

Il en est ainsi des pathologies cancéreuses féminines et des troubles mentaux, entre autres.

Par ailleurs, dans la plupart des autres programmes de santé, une approche genre n'est pas adoptée, ce qui conduit souvent à une marginalisation des femmes. Les programmes de lutte contre la drogue et le tabagisme par exemple, ciblent plus les garçons que les filles.

Il ne faut pas oublier que les femmes ne sont pas seulement bénéficiaires de programmes, elles jouent un rôle important dans l'adhésion et le succès de certains programmes comme le Programme élargi de vaccination (PEV) mais aussi dans la prise en charge des malades en tant que dispensatrices de soins.

Conclusion

La réduction des disparités de genre, l'amélioration du statut des femmes pour qu'elles exercent le droit de gérer leur corps, leur sexualité et leur fécondité, l'élimination de toute forme de violence à l'égard des femmes permettront de diminuer en grande partie leur vulnérabilité vis-à-vis des problèmes majeurs de santé.

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des programmes sont actuellement dérisoires. Elles doivent provenir d'abord d'un effort national. Cet effort national doit être soutenu et accompagné par les contributions des agences de coopération bilatérales et multilatérales.



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Degas

Améliorer la santé de l'enfant

Les actions les plus probantes pour l'amélioration de la santé des enfants dans les pays pauvres concernent la lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi l'accès à une eau et une alimentation de qualité.

Claire Brisset
Directrice de
l'information au
Comité français pour
l'Unicef

Aider les pays les plus démunis de la planète à améliorer la situation sanitaire de leurs enfants suppose en premier lieu une investigation sur la mortalité et la morbidité qui y sévissent. Cette évidence n'a pas toujours été strictement respectée par les bailleurs d'aide extérieure ni même par les pays en cause, dont les soucis de prestige, voire les préoccupations économiques, ont parfois pris le pas sur les exigences de la santé publique.

Aujourd'hui, études épidémiologiques et maturité politique aidant, les données se sont quelque peu éclaircies, aussi bien celles qui tiennent à la morbidité et à la mortalité des enfants dans les pays du Tiers Monde qu'à la stratégie à mettre en œuvre pour les réduire.

En termes de morbidité et de mortalité des enfants dans les pays en développement, quelles sont les données qui, à présent, recueillent la quasi-unanimité ?

La première est sans aucun doute la suivante : ce qui pèse le plus lourdement demeure le couple mal-

nutrition-infections, et leur interaction réciproque. À l'heure actuelle, environ 180 millions d'enfants continuent de souffrir de malnutrition (à des degrés divers) dans le Tiers Monde. Cette malnutrition fait le lit de toutes les infections, les aggrave de manière parfois dramatique, comme la banale rougeole. En retour, les infections provoquent, aggravent et parfois même précipitent dramatiquement la malnutrition, qu'il s'agisse d'attaques microbiennes, virales, ou parasitaires. Un exemple : les ascaris présents dans le système digestif d'un enfant peuvent absorber jusqu'à 10 % de sa ration alimentaire, et un accès de paludisme peut « coûter » jusqu'à 5 000 calories.

Deuxième constatation : les douze à treize millions d'enfants qui meurent chaque année dans le Tiers Monde sont emportés, dans leur écrasante majorité, par des infections bénignes que, grâce à une nutrition adaptée et à des procédures très simples de prévention et de traitement, l'on serait parfaitement en mesure de prévenir ou d'enrayer.



Ainsi, les premières « tueuses » d'enfants restent les maladies respiratoires aiguës, affections banales des voies aériennes supérieures, qui emportent à elles seules quatre millions de jeunes enfants chaque année. Dans l'ordre, viennent ensuite les maladies diarrhéiques, donc les déshydratations qui tuent, chaque année, plus de deux millions d'enfants alors que leur traitement, essentiellement la réhydratation par voie orale, est le plus souvent d'une simplicité déconcertante.

Ensuite vient le paludisme qui, dans certains pays, est en tête de toutes les causes de mortalité infantile, notamment lorsqu'il est saisonnier comme dans la plupart des pays du Sahel. Enfin, viennent les maladies que la vaccination permettrait de prévenir, comme

la rougeole (un million de morts d'enfants chaque année), le tétanos (500 000 morts), la coqueluche (300 000) ou celles qui, sans tuer, invalident (la poliomyélite) ou affaiblissent. Restent les « nouvelles » maladies, en particulier le sida qui, dans certaines parties du Tiers Monde et singulièrement en Afrique subsaharienne, tendent aujourd'hui à supplanter les autres facteurs de morbidité et de mortalité.

Un tel tableau épidémiologique impose bien entendu quelques conclusions claires en termes de stratégies sanitaires, donc de coopération en matière de santé. La première a été établie depuis la conférence d'Alma Ata, organisée conjointement dans cette ville alors soviétique, par l'Unicef et l'OMS, en 1978. La conclu-

Couverture vaccinale dans les pays pauvres

Les chiffres de la couverture vaccinale dans les pays pauvres sont en diminution depuis 1990.

Les pays classés parmi les pays les moins développés par l'OMS sont au nombre de 45 et représentent une population totale d'environ 600 millions d'habitants. Ils ont un PNB par habitant ajusté sur le pouvoir d'achat compris entre 510 (Éthiopie ou Sierra Leone) et 3 000 \$.

Le calendrier de vaccination minimum recommandé par l'OMS inclut le BCG à la naissance, trois doses de vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche et polio à 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines et le vaccin antirougeoleux à 9 mois. Le vaccin contre l'hépatite B (3 doses administrées à des âges dépendant du risque de transmission maternelle) est également recommandé

dans les pays endémiques ainsi qu'une dose de vaccin contre la fièvre jaune dans les pays à risque.

Les objectifs de l'OMS ont été exprimés en termes de chiffres de couverture vaccinale à atteindre (80 % pour tous les antigènes) jusqu'en 1990. Actuellement, les objectifs mondiaux sont rédigés en termes d'éradication de la poliomyélite, de contrôle de la rougeole et du tétanos néonatal et de diminution de 80 % des nouveaux porteurs de virus de l'hépatite B.

La couverture vaccinale, dont les chiffres sont diffusés chaque année par l'OMS, correspond aux données communiquées par les gouvernements sur la base des activités de vaccination de routine ou de sondage.

La couverture vaccinale représente la proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu une dose de BCG et vac-

cinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B (3 doses), la rougeole et la fièvre jaune (1 dose). Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux doses de vaccin antitétanique est également déclaré dans le cadre du contrôle du tétanos néonatal.

À l'échelle mondiale, les chiffres officiels pour 1998 sont de 78 % pour le BCG, 74 % pour 3 doses de DTC, 72 % pour le vaccin rougeoleux seul ou associé, 74 % pour le vaccin poliomyélique, et 44 % pour deux doses d'anatoxine tétanique chez les femmes enceintes. Tous ces chiffres sont en diminution nette par rapport à 1997 et 1990.

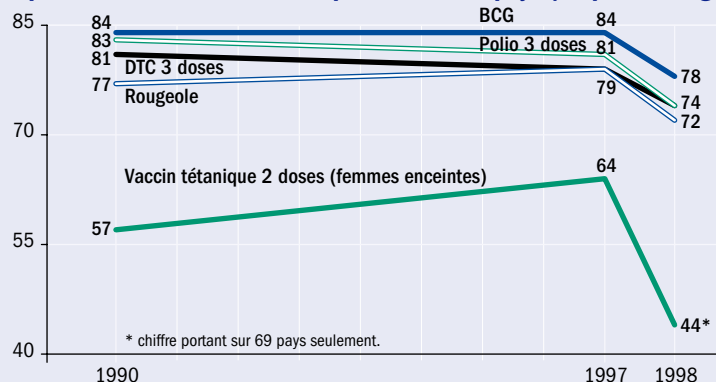
Couverture vaccinale pour les différents vaccins BCG

Le BCG est habituellement considéré comme un indicateur d'accessibilité aux vaccinations, puisqu'il est administré le plus près possible de la naissance. La couverture par le BCG reste la plus élevée de toutes les vaccinations à un niveau mondial. Néanmoins, 5 pays de la région Afrique n'atteignent pas 50 % (Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria), 1 dans la région des Amériques (Haïti), 1 dans la région de la Méditerranée orientale (Afghanistan) et 1 dans celle du Pacifique occidental (Papouasie Nouvelle Guinée).

Diphtérie, tétanos, coqueluche

Là encore c'est en Afrique que les taux régionaux sont les plus bas. 10 pays

Couverture vaccinale mondiale 1990, 1997 et 1998 selon les chiffres disponibles en novembre 1999 portant sur 88 pays (en pourcentage)



Nicole Guérin
Pédiatre,
membre du
Comité
technique des
vaccinations

sion de cette conférence était claire, en effet : des progrès décisifs ne seront jamais réalisés tant que l'effort ne sera pas porté de façon massive sur la prévention et sur les progrès généraux de l'hygiène, ceux-là même qui ont entraîné le « décollage » sanitaire de l'Occident depuis la fin du ^{xix}^e siècle.

Concrètement, un tel postulat, en termes de politique de santé orientée vers les enfants, impliquait une stratégie menée de front dans plusieurs grandes directions.

La vaccination

Dès le début des années quatre-vingt étaient définis les programmes élargis de vaccination contre six maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, rougeole, co-

queluche et tuberculose), que les États devaient mettre en œuvre avec le soutien des institutions internationales — Unicef et OMS en tête — et de bailleurs de fonds bilatéraux. Dans la pratique, ces derniers ont la plupart du temps fort peu contribué à cet effort gigantesque, dont le premier soutien, de très loin, en termes de financement et d'appui logistique, a été l'Unicef. Les résultats ont été spectaculaires puisque le nombre d'enfants vaccinés contre ces maladies est passé, en vingt ans, de moins de 10 % à près de 80 %.

Mais ce dernier chiffre cache d'énormes disparités, entre pays d'une part, entre villes et campagnes de l'autre. C'est ainsi qu'un pays comme le Mali ne parvient à vacciner qu'un tiers de ses enfants.

sur 48 n'atteignent pas 50 % (Angola, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda). Seuls Haïti et le Vénézuéla n'atteignent pas 50 % dans la région des Amériques, l'Afghanistan dans la région de la Méditerranée orientale, la République Démocratique de Corée dans celle du Sud-Est asiatique.

Poliomyélite

Seuls sont inclus dans l'évaluation de la couverture vaccinale les chiffres des vaccinations administrées dans les programmes de routine, ce qui explique que les taux de vaccination contre la poliomyélite soient presque identiques à ceux de trois doses de DTC. Angola, Cameroun, Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda dans la région Afrique, Haïti, Afghanistan et Papouasie Nouvelle Guinée dans les autres régions ont déclaré une couverture vaccinale pour trois doses de vaccin poliomyélitique inférieure à 50 %. En fait beaucoup d'enfants ont reçu des doses supplémentaires par l'intermédiaire des journées nationales de vaccination mais elles ne sont pas comptabilisées dans ce calcul.

Rougeole

L'objectif mondial est d'atteindre une couverture vaccinale de 90 % pour l'an 2010. Le taux mondial est passé de 79 % en 1997 à 72 % en 1998. En 1998, 16 pays ont déclaré des taux de couverture inférieurs à 50 % : 10 dans la région Afrique de l'OMS (Burundi,

Cameroun, Éthiopie, Libéria, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Togo), 1 dans la région des Amériques (Haïti), 2 dans la région de la Méditerranée orientale (Afghanistan et Somalie) et 1 dans la région de l'Asie du Sud-Est (RD Corée). La couverture n'excède pas 49 % dans toute la région de l'Afrique et 67 % dans celle du Sud-Est asiatique.

Tétanos néonatal

La couverture vaccinale des femmes enceintes par deux doses de vaccin administrées en routine n'est souvent comptabilisée que pour les pays en développement. Elle a accusé une légère hausse entre 1990 (57 %) et 1998 (64 %). C'est dans la région de l'Asie du Sud Est que la couverture vaccinale était la plus élevée en 1997 (80 %) et dans la région de l'Afrique qu'elle était la plus faible (46 %).

Fièvre jaune

La fièvre jaune est endémo-épidémique dans les pays d'Afrique et d'Amérique intertropicale. Parmi les 21 pays pauvres de ces régions à risque, 8 seulement rapportent des chiffres de couverture vaccinale chez l'enfant. Tous ces chiffres sont inférieurs à 40 %, sauf en Gambie (91 %).

Hépatite B

Plus de 110 pays du monde ont inclus le vaccin contre l'hépatite B dans leurs programmes de vaccination de routine. Bien que tous les pays pauvres soient situés dans la zone d'endémie élevée et que le risque d'infection par l'hépatite

B soit 8 à 20 fois plus élevé que celui des pays développés, seuls 6 pays définis comme pauvres ont donné des chiffres de couverture vaccinale contre l'hépatite B. Ces chiffres sont élevés dans la majorité des pays, mais les pays concernés sont des petits pays de moins de 2 millions d'habitants (Boutan 81 %, Gambie 93 %, Maldives 45 %, Samoa 99 %, Salomon 73 %, Vanuatu 75 %).

Il faut dire à ce stade qu'en principe, seuls les pays ayant obtenu des taux de couverture de DTC3 supérieurs à 75 % peuvent espérer une aide des instances internationales pour l'achat du vaccin.

Aucun pays pauvre n'a inclus à ce jour la vaccination contre les infections à l'*Hæmophilus influenzae* de type b (Hib) dans ces programmes, pas plus que les vaccins contre la rubéole et les oreillons.

Conclusion

En conclusion, le calendrier minimum recommandé par l'OMS pour l'ensemble des pays du monde est loin d'être appliqué à tous les enfants dans les pays pauvres. Les vaccins les plus anciens du programme élargi de vaccinations, comme le BCG, les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, bénéficient à moins de la moitié d'entre eux. Quant aux vaccins plus récemment introduits dans le programme, comme l'hépatite B ou la fièvre jaune, ils ne sont pas disponibles dans la plupart des pays pauvres à risque. ■



Santé au travail dans les pays en développement

Jean-François Caillard

Chef du service central
de médecine du
travail, AP-HP

Le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles qui affecte les travailleurs des pays pauvres montre l'urgence d'inciter ces pays à mettre en place des systèmes de protection de la santé au travail.

2 400 000 000

personnes, sans compter les enfants de plus de 10 ans qui sont employés à un titre ou à un autre, composent la force de travail du monde. Les trois quarts habitent les pays en développement ou en voie d'industrialisation, soit environ 1 800 millions. Cette proportion est même plus grande si on considère le travail informel.

Los Alfaquès (Espagne) en 1978 et Bhopal (Inde) en 1984 sont des événements spectaculaires qui ont marqué la mémoire du monde, témoignant des risques immenses encourus par les travailleurs des pays pauvres. Mais plus silencieusement, ce sont chaque année des millions d'accidents de travail et de maladies professionnelles qui sont recensés, ou estimés, laissant la plupart du temps victimes et leurs familles sans ressources, sans possibilité de compensation de la capacité de travail perdu.

Les chiffres fournis par les organisations internationales, essentiellement la Banque mondiale, le Bureau international du travail (BIT) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sont des extrapolations réalisées à partir des enregistrements assurés dans les pays industrialisés.

Le BIT estime à 335 000 par an le nombre d'accidents de travail mortels auxquels s'ajoutent 158 000 décès par accidents de trajet. Le nombre global d'accidents de travail non mortels est estimé entre 250 et 334 millions (BIT) et le nombre d'incapacités permanentes à 12 millions de nouveaux cas chaque année [24].

Le chiffre des maladies professionnelles ayant un rapport de cause à effet direct est encore beaucoup plus difficile à connaître : l'OMS fournit une fourchette de 68 à 157 millions de nouveaux cas par an, susceptibles de provoquer une incapacité permanente dans 10 % des cas, d'évoluer vers une maladie chronique dans 30 à 40 % des cas ; le BIT estime le nombre de décès annuels dont elles sont responsables à 325 000. Aucun chiffre n'est avancé pour ce qui con-

cerne les « maladies en relation avec le travail », celles qui n'entrent dans aucune statistique officielle, mais dont la relation avec l'activité professionnelle (fraction de risque attribuable) est forte sans être univoque. Elles sont habituellement considérées comme innombrables.

Des accidents et maladies considérables et pourtant sous-évalués

Ces chiffres, rarement diffusés, sont considérables. Du fait de la répartition mondiale de la main-d'œuvre, ils concernent majoritairement les pays en développement et nouvellement industrialisés. Ils souffrent cependant d'une grande imprécision, du fait de l'absence ou de la déficience des systèmes d'enregistrement.

Un simple exemple, emprunté au Bénin, en témoigne : entre 1985 et 1989 le nombre d'accidents de travail déclarés au plan national était de 1 080, pour une population active de 2 085 446 personnes. Mais ces déclarations ne concernaient que les 63 000 affiliés au système de sécurité sociale.

Un certain nombre de faits caractérise les risques professionnels dans les pays en développement [21] :

- l'état de précarité des travailleurs tout d'abord : à l'exception des salariés d'entreprises multinationales qui, à des degrés divers et au prix le plus souvent d'une sélection drastique, bénéficient de prestations médicales qui sont essentiellement curatives (les services médicaux qui y sont implantés étendent souvent leurs services aux familles des employés), mais aussi parfois préventives, et des fonctionnaires. Les contrats de travail sont rarement de durée indéterminée, le travail « à la journée » est encore un mode très répandu ;

- un travail physique lourd, qui concerne 50 à 70 % de la main-d'œuvre (10 à 30 % dans les pays industrialisés) ;

- l'exposition à des facteurs physiques (bruit, vibrations, poussières, machines dangereuses ...), qui touche 80 % des tra-

vailleurs (10 à 30 % dans les pays industrialisés) ;

- un haut niveau d'exposition aux toxiques chimiques et aux poussières ;

- les conditions climatiques défavorables (chaleur-humidité) ;

- la prévalence des maladies infectieuses ;

- la pauvreté et l'illettrisme, qui empêchent la prise de conscience des risques, l'accès aux règles de prévention (les consignes de sécurité des machines et produits sont libellés dans les langues des pays exportateurs, inaccessibles à la plupart des salariés locaux, et limitent la possibilité d'organisation en structures comparables aux comités d'hygiène et de sécurité existant dans les pays développés) ;

- une représentation du risque plus volontiers fondée sur un principe de responsabilité individuelle et de fatalité que sur celui de solidarité.

Des risques aggravés par la mondialisation

Trois exemples permettent d'illustrer ces réalités :

- la silicose, maladie dont la prévention tant technique que médicale est parfaitement connue, a atteint en Chine 500 000 personnes entre 1991 et 1995 ; 6 000 nouveaux cas et 24 000 décès sont rapportés chaque année ;

- l'amiante, dont tout usage est banni dans la plupart des pays développés, est encore exportée massivement dans nombre de pays en voie de développement, au prétexte de son faible coût par rapport aux matériaux de substitution, mais aussi sous la pression des pays exportateurs (une action visant à lever le bannissement est actuellement intentée auprès de l'Organisation mondiale du commerce par un de ces pays) ;

- les pesticides sont une des toutes premières causes de mortalité dans le Tiers Monde, même si on excepte les suicides qui leur sont dus. Au Brésil, l'épandage d'insecticides, fongicides et herbicides, concentré dans un pays comme la France sur 4 mois environ, est assuré toute l'année, le plus souvent sans protection individuelle des agriculteurs, dans des conditions physiques (faible mécanisation) et climatiques qui favorisent la pénétration respiratoire et cutanée

des aérosols. En Inde, dans les années quatre-vingt, 70 % des pesticides importés étaient soit interdits, soit sévèrement contrôlés dans les pays industrialisés.

La question des doubles standards de protection de la main-d'œuvre est au cœur des problèmes du développement. Elle est liée au transfert d'industries dangereuses (dont la catastrophe de Bhopal est l'illustration la plus symbolique) des pays développés vers les pays en développement. L'expliquent le haut niveau d'exigence de protection des salariés et de l'environnement des premiers et la faiblesse des législations des pays d'accueil, le faible coût de leur main-d'œuvre (en francs 1993, le salaire horaire de l'ouvrier qualifié était de 55 F ; il était de 15 F en Tunisie, 5,50 F en Thaïlande, 1,50 F au Vietnam) et le désir exprimé d'accueillir des entreprises pourvoyeuses d'emploi. Cette réalité est vraisemblablement en voie d'aggravation du fait des délocalisations d'entreprises résultant de la mondialisation des échanges et de la compétition économique qui, visant à réduire les coûts de production, ne stimulent pas l'investissement dans l'hygiène et la sécurité du travail non plus que dans la protection de l'environnement.

L'accès à des services de santé au travail, autonomes ou intégrés dans l'organisation des soins de santé primaire, est extrêmement réduit : moins de 10 % des travailleurs peuvent en bénéficier dans les pays en développement. Les sommes investies dans la prévention et la réparation des maladies professionnelles et des accidents de travail sont faibles : pour cette dernière, 292 à 566 \$ sont dépensées par an et par travailleur en Australie contre 24 à Singapour et 7 en Thaïlande. Les ressources nationales en santé et sécurité au travail dans les pays en développement sont souvent absentes ou faiblement dotées en hommes et en équipement et documentation ; il en est souvent de même pour les services en charge du contrôle de l'application des législations de protection des travailleurs.

Faute de données détaillées disponibles au plan mondial, il est difficile d'établir une tendance évolutive de la situation dans les pays pauvres. En fonction de leur stade de développement économique, le profil des risques professionnels varie, et on observe aujourd'hui des pathologies (troubles musculo-

squelettiques liés au travail répétitif sous haute cadence, manifestations diverses du stress et de la pression psychologique...) liées aux formes de travail modernes très analogues à celles rencontrées dans les pays développés, tandis que partout ou presque les manifestations pathologiques des risques classiques sont très prégnantes. D'un autre côté, certains pays ont mis en place depuis quelques années des structures de prévention dotées de moyens conséquents : c'est le cas de la Tunisie où, au cours des années soixante-dix, avec le soutien de spécialistes français, belges et québécois, on a commencé à se préoccuper de santé au travail par le biais de l'enseignement médical. La spécialité de médecine du travail a été créée à la Faculté de médecine, et aujourd'hui 350 médecins du travail œuvrent dans des entreprises ou des services inter-entreprises qui couvrent aujourd'hui 45 % de la population. Parallèlement, une inspection médicale du travail, un Institut national de santé et de sécurité au travail, un rôle croissant de la Caisse nationale de sécurité sociale dans la prévention des risques professionnels offrent un dispositif solide dont le champ d'application est en cours d'extension de façon à toucher, à terme, l'ensemble de la population salariée.

Santé au travail une préoccupation des organismes internationaux

Mais cette situation reste relativement rare et dans beaucoup de pays, l'instabilité politique (Afrique noire) ou les crises financières (Asie, Amérique latine) viennent contrarier les efforts, ou en retarder les effets.

C'est la raison pour laquelle l'aide internationale est nécessaire. Elle repose sur des initiatives bilatérales (France/Maghreb et Afrique francophone ; Finlande, Suède, Danemark/Afrique anglophone et Asie du Sud-Est en sont de bons exemples) ; sur des organisations non gouvernementales, au premier plan desquelles la Commission internationale de santé au travail, fondée en 1996, qui travaillent de concert avec les organismes internationaux que sont L'Organisation mondiale de la santé et le Bureau international du travail. À l'instar de l'Union européenne, mais pour le moment avec beaucoup moins d'ampleur, un certain nombre d'organisations inter-étatiques (Ac-

cord de libre échange nord-américain (Alena), Marché commun du cône sud : Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay (Mercosur)) incluent dans leurs principes généraux la protection de la santé des travailleurs.

L'Assemblée générale de l'OMS a voté en mai 1995 une « Stratégie globale sur la santé au travail » qui s'appuie notamment sur un vaste réseau de 52 centres collaborateurs. Le Bureau international du travail vient de redéfinir un programme global (« Safe work »), basé sur la Convention 161 et la Résolution 171.

Les objectifs de tels programmes coïncident : développement de systèmes d'information sur les risques et leurs effets — formation de professionnels de santé au travail — formation/ information des employeurs et des travailleurs — développement des systèmes de protection en ayant recours aux solutions les moins coûteuses et adaptées à la culture du pays — mise en œuvre de recherches coopératives dans le but essentiel de soutenir des plans de prévention devant faire l'objet d'évaluation...

Un appel à l'éthique des pays riches

Reste la question des moyens financiers dévolus à la réalisation de ces objectifs et du degré de priorité qu'à la fois les pays donateurs et les pays potentiellement demandeurs leur accordent. La timidité de l'Organisation mondiale du commerce à soutenir clairement les programmes sociaux dans les pays en développement, parce que certains y voient un moyen de concurrence qu'ils estiment déloyal vis-à-vis des pays riches, illustre à quel point la situation est loin d'être satisfaisante. Une perspective optimiste consiste à fonder espoir sur les placements financiers « éthiques », qui semblent, bien qu'à un stade de début, être une réalité.

En tout état de cause, les pays les plus riches, dans une société mondialisée, ont une responsabilité d'ordre éthique en ce domaine ; mais il est probable qu'il y va aussi de leur intérêt propre. Les conséquences humaines et environnementales du développement de systèmes de production qui n'incluent pas la nécessaire dimension de sécurité collective ne peuvent qu'être néfastes et de nombreux exemples sont là pour le rappeler. ■



En outre, depuis quelques années, l'Unicef, chargée de responsabilités de plus en plus vastes dans le domaine de la protection des enfants notamment, a diminué son effort financier dans ce domaine. D'autres bailleurs de fonds, en particulier la Banque mondiale, ont pris le relais, mais l'effort dans le domaine de la vaccination a incontestablement marqué le pas.

D'où l'initiative de Bill Gates qui, au début de l'an 2000, a versé la somme colossale de 750 millions de dollars à un fonds spécialement constitué pour réinsuffler des moyens dans les stratégies vaccinales du Tiers Monde.

Ce fonds, auquel d'autres bailleurs ne manqueront pas de se joindre, sera géré par l'Unicef, sous l'autorité d'un consortium intitulé Global alliance for vaccine and immunisation (Gavi) composé de l'Unicef, de l'OMS, de la Banque mondiale et de l'industrie du vaccin, représentée au départ par Pasteur-Mérieux (aujourd'hui dénommé Aventis-Pasteur). Quelques bailleurs de fonds bilatéraux sont déjà partie prenante de cette gigantesque initiative : les États-Unis, le Canada et l'Allemagne. D'autres s'y joindront certainement très bientôt, en particulier l'Union européenne.

L'accès à l'eau

Toute réduction de la pathologie liée aux déshydratations diarrhéiques en particulier, implique des progrès massifs dans l'accès à l'eau salubre. Certes, depuis 1990, quelque 250 millions de personnes supplémentaires ont bénéficié d'un tel accès, grâce à un énorme effort de la communauté internationale. Mais plus d'un milliard d'êtres humains, dont plus de 500 millions d'enfants, restent actuellement privés de tout accès à l'eau potable et près de 3 milliards d'hommes vivent sans système d'évacuation des excréta.

Ce n'est que par des efforts massifs dans ces domaines que les pathologies liées à l'eau, y compris la morbidité et mortalité par paludisme, diminueront de manière significative. Selon l'OMS, près de la moitié de la population mondiale souffre de maladies associées à une pénurie d'eau, ou à de l'eau et à des aliments contaminés. Mais, dans le domaine de l'eau, la coopération internationale a beaucoup plus investi dans d'énormes projets d'infrastructures destinés à l'irrigation (les « grands barrages ») qu'à l'approvisionnement des communautés en eau salubre grâce à des puits et forages de dimensions plus modestes.

Nutrition

La lutte contre la malnutrition est par définition multiforme. Elle passe non seulement par un approvisionnement alimentaire suffisant mais peut-être plus encore par la vaccination qui réduit l'incidence des infections, par l'éducation des mères, la lutte contre les carences en micro-nutriments spécifiques (iode, fer, vitamine A), et une promotion inlassable de l'allaitement maternel. Sur ce dernier chapitre, des efforts colossaux restent à entreprendre, face à la stratégie très

performante des industriels du lait en poudre et à leurs techniques sophistiquées de pénétration commerciale dans le Tiers Monde. Selon l'Unicef, le recul de l'alimentation par des substituts du lait maternel et une reprise de l'allaitement au sein — en déclin presque partout — permettraient de sauver chaque année 1,5 million de nourrissons.

Santé maternelle

Chaque année, plus d'un demi-million de femmes meurent de causes directement liées à l'accouchement, laissant derrière elles des millions d'orphelins, dont beaucoup succombent à leur tour au cours de leurs premières semaines de vie. Pendant la décennie 1980-1990, les stratégies sanitaires avaient beaucoup misé sur le recyclage des accoucheuses traditionnelles pour assurer une meilleure sécurité des accouchements. Force fut de constater l'échec de cette stratégie et les politiques insistent aujourd'hui sur les moyens motorisés d'évacuation des femmes lorsque l'accouchement se passe mal et, plus généralement, sur la détection des grossesses à risque.

Une meilleure santé maternelle, indispensable à celle des enfants, implique aussi à l'évidence l'espacement des naissances, qui progresse dans le monde entier mais reste encore, en Afrique subsaharienne, le fait de quelques élites urbaines. Dans ce domaine encore, les fonds de coopération restent très inférieurs à ce qui serait indispensable, singulièrement au sud du Sahara, seule région du monde où la pression démographique demeure nettement supérieure à la croissance de l'économie.

Depuis vingt ans, la coopération sanitaire au profit des enfants a incontestablement connu des succès spectaculaires, comme en témoigne la baisse générale de la mortalité infantile dans l'ensemble du Tiers Monde. Il n'était pas rare, au début des années quatre-vingt, de rencontrer des taux de 250 voire 300 pour mille dans les pays les plus pauvres. La mortalité avant cinq ans est aujourd'hui tombée, en moyenne, au sud de la planète à moins de 100 pour mille, même si, en Afrique subsaharienne, les 200 pour mille voire 250, existent encore en certains pays, dans le Sahel par exemple ou dans les pays en guerre (Sierra Leone, Angola,...). Partout, l'approche préventive s'est progressivement imposée. Surtout, l'accent est mis à présent sur l'appropriation, par les bénéficiaires eux-mêmes, des activités de santé auparavant imposées par le pouvoir central, lui-même héritier du pouvoir colonial. Certes, tout n'est pas encore définitivement acquis en ce domaine. Mais une dynamique nouvelle est enclenchée.

C'est de cette nouvelle approche que naîtront sans doute, dans les années à venir, les progrès les plus décisifs. Car les acquis des vingt dernières années restent à consolider et à élargir pour des générations entières d'enfants privés, pendant des décennies, des bénéfices d'une coopération sanitaire qui ne les mettait pas au premier plan des préoccupations politiques. ■