

SOMMAIRE

Introduction	p. 2
Nécessité d'une action intersectorielle	p. 3
Planification intersectorielle au niveau national	p. 4
Planification intersectorielle au niveau local	p. 5
Prévenir la maladie au moyen d'actions intersectorielles	p. 6
<i>VIH/SIDA</i>	p. 7
<i>Tuberculose</i>	p. 9
<i>Paludisme</i>	p. 9
Nouvelles ressources et nouveaux partenariats pour lutter contre les maladies infectieuses	p. 12
Examen du nouveau programme pour la santé mondiale	p. 14
<i>Maladies non transmissibles</i>	p. 14
<i>Tabac</i>	p. 15
<i>Alimentation et nutrition</i>	p. 15
<i>Produits chimiques</i>	p. 16
<i>Pollution de l'air</i>	p. 17
<i>Eau et assainissement</i>	p. 19
<i>Menaces écologiques mondiales</i>	p. 21
Renforcement de la performance des systèmes de santé	p. 22
Dépasser le secteur de la santé	p. 23
Nécessité de concevoir de nouveaux instruments de planification	p. 24
Conclusions et enseignements tirés	p. 24



Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

Le présent document a été écrit par Yasmin von Schirnding et Catherine Mulholland de l'OMS à Genève. Nous aimerions remercier les divers départements du siège et les bureaux régionaux pour leur précieuse contribution, ainsi que Jo Trevalyan pour son aide concernant l'édition du document.

Introduction

L'émergence du concept de développement durable en tant que principe directeur de la formulation des politiques, l'adoption d'Action 21 lors de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED) en 1992 et l'adoption ultérieure du Programme relatif à la poursuite de la mise en œuvre d'Action 21, ont été des stimulants importants aux niveaux local, national et international, pour ce qui est de la mise en place de programmes d'action novateurs visant à aborder les problèmes actuels en matière d'environnement, de santé et de développement. Il est dit dans la Déclaration de Rio, par exemple, que « les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature ». En outre, le chapitre 6 d'Action 21 souligne l'engagement fondamental qui est pris dans le cadre du développement durable pour « protéger et promouvoir la santé ».

Les récentes réunions internationales ont renforcé l'importance des questions de santé, d'environnement et de développement, inscrites au programme de développement international. Pour la première fois, les participants aux réunions du G8, du Conseil de Sécurité des Nations Unies, du Forum économique mondial, de l'OCDE ainsi qu'aux réunions de suivi des grandes conférences internationales, ont explicitement abordé les questions de santé qui exigent leur attention, comme les questions de développement ou de sécurité. La santé a effectivement été reconnue comme l'une des préoccupations au cœur du développement – à la fois en tant que ressource permettant un développement durable et comme indicateur de celui-ci.

La Commission Macroéconomie et Santé, nommée par l'OMS, a réuni des éléments, qui indiquent que le rôle joué par la santé dans la détermination des perspectives économiques des communautés pauvres du monde entier a été grandement sous-estimé. Des données récentes montrent comment la maladie entrave le progrès économique. Les grandes maladies, telles que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, affectent directement la capacité des pays les plus pauvres à se développer. Elles ralentissent la croissance économique et perpétuent la pauvreté. Les maladies de l'enfance, la morbidité et la mortalité maternelle font que les groupes les plus vulnérables sont piégés par le cercle vicieux des privations et de la désespérance.

On a constaté récemment une évolution importante de la réflexion sur le rôle de la santé dans la réduction de la pauvreté et le développement. La santé est bien plus cruciale pour réduire la pauvreté que ce que l'on croyait précédemment et cette idée commence à déterminer les politiques au niveau gouvernemental et mondial. Cela fait des années que l'on sait que les pauvres sont plus exposés à la maladie mais on dispose maintenant des connaissances qui montrent qu'un mauvais état de santé engendre et perpétue la pauvreté, créant ainsi un cercle vicieux qui entrave le développement socio-économique, et contribue à épuiser les ressources non renouvelables et à dégrader l'environnement. Les données montrent que les acquis en matière de santé favorisent la croissance économique : la distribution équitable des bénéfices de cette croissance, peut permettre de réduire la pauvreté.

La Déclaration du Millénaire, qui a été adoptée à l'unanimité par les dirigeants mondiaux en septembre 2000, fixe un certain nombre d'objectifs et de cibles interdépendants fondés sur les principes du développement durable et visant à faire avancer l'éradication de la pauvreté et du développement humain sain et durable. Ces engagements mis à part, la santé, le développement

durable et la réduction de la pauvreté sont abordés au niveau des pays dans le cadre d'une stratégie de développement globale et au moyen d'instruments de planification, tels que les bilans communs de pays des Nations Unies et les plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement.

Nécessité d'une action intersectorielle

Les pays sont confrontés à une myriade de problèmes liés à la santé, dépendant, d'une part, de la pauvreté et d'un manque d'accès aux services/ressources essentiels, et d'autre part, à une industrialisation rapide et à grande échelle, à l'urbanisation, au changement démographique et au développement technologique. Les problèmes rencontrés par le secteur de la santé aujourd'hui sont de plus en plus complexes, de nature multidisciplinaires, et souvent mal définis, et leur solution est incertaine. Le secteur de la santé évolue pour répondre à un grand nombre de ces difficultés, mais il ne peut aborder tous ces problèmes seul. En matière de santé et de maladie, un grand nombre des principaux déterminants et solutions ne proviennent pas directement du secteur de la santé mais plutôt de secteurs concernés par l'environnement, l'eau et l'assainissement, l'agriculture, l'éducation, l'emploi, les modes de vie urbain et rural, le commerce, le tourisme, le développement industriel, l'énergie et le logement. Il est indispensable d'aborder les déterminants sous-jacents de la santé du point de vue intersectoriel pour améliorer la santé de façon soutenue et rendre le développement durable sur le plan écologique.

Les gouvernements et l'OMS ont déclaré, en 1977, avoir comme principal objectif sanitaire « de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ». Toutefois, diverses tendances, comme la mondialisation du commerce, des voyages et de la technologie, l'urbanisation et la croissance des mégapoles, l'élargissement de l'écart entre riches et pauvres, le fardeau permanent des maladies infectieuses, l'augmentation des maladies non transmissibles et la progression des menaces écologiques, ont entraîné une réévaluation de la stratégie de la santé pour tous en 1995.

La nouvelle stratégie « La santé pour tous au XXI^e siècle », adoptée à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1998, énonce les priorités et cibles mondiales pour les deux premières décennies du XXI^e siècle, qui visent à créer des conditions permettant aux populations du monde entier de posséder et de conserver le meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre tout au long de leur vie. Cette stratégie est fondée sur les principes de la justice sociale, de l'équité et du développement humain, et met l'accent sur la prévention d'un mauvais état de santé, sur la minimalisation des risques sanitaires et sur la promotion de la santé de la population. Conçue en ces termes, l'amélioration de la santé exige davantage que les services dispensés par le seul secteur de la santé ; la contribution d'autres secteurs est explicitement reconnue comme essentielle pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Cela est mis en valeur dans la stratégie institutionnelle de l'OMS qui fixe comme objectifs la constitution de populations et de communautés saines et la lutte contre un mauvais état de santé par l'adoption de quatre approches stratégiques:

- Réduire la surmortalité, la sur morbidité et le nombre de cas d'incapacité en excès, notamment parmi les populations pauvres et marginalisées.
- Promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé découlant de causes environnementales, économiques, sociales et comportementales.
- Développer des systèmes de santé qui améliorent équitablement les résultats sanitaires, répondent aux demandes légitimes des populations et sont justes sur le plan financier.

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

- Elaborer une politique et un environnement institutionnel propices dans le secteur de la santé et donner une dimension sanitaire efficace à la politique sociale, économique, écologique et de développement.

Planification intersectorielle au niveau national

Il y a certes des problèmes mondiaux et transnationaux partagés, mais chaque pays, région ou communauté est confronté à ses propres problèmes uniques, les solutions à ces derniers étant déterminées par de nombreux facteurs, et notamment les ressources, les coutumes, les institutions et les valeurs. Cela signifie qu'il faut continuer les stratégies au niveau local, national et mondial, et les harmoniser pour intégrer les questions de santé, d'environnement et de développement.

Créé en tant que programme dynamique d'action dans le cadre du partenariat mondial des Nations Unies pour le développement durable, Action 21 demande l'adoption de nouvelles approches de planification afin de parvenir au développement durable. Plus précisément, il souligne l'intégration des questions d'environnement et de développement, l'intégration du secteur social et notamment la santé dans la planification du développement, l'élaboration de plans d'action prioritaires basés sur une planification concertée entre les divers niveaux de gouvernement, les ONG et les communautés locales.

Action 21 a mis en relief un certain nombre d'éléments qui sont indispensables à l'intégration des préoccupations sanitaires locales et nationales dans la planification touchant l'environnement et le développement. Ces éléments sont les suivants:

- Identification et évaluation des risques sanitaires liés à l'environnement et au développement.
- Elaboration d'une politique sanitaire environnementale intégrant les principes et stratégies pour tous les secteurs responsables du développement.
- Communication et diffusion de cette politique à tous les niveaux de la société.
- Approche participative de la mise en œuvre des programmes santé et environnement.

Il est précisé au chapitre 6 d'Action 21 que les pays doivent établir des priorités d'action basées sur la planification concertée entre niveaux de gouvernement, organisations non gouvernementales et communautés locales. Cela a permis aux autorités sanitaires d'influer sur la planification au niveau national et d'inverser la tendance vers un développement néfaste pour l'environnement et pour la santé. Cette planification, axée sur la prévention des problèmes sanitaires et écologiques et faisant appel à tous les niveaux et secteurs, est indispensable si l'on veut obtenir la « santé pour tous » et favoriser le développement durable.

De nombreux pays ont instauré de nouveaux cadres en matière de politique et de planification et élaboré des instruments pour intégrer complètement les questions de santé et d'environnement dans le processus de planification. A l'échelle mondiale, les mesures destinées à intégrer les questions de santé et d'environnement dans les plans et programmes nationaux varient d'un pays à l'autre, en fonction des priorités, des mécanismes de planification et de la façon dont les responsabilités liées à la planification sont divisées. Cela a débouché sur l'adoption d'une diversité d'approches et notamment:

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

- L'élaboration de plans sanitaires et environnementaux à inclure dans les plans nationaux de développement durable.
- L'intégration de la protection de l'environnement et de plans sanitaires dans les plans nationaux de développement économique et social.
- L'examen et la modification de plans sectoriels en vue de l'inclusion de questions sanitaires et écologiques.
- L'incorporation de considérations sanitaires dans les plans d'action nationaux sur l'environnement.
- La contribution intersectorielle aux politiques et plans nationaux en matière de santé.

Il convient de noter plus particulièrement l'élaboration de plans d'action nationaux pour la salubrité de l'environnement qui visent à intégrer les questions de santé et d'environnement dans les plans d'action nationaux (voir Encadré 1).

Encadré 1.

Plans d'action nationaux pour la salubrité de l'environnement: évolution de ces plans dans le monde

Les plans d'action nationaux pour la salubrité de l'environnement sont apparus après l'adoption d'Action 21 dans le milieu des années 90 et ont été d'abord mis au point par plusieurs pays pilotes d'Europe. La planification de ces plans d'action a également été adoptée dans d'autres régions du monde. Dans les pays en développement, ces plans d'action sont souvent précédés de plans nationaux d'action pour l'environnement soutenus par la Banque mondiale.

Ces plans ont facilité la consultation et la collaboration intersectorielles, ce qui a permis de mieux comprendre l'importance des questions liées à l'environnement et au développement au sein des ministères de la santé, ainsi que l'importance des questions de santé dans le cadre des ministères de l'environnement et autres. En analysant le processus de planification de ces plans d'action, on a recensé un certain nombre de points forts et notamment:

- Une sensibilisation et une compréhension plus grandes des problèmes liés à la santé, à l'environnement et au développement.
- L'accent accru mis sur la prévention.
- L'adoption d'approches plus générales.
- L'amélioration de la collaboration entre les secteurs.
- La formation de partenariats viables.

L'adoption et la mise en œuvre de ces plans dans le monde entier ont néanmoins été inégales et des points faibles demeurent, parmi lesquels:

- Des lacunes dans la mise à disposition et la qualité des données.

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

- Des difficultés à détecter les tendances relatives à la santé et à l'environnement.
- La médiocrité des liens entre les données sur la santé et les données sur l'environnement.
- L'accent mis sur les symptômes plutôt que sur les causes des problèmes.
- Le peu d'intérêt porté à l'analyse des structures de gestion.
- L'absence de capacité de mise en œuvre.
- L'absence de clarté concernant la fixation des priorités.

Planification intersectorielle au niveau local

Au cœur du processus d'Action 21 figure l'élaboration d'initiatives au niveau local/municipal grâce au dialogue entre le gouvernement local et ses citoyens, les organisations et des entreprises privées et la formulation ultérieure de stratégies fondées sur les informations réunies grâce à la consultation. Action 21 au niveau local et les activités connexes comprennent notamment le mouvement de l'OMS « Villes-Santé » et le programme d'urbanisation durables d'Habitat et du PNUE (Nations Unies). Les initiatives de planification locales qui abordent les problèmes du développement durable en matière de santé et d'environnement sont également mentionnées collectivement sous le nom de plans d'action locaux pour la salubrité de l'environnement. Ceux-ci comprennent des initiatives locales d'Action 21 qui abordent les questions de santé et/ou font appel au secteur de la santé pour la planification locale du développement, ainsi que des types d'approches « Villes-Santé » (voir Encadré 2).

Encadré 2.

Le mouvement Villes-Santé: un succès mondial

Le mouvement Villes-Santé a débuté comme un projet modeste du Bureau OMS de l'Europe en 1987. Il est devenu un mouvement important auquel participent des milliers de villes du monde entier. Les principaux succès des approches du type Villes-Santé comprennent:

- Les tentatives visant à donner une place plus élevée à la santé dans le programme des décideurs locaux des villes et autres endroits.
- La mise en place d'un groupe de pression dynamique au niveau local pour prendre en compte les préoccupations de santé publique.
- La résolution des problèmes liés à la santé, à l'environnement et au développement par la participation locale.
- La garantie que tous les secteurs et organismes de développement, et notamment ceux qui s'occupent du logement, du gouvernement local, de l'industrie, du transport et de la planification, abordent les questions de santé dans leur travail.

Le concept et l'approche Villes-Santé se sont concrétisés différemment selon les endroits : Villes-Santé en Europe et en Afrique, Iles-Santé dans la Région du Pacifique occidental, Municipalités et Communautés Santé en Amérique du Nord, Villages-Santé en Méditerranée orientale, et les environnements sains qui comprennent les écoles, les places de marchés et de nombreux autres sites et contextes où les gens vivent, travaillent et s'amuse.

Prévenir la maladie au moyen d'actions intersectorielles

Des approches et partenariats intersectoriels ont été mis au point pour prendre en charge certaines maladies, qu'elles soient transmissibles (infections) ou non transmissibles. Les maladies transmissibles figurent au chapitre 6 d'Action 21, car elles surviennent généralement dans les pays en développement, là où la pauvreté et la médiocrité des environnements augmentent fortement le risque de maladie. Le milliard de personnes qui sont les plus pauvres du monde est particulièrement vulnérable face à ces maladies. Ce fait représente un grand défi pour le développement, la sécurité économique et humaine, et menace également le développement durable.

Des données montrent que les maladies transmissibles peuvent être maîtrisées dans les pays les plus pauvres du monde. Il existe des instruments efficaces et de nombreux pays à revenu faible ont montré qu'en utilisant ces instruments judicieusement, il est possible de réduire considérablement le fardeau de la maladie. De plus en plus, les politiques et programmes visant à combattre les maladies transmissibles sont axés sur des stratégies intégrées. Ces stratégies abordent simultanément les causes sous-jacentes de la maladie, que l'on trouve souvent dans l'environnement socio-économique, culturel et physique au sens large, et également les questions liées au traitement de la maladie elle-même.

- **VIH/SIDA**

De toutes les maladies infectieuses qui entraînent et accroissent la pauvreté des populations les plus pauvres du monde, c'est le VIH/SIDA qui a l'impact et le potentiel réel le plus grand sur les individus, les familles, les secteurs et les nations (voir encadré 3).

Encadré 3

Impact du VIH/SIDA dans les pays en développement

- Environ 40 millions d'adultes et d'enfants, dont 95 % sont dans les pays en développement, vivent désormais avec le VIH/SIDA.
- L'impact du VIH/SIDA a été le plus grave sur les groupes les plus vulnérables (ainsi que l'a identifié Action 21), et notamment les pauvres, les femmes et les enfants.
- En Afrique subsaharienne, par exemple, plus de 25 millions de personnes sont touchées par le VIH/SIDA. Plus de 12 millions d'Africains sont morts du SIDA et de nombreux millions d'enfants sont désormais orphelins.
- Les taux de prévalence du VIH qui s'élèvent entre 10 et 15 %, se traduisent éventuellement par une réduction du taux de croissance du PNB par habitant pouvant s'élever jusqu'à 1 % par an.

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

Par son impact généralisé sur la démographie, les ménages, les communautés, les secteurs et l'économie, le SIDA est maintenant considéré comme davantage qu'une crise sanitaire. Il est reconnu comme une menace au développement et à la sécurité dans le monde entier et le Secrétaire général des Nations Unies a souligné le fait que la catastrophe que cette maladie provoque est maintenant si aiguë que celle-ci est devenue l'un des principaux obstacles au développement.

Vingt ans d'expérience de l'épidémie de VIH/SIDA ont montré qu'il est techniquement, politiquement et financièrement possible de juguler l'épidémie et d'en réduire la propagation et l'impact. La principale leçon qui en a été tirée est l'importance cruciale de l'encadrement politique, que ce soit pour accroître la visibilité de l'épidémie ou faire décroître l'opprobre qui y est associé. On comprend également mieux les politiques, programmes et partenariats entre les gouvernements et la société civile qui doivent mieux faire face à l'épidémie dans tous les secteurs économiques et sociaux.

Malgré les obstacles considérables qui restent à surmonter, il y a également eu des succès qui ont permis de tirer des enseignements précieux. Parmi les mesures efficaces, il faut inclure:

- L'accès à des préservatifs bon marché.
- Le traitement immédiat d'autres infections sexuellement transmissibles.
- Le conseil et le dépistage volontaires.
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
- La promotion de mesure visant à réduire les méfaits pour diminuer l'infection à VIH chez les toxicomanes.
- L'éducation en matière de santé sexuelle à l'école et au-delà.
- L'accélération de l'accès aux soins, au soutien et au traitement, et notamment le soutien psychosocial, les soins à domicile et dans la communauté, la mise en place de nouveaux partenariats destinés à fournir des diagnostics et des médicaments de manière durable et bon marché.

Etude de cas 1.

Programme de prévention du VIH en Thaïlande

En Thaïlande, la détermination dont fait preuve le Gouvernement pour imposer l'utilisation du préservatif à 100 % dans les maisons de prostitution et assurer un large accès aux campagnes de prévention du VIH à l'école, dans les médias et sur le lieu de travail sont des facteurs clés de l'abaissement des taux d'infection à VIH. Cette vaste campagne, lancée en 1991, fondée sur un engagement politique élevé tant au niveau national que régional et bénéficiant d'une coopération intersectorielle, a débouché sur:

- L'augmentation de l'utilisation du préservatif – l'usage signalé des préservatifs dans les maisons closes est passé de plus de 14 % en 1989 à plus de 90 % en 1994.
- La réduction des visites auprès des professionnels du sexe – le nombre des recrues de l'armée thaïlandaise rendant visite aux professionnels du sexe est passé de près de 60 % en 1991 à environ 25 % en 1995.
- La réduction considérable des taux d'infection à VIH – ces taux parmi les conscrits de 21 ans ont culminé à 4 % en 1993 avant de redescendre régulièrement à moins de 1,5 % en 1997.

Etude de cas 2.

Ample riposte du Sénégal face au VIH/SIDA

La riposte ample et rapide du Sénégal face à l'épidémie de VIH/SIDA a réussi à contenir la propagation du VIH à des niveaux bien inférieurs à ceux de nombreux autres pays africains. Le Gouvernement a rapidement pris des mesures pour:

- Inscrire l'éducation sexuelle au programme des écoles primaires et secondaires.
- Fournir un traitement pour les infections sexuellement transmissibles.
- Promouvoir activement l'utilisation du préservatif.

En conséquence, le taux de l'infection à VIH à Dakar est demeuré inférieur à 2 % ; plus de 60 % des hommes et 40 % des femmes de 15 à 24 ans signalent maintenant utiliser systématiquement des préservatifs avec des partenaires occasionnels et le taux de distribution des préservatifs a grimpé de 800 000 par an en 1987 à plus de 7 millions en 1998.

• ***Tuberculose***

Environ 8 millions de personnes font une tuberculose active tous les ans et la maladie tue plus de 1,5 million de personnes par an. L'accroissement de la pauvreté, la médiocrité des conditions de vie et le virus du VIH ont contribué à la résurgence de cette maladie. En Inde, on estime que le coût économique de la tuberculose est de US \$3 milliards par an. Le coût pour le malade du diagnostic et de la guérison avoisine les US \$100 à 150, soit plus de la moitié du revenu annuel d'un travailleur journalier. En Ouganda, une étude a montré que 80 % des salariés doivent arrêter le travail à cause de leur maladie. Au Bangladesh, certains l'appellent la « maladie du roi », car seuls les rois ont les moyens de la contracter. Avant de se faire soigner dans les dispensaires antituberculeux publics du Bangladesh, certains malades avaient déjà dépensé US \$130 pour un traitement en secteur privé et perdu 14 mois en moyenne de temps de travail.

Surpeuplés, les foyers démunis sont un milieu de culture de la tuberculose, maladie qui se développe sur des systèmes immunitaires affaiblis par d'autres infections chroniques et par la malnutrition. L'initiative Halte à la tuberculose, lancée par l'OMS en 1998, s'efforce d'accélérer la lutte contre cette maladie en élargissant considérablement la coalition mondiale de partenaires, en donnant à la tuberculose un rang plus élevé dans le programme international de santé publique et en augmentant nettement l'investissement dans la lutte contre la maladie.

• ***Paludisme***

Plusieurs centaines de millions de personnes continuent d'être infectées tous les ans par le paludisme, et il en résulte près de 300 millions de cas cliniques dans le monde chaque année. Le paludisme augmente dans de nombreux pays, en partie à cause de la détérioration des infrastructures de santé publique mais également à cause des changements climatiques et environnementaux, des migrations humaines liées aux conflits, de la pauvreté généralisée et de l'émergence de parasites résistants aux médicaments. Le PIB de l'Afrique serait probablement plus élevé de US \$100 milliards environ si l'on avait maîtrisé le paludisme trente ans plus tôt, lorsque des mesures de lutte efficaces sont apparues. Aujourd'hui même, un demi-milliard de cas de paludisme par an font perdre plusieurs milliards de journées de travail productif. Les coûts estimés du paludisme, en terme de contraintes sur les systèmes de santé et de pertes d'activité

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

économique sont énormes. Dans les pays touchés, jusqu'à trois lits d'hôpitaux sur dix sont occupés par des victimes de cette maladie.

En Afrique, là où le paludisme est à son maximum, lors de la période des récoltes, et touche les jeunes adultes particulièrement durement, on estime qu'un seul épisode de la maladie coûte environ dix jours de travail. Des recherches montrent que les familles touchées ne défrichent que 40 % de la terre pour la cultiver contrairement aux familles en bonne santé. La connaissance du paludisme est souvent très faible parmi les populations touchées. Dans une enquête récente effectuée au Ghana, par exemple, la moitié des sondés ne savait pas que ce sont les moustiques qui transmettent le paludisme. L'échec des tentatives passées est dû en grande partie à une collaboration inadéquate des programmes antipaludiques avec les secteurs autres que celui de la santé et à l'insuffisance de l'attention consacrée aux aspects politiques, économiques et sociaux des expériences des gens concernant le paludisme.

Dans les régions du monde d'endémie palustre, une évolution du risque du paludisme peut être le résultat inattendu d'activités économiques ou de politiques agricoles qui modifient l'utilisation des terres (par exemple création de barrages, plans d'irrigation, exploitation commerciale des forêts et déboisement). Le réchauffement planétaire et d'autres événements climatiques tels que « El Niño » jouent également leur rôle dans l'augmentation du risque de maladies.

Des mesures fructueuses de lutte contre le paludisme comprennent les contributions des membres de la communauté et des personnes qui travaillent dans l'éducation, l'environnement, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et le développement communautaire. Pour réussir, les mesures de lutte doivent faire partie intégrante du développement sanitaire et de l'action communautaire au niveau national, et être soutenues par une collaboration intersectorielle à tous les niveaux et par des activités de suivi, de formation et d'évaluation.

Le partenariat Faire reculer le paludisme (RBM), lancé en 1998, est un partenariat mondial fondé par les gouvernements des pays impaludés, l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale. Il s'est engagé à réduire de moitié la charge mondiale du paludisme d'ici à 2010 et commence à engranger des résultats positifs. Il est fondé sur une stratégie intégrée qui traite de l'interface entre la santé, l'environnement et le développement durable en attaquant les causes sous-jacentes du paludisme et en renforçant les moyens de prendre en charge le diagnostic et le traitement du paludisme. Six éléments clés forment la base du succès:

- La prise en charge efficace du paludisme, et notamment des flambées de paludisme.
- Le diagnostic et le traitement rapides des malades.
- Les moyens multiples et rentables de prévenir l'infection.
- La recherche axée sur la mise au point, les essais et l'introduction de nouveaux produits.
- La mise en place d'un mouvement bien coordonné en augmentant la capacité du secteur de la santé et de l'effort au niveau communautaire.
- Le soutien d'un partenariat mondial dynamique par une coalition de partenaires œuvrant en vue d'une approche commune.

Etude de cas 3.

Lutte contre le paludisme au Viet Nam

L'engagement du Gouvernement vietnamien pour combattre le paludisme, notamment en fournissant des moustiquaires imprégnées d'insecticide gratuitement et en utilisant des antipaludiques de grande qualité et produits localement, a eu un impact notable sur les décès et les cas dus au paludisme. Sur une période de cinq ans allant de 1992 à 1997, les décès dus au paludisme ont été réduits de 97 % et le nombre des cas est tombé de près de 60 %. L'épidémie de paludisme a décliné de plus de 90 %, et 11 petites flambées seulement ont été enregistrées en 1997.

La campagne concertée contre le paludisme a nécessité des investissements majeurs dans les systèmes de formation et de notification de la maladie, l'utilisation d'équipes mobiles pour superviser les agents de santé dans les zones impaludées et la mobilisation d'agents de santé volontaires.

Etude de cas 4.

Prise en charge intégrée des vecteurs dans le district de Kheda, Etat de Gujarat (Inde)

La maladie est endémique en Inde, où 3 millions de cas sont actuellement signalés chaque année. Un projet a été mis en œuvre dans le district de Kheda avec les objectifs suivants:

- Mettre à l'épreuve sur le terrain un projet intégré de gestion des vecteurs.
- Soigner efficacement les malades.
- Réduire le nombre des vecteurs en éliminant les gîtes larvaires.

Il a été fait appel à la communauté pour mettre en œuvre diverses activités de lutte contre le paludisme comprenant le dépistage et le traitement actifs des cas ainsi que des mesures de lutte contre les vecteurs écologiques basées sur la communauté. Les systèmes de génération de recettes liés à la lutte contre les vecteurs ont renforcé la viabilité du programme. De vastes programmes d'éducation sanitaire qui comprenaient un enseignement au sujet des modes de reproduction des vecteurs du paludisme dans les maisons et les villages ont été mis en œuvre. Les éducateurs sanitaires ont fait du porte-à-porte pour enseigner aux femmes comment stocker et gérer l'eau de manière à lutter facilement contre le paludisme. Plus de 70 000 personnes ont été atteintes grâce à ces activités.

Un laboratoire et l'infrastructure voulue pour dépister le paludisme ont été mis en place. Le Conseil de la recherche médicale et le Département de la santé de l'Etat de Gujarat ont lancé un programme soutenu de surveillance active afin de diagnostiquer et de soigner les cas de paludisme : les agents de santé de la communauté ont été formés à effectuer des prélèvements sanguins sur site et à prescrire un traitement préliminaire aux malades.

Des équipes d'enquête nationale composées d'experts en entomologie, en personnel d'appui, en travailleurs journaliers et en travailleurs volontaires ont fait des enquêtes sur les gîtes larvaires. Ces gîtes ont été classés en deux grands groupes: dans les maisons (sites domestiques) et autour des maisons (sites péri-domestiques). Les zones domestiques comprennent les réservoirs sur le toit et en sous-sol, les réservoirs de jardin et les pots en terre.

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

Les zones péri-domestiques comprennent les mares des villages, les canaux, les rigoles d'irrigation, les fossés et les dépressions de terrain.

Après les avoir identifiés, on a tenté d'éliminer ces gîtes larvaires. Les habitants ont appris comment agir chaque fois qu'ils trouvaient des moustiques dans la maison. Il fallait par exemple couvrir par des moustiquaires les réservoirs ouverts, vider les contenants domestiques toutes les semaines, remplir les sources d'eau pérennes, les mares, de poissons mangeurs de larves et dans certains cas, ajouter des billes de polystyrène dans les réservoirs souterrains ou dans les petits puits afin d'empêcher les moustiques d'accéder à l'eau. Afin de maintenir l'intérêt des villageois dans le programme de lutte contre le paludisme, deux activités génératrices de recettes ont été lancées : l'élevage commercial de poissons et le reboisement rural.

L'important volume d'activités de ce programme n'a pu être atteint que grâce à la collaboration intersectorielle. Le Département des travaux publics, par exemple, a construit des drains pour empêcher l'eau de stagner et les écoles, les dirigeants de village et les scouts du pays ont contribué à entretenir la participation communautaire. Les centres de santé publique ont fourni du personnel technique et de surveillance. Les départements de foresterie rurale ont donné des avis sur la culture de jeunes arbres et la mise en œuvre de l'élément génération de recettes du projet. Diverses ONG ont participé au travail volontaire, à l'éducation sanitaire et à la fourniture de fonds. L'Agence de développement énergétique de l'Etat de Gujarat a fourni des cuisinières solaires et a amélioré les fourneaux pour stimuler la participation.

La réussite de ce programme est due au fait que les interventions, bien que très élaborées, n'ont eu besoin que d'une technologie rudimentaire, et la structure coopérative de Kheda a fourni une base excellente pour la participation communautaire. Par ailleurs, la stratégie de lutte biologique s'est avérée rentable, les moustiques ayant montré une résistance aux pesticides.

Nouvelles ressources et nouveaux partenariats pour lutter contre les maladies infectieuses

Il existe des moyens pratiques et réalisables d'améliorer la santé, de soulager la pauvreté et de poursuivre le développement durable, mais de nombreux obstacles continuent d'entraver les efforts de lutte contre les maladies infectieuses. Ceux-ci comprennent :

- L'absence de financement.
- L'absence d'attention à l'impact sanitaire des activités dans d'autres secteurs.
- La faiblesse des systèmes de santé.
- La faible priorité accordée à la santé.
- L'absence d'engagement politique.
- L'absence d'action intersectorielle.

Certaines maladies de l'enfance illustrent bien les avantages d'une approche intégrée. Chaque année, 12 millions d'enfants environ meurent avant d'avoir atteint leur cinquième anniversaire, nombre d'entre eux durant la première année de leur vie. Soixante-dix pour cent d'entre eux sont tués par l'une des cinq causes suivantes : diarrhée, pneumonie, rougeole, paludisme ou malnutrition, ou l'association de plusieurs de ces maladies. Du fait que leurs signes et symptômes

risquent de se confondre, la reconnaissance de la maladie chez l'enfant malade peut s'avérer difficile et un seul diagnostic est souvent inapproprié. Le traitement de l'enfant malade peut également être compliqué par la nécessité de combiner des traitements pour plusieurs maladies. Pour remédier à cela, l'OMS a mis au point en collaboration avec l'UNICEF l'initiative « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » (PCIME) (voir encadré 4).

Encadré 4.

Initiative Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Cette approche attache beaucoup d'attention à la prévention d'une maladie de l'enfant ainsi qu'au traitement, en mettant l'accent sur la vaccination, l'apport supplémentaire de vitamine A (si nécessaire) et l'amélioration de l'alimentation infantile (y compris l'allaitement au sein exclusif). La prise en charge intégrée présente plusieurs avantages importants:

- Un diagnostic plus exact dans un cadre ambulatoire.
- Des traitements mieux appropriés et, si possible, associés des grandes maladies.
- L'accélération de l'orientation des enfants gravement malades.
- Une plus grande efficacité dans la formation, la supervision et la prise en charge d'établissements de santé ambulatoires.
- La réduction du gaspillage de ressources : on évite l'administration par voie intraveineuse et les antibiotiques, et on adopte, pour soigner les enfants malades, les interventions les plus efficaces, en évitant la répétition d'activités qui risque de découler de divers programmes séparés de lutte contre la maladie.

Etude de cas 5.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au Brésil

Le Brésil est l'un des 19 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant adopté la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Dans le cadre d'un programme de santé familiale à base communautaire, des équipes de professionnels de la santé comprenant un médecin, un infirmier, un auxiliaire infirmier et cinq ou six agents de santé travaillent avec les communautés pour s'assurer que les familles savent quand et où demander de l'aide ou des avis sur les questions de santé telles que les soins prénatals, la vaccination, la nutrition de l'enfant ou le traitement de maladies telles que le paludisme et les maladies diarrhéiques. Depuis 1998, l'équipe de santé familiale est formée à l'approche PCIME dans certains Etats du nord-est. Les résultats sont remarquables. A Camarigabe, dans l'Etat pauvre du nord-est de Pernambuco, la mortalité infantile est tombée de 65 pour 1000 naissances vivantes en 1993 à 17 pour 1000 naissances vivantes en 1999. Ailleurs, le nombre de cas de maladies diarrhéiques a été réduit de moitié en un an – le nombre des mères qui allaitent leurs enfants au sein exclusivement étant passé près de 100 %.

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination est un nouvel exemple de coalition internationale de partenaires comprenant l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, les gouvernements nationaux, les fondations, le secteur privé, les institutions de recherche et les organismes de santé publique (voir encadré 5).

Encadré 5.

L'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination

Cette initiative est fondée sur le principe que la vaccination est un élément clé de la santé publique, un préalable au développement économique et social et un élément crucial qui permet à chaque enfant de réaliser pleinement son potentiel physique et intellectuel. Elle comporte cinq objectifs stratégiques:

- Améliorer l'accès à des services de vaccination durables.
- Elargir l'usage de tous les vaccins existants inoffensifs et rentables.
- Accélérer l'introduction de nouveaux vaccins.
- Renforcer les efforts de recherche sur les vaccins et les produits dont les pays en développement ont plus précisément besoin.
- Intégrer complètement la couverture vaccinale dans la conception et l'évaluation des efforts de développement internationaux, et notamment l'allégement de la dette.

Examen du nouveau programme pour la santé mondiale

• *Maladies non transmissibles*

De nombreux pays continuent de constater que leurs efforts de développement sont entravés par la charge des maladies infectieuses et qu'en outre ils sont confrontés à la hausse de l'incidence des maladies non transmissibles. Ces maladies n'ont pas été mises en évidence dans Action 21 mais il est clair qu'elles représentent une menace croissante pour le développement durable. En 1999, on estime qu'elles ont été à l'origine de près de 60 % des décès dans le monde et 43 % de la charge mondiale de la maladie. Si ces tendances se poursuivent, on pense que ces maladies représenteront 73 % des décès et 60 % de la charge de la maladie en 2020.

La hausse rapide des maladies non transmissibles menace le développement économique et social ainsi que la vie et la santé de millions de personnes. Elle représente un défi sanitaire majeur pour le développement mondial au cours du siècle à venir. Ce sont les pays à revenu faible et moyen qui souffrent le plus, et l'augmentation rapide de ces maladies touche de façon disproportionnée les populations pauvres et désavantagées ; ces maladies contribuent à élargir le fossé qui existe en matière de santé entre les pays et au sein même de ces derniers. Quatre des maladies non transmissibles les plus importantes – maladies cardio-vasculaires, cancer, broncho-pneumopathie chronique obstructive et diabète – sont reliées par des facteurs de risque évitables courants liés au mode de vie : tabagisme, régime alimentaire malsain et inactivité physique.

- **Tabac**

L'augmentation alarmante de la consommation de tabac menace le développement durable partout. En 1999, il y avait plus de 1,25 milliard de fumeurs dans le monde (soit un tiers de la population mondiale de 15 ans et plus), et la consommation de tabac a entraîné 4 millions de décès. Les tendances récentes de cette consommation indiquent des taux de prévalence en hausse, notamment parmi les enfants, les jeunes et les femmes. La mondialisation de cette consommation restreint la capacité des pays de contrôler unilatéralement le tabac dans les limites de leurs frontières. Les questions liées à la lutte transnationale anti tabac (et notamment le commerce, la contrebande, la publicité et le parrainage, les prix et les taxes, la lutte contre les substances toxiques, le conditionnement du tabac et l'étiquetage) exigent une coopération multisectorielle et des mesures efficaces au niveau mondial.

L'approche mondiale de la lutte antitabac adoptée par l'OMS et ses partenaires offre un excellent exemple de stratégie intégrée et intersectorielle. Le groupe spécial inter institutions des Nations Unies sur la lutte antitabac, créé par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies en 1998, a intensifié la riposte conjointe des Nations Unies et galvanisé le soutien mondial à la lutte antitabac. La mise au point d'un instrument juridique international, la Convention-cadre pour la lutte antitabac, représente la première fois où les Etats Membres de l'OMS auront appliqué leur droit constitutionnel d'élaborer des instruments juridiques internationaux contraignants en vue de protéger et de favoriser la santé publique dans le monde. Les négociations officielles de la convention ont débuté en octobre 2000 et son adoption est prévue en 2003.

Encadré 6.

La Convention-cadre pour la lutte antitabac : l'instrument du changement

La Convention-cadre sert de catalyseur à la coopération multisectorielle et soutient également la mise au point au niveau national de politiques de lutte antitabac globales. Au sein des gouvernements nationaux, la création de la Convention-cadre pour la lutte antitabac a permis au débat sur la lutte antitabac de s'élargir à des ministères autres que celui de la santé, et notamment aux ministères des affaires étrangères, du commerce et de l'agriculture. Des pays aussi divers que le Brésil, la Thaïlande et les Etats-Unis d'Amérique ont mis en place des comités multisectoriels officiels afin de préparer les négociations liées à la Convention-cadre.

Aux Philippines, où il n'existe aucune législation nationale relative à la lutte antitabac, l'élaboration de la Convention-cadre a encouragé la création d'un nouveau secrétariat pour la lutte antitabac au sein du Département de la Santé, ainsi que la conception d'un projet commun entre le Sénat, le Département de la Santé et l'OMS afin de publier un document d'orientation sur la lutte antitabac.

- **Alimentation et nutrition**

La faim et la malnutrition continuent de dominer la santé des nations les plus pauvres du monde. Près de 30 % de la population mondiale souffrent d'une ou de multiples formes de malnutrition. Près de 50 % des 10 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans par an dans le monde en développement sont associés à une insuffisance pondérale due à la malnutrition. De même, les changements rapides des régimes alimentaires et des modes de vie (par exemple, l'adoption croissante de régimes à teneur élevée en graisses et en sucre et faible en fruits et légumes, ainsi qu'un mode de vie plus sédentaire) découlant de l'industrialisation, de l'urbanisation, du développement économique et de la commercialisation mondiale, ont un impact considérable sur l'état nutritionnel des populations, notamment dans les pays industrialisés et en cours

d'industrialisation rapide. Une épidémie mondiale massive d'obésité apparaît chez les enfants, les adolescents et les adultes. Plus de la moitié de la population adulte est touchée dans certains pays, et les conséquences comprennent l'augmentation des décès dus aux maladies cardiaques, à l'hypertension, aux accidents vasculaires cérébraux et au diabète.

L'alimentation est une grande source d'exposition aux agents pathogènes, chimiques et biologiques (virus, parasites et bactéries) qui risquent de poser un problème de santé publique considérable pour les consommateurs et également de faire peser un lourd fardeau économique sur les communautés et les nations. On a grandement entendu parler ces dernières années d'un certain nombre de flambées extrêmement graves de maladies d'origine alimentaire. Le public s'est également inquiété des épisodes de contamination chimique des denrées alimentaires, de la flambée d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) et de l'émergence du variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ), qui tous soulèvent la question de la viabilité des méthodes actuelles de production alimentaire. L'OMS, en collaboration avec la FAO (et notamment avec la Commission du Codex Alimentarius de la FAO/OMS), s'efforce d'élaborer des systèmes de sécurité alimentaire viables et intégrés pour réduire les risques sanitaires dans l'ensemble de la chaîne alimentaire (voir encadré 7).

Encadré 7.

Système mondial de surveillance continue de l'environnement – Programme de surveillance et d'évaluation de la contamination alimentaires

Ce programme a informé les gouvernements, la Commission du Codex Alimentarius et d'autres institutions pertinentes ainsi que le grand public au sujet des niveaux et des tendances des contaminants dans les aliments, de leur contribution à l'exposition humaine totale et de leur importance en ce qui concerne la santé publique et le commerce.

Ce programme est mis en œuvre par l'OMS, en coopération avec un réseau de centres collaborateurs de l'Organisation pour la surveillance de la contamination alimentaire et des institutions participantes situées dans plus de 70 pays autour du monde. Il a joué un rôle important dans les efforts déployés aux niveaux national et international pour fournir des assurances concernant la sécurité de l'approvisionnement alimentaire et constitue la base, le cas échéant, de l'adoption de mesures correctives, de l'élaboration de normes, de l'éducation de l'industrie et du public et de la gestion des ressources.

• **Produits chimiques**

On s'inquiète de plus en plus au sujet de la sécurité des produits chimiques. Plusieurs partenariats utiles ont été mis en place et notamment le Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique (IFCS), constitué en 1994 en tant qu'accord non institutionnel dans lequel les gouvernements nationaux, les organisations intergouvernementales et les ONG peuvent se rencontrer pour examiner les questions liées à l'évaluation et à la gestion des risques chimiques. Un exemple de la manière dont ce mécanisme s'est concrétisé réside dans les efforts qu'il a déployés pour élaborer des recommandations sur les polluants organiques persistants pour le Conseil d'administration du PNUE, lesquelles ont ultérieurement débouché sur la négociation et l'adoption de la Convention de Stockholm. Un autre exemple de partenariat est le programme inter organisations sur la gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques qui a été créé en 1995 en tant que mécanisme chargé de coordonner les activités des organisations intergouvernementales en matière de sécurité chimique – PNUE, OMS, OIT, FAO, ONUDI, UNITAR et OCDE. Ce partenariat a remporté de nombreux succès, dont un système de classification et d'étiquetage des produits chimiques

harmonisé au niveau mondial, l'accroissement du nombre d'évaluations des risques et les activités sur les dangers des accidents chimiques.

Encadré 8

Produits chimiques

La révolution du siècle dernier touchant les produits chimiques a transformé nos vies et grandement contribué à notre bien-être. Aujourd'hui il existe entre 70 000 et 100 000 produits chimiques sur le marché et 1500 nouveaux produits sont introduits chaque année. Il s'avère que nombre d'entre eux font peser une menace sur la santé de l'homme et sur l'environnement. Certains, parmi les produits chimiques les plus toxiques, sont des polluants organiques persistants – deux exemples en sont les dioxines et les furannes, qui n'existent qu'en tant que produits secondaires dépourvus d'usage commercial. Certains produits chimiques inorganiques persistants, dont les composés de plomb et de mercure, font également l'objet de l'attention mondiale. Une exposition à des niveaux élevés de mercure métallique, inorganique ou organique, peut endommager le cerveau, les reins et les fœtus en cours de développement de façon permanente. Le plomb est un autre produit toxique et persistant qui est grandement volatil – une fois dans l'atmosphère il peut se disperser sur des milliers de kilomètres. Le plomb et ses composés sont particulièrement dangereux pour l'enfant et l'enfant à naître. Le plomb présent dans l'essence constitue une source majeure d'exposition. Même si les pays développés ont, en grande partie, supprimé progressivement l'utilisation du plomb dans l'essence, les pays en développement ne l'ont pas encore fait. Comme pour le mercure, ce sont les populations les plus défavorisées économiquement et socialement qui ont tendance à être davantage exposées aux risques liés au plomb.

Il existe une situation analogue en ce qui concerne certains pesticides. Des millions de personnes s'empoisonnent chaque année en utilisant des pesticides trop dangereux pour être manipulés en toute sécurité. Les décès, les incapacités et les défauts congénitaux affectent non seulement les travailleurs agricoles directement mais aussi leur famille et les consommateurs de denrées. Il en résulte un impact économique considérable à cause des années de travail perdues et également des conséquences sociales.

• *Pollution de l'air*

La pollution de l'air, à l'intérieur et à l'extérieur des habitations est un problème écologique, sanitaire et économique majeur, qui touche autant les pays développés que les pays en développement. On estime à trois millions le nombre des décès supplémentaires qui surviennent chaque année à cause de la pollution de l'air et, dans le monde entier, à au moins 1,4 milliard les citoyens qui respirent un air dont le taux de pollution dépasse les lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air. Ces lignes directrices constituent la base qui permet aux pays de fixer leurs normes nationales ou régionales en matière de qualité de l'air en fonction des conditions écologiques, sociales, économiques et culturelles existantes. Le système OMS d'information sur la gestion de l'air, qui évalue les tendances de la pollution de l'air ambiant, a été prévu en tant que composante du partenariat mondial OMS pour la qualité de l'air. Ce partenariat réunit divers organismes des Nations Unies, institutions et programmes internationaux et gouvernementaux, des institutions de recherche/universitaires ainsi que des ONG pour faire circuler des informations parmi les membres et accroître également les capacités de gestion de la pollution de l'air.

L'objectif du système d'information sur la gestion de l'air consiste à transférer l'information sur la gestion de la qualité de l'air (instruments de gestion de la qualité de l'air utilisés dans les villes, concentrations des polluants à l'intérieur des habitations et de l'air ambiant, niveaux de bruit, effets sur la santé, mesures de lutte, normes de la qualité de l'air, normes relatives aux émissions, inventaires des émissions, instruments de modélisation de la dispersion) entre les pays et les

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

villes. Dans ce contexte, il s'agit d'un système d'échange d'informations sur la qualité de l'air au niveau mondial. Les domaines d'activité de ce programme comprennent:

- La coordination des bases d'information sur les questions liées à la qualité de l'air dans les grandes villes et les mégapoles.
- L'échange d'informations entre les pays.
- La fourniture et la distribution à grande échelle de documents techniques sur la gestion de la qualité de l'air.
- La publication et la distribution à grande échelle des examens des tendances annuelles sur les concentrations des polluants de l'air.
- La mise en place de cours de formation sur la surveillance et la gestion de la qualité de l'air.
- L'administration de centres collaborateurs régionaux en vue de soutenir les activités liées au transfert des données, d'organiser les cours de formation et de mettre en place des projets de jumelage.

On a de plus en plus besoin de programmes globaux de lutte contre la pollution de l'air qui adoptent une approche multidisciplinaire et qui sont fondés sur les efforts collectifs de différentes entités, tant privées que gouvernementales. Divers instruments techniques, juridiques et économiques sont utilisés pour lutter contre la pollution, en association avec des accords administratifs et juridictionnels qui visent à mieux coordonner et intégrer la lutte contre la pollution de l'air. Cette approche obtient certains succès ; néanmoins, les différentes responsabilités sectorielles des aspects de la lutte à différents niveaux du gouvernement doivent être éclaircies et les communautés ainsi que le secteur privé doivent participer davantage à l'élaboration et à l'application de stratégies de lutte.

Il y a désormais des signes concordants selon lesquels l'exposition à la fumée de la biomasse à l'intérieur des maisons accroît également le risque, tant pour l'enfant que pour l'adulte, de contracter toute une gamme de maladies courantes et graves. D'éventuelles solutions aux problèmes liés à l'utilisation du fuel domestique dans les pays pauvres dépendent grandement du contexte local et des besoins particuliers d'un système d'énergie domestique donné. Les mesures prises pour remédier au problème comprennent des fourneaux à améliorer, des combustibles plus propres, des modifications du logement et des mesures destinées à modifier les comportements. Les avantages de ces actions vont bien au-delà des bénéfices de santé directs associés à la réduction de la pollution de l'air à l'intérieur des maisons et comprennent des avantages économiques et sanitaires qui découlent des économies de temps réalisées sur la collecte du bois de chauffage, l'augmentation des possibilités éducatives et des activités de génération des ressources, ainsi que des bénéfices écologiques résultant d'une diminution du déboisement, et de l'érosion des sols, et de la réduction de la perte de fertilité des sols correspondante.

Encadré 9

Energie domestique et santé: mesures politiques et interventions

Près de trois milliards de personnes continuent d'utiliser des combustibles traditionnels tirés de la biomasse (bois, charbon de bois, déjections animales, déchets agricoles) et de brûler du charbon pour couvrir leurs besoins en énergie domestique, mais il existe toute une gamme d'interventions susceptibles de réduire l'impact de l'énergie domestique sur la santé de l'homme.

Il s'agit notamment de modifier les sources (fourneaux améliorés, combustibles plus propres), l'environnement de la maison (meilleure ventilation) et le comportement de l'utilisateur (éloigner les enfants de la fumée au moment de la préparation des repas). Il est possible d'y parvenir en adoptant des politiques nationales (fourniture et distribution de fourneaux améliorés, combustibles plus propres) et locales (développement communautaire).

Par exemple, plusieurs centaines de programmes de fourneaux améliorés sont en place dans plus de 50 pays et vont de campagnes de sensibilisation entièrement locales et non gouvernementales telles que le programme des fourneaux à foyer en céramique au Kenya aux initiatives nationales qui atteignent des millions de foyers – comme cela a été le cas en Chine rurale.

Les études portant sur le coût initial /avantage, qui ont été menées sur les interventions visant à réduire la pollution de l'air à l'intérieur des habitations indique que, pour la mortalité, les avantages peuvent l'emporter sur les coûts dix fois ou plus. En terme de coût par année de vie ajustée sur l'incapacité économisée (DALY), les données recueillies sur l'Inde montrent que l'utilisation de fourneaux améliorés brûlant de la biomasse économise entre US \$50 et 100 par DALY tandis que celle des fourneaux à kérosène et de gaz de pétrole liquéfié (GPL) dans les zones rurales permet d'économiser entre US \$150 et 200 par DALY.

Des interventions bien ciblées et utiles au niveau local, comprenant un soutien financier pour le développement technique et la production ainsi que pour l'infrastructure, la commercialisation et le transport (au moyen de la génération de recettes ou/et du microcrédit), associées à la prise de décisions conjointes par les acteurs internationaux et les gouvernements nationaux, peuvent avoir un impact majeur. Une mise en oeuvre réussie, toutefois, exigera la participation des gens de la région, la collaboration entre les secteurs chargés de la santé, de l'énergie, du logement, de la planification etc et l'accent mis sur la viabilité du marché.

• **Eau et assainissement**

Il existe de par le monde 1,1 milliard de personnes qui n'ont pas accès à un système d'adduction d'eau amélioré et 2,4 milliards à un système d'assainissement amélioré. Cette situation fait peser un lourd fardeau sanitaire sur les pays en développement. Le Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement, créé en 1996, illustre bien l'alliance des professionnels qui travaillent dans le domaine de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement en eau et de la gestion des déchets. Leur but consiste à renforcer la collaboration entre les pays en développement et les organismes de soutien extérieur afin d'accélérer la fourniture de systèmes d'adduction d'eau viables et de services d'assainissement et de gestion des déchets, notamment aux pauvres.

Le Groupe mixte OMS/FAO/PNUE/CNUEH d'experts sur l'aménagement de l'environnement pour la lutte antivectorielle est un partenariat qui a été mis en place pour aborder les problèmes des maladies à transmission vectorielle résultant de projets de développement des ressources en eau, de la gestion urbaine et de l'utilisation des eaux usées. L'ajustement des politiques de développement, l'évaluation de l'impact sanitaire, la recherche sur le terrain pour classer certains facteurs de risque sanitaire liés au développement des ressources en eau et pour tester l'efficacité des interventions de gestion de l'environnement, sont des aspects importants des travaux du Groupe mixte, de même que le renforcement des capacités pour consolider l'apport du secteur de la santé au dialogue national sur le développement.

On a investi massivement dans l'approvisionnement en eau depuis 1980 mais les avantages sanitaires ont été limités par la médiocrité des progrès réalisés dans d'autres domaines, notamment dans la gestion des excréta humains. L'absence de gestion correcte des excréta n'est pas seulement une cause majeure de maladie, c'est également une menace écologique majeure

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

pour les ressources en eau au niveau mondial. Le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement est confronté à quatre grands défis dans les années à venir:

- Tenir compte d'une croissance démographique nette de plus d'un milliard de personnes au fil des 15 prochaines années.
- Comblent le fossé qui existe concernant la couverture et les services, en mettant l'accent sur l'assainissement (qui est fortement à la traîne derrière l'approvisionnement en eau).
- Assurer la viabilité des services nouveaux et existants.
- Améliorer la qualité des services.

L'absence de participation des communautés aux choix des technologies constitue une difficulté majeure. Diverses approches et techniques ont été mises au point pour encourager la participation locale à l'identification des problèmes et aux moyens de les résoudre. Ces méthodes participatives doivent être appliquées de manière plus intensive pour accélérer la mise en œuvre de l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Encadré 10

Participation à la transformation de l'hygiène et de l'assainissement (initiative PHAST)

Cette approche encourage la participation locale à la définition des problèmes et des solutions liés à l'eau, à l'assainissement et à la lutte contre la maladie. La communauté elle-même analyse ses propres croyances et pratiques puis décide ce qui doit être changé. En plus des experts, tels que le personnel de santé local, des ingénieurs spécialistes de l'eau et de l'assainissement et des spécialistes en sciences sociales participent également à l'initiative et partagent les informations avec la communauté.

La méthode PHAST a été conçue lorsqu'il est apparu que les techniques d'éducation sanitaire traditionnelle n'avaient guère d'efficacité dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Cette méthode est basée sur les principes d'apprentissage des adultes et de développement communautaire suivants:

- Les communautés peuvent et doivent déterminer leurs propres priorités pour prévenir la maladie.
- Les communautés possèdent une expérience et une connaissance considérables des questions de santé qui comprennent souvent des éléments de sagesse traditionnelle et moderne.
- Lorsque les gens comprennent pourquoi l'amélioration de l'assainissement leur est bénéfique, ils prennent les mesures voulues.
- Tout un chacun, quel que soit son niveau d'éducation, est capable de comprendre que les matières fécales transmettent des maladies et peuvent être néfastes et d'apprendre à repérer et à décrire la voie fécale orale de la transmission de la maladie dans son propre milieu.
- Les communautés savent identifier les obstacles appropriés à adresser pour mettre fin à la transmission de la maladie.

- **Menaces écologiques mondiales**

De nombreux mécanismes provoquent des changements écologiques au niveau mondial. Les forces qui s'exercent aux niveaux local et régional, et notamment les dispositions commerciales, régionales et mondiales et la demande du marché entraînent la mondialisation progressive des modifications écologiques. Les principaux exemples de ces changements comprennent : les changements climatiques, l'amincissement de la couche d'ozone stratosphérique, la pollution transfrontières de l'air et de l'eau, les pluies acides, la perte de la biodiversité, la désertification et le déboisement.

Les changements climatiques mondiaux sont provoqués par l'accumulation de gaz à effet de serre dans la basse atmosphère. La concentration mondiale de ces gaz augmente essentiellement à cause d'activités humaines telles que la combustion de combustibles fossiles et le déboisement. On estime que la température moyenne de la surface au niveau mondial s'élèvera de 1,5 à 3,5 °C d'ici à 2100. Ce taux de réchauffement risque d'entraîner des modifications importantes des précipitations (des augmentations comme des diminutions), des modifications de la fréquence et de l'intensité des événements climatiques tels que tempêtes et inondations et l'élévation du niveau de la mer. Ces modifications auront divers impacts éventuels sur la santé – certains résultant directement de l'augmentation des vagues de chaleur et des inondations, des sécheresses et des tempêtes. La transmission de nombreuses maladies infectieuses est particulièrement sensible aux conditions climatiques, notamment celles qui sont transmises par les moustiques, comme le paludisme. D'autres effets sanitaires apparaîtront de façon secondaire suite à l'impact des changements climatiques sur les systèmes écologiques et sociaux et incluront des modifications de la production alimentaire locale et des diverses conséquences sanitaires des déplacements de populations et des perturbations économiques.

Il y a deux ripostes aux changements climatiques mondiaux. La première est axée sur l'atténuation des impacts et notamment des interventions ou des politiques visant à réduire les émissions ou à renforcer les puits de gaz à effet de serre. Le mécanisme juridique international sur lequel s'appuient actuellement les pays pour réduire leurs émissions est la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. La deuxième se concentre sur l'adaptation et notamment sur la réponse aux changements climatiques (p. ex. acclimatation chez l'homme ou changement dans la répartition des espèces) et des politiques visant à minimiser les impacts prévus des changements climatiques (p. ex. construction de meilleures défenses côtières).

Un appauvrissement important de la couche d'ozone stratosphérique est apparu aux latitudes moyennes et élevées, catalysé par des traces d'hydrogène, d'azote et de radicaux libres halogénés. On trouve ces composés chimiques dans la nature mais leur concentration a augmenté considérablement ces dernières années à cause de l'activité industrielle. Il y a une grande incertitude au sujet de l'évolution future de l'ozone atmosphérique. Des trous au-dessus de l'Antarctique et d'importantes diminutions de l'ozone qui n'étaient pas prévus dans les modèles d'appauvrissement de l'ozone sont apparus récemment. Des niveaux d'ozone faibles persisteront pendant de nombreuses années et des augmentations correspondantes de l'intensité du rayonnement ultraviolet (UV) auront des effets sanitaires considérables sur certaines sections de la population. Les UV pourraient augmenter l'incidence de divers cancers cutanés, accroître le nombre de cataractes et d'autres maladies des yeux et éventuellement amoindrir la résistance aux maladies infectieuses.

Les mouvements transfrontières de déchets dangereux et la circulation à grande distance de la pollution de l'air sont deux problèmes écologiques qui préoccupent grandement la communauté internationale. Ces deux questions ont fait l'objet de négociations internationales qui ont débouché sur l'adoption de conventions internationales, et notamment la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination. La principale préoccupation liée à la propagation à grande distance de la pollution de l'air est le dépôt de

substances nocives et la réduction de la qualité de l'air dans des endroits très éloignés de la source originale de pollution. Le dépôt d'acides qui entraîne l'acidification des plans d'eau et des sols, menace essentiellement écologique, risque également d'affecter la santé de l'homme à cause de la mobilisation de métaux lourds.

Si les modifications écologiques mondiales se poursuivent à la vitesse actuelle, les générations futures risquent de ne pas pouvoir mener une vie saine et productive. Les scientifiques doivent non seulement suivre et caractériser l'impact des activités actuelles de l'homme sur les écosystèmes mais également anticiper et quantifier les conséquences de ses futures activités sur la santé des écosystèmes. Compte tenu des grandes inégalités en matière de santé que l'on trouve dans de nombreuses régions du monde aujourd'hui, la façon la plus acceptable de traiter les problèmes prévus risque bien d'être celle qui traite également des problèmes actuels, à savoir le renforcement des systèmes de santé et la surveillance de la maladie, l'amélioration de la surveillance de l'hygiène du milieu et l'intégration de mesures de santé publique dans la planification du développement et de l'économie. Les solutions aux problèmes écologiques mondiaux exigent une coopération internationale accrue, notamment par l'application de lois et conventions internationales. Des organismes internationaux tels que l'OMS jouent un rôle important dans le dégagement d'un consensus sur la manière dont on peut résoudre au mieux les problèmes d'hygiène du milieu au niveau mondial.

Renforcement de la performance des systèmes de santé

Les systèmes de santé doivent pouvoir répondre aux besoins sanitaires et sociaux des gens tout au long de leur vie. Basés sur les soins de santé primaires, des systèmes de santé viables doivent garantir l'équité d'accès aux fonctions sanitaires essentielles. Ces fonctions consistent à :

- Mettre des soins de qualité à la disposition d'un individu tout au long de sa vie.
- Prévenir et combattre la maladie, et protéger la santé.
- Promouvoir la législation et les réglementations à l'appui des systèmes de santé.
- Concevoir des systèmes d'information sanitaire et assurer une surveillance active.
- Favoriser l'utilisation de la science et de la technologie liées à la santé et des innovations dans ce domaine.
- Former les ressources humaines dans le domaine de la santé et les conserver.
- S'assurer un financement adéquat et durable.

En 2000, l'OMS a procédé à la première analyse mondiale des systèmes de santé, c'est-à-dire de toutes les organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions sanitaires (toute tentative, que ce soit dans les soins de santé personnels, les services de santé publique ou des initiatives intersectorielles, dont le but premier est d'améliorer la santé). On a utilisé cinq indicateurs de performance pour mesurer la performance des systèmes de santé de 191 Etats Membres qui essaient d'atteindre trois objectifs globaux : une bonne santé, la réactivité face aux attentes de la population et l'équité de la contribution financière.

On s'est aperçu que les progrès réalisés pour atteindre ces objectifs dépendent étroitement de la manière dont les systèmes accomplissent quatre fonctions vitales : fourniture de services,

génération de ressources, financement et encadrement. On s'est attaché tout particulièrement à l'encadrement qui influence profondément les trois autres aspects. La responsabilité ultime concernant la performance générale du système de santé d'un pays donné incombe au gouvernement, lequel doit à son tour faire participer tous les secteurs de la société à sa fonction d'encadrement. Il s'agit là d'un enjeu majeur pour les ministères de la santé.

Dépasser le secteur de la santé

On reconnaît de plus en plus que nombre des principaux déterminants de la santé et de la maladie – ainsi que les solutions – ne dépendent pas du contrôle direct du secteur de la santé, mais des secteurs de l'environnement, de l'eau et de l'assainissement, de l'agriculture, de l'éducation, de l'emploi, du commerce, du tourisme, de l'énergie et du logement. La prise en main des déterminants sous-jacents de la santé est la clé de l'amélioration soutenue en matière de santé à long terme et d'un développement écologiquement viable.

Ainsi que le montrent les exemples figurant tout au long du présent document, de nombreux progrès ont été réalisés pour nouer des liens plus étroits entre les secteurs de la santé et d'autres secteurs, notamment au moyen:

- D'une planification intersectorielle de la santé et du développement aux niveaux local et national.
- D'une utilisation accrue d'instruments de planification tels que les procédures d'évaluation de l'impact sanitaire.
- De l'intégration des systèmes de suivi et de surveillance.
- De l'amélioration des systèmes et indicateurs d'informations sanitaires.

Les politiques de tous les secteurs qui affectent la santé directement ou indirectement doivent être analysées et alignées pour maximaliser les possibilités de promouvoir et de préserver la santé. A cet effet, les professionnels de la santé devront être plus sensibles aux motivations primaires des professionnels des autres secteurs et être prêts à négocier des politiques mutuellement bénéfiques.

Une action commune et plus vigoureuse des systèmes de santé et du secteur de l'éducation contribuerait considérablement et rapidement à améliorer généralement l'état de santé des populations et à réduire à long terme les inégalités sanitaires et économiques entre les groupes. Des politiques économiques et financières influent grandement sur les potentialités des avantages sanitaires et la répartition de ceux-ci dans la société. Les politiques financières qui contribuent à la santé – par exemple celles qui découragent l'utilisation de produits néfastes et stimulent la consommation d'éléments nutritifs et l'adoption de modes de vie sains – doivent être encouragées. Ces politiques, lorsqu'elles sont associées à la législation appropriée et aux programmes d'éducation sanitaire, peuvent retarder et même inverser les tendances négatives, et notamment accroître les maladies non transmissibles et les traumatismes.

Les politiques agricoles peuvent intégrer certaines mesures de prévention de maladies dans les plans d'irrigation, promouvoir activement la lutte intégrée contre les ravageurs des cultures afin de minimiser l'utilisation de produits chimiques toxiques, fixer des modes d'utilisation des terres qui facilitent – plutôt qu'ils ne découragent – les établissements humains dans les zones rurales, encourager la substitution de cultures néfastes à la santé et assurer la production de denrées alimentaires inoffensives et en quantités suffisantes. Une politique énergétique qui favorise la

santé devrait appuyer l'utilisation de sources d'énergie plus propres. Elle devrait veiller à produire moins de déchets dangereux et toxiques, à mettre à disposition des moyens de transport plus propres et à meilleur rendement énergétique et concevoir les bâtiments de manière à économiser l'énergie. L'impact cumulatif de ces politiques peut être considérable. L'application de ces dernières permet de s'assurer que l'on ne sacrifie pas la santé à des avantages sectoriels ou économiques à court terme.

Nécessité de concevoir de nouveaux instruments de planification

Les politiques et programmes relatifs à la santé, à l'environnement et au développement durable dépendent d'un accès commode à l'information au sujet de divers dangers, depuis les dangers biologiques dus à l'alimentation et à l'eau jusqu'aux dangers chimiques tels que les pesticides, en passant par divers facteurs physiques et sociaux. Cela est nécessaire si les autorités sanitaires veulent assumer efficacement leurs responsabilités, à savoir protéger la santé publique. Cela sert également à déterminer la mesure dans laquelle les risques sanitaires sont attribuables aux conditions écologiques et/ou aux activités des secteurs autres que celui de la santé.

Les systèmes de surveillance de l'environnement doivent être conçus pour s'assurer que l'information recueillie au sujet de l'exposition intéresse bien la santé et ne sert pas seulement à surveiller l'efficacité des mesures de protection de l'environnement. Actuellement, il n'y a que quelques systèmes de surveillance qui évaluent diverses voies d'exposition (telles que l'air et l'eau) de contaminants potentiels. En outre, les mécanismes intégrés de lutte contre la pollution font habituellement défaut.

En général, la connaissance des risques écologiques et sanitaires est segmentée et incomplète. Les mécanismes de coordination au niveau local, régional et national en ce qui concerne l'évaluation des effets sur la santé et la mise au point de systèmes d'établissement de rapports adéquats font couramment défaut, de même que les mécanismes qui permettraient de transmettre les informations, une fois obtenues aux divers secteurs en vue de l'adoption de mesures. On a besoin d'urgence de bases de données intégrées sur les risques liés au développement, l'exposition dans l'environnement et la santé. Des systèmes d'information sur la santé et l'environnement bien conçus, fondés sur des séries de données pertinentes, sont indispensables si l'on veut fournir une information de suivi scientifique à l'appui de l'adoption de politiques, de la prise de décisions, de la planification et de l'évaluation.

Conclusions et enseignements tirés

On a tiré certains enseignements au cours de la décennie passée, lesquels sont la clé d'un développement durable et sain.

Le premier enseignement est que, pour que le développement soit durable, il doit profiter à la santé et au bien-être des générations présentes et futures. Les politiques de développement et les stratégies économiques doivent s'aligner sur les objectifs sanitaires, car le développement durable est impossible à réaliser lorsqu'on sacrifie la santé à des avantages sectoriels ou économiques à court terme.

Il est également clair qu'un engagement politique à tous les niveaux du gouvernement est un préalable au succès. Lorsque cet engagement existe, les questions liées à la santé, à l'environnement et au développement durable peuvent occuper un rang plus élevé dans le

Santé et développement durable: aborder les problèmes et relever les défis

programme de développement international. Il s'est avéré que les stratégies et mesures politiques fructueuses partageaient un certain nombre d'éléments, à savoir qu'elles sont axées:

- Sur les maladies, conditions sanitaires et facteurs de risque, présents et futurs qui menacent le développement durable.
- Sur des déterminants plus généraux de la santé et de la maladie.
- Sur la bonne gouvernance et des systèmes de santé viables.
- Sur l'instauration de partenariats avec des secteurs autres que celui de la santé.
- Les facteurs qui sont indispensables à un développement durable et sain sont les suivants :

Etablissement de liens verticaux. Les questions d'environnement et de développement doivent être abordées à tous les niveaux simultanément pour que la prise de décision politique au niveau national soit éclairée par ce qui se passe sur le terrain et que les initiatives locales se déroulent dans un cadre politique et législatif favorable.

Etablissement de liens horizontaux. Nombre des exemples du présent rapport montrent que l'on ne peut aborder isolément avec succès ni les questions d'environnement et de développement, ni les conditions de maladie. Les liens entre les secteurs, entre les initiatives et entre le gouvernement et la société civile sont la clé d'approches générales, intégrées et intersectorielles qui se préoccupent des déterminants sous-jacents de la santé et du développement durable.

Renforcement des capacités aux niveaux national et local, à partir des connaissances et compétences existant au niveau local. On accepte plus facilement désormais les liens qui existent entre les événements de santé et les déterminants de la santé, et notamment ceux qui découlent d'activités entreprises dans les secteurs autres que celui de la santé, mais on rencontre toujours des problèmes lorsqu'il s'agit de s'appuyer sur ces connaissances. Il faut prêter davantage attention au développement des capacités gestionnaires, administratives, institutionnelles, juridiques, financières et relatives aux ressources humaines pour étudier les liens entre la santé, l'environnement et le développement et travailler de façon intégrée entre les divers secteurs et au sein même de ces secteurs.

Utilisation d'instruments permettant de faire le point sur les progrès. Il existe toute une gamme d'instruments utilisés en épidémiologie et en sciences sociales pour aider les pays et les communautés à évaluer les situations relatives à l'environnement et à la santé, surveiller les progrès de la mise en œuvre et évaluer le processus et les résultats. Les bases de données intégrées dotées d'indicateurs compréhensibles et utilisables par une vaste gamme de secteurs et par les communautés sont indispensables pour effectuer les changements, suivre les progrès réalisés et constituer une base de données factuelles pour l'élaboration de politiques de santé, d'environnement et de développement efficaces. Dès le début, il faut faire appel à de multiples parties prenantes pour mettre au point et utiliser différents instruments et indicateurs.