs. Elles suggèrent également que ce n'est qu'au prix de cet engagement et d'une coopération bilatérale ou multilatérale entre les États que l'on pourra étendre à tous les bénéfices économiques (observable « economic growth ») du développement du GII, et donc les bénéfices sociaux (observable « benefits for all citizens »).

D'un autre côté, nous observons la présence de sept recommandations proposées par le GII, l'une d'entre elles divisée en trois sous-thèmes :

1) Encouraging private investment
2) Promoting competition
3) Providing open access
4) Creating a flexible regulatory environment
5) Ensuring universal service
6) Information policy & content issues
- Privacy protection
- Security and reliability
- Intellectual property protection
7) Applications: delivering the benefits of the GII

Il nous faut maintenant trouver les observables liés à la télésanté, thème de notre étude. La santé publique fait partie de ce que nous avons appelé « axe social » dans le discours, en lien avec l'observable « benefits for all citizens », que l'on trouve aussi dans le NII.

Appelée « health care » dans le texte, elle apparaît comme l'un des champs potentiels pour le développement d'applications pour les TIC, et est traitée dans le thème « 7) applications : delivering the benefits of the GII ».

Toutefois, en ce qui concerne cette recommandation, le document ne présente que quelques exemples de l'utilisation des TIC dans divers secteurs, parmi lesquels les emplois possibles dans le domaine de la santé. En particulier, soulignons l'observable « delivery of health care services to rural communities », qui apparaît aussi dans le NII :

> Computer networks [...] can improve the delivery of health care services, particular to rural communities, by expanding access to demographic, epidemiological, and medical reference materials [...] (Brown, 1995, p. 26)

Avec de trop rares exemples, le document n'offre aux pays que très peu de détails quant à « la manière de développer le secteur de la télésanté », ni ne les invite à définir une politique nationale pour le secteur, un important observable que l'on trouve fréquemment dans d'autres documents analysés.

En comparaison avec les prévisions relatives à la télésanté proposées par le NII, on constate que le GII donne beaucoup moins de détails dans ses prévisions, comme on peut le voir dans le tableau d'observables (tableau 3). Ce manque de précision peut influencer son niveau d'efficacité vis-à-vis des pays auxquels s'adressent les recommandations, lesquelles n'exercent alors qu'un effet déclaratoire[142].

De toute manière, il faut reconnaître l'influence que le GII et le NII ont exercée dans le débat mondial sur le « développement d'une société de l'information », en incluant, en plus d'une préoccupation pour le secteur économique, un intérêt pour le progrès social et en introduisant des propositions pour le développement de la télésanté.

[142] Decaux, 2007.

Dans ce sens, le groupe des sept pays les plus riches - le G-7 - a pris l'initiative de discuter le thème dans un document très important antérieur à la réalisation du SMSI, la Global Information Society (GIS), dont nous parlerons ci-après.

7.2.2 Global Information Society (GIS, 1995)

Après avoir présenté les bases pour l'analyse du document dans le chapitre « méthodes et matériels », il nous faut prendre en compte le degré d'influence géopolitique exercée par le groupe des sept pays les plus riches et les retombées de leurs propositions sur les autres nations du monde.

Ce document a été proposé à l'occasion de la conférence organisée en 1995 par les pays du G-7, à Bruxelles. Comparé aux recommandations du GII, le GIS met plus l'accent sur les prévisions orientées vers le social, y compris un souci pour la santé publique quand il stipule des actions en faveur du développement de la télésanté. Mais il existe une ressemblance notable entre plusieurs observables du GIS et du GII. Nous allons donc analyser cet aspect en l'interprétant à la lumière de nos méthodes.

7.2.2.1 La legitimité

Pour ce qui est de la « légitimité », le principal élément que nous pouvons associer au processus d'acceptabilité réside dans la proximité entre les prévisions du GIS et ce que recommande le GII, ce que Garrett[143] a décrit comme « l'homogénéisation des opinions » et « la diffusion de modèles et recettes politiques » au niveau international.

À proprement parler, nous n'avons pas encore traité de la figure des performatifs ou des formules que nous avons associés à la légitimité, mais bien des répétitions ou des similarités entre les contenus et de la récurrence des observables déjà signalés. Quand on compare les deux plans, encore que la proposition du GIS ait été faite un an après celle du GII, on peut affirmer que le premier englobe les recommandations du second.

[143] 2000.

Pour démontrer cette « homogénéisation », nous avons organisé un tableau comparatif en deux colonnes : à gauche, les neuf « recommended actions »[144] prévues par le GII et à droite, les observables en lien avec les « recommandations[145] » du GIS :

GII "Recommended Actions"	Recommandations du GIS
Encouraging private investment	Inciter le secteur privé à développer des réseaux
Promoting competition	Protection contre un comportement anticoncurrentiel
	Devévelopper des marchés mondiaux pour les réseaux, les services et les applications
	Étudier l'impact de la société de l'information sur l'emploi
Providing open access	Assurer un accès ouvert aux réseaux
Creating a flexible regulatory environment	Ouvrir les marchés
Ensuring universal service	Promouvoir un service universel
	Assurer l'accès des citoyens grâce à un service universel
Privacy protection (Information policy & content issues)	Protéger la vie privé
	Assurer le respect de la vie privée et la sécurité des données
Security and reliability (Information policy & content issues)	Améliorer la sécurité de l'information
	Mettre en place un système loyal et efficace
	Promouvoir l'interconnectivité et l'interopérabilité
	Réaliser l'interconnectivité et l'interopérabilité (normalisation consensuel);
Intellectual property protection (Information policy & content issues)	Protéger la créativité et la fourniture de contenus
	Proteger les droits de propriété intellectuelle;
Applications: delivering the benefits of the GII	Assurer une éducation et une formation appropriées
	Coopérer en matière de R&D et pour le développement de nouvelles applications
	Améliorer la comprehension des effets sur la qualité de la vie (améliorer les soins de santé)

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Tableau 4: Éléments observables, plans GII et GIS.

Ajoutons que parmi les observables du GIS[146], il n'y en a que quatre qui n'ont pas pu être directement mis en relation avec les « recommended actions » du GII, à savoir : « servir à l'enrichissement culturel de tous les citoyens par la diversité des contenus » ; « s'assurer le soutien du public à la société de l'information » ; « maîtriser les implications sociales et

[144] Comme l'une des sept « recommended actions » possède trois subdivisions, nous les avons ajoutées aux premières de manière à pouvoir construire le tableau comparatif à neuf entrées.
[145] Soulignons que le GIS n'emploie pas ce mot pour présenter les définitions proposées dans le document.
[146] La liste complète se trouve à l'ANNEXE I.

sociétales de la société de l'information » ; « encourager le dialogue sur la coopération mondiale ».

Comme on peut le constater dans le propre nom donné au plan (Global Information Society), le GIS met l'emphase sur l'expression « société de l'information ». Le GIS insiste ainsi sur la perspective d'une « économie fondée sur la connaissance » plutôt que sur la vision de l'« information as a critical economic resource », comme le font plutôt le NII et le GII.

Dans le même sens, le GIS souligne la possibilité offerte par la société de l'information aux pays en développement de « brûler des étapes dans le développement technologique ». De sorte qu'en termes de légitimité, le GIS s'appuie dans ses prévisions sur celles prévues dans les plans NII et GII, mais dans un sens d'homogénéisation, en insistant sur formule « société de l'information ».

7.2.2.2 La coercibilité

En parlant du GII, il a été dit que les recommandations constituent des structures exerçant une forme tolérable de pression[147] sur les pays auxquels elles sont destinées. À la différence du GII, le GIS ne présente pas explicitement ses propositions comme des « recommandations », encore qu'à notre avis, elles fonctionnent de la même manière.

Toutefois, le GIS prévoit des actions que nous considérons comme liées au suivi et à la surveillance des pays destinataires de ses orientations. Le document prévoit le financement de onze projets pilotes, l'un d'eux concernant le domaine de la télésanté.

À ce sujet, mentionnons le projet du Global Healthcare Applications (GHAP), subdivisé en 10 autres projets exécutés dans différents pays au cours des années 1995 et 1999[148]. Le soutien du GIS à ces projets présupposait le suivi de leur exécution, avec la participation de l'OMS, et exigeait la remise d'un rapport final d'exécution (final report).

À notre avis, l'exigence du suivi par l'OMS et de la remise d'un rapport doit être considérée comme un élément de coercibilité du GIS associé aux prévisions concernant la télésanté..

---

[147] Castaneda, 2015.
[148] Le GHAP Final Report (consulté le 12/05/2015) est disponible à l'adresse : http://web.archive.org/web/20001206184700/http://www.gip.int/g8/GHAP.htm#Anatomical%20Database

7.2.2.3 Les observables liés à la télésanté et la question de l'efficacité

En prenant comme référence le seul tableau 4 (éléments observables du GII et du GIS), on peut en inférer, en première analyse, que le GIS établit ses prévisions avec plus de détails. Toutefois, c'est le plan du GII qui définit le plus complètement les recommandations destinées à la communauté internationale.

En ce qui concerne les prévisions relatives à la télésanté, au vu du Final Report du Global healthcare applications qui intègre le plan GIS, on y trouve des références aussi bien à l'emploi des TIC dans le domaine de la santé pour atteindre les « remote sites » ou « rural areas », qu'à leurs bénéfices pour « les soins primaires » :

> GHAP Final Report: The project has demonstrated that a number of benefits for providers and consumers of health care services are already being realised, in particular where difficulties in providing and accessing services in remote locations have been the driver for change [...] The further development of patient-centred primary health care, made possible through electronic patient records accessed by general medical practitioners; and shared within regional health networks (Commission européenne, 1999b).

En d'autres termes, la prévision de financement de projets par le GIS donne plus de détails aux recommandations relatives à la télésanté, contribuant ainsi à ce qu'elles n'exercent pas qu'un effet purement déclaratoire sur les pays destinataires.

Pour ce qui est des autres prévisions en lien avec la télésanté, on constate que, comme pour le GII, l'emploi des TIC en santé est associé à la perspective de « développement social », compte tenu de leurs possibilités de garantir une meilleure « qualité de vie ».

Dans le corps du document, on trouve les prévisions relatives à la « télésanté » au point « applications » :

-les TIC et le champ de la santé: améliorer la qualité de vie de tous les citoyens;
-le développement social;
-les possibilités d'atteindre les sites isolés: permettre l'accèss aux soins dans le millieu rural;
-garantir le développment des soins de santé primaires

Passons maintenant à l'examen des plans régionaux. Dans le point suivant, nous parlerons des plans pour le développement de la société de l'information en Europe, puis des documents concernant le contexte latino-américain.

7.3 Analyse des plans pour le développement de la SI en Europe

Pour l'étude des documents relatifs aux « plans pour le développement de la société de l'information », antérieurs à la réalisation du SMSI, mais dans le contexte européen, nous relevons le document « Recommendations to the European Council » de 1994, connu sous le nom de Bangemann Report[149], pour son influence en Europe.

Ensuite, nous traiterons du Corfu European Council : Conclusions of the Presidency, de 1994, qui ont eu toute une série de retombées sur le plan européen et mondial, ainsi que de son corollaire, « The Information Society : from Corfu to Dublin. The new emerging priorities »[150].

Publié deux ans après le premier, ce second document intègre, en plus d'une mise à jour de l'approche de l'UE sur la question, les principes énoncés dans le Livre blanc de 1995[151] et dans le Livre vert de 1996[152].

Finalement, nous signalerons brièvement les observables rencontrés dans trois autres documents liés à la European Commission, à savoir : The Fourth RTD Framework Programme (FP4, 1994-1998)[153] ; The Fifth RTD Framework Programme (FP5, 1998-2002)[154] et le plan eEurope : une société de l'information pour tous (2000-2002)[155].

7.3.1 « Recommandations to the European Council » (Bangemann Report, 1994)

Sollicité par l'European Council en décembre 1993, ce document a été élaboré par un groupe de travail de 20 spécialistes sous la coordination de Martin Bangemann.

Avec l'objectif de fournir un diagnostic à l'UE sur la question du développement de la société de l'information dans le monde, le document a été présenté à la conférence de

[149] Parmi les diverses mentions à ce document dans le référentiel bibliographique du domaine des sciences de l'information et de la communication, citons « La société de l'information : Glossaire Critique », document produit par la Commission nationale française pour l'UNESCO en 2005.
[150] Comission européenne, 1996a.
[151] Commission européenne, 1995b.
[152] Commission européenne, 1996b.
[153] Commission européenne, 1994c.
[154] Commission européenne, 1998.
[155] Commission européenne, 2000.

l'European Council qui s'est déroulée à Corfu, en 1994. L'UE prendrait en compte les préceptes présentés dans ce rapport pour proposer ses recommandations aux pays membres.

7.3.1.1 La légitimité

Comparée aux USA, avec le lancement du NII en septembre 1993 et du GII au début de 1994, on observe un certain retard de l'Europe dans l'engagement pour l'adoption des politiques nécessaires au développement des TIC[156]. Le propre Report en fait la constatation :

> This Report urges the European Union: [...] This means that actions must be taken at the European level and by Member States to strike down entrenched positions which put Europe at a competitive disadvantage (Commission européenne, 1994a).

Ces arguments correspondent à ce que le propre document nous fait connaître dans son champ de déterminations[157] et contribuent à rendre l'émetteur « légitime pour la prise de la parole qui suit »[158]. Les termes employés sont forts quant à la question de l'« urgence » nécessaire pour éviter la diminution de la capacité de concurrence par rapport à d'autres pays, dans le marché porteur qui s'annonce pour les TIC.

De sorte que la « demande d'urgence » est basée sur une justification à caractère économique, tout en faisant référence à la compétition avec d'autres pays. Le Report répond à la question « why the urgence » dans le sous-titre « time to press on », justifiant ainsi la « nécessité économique » d'adopter un plan pour la société de l'information. Compte tenu du contexte et de la forme sous laquelle celui-ci est mentionné dans l'introduction du Report, nous associons ce type d'arguments à des performatifs.

Toujours au sujet de la légitimité, le document emploie l'expression « société de l'information », formule faisant partie du livre « *Les nouveaux mots du pouvoir* », écrit par Durand[159]. En utilisant cette expression, il contribue à sa « mise en circulation dans l'espace public[160] », renforçant ainsi sa propre constitution en tant que « formule ».

---

[156] Le texte du Report ne fait pas de mention explicite ni au NII ni au GII lancés par le gouvernement américain entre 1993 et 1994.
[157] Bardin, 2007.
[158] Krieg-Planque, 2012.
[159] 2007.
[160] Krieg-Planque, 2009.

À la différence du recours à l'« urgence » qui possède une base économique, l'emploi de l'expression « société de l'information » est beaucoup plus lié à une préoccupation sociale.

La formule renvoie à ce qui est défini dans le Report comme un « social challenge », que nous associons à d'autres observables mentionnés antérieurement, tels que « quality of life » dans le NII et le GII ; « améliorer la qualité de vie », dans le GIS.

Le Bangemann Report traite la question dans les termes suivants : « information society has the potential to improve the quality of life of Europe's citizens, the efficiency of our social and economic organization and to reinforce cohesion[161] ».

Et c'est dans cette optique que le Report traite des possibilités de l'emploi des TIC au bénéfice de la « santé publique », comme dans les autres plans que nous avons déjà analysés. Passons maintenant aux observables relatifs à la « télésanté ».

7.3.1.2 La coercibilité

La figure des « recommandations » se retrouve dans la structure du Report ; elle représente le véhicule plus approprié, caractéristique de la coopération au sein des organismes interétatiques, et constitue une forme tolérable de pression sur les membres[162].

Le Bangemann Report comprend une présentation, six chapitres et un résumé final, qui rassemble les actions décrites dans les différents chapitres pour former un plan d'action.

Connaissant les dispositions prises par d'autres documents du corpus relatifs au contexte européen, on peut noter les retombées des principes établis dans le Report. Il faut également tenir compte de l'influence du document au-delà des frontières de l'Europe pour ce qui est des mesures de coopération internationale qui y sont prévues.

Quant aux documents relatifs au contexte européen produits après 1994, on constate cette influence notamment dans le Corfu European Council, ainsi que dans le rapport de la Commission européenne, The Information Society : From Corfu to Dublin[163].

[161] Commission européenne, 1994a.
[162] Castaneda, 2015.
[163] Commission européenne, 1996a.

7.3.1.3 Observables, les prévisions relatives à la télésanté et la question de l'efficacité

Du point de vue des questions abordées dans ses recommandations, nous pouvons décomposer le document en trois parties. La première contient les mesures à caractère économique, qui traitent de l'élimination des entraves au développement des TIC. On y trouve des recommandations semblables à celles proposées dans le NII, le GII et le GIS.

La deuxième partie comporte les mesures de la réglementation et aborde des thèmes tels que standardisation, interopérabilité, garantie de qualité, sécurité et fiabilité. Finalement, la troisième partie traite de la question de l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

Les dispositions relatives à l'adoption des TIC sont présentées sous le titre « healthcare networks », dans la partie du Report consacrée aux « applications », thème que l'on trouve aussi dans le GII et le GIS[164]. Dans le point « healthcare networks », le Report décrit neuf autres possibilités d'« applications » pour les TIC :

-Teleworking (more jobs, new jobs, for a mobile society);
-Distance learning (life long learning for a changing society);
-A network for universities and research centres (networking Europe's brain power);
-Telematic services for SMEs;
-Road traffic management;
-Air traffic control;
-Healthcare networks (less costly and more effective healthcare systems for Europe's citizens);
-Electronic tendering (more effective administration at lower cost);
-Trans-europe public administration (better government, cheaper government);
-City information highways

Tout comme dans le NII et dans le GII, la base principale de l'argumentation présentée dans le Report concernant les « healthcare networks » se concentre sur la question de la possibilité d'utiliser les TIC pour diminuer les dépenses publiques dans le secteur de la santé.

Toutefois, on ne trouve pas dans le Bangemann Report les observables identifiés dans ces deux plans, tels qu'« assistance aux communautés isolées », « bénéfices pour les zones rurales », et « importance des soins primaires ». On n'y trouve pas non plus de plus amples détails sur les prévisions, quand on le compare aux autres documents étudiés jusqu'ici, ce qui peut jouer au détriment de son efficacité[165].

[164] Comme on peut le voir dans le « tableau 4 » qui résume les recommandations des plans GII et GIS.
[165] Dans le sens donné par Decaux (2007).

Dans le point suivant, nous parlerons des définitions issues de la conférence de Corfu ainsi que des retombées directes du Bangemann Report sur d'autres documents du contexte européen : The Fourth RTD Framework Programme (FP4, 1994-1998), The Fifth RTD Framework Programme (FP5, 1998-2002) et le plan eEurope : une société de l'information pour tous (2000-2002).

7.3.2 Corfu European Council: conclusions of Presidency (1994) et la caractérisation du débat sur la société de l'information en Europe dans les documents suivants : The Information Society: From Corfu to Dublin (1998); The Fourth RTD Framework Programme (1994-1998); The Fifth RTD Framework Programme (1998-2002); e no plano eEurope (2000 - 2002)

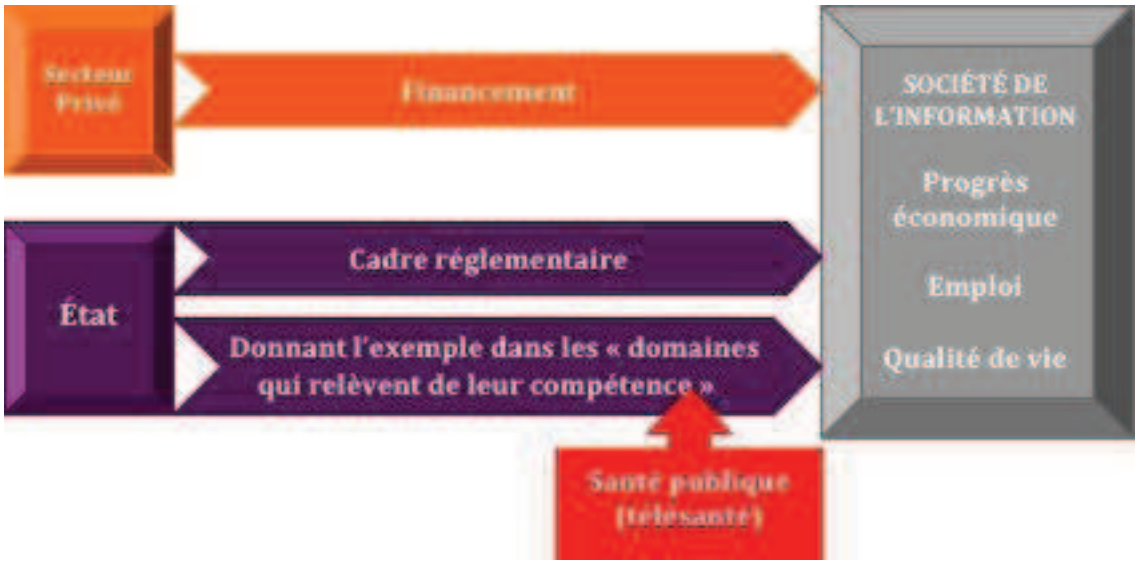
7.3.2.1 Description générale des plans et mention à leur observables associés à la télésanté

Le document « *Conclusions of Presidency…*[166] » relève trois axes principaux de possibilités offertes par les TIC : economic progress, employement et quality of life, où la figure de l'État apparaît principalement liée à deux actions : « creating a clear and stable regulatory framework » et « by setting an example in areas which come under their aegis[167] ».

En ce qui concerne la seconde action proposée dans le document, un des « exemples » que l'État doit donner est la promotion des « areas of applications » qui comprennent le développement de la télésanté.

Compte tenu des observables vus dans le Bangemann Report et de ce que propose le Corfu European Council, nous présentons le schéma ci-dessous qui nous permet de visualiser les « nouvelles possibilités » associées à la société de l'information telles que présentées dans les documents, ainsi que le positionnement que doivent adopter les acteurs « État » et « secteur privé ». Nous y avons indiqué le domaine où se situe la « santé publique », et en particulier la « télésanté » :

[166] Commission européenne, 1994b.
[167] « Donnant l'exemple dans les domaines relevant de leur compétence ».



Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Figure 8: Le rôle de l'État et du secteur privé dans les plans abordés dans ce point.

Un autre document de la Commission of the European Communities, « *The Information Society : From Corfu to Dublin. The new emerging priorities*[168] », accorde plus d'attention aux questions liées au champ social que le Bangemann Report.

Cela est dû au fait que ce document inclut les prévisions énoncées dans le Livre blanc de 1995, sous le thème « on Education and Training – Teaching and Learning – Towards the Learning Society », et celles du Livre vert de 1996, dans le point « Living and Working in the Information Society. People First ».

Les observables récurrents trouvés dans le Bangemann Report et vus aussi dans les autres documents étudiés et qui faisaient déjà partie de « From Corfu to Dublin », tels que qualité de vie, accès universel, lutte contre la division entre « haves and have-nots », viendraient alors s'ajouter à « social exclusion », « regional disparities », « equality of opportunities », « social welfare » et « solidarity[169] ».

L'intérêt de souligner ces « nouveaux observables » réside dans le fait qu'ils dénotent un souci de renforcer les mesures de caractère social en lien avec les débats sur la société de l'information. Il en résulte un espace plus ample pour les recommandations relatives à la

[168] Commission européenne, 1996a.
[169] Le tableau complet des observables se trouve à l'Annexe I.

télésanté ainsi qu'aux programmes de financement pour le secteur, comme nous le verrons plus tard.

Dans le même sens, le document « From Corfu to Dublin… » révèle en outre l'intérêt européen d'étendre les débats sur la société de l'information au reste du monde, avec les prévisions « collaborating with our neighbours » et « improving the integration of developing countries » en incluant même les pays de l'Amérique Latine, dont le Brésil[170].

The Fourth RTD Framework Programme (FP4), 1994-1998 et *The Fifth RTD Framework Programme (FP5), 1998-2002* correspondent aux deux programmes d'investissement proposés dans le cadre de l'Union européenne qui, sous l'influence des recommandations du Bangemman Report et de ses retombées, ont inclus des prévisions pour le financement d'actions spécifiques pour la télésanté[171].

Le FP4 a soutenu un total de 130 projets grâce aux prévisions établies pour le thème « Telematics for Improving Employment and Quality of Life, Sector 7, Telematics for Healthcare ». De son côté, le FP5 a assuré le soutien de 135 projets, impliquant 35 pays.

Le FP5 traite de la question de la télésanté dans le cadre du thème « user-friendly information society », définie comme étant des « systems and services for the citizen » devant satisfaire à cinq principes : ubiquity, universality, cost-effectiveness, user-friendliness et development of technologies for trust and confidence.

Pour ce qui est des éléments observables importants dans ces deux documents, on trouve : « quality of life », « accès universel » (universality) ; « augmentation de la qualité » et « réduction de coûts (cost-effectiveness) », que l'on retrouve dans d'autres documents.

Outre les Frameworks Programmes, il faut prendre en compte un dernier document émis dans le cadre européen qui précède la tenue du SMSI : l'adoption, en 1999, de la

---

[170] En particulier, le programme @LIS, Alliance for the Information Society, qui a permis le financement de projets liés à la télésanté au Brésil, au début des années 2000.

[171] Avant le FP4, entre 1988 et 1994, deux programmes d'appui au secteur qui s'appelait alors « advanced informatics in medicine » (AIM) avaient déjà été mis en œuvre dans l'UE : le programme Exploratory AIM et le programme AIM. Selon Olsson, Lymberis et Whitehouse :

> These two programmes created a Europe-wide collaborative environment among stakeholders, such as industry, research institutions, authorities, health-care providers, professional and administrators (Olsson, Lymberis and Whitehouse, 2004, p. 311).

stratégie *eEurope*, que l'on peut comparer, toutes proportions gardées, au plan eLAC pour l'Amérique Latine, défini par la CEPALC et dont nous parlerons plus avant.

Appelé *eEurope – an information society for all,* ce plan d'action favorise dix secteurs, dont l'un destiné à la télésanté et appelé « des soins de santé en ligne »[172] :

> En matière de santé, le recours aux réseaux et à des techniques intelligentes pour la surveillance de la santé, l'accès à l'information et aux soins de santé pourrait véritablement améliorer l'efficacité des services de santé pour tous les citoyens (Commission européenne, 2000).

7.3.2.2 Le proccès d'acceptabilité des plans

Tout d'abord, on constate la récurrence de principes similaires dans les différents plans européens étudiés, des principes qui renvoient à ceux observés dans des plans comme ceux du GII et du GIS. Cette récurrence peut être comprise dans la perspective de l'homogénéisation d'opinions que nous associons à la structure de la légitimité dans notre tableau épistémologique.

Ensuite, outre le rôle joué par cette homogénéisation pour une définition de « modèle ou recette politique », que ce soit pour le développement des TIC ou pour le développement spécifique du secteur de la télésanté, nous constatons la prévision de mesures de suivi et d'observation dans certains de ces documents, même dans des actions de coopération internationale avec d'autres pays.

C'est par exemple le cas du programme @LIS entre l'UE et l'Amérique latine. Quand ils financent des projets - comme pour le développement de la télésanté dans la région[173] - des plans tels que le FP4, le FP5 ou l'eEurope fixent des mesures de suivi et d'observation que nous associons à la coercibilité dans ce processus d'acceptabilité.

---

[172] Lancé en 2002 dans le cadre de l'EU, le eEurope 2002 : impacts et priorités, possédait trois objectifs principaux et, tout comme le eEurope 2000, consacrait un de ses sous-domaines à la télésanté.

[173] Cités dans la « Publicación final del Programa @LIS », il s'agit des projets suivants : T@LEMED- Evidencia basada en telemedicina para regiones remotas y rurales de los necesitados para usar plataformas e-Salud, réalisé en Colombie et au Brésil ; Salud para todos en Latinoamérica – Implantando el acceso a la atención sanitaria y la gestión a través de e-learning para el desarrollo profesional continuo de médicos de familia en Latinoamérica, réalisé en Bolivie et au Brésil ; Heath Care Network, réalisé au Brésil ; et le EHAS – Enlace Hispano Americano de Salud - @LIS, réalisé au Pérou, en Colombie et à Cuba. Debandi F., Dondi C., Nascimbeni F. Publicación final del Programa @LIS : cuatro años de colaboración Europa-América Latina para la Sociedad de la Información. @LIS ISN, 2006. 94 p. Consulté le 02/02/2015. Accessible à l'adresse : http://www.oei.es/pdf2/@lis_Final_publication.pdf

7.4 Analyse des plans pour le développement de la SI en Amérique latine et au Brésil

Partant de la prémisse proposée par Pleyers[174], qu'il faut aussi prendre en compte une logique de la communauté régionale face à la communauté globale, abordons l'étude des plans latino-américains sur le thème de la société de l'information qui offrent une ouverture à la discussion de politiques pour la télésanté. À la différence des contextes nord-américain et européen, l'Amérique latine est composée de pays avec des indices de développement socioéconomique plus faibles, ce qui se manifeste aussi dans leur degré de développement dans le domaine des technologies de l'information et de la communication.

Compte tenu de l'indicateur établi par l'UIT et présenté dans le rapport 2014 « Measuring the Information Society »[175], l'ICT Development Index (IDI) 2002 des pays en développement s'établissait à 1,85 alors que celui des pays développés atteignait 4,12, selon la une échelle[176] qui conjugue trois niveaux de progrès vers la société de l'information, à savoir ICT Readiness (infrastructure, access), ICT Use (intensity), ICT Capability (skills).

L'utilisation des TIC comme éléments porteurs pour atteindre le développement correspond à une perspective observée dans les plans étudiés et en particulier dans le GIS, comme nous l'indiquent quelques-uns des observables mis en évidence dans le point précédent. On trouve d'ailleurs la même perspective dans certains documents des Nations unies, que ce soit dans la Déclaration du Millénaire[177] (2000) ou dans les résolutions proposées par cette organisation dans les années 1970[178].

À partir de l'étude des plans régionaux proposés par les pays latino-américains au cours de la période antérieure à la réalisation du SMSI, il nous intéresse de *connaître la manière selon laquelle cette région a donné une dimension concrète à la « réalité*

---

[174] 2012.
[175] UIT, 2014b.
[176] Étant donné la différence entre les deux indicateurs, on pourrait affirmer qu' en 2002, les pays latino-américains en développement, comme le Brésil, n'atteignaient pas la moitié du niveau des pays développés, responsables de l'élaboration des plans NII, GII et GIS étudiés.
[177] ONU, 2000.
[178] Dans ce sens, signalons deux résolutions : la Résolution 3405 de la 30ème séance, en 1975, sous le titre « Dimensions nouvelles de la coopération technique », (ONU, 1975a) et la Résolution 34/181 de la 34ème séance (ONU, 1979).

paradigmatique de la société de l'information », pour employer ici l'expression trouvée dans un document de la CEPALC[179].

Soulignons d'abord que la définition de plans pour le développement d'une société de l'information dans la région est toujours établie en prenant soin de ne pas augmenter les inégalités sociales. De là la décision de privilégier des actions qui pourraient combler des lacunes éducationnelles, numériques ou sanitaires.

7.4.1 Déclaration de Florianópolis

La Déclaration de Florianópolis représente un premier document qui cherche à impliquer la communauté de pays de la région dans les débats sur le développement d'une société de l'information. Il s'agissait d'une initiative du gouvernement du Brésil, en réponse à l'appel lancé par le Conseil économique et social de l'ONU (ECOSOC).

On y propose vingt lignes d'action, qui donnent la vision des pays de la CEPALC sur la question. L'énoncé de ces lignes est précédé de neuf performatifs, qui fournissent une brève contextualisation de la situation socioéconomique de la région et défendent en priorité les initiatives qui doivent continuer :

> [...] de créer de nouvelles modalités d'exclusion, d'augmenter les aspects négatifs de la mondialisation et d'accroître la distance entre les pays développés et en développement (CEPALC, 1 999).

L'objectif de ces neuf performatifs est justement de répéter ce type d'argument. Cette perspective oriente d'ailleurs les lignes d'action proposées dans la déclaration, qui insistent sur le souci du développement social.

7.4.1.1 Éléments observables

Nous avons organisé ci-dessous un tableau comparatif, sur base des thèmes principaux trouvés dans chacune de ces vingt lignes d'action. À chaque ligne d'action, nous avons associé un thème, indiqué dans la colonne « spécificité », ainsi qu'un des observables déjà

[179] Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y el Caribe. CEPALC, Libros de la CEPALC. Consulté le 24/02/2015, [en ligne :http://www.cepal.org/es/publicaciones/2354-los-caminos-hacia-una-sociedad-de-la-informacion-en-america-latina-y-el-caribe], consulté le 24 février 2015.

mentionnés, compte tenu de la spécificité de la ligne d'action. Finalement, nous avons associé un type d'objectif, social ou économique ou une combinaison des deux (social/économique) à chacune des lignes d'action :

Déclaration de Florianópolis, CEPALC, 1 999			
Lignes d'action	**Spécificité**	**Observable associé**	**Objectif / Axe principal**
Garantir l'accès de la population aux TIC	Infrastructure	Universal access	Social / Économique
Amélioration de l'éducation	Alphabétisation numérique, citoyenneté	Lifelong learning	Social
Former des leaders politiques / communautaires aux TIC	Former des multiplicateurs	Digital divide	Social
Créer des centres communautaires de connexion	Accès aux services publics (éducation, **télémédecine,** etc.). Accès au e-commerce	Digital divide	Social
Créer des sites d'information sur le gouvernement	Transparence, citoyenneté	e-Government	Social
Stimuler les entreprises de base technologique	Dynamisation de l'économie	Market development	Économique
Définir des cadres réglementaires, protection et sécurité, confidentialité	Fiabilité, prévisibilité	Regulation	Social / Économique
Créer des formes de financement pour les PME	Dynamisation de l'économie et création d'emplois	Market development	Social / Économique
Consolider les institutions culturelles de science et technologie	Production de contenu, culture	Cultural diversity	Social
Stimuler l'utilisation des TIC et la constitution de réseaux plus rapides	Infrastructure	Universal access	Social / Économique
Réduire les coûts des services, garantir l'interopérabilité	Infrastructure	Universal access	Social / Économique
Renforcer la coopération régionale et internationale en faveur des TIC	Standardisation des politiques pour les télécommunications	International cooperation	Social / Économique
Renforcer la coopération régionale en matière économique	Dynamisation de l'économie	Market development	Économique
Investir dans la modernisation du dispositif	Infrastructure	Interoperability / Interconnectivity	Social / Économique
Stimuler la commercialisation de technologies de pointe	Dynamisation de l'économie	Creating a flexible regulatory environment	Économique
Créer un observatoire régional pour les TIC	Évaluation de résultats	_	Social / Économique
Promouvoir la production de statistiques et d'indicateurs	Évaluation de résultats	_	Social / Économique
Encourager la production de contenus locaux / régionaux	Promotion de l'industrie culturelle locale	Cultural diversity	Social
Réduction de la dette externe en échange d'investissements en TIC	Coopération pour le financement des TIC	International cooperation / collaboration	Économique
Coopération technique et	Coopération pour le	International	Économique

financière bi- et multilatérale	financement des TIC	cooperation / collaboration	

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Tableau 5: Élements observables identifiés dans la Déclaration de Florianópolis et les observables d'autres documents. Les mesures "sociales" et les mesures "économiques".

Comme on peut le voir dans le tableau, l'utilisation des TIC est prévue dans le domaine de la santé : on y fait mention à la « télémédecine » dans la ligne d'action correspondant à la création de centres communautaires d'accès au réseau.

Il faut ici rappeler que les prévisions relatives à la création de centres communautaires d'accès au réseau et aux formations pour l'utilisation des TIC renvoient à un contexte d'exclusion numérique et à une volonté de résoudre le problème, chose qui n'est que brièvement signalée dans les plans relatifs aux pays de l'hémisphère nord.

Parmi les vingt propositions, nous n'en avons associé que cinq ayant un objectif prioritairement « économique ». Une autre manière d'interpréter l'orientation du document consiste à vérifier que douze lignes d'action sont associées à des observables tels que « diversité culturelle », « accès universel », « fracture numérique », « apprentissage » et « collaboration et coopération internationale ».

7.4.2 Déclaration de Bavarois

Après les premières propositions de la Déclaration de Florianópolis, une conférence préparatoire au SMSI a été organisée en 2003 dans la ville de Bavarois en République Dominicaine, où a été signée la déclaration éponyme. Ce document se base sur un rapport de la CEPALC publié en 2002 et intitulé « Les chemins qui conduisent à une société de l'information en Amérique latine et aux Caraïbes », dont nous parlerons plus loin.

Nous étude vise à mettre en lumière « les caractéristiques principales de ce phénomène dans la région » (CEPALC, 2003)[180], la relation de ses prévisions par rapport aux observables

[180]Selon la description de l'eLAC sur le site de la CEPALC, dans la partie qui traite des antécédents de la société de l'information en Amérique Latine et aux Caraïbes. Consulté le 02/02/2015. Accessible à l'adresse : http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/elac2015/noticias/paginas/4/44104/P44104.xml&xsl=/elac2015/tpl/p18f.xsl&base=/elac2015/tpl/top-bottom.xsl

trouvés dans d'autres documents, et la manière dont le thème de la télésanté apparaît dans ses prévisions.

La Déclaration de Bavarois est composée d'une présentation, suivie de l'exposition de douze principes et de la proposition de vingt-deux thèmes prioritaires. Deux points à souligner avant tout : l'incitation à l'ouverture des pays latino-américains aux tendances mondiales de développement de la société de l'information et l'incitation aux pays de la région à élaborer leurs plans nationaux respectifs[181].

7.4.2.1 Éléments observables

La récurrence de certains observables indique l'insistance à proposer l'utilisation des TIC en faveur du développement social. C'est par exemple le cas pour le mot « accès », qui apparaît dans des expressions telles qu'« accès pour tous », « accès aux TIC », « accès universel », « opportunités d'accès et d'utilisation » et « accès et utilisation adéquate des TIC ».

Sans réfuter la conception, exposée dans le NII et adoptée par le GII et le GIS, qui affirme que « le développement économique rendu possible par les TIC favorise le développement social », la Déclaration de Bavarois[182] s'aligne beaucoup plus sur la définition des TIC en tant que « biens de valeur sociale » basés sur l'« économie du bien-être[183] » (CEPALC, 2003b, p. 23).

Cela étant, il appartient à l'État d'agir pour éviter l'aggravation des formes d'exclusion qui existent déjà :

---

[181] La Déclaration cite le cas spécifique du Brésil, qui avait déjà défini son plan "Société de l'Information au Brésil" (SIB) en 1998.

[182] Le document "Les chemins qui conduisent à la société de l'information en Amérique Latine" va dans ce sens :

> Le développement économique peut être l'un des principes qui orientent la société de l'information [...] Outre les objectifs économiques, les nouvelles technologies peuvent aussi être utilisées pour atteindre des objectifs de développement social (CEPALC, 2003b, p. 7).

[183] On reconnaît dans la déclaration l'influence des notions de "digital opportunities" et de "holistic approaches" venant de l'étude menée par le G-8 sur la recherche d'une perspective plus centrée sur le social pour la société de l'information, la Digital Opportunity Task Force (DOT Force, 2001), qui a orienté le Plan d'Action de Genève, un des quatre documents finals du SMSI.

> L'existence aussi bien de menaces que d'opportunités dans la transition vers une société de l'information implique la nécessité de créer des politiques publiques pour conduire le processus jusqu'à atteindre le résultat prévu (*idem,* 2003b, p. 7).

En ce qui concerne les prévisions en lien avec la télésanté, présentes dans la déclaration et dans le texte de soutien (rapport de la CEPALC), elles trouvent précisément leurs bases dans ce qui a été indiqué plus haut.

La simple inclusion de la santé publique en tant que secteur susceptible d'amélioration par l'emploi des TIC, et ce dans tous les plans étudiés jusqu'à présent, est liée à l'émergence d'une préoccupation pour le social. La différence est que la déclaration de Bavarois affirme qu'avant de s'intéresser au développement de dispositifs ultramodernes et d'offrir des services de santé basés sur des technologies de pointe, il faut d'abord viser des politiques qui favorisent le droit de toute la population aux services de santé, ne fût-ce qu'aux soins primaires. Dans ce sens, elle soutient que cette préoccupation doit toucher aussi les processus de réforme sanitaire en cours dans certains pays de la région, parmi lesquels le Brésil.

La télésanté apparaît dans la partie du texte où un appel est lancé aux pays pour la définition de stratégies nationales : ils sont poussés à prendre des mesures dirigées à l'infrastructure et au développement de ce qu'on appelle les « services génériques ». Ces « services génériques » correspondent aux « applications » vues dans d'autres documents étudiés, et ayant comme priorités, en plus du secteur de la télésanté, celui du commerce électronique, du gouvernement électronique, de la télé-éducation, du téléapprentissage et des multimédias.

Avant de clore le chapitre concernant les plans pour le développement d'une société de l'information durant la période antérieure à la réalisation du SMSI, nous allons traiter de quelques documents relatifs au contexte local brésilien, et principalement le « Plan national pour la société de l'information ». Nous verrons qu'il mentionne quelques-uns des observables déjà identifiés et de quelle manière la télésanté y est traitée.

7.4.3 Analyse des plans brésiliens de la période

7.4.3.1 Brève description du contexte brésilien dans les années 1990

L'année 1996 marque le début d'une initiative gouvernementale dans le but de définir une approche nationale relative à la question de la société de l'information. Cette initiative s'est traduite par le document « Société de l'information » et serait complétée par la réalisation d'études et la production d'un livre vert. Elle prévoyait aussi la réalisation d'une consultation publique et le lancement d'un plan d'exécution détaillé, le Livre blanc[184] (Brésil, Ministère de la Science et de la Technologie, 2002).

La situation au Brésil dans les années 1990 est marquée par l'effondrement du système de télécommunications, incapable de répondre à la demande du pays par manque de capacité d'investissement, et par l'urgence de modernisation. Par exemple, le service de téléphonie fixe n'atteignait qu'une petite partie de la population, situation qui commencerait à changer avec la privatisation en 1998 des entreprises publiques chargées de ce secteur.

La politique informatique a été modifiée au début des années 1990, avec la diminution des taxes d'importation et la création d'aides fiscales spéciales pour les entreprises locales du secteur. La fin de la décennie est caractérisée par une importante croissance du secteur, accompagnée d'une augmentation des importations de hardwares et de logiciels.

En ce qui concerne Internet, assez rudimentaire au début des années 1990 et uniquement utilisé par le secteur académique, des normes régulatrices ont été définies à partir de 1995, qui ont permis les progrès du secteur (Internet 2), ce qui a exercé une influence sur la construction du plan national pour la société de l'information.

Malgré cette initiative, le niveau de développement des TIC continuait assez timide au Brésil en comparaison de celui atteint par certains pays de l'OCDE, les membres du G-8 ou ceux du G-10 de l'époque. Par exemple, l'initiative de promouvoir la création de sites gouvernementaux au Brésil (gouvernement électronique) n'allait favoriser qu'une élite minoritaire ayant accès à Internet[185].

---

[184] Officiellement, le Décret 3.294 émis par le gouvernement en décembre 1999 instituait le programme Société de l'information et déterminait l'élaboration des livres vert et blanc.
[185] Brésil, Ministère de la science et de la technologie, 2000, p. 78.

Après cet aperçu du contexte brésilien, nous allons brièvement parler de trois documents : « Société de l'information au Brésil » (SIB), publié en 1998, le Livre vert, publié en 2000, et le Livre blanc, publié en 2002, dans lesquels nous allons mettre en évidence quelques observables concernant les prévisions relatives à la télésanté.

7.4.3.2 Le SIB et la légitimité

La définition d'un plan pour la société de l'information s'est beaucoup guidée sur la nécessité d'accompagner ce qui était discuté et proposé sur la scène internationale, comme on peut le constater dans la propre définition établie par le Ministère de la Science et Technologie pour la « société de l'information» :

> La société de l'information est un nouvel environnement global basé sur la communication et l'information, dont les règles et les modes d'opération sont actuellement en construction dans le monde entier, […] Non seulement des réseaux physiques […] mais aussi une série de nouveaux services et nouvelles applications, ainsi que des modèles et des règles d'utilisation font l'objet de débats en ce moment, à l'échelle globale (Brésil, Ministère de la Science et de la Technologie, 1998a, p. 11).

Dans son introduction, le plan brésilien fait d'ailleurs une référence expresse à la Global Information Infrastructure (GII) et à la Global Information Society (GIS). En guise de performatifs, le document invoque le contexte international ainsi que l'exemple d'autres pays, d'autres plans mondiaux et d'autres antécédents importants.

En outre, dans les références directes aux plans GII, GIS et NII, le SIB utilise des expressions qui y apparaissent et qui correspondent à la définition de formule que nous avons associée, comme les performatifs, à la structure relative à la légitimité.

Comme formule, soulignons la propre dénomination du plan brésilien, qui emploie l'expression « société de l'information » dans son titre. On y trouve aussi des mentions à d'autres termes observés dans les plans étudiés.

On pourrait émettre l'hypothèse qu'il s'agit aussi de formules quand le texte utilise des expressions comme « global information society » et « national information infrastructure », que l'on trouve également dans le SIB :

> […] le rôle du gouvernement doit être d'articuler et d'encourager la création d'une nouvelle *infrastructure nationale d'information*, en utilisant des technologies et des

> débits compatibles avec ceux qui seront utilisés par le reste du monde […] Le transfert vers la société de la connaissance engendrée par le projet va contribuer de manière décisive à ce que le pays formule de manière plus adéquate sa stratégie d'insertion dans la *société globale de l'information* (*idem,* 1998a, p. 17).

Toujours dans la perspective de la « légitimité », nous observons dans le SIB une grande répétition d'observables trouvés dans les plans internationaux, ce qui ratifie, une fois de plus, la constatation concernant l'homogénéisation des opinions associée à la diffusion de modèles et de recettes politiques[186].

Si l'on confronte les neuf mesures proposées par le Brésil dans le SIB et le tableau comparatif des plans GII et GIS (tableau 4), nous verrons qu'au moins sept d'entre elles possèdent une corrélation avec les observables de ces deux plans, c'est-à-dire qu'elles font partie du même spectre thématique, ce qui confirme la constatation énoncée dans le paragraphe précédent :

Plan d'Action du Plan national, Brésil 1 998 (SIB)	Recommendations GII - GIS
Construire une infrastructure	Developing infrastructure
Encourager l'utilisation et le développement d'applications	Applications (delivering the benefits)
Réduire les coûts et garantir un service de qualité	Accès ouvert (open access)
Encourager les expériences (développement d'applications)	Applications (delivering the benefits)
Coordonner l'adoption de standards et de pratiques – interopérabilité de l'infrastructure, services et applications	Interconnectivité et interopérabilité
Encourager les partenariats (secteur privé)	Encourager le secteur privé (encouraging private investment)
Donner à la population l'accès aux technologies	Accès universel
Accompagner et évaluer l'impact de la nouvelle infrastructure	–
Apporter des éléments d'évaluation de la conduction du projet national pour la mise en place de la SI au Brésil.	–

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015.

Tableau 6: Recommandations du plan (Brésil) et relations avec les recommandations du GII et du GIS..

Pour ce qui est de la question de l'homogénéisation, il faut souligner que le SIB présente un rapport dans sa partie finale, où il fait référence à l'expérience d'autres pays, communautés et organisations internationales, dans le cadre du développement de la société de l'information dans ses divers domaines d'influence[187].

[186] Garrett, 2000.

[187] Dans le propre texte du SIB, il y a des passages qui nous renvoient à l'analyse des positions adoptées par le G-8, l'OCDE, l'UNESCO et la World Bank ; les dernières pages du document présentent des analyses comparatives des politiques adoptées en Amérique du Nord, en Europe et dans douze pays.

Le plan brésilien suggère l'utilisation de « modèles » dans ses définitions de politiques en lien avec les TIC, en soulignant qu'elles doivent aider à former la propre « vision du pays » sur la société de l'information :

> Ci-après, nous présentons les principaux thèmes universellement discutés et réglementés dans le cadre de la société de l'information (*idem, ibidem*, p. 76).

Dans un autre passage du document :

> De sorte que les politiques d'information des pays retenus peuvent être considérées de manière critique par les acteurs brésiliens du projet d'une société de l'information (*idem, ibidem*, p. 152).

Voyons maintenant quelques autres observables pouvant être mis en évidence dans le plan brésilien, notamment ceux qui se rapportent à la télésanté.

7.4.3.3 Autres éléments observables importants et la question de la télésanté dans le document

En dehors du processus d'homogénéisation et de la question de la légitimité, nous allons analyser quelques observables qui montrent les particularités du plan brésilien, associé à l'insistance sur l'orientation de l'adoption des TIC en faveur du développement social du pays.

Dans ce cadre prioritaire, le plan inclut le secteur de la santé publique, et dans ses prévisions sur la question, il va au-delà de ce qui a été proposé et vérifié dans les observables d'autres plans. Son approche s'assimile à celle observée aussi bien dans la Déclaration de Florianópolis[188] que dans celle de Bavarois[189]. Rappelons cependant que le SIB, lancé en 1998, précède la publication de ces deux documents.

Le plan brésilien se base sur la nécessité de développer des technologies pour la solution des « grands problèmes nationaux » qui touchent des secteurs d'intérêt stratégique, dans le sens où :

[188] CEPALC, 1999.
[189] CEPALC, 2003a.

> […] les technologies et l'infrastructure de l'information peuvent contribuer, de manière décisive, à diminuer la distance actuelle entre ceux-ci et les pays riches dans les domaines économique et social […] (Brésil, Ministère de la Santé, 1998, p. 12).

C'est la première fois que cette mention apparaît dans le plan GIS. À la différence de celui-ci et de ceux du NII et du GII, le Brésil se soucie d'abord de définir un rôle fondamental pour l'État dans la question des TIC : celui de « promouvoir l'intégration nationale » et de « compenser les inégalités régionales » :

> […] (Il reste) au gouvernement et à ses agents, dans cette phase, le rôle de répondre aux demandes éventuellement non satisfaites par le secteur privé, qui seront essentiellement celles de l'intégration nationale et de la compensation des inégalités régionales (*idem, ibidem,* p. 20).

En revendiquant une posture propre pour le développement de la société de l'information, le Brésil fait une critique au débat émergent dans le contexte international et soutient qu'il ne peut pas renoncer à défendre certaines questions :

> Il est important de noter que la plus grande partie de la discussion internationale sur la société de l'information se concentre sur les couches d'infrastructure et de services et sur la colonne des aspects régulateurs, au détriment d'un ensemble de questions tout aussi importantes, principalement pour des pays en développement (*idem, ibidem*., p. 36).

Comme dans d'autres plans, le secteur de la santé est présent dans les domaines qui tireront profit du développement des TIC. Le Brésil le définit comme l'un de ses objectifs sectoriels parmi les dix domaines retenus, à savoir :

Science et technologie
Éducation
<u>Santé</u>
Environnement et agriculture
Entreprise brésilienne
Culture
Travail
Transport et circulation
Gouvernement
Relations internationales

Le plan prévoit que l'application des TIC pourra réduire les inégalités régionales en santé et promouvoir l'intégration nationale, en garantissant l'accès aux soins de base dans

toutes les régions et zones isolées du pays. Il énumère les points où se concentreront les actions liées à la santé :

> […] établir des prototypes de services de référence, avec un haut niveau de sécurité et de confidentialité, pour l'assistance et le diagnostic à distance, et d'information en santé […] L'éducation à distance, le diagnostic et l'action médicale basés sur des réseaux, l'information pour un développement durable peuvent être traités par la réunion de groupes d'intérêt et de spécialistes géographiquement dispersés (*idem, ibidem*, p. 22; 35).

Il est important de noter que l'État assume la fonction de développer lui-même les services qui englobent deux volets : a) l'assistance et le diagnostic à distance ; b) le domaine de l'information en santé.

7.4.3.4 La coercibilité et l'efficacité dans le SIB

Il est à noter que le document ne comporte pas de prévisions concernant l'adoption de mesures de suivi et de surveillance de la part du gouvernement vis-à-vis des acteurs politiques desquels on attend un engagement (gouvernements des états, municipaux, gestionnaires publics). On ne peut donc pas parler ici de coercibilité au sens employé dans notre étude.

Quant aux détails plus ou moins précis concernant plus spécifiquement les mesures prévues dans le plan et relatives à la « télésanté », quand on compare le plan avec le NII, on constate que l'approche du Brésil est moins exhaustive, une fois qu'il ne traite pas de questions touchant à l'économie ou à l'efficience, ni de la simplification de procédures, ni de la possibilité de réforme du secteur.

En termes d'efficacité au sens adopté, ce manque de détails peut avoir comme résultat un simple effet déclaratoire des propositions. Lors de l'analyse des documents du cadre normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes*, il convient de vérifier si les orientations définies par le SIB, plan lancé dix ans avant le programme mentionné, se reflètent dans ses principes. Sur la base de ce qui a été vu, nous avons identifié les observables suivants :

SIB : observables « télésanté »
- Réduire les inégalités régionales dans le domaine de la santé ; - Promouvoir l'intégration nationale ; - Garantir l'accès aux soins primaires en santé dans toutes les régions et zones isolées du pays; - Action à distance de spécialistes pour appuyer l'éducation à distance en santé ; - Action à distance de spécialistes pour promouvoir le développement du secteur de la santé ; - Diagnostic et action médicale basés sur des réseaux.

Tableau 7: Le plan SIB (Brésil) et ses observables en lien avec la télésanté.

Nous traiterons brièvement des deux autres documents qui composent la stratégie du Brésil pour la société de l'information : le Livre vert et le Livre blanc.

7.4.3.5 Livre vert et Livre blanc

Pour ce qui est du Livre blanc, l'analyse de son contenu indique qu'il a déjà perdu son objet. Publié en 2002, il s'agissait d'un plan d'action pour le Ministère de la Science et Technologie. Le document traite superficiellement du thème « société de l'information », et ignore aussi l'existence du Livre vert[190]. De sorte qu'il est inutile de s'appesantir davantage sur son contenu, une fois qu'il ne correspond pas à l'objet de notre étude.

Nous allons donc parler des points principaux vus dans le Livre vert (2000), en lien avec les retombées des prévisions faites par le SIB (1998). Le Livre vert présente des éléments qui renvoient à d'autres plans étudiés, ce que l'on peut constater dans la mention directe à quelques-uns des observables déjà mis en évidence.

Il existe plusieurs points analogues aux propositions émises dans le SIB. Toutefois, pour ce qui est du thème « télésanté », ses dispositions sont plus éparses dans tout le document, apparaissant dans les thèmes « gouvernement à la portée de tous », « R&D (recherche et développement), technologies clé et applications » et « infrastructure avancée et nouveaux services ».

[190] La question est traitée par Costa Santos et Carvalho (2009) dans Costa Santos, P. L. et Carvalho, A.M. *Sociedade da informação: avanços retrocessos no acesso e no uso da informação*. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.19, n.1, p. 45-55, jan./avr. 2009. Consulté le 02/02/2015. Accessible à l'adresse: http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/1782/2687

Le document renforce ce qui est prévu par le SIB, comme la question de l'élimination des distances et la possibilité d'une assistance médicale qualifiée dans des endroits éloignés ne disposant pas d'une bonne infrastructure.

Finalement, signalons encore deux projets expérimentaux mis en œuvre par le gouvernement à la fin des années 1990, en lien avec la télésanté et mentionnés dans les exemples donnés dans le Livre vert : le développement d'une carte nationale de santé et du dossier médical électronique, tous les deux insérés dans un plan d'informatisation du Système Unique de Santé (SUS).

Après avoir examiné plusieurs plans lancés au niveau mondial, régional ou local, nous allons conclure ce chapitre par l'analyse des documents finals du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI). Dans ses documents finals, le SMSI s'appuie sur ses antécédents et en tire une parcelle de légitimité dans le débat politique sur la société de l'information instauré dans les années 1990.

C'est ce qui a été constaté par Durand[191], quand il affirme que les mots n'ont pas de pouvoir intrinsèque, et qu'une partie de leur efficacité vient de l'utilisation d'expressions porteuses de représentations, d'imaginaires, de stratégies, de décisions.

[191] 2007.

Chapitre 8 – Les documents finals du Sommet mondial sur la société de l'information (SMSI), période 2003 – 2005

8.1 Introduction

Pour approfondir les débats sur la société de l'information, l'idée de réaliser une grande conférence mondiale s'est imposée dès la fin des années 1990. Avec le soutien et sous la coordination de l'ONU et de son agence spécialisée l'UIT[192], la réalisation d'un sommet mondial sur le thème de la « société de l'information » a alors été proposée.

175 États nations ont participé aux deux phases du sommet (Genève 2003 et Tunis 2005), en plus de secteurs de l'initiative privée, de la société civile, de communautés de pays et d'organisations internationales. Signalons la participation de l'OMS, de l'OPAS et de la CEPALC, ainsi que celle du Brésil.

La réalisation du sommet répondait à la fois à la nécessité latente de définir des lignes d'action pour le développement des TIC dans le monde et à un besoin croissant de régulation internationale, *pari passu* avec la prolifération de conférences internationales constatée par Tenenbaum[193] (2007).

À partir de l'analyse de documents à l'échelle mondiale, régionale ou locale, nous avons pu constater dans le chapitre précédent une certaine homogénéisation d'opinions et la constitution de modèles ou recettes politiques sur la question, constatées dans l'identification

[192] L'initiative de l'UIT figure dans la Résolution 73 de 1998, qui demande le soutien de l'ONU pour la coordination et la promotion d'un sommet consacré au thème « société de l'information » (UIT, 1998) ; de son côté, l'ONU (2002) a exprimé son appui dans la Résolution 56/183 du 31/01/2002.

[193] La conférence SMSI répond aux trois fonctions identifiées par l'auteur : la « fonction normative », qui vise à conduire les États-nation à modifier leur propre appareil administratif, la « fonction d'information », liée à la sensibilisation à l'échelle globale, et la « fonction de surveillance », liée à l'évaluation des résultats.

d'observables similaires ou récurrents dans les différents plans[194]. Nous avons vu la relation entre cette « homogénéisation » et un autre processus, celui d'acceptabilité. En vue des objectifs de la recherche, nous avons d'abord vérifié dans ces plans les observables liés à l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé.

Avant de passer à l'analyse des documents des quatre organisations définies dans notre méthodologie dans le chapitre « méthodes et matériels », il nous faut d'abord étudier d'autres documents également considérés comme des « antécédents ». Ensuite, nous aborderons les quatre documents finals[195] du SMSI.

Avec une attention toute spéciale aux recommandations relatives à la télésanté, nous avons élaboré à la fin du chapitre un tableau analytique d'observables que nous pourrons utiliser dans les étapes postérieures de la recherche. Les observables vus dans le chapitre précédent sont également très importants pour composer ce tableau.

Dans les quatre documents finals analysés, à savoir la Déclaration de principes de Genève[196], le Plan d'action de Genève[197], l'Engagement de Tunis[198] et l'Agenda de Tunis pour la société de l'information[199], nous associerons, dans la mesure du possible, les prévisions vues dans la Déclaration de Genève et celles faites dans l'Engagement de Tunis, et, compte tenu de leur propre nature, nous associerons aussi le plan d'action de Genève et l'Agenda de Tunis.

Vu l'étendue et l'importance de leurs propositions, nous attachons plus d'importance aux documents Déclaration de Genève et Plan d'action de Genève, car les documents de la seconde phase du sommet découlent, en grande partie, des deux premiers.

---

[194] Dans ce sens, on peut affirmer que les plans qui traitent du développement des TIC naissent avec la prétention d'être des plans globaux, s'adaptant ainsi à une tendance de multilatéralisme dans un monde globalisé, constatée par Tenenbaum (2007) : l'émergence d'une « volonté politique de se saisir d'une problématique spécifique aux dimensions globales ».

[195] En plus des documents finals publiés au terme de chaque phase du sommet, il existe une grande quantité de documents provenant de ses phases préliminaires. Les onze documents relatifs à la première phase du sommet et les dix-huit documents produits avant la seconde phase sont accessibles dans la base de données de l'événement consultée le 12/02/2015 à l'adresse : http://www.itu.int/wsis/index-fr.html

[196] SMSI, 2003a.

[197] SMSI, 2003b.

[198] SMSI, 2005a.

[199] SMSI, 2005b.

8.2 La legitimité

De l'analyse des quatre documents finals considérés, nous dégageons tout particulièrement les performatifs[200] présents dans la Déclaration de Genève.

L'introduction de ce document compte dix-huit paragraphes dont seulement deux ne correspondent pas à la définition de performatif. Cinq performatifs font mention de diverses déclarations des Nations unies, entre autres la Déclaration du Millénaire[201] et la Déclaration des droits de l'homme[202].

Étant donné qu'ils rappellent le contexte pris en compte pour la proposition de toutes les recommandations, les autres performatifs importants sont les suivants : « reconnaître la souveraineté des États » (paragraphe 6) ; « reconnaître les progrès de la science et de la technique » (paragraphe 7) ; « nous sommes conscients de l'existence d'une fracture numérique » (la transformer en occasion numérique) (paragraphe 10).

Quelques-uns des observables vus dans d'autres documents étudiés apparaissent à côté des performatifs, ce qui constitue aussi une manière de se rapporter au contexte. C'est le cas des expressions « améliorer la qualité de vie de tous », « développement équitable pour tous », « stimuler la croissance économique » et encore une fois, « lutter contre la fracture numérique ».

Sur base de la teneur de ses performatifs, la perspective de « société de l'information » adoptée par le SMSI se distingue d'autres plans précédents (NII, GII, GIS et autres) dans le sens d'une insistance sur les propositions destinées au champ social.

Si le SMSI emploie la formule « société de l'information » dans ses documents, il y ajoute un autre mot : « société de l'information inclusive[203] », une nouvelle formule à prendre en considération.

D'autres expressions associées à la « société de l'information inclusive » apparaissent dans la Déclaration de Genève, renforçant ainsi la perspective sociale observée au SMSI. Par

---

[200] Outre les expressions « nous réaffirmons… » (paragraphes 3, 4 et 5) et « nous reconnaissons… » (paragraphes 7, 8 et 17), on trouve aussi « nous sommes conscients que… » (paragraphes 9 et 10) et « nous sommes résolus… » (paragraphes 11 et 14).
[201] ONU, 2000.
[202] ONU, 1948.
[203] Comme énoncé dans la Déclaration de Genève (SMSI, 2003a) : « Nous reconnaissons que tels sont les principes fondamentaux de l'édification d'une société de l'information inclusive ».

exemple, « fracture numérique[204] », « occasion numérique », « solidarité numérique », toutes expressions largement utilisées dans les quatre documents.

Avec cette insistance et la répétition de ces formules, un certain type d'approche se dessine : on peut le constater dans les thèmes des onze principes fondamentaux qui orientent le SMSI, lancés dans la Déclaration de Genève.

Nous avons organisé les onze principes du SMSI, ses « grandes orientations », dans le « tableau 8 » ci-dessous. Chacun d'eux a ensuite été associé aux principes récurrents identifiés dans les autres plans étudiés (colonne centrale). Finalement, nous avons retenu quelques extraits du document dans la colonne droite, à titre d'exemple :

Tableau 8: les príncipes du SMSI x príncipes récurrents d'autres plans

Principe 1 (SMSI) Le rôle des gouvernements et de toutes les parties prenantes dans la promotion des TIC pour le développement	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Coopération et collaboration internationale	**Particularité SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** - Coopération pour l'édification d'une <u>société de l'information à dimension humaine</u>
Principe 2 (SMSI) L'infrastructure de l'information et de la communication, fondement essentiel d'une société de l'information inclusive	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Accès universel; - Inciter le secteur privé à developper les réseaux (encouraging private investment)	**Particularité SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** <u>- […] non seulement de mobiliser davantage d'investissements privés […] mais encore de répondre aux obligations de service public</u> dans les régions où les mécanismes traditionnels du marché ne fonctionnent pas.
Principe 3 (SMSI) L'accès à l'information et au savoir	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Accès universel; - Accès ouvert aux réseaux (providing open acces); - Fracture numérique (digital divide)	**Particularité SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** <u>- Société de l'information inclusive</u> ; - Les informations relevant du domaine public devraient être facilement accessibles <u>(politiques sanitaires)</u> ; - Il faudrait renforcer les […] points d'accès communautaire
Principe 4 (SMSI)	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)**	**Particularité SMSI: fragments de la Déclaration de Genève**

[204] L'expression « fracture numérique », tout comme « société de l'information », apparaît dans le livre organisé par Durand intitulé « Les nouveaux mots du pouvoir » (2007).

Le renforcement des capacités	- Assurer une éducation et une formation appropriées; - Life-long learning;	- […] l'apprentissage tout au long de la vie, l'apprentissage à distance et d'autres services spéciaux, comme la télémédecine, peuvent apporter une contribution essentielle à l'employabilité ; - […] un rôle essentiel revient aux partenariats, en particulier entre pays développés et pays en développement
Principe 5 (SMSI) Etablir la confiance et la sécurité dans l'utilisation des TIC	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Améliorer la sécurité de l'information; - Mettre en place un système loyal et efficace (security and reability); - Protéger la vie privé	**Particularité SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** Cybersécurité
Principe 6 (SMSI) Créer un environnement propice	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Coopération et collaboration internationale; - Creating a flexible regulatory environment;	**Particularité du SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** - Les pouvoirs publics devraient intervenir de façon adéquate pour remédier aux insuffisances du marché ; - Les TIC sont un puissant catalyseur de la croissance car elles permettent de réaliser des gains d'efficacité et de productivité ; - Normalisation et gouvernance d'Internet
Principe 7 (SMSI) Les applications des TIC et leur apport dans tous les domaines	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Application: delivering the benefits; - Améliorer la comprehésion des effets sur la qualité de vie (améliorer les soins de santé)	**Particularité du SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** - […] il conviendrait que les collectivités locales assument un rôle majeur dans la prestation de services TIC, pour le bien des populations concernées (santé et information sanitaire)
Principe 8 (SMSI) La diversité et l'identité culturelles, la diversité linguistique et les contenus locaux	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Cultural diversity	**Particularité du SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** - L'élaboration de contenus locaux adaptés aux besoins nationaux ou régionaux encouragera le développement socio-économique et stimulera la participation de toutes les parties prenantes, en particulier les habitants des zones rurales, isolées ou marginalisées.
Principe 9 (SMSI) Médias	**Observables (GII, GIS et d'autres plans)** - Cultural diversity	**Particularité du SMSI: fragments de la Déclaration de Genève** - Nous réaffirmons la nécessité de réduire les disparités entre les médias sur le plan international en particulier en ce qui concerne l'infrastructure, les ressources techniques et le développement des compétences.

Principe 10 (SMSI)	Observables (GII, GIS et d'autres plans)	Particularité du SMSI: fragments de la Déclaration de Genève
Les dimensions éthiques de la société de l'information	- Privacy protection	- La famille devrait bénéficier de la protection la plus large possible […] ; - […] liberté d'opinion, de conscience et de religion

Principe 11 (SMSI)	Observables (GII, GIS et d'autres plans)	Particularité du SMSI: fragments de la Déclaration de Genève
La coopération internationale et régionale	- Coopération et collaboration internationale; - Fracture numérique (digital divide)	- Utiliser les possibilités offertes par les TIC pour parvenir aux objectifs de développement qui ont été décidés à l'échelle internationale, notamment ceux de la Déclaration du Millénaire […] ; - Société de l'information inclusive ; - Pacte de solidarité numérique, réduire la fracture numérique ; - L'intégration régionale contribue au développement de la société mondiale de l'information ; - Nous décidons d'aider les pays en développement, les pays les moins avancés et les pays à économie en transition

En ce qui concerne la structure « légitimité » de notre base épistémologique, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que les processus d'homogénéisation d'opinions et de diffusion de modèles ou recettes politiques sont pertinents.

Les relations entre les observables récurrents et les principes du SMSI permettent de vérifier l'intérêt de ce dernier à incorporer les propositions issues du débat politique international sur la question de la « société de l'information » au long d'une décennie, avec toutefois certaines spécificités liées aux principes du SMSI.

Quant aux similarités ou homogénéités, nous les avons expliquées plus haut selon notre base épistémologique. Pour ce qui est des spécificités ou des particularités du SMSI, il est possible de les comprendre en tenant compte de deux facteurs.

Le premier concerne l'engagement des Nations unies pour la réalisation du sommet et donc la nécessité de respecter les principes et accords signés par l'organisation. Le second relève de la diversité socioéconomique et culturelle des 175 pays signataires des documents

finals et de la nécessité d'adapter les recommandations aux aspirations et aux potentialités d'un si grand nombre de nations.

8.3 Éléments observables, les prévisions sur la télésanté et la question de l'efficacité

Après avoir parlé des principes du SMSI déclinés dans la Déclaration de Genève, venons-en aux « mesures concrètes » : on observe qu'elles sont surtout liées au Plan d'action de Genève, lequel s'autodéfinit comme un document « destiné à promouvoir la société de l'information aux niveaux national, régional et international » (SMSI, 2003b).

On peut observer une orientation prédominante dans les recommandations de ce plan d'action, dans tous ses paragraphes, thèmes et points : il s'agit de lancer un *appel aux États nations pour qu'ils adoptent des politiques nationales pour les TIC*. De sorte que les lignes d'action proposées dans le plan visent surtout à orienter les parties prenantes du SMSI à systématiser leurs politiques respectives.

Dans son introduction, le document définit les « parties prenantes » du SMSI et le rôle qu'elles doivent exercer : les gouvernements (l'élaboration et la réalisation à l'échelle nationale de cyberstratégies globales) ; le secteur privé (développement et diffusion des TIC) ; la société civile ; les organisations internationales et régionales. On note que parmi les quatre parties prenantes, c'est au gouvernement que sont dirigées la plupart des propositions.

Pour montrer cette prédominance, nous avons construit le tableau ci-dessous, divisé en quatre parties, une pour chacune des parties prenantes. Nous avons ensuite associé, pour chaque partie prenante, la quantité de mentions trouvées dans le texte.

Les termes synonymes ont été pris en compte dans les calculs, comme « pouvoir public » et « gouvernement », ou « organismes » et « organisations internationales ». Finalement, nous avons compté les mentions dans les divers points (titres, sous-titres et paragraphes) du document (au total, 220 points) :

Tableau 9: Récurrences des quatre partie prenantes du SMSI

Partie prenante: Gouvernement	Mentions	Partie prenante: Org. Internationales	Mentions
"Pouvoir publique"	21	"Institutions internationales"	5
"Gouvernement"	12	"Organisations internationales"	9
"Pays"	42 (74)[205]	"Organisations intergouvernamentales"	2
		"Organisations regionales"	1
		"Organisations internat. et regionales"	1
		"Organismes"	2
		"Organisation des Nations Unies"	10
		"UNESCO"	1
		"UIT"	3
TOTAL	**75**		**34**

Partie prenante: Secteur privé	Mentions	Partie prenante: Société civile	Mentions
"Secteur privé"	11	"Société civile"	10
"Privé" (investissement)	1		
TOTAL	**12**		**10**

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Il nous a aussi semblé très important d'identifier le terme généralement associé à la partie prenante la plus récurrente, et nous avons constaté que « gouvernement » (et ses synonymes) apparaît presque toujours associé à « élaboration de politiques nationales[206] ».

Mais il faut encore tenir compte du fait que la désignation de cette action sous le nom d'« élaboration de politiques nationales » se présente sous plusieurs formes, telles que « définition de cyberstratégies », « établir une législation », et d'autres.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons examiné la récurrence des expressions qui se rapportent à cette action. À titre d'information, voici les verbes les plus utilisés pour la désigner dans le texte : élaborer (élaboration), prendre (des mesures), établir, formuler, analyser, adapter et respecter.

[205] Dans le cas du mot « pays », nous avons détecté plusieurs répétitions dans le même point. Nous indiquons le nombre total de mentions entre parenthèses (74), mais nous n'avons considéré que les 42 mentions dans des points distincts.
[206] Ici, « élaboration de politiques nationales » pour les TIC.

Tableau 10: Récurrence des termes

Thème: "Politiques"	Mentions	Thème: "Cyberstratégies"	Mentions
"Politiques"	4	"Cyberstratégies"	1
"Politiques nationales"	4	"Cyberstratégies globales"	1
"Politiques en matière des TIC"	1	"Cyberstratégies nationales"	10
"Politiques gouvernementales"	1		
"Politiques culturelles"	1		
"Politiques d'éducation nationale"	1		
TOTAL	**12**		**12**

Thème: "Stratégies"	Mentions	Thème: "Législation"	Mentions
"Stratégies"	6	"Législation" (établir une)	3
"Stratégies et politiques"	1	"Législatives" (mesures)	1
"Stratégies et législation"	1	"Legislations nationales"	3
"Stratégies nationales"	1		
"Stratégies d'administration"	1		
"Stratégies et priorités"	1		
TOTAL	**11**		**7**

Groupe: "Normes"	Mentions	Groupe: "Cadre juridique"	Mentions
"Normes" (conformité avec)	3	"Cadre juridique" (créer/élaborer)	2
"Normes internationales" (élaboration/respect)	3		
TOTAL	**6**		**2**

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Comme le montrent ces tableaux, sur les 220 points (thèmes, titres, sous-titres, paragraphes, alinéas) du « Plan d'action de Genève », la partie prenante « gouvernement » (pouvoir public, pays, etc.) apparaît environ 75 fois, et dans 50 cas, le mot apparaît accolé à l'une des expressions suivantes : politiques, cyberstratégies, stratégies, législation, normes, cadre juridique.

Nous pouvons ainsi affirmer qu'il y a un type de recommandation prédominante dans le document : *celle qui s'adresse aux États-nations en leur demandant l'adoption de plans nationaux pour le développement des TIC.*

On peut en inférer que les documents finals du SMSI partent de la prémisse qu'en 2003, une grande partie des pays n'avaient pas encore établi de plans nationaux dans ce sens,

tout en insistant sur les pays en développement dans les prévisions du Plan d'action de Genève.

D'un autre côté, on constate que l'appel lancé aux pays développés dans le Plan d'action de Genève et dans les trois autres documents finals, se base davantage sur la nécessité de les sensibiliser à la question de la fracture numérique. Et donc sur la nécessité de financer les progrès de la société de l'information dans les pays moins développés, dans le cadre de ce qui est appelé « pacte de la solidarité numérique » dans ces quatre documents.

8.4 Les éléments observables relatifs à la télésanté dans les documents finals su SMSI

Un des six thèmes du plan d'action[207] détaille les recommandations spécifiques pour chacun des onze principes définis dans la Déclaration de Genève et résumés dans le « tableau 8 » ci-dessus. Parmi ceux-ci, les prévisions relatives à la télésanté énoncées dans le septième principe ou « grande orientation » qui s'intitule « les applications TIC et leur apport dans tous les domaines ».

Nous avons vu que les plans National Information Infrastructure (NII, 1993), Global Information Infrastructure (GII, 1995), Global Information Society (GIS, 1995), le Bangemann Report (1994) et même le plan brésilien (SIB, 1998) traitent également du thème « applications TIC », y compris les prévisions liées à la télésanté en plus de celles relatives à d'autres domaines considérés tout aussi prioritaires pour l'adoption des TIC.

Outre le champ de la télésanté, le Plan d'action de Genève donne la priorité aux secteurs suivants dans les « applications TIC » : administration électronique, commerce électronique, téléenseignement, cybertravail, cyberécologie, cyberagriculture, cyberscience.

Pour établir une comparaison entre le NII, le GII, le Bangemann Report et le SIB brésilien quant à leur approche de questions analogues, nous avons organisé le tableau ci-

[207] Les recommandations figurant dans le plan d'action sont groupées en six grands thèmes identifiés par les lettres (A), (B), (C), (D), (E) et (F). Le thème (C) est le plus vaste, avec les définitions du SMSI pour chacune des onze lignes d'action présentées dans la Déclaration de Genève et détaillées dans le « tableau 8 ». Le thème (A) traite des « parties prenantes » du SMSI, le thème (B), d'« atteindre les objectifs du SMSI » et les thèmes (D), (E) et (F) traitent respectivement du « pacte de solidarité numérique », du « suivi et évaluation », et « vers la seconde phase du SMSI (Tunis) ».

dessous, où sont aussi énumérés les domaines prioritaires pour les « applications TIC » selon le SMSI :

Tableau 11: Applications TIC – les secteurs prioritaires

SMSI (2003-2005)	NII (1993) et GII (1995)	BANGEMANN (1994)	SIB (Brésil, 1998)
Télésanté	Health care	Healthcare networks	Santé
Cyberscience	Research	Network for research centres	Sciences et technologies
Télé-enseignement	Life-long learning	Distance learning	Éducation
e-Administration	Government	Public administration	Gouvernement
Cybertravail	Civic networking	Electronic tendering	Travail
e-Commerce		Teleworking	Transports et circulation
Cyberécologie		Road traffic management	Entreprises (PME)
Cyberagriculture		Telematic services for SMEs	Environement et agriculture
		Air traffic control	Culture
		City information highways	Relations internationales

La constatation résultant de l'analyse du « tableau 9 » et du « tableau 10 » ci-dessus, qui nous indique le type de recommandation prédominante et à qui est destiné ce type de recommandation, apparaît également dans les recommandations spécifiques en lien avec la télésanté. Nous le constatons dans deux des six recommandations faites dans le sous-thème « télésanté » qui fait partie de la grande orientation « les applications TIC et leur apport dans tous les domaines » :

> Plan d'action de Genève: "les applications TIC et leur rapport dans tous les domaines". Télésanté: a) Promouvoir la collaboration entre pouvoirs publics, planificateurs, professionnels de la santé et autres organismes, avec la participation des organisations internationales, en vue de créer des systèmes de soins de santé et d'information sanitaire fiables, réactifs, d'excellente qualité et à des coûts abordables, et de promouvoir dans le domaine médical la formation continue, l'enseignement et la recherche grâce à l'utilisation des TIC, tout en respectant et en protégeant le droit des citoyens au respect de leur vie privée [...] d) Encourager l'élaboration de normes internationales pour l'échange de données sanitaires, compte dûment tenu des considérations de confidentialité (SMSI, 2003b).

Soulignons les prévisions de la deuxième partie de l'alinéa (a), d'ailleurs observée dans d'autres plans : « créer des systèmes de soins de santé et d'information sanitaires […] d'excellente qualité et à des coûts abordables » et « promouvoir dans le domaine médical la formation continue, l'enseignement et la recherche grâce à l'utilisation des TIC ». Pour ce qui est des prévisions faites aux alinéas (b), (c), (e) et (f), nous avons relevé les observables suivants :

> (b) Faciliter, dans le monde entier, l'accès au savoir médical et aux contenus adaptés aux conditions locales...
> (c) ...l'amélioration des systèmes comuns d'information.
> (e) ...améliorer les systèmes de soins de santé et d'information sanitaire et d'en étendre la couverture aux zones reculées ou mal desservies ainsi qu'aux populations vulnerables...
> (f) ...les TIC pour fournir une assistance médicale et humanitaire en cas de catástofre naturelle et en situation d'urgence.

8.5 L'efficacité

Pour ce qui est plus particulièrement des recommandations relatives au thème de la « télésanté » présentes dans le Plan d'action de Genève, on constate qu'en comparaison avec celles d'autres plans globaux comme le GII et le GIS, le document constitue le plan mondial qui a consacré le plus grand nombre de recommandations à la question et qui leur a accordé le plus haut niveau de détail ou de définition.

Compte tenu de notre base épistémologique, ce niveau de détail plus élevé est interprété comme un élément qui peut jouer en faveur de l'efficacité des recommandations, dans la mesure où il augmente la possibilité qu'elles soient prises en considération par les États-nations auxquels elles sont destinées.

8.6 Tableau de récurrences et retour à la question de la « légitimité - homogénéisation », en lien avec les recommandations pour la « télésanté »

Avant d'aborder la structure de la coercibilité dans les prévisions figurant dans les documents du SMSI, nous allons considérer les observables identifiés qui se rapportent spécifiquement à la télésanté.

Compte tenu des observables mentionnés, de ceux qui ont été identifiés dans les autres plans étudiés et des tableaux analytiques élaborés, nous avons organisé en huit lignes thématiques ceux qui apparaissent le plus fréquemment comme des recommandations dans les plans à l'échelle nationale, régionale ou mondiale :

(1) « Applications » en tant que forme de tirer profit des TIC. La santé comme un des champs prioritaires : dans les plans étudiés, le développement d'applications est encouragé pour que la société tire profit des bénéfices des TIC. Le champ de la santé apparaît comme un des secteurs stratégiques ou prioritaires pour le développement de ces applications;

(2) L'État comme acteur central. La télésanté dans le contexte de la santé publique : dans le cas des applications en télésanté, la figure de l'État prédomine dans les plans en tant qu'agent principal pour leur promotion, et en particulier dans le secteur de la santé publique. La perspective de « donner l'exemple dans le domaine qui relève de leur compétence » est vue comme un observable récurrent;

(3) Meilleure qualité et meilleur accès à l'ensemble de la population : la télésanté se traduit par des bénéfices au profit du social, et en particulier par l'amélioration de la qualité des services fournis et par la possibilité d'accès à l'ensemble de la population;

(4) Accès aux régions isolées (zones rurales) : accès garanti aux populations habitant dans des régions isolées ou d'accès difficile, par exemple les populations des zones rurales;

(5) Concentrer les efforts sur les soins primaires de santé : toujours dans la perspective des avantages sociaux résultant des applications en télésanté, certains plans mettent l'accent sur les soins de base ou soins primaires de santé;

(6) Diminution des coûts accompagnée d'une augmentation de l'efficacité : en ce qui concerne les bénéfices d'ordre économique, les plans mentionnent la question de la réduction des coûts rendue possible par les pratiques en télésanté, associée à une augmentation de l'efficacité;

(7) La télésanté comme base pour une réforme sanitaire : toujours dans la même optique, avec la possibilité de réduire les coûts et d'augmenter l'efficacité, la télésanté constitue un élément important pour la réalisation d'une réforme du secteur (réforme sanitaire);

(8) Développer les services de télésanté existants : certains plans accordent une attention toute spéciale au rôle de l'État pour l'adoption de mesures qui aident au développement de la structure de télésanté existante, très souvent exploitée par le secteur privé.

Dans le tableau suivant, nous avons organisé les huit lignes ainsi définies en fonction de leur présence dans les documents utilisés pour la composer, à savoir le NII (USA), le GII (mondial), le GIS (mondial), le Bangemann Report et Corfu Document (Europe), les Framework Programs 4 et 5 (Europe), la Déclaration de Florianópolis et la Déclaration de Bavarois (Amérique Latine), le SIB et le Livre vert (Brésil), ainsi que les documents finals du SMSI (mondial).

Nous y indiquons en orange la mention d'un observable dans le plan considéré et en blanc, l'absence de ce même observable dans le plan respectif :

	NII (USA)	GII (Mondial)	GIS (Mondial)	Bangemann/ Corfu (Europe)	FP4/FP5 (Europe)	Déclarat. Florianop. /Bavarois (Amérique Latine)	SIB/Livre Vert (Brasil)	SMSI (Mondial)
(1) Applications : avantages des TIC au profit de tous. Santé « champ prioritaire »								
(2) L'État est l'acteur principal. Télésanté dans le domaine de la santé publique								
(3) Améliorer la qualité et augmenter l'accès à l'ensemble de la population								
(4) Atteindre les régions isolées (zones rurales)								
(5) Télésanté orientée aux soins primaires de santé								
(6) Réduction des coûts, plus d'efficacité								
(7) Télésanté : moyen de reformer le système de santé								
(8) Améliorer les services de télésanté existents								

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 12: Récurrences des recommandations sur la télésanté

Les huit observables énumérés dans la colonne de gauche sont récurrents dans plusieurs plans et indiquent ce que nous avons associé à la question de l'homogénéisation d'opinions, comme suggéré par Garrett[208] et à la structure que nous avons appelée légitimité.

Le « tableau 12 » permet de détecter qu'entre les observables les plus récurrents dans les documents, il y en a qui sont très fréquents. C'est le cas de ceux définis comme (1), (2), (3), (4) et (6) : ces recommandations se retrouvent dans tous les plans analysés.

Vu la nature juridique des recommandations internationales et l'impossibilité de parler de sanction contre leurs destinataires ou d'obligation pour eux de les adopter, nous indiquons ainsi les éléments qui peuvent exercer une influence sur leur adoption.

La récurrence de certains types de recommandations dans le débat international sur un thème spécifique indique une homogénéisation d'opinions, opère sur la légitimation de modèles et participe d'un processus d'influence, de sensibilisation, ce que nous avons appelé processus d'acceptabilité, expression empruntée à Krieg-Planque[209].

Si d'un côté, nous pouvons considérer les éléments relevés comme des structures destinées à rendre les recommandations plus efficaces, comme des agents exerçant une pression tolérable[210] sur les États-nations, d'un autre côté, cette « pression » n'est pas exercée que par les éléments discursifs identifiés.

Étant donné que le SMSI est une conférence internationale importante, un sommet mondial, il possède, outre son aspect normatif dans la proposition de recommandations[211], deux autres aspects, définis comme des « fonctions » par Tenenbaum[212]: la fonction d'information et la fonction de surveillance et de prévention.

En admettant que ces deux fonctions puissent être pleinement associées au processus d'acceptabilité, nous allons vérifier dans le point suivant la manière de les révéler dans les documents et de les associer à l'élément « coercibilité », sans toutefois procéder à une analyse approfondie.

---

[208] 2000.
[209] 2009.
[210] Castaneda, 2015.
[211] Dans le sens de « fonction normative » employé par Tenenbaum (2007), sans toutefois confondre la nature juridique d'une norme avec celle d'une recommandation.
[212] 2007.

8.7 La coercibilité et les fonctions d'information et de surveillance du Sommet

Nous allons parler ce qui peut être associé aux fonctions d'information et de surveillance dans les documents, selon la définition indiquée dans notre référentiel méthodologique et sur les bases présentées à la fin du point précédent.

Dans les documents finals du SMSI, nous pouvons associer la « fonction de surveillance » aux prévisions qui établissent *grosso modo* des indicateurs et des critères de référence pour l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des actions recommandées. En général, il est appel à la coopération d'agences spécialisées des Nations unies et à d'autres organisations internationales pour réaliser cette évaluation et ce suivi.

Les prévisions figurant dans les documents du SMSI sont organisées en articles appelés « suivi ». Les mentions de ces mesures que nous associons à la « fonction de surveillance » apparaissent dans la Déclaration de Genève et dans l'Engagement de Tunis au point « dans le cadre du suivi et de la mise en œuvre des conclusions du SMSI ».

D'autre part, une des six parties du Plan d'action de Genève s'intitule « suivi et évaluation ». Quant à l'Agenda de Tunis, 40 de ces 122 articles se rapportent à la partie intitulée « mise en œuvre et suivi ».

Pour ce qui est de la « fonction d'information », nous pouvons l'associer aux actions de publicisation ou de sensibilisation dirigées à la communauté internationale prévues dans les documents finals, à savoir la divulgation de principes, de résultats, d'objectifs atteints, etc.

En particulier, nous associons aux actions de sensibilisation[213] la stratégie d'organiser des conférences préparatoires dans cinq régions du monde différentes, comme la Conférence de Bavarois et la Conférence de Rio, réalisées avec les pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes, en 2003 et en 2005.

Quant à l'engagement d'agences spécialisées et d'organismes de l'ONU, son Conseil économique et social (ECOSOC) a été chargé du « suivi du Sommet à l'échelle du système,

[213] Une action typiquement destinée à la sensibilisation mondiale a été prévue dans l'Agenda de Tunis, qui a établi le 17 mai comme la journée mondiale de la société de l'information, « afin de contribuer à sensibiliser l'opinion, chaque année, à l'importance de ce moyen de communication universel et aux questions évoquées dans le cadre du Sommet […] » (SMSI, 2005b).

conformément à ce qui a été demandé dans les conclusions de Tunis[214] ». Tous les ans, les rapports de l'ECOSOC sur cet accompagnement sont remis au Secrétaire général de l'ONU, qui les fait publier dans un rapport annuel[215].

Les mesures concernant l'information et la surveillance touchent également les organisations régionales. En Amérique Latine et aux Caraïbes, un Observatoire pour la société de l'information en Amérique Latine et aux Caraïbes, l'OSCILAC[216], a été créé en 2003 par l'intermédiaire de la CEPALC.

Outre les prévisions des documents finals faisant mention expresse aux fonctions d'information et de surveillance, nous pouvons citer plusieurs développements :

-Réalisation annuelle du Forum SMSI (2006 – 2015) et publication d'un document final après chaque événement, les Forum SMSI « Outcome Documents[217] » ;

-Création d'un Inventaire global (Global Repository), c'est-à-dire d'une banque de données réunissant les projets réalisés dans le monde entier et organisés suivant les onze lignes d'action définies par la Déclaration de Genève[218] ;

-Création d'une plateforme de divulgation de projets récompensés par le SMSI et choisis comme projets modèles, dans le cadre de l'attribution WSIS Prizes[219] ;

-Formation d'un « Partenariat pour la mesure de l'usage des TIC pour le développement[220] » et définition d'un indicateur d'évaluation[221] des progrès réalisés par le pays dans le développement

[214] En conformité avec la Résolution 2006/46 ECOSOC, consultée le 19/03/2015, accessible à l'adresse : http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2006/resolution%202006-46.pdf

[215] Les rapports du Secrétaire général des Nations unies sur le suivi du développement de la société de l'information dans le monde sont disponibles à l'adresse http://unctad.org/en/Pages/CSTD/WSIS-Resolutions.aspx, consultés le 19 mars 2015.

[216] L'Observatoire fait partie du plan e-LAC. Quand nous l'avons consultée, le 4 février 2015, sa banque de données contenait environ 250 références telles que rapports, études statistiques, politiques publiques, etc. s'étendant sur la période 1990-2015 et séparées selon les thèmes : Accès et Infrastructure (52 publications) ; Éducation (43 publications) ; Gouvernement électronique (31 publications) ; Politiques pour les TIC (50 publications) ; Santé (18 publications) ; Secteur productif (56 publications), et d'autres publications en lien avec le programme @LIS.

[217] Consultés le 19 mars 2015. Accessibles à l'adresse : http://www.itu.int/wsis/implementation/index.html

[218] Le 19/03/2015, la base de données possédait un total de 6.739 projets enregistrés dans les onze domaines d'action, y compris 379 mentions obtenues avec le filtre de recherche « télésanté ». Consulté le 19/03/2015. Accessible à l'adresse : http://groups.itu.int/stocktaking/Database/SearchDatabase.aspx

[219] Les prix décernés aux actions réalisées au cours de l'année 2015 et enregistrées dans l'inventaire du SMSI (Stocktaking) sont disponibles à l'adresse (consultée le 29/07/2015) :
http://www.itu.int/net4/wsis/forum/2015/Content/doc/reports/wsisstocktaking-successstories-2015.pdf

[220] Quatorze organisations font partie de cet effort, parmi lesquelles la CEPALC, qui représente les pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes.

[221] Un standard de mesure pour le développement des TIC dans chacun des onze secteurs définis a été établi par le partenariat et divulgué dans Measuring the WSIS Targets, a Statistical Framework, publié en 2011, et consulté le 02/02/2015 à l'adresse :
http://www.uis.unesco.org/Communication/Documents/measuring-wsis-targets-statistical-framework.pdf

des TIC. Publication des résultats dans le document Final WSIS Targets Review[222], où l'un des domaines évalués concerne la télésanté.

La notion d'*espace public*, considérée par Krieg-Planque dans sa discussion sur le concept de formule, prend ici toute son importance, espace précisément « configuré par les procédés de publicisation que rend possible l'état politique, juridique, sociologique et technique d'une société donnée[223] ». Et selon la même auteure, il s'agit aussi d'un *espace de conflictualité*[224].

Ces actions de publicisation (fonction d'information) et de surveillance (ou suivi), vues dans toute leur extension dans les prévisions des documents finals, peuvent opérer comme formes tolérables de pression à plusieurs niveaux, en faisant partie de cet *espace élargi de régulation*, pour employer ici une autre acception donnée au mot *espace* dans l'optique de Chevallier (2014).

8.8 Résultats et discussion finale

Outre notre intérêt de vérifier dans les textes du SMSI la relation des observables identifiés avec le processus d'acceptabilité, nous avons aussi cherché à savoir à qui les recommandations proposées étaient dirigées en priorité et, en même temps, quelle était la recommandation la plus fréquente dans les quatre documents.

Nous avons trouvé les quatre parties prenantes principales à qui les recommandations sont faites en premier lieu : gouvernements (pays, pouvoirs publics), organisations internationales (organisations internationales, régionales, organismes, etc.), société civile et secteur privé. Nous avons ensuite confirmé la prédominance du gouvernement, suivie de celle des organisations internationales.

Le thème le plus fréquent dans les recommandations des documents finals du Sommet est l'appel fait aux parties prenantes à « élaborer » (ou « créer », ou « adapter ») des politiques

[222] Le document peut être consulté à l'adresse (consulté le 02/02/2015) : http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/wsisreview2014/WSIS2014_review.pdf
[223] Krieg-Planque, 2009, p. 119.
[224] Krieg-Planque, 2012, p. 41.

(ou cyberstratégies, ou stratégies, ou la législation, les normes, le cadre juridique) en conformité avec les principes définis dans les documents en question.

En associant le thème le plus récurrent avec les parties prenantes considérées comme les principales destinataires, nous constatons que le SMSI recommande d'abord que :

- *les « gouvernements » définissent (ou adaptent), au niveau national, leurs politiques, ou « cyberstratégies », pour le développement des TIC ;*

- *les « organisations internationales » définissent des politiques, ou « cyberstratégies », pour le développement des TIC, dans le cadre de leur domaine de spécialisation et de leur domaine d'action respectifs (régional ou international).*

Quant aux recommandations spécifiques sur la télésanté, on peut observer dans les textes la répétition de cette même structure, adaptée au thème en question, et que nous pourrions résumer dans l'affirmation suivante :

- *"Il est recommandé aux gouvernements / organisations internationales de définir des politiques ou 'cyberstratégies' pour la télésanté, dans leurs juridictions respectives ».*

Cet appel apparaît de manière explicite dans les alinéas « a » et « d » du point relatif à la télésanté dans le Plan d'action de Genève, et de manière implicite dans les alinéas « b », « c », « e » et « f », qui proposent des lignes d'action pour orienter les politiques qui seront définies par les « gouvernements » ou par les organisations internationales.

À côté de cet appel à définir des politiques pour la télésanté, les documents suggèrent des « lignes prioritaires » qui doivent être prises en considération pour orienter la définition de ces politiques.

Finalement, nous avons vérifié la corrélation entre ces « lignes prioritaires » et d'autres lignes présentes dans d'autres plans, toujours sur la question de la « télésanté » : un processus d'homogénéisation qui remplit sa fonction dans un autre processus plus large que nous avons appelé « processus d'acceptabilité ».

Sur base de cette analyse de contenu, nous proposons le tableau analytique suivant (tableau 13), structuré en huit recommandations, récurrentes dans les plans analysés :

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Avantages des TIC au profit de tous. Santé « champ prioritaire »	L'État est l'acteur principal. Télésanté dans le domaine de la santé publique	Améliorer la qualité et augmenter l'accès à l'ensemble de la population	Atteindre les régions isolées (zones rurales)	Télésanté orientée aux soins de santé primaires	Réduction des coûts, plus d'efficacité	La télésanté comme moyen de reformer le système de santé	Améliorer les services en télésanté existents

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 13: Les huit recommandations récurrentes identifiées (suivant le tableau 12)

Après avoir conclu ce chapitre concernant la seconde partie des antécédents, nous allons passer à l'analyse des plans d'organisations internationales destinés à la régulation de la télésanté.

Chapitre 9 – Analyse des documents d'organisations internationales : UIT, OMS, CEPALC et OPAS

9.1 Introduction

Toujours dans l'étude de ce que nous avons appelé le « Premier groupe de documents », nous allons analyser les résolutions, rapports et études élaborés dans le cadre d'organisations internationales, directement concernées par le SMSI, par les TIC et surtout par la télésanté.

En particulier, nous parlerons des textes publiés après la réalisation du SMSI, c'est-à-dire après 2005, dans le but de montrer l'influence exercée par les recommandations du Sommet sur ces mêmes organisations, qui ont alors commencé à définir leurs propres politiques pour la télésanté et à les soumettre à leurs États membres respectifs.

Nous mettrons l'accent sur la continuité et le soutien donné au processus d'acceptabilité dans le cadre institutionnel, en signalant les éléments associés à ce processus, qui figurent dans les résolutions, rapports et études de ces organisations, et comment ces éléments jouent en faveur de l'engagement de leurs États membres.

Nous commencerons par les documents de l'UIT, agence spécialisée de l'ONU. Ensuite, nous traiterons des textes du corpus relatifs à l'OMS et finalement, des documents de l'OPAS et la CEPALC, deux organisations latino-américaines.

9.2 Analyse des documents de l'Union internationale des télécommunications, UIT (période 2006 – 2014)

9.2.1 Introduction

Une analyse préliminaire des documents de l'UIT montre que celle-ci poursuit le travail qu'elle réalisait avant la tenue du Sommet, quand elle opère pour la définition de politiques en faveur de la télésanté en suivant à la recommandation principale vue dans les documents du SMSI : *Il est recommandé aux gouvernements / organisations internationales de définir des politiques ou 'cyberstratégies' pour la télésanté, dans leurs juridictions respectives*.

Cette constatation nous permet d'inférer que les éléments qui participent au processus d'acceptabilité ont, d'une manière directe ou indirecte, poussé l'organisation à adopter cette recommandation. Tout comme il peut exercer une influence sur les États-nations à se sensibiliser aux recommandations qui leur sont faites, le « processus d'acceptabilité » peut influencer d'autres acteurs politiques tels que les organisations internationales.

Concernant les recommandations proposées par l'UIT pour de la télésanté et figurant dans des textes publiés après la réalisation du SMSI en 2005, on constate que l'organisation s'engage à établir des lignes d'action pour aider ses États membres à définir des politiques dans ce domaine.

Dans un premier temps, on peut en déduire que ces recommandations exercent une forme tolérable de pression tout en renforçant l'homogénéisation d'opinions et la diffusion de modèles et de recettes politiques aux États membres.

Vu la part prise à ce processus par ces recommandations, leur relation avec le SMSI et leur rôle dans la régulation internationale relative aux TIC et à la télésanté, voilà qui justifie notre objectif d'identifier les corrélations entre ce qui a déjà été exposé et les nouveaux éléments apportés à l'analyse par les documents de cette organisation. Ce qui nous aidera à confirmer les déductions faites plus haut et à réunir davantage d'éléments pour tester les hypothèses envisagées dans notre recherche.

Sur base des documents de l'UIT choisis pour notre corpus d'analyse et compte tenu de notre base épistémologique et des composantes du processus d'acceptabilité, on y observe

un niveau de détail ou de définition plus élevé pour les lignes d'action mentionnées par comparaison aux documents finals du SMSI ou à d'autres documents analysés. Et ces lignes d'action sont élaborées pour servir de référence aux États membres dans la définition de leurs politiques pour la télésanté.

Nous avons également noté la présence dans ces documents d'observables récurrents, constatés dans les plans ayant précédé le SMSI et aussi dans les documents finals du Sommet, en vérifiant au passage dans quelle mesure ils renforcent le processus d'homogénéisation.

Finalement, nous avons constaté que l'UIT dirige ses recommandations de préférence à un certain type de destinataires, à savoir les pays en développement.

9.2.2 Présentation de l'organisation et des documents analysés

L'UIT est une organisation dont font partie 193 pays et 700 entités privées, y compris plusieurs universités ; elle possède 12 bureaux régionaux et d'autres disséminés dans le monde entier[225]. Elle travaille principalement à créer des partenariats entre le secteur public et privé.

Sa structure administrative comprend un Secrétariat général et quatre secteurs principaux. En ce qui concerne la télésanté, deux de ces secteurs sont chargés de la définition de recommandations : l'UIT Telecommunications Standardization Sector (UIT-T) et l'UIT Telecommunications Development Sector (UIT-D).

Selon les informations disponibles sur le site Internet de l'UIT-T[226], ce secteur est chargé de l'élaboration de recommandations normatives. Pour ce qui est des actions typiquement liées à la télésanté, elles sont regroupées sous le thème e-Health Standardization[227]. Outre les documents consacrés à la normalisation ou à la définition de standards, plusieurs assemblées mondiales ont été organisées sur le thème[228].

---

[225] Suivant la description donnée sur son site, consulté le 21/05/2015 à l'adresse : http://www.itu.int/fr/about/Pages/default.aspx

[226] À propos du rôle de l'UIT-T dans la définition de « normes », son site Internet utilise la phrase suivante pour expliquer que celles-ci « ne sont pas contraignantes » : « Les recommandations UIT-T, bien que non contraignantes, sont généralement respectées en raison de leur qualité élevée et du fait qu'elles garantissent l'interconnectivité des réseaux et permettent de fournir des services de télécommunication dans le monde entier ». Site consulté le 21/05/2015 à l'adresse : http://www.itu.int/en/ITU-T/about/Pages/default.aspx

[227] La structure de l'UIT-T est formée de 17 commissions d'études (CE) dans son secteur de normalisation. Quatre d'entre elles traitent du thème de la télésanté : Groupe d'étude 16 « télésanté et normalisation »

De son côté, l'UIT-D se consacre à améliorer et à faciliter le développement des TIC dans le monde « en fournissant des conseils et une assistance technique directe »[229]. Cette fonction « normative » est détaillée sur son site Internet dans les termes suivants :

> Les activités du Secteur UIT-D sont diverses: conseils en matière de politique générale et de réglementation, de financement des télécommunications et de techniques à faible coût, assistance dans le domaine de la gestion des ressources humaines et conception de projets visant à favoriser le développement rural et l'accès universel.

Deux commissions d'études sont liées à l'UIT-D et il incombe à la commission d'études 2 de préparer les définitions d'études, les normes et les recommandations pour la télésanté.

Ce sont ces documents qui nous intéressent le plus de par leur structure et la thématique qui y prédomine : ils constituent des guides pour l'élaboration de stratégies et de plans nationaux dirigés aux pays membres de l'organisation.

Nous traiterons des études, guides et rapports suivants, mis à libre disposition par l'UIT-D[230] et qui correspondent du point de vue thématique aux définitions et critères de notre choix. Tous ont été publiés par l'UIT après la réalisation de la seconde phase du SMSI :

-Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé (UIT, 2006);

-Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles (UIT, 2008);

-Question 14-2/2 - Mobile Health Solutions for Developing Countries (UIT, 2010);

(standardisation) ; Groupe d'étude 16, question 28, « cadre multimédia pour les applications en télésanté » ; Groupe d'études 17, question 9, « télébiométrie » et Groupe focal « services du domaine machine-machine ».

[228] Dans ses performatifs, le document final de la World Telecommunication Standardization Assembly, WTSA, réalisée en 2012 à Dubaï, reconnaît le SMSI comme un de ses antécédents, et mentionne en outre le rôle conjoint de l'UIT et de l'OMS pour la normalisation de la télésanté dans le monde. Résolution 78, Dubaï, 2012 (UIT, 2012).

[229] Selon la description donnée dans son site. Consulté le 21/05/2015. Accessible à l'adresse : http://www.itu.int/fr/publications/ITU-D/Pages/default.aspx

[230] Sur le site de la commission d'études 2 de l'UIT-D, nous avons aussi trouvé plusieurs documents dont seule une partie était disponible ou consultables moyennant paiement. C'est pourquoi nous n'en avons pas tenu compte dans notre analyse, certains que les documents pouvant être librement consultés sont suffisants pour les besoins de notre recherche. Nous n'analyserons donc pas les documents suivants :
1998 - ITU-D Question 6/2 - Impact of Telecommunications in Health-care and Other Social Services ;
2002 - ITU-D Question 14/2 - Fostering the application of telecommunication in health care ;
2005 - Towards Interoperable e-Health for Europe : Telemedicine alliance strategy ;
2006 - Making better access to healthcare services ;
2014 - e-Health and innovation in women's and children's health: la baseline review.
Toutes ces publications, d'accès gratuit ou non, sont accessibles à l'adresse : (consultée le 25/05/2015) http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02

-Question 14-3/2: Information and telecommunications/ICTs for e-Health (UIT, 2014a).

Nous aborderons également trois rapports consacrés à la question de la « télésanté », élaborés avant la réalisation du SMSI et publiés à l'issue des Conférences mondiales de développement des télécommunications de l'UIT (CMDT), réalisées en 1994, 1998 et 2002 :

-Recommandation nº 1 "Application des télécommunications à la santé et à d'autres services sociaux" (UIT, CMDT, 1994b);

-Recommandation 9 "Télémédecine" (UIT, CMDT, 1998b);

-Résolution 41 " Cybersanté" (UIT, CMDT, 2002a).

Ci-dessous, nous présentons les résultats de l'analyse et de l'interprétation, en commençant par les derniers documents mentionnés.

9.2.3 Les résolutions concernant la « télésanté » dans les rapports de la CMDT/UIT publiés au cours de la période 1994-2002

Lors de la première Conférence mondiale de développement des télécommunications (CMDT), réalisée à Buenos Aires en 1994 sous l'égide de l'UIT, le thème « télésanté » avait déjà été mis à l'ordre du jour dans les discussions, sous le nom d'« application des télécommunications à la santé ».

Un chapitre du rapport final de cette conférence[231] est consacré aux déterminations relatives à la question, sous le titre Recommandation nº 1 « Application des télécommunications à la santé et à d'autres services sociaux ».

La recommandation en question préconisait la création d'une ligne d'action spécifique pour la commission d'études 2 de l'UIT, intitulée « Question 6/2 : incidence des télécommunications sur les soins de santé et les autres services sociaux ». Cette commission devait traiter la question « notamment dans les régions disposant de structures médicales insuffisantes ou totalement dépourvues de structures de ce genre ».

[231] UIT, 1994b. Document consulté le 29/05/2015. Accessible à l'adresse : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000414002PDFF.PDF

Pour ce qui est de la teneur de la Recommandation nº 1, on peut y noter la présence de quelques-uns des observables présents aussi bien dans le GII que dans le NII, lancé un an plus tôt par le gouvernement des USA, en 1993. Citons, par exemple :

-accès universel aux soins de santé;
-santé pour tous;
-pailler les lacunes des soins de santé (regions isolées)

En d'autres mots, tout comme dans le NII et le GII, l'adoption des TIC dans le champ de la santé était déjà basée sur quelques principes récurrents. Au vu de ces trois documents, on pouvait donc parler, dès 1993-1994, d'un processus d'homogénéisation.

Toujours dans le document Recommandation nº 1, nous trouvons un élément nouveau, qui n'a pas de parallèle dans les deux plans mentionnés plus haut. Voyons le texte de deux des cinq déterminations figurant dans la Recommandation nº 1 :

> UIT - CMDT, Buenos Aires, 1994. Rapport Final. Recommandation nº 1: [...] La Commission d'études doit: 1. définir les techniques les mieux adaptées à la télémédecine et les modalités les plus efficaces de diffusion auprès des pays en développement; 2. étudier les coûts et les avantages des différents solutions compte tenu des contextes particuliers aux pays en développement [...] (UIT, 1994b).

De sorte que le document associe l'observable « adoption des TIC en santé » à l'observable « pays en développement », montrant l'intérêt ou le souci de sensibiliser ou de susciter l'engagement des pays en développement. On retrouve d'ailleurs le même type de préoccupation et d'orientation dans les recommandations concernant la télésanté dans les rapports des conférences mondiales subséquentes organisées par l'UIT.

À titre d'exemple, dans le rapport final de la deuxième Conférence mondiale de développement des télécommunications, réalisée à La Valette, en 1998[232], on trouve une nouvelle recommandation relative à la télésanté, la Recommandation nº 9 (UIT, 1998b). Les observables associés à la « télésanté » et aux « pays en développement » y figurent comme des performatifs.

Ainsi, dès 1998, l'UIT mentionne les antécédents de l'organisation associés à ce type d'engagement envers les pays en développement :

[232] Document consulté le 29/05/2015. Accessible à l'adresse : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000424002PDFF.PDF

> UIT - CMDT, La Valette, 1998. Rapport Final. Recommandation 9: Rappelant a) que la CMDT (Buenos Aires, 1994) a recommandé à l'UIT d'étudier les possibilités qu'offre la télémédecine pour répondre à certains besoins des pays en développement [...] (UIT, 1998b).

Neuf autres performatifs de la Recommandation nº 9 font référence aux progrès obtenus, principalement dans le développement de la « télésanté » dans les « pays en développement[233] ».

Dans les prévisions du document, soulignons l'encouragement aux partenariats et au financement de projets de pays en développement, et l'appel fait à ces pays pour qu'ils définissent des projets pilotes en télésanté, en leur offrant les conseils aussi bien de l'UIT que de l'OMS. On y détermine également la création d'une autre ligne d'action pour la Commission d'études 2, la Question 14/2, intitulée « Comment encourager l'application des télécommunications aux soins de santé ? ».

On retrouve les mêmes performatifs et la même orientation aux pays en développement dans les recommandations relatives à la télésanté figurant dans la Résolution 41 « Cybersanté[234] », qui fait partie du rapport final de la troisième CMTD, réalisée à Istanbul en 2002.

Le rôle de l'UIT y est renforcé dans la définition d'actions en faveur de la télésanté et des pays en développement :

> UIT - CMDT, Istanbul, 2002. Résolution 41. Considérant que: [...] la Conférence [...] a recommandé à l'UIT de continuer à étudier les possibilités d'utiliser les télécommunications aux fins de la cybersanté pour répondre à certains besoins des pays en développement (UIT, 2002b).

La CMDT de 2002 marque un approfondissement de l'approche de la question de la télésanté par l'UIT, en l'associant aux pays en développement, comme dans la proposition de publication d'un rapport spécifique intitulé « Télémédecine et les pays en développement - enseignements tirés ».

---

[233] Signalons la réalisation du premier Colloque mondial sur la télémédecine pour les pays en développement, en 1997.

[234] Ce document est annexe au document Rapport sur la Question 14-1/2 de l'UIT-D. Consulté le 25/05/2015. Accessible à l'adresse :
http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/stg/D-STG-SG02.14.1-2006-PDF-F.pdf

Au cours de la période suivante, l'UIT a publié de nouveaux rapports dans le même sens pour définir des lignes d'action spécialement destinées à aider les pays en développement à construire leurs politiques nationales en télésanté, à élaborer des projets pour le secteur, etc.

Dans notre corpus, nous avons abordé quelques-uns de ces rapports, dont nous avons brièvement indiqué ci-dessus l'origine, les antécédents et les éléments de leur contenu.

9.2.4 La légitimité

Comme nous l'avons fait pour les autres documents étudiés, nous allons aborder les éléments liés au contenu (observables) à partir des structures qui font partie du processus d'acceptabilité. Il convient toutefois de faire une petite observation quant à la nature des documents ici étudiés.

À la différence des documents finals du SMSI, les quatre rapports de l'UIT dont nous traitons ne résultent pas d'un grand processus de concertation internationale, où les propositions font l'objet de délibérations et de décision collective, impliquant tous les pays membres, comme dans le cas des déclarations à l'issue d'un sommet mondial.

De la même manière, ces rapports n'ont pas la même nature que celle des résolutions de l'OMS et de l'OPAS, dont la rédaction engage les représentants des pays et d'autres organismes ou organisations sectorielles. Même si elle a pu compter sur la collaboration de plusieurs spécialistes de diverses parties du monde, l'élaboration de ces rapports est à charge d'une commission interne, la Commission d'études 2.

De sorte que les rapports de l'UIT nous conduisent parfois à rechercher de manière un peu différente les observables et leurs liens avec la légitimité, l'efficacité et la coercibilité.

Par exemple, nous avons associé à des performatifs certaines mentions figurant dans trois des quatre rapports étudiés, compte tenu de leurs caractéristiques, de la forme sous laquelle ils se présentent et de la fonction qu'ils exercent dans les documents.

Nous avons ainsi identifié dans ces textes deux manières principales, utilisées par la Commission d'études 2, de faire référence au contexte et aux antécédents, en cherchant à

« colorer le décor qui le rend légitime pour la prise de la parole qui suit[235] ». Il s'agit là d'une référence expresse à la CMDT et à la collaboration et à la participation de pays ou de « nombreux partenaires du monde entier ».

Dans les trois rapports en question, nous avons relevé des mentions à la CMDT dans les passages suivants :

> 1) Les Commissions d'études de l'UIT-D ont été créées aux termes de la Résolution 2 de la Conférence mondiale de développement des télécommunications (CMTD) organisée à Buenos Aires, Argentine, en 1994 [...] pour permettre de répondre dans les meilleurs délais aux préoccupations des pays en développement [...] (UIT, 2006) ;
>
> 2) In accordance with the decisions made by the WTDC in Doha (Qatar) in 2006 [...] (UIT, 2010);
>
> 3) La CMDT-10 a confié à la Commission d'études 2 l'étude de neuf Questions [...] La Commission d'études 2, conjointement avec la Commission d'études 1 de l'UIT-R, s'occupe également de la Résolution 9 (Rév. Hyderabad, 2010) de la CMDT-10 intitulé "Participation des pays, en particulier des pays en développement, à la gestion du spectre radioélectrique (UIT, 2014a).

Finalement, les extraits suivants des trois rapports mentionnent la participation ou la collaboration de divers pays et d'autres partenaires :

> 1) En consequénce, le présent rapport rend compte de l'expérience collective de collaborateurs de différents continents et de cultures différentes et constitue ainsi un ensemble écletique [...] L'élaboration du présent rapport est une illustration du travail de collaboration que nous avons entrepris avec de nombreaux partenaires du monde entier, (UIT, 2006) ;
>
> 2) The preparation of this report is one example of the experience of ITU experts in Mobile eHealth field and their ability to work successfully in cooperation with many other partners from all over the world (UIT, 2010) ;
>
> 3) Les résultats des travaux des Commissions d'études de l'UIT-D et les documents de référence connexes sont utilisés pour faciliter la mise en oeuvre de politiques, stratégies, projets et initiatives spéciales dans les 193 Etats Membres de l'UIT. Ces activités permettent en outre d'étoffer la base des connaissances partagées par les membres […] Le présent rapport a été établi par un grand nombre de volontaires provenant d'administrations et opérateurs différents (UIT, 2014a).

[235] Krieg-Planque, 2012, p. 60.

9.2.5 La coercibilité

En dehors de ceux auxquels la Commission d'études 2 fait appel dans ses rapports pour invoquer sa légitimité, nous avons aussi trouvé dans ces documents des éléments qui indiquent la mise en place de stratégies pouvant être associées au suivi et à l'observation du niveau de sensibilisation ou d'engagement des pays par rapport à ce qui est stipulé dans ses orientations.

Les stratégies de l'UIT consistent à proposer aux pays membres un soutien financier, technique et logistique pour la mise en place de projets pilotes dans le domaine de la télésanté, dans le cadre des lignes d'action prévues et en conformité avec les orientations établies par l'organisation.

Le suivi de l'exécution et des résultats de ces projets permet à l'organisation de divulguer *a posteriori* les résultats obtenus dans chaque pays, de les évaluer et d'encourager d'autres nations à adopter de « bonnes pratiques en télésanté ».

Dans les quatre documents de l'UIT étudiés, beaucoup d'espace est réservé à la divulgation de ces projets pilotes avec des rapports d'expériences dans différents pays. Ces documents peuvent ainsi servir d'orientation à un pays pour la définition de ses politiques pour la télésanté et d'instrument de publicisation et de sensibilisation pour la communauté internationale.

Pour ce qui est du rapport « Question 14-1/2 : Improving access to health services » (2006), il comprend deux parties[236], l'une d'elles entièrement consacrée à cette publicisation :

> Le présent rapport comprend deux parties [...] La Partie 1 est une introduction et traite de questions générales [...] La Partie 2 décrit plusieurs projets de télémédecine mis en oeuvre en Afrique, en Asie, en Australie, en Europe et en Amérique Latine (UIT, 2006).

Les rapports « Question 14-2/2 - Mobile Health Solutions for Developing Countries » (UIT, 2010) et « Question 14-3/2 : Information and telecommunications/ICTs for e-Health » (UIT, 2014a) possèdent la même structure, avec une introduction suivie d'un exposé de la mise en œuvre de pratiques de télésanté dans plusieurs pays en développement[237].

---

[236] Dans la seconde partie, le document rend compte du développement de projets pilotes dans 22 pays.
[237] Parmi les différents projets mentionnés, mis en œuvre dans les pays en développement, un seul se rapporte au Brésil, le projet Brazil (Telemedicine – WiMAX), qui apparaît dans le rapport « Question 14-2/2" (UIT, 2010).

Par exemple, le rapport « Question 14-3/2… » introduit la partie relative à la publicisation de la manière suivante :

> D'un pays en développement à l'autre – Enseignements tirés de la mise en oeuvre des bonnes pratiques: Ce chapitre présente des informations sur des modèles de services de cybersanté déjà élaborés et mis en oeuvre (ou en cours de mise en oeuvre) dans des pays en développement, qui pourront servir de "bonnes pratiques" [...] (UIT, 2014a, p. 33)

Dans la mesure où la proposition de projets pilotes permet à l'UIT de suivre de près les pays concernés et de faire connaître ces projets à la communauté internationale en tant que « bonnes pratiques » ou « modèles de services de cybersanté », nous pouvons associer cette manière de procéder à une forme de pression exercée par l'organisation sur ses États membres.

9.2.6 L'efficacité et le retour à la question de la legitimité (homogénéisation)

À l'origine des quatre rapports de l'UIT étudiés, on trouve l'intérêt explicite de définir avec plus de détails les orientations générales sur la télésanté qui n'avaient été qu'ébauchées au cours des Conférences mondiales de développement des télécommunications (CMDT).

Au début de ce chapitre, nous avons parlé du caractère général et extensif des recommandations relatives à la télésanté présentes dans les rapports finals des conférences réalisées en 1994, 1998 et 2002.

Nous pouvons inférer que les rapports élaborés par la Commission d'études 2 viennent compléter la « fonction normative » liée à toute grande conférence, dans la mesure où ils ont pour mission de mieux définir leurs « considérations générales[238] ».

Pour montrer le niveau de spécificité concernant la question de la « télésanté » dans ces quatre rapports, nous avons classé en sept groupes les thèmes abordés dans les chapitres et sous-chapitres de ces rapports :

[238] Decaux, 2007.

Tableau 14: Tableau des thèmes principaux dans les documents de l'UIT-D étudiés**.**

Mise en oeuvre des politiques de télésanté

- Définition d'étapes et mise en oeuvre (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006);
- Exemples détaillés de la mise en oeuvre par plusieurs pays (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006)

Méthodologies pour la mise en œuvre des politiques nacionales, des services/applications, et des méthodologies d'évaluation de résultats

- Metodology for evaluating e-Health services (document: Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles, 2008);
- General metodology for the implementation of e-Health services in developing countries (document: Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles, 2008)

Justification de la mise en place de la télésanté dans les pays en développement

- Quels sont les problèmes de santé les plus urgents que les pays en développement pourraient résoudre en ayant recours à la télémédecine? (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006);
- Domaine d'application: "qui a besoin de la télémédecine et de la cybersanté?" (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006)

Définition détaillé des applications de la télésanté

- Impact économique des applications de la télésanté (document: Question 14-3/2: Information and telecommunications/ICTs for e-Health, 2014a)

Exemples de politiques nationales ou de projets dans différents pays en développement

- Exemples détaillés de la mise en oeuvre dans plusieurs pays (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006);
- Progress in e-Health in countries (document: Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles, 2008);
- D'un pays en développement à l'autre - Enseignements tirés de la mise en oeuvre des bonnes pratiques (document: Question 14-3/2: Information and telecommunications/ICTs for e-Health, 2014a)

Approfondissement de l'infrastructure et des mesures à adopter pour la normalisation et interopérabilité

- Infrastructure de télécommunications (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006);
- Normalisation dans le domaine de la télésanté et problèmes d'interopérabilité; Considérations relatives à l'interopérabilité pour la cybersanté dans les pays en développement; Actions de normalisation (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006);
- Normalisation de la télésanté; Aspects liés au cadre réglementaire et juridique et aux mécanismes de conformité (document: Question 14-3/2: Information and telecommunications/ICTs for e-Health, 2014a) ;
- Administrative, legislative and regulatory frameworks (document: Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles, 2008);
- Basic requirements of mobile device assistance; Traffic control system for medical information network (document: Question 14-2/2 - Mobile Health Solutions for Developing Countries, 2010)

Explication detaillé pour l'élaboration d'un projet ou d'un plan national pour la télésanté

- Concevoir des projets de cybersanté (document: Rapport sur la Question 14-1/2 Améliorer l'accès aux services de santé, 2006);
- The traditional cycle of telemedicine projects (document: Implementing e-Health in Developing Countries: Guidance and Principles, 2008);
- Overview ot the main issues in the eHealth Master Plan (document: Question 14-2/2 - Mobile Health Solutions for Developing Countries, 2010)
- Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté de l'UIT-OMS (Question 14-3/2 et Guide Pratique OMS-UIT)

Compte tenu de ces détails et de sa relation avec la structure de l'efficacité, revenons un instant sur la question de la légitimité

Le plus haut niveau de détail des orientations résulte d'une spécialisation de thèmes récurrents dans les tableaux d'observables déjà étudiés. Dans un point précédent, nous avions déjà souligné la récurrence des observables « accès universel », « santé pour tous », « pallier les lacunes des soins de santé[239] ».

Dans le classement proposé ci-dessus, nous trouvons également « les impacts économiques », que nous pouvons associer à « réduction de coûts, plus d'efficacité » et la mention à l'amélioration et à la réforme du système de santé dans le Rapport : Question 14-3/2[240], parmi d'autres observables déjà observés, ce qui confirme, une fois de plus, le soutien

[239] Élément observable que nous pouvons associer à « atteindre les régions isolées ».
[240] Par exemple en ce qui concerne la question de la réforme sanitaire, dans la partie consacrée aux « exemples de pays » du document Question 14-3/2 : Information and telecommunications/ICTs for e-Health, (UIT, 2014a), nous avons trouvé une mention au Kirghizistan, au Niger et à l'Ouzbékistan, pays qui ont mis en place une réforme du système de santé avec le soutien des initiatives en télésanté.

de ces rapports de l'UIT à l'homogénéisation et à la diffusion de modèles et recettes politiques pour la télésanté.

Avant de passer aux documents de l'OMS, nous pouvons conclure que l'UIT participe à la discussion internationale sur la télésanté en faisant un appel insistant aux États-nations, et en particulier aux pays en développement, à définir des politiques spécifiques dans ce domaine. Il faut aussi prendre en compte les formes tolérables de pression exercées sur ces pays par l'organisation, en soutien du processus d'acceptabilité indiqué.

9.3 Analyse des documents de l'Organisation mondiale de la Santé, OMS (période post-SMSI, 2005)

9.3.1 Introduction

Avant d'aborder les documents du corpus relatifs à cette organisation, rappelons quelques points de sa constitution qui font référence à son action auprès d'autres organisations régionales et internationales et traitent de ses activités dans l'élaboration de règlements, d'accords et de recommandations.

Considérant que « la coopération est, cela va sans dire, à la base des activités de toutes les organisations internationales » (OMS, 1958, p. 129), ses relations avec d'autres organisations[241] sont nettement définies dans l'article 2, alinéa « b » du Chapitre 2 « Fonctions » :

> Article 2 - L'Organisation pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes [...] b) établir et maintenir une collaboration effective avec les Nations Unies, les institutions spécialisées, les administrations gouvernementales de la santé, les groupes professionnels, ainsi que telles autres organisations qui paraîtraient indiqueées (OMS, 1946).

9.3.1.1 Relation OMS - UIT

Nous avons trouvé des références de la coopération entre l'OMS et l'UIT, qui remonte assez loin dans le temps :

[241] Le chapitre XVI de la constitution de l'OMS traite du thème des « relations avec d'autres organisations ». Son article 70 dispose que « l'Organisation doit établir des relations effectives et coopérer étroitement avec telles autres organisations intergouvernementales jugées souhaitables ».

> L'Organisation a été en rapport à plusieurs reprises avec l'Union internationale des Télécommunications pour diverses questions concernant les notifications faites en vertu du Règlement sanitaire international, notamment les bulletins épidémiologiques radiodiffusés de l'OMS (OMS, 1958, p.140).

Le soutien au développement des TIC dans le contexte politique international et la prolifération de plans pour la construction d'une société de l'information dans les années 1990 confirment l'engagement de l'OMS vis-à-vis de la question, au vu de la place réservée au thème de la santé dans ces mêmes plans.

Encore qu'il n'y ait pas de mention directe à l'OMS dans les documents finals du SMSI, l'extrait suivant sous-entend une collaboration pratique avec l'OMS :

> […] collaboration entre pouvoirs publics, planificateurs, professionnels de la santé et autres organismes, avec la participation des organisations internationales, en vue de créer des systèmes de soins de santé et d'information sanitaire fiables, réactifs, d'excellente qualité et à des coûts abordables (SMSI, 2003b).

La relation entre l'OMS et l'UIT sur la question du développement des TIC en santé et de la « société de l'information » est corroborée dans les rapports finals des Conférences mondiales de développement des télécommunications de l'UIT Rapport Final de 1998[242] (La Valette) et Rapport Final de la CMDT de 2002[243] (Istanbul).

Tous les rapports de la Commission d'études 2 de l'UIT étudiés dans le point précédent mentionnent expressément l'OMS ; en particulier, le document Implementing e-Health in Developing Countries : Guidance and Principles (2008)[244] insiste sur la nécessité de renforcer l'action conjointe de l'UIT et de l'OMS à l'occasion du SMSI.

---

[242] « Les pays en développement prennent l'avis d'organismes internationaux comme l'UIT et l'OMS s'ils souhaitent participer à des projets de télémédecine de partenaires étrangers ». Recommandation nº 9, Rapport Final CMDT La Valette, UIT (1998b), p. 90.

[243] « Encourager et coordonner les mesures à prendre de concert avec d'autres entités notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), afin de créer et de mettre en place un cadre approprié pour la fourniture de services et d'applications de télémédecine ». Annexe 2 du Rapport Final CMDT Istanbul, UIT (2002b), p. 24.

[244] L'étude en question essaie de déterminer le rôle que doivent jouer l'UIT et l'OMS dans les actions de coopération entre elles :

> Indeed, since WSIS, United Nations agencies, particularly ITU and WHO, have stepped up their advisory work. Through numerous channels, such agencies can invite States to make the kinds of changes in their legal frameworks that will enable them to benefit fully from the information society. At the same time, regional associations of States can make a useful contribution to moving things in the same direction (UIT, 2008, p. 37).

Le document mentionne le rôle des deux organisations pour susciter l'engagement des États-nations à définir leurs plans nationaux en télésanté et attirer l'attention sur la normalisation du secteur:

> The roles of the different entities are clear: ITU must point out the technological opportunities, coordinate the technical discussions among States and foster norms and standards; WHO must be the guarantor of health content and of the integration of the corresponding approaches in health systems (UIT, 2008, p. 16).

9.3.1.2 Relation OMS et organisations régionales

Concernant l'action de l'OMS auprès des organisations régionales, le chapitre XI de sa constitution est consacré au thème « arrangements régionaux ». L'article 51 dispose que les organisations régionales, dans leur structure, devront « […] exécuter, dans les limites de la région, les décisions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil ».

En outre, selon l'article 66, l'OMS possède une capacité juridique : « L'Organisation jouira sur le territoire de chaque État membre de la capacité juridique nécessaire pour atteindre son but et exercer ses fonctions ». Soulignons cependant que les États membres possèdent un droit de vote dans les décisions principales prises par l'Assemblée générale de la Santé, comme établit au Chapitre XIII de la même constitution.

9.3.1.3 Autres attributions de l'OMS définies dans sa Constitution

Pour appréhender le rôle de l'OMS dans l'établissement de déterminations en matière de télésanté, rappelons la prévision constitutionnelle qui nous permet de mieux comprendre quelques questions préliminaires :

> Chapitre II – Fonctions. Article 2: L'Organisation, pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes […] k) proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationals de santé et executer tells tâches pouvant être assignées de ce fait à l'Organisation et répondant à son but (OMS, 2014).

Étude réalisée par le Professeur Jean-Claude Healy, directeur de l'OMS à Genève, en partenariat avec l'UIT, accessible à l'adresse (consulté le 14/06/2015) : http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02

Soulignons ainsi le rôle normatif de l'OMS dans la proposition de résolutions, études et rapports destinés aussi bien aux agences et organisations régionales qu'aux pays membres de l'organisation.

Le rôle exercé par l'OMS est renforcé dans son plan stratégique 2008-2013, plus précisément dans le cadre de l'Objectif 10.7 intitulé « Mise au point et application de politiques et de stratégies de gestion des savoirs et de cybersanté en vue d'un renforcement des systèmes de santé », qui traite de la télésanté.

Voyons ce qu'il propose au sujet de l'« activité principale de l'OMS » en lien avec la promotion de politiques pour la télésanté :

> L'activité de l'OMS dans le domaine des politiques et des stratégies de gestion des savoirs et de cybersanté sera en grande partie normative dans un premier temps, mais consistera progressivement aussi à apporter un soutien aux États Membres en matière de mise en œuvre (OMS, 2009, p. 95).

La reconnaissance de ce rôle normatif de l'OMS dans la définition de politiques de télésanté au niveau mondial est très importante compte tenu de notre base épistémologique. C'est pourquoi, avant de traiter des documents du corpus, nous pensons qu'il est nécessaire de parler des questions qui concernent la légitimité et la coercibilité dans la propre constitution de l'OMS.

Parmi les attributions constitutionnelles de l'OMS, nous avons ainsi confirmé son rôle normatif et sa capacité juridique par rapport à ses États membres. Quant à sa légitimité, rappelons aussi le soutien donné par l'ONU à ses actions.

Nous avons aussi vu que les organisations régionales exécutent les décisions de l'OMS, dans les limites des régions où elles opèrent, de manière à garantir le suivi et l'observation *in loco,* essentiels à l'engagement des États membres et au succès des mesures proposées par l'Organisation mondiale de la santé.

Ce qui nous conduit à la question de la « coercibilité », que nous pouvons associer à une autre prévision constitutionnelle : « Chaque État membre fait rapport annuellement à l'Organisation sur les mesures prises et les progrès réalisés pour améliorer la santé de sa population » (article 61).

Venons-en maintenant à l'examen des observables dans les documents retenus, ainsi qu'à leur récurrence et leur rapport avec les observables vus dans les autres documents du corpus, toujours dans le cadre des prévisions relatives à la télésanté.

9.3.2 Les documents analysés : contextualisation et choix

En ce qui concerne les antécédents associés aux documents de l'OMS choisis, nous avons déjà mentionné l'engagement de l'OMS avec l'UIT tel qu'il figure dans les prévisions des rapports finals de la CMDT, surtout à partir du rapport de la CMDT de 1998.

L'année 1998 coïncide avec la publication des résultats d'une consultation faite au Conseil exécutif de l'OMS, intitulée *Politique de la santé pour tous pour le XXIe siècle : « télématique sanitaire »*. Il s'agit là du premier document consacré à la question du développement de la télésanté, publié dans le cadre de l'OMS[245].

Ce document encourage l'organisation à élaborer un plan pour la télésanté, dans la perspective « santé pour tous » défendue dans la Déclaration d'Alma-Ata, laquelle reconnaissait le potentiel des TIC pour améliorer l'accès aux soins primaires de santé[246].

Après la clôture du SMSI[247] (2005), l'OMS a défini sa politique pour la télésanté. Une référence au Sommet était déjà faite dans le propre rapport du Conseil exécutif OMS A58/21, qui traçait les lignes générales du plan dans les termes suivants :

> OMS A58/21 Cybersanté. Rapport du Secrétariat […] 4. Les États Membres et des groupes d'États Membres rédigent actuellement leur propre stratégie de cybersanté, et d'autres organisations du système des Nations Unies ont mis sur pied des stratégies pour les technologies de l'information et de la communication dans leurs domaines. La cybersanté a été l ún des thèmes examinés lors du Sommet mondial sur la société de l'information (OMS, 2005b).

Nous avons vu la récurrence de l'*appel aux parties prenantes à élaborer des politiques pour la télésanté* dans les recommandations du SMSI. La publication en 2005 de la Résolution WHA58.28 qui institue la politique de l'organisation pour le secteur, va dans le

[245] OMS, 1998.
[246] OMS, 1978.
[247] Outre l'espace réservé à la télésanté dans les documents clés du SMSI, un rapport consacré exclusivement à la télésanté et à la perspective du SMSI a été publié sur initiative de l'OMS, intitulé Connecting for health : global vision, local insight. Report for the World Summit on the Information Society (2005), de Joan Dzenowagis e Gael Kernen.

sens de cet appel compte tenu de la participation de l'OMS en tant que partie prenante du Sommet.

De sorte que nous allons considérer les documents suivants dans notre analyse :

-Le rapport du Conseil exécutif de l'OMS A58/21 « Cybersanté » (OMS, 2005b);

-La Résolution WHA 58.28 (OMS, 2005a) « Cybersanté »

Pour examiner certains aspects thématiques associés aux thèmes « soins de santé primaires » et « santé pour tous » qui font partie des définitions de l'OMS relatives à la télésanté, nous parlerons également des deux documents suivants :

-La Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) ;

-Le rapport Politique de la santé pour tous pour le XXIe siècle: « télématique sanitaire » (OMS, 1998).

9.3.3 La legitimité

Dans la Déclaration d'Alma-Ata, nous constatons la présence des observables « accès universel », « santé pour tous » et « soins de santé primaires ».

En définissant les « soins de santé primaires » comme le « premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé », la déclaration explique que, pour y arriver, il faudrait utiliser des « méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendues universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles » (OMS, 1978).

Ainsi, depuis 1978, le point de vue de l'OMS sur l'emploi de dispositifs pour promouvoir la santé a été influencé par cet appel à utiliser tous les moyens disponibles pour garantir l'accès de tous à la santé. Vingt ans plus tard, le document « Politique de la santé pour tous au XXIe siècle », réitère l'orientation donnée à Alma-Ata, confirmant les trois observables susmentionnés en tant que principes.

En outre, le même document accorde une attention toute spéciale aux « pays en développement » :

> Le rapport expose les éléments stratégiques de la politique proposée […] en accordant une attention particulière aux besoins et capacités des pays en développement (OMS, 1998).

Aussi bien les observables en question que l'adoption d'une perspective dirigée préférentiellement aux pays en développement constituent des orientations qui seraient prises en compte lors de la définition du plan de l'organisation pour la télésanté. La Résolution WHA 58.28 reprend ces mêmes bases comme on peut le voir dans l'analyse de son texte.

Cette résolution comporte deux parties principales, la première avec des recommandations destinées aux États membres et la seconde, avec celles dirigées au Directeur général de l'organisation.

Parmi les sept recommandations destinées aux États membres, la principale engage à « envisager d'élaborer un plan stratégique à long terme pour concevoir et mettre en œuvre des services de cybersanté dans les différents domaines du secteur de la santé ». On réitère dans cette recommandation le même appel figurant dans les documents finals du SMSI et dans les rapports de l'UIT.

Nous avons synthétisé les sept recommandations de la Résolution WHA58.28 dans le tableau ci-dessous. Nous y avons également inclus celles des 24 orientations du rapport WHA58/21 qui ne figurent pas dans la Résolution :

Résolution WHA58.28 et Rapport WHA A58/21

- Développer des infrastrucutures […] afin de promouvoir un accès équitable […] (3)

- Instaurer une collaboration étroite (secteur privé, OMS, autres organisations) […] (2)

- Faire bénéficier les communautés, y compris les groupes vulnérables […] (4)

- Collaboration en vue de fixer des critères et des normes de cybersanté […] partager les connaissances sur des modèles d'un bon rapport coût/efficacité […] (6)

- Créer des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté […] (2)

- Créer des systèmes nationaux électroniques d'information en matière de santé publique […] (2)

- Perspective de développement de la santé publique [...] améliorant l'équité [...] et la qualité des soins (3) (6)

- Services plus efficaces et améliorer l'accès aux soins, notamment dans les régions isolées [...] en permettant des économies d'échelle [...] (3) (4) (6)

- Réglementation / standardisation (2)

Tableau 15: Observables - Résolution WHA58.28 et Rapport WHA A58/21

Établissons maintenant une comparaison entre deux tableaux : le tableau 13, présenté à la fin du chapitre 8 et organisé à partir des observables les plus récurrents relatifs à la « télésanté » vus dans les plans étudiés, et le tableau ci-dessus, où figurent les principales recommandations identifiées dans les deux documents de l'OMS.

Le chiffre entre parenthèses à la fin de chacune des neuf lignes de ce tableau permet d'établir une corrélation entre la recommandation stipulée et un des observables du tableau 13, identifié par le numéro de la colonne dans le tableau ci-dessous :

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Applications: avantages des TIC au profit de tous. Santé comme un des champs prioritaires	L'État est l'acteur principal. Télésanté dans le domaine de la santé publique	Améliorer la qualité et augmenter l'accès à l'ensemble de la population	Atteindre les régions isolées (zones rurales)	Télésanté orientée aux soins de santé primaires	Réduction des coûts, plus d'efficacité	La télésanté comme moyen de reformer le système de santé	Améliorer les services en télésanté existents

Nous voyons que les thèmes (2), (3), (4) et (6) sont ceux qui apparaissent le plus souvent dans le tableau 15: l'observable (2), dans 4 des 12 mentions, les observables (3) et (6), dans 3 d'entre elles, et l'observable (4), dans 2 d'entre elles[248].

La présence dans les deux textes de l'OMS d'observables vus dans d'autres documents et d'autres recommandations pour la télésanté confirme le processus d'homogénéisation.

[248] En analysant la Déclaration d'Alma-Ata, nous pourrions ajouter une mention à l'observable (5), qui associe la télésanté aux « soins primaires de santé », une des bases de cette déclaration.

Nous pouvons donc affirmer que l'OMS contribue à renforcer, sur le plan international, la diffusion d'un modèle ou d'une recette politique pour la santé publique et la définition de politiques pour la télésanté.

Le soutien de l'OMS se manifeste de manière récurrente par un appel à tous les pays, et en particulier aux pays en développement, à définir leurs politiques pour la télésanté, et aussi par la proposition de lignes ou orientations pour la structuration de ces politiques.

Tout comme dans le cas de l'UIT, l'homogénéisation est également associée à la mention expresse de la nécessité d'adopter de « meilleures pratiques » ou des « solutions modèles », comme dans le document Rapport WHA58/21. Soulignons l'accent mis dans le document sur la question de l'« orientation par modèles » :

- « inspirer les politiques et les pratiques dans les pays » ;

- « faciliter la mise au point de solutions modèles de cybersanté » ;

- « fournir aux États Membres un appui technique […] en diffusant largement les données d'expérience et les meilleures pratiques » ;

- un appui à eux « pour promouvoir l'élaboration, l'applicaiton et la gestion de normes nationales en metière d'information sanitaire » (OMS, 2005b).

9.3.4 La coercibilité et l'efficacité

Tout comme l'UIT, l'OMS utilise certains procédés que nous pouvons associer au suivi et à l'observation du niveau de sensibilisation ou d'engagement des pays envers ce qu'elle stipule.

Une des principales conséquences de la WHA58.28 a été la création d'un « global observatory of e-health » (GOe), basé sur une collecte d'informations sur le développement de la télésanté dans le monde, le « Global Survey ». Quant à la mission définie pour le premier et aux objectifs du second, nous relevons les définitions suivantes :

> The Observatory's mission is to improve health by providing Member States with strategic information and guidance on effective practices and standards in eHealth […] The first objective of the GOe was to undertake a global survey on eHealth to determine a series of benchmarks at national, regional, and global levels in the adoption of the necessary foundation actions to support the growth of eHealth. The aim was to provide

governments with data that could be used as benchmarks for their own development as well as a way to compare their own progress with that of other Member States [249].

Avec les informations obtenues lors des trois grands « global surveys » réalisés en 2005, 2 009 et 2013, l'OMS a tracé le profil de chaque pays membre en ce qui concerne les progrès réalisés dans le domaine de la télésanté. Il y a donc la définition des régions à évaluer et l'envoi d'un questionnaire à remplir par chaque pays.

Quant aux thèmes définis par l'OMS pour l'évaluation lors des « global surveys » de 2005[250] et 2009[251], nous avons[252] :

Global Survey 2005 : Sections de l'enquete	Global Survey 2009 : Sections de l'enquete
1. Environnement favorable - Politique et strategies en faveur de la société de l'information ;	1. Actions fondatrices de la cybersanté ;
2. Infrastructures - accès aux technologies de l'information et de la communication ;	2. Santé mobile ;
3. Contenu - Accès à l'information et à la connaissance ;	3 . Télémédecine ;
4. Diversité culturelle et linguistique, identité culturelle ;	4. Apprentissage en ligne dans les sciences de la santé ;
5. Capacités - connaissances et compétences des ressources humaines ;	5. Gestion des données des patients ;
6. Centres nationaux pour la cybersanté ;	6. Cadres juridiques et éthiques pour la cybersanté ;
7. Systèmes et services de cybersanté	7. Organisation et appui de la cybersanté

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 16: Sections de l'enquete du Global Survey 2005 et 2009

[249] Site Internet de l'Observatoire global de la Santé (OMS), consulté le 25/06/2015. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/goe/en/#

[250] Global Survey 2005, enquête consultée le 25/06/2015. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/goe/data/GlobaleHealthSurveyFrench.pdf?ua=1

[251] Global Survey 2009, enquête consultée le 25/06/2015. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/goe/data/global_e-health_survey_2009_fr.pdf?ua=1

[252] Le "global survey" de 2013 s'est concentré sur un thème spécifique, différemment de l'orientation donnée aux deux autres surveys ; c'est pourquoi nous ne l'avons pas détaillé. Le thème abordé était « L'emploi de la cybersanté dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant ». Document consulté le 25/06/2015 à l'adresse : http://www.who.int/goe/survey/ehealth_survey2013_fr.pdf?ua=1

Nous avons relevé trois résultats directs du « global survey » : deux d'entre eux en lien avec l'observation et le suivi et donc la coercibilité, et le troisième, un exposé plus détaillé des recommandations de l'OMS, donc lié à l'efficacité.

Le premier concerne la publication des résultats détaillés des enquêtes réalisées, séparés par sections. Sur base des informations obtenues, l'OMS élabore un Atlas du développement de la télésanté dans le monde et construit une grande banque d'informations sur les politiques nationales mises en place par chaque pays, organisées dans un « Directory of e-Health policies[253] ».

La stratégie de faire un relevé de l'état des lieux et de divulguer la situation de chaque pays constitue un élément d'observation et de contrôle, tout comme les éléments mis en place par le SMIS avec la création d'observatoires, de méthodes statistiques d'évaluation des résultats obtenus dans chaque pays, entre autres. Nous pouvons, ici aussi parler de formes tolérables de pression exercées sur les pays membres.

Le deuxième résultat est intrinsèquement lié au premier et se traduit par une forme de coercibilité. Il consiste à publier des rapports spécifiques dans un recueil appelé Global Observatory for e-Health Series[254]. Ces rapports englobent les grands thèmes qui orientent les enquêtes mentionnées ainsi que les informations obtenues auprès des pays membres.

Pour ce qui est du troisième résultat, l'OMS publie des manuels ou guides, destinés aux régions considérées comme déficitaires dans certains pays, et qui donnent plus de détails sur ses orientations, comme celles proposées dans la Résolution WHA58.28.

Ces manuels traitent de thèmes tels que la normalisation ou l'interopérabilité[255] et détaillent les voies à suivre pour l'élaboration d'un plan national pour la télésanté. C'est par exemple le cas de la publication « Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté[256] », publiée avec l'appui de l'UIT et qui déclare dans son avant-propos :

> Ce guide reflète pleinement l'importance que les conseils d'administration de nos deux organismes attachent à l'élaboration de stratégies nationales dans le domaine de la

[253] Consulté le 25/06/2015, accessible à l'adresse : http://www.who.int/goe/policies/en/

[254] Ce recueil est composé de six documents, basés sur les résultats du « survey » de 2009, en plus de sept autres publications, basées sur les « global surveys » de 2005 et de 2013. Ces publications sont accessibles à l'adresse (consultée le 25/06/2015) : http://www.who.int/goe/publications/en/

[255] WHO Forum on e-Health Standardization and Interoperability (document). Consulté le 25/06/2015. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/ehealth/events/final_forum_report.pdf?ua=1

[256] Consulté le 25/06/2015, accessible à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96729/1/9789242548464_fre.pdf?ua=1

> cybersanté […] Partout, la nécessité de fournir des soins plus nombreaux et de meilleure qualité à un plus grand nombre de personnes, en particulier les plus démunies, constitue un défi urgent […] Chaque pays trouvera dans ce Guide les conseils et l'expertise nécessaires pour, à sa façon, parvenir à relever ce défi (OMS - UIT, 2013, « i »).

Si nous comparons les recommandations figurant dans le WHA58.28 et le WHA58/21 avec les orientations proposées par l'OMS dans ses manuels et ses guides, on observe que ceux-ci se basent sur les thèmes abordés dans les recommandations avec une meilleure définition et plus de détails.

Que ce soit en détaillant « comment établir des politiques nationales pour la télésanté » ou « en fournissant des méthodologies précises et des stratégies », ou encore « en définissant des standards pour l'interopérabilité », ces guides et manuels donnent aux orientations de l'OMS une plus grande possibilité d'être prises en compte par les États membres auxquels ils sont destinés, et contribuent donc, en termes de qualité, à leur efficacité.

9.4 Analyse des documents de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, CEPALC (période 2005-2015)

9.4.1 Introduction

La Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) est l'une des cinq commissions économiques régionales de l'ONU, créée en 1948. Elle est composée de 33 membres, les pays latino-américains et aussi quelques pays qui possèdent des liens historiques, économiques ou culturels avec ces derniers[257].

Soulignons, une fois de plus, que notre base épistémologique prend en considération le contexte de la mondialisation, dans le cadre de la consolidation et de la diversification de questions soumises à la régulation internationale, ainsi que la logique de la « communauté régionale face à la communauté globale »[258].

En d'autres mots, pour analyser l'adoption d'une politique par un pays donné, il convient de tenir compte du contexte international, sans perdre de vue les enjeux définis dans

[257] La CEPALC compte 45 états membres, dont 13 membres associés qui sont des territoires non-indépendants, selon la description accessible à l'adresse (consultée le 14/06/2015) :
http://www.cepal.org/en/member-states-and-associate-members
[258] Pleyers, 2013.

le cadre régional. Ce sera notre base d'approche pour analyser les documents de la CEPALC et de l'OPAS, avant de passer au cadre normatif brésilien qui réglemente l'objet de notre recherche.

Nous avons utilisé cette même orientation dans le chapitre précédent pour l'analyse des documents relatifs à la « société de l'information » dans le contexte latino-américain. La CEPALC a amené le débat sur la « télésanté » au niveau régional de l'Amérique latine, en le lançant lors d'une conférence organisée dans la ville de Florianópolis (Brésil) ; ce thème figure d'ailleurs dans la Déclaration de Florianópolis.

À partir de là, l'engagement direct de l'organisation régionale latino-américaine sur la question de la « société de l'information » et dans le débat sur la « télésanté » a connu d'autres développements, tels que la promotion par la CEPALC de la Conférence de Bavarois (2003) et de celle de Rio (2005), en lien avec le SMSI. Dans le cas de cette dernière, la recommandation numéro 13 de son document final traite spécifiquement du développement de la télésanté sur le continent.

9.4.2 Définition des documents analysés

L'Engagement de Rio établit un Plan régional d'action de l'Amérique latine et des Caraïbes pour la société de l'information, appelé Stratégie eLAC. Sa liaison avec le SMSI y est mentionnée dans les termes suivants :

> La région a adopté comme guide stratégique la Déclaration de principes et le Plan d'action adoptés lors du SMSI, qui établissent des objectifs à atteindre d'ici 2015, conjointement avec les objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations unies (CEPALC, 2015)[259].

Comme la CEPALC est l'une des parties prenantes du SMSI, nous constatons dans la définition du Plan eLAC l'acceptation de la recommandation la plus récurrente dans les documents finals du Sommet, à savoir que les parties prenantes définissent leurs plans pour le développement des TIC.

[259] Description concernant la stratégie disponible sur le site de la CEPALC. Elle est aussi appelée "Plan d'action eLAC" ou simplement "Plan eLAC", selon les références trouvées sur le site Internet. Consulté le 01/05/2015. Accessible à l'adresse :
http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/elac2015/noticias/paginas/4/44104/P44104.xml&xsl=/elac2015/tpl/p18f.xsl&base=/elac2015/tpl/top-bottom.xsl

Pour la mise en œuvre et le suivi du Plan eLAC, l'organisation a aussi défini la réalisation régulière de Conférences ministérielles sur la société de l'information en Amérique latine et aux Caraïbes, dont la Conférence de Rio (2005) a été la première.

En ce qui concerne les actions relatives à la « télésanté » en Amérique du Sud, les recommandations figurant dans les documents finals du SMSI ont été discutées lors des conférences ministérielles de Rio (2005), de San Salvador (2008), de Lima (2010) et de Montevideo (2013). Le thème « télésanté » fait partie des recommandations des plans eLAC, publiées à l'issue de chaque conférence[260].

Dans la partie initiale de notre étude relative aux définitions de « méthodes et matériels », nous avons convenu de traiter des trois plans eLAC existants, formulés lors des Conférences de Rio, de San Salvador et de Lima :

-Plan eLAC[261] 2007;

-Plan eLAC[262] 2010;

-Plan eLAC[263] 2015.

Nous allons également parler d'autres documents liés aux plans eLAC, à savoir les quatre déclarations/engagements publiés à l'issue de chacune des quatre conférences ministérielles mentionnées :

-Engagement de Rio[264] (2005);

-Engagement de San Salvador[265] (2008);

---

[260] Notons que la Conférence de Montevideo n'a pas publié de nouveau plan eLAC, mais seulement ajouté des lignes d'action au plan antérieur défini à Lima en 2010, pour former le plan eLAC 2015.
[261] [En ligne: http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/8/21678/eLAC_2007_Espanol.pdf]. Consulté le 1 juin 2015.
[262] [En ligne: http://www.cepal.org/socinfo/noticias/noticias/2/32362/2008-1-TICs-Compromiso_de_San_Salvador.pdf]. Consulté le 1 juin 2015.
[263] [En ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/0/41770/2010-819-eLAC-Plan_de_Accion.pdf]. Consulté le 7 juin 2015.
[264] Consulté le 01/05/2015. Accessible à l'adresse : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/7/21677/Compromiso_de_Rio_de_Janeiro.pdf

-Déclaration de Lima[266] (2010);

-Déclaration de Montevideo[267] (2013).

Finalement, étant donné leur teneur et leur contribution à notre analyse, nous parlerons aussi de trois documents de la CEPALC consacrés aux résultats obtenus dans l'exécution des actions prévues dans les plans eLAC et quant à l'adhésion des pays latino-américains à leurs recommandations :

-Monitoreo del Plan eLAC 2007[268] (Suivi du Plan eLAC 2007);

-Monitoreo del Plan eLAC 2010[269] (Suivi du Plan eLAC 2010);

-Monitoreo del Plan eLAC 2015[270] (Suivi du Plan eLAC 2015).

Nous commencerons notre analyse par l'étude des documents appelés « engagements et déclarations » ; ensuite, nous analyserons les plans eLAC et présenterons le tableau analytique des observables liés au thème de la « télésanté ». Finalement, nous aborderons les documents relatifs au « Monitoreo » (suivi) des plans eLAC.

9.4.3 Questions relatives à la légitimité, compte tenu des performatifs des Engagements de Rio et de San Salvador et des Déclarations de Lima et Montevideo

C'est lors des conférences ministérielles organisées par la CEPALC que les plans eLAC sont définis et proposés aux pays membres de l'organisation. Ces conférences

---

[265] [En ligne: http://www.cepal.org/socinfo/noticias/noticias/2/32362/2008-1-TICs-Compromiso_de_San_Salvador.pdf]. Consulté le 27 mai 2015.

[266] [En ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/3/41773/2010-876-eLAC-Declaracion_de_Lima.pdf]. Consulté le 2 juin 2015.

[267] [En ligne: http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/5/49565/Declaracion_de_Montevideo.pdf]. Consulté le 2 juin 2015.

[268] [En ligne: http://www.oei.es/salactsi/ResumenCap1Cap2.pdf]. Consulté le 3 juin 2015.

[269] [En ligne: http://www.cepal.org/es/publicaciones/2967-monitoreo-del-plan-elac2010-avances-y-desafios-de-la-sociedad-de-la-informacion]. Consulté le 1 juin 2015.

[270] [En ligne: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/49392/eLAC_Monitoreo__plan_Web.pdf]. Consulté le 30 mai 2015.

représentent donc des antécédents directs de ces plans et les déclarations ou engagements publiés à l'issue des conférences traitent des antécédents des plans d'action. Vu sous cet angle, c'est alors à partir des observables des déclarations ou engagements que nous pourrons le mieux traiter de la question de la légitimité.

Cités dans l'introduction, les performatifs parlent du contexte historique, des liens entre les organisations qui les publient et donc de l'élément social lié au discours. Ils occupent une place notable dans les quatre documents, en particulier dans les Déclarations de Lima et de Montevideo comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous :

Tableau 17: Mentions des performatifs

	Engagement de Rio	Engagement de San Salvador	Déclaration de Lima	Déclaration de Montevideo
Total de paragraphes avec « performatifs »	2	6	9	17
Total de paragraphes du document	37	19	28	34

Étant donné qu'ils font référence au contexte, nous détaillons dans les tableaux suivants les thèmes le plus souvent évoqués dans les performatifs de chaque document :

Engagement de Rio	**Engagement de San Salvador**
SMSI	SMSI (2 mentions)
Déclaration de Bavarois	Déclaration de Bavarois
Déclaration / Plan d'action de Genève	Déclaration / Plan d'action de Genève (2 mentions)
Déclaration / Objetctifs du Millénaire (ONU)	Déclaration / Objetctifs du Millénaire (2 mentions)
	eLAC2007
	ECOSOC
	CEPALC

Tableau 18: Termes récurrents évoqués par les performatifs : Eng. de Rio / Eng. de San Salvador

Déclaration de Lima	Déclaration de Montevideo
SMSI (3 mentions)	SMSI (3 mentions)
Déclaration de Bavarois	Déclaration de Bavarois
Déclaration / Plan d'action de Genève (2 mentions)	Déclaration / Plan d'action de Genève (2 mentions)
Déclaration / Objetctifs du Millénaire (2 mentions)	Déclaration / Objetctifs du Millénaire (2 mentions)
eLAC 2007	eLAC 2007
eLAC 2010	eLAC2010
Société de l'information	eLAC 2015
	ICANN
	Déclaration universelle des droits de l'homme

Tableau 19: Termes récurrents évoqués par les performatifs : Déc. de Lima / Déc. de Montevideo

Les performatifs des quatre documents citent l'ONU et la Déclaration du Millénaire, qualifiant celle-ci de grand pacte mondial ; ces mentions servent d'élément de légitimation des discours et des propositions faites dans les plans eLAC.

À partir de l'Engagement de San Salvador, les documents citent dans leurs performatifs les propres plans eLAC déjà accordés entre les pays membres de la CEPALC. Ils cherchent ainsi à renforcer la perception des pays de la région du fait qu'il existe un pacte signé qui doit être respecté et dont il faut assurer la continuité.

Quant aux paragraphes des quatre documents qui ne concernent pas les performatifs, nous avons constaté que le thème le plus récurrent est la définition et l'approbation du Plan eLAC.

9.4.4 Les aspects thématiques généraux des Plans eLAC et la question da légitimité, de l'efficacité et de la coercibilité

Venons-en maintenant aux questions relatives à la teneur des Plans eLAC 2007, eLAC 2010 et eLAC 2015, en les associant à ce qui figure dans les recommandations du SMSI publiées dans les documents finals du sommet.

Le Plan d'action de Genève prévoit la collaboration régionale et la participation des organisations régionales dans la mise en œuvre et le suivi des actions définies lors du Sommet. Nous constatons que la genèse du Plan eLAC est liée à une action de suivi et d'observation, et donc à l'élément « coercibilité ». Nous y reviendrons plus loin.

Si l'on compare les recommandations proposées dans les Plans eLAC avec celles des documents finals du SMSI, on constate que les premières sont non seulement plus détaillées et mieux définies, mais aussi plus spécifiques en fonction des caractéristiques socioéconomiques de la région.

Étant plus détaillées, elles possèdent une meilleure qualité juridique, ce que peut exercer une influence positive sur leur efficacité auprès des pays auxquels elles sont destinées.

Pour le démontrer, nous avons comparé les lignes d'action ou mesures similaires trouvées dans les plans eLAC et le plan d'action du SMSI[271]. Pour ce faire, nous avons construit le tableau analytique ci-dessous, résumant les mesures prévues dans les plans eLAC et les mesures similaires prévues dans le plan d'action du SMSI.

Nous avons indiqué entre parenthèses le nombre de mesures prévues pour chaque ligne d'action de chacun des plans. Ce nombre constitue un élément important qui nous donne la mesure de l'intérêt plus ou moins grand accordé à un thème donné.

Le plus grand nombre de mesures prévues dans les plans eLAC nous confirment que ces documents sont plus détaillés et plus spécialisés que le plan d'action de Genève :

Plans eLAC x Plan d'action SMSI	
Plans eLAC	**Plan d'action de Genève, lignes d'action (grandes orientations)**
-Accès et inclusion numérique (7 buts, 22 mesures) (eLAC 2007) -Infrastructure et accès (4 buts, 18 mesures) (eLAC 2010) -Accès (6 buts) (eLAC 2015)	-Infrastructure (12 mesures) -Accès (10 mesures)

[271] Pour permettre la comparaison, nous n'avons considéré dans le tableau analytique que les mesures similaires figurant dans les plans eLAC et dans le plan d'action de Genève. Des onze grandes orientations de ce dernier, nous n'avons pas pris en compte les lignes d'action suivantes : "promotion des TIC pour le développement", "renforcement des capacités", "établir la confiance et la sécurité", "diversité et identité culturelles", "médias", "dimensions éthiques", "coopération internationale et régionale", ni les sous-orientations "commerce électronique", "cyberagriculture" et "cyberscience".

-Trasparence et efficience publiques (7 buts, 19 mesures) (eLAC 2007) -Gestion publique (4 buts, 12 mesures) (eLAC 2010) -Gouvernement eléctronique (4 buts) (eLAC 2015) -Instruments de la politique (9 buts, 14 mesures) (eLAC 2010) -Politique nationale (1 buts) (eLAC 2015)	-Administration électronique (3 mesures)
-Favoriser les capacités et les connaissances (7 buts, 16 mesures) (eLAC 2007) -Éducation (4 buts, 10 mesures) (eLAC 2010) -Éducation (4 buts) (eLAC 2015)	-Télé-enseignement (16 mesures)
-Santé (4 buts, 8 mesures) (eLAC 2010) -Sécurité sociale (Santé) (2 buts) (eLAC 2015)	-Télésanté (6 mesures)
-Secteur produtif (4 buts, 11 mesures) (eLAC 2010) -Productivité et innovation (6 buts) (eLAC 2015)	-Cybertravail (4 mesures)
-Environement (2 buts) (eLAC 2015)	-Cyberécologie (3 mesures)
-Créer un environement propice (2 buts) (eLAC 2015)	-Créer un environement propice (18 mesures)

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 20: Lignes d'action des Plans eLAC et du SMSI

Nous pouvons donc parler d'une meilleure définition des recommandations des plans eLAC par rapport à celles du SMSI, ce qui peut influencer le niveau d'engagement des États membres, dans le sens proposé par Decaux[272].

Le tableau d'observables permet également de confirmer la similarité entre les thèmes des Plans eLAC et ceux du SMSI, et le soutien, dans le cadre régional latino-américain, de l'homogénéisation selon la perspective de la « légitimité ».

La CEPALC participe à la diffusion de modèles ou de recettes politiques sur le continent latino-américain[273]. L'identification des observables se rapportant à la télésanté dans les plans eLAC nous permet de constater les configurations prises par le processus d'acceptabilité dont nous parlerons dans le point suivant.

[272] 2007.
[273] La défense de l'adoption des « meilleures pratiques internationales en télésanté » apparaît dans le plan eLAC 2015, dans la partie consacrée à ce thème.

9.4.5 Les prévisions relatives à la « télésanté » dans les plans eLAC

En dehors des aspects thématiques généraux des plans eLAC, nous observons que leurs prévisions relatives à la télésanté sont traitées dans le plan eLAC 2007 aux points « A – accès et inclusion numérique » et « C – transparence et efficience publique », dans le plan eLAC 2010, au « chapitre III », et dans le plan eLAC 2015, au point « D – Sécurité sociale ».

Ci-dessous, nous avons organisé un tableau avec les observables présents dans chaque plan, qui nous sera utile pour l'analyse du tableau normatif brésilien du programme de télésanté national. Au total, les trois plans eLAC suggèrent quatorze recommandations sur la question.

Éléments observables (mesures et buts) de la télésanté dans les plans eLAC		
eLAC 2007	eLAC 2010	eLAC 2015
Connecter les centres de santé et les hôpitaux ; Mettre à disposition des programmes de formation en TIC pour les professionnels de santé ; Promouvoir et améliorer les réseaux nationaux de santé ; Promouvoir et améliorer les réseaux régionaux (OPAS)	Intégration entre TIC et santé. Encourager l'adoption de politiques publiques ; Mettre à disposition des services de télésanté; Promouvoir la formation des professionnels de la santé ; Intégrer les TIC dans la formation régulière des professionnels ; Établir un groupe de travail pour suggérer des mesures à prendre et pour le suivi ; Interopérabilité ; Relier les sites nationaux de santé de la région, établir un réseau régional ; Améliorer les réseaux régionaux (définir standards, interopérabilité, etc.)	Accès Internet haut débit 100% des hôpitaux et centres de santé; Interopérabilité

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 21: Observables "télésanté" des Plans eLAC

En comparant avec les observables du SMSI qui traitent de la télésanté, nous pouvons confirmer les hypothèses avancées lors de l'étude du tableau 21, à savoir une forte récurrence des observables, ce qui nous permet de parler d'homogénéisation (légitimité), et un plus grand nombre de recommandations dans les plans eLAC, plus détaillés et plus spécialisées dans le but de répondre aux aspirations ou caractéristiques régionales[274], ce qui nous permet de parler de l'efficacité de ces mesures à l'égard les pays latino-américains.

Avant de clore ce chapitre consacré à la CEPALC et aux plans eLAC, il nous reste à traiter des documents appelés Monitoreo (suivi) de los Plans eLAC à la lumière de notre base épistémologique.

9.4.6 La coercibilité et les documents relatifs au suivi et à l'observation dans les plans eLAC

Tout comme pour les actions se rapportant au suivi et à l'observation et suggérées lors du SMSI ou dans les prévisions de l'UIT et de l'OMS, la CEPALC s'est efforcée de mettre en place des actions similaires au niveau régional dans les plans d'action eLAC.

C'est dans ce but qu'a été créé l'OSCILAC, l'observatoire latino-américain faisant partie d'un partenariat international pour la définition de méthodologies et le relevé d'informations sur les progrès réalisés par les pays dans l'adoption de mesures concernant la société de l'information.

Trois rapports de suivi ont été publiés dans le cadre de cet observatoire[275], avec les résultats des plans eLAC 2007, eLAC 2010 et eLAC 2015. Pour le suivi du développement de la télésanté dans la région, les documents de l'eLAC font mention au « global survey » de l'OMS[276].

---

[274] En ce qui concerne la spécialisation relative aux caractéristiques régionales, les recommandations indiquent la nécessité d'un réseau Internet plus étendu, d'un accès Internet de meilleure qualité et d'un investissement en formation aux TIC, en particulier pour les professionnels de santé.

[275] Les organismes suivants ont été directement concernés dans ce travail : l'Union Européenne (EUROSTAT), l'UIT, l'OMS, l'UNESCO, l'Organisation des États américains (OEA), l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), ainsi que d'autres organisations internationales comme le Département des affaires économiques et sociales (UNDESA) et la Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement (CNUCED).

[276] Par exemple, le suivi du plan d'action eLAC 2015 présente trois graphiques tracés sur base des informations du « Second Global Survey 2009 » de l'OMS.

Comme nous l'avons vu dans les documents finals du SMSI et ceux de l'UIT et de l'OMS, nous constatons ici aussi l'adoption par la CEPALC d'instruments destinés à exercer une certaine pression sur ses États membres, associée à ces mesures de surveillance qui culminent avec la publication des informations obtenues, créant ainsi un niveau de surveillance supplémentaire dans le cadre régional.

Avant de passer à l'étude des documents relatifs au Programme Telessaúde Brasil Redes, nous allons parler du plan régional pour la télésanté suggéré par l'OPAS, dans le cadre de la base d'interprétation définie pour notre recherche.

9.5 Analyse des documents de l'Organisation panaméricaine de la Santé, OPAS (période 2011)

9.5.1 Introduction

L'histoire de l'Organisation panaméricaine de Santé (OPAS) commence en 1902 avec la création du Bureau sanitaire panaméricain (BSP). Sa constitution[277] a été publiée en 1947, quand elle est devenue bureau régional de l'OMS sous son nom actuel.

L'OPAS est chargée de mettre en pratique ses politiques et celles définies par l'OMS dans la région des Amériques. Composée de 36 États membres dont le Brésil, elle fait également partie de l'ONU et de l'Organisation des États américains (OEA).

Selon l'article 51 de la constitution de l'OMS et en tant que « bureau régional » pour les Amériques, l'OPAS exécute ce qui est défini par l'Assemblée mondiale de la santé et par son Conseil exécutif dans les limites de la région. Il lui revient aussi d'élaborer des plans qui respectent les particularités et les besoins spécifiques de la région. Tous les États membres possèdent un droit de vote lors des délibérations.

[277] Publiée le 2 octobre 1947, sa constitution définit que l'OPAS comporte quatre organismes : la Conférence sanitaire panaméricaine, le Conseil directeur, le Comité exécutif du Conseil directeur et le Bureau sanitaire panaméricain, ainsi qu'un Sous-comité de programmes, budget et administration. Constitution consultée le 03/06/2015. Accessible à l'adresse :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=40697&lang=es

9.5.2 Définition des documents analysés

Dans le cadre de l'OMS, nous avons considéré la résolution WHA58.28 comme le document le plus important concernant la télésanté, étant donné qu'il expose son plan d'action pour le secteur. L'OPAS a aussi défini un plan d'action pour la télésanté dans la région des Amériques, exposé dans les deux documents suivants qui font partie de notre corpus :

-Rapport du Conseil Directeur CD51/13 « Stratégie et plan d'action sur la cybersanté[278] » (2011) ;

-Résolution CD51.R5 « Stratégie et plan d'action sur la cybersanté[279] » (2011)

Si l'OMS conserve ses prérogatives vis-à-vis de ses États membres quand elle propose des recommandations à l'échelle mondiale, l'OPAS conserve elle aussi la prérogative d'adapter ces orientations aux particularités de son contexte régional.

Selon le même parcours d'analyse emprunté dans les autres parties de la recherche, nous traiterons d'abord de la question des performatifs et de la légitimité, puis des éléments qui nous donneront l'occasion de parler de l'efficacité, et finalement, des éléments des documents qui nous autorisent à traiter de la coercibilité.

Nous voulons ainsi vérifier comment l'OPAS renforce l'appel pour que les pays définissent leurs politiques en télésanté et propose « la recette ou le modèle » qui donne la voie à suivre pour la définition de ces politiques, bref, comment cet organisme contribue aux conditions d'acceptabilité de ces déterminations.

9.5.3 Les éléments observables récurrents, les performatifs, la légitimité

Comme le rapport CD51/13 (OPAS, 2011a) constitue le document le plus complet, nous nous attacherons principalement à ses prévisions. Il est composé de sept parties qui recouvrent les thèmes suivants :

---

[278] OPAS, CD51/13, 2011. [En ligne: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7663/CD51-13-f.pdf?sequence=2&isAllowed=y]. Consulté le 23 juin 2015.

[279] Résolution *CD51.R5, Whasington D.C.,* [en ligne: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723%3A2010-51st-directing-council&catid=3890%3A51st-directing-council-26-30-september&Itemid=4139&lang=fr], consulté le 23 juin 2015.

-Introduction (points 1 à 5);
-Antécédents (points 6 à 12);
-Analyse de la situation actuelle (points 13 à 26);
-Propositions (points 27 à 29);
-Stratégie et plan d'action (point 30);
-Suivi, analyses et évaluation (points 31 et 32);
-Intervention du Conseil directeur (point 31).

Un « projet de résolution » pour l'OPAS est proposé à la fin du document, qui deviendra la résolution CD51.5R (OPAS, 2011b).

Dès son introduction, nous observons la présence de quelques-uns des observables récurrents trouvés dans les autres documents étudiés, comme :

- la reconnaissance qu'en Amérique Latine et aux Caraïbes « des inégalités considérables persistent dans *l'accès aux services de santé* » (point 1) ;

- que l'adoption par l'OPAS d'une stratégie et d'un plan d'action vise à « *améliorer l'accès aux services de santé et leur qualité,* grâce à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) » (point 2).

Nous reviendrons plus loin sur d'autres observables récurrents, réunis dans un tableau analytique. Quant aux trois autres points de l'introduction, on peut y noter la mention d'observables ayant clairement l'objectif de légitimer la figure de l'OPAS « pour la prise de la parole qui suit[280] » :

- l'OPAS se règle sur la stratégie définie par l'OMS dans sa résolution WHA58.28 (point 3) ;

- adopte le concept de « cybersanté », également proposé par l'OMS (point 4) ;

- énumère les « composantes de la cybersanté », proposées par l'OMS dans le document Atlas e-Health Country Profiles[281] (point 5).

En ce qui concerne les points de la partie « antécédents », les éléments suivants sont expressément adoptés par l'OPAS :

[280] Krieg-Planque, 2012.
[281] Document élaboré sur base du « Second Global Survey » de 2009, mentionné dans le chapitre relatif à l'OMS.

- les principes publiés dans le document « Politique de la Santé pour tous pour le XXIe siècle », de l'OMS (point 7) ;

- les déterminations sur la télésanté publiées lors du SMSI (point 9) ;

- deux rapports de l'OMS de 2004 concernant la définition de stratégies de télésanté par les États membres, en lien avec la résolution WHA58.28 (point 10) ;

- la mention à la propre résolution WHA58.28 (point 11) ;

- l'adoption des définitions proposées lors des Conférences ministérielles de la CEPALC en 2005 (Rio), en 2008 (San Salvador) et en 2010 (Lima), lors desquelles ont été définis les plans eLAC pour la société de l'information.

En faisant référence au contexte et en attirant l'attention sur tous ces antécédents, l'OPAS obtient le même effet que celui produit par des performatifs, comme nous l'avons vu chez Krieg-Planque[282].

Dans la partie du document consacrée à « l'analyse de la situation actuelle » dans le contexte latino-américain, l'OPAS nous renvoie à la question de sa légitimité en mentionnant, une fois de plus, une série d'observables comme dans l'introduction :

- quand elle parle de la situation socioéconomique de plusieurs pays des Amériques, elle attire l'attention sur l'« accès limité aux services de santé[283] » (point 13) ;

- problème de l'accès aux TIC dans la région : « l'accès aux technologies de l'information et de la communication n'est pas universel[284] » (point 14) ;

- ou quand elle affirme que la possibilité de « l'expansion de la couverture des services de santé aux régions reculées où l'introduction de la technologie mobile a été primordiale pour répondre aux besoins de santé des populations rurales[285] » (point 16).

[282] 2012.
[283] OPAS, CD51/13, 2011a.
[284] *Op. cit.,* 2011a.
[285] *Op. cit.,* 2011a.

Finalement, avant de présenter les propositions du plan consacré à la télésanté pour la région des Amériques, le texte mentionne la CEPALC, l'OMS, l'UIT (point 14) et les Nations unies quand il fait allusion à la Déclaration du Millénaire (point 25).

À partir du point 30, le document présente sa « stratégie et plan d'action », avec douze objectifs répartis en quatre « domaines stratégiques ».

Pour montrer ces objectifs et la teneur du plan d'action pour la télésanté dans la région des Amériques, et afin de nous permettre l'étude de la récurrence d'observables, nous avons organisé le tableau analytique ci-dessous, comme nous l'avions déjà fait pour la d'autres documents analysés :

Éléments observables, document « Stratégie et plan d'action OPAS » (CD51/13)	
Domaines stratégiques	**Objectifs**
Mise en œuvre de politiques publiques (télésanté)	-Soutenir la formulation de politiques « centrées sur les personnes » ; -Aider à définir priorités, aux niveaux national et régional ; -Appuyer la mise en place d'un groupe national (formulation de politiques, normes, prise de décisions) ;
Améliorer la santé publique grâce aux TIC	-Améliorer l'infrastructure ; -Encourager les services de surveillance épidémiologique ; -Promouvoir le développement des programmes et initiatives (télésanté) ;
Encourager et simplifier la collaboration entre les pays (programme numérique pour la Région)	-Établissement de mécanismes pour le partage des meilleures pratiques ; -Promouvoir l'interopérabilité ; -Identifier un cadre juridique ;
Gestion de connaissances, alphabétisation numérique et formation aux TIC	-Formation aux TIC des professionnels de santé; -Fournir des informations (population/professionnels) sur l'éducation et la prévention ; -Favoriser la diffusion d'information en santé publique

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 22: Observables Document CD51/13

Ce tableau nous sera utile quand nous aborderons le groupe de documents relatifs au tableau normatif du Programme *Telessaúde Brasil Redes* dans le chapitre suivant.

9.5.4 L'efficacité et la coercibilité

Le document CD51/13 expose ses recommandations d'une manière intéressante quand il met en relation deux éléments qui nous renvoient à la question d'un plus grand nombre de détails ou d'une meilleure définition des recommandations[286] et à celle de la surveillance.

En plus de diviser chacun des quatre « domaines stratégiques » en trois objectifs, le document CD51/13 crée la figure de l'« indicateur » et associe chaque objectif proposé à 1, 2 ou 3 « indicateurs » différents.

La structure définie comme « indicateur » lié à un objectif a pour fonction de décrire de manière résumée l'état actuel d'un aspect déterminé de la région, c'est-à-dire de montrer son niveau de progrès par rapport à l'objectif défini dans le document. Celui-ci expose ensuite le but à atteindre et stipule un délai pour l'atteindre.

À titre d'exemple, nous reproduisons ci-dessous l'indicateur relatif au premier objectif du premier des quatre « domaines stratégiques » du CD51/13 :

Domaine : « Mise en œuvre des politiques publiques (télésanté) » ;
Objectif : « Soutenir la formulation de politiques *centrées sur les personnes*;
Indicateur : Nombre d'États membres disposant d'une politique qui prend en charge l'utilisation des technologies de l'information et de la communication en matière de santé. (Données de base : 12. Source : OMS et CEPAL. Cible : 31 d'ici 2016)

Tableau 23: Exemple d'indicateur

[286] Comme nous l'avons vu dans les documents de la CEPALC et de l'OPAS, le simple fait d'essayer d'adapter à la réalité régionale une des recommandations récurrentes dans des documents de portée internationale prélude déjà à la perspective d'une meilleure définition ou de plus de détails.

En donnant plus d'informations sur le contexte régional, les recommandations du CD51/13 de l'OPAS apportent une meilleure définition et plus de détails, par exemple en comparaison avec celles de l'OMS dans la WHA58.28[287].

Si on les compare aux prévisions touchant à la « télésanté », proposées dans les plans eLAC, les recommandations de la CD51/13 possèdent un plus haut degré de spécificité vu qu'elles s'appliquent exclusivement au champ « télésanté ». Les plans eLAC étudiés font des recommandations qui englobent, outre la télésanté, tous les domaines généralement considérés prioritaires dans des plans pour la « société de l'information ».

Le rapport CD51/13 (OPAS, 2011a) et la résolution CD51.R5 (OPAS, 2011b), qui homologue le plan d'action défini dans le premier, contribuent ainsi à l'élément efficacité, associé au processus d'acceptabilité de notre base d'interprétation.

En ce qui concerne la question de la « surveillance », on peut également l'associer à la figure des « indicateurs » présents dans le plan d'action, dans la mesure où ils déterminent l'atteinte d'un but et fixent un délai pour y parvenir. Il y a aussi des actions pour le suivi de la mise en œuvre des recommandations par les États membres.

Pour ce qui est de sa prérogative de suivi et d'observation des États membres dans le point de la CD51/13 intitulé « suivi, analyse et évaluation », l'OPAS la définit dans les termes suivants : « La supervision et l'évaluation de ce plan doivent se conformer à la gestion fondée sur les résultats de l'Organisation ainsi qu'à ses processus de supervision et d'évaluation[288] »

Ces mesures sont de la même nature que d'autres formes de « pression tolérable », comme la détermination dirigée aux États par l'OMS pour qu'ils fournissent des rapports réguliers, comme la publication de l'atlas mondial décrivant la situation de chaque pays quant à l'adoption des mesures en faveur de la télésanté, ou encore comme la création d'observatoires, aussi bien par l'OMS que par la CEPALC, toutes actions qui peuvent exercer une influence sur les conditions d'acceptabilité par un pays des recommandations, recettes ou modèles politiques proposés.

[287] OMS, 2005a.
[288] OPAS, 2011a.

Chapitre 10 – Documents normatifs relatifs au Programme Telessaúde Brasil Redes

10.1 Introduction

Il nous faut d'abord indiquer comment nous allons procéder pour identifier l'ensemble de normes qui dictent le programme, puis présenter les critères utilisés pour définir les normes qui feront partie de notre corpus et la manière de les organiser pour procéder à leur analyse. Tous ces fondements ont déjà été exposés dans la partie initiale de notre recherche, relative à la méthodologie.

Pour identifier l'ensemble de normes, nous nous baserons sur trois listes. La première est disponible sur le site Internet du Ministère de la Santé du Brésil consacré au programme[289] ; la seconde, sur le site Internet du Conseil brésilien de télémédecine et santé (CBTms)[290], un des organismes faisant partie de la commission permanente de télésanté, instituée par le Ministère de la Santé.

Quant à la troisième, il s'agit d'une liste de normes figurant dans un des articles de notre référentiel bibliographique, intitulé « Règles du gouvernement brésilien pour les services de télésanté : révision intégrative», de Silva A.B., Carneiro A.C.M.G. et Sindico S.R.F., publié en 2015.

Au total, notre cadre d'analyse repose sur dix documents légaux dont neufs arrêtés du Ministère de la Santé et un décret de la Présidence de la République du Brésil.

[289] Site Internet accessible à l'adresse : http://www.telessaudebrasil.org.br/. Consulté le 17 juin 2015.
[290] Voir note 38.

Pour notre étude, nous avons séparé ces documents en trois groupes ; chaque groupe rassemble les documents qui traitent de thèmes analogues : « documents normatifs qui traitent de la commission permanente de télésanté », « documents normatifs qui traitent de l'institution du programme ou qui y introduisent des modifications ou des adaptations », et « autres documents normatifs qui déterminent le programme ». Pour chaque groupe, nous procéderons à l'étude des normes qu'il établit, ensuite résumées dans un tableau analytique que nous utiliserons dans la phase d'analyse.

10.2 Documents normatifs qui traitent de la Commission permanente de télésanté

10.2.1 Description et analyse

Nous traiterons ici de deux arrêtés relatifs à l'institution de la Commission permanente de télésanté, à savoir l'arrêté nº 561 du 16-03-2006 et l'arrêté nº 452 du 04-03-2010. Rappelons qu'il existe en fait six arrêtés qui traitent de la question, mais seul le plus récent, l'arrêté nº 452/2010, est encore en vigueur, les autres ayant été abrogés.

Les arrêtés publiés après l'arrêté nº 561/2006 n'ont servi qu'à modifier la composition de la Commission et c'est pourquoi nous n'en parlerons pas ici[291].

L'arrêté nº 452/2010 en vigueur établit que la commission est composée de membres de quatre ministères différents, de représentants de dix universités publiques fédérales, de représentants de conseils liés à la médecine ou à la gestion en santé publique aux trois niveaux, fédéral, des états et municipal, ainsi que d'un représentant de l'OPAS.

D'emblée, trois observations : la première révèle que l'institution de la commission prévoit l'inclusion de membres d'universités publiques et de conseils liés à la santé, aux trois niveaux, municipal, des états et fédéral. Cette composition de la commission est marquée par

[291] Signalons seulement que l'arrêté en vigueur (nº 452/2010) a supprimé la prérogative qui chargeait le Secrétariat à la Gestion du travail et à l'éducation en santé (SGTES) de la coordination de la commission. Outre l'arrêté nº 561/2006, ont été abrogés les arrêtés suivants : arrêté nº 1228 du 09-06-2006 - Modifie l'article 2 de l'arrêté nº 561 (modification de la composition da commission permanente de télésanté) ; arrêté nº 7 du 24-07-2006 - Désigne les représentants qui forment la commission permanente de télésanté ; arrêté nº 3275 du 22-12-2006 – Modifie l'article 2 de l'arrêté nº 561 ; arrêté nº 4 du 19-03-2008 - Modifie l'article 1er de l'arrêté nº 7/SGTES du 24 juillet 2006, qui désigne les représentants de la commission permanente de télésanté.

la décentralisation, le même principe qui oriente le système de santé brésilien, le SUS. Ce qui indique le choix d'une structure de gestion décentralisée pour le modèle de la télésanté que l'on veut instaurer au Brésil.

La deuxième observation porte sur l'inclusion d'un membre de l'OPAS dans la commission, ce qui indique une étroite relation entre cet organisme de l'OMS et le Ministère de la Santé brésilien dans la définition de politiques pour la télésanté. La troisième observation est que l'institution de la commission représente le point de départ, dans le champ institutionnel de la santé publique brésilienne, de l'établissement d'un programme de télésanté pour le pays.

Le tableau 24 ci-dessous résume les informations relatives aux deux arrêtés analysés : date de publication, situation (abrogé ou en vigueur), question traitée et résumé de sa teneur (observables pertinents) :

Arrêté nº 561 16-03-2 006 (abrogé)	Institue la commission permanente de télésanté dans le cadre du Ministère de la Santé	- Établit une commission formée de représentants de ministères, d'universités, de conseils et d'un représentant de l'Organisation panaméricaine de santé (décentralisation).
Arrêté nº 452 04-03-2 010 (en vigueur)	Institue la commission permanente de télésanté dans le cadre du Ministère de la Santé	- Élargit la commission existante pour y inclure d'autres acteurs en vue d'une plus grande décentralisation.

Tableau 24: Description résumée et éléments observables des arrêtés nº 561/2006 et nº 452/2010.

10.3 Documents normatifs qui traitent de l'institution du programme ou qui y introduisent des modifications ou des adaptations

Les quatre documents analysés dans ce point établissent et déterminent les fondements du programme et pour cela même, nous les examinerons plus en détail, en commençant par la chronologie de l'instauration du programme :

- Lancement du « Programme national de télésanté », qui prévoit la réalisation d'un projet pilote de télésanté au Brésil, aux termes de l'arrêté nº 35 de 2007 ;

- Cet arrêté est abrogé par l'arrêté nº 402/2 010 qui détermine la mise en place du « Programme télésanté Brésil » et l'appui à la Stratégie santé de la famille (SSF) du SUS ;
- L'arrêté nº 402/2 010 est abrogé et le « Programme National Telessaúde Brasil Redes » est instauré par l'arrêté nº 2 546/2011, toujours en vigueur ;
- Un nouvel arrêté (ainenº 2 554/2 011) vient ajouter au programme les Unités de base de santé (UBS) du SUS.

Pour mieux comprendre, nous examinerons d'abord les prévisions figurant dans les deux arrêtés abrogés. Ensuite, nous traiterons des deux arrêtés encore en vigueur, puis nous résumerons les quatre documents dans un tableau semblable au « tableau 24 ».

10.3.1 Arrêté nº 35/2007 et arrêté nº 402/2010

10.3.1.1 Description et analyse

Comme ces deux arrêtés possèdent un grand nombre d'articles, nous avons organisé un tableau descriptif disponible à l'ANNEXE III, indiquant, entre autres, les principes et les actions importantes mentionnés dans les deux textes ainsi que la teneur de leurs « performatifs ».

10.3.1.1.1 Aspects similaires entre les deux arrêtés

Aussi bien l'arrêté nº 35/2007 que l'arrêté nº 402/2010 concentrent leur attention sur deux objectifs : promouvoir l'intégration d'institutions de santé et améliorer la qualité de la prise en charge des soins de base.

Mais ce qui apparaît comme le point fort, ce sont les actions éducationnelles dirigées à la formation des professionnels de santé, en s'appuyant sur l'argument de la nécessité de qualifier les interventions de ces professionnels dans les soins de base, dans le cadre de la « Stratégie santé de la famille » prévue par le SUS.

Les deux arrêtés définissent des critères pour la mise en place de points de télésanté, critères qui visent à assister les villes défavorisées et isolées, mais dotées d'une infrastructure minimale de télécommunications et concernées par la Stratégie santé de la famille (SSF).

10.3.1.1.2 Nouveaux éléments ajoutés par l'arrêté nº 402/2010:

L'arrêté nº 402/2010 abroge l'arrêté nº 35/2007 et étend le programme au-delà des 900 points de télésanté initialement mis en place dans la phase de programme pilote, de manière à doter le programme d'une nouvelle structure basée sur la formation d'un réseau, le réseau télésanté Brésil.

Ce réseau relie les points (les Unités de santé de la famille du SUS), les noyaux (les universités publiques et leurs cours en santé), et les points avancés (les écoles techniques de santé du SUS). Outre ces trois structures, l'arrêté définit une coordination nationale du programme.

L'intérêt principal étant de promouvoir l'expansion du programme, l'arrêté définit les critères pour l'installation de nouveaux points par les États fédératifs, ainsi que la responsabilité de ces organismes publics pour le financement et l'appui technique de leur aménagement. Il fixe également les compétences pour la gestion, l'entretien et l'atteinte de buts par les États qui mettent en place de nouveaux points de télésanté (comités d'état de gestion).

L'arrêté spécifie l'action prioritaire du programme, qui conserve son caractère éducationnel de formation professionnelle. Cette action prioritaire consiste à « proposer une seconde opinion formative et d'autres actions éducationnelles destinées aux divers professionnels de ces équipes » (Article 1er). Il donne ensuite la définition de seconde opinion formative (SOF).

Le programme détermine encore deux autres priorités : prendre en compte les termes du Pacte national pour la réduction de la mortalité infantile, et la prévision de la mise en place du Programme d'attention à la santé indigène.

10.3.1.2 Discussion

Quand nous avons parlé de la mise en place du Système Unique de Santé au Brésil, nous avons insisté sur l'importance assumée par le concept de soins primaires dans la définition des politiques de santé.

Cette priorité peut être attribuée à une série de raisons, parmi lesquelles la possibilité pour les pouvoirs publics de réussir à augmenter leur efficacité et à répondre aux besoins de la population, associée à une diminution des dépenses, dans le sens de l'orientation issue de la Conférence d'Alma-Ata dont nous avons déjà parlé.

Toutefois, compte tenu de certains problèmes propres au Brésil, l'effectivité d'une politique centrée sur les soins de base se heurte à deux problèmes principaux, ainsi décrits par quelques-uns des principaux spécialistes en santé publique du pays :

> Les soins primaires de santé offrent une solution avec un meilleur coût-efficacité. Des études sur la stratégie de santé de la famille au Brésil indiquent une grande extension de la population ayant accès au système, mais il faut aussi tenir compte de l'existence de grandes lacunes, en particulier dans la région nord, souvent accompagnées d'un développement insuffisant du soutien aux soins primaires […] Actuellement, un des principaux obstacles à l'expansion et à l'amélioration de la qualité de la stratégie de la santé de la famille est lié à la formation des professionnels des équipes pour qu'ils travaillent suivant le modèle proposé (Campos E.F., et al., 2009, p. 54).

Il fallait donc mettre en place un programme qui puisse développer les soins primaires et en même temps surmonter ces deux grands obstacles : combler les lacunes pour atteindre les populations en situation d'isolement ou distantes des grands centres urbains, et contribuer à la formation professionnelle des équipes de santé impliquées dans ce type de soins de base. On peut alors comprendre les raisons qui ont orienté le programme télésanté Brésil vers les soins primaires, selon les normes instituées par les deux arrêtés.

On comprend aussi les raisons de sa structuration, basée sur des « noyaux » situés dans des hôpitaux universitaires, avec le soutien de professionnels spécialisés, et sur des « points » localisés dans les unités de base de santé (UBS) disséminées dans les communes brésiliennes, où les équipes reçoivent un soutien direct des noyaux grâce à l'infrastructure en TIC prévue par le programme.

Il en est de même pour les critères adoptés lors de la sélection des communes qui reçoivent un point de télésanté, à savoir leur degré d'isolement et un IDH faible, ainsi que pour les raisons d'adopter une politique de formation en santé des équipes par la connexion

aux noyaux, qui peuvent leur fournir une seconde opinion formative (SOF) et améliorer leur apprentissage sur la base de cas concrets[292].

Le programme remplit l'objectif de répondre aux besoins de la population tout en facilitant la formation continue des professionnels de santé, qui ne sont plus obligés de se déplacer de ces régions isolées pour améliorer leur qualification.

10.3.2 Arrêté nº 2546/2011 et arrêté nº 2554/2011

10.3.2.1 Description et analyse

Comme pour les deux arrêtés précédents, nous avons organisé à l'ANNEXE III un tableau descriptif résumant la teneur des articles des arrêtés que nous allons analyser dans ce point.

L'arrêté nº 2546 du 27 octobre 2011 a abrogé l'arrêté nº 402 du 24 février 2010, sans toutefois toucher aux principes de base du programme. Dans le court intervalle de temps séparant la publication de ces deux arrêtés, le Ministère de la Santé a établi les directives pour les réseaux de soins de santé (RAS) du SUS[293].

Compte tenu des principes fondamentaux du programme de télésanté, basé sur l'interconnexion entre les unités de santé, et de ces nouvelles directives pour la création de réseaux, il a fallu adapter le programme afin qu'il « aide à la consolidation des réseaux de soins de santé, définis pour les soins primaires dans le cadre du SUS[294] ».

Pour la redéfinition et l'extension du programme Télésanté, l'arrêté nº 2546/2011 part de la connaissance préalable du degré de développement atteint par le programme en 2011, qui comptait alors 12 noyaux installés dans des universités publiques de 12 états différents,

---

[292] Selon Campos A.F. et al., la seconde opinion formative ne représente ni plus ni moins qu'un mélange entre les soins de santé et la formation « car elle permet de former les professionnels aux problématiques du quotidien, en se basant sur une structure éducationnelle académique [...] qui se concentre sur la problématique régionale » (*op. cit.,* p. 57). Ce qui nous permet d'affirmer que le programme de télésanté brésilien constitue aussi un programme de télé-éducation professionnelle pour la santé.

[293] Les directives pour les réseaux de soins de santé (RSS) ont été publiées dans l'arrêté nº 4279 du 30 décembre 2010. Les RSS sont définis comme des « dispositifs organisationnels d'actions et de services de santé, de différentes densités technologiques, qui cherchent à assurer l'intégralité des soins grâce à l'intégration de systèmes d'appui technique, logistique et de gestion ».

[294] Voir l'article 1, paragraphe unique de l'arrêté nº 2546/2011 dans le tableau résumé (ANNEXE III).

ainsi que 1171 points de télésanté dans les unités de base de santé (UBS)[295] disséminées dans tout le Brésil.

L'arrêté cherche à mieux caractériser les services dispensés dans les « noyaux » et les « points » de télésanté, activités auparavant décrites comme « seconde opinion formative et autres actions éducatives ». Selon l'article 2, ces services peuvent maintenant inclure « téléconsultations », « télédiagnostic », « seconde opinion formative » et « télé-éducation ».

En outre, l'arrêté confie la coordination nationale du programme au secrétariat du Ministère de la Santé lié à l'éducation et au travail (SGTES), ce qui renforce les liens du programme avec l'éducation et la formation de professionnels de santé.

Soulignons enfin la possibilité prévue dans l'article 12 pour que de nouveaux établissements s'inscrivent au programme en tant qu'« établissements de télésanté », ce qui représente un pas important pour son extension.

L'objectif de l'arrêté nº 2554/2011 était de faire le lien entre le programme télésanté et la politique nationale de soins primaires lancée en 2011 par le Ministère de la Santé. Selon l'article 2, le programme télésanté serait alors chargé de doter les unités de base de santé (UBS) d'équipements informatiques, dans le but de « garantir la participation des UBS au programme Telessaúde Brasil Redes ».

Deux points méritent aussi notre attention dans cet arrêté : la définition de la modalité « téléconsultation » comme service principal et la définition de critères pour l'allocation de fonds par le Ministère de la Santé aux UBS, en vue de les doter d'une infrastructure de base en TIC.

10.3.2.2 Discussion

Les TIC réalisent la liaison des unités de base de santé (UBS) aux réseaux de soins de santé (RSS) dans le Programme *Telessaúde Brasil Redes*. Ce programme, qui a débuté comme un projet pilote en 2007, fonctionne de concert avec ces deux stratégies importantes du Ministère de la Santé à partir de ces deux arrêtés de 2011.

[295] Selon le relevé présenté par Haddad, 2003.

Insistons sur le fait que tant les réseaux de soins de santé (RAS) que la politique nationale de soins primaires (PNSP[296]) font partie du processus de structuration et de la réforme du Système Unique de Santé.

Le recadrage et l'extension du programme, qui devient alors Programme *Telessaúde Brasil Redes,* fait que toute action réalisée dans le cadre du SUS visant à l'informatisation des unités de soins, hôpitaux et universités, se transforme en une action liée au programme et devant donc observer ses principes directeurs.

Comme pour la première partie, nous présentons ci-dessous un tableau résumé indiquant la date de publication et la situation de ces arrêtés (abrogé ou en vigueur), le thème traité dans chacun d'eux, ainsi qu'un résumé de leur contenu (observables) :

Arrêté nº 35 04-01-2007 (abrogé)	Institue le programme national de télésanté, dans le cadre du Ministère de la Santé	- Intégration des institutions de santé par les TIC ; - Nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge et encourager la permanence de professionnels dans les unités de santé isolées ; - Installation de noyaux (universités publiques) et de points (unités de base de santé dans les villes) comme « projet pilote » ; - Formation des équipes de santé et offre d'une seconde opinion médicale donnée par des spécialistes travaillant dans les centres universitaires ; - Critères pour le choix des communes : participer au programme stratégie santé de la famille, barrières géographiques, IDH < 0,500.
Arrêté nº 402 24-02-2010 (abrogé)	Redéfinit et élargit le programme télésanté Brésil, qui devient le programme national Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)	- Consolide l'amélioration de la qualité, à partir de l'aide à la décision des professionnels de santé de la famille (offre d'une seconde opinion formative) ; - Engagement pour l'éducation permanente en santé et avec pacte de réduction de la mortalité infantile ; - Extension : stimuler la création de nouveaux noyaux et points, validant ainsi le projet pilote ; - Définit une perspective pour la gestion décentralisée.
Arrêté	Redéfinit et élargit le programme télésanté	- Redéfinit le programme pour le mettre au service d'une stratégie de formation de réseau de soins de santé dans le pays, grâce à l'utilisation des TIC ;

[296] PNAB (en portugais), *Política nacional de atenção básica*.

nº 2546 27-10-2011 (en vigueur)	Brésil, qui devient le programme national Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)	- Renforce les liaisons entre les unités de santé du pays, possibilité d'accès à la structure de services du programme télésanté installés dans plus de 1000 points et dans 12 universités (noyaux) ; - Spécifie les services en télésanté : téléconsultations, télédiagnostics, seconde opinion formative et télé-éducation ; - Encourager l'ouverture de nouveaux points et une plus grande décentralisation de la gestion.
Arrêté nº 2554 28-10-2011 (en vigueur)	Institue, dans le programme de requalification d'unités de base de santé, la composante informatisation et Telessaúde Brasil Redes dans les soins primaires, intégré au programme national Telessaúde Brasil Redes.	- Nouvelle extension du programme, avec la création d'une infrastructure de TIC au bénéfice des unités de base de santé, dans le but de permettre leur connexion en réseau (réseau de soins de santé) et aux services offerts par le programme télésanté ; - Renforcer les soins primaires : « […] l'emploi de la technologie en tant qu'outil d'extension des actions de soins primaires et d'amélioration de l'accès et de la qualité […]» (article 4).

Tableau 25: Description résumée et éléments observables des arrêtés nº 35/2007, nº 402/2010, nº 2546/2011 et nº 2554/2011.

Nous allons passer à la dernière partie où nous analyserons quelques autres documents normatifs qui, d'une certaine manière, conditionnent le programme, comme les arrêtés qui parlent des réseaux de soins de santé et de la politique nationale de soins primaires, ainsi que deux documents qui traitent de l'« interopérabilité » et de la réglementation du SUS.

10.4 Autres documents normatifs qui conditionnent le programme

10.4.1 Description et analyse

Les documents normatifs ici analysés se rapportent directement au programme télésanté et nous donnent d'autres précisions sur la perspective adoptée par le gouvernement brésilien pour aborder l'utilisation des TIC dans le champ de la santé publique.

Nous avons déjà montré l'importance des principes des soins primaires et de la stratégie santé de la famille pour le Système Unique de Santé. Les « soins primaires » sont ainsi définis dans la politique nationale de soins primaires :

> Elle utilise des technologies de soins complexes et variées qui doivent répondre aux demandes et aux besoins de santé les plus fréquents et les plus importants dans une région donnée […] Elle est mise en œuvre avec le plus haut degré de décentralisation et de capillarité, proche de la vie des gens. Elle doit être le contact préférentiel des usagers, la principale porte d'entrée et le centre de communication du réseau de soins de santé (Arrêté nº 2488/2011[297]).

Les questions de « capillarité », « emploi de technologies pour la formation de réseaux » et « interconnexion et organisation en réseau » ont aussi été abordés dans l'arrêté qui traite des réseaux de soins de santé[298].

Considérés comme des « dispositifs organisationnels d'actions et de services de santé », « intégrés pour surmonter la fragmentation systémique du SUS », les RSS englobent ainsi des questions semblables à celles du Programme *Telessaúde Brasil Redes*[299], comme nous l'avons vu dans le point précédent.

De la même manière, les bases relatives aux RSS[300] peuvent être associées à celles qui vont influencer la mise en place du programme de télésanté en 2007 :

> […] la difficulté de surmonter la grande fragmentation des actions et services de santé et de qualifier la gestion des soins est de plus en plus évidente […] la situation brésilienne se caractérise par la diversité de contextes régionaux, avec de notables différences socioéconomiques et de besoins de santé de la population entre les régions, encore aggravée par la forte pression exercée par l'offre privée et ses intérêts, qui pèsent sur le marché du secteur de la santé, et par le défi de gérer l'interrelation complexe entre accès, échelle, étendue, qualité, coût et effectivité qui montrent la complexité du processus de construction d'un système unifié et intégré dans tout le pays (Brésil, Ministère de la Santé, 2010c, p. 2).

---

[297] Brésil, Ministère de la Santé, 2011c.
[298] Arrêté nº 4279/ 2010, Brésil, Ministère de la Santé, 2010c.
[299] Dans l'annexe de l'arrêté qui établit les réseaux de soins de santé, nous avons relevé les prévisions suivantes, comparables à celles du télésanté : « Stimuler la mise en place de la politique d'éducation permanente en santé en tant que dispositif pour modifier les pratiques de l'APS [...] Utiliser les systèmes et informations comme outils importants pour la construction du diagnostic de la situation de la santé, dans le but de réaliser des interventions basées sur les besoins des populations » (Brésil, Ministère de la Santé, 2010c, p. 18-19).
[300] RAS, Redes de atenção à saúde (portugais).

Outre les arrêtés qui traitent du PNSP et des RSS, deux autres documents méritent une analyse. Le premier est l'arrêté nº 2073/2011 qui réglemente l'utilisation de standards d'interopérabilité pour les systèmes d'information en santé dans le cadre du SUS.

Parmi ses prévisions les plus importantes, on observe le souci d'intégration d'un système (le SUS), basé sur l'importance de la décentralisation (article 4), et la prévision d'adoption de standards d'interopérabilité ouverts (*open source*), sans redevances (article 5).

Le second document est le Décret nº 7508/2011 qui réglemente le SUS et qui a des répercussions sur le programme télésanté, dans la mesure où il définit comme « porte d'entrée » du système de santé brésilien les actions et services de santé dans les réseaux de soins de santé, les services de soins primaires (article 9, alinéa I). Il met ainsi en priorité le champ d'action du programme télésanté.

Comme nous l'avons fait précédemment, nous donnons ci-dessous le tableau résumé relatif aux quatre documents analysés dans ce point :

Arrêté nº 4279 du 30-12-2010 (en vigueur)	Établit les directives pour l'organisation du réseau de soins de santé dans le cadre du Système Unique de Santé (SUS)	- Surmonter la fragmentation systémique du Système Unique de Santé (SUS) ; - Diversité des contextes régionaux et différences socioéconomiques notables.
Arrêté nº 2488 du 21-10-2011 (en vigueur)	Approuve la politique nationale de soins primaires qui établit la révision de directives et normes pour l'organisation des soins primaires, pour la stratégie santé de la famille (SSF) et le programme d'agents communautaires de la santé (PACS).	- Stratégie santé de la famille comme forme prioritaire pour réorganiser les soins primaires dans le pays ; - La définition de soins primaires englobe la décentralisation et la capillarité, l'intégration en réseau et le point de communication du système de santé, grâce à l'utilisation de technologies adéquates.
Arrêté nº 2073 du 31-08-2011 (en vigueur) 31-08-2011	Réglemente l'utilisation de standards d'Interopérabilité et d'information en santé pour les systèmes d'information en santé dans le cadre du SUS.	- Souci d'intégration d'un système basé sur la décentralisation ; - Préférence pour l'adoption de standards d'interopérabilité basés sur un logiciel ouvert (open source).
Décret nº 7508 du 28-06-2011 (en vigueur)	Réglemente la loi nº 8080 du 19 septembre 1990 et ordonne l'organisation du Système Unique de Santé – SUS, la planification de la santé,	- Définit les services de soins primaires comme porte d'entrée aux services de santé au Brésil et au réseau de soins de santé.

	l'assistance à la santé et l'articulation interfédérative, entre autres mesures.	

Tableau 26: Description résumée et éléments observables des arrêtés nº 4279/2010 ; nº 2488/2011 ; nº 2073/2011 et nº 7508/2011

10.5 Analyse et Résultats Finals

10.5.1 Observables relatifs au programme, sur base du cadre normative étudié

Les tableaux 24, 25 et 26 résument les points principaux relatifs au cadre normatif du programme Telessaúde Brasil Redes dans les dix documents étudiés.

En regroupant les définitions similaires et récurrentes, il est possible de les organiser en six groupes thématiques principaux, qui englobent tout le contenu normatif étudié dans les 9 arrêtés et dans le décret.

En additionnant les thèmes résumant la teneur des normes dans la colonne de droite des trois tableaux, nous arrivons à un total de 24 thèmes, que nous avons condensés en 12 observables après élimination des répétitions et des redondances.

Finalement, nous avons organisé ces 12 observables selon six groupes thématiques préalablement définis. La définition de ces groupes et de ces observables nous servira de base de comparaison avec la teneur des déterminations internationales préalablement étudiées.

La distribution des douze observables dans ces six groupes s'établit comme suit :

[Groupe 1 : Intégration et formation d'un réseau de santé]

→ Intégration entre institutions de santé par l'intermédiaire des TIC ;
→ Formation d'un réseau intégrant les unités de santé dans tout le pays (RSS), accès aux services du programme télésanté ;
→ Décentralisation du système de santé et de la gestion ;
→ Création d'une commission permanente de télésanté.

[Groupe 2 : Infrastructure]

→ Financement d'une infrastructure TIC des unités de santé pour les relier au réseau.

[Groupe 3 : Interopérabilité]
→ Souci d'interopérabilité (open source).

[Groupe 4 : Formation et qualité]
→ Améliorer la qualité de la prise en charge, formation d'équipes (insistance sur la « seconde opinion formative ») ;
→ Engagement pour l'éducation permanente.

[Groupe 5 : Accès universel - Régions isolées et populations démunies]
→ Actions centrées sur les régions les plus isolées et les plus démunies (choix des communes : barrières géographiques et IDH faible) ;
→ Pacte contre la mortalité infantile.

[Groupe 6 : Actions centrées sur les soins primaires]
→ Importance des soins de base en santé (soins primaires) et de la « santé de la famille » ;
→ Capillarité des soins primaires.

10.5.2 Comparaison entre les observables relatifs au programme et ceux identifiés dans les autres documents étudiés

Au départ de notre recherche, nous avons considéré qu'il était possible d'identifier dans la base normative proposée par l'État brésilien la présence de thèmes qui traiteraient non seulement de la situation de la santé publique au Brésil, de ses problèmes et de ses défis, mais aussi de questions faisant l'objet de débats au niveau international, dans un contexte de régulation politique globale sur la question de la « télésanté ».

Nous avons essayé d'associer les observables repris dans les six groupes définis ci-dessus avec les observables identifiés dans les documents relatifs au SMSI, à l'UIT et à leurs antécédents, ainsi qu'à l'OMS, à l'OPAS et à la CEPALC, figurant dans les tableaux 13, 15, 22 et 23 ainsi définis :

Tableau 13: éléments observables - "plans sur la société de l'information" (1993-2005), avec 8 observables;

Tableau 15: éléments observables "résolution WHA58.28 et rapport A58/21 » (2005), avec 9 observables ;

Tableau 21: éléments observables « Plan eLAC » (2007, 2010, 2015), avec 14 observables ;

Tableau 22: éléments observables « document OPAS 51/13 » (2011), avec 12 observables

Total de 43 observables

Ci-dessous, les six tableaux comparatifs correspondant aux six groupes définis pour le programme Telessaúde Brasil Redes. Dans la partie supérieure, nous rappelons le titre et les observables de chaque groupe ; nous récapitulons ensuite les observables identifiés dans les documents internationaux et régionaux analysés :

Programme Telessaúde Brasil Redes **[Groupe 1 : Intégration et formation d'un réseau de santé]** **→ Intégration entre institutions de santé par les TIC →Formation d'un réseau intégrant les unités de santé dans tout le pays (RSS), accès aux services du programme télésanté →Décentralisation du système de santé et de la gestion →Création d'une commission permanente de télésanté**	
Résolution WHA58.28 et Rapport A58/21 (2005)	→ Créer des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté
Plan eLAC 2007	→ Connecter les centres de santé et les hôpitaux → Promouvoir et améliorer les réseaux nationaux de santé
Document OPAS 51/13 (2011)	→ Appuyer la mise en place d'un groupe national (formulation de politiques, normes, prise de décisions)

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 27: Comparaison entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme et les observables (Groupe 1 : intégration et formation d'un réseau de santé) identifiés dans les autres documents analysés**.**

Programme Telessaúde Brasil Redes **[Groupe 2: Infrastructure]** **→ Financement d'une infrastructure TIC des unités de santé pour les relier au réseau**	
Résolution WHA58.28 et Rapport A58/21 (2005)	→ Développer des infrastrucutures […] afin de promouvoir un accès équitable
Plan eLAC 2015	→ Accès Internet haut débit 100% des hôpitaux et centres de santé
Document OPAS 51/13 (2011)	→ Améliorer l'infrastructure

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 28: Comparaison entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme et les observables (Groupe 2 : infrastructure) identifiés dans les autres documents analysés.

ProgrammeTelessaúde Brasil Redes **[Groupe 3: Interopérabilité]** **→ Souci d'interopérabilité (open source)**	
Résolution WHA58.28 et Rapport A58/21 (2005)	→ Réglementation / standardisation → Collaboration en vue de fixer des critères et des normes de cybersanté […] partager les connaissances sur des modèles d'un bon rapport coût/efficacité
Plan eLAC 2010	→ Interopérabilité
Plan eLAC 2015	→ Interopérabilité
Document OPAS 51/13 (2011)	→ Promouvoir l'interoperabilité → Identifier un cadre juridique

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 29: Comparaison entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme et les observables (Groupe 3 : interopérabilité) identifiés dans les autres documents analysés.

Programme Telessaúde Brasil Redes **[Groupe 4: Formation et qualité]** **→ Améliorer la qualité de la prise en charge, formation d'équipes (insistance sur la « seconde opinion formative ») →Engagement pour l'éducation permanente**	
Résolution WHA58.28 et Rapport A58/21 (2005)	→ Perspective de développement de la santé publique […] en améliorant l'équité […] et la qualité des soins
Plan eLAC 2007	→ Mettre à disposition des programmes de formation en TIC pour les professionnels de santé
Plan eLAC 2010	→ Promouvoir la formation des professionnels de la santé → Intégrer les TIC dans la formation régulière des professionnels
Document OPAS 51/13 (2011)	→ Formation des professionnels de la santé aux TIC → Favoriser la diffusion d'information en santé publique
Plans sur la société de l'information (1993-2005)	→ Améliorer la qualité et augmenter l'accès à l'ensemble de la population → Améliorer les services en télésanté existents

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 30: Comparaison entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme et les observables (Groupe 4 : formation et qualité) identifiés dans les autres documents analysés.

Programme Telessaúde Brasil Redes **[Groupe 5: Accès universel - Regions isolées et populations démunies]** **→ Actions centrées sur les régions les plus isolées et les plus démunies (choix des communes : barrières géographiques et faible niveau d'IDH) →Pacte contre la mortalité infantile**	
Résolution WHA58.28 et Rapport A58/21 (2005)	→ Faire bénéficier les communautés, y compris les groupes vulnérables → Services plus efficaces et améliorera l'accès aux soins, notamment dans les régions isolées […] en permettant des économies d'échelle
Plans sur la société de l'information (1993-2005)	→ Atteindre les régions isolées (zones rurales)

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 31: Comparaison entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme et les observables (Groupe 5 : accès universel – régions isolées et populations démunies) identifiés dans les autres documents analysés.

Programme Telessaúde Brasil Redes **[Groupe 6: Actions centrées sur les soins primaires]** **→ Importance des soins de base en santé (soins primaires) et de la « santé de la famille »** **→Capillarité des soins primaires**	
Document OPAS 51/13 (2011)	→ Soutenir la formulation de politiques « centrées sur les personnes »
Plans sur la société de l'information (1993-2005)	→ Télésanté orientée aux soins de santé primaires

Vanderlei Veget Cassiano Lopes, 2015

Tableau 32: Comparaison entre les observables identifiés dans le cadre normatif du programme et les observables (Groupe 6 : actions centrées sur les soins primaires) identifiés dans les autres documents analysés.

Du total de 43 observables présents dans les tableaux 13, 15, 21 et 22, nous avons pu établir la relation de 26 d'entre eux avec les observables identifiés dans le cadre normatif du programme télésanté Brésil[301]. On constate donc une nette corrélation entre les thèmes des observables du programme et ceux identifiés dans les documents internationaux/régionaux.

Si de ces 43 observables, 26 d'entre eux peuvent être associés à ceux du programme Telessáude Brasil Redes, cela veut dire que les 17 autres n'ont pas pu l'être.

Cela est d'abord dû au fait qu'ils traitent de questions très larges, sans équivalent dans le cadre normatif brésilien. Par exemple, c'est le cas de l'observable « mettre à disposition des services de télésanté » (tableau 21, eLAC 2010), ou encore « la télésanté comme moyen de réformer le système de santé[302] » (tableau 13, Plans sur la société de l'Information 1993-2005).

[301] Soulignons que les prévisions figurant dans les documents internationaux et régionaux ainsi que celles des arrêtés du Ministère de la Santé du Brésil ont été résumées pour permettre la comparaison.
[302] Rappelons que la création du programme Telessaúde Brasil Redes s'inscrit dans une perspective réformiste, déclenchée par la création du Système Unique de Santé, en 1988. Toutefois, il n'y a aucune prévision qui mentionne ou éclaire la question dans le cadre normatif du programme.

Ensuite, une partie de ces 17 observables est formée de prévisions dirigées aux propres organisations internationales, comme « Établir un groupe de travail pour suggérer des mesures à prendre et pour le suivi » (tableau 21, eLAC 2010). D'autres concernent la formation de réseaux régionaux de télésanté, comme « Améliorer les réseaux régionaux » (tableau 21, eLAC 2010), prévisions qui n'ont pas de parallèle dans le cadre normatif brésilien.

De sorte que, si l'on exclut ces 17 observables – encore que certains d'entre eux puissent être associés aux prévisions du Programme Telessaúde Brasil Rede – nous pouvons affirmer qu'environ 60 % des recommandations les plus récurrentes dans les documents régionaux et internationaux étudiés peuvent être associées aux prévisions des principaux arrêtés qui forment la base du programme télésanté Brésil.

Cette proportion est encore plus grande si nous excluons de la comparaison les observables qui traitent de questions concernant exclusivement les organisations internationales. Dans ce cas, nous atteindrions une corrélation d'environ 0,80 entre les thèmes des deux groupes d'observables comparés, et il n'en resterait que 9 sans correspondance avec les observables du programme brésilien.

10.5.3 Spécificités du contexte brésilien et la question de l'adaptation du cadre normatif local aux recommandations internationales

Avant de passer au niveau local pour traiter de l'adoption par le gouvernement du Brésil d'un programme pour la télésanté, il nous faut procéder à deux vérifications importantes.

La première, présentée dans les bases méthodologiques du travail, concerne le fait qu'un État faisant partie d'organisations internationales et signataire de leurs déclarations, résolutions et autres documents, n'en est pas pour autant tenu d'observer les recommandations figurant dans ces documents[303].

La seconde se rapporte au fait que le Brésil a adopté un programme national de télésanté et que cette décision semble indiquer, en première analyse, que le pays a répondu à

[303] Comme nous l'avons vu, les recommandations sont plutôt des "invitations" et « ne doivent être considérées comme recommandations que celles des résolutions émises avec l'intention de ne pas obliger leurs destinataires » (Castaneda, 2015, p. 217).

l'appel réitéré, identifié dans plusieurs des recommandations étudiées, à savoir *que les pays, et en particulier les pays en développement, adoptent des politiques pour la télésanté dans leurs territoires respectifs.*

Savoir si, quand un pays adopte des politiques pour la télésanté au niveau national, il a été sensible à cet appel lancé dans les recommandations d'organisations internationales, implique de connaître aussi la teneur des politiques définies par le pays en question, de savoir si elles sont en accord avec certaines orientations récurrentes données dans ce même débat.

Compte tenu de la spécificité de certaines recommandations[304], il nous faut savoir si une politique donnée est structurée sur la base de certains principes, si elle répond à certaines actions définies comme étant prioritaires.

Bien qu'ayant identifié des ressemblances entre les différents documents en ce qui concerne leurs principes et leurs orientations pour aider les pays à élaborer leurs politiques pour la télésanté, il n'existe cependant pas de manière unique ou universelle de classer les nations sur base de leur engagement à définir des politiques pour la télésanté.

Si l'on considère par exemple les informations publiées par l'OMS dans son Global Survey de 2009 et les informations publiées par la CEPALC dans son Monitoreo del Plan eLAC de 2010, et qu'on y vérifie l'évaluation faite de l'engagement du gouvernement brésilien pour le développement de la télésanté dans le pays, on trouvera des résultats différents sur un même thème et pour une même période de relevé.

Quand il demande au Brésil s'il dispose d'une « politique nationale de télésanté », le Global Survey 2009[305] de l'OMS indique « do not know » comme étant la réponse donnée par le pays. De son côté, quand le Monitoreo eLAC 2010 évalue les « initiatives de politiques en lien avec la télésanté[306] », il informe que le Brésil dispose d'un « Programme National de Télésanté ».

Toujours en ce qui concerne la classification du Brésil par l'OMS, la page de son site Internet relative au Global Observatory of eHealth donne accès aux politiques nationales en lien avec la télésanté dans plusieurs pays.

---

[304] Comme dans la Résolution WHA58.28 de l'OMS ou la CD51/13 de l'OPAS, qui établissent aux niveaux international et local (Amériques) des plans stratégiques pour la télésanté (cyberstratégies).
[305] Consulté le 2 juillet 2015 à l'adresse : http://www.who.int/goe/publications/atlas/bra.pdf
[306] CEPALC, 2010c.

Si on y sélectionne « Brésil[307] », on a accès non pas aux arrêtés ou au manuel relatif au programme Telessaúde Brasil Redes, mais bien à un document du Ministère de la Santé relatif à la Politique Nationale d'Information et d'Informatique en Santé (PNIIS), établie en 2004.

Quand on analyse la teneur de ce document, compte tenu des concepts largement acceptés sur la « télésanté » et des bases des politiques pour ce secteur, on constate que, plus qu'une politique pour la télésanté, le PNIIS[308] se destine à tracer des lignes d'action pour l'informatisation de l'enregistrement d'informations en santé.

Grâce à cette informatisation, le plan prévoit l'enregistrement automatique de ces informations (Brésil, Ministère de la Santé 2004, p. 7), ainsi que la création d'un Système National d'Information en Santé (Idem, ibidem, p. 15). La « télésanté » proprement dite n'est mentionnée qu'en passant, dans le contexte plus large correspondant au « système d'information », dans les termes suivants :

> Des ressources telles que, par exemple, dossier électronique de santé, protocoles cliniques et programmatiques, alertes, notifications, systèmes d'appui à la décision et consultation assistée à distance (télésanté) améliorent le travail des professionnels de santé, et profitent donc aux usagers du SUS (Brésil, Ministère de la Santé 2004, p. 24).

Les « global surveys » réalisés par l'OMS et les informations disponibles dans son Global eHealth Observatory constituent une importante base de consultation sur le thème, utilisée aussi bien par des gouvernements que par des chercheurs et des professionnels de santé, et qui peuvent par conséquent influencer recherches, études et relevés.

Nous avons également fait une recherche dans la base de données SciELO[309], qui réunit une sélection de périodiques scientifiques brésiliens. Pour ce faire, nous avons utilisé le terme de recherche « télésanté » sur une période plus récente, à partir de 2014. Nous avons trouvé deux articles importants qui évaluent, à partir de méthodologies différentes, la situation des pays latino-américains relativement à l'adoption de politiques nationales pour la télésanté.

---

[307] eHealth Policies. Brazil. OMS (Global Observatory of eHealth). Consulté le 2 juillet 2015 à l'adresse : http://www.who.int/goe/policies/countries/bra/en/

[308] Politique nationale d'informatique en santé (Brésil, Ministère de la Santé, 2004).

[309] Banque de périodiques scientifiques brésiliens SciELO (Scientific Electronic Library Online). Consulté le 14 juin 2015 à l'adresse : http://www.scielo.br/?lng=pt

Le premier s'intitule « *Information and communication technology (ICT) and eHealth policy in Latin America and the Caribbean : a review of national policies and assessment of socioeconomic context* », écrit par Jimenez-Marroquin M.C., Deber R. et Jadad A.[310].

Les notions de « politique » et de « politique pour la télésanté » utilisées par les auteurs sont définies au début de l'étude, sur base des définitions données par l'OMS dans le document Building Foundations for eHealth, de 2006. D'après l'étude faite par les auteurs sur la situation des pays d'Amérique Latine quant à l'adoption de politiques pour la télésanté, il existe bien une politique pour la télésanté au Brésil.

Mais comme les auteurs partent de la définition figurant dans le document de l'OMS mentionné ci-dessus, lequel se base sur les informations des « global surveys », ils indiquent qu'au Brésil, la Politique Nationale d'Information et d'Informatique en Santé (PNIIS) constitue la politique pour la télésanté, c'est-à-dire celle-là même qui est signalée dans la base de données de l'OMS pour les politiques nationales de chaque pays.

Quant à la seconde étude retenue dans la base SciELO, il s'intitule « *Une vision panoramique des actions de télésanté en Amérique Latine* », de Santos A.F. et al.[311], publié en 2014. Les auteurs ont aussi procédé à un relevé de la situation des pays de l'Amérique Latine pour ce qui est de l'adoption de politiques pour la télésanté.

Dans les tableaux énumérant les projets nationaux de télésanté en Amérique Latine, ainsi que l'année de leur création et leurs principaux objectifs, ils rapportent que le Brésil a adopté en 2007 un projet pour la télésanté, « projet » destiné à « Intégrer les équipes de santé de la famille dans les services spécialisés ou services d'universités pour améliorer la qualité des soins primaires[312] ». Il s'agit ici d'une référence au programme Telessaúde Brasil Redes.

Approfondir notre recherche en vue de connaître les causes de ces évaluations différentes de la situation du Brésil relativement à l'adoption de politiques pour la télésanté, n'est pas l'objectif de notre étude ; cela exigerait de partir d'une autre base épistémologique, de définir de nouvelles méthodes et matériel à analyser, etc.

---

[310] Jimenez-Marroquin MC, Deber R, Jadad AR. Information and communication technology (ICT) and eHealth policy in Latin America and the Caribbean: la review of national policies and assessment of socioeconomic context. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(5/6):329–36. [En ligne : http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/05.pdf]. Consulté le 3 juillet 2015.

[311] Santos AF, D'Agostino M, Bouskela MS, Fernandéz A, Messina LA, Alves HJ. Une vision panoramique des actions de télésanté en Amérique Latine. Rev Panam Salud Publica. 2014; 35(5/6):465–70. [En ligne : http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/25.pdf]. Consulté le 4 juillet 2015.

[312] *Op. cit.,* p. 467.

Les exemples donnés ci-dessus renforcent encore plus les bases choisies pour effectuer notre recherche et justifient nos méthodes, le choix du matériel, la décision de partir de l'appui d'un cadre international de prémisses, pour ensuite mettre nos hypothèses de recherche à l'épreuve.

À partir de notre analyse et interprétation et des résultats obtenus, nous pouvons dire que le Brésil a effectivement adopté une politique pour la télésanté et que celle-ci correspond plutôt au Programme Telessaúde Brasil Redes qu'à la Politique Nationale d'Information et d'Informatique en Santé (PNIIS).

Ainsi, nous pouvons affirmer que *le pays adopte des politiques orientées au développement de la télésanté.* Cette affirmation se sustenta si nous tenons compte non seulement des principales variables qui intègrent normalement le concept de « télésanté », mais surtout, de la configuration des bases du programme et de la teneur des recommandations proposées au niveau international.

Ce qui ne veut pas dire que le pays se soumet à un modèle ou une recette politique validée par les instances internationales, mais plutôt qu'il va dans le sens d'une adaptation graduelle de son cadre normatif à ce qui est recommandé dans les accords, déclarations ou résolutions d'organisations internationales dont le Brésil est membre ayant droit de vote.

De la comparaison faite ci-dessus, il ressort qu'il y a un haut niveau de correspondance entre les prévisions du cadre normatif brésilien et celles observées dans le cadre international, à savoir de 60 % ou 80 % selon la perspective adoptée.

D'un autre côté, on constate qu'il existe toute une série de spécificités propres aux prévisions normatives brésiliennes, que nous allons détailler pour chacun des six groupes d'observables recensés dans les tableaux ci-dessus.

Pour ce qui est du « groupe 1 : intégration et formation d'un réseau de santé » : les recommandations internationales caractérisées par les observables « créer des centres et des réseaux nationaux d'excellence » et « connecter les centres de santé et les hôpitaux », trouvent un équivalent dans le programme brésilien, qui prévoit la connexion entre les unités de soins de base et de formation, associées aux soins primaires et à la Stratégie Santé de la Famille (SSF). *Spécificité* : au Brésil, ces unités de bases ne sont pas seulement reliées aux hôpitaux, mais aussi aux universités publiques faisant partie du programme. Il s'agit ici de la priorité

donnée par le programme brésilien aux actions de formation en santé et de qualification professionnelle des équipes médicales de chaque unité de base du réseau, réalisées par des spécialistes travaillant dans les universités publiques.

Deuxième exemple relatif au « groupe 1 : intégration et formation d'un réseau de santé » : la recommandation « mettre en place un groupe national pour la formulation de politiques, la prise de décisions… » trouve un équivalent dans le programme brésilien qui crée une Commission Permanente en Télésanté. *Spécificité* : en créant sa commission nationale, le Ministère de la Santé brésilien en confie la coordination à un secrétariat lié à l'éducation et à la formation professionnelle médicale, vu l'importance pour le programme de la qualification des professionnels en santé.

Concernant le groupe 2 : « infrastructure » : la recommandation correspondant aux observables « développer des infrastructures » et « accès Internet à haut débit », vue dans le cadre international, est prévue dans le programme brésilien. *Spécificité :* le programme brésilien prévoit le développement d'une infrastructure en TIC, mais cette prévision semble tout particulièrement destinée à la qualification d'unités de base de santé chargées des soins primaires, dans le but de les doter d'un équipement de base pour permettre leur interconnexion avec d'autres points et avec les noyaux du Programme.

Quant au groupe 3 : « interopérabilité » : observable identifié dans les documents internationaux, la question est réglementée par le programme brésilien. *Spécificité :* l'« interopérabilité » apparaît dans un arrêté spécifique qui détermine l'utilisation d'un logiciel libre (*open source*), n'exigeant donc pas le paiement de redevances. La position du gouvernement brésilien est claire quant à l'opérationnalisation de la télésanté : elle ne peut pas être entravée par le coût élevé de logiciels brevetés.

En ce qui concerne le groupe 4 : « formation et qualité » : la recommandation « promouvoir la formation des professionnels de la santé » figurant dans les documents internationaux constitue un principe fondamental du programme brésilien. *Spécificité :* l'importance de la qualification/formation a conduit le Ministère de la Santé brésilien à classifier le programme comme une « action de télé-éducation », basée sur la « seconde opinion formative » et d'« autres actions éducatives », le but de ces actions étant d'éviter que les professionnels en santé abandonnent les régions isolées du pays, en leur donnant accès aux téléconsultations et en leur permettant de continuer leur formation à distance.

Pour le groupe 5 : « accès universel - régions isolées et populations démunies » : « bénéficier les communautés et groupes vulnérables » et « garantir l'accès aux soins dans les régions isolées », prévus dans les documents internationaux, apparaissent comme des objectifs fondamentaux du Programme Telessaúde Brasil Redes, lequel prévoit, par exemple, des critères tels que l'évaluation d'un indice de pauvreté et la vérification de l'existence de barrières géographiques pour le choix des communes. *Spécificité :* compte tenu, entre autres, des conditions géographiques et des indices de pauvreté dans le pays, le programme adopte comme base la Stratégie Santé de la Famille (SSF), y compris des normes spécifiques pour adapter le programme aux politiques d'attention à la santé indigène.

Quant au groupe 6 : « actions centrées sur les soins primaires » : les prévisions internationales « soutenir la formulation de politiques 'centrées sur les personnes'» et « télésanté orientée aux soins de santé primaires » ont une telle importance dans le programme brésilien qu'a été créée en 2011 la Politique Nationale pour les Soins Primaires (PNSP), qui a conduit à une redéfinition du Programme Télésanté dans le but d'intégrer les unités de base de santé à son réseau. *Spécialisation :* le pays a établi une politique nationale orientée vers les soins primaires (soins de base), en lien étroit avec le Programme Télésanté[313].

Après l'analyse et la discussion des résultats trouvés et avant de passer à la conclusion de notre travail, rappelons les deux hypothèses principales proposées dans la partie initiale de notre recherche.

10.5.3.1 Primière hypothèse:

Pour ce qui est du thème « télésanté », compte tenu du cadre épistémologique adopté pour la recherche et son corpus d'analyse, nous avons pu identifier dans les documents étudiés un *appel aux États-nations à définir des politiques nationales pour la télésanté.* Comme nous l'avons vu, certains documents dirigent cet appel à un type particulier d'État-nation : les pays « en développement ».

[313] Une dernière particularité du cadre normatif du programme : la prévision de normes compatibles avec le processus de décentralisation financière et administrative en cours depuis la mise en place du SUS.

Pays « en développement », le Brésil adopterait en 2007 un programme en lien avec la télésanté, appelé à l'époque « Programme National de Télésanté », un an après la constitution d'une Commission Permanente de Télésanté.

Avant cette période, des actions dans le sens de normaliser l'utilisation des TIC dans le champ de la santé publique ont été réalisées au Brésil, comme l'édition en 2004 du Plan national d'information et d'informatique en santé (PNIIS), qui mentionne le terme « télésanté » dans ses prévisions. Mais ce n'est qu'en 2007 que le programme de télésanté a été créé.

Sur le plan international, la Résolution WHA58.28 de l'OMS en 2005 définit les lignes d'action pour le développement de la télésanté par ses États membres. Avant cela, d'autres documents traitant de la question avaient déjà été publiés : les documents finals du SMSI, les Rapports de la CMDT de l'UIT et les rapports de sa Commission d'études 2 (UIT-D).

Dans l'analyse de la base normative du Programme Telessaúde Brasil Redes, nous n'avons trouvé aucune mention spécifique aux recommandations internationales étudiées, ni dans ses performatifs, ni dans le corps des documents, que ce soit comme « antécédent » ou simple référence au contexte.

N'ayant trouvé ni mention ni référence expresse, nous ne pouvons pas affirmer de manière catégorique qu'en adoptant le programme en 2007, le Brésil « s'est conformé » ou « a obéi » ou « a répondu » à l'appel récurrent fait aux pays en développement dans les documents étudiés.

Nous pouvons cependant affirmer que l'initiative du Gouvernement brésilien de créer un programme national pour la télésanté, institué par arrêté et défini comme politique pour le secteur, est en concordance avec la recommandation identifiée dans les documents internationaux.

10.5.3.2 Seconde hypothèse

Nous avons vu dans les documents internationaux étudiés que l'appel fait aux pays pour qu'ils élaborent leur politique nationale pour la télésanté était accompagné de prévisions

ou orientations qui pourraient être prises en compte par les pays dans l'élaboration de leur politique.

Après avoir analysé ces documents et y avoir identifié les structures récurrentes, nous avons pu reconnaître ces bases ou orientations et comparer leurs « observables » entre eux, et avec les observables identifiés dans le cadre normatif du Programme Telessaúde Brasil Redes.

Les résultats de ces comparaisons nous permettent de conclure qu'il existe un certain niveau de correspondance ou de corrélation entre les questions traitées dans ces deux grands groupes d'observables.

De même, l'analyse du cadre normatif du programme et la reconnaissance de divers éléments caractéristiques du système de santé publique brésilien montrent que le programme possède des spécificités qui essaient de répondre aux aspirations, aux lacunes, aux besoins et aux expectatives du secteur.

Une fois qu'il n'y a pas de mention expresse, dans le cadre normatif du programme brésilien, des recommandations des organisations traitées et vu que les principes de ce programme sont en concordance avec les spécificités du Brésil et les bases du système de santé brésilien, il n'y a donc aucun élément qui nous permette d'affirmer catégoriquement que les orientations figurant dans les documents internationaux ou régionaux ont été observées par le Brésil pour la définition des lignes d'action et des bases de son programme.

Mais nous pouvons affirmer que le Programme brésilien est structuré sur des bases et des orientations qui renvoient aux préalables définis au niveau international pour l'élaboration de politiques nationales pour la télésanté, étant donné le haut degré de correspondance entre les deux groupes d'observables.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En nous orientant selon nos définitions méthodologiques, notre objectif était d'identifier des éléments qui nous permettent de tester nos hypothèses et d'obtenir des résultats, au-delà des constatations préliminaires ou des points de vue connus.

Par exemple, nous avons considéré dans nos hypothèses que l'absence de mention expresse aux recommandations internationales dans les documents brésiliens étudiés était un élément d'importance secondaire pour les objectifs de la recherche.

Dans un premier temps, nous avons contesté l'argument selon lequel le Brésil avait défini sa politique pour la télésanté sur base de recommandations préalables émanant d'organisations internationales, au simple motif d'en être membre ou d'éviter des sanctions qui lui seraient appliquées en cas d'inobservance.

D'autre part, nous avons vérifié que le fait d'appartenir à une organisation internationale n'oblige pas juridiquement les pays membres « à reconnaître que les moyens mis en œuvre par l'organisation […] sont automatiquement les mieux appropriés[314] », et qu'ils ne sont pas soumis à des mesures coercitives, vu la nature de ces recommandations, qui s'assimilent plutôt à des « invitations » qu'à des « obligations ».

Dans un second temps, nous avons cherché à comprendre pourquoi le Brésil avait mis en œuvre un programme national de télésanté, sans être contraint en tant que pays membre à

[314] Castaneda, 2015.

respecter la recommandation de « définir des politiques pour la télésanté » et sans qu'il soit question de sanction en cas d'inobservance.

Compte tenu du contexte réformiste et d'autres questions relatives à la santé publique au Brésil et après avoir vérifié les bases normatives du programme, on peut considérer que *« sa création a été la conséquence de l'observance des recommandations internationales »* ou au contraire, que *« sa création se soit réglée sur les éléments locaux caractéristiques de la santé publique brésilienne et autres facteurs de politique interne »*. Pour parvenir à prendre position face à cette *dichotomie,* nous avons défini nos deux hypothèses et nos méthodes et matériels de recherche.

Après avoir défini la base épistémologique et le corpus d'analyse, avoir séparé et analysé les deux grands groupes de documents du corpus, nous avons constaté une réelle corrélation entre les observables associés au cadre normatif du programme Telessaúde Brasil Redes et celui des recommandations internationales sur la télésanté.

Pour arriver à cette constatation, nous avons suivi deux axes d'investigation dans notre recherche. Selon le premier, nous avons cherché à identifier les éléments thématiques dans les documents et à indiquer les observables importants, utilisés par diverses organisations.

Cette manière de procéder nous a permis de créer des tableaux d'observables récurrents et de réaliser des comparaisons entre les questions traitées dans les divers documents. Grâce à quoi nous avons suivi le second axe de notre investigation : vérifier dans les observables des documents du corpus, la présence d'un processus d'acceptabilité[315].

Sur base des observables identifiés dans les documents associés à ce processus, nous avons montré les « mesures » discursives suggérées dans le but de sensibiliser et d'impliquer ceux à qui ces documents sont destinés.

Nous associons ces « mesures » à trois structures : légitimité, efficacité et coercibilité. La première est concrétisée dans les textes par les performatifs, les formules et les « observables récurrents ». En ce qui concerne ces derniers, nous avons souligné leur relation avec l'homogénéisation d'opinions et la diffusion de modèles et recettes politiques[316].

[315] Krieg-Planque, 2009.
[316] Garrett, 2000.

La deuxième structure, l'efficacité, se manifeste dans les documents par la présence d'un plus haut niveau de détails ou de définition des orientations dirigées aux pays membres, en comparaison avec leurs équivalents figurant dans d'autres documents.

Finalement, la troisième structure, la coercibilité, est matérialisée dans des prévisions associées à des mesures d'observation et de suivi pour évaluer le niveau d'engagement des destinataires vis-à-vis des recommandations.

Une fois ce processus identifié, sachant qu'il rejaillit sur les pays destinataires des recommandations, et les deux hypothèses de la recherche vérifiées, à quelle conclusion arrivons-nous par rapport à la dichotomie mentionnée ci-dessus ?

On remarque l'emploi du terme « destinataires » qui désigne les pays membres faisant partie de ces organisations et à qui les recommandations sont adressées. N'oublions pas que les pays membres d'organisations à vocation mondiale ou régionale participent au processus d'élaboration de leurs politiques, plans ou stratégies.

Dès le début de la recherche, nous avons reconnu cet « échange dans les deux sens » qui caractérise les régulations transnationales, ce processus de concertation entre États-nations et organisations internationales, qui dénote l'accroissement du poids des régulations globalisées[317]. Il s'agit là de la simple reconnaissance du fait que l'État qui accepte des recommandations d'organisations internationales participe lui-même au processus de leur mise au point.

C'est dans cette optique que nous avons représenté les relations entre les organisations considérées dans notre étude et entre celles-ci et l'État brésilien par des flèches à double pointe[318] .

Encore que nous ayons reconnu cette logique dès le début de notre recherche et même décidé de traiter de documents d'organisations régionales, nous avons fini par analyser beaucoup plus l'influence exercée par les organisations sur les pays membres, voie essentiellement à sens unique.

Arrivant ainsi à la fin de notre investigation, nous avons constaté que notre point de vue va surtout dans la direction d'une perspective top-down, reléguant au second plan les

[317] Garrett 2000, Oliver, 2003.
[318] Figure 1, Chapitre 4.

possibles influences de pays membres sur le propre contenu des recommandations internationales, c'est-à-dire selon une perspective bottom-up.

En d'autres mots, notre point de vue se caractérise plus par la confirmation de l'influence des organisations internationales sur les organisations régionales et sur les pays membres (perspective top-down), que par la reconnaissance de l'importance de la contribution politique apportée par les pays membres aux organisations internationales (bottom-up) :

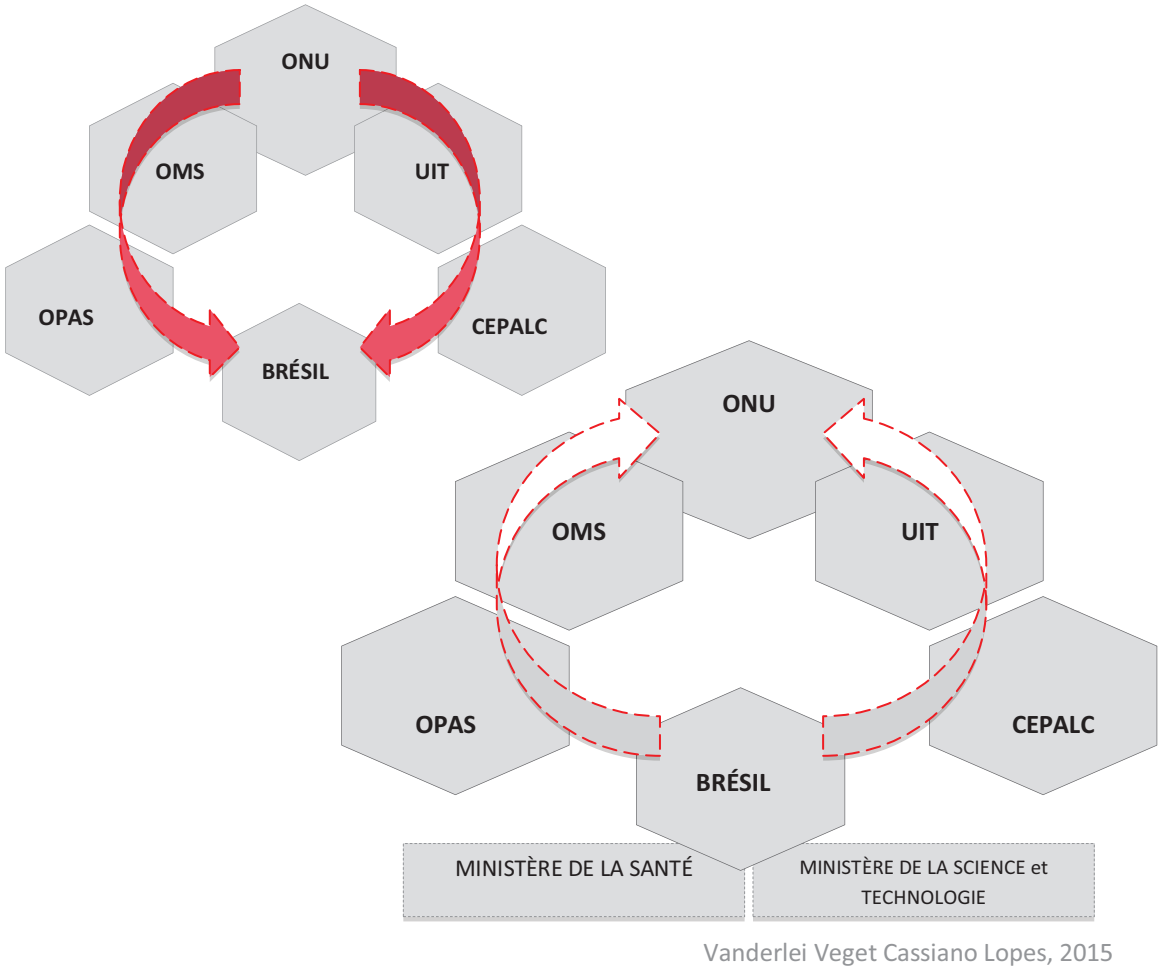


Figure 9: Les deux perspectives (top-down et bottom up) mentionnées ; celle représentée dans la partie supérieure a été choisie pour l'approche adoptée dans la recherche.

Il aurait aussi été important de souligner le fait qu'aussi bien les pays membres que les organisations régionales, par l'intermédiaire de leur représentation au sein des organismes et commissions internes des organisations internationales, font valoir leurs prérogatives dans la mesure où ils indiquent des lignes d'action basées sur leurs aspirations et sur leur réalité locale ou régionale.

Comprendre plus complètement le fait que les observables associés au programme télésanté Brésil sont en cohérence avec les bases et l'évolution du SUS et les priorités du Ministère de la Santé, et en même temps, avec les observables identifiés dans les documents internationaux exigerait ainsi un *double effort de la part du chercheur.*

Il faudrait analyser plus profondément le processus de concertation entre les organisations internationales et leurs pays membres, le processus décisionnel, les questions relatives à la représentativité des pays dans les organismes faisant partie de ces organisations, l'action des commissions internes, ainsi que les parcelles d'autonomie et les attributions de compétence réservées à chaque pays représenté.

Cela exigerait également la définition d'un nouveau corpus de documents à analyser. L'intérêt principal ne résiderait plus dans le choix de documents tels que des résolutions de l'Assemblée générale ou des déclarations finales, mais bien dans les documents concernant les décisions préliminaires de commissions et d'organismes internes des organisations internationales. Ou de n'importe quel type de document qui indiquerait la contribution spécifique des représentants d'un certain pays membre.

Une fois les documents identifiés et après l'analyse des contributions apportées à l'organisation, il faudrait définir des méthodes pour montrer comment ces contributions, légitimement offertes par un pays membre ou par une organisation régionale, arriveraient à faire partie du discours de l'organisation internationale, dans ses déclarations, résolutions ou autres documents.

Une partie de la base méthodologique et théorique utilisée dans notre étude nous serait encore utile, comme les méthodes de l'analyse du discours (AD) et de l'analyse du contenu (AC). Compte tenu du champ de notre recherche, à savoir celui des sciences de l'information

et de la communication, et des bases méthodologiques et des méthodes déjà consacrées, nous y ajouterions probablement la perspective des théories de la réception, par exemple.

Nous compléterions l'analyse des documents du corpus en soulignant le rôle actif de l'État membre dans la définition des politiques internationales, dans son action au sein des propres organisations et dans ses contributions ensuite légitimées par le processus de concertation internationale et diffusées dans des documents à l'échelle mondiale.

Dans cette optique, nous pourrions mieux comprendre les orientations données aux recommandations internationales spécialement destinées aux pays en développement. Mais nous sommes bien conscients de la complexité de la tâche, qui donnerait ici lieu à une nouvelle hypothèse, au germe d'une nouvelle investigation.

Et c'est sur cette ouverture que nous voulons clore notre recherche. Une nouvelle question/problème se présente et nous invite à parcourir le chemin inverse : savoir comment est faite « la modulation du discours d'organisations internationales par leurs pays membres », c'est-à-dire comment les États-nations parviennent à inclure leur perspective politique d'« un certain emploi des TIC » dans les recommandations de ces organisations. Comment les perspectives de ces États pour la recherche d'une meilleure qualité de vie pour leur population, aident à déterminer au niveau international « une certaine utilisation des TIC dans le domaine de la santé publique » et à définir un certain type de télésanté.

BIBLIOGRAPHIE

ADORNO T.W. et HORKHEIMER M. (2012), *Kulturindustrie : raison et mystification des masses,* Paris, Éditions Allia, 104 p.

BARDIN L. (2007), *L'analyse de contenu,* Paris, Presses universitaires de France, 291 p.

BARTH M. et LEGENDRE D. (2014), « Le futur de la médecine», in MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 14-26

BELL D. (1999), *The coming of post-industrial society,* New York, Foreword (507 p.)

BONTE J. (2014), « Du parcours de soins à l'écosystème de santé», *in* MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 27-34

BOURDIEU P. (1982), *Ce que parler veut dire: l'économie des échanges linguistiques,* Paris, Fayard, 244 p.

BRATOSIN S. (2007), *La concertation dans le paradigme du mythe : de la pratique au sens,* Berne/Berlin/Bruxelles, Peter Lang, 268 p.

BRATOSIN S. (2015), Journée d'étude et rendez-vous de thèse au sein de l'Équipe d'Accueil CORHIS (EA 7400), Montpellier.

BRÉCHAT P-H. (2012), « Il y a urgence pour un service public de santé ! », *in* TABUTEAU D. (dir.), *Service public et santé,* Paris, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po, p. 157-166

BRETON P. et PROULX S. (2009), *L'explosion de la communication : introduction aux théories et aux pratiques de la communication,* Paris, La Découverte, 382 p.

BROWN R. H. (1993), *The National Information Infrastructure : Agenda for action,* Washington, D.C: US Government Publications Office, [en ligne : <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=umn.31951d00296397c;view=1up;seq=19], consulté le 17 mars 2015.

BROWN R. H. (1995), *Global Information Infrastructure : Agenda for cooperation,* Washington, D.C: US Government Publications Office, [en ligne : http://www.ntia.doc.gov/report/1995/global-information-infrastructure-agenda-cooperation], consulté le 18 mars 2015.

CAMPOS A.F., *et al*., « El Programa Nacional de Telesalud en Brasil: un instrumento de apoyo a la atención primaria », *in Latin-Am J Telehealth*, Belo Horizonte, 2009; 1 (1): 39-66. [En ligne: http://cetes.medicina.ufmg.br/revista/index.php/rlat/article/viewFile/11/119]. Consulté le 4 juillet 2015.

CASSIRER, E. (1972), *La philosophie des formes symboliques: 2. La pensée mythique,* Paris: Éditions de Minuit, 344 p.

CASTANEDA J. (2015), « Valeur juridique des résolutions des Nations Unies », *Collected Courses of the Hague Academy of International Law,* Vol. 129, The Hague Academy of International Law, Brill Online, p. 205-231 [en ligne-accès controlé par la Bibliothèque Interuniversitaire de Montpellier :http://referenceworks.brillonline.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/entries/the-hague-academy-collected-courses/introduction-129-ej.9789028616622.205_331.2], consulté le 31 mai 2015.

CASTELLS M. (2001), *L'ère de l'information. La société en réseau,* Paris, Fayard, 671 p.

CHEVALLIER J. (2014), *L'État post-moderne,* Issy-les-Moulineaux, LGDJ Lextenso éditions, 4ème édition, 265 p.

COSTA SANTOS P. L. et CARVALHO A. M. (2009), « Sociedade da informação : avanços e retrocessos no acesso e no uso da informação », *Inf. & Soc.:Est.,* v.19, n.1, jan./abr., João Pessoa, p. 45-55, [en ligne : http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/1782/2687], consulté le 2 février 2015.

DALLARI S. (2015), *Experiência brasileira de democracia sanitária serve de exemplo a outros países,* (interview), Agência CNJ de Notícias, Conseil National de Justice, [en ligne : http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/61734-experiencia-brasileira-de-democracia-sanitaria-serve-de-exemplo-a-outros-paises], consulté le 22 avril 2015.

DEBANDI F., DONDI C., et NASCIMBENI F. (2006), *Publicacion final del Programa @LIS: cuatro anos de colaboración Europa-América Latina para la Sociedad de la Información,* EuropeAid Co-operation Office, 94 p., [en ligne : http://www.oei.es/pdf2/@lis_Final_publication.pdf], consulté le 2 février 2015.

DECAUX E. (2007), « Le développement de la production normative : vers un "ordre juridique international ?», *in* BADIE B. et DEVIN G. (dir.), *Le multilatéralisme*, Paris: La Découverte, p. 113-128, [en ligne https://www.cairn.info/le-multilateralisme%20--9782707153333.htm], consulté le 22 mai 2015.

DEMONGEOT J. (2014), « La révolution génomique», *in* MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 156-161.

DENOUEL J. et GRAJON F. (2011), «Penses les usages sociaux des technologies numériques d'information et de communication», *in* DENOUEL J. et GRANJON F. (dir.), *Communiquer à l'ère numérique: regards croisés sur la sociologie des usages*, Paris, Transvalor: Presses des Mines, p. 7-44.

DOLGIN K. (2014), « L'observance : un défi aux politiques de santé», in MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 173-182.

DURAND P. (dir.) (2007), *Les nouveaux mots du pouvoir : abécédaire critique*. Bruxelles, Les Éditions Aden, 461 p.

DZENOWAGIS J. et KERNEN GAEL (2005), *Connecting for health : local vision, global insight,* Switzerland : World Health Organisation (WHO), [en ligne : http://www.who.int/ehealth/publications/WSISReport_Connecting_for_Health.pdf?ua=1], consulté le 2 mars 2015.

FOMPERYNE D. (2014), « Le numérique transforme-t-il le rapport au corps et à la maladie ?», *in* MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 35-43

FORGES J-M de (2012), *Le droit de la santé,* Paris, Presses universitaires de France, 8ème édition, 127 p.

GARCIA G., ESTRELLA E. et NAVARRO J. (1999), « El Código Sanitário Panamericano: hacia una politica de salud continental », *Revista Panamericana de Salud Pública,* Vol. 6, nº 5, Washington DC, p. 350-361 [en ligne : http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n5/0960.pdf], consulté le 13 février 2015.

GARRETT G. (2000), « The causes of globalization », *Comparative Political Studies,* Vol. 33, nº 6/7, p. 941-991 [En ligne : http://bev.berkeley.edu/ipe/readings/The%20Causes%20of%20Globalization.pdf], consulté le 19 mai 2015.

GAUDIN J-P. (2002), *Pourquoi la gouvernance ?,* Paris, Presses de Sciences Po, 138 p.

GIL C.R.R. (2006), «Atenção primária, atenção básica e saúde da família : sinergias e singularidades do contexto brasileiro », *Cad. Saúde Pública,* Vol. 22, nº 6, Rio de Janeiro, p. 1171-1181, [en ligne : http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf], consulté le 29 avril 2015.

GIRAUD O. (2003), « Le comparatisme contemporain en science politique : entrée en dialogue des écoles et renouvellement des questions », *in* LALLEMENT M. et SPURK J. *Stratégies de la comparaison internationale,* Paris: CNRS Éditions, p. 87-106.

GORE A. A. (1995), Préface, *in* BROWN R. H., *Global Information Infrastructure : Agenda for cooperation,* Washington, D.C: US Government Publications Office, [en ligne :

http://www.ntia.doc.gov/report/1995/global-information-infrastructure-agenda-cooperation], consulté le 18 mars 2015.

GRAGNOLATI M., LINDELOW M., COUTTOLENC B. (2013), *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil : uma avaliação do Sistema Único de Saúde,* Whasington DC., International Bank for Reconstruction and Development - The World Bank, (112 p.), [en ligne : https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15801], consulté le 27 mars 2015.

HABERMAS J. (2011), *La technique et la science comme idéologie*, Paris: Gallimard, 216 p.

HADDAD A.E. (2013), « A experiência brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil », *in Goldbook: Experiências em Telemedicina e Telessaúde, Edition: 1a edição, Chapter: Experiência Brasileira do Programa Nacional Telessaude Brasil*, Publisher: UERJ, Editors: Alexandra Monteiro, p.12-42. [En ligne : http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/2.pdf]. Consulté le 2 juin 2015.

JIMENEZ-MORROQUIN MC, DEBER R, JADAD AR (2014), « Information and communication technology (ICT) and eHealth policy in Latin America and the Caribbean: a review of national policies and assessment of socioeconomic context », *Rev Panam Salud Publica*, 2014;35(5/6):329–36, [en ligne: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/05.pdf], consulté le 3 juillet 2015.

JURDANT B. (2009), *Les problèmes théoriques de la vulgarisation scientifique,* Paris, Éditions des archives contemporaines, 237 p.

KELSEN H. (1999), *Théorie pure du droit,* Bruxelles: LGDJ, 367 p.

KRIEG-PLANQUE A. (2009), *La notion de « formule » en analyse du discours : cadre théorique et méthodologique*. Besançon, Presses Universitaires de Franche-Comté, 148 p.

KRIEG-PLANQUE A. (2012), *Analyser les discours institutionnels,* Paris, Armand Colin, 240 p.

LALLEMENT M. (2003a), « Raison ou trahison ? Éléments de réflexion sur les usages de la comparaison en sociologie » *in* LALLEMENT M. et SPURK J. (dir.), *Stretégies de la comparaison internationale,* Paris: CNRS Éditions, p.107-120.

LALLEMENT M. (2003b), «Pragmatique de la comparaison », *in* LALLEMENT M. et SPURK J. (dir.), *Stretégies de la comparaison internationale,* Paris: CNRS Éditions, p.297-306.

LASBORDES P. (2009), *La télésanté : un nouvel autout au service de notre bien-être – un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France,* Ministère de la Santé et des Sports (247 p.), [en ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000539/], consulté le 1 février 2015.

LÉVY P. (1997), *L'intelligence collective : pour une anthropologie du cyberspace,* Paris, La Découverte, 245 p.

LOPEZ A. (2013), *Réguler la santé : objectifs, méthodes, et outils pour une stratégie globale des politiques de santé,* Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 415 p.

MARCHI, J-F (2002), *Accord de l'État et droit des Nations Unies: étude du système juridique d'une organisation internationale,* Paris: La Documentation Française, 404 p.

MASSIT-FOLEA F. (2005), «Vous avez dit 'société de l'information' ?"», *in* FRANCE, COMMISSION POUR L'UNESCO, *La société de l'information : glossaire critique,* Paris, La Documentation Française p. 9-38) [en ligne : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Glossaire_Critique.pdf], consulté le 12 mars 2015.

MASUDA Y. (1983), *The information society as post-industrial society,* Whasington DC., World Future Society, 2 ème édition, 178 p.

MATTELART A. (2000), *Histoire de l'utopie planétaire : de la cité prophétique à la société globale,* Paris, La Découverte, 424 p.

MATTELART A. (2009), *Histoire de la société de l'information,* Paris, La Découverte « Repères », 128 p. [En ligne :http://www.cairn.info.www.ezp.biu-montpellier.fr/histoire-de-la-societe-de-l-information--9782707157980.htm], consulté le 20 février 2015.

MERHY EE. et QUEIROZ MS. (1993), « Saúde pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro », *Cad. Saúde Pública,* Vol. 9, nº 2, p. 177-184 [en ligne : http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n2/09.pdf], consulté le 21 mai 2015.

MORELLE A. et TABUTEAU D. (2015), *La santé publique,* Paris, Presses universitaires de France, 2ème édition, 127 p.

MORLINO, L. (2013), *Introduction à la politique comparée*. Armand Colin, [en ligne – livre numérisée, accès contrôlé par la Bibliothèque Interuniversitaire de Montpellier http://univ-bium.cyberlibris.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/book/88819662], consulté le 21 mai 2015.

MOURA E.S. (2013), « Direito à saúde na Constituição », *Revista Jus Navigandi,* Vol. 18, nº 3730, Teresina, [en ligne: http://jus.com.br/artigos/25309], consulté le 29 juin 2015.

MUSSO P. (1998), *Télécommunications et philosophie des réseaux: la postérité paradoxale de Saint-Simon,* Paris, Presses universitaires de France, 2 ème édition, 396 p.

N'GUYEN J-M (2014), « Éducation thérapeutique et préventions des maladies chroniques : l'utilisation des outils numériques peut aider le patient à devenir acteur de sa santé ? », in MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 44-67.

OLSSON S., LYMBERIS A. et WHITEHOUSE D. (2004), "European Commission Activities in eHealth", *International Journal of Circumpolar Health* 63: 4 2004 p.310-316, [en ligne:

ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/ist/docs/directorate_c/ehealth/ehealth_activities_2004.pdf], consulté le 22 avril 2015.

PERALDI O. (2014), « Soins de suite et suivi à domicile», *in* MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 162-172.

PLAVIS J-L. (2014), « De la maladie qui éloigne à la maladie qui rapproche : le miracle des réseaux sociaux», *in* MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 142-155.

PLEYERS G. (2012), « Sociologie de la mondialisation », *Recherches sociologiques et anthropologiques,* HS | 2012 Online, p.105-123, [en ligne: http://rsa.revues.org/893], consulté le 1 avril 2015.

REACH G., (2014), « L'humain au cœur de la santé de demain», in MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 183-196.

REY A. (dir.) (2006), *Le Robert micro: dictionnaire d'apprentissage de la langue française,* Paris, Dictionnaires Le Robert, 1506 p.

ROCHA C. (2009), "Metáforas, metonímias e outras velhas figuras de linguagem na poética das interfaces computacionais", *in* ANPAP - Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas, *Anais do 18º Encontro Nacional,* Salvador: ANPAP/UFBA.

SANTOS A.F., D'AGOSTINO M., BOUSKELA M.S., FERNANDÉZ A., MESSINA L.A., ALVES H.J. (2014), "Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina", *Rev Panam Salud Publica,* 2014;35(5/6):465–70. [En ligne: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/25.pdf], 4 juillet 2015.

SEILER D-L. (2004), *La méthode comparative en science politique*, Paris, Armand Colin, 266 p.

SILVA A.B., MOREL C.M. et MORAES H.H. (2014), « Proposta conceitual de telessaúde no modelo da pesquisa translacional ». *Revista de Saúde Pública,* 48(2), 347-356, [en ligne :http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102014000200347&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0034-8910.2014048004923], consulté le 13 juillet 2015.

SILVA A.B., CARNEIRO A.C.M.G. et SÍNDICO S.R.F. (2015), « Regras do governo brasileiro sobre serviços de telessaúde : revisão integrativa », *Planejamento e políticas públicas PPP,* nº 44 [en ligne : http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/440/360], consulté le 14 mai 2015.

SIMONDON G. (2012), *Du mode d'existence des objets techniques,* Paris, Aubier, 367 p.

SOUZA R. R. de (2002), *Construíndo o SUS : a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. Rio de Janeiro, (101 p.) [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf], consulté le 21 mai 2015.

SPENGLER O. (1958), *L'homme et la technique,* trad. Anatole A. Petrowsky, Paris, Gallimard, 6ème édition, 157 p.

TEMPLIER A. (2014), « Big Data : quand les données médicales deviennent une arme thérapeutique», in MARCEAU J. (dir.), *Quelle santé pour demain : quand le numérique bouleverse la médecine,* Paris, Alternatives : Galimard, p. 119-141.

TENENBAUM C. (2007), « Une diplomatie globale : conférences et sommets mondiaux », *in* BADIE B. et DEVIN G. (dir.), *Le multilatéralisme*, Paris: La Découverte, 240 p. [En ligne: https://www.cairn.info/le-multilateralisme%20--9782707153333.htm], consultée le 22 mai 2015.

TOURAINE A. (1992), *Critique de la modernité,* Paris, Fayard, 462 p.

VASSY C. (2003), « L'exemple d'un travail de terrain dans des hôpitaux européens », *in* LALLEMENT M. et SPURK J. (dir.), *Stratégies de la comparaison internationale,* Paris: CNRS Éditions, p. 215-227.

VIANA A.L. et DAL POZ M.R. (2005), «A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família», *Physis: Rev. Saúde Coletiva,* Vol. 15 (suplemento), Rio de Janeiro, p. 225-264, [en ligne : http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11], consulté le 29 avril 2015.

WALLISER A. (1989), « Le rapport "Nora-Minc". Histoire d'un best-seller », *Vingtième Siècle, revue d'histoire,* Vol. 23, nº 1, p. 35-48 [en ligne : http://www.persee.fr/doc/xxs_0294-1759_1989_num_23_1_2832], consulté le 19 février 2015.

WIENER N. (1971), *Cybernétique et société: l'usage humain des êtres humains,* Paris, Union générale d'éditions (509 p.)

WILSON M.I., KELLERMAN A. et COREY K.E. (2013), *Global information society: technology, knowledge and mobility,* Plymouth, Rowman & Littlefield Publishers Inc., 285 p.

YAYA H. S. et RAFFELINI C. (2007), *Des souris et des médecins : de la télémédecine à la cybermédecine. La science médicale du 21* ème *siècle entre l'organisation et la technologie,* Paris, Éditions Publibook, 165 p.

Lois, arrêtés ministériels, decréts

BRÉSIL (1988), *Constitution de la République Fédérative du Brésil,* [en ligne:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm], consultée le 29 avril 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1990a), *Loi 8080, 19 septembre 1990*, [en ligne: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm], consulté le 14 décembre 2014.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1990b), *Loi 8142, 28 décembre 1990,* [en ligne: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm], consulté le 14 décembre 2014.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (1998a), *Sociedade da Informação : Ciência e tecnologia para a construção da Sociedade da Informação no Brasil. Bases para o Brasil na Sociedade da Informação – conceitos, fundamentos e universo*

político da indústria e serviços de conteúdo, Brasília : CNPq/IBICT) / São Paulo : Instituto UNIEMP, 161 p.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1998b), *Arrêté GB 2.121, 6 mars 1998*, [en ligne : http://www.sivac.com.br/legislacoes/gm/8763-2121.html], consulté le 9 avril 2015.

BRÉSIL - PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE (1999), Décret de la Présidence nº 3.294 de 15 décembre 1999, [en ligne : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3294.htm], consulté le 12 février 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2000), *Sociedade da Informação no Brasil : Livro Verde,* Brasília : Ministério da Ciência e da Tecnologia, 195 p.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (2002), *Livro Branco : Ciência, Tecnologia e Inovação,* Brasília : Ministério da Ciência e da Tecnologia, 80 p.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2004), *Politique nationale d'informatique en santé (PNIIS, Version 2.0),* Brasília : Departamento de Informação et de Informática do SUS, (38 p.), [en ligne : http://www.who.int/goe/policies/countries/bra_ehealth.pdf], consulté le 20 mars 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2005), *Regimentos internos e organogramas do Ministério da Saúde* (Série E. Legislação de Saúde), Brasília, Editora do Ministério da Saúde, [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regimentos_internos_organogramas_ministerio_saude.pdf], consulté le 23 avril 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2006), *Arrêté n°* 561*, 16 mars 2006,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0561_16_03_2006_comp.html], consulté le 12 mars 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2007), *Arrêté n°* 35*, 4 janvier 2007,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007.html], consulté le 1 février 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2010a), *Arrêté n°* 402*, 24 février 2010,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0402_24_02_2010_comp.html], consulté le 13 mars 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2010b), *Arrêté n°* 452*, 4 mars 2010,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0452_04_03_2010.html], consulté le 12 mars 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2010c), *Arrêté n°* 4279, *30 décembre 2010,* [en ligne :http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_4279_2010_diretrizes_rede_as.pdf], consulté le 14 février 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2011a), *Decrét 7.508, 28 juin 2011,* [en ligne : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm], consulté le 2 mars 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2011b), *Arrêté 2.073, 31 août 2011,* [en ligne : http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/programa-telessaude/programa-telessaude/portaria-no-2073-de-31-de-agosto-de-2011.pdf], consulté le 5 mars 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2011c), *Arrêté 2.488, 21 octobre 2011,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html], consulté le 7 avril 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2011d), *Arrêté 2.546, 27 octobre 2011,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html], consulté le 13 février 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2011e), *Arrêté 2.554, 28 octobre 2011,* [en ligne : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html], consulté le 2 avril 2015.

BRÉSIL - MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2012), *Política Nacional de Atenção Básica,* Brasília (110 p.), [en ligne : http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf], consulté le 2 avril 2015.

BRÉSIL – MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2015), *Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes : custeio dos núcleos de telessaúde (manual instrutivo),* [en ligne : http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_tecnico_telessaude_preliminar.pdf], consulté le 1 février 2015.

Manuels, guides, rapports, résolutions

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (1999), *Déclaration de Florianópolis,* [en ligne : http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/4312/florianopolis.htm], consulté le 23 février 2015.

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2003a), « Déclaration de Bavarois », *Conférence régionale de la CEPALC,* [en ligne : http://www.itu.int/wsis/documents/listing-all.asp?lang=en&c_event=rc|l&c_type=all|], consulté le 19 mars 2015.

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2003b), *Los caminhos hacia una sociedade de la información en América Latina y el Caribe,* Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, 129 p., [en ligne : http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2354/S034237_es.pdf?sequence=2], consulté le 24 février 2015.

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2005a), *Compromiso de Rio de Janeiro,* 8 p. [en ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/7/21677/Compromiso_de_Rio_de_Janeiro.pdf], consulté le 27 mai 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2005b), *Plan d'action sobre la Sociedad de la Information de América Latina y el Caribe eLAC 2007*, [en ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/8/21678/eLAC_2007_Espanol.pdf], consulté le 1 juin 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES et COMISSION EUROPÉENNE (2006), *Publicación final del Programa @LIS : cuatro años de colaboración Europa-América Latina para la sociedad de l'información,* @LIS/ISN, 116 p., [en ligne : http://www.oei.es/pdf2/@lis_Final_publication.pdf].

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2007), *Monitoreo del eLAC2007:avances y estado actual del desarrollo de las Sociedades de la Información en América Latina y el Caribe,* Santiago de Chile : Naciones Unidas, 143 p. [en ligne : http://www.oei.es/salactsi/ResumenCap1Cap2.pdf], consulté le 3 juin 2015.

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2008a), *Engagement de San Salvador,* 22 p. [en ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/noticias/2/32362/2008-1-TICs-Compromiso_de_San_Salvador.pdf], 27 mai 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2008b), *Plan d'action sobre la Sociedad de la Information de América Latina y el Caribe eLAC 2010 / Compromiso de San Salvador*, [http://www.cepal.org/socinfo/noticias/noticias/2/32362/2008-1-TICs-Compromiso_de_San_Salvador.pdf], consulté le 7 juin 2015.

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2010a), *Déclaration de Lima,* 4 p. [en ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/3/41773/2010-876-eLAC-Declaracion_de_Lima.pdf], 2 juin 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2010b), *Plan d'action sobre la Sociedad de la Information y del Conocimiento de América Latina y el Caribe eLAC 2015,* [en ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/0/41770/2010-819-eLAC-Plan_de_Accion.pdf], consulté le 7 juin 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2010c), *Monitoreo del eLAC2010:avances y estado actual del desarrollo de las Sociedades de la Información en América Latina y el Caribe,* Santiago de Chile : Naciones Unidas,105 p. [en ligne : http://www.cepal.org/es/publicaciones/2967-monitoreo-del-plan-elac2010-avances-y-desafios-de-la-sociedad-de-la-informacion], consulté le 1 juin 2015.

CEPALC - COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2013a), *Déclaration de Montevideo,* 4 p. [en ligne : http://www.cepal.org/socinfo/noticias/documentosdetrabajo/5/49565/Declaracion_de_Montevideo.pdf], consulté le 2 juin 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2013b), *Monitoreo del Plan de Acción eLAC 2015,* Santiago de Chile : Naciones Unidas, 87 p. [en ligne : http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/49392/eLAC_Monitoreo__plan_Web.pdf], consulté le 30 mai 2015.

CEPALC, COMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAIBES (2015), Les plans d'action eLAC, [en ligne: http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/elac2015/noticias/paginas/4/44104/P44104.xml&xsl=/elac2015/tpl/p18f.xsl&base=/elac2015/tpl/top-bottom.xsl], consulté le 1 mai 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1994a), *Recommendations to the European Council (Bangemann Report),* [en ligne : http://www.cyber-rights.org/documents/bangemann.htm#A7], consulté le 24 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1994b), « Corfu European Council – Conclusions of the Presidency», in *Bulletin of the European Communities nº 6/1994,* p. 8-20, [en ligne : http://aei.pitt.edu/1444/1/corfu_june_1994.pdf], consulté le 28 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1994c), *The Fourth RTD Framework Programme (FP4) 1994-1998,* [en ligne:

http://cordis.europa.eu/guidance/fp4_en.html], consulté le 22 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1995a), *Conclusions du Sommet du G-7 'Information Society Conférence,* DOC95/2, 26/02/1995, [en ligne :

http://web.archive.org/web/20040911132310/http://europa.eu.int/ISPO/docs/services/docs/1997/doc_95_2_fr.pdf], consulté le 1 mars 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1995b), *White Paper on education and training – teaching and learning – towards the learning society (COM 95/590 Final),* [en ligne : http://aei.pitt.edu/1132/], consulté le 28 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1996a), *The information society : from Corfu to Dublin. The new emerging priorities (Communication from the Commission), COM (96) 395 final,* Brussels, [en ligne : http://aei.pitt.edu/5650/1/5650.pdf], consulté le 24 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1996b), *Green Paper : living and working in the Information Society – people first (COM 96/389 Final),* [en ligne : http://csdle.lex.unict.it/docs/labourweb/Green-Paper---Living-and-working-in-the-Information-Society-people-First/1374.aspx], consulté le 28 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1998), *The Fifth RTD Framework Programme (FP5) 1998-2002*, [en ligne:

lien:https://ec.europa.eu/research/fp5/fp5-intro_en.html], consulté le 22 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1999a), *Towards a Global Information Society – G 8 Global Information Society Pilot Projects Final Report,* [en ligne : http://web.archive.org/web/20010314185013/http://www.gip.int/g8/mainreport.htm], consulté le 1 mars 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (1999b), *Global Healthcare Applications (GHAP) Final Report,* [en ligne : http://web.archive.org/web/20001206184700/http://www.gip.int/g8/GHAP.htm#Anatomical%20Database], consulté le 13 mai 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (2000), *eEurope – an information society for all,* [en ligne : http://web.archive.org/web/20040411042829/http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/lvb/l24221.htm], consulté le 23 avril 2015.

COMMISSION EUROPÉENNE (2002), *eEurope 2002,* [en ligne : http://web.archive.org/web/20040518204446/http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/lvb/l24226a.htm], consulté le 23 avril 2015.

ECOSOC - CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DES NATIONS UNIES (2006), « Follow up to the World Summit on the Information Society and review of the Commission on Science and Technology for Development », *Resolution 2006/46,* [en ligne : http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2006/resolution%202006-46.pdf], consulté le 19 mars 2015.

FRANCE, COMMISSION POUR L'UNESCO (2005), *La société de l'information : glossaire critique,* Paris, La Documentation Française (164 p.) [en ligne : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Glossaire_Critique.pdf], consulté le 12 mars 2015.

OCDE - Organisation de coopération et de développement économiques (2010), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé: le rôle des technologies de l'information et des communications,* [en ligne: http://dx.doi.org/10.1787/9789264084636-fr], consulté le 12 mars 2015.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946), *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé,* New York: OMS, 20 p., [en ligne: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf], consulté le 22 mai 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (1958), *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé,* Genève (538 p.) [en ligne: http://whqlibdoc.who.int/publications/a40539.pdf], consulté le 13 mars 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (1978), *Alma-Ata 1978: Les soins de santé primaires,* Genève (90 p.) [en ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf], consulté le 4 janvier 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (1998), *Politique de la santé pour tous pour le XXIème siècle: télématique sanitaire,* [en ligne: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdffran/fraid9.pdf], consulté le 12 mars 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (2000), *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde* (communiqué de presse), [en ligne : http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/whr00_press_release.pdf?ua=1], consulté le 22 avril 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (2005a), "Cybersanté", WHA 58.28, *Résolutions de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,* p. 114-116, [en ligne: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/Francais/Resolutions.pdf], consulté le 14 mars 2015.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005b), "eHealth: Raport by the Secretariat", *Executive Board Report A58/21 -Fifthy Eight World Health Assembly,* WHO, 4 p., [en ligne: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_21-en.pdf], consulté le 14 mars 2015.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009), *Plan stratégique à moyen terme 2008 - 2013 Modifié (Projet),* Genève: OMS, [en ligne: http://apps.who.int/gb/f/f_amtsp3.html], consulté le 12 février 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (2011), *Atlas eHealth Country Profiles,* (244 p.), [en ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44502/1/9789241564168_eng.pdf], consulté le 12 mars 2015.

OMS - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2013), *Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté,* Genève, OMS/UIT, [en ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96729/1/9789242548464_fre.pdf?ua=1], consulté le 1 juillet 2015.

OMS - Organisation mondiale de la Santé (2014), "Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé", *Documents Fondamentaux,* Genève, 48 ème édition, p. 1-19 [en ligne: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-fr.pdf], consulté le 22 mai 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1945), *Charte des Nations Unies,* San Francisco [en ligne: http://www.un.org/fr/documents/charter/pdf/charter.pdf], consulté le 12 mars 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1948), *Déclaration des droits de l'homme,* Paris [en ligne: http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/], consulté le 27 février 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1975a), "Dimensions nouvelles de la coopération technique", *Assemblée générale - Trentième session, Résolution 3405 (XXX),* p.49-50 [en ligne:http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3405(XXX)&Lang=F], consulté le 9 février 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1975b), "Coopération technique entre pays en développement", *Assemblée générale - Trentième session: Résolution 3487 (XXX),* p. 62 [en ligne:http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3487(XXX)&Lang=F], consulté le 9 février 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1977a), "Coopération technique entre pays en développement", *Assemblée générale - Trente deuxième session: Résolution 32/182,* p.124 [en ligne: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/32/182&Lang=F], consulté le 9 février 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1977b), "Conférence des Nations Unies chargée d'élaborer un code international de conduite pour le transfer de technlogie", *Assemblée générale - Trente deuxième session: Résolution 32/188,* p.128 [en ligne: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/34/182&Lang=F], consulté le 27 février 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (1979), "Coopération et assistance pour l'application et l'amélioration des systèmes nationaux d'information et de communications de masse aux fins du progrès social et du développement", *Assemblée générale - Trente quatrième session: Résolution 34/181,* p.92 [en ligne: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/32/182&Lang=F], consulté le 9 février 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (2000), "Déclaration du Millénaire", *Assemblée générale – Cinquante cinquième session: Résolution 55/2* (10 p.), [en ligne: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/55/2&Lang=F], consulté le 2 mars 2015.

ONU - Organisation des Nations Unies (2002), “Sommet mondial de la société de l’information”, *Assemblée générale – Cinquante sixième session, Point 95 “c” de l’ordre du jour 56/183,* [en ligne: http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/56/183&Lang=F], consulté le 27 février 2015.

OPAS - Organisation panaméricaine de la Santé (1947), *Constitution de l’Organisation Panamericana de la Salud,* [en ligne : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=40697&lang=es], consulté le 3 juin 2015.

OPAS - Organisation panaméricaine de la Santé (2011a), “Stratégie et plan d’action sur la cybersanté”, OPAS 51.13, *Point 4.10 de l’ordre du jour provisoire* (27 p.), [en ligne: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7663/CD51-13-f.pdf?sequence=2&isAllowed=y], consulté le 11 mars 2015.

OPAS - Organisation panaméricaine de la Santé (2011b), “Stratégie et plan d’action sur la cybersanté”, *63e Session du Comité Régional, Résolution, CD51.R5, Whasington D.C.,* [en ligne:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723%3A2010-51st-directing-council&catid=3890%3A51st-directing-council-26-30-september&Itemid=4139&lang=fr], consulté le 27 mai 2015.

SMSI - SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L’INFORMANTION (2003a), *Déclaration de Principes. Construire la société de l’information : un défi mondial pour le nouveau millénaire,* Genève, [en ligne : http://www.itu.int/net/wsis/docs/geneva/official/dop-fr.html], consulté le 12 mars 2015.

SMSI - SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L’INFORMATION (2003b), *Plan d’action,* Genève, [en ligne : http://www.itu.int/wsis/docs/geneva/official/poa-fr.html], consulté le 30 avril 2015.

SMSI - SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L’INFORMATION (2005a), *Engagement de Tunis,* Tunis, [en ligne : http://www.itu.int/net/wsis/docs2/tunis/off/7-fr.html].

SMSI - SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L’INFORMATION (2005b), *Agenda de Tunis pour la Société de l’Information,* Tunis, [en ligne : http://www.itu.int/net/wsis/docs2/tunis/off/6rev1-fr.html], consulté le 1 février 2015.

SMSI - SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION (2011), *Measuring the WSIS Targets : a statistical framework,* Genève : International Telecommunication Union (ITU), 118 p., [en ligne : : http://www.uis.unesco.org/Communication/Documents/measuring-wsis-targets-statistical-framework.pdf], consulté le 2 février 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (1994a), *Document informatif de la Conférence Mondiale de Buenos Aires,* [en ligne : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000413201PDFE.PDF], consulté le 12 mars 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (1994b), « Recommandation nº 1 », *Conférence mondiale de développement des télécommunications - Buenos Aires 1994,* Genève : UIT, p. 29-30, [en ligne :http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000414002PDFF.PDF], consulte le 29 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (1998a), *Résolution 73 « Plenipotentiary Conference »,* Minneapolis, [en ligne : http://www.itu.int/net/wsis/docs/background/resolutions/73.html], consulté le 27 février 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (1998b), « Récommandation nº 9 - Télémedecine », *Conférence mondiale de développement des télécommunications - La Valette 1998,* Genève : UIT, p. 53-54, [en ligne : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000424002PDFF.PDF], consulté le 29 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2002a), « Résolution nº 41 - Cybersanté », *Conférence mondiale de développement des télécommunications - Istanbul 2002,* Genève : UIT, p. 156-157, [en ligne : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000434002PDFF.PDF], consulté le 25 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2002b), « Annexe 2 du Rapport Final», *Conférence mondiale de développement des télécommunications - Istanbul 2002,* Genève : UIT, p. 156-157, [en ligne : http://www.itu.int/dms_pub/itu-s/oth/02/01/S02010000434002PDFF.PDF], consulté le 25 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2006), *Rapport sur la question 14-1/2 : améliorer l'accès aux services de santé,* Genève : UIT, 276 p., [en ligne : http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02.14.1-2006/fr], consulté le 25 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2008), *Implementing e-Health in Developing Countries : Guidance and Principles,* Genève : UIT, 53 p., [en ligne : https://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/docs/e-Health_prefinal_15092008.PDF], consulté le 21 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2010), *Question 14-2/2 : Mobile Health Solutions for Developing Countries,* Genève : UIT, 110 p., [en ligne : http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02.14.2-2010/fr], consulté le 21 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2012), *Résolution 78 - Information and communication technology applications and standards for improved access to e-health services,* Dubai, [en ligne : https://www.itu.int/en/ITU-T/wtsa12/Documents/resolutions/Resolution%2078.pdf], consulté le 21 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2014a), *Question 14-3/2 : L'information et les télécommunications/les TIC au service de la télésanté,* Genève : UIT, 172 p., [en ligne : http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02.14.3-2014/fr], consulté le 12 mai 2015.

UIT - UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS (2014b), *Measuring the Information Society Report 2014,* Genève, UIT, 270 p., [en ligne : http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/mis2014/MIS2014_without_Annex_4.pdf], consulté le 23 février 2015.

UNICEF - Les fonds des Nations Unies pour l'enfance (2008), *La situation des enfants dans le monde 2009,* Genève [en ligne : http://www.unicef.org/french/publications/index_47127.html], consulté le 31 mars 2015.

Thèses consultées

HORQUIN T. (2011), *Les conditions d'émergence des marchés de la télémédicine: entre territoires de santé, projets d'expérimentation et écosystèmes d'affaires,* Thèse de doctorat, Télécom ParisTech.

RAYNAUD J. (2013), *L'accès aux soins: des perceptions du territoires aux initiatives des acteurs. Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisations et du développement d'une offer de soins durable*, Thèse de doctorat, Université Paul Valéry – Montpellier 3.

Sites consultés

Brésil. Site du Programme *Telessaúde Brasil Redes*

[http://www.telessaudebrasil.org.br/]. Consulté le 17 juin 2015.

CBTms, site, page d'accueil

[http://cbtms.com.br/blog/category/portarias/]. Consulté le 17 mars 2015.

CEPALC. Document: *Incorporação da telessaúde no sistema público de saúde de Minas Gerais, Brasil : aspectos políticos, técnicos, clínicos, epidemiológicos e econômicos,* [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36724/LCW498por_pt.pdf?sequence=1], consulté le 22 mars 2015.

CEPALC. Document: *Desarrollo de la telesalud en América Latina : aspectos conceptuales y estado actual,* [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35453/S2013129_es.pdf?sequence=1], consulté le 21 mars 2015.

CEPALC. Site Internet de la Sociedad de la información + innovación + desarollo. Áreas temáticas, [http://www.cepal.org/cgi-

bin/getprod.asp?xml=/socinfo/noticias/paginas/4/44724/P44724.xml&xsl=/socinfo/tpl/p18f-st.xsl&base=/socinfo/tpl/top-bottom.xsl

CEPALC. Les États membres [http://www.cepal.org/en/member-states-and-associate-members], consulté le 14 juin 2015.

CEPALC. Les Plans eLAC

[http://www.cepal.org/elac2015/default.asp?idioma=IN]. Consulté le 12 avril 2015.

CEPALC. Members states and associate members, [http://www.cepal.org/en/member-states-and-associate-members], consulté le 14 juin 2015.

CEPALC. Observatorio para la Sociedad de la Información en Latinoamerica y el Caribe (OSCILAC), [http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/socinfo/noticias/paginas/5/44765/P44765.xml&xsl=/socinfo/tpl/p18f-st.xsl&base=/socinfo/tpl/top-bottom.xsl], consulté le 20 mai 2015.

Conséil Fédéral de Médecine (Brésil). Document: *Demografia médica no Brasil,* Volume 2, [http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf], consulté le 3 mars 2015.

ECOSOC – UNCTAD (SMSI). Résolutions ECOSOC/SMSI, [http://unctad.org/en/Pages/CSTD/WSIS-Resolutions.aspx], consulté le 19 mars 2015.

G-8 DOT Task Force. Digital Opportunities for All: Report of the Digital Opportunity Task Force (DOT Force) including a proposal for a Genoa Plan of Action (Kyushu-Okinawa Summit, 2001), [http://www.g8.utoronto.ca/summit/2001genoa/dotforce1.html], consulté le 2 février 2015

G-8. Liste de réferences bibliographiques, [http://www.g8.utoronto.ca/gis/bibliography.html], consulté le 12 mars 2015.

Gouvernement du Disctrict Fédéral, Brésil. Site du Programme *Saúde da Família,* [http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html], consulté le 2 avril 2015.

Gouvernement du Disctrict Fédéral, Brésil. Document: *Manual de Telessaúde : para atenção básica/atenção primária à saúde,* [http://programa.telessaudebrasil.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Manual_Telessaude.pdf], consulté le 12 février 2015.

Ministère de la Santé, Brésil. Document: *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde,* Volume 1, [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf], consulté le 2 mars 2015.

Ministère de la Santé, Brésil. Document: *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde,* Volume 2, [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume2.pdf], consulté le 2 mars 2015.

OMS. Document: *Connecting for health : Brazil Statistics,* [http://www.who.int/kms/resources/brazil.pdf], consulté le 1 avril 2015.

OMS. Résolution WHA58-REC1, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/Francais/Resolutions.pdf]. Consulté le 21 juin 2015.

OMS. Site du Observatoire Global de la Santé, [http://www.who.int/goe/en/#], consulté le 25 juin 2015.

OMS. Site du Observatory of eHealt Series, [http://www.who.int/goe/publications/en/], consulté le 30 juin 2015.

OMS. Global Survey 2005, [http://www.who.int/goe/data/GlobaleHealthSurveyFrench.pdf?ua=1], consulté le 26 juin 2015.

OMS. Global Survey 2009, [http://www.who.int/goe/data/global_e-health_survey_2009_fr.pdf?ua=1], consulté le 26 juin 2015.

OMS. Global Survey 2013, « L'emploi de la cybersanté dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant », [http://www.who.int/goe/survey/ehealth_survey2013_fr.pdf?ua=1], consulté le 26 jun 2015.

OMS. Site du *Directory of eHealth Policies*, [http://www.who.int/goe/policies/en/], consulté le 1 juillet 2015.

OMS. Global Observatory of eHealth. eHealth Policies: Brazil. [http://www.who.int/goe/policies/countries/bra/en/]. Consulté le 2 juillet 2015.

OMS. WHO Forum on eHealth Standardisation and Interoperability, [http://www.who.int/ehealth/events/final_forum_report.pdf?ua=1], consulté le 30 juin 2015.

OPAS. *Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud,* [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO_325.pdf], consulté le 12 avril 2015.

OPAS. *El Código Sanitario Panamericano : hacia una política de salud continental,* [http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25&Itemid=.], consulté le 25 mars 2015.

OPAS. *The regulation of privacy and data protection in the use of electronic health information : an international perspective and reference source on regulatory and legal issues related to person-identifiable health databases,* [http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16594e/s16594e.pdf], consulté le 2 avril 2015.

OPAS. *Bases metodológicas para evaluar la viabilidad y el impacto de proyectos de telemedicina,* [http://www.ehas.org/wp-content/uploads/2012/01/libro-bases-metodologicas-para-evaluar-la-viabilidad-y-el-impacto-de-proy-de-telemedicina.pdf], consulté le 23 mars 2015.

RUTE - Rede Universitária de Telemedicina, Brésil, [http://rute.rnp.br/], consulté le 23 février 2015.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SCIELO), [http://www.scielo.br/?lng=pt], consulté le 14 juin 2015.

SMSI. Les documents du Sommet, [http://www.itu.int/wsis/index-fr.html], consulté le 15 février 2015.

SMSI. Forums (2006 – 2015) et « Outcome Documents », [http://www.itu.int/wsis/implementation/index.html], consulté le 19 mars 2015.

SMSI. Global Repository, [http://groups.itu.int/stocktaking/Database/SearchDatabase.aspx], consulté le 19 mars 2015.

SMSI. « WSIS Stocktaking » et « WSIS Prizes », [http://www.itu.int/net4/wsis/forum/2015/Content/doc/reports/wsisstocktaking-successstories-2015.pdf], consulté le 29 juillet 2015.

SMSI. « Final WSIS Targets Review : achievements, challenges and the way forward », [http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Documents/publications/wsisreview2014/WSIS2014_review.pdf], consulté le 2 février 2015.

SMSI. Statistical Framework (2011), [http://www.uis.unesco.org/Communication/Documents/measuring-wsis-targets-statistical-framework.pdf], consulté le 2 février 2015.

SMSI. Documents finals, [http://www.itu.int/net/wsis/index-fr.html], consulté le 4 mars 2015.

SMSI. Implementation by action line, [http://www.itu.int/wsis/implementation/index.html], consulté le 19 mars 2015.

SMSI. Les prix décernés (stocktaking), [http://www.itu.int/net4/wsis/forum/2015/Content/doc/reports/wsisstocktaking-successstories-2015.pdf], 29 juillet 2015.

SMSI. Base de données, filtre de recherche de projets “télésanté”, [http://groups.itu.int/stocktaking/Database/SearchDatabase.aspx], 19 mars 2015.

UIT. À propos de l'UIT, [http://www.itu.int/fr/about/Pages/default.aspx], consulté le 21 mai 2015.

UIT-T. In brief : « Les normes de l'UIT ne sont pas contraignantes », [http://www.itu.int/en/ITU-T/about/Pages/default.aspx], consulté le 21 mai 2015.

UIT-D. Documents, [http://www.itu.int/pub/D-STG-SG02], consulte le 4 mars 2015.

UIT-D. Le rôle de l'UIT-D, [http://www.itu.int/fr/publications/ITU-D/Pages/default.aspx], consulté le 21 mai 2015.

INDEX DE FIGURES

FIGURE 1: SCHÉMA DES RELATIONS ENTRE LES INSTITUTIONS ET LE PAYS AU NIVEAU MONDIAL, RÉGIONAL ET LOCAL. 81
FIGURE 2: LES RELATIONS ENTRE LES INSTITUTIONS ET LE PAYS SOUS L'INFLUENCE DU SOMMET MONDIAL SUR LA SOCIÉTÉ DE L'INFORMATION 85
FIGURE 3: COMPARAISON ENTRE LA PROPORTION DES TRANSFERTS DE RESSOURCES DU MINISTERE DE LA SANTE VERS CHAQUE REGION, VALEUR PAR HABITANT/REGION – PERIODE 1994 – 2001. SOURCE : SAS, *IN* SOUZA (2002). 103
FIGURE 4: DEPENSES EN SANTE, PUBLIQUES X PIB. SOURCE : OMS ET GRAGNOLATI, LINDELOW ET COUTTOLENC/THE WORLD BANK (2013) 104
FIGURE 5: REPONSES DES USAGERS, SERVICE PUBLIC DE SANTE X SERVICE PRIVE DE SANTE. SOURCE : CNI/IBOPE (BRESIL 2012)/ GRAGNOLATI, LINDELOW ET COUTTOLENC, 2013. 105
FIGURE 6: SCHEMA ILLUSTRANT LA DIMENSION DES ACTIONS DESTINEES AU CHAMP ECONOMIQUE ET SOCIAL PREVUES DANS LE PLAN NII 135
FIGURE 7: SCHEMA MONTRANT LES DEUX « AXES » QUI ORIENTENT LES ACTIONS DU GII. 143
FIGURE 8: LE RÔLE DE L'ÉTAT ET DU SECTEUR PRIVÉ DANS LES PLANS ABORDÉS DANS CE POINT. 154
FIGURE 9: LES DEUX PERSPECTIVES (TOP-DOWN ET BOTTOM UP) MENTIONNEES ; CELLE REPRESENTEE DANS LA PARTIE SUPERIEURE A ETE CHOISIE POUR L'APPROCHE ADOPTEE DANS LA RECHERCHE. 262

INDEX DE TABLEAUX

TABLEAU 1: INAMPS X SUS : LA REDUCTION DES INEGALITES DANS LA REPARTITION REGIONALE DES RESSOURCES FINANCIERES ALLOUEES A LA SANTE PAR L'ÉTAT, 1986 – 2001. SOURCE: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS), *IN* SOUZA (2002). 102
TABLEAU 2: EXEMPLES D'ADOPTION DES TECHNOLOGIES DANS LE CHAMP DE LA SANTE. 121
TABLEAU 3: OBSERVABLES NII (1993). LES OBSERVABLES RELATIFS AU DOMAINE DE LA SANTE SONT SURLIGNES. 138
TABLEAU 4: ÉLÉMENTS OBSERVABLES, PLANS GII ET GIS. 146
TABLEAU 5: ÉLEMENTS OBSERVABLES IDENTIFIÉS DANS LA DÉCLARATION DE FLORIANÓPOLIS ET LES OBSERVABLES D'AUTRES DOCUMENTS. LES MESURES "SOCIALES" ET LES MESURES "ÉCONOMIQUES". 160
TABLEAU 6: RECOMMANDATIONS DU PLAN (BRESIL) ET RELATIONS AVEC LES RECOMMANDATIONS DU GII ET DU GIS. 165
TABLEAU 7: LE PLAN SIB (BRESIL) ET SES OBSERVABLES EN LIEN AVEC LA TELESANTE. 169
TABLEAU 8: LES PRÍNCIPES DU SMSI X PRÍNCIPES RÉCURRENTS D'AUTRES PLANS 174
TABLEAU 9: RÉCURRENCES DES QUATRE PARTIE PRENANTES DU SMSI 178
TABLEAU 10: RÉCURRENCE DES TERMES 179
TABLEAU 11: APPLICATIONS TIC – LES SECTEURS PRIORITAIRES 181
TABLEAU 12: RÉCURRENCES DES RECOMMANDATIONS SUR LA TÉLÉSANTÉ 184
TABLEAU 13: LES HUIT RECOMMANDATIONS RÉCURRENTES IDENTIFIÉES (SUIVANT LE TABLEAU 12) 190
TABLEAU 14: TABLEAU DES THEMES PRINCIPAUX DANS LES DOCUMENTS DE L'UIT-D ETUDIES. 202
TABLEAU 15: OBSERVABLES - RÉSOLUTION WHA58.28 ET RAPPORT WHA A58/21 211
TABLEAU 16: SECTIONS DE L'ENQUETE DU GLOBAL SURVEY 2005 ET 2009 213
TABLEAU 17: MENTIONS DES PERFORMATIFS 219
TABLEAU 18: TERMES RÉCURRENTS ÉVOQUÉS PAR LES PERFORMATIFS : ENG. DE RIO / ENG. DE SAN SALVADOR 219
TABLEAU 19: TERMES RÉCURRENTS ÉVOQUÉS PAR LES PERFORMATIFS : DÉC. DE LIMA / DÉC. DE MONTEVIDEO 220
TABLEAU 20: LIGNES D'ACTION DES PLANS ELAC ET DU SMSI 222
TABLEAU 21: OBSERVABLES "TÉLÉSANTÉ" DES PLANS ELAC 223
TABLEAU 22: OBSERVABLES DOCUMENT CD51/13 229
TABLEAU 23: EXEMPLE D'INDICATEUR 230
TABLEAU 24: DESCRIPTION RESUMEE ET ELEMENTS OBSERVABLES DES ARRETES Nº 561/2006 ET Nº 452/2010.. 234
TABLEAU 25: DESCRIPTION RESUMEE ET ELEMENTS OBSERVABLES DES ARRETES Nº 35/2007, Nº 402/2010, Nº 2546/2011 ET Nº 2554/2011 241
TABLEAU 26: DESCRIPTION RESUMEE ET ELEMENTS OBSERVABLES DES ARRETES Nº 4279/2010 ; Nº 2488/2011 ; Nº 2073/2011 ET Nº 7508/2011 244
TABLEAU 27: COMPARAISON ENTRE LES OBSERVABLES IDENTIFIES DANS LE CADRE NORMATIF DU PROGRAMME ET LES OBSERVABLES (GROUPE 1 : INTEGRATION ET FORMATION D'UN RESEAU DE SANTE) IDENTIFIES DANS LES AUTRES DOCUMENTS ANALYSES. 246
TABLEAU 28: COMPARAISON ENTRE LES OBSERVABLES IDENTIFIES DANS LE CADRE NORMATIF DU PROGRAMME ET LES OBSERVABLES (GROUPE 2 : INFRASTRUCTURE) IDENTIFIES DANS LES AUTRES DOCUMENTS ANALYSES. 247
TABLEAU 29: COMPARAISON ENTRE LES OBSERVABLES IDENTIFIES DANS LE CADRE NORMATIF DU PROGRAMME ET LES OBSERVABLES (GROUPE 3 : INTEROPERABILITE) IDENTIFIES DANS LES AUTRES DOCUMENTS ANALYSES. 247

TABLEAU 30: COMPARAISON ENTRE LES OBSERVABLES IDENTIFIES DANS LE CADRE NORMATIF DU PROGRAMME ET LES OBSERVABLES (GROUPE 4 : FORMATION ET QUALITE) IDENTIFIES DANS LES AUTRES DOCUMENTS ANALYSES. 248
TABLEAU 31: COMPARAISON ENTRE LES OBSERVABLES IDENTIFIES DANS LE CADRE NORMATIF DU PROGRAMME ET LES OBSERVABLES (GROUPE 5 : ACCES UNIVERSEL – REGIONS ISOLEES ET POPULATIONS DEMUNIES) IDENTIFIES DANS LES AUTRES DOCUMENTS ANALYSES. 248
TABLEAU 32: COMPARAISON ENTRE LES OBSERVABLES IDENTIFIES DANS LE CADRE NORMATIF DU PROGRAMME ET LES OBSERVABLES (GROUPE 6 : ACTIONS CENTREES SUR LES SOINS PRIMAIRES) IDENTIFIES DANS LES AUTRES DOCUMENTS ANALYSES. 249

ANNEXE I

Observables des plans GII, GIS, "From Corfu to Dublin" et du Livre Vert (Commission européenne)

OBSERVABLES GII

Market reforms;

Remove barriers to private investment;

Improve investment incentives;

Engage in bilateral, regional and multilateral discussions;

Work with major international lending institutions;

Increase the pace of liberalization;

Protect against anti-competitive behavior;

Implement specific regulations;

Development of pro-competitive markets and regulations;

Obtain the opening of markets for basic telecommunications services;

Promoting competition;

Interoperability;

Increased access by citizens;

Equitable access;

Regular bilateral and multilateral dialogues;

Work through regional and international bodies (standards);

Regulatory reform;

Working togheter in various international fora;

Flexible national regulations;

Re-examine and adapt regulations and legislation to accommodate market and technological developments;

Create, through regulatory and/or legislative reform, a pro-competitive, technology-neutral regulatory environment to maximize consumer choice;

Work collectively in regional and international organizations;

Creation of independent national regulatory authorities for telecommunications

OBSERVABLES GIS

- Promouvoir l'interconnectivité et l'interopérabilité;
- Devévelopper des marchés mondiaux pour les réseaux, les services et les applications;
-Assurer le respect de la vie privée et la sécurité des données;
- Proteger les droits de propriété intellectuelle;
- Coopérer en matière de R&D et pour le développement de nouvelles applications;
- Maitriser les implications sociales et sociétales de la société de l'information
- Promouvoir un service universel;
- Étudier l'impact de la société de l'information sur l'emploi;
- Servir l'enrichissement culturel de tous les citoyens par la diversité des contenus;
- Inciter le secteur privé à développer des réseaux;
- Assurer une éducation et une formation appropriées;
- Améliorer la comprehension des effets sur la qualité de la vie (améliorer les soins de santé);
- S'assurer le soutien du public à la société de l'information;
- Encourager le dialogue sur la coopération mondiale
- Assurer l'accès des citoyens grâce à un service universel;
- Ouvrir les marchés;
- Réaliser l'interconnectivité et l'interopérabilité (normalisation consensuel);
- Assurer un accès ouvert aux réseaux;
- Mettre en place un système loyal et efficace;
- Protection contre un comportement anticoncurrentiel;
- Protéger la vie privée;
- Améliorer la sécurité de l'information;
- Protéger la créativité et la fourniture de contenus

OBSERVABLES, DOCUMENT "From Corfu to Dublin" (1996a) / Green Paper: Living and Working in the Information Society. People First" (1996b)

Improving the Business environment:
- competition to improve communication services;
- remove market barriers;
- facilitating industrial change (SME's)

Investing in the future:
- enhancing our knowledge-base;
- improve education and training;
- addressing sustainable development

People at the centre:
- protect consumer interests;
- improve quality of public sector services;
- wider range of new services;
- overcoming social exclusion and regional disparities;
- enhancing european integration (equality of opportunities and social welfare and solidarity, cultural diversity)

Meeting the global challenge:
- defining global rules;
- collaborating with our neighbours;
- improving the integration of developing countries

ANNEXE II

Les thèmes presentés par l'UIT dans les quatre documents étudiés, organisés ci-dessous selon les huit recommandations récurrentes identifiées (Tableau 13, Chapitre 8) :

1) Applications : avantages des TIC au profit de tous. Santé comme un des champs prioritaires

Les applications courantes de la cybersanté (sous-chapitre : Évolution de la télémédecine) 14-1/2

New telecommunication technology for e-Health Applications (Question 14-2/2)

Impact économique des applications de la cybersanté (sous-chapitres : economie de la cybersanté ; Méthode d'évaluation des impactas économiques) Question 14-3/2

Introduction (sous-chapitre : exposé de la situation « Voici quelques exemples de ces types de dispositifs » (Question 14-3/2)

2) L'État est l'acteur principal. Télésanté dans le domaine de la santé publique

Questions liées aux politiques de cybersanté et de télémédecine pour les pays en développement (sous-chapitre : Etapes de la mise en œuvre « Il est donc recommandé aus Etats Membres de l'UIT d'envisager la création, sur le plan national, d'une commisison/d'un groupe d'action ; plan directeur national)

Todas os exemplos de países relatam a ação direta do poder público, logo, no campo da saúde pública.

Mission de la Question 14-3/2 (« La Question 14-3/2 a pour mission d'améliorer l'accès aux soins de snaté en fournissant aux États Membres de l'UIT des informations et des conseils stratégiques sur le spratiques, les politiques et les normes efficaces en matière de cybersanté » (p.3)

3) Améliorer la qualité e augmenter l'accès à l'ensemble de la population

Domaine d'application 14-1/2 (sous-chapitre : Pourquoi les pays en développement présentent-ils autant d'importance ?) (Quels sont les problèmes de santé les plus urgents que les pays en développement pourraient résoudre en ayant recours à la télémédecine ?)

Clinical Decision Support Software (sous-chapitre : Introduction « delivery of primary care ») 14-2/2

(4) Atteindre les régions isolées (zones rurales)
Domaine d'application 14-1/2 (sous-chapitre : La population des zones rurales et isolées pâtit de l'insiffusance, voire de l'absence de soins de santé)

Exposé de la situation (Question 14-3/2)

(5) Télésanté orientée aux soins de santé primaires

Domaine d'application (sous-chapitre : Qui a besoin de la télémédecine et de la cybersanté « Les exigences sont certes différentes d'un pays à l'autre. Ainsi, pour les pays de l'Union européenne qui veulent disposer d'us système moderne de prestation de soins de santé, l'une des principales exigences a trait à la fourniture d'un deuxième avis médical et d'informations aux particuliers […] Pour d'autres pays, l'objectif sera d'assurer des soins primaires et une éducation sanitaire de base et de rournir des médicaments en cas d'urgence ou dans les zones isolées » (p.3) (14-1/2)

Évolution de la télémédécine (téléophtalmologie ; systèmes d'aide à la décision ; télédermatologie ; télésoins à domicile) 14-1/2

Enseignements tirés - Exemples de réussite dans des pays et des régions en développement : Butan (Ce pays, qui a privilégié les soins de santé primaires…) ; Grèce (« l'utilisation de la télémédecine était bénéfique dans les établissements de soins de « cybersanté » primaires » ; Inde ; Indonesie ; Nepal (« [la politique nationale de santé […] vise principalement à étendre le système de soins de santé primaires à la populations rurale ») ; Pakistan ([Système informatique] Ce système vise […] d'améliorer également nos connaissances sur le secteur des soins de santé primaires] ; Afrique du Sud (« La plus grande parite de la télémédecine en République suafricaine fait partie du service de soins de santé publique où les principales applications de la télémédecine se concentrent sur les soins de santé primaires) 14-1/2

Wireless access… : models (intro : primary healthcare) 14-2/2
Buthan, India, Brazil (exemples)

6) Réduction des coûts, plus d'efficacité

Les applications courantes de la cybersanté (sous-chapitre : Quelles sont les raisons pour lesquelles la télémédecine se développe actuellement ?) ; Il faut accroitre la qualtié et l'efficacité du système de soins de santé ; Il faut comprimer les budgets de soins de santé) 14-1/1

Impact économique des applications de la cybersanté (Question 14-3/2) (« La cybersanté constitue la meilleure solution, à condition toutefois qu'elle entraine une baisse du montant total des dépenses de santé et garantisse une qualité des soins élévée »)

(7) La télésanté comme moyen de reformer le système de santé

Exemples de pays : Kyrgyz Republic ; Niger ; Uzbekistan (Question 14-3/2)

(8) Améliorer les services en télésanté déjà existents

Les TIC au service de l'amérlioration des informations et de la responsabilisation en matière santé de la femme et de l'enfant (Question 14-3/2)

ANNEXE III

Tableau résumé de la législation relative au Programme Telessaúde Brasil Redes ("Arrêté nº 35 de 2007"; "Arrêté nº 402 de 2010"; "Arrêté nº 2546/2011"; "Arrêté nº 2.554/2011")

Arrêté nº 35 de 2007

- Performatifs

Face à la nécessité d'intégration entre plusieurs institutions de santé ;
Face à la nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge pour les soins primaires par le SUS, par le développement de la qualification des équipes de Santé de la Famille.

- Dans ses articles, l'arrêté institue :

Le programme télésanté Brésil pour : développer des actions d'appui à l'assistance en santé, en particulier de formation permanente en Santé de la Famille, de formation au travail (art. 1).

Détermine la mise en place de 900 points comme projet pilote (projet pilote national de télésanté appliquée aux soins primaires). Critères pour le choix des communes qui recevront ces points (art. 2) :

Critères obligatoires (principaux critères prévus) : posséder une stratégie Santé de la Famille déjà mise en œuvre et une structure minimum de télécommunications ;

Critériums indicatifs (principaux critères prévus) : communes d'accès difficile ; ayant un IDH inférieur à 0,500.

- 7 articles au total

Arrêté nº 402 de 2010

- Performatifs

Nécessité de mettre en œuvre le programme après évaluation des résultats du projet pilote;
Importance d'améliorer la qualité par l'appui à la décision professionnelle des équipes de Santé de la Famille ;
Considérant la Politique Nationale d'Éducation Permanente en Santé ;
Considérant le Pacte National pour la Réduction de la Mortalité Infantile.

- Dans ses articles, l'arrêté institue

Le programme pour qualifier, augmenter la résolubilité et renforcer la Stratégie de Santé de la Famille, à partir de l'offre de la Seconde Opinion Formative et d'autres actions éducatives dirigées aux divers professionnels de ces équipes (art 1).

Seconde Opinion Formative (SOF) : « […] la réponse structurée et systématisée aux questions formulées par les équipes de Santé de la Famille, à partir des Points de télésanté et des Points avancés de télésanté […] pris en charge dans les Unités de Santé de la Famille »] (art. 1, paragraphe unique).

Réponses formulées par les Noyaux (universités), destinées aux Points (équipes de Santé de la Famille) ; délai de 72 heures pour la réponse (art. 5).

Le Programme sera structuré sous la forme d'un réseau d'institutions partenaires appelé Rede Telessaúde Brasil (art. 2) ; composé de Noyaux (universités publiques, secteur de santé), de Points (unités de Santé de la Famille), de Points avancés (écoles techniques du SUS) et de la coordination nationale du programme (art. 3).

Appui technique et financier pour la mise en place : Ministère de la Santé, avec le soutien financier de la sphère fédérale, des États et des municipalités (art. 6).

Comité d'État pour la gestion du programme dans les États (art. 7).

Prévision pour la télésanté appliquée à l'Attention à la Santé Indigène (art. 12).

- 14 articles au total

- Annexe :

Conditions pour la mise en œuvre du programme dans les États (communes engagées dans la réduction de la mortalité infantile, États du Nordeste de l'Amazonie légale) ; connectivité des Unités de Base en Santé ; ne reprend plus les « conditions indicatives » de l'arrêté nº 35/2 007. Offre d'orientation pour l'élaboration de projets par les États en vue de l'installation des Points du programme. Modèle de terme d'engagement à signer avec l'autorité de l'État qui s'engage à la mise en place des points dans l'État.

Arrêté nº 2546/2011

- Performatifs

Considérant le décret nº 7508/2011 qui dispose sur l'organisation du SUS ; l'arrêté nº 4279/2010 qui traite de la mise en place des réseaux de soins de santé du SUS ; et l'arrêté nº 2073/2011 qui traite de l'interopérabilité et de l'information en santé.

- Dans ses articles, l'arrêté institue :

La redéfinition et l'extension du programme, dorénavant appelé Programme National Telessaúde Brasil Redes, ayant pour objectif d'« appuyer la consolidation des Réseaux de Soins de Santé (RAS), organisés pour les soins primaires dans le cadre du SUS » (art. 1).

Ce programme devra fournir aux professionnels des RAS du SUS les services de (art. 2) :

Téléconsultation définie comme une manière de dissiper les doutes sur les procédures cliniques, les actions de santé et les questions relatives aux processus de travail, selon les modalités synchrone (réalisée en temps réel) et asynchrone (messages offline) ;

Télédiagnostic (utilisation des TIC pour réaliser des services d'appui au diagnostic) ;

Seconde Opinion Formative (SOF) ;

Télé-éducation (conférences, ateliers et cours donnés en utilisant les TIC).

Le Programme est formé d'un Noyau de télésanté technico-scientifique (institutions de formation et de gestion) et de Points de télésanté. Dans les quatre modalités de services, les actions pourront être formulées ou répondues par téléconsultations à partir de n'importe quel Noyau technico-scientifique ou Point de télésanté (art. 3).

La structure de la gestion est assurée par : la Coordination nationale (Ministère de la Santé : Secrétariat à la Gestion du Travail et à l'Éducation en Santé SGTES/MS et Secrétariat pour l'Attention à la Santé SAS/MS) ; la Coordination de l'État (Secrétariats à la Santé) ; le Comité de Gestion de l'État ; le Noyau technico-scientifique de télésanté ; et le responsable municipal pour la santé (art. 6).

Compétences de chacune des structures de gestion (art. 7 à art. 11).

Est créé un code spécifique pour l'enregistrement d'un établissement de télésanté dans le Registre National, sous-types Noyau technico-scientifique et Unité de télésanté (art. 12 à art. 15).

- 18 articles au total

Arrêté nº 2 554/2 011

- Performatifs

Décret nº 7508/2011 qui dispose sur l'organisation du SUS ; Arrêté nº 2546/2011 qui dispose sur le Programme National Telessaúde Brasil Redes ; Arrêté nº 2488/2011 qui réglemente le développement des actions des soins primaires de santé dans le cadre du SUS (Politique Nationale de Soins Primaires).

- Dans ses articles, l'arrêté institue :

L'objectif est de promouvoir l'intégration des soins primaires au Réseau d'Attention à la Santé dans le but d'augmenter sua résolubilité (art. 1).

Propose l'informatisation des Unités de Base de Santé (UBS). Informatiser signifie « doter d'équipements informatiques et garantir la connectivité et l'emploi de technologies d'information destinées à la qualification des actions et services offerts par le point de télésanté » ; intégration de ce point avec les autres points faisant partie du Réseau d'Attention à la Santé ; développement d'actions de télésanté. On cherche à garantir la participation de l'UBS au Telessaúde Brasil Redes (art. 2).

L'objectif principal du Télésanté pour les soins primaires consiste à concentrer les actions de télésanté dorénavant définies dans le cadre des soins primaires, en insistant sur la formation permanente des équipes de professionnels (art. 3).

Prévoit la création de projets par régions de santé, la gestion partagée entre les secrétariats à la santé et les universités « qui assurent l'utilisation de la technologie comme outil d'extension des actions de soins primaires et d'amélioration de l'accès et de la qualité de l'attention à la santé du citoyen » (art. 4).

Mise en priorité de la connexion de ces nouveaux Noyaux de télésanté aux soins primaires et des Points de télésanté aux soins primaires aux 12 Noyaux du programme télésanté Brésil (art. 5).

Définition de compétences (art. 8 à art. 15)

Définition des transferts pour le financement des projets d'informatisation des UBS, sur base du nombre d'équipes et du nombre de téléconsultations à réaliser par mois. Autres dispositions sur le financement (art. 20 à art. 28).

- 29 articles au total