Organisation mondiale de la Santé

Rapport sur la Santé dans le Monde 2002

Réduire les risques et promouvoir une vie saine

© Organisation mondiale de la Santé 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, resumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales. Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans ce document et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Des renseignements sur ce document peuvent être obtenus auprès du :
Rapport sur la Santé dans le Monde
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse
Fax : (41 22) 791 4870
Adresse Internet : whr@who.int
Adresse pour les commandes : bookorders@who.int

Le présent rapport a été établi sous la direction générale de Christopher Murray et Alan Lopez. Les deux principaux auteurs en sont Anthony Rodgers (chapitres 2 et 4) et Patrick Vaughan (chapitres 3 et 6). Le synopsis et le chapitre 1 ont été rédigés par Thomson Prentice. Tous les auteurs précités ont participé à l'élaboration du chapitre 7. Le chapitre 5 est l'oeuvre de Tessa Tan-Torres Edejer, David Evans et Julia Lowe.

Le comité de rédaction a été largement aidé par Michael Eriksen, Majid Ezzati, Susan Holck, Carlene Lawes, Varsha Parag, Patricia Priest et Stephen Vander Hoorn.

Un groupe consultatif interne et un groupe régional de référence, dont les membres sont mentionnés dans les remerciements, ont apporté une précieuse contribution à cette entreprise. Les Directeurs régionaux, les Directeurs exécutifs du Siège et les conseillers spéciaux du Directeur général ont fourni une aide et des conseils additionnels qui ont été vivement appréciés.

Les évaluations des risques figurant dans le rapport ont été coordonnées par Majid Ezzati, Alan Lopez et Anthony Rodgers, tandis que Stephen Vander Hoorn se chargeait des analyses statistiques. Ces évaluations sont le fruit des travaux accomplis pendant plusieurs années par des scientifiques du monde entier. Tous sont énumérés dans les remerciements, de même que les spécialistes de l'OMS qui ont contribué à la section sur l'évaluation coût/efficacité.

La mise en forme rédactionnelle a été assurée par Barbara Campanini avec l'aide d'Angela Haden, et la traduction en français par Jean-Claude Guyonnet, Agnès Pollet et Alain Zonco. L'établissement des figures, cartes et tableaux a été coordonné par Michel Beusenberg et la coordination de la traduction et autres services administratifs de l'équipe du Rapport sur la santé dans le monde ont été assurés par Shelagh Probst. Une aide supplémentaire a été apportée par Patrick Unterlerchner.

L'illustration de couverture est l'oeuvre de Laura de Santis.
Conception graphique : Marilyn Langfeld. Présentation graphique : GRA/OMS
Imprimé en France
2002/ - 14661- Sadag -7000

Veuillez cliquer sur les chapitres pour l'accès aux textes intégrales.

Table des matières

Message du Directeur général xi

Résumé xv
- Introduction xv
- Ennemis de la santé, alliés de la pauvreté xvi
- Mesures recommandées xix
- Résumé des chapitres xx

Chapitre 1
Protéger la population 1
- Réduire les risques 3
- La transition du risque 4

Chapitre 2
Définition et évaluation des risques pour la santé 9
- En quoi consistent les risques pour la santé ? 11
- Pourquoi s'attacher aux risques pour la santé ? 11
- L'évaluation des risques et son évolution 12
- Objectifs essentiels de l'évaluation des risques dans le monde 14
  - Comparaisons normalisées et mesures communes des issues 14
  - Évaluation des facteurs protecteurs et des facteurs nocifs 15
  - Prise en compte des causes immédiates et lointaines 15
  - Évaluation des risques concernant l'ensemble de la population et prise en compte des sujets à haut risque 18
  - Prise en compte des risques qui concourent à la morbidité 18
  - Utilisation des meilleurs données disponibles pour évaluer les risques certains et les risques probables 18
  - Détermination de la charge attribuable et de la charge évitable 21
- Aperçu des méthodes d'évaluation des risques 22
  - Choix et définition des risques pour la santé 22
  - Estimation des niveaux actuels des facteurs de risque et choix de contrafactuels 24
  - Estimation de la charge de morbidité et de traumatismes actuelle et future 26
  - Estimation des relations entre le facteur de risque et la charge 26
  - Estimation de la charge évitable 26
  - Estimation des effets conjugués des risques multiples 27
  - Estimation de l'incertitude 28

Chapitre 3
Perception des risques 31
- Évolution des perceptions des risques 33
- Doutes concernant la valeur scientifique de l'évaluation des risques 34
- Importance nouvelle des perceptions du risque 35
- Perceptions du risque 36
- Définition et description des risques pour la santé 38
- Influences qui s'exercent sur les perceptions du risque 40

Comment formuler l'information sur les risques 40
Interprétations socioculturelles des risques 41
Perceptions des risques pour la santé dans les pays en développement 42
Importance de la communication du risque 43
Influence de certains groupes de pression sur la perception des risques 44
Importance des médias pour la perception des risques 47
Importance des perceptions pour une prévention efficace des risques 48

CHAPITRE 4
QUANTIFICATION DE CERTAINS RISQUES MAJEURS POUR LA SANTÉ 51
Risques pour la santé et situation socio-économique 53
Taux de pauvreté dans les Régions OMS 54
Relations entre les niveaux des facteurs de risque et la pauvreté 54
Effets potentiels de l'évolution des distributions de la pauvreté sur les niveaux de facteur de risque 55
Charge de morbidité et de traumatismes attribuable à certains facteurs de risque 56
Sous-alimentation de la mère et de l'enfant 56
Insuffisance pondérale 56
Carence en iode 58
Carence en fer 58
Carence en vitamine A 59
Carence en zinc 60
Défaut d'allaitement maternel 60
Autres facteurs de risque d'origine alimentaire et sédentarité 61
Hypertension artérielle 61
Hypercholestérolémie 62
Surcharge pondérale, obésité et excès de masse corporelle 63
Apport insuffisant en fruits et légumes 65
Sédentarité 65
Santé sexuelle et génésique 66
Pratiques sexuelles à risque 66
Défaut de contraception 67
Substances addictives 69
Tabac à fumer, chiquer ou priser 69
Abus d'alcool 71
Usage de drogues illicites 71
Risques environnementaux 72
Eau non potable, défaut d'assainissement et d'hygiène 72
Pollution de l'air urbain 74
Fumée de combustibles solides à l'intérieur des habitations 74
Exposition au plomb 75
Changement climatique 76
Autres risques environnementaux pour la santé 77
Facteurs de risque professionnels déterminés 78
Facteurs de risque de traumatisme d'origine professionnelle 79
Cancers d'origine professionnelle 80
Particules en suspension dans l'air en milieu professionnel 81
Sources ergonomiques de stress lié au travail 82
Le bruit au travail 82
Autres risques pour la santé 83
Pratiques à risque en matière de soins de santé 84
Sévices et violence 85
Tableau mondial des risques pour la santé 87

En résumé, qu'est-ce qui est possible ? 92
Estimations des effets communs des facteurs de risque considérés 92
Estimations de la charge évitable 96
Nécessité d'analyses coût/efficacité 99

CHAPITRE 5
DES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LES RISQUES 105
Des risques pour la santé à l'adoption d'une politique 107
Quelles stratégies pour réduire les risques 109
Réduction des risques et comportement 110
Réduction des risques : agir au niveau de la population ou de l'individu 111
Rôle des pouvoirs publics et de la législation 112
Différentes manières d'atteindre le même but 112
Aspects techniques de l'analyse coût/efficacité 113
Choix des interventions pour réduire des risques déterminés 115
Sous-alimentation infanto-juvénile 115
Sous-alimentation (et allaitement au sein) 116
Carence en fer 117
Carence en vitamine A 118
Carence en zinc 119
Autres intervention individuelles axées sur les enfants âgés de moins de cinq ans 119
Mixtes d'interventions pour réduire les risques chez les enfants de moins de cinq ans 120
Hypertension et hypercholestérolémie 121
Hypertension artérielle 122
Hypercholestérolémie 123
Mixtes d'interventions visant à réduire le risque d'événement cardio-vasculaire 124
Consommation insuffisante de fruits et légumes 126
Santé sexuelle et génésique 126
Pratiques sexuelles dangereuses et VIH/SIDA 126
Substances addictives 131
Tabagisme 131
Risques environnementaux 135
Eau non potable, défaut d'assainissement et d'hygiène 135
Facteurs de risque professionnel 137
Pratiques sanitaires 138
Injection dangereuses dans le cadre des soins de santé 138
Mixtes de stratégies de réduction des risques 140
Conséquences pour les décideurs 148

CHAPITRE 6
RENFORCEMENT DES POLITIQUES DE PRÉVENTION DES RISQUES 155
Choix des stratégies prioritaires pour la prévention des risques 157
Intervenir sur l'ensemble de la population ou cibler les sujets à haut risque ? 157
Agir sur les risques immédiats ou lointains ? 158
Prévention primaire ou secondaire ? 159
Gestion du processus de prévention 159
Détermination des facteurs de risque prioritaires en vue de la prévention 159
Gestion et évaluation des risques très incertains 161
Prévention des risques et éthique 164
Communication du risque et rôle de l'Etat 165
Renforcement de la base de données scientifiques 166
L'action internationale, une urgente nécessité 167

CHAPITRE 7
PRÉVENTION DES RISQUES ET ADOPTION DE MESURES 171
Moyens de prévention axés sur les risques 173
Le monde doit affronter des risques pour la santé qui sont à la fois largement répandus, de grande ampleur et inéluctables 174
On dispose d'interventions de prévention efficaces et financièrement accessibles 175
Réduction de l'écart entre les avantages potentiels et les avantages effectifs : principale priorité de la recherche 176
Stratégies de prévention à l'échelle d'une population : clé de la réduction des risques 177
Responsabilités des pouvoirs publics en matière de santé 177
La réduction des risques sanitaires majeurs favorise un développement durable 177
La réduction des risques majeurs peut réduire les inégalités sociales 178
Les gouvernements doivent hiérarchiser et combattre les principaux risques 178
La protection des citoyens relève du devoir de tutelle des Etats 178
Mesures recommandées 179
Réduire les risques pour promouvoir une vie saine 180

ANNEXE STATISTIQUE 181
Notes explicatives 183
Annexe – tableau 1 Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres 192
Annexe – tableau 2 Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, estimations pour 2001 200
Annexe – tableau 3 Charge de morbidité en AVCI par cause, sexe et strate de mortalité, dans les Régions OMS, estimations pour 2001 206
Annexe – tableau 4 Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2000 et 2001 212
Annexe – tableau 5 Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1995-2000 216
Annexe – tableau 6 Prévalence résumée de certains facteurs de risque par sous-région, 2000 232
Annexe – tableau 7 Fraction attribuable en population par facteur de risque, sexe et niveau de développement (en % des AVCI pour chaque cause), 2000 234
Annexe – tableau 8 Distribution de la mortalité et des AVCI attribuables par facteur de risque, âge et sexe, 2000 237
Annexe – tableau 9 Mortalité attribuable par facteur de risque, niveau de développement et sexe, 2000 238
Annexe – tableau 10 AVCI attribuables par facteur de risque, niveau de développement et sexe, 2000 239
Annexe – tableau 11 Mortalité attribuable par facteur de risque, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, 2000 240
Annexe – tableau 12 AVCI attribuables par facteur de risque, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, 2000 242
Annexe – tableau 13 Années de vie perdues (AVP) attribuables par facteur de risque, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, 2000 244
Annexe – tableau 14 Charge majeure de morbidité – facteurs de risque et maladies/traumatismes occupant les 10 premiers rangs, pays en développement à forte mortalité, 2000 246
Annexe – tableau 15 Charge majeure de morbidité – facteurs de risque et maladies/traumatismes occupant les 10 premiers rangs, pays en développement à faible mortalité, 2000 246
Annexe – tableau 16 Charge majeure de morbidité – facteurs de risque et maladies/traumatismes occupant les 10 premiers rangs, pays développés, 2000 246

LISTE DES ETATS MEMBRES PAR RÉGION OMS ET STRATE DE MORTALITÉ 247

REMERCIEMENTS 250

INDEX 253

TABLEAUX

Tableau 4.1 Factions d'impact sur la population par sous-région pour le scénario contrafactuel consistant à faire passer la population vivant avec moins de US $2 par jour dans la situation de la population vivant avec plus de US $2 par jour 56
Tableau 4.2 Quelques risques majeurs pour la santé : sous-alimentation maternelle et infantile 57
Tableau 4.3 Quelques risques majeurs pour la santé : autres facteurs de risque d'origine alimentaire et sédentarité 62
Tableau 4.4 Quelques risques majeurs pour la santé : santé sexuelle et génésique 64
Tableau 4.5 Quelques risques majeurs pour la santé : usage de substances addictives 68
Tableau 4.6 Quelques risques majeurs pour la santé : facteurs environnementaux 72
Tableau 4.7 Quelques risques majeurs pour la santé : risques professionnels 79
Tableau 4.8 Autres risques pour la santé 84
Tableau 4.9 Mortalité attribuable par facteur de risque, par niveau de développement et par sexe, 2000 92
Tableau 4.10 AVCI perdues attribuables par facteur de risque, par niveau de développement et par sexe, 2000 93
Tableau 4.11 Classement de la charge estimative attribuable et de la charge estimative évitable dues à 10 facteurs de risque majeurs 97
Tableau 5.1 Les 10 principaux facteurs de risque en fonction de leur part en pourcentage dans les causes de maladies mesurée en AVCI 108
Tableau 5.2 Gains de temps résultant d'un meilleur accès à l'eau et à l'assainissement dans les sous-régions Afr-D et Emr-D 137
Tableau 5.3 Interventions rentables 146

FIGURES

Figure 2.1 Exemple de transitions distributionnelles relatives à la tension artérielle et au tabagisme 15
Figure 2.2 Chaînes causales d'exposition conduisant à une maladie 17
Figure 2.3 Importance de la distribution de l'exposition dans la population 20
Figure 2.4 Charge attribuable et charge évitable 23
Figure 2.5 Données essentielles pour l'évaluation de la charge 24
Figure 2.6 Détermination de la charge attribuable compte tenu de la prévalence et du risque relatif 25
Figure 3.1 Dangers d'après le degré de crainte et le type de risque 37
Figure 4.1 Prévalence de l'insuffisance pondérale modérée chez l'enfant de moins de 5 ans en fonction du revenu quotidien moyen du ménage (<1, 1-2 et >2US $ par jour), par sous-région 54
Figure 4.2 Charge morbide attribuable à la sous-alimentation de la mère et de l'enfant (% d'AVCI perdues dans chaque sous-région) 58
Figure 4.3 Charge morbide attribuable aux facteurs de risque d'origine alimentaire et à la sédentarité (% d'AVCI perdues dans chaque sous-région) 63
Figure 4.4 Neuf exemples d'associations continues entre risques et maladie 64

Figure 4.5 Charge morbide attribuable aux facteurs de risque en rapport avec la santé sexuelle et génésique (% d'AVCI perdues dans chaque sous-région) 67
Figure 4.6 Charge morbide attribuable au tabagisme, à la consommation d'alcool et à l'usage de drogues illicites (% d'AVCI perdues dans chaque sous-région) 69
Figure 4.7 Charge morbide attribuable à certains facteurs de risque environnementaux (% d'AVCI perdues dans chaque sous-région) 73
Figure 4.8 Valeur et profil de la morbidité, pays en développement et pays développés 88
Figure 4.9 Distribution mondiale de la charge morbide attribuable à 20 facteurs de risques majeurs 89
Figure 4.10 Charge morbide attribuable à 10 facteurs de risque majeurs en fonction du niveau de développement et de l'issue 90
Figure 4.11 Charge de morbidité et de risque 95
Figure 4.12 Gain estimé d'espérance de vie en bonne santé en l'absence de 20 facteurs de risque majeurs par sous-région 96
Figure 4.13 AVCI perdues attribuables en 2000 et AVCI perdues évitables en 2010 et 2020 après réduction de 25 % par rapport à 2000 du niveau de dix facteurs de risque majeurs 98
Figure 5.1 Distribution de la tension artérielle systolique des hommes d'âge mûr dans deux populations 111
Figure 5.2 Coûts et effets de certaines interventions dans la sous-région Afr-D 142
Figure 5.3 Coûts et effets de certaines interventions dans la sous-région Amr-B 144
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 158
Figure 6.2 Mise en œuvre de la prévention des risques 160

Encadrés

Encadré 1.1 Les pays approuvent l'accent mis sur les risques pour la santé 6
Encadré 2.1 Définitions du risque 13
Encadré 2.2 Facteurs de protection 16
Encadré 2.3 Les risques pour la santé au cours de la vie 18
Encadré 2.4 Stratégies de prévention à l'échelle de la population 19
Encadré 2.5 Multiplicité des causes de maladie 21
Encadré 2.6 Estimation de l'effet combiné des facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire 28
Encadré 3.1 Perceptions du risque dans les milieux scientifiques et dans le grand public 35
Encadré 3.2 Comportement sexuel des hommes relativement au risque de VIH/SIDA et de grossesse 39
Encadré 3.3 Choix du mode de présentation des risques pour la santé 40
Encadré 3.4 Perceptions du risque au Burkina Faso 42
Encadré 3.5 Enquête sur l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) au Royaume-Uni 44
Encadré 3.6 Stratégies pour susciter une polémique 45
Encadré 3.7 Comment on fait fi de la science pour promouvoir l'usage du tabac 46
Encadré 4.1 Fumée de tabac ambiante 70
Encadré 4.2 Logement et santé 76
Encadré 4.3 Traumatismes dus aux accidents de la circulation 78
Encadré 4.4 Blessures par objets tranchants chez le personnel soignant 80
Encadré 4.5 Les coronaropathies et le stress professionnel 81
Encadré 4.6 Facteurs de risque de tuberculose 83
Encadré 4.7 Génétique et charge attribuable ou évitable 84
Encadré 4.8 Risques dans les systèmes de soins 85
Encadré 4.9 Violence 86

Encadré 4.10 La transition vers une situation plus saine 94
Encadré 5.1 Les méthodes d'analyse coût/efficacité 114
Encadré 5.2 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : des interventions interdépendantes 121
Encadré 5.3 Rentabilité d'une campagne nationale pour la nutrition 122
Encadré 5.4 Réduction de l'incidence des traumatismes dus aux accidents de véhicules à moteur 138
Encadré 5.5 Rentabilité des interventions destinées à réduire les lombalgies professionnelles 139
Encadré 6.1 Divergence des points de vue sur le rôle du principe de précaution selon différentes conceptions de la réglementation 162
Encadré 6.2 Recommandations importantes à l'intention des gouvernements en vue d'une meilleure communication du risque 165
Encadré 6.3 Exemples d'actions internationales concertées efficaces 168

Message du Directeur général

De graves menaces pèsent sur le bien-être de l'humanité. Dans de nombreuses régions, certains des pires ennemis de la santé se liguent avec les alliés de la pauvreté pour imposer à des millions de gens une double charge de maladies, d'incapacités et de décès prématurés. Il est temps pour nous de resserrer les rangs pour faire face à ces menaces croissantes.

Le sujet du rapport de cette année, Réduction des risques pour la santé, préoccupe les gens, leurs médecins et leurs responsables politiques depuis des temps immémoriaux. On en trouve des témoignages qui remontent à plus de 5000 ans dans les vestiges des plus anciennes civilisations, mais la question est aujourd'hui plus d'actualité que jamais.

Presque toutes les grandes avancées de la santé publique ont consisté à réduire ou éliminer un risque. Les progrès de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement au XIXe et au XXe siècle sont directement liés à la lutte contre les micro-organismes qui provoquent le choléra et autres maladies diarrhéiques.

Les programmes de vaccination systématique ont permis d'éradiquer entièrement le fléau que constituait la variole et réduit la menace que font peser sur des individus et des populations entières des maladies infectieuses telles que la poliomyélite, la fièvre jaune, la rougeole et la diphtérie en les protégeant contre les agents pathogènes. Des dizaines de millions de décès prématurés ont pu être ainsi évités.

Dr Gro Harlem Brundtland

La législation réduit les risques au lieu de travail et sur les routes en imposant le port du casque dans les usines et sur les chantiers, ainsi que l'usage de la ceinture de sécurité dans les véhicules. Il arrive que les lois, l'éducation et la persuasion s'associent pour limiter les risques en faisant apposer des mises en garde sur les paquets de cigarettes, en interdisant la publicité du tabac ou en limitant la vente d'alcool.

Il en résulte qu'à bien des égards, le monde est aujourd'hui plus sûr qu'il ne l'a jamais été. Plus sûr parce que mieux protégé contre des maladies autrefois mortelles ou incurables, contre les risques quotidiens de maladies transmises par l'eau ou liées à l'alimentation, contre les biens de consommation dangereux et contre les accidents domestiques, professionnels ou hospitaliers.

Toutefois, le monde devient aussi plus dangereux pour de nombreuses raisons. Beaucoup d'entre nous vivent dangereusement, consciemment ou non. Je crois que ce rapport sur la santé dans le monde doit être un appel à la communauté mondiale pour qu'elle sorte de sa léthargie. Dans le cadre d'un des plus vastes projets jamais entrepris par l'OMS, on a cherché à quantifier quelques-uns des principaux risques pour la santé et à évaluer le rapport coût/efficacité de certaines des mesures qui pourraient être prises pour les réduire. Le but ultime est d'aider les autorités de tous les pays à abaisser ces risques et à allonger l'espérance de vie en bonne santé de leur population.

Le tableau qui se dégage de nos recherches donne une idée singulière et inquiétante des causes actuelles de maladies et de décès et des facteurs sous-jacents. Il montre l'évolution des modes de vie de nombreuses sociétés dans le monde et l'impact de ces changements sur la santé des individus, des familles, des communautés et de populations entières.

Ce sont là des problèmes qui nous concernent tous. Ils ont fait l'objet de discussions approfondies auxquelles ont participé les ministres de la santé de presque tous les Etats Membres de l'OMS à Genève en mai de cette année. Ces discussions ont aidé à façonner le présent rapport et sont résumées dans le synopsis. Elles ont débouché sur de précieuses évaluations des facteurs de risque pour la santé considérés comme les plus importants par les pays dans le monde d'aujourd'hui.

Tous ces facteurs et quelques autres sont soumis à un examen systématique dans le présent rapport. On trouve parmi eux quelques ennemis de la santé et alliés de la pauvreté bien connus tels que l'insuffisance pondérale, l'usage d'eau non potable, le défaut d'assainissement et d'hygiène, les pratiques sexuelles dangereuses, notamment eu égard au risque de VIH/SIDA, la carence en fer et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations qu'entraîne l'usage de combustibles solides.

La liste comprend aussi des facteurs de risque plus communément associés aux sociétés de consommation comme l'hypertension et l'hypercholestérolémie, l'usage du tabac et la consommation excessive d'alcool, l'obésité et la sédentarité. Ces facteurs et les maladies qui y sont liées prédominent dans les pays à revenu moyen ou supérieur. Le drame est qu'ils commencent à se répandre dans le monde en développement où ils créent une double charge en s'ajoutant aux maladies infectieuses qui y sévissent encore.

Dans mon allocution à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai dernier, j'ai lancé un avertissement en disant que le monde vit dangereusement, soit parce qu'il ne peut guère faire autrement, soit parce qu'il fait les mauvais choix en matière de consommation et d'activités.

Je renouvelle ici cet avertissement : les choix dont pâtit la santé ne se limitent pas aux pays industrialisés. C'est à nous tous de veiller à ce qu'ils aillent dans le bon sens.

Nombre de facteurs de risque examinés dans le rapport sont en rapport avec la consommation – insuffisante dans le cas des pauvres ou excessive pour les nantis.

Deux des informations les plus marquantes figurent pratiquement côte à côte. Nous apprenons d'abord que, dans les pays pauvres, 170 millions d'enfants environ ont un poids corporel insuffisant et plus de trois millions d'entre eux pourraient mourir cette année du fait de cette insuffisance pondérale, puis on nous indique que plus d'un milliard d'adultes dans le monde ont un excès de poids et qu'au moins 300 millions sont cliniquement obèses. Environ 500 000 d'entre eux, dans une zone regroupant l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale, vont succomber cette année à des maladies en rapport avec l'obésité.

Le contraste entre les nantis et les déshérités a-t-il jamais été illustré de façon aussi frappante ?

L'OMS est décidée à lutter contre certaines carences nutritionnelles dans les populations vulnérables et à favoriser une bonne santé en faisant adopter un régime alimentaire optimal, notamment dans les pays qui subissent une transition nutritionnelle rapide.

Par ailleurs, nous mettons au point de nouvelles règles pour une alimentation saine et, lorsque cette tâche sera achevée, nous inviterons les acteurs clés de l'industrie alimentaire à collaborer avec nous pour lutter contre l'incidence croissante de l'obésité, du diabète et des maladies vasculaires dans les pays en développement.

Il est essentiel d'agir. L'épidémie de maladies non transmissibles, qui s'étend rapidement et qui est déjà responsable de quelque 60 % des décès dans le monde, est manifestement liée à des habitudes alimentaires universelles et à la consommation accrue d'aliments

industriels gras, salés ou sucrés. Dans les taudis des mégapoles d'aujourd'hui, des maladies non transmissibles dues à des habitudes et à une nourriture malsaines coexistent avec la sous-alimentation.

Comme je l'ai dit au Sommet mondial de l'alimentation à Rome en juin de cette année, le développement économique et la mondialisation ne sont pas inévitablement associés à des conséquences sanitaires négatives. Bien au contraire, nous pouvons mobiliser les forces de la mondialisation pour réduire les inégalités, combattre la faim et améliorer la santé dans une société planétaire plus juste et mieux intégrée.

Quels que soient les risques sanitaires auxquels il est exposé, et que ceux-ci soient ou non liés à la consommation, chaque pays doit pouvoir adapter les politiques de réduction des risques à ses propres besoins.

Les meilleures politiques sanitaires sont fondées sur des données scientifiques. L'Organisation mondiale de la Santé est tenue de recueillir des données exactes et de veiller à ce qu'elles soient correctement utilisées pour améliorer la santé dans le monde.

Le présent rapport contient de telles données. Il montre la voie à suivre et veut aider chaque pays à choisir les mesures les plus appropriées et les plus rentables qu'il puisse prendre pour réduire au moins certains risques et promouvoir une vie saine dans sa propre population. J'exhorte chacun de ces pays à examiner très sérieusement les actions qui s'imposent dès à présent et à s'engager à les entreprendre.

Il explique aussi l'importance d'une communication des risques franche et claire à l'intention du grand public et l'utilité de créer un climat de confiance et de partage des responsabilités entre le gouvernement, le grand public et les médias.

Cette dernière condition est essentielle. Nous savons que la plupart des gens choisiront d'adopter des comportements plus sains, surtout s'ils reçoivent des informations fiables d'autorités en qui ils ont confiance et si l'action de ces autorités s'appuie sur des lois réalistes, de bons programmes de promotion sanitaire et un vigoureux débat public.

Réduire les risques pour la santé relève de la compétence de l'Etat, mais doit aussi demeurer partout la préoccupation essentielle de tous les individus et de tous ceux qui en ont la charge. Chacun trouvera un message dans ce rapport sur la santé dans le monde.

Docteur Gro Harlem Brundtland
Genève
Octobre 2002

Résumé

Introduction

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* est l'un des projets de recherche les plus vastes jamais entrepris par l'OMS. En collaboration avec des experts du monde entier, l'OMS a recueilli et analysé des données qui guideront les responsables de la santé dans le monde pendant de nombreuses années à venir. En dépit de quelques mises en garde inquiétantes, il nous laisse espérer un avenir plus sain dans tous les pays disposés à prendre dès à présent des mesures énergiques.

Ce rapport décrit la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité attribuable, dans le monde d'aujourd'hui, à quelques-uns des risques les plus importants pour la santé humaine, ce qui est d'une grande utilité, mais il calcule aussi – et c'est encore plus important – la part de cette charge qu'il serait possible d'éviter au cours des deux prochaines décennies si ces mêmes facteurs de risque commençaient à être atténués dès à présent.

En outre, il montre comment obtenir certaines de ces réductions possibles à l'aide de diverses méthodes d'un bon rapport coût/efficacité. L'objectif ultime est d'aider les gouvernements de tous les pays à allonger l'espérance de vie en bonne santé de leur population. On estime que des gains très substantiels pourraient être obtenus pour un prix relativement modique et que jouir d'au moins une dizaine d'années supplémentaires de vie en bonne santé serait ainsi à la portée de la population de bien des pays parmi les plus pauvres du monde. Même les habitants des pays les plus industrialisés, comme les Etats-Unis d'Amérique, les nations d'Europe occidentale et celles du Pacifique asiatique, devraient gagner cinq années environ de vie en bonne santé.

On peut définir le risque de maintes façons, mais, aux fins du présent rapport, c'est la définition suivante qui a été retenue : « probabilité d'une issue sanitaire défavorable, ou facteur qui augmente cette probabilité ». Ces facteurs sont innombrables et le rapport ne prétend nullement être exhaustif sur ce point. C'est ainsi que quelques facteurs de risque importants associés aux maladies infectieuses, comme les virus, les bactéries et la résistance aux antibiotiques, n'y sont pas inclus. On se contente d'y mettre l'accent sur un groupe de facteurs – qui constituent des risques réels pour la santé et sont souvent les causes effectives de pathologies majeures – que l'on sait réduire actuellement, et d'exposer quelques constatations surprenantes quant à leur impact réel.

Dix facteurs de risque principaux ont été ainsi choisis dans ce groupe sur la base du nombre total de décès et de la charge de morbidité qui leur sont imputables aux niveaux régional et mondial. Ces dix facteurs de risque sont : la sous-alimentation, les pratiques sexuelles dangereuses, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'alcoolisme, l'utilisation d'eau non potable et le défaut d'assainissement et d'hygiène, la carence en fer, l'enfumage des habitations par des combustibles solides, l'hypercholestérolémie et l'obésité. Globalement, ils sont responsables de plus d'un tiers des décès dans le monde.

Le rapport montre qu'un nombre de risques relativement restreint peut entraîner de très nombreux décès prématurés et représente une très large part de la charge mondiale de morbidité.

C'est ainsi qu'au moins 30 % de toute la charge morbide de nombreux pays en développement, comme ceux de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud-Est, est due à moins de cinq des dix facteurs de risque susmentionnés. A elle seule, l'insuffisance pondérale cause plus de trois millions de décès d'enfants par an dans les pays en développement.

Dans d'autres pays plus développés comme la Chine et la plupart des pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, cinq facteurs de risque provoquent au moins un sixième de la charge morbide totale. Dans les pays très industrialisés d'Amérique du Nord, d'Europe et du Pacifique asiatique, un tiers au moins de la charge morbide totale est due au tabagisme, à l'abus d'alcool, à l'hypertension artérielle, à l'hypercholestérolémie et à l'obésité. En outre, plus des trois quarts des maladies cardio-vasculaires – première cause de décès dans le monde – sont dues au tabagisme, à l'hypertension artérielle ou à l'hypercholestérolémie, seules ou en association. Au total, l'hypercholestérolémie cause plus de 4 millions de décès prématurés par an, le tabagisme près de 5 millions et l'hypertension artérielle 7 millions.

Le rapport indique un certain nombre d'interventions rentables pour combattre certains de ces facteurs de risque. Une intervention y est définie comme « toute action d'ordre sanitaire ou toute activité promotionnelle, préventive, curative ou rééducative visant essentiellement à améliorer la santé ». Selon le rapport, l'impact d'un grand nombre de facteurs de risque peut être rapidement atténué et la plupart des avantages des interventions s'observent en une décennie. En abaissant même modestement les niveaux des facteurs de risque, on peut obtenir des avantages substantiels.

Pour pouvoir choisir leurs interventions et leurs stratégies, les pouvoirs publics doivent en premier lieu être en mesure d'évaluer correctement les risques ; c'est pourquoi le rapport donne une grande importance à cette opération qu'il définit comme « l'estimation méthodique de la charge morbide et traumatique imputable aux divers risques ».

Le rapport recommande aux pays d'élaborer des politiques de réduction des risques qui, si elles sont appliquées, permettront à des millions de personnes de vivre nettement plus longtemps en bonne santé. Par ailleurs, les pouvoirs publics devront renforcer les bases scientifiques et empiriques de leurs politiques, améliorer le dialogue et la communication avec le public et mieux convaincre toutes les parties intéressées du bien-fondé de la prévention des risques. Ils devront aussi élaborer des stratégies efficaces pour parer aux risques incertains et examiner soigneusement toute une série de problèmes éthiques et autres.

Outre ses avantages sanitaires évidents, la réduction des risques majeurs pour la santé devrait favoriser un développement durable et réduire les inégalités dans la société.

Ennemis de la santé, alliés de la pauvreté

Les constatations du rapport éclairent d'une manière à la fois singulière et inquiétante non seulement les causes actuelles de maladies et de décès et les facteurs sous-jacents, mais aussi les comportements humains et leur évolution éventuelle un peu partout dans le monde. Elles mettent surtout en évidence le fossé qui sépare les nantis des déshérités en montrant la part de la charge mondiale de morbidité due à la sous-alimentation des pauvres et à la « suralimentation » des riches, où qu'ils vivent.

Le contraste est choquant. Selon le rapport, 170 millions d'enfants des pays pauvres ont un poids corporel insuffisant et plus de trois millions d'entre eux en meurent chaque année, alors que plus d'un milliard d'adultes dans le monde présentent une surcharge pondérale et que 300 millions au moins sont cliniquement obèses. Un demi-million de personnes environ en Amérique du Nord et en Europe occidentale succombent annuellement à des maladies liées à l'obésité.

Il est donc clair qu'à l'une des extrémités de l'échelle des facteurs de risque on trouve la pauvreté, et que l'insuffisance pondérale y demeure la principale cause de morbidité pour des centaines de millions de gens parmi les plus démunis de la planète, et une cause ma-

jeure de décès, principalement chez les jeunes enfants. Le rapport montre que l'insuffisance pondérale demeure un problème majeur qui va croissant dans les pays en développement où la pauvreté constitue un important facteur sous-jacent.

Tous les groupes d'âge sont vulnérables, mais l'insuffisance pondérale sévit surtout chez les enfants âgés de moins de cinq ans : l'OMS estime que 27 % environ des enfants de ce groupe ont un poids corporel insuffisant. L'insuffisance pondérale a été responsable, en 2000, d'un total estimatif de 3,4 millions de décès, dont environ 1,8 million en Afrique et 1,2 million dans des pays d'Asie. Elle a contribué à 60 % de tous les décès d'enfants dans les pays en développement. En d'autres termes, nous dit le rapport, les décès dus à l'insuffisance pondérale privent chaque année les enfants les plus pauvres du monde d'un total estimatif de 130 millions d'années de vie en bonne santé.

L'insuffisance pondérale est suivie de près par les pratiques sexuelles dangereuses, principal facteur de propagation du VIH/SIDA, notamment dans les pays pauvres d'Afrique et d'Asie. Le rapport nous dit que le VIH/SIDA est désormais la quatrième cause de décès dans le monde. Actuellement, 28 millions (70 %) de personnes parmi les 40 millions vivant avec l'infection à VIH se trouvent en Afrique, mais l'épidémie se propage rapidement dans le reste du monde. C'est en Europe orientale et en Asie centrale que le taux d'apparition de cas nouveaux est le plus élevé. On estime actuellement à 47 ans l'espérance de vie à la naissance en Afrique subsaharienne : sans le SIDA, on pense qu'elle se situerait aux alentours de 62 ans.

Selon les estimations actuelles, plus de 99 % des infections à VIH présentes en Afrique en 2001 seraient dues à des pratiques sexuelles dangereuses. Dans le reste du monde, les estimations de la proportion des décès par VIH/SIDA attribuable en 2001 à des pratiques sexuelles dangereuses oscillent de 13 % en Asie orientale et dans le Pacifique à 94 % en Amérique centrale. A l'échelle de la planète, 2,9 millions de décès environ sont imputables à des pratiques sexuelles dangereuses, la plupart en Afrique.

Tant en Afrique qu'en Asie, la non-potabilité de l'eau, le défaut d'assainissement et d'hygiène, la carence en fer et la fumée de combustibles solides à l'intérieur des habitations comptent parmi les dix principaux facteurs de risque de maladie. Ils sont beaucoup plus répandus dans les pays et communautés défavorisés. Comme l'insuffisance pondérale, ces facteurs de risque demeurent les ennemis les plus impitoyables de la santé et les alliés de la pauvreté.

Environ 1,7 million de décès sont attribuables chaque année dans le monde à une eau non potable et au défaut d'assainissement et d'hygiène ; ils sont principalement le fait de diarrhées infectieuses. Neuf décès sur dix concernent des enfants et presque tous surviennent dans des pays en développement.

La carence en fer est l'une des carences nutritionnelles les plus répandues dans le monde : on estime à deux milliards le nombre des personnes qui en souffrent et celui des décès à presque un million par an. Ce sont les jeunes enfants et leurs mères qui, en raison des gros besoins en fer pendant la croissance et la grossesse, sont le plus souvent et le plus gravement atteints. Le rapport examine aussi les charges morbides associées aux carences en vitamine A, en iode et en zinc. La carence en vitamine A est la principale cause de cécité acquise chez l'enfant. La carence en iode est probablement la cause de retard mental et de lésion cérébrale la plus évitable. Une grave carence en zinc peut provoquer une insuffisance staturale, une altération de la fonction immunitaire et d'autres troubles, et joue un rôle significatif dans la survenue des infections respiratoires, du paludisme et des maladies diarrhéiques.

La moitié de la population mondiale subit la pollution de l'air des habitations, généralement due à l'usage de combustibles solides pour la cuisson et le chauffage. On estime qu'elle provoque dans le monde 36 % de toutes les infections des voies respiratoires inférieures et 22 % des bronchopneumopathies chroniques obstructives.

La plupart des facteurs évoqués ici sont étroitement liés au mode de vie, et notamment à la consommation – que celle-ci soit excessive ou insuffisante. A l'autre extrémité de l'échelle par rapport à la pauvreté, on trouve la suralimentation qu'il serait sans doute plus exact de qualifier de « surconsommation ».

L'excès de poids et l'obésité sont d'importants déterminants d'une mauvaise santé et entraînent des troubles métaboliques qui se traduisent notamment par une élévation de la tension artérielle, un taux excessif de mauvais cholestérol ou une augmentation de la résistance à l'insuline. Ils aggravent le risque de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de diabète sucré et de nombreux cancers. Il ressort du rapport que l'obésité tue quelque 220 000 hommes et femmes dans la seule zone Etats-Unis d'Amérique-Canada et environ 320 000 hommes et femmes dans 20 pays d'Europe occidentale.

L'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie sont étroitement liées à une consommation excessive d'aliments gras, sucrés ou salés et, associés aux effets mortels du tabagisme et d'une consommation excessive d'alcool, ces deux facteurs achèvent d'assombrir le pronostic ; ils provoquent alors toute une série de cancers ainsi que des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et d'autres maladies graves.

Le rapport retrace la rapide évolution de l'épidémie de tabagisme en montrant que le nombre estimatif de décès attribuables au cours de l'an 2000, soit 4,9 millions, dépasse de plus d'un million celui de 1990, l'augmentation étant maximale dans les pays en développement. Toutefois, la majeure partie de la charge de morbidité en rapport avec le tabagisme concerne encore les pays industrialisés.

La consommation mondiale d'alcool augmente également depuis quelques dizaines d'années, principalement, voire exclusivement, dans des pays en développement. A l'échelle mondiale, l'alcool est responsable de 1,8 million de décès, soit 4 % de la charge morbide mondiale. C'est dans les Amériques et en Europe que la proportion de la charge morbide due à l'alcool est la plus élevée. On estime que, dans le monde, la consommation excessive d'alcool est à l'origine de 20 à 30 % des cancers de l'oesophage, des cancers du foie, des cirrhoses du foie, des homicides, des épilepsies, des accidents de véhicules à moteur et des lésions volontaires.

Jusqu'à une date récente, on pensait que tous ces facteurs : hypertension, hypercholestérolémie, tabagisme et obésité, ainsi que les pathologies qui en découlent, se rencontraient surtout dans les pays industrialisés. Malheureusement, le rapport nous indique qu'ils sont de plus en plus présents dans les pays en développement où, s'ajoutant aux traditionnelles maladies infectieuses encore invaincues, ils créent une double charge.

Le rapport montre donc qu'à bien des égards notre monde vit dangereusement, soit parce qu'il ne peut faire autrement, ce qui est souvent le cas chez les plus défavorisés, soit parce qu'il fait les mauvais choix en matière de consommation et d'activités.

Il semblerait d'ailleurs que ces facteurs de risque fassent partie d'une « transition du risque » due à la transformation des modes de vie dans de nombreuses régions du monde. Dans maints pays en développement, on enregistre de rapides augmentations du poids de corps moyen, notamment chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Depuis 1980, les taux d'obésité ont triplé ou même plus dans certaines parties de l'Amérique du Nord, de l'Europe occidentale, du Moyen-Orient, des îles du Pacifique, de l'Australasie et de la Chine. Les changements intervenus dans la production et la transformation des aliments ainsi que l'évolution des politiques agricoles et commerciales ont influé sur le régime alimentaire de centaines de millions de personnes.

Le rapport indique que la consommation de fruits et de légumes peut prévenir les maladies cardio-vasculaires et certains cancers et qu'un apport insuffisant de ces aliments est responsable chaque année de près de 3 millions de décès qui surviennent à la suite des maladies en question. Par ailleurs, l'évolution des modes de vie et des conditions de travail a réduit l'activité physique, au travail et ailleurs, des habitants de ces régions. Les auteurs du

rapport précisent que la sédentarité provoque environ 15 % de certains cancers, des diabètes et des cardiopathies.

Parallèlement, le tabac et l'alcool sont de plus en plus commercialisés dans les pays à bas ou moyen revenu. Aujourd'hui, les personnes exposées à ces produits et modes de consommation, importés d'autres pays, qui exposent leur santé à de graves risques dans le futur sont plus nombreuses que jamais. C'est ainsi que chez les fumeurs de tous âges, les taux de mortalité sont deux ou trois fois plus élevés que chez les non-fumeurs.

Le rapport tire la sonnette d'alarme en montrant que, pour faire progresser la santé dans le monde et réduire la charge de morbidité, c'est dès maintenant que les pays doivent adopter une politique de maîtrise des risques. Selon les auteurs, des facteurs tels que les pratiques sexuelles dangereuses et le tabagisme pourraient, si l'on ne parvient pas à mieux les maîtriser à bref délai, sensiblement accroître la mortalité à l'échelle mondiale au cours de ces prochaines décennies et, dans certains pays, retrancher jusqu'à 20 ans d'espérance de vie.

Mesures recommandées

D'une façon générale, le rapport propose de s'attaquer en priorité aux facteurs de risque connus, fréquents, importants et répandus contre lesquels on dispose de stratégies acceptables et efficaces. Cette règle s'applique à nombre de facteurs évoqués dans le rapport et la progression du tabagisme, notamment en Asie, en constitue un bon exemple. A cet égard, les auteurs sont d'avis qu'une augmentation substantielle des taxes sur le tabac pourrait avoir une influence bénéfique non négligeable sur la santé pour un très faible coût.

Des mesures adoptées par les pouvoirs publics, en partenariat avec de nombreux acteurs, pour réduire la teneur en sel des aliments industriels permettraient aussi d'obtenir des avantages sanitaires substantiels dans tous les contextes. Le rapport propose d'en faire l'une des composantes d'une stratégie générale de lutte contre les risques de maladie cardiovasculaire. Celle-ci serait basée sur un mixte d'interventions à l'échelle communautaire, telles que la réduction de la teneur en sel des aliments, et de traitements individuels axés sur les sujets exposés, au cours des dix années à venir, à un risque d'affection cardio-vasculaire considéré comme élevé.

Il est probable que le grand public et les spécialistes de la santé publique tomberont d'accord sur la manière de faire reculer les principaux facteurs de risque. Dans certains pays toutefois, il faudra peut-être s'attacher à mieux faire comprendre à la population, aux responsables politiques et aux praticiens de la santé publique en quoi consistent les risques.

Les mesures proposées aux pouvoirs publics pour réduire les risques ont été conçues pour des pays à revenu élevé, moyen ou faible. D'une manière générale, il est recommandé :

- que les pouvoirs publics, notamment les ministères de la santé, interviennent davantage dans la formulation des politiques de prévention des risques, notamment en accordant un soutien plus ferme à la recherche scientifique, en améliorant les systèmes de surveillance et en assurant un meilleur accès à l'information disponible dans le monde ;
- que les pays élaborent en priorité des politiques énergiques et efficaces pour la prévention des principaux facteurs de risque sanitaire dont l'importance va croissant dans le monde, comme l'usage du tabac, les pratiques sexuelles risquant de propager le VIH/SIDA et, dans certaines populations, les habitudes alimentaires malsaines et l'obésité ;
- que l'on entreprenne des analyses coût/efficacité pour déterminer les interventions de prévention ou de réduction des risques auxquelles il convient d'attribuer une priorité élevée, moyenne ou faible, la priorité absolue revenant à celles qui sont d'un bon rapport coût/efficacité et économiquement abordables ;

- qu'une collaboration intersectorielle s'instaure et se développe en vue de réduire les principaux facteurs de risque indirects que sont un faible niveau d'instruction, la non-potabilité de l'eau et le défaut d'assainissement, ce qui devrait avoir des effets très bénéfiques sur la santé, notamment dans les pays pauvres ;
- que la collaboration internationale et intersectorielle soit également intensifiée de manière à améliorer la gestion des risques et à permettre au grand public d'en prendre davantage conscience et de mieux les connaître ;
- qu'un équilibre soit maintenu entre les mesures des pouvoirs publics, l'action communautaire et les initiatives individuelles. L'action communautaire, par exemple, doit être appuyée par des organisations non gouvernementales, des milieux associatifs locaux, les médias et autres parties intéressées. Pour leur part, les individus doivent être habilités et incités à prendre eux-mêmes des décisions propres à améliorer leur santé en évitant par exemple le tabagisme, l'abus d'alcool, une alimentation malsaine et des pratiques sexuelles dangereuses.

Résumé des chapitres

Le *chapitre 1*, intitulé « *Protéger la population* », plante le décor sous la forme d'une introduction générale à la question de la mesure, de la communication, de la réduction des risques sanitaires et de l'exposition de la population à ces risques en expliquant comment les pouvoirs publics ont pris une part active à la réduction de certains risques sanitaires majeurs. Mais on y explique également que, dans les pays en développement, la transition démographique s'accompagne actuellement d'une « transition du risque » et d'un doublement de la charge morbide, en ce sens qu'à côté des maladies infectieuses qui y sévissent de longue date, des maladies chroniques non transmissibles occupent une plus grande place.

Dans le *chapitre 2 : « Définition et évaluation des risques pour la santé »*, on explique en détail comment sont envisagés les risques sanitaires dans le présent rapport en soulignant qu'une grande partie de l'effort de recherche scientifique et la plupart des ressources du secteur de la santé sont aujourd'hui consacrés au traitement des maladies plutôt qu'à leur prévention. Les auteurs font valoir que, pour ouvrir la voie à la prévention, il faut se concentrer sur les risques sanitaires. Les stratégies axées sur la population visent à faire en sorte que la recherche d'une vie saine devienne la norme sur le plan social, ce qui permettrait de réduire les risques pour l'ensemble de la population. Une légère variation de certains risques peut avoir des conséquences très bénéfiques pour la santé publique.

Les auteurs préconisent donc fermement des stratégies de réduction des risques portant à la fois sur l'ensemble de la population et sur les individus à haut risque, la difficulté étant de trouver un juste équilibre entre les deux démarches.

Dans ce chapitre, on explique aussi comment, depuis quelques années, l'évaluation du risque est sortie de son domaine initial, les problèmes écologiques. On montre de quelle manière le déroulement habituel de l'évaluation d'un risque écologique peut être adapté en vue d'une application plus spécifique à l'analyse des risques sanitaires et on explique l'intérêt qu'il y a à les comparer.

Dans le *chapitre 3*, qui a pour titre « *Perception des risques* », on explique qu'il est nécessaire de prendre en compte les risques et les avantages lorsqu'on cherche à comprendre ce qui motive tel ou tel comportement et pourquoi certaines interventions sont mieux acceptées et plus fructueuses que d'autres. Il y a souvent une polarisation de la perception du risque entre le point de vue du spécialiste et celui du grand public, entre l'évaluation quantitative et l'évaluation qualitative du risque, ou encore entre les réactions analytiques et les réactions émotionnelles.

Le chapitre examine les facteurs sociaux, culturels et économiques qui déterminent en grande partie l'idée qu'un individu se fait des risques sanitaires, ainsi que les facteurs structurels qui influent sur la nature de la politique adoptée pour les combattre et sur l'impact des interventions. On y voit combien il importe, pour réduire les risques, de comprendre et gérer les perceptions du risque dans les divers groupes de la société. L'action visant à réduire l'exposition aux risques doit s'envisager dans le contexte social local et les interventions à visée préventive dépendent largement, mais pas uniquement, des ressources et du niveau d'éducation des individus. Il conviendrait donc de mettre en oeuvre un programme de recherche concerté au niveau international pour mieux sensibiliser les populations des pays en développement à un certain nombre de risques majeurs, comme l'épidémie de tabagisme.

Les auteurs sont d'avis que l'information sur les risques et leurs conséquences, présentée dans le langage scientifique d'une évaluation cyndinique, doit être communiquée avec toute l'instance voulue mais aussi avec certaines précautions. Finalement, ils concluent que, pour que les interventions soient adoptées et mises en oeuvre avec succès, il est essentiel que s'instaurent un climat de confiance et un souci de partage des responsabilités entre les pouvoirs publics et toutes les parties intéressées, notamment les médias.

Dans le *chapitre 4*, intitulé « *Analyse de quelques risques sanitaires majeurs* », sont exposés les principaux résultats d'un important projet mené à l'initiative de l'OMS pour quantifier, à l'échelon mondial et de façon comparable, les effets sanitaires d'un certain nombre de facteurs de risque majeurs. La plupart de ces résultats sont brièvement mentionnés dans le présent synopsis.

Ce chapitre commence par un aperçu de la méthodologie générale utilisée, auquel fait suite un exposé sur les principaux risques sanitaires, leur ampleur et le genre de menace qu'ils constituent. Puis, les résultats essentiels de l'analyse sont récapitulés, et l'on examine ensuite l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé qu'ils permettent d'espérer si l'on s'attaque aux causes des maladies et des traumatismes. Les analyses mentionnées dans ce chapitre avaient pour finalité d'obtenir des estimations fiables et comparables de la charge attribuable de maladies et de traumatismes qui puissent servir de base à des mesures conformes aux grandes orientations de la politique sanitaire.

Il est souligné que, bien souvent, ce sont les pays pauvres et les membres défavorisés de toute société qui supportent la charge la plus lourde en termes de risques sanitaires. Les menaces qui pèsent sur la santé s'observent pour la plupart chez les personnes démunies, peu instruites et pratiquant des métiers peu valorisants. En étudiant l'exposition aux facteurs de risque des ménages et des individus démunis ainsi que la charge morbide dont elle est la cause, il est possible d'élaborer les politiques les plus à même de la réduire.

Le *chapitre 5* intitulé « *Quelques stratégies de réduction des risques* » expose les meilleures données disponibles sur le coût et l'efficacité de certaines interventions permettant de réduire quelques-uns des facteurs de risque majeurs examinés au chapitre 4. Il examine dans quelle mesure ces interventions, utilisées seules ou en association, sont à même d'améliorer la santé des populations. L'analyse figurant dans ce chapitre sert à déterminer à la fois les actions très rentables et celles qui ne paraissent pas d'un bon rapport coût/efficacité dans les différents contextes. On y montre comment les décideurs peuvent engager le débat sur les priorités en sachant quelles interventions seraient les plus bénéfiques pour la santé de la population compte tenu des ressources disponibles. Mais si cette information est d'une importance capitale, ce n'est pas le seul élément dont il faut tenir compte pour se prononcer définitivement sur la meilleure association de mesures possible.

Suit un examen de toute une série de stratégies pour la réduction de différents types de risques et de leur impact éventuel sur les coûts et l'efficacité. Cet examen porte sur des comportements individuels en relation avec ces risques comme les habitudes alimentaires, le tabagisme et les pratiques sexuelles. On y passe aussi en revue divers autres facteurs

comme l'hérédité et l'environnement – notamment l'eau et l'assainissement – en précisant que nombre de stratégies de réduction des risques impliquent un changement de comportement, ce qui, dans certains cas, peut nécessiter une intervention active des pouvoirs publics. Dans la suite du chapitre, on examine divers moyens de parvenir au même but, par exemple la démarche axée sur toute une population par opposition à la démarche individuelle et la prévention par opposition au traitement. C'est en associant ces deux approches que l'on a le plus de chances d'améliorer la santé.

En ce qui concerne la politique générale, on explique dans ce chapitre que des interventions relativement peu coûteuses peuvent procurer des avantages sanitaires très substantiels. Toutefois, on n'obtiendra un résultat optimal avec les ressources disponibles qu'après avoir soigneusement examiné les coûts et les effets de ces interventions. Une stratégie de protection de l'environnement de l'enfant est rentable dans tous les contextes. Elle doit comprendre une supplémentation en micronutriments, le traitement de la diarrhée et de la pneumonie, et la désinfection de l'eau aux points d'utilisation pour réduire l'incidence de la diarrhée. Cette dernière mesure est particulièrement rentable dans les régions à forte mortalité infantile. Le passage à une politique de gestion de l'eau domestique semble être l'intervention à court terme la plus indiquée dans ce domaine.

Les interventions de prévention visant à réduire l'incidence des infections à VIH, comprenant des mesures de promotion des méthodes d'injection sans danger, sont d'un très bon rapport coût/efficacité. La thérapie antirétrovirale associée à des activités préventives est rentable dans la plupart des cas.

On a constaté que, dans tous les cas, au moins un type d'intervention s'est révélé efficace pour réduire le risque de maladie cardio-vasculaire. Utilisées seules ou en association, les stratégies visant à abaisser la teneur en sel des aliments et les taux de cholestérol dans le sang sont toujours très rentables. En outre, il serait judicieux que les gouvernements envisagent des mesures pour réduire la teneur en sel des aliments industriels à l'échelle de la population, par la voie d'une réglementation ou d'une autoréglementation.

Favoriser les stratégies de réduction des risques est une importante fonction des pouvoirs publics. Les taxes sur les cigarettes et les produits du tabac sont, dans l'ensemble, très rentables et, en les augmentant, on améliore la santé de la population. Des améliorations encore plus spectaculaires peuvent être obtenues en associant la hausse des taxes à l'interdiction générale de la publicité pour le tabac.

Chapitre 6 : « *Renforcement des politiques de prévention des risques* ». Dans ce chapitre, il est dit que les pouvoirs publics, en tant que garants de la santé de leurs administrés, doivent largement investir dans la prévention des risques pour qu'à l'avenir, la part évitable de la mortalité soit nettement plus importante.

La communauté scientifique internationale et ceux qui sont chargés d'améliorer la santé publique ont, dans l'ensemble, la même notion de ce qu'il convient de faire. Les stratégies visant à atteindre les objectifs visés doivent 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 des populations pauvres, et la réduction ou la prévention de l'exposition à d'autres facteurs tels que le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

On en sait déjà beaucoup sur la manière de réduire efficacement les risques pour la santé : il faut à cet effet que les gouvernements et autres partenaires s'engagent dans une action de longue haleine. Les éléments clés en seront la création ou le renforcement d'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 permettant de tirer parti de leur potentiel en vue de réduire largement les expositions de la population aux facteurs de risque.

Ce chapitre souligne également quelques importantes considérations à prendre en compte lorsque l'on veut adopter des mesures de réduction des risques, et notamment : les critères de choix des principaux risques auxquels on va s'attaquer ; l'équilibre à maintenir entre les efforts de prévention primaire, secondaire et ultérieure ; la prise en charge des risques incertains ; et, enfin, le problème connexe du renforcement de la base de données utilisée pour l'action. Il ne faut pas oublier non plus les incidences éthiques de diverses stratégies programmatiques, notamment leur impact sur les inégalités sanitaires dans la population.

Le *chapitre 7* : « *Prévention des risques et adoption de mesures* », contient les conclusions du rapport. Il y est dit que, pour protéger et améliorer la santé dans le monde, on doit mettre beaucoup plus l'accent sur la prévention des causes réelles des maladies importantes, au même titre que sur le traitement de ces maladies. Pour la prévention, le mieux est d'entreprendre une action concertée en vue d'identifier et de réduire les risques majeurs très répandus en tirant parti des possibilités de prévention qu'ils offrent. S'attaquer aux risques majeurs permettrait d'améliorer la santé dans le monde bien au-delà de ce que l'on imagine généralement.

Les auteurs nous disent que le rapport offre aux gouvernements une occasion unique de s'attaquer franchement et avec détermination, sur la base de ses conclusions, à un nombre relativement restreint de risques majeurs pour la santé en sachant qu'ils ont ainsi de fortes chances d'améliorer largement l'espérance de vie en bonne santé de leurs citoyens, tant dans les pays pauvres que dans les pays riches, même si certains facteurs de risque y sont différents.

Des mesures énergiques s'imposent. Les gouvernements peuvent décider d'augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool, de promulguer une législation pour réduire la teneur des aliments en sel et autres ingrédients nocifs, d'adopter des dispositions plus strictes pour protéger l'environnement et des politiques énergétiques ambitieuses, et de lancer des campagnes de promotion de la santé et de sécurité sanitaire plus percutantes.

C'est là incontestablement un changement de méthode radical. On demande en effet aux gouvernements de se convaincre qu'il vaut mieux cesser de mettre l'accent sur une minorité d'individus à haut risque pour se consacrer davantage à une prévention pouvant être appliquée à l'ensemble de la population.

Des raisons impérieuses militent en faveur d'un rôle plus actif des gouvernements dans la lutte contre ces risques majeurs. En tant que responsables des ressources sanitaires, ils ont la charge de protéger leurs citoyens. En outre, la réduction des risques favorise un développement durable et peut réduire les inégalités dans la société.