

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES (MRC) EN AFRIQUE

Identifier les déterminants sociaux et formuler des réponses
stratégiques appropriées

GRACE MARIE KU
VALÉRIA CAMPOS DA SILVEIRA
GUY KEGELS

Avec des contributions de :

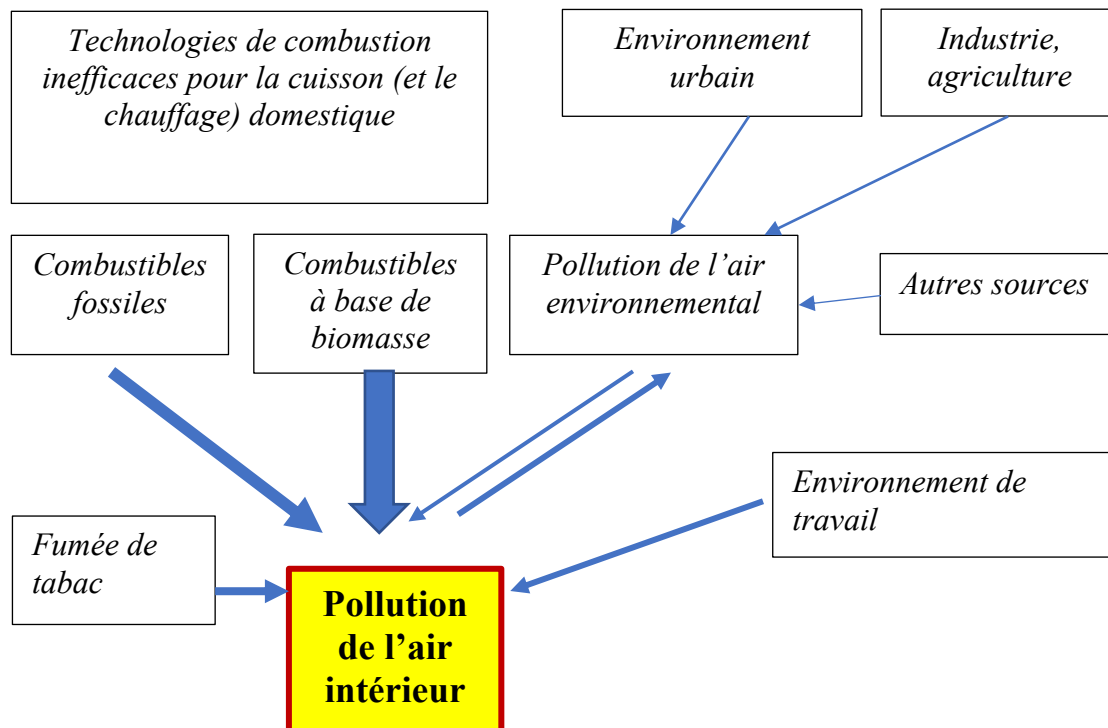
Patrick Develtere
Benoit Nemery
Bruno Marchal
Jean-Paul Dossou
Paul Bossyns
Karel Gyselinck

Correspondance à : GMKu à gku@itg.be

Résumé exécutif

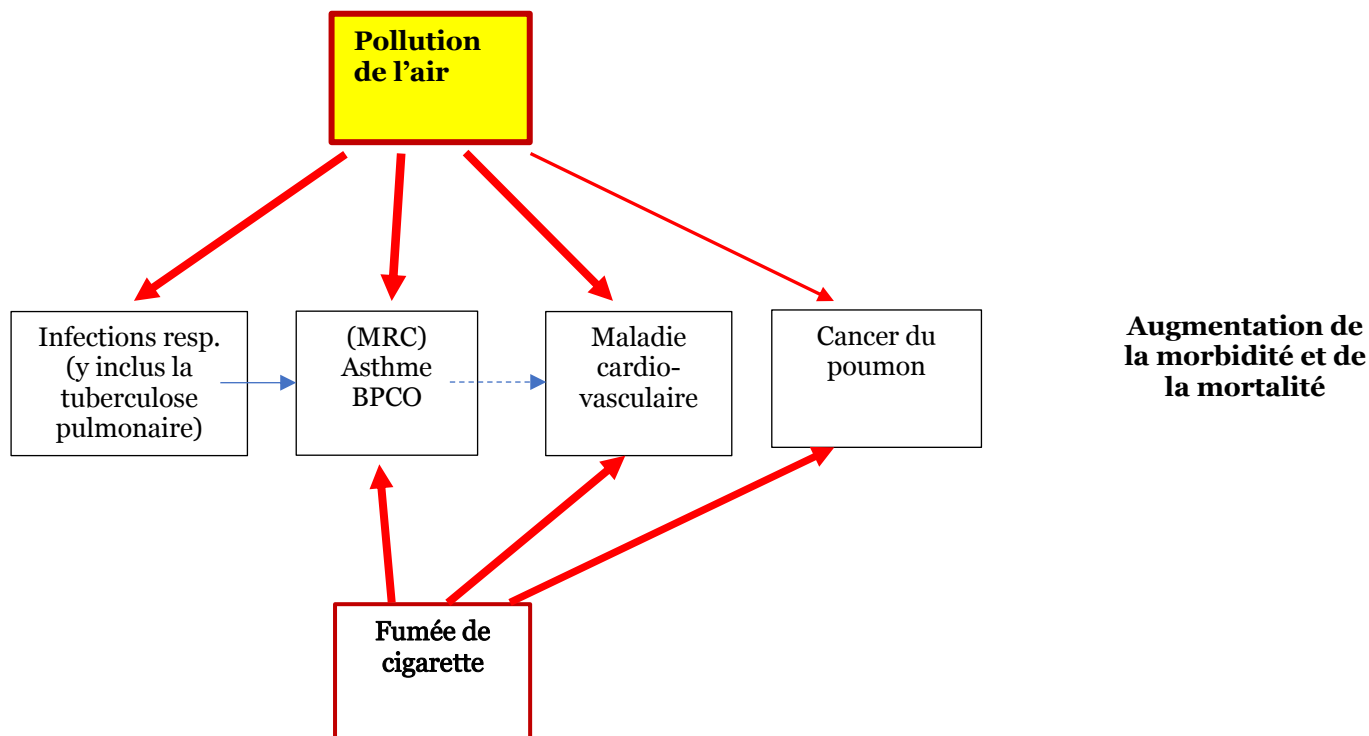
Les maladies respiratoires chroniques (MRC – limitées dans cette note à *l'asthme bronchique* et à *la bronchopneumopathie chronique obstructive* ou BPCO), point d'entrée sur le sujet de cette note, constituent un problème sous-estimé et largement négligé en Afrique subsaharienne. Ce problème est *sous-estimé* parce que leur fréquence et leur gravité sont beaucoup plus élevées que celles généralement admises. Plusieurs enquêtes de prévalence sur l'asthme donnent des chiffres de 4-14%, avec des tendances plus élevées en milieux urbains. Pour la BPCO les prévalences vont de 4 à 25%, avec les chiffres plus élevés dans les zones rurales et les groupes d'âge plus élevés. Ce problème est *négligé* parce que dans la plupart des pays d'intérêt (les 11 pays partenaires de la coopération belge en SSA), les soins efficaces pour les personnes souffrant de MRC sont la plupart du temps absents ou très défectueux. Les services de santé de première ligne, en particulier, manquent de connaissances et d'outils pour aider les personnes souffrant de MRC.¹

La portion évitable (non génétique) du fardeau des MRC peut être attribuée à plusieurs déterminants physiques, chimiques, sociaux, culturels, démographiques et biologiques, situés à différents niveaux et interconnectés. Le plus visible de ces facteurs est la détérioration de la qualité de l'air. La détérioration de la qualité de l'air est due à des phénomènes sociodémographiques entraînant une accélération de l'exode rural et des besoins de mobilité, à la pollution industrielle et agricole, aux transports utilisant des combustibles fossiles, à une gestion inadéquate des déchets et à la production d'électricité polluante. Elle est aussi due, dans une mesure étonnamment élevée, à la pollution de l'air intérieure causée par des technologies de combustion inefficaces de combustibles polluants (fossiles et biomasse), principalement pour la cuisine, et par la fumée de tabac, associée à une ventilation insuffisante. Alors que la pollution de l'air dans l'environnement urbain semble contribuer à l'augmentation de l'incidence et à des exacerbations des crises d'asthme bronchique, la pollution de l'air à l'intérieur des habitations est le principal responsable des taux élevés de BPCO dans les zones rurales, touchant principalement les femmes et les jeunes enfants, causant des lésions pulmonaires et affectant négativement le développement normal des poumons à partir du stade fœtal.



¹ Mauritanie, Sénégal, Burkina Faso, Bénin, Niger, Guinée, République Démocratique du Congo, Rwanda, Burundi, Ouganda, Mozambique. Dans la classification de la Banque mondiale, il s'agit de pays à faible revenu, à l'exception de la Mauritanie, du Bénin et du Sénégal, qui sont classés comme pays à revenu intermédiaire inférieur.

La pollution atmosphérique, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, ne contribue pas seulement à induire et à exacerber les MRC ; c'est aussi un déterminant majeur des maladies respiratoires *infectieuses* (y compris la tuberculose pulmonaire), des maladies cardio-vasculaires et du cancer (du poumon). En tant que telle, il s'agit d'une cause de fond de multiples maladies transmissibles et aussi surtout des maladies non transmissibles (MNT), dont l'importance relative est maintenant de plus en plus reconnue.



L'air pollué raccourcit des vies et rend beaucoup de vies plus misérables qu'elles ne devraient l'être. À cet égard, l'air insalubre est de la même catégorie que l'eau insalubre, l'assainissement défectueux et la malnutrition infantile. Et cela peut surprendre beaucoup, mais l'air de l'Afrique subsaharienne est l'une des plus polluées de tous les continents.

Compte tenu de la multitude d'éléments influençant la qualité de l'air que respirent les populations, il n'est pas surprenant que la qualité de l'air puisse être directement liée à un nombre étonnamment élevé d'Objectifs de Développement Durable (ODD) : les ODD 3, 5, 7, 8, 11, 12 et 13 sont tous impliqués, directement ou indirectement². Compte tenu de ce champ d'application extraordinairement large, l'un des principaux défis à relever pour l'amélioration de la qualité de l'air devra consister en l'élaboration d'un **discours** largement partagé et cohérent, centré sur (1) une compréhension commune des biens publics (conduisant idéalement à la notion de « droit à l'air pur »), (2) une vision prospective fondée sur une compréhension historique correcte de la situation actuelle (« où en sommes-nous aujourd'hui et comment en sommes-nous arrivé là? ») et (3) une vision de développement adaptée aux défis mondiaux, nationaux et locaux actuels (« quelle devrait être la voie à suivre pour améliorer la situation, à la lumière des connaissances actuelles? »).

Une deuxième conséquence de la multitude des déterminants est que, dans la recherche de solutions, il n'y en **aura pas qu'une seule adaptée à toutes** les situations locales. Certaines mesures « générales », sont applicables partout, par exemple dans les domaines de la lutte antitabac, des carburants plus propres, des mesures fiscales encourageant la réduction de l'utilisation des combustibles fossiles etc. Mais le paquet de mesures le plus adapté à chaque niveau local devra être informé par des évaluations intelligentes de la situation. Cela devra inclure, au moins, l'évaluation des *besoins* (techniquement définis) ; l'évaluation de la technologie (actuellement disponible par rapport à

² L'ODD 3 (vie saine et bien-être), dans les domaines des MNT, de l'usage du tabac et de la disponibilité de médicaments essentiels pertinents; L'ODD 5 (égalité des sexes) concernant la contribution des femmes aux tâches ménagères, y compris la collecte de combustibles à base de biomasse pour la cuisson et la cuisson elle-même; L'ODD 7 (énergie abordable et durable pour tous), en mettant l'accent sur les carburants et la technologie propres; L'ODD 8 (travail décent pour tous), axé sur des environnements de travail sûrs; ODD 11 (villes sûres, résilientes et durables, y compris la gestion des déchets solides et le contrôle des niveaux de particules fines dans les villes); ODD 12 et 13 (consommation/production durable et lutte contre le changement climatique), concernant les émissions de gaz à effet de serre et la gestion durable des forêts.

la technologie souhaitable) ; *l'évaluation* de la demande (socialement définie) et *l'analyse* des détenteurs d'enjeu et d'influence (analyse des écarts de pouvoir et d'influence, cartographie de ceux qui ont à gagner et de ceux qui risquent de perdre).

En ce qui concerne *l'analyse* des détenteurs d'enjeu et d'influence, une première tentative de cartographie des acteurs et des organisations sensibles au problème et désireux d'y remédier (en Afrique) révèle un nombre étonnamment élevé d' « alliances » aux niveaux mondial et international, dont beaucoup ont des ramifications au niveau national (en Afrique), mais le plus souvent de manière dispersée et ne menant pas (encore) beaucoup d'actions sur le terrain. À cela s'ajoutent des initiatives locales pratiques, souvent menées par des ONG (inter)nationales, introduisant principalement des solutions technologiques telles que des fourneaux améliorés et des combustibles plus efficaces, avec des niveaux de réussite variables.³

L'activation de ce potentiel nécessitera un effort de **formation de coalitions** aux niveaux local, national et international, visant la synergie et la complémentarité par la coordination – idéalement de manière consultative et participative.

Les **leviers d'action minimaux et réalisables** – outre la création de coalitions déjà mentionnée et l'élaboration d'un discours cohérent (de préférence en utilisant de manière optimale l'agenda des ODD) – sont les suivants :

- Comblent l'écart existant en matière de **prise en charge des MRC** en intégrant un paquet de soins de base efficace en MRC au niveau des premières lignes et au niveau de l'orientation dans le système de soins de santé : répondre à la demande non satisfaite ;
- Assurer la **qualité de l'air** dans tous les environnements grâce à (1) l'amélioration de l'efficacité énergétique ; (2) la facilitation/encouragement de la consommation de carburant propre ; (3) l'introduction et/ou l'application de conditions de travail sûres, au besoin ;
- **La lutte** antitabac par une mise en œuvre renforcée de la Convention-cadre de lutte antitabac de l'OMS ;
- Initier et renforcer **l'engagement des communautés et des patients** en vue d'attitudes et d'actions appropriées.

Dans l'esprit de cette note, il ne suffirait pas d'élaborer un répertoire d'actions potentielles sans fournir des **principes directeurs communs** sur lesquels fonder la sélection et la mise en œuvre de telles interventions. Bien que les mesures générales descendantes (*top-down*) aient leur place dans tout cela, il est fortement suggéré d'agir sur la base du principe suivant :

Plus l'action à entreprendre est locale, plus elle devrait être basée sur des besoins locaux spécifiques et une évaluation de la demande, idéalement à partir de la demande existante mais non satisfaite. Le mécanisme postulé justifiant ce principe est que la réponse à la demande non satisfaite – combinée à la fourniture d'informations adéquates et crédibles – est plus susceptible de créer la confiance nécessaire pour aller à la recherche de déterminants en amont, conduisant à l'action préventive nécessaire. Comme le domaine de la prévention implique presque invariablement des choix difficiles et des changements de comportement, la motivation est de la plus haute importance.

Un deuxième principe, en partie à la suite du précédent, est qu'une probabilité apparemment *a priori* faible de succès immédiat n'est pas une raison pour abandonner toute action. Certains objectifs prennent plus de temps à atteindre, mais des progrès peuvent être réalisés par étapes. « Attirer l'attention » sur le problème peut être une première étape nécessaire. Ensuite il faudra le mettre à l'agenda et l'y maintenir. Il peut être aussi nécessaire de faire un suivi constant pour faire avancer le processus. Il est bon de garder à l'esprit que les questions des MRC et de la qualité de l'air sont très variées, touchant de nombreux aspects de la vie et de la société. Le problème peut être complexe et les solutions envisagées susceptibles de ne pas plaire à toutes les parties intéressées. Le résoudre nécessitera des attitudes flexibles et un suivi étroit afin de s'adapter à des circonstances en constante évolution.

Enfin, il semblerait évident que, dans tout cela, **le secteur de la santé** est bien placé pour prendre les devants et, en outre, doit assumer la responsabilité **de montrer l'exemple**. Le défi semble urgent. Les circonstances sur le continent africain sont telles qu'à l'heure actuelle la qualité de l'air est déjà parmi les pires de la planète, et une nouvelle détérioration – et ses conséquences – est inévitable si des mesures adéquates ne sont pas prises. De toute évidence, cette question mérite désormais d'être une

³ Une liste d'acteurs et d'organisations jusqu'à présent identifiés se trouve en annexe de la présente note.

préoccupation constante pour les agences de coopération internationale comme Enabel dans leurs relations avec les pays partenaires africains de la Belgique.