



Tables rondes ministérielles

Les risques pour la santé

APERCU GENERAL : MESURER, SIGNALER ET REDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTE

1. La prévention oblige à s'intéresser aussi bien aux causes des maladies et des traumatismes qu'à leurs conséquences. Les risques pour la santé qui appellent une action des pouvoirs publics et des décideurs sont aujourd'hui plus nombreux que jamais. On s'est malheureusement peu préoccupé jusqu'à présent de déterminer avec précision l'importance relative des risques, de sorte que les connaissances et les moyens disponibles pour parer aux principaux dangers connus sont sous-exploités. Pourtant, il existe une série de mesures préventives et thérapeutiques à la fois efficaces et économiques pour limiter ces risques, mais elles sont souvent délaissées au profit d'interventions moins rentables qui visent parfois des risques peu importants ou très aléatoires.
2. Pour évaluer les risques et informer le grand public comme les décideurs, il faut utiliser un cadre normalisé qui autorise des comparaisons. Tout en surveillant les risques encore incertains, les pouvoirs publics doivent s'occuper en priorité des principaux dangers dont il n'est plus permis de douter, et tirer meilleur parti des interventions d'un bon rapport coût/efficacité. Dans de nombreux pays, une telle démarche offrirait des avantages considérables à la population, surtout aux déshérités, en lui faisant gagner au moins dix années de plus en bonne santé.
3. On peut considérer comme un risque pour la santé tout facteur susceptible de nuire à la santé. Les risques sont donc en nombre presque infini. Sans une méthode quantitative permettant d'évaluer leur impact, la politique risque de n'être dictée que par les intérêts de groupes de pression ou par l'émotion que suscitent certains cas particuliers. Par conséquent, l'un des principaux objectifs de l'analyse des risques est de faciliter les comparaisons. Les risques doivent par ailleurs être définis et étudiés dans une optique globale, valable quels que soient l'enchaînement des causes et les méthodes d'analyse utilisées.
4. Pour déterminer quels sont les plus grands risques pour la santé, on se fonde sur certains critères tels que l'impact au niveau mondial de toutes les causes principales de mortalité et d'incapacités (qui compteront probablement aussi parmi les premières causes de morbidité), la fiabilité et la concordance des données scientifiques et les possibilités d'intervention. Les autres éléments à prendre en considération pour décider d'adopter ou non une politique sont la conscience que l'opinion a de l'importance des risques et des avantages de la prévention, l'homogénéité de la répartition et des conséquences des risques. Une parade efficace suppose la participation de nombreux acteurs dans différentes branches de la société, une démarche associant la politique à la science, de nombreuses analyses qualitatives et quantitatives, la franchise en matière d'information et l'ouverture au dialogue.

5. La plupart du temps, les plus exposés aux risques pour la santé sont les groupes vulnérables : les pauvres, les personnes peu instruites et les travailleurs peu qualifiés. L’OMS, d’autres organisations internationales et les gouvernements visent à rétablir un équilibre, en commençant par déterminer dans quelle mesure les pauvres sont plus menacés.

6. Depuis quelques dizaines d’années, l’analyse des risques, qui consiste à recenser, chiffrer et caractériser les différents périls pour la santé humaine et l’environnement, connaît un essor rapide. Cette analyse est aussi politique que scientifique car elle s’intéresse aussi à la manière dont les risques sont perçus par l’opinion ; des considérations de valeurs, de processus, de pouvoir et de confiance entrent en ligne de compte. Le rôle et la place de l’évaluation des risques, l’information, la gestion des risques, l’intérêt économique des interventions et l’élaboration des politiques sont autant de questions qui offrent matière à discussion.

QUANTIFIER CERTAINS RISQUES POUR LA SANTE

7. Une estimation des principaux risques pour la santé sélectionnés parmi une série de facteurs figure à l’annexe 1. Les chiffres ont été calculés en collaboration avec un réseau mondial de spécialistes en la matière. D’après ces estimations, la malnutrition protéino-énergétique, qui sévit essentiellement dans les régions en développement, était la première cause de morbidité dans le monde en l’an 2000. Conjugée aux carences en micronutriments, elle est responsable du tiers de la charge de morbidité dans la Région africaine. Les rapports sexuels non protégés figurent en deuxième position, avec une morbidité concentrée dans cette même Région. Viennent ensuite quatre facteurs de risque (hypertension, tabagisme, consommation d’alcool et l’insalubrité – eau, assainissement et hygiène), suivis par l’excès de cholestérol et la pollution de l’air intérieur. Le tableau ci-dessous indique les principales causes de morbidité pour chacune des grandes catégories de revenu auxquelles appartiennent les pays.

Revenu national	Principales causes de morbidité
Faible	Malnutrition protéino-énergétique Rapports sexuels non protégés
Intermédiaire	Malnutrition protéino-énergétique Hypertension Tabagisme Consommation d’alcool
Elevé	Hypertension Tabagisme Consommation d’alcool Excès de cholestérol

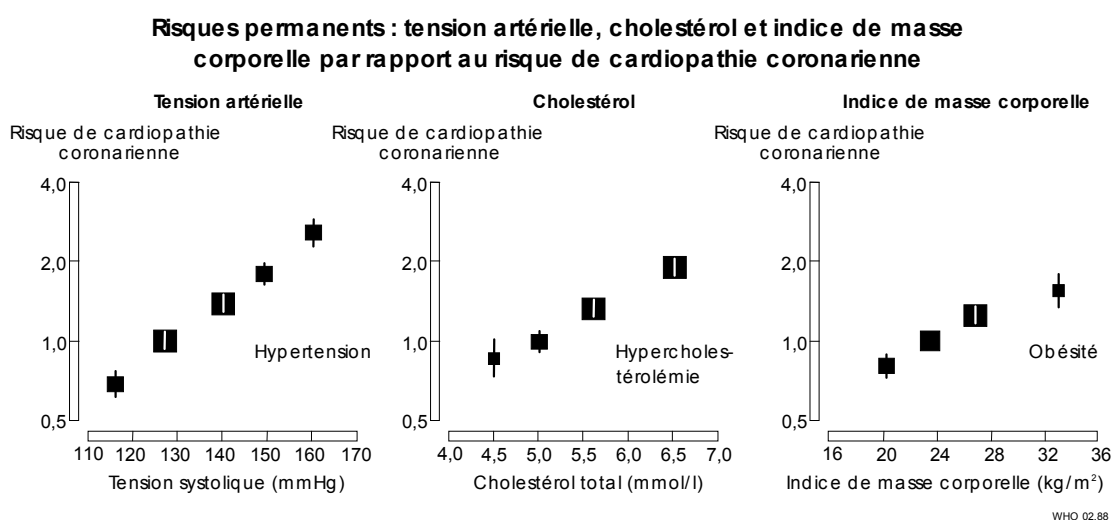
8. L’évaluation des risques consiste à estimer la charge de morbidité imputable à différents facteurs de risque, dont chacun peut être infléchi par toutes sortes de stratégies. Cet exercice permet de se faire une idée de l’importance des risques les uns par rapport aux autres et, au vu de cela, de définir un programme de recherche et d’orienter les politiques. L’évaluation donne en outre des indications sur l’intérêt que présenterait pour la santé une réduction de ces risques.

ANALYSE COUT/EFFICACITE

9. L'analyse coût/efficacité est l'un des instruments dont peuvent se servir les décideurs pour déterminer quelles sont les interventions les plus « rentables ». Il faut prendre en compte de nombreux aspects pour choisir entre diverses options. L'intervention idéale serait celle qui vise un facteur de risque associé à une importante charge de morbidité et qui s'est avérée à la fois économique et efficace au niveau de la population. Il en existe, comme la supplémentation en vitamine A ou d'autres mesures du domaine de la santé maternelle et infantile, mais les choses sont rarement aussi simples. Il est ainsi particulièrement difficile de trouver un compromis entre prévention et traitement, comme dans le cas du VIH/SIDA, où la gageure consiste à offrir un traitement antirétroviral puissant aux malades sans rien retrancher des ressources consacrées au conseil et au dépistage volontaire et à la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque. Or ces deux interventions n'ont pas du tout le même rapport coût/efficacité.

10. L'autre dilemme qui se pose aux décideurs est de savoir s'il est plus judicieux de viser uniquement les personnes à risque ou l'ensemble de la population. La prévention secondaire auprès des fumeurs souffrant d'hypertension, d'hypercholestérolémie et d'obésité, qui ont eu une première alerte cardiovasculaire et chez qui le risque de récurrence est grand, présente-t-elle un meilleur rapport coût/efficacité que les programmes conçus pour inciter tout un chacun à changer de mode de vie, lesquels ne donneront des résultats que plus tard ? Il est tout à fait possible de modifier considérablement la distribution de la population exposée à un risque déterminé, comme le montre le programme de prévention des maladies cardio-vasculaires appliqué en Carélie du Nord, en Finlande. Quand on peut les mesurer, les principaux facteurs de risque continuent de décroître jusqu'au plus bas niveau observable (voir la figure ci-dessous).

Figure



11. L'analyse coût/efficacité est extrêmement utile quand il s'agit d'élaborer une politique contre les risques les plus courants et les mieux répartis, qui sont sans équivoque, que la science explique bien et qu'il est possible de réduire. L'analyse permet généralement de distinguer trois sortes d'interventions : bon rapport coût/efficacité et économiques, bon rapport coût/efficacité mais coûteuses, mauvais rapport coût/efficacité et non prioritaires. Plus les risques eux-mêmes ou les résultats de la stratégie sont aléatoires, moins ce type d'analyse est utile à la décision.

12. Enfin, il est indispensable de mettre en balance les retombées des interventions et l'impact des facteurs de risque sur l'état de santé futur des populations. Mais il importe également de déterminer la

mesure dans laquelle d'autres interventions contribuent à la réalisation d'objectifs sociaux tels que la réduction des inégalités en santé et la réponse aux attentes légitimes de la population.

PERCEPTION DES RISQUES ET INFORMATION

13. Les travaux de recherche entamés dans les années 80 et 90 ont montré que les risques sont loin d'être perçus de la même façon par tous les intéressés, surtout par la communauté scientifique et le grand public, en ce qui concerne par exemple l'énergie nucléaire et les véhicules à moteur. Il est généralement admis désormais que ces deux points de vue ont leur importance et que les politiques de gestion des risques doivent être consensuelles pour être efficaces. Les risques présentent des caractéristiques qui expliquent en grande partie les préoccupations du grand public, selon qu'ils sont observables ou au contraire invisibles, fortuits ou délibérés, très redoutés ou encore susceptibles d'avoir des conséquences sur plusieurs générations. Il ressort également des études que les risques mineurs et courants sont souvent tolérés alors que les risques rares mais catastrophiques sont très controversés. Toutefois, lorsqu'une technologie paraît offrir de grands avantages et très peu d'inconvénients, comme beaucoup de vaccins, d'actes médicaux et de médicaments, les professionnels et le public en acceptent généralement les risques.

14. L'importance de l'information est désormais largement reconnue, surtout la communication entre les gouvernements et leurs conseillers scientifiques d'une part, le grand public et les groupes d'intérêts d'autre part. La manière dont les risques sont présentés, les porte-parole du milieu scientifique, les conditions dans lesquelles ont lieu le dialogue et les négociations, ainsi que les indications données sur les points encore flous influent dans une large mesure sur les politiques adoptées pour modifier et maîtriser les risques. Un climat de confiance entre toutes les parties est indispensable à l'application d'une bonne politique de maîtrise des risques. Toutefois, lorsque la politique empiète sur les intérêts d'entreprises privées (par exemple les sociétés productrices de tabac et d'alcool), celles-ci tentent souvent de diviser l'opinion publique et les milieux scientifiques pour fragiliser le consensus.

15. Les politiques de gestion des risques doivent être adaptées au contexte local, notamment culturel et social, et à la situation politique et économique. Or les risques pour la santé n'ont guère été étudiés dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, ni comparés entre les sociétés. Il est donc nécessaire de réunir davantage de données épidémiologiques sur les risques pour la santé et de chercher à savoir comment ils sont présentés et perçus. On sait peu de chose encore, par exemple, sur la manière dont la pauvreté et le comportement influent sur la vulnérabilité des populations au VIH/SIDA et sur l'attitude des individus face au risque de contamination.

DE LA GESTION DES RISQUES A LA POLITIQUE DE SANTE

16. Les politiques de gestion des risques diffèrent selon que ceux-ci sont bien étudiés du point de vue scientifique et courants (par exemple l'hypertension, le tabagisme, l'absence d'eau propre), moins bien compris (consommation de légumes, obésité) ou peu fréquents (carence en zinc, absorption de plomb), ou encore méconnus (changements climatiques). Le degré d'incertitude scientifique varie probablement de la même façon.

17. Afin que les stratégies de gestion des risques aient un effet maximum sur la santé, les décideurs doivent s'attaquer en priorité aux risques environnementaux (changements climatiques, par exemple) et relatifs au milieu ambiant (assainissement) ainsi qu'aux risques plus immédiats. Les stratégies doivent aussi promouvoir la prévention en limitant l'exposition dans l'ensemble de la population et parmi les individus les plus menacés dans des groupes bien définis.

18. Le point le plus controversé est généralement la gestion des risques rares ou très aléatoires. L'action est freinée par le manque de données scientifiques, une perception très variable des risques, des priorités publiques et privées difficilement conciliables, le manque d'éléments prouvant l'efficacité des interventions et la faiblesse des organes décisionnaires. Une politique visant l'ensemble de la population est peu probable en ce cas. Selon l'inquiétude que suscitent les risques chez les scientifiques, les responsables et le grand public, et la convergence de leurs points de vue, la politique consiste à adopter une attitude attentiste ; à entreprendre d'autres travaux de recherche pour éclaircir les zones d'ombre ; à attendre l'issue des échanges scientifiques et du dialogue public ; ou encore à prendre des précautions, surtout si les risques sont fortuits.

19. Le principe de précaution peut être invoqué dans les situations qui, de l'avis général, laissent présager des risques graves dont les effets sont inconnus mais vraisemblablement très nuisibles, lorsque les avis divergent fondamentalement sur l'importance des risques et quand l'absence ou le manque de données scientifiques empêche de connaître la nature du danger, les probabilités et l'ampleur des conséquences. Ce principe s'applique surtout dans les cas graves où il est impossible de prendre une décision parce qu'il y a trop d'incertitudes et de divergences.

20. Les pouvoirs publics ont une importante part de responsabilité dans la protection de la population contre les risques, surtout les risques invisibles et fortuits. De leur côté, les administrés doivent savoir comment les pouvoirs publics prennent leurs décisions. On sait d'expérience quels sont les meilleurs moyens d'informer le public au sujet des risques, notamment qu'il faut indiquer tous les faits connus et tous les points encore flous et faire appel à des spécialistes qualifiés et reconnus, mais indépendants. Il importe d'instaurer un climat de confiance entre les responsables, les experts, le public et les médias.

21. Cette confiance suppose une plus grande ouverture de la part des pouvoirs publics et l'absence de pressions politiques sur les organismes chargés de la réglementation. L'information sur les risques doit être entièrement du domaine public et les particuliers doivent avoir accès aux travaux des conseillers scientifiques. Les médias doivent être libres d'enquêter et de publier leurs conclusions.

POINTS A DEBATTRE

- Quels sont les principaux risques pour la santé dans votre pays et connaissez-vous leur ampleur avec certitude ?
- Les systèmes de suivi et de surveillance sont-ils suffisamment au point pour déterminer si les taux d'exposition augmentent et dans quels sous-groupes de population ?
- Quels sont les obstacles à l'application d'interventions visant à réduire les principaux risques dans l'ensemble de la population ?
- Quels sont les services gouvernementaux à renforcer pour réduire davantage les principaux risques pour la santé dans votre pays ?
- Quelles mesures prendre pour augmenter les ressources en matière de prévention ?
- Quelles sont les stratégies appliquées dans votre pays pour gérer les risques très aléatoires ?
- Comment mieux informer sur les risques dans votre pays ? Une collaboration plus étroite avec les médias serait-elle utile ?

ANNEXE 1
QUELQUES-UNES DES PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITE, 2000

	Ensembles de pays avec taux de mortalité élevé chez l'enfant, élevé ou très élevé chez l'adulte ^a	Ensembles de pays avec taux de mortalité faible chez l'enfant et l'adulte ^a	Ensembles de pays avec taux de mortalité faible ou très faible chez l'enfant ^a
Population totale (000)	2 295 264	2 396 789	1 353 119
Part estimée de la charge de morbidité (Années de vie corrigées de l'incapacité (DALY))	%		
	>5	Malnutrition protéino-énergétique Rapports sexuels non protégés	Consommation d'alcool Hypertension Malnutrition protéino-énergétique Tabagisme
	1-5	Consommation d'alcool Hypertension Excès de cholestérol Fumée de combustibles solides à usage domestique Carence en fer Tabagisme Insalubrité – eau, assainissement et hygiène Carence en zinc	Indice élevé de masse corporelle Excès de cholestérol Fumée de combustibles solides à usage domestique Carence en fer Manque d'exercice physique Insalubrité – eau, assainissement et hygiène
<1	Violences sexuelles sur enfant Indice élevé de masse corporelle Absorption de plomb Pas d'allaitement au sein Manque d'exercice physique Risques professionnels donnés Injections thérapeutiques à risque Grossesse non désirée Carence en vitamine A	Violences sexuelles sur enfant Absorption de plomb Pas d'allaitement au sein Risques professionnels donnés Injections thérapeutiques à risque Rapports sexuels non protégés Grossesse non désirée Carence en vitamine A Carence en zinc	
Charge de morbidité (milliers de DALY perdues)	845 628	411 268	215 496

^a Voir l'annexe 2.

Note : Certaines causes sont concomitantes et peuvent être combattues par des interventions apparentées, par exemple la malnutrition et la carence vitaminique.

ANNEXE 2
COMPOSITION DES ENSEMBLES DE PAYS PAR STRATE DE MORTALITE

Pour faciliter l'analyse, les 191 Etats Membres de l'OMS ont été répartis en cinq strates de mortalité selon le niveau de mortalité des enfants (5q0) et des adultes de sexe masculin (45q15) : A = très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte ; B = faible chez l'enfant, faible chez l'adulte ; C = faible chez l'enfant, forte chez l'adulte ; D = forte chez l'enfant, forte chez l'adulte ; E = forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte.

La matrice définie pour les six Régions OMS et les cinq strates de mortalité a permis de regrouper les pays en 14 ensembles (toutes les strates de mortalité n'étant pas représentées dans chaque Région).

Région OMS	Strate	Etats Membres de l'OMS
Afrique	D	Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo
	E	Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie, Zimbabwe
Amériques	A	Canada, Cuba, Etats-Unis d'Amérique
	B	Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
	D	Bolivie, Equateur, Guatemala, Haïti, Nicaragua, Pérou
Asie du Sud-Est	B	Indonésie, Sri Lanka, Thaïlande
	D	Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Myanmar, Népal, République populaire démocratique de Corée
Europe	A	Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovénie, Suède, Suisse
	B	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Pologne, Ex-République yougoslave de Macédoine, Roumanie, Slovaquie, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Yougoslavie
	C	Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova, Ukraine
Méditerranée orientale	B	Arabie saoudite, Bahreïn, Chypre, Emirats arabes unis, Iran (République islamique d'), Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Tunisie
	D	Afghanistan, Djibouti, Egypte, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan, Yémen
Pacifique occidentale	A	Australie, Brunéi Darussalam, Japon, Nouvelle-Zélande, Singapour
	B	Cambodge, Chine, Fidji, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Malaisie, Micronésie (Etats fédérés de), Mongolie, Nauru, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam