

HEMISPHERE AUSTRAL
CHAPITRE SIX

Renforcement des politiques de prévention des risques

Dans les deux premiers chapitres, on s'est attaché à évaluer quantitativement l'importance relative de divers facteurs de risque auxquels sont exposées les différentes populations de la planète et à proposer des stratégies pour intervenir sur certains d'entre eux. Pour établir l'ordre de priorité des mesures destinées à réduire les risques et à améliorer l'état de santé général de la population, il est évidemment essentiel d'être informé sur l'importance de la charge de morbidité et de traumatismes et de savoir si des interventions sont possibles et quelles sont leur efficacité et leur rentabilité. On ne peut cependant espérer obtenir des effets bénéfiques à brève échéance qu'au prix d'interventions ciblées portant sur une fraction importante des populations en cause. Les stratégies retenues doivent prendre en compte les considérations générales sur la gestion des risques dont quelques-unes sont mises en évidence dans le présent chapitre. Les risques et les stratégies d'intervention dont il est question aux chapitres quatre et cinq sont envisagés ici à la lumière d'un certain nombre d'autres considérations qui ne doivent pas être perdues de vue lorsque des mesures de réduction des risques sont décidées. Deux d'entre elles sont particulièrement importantes ; l'une concerne le bon dosage de l'effort consacré respectivement à la prévention primaire, secondaire et ultérieure, l'autre a trait à la gestion des risques incertains. Il faut également tenir compte des incidences éthiques des diverses stratégies programmatiques, notamment de leurs effets sur les inégalités dans la santé des populations. Les auteurs soutiennent également, dans ce chapitre, que les pouvoirs publics doivent, en tant que garants de la santé publique, améliorer la santé de leurs administrés en investissant largement dans la prévention des risques pour accroître substantiellement la part de la mortalité évitable future. Ils expliquent aussi comment les décideurs peuvent opérer des choix et indiquent à quels types de risque il faut s'attaquer en priorité, en particulier dans les pays à revenu moyen ou faible.

6

RENFORCEMENT DES POLITIQUES DE PRÉVENTION DES RISQUES

CHOIX DES STRATÉGIES PRIORITAIRES POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES

*P*our élaborer une politique sanitaire visant à prévenir des risques bien connus, il faut choisir entre différentes stratégies. En prévenant des risques bénins dans une nombreuse population, évite-t-on davantage d'issues sanitaires défavorables qu'en s'attaquant à des risques graves chez un petit nombre de sujets très exposés ? Faut-il privilégier les interventions rentables visant la prévention primaire plutôt que la prévention secondaire, par exemple en abaissant la fréquence de l'hypertension artérielle par la diminution de l'apport alimentaire de sel plutôt que par le traitement des hypertendus ? Doit-on accorder la priorité à la prévention des risques environnementaux ou indirects, par exemple en remédiant aux insuffisances de l'assainissement ou de l'apport nutritionnel, au lieu de s'attaquer à des risques directs plus évidents et moins éloignés dans la chaîne de causalité ? Quelle est la manière la plus appropriée et la plus efficace d'associer ces stratégies ?

Dans la pratique, il est rare que le choix s'impose de façon évidente. Généralement, on combine ces stratégies de manière à ce qu'elles se complètent (1). Cependant, il est généralement plus efficace de donner la priorité :

- aux interventions axées sur la population plutôt que sur des groupes restreints d'individus ;
- à la prévention primaire par rapport à la prévention secondaire ;
- aux facteurs de risque directs plutôt qu'aux facteurs indirects.

INTERVENIR SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION OU CIBLER LES SUJETS À HAUT RISQUE ?

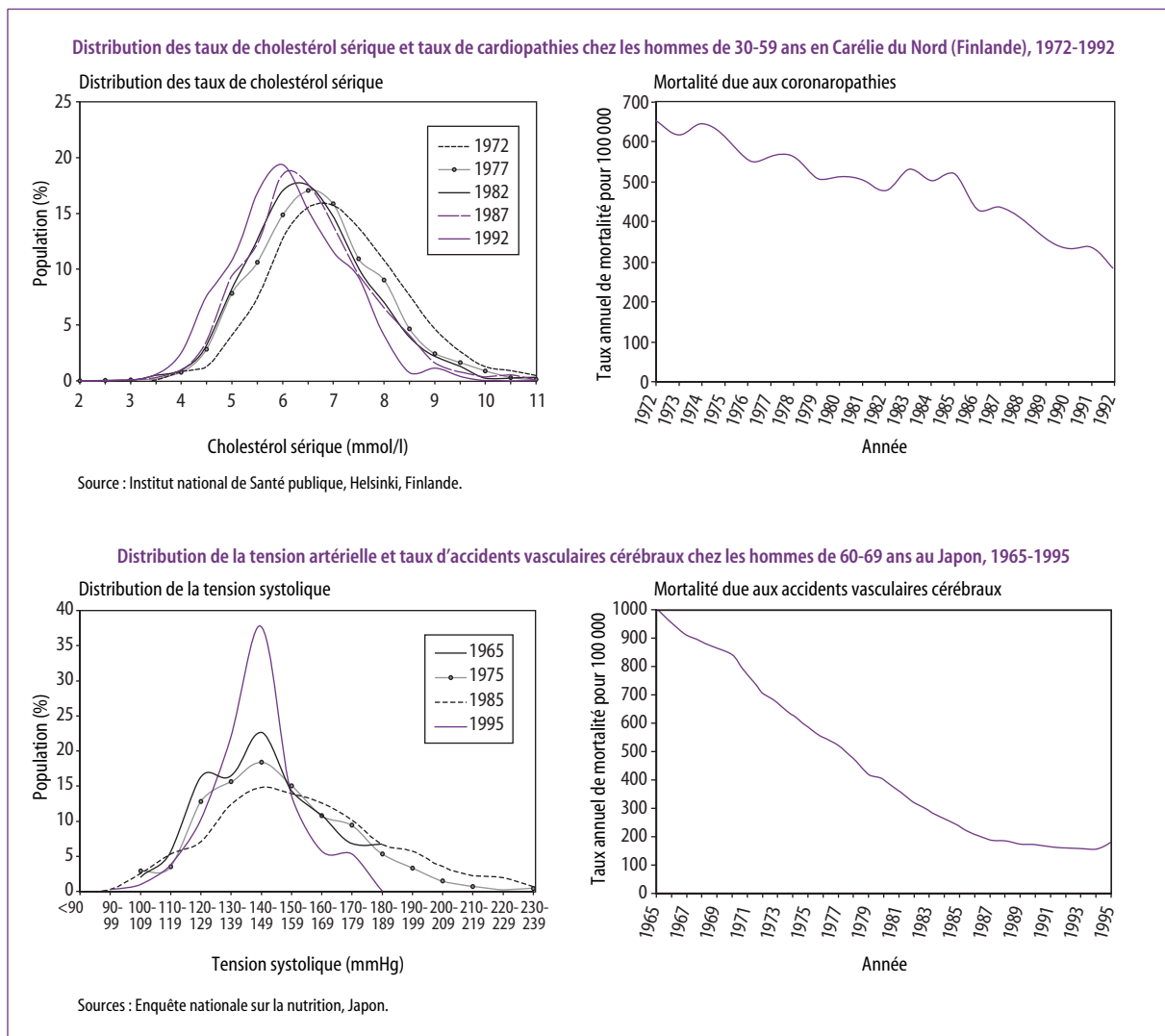
Il y a un « paradoxe de la prévention », en ce sens qu'une intervention capable d'exercer d'importants effets bénéfiques sur la santé de toute une population, pourrait ne présenter que peu d'intérêt pour chaque individu en particulier. Il s'ensuit que des personnes apparemment en bonne santé perçoivent mal les avantages des conseils et services préventifs dispensés (2, 3). D'une façon générale, les interventions portant sur toute une population offrent les meilleures possibilités de prévention. C'est ainsi que lorsqu'on cherche à réduire les risques dus à une tension artérielle ou à un taux de cholestérol trop élevés, l'abaissement de la valeur moyenne de ces facteurs dans l'ensemble de la population est plus rentable pour éviter de futurs infarctus du myocarde ou accidents vasculaires cérébraux que la mise en place des programmes de dépistage visant à identifier et à traiter tous les sujets présentant une hypertension artérielle ou une hypercholestérolémie déterminées, comme le montre la Figure 6.1 (4–6). On peut procéder de la même manière pour modifier les

risques liés au comportement ou à des facteurs environnementaux. Par exemple, si l'on réduit la consommation moyenne d'alcool dans une population, on peut s'attendre à ce que le nombre de gros buveurs diminue (7). On a souvent recours aux deux formules qui peuvent être utilement associées dans le cadre d'une même stratégie.

AGIR SUR LES RISQUES IMMÉDIATS OU LOINTAINS ?

La recherche épidémiologique et l'analyse des interventions porte surtout sur les risques immédiats de pathologie majeure, mais on pourrait améliorer fondamentalement et durablement l'état de santé futur en s'attaquant à des facteurs de risque indirects pour la santé tels qu'un niveau d'instruction insuffisant ou encore la pauvreté. On connaît suffisamment le rôle prédominant de ces facteurs dans la santé et la survie pour qu'une augmentation considérable des efforts consacrés à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration de l'accès à l'éducation, notamment pour les filles, soit justifiée. On peut attendre des résultats extrêmement positifs sur le plan sanitaire d'une action intersectorielle suivie impliquant les autres ministères et institutions chargés du développement.

Figure 6.1 Etudes de cas sur le changement de distribution des facteurs de risque et les maladies cardio-vasculaires en Finlande et au Japon



PRÉVENTION PRIMAIRE OU SECONDAIRE ?

Il va de soi que la réduction des risques par la prévention primaire, par exemple la vaccination, est préférable car elle fait effectivement baisser le nombre de futures expositions et par voie de conséquence, l'incidence ultérieure des nouveaux épisodes morbides. Si l'on veut obtenir des effets bénéfiques à long terme, il vaut mieux, en général, éliminer le facteur de risque principal. Les choix pourront cependant varier selon la nature des risques, notamment selon qu'ils seront plus ou moins courants et plus ou moins répandus et en fonction de la possibilité d'interventions efficaces et de leur coût. Lorsque la prévention primaire a échoué, on peut obtenir d'importants avantages sanitaires avec des traitements peu coûteux. La prévention secondaire repose sur le dépistage et le traitement des affections infracliniques précoces. Cette démarche peut donner d'excellents résultats si le processus pathologique est réversible et si l'on dispose d'épreuves cliniques et biologiques valables ainsi que d'une thérapeutique efficace.

GESTION DU PROCESSUS DE PRÉVENTION

Etant donné que l'identification et la prévention des risques ont une connotation politique, il faut que les décisions relatives à la prévention puissent être prises de manière autonome pour que les responsables des ministères de la santé publique et de communauté sanitaire soient en mesure de mener les choses à bonne fin (8). Parmi les autres facteurs importants qui conditionnent l'adoption d'une politique, figurent la manière dont le grand public perçoit les risques en cause et les effets bénéfiques de la politique proposée, la crainte que ces risques inspirent, les incertitudes scientifiques, l'ampleur et la distribution des risques et enfin l'inégalité face aux issues sanitaires (9). Les groupes de pression et les médias ont également une grande influence sur toutes ces questions. Enfin, certaines considérations importantes pour le succès de la communication du risque devraient être plus largement diffusées, notamment la nécessité d'une plus grande transparence dans la gestion des affaires publiques et d'une plus grande franchise de la part de la communauté scientifique (10). Pour agir efficacement sur les risques sanitaires, il faut s'assurer la participation de nombreux acteurs sociaux, associer l'action politique à la réflexion scientifique, prendre en compte de nombreux points de vue qualitatifs et quantitatifs, faire participer divers organismes à des activités intersectorielles et enfin, exploiter les possibilités de communiquer et de dialoguer avec franchise (11).

Le succès de la prévention est largement conditionné par l'impulsion politique que le ministère de la santé est capable de donner. La gestion du risque n'est en aucun cas un processus linéaire et même si la prise de décision est généralement une démarche itérative, il est nécessaire d'agir selon quatre axes principaux, à savoir l'évaluation, la gestion, la communication et la surveillance (voir Figure 6.2).

DÉTERMINATION DES FACTEURS DE RISQUE PRIORITAIRES EN VUE DE LA PRÉVENTION

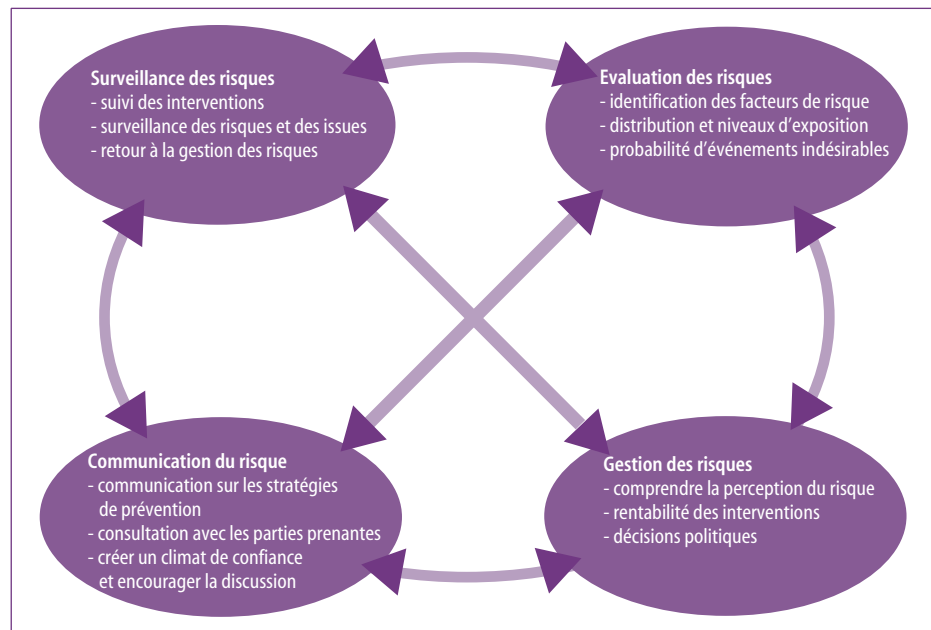
Les bases scientifiques de la charge attribuable aux principaux facteurs de risque étudiés dans le présent rapport sont relativement bien connues. Si des lacunes subsistent dans les données relatives à ces risques, il n'en faut pas moins adopter dès maintenant une politique de réduction, afin d'être en mesure d'alléger la charge de morbidité dans un proche avenir. Une grande partie des données scientifiques et économiques nécessaires à l'élaboration d'une politique sanitaire appropriée sont déjà à la disposition des décideurs.

Nombre de ces risques sont également bien connus, fréquents, notables et largement répandus. En outre, il est probable que dans leur cas, les stratégies de réduction sont d'un

bon rapport coût/efficacité. Lorsqu'il n'y a aucune incertitude au sujet d'un risque important et que l'on est capable d'intervenir de façon efficace et rentable, on peut s'attendre à un consensus social sur la nécessité d'une action. Ce serait par exemple le cas pour l'accroissement de la consommation de tabac, notamment en Asie et en Europe de l'Est ou encore pour le rôle des pratiques sexuelles dangereuses dans l'épidémie de VIH/SIDA, en particulier en Afrique. Nombre de ces risques sont communs aux pays industrialisés et aux pays en développement, bien qu'avec des degrés d'exposition variables.

Il ne faut pas négliger pour autant ceux qui entraînent une moindre charge morbide. En effet, malgré la part plus faible de ces facteurs dans la charge de morbidité, ils y contribuent tout de même dans un certain nombre de régions. C'est ainsi que dans les régions qui connaissent une importante activité industrielle où intervient le charbon, des facteurs de risque tels que la pollution de l'air et l'exposition au plomb, par exemple, ont sur la santé des effets comparables à ceux des autres grands facteurs de risque. Certains facteurs, comme ceux qui sont liés à l'activité professionnelle, se rencontrent principalement dans certains secteurs de la société. S'il est vrai que ce regroupement traduit une disproportion dans la distribution des risques, il permet également de les cibler plus facilement, comme le montrent les succès obtenus sur le plan de la santé au travail grâce aux politiques et aux interventions décidées dans de nombreuses régions. Pour d'autres facteurs de risque comme les sévices sexuels à enfant, les considérations d'éthique peuvent peser plus lourd que la contribution directe à la charge morbide. Même pour des facteurs dont la part dans la charge morbide est faible, il peut y avoir possibilité d'interventions très efficaces ou très rentables. C'est ainsi que par la réduction du nombre d'injections inutiles et l'utilisation de seringues stériles, on peut lutter efficacement contre les maladies transmissibles. De même, les pays industrialisés sont parvenus, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, à réduire l'exposition au plomb ou aux polluants de l'air en ayant recours à des technologies qui souvent aussi ont permis des économies d'énergie, entre autres avantages. Par conséquent, dans le cas de ces facteurs de risque, ce sont, à côté d'autres considérations, les effets bénéfiques pour la santé de la population révélés par l'évaluation des risques qui constituent le meilleur guide possible de l'action.

Figure 6.2 Mise en œuvre de la prévention des risques



La gestion des risques qui découlent de facteurs de risque ou de dangers dont la probabilité est faible, voire très faible, et les conséquences défavorables incertaines ou très incertaines, comme l'exposition au changement climatique ou aux aliments génétiquement modifiés, est abordée plus loin, dans la partie consacrée à la prudence dans l'action et au principe de précaution.

Le contexte national joue un rôle central dans l'évaluation des différentes options envisageables pour la prévention du risque. Par exemple, il se peut que de nombreux pays à revenu moyen ou faible ne disposent pas des données qui permettraient d'évaluer le risque en fonction des conditions locales par suite du manque de spécialistes et d'équipements scientifiques. Par ailleurs, beaucoup de risques peuvent être de faible priorité aux yeux des responsables politiques. En pareil cas, il faut faire en sorte que le grand public prenne davantage conscience des facteurs de risque et l'informer en toute franchise de ce que l'on sait sur les plus dangereux d'entre eux, tout en incitant éventuellement les associations de défense et les médias à débattre ouvertement des risques sanitaires locaux. Toute initiative en faveur d'une action politique devra probablement venir du ministère de la santé. Comme beaucoup de facteurs de risque et de risques sanitaires ignorent les frontières nationales, des actions collectives s'imposent au niveau régional et international. L'Organisation mondiale de la Santé peut, à cet égard, jouer un rôle consultatif et coordinateur efficace.

GESTION ET ÉVALUATION DES RISQUES TRÈS INCERTAINS

Les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique doivent régulièrement faire face à des surprises et à des controverses. Si celles-ci sont parfois le fait de groupes de pression représentant des intérêts particuliers, il arrive aussi souvent qu'elles reflètent des lacunes en matière de gestion sanitaire et un manque de préparation. En pareil cas, la prévention prend une forme encore plus politique et il faut alors tabler sur une meilleure communication, créer un bon climat de confiance, instaurer le dialogue et l'échange d'informations et enfin, prendre les précautions nécessaires pour éviter les réactions de panique (11, 12). La planification de l'action contre ces risques doit occuper une place importante dans les activités des grandes organisations chargées de la gestion de la santé publique.

Depuis quelques années, le public exige beaucoup plus de prudence à l'égard de risques hautement incertains, ce qui a conduit à invoquer le principe dit de précaution. Ce qu'il faut entendre exactement par là est sujet à controverse et l'on n'est pas encore parvenu à s'accorder sur une définition de ce terme qui serait universellement acceptable. La définition la plus simple est sans doute celle qui a été adoptée en 1992 par la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement : « En cas de risque de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement » (13).

Bien que l'on considère très souvent que ce principe s'inscrit dans un cadre réglementaire, il ne figure dans aucune convention internationale. S'il faut l'invoquer pour des risques qui posent des problèmes délicats, les différentes parties ne vont-elles pas l'interpréter à leur manière ? L'encadré 6.1 récapitule les différentes attitudes possibles (laxiste, modérée ou ferme) si l'on est amené à invoquer le principe de précaution dans un cadre réglementaire.

Il importe cependant de reconnaître qu'en raison du manque de connaissances scientifiques et de la maigreur des ressources, aucun organisme public ne peut se prémunir contre tous les événements possibles car leur nombre est infini. Les instruments d'évaluation, de

gestion et de communication des risques proposés pour combattre de nombreux risques sanitaires aujourd'hui familiers peuvent aussi être utiles contre des risques très incertains à condition d'être convenablement adaptés.

La définition de l'expression « très incertain » dépend du contexte. Des risques peuvent être très incertains parce qu'il s'agit :

- de risques masqués – non étudiés ou insuffisamment pris en compte. Des risques peuvent être masqués pour les raisons suivantes : ils résultent de phénomènes inconnus ou rares ; ils sont dus à des phénomènes fréquents mais statistiquement invisibles (ce qui peut se produire quand on les classe dans des catégories qui ne font pas apparaître le risque) ; on en a fait abstraction parce qu'on pensait qu'il n'y avait rien à faire pour y remédier ;
- d'imprévus ;
- de sujets de controverse nouveaux : l'information dont on dispose est insuffisante et peu probante, mais on peut raisonnablement s'attendre à obtenir de nouvelles données qui pourraient bien permettre de résoudre les problèmes en suspens ;
- de sujets de controverse persistants, c'est-à-dire qui résistent à tous les efforts de recherche entrepris pour tenter d'y apporter des solutions. Cette persistance risque d'être encore aggravée par des différences de point de vue d'ordre politique ou scientifique qui nuisent à la communication entre les acteurs de la controverse et font obstacle à l'établissement d'une terminologie et de définitions communes ainsi qu'à un accord sur des méthodes de collecte de l'information admises par tous. Il faut aussi tenir compte du fait que les groupes de pression contribuent à alimenter la controverse.

Un même risque peut, au cours de son évolution, présenter plusieurs ou l'ensemble des caractéristiques précitées. Un risque inconnu, comme l'encéphalite spongiforme bovine

Encadré 6.1 Divergence des points de vue sur le rôle du principe de précaution selon différentes conceptions de la réglementation

<i>Position laxiste</i>	<i>Position modérée</i>	<i>Position ferme</i>
On pose par principe que le développement et l'innovation technologique sont stimulés par la déréglementation du marché.	On pose comme principe de base que le développement et l'innovation technologique sont stimulés par la déréglementation du marché, mais on admet que ce principe peut parfois être battu en brèche s'il suscite de grandes inquiétudes dans la société.	On ne pose pas par principe que le développement est stimulé par le marché ou la technologie.
Le législateur n'intervient que si le risque est scientifiquement prouvé et ne retient que les interventions de bon rapport coût/efficacité.	L'attitude relative aux interventions est identique à celle des tenants de la position laxiste, mais avec une certaine flexibilité au cas par cas qui consiste à confier la charge de la preuve à celui qui est à l'origine du risque.	Celui qui est à l'origine du risque doit prouver que son activité est sans risque. Il n'est guère ajouté foi aux considérations de rentabilité.
Il est posé par principe que le risque pourra être géré. Interdiction rarissime.	On estime fondamentalement que le risque pourra être géré. Interdiction possible, mais en dernier recours.	On pose par principe que tout risque doit être évité. Interdiction très vraisemblable.
La liberté du commerce est posée comme principe sur la base de critères scientifiques. On n'accorde aucune importance aux préférences individuelles ou aux inquiétudes du corps social.	La liberté du commerce fondée sur des critères scientifiques reste le principe de base. Il est admis que les préférences individuelles et les inquiétudes du corps social sont en prendre en considération.	La liberté du commerce n'est pas considérée comme allant de soi. Les préférences individuelles et les inquiétudes du corps social sont des facteurs essentiels.

Adapté de (14).

(ESB) par exemple, peut d'abord survenir de façon imprévisible, puis faire l'objet de sérieuses controverses et à terme, devenir familier.

L'évaluation et la gestion de risques très incertains peuvent être évolutives sur la base des principes suivants :

- La gestion doit commencer par se fonder sur ce que l'on sait déjà, reconnaître ouvertement les indéterminations scientifiques majeures et tenter de mettre en évidence les incertitudes concernant les comportements humains qui influent sur le risque.
- Il convient d'analyser explicitement à quel genre de données nouvelles on pourrait s'attendre, dans quels délais et ce qu'elles pourraient révéler – une synthèse de cette analyse formant une section à part dans l'évaluation.
- Il faut élaborer un plan pour l'acquisition et la gestion des données nouvelles et le présenter avec les options à envisager en matière de gestion. Les objectifs de la gestion, parmi lesquels devra figurer l'acquisition de connaissances nouvelles, seront définis de façon assez générale pour permettre d'utiliser efficacement cet apport nouveau.
- L'amélioration de l'évaluation et des résultats est nécessairement un processus itératif : il est en effet impossible de tomber juste du premier coup dans de nombreux cas, notamment quand d'importantes incertitudes demeurent.

Certaines menaces peuvent être irrémédiables, peser sur de nombreuses personnes ou s'étendre rapidement. Un diagnostic et une réaction rapides s'imposent donc parfois car ils peuvent prévenir des dommages majeurs, notamment dans le cas de changements irréversibles ou de propagation rapide d'un danger mal défini. Il convient donc de tenir particulièrement compte de caractéristiques du risque telles que sa persistance et son irréversibilité ainsi que de la profondeur et de l'ampleur de son impact.

S'agissant de risques très incertains, il faut admettre qu'une gestion évolutive ne saurait se borner à certains risques préalablement définis et que, pour bien utiliser des ressources limitées, il importe de gérer les risques sans se concentrer sur des dangers déterminés, mais en améliorant les moyens dont on dispose pour reconnaître ceux qui se dessinent et y faire face.

Pour gérer ces risques très incertains, il faudra développer l'infrastructure des divers organismes publics nationaux et internationaux concernés. Ils auront en l'occurrence la mission de dépister les risques masqués, de suivre l'évolution des événements imprévus et des controverses – notamment en se dotant des moyens voulus pour y réagir – d'évaluer l'impact des interventions, de gérer le développement des nouvelles bases de données et d'assurer l'accès à cette information et enfin, d'évaluer la part de danger imputable aux comportements humains. On peut citer comme exemple de tels organismes, ceux qui sont chargés de contrôler et d'assurer la sécurité sanitaire des aliments ou l'élimination des déchets toxiques.

La définition des priorités n'oblige pas nécessairement à faire un choix entre la gestion de risques connus et celle de risques incertains. En effet, les deux activités sont, dans une large mesure, complémentaires. En améliorant les moyens de faire face aux risques nouveaux, on disposera d'une ressource à laquelle on pourra faire appel le cas échéant, et si l'on est en mesure de déceler les risques potentiels en évaluant les marges d'incertitude correspondantes et en tirant les leçons de l'expérience, on pourra mieux gérer les risques familiers. En outre, on peut éviter ou réduire des risques incertains, comme le changement climatique mondial ou les accidents dus à des substances chimiques toxiques, grâce à des mesures pouvant comporter d'autres avantages d'ordre économique telles que les économies d'énergie ou le recours à des produits chimiques de substitution.

La gestion des risques est désormais une entreprise internationale. En effet, bien des risques se jouent des frontières nationales, de sorte que ce qui est fait dans un pays ou une

région se répercute ailleurs. Dans la gestion des risques incertains, il est important, pour développer la capacité d'action, d'établir des partenariats entre experts de différents pays spécialisés dans la lutte contre des dangers déterminés. Mais le développement général de la capacité de gestion des risques restera fragmentaire s'il ne s'établit pas une coordination active avec les non-spécialistes et les organisations internationales concernées.

PRÉVENTION DES RISQUES ET ÉTHIQUE

L'éthique médicale (déontologie) est une discipline bien établie, mais qui se limite aux relations entre le médecin et son patient et ses principes ne sont guère pris en considération dans le domaine de la santé publique et encore moins dans celui de la cindynique sanitaire (15, 16). L'exposition aux risques et ses différentes issues posent toutes sortes de problèmes d'éthique qui, pour l'essentiel, résultent en premier lieu du compromis à trouver entre le respect des droits, des libertés et des responsabilités individuels d'une part, et la nécessité de mieux prévenir les risques par une action au niveau de la population d'autre part, et en second lieu, de l'obligation de protéger les personnes à haut risque. En outre, il peut se révéler nécessaire de mettre en place des mécanismes réglementaires et juridiques rigoureux, qui aient des incidences sur les individus en tant que consommateurs ainsi que sur les groupes à haut risque.

Il y a quatre principes bioéthiques de base très largement appliqués par les médecins partout dans le monde : respect de l'autonomie, non-malfaisance, bienfaisance et justice (17). Chacun de ces principes est complexe par nature, mais si on les applique au domaine de la santé publique on peut les formuler comme suit : « protéger les droits de l'individu et respecter son choix éclairé », « ne causer ni tort ni lésion », « faire en sorte que les effets bénéfiques l'emportent largement sur les risques », « veiller à une répartition plus équitable et plus juste des risques et des effets bénéfiques ». L'application de ces principes à la prévention des risques suppose que des populations entières, les individus exposés ou touchés et un grand nombre d'autres parties prenantes aient librement accès à l'information. Il faut également garantir la liberté de représentation et la transparence de la prise de décision, ce qui s'avère souvent difficile au niveau de la gestion des risques.

Lorsqu'il y a incompatibilité entre les principes invoqués dans tel ou tel cas d'exposition au risque, on peut être amené à considérer qu'un d'entre eux, par exemple le principe de justice, l'emporte sur les autres. Le cas échéant, on devra annoncer quel est le principe jugé prioritaire en indiquant les raisons de cette décision, faute de quoi la controverse dans l'opinion publique et les milieux professionnels pourrait s'amplifier et provoquer de la défiance vis-à-vis des décideurs. Ces principes ne constituent en fait que des lignes de conduite déontologiques et leur invocation dans nombre d'actions préventives comporte une part très importante d'appréciation et de négociation. Etant donné que l'on n'a guère d'expérience au sujet de l'application de ces principes à la gestion des risques pour la santé, notamment dans les pays en développement, il existe peu de dispositions légales reposant sur la coutume ou la pratique. Dans ces conditions, chaque situation doit être examinée au cas par cas (15).

Les conflits d'intérêts mettant en cause des personnes ou des entreprises posent un sérieux problème d'éthique qui retient beaucoup l'attention au niveau international. Peu d'organismes ont établi des directives contraignantes concernant la révélation et le règlement des conflits d'intérêts, notamment entre les particuliers et les professions médicales ou entre des instances gouvernementales comme le ministère de la santé et les entreprises privées à but lucratif. Il est rarement demandé, même à titre facultatif, de révéler l'existence d'intérêts personnels, par exemple des rapports étroits avec des multinationales des vins et spiritueux, de l'agro-alimentaire ou du tabac.

COMMUNICATION DU RISQUE ET RÔLE DE L'ÉTAT

Les gens, et en particulier ceux qui appartiennent aux milieux défavorisés, estiment que l'Etat a la charge de réduire l'exposition de la population aux divers dangers et de faire tout ce qui est en son pouvoir pour atténuer les risques, par exemple en veillant à la salubrité de l'environnement, à la sécurité sanitaire des aliments et à l'innocuité des médicaments. C'est un point particulièrement important lorsque l'individu n'a pratiquement aucune prise sur son exposition aux risques soit parce que ceux-ci ne sont pas évidents, soit parce qu'ils ne dépendent pas de sa volonté (18, 20). Certes, les pouvoirs publics ne sont pas en mesure d'éliminer totalement les risques, mais ils peuvent s'attacher à les ramener à un niveau plus acceptable. En outre, chacun est naturellement très désireux de savoir comment le gouvernement prend ses décisions face à un risque qu'il faut gérer.

Comment les pouvoirs publics peuvent-ils convaincre leurs administrés de leur application à réduire les risques ? Comment communiquer l'information à ce propos ? S'agissant de la communication du risque, on a pu tirer d'un certain nombre de situations des enseignements importants sur le rôle que joue le dialogue entre les pouvoirs publics et leurs administrés (20, 21) et sur la manière la plus efficace de communiquer avec le public face à un risque grave. L'épidémie d'ESB qui a récemment sévi au Royaume-Uni en constitue un bon exemple (voir Encadré 6.2). Des conseils pratiques pour une meilleure communication ont également été publiés (22, 23), dont les principaux points peuvent se résumer comme suit :

- Il est essentiel de publier l'intégralité des faits connus. Les gouvernements et les organismes publics sont souvent tentés de donner des explications simplifiées et de ne pas révéler la totalité des faits. En outre, il arrive fréquemment que l'on taise les hésitations des décideurs et que l'on cherche à rassurer le public. Or, c'est là une grave erreur. Si le public a l'impression qu'on lui dissimule des informations sur les risques auxquels il est exposé, il perd rapidement confiance dans les responsables politiques.
- L'information doit être diffusée par un organisme professionnel indépendant et digne de foi. Le choix de ceux qui sont chargés de communiquer l'information est aussi très important. Il doit s'agir d'experts reconnus, parfaitement qualifiés et dignes de foi, libres de toute attache politique et à l'abri des conflits d'intérêts. Dans de nombreux pays, cette importante fonction est assumée, dans le domaine de la santé publique, par le Directeur général de la Santé. D'une manière générale, les gens se méfient de ce que disent les personnalités politiques ou leurs porte-parole sur des sujets controversés.

Encadré 6.2 Recommandations importantes à l'intention des gouvernements en vue d'une meilleure communication du risque

- Pour être crédible, il faut inspirer confiance
- Il ne peut y avoir de confiance sans transparence
- La transparence suppose de reconnaître les incertitudes éventuelles
- Il faut s'attendre à ce que le public réagisse rationnellement à la transparence
- L'importance des mesures de précaution ne doit pas être minimisée sous prétexte que le risque n'est pas avéré
- L'investigation scientifique du risque doit être franche et transparente
- Les avis et les arguments des comités consultatifs doivent être rendus publics
- La confiance du public en ses scientifiques, experts et hauts fonctionnaires (le Directeur général de la Santé par exemple) est un bien précieux qu'il faut se garder de compromettre
- Les conseils des experts et des comités consultatifs destinés au public doivent être objectifs et exempts de toute influence étatique ou politique, et reconnus comme tels.

Adapté de (10), page 266.

- Il est nécessaire qu'un climat de confiance règne entre les représentants de l'Etat, les experts en santé publique, le grand public et les médias. Ce climat doit être instauré et entretenu. Les attitudes condescendantes et la rétention de l'information peuvent provoquer dans le public des réactions cyniques et l'impression que l'on cherche à dissimuler un scandale inavouable. Il est facile, pour des dirigeants, de perdre la confiance de leurs administrés et très difficile de la retrouver.

La nécessité d'instaurer un climat de confiance entre les parties oblige les représentants de l'Etat à agir avec plus de transparence et à s'impliquer davantage dans la société civile. Il faut, par exemple, que les organismes de réglementation soient affranchis de toute influence politique, que l'information scientifique tombe dans le domaine public, que les réunions des comités consultatifs scientifiques et leurs comptes rendus puissent être consultés par le grand public et que les médias soient libres d'enquêter sur les risques et de publier leurs conclusions (10).

RENFORCEMENT DE LA BASE DE DONNÉES SCIENTIFIQUES

L'évaluation scientifique des risques ou cindynique est une discipline née dans les années 1960 et qui a beaucoup progressé depuis. Au départ, elle portait principalement sur les nouvelles technologies et sur les menaces environnementales extérieures ; ce n'est que récemment qu'elle a été étendue aux risques biologiques et comportementaux majeurs ayant un retentissement sur la santé, tels que l'hypertension artérielle, les pratiques sexuelles dangereuses et le tabagisme. Développée tout d'abord en Amérique du Nord, puis en Europe, la cindynique n'a encore guère d'applications dans les pays à revenu moyen ou faible. Des recherches s'imposent pour déterminer si les observations concernant la perception et la communication des risques dans les pays industrialisés s'appliquent aussi aux pays en développement. En outre, si l'on dispose, dans certains domaines, de données mondiales raisonnablement complètes, par exemple pour les risques de maladie cardiovasculaire (6, 24), il est nécessaire d'améliorer substantiellement les sources de données sur d'autres facteurs de risque importants, surtout en ce qui concerne les pays à revenu moyen à faible. Il est donc urgent de mettre en place de nouvelles banques de données pour les pays en développement.

Les activités les plus importantes eu égard au renforcement des bases de données scientifiques pour l'évaluation et la gestion des risques consistent notamment à :

- Recueillir de nouvelles données scientifiques sur les facteurs de risque et l'exposition aux risques. Pour les risques sanitaires les plus fréquents et les plus importants, la collecte de données nouvelles essentielles sur les dangers et expositions au niveau local doit être étendue à de nombreux autres pays. A cet effet, il faudra, avec l'aide internationale, perfectionner la méthodologie dans des domaines tels que les protocoles normalisés, les instruments de collecte des données, l'analyse statistique, l'archivage et l'échange de données et enfin, la diffusion et l'exploitation des résultats de la recherche. L'effort devra porter à la fois sur les aspects qualitatifs et quantitatifs. Pour suivre les tendances des facteurs de risque existants et déceler les changements intervenus dans l'exposition aux risques et dans les issues sanitaires qui en résultent, il faut assurer une surveillance systématique et permanente.
- Entreprendre et appuyer de nouvelles recherches sur l'intervention contre les risques. Un financement public substantiel est nécessaire pour entreprendre des recherches appropriées, notamment dans les pays en développement, et pour créer et

développer des centres régionaux d'excellence dans les domaines de la recherche, de la formation et du conseil sur l'intervention contre les risques. De nouvelles recherches s'imposent, en premier lieu pour comparer les perceptions du risque dans le cadre d'études transnationales, ensuite pour recueillir des données sur la fréquence et le niveau des facteurs de risque dans les populations à revenu moyen ou faible et enfin, pour évaluer l'efficacité et le coût des divers trains d'interventions. Un appui important sera indispensable de la part des organisations multilatérales, des donateurs internationaux et de la communauté scientifique.

- Coordonner les activités de recherche des différents secteurs. Etant donné le caractère complexe et pluridisciplinaire de la recherche sur l'intervention contre les risques, il faudra coordonner le soutien et le financement aux niveaux national et international. Dans les pays, les mesures prises pourront consister en de nouvelles initiatives, telles que la création de fonds pour la recherche, la mise en place d'unités de recherche spécialisées, la nomination de conseillers scientifiques nationaux et la création de nouveaux comités scientifiques indépendants et non soumis à un quelconque contrôle politique.

L'ACTION INTERNATIONALE, UNE URGENTE NÉCESSITÉ

Le présent rapport met en évidence le gain substantiel d'espérance de vie en bonne santé dont les populations du monde entier peuvent espérer bénéficier moyennant une réduction même modeste de l'exposition à des facteurs de risques majeurs tels que l'insuffisance pondérale, les pratiques sexuelles dangereuses, le tabagisme et l'hypertension artérielle. Ce n'est pas parce que des incertitudes subsistent sur le plan scientifique qu'on doit hésiter à s'attaquer à des facteurs de risques importants et de grande ampleur qui, pour beaucoup d'entre eux, contribuent fortement à la charge de morbidité. Il est à craindre que cette charge ne s'accroisse considérablement faute d'une action généralisée de la part des particuliers, de la société civile, des pouvoirs publics et des organisations internationales. On pourrait par exemple réduire notablement la consommation de tabac, en particulier dans les pays en développement.

Il existe suffisamment de données fiables sur les causes de maladies et de traumatismes pour entreprendre dès aujourd'hui de réduire radicalement la charge de morbidité et obtenir les effets bénéfiques que le présent rapport fait entrevoir. En outre, il y a un bon accord entre la communauté scientifique internationale et les responsables de la santé publique sur ce qu'il y a lieu de faire dans ce sens. Il faudrait, dans les stratégies qui seront élaborées en vue d'atteindre cet objectif, notamment dans les pays en développement, maintenir un équilibre entre une forte réduction de la charge résultant de l'exposition à des facteurs de risque tels que l'insuffisance pondérale et le défaut d'eau potable et d'assainissement – qui concernent essentiellement les populations défavorisées – et la réduction ou la prévention de l'exposition à d'autres facteurs tels que le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

Pour que la santé connaisse à l'avenir une véritable amélioration, il faudra, s'agissant de la gestion des risques, adopter des stratégies qui ne consistent pas simplement à faire face aux menaces immédiates pour la survie, mais qui soient également axées sur les facteurs de risque pour la santé qui ont désormais acquis une dimension mondiale. L'Organisation mondiale de la Santé ainsi que d'autres instances qui s'intéressent aux problèmes de développement au niveau international ont de toute évidence leur rôle à jouer, qui consiste à veiller à ce que les acquis scientifiques débouchent sur des actions concrètes et à guider et encourager la communauté sanitaire mondiale (voir Encadré 6.3). Pour ce faire, elles

Encadré 6.3 Exemples d'actions internationales concertées efficaces

L'incertitude scientifique ne saurait être invoquée pour retarder l'action contre des risques graves et de grande ampleur, s'il est avéré qu'on peut les faire sensiblement reculer dans l'avenir. Les partenariats internationaux se révèlent très efficaces pour faire avancer les choses, comme le montrent les exemples suivants :

La convention-cadre pour la lutte antitabac

Faute d'accorder à la prévention une priorité suffisamment élevée, le tabagisme tuera chaque année environ 10 millions de personnes d'ici 2030, dont 70 % dans les pays en développement. L'Organisation mondiale de la Santé s'attache à mettre au point une convention-cadre inspirée de sa constitution et qui fait actuellement l'objet de négociations avec la plupart des Etats Membres. Cet instrument juridique international permettra aux pays qui l'auront ratifié de réduire les dommages causés par le tabagisme. Il porte sur des questions telles que la publicité, la réglementation, la contrebande, la taxation, l'interdiction de fumer dans certains lieux, et le traitement de la dépendance tabagique. Comme nombre de ces questions sont de nature transfrontalière, une coopération régionale et internationale est nécessaire. La convention-cadre permet d'aborder plus facilement le problème sous un angle plurisectoriel, tout en reconnaissant que c'est le secteur de la santé qui doit être à la tête du combat contre l'épidémie de tabagisme. Le premier projet complet de convention a été rendu public en juillet 2002 et il devrait être adopté en mai 2003. Des protocoles individuels seront élaborés ultérieurement.

Adresse Internet : <http://www.who.int/tobacco/>

Le partenariat « Halte à la tuberculose »

La tuberculose cause chaque année 2 millions de décès, souvent liés au VIH/SIDA. C'est une maladie de la pauvreté contre laquelle il existe une chimiothérapie d'un très bon rapport coût/efficacité, le traitement DOTS. En 2000, les ministres de 20 des 22 pays représentant 80 % de la charge mondiale de la tuberculose ont rendu publique la déclaration d'Amsterdam sur le partenariat « Halte à la tuberculose » qui fixe des objectifs précis à la lutte antituberculeuse. Ce partenariat, auquel peuvent participer les gouvernements, les ONG, les fondations, les particuliers et autres, a son siège à l'Organisation mondiale de la Santé. C'est une association à but consultatif et promotionnel regroupant des partenaires du secteur public et du secteur privé, qui se propose de dépister 70 % de tous les cas nouveaux de tuberculose, d'en guérir 85 % d'ici 2005 et de réduire la mortalité de moitié d'ici 2010. Cette initiative a nécessité l'élaboration d'un plan mondial d'extension du traitement DOTS, et il a également fallu renforcer les programmes nationaux de lutte antituberculeuse, permettre à tous de se procurer des antituberculeux et encourager la recherche de nouveaux médicaments et vaccins.

Adresse Internet : <http://www.stoptb.org>

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

Devant la chute de la couverture vaccinale qui s'est produite dans nombre de pays pauvres, un nouveau partenariat associant secteur public et secteur privé a été créé en janvier 2000, avec une dotation initiale de 750 millions de dollars attribuée par la Fondation Bill et Melinda Gates. Divers gouvernements, l'UNICEF, la Banque mondiale, des ONG et des producteurs de vaccins participent également à cette entreprise. Ce partenariat a son siège à l'Organisation mondiale de la Santé et il est doté d'un Conseil et de groupes de travail spécialisés. Son but est d'accroître la couverture vaccinale dans les 74 pays les plus pauvres et de faire adopter de nouveaux vaccins, notamment contre l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* type b. L'Alliance a pris un engagement pour cinq ans et en juin 2002, plus de US \$900 millions avaient été engagés en faveur de 60 pays, situés principalement en Afrique et en Asie. L'Alliance pourrait également servir de modèle pour le nouveau Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Adresse Internet : <http://www.vaccinealliance.org>

devront se préparer à affronter l'opposition de groupes de pression influents et de puissantes entreprises qui ont tout à perdre de politiques visant à améliorer la prévention des risques et à renforcer la réglementation.

Comme le montre le rapport, on sait déjà beaucoup de choses sur la manière de réduire efficacement les risques sanitaires. Il faudra pour cela que les gouvernements et les autres partenaires s'engagent dans une action de longue haleine. Les éléments clés en seront la création ou le renforcement des institutions nationales pour exécuter et évaluer les programmes de réduction des risques, et une participation plus effective de secteurs tels que les transports, l'éducation et les finances qui permette de tirer parti de la possibilité qu'ils ont de faire très sensiblement reculer l'exposition de la population aux divers facteurs de risque.

Il ne fait aucun doute que les risques auxquels le monde est confronté ont une dimension planétaire. Il est tout aussi certain, cependant, que l'on peut réduire considérablement ces risques et offrir à tous la possibilité de jouir à l'avenir d'une meilleure santé. Ce qui est maintenant nécessaire, c'est une action à l'échelle mondiale, sous une direction ferme et résolue, et à laquelle contribuent tous les secteurs de la société concernés par l'amélioration de la santé.

RÉFÉRENCES

1. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford (Royaume-Uni) : Oxford University Press; 1992.
2. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 1981; 282:1847-1851.
3. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14:32-38.
4. Kinlay S, O'Connell D, Evans D, Halliday J. The cost-effectiveness of different blood-cholesterol lowering strategies in the prevention of cardiovascular disease. *Australian Journal of Public Health* 1994; 18:105-110.
5. Rodgers A, Lawes C, MacMahon S. Reducing the global burden of blood pressure-related cardiovascular disease. *Journal of Hypertension* 2000; 18(Supplement):S3-6.
6. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to coronary epidemics – time to end the «Only 50%» myth. *Archives of Internal Medicine* 2001; 161:2657-2660.
7. Rose G, Day S. The population mean predicts the number of deviant individuals. *British Medical Journal* 1990; 301:1031-1034.
8. Dowie J. Towards value-based, science-informed public health policy: conceptual framework and practical guidelines. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Document de référence pour le Rapport sur la santé dans le monde 2002.
9. Slovic P, Gregory R. Risk analysis, decision analysis, and the social context for risk decision making. In: Shanteau J, Mellers BA, Schum DA. *Decision science and technology: reflections on the contributions of Warne Edwards*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) : Kluwer Academic; 1999. p. 353-365.
10. Phillips, Lord, Bridgeman J, Ferguson-Smith M. The Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) Inquiry (The Phillips Inquiry). Findings and conclusions, Volume 1. Londres : The Stationery Office; 2001.
11. Pidgeon N. Risk perception. In: *Risk analysis, perception and management*. Londres : Royal Society; 1992. p. 89-134.
12. Bickerstaff K, Pidgeon N. Organisation mondiale de la Santé et Department of Health Conference on Risks to Public Health, London 23 – 24 October 2001. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Londres : Department of Health; 2001. Rapport commandité pour le Rapport sur la santé dans le monde 2002.
13. CNUED. Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, Rio de Janeiro (Brésil), 3 – 14 juin 1992. New York : Nations Unies ; 1992.
14. ILGRA. The precautionary principle: policy and application. Londres : Department of Health Inter-departmental Liaison Group on Risk Assessment; 2001.
15. Hall W, Carter L (2001). Ethical issues in risk management. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Document de référence pour le Rapport sur la santé dans le monde 2002.
16. Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002; 359:1055-1059.
17. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of medical ethics*. Cinquième édition. New York : Oxford University Press; 2001.
18. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis* 1986; 6:403-415.
19. Covello V, McCallum D, Pavlova M. *Effective risk communication: the role and responsibility of government and nongovernment organizations*. New York : Plenum Press; 1989.
20. Renn O. The role of communication and public dialogue for improving risk management. *Risk Decision and Policy* 1998; 3:5-30.
21. Calman K. Communication of risk: choice, consent and trust. *Lancet* 2002; 360:166-168.
22. Lum MR, Tinker TL. *A primer on health risk communication: principles and practices*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique) : US Department for Health and Human Services, Agency for Toxic Substances and Disease Registry; 1994.
23. Department of Health. *Communicating about risks to health: pointers to good practice*. Londres : The Stationery Office; 1998.
24. Ibrahim S, Smith GD. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *British Medical Journal* 1997; 314:1666-1671.