



Conseil économique
et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.17/1997/2/Add.5
15 janvier 1997
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DU DÉVELOPPEMENT DURABLE
Cinquième session
7-25 avril 1997

Évaluation d'ensemble des progrès accomplis depuis la Conférence
des Nations Unies sur l'environnement et le développement

Rapport du Secrétaire général

Additif

Protection et promotion de la santé*

(Chapitre 6 d'Action 21)

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphes</u>	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1	3
I. CHOIX DES PRINCIPAUX OBJECTIFS	2 - 7	3
II. BILAN ET ANALYSE DES RÉSULTATS	8 - 12	4
A. Intégration des questions de santé dans les plans de développement durable	8 - 9	4
B. Effets sur la santé des changements climatiques et de l'appauvrissement de la couche d'ozone	10 - 11	5
C. Protection des produits alimentaires contre les risques environnementaux	12	5

* Le présent rapport a été établi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a été chargée de la coordination pour le chapitre 6 d'Action 21 conformément aux dispositions arrêtées par le Comité interorganisations sur le développement durable. Il résulte de consultations et d'échanges d'information entre organismes des Nations Unies, organisations internationales et nationales, organismes publics intéressés, autres organismes divers et particuliers.

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<u>Paragraphe</u> s	<u>Page</u>
III. TENDANCES PROMETTEUSES	13 - 31	6
A. Intégration de la santé dans les plans de développement durable	13 - 17	6
B. Mise en place de services appropriés pour les services d'hygiène du milieu au niveau local . . .	18 - 20	7
C. Mise au point d'un système efficace et efficient d'information sur l'hygiène du milieu	21 - 22	8
D. Intégration de la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement	23 - 25	8
E. Sensibilisation aux effets cumulatifs des substances chimiques	26 - 29	9
F. Effets de l'environnement sur l'émergence et (la réémergence) de maladies	30 - 31	9
IV. ESPOIRS DÉÇUS	32 - 36	10
A. Intégration de la santé dans les plans de développement durable	32 - 34	10
B. Intégration de la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement	35 - 36	11
V. NOUVEAUX DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRE	37 - 42	11
A. Amélioration de la compréhension des liens entre la santé et les efforts menés dans les domaines social, économique et environnemental	39 - 40	12
B. Intégration de la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement	41	12
C. Renforcement du rôle des autorités locales . . .	42	12

INTRODUCTION

1. Le présent rapport rend compte des progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs énoncés au chapitre 6 d'Action 21 (Protection et promotion de la santé)¹ compte tenu des décisions prises à ce sujet par la Commission du développement durable à sa deuxième session, en 1994.

I. CHOIX DES PRINCIPAUX OBJECTIFS

2. Le principe 1 de la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement² est libellé comme suit :

"Les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature."

3. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable d'intégrer pleinement la santé dans les plans de développement durable aux échelons mondial, national et local. L'élément santé de ces plans devrait répondre aux principaux objectifs énoncés au chapitre 6 d'Action 21, à savoir a) satisfaction des besoins en matière de soins de santé primaires, en particulier dans les zones rurales; b) lutte contre les maladies transmissibles; c) protection des groupes vulnérables; d) santé des populations urbaines; et e) réduction des risques pour la santé dus à la pollution et aux menaces écologiques.

4. Dans la décision qu'elle a prise en 1994 au sujet de la santé, la Commission du développement durable a ajouté à cela d'autres questions importantes, comme par exemple la nécessité de modifier les modes de consommation de même que les modes de production de façon à éliminer peu à peu les produits et les procédés de production ayant des effets nocifs sur la santé et sur l'environnement. La Commission a en outre demandé que la santé soit intégrée dans les méthodes d'évaluation d'impact sur l'environnement et que des structures appropriées soient mises en place pour les services d'hygiène du milieu au niveau local.

5. La Commission du développement durable a en outre défini cinq domaines prioritaires qu'elle a invité le Comité interinstitutions sur le développement durable à examiner, à savoir : a) aider les pays en développement à élaborer des plans nationaux d'hygiène du milieu dans le cadre des programmes nationaux de développement durable; b) faire mieux comprendre aux milieux scientifiques et au public les effets cumulatifs sur la santé des substances chimiques dans les produits destinés à la consommation, les produits alimentaires d'origine végétale et animale, l'eau, le sol et l'air; c) établir des mécanismes permettant de déceler et de combattre de nouvelles maladies infectieuses et de déterminer leurs liens éventuels avec l'environnement; d) établir un rapport de situation concernant les effets sur la santé de l'appauvrissement de la couche d'ozone; et e) mettre au point un système efficace et efficient d'information sur l'hygiène du milieu.

6. Les grands objectifs ci-après ont été retenus pour la présentation du présent rapport de synthèse :

- a) Intégration de la santé dans les plans de développement durable;
- b) Mise en place de structures appropriées pour les services d'hygiène du milieu au niveau local;
- c) Mise au point d'un système efficace et efficient d'information sur l'hygiène du milieu;
- d) Intégration de la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement;
- e) Effets sur la santé des changements climatiques et de l'appauvrissement de la couche d'ozone;
- f) Protection des produits alimentaires contre les risques environnementaux;
- g) Sensibilisation aux effets cumulatifs des substances chimiques;
- h) Effets de l'environnement sur l'émergence (et la réémergence) de maladies.

7. Chacun de ces objectifs n'est traité dans les sections qui suivent que dans la mesure où certains faits nouveaux sont à signaler.

II. BILAN ET ANALYSE DES RÉSULTATS

A. Intégration des questions de santé dans les plans de développement durable

À l'échelon national

8. Un peu plus d'un tiers des 74 pays qui ont présenté des rapports de situation à la Commission du développement durable y traitaient de la santé. Plusieurs formules ont été adoptées pour encourager l'intégration des questions de santé et autres dans les plans d'hygiène du milieu. Dans certains pays, des plans d'hygiène du milieu ont été élaborés en vue de leur inclusion dans les plans nationaux de développement durable. Dans d'autres, les plans sectoriels ont été évalués et modifiés afin d'y inclure des considérations liées à l'hygiène du milieu.

À l'échelon local

9. L'un des résultats spectaculaires de la Conférence de Rio a été la prolifération des initiatives suscitées par Action 21 à l'échelon local, essentiellement dans des milieux urbains, mais aussi dans des villages et même dans des îles. Bon nombre d'entre elles comportaient des objectifs et des activités en rapport avec la santé. Le Bureau régional des Amériques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'emploie à diffuser la notion de

services primaires d'hygiène du milieu et la méthodologie qui s'y rattache dans le dessein d'arriver à une sensibilisation plus générale et plus systématique des populations aux dangers que présente l'environnement pour la santé. Le mouvement en faveur de l'assainissement des villes a été l'aboutissement d'une initiative parallèle du même ordre. Des exemples analogues empruntés à tous les continents, qui avaient tous à leur origine l'action d'autorités municipales, d'associations professionnelles et de groupements de citoyens, ont été étudiés lors de la Conférence des Nations Unies pour les établissements humains (Habitat II) au titre du dialogue sur l'assainissement des villes au XXI^e siècle. On a beaucoup appris à cette occasion sur la manière d'améliorer la santé dans les villes en renforçant les ressources et les capacités locales et en raccordant ces efforts à l'Action 21 à l'échelon de la collectivité. Le guide pour la planification d'Action 21 au niveau local, qui a été établi en 1996, énonce clairement certains problèmes de santé et les problèmes connexes dont il faudrait tenir compte aux différentes étapes de l'analyse de la question à l'échelon communautaire, en s'inspirant parfois des cas qui y étaient étudiés.

B. Effets sur la santé des changements climatiques et de l'appauvrissement de la couche d'ozone

10. Depuis la Conférence de Rio, l'existence d'une corrélation entre la santé et l'environnement a fait l'objet de divers documents. L'un d'eux traite des effets des changements climatiques sur la santé. La question a été étudiée par une équipe spéciale à laquelle participaient l'OMS, l'Organisation météorologique mondiale (OMM) et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE); la monographie qui a été publiée à ce sujet traite de façon approfondie des répercussions possibles des principaux aspects des changements climatiques, y compris ceux liés à l'appauvrissement de la couche d'ozone.

11. L'OMS, l'OMM, le PNUE et la Commission internationale de protection contre les rayonnements non ionisants ont publié conjointement une recommandation sur l'indice mondial des rayons solaires ultraviolets; on y trouve des renseignements sur la sensibilisation de l'opinion publique aux risques que peut comporter l'exposition aux rayons du soleil et à la nécessité de prendre des mesures de protection. Ces organisations ont également lancé un projet international de recherches qui seraient effectuées dans plusieurs centres afin de mesurer avec plus de précision les effets nocifs pour les yeux et la peau d'une exposition excessive aux rayons solaires ultraviolets.

C. Protection des produits alimentaires contre les risques environnementaux

12. Depuis 1962, la Commission du Codex Alimentarius de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'OMS a mis au point un ensemble conséquent de normes alimentaires, de directives et autres recommandations qui comportent notamment des limites maximales pour les pesticides, les contaminants et autres produits dangereux. Bien qu'elles n'aient pas un caractère contraignant, les recommandations de la Commission du Codex Alimentarius ont été largement acceptées car elles se fondent sur une solide évaluation scientifique des risques. Avec la conclusion des négociations commerciales multilatérales (Cycle d'Uruguay) de l'Accord général sur les tarifs

douaniers et le commerce (GATT), qui ont abouti à la création de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) le 1er janvier 1995, les recommandations de la Commission du Codex Alimentarius qui ont trait à la santé et à la sécurité sont désormais reconnues par l'OMC comme constituant un consensus international pour l'évaluation de l'adéquation des prescriptions nationales à cet égard. En conséquence, le Codex Alimentarius est devenu la base de l'effort international d'harmonisation visant à protéger les consommateurs contre les risques environnementaux tout en facilitant les échanges internationaux de produits alimentaires.

III. TENDANCES PROMETTEUSES

A. Intégration de la santé dans les plans de développement durable

13. L'appel lancé en faveur de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 a été une source d'inspiration pour un effort concerté de promotion de la santé à l'échelle internationale. Reconnaissant que la notion de "santé pour tous" demeure un objectif auquel tous les pays aspirent, l'OMS a mis sur pied un processus afin de prolonger cette stratégie. Le processus permettra de mieux comprendre les obstacles qui s'opposent à la réalisation des objectifs convenus lors de la Conférence de Rio et d'autres grandes conférences des Nations Unies et amènera les pays à formuler des stratégies nouvelles fondées sur l'équité et le respect des droits de l'homme.

14. Des conférences régionales ont réuni les ministres de la santé et de l'environnement et ont abouti à de nouveaux engagements sur les objectifs à long terme dans les domaines de l'environnement et de la santé. La deuxième Conférence européenne sur l'environnement et la santé, qui a eu lieu à Helsinki en 1994, a défini les grandes lignes d'une politique de l'hygiène du milieu en Europe, qui comporte notamment des directives pour l'élaboration avant la fin de l'année 1997 de plans d'action nationaux.

15. La Conférence panaméricaine sur la santé et l'environnement dans le cadre du développement humain durable a été organisée en octobre 1995 par le Bureau régional OMS des Amériques. Cette conférence a adopté la Charte panaméricaine sur la santé et l'environnement dans le cadre du développement humain durable et un plan de travail régional. Cette conférence a également proposé d'élaborer un plan régional d'investissement en faveur de l'environnement et de la santé, dans lequel seraient spécifiés les investissements à faire dans la région au cours des 12 prochaines années afin de venir à bout des carences observées dans l'infrastructure des services de santé, d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement.

16. La deuxième Conférence sur la santé, le milieu et le développement dans la région de la Méditerranée orientale, qui s'est tenue en novembre 1995, a adopté la Déclaration de Beyrouth sur l'action en faveur d'un milieu sain, dans laquelle les pays se sont notamment engagés à élaborer au plus tard en 1999 des plans d'action en matière d'hygiène du milieu dans le cadre de leurs plans de développement durable.

17. Les ministres de l'environnement des sept grandes nations industrialisées (G-7), qui se sont réunis en mai 1996, ont décidé pour la première fois d'accorder la priorité aux rapports entre la santé et l'environnement afin de souligner le fait que la protection de la santé publique a été et demeure l'un des objectifs fondamentaux des politiques de l'environnement (voir document A/51/208-S/1996/543, annexe I).

B. Mise en place de services appropriés pour les services d'hygiène du milieu au niveau local

18. L'Afrique est la région du monde qui présente les plus graves problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Malgré les énormes investissements réalisés dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990), les besoins dans ce secteur demeurent considérables. L'un des principaux obstacles rencontrés tient à la difficulté de garantir la durabilité des services après leur mise en place. L'initiative Afrique 2000 a été lancée en 1994 dans l'espoir de surmonter ces difficultés et d'accélérer le développement sectoriel grâce à un accroissement des investissements et à une utilisation plus rationnelle des fonds. L'accent placé sur une approche participative de l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les zones rurales est un élément capital de cette initiative, un autre étant l'importance accordée à l'exploitation, à l'entretien et à la gestion des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les régions urbaines et rurales. Divers instruments ont été mis au point et font actuellement l'objet d'essais.

19. La Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (HABITAT II) a adopté un nouveau programme mondial pour l'habitat³ dans lequel elle reconnaissait la nécessité d'accroître le rôle des autorités locales dans le développement durable. Les autorités nationales étaient de toute évidence beaucoup plus disposées à consulter les autorités locales pour la planification du développement, ce qui a permis d'organiser une série de consultations avec des autorités locales [en particulier Groupe des quatre, Union internationale des villes et pouvoirs locaux (UIV), UTA, réseau régional d'autorités locales chargées de la gestion des établissements humains en Asie et dans le Pacifique (CITYNET)], qui représentaient des milliers de villes et d'autorités locales dans le monde entier, afin que l'accent soit mis sur la santé dans leurs activités de planification et de gestion en ayant recours à des formules du type villes-santé et villages-santé.

20. De fortes concentrations de réfugiés, qui se produisent parfois dans des délais très courts, deviennent de plus caractéristiques des situations locales. Cela entraîne souvent une dégradation des ressources naturelles renouvelables qui, à son tour, crée des risques multiples pour la santé : pénurie de produits alimentaires, contamination de l'eau potable, poussière, fumées et apparition de vecteurs porteurs de maladies. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), agissant en collaboration avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et l'OMS, a entrepris d'élaborer un guide pratique pour la gestion de l'hygiène du milieu en cas de catastrophes et de situations d'urgence. Le HCR a récemment publié des directives environnementales qui traitent plus particulièrement de la question des répercussions des problèmes liés à l'environnement sur la santé des réfugiés.

C. Mise au point d'un système efficace et efficient
d'information sur l'hygiène du milieu

21. Le renforcement des capacités, l'élaboration d'une méthodologie et l'amélioration de l'accès à l'information, dont dépend la réussite de toute initiative locale, sont au centre de l'action lancée par l'OMS en faveur de l'information dans la prise de décisions touchant le milieu et la santé. Il s'agit de choisir des indicateurs pour les principaux liens qui existent entre les facteurs décisifs de transformation de l'économie et de l'environnement et leurs effets sur la santé. Ces liens peuvent ensuite être analysés afin d'aider les autorités locales à mieux planifier leur action.

22. Un projet entrepris dans la région des Amériques vise à intégrer les diverses bases de données qui intéressent l'hygiène du milieu. Le Centre d'information sur la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) et le Centre panaméricain d'écologie et de santé y participent. Ce dernier fournit beaucoup de renseignements techniques tandis que CEPIS gère le Réseau panaméricain d'information sur l'hygiène du milieu, qui est accessible sur Internet.

D. Intégration de la santé dans les évaluations
d'impact sur l'environnement

23. L'OMS, la FAO, le PNUE et le Groupe d'experts sur la gestion de l'environnement pour la lutte contre les vecteurs, qui relève du Centre des Nations Unies sur les établissements humains (Habitat), encouragent l'intégration des questions de santé dans les projets de développement. Diverses directives ont été mises au point pour apprendre aux planificateurs de projets de développement à intégrer la santé dans leurs évaluations d'impact sur l'environnement.

24. Conformément aux décisions prises à ce sujet par le Comité européen sur l'environnement et la santé, des mesures concrètes sont actuellement prises dans le cadre de la Convention sur l'évaluation de l'impact sur l'environnement dans un contexte transfrontière afin d'intégrer l'élément santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement.

25. Les projets de développement dans lesquels une plus large place est accordée aux besoins de santé de la population des zones considérées sont de plus en plus nombreux. C'est ainsi par exemple qu'un élément santé a récemment été incorporé au programme de l'Alliance mondiale pour la nature (UICN) sur la protection des zones marécageuses. La FAO a par ailleurs diffusé les conclusions du programme du Groupe d'experts sur la gestion de l'environnement pour la lutte contre les vecteurs qui porte sur la construction et l'exploitation de systèmes d'irrigation propres à limiter la multiplication d'habitats favorables aux vecteurs de maladie. Dans l'ensemble toutefois, les progrès enregistrés ont été ponctuels.

E. Sensibilisation aux effets cumulatifs
des substances chimiques

26. Faisant suite à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, un Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique a été créé en 1994 afin de faciliter la coopération entre les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales. Lors de sa première réunion, qui a eu lieu à Stockholm en 1994, le Forum a recommandé de procéder à l'évaluation d'ici 1997 des effets possibles sur la santé et l'environnement de 200 substances chimiques supplémentaires et, si cet objectif était atteint, d'en évaluer 300 autres avant l'an 2000.

27. L'élaboration de directives permettant de définir des niveaux acceptables d'exposition à un plus grand nombre de produits chimiques ayant été demandée au chapitre 19 d'Action 21, le Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires et la Réunion conjointe FAO/OMS sur les résidus de pesticides ont poursuivi l'élaboration de directives au sujet des niveaux acceptables d'absorption de contaminants et de pesticides respectivement. Les directives de qualité pour l'eau de boisson de l'OMS ont été mises à jour et seront constamment révisées. L'OMS doit publier en 1997 une mise à jour des directives sur la qualité de l'air en Europe. Les critères d'hygiène du milieu qui sont publiés depuis 1993 peuvent servir de directives pour les niveaux d'exposition.

28. En ce qui concerne la méthodologie applicable à l'évaluation des risques et à l'élaboration de directives permettant de définir les niveaux acceptables d'exposition aux substances chimiques, le Programme international sur la sécurité des substances chimiques (PISSC) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont entrepris un effort concerté pour encourager la mise au point, l'amélioration et l'harmonisation des méthodologies utilisées aussi bien pour l'évaluation des risques que pour les essais de toxicité.

29. La publication d'une nouvelle série de documents succincts sur les évaluations de risques à partir d'ouvrages nationaux de très bonne tenue a sans doute accéléré l'établissement d'évaluations détaillées portant sur des substances chimiques. La phase pilote actuelle de l'établissement de ces résumés internationaux et succincts sur l'évaluation des risques chimiques porte sur 21 substances.

F. Effets de l'environnement sur l'émergence
et (la réémergence) de maladies

30. La décision de la Commission du développement durable de s'intéresser à l'émergence de maladies dérive de l'idée généralement acceptée selon laquelle la bataille contre les maladies infectieuses est loin d'être gagnée, comme en témoignent à la fois l'apparition de maladies "nouvelles", c'est-à-dire de maladies jamais rencontrées auparavant chez l'homme, et la réapparition de maladies dont on pensait qu'elles étaient en voie de disparition⁴. En 1995, l'OMS a créé la Division de la surveillance et de la maîtrise des maladies nouvelles et autres maladies transmissibles, qui a pour mission de renforcer les capacités nationales et internationales pour la surveillance et la maîtrise des maladies transmissibles, y compris celles qui présentent des problèmes nouveaux, des problèmes naissants ou la réapparition de problèmes plus anciens en matière de santé publique.

31. Ayant conscience du fait que des facteurs environnementaux, mise en valeur des terres et gestion de l'eau par exemple, ont souvent une incidence décisive sur l'épidémiologie et les risques de maladies, le Programme spécial Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales finance depuis 1994 des travaux de recherche sur les moyens d'atténuer l'impact des projets de développement sur les risques de maladies tropicales, en particulier le paludisme, la schistosomiase, la leishmaniose et l'onchocercose. La FAO participe à cet effort et encourage l'inclusion dans la recherche et l'éducation des aspects de la mise en valeur des terres qui se rapportent à la santé (par exemple quantification, peut-être même en termes économiques, de l'élément risque associé au paludisme).

IV. ESPOIRS DÉÇUS

A. Intégration de la santé dans les plans de développement durable

Le premier principe de la Déclaration de Rio ne s'est pas traduit dans les faits

32. Le fossé en matière de santé s'est encore creusé depuis la Conférence de Rio en raison de la proportion croissante de la population mondiale qui vit dans une pauvreté extrême et de l'écart toujours plus grand qui sépare les riches et les pauvres, les personnes instruites et celles qui ne le sont pas, et enfin les hommes et les femmes, aussi bien dans les pays développés que dans les pays peu développés, ainsi qu'il ressort du Rapport sur la santé dans le monde, 1995 : Réduire les écarts⁵.

33. La lutte en faveur de la santé est sans fin et doit être menée sur de nombreux fronts, ainsi qu'il ressort d'Action 21, mais les résultats enregistrés à ce jour témoignent de progrès d'une lenteur inacceptable. Trop souvent, la santé est uniquement envisagée sous forme de services de soins médicaux et, dans de nombreux pays, la santé est considérée comme la seule responsabilité du ministère de la santé. Même d'importants documents de synthèse publiés par le système des Nations Unies, par exemple dans le domaine de l'environnement et du développement rural, négligent l'élément santé. En outre, des programmes interinstitutions extrêmement valables voient leurs effets sapés par les pressions croissantes auxquelles sont soumises les différentes institutions, que des difficultés budgétaires et des conflits de priorités amènent à suspendre leur appui et leur participation.

34. À la suite de diverses réformes économiques, et notamment de mesures d'ajustement structurel, les services sociaux financés par les pouvoirs publics ont été réduits dans de nombreux pays. Le secteur de la santé n'a pas été épargné. Des difficultés financières croissantes ont entraîné des réformes dans le secteur de la santé, mais qui se sont pour la plupart limitées à assurer la viabilité financière des services de soins et la mise en place d'une médecine privée. Dans ce processus, on a eu tendance à négliger la santé publique en même temps que la contribution d'autres secteurs à la santé.

B. Intégration de la santé dans les évaluations
d'impact sur l'environnement

35. L'intégration de considérations liées à la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement ne s'est pas faite comme l'avait recommandé la Commission du développement durable, mis à part les quelques résultats encourageants dont il a été question plus haut. Il y a diverses raisons à cela. Les organismes donateurs qui ont subordonné leurs prêts et leurs dons à la réalisation d'évaluations d'impact sur l'environnement n'ont relativement pas fait grand chose pour faire une plus large place à l'élément santé dans leurs méthodes d'évaluation. Les responsables des travaux d'analyse s'intéressent plus spécialement aux questions de conservation et d'environnement et leurs homologues dans le domaine de la santé se sont bornés jusqu'ici à mettre en place des services de soins.

36. Certains facteurs ont freiné l'action des gouvernements eux-mêmes, notamment des ministères de la santé. C'est ainsi que des projets de développement dont on savait qu'ils auraient des répercussions négatives dans le domaine social et sur la santé ont reçu l'approbation des ministères chargés de la planification. L'absence de moyens d'analyse au sein de la majorité des ministères entrave leur participation en tant que partenaires à part entière dans les négociations intersectorielles qui font nécessairement partie de toute évaluation sérieuse d'impact sur l'environnement.

V. NOUVEAUX DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRE

37. L'objectif primordial restera à l'avenir l'intégration de la santé dans les plans de développement durable. En reconnaissant que la santé fait partie intégrante des plans de développement à bien des égards, comme en témoigne la diversité des objectifs à atteindre, on reconnaît aussi qu'il ne peut pas y avoir de stratégie unique. Ainsi qu'il est clairement indiqué au chapitre 6 d'Action 21, "les pays devraient élaborer des plans d'action prioritaires s'inspirant des domaines d'activité dont il est question dans le présent chapitre, et reposant sur la planification concertée aux divers niveaux des pouvoirs publics, des organisations non gouvernementales et des collectivités locales" (par. 6.1).

38. Au stade actuel de la mise en oeuvre d'Action 21, la Commission du développement durable devrait réaffirmer l'importance qu'elle attache à l'intégration de la santé dans les plans nationaux de développement durable, comme le demandait le premier principe de la Déclaration de Rio, tout en donnant la priorité aux domaines dans lesquels elle a le plus d'influence. Trois priorités sont proposées : a) améliorer la compréhension des liens qui existent entre la santé et les efforts menés dans les domaines social, économique et environnemental, b) intégrer la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement et c) renforcer le rôle des autorités locales.

A. Amélioration de la compréhension des liens entre la santé et les efforts menés dans les domaines social, économique et environnemental

39. Les facteurs sociaux, économiques et environnementaux ont toujours eu de profondes répercussions sur la santé. Toutefois, si ces facteurs étaient autrefois le résultat pour une large part des efforts réalisés à l'échelon local, ces efforts se font aujourd'hui à la fois à l'échelon local et à l'échelon de la planète. Bien qu'étudiés de façon suivie, ces phénomènes sont encore très mal compris. La méconnaissance des diverses répercussions de ces efforts sur la santé est peut-être l'une des raisons de l'isolement du secteur de la santé et du peu de place qu'il occupe dans le choix des orientations nationales et mondiales. Le public et les décideurs ont toutefois de plus en plus conscience des liens étroits qui existent entre la santé, l'environnement et le développement, comme en témoignent plusieurs des questions évoquées plus haut.

40. Afin de mettre à profit cette prise de conscience, la Commission du développement durable devrait insister sur les liens qui existent entre la santé et certaines questions inscrites à son ordre du jour, comme par exemple les modes de consommation et de production (commerce, emploi et moyens d'existence raisonnables notamment), l'énergie et les transports. Elle pourrait également souhaiter inclure dans ce domaine prioritaire certaines questions dont elle a déjà souligné l'importance, en particulier l'approfondissement des connaissances sur les effets cumulatifs des substances chimiques et les effets déterminants de facteurs liés à l'environnement sur l'émergence et la réémergence de maladies.

B. Intégration de la santé dans les évaluations d'impact sur l'environnement

41. Cet objectif, sur lequel la Commission du développement durable a insisté dans la décision qu'elle a adoptée en 1994, demeure l'un des fondements de l'intention déclarée de placer les êtres humains "au centre des préoccupations relatives au développement durable". Aussi longtemps que les gouvernements et les organismes bilatéraux et multilatéraux d'assistance continueront à ne pas tenir compte des effets des projets de développement sur la santé, ils barreront la route au développement de la personne humaine. C'est là une question dont les ramifications vont bien au-delà des résultats que l'on pouvait espérer obtenir isolément dans le secteur de la santé sans l'appui conjugué de tous les autres secteurs et qui mérite donc à ce titre de continuer de retenir l'attention de la Commission du développement durable.

C. Renforcement du rôle des autorités locales

42. Dans de nombreux pays, on a souvent pensé que les problèmes urbains étaient la responsabilité des autorités centrales ou provinciales. L'un des changements les plus remarquables qui est intervenu entre la première Conférence des Nations Unies sur les établissements humains, en 1976, et la deuxième (Habitat II), en 1996, a été la diminution de l'importance relative accordée à l'action des autorités nationales au profit de l'aide que les autorités nationales et provinciales pourraient apporter aux efforts et aux initiatives des personnes qui vivent et travaillent dans des agglomérations urbaines. Les

conférences des Nations Unies qui ont succédé à la Conférence de Rio, à savoir la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), le Sommet mondial du développement social (Copenhague, 1995) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), ont toutes contribué à ce déplacement d'intérêt au profit des autorités locales. Il y a lieu de mentionner en particulier l'appui aux efforts des autorités urbaines et municipales et des ménages, des organisations communautaires, des organisations non gouvernementales et des institutions du secteur privé. Le programme Action 21 allait pleinement dans ce sens, en particulier quand il appelait les autorités locales à instaurer un dialogue afin de parvenir à un consensus sur un programme Action 21 à l'échelon de la collectivité. Le nombre croissant de programmes Action 21 adoptés à l'échelon local témoigne de la viabilité opérationnelle d'Action 21; on voit sans doute moins clairement comment la communauté internationale pourrait mettre à profit cette énergie pour amener des transformations comparables à tous les niveaux de la société. La Commission du développement durable devrait continuer à encourager vivement ces initiatives et à mettre sur pied des mécanismes délibérément axés sur tous les aspects importants du développement durable, et notamment la santé.

Notes

¹ Rapport de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, vol. I, Résolutions adoptées par la Conférence (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.93.I.8 et rectificatif), résolution 1, annexe II.

² Ibid., annexe I.

³ Rapport de la Conférence des Nations Unies sur les établissements humains (HABITAT II), Istanbul, 3-14 juin 1996 (A/CONF.165/14), chap. I, résolution 1, annexe II, "Le Programme pour l'habitat".

⁴ Rapport sur la santé dans le monde, 1996 : Combattre la maladie/ Promouvoir le développement (Genève, OMS, 1996). Ce rapport rend compte des menaces que présentent les maladies infectieuses actuelles et des mesures nécessaires pour les maîtriser.

⁵ Genève, OMS, 1995.
