



Conseil économique et social

Distr. générale
11 décembre 1997
Français
Original: anglais

Commission de la population et du développement

Trente et unième session

23-27 février 1998

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Suite à donner aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport succinct sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale (1998) : santé et mortalité

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi conformément au mandat de la Commission de la population et du développement et à son programme de travail pluriannuel établi par thèmes et priorités que le Conseil économique et social a approuvé par sa résolution 1995/55.

Il fait la synthèse des données récentes concernant certains aspects de la santé et de la mortalité, notamment les niveaux et les tendances de la mortalité; la survie et la santé de l'enfant; les soins de santé primaires et le secteur de la santé; la santé de la femme et la maternité sans risques; le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida); la transition épidémiologique; les politiques en matière de santé et de mortalité; les activités entreprises par les organisations intergouvernementales et non gouvernementales dans le domaine de la santé et de la mortalité; enfin, la santé et le développement. Une version préliminaire et non éditée du rapport complet est parue sous forme d'un document de travail portant la cote ESA/P/WP.142.

Le rapport a été élaboré par la Division de la population (Département des affaires économiques et sociales) du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et du Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH/sida.

* E/CN.9/1998/1.

Table des matières

| | <i>Paragraphes</i> | <i>Page</i> |
|---|--------------------|-------------|
| I. Niveaux et tendances de la mortalité | 1-7 | 3 |
| II. Survie et santé de l'enfant | 8-17 | 4 |
| III. Soins de santé primaires et secteur des soins de santé | 18-26 | 6 |
| IV. Santé des femmes et maternité sans risques | 27-34 | 7 |
| V. Infection à VIH et syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) | 35-52 | 9 |
| VI. La transition épidémiologique | 53-62 | 11 |
| VII. Politiques en matière de santé et de mortalité | 63-68 | 13 |
| VIII. Activités des organisations intergouvernementales et non gouvernementales . | 69-76 | 16 |
| IX. Santé et développement | 77-87 | 17 |

Tableaux

| | |
|--|----|
| 1. Mortalité infantile pour les périodes 1970-1975 et 1990-1995, évolution de la mortalité infantile entre ces deux périodes, et mortalité des moins de 5 ans pendant la période 1990-1995, par grandes zones ou régions et classées par ordre croissant des taux de mortalité | 4 |
| 2. Mortalité maternelle : révision des taux estimatifs de 1990, par région | 7 |
| 3. Répartition géographique estimative de la population porteuse du VIH ou atteinte du sida - 1997 | 9 |
| 4. Groupes de population dont les taux de mortalité sont jugés particulièrement préoccupants par les gouvernements | 15 |

Figures

| | |
|---|----|
| I. Espérance de vie à la naissance dans le monde, dans les régions développées et dans les régions moins développées, pour les deux sexes (1950-1995) | 3 |
| II. Évolution du nombre de nouvelles infections à VIH pour quelques régions sélectionnées | 10 |
| III. Vues des gouvernements concernant l'acceptabilité des taux de mortalité en 1995 . . | 14 |

I. Niveaux et tendances de la mortalité

1. Depuis la seconde guerre mondiale, la mortalité a considérablement baissé, au point qu'à l'échelle mondiale, l'espérance moyenne est maintenant d'environ 62 ans pour les hommes et 67 ans pour les femmes, niveau qui était caractéristique des régions développées au début des années 50. La mortalité a effectivement baissé dans l'ensemble du monde, mais l'espérance de vie a augmenté plus rapidement dans les régions en développement que dans les régions développées, si bien que l'écart entre celles-ci est passé de 25,6 ans au début des années 50 à 12,1 ans dans la période 1990-1995 (figure I). Aujourd'hui, l'espérance de vie dans ces régions est respectivement de 62,1 ans et de 74,2 ans.

Figure I
Espérance de vie à la naissance dans le monde, dans les régions développées et dans les régions moins développées, pour les deux sexes (1950-1995)

Source :

World Population Prospects: The 1996 Revision
 (publication des Nations Unies, à paraître).

2. Dans la plupart des pays développés, la baisse de la mortalité chez les adultes, en particulier chez les personnes âgées, a contribué à allonger sensiblement l'espérance de vie. C'est l'Europe du Sud qui a enregistré la plus forte baisse de la mortalité, l'espérance de vie augmentant de 12,7 ans en une quarantaine d'années. La mortalité continue de baisser même lorsque l'espérance de vie est déjà très élevée. Par exemple, entre 1990 et 1995, l'espérance de vie au Japon, la plus élevée du monde, est passée de 75,9 ans à 76,4 ans pour les hommes et de 81,8 ans à 82,9 ans pour les femmes.

3. Toutefois, la situation a évolué différemment dans les pays à économie en transition. Au cours de la période allant de la fin de la seconde guerre mondiale au milieu des années 60, l'espérance de vie dans l'ex-URSS et dans la plupart des pays d'Europe orientale a augmenté régulièrement, essentiellement parce que les taux de mortalité infantile, qui étaient très élevés, ont baissé rapidement. Au milieu des années 60, l'espérance de vie en Europe orientale était proche des niveaux enregistrés en Amérique du Nord et en Europe occidentale. Elle a ensuite stagné pendant 20 à 30 ans, avec des hausses et des baisses de courte durée. Cette stagnation s'expliquait par deux tendances antagoniques : une lente amélioration en matière de survie de l'enfant et une détérioration en matière de survie de l'adulte, en particulier chez les hommes. En conséquence, pendant la période 1990-1995, l'espérance de vie moyenne pour les deux sexes en Europe orientale allait de 66,5 ans (Fédération de Russie) à 72 ans (République tchèque), alors que dans l'Union européenne, elle variait entre 74,4 ans (Portugal) et 78,1 ans (Suède). La situation est plus grave dans le groupe des nouveaux États indépendants issus de la dissolution de l'Union soviétique. En cinq à huit ans, l'espérance de vie s'est détériorée dans chaque pays de ce groupe, les baisses pour les deux sexes allant de 2,7 ans (Estonie) à 5,9 ans (Fédération de Russie).

4. Dans les régions en développement, les progrès ont été irréguliers et les niveaux actuels varient énormément. C'est en Asie que l'espérance de vie a le plus augmenté en chiffres absolus entre 1950-1955 et 1990-1995, passant de 41,3 ans à 64,5 ans. Des gains supérieurs à 20 ans ont été enregistrés dans les pays asiatiques les plus peuplés : Chine, Inde, Indonésie, Pakistan, Philippines, Thaïlande et Turquie. En revanche, dans certains pays d'Asie, dont l'Afghanistan, les chiffres sont encore parmi les plus bas du monde, soit 43,5 ans en 1990-1995. En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'espérance de vie a augmenté moins rapidement qu'en Asie (17,1 ans), atteignant 68,5 ans en 1990-1995. L'Afrique reste à la traîne avec une augmentation de 14 ans (37,8 ans en 1950-1955 à 51,8 ans en 1990-1995).

5. Si dans les pays les moins avancés, dont la plupart se trouvent en Afrique subsaharienne, l'espérance de vie a augmenté de 14,2 ans, les progrès ont été beaucoup plus lents que dans les autres pays en développement. L'augmentation annuelle moyenne de l'espérance de vie entre 1950-1955 et 1990-1995 ayant été de 0,4 an dans les pays les moins avancés contre 0,6 an dans les régions en développement (à l'exclusion des pays les moins avancés), ceux-ci se retrouvent encore plus loin derrière le reste du monde. Ainsi, en 1950-1955, l'espérance de

vie moyenne dans ce groupe de pays (35,5 ans) était de 6,2 ans inférieure à la moyenne dans les régions en développement (à l'exclusion de ce groupe); or, cet, écart a atteint 14,6 ans en 1990-1995. Depuis 1985, les guerres et les troubles civils ont provoqué de fortes hausses de mortalité dans certains pays. Par exemple, on estime qu'au Rwanda l'espérance de vie est tombée de 46,6 ans 1985-1990 à 22,6 ans en 1990-1995.

6. La propagation du VIH/sida est une importante cause de décès dans de nombreux pays en développement. Ses effets sont particulièrement dévastateurs en Afrique subsaharienne où la transmission endémique du virus a commencé vers la fin des années 70 et le début des années 80. La stagnation ou la baisse de l'espérance de vie due au sida devrait se poursuivre jusqu'en l'an 2000. Sans le sida, l'espérance de vie globale des 24 pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par l'épidémie aurait été de 51,4 ans en 1985-1990 et de 52,6 ans en 1990-1995. En réalité, en 1985-1990, elle a été inférieure de 1,5 ans à ce qu'elle aurait été sans le sida, et en 1990-1995, de 4,3 ans, tombant à 48,3 ans. Dans les cinq pays africains les plus touchés, où le taux de prévalence du sida est égal ou supérieur à 10 % chez la population adulte, cette différence a été de 9,1 ans en 1990-1995, la moyenne de l'espérance de vie étant tombée à 44 ans. On estime qu'entre 1985 et 1995, l'épidémie a causé 1,5 million de décès supplémentaires dans ces pays.

7. Des objectifs en matière d'allongement de l'espérance de vie ont été fixés lors de deux grandes conférences internationales, à savoir la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 et le Sommet mondial pour le développement social en 1995. D'après le Programme d'action adopté par la première¹, l'objectif doit être une espérance de vie à la naissance supérieure à 70 ans d'ici à 2005 et à 75 ans d'ici à 2015 (par. 8.5). Le Programme d'action du Sommet mondial pour le développement social² fixe un objectif de 60 ans d'ici à l'an 2000 [par. 36 b)]. Si les projections de la population établies récemment par l'Organisation des Nations Unies se confirment, 71 pays n'auront pas atteint l'objectif de 70 ans d'ici à 2005 adopté par la Conférence et 111 n'auront pas atteint l'objectif fixé pour 2015, qui est de 75 ans.

II. Survie et santé de l'enfant

8. Pendant la période 1990-1995, environ 11 millions d'enfants sont morts chaque année avant l'âge de 5 ans, dont 8,2 millions avant leur premier anniversaire. La très grande majorité de ces décès (98 %) se sont produits

dans les pays en développement, les pays les moins avancés enregistrant un tiers de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans. Dans le monde développé, seulement 11 nouveaux-nés sur 1 000 sont morts avant l'âge d'un an entre 1990 et 1995, contre 68 pour 1 000 dans le monde en développement. La situation est encore pire dans les pays les moins avancés, où 109 nouveaux-nés sur 1 000 sont morts avant l'âge d'un an. De même, la mortalité des moins de 5 ans – indicateur plus révélateur des facteurs socioéconomiques, écologiques et comportementaux que la mortalité infantile – était 7 fois plus élevée dans les pays en développement que dans les pays développés et 12 fois dans les pays les moins avancés. On trouvera au tableau 1 les chiffres estimatifs de la mortalité infantile et de la mortalité des moins de 5 ans dans les différentes régions.

Tableau 1
Mortalité infantile pour les périodes 1970-1975 et 1990-1995, évolution de la mortalité infantile entre ces deux périodes, et mortalité des moins de 5 ans pendant la période 1990-1995, par grandes zones ou régions et classées par ordre croissant des taux de mortalité

| Grandes zones ou régions | Mortalité infantile (par milliers de naissances vivantes) | | Évolution de la mortalité infantile (pourcentage) | Mortalité des moins de 5 ans (par milliers de naissan- ces vivantes) |
|-----------------------------|---|-----------|---|---|
| | 1970-1975 | 1990-1995 | 1970-1975 à 1990- 1995 | 1990-1995 |
| Monde | 93 | 62 | -33 | 82 |
| Régions développées | 21 | 11 | -50 | 13 |
| Régions en développement | 104 | 68 | -35 | 90 |
| Pays les moins avancés | 147 | 109 | -26 | 156 |
| Amérique du Nord | 18 | 9 | -52 | 10 |
| Europe | 25 | 13 | -48 | 16 |
| Océanie | 41 | 26 | -36 | 33 |
| Amérique latine et Caraïbes | 80 | 40 | -50 | 46 |
| Asie | 98 | 62 | -37 | 77 |
| Afrique | 130 | 94 | -28 | 145 |

Source :

World Population Prospects: The 1996 Revision, (publication des Nations Unies, à paraître), annexe I.

9. Estimant qu'il importe de redoubler d'efforts pour réduire le taux de mortalité des enfants, les participants au Sommet mondial pour les enfants et à la Conférence internationale sur la population et le développement ont demandé que des mesures soient prises en faveur de la survie et de la santé des enfants et ont fixé des objectifs en matière de réduction de la mortalité. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement stipule que, d'ici à 2015, tous les pays devraient s'efforcer de ramener à moins de 35 ‰ le taux de mortalité infantile et à moins de 45 ‰ le taux de mortalité des moins de 5 ans (par. 8.16).

10. Il est évident que les pays à forte mortalité – c'est-à-dire ceux où les estimations les plus récentes depuis 1985 indiquent un taux de mortalité infantile d'au moins 100 ‰ ou un taux de mortalité des moins de 5 ans d'au moins 150 ‰ – pourront difficilement atteindre les objectifs fixés, même si chacun réussit à maintenir à partir de 1995 une baisse équivalant à la réduction la plus forte effectivement enregistrée par un membre de ce groupe (2,3 % par an). Ce groupe comprend essentiellement des pays de la catégorie des moins avancés, dont la majorité se trouvent en Afrique, surtout en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est. En Asie, ce sont surtout

des pays du sous-continent indien et, en Amérique latine et dans les Caraïbes, seul Haïti fait partie de ce groupe.

11. Si, selon les estimations, la mortalité infantile et juvénile n'a cessé de baisser dans toutes les régions en développement depuis 1970, tout porte à croire que cette baisse a commencé à se ralentir pendant les années 80, en particulier dans les pays les moins avancés. Pour nombre de ces derniers, ce ralentissement tient à l'accroissement du taux de prévalence de l'infection à VIH. Dans les pays qui enregistrent un taux élevé d'infection à VIH, il est plus difficile de réduire la mortalité chez les enfants, car il faut non seulement des programmes de lutte contre les maladies infectieuses classiques de l'enfance, mais aussi un effort concerté pour empêcher la propagation du VIH.

12. Il convient de noter toutefois que de nombreux pays en développement ont enregistré des améliorations remarquables en matière de survie de l'enfant au cours des 20 dernières années. Parmi ceux-ci figurent certains des pays les plus peuplés du monde, tels que la Chine, l'Inde et le Mexique, où la baisse annuelle moyenne de la mortalité a été supérieurs à 4 %. Il faut mentionner en particulier les pays ou régions qui ont enregistré une baisse de plus 7 % par an, notamment le Chili, la Jamaïque et la République de Corée, pour ce qui est de la

mortalité infantile, et ces trois pays plus le Costa Rica, Hong-kong, la Chine et Sri Lanka, pour ce qui est de la mortalité des moins de 5 ans. En outre, dans quelques pays en développement, notamment Israël, la République de Corée et Singapour, les taux de mortalité infantile ont été analogues à ceux des pays développés (moins de 11 ‰).

13. Une baisse de la mortalité infantile est également sensible dans les pays à économie en transition. En ce qui concerne les États issus de l'ex-URSS, si les estimations semblent indiquer une augmentation de la mortalité infantile entre 1970 et 1975, celle-ci est due en fait à l'amélioration de l'enregistrement des décès néonataux et ne traduit pas une évolution des tendances. Depuis 1990, il se produit des fluctuations annuelles qui font parfois apparaître une augmentation d'une année à l'autre, mais la tendance générale est à la baisse. Des tendances semblables sont observées dans d'autres pays à économie en transition. Ainsi, il semble que les transformations sociales et économiques subies par les pays à économie en transition n'ont pas eu d'effets négatifs graves sur les chances de survie des enfants.

14. Les pays développés à économie de marché contiennent d'enregistrer de très faibles taux de mortalité infantile, la Grèce, le Portugal et les États-Unis d'Amérique ayant le taux le plus élevé, soit 8 ‰. Le taux le plus faible a été enregistré par la Suède, à savoir 3 ‰ en 1996.

15. Dans les pays développés, la mortalité infantile et juvénile est généralement plus élevée chez les garçons que chez les filles. Il n'en va pas toujours de même dans les pays en développement, où l'avantage qu'ont les filles pour ce qui est des chances de survie est parfois annulé par d'autres facteurs, par exemple le fait que l'on s'occupe beaucoup plus des garçons, ce qui entraîne une surmortalité chez les filles. Un petit nombre seulement de pays en développement enregistrent une surmortalité manifeste chez les filles, mais il s'agit de très grands pays, si bien que ce phénomène est important : la surmortalité chez les filles se traduirait chaque année par 250 000 décès évitables chez les filles de moins de 5 ans.

16. Depuis une vingtaine d'années, la communauté internationale axe son action sur une série de mesures peu coûteuses et à fort impact visant à réduire les décès évitables chez les enfants. Au milieu des années 80, la vaccination universelle des enfants est devenue un élément essentiel de nombreux programmes de santé. La vaccination et d'autres interventions en faveur de la survie des enfants ont aidé à mobiliser un appui politique

en faveur de la santé et du développement de l'enfant et appelé l'attention sur les questions liées au renforcement des capacités et à l'exécution de programmes viables, aux niveaux des pays et des collectivités.

17. Les efforts déployés au niveau international en faveur de la survie et du développement de l'enfant ont été encore renforcés dans les années 90, les gouvernements, les organismes des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et les organisations bilatérales et multilatérales travaillant en étroite collaboration. Le Sommet mondial pour l'enfance tenu en 1990 a marqué un tournant décisif, à partir duquel les interventions en faveur de la survie et du développement de l'enfant se sont accélérées. En 1996, le Secrétaire général indiquait dans son rapport sur les progrès accomplis à mi-parcours de la décennie dans l'application de la résolution 45/217 de l'Assemblée générale relative au Sommet mondial pour les enfants (A/51/256) que des progrès remarquables avaient été faits pour atteindre les objectifs fixés pour l'an 2000. Toutefois, la mortalité chez les enfants demeure malheureusement trop élevée dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

III. Soins de santé primaires et secteur des soins de santé

18. Les soins de santé primaires ont été pour beaucoup dans l'amélioration de l'état sanitaire. Il n'en demeure pas moins qu'au lendemain de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978³, il a fallu attendre longtemps avant que les ressources humaines et financières ne commencent à être réorientées vers les soins de santé primaires. Les décisions prises dans le secteur de la santé restent plus favorables à la médecine curative qu'à la médecine préventive et à la promotion de la santé publique. Les systèmes et services de santé publique disposent de ressources insuffisantes et les groupes vulnérables, les handicapés et les personnes âgées ne bénéficient pas dans l'ensemble de services adéquats.

19. S'agissant des ressources humaines, alors qu'il y a environ 750 infirmières et sages-femmes pour 100 000 habitants dans les pays développés à économie de marché, et environ 800 dans les pays en transition, leur nombre n'est que de 20 pour 100 000 habitants dans les pays les moins avancés. Quant à ce dont on peut se féliciter, la demande mondiale de services infirmiers et obstétricaux progresse, et toutes les régions qui rendent compte à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) font état d'une demande croissante d'appui à la formation des

infirmières et à la mise en valeur des ressources humaines.

20. Dans nombre de pays, on estime a priori que c'est aux médecins qu'il incombe au premier chef de dispenser les soins aux malades, même si l'expérience montre que les infirmières et autres agents sanitaires peuvent tout aussi bien assurer efficacement une bonne partie des services en question. Il convient de redoubler d'efforts en matière de contrôle de la productivité du personnel sanitaire, de la qualité et du coût des services offerts.

21. En 1996, l'OMS a lancé une initiative qui a pour objet d'examiner la vaste question de l'équité dans le domaine de la santé et des soins de santé. Il s'agit, d'une part, de s'assurer que la répartition des facilités promouvant le bien-être repose non sur les privilèges sociaux des populations mais sur leurs besoins, et d'autre part, de réduire les écarts évitables entre les hommes et les femmes et entre les groupes plus ou moins privilégiés sur le plan social, en ce qui concerne leur état de santé et les services de santé qui leur sont offerts.

22. Les interventions visant à s'attaquer aux problèmes des personnes âgées, des handicapés et des personnes atteintes du VIH/sida sont plus efficaces à l'échelon communautaire. De même, la promotion de l'allaitement au sein, les conseils afférents à la santé de la reproduction et l'éducation des mères en matière de protection infantile et postinfantile sont nettement plus efficaces lorsqu'ils sont assurés par des personnes connues dans chaque communauté que lorsqu'ils donnent l'impression d'être imposés par une administration centrale.

23. Le nombre absolu des personnes ayant accès aux médicaments essentiels a sensiblement augmenté depuis l'adoption par l'OMS de la notion de médicaments essentiels et l'établissement de la première liste des médicaments essentiels il y a 20 ans. Nombre de pays ont utilisé cette notion en vue de rationaliser leur système d'approvisionnement en médicaments. Plus de 120 pays révisent régulièrement leur liste nationale de médicaments essentiels. L'approvisionnement et la distribution des médicaments se sont améliorés dans le secteur public grâce à la création de magasins centraux et autonomes de médicaments et grâce à des plans tels que l'Initiative de Bamako, qui prévoit notamment de nouvelles modalités de financement telles que le partage des coûts. Le développement rapide du secteur privé a contribué à améliorer la disponibilité des médicaments dans la plupart des pays. Cependant, malgré cette évolution positive, plus d'un tiers de la population mondiale n'aurait toujours pas régulièrement accès aux médicaments essentiels et dans certaines régions du

monde, surtout les pays africains et asiatiques les plus pauvres, plus de 50 % de la population n'aurait pas accès à ces médicaments.

24. De nombreux pays ont renforcé leur régime de réglementation des médicaments en recourant à des normes et à des standards mis au point par l'OMS. La qualité des médicaments n'en demeure pas moins une préoccupation, la vente de médicaments non conformes et de contrefaçon se généralisant dans le monde. La pénurie de ressources humaines et financières, accentuée par les compressions budgétaires, entame la capacité des autorités chargées de la réglementation et du contrôle des médicaments d'assurer que ceux qui sont commercialisés sont sûrs, efficaces et de bonne qualité.

25. L'absence d'hygiène élémentaire, d'approvisionnement en eau potable et de sécurité alimentaire continue d'être un facteur important de la prévalence des maladies infectieuses. S'il est vrai que l'approvisionnement en eau potable et l'hygiène se sont globalement améliorés, on n'a guère réussi à résoudre le problème de l'accroissement de la population dans bien des pays. Selon les estimations, en 1994, 75 % de la population des pays en développement avaient accès à l'eau potable et 34 % aux services d'assainissement. Dans l'un et l'autre cas, les populations rurales sont les plus mal loties. En effet, en 1994, les services d'assainissement étaient assurés dans les zones rurales à 18 %, mais à 63 % dans les zones urbaines. De même, l'accès à l'eau potable atteignait 70 % dans les zones rurales, contre 82 % dans les zones urbaines.

26. On se rend de mieux en mieux compte dans le monde entier qu'une réforme du secteur de la santé s'impose, encore que les moyens mis en oeuvre pour y parvenir diffèrent sensiblement. Dans la plupart des pays, la stratégie de changement fait une large place à la décentralisation, à la privatisation des services de soins de santé, et au choix individuel et à la prise en charge par le patient lui-même des coûts des soins de santé. La décentralisation peut être multiforme, même si elle s'est souvent traduite par des changements significatifs dans les domaines du financement des soins de santé, de la formation, des approvisionnements ou des niveaux de ressources. Cependant, le manque de données ne permet guère encore de mesurer l'évolution du système au fil des ans. Une meilleure circulation de l'information permettrait d'analyser de manière plus rationnelle l'évolution de l'état sanitaire d'un pays; et l'on devrait pouvoir le faire plus aisément dans l'avenir grâce à la diffusion des technologies de l'information.

IV. Santé des femmes et maternité sans risques

27. Dans nombre de régions du monde en développement, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont parmi les principales causes de la mortalité des femmes en âge de procréer. Les estimations publiées sur la mortalité maternelle en 1996 font apparaître qu'il y a environ 585 000 femmes qui meurent chaque année des suites d'une grossesse, 99 % de celles-ci dans les pays en développement (tableau 2). L'écart entre les taux de mortalité maternelle des pays développés et des pays en développement est énorme : en 1990, les chiffres oscillaient entre plus 480 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement et environ 27 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays développés. Dans certaines régions d'Afrique, les taux peuvent atteindre 1 000 pour 100 000 naissances vivantes.

Tableau 2
**Mortalité maternelle : révision des taux estimatifs
de 1990, par région**

| | Taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) | Nombre de décès maternels (en milliers) |
|-----------------------------|---|--|
| Total monde | 430 | 585 |
| Régions développées | 27 | 4 |
| Régions en développement | 480 | 582 |
| Afrique | 870 | 235 |
| Asie ^a | 390 | 323 |
| Europe | 36 | 3 |
| Amérique latine et Caraïbes | 190 | 23 |
| Amérique du Nord | 11 | 0,5 |
| Océanie ^b | 680 | 1 |

Source :

Données de l'Organisation mondiale de la santé/Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Mortalité maternelle : révision des taux estimatifs de 1990 (Genève, 1996).

^a À l'exception du Japon qui est compris dans les pays développés.

^b À l'exception de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande qui sont compris dans les pays développés.

28. Les causes des décès liés à la maternité sont identiques partout dans le monde. D'une manière générale, environ 80 % de ces décès ont une cause directe, à savoir les complications obstétriques de l'état de grossesse (grossesse, travail et accidents puerpéraux) dues aux interventions, erreurs, traitements inappropriés ou autres séries d'incidents résultant de l'un quelconque des cas susmentionnés. La principale cause de décès – qui est à l'origine d'un quart de tous les décès liés à la maternité – est l'hémorragie de la délivrance, qui survient généralement après l'accouchement. Les infections puerpérales, souvent dues au manque d'hygiène pendant l'accouchement ou au non-traitement des infections de l'appareil génital (y compris les maladies sexuellement transmissibles) sont à l'origine d'environ 15 % des décès liés à la maternité. L'hypertension artérielle gravidique, en particulier l'éclampsie (les convulsions), représente environ 13 % de tous les décès liés à la maternité. Environ 7 % des décès liés à la maternité surviennent suite à un accouchement prolongé ou à une dystocie d'obstacle. Parmi les causes directes des décès liés à la maternité, on compte aussi les grossesses extra-utérines et les grossesses entraînant une môle, les embolies et les effets indésirables d'interventions comme l'anesthésie. Environ 20 % des décès liés à la maternité résultent de causes indirectes, en ce sens qu'ils sont dus aux maladies actuelles aggravées par les effets psychologiques de la grossesse. L'anémie compte parmi les principales causes indirectes de décès.

29. Les décès liés à la maternité sont pour une bonne part, approximativement 13 %, dus à des complications entraînées par l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions⁴. Il a été reconnu dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est un problème majeur de santé publique et il a été recommandé dans le même document de réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. Il est par ailleurs souligné que dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. En tout état de cause, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Actuellement, 90 % environ des pays du monde, comptant pour 96 % de la population mondiale, autorisent légalement l'avortement dans des conditions qui varient pour sauver la vie de la mère. Toutefois, une assez forte proportion des interruptions de grossesse est provoquée par les intéressées elles-mêmes ou pratiquées dans de mauvaises conditions, si bien que dans de nombreux cas, ces interruptions provoquent la mort ou entraînent des lésions permanentes.

30. La cause immédiate des complications liées à la grossesse, de la mauvaise santé et des décès est l'insuffisance des soins prodigués à la mère pendant la grossesse et l'accouchement. Les autres facteurs, de moindre importance, comprennent notamment le statut d'infériorité de la femme, les mauvaises conditions de santé et de nutrition. L'âge de la première et de la dernière grossesse, l'intervalle entre les naissances, le nombre total des grossesses et l'environnement socioculturel et économique des intéressées ont tous des conséquences sur le taux de morbidité et de mortalité maternelles. Cependant, le facteur proximal le plus décisif de la santé et de la survie maternelle reste le degré d'accès et de recours des femmes aux services de soins de santé maternelle de qualité. Ce fait est expressément reconnu au paragraphe 8.22 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement qui énonce que : « Tous les pays, avec l'appui de tous les éléments de la communauté internationale, doivent développer les services de santé maternelle fournis dans le contexte des soins de santé primaires [...] pour chaque accouchement, il faudrait la présence de personnes qualifiées, de préférence des infirmières et des sages-femmes, mais au minimum des accoucheuses qualifiées.»

31. Selon les estimations de l'OMS à l'échelle mondiale, 65 % de femmes enceintes des pays en développement reçoivent au moins quelques soins pendant la grossesse; 40 % des accouchements ont lieu dans des structures sanitaires; et un peu plus de la moitié de tous les accouchements se font avec l'assistance d'agents qualifiés. Cette situation tranche avec celle des pays développés où quasiment chaque femme reçoit régulièrement des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale.

32. L'aspect des soins de maternité relatifs aux soins post-partum a été relativement négligé. Il ressort des estimations établies sur la base des données partielles disponibles que le taux de couverture des soins post-partum se situe en deçà de 30 % pour les pays en développement, le taux mondial étant estimé à 35 %. Cette faiblesse du niveau de prestation des soins est regrettable, dans la mesure où une intervention rapide pendant la période puerpérale peut éviter la mort de la mère et du nouveau-né, et réduire à long terme l'incidence de la morbidité liée à la grossesse.

33. L'obstacle le plus évident qui empêche les gens de recourir aux services de soins de santé maternelle est l'éloignement. En zone rurale, où les femmes n'ont guère de ressources pour prendre en charge leurs frais de transport

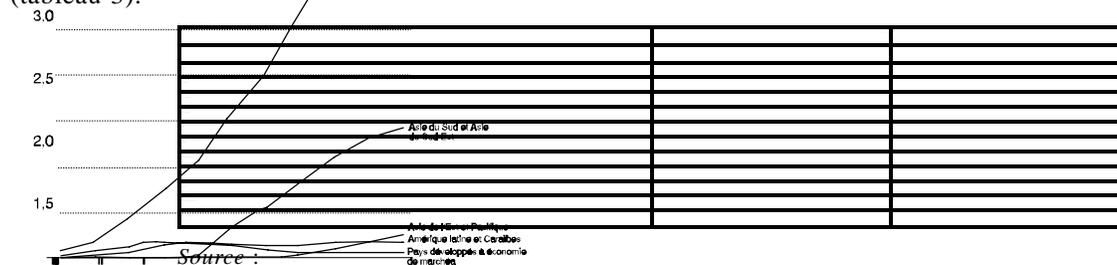
et où les routes sont souvent mauvaises et les véhicules rares, les facteurs physiques dont il est question rendent périlleux le recours même aux services de soins prénatals courants, et l'accès aux services pour remédier aux complications et faire face aux urgences reste difficile.

34. Il ressort de plus en plus clairement de l'expérience acquise en matière de mise en oeuvre des programmes de maternité sans risques que l'indicateur traditionnel de l'état de santé maternelle – le taux de mortalité maternelle – ne permet pas de mesurer les progrès accomplis à court terme. Actuellement, la plupart des programmes de maternité sans risques utilisent des indicateurs fondés sur les procédures pour évaluer les programmes ordinaires. Ces indicateurs peuvent avoir trait entre autres au nombre et à la répartition des services de soins obstétricaux de base, à la proportion des accouchements effectués avec l'assistance de prestataires de soins de santé qualifiés ou dans des cadres institutionnels, aux taux de césariennes et de mortalité clinique. Il est par ailleurs instamment recommandé aux pays d'utiliser au maximum des techniques qualitatives pour

déterminer la qualité des soins prodigués comme les contrôles et les bilans de santé maternels.

V. Infection à VIH et syndrome de l'immunodéficience acquise (sida)

35. À la fin de 1997, on estimait à plus de 30 millions, dont 1,1 million d'enfants, à travers le monde, le nombre de personnes porteuses du VIH ou atteintes du sida, les pays en développement totalisant plus de 90 % des cas (tableau 3).



Source : Organisation mondiale de la santé/Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH/sida, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (Genève, décembre 1997).

^a Pourcentage d'adultes porteurs du VIH ou atteints du sida au sein de la population âgée de 15 à 40 ans.

36. D'après les estimations, quelque 5,8 millions de personnes ont été infectées en 1997, soit environ 16 000 par jour en moyenne, 40 % des cas concernant des femmes et 10 % des enfants. L'épidémie touche singulièrement les jeunes adultes puisque plus de la moitié des adultes nouvellement infectés en 1997 avaient moins de 25 ans. Au cours de la même année, les maladies liées au VIH ont causé la mort de quelque 2,3 millions de personnes, soit environ un cinquième des décès enregistrés depuis le début de la pandémie. Sur ces 2,3 millions de personnes, 400 000 étaient des enfants.

Figure II
Évolution du nombre de nouvelles infections à VIH pour quelques régions sélectionnées

Source :

Organisation mondiale de la santé/Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH/sida, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* (Genève, décembre 1997).

^a Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande et Japon.

37. Sur le plan géographique, l'infection à VIH présente une répartition plutôt inégale. Alors que certaines régions ont vu l'infection se propager considérablement dès le début des années 80, d'autres n'ont été touchées que vers 1991 (voir figure II). La pandémie est en fait un vaste ensemble d'épidémies ayant chacune une structure et une

dynamique propres. Si certains pays assez riches ont pu contenir l'épidémie sur leur territoire, on assiste ailleurs à de nouvelles éruptions parfois explosives. C'est pratiquement le monde entier qui est désormais atteint.

38. On estime à 21 millions le nombre de personnes porteuses du VIH en Afrique subsaharienne à la fin de 1997, soit près des deux tiers du total mondial. C'est au début des années 80 que le VIH a commencé à se propager en Afrique de l'Est. Les épidémies les plus récentes – c'est-à-dire celles du Botswana, du Lesotho, de la Namibie, de l'Afrique du sud et du Swaziland – ont suivi une courbe de propagation et d'intensité semblable à celle des épidémies qui les ont précédées dans d'autres pays.

39. La propagation du VIH dans certaines régions d'Asie a véritablement commencé plus tard qu'en Afrique, c'est-à-dire à partir de la deuxième moitié des années 80. En 10 ans et peut-être moins, les taux de prévalence ont très rapidement augmenté dans certaines régions. La dynamique de propagation du virus fait apparaître des disparités très sensibles non seulement entre pays mais aussi sur le plan national, comme c'est le cas en Chine et en Inde.

40. La Thaïlande est le pays de la région sur lequel on a recueilli le plus de données. L'épidémie s'y est déclarée en 1988, se propageant d'abord chez les toxicomanes par voie intraveineuse. La prévalence au sein de ce groupe est passée de zéro à 35 % au cours des neuf premiers mois de 1988. Des progressions similaires ont été observées en l'espace de deux ans chez les toxicomanes par voie intraveineuse au Myanmar, puis dans le nord-est de l'Inde. La transmission sexuelle reste cependant le mode prédominant de transmission du virus dans les pays asiatiques.

41. En Amérique latine, le VIH a commencé à se propager assez tôt, vers les années 80, d'abord chez les hommes – homosexuels et bisexuels – et chez les toxicomanes par voie intraveineuse. Les pays ou les zones les plus touchés de la région ont été les Caraïbes, le Honduras et le Brésil.

42. En Amérique du Nord, alors que l'incidence du sida s'est ralentie ces dernières années, les populations touchées ont considérablement varié. Les années 90 ont vu l'épidémie se propager surtout chez les femmes, les personnes économiquement défavorisées et les personnes infectées à la suite de rapports hétérosexuels (par opposition aux modes de transmission homosexuel et non sexuel). La mortalité liée au sida a sensiblement reculé, grâce surtout aux progrès thérapeutiques.

43. L'épidémie s'est stabilisée ces dernières années dans plusieurs pays du nord-ouest de l'Europe. Elle a néanmoins continué de se propager dans les pays du sud-ouest, particulièrement en Espagne et au Portugal, où elle est favorisée notamment par la toxicomanie par voie intraveineuse.

44. Certaines parties de l'Europe centrale et de l'Europe orientale sont en proie à une rapide propagation de l'épidémie alimentée par différents facteurs tels que la transition politique et économique avec son cortège d'effets touchant aux modes de vie, aux aspirations des populations et à l'état des services de santé. Dans plusieurs pays – d'abord la Pologne et l'ancienne Yougoslavie à la fin des années 80, puis plus récemment certains ports ukrainiens – on a signalé de fortes poussées de l'infection à VIH liées à la toxicomanie par voie intraveineuse responsable par ailleurs et en bonne partie de l'épidémie qui touche la Fédération de Russie.

45. En Australie et en Nouvelle-Zélande, les rapports sexuels entre hommes seraient à l'origine de 85 % des infections. On a pu constater que les taux d'infection avaient atteint un plateau en Australie et qu'ils étaient en recul en Nouvelle-Zélande.

46. Le VIH se transmet exclusivement par l'intermédiaire des liquides organiques. On estime que la transmission par voie sexuelle est responsable de plus de 85 % des cas d'infection dans le monde. Par ordre d'importance, le sang et ses dérivés constituent le deuxième vecteur de transmission. À cet égard, l'utilisation d'aiguilles et de seringues non stérilisées par les toxicomanes par voie intraveineuse est à l'origine de nombreux cas d'infection, que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en développement.

47. La transmission de la mère à l'enfant – en situation pré ou postnatale – constitue le troisième mode d'infection et, de loin, la principale source d'infection chez les enfants de moins de 15 ans. La transfusion sanguine et l'utilisation d'instruments médicaux contaminés peuvent aussi provoquer la transmission du VIH aux enfants.

48. Si l'infection à VIH n'est toujours pas réversible, le traitement par association d'antirétroviraux permet d'en freiner notablement l'évolution. Il est en outre possible, grâce à diverses thérapies, de prévenir ou de traiter les infections opportunistes et les transformations malignes qui touchent les personnes dont le virus a affaibli le système immunitaire. Il existe aussi un traitement prophylactique aux antirétroviraux destiné à éviter qu'un organisme qui a été exposé au VIH n'en soit infecté. Mais dans de très nombreux pays, le problème primordial est

celui de l'accès aux traitements, manifestement non disponibles ou hors de prix.

49. La lutte contre le VIH passe par la prévention et le traitement qui, au fil de l'évolution de la pandémie, sont devenus intimement liés. Presque tous les pays ont adopté des mesures pour commencer à résoudre les problèmes et à enrayer les risques liés à la propagation de l'infection. La tâche, en ce domaine, incombe souvent au ministère de la santé, au programme national de lutte contre le sida ou, dans certains cas, à certains responsables nationaux. Très souvent, ce sont les groupes les plus touchés par l'infection – mouvements associatifs, associations de personnes porteuses du VIH ou atteintes du sida – qui se sont engagés le plus résolument dans la lutte contre l'épidémie.

50. Dans la mesure où le VIH se transmet essentiellement par le biais des rapports sexuels ou de la toxicomanie par voie intraveineuse, il faut obtenir un changement des comportements si l'on veut enrayer la propagation de l'épidémie. L'un des objectifs fondamentaux des programmes de prévention consiste à identifier les populations dont les pratiques sexuelles ou de toxicomanie (partage de seringues) constituent des comportements à risques et à leur proposer les connaissances, les instruments et les moyens d'appui qui les aideront à modifier leurs comportements et à limiter ainsi les risques. Les programmes de prévention doivent également s'attaquer à des problèmes de plus grande ampleur susceptibles d'accroître la vulnérabilité des populations face au VIH/sida. Il s'agit d'interventions de longue haleine destinées à provoquer des changements culturels et sociaux, notamment en ce qui concerne la condition de la femme qui, dans de nombreuses sociétés, est particulièrement vulnérable à cette maladie.

51. Compte tenu de la vulnérabilité des jeunes face au VIH et autres maladies sexuellement transmissibles, la société doit se mobiliser davantage, en s'appuyant sur l'éducation dispensée à l'école et au sein de la famille et sur les médias, pour les aider à se protéger. Car, s'ils ne sont pas encore exposés au risque de l'infection, l'éducation qui leur est dispensée aujourd'hui sur le sida représente un authentique investissement pour l'avenir.

52. Après quelque 20 années de présence de la pandémie dans certaines régions du monde, la tendance est aujourd'hui à une banalisation de la problématique du VIH/sida. C'est ainsi que dans certains pays, le VIH est désormais traité comme toutes les autres maladies transmissibles. Dans d'autres, on a renforcé les services responsables de la santé en matière de sexualité et de reproduction, en redéfinissant aussi leur rôle. Il y a donc

lieu d'intégrer pleinement les services de lutte contre le VIH/sida aux autres services de santé, en consultation avec les groupes et les milieux affectés. Mais si cette intégration peut se révéler bénéfique, il faut garder à l'esprit la spécificité de l'épidémie et de ses répercussions sur certains des groupes et les milieux les plus marginalisés de la société.

VI. La transition épidémiologique

53. Manifestation de la transition épidémiologique que vit le monde entier, les affections chroniques et dégénératives de l'adulte se substituent aux maladies infectieuses et parasitaires comme principales causes de décès. C'est ainsi que dans les pays développés, à partir de la deuxième moitié de ce siècle, les maladies infectieuses avaient laissé la place aux maladies non transmissibles – troubles circulatoires et cancer notamment – qui, dès le début des années 90, causaient près de 90 % des décès survenus dans ces pays.

54. La transition gagne progressivement les pays en développement. Les moyens mis en oeuvre dans le monde pour assurer la survie des enfants ont permis de réduire la mortalité infantile et postinfantile due aux maladies transmissibles, d'où l'apparition d'un nouveau tableau de causes de décès dans les pays en développement. D'autre part, la baisse de la fécondité ayant modifié la pyramide des âges dans le sens d'un vieillissement de la population, les maladies chroniques et dégénératives occupent désormais une place plus importante dans les causes de décès chez les adultes, dont par ailleurs la mortalité continue à baisser. Le fait que les maladies non transmissibles sont devenues les causes principales de décès se traduit par un accroissement de la longévité pour une proportion grandissante de la population.

55. Une grande enquête visant à déterminer les taux de mortalité par cause et par région a révélé qu'en 1990 les maladies non transmissibles avaient provoqué environ 60 % des décès survenus dans le monde, les affections cardio-vasculaires et les néoplasmes malins apparaissant comme les deux principaux groupes de maladies chroniques chez les hommes et chez les femmes. Les maladies cardio-vasculaires ont causé près de 14,3 millions de décès dans le monde, dont 63 % dans les pays en développement, selon les estimations. Dans le monde, les maladies coronariennes sont la principale cause de mortalité cardiovasculaire, suivies par les accidents cérébrovasculaires. Les néoplasmes malins, quant à eux, ont causé 6 millions de décès environ en 1990, dont 60 % environ dans les pays en développement. Chez les

femmes, la forme de cancer la plus commune est le cancer du sein suivi du cancer de l'estomac. Dans les pays en développement, le cancer du col de l'utérus devient aussi un important problème médical chez les femmes. Chez les hommes, le cancer du poumon est de loin la première cause de mortalité pour le cancer, suivi du cancer de l'estomac.

56. Selon les estimations, 96 % des 17,2 millions de décès provoqués par les maladies transmissibles en 1990 seraient survenus dans les pays en développement. Parmi les affections transmissibles, les maladies infectieuses et parasitaires sont de loin les principales causes de décès pour les deux sexes, dans toutes les régions, à l'exception des pays avancés à économie de marché, des anciens pays socialistes d'Europe et de la Chine où les infections respiratoires ont joué un rôle sensiblement plus important. Les maladies liées à la maternité expliquent pour beaucoup le classement régional des niveaux de mortalité des femmes en âge de procréer.

57. On estime que les traumatismes mortels expliquent 10 % de tous les décès survenus dans le monde en 1990. Les pourcentages varient en fait d'une région à l'autre, allant de 6 % seulement dans les pays avancés à économie de marché à 12-13 % en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne. Sur un chiffre estimatif global de 5,1 millions de décès provoqués par un traumatisme, 84 % seraient survenus dans les pays en développement.

58. Si, depuis le milieu du siècle, les maladies non transmissibles sont les principales causes de décès dans les pays développés, la part relative des différentes causes de la mortalité varient d'un lieu à un autre et reflète les comportements et autres facteurs de risque à l'origine des affections chroniques. Le phénomène ressort clairement quand on observe les différences qui apparaissent entre pays développés à économie de marché et anciens pays socialistes de l'Europe quant à la mortalité par cause de décès. Dans les anciens pays socialistes, la mortalité relève davantage de causes communes aux deux régions. En outre, le rôle des traumatismes intentionnels ou involontaires y est plus important que dans les pays développés à économie de marché. En règle générale, on attribue ces différences à des facteurs tels que le comportement, le mode de vie, l'environnement et l'état des services de santé ainsi que, plus récemment, les facteurs psychosociaux.

59. Dans les pays développés, où la grande majorité des décès enregistrés concerne le groupe d'âge des plus de 65 ans, l'augmentation de l'espérance de vie dépendra en grande partie des tendances qui apparaîtront en ce qui

concerne la mortalité due à des maladies chroniques touchant les personnes âgées. S'il est hasardeux de faire des prévisions pour l'avenir, il semble toutefois, d'après des indications récentes, que la diminution de la mortalité chez les personnes âgées se poursuivra. Dans la plupart des pays développés, à l'exception de l'Europe orientale, les taux de mortalité chez les personnes âgées diminuent depuis les années 60 et ils devraient continuer à baisser du fait des changements intervenus dans les comportements et des progrès de la médecine. En Europe orientale, l'augmentation de l'espérance de vie dépendra de l'influence qu'auront sur les taux de mortalité les maladies chroniques touchant les groupes d'âge supérieurs, mais aussi les groupes intermédiaires, ainsi que les accidents et les traumatismes qui viennent s'ajouter aux maladies chroniques ou dégénératives.

60. Dans les pays en développement, la progression de la transition épidémiologique s'est révélée très inégale selon les régions. De tous les pays et régions considérés, c'est la Chine qui a réalisé les progrès les plus importants dans ce domaine. En 1990, 16 % seulement des décès enregistrés dans ce pays pouvaient être attribués aux maladies transmissibles. On notera toutefois que la proportion de décès causés par des maladies chroniques spécifiques n'est pas la même en Chine qu'en Europe ou en Amérique du Nord. Cette disparité des causes de décès entre les pays d'Asie, dont le Japon, connaissant des taux de mortalité faibles, et les pays occidentaux, est bien connue. Par exemple, les décès dus aux maladies cérébrovasculaires, et en particulier aux hémorragies cérébrales, sont beaucoup plus fréquents en Asie qu'en Occident, alors que les maladies cardiovasculaires telles que la cardiopathie ischémique sont une cause de décès plus répandue dans les pays occidentaux. Dans le cas de la Chine, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et le cancer du foie figurent parmi les causes les plus importantes de décès causés par des maladies chroniques. De telles variations indiquent clairement que la mortalité due aux maladies non transmissibles peut considérablement varier d'un endroit à l'autre, ce qui s'explique par les différences entre les facteurs de risque selon les divers pays et régions.

61. Dans les autres pays en développement, la transition épidémiologique s'est révélée plus difficile qu'en Chine, ou que dans les pays développés. Bien que les maladies non transmissibles soient la cause d'un plus grand nombre de décès que les maladies transmissibles en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Afrique du Nord, en Asie centrale du Sud et en Asie occidentale, ainsi que dans le reste de l'Asie et dans le Pacifique, ces dernières sont toujours responsables d'un tiers au moins du total des

Source :

Banque de données sur la politique démographique maintenue par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU.

65. Les taux de mortalité influent sur la façon dont les gouvernements perçoivent les problèmes de santé et, partant, sur la politique adoptée en la matière. Dans les pays en développement, les gouvernements sont principalement préoccupés par la survie du nourrisson et de l'enfant et les taux de mortalité maternelle. Plus de la moitié des pays en développement et environ deux tiers des pays les moins avancés ont indiqué que la mortalité infantile constituait pour eux une préoccupation majeure (tableau 4). D'autre part, un cinquième environ des pays en développement et un peu moins d'un tiers des pays les moins avancés se sont déclarés préoccupés par les taux de mortalité constatés chez les mères et les femmes enceintes, de même que chez les femmes en âge de procréer. Sur les 53 pays que compte l'Afrique, 38 ont exprimé leur préoccupation au sujet de leurs taux de mortalité infantile, et 30 au sujet de leurs taux de mortalité postinfantile. Dix-huit pays africains se sont déclarés gravement préoccupés par les taux de mortalité des mères et des femmes enceintes, et 17 par ceux des femmes en âge de procréer. En Asie, sur un total de 46 pays, 18 ont exprimé leur préoccupation au sujet de leurs taux de mortalité infantile et sept au sujet de leurs taux de mortalité postinfantile. Pour les 33 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ces chiffres étaient respectivement de 15 et 13 pays. En Asie, sept pays seulement se sont déclarés préoccupés par les taux de mortalité des mères et des femmes enceintes, et six par les taux de mortalité des femmes en âge de procréer. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux de mortalité des mères et des femmes enceintes étaient jugés préoccupants par trois pays, et ceux des femmes en âge de procréer par six pays. Neuf pays en développement se sont en outre déclarés particulièrement préoccupés par les taux de mortalité de leur population rurale.

Tableau 4
Groupes de population dont les taux de mortalité sont jugés particulièrement préoccupants par les gouvernements

| Région | Nombre total de pays | Groupe de population | | | | Hommes | Autres |
|--------|-------------------------|----------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|--------|--------|
| | | Nourrissons | Enfants, notamment ceux âgés de moins de 5 ans | Mères et/ou femmes enceintes | Femmes en âge de procréer | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|
| Monde | 193 | 84 | 57 | 29 | 30 | 17 | 29 |
| Régions développées | 56 | 14 | 7 | 0 | 2 | 14 | 12 |
| Régions en développement | 137 | 70 | 50 | 29 | 28 | 3 | 17 |
| Pays les moins avancés | 48 | 31 | 23 | 15 | 14 | 0 | 3 |
| Afrique | 53 | 38 | 30 | 18 | 17 | 0 | 4 |
| Asie | 46 | 18 | 7 | 7 | 6 | 2 | 6 |
| Europe | 43 | 9 | 5 | 0 | 1 | 12 | 8 |
| Amérique latine et Caraïbes | 33 | 15 | 13 | 3 | 6 | 2 | 7 |
| Amérique du Nord | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Océanie | 16 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |

Source :

Banque de données sur la politique démographique maintenue par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU.

66. Dans les régions développées, les taux de mortalité des hommes adultes dans leur ensemble ou dans certains groupes d'âge, ont été mentionnés comme étant un sujet de préoccupation majeure par 14 pays. Cinq pays d'Europe orientale considéraient l'augmentation des taux de mortalité ou le niveau déjà élevé qu'ils atteignaient chez les hommes adultes comme un problème particulièrement préoccupant. À la suite à la détérioration de la situation sanitaire en Europe orientale durant la première moitié des années 90, neuf pays ont exprimé leur préoccupation au sujet de leur taux de mortalité infantile et cinq au sujet de leur taux de mortalité postinfantile.

67. Dans les pays en développement, comme dans les pays développés, le débat concernant les politiques sanitaires est centré sur la question des réformes du système de santé. Malgré le développement des services de soins de santé primaires dans les pays en développement et le succès des programmes de vaccination, en particulier, il est inquiétant de noter qu'un nombre important et croissant de personnes issues des groupes socioéconomiques les plus défavorisés ou vivant dans les régions rurales n'ont pratiquement pas accès aux soins de santé de base. Bien que l'accès universel à ce type de soins soit un principe essentiel de l'approche axée sur les soins de santé primaires, très rares sont les pays qui ont adopté des politiques et stratégies sanitaires soucieuses d'équité à cet égard. Dans la plupart des pays à faible revenu, les fonds publics limités qui sont affectés au secteur de la santé sont absorbés pour la majeure partie par le système hospitalier. Le système de soins de santé

primaires, dont la vocation est de répondre aux besoins essentiels de l'ensemble de la population ne recevant de ce fait qu'un montant très faible. Compte tenu des difficultés économiques auxquelles ces pays sont confrontés et de la libéralisation croissante, le maintien de ce système a entraîné une augmentation rapide des coûts, et est devenu de plus en plus inefficace et inéquitable.

68. Dans les pays développés, le débat sur la réforme du système de santé a été largement influencé par des considérations d'ordre économique. Toutes les propositions de réforme suggèrent qu'il serait possible de réduire fortement les coûts en améliorant l'efficacité et la rentabilité des services fournis. Un autre élément essentiel des réformes envisagées porte sur la redéfinition de la fonction des organismes chargés du financement du secteur de la santé, qu'il s'agisse d'institutions publiques ou de compagnies d'assurances privées, afin que leur rôle ne soit plus limité au financement des soins de santé, mais qu'ils interviennent activement en tant qu'acquéreurs. Promouvoir la concurrence entre les prestataires de services en matière de santé constitue aussi un élément majeur des nouvelles conceptions de la prestation de services dans ce domaine. L'orientation clairement économique des réformes du secteur de la santé suscite diverses préoccupations quant à leurs incidences. Aucune relation n'est encore apparue entre les nouvelles méthodes de gestion et l'amélioration des soins de santé. Il a également été souligné que l'élaboration, l'adoption et la mise en oeuvre d'une politique sanitaire, sans doute plus que toute autre, étaient le résultat d'un processus social et politique dans lequel il est essentiel

que tous les acteurs soient représentés. En outre, il a été établi que la responsabilité de l'adoption de mesures susceptibles d'avoir une influence majeure sur la santé relevait de plus en plus souvent non plus de l'administration centrale mais des autorités municipales et des collectivités locales.

VIII. Activités des organisations intergouvernementales et non gouvernementales

69. Les organisations non gouvernementales s'emploient depuis longtemps à améliorer la santé et les conditions de vie des populations. Leurs activités complètent utilement celles des gouvernements et des organisations internationales, car elles peuvent souvent desservir des groupes et des régions qui sont difficiles à atteindre par les voies gouvernementales. Les ONG contribuent en outre de plus en plus activement à la réalisation des objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Dans le domaine de la santé et de la mortalité, leurs efforts ont porté sur un large éventail d'activités visant à augmenter l'espérance de vie et à améliorer la qualité de la vie, notamment par le biais de l'éducation au développement, de la promotion de la santé, de la prestation de services, de l'éducation permanente pour les cadres, de la recherche scientifique, et de publications.

70. Le nombre d'ONG oeuvrant dans le domaine de la santé et les domaines connexes est déjà important et ne cesse d'augmenter. Leur action se situe aux niveaux local, national et international. D'après une étude effectuée par l'OCDE au début des années 90, portant sur plus de 1 000 ONG de pays membres de l'Organisation, 752 menaient une action dans le domaine de la population et du développement, dont 85 % s'occupaient plus particulièrement des questions liées à la santé. Elles menaient des activités dans plus de 50 pays d'Afrique, 35 pays d'Asie et du Pacifique et 29 pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Dans ce cadre, des activités ayant trait à la santé maternelle et infantile étaient menées dans la plupart des pays et les activités les plus fréquentes étaient liées aux soins de santé primaires (65 %). De nombreuses ONG des pays membres de l'OCDE coopéraient étroitement avec leurs contreparties de l'hémisphère sud et leur fournissaient un soutien, non seulement sur le plan financier mais aussi en procédant à des échanges d'informations et à des transferts de technologie, dont les avantages à long terme ne sont plus à démontrer.

71. De nombreuses ONG s'efforcent d'améliorer les connaissances scientifiques relatives à certaines maladies associées à des taux de mortalité élevés. Leurs travaux scientifiques attestent du rôle important et efficace joué par ces organisations pour améliorer la santé et réduire la mortalité. L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, par exemple, a joué un rôle de premier plan dans la recherche de traitements efficaces contre la tuberculose, qui reste une des maladies infectieuses les plus répandues, en particulier dans les pays en développement. Un tiers de la population mondiale est actuellement porteuse du bacille *Mycobacterium tuberculosis*, l'agent étiologique de la tuberculose. Les membres de l'Union rassemblent et diffusent des informations sur tous les aspects de cette maladie et des maladies respiratoires, ainsi que sur les problèmes touchant la santé des collectivités, par le biais de conférences, de recherches et de publications, et organisent des activités au niveau national. Un exemple de la contribution apportée par l'Union dans la lutte contre la tuberculose est donné par son travail de précurseur en ce qui concerne la mise au point d'un traitement directement observable à court terme, pour cette maladie, dont l'OMS a recommandé l'utilisation aux autorités médicales et aux responsables de tous ces pays, en vue de faire face à l'épidémie de tuberculose dans le monde entier. L'exemple de cette organisation montre bien comment les activités d'une ONG peuvent contribuer à l'élaboration de stratégies sanitaires et de traitements médicaux pouvant sauver des vies humaines.

72. Deux ONG, la Société et Fédération internationale de cardiologie (SFIC) et la World Hypertension League, effectuent des travaux de recherche sur les maladies circulatoires tout en menant de nombreuses activités de promotion sanitaire. Les maladies circulatoires telles que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux font en effet plus de victimes que toute autre maladie. Les membres de la SFIC sont des particuliers ainsi que des sociétés nationales de cardiologie et des fondations pour le traitement des maladies cardiaques issues de plus de 80 pays. La WHL regroupe des associations nationales de plus de 60 pays. L'importance du rôle joué par ces organisations en ce qui concerne les échanges d'informations entre les pays aux fins de la promotion sanitaire apparaît clairement dans l'exemple suivant : Irish Heart Foundation a diffusé un message important indiquant que le manque d'exercice physique constituait l'un des quatre principaux facteurs de risque en ce qui concerne les maladies cardiaques. En 1996, la Fondation, avec le soutien de nombreuses associations et autorités locales, a lancé un programme visant à

promouvoir l'exercice physique, qui a consisté à baliser certains itinéraires de manière attrayante et à les jalonner de repères espacés d'un kilomètre, afin d'encourager les personnes de tous âges à faire de l'exercice à la fois pour se distraire et pour rester en bonne santé. La publicité donnée à cette initiative de promotion sanitaire par le biais de ces ONG conduit la Finlande, le Danemark, la Suède, l'Allemagne et l'Irlande du Nord à entreprendre des programmes similaires, en collaboration avec les fondations pour les maladies cardiaques concernées. Cet autre exemple montre lui aussi dans quelle mesure les activités des ONG contribuent à l'adoption de modes de vie plus sains.

73. Les organisations communautaires jouent un rôle de plus en plus visible et important en fournissant des services sanitaires tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Tout comme d'autres organismes, tels que les associations féminines et les groupes d'exploitants agricoles, elles peuvent être considérées comme des structures de protection de la santé, qui constituent l'un des trois principaux éléments des systèmes de santé de district. Ces structures prennent en charge un large éventail d'activités. Par exemple, elles sont parvenues à mobiliser la population locale en vue d'organiser des activités sanitaires et, lorsque des ressources sont disponibles, elles participent directement à la prestation de services de santé. De façon plus générale, l'ampleur de leurs programmes aidant, ces structures jouent un rôle éducatif.

74. Les quelque 4 000 districts sanitaires mis en place par l'OMS en Afrique sont presque tous dotés de comités chargés des questions de santé. Alors que certaines des structures d'appui au développement sanitaire ont été établies par les gouvernements, d'autres l'ont été dans le cadre d'un processus évolutif ayant conduit à l'émergence d'une organisation communautaire, souvent sans que celle-ci n'ait de fonction explicite en matière de développement sanitaire. Par exemple, une organisation de ce type a été créée par un directeur d'école après le passage d'un cyclone.

75. Les organisations communautaires ne font pas partie des structures gouvernementales et sont généralement invisibles pour le secteur sanitaire officiel. Cela signifie qu'elles sont souvent sous-utilisées. Dans de nombreux districts sanitaires, le nombre de ces organisations peut être considérable. Par exemple, le Nigéria et le Sénégal en ont respectivement recensés environ 500 dans les districts établis par l'OMS, et d'autres pays ont également signalé l'existence d'un nombre important de ces organisations sur leur territoire. Les études menées dans ce domaine ont également

permis de faire des constatations intéressantes quant à la question de l'équité. Dans de nombreuses régions où le secteur sanitaire officiel est inexistant, les structures d'appui au développement sanitaire sont les seuls prestataires de services. En outre, les fonctions de supervision remplies par ces structures, qui se chargent de contrôler l'efficacité des services de santé de district et qui plaident pour le renforcement de leur efficacité, ont conduit à une plus grande équité dans la prestation des services (notamment au Nigéria et à la Jamaïque).

76. Les organisations non gouvernementales, tout comme les organisations communautaires, continuent de jouer un rôle essentiel dans les domaines de la recherche scientifique, du traitement des maladies et de la promotion sanitaire. Elles fournissent des services, informent les professionnels de la santé et le grand public, effectuent des travaux de recherche et en diffusent les résultats ainsi que des informations sur les traitements et les techniques de prévention les plus efficaces. Comme il est souligné dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, il doit s'instaurer entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales de caractère local, national et international, un large et efficace partenariat. Il importe maintenant de redoubler d'efforts en vue de renforcer ces organisations et de resserrer leurs liens de coopération entre elles et avec les gouvernements, et ce à tous les niveaux, ce qui profitera largement tant aux pays en développement qu'aux pays développés.

IX. Santé et développement

77. En raison des nombreux facteurs qui menacent la santé au niveau mondial – paludisme, émergence ou réémergence de maladies (VIH/sida, tuberculose ou maladies à virus Ebola), incidence croissante du cancer et d'autres maladies chroniques, récents exemples de la hausse de la mortalité, augmentation des dépenses de santé, persistance de la pauvreté, conflits armés et dégradation de l'environnement –, les questions liées à la santé et au développement suscitent un regain d'attention. Le concept de développement qui, dans les années 60, était limité à une vision principalement centrée sur l'économie, fait maintenant une large place aux aspects sociaux et à la viabilité écologique du développement. La recherche d'une solution permettant de mieux intégrer les facteurs économiques et sociaux aux activités du développement a encouragé l'élaboration d'une stratégie axée sur la santé, la planification de la famille, la nutrition, l'éducation, l'accès à l'eau potable,

l'assainissement, le logement, l'élimination de la pauvreté et la croissance économique durable.

78. Des études statistiques menées dans plusieurs pays ont montré que l'augmentation de l'espérance de vie enregistrée entre 1930 et 1960 ne pouvait être attribuée qu'à raison d'un tiers à des facteurs socioéconomiques tels que le revenu, l'instruction et la nutrition, les 2/3 restants s'expliquant par d'autres facteurs tels que les programmes de lutte contre le paludisme, les campagnes de vaccination et la promotion de l'hygiène personnelle. Pour la période 1965-1969 à 1975-1979, le revenu, l'instruction et la nutrition étaient les principaux facteurs expliquant le déclin des taux de mortalité et d'aucuns ont indiqué que les effets moindres des autres facteurs étaient peut-être imputables à un ralentissement des investissements dans les programmes de santé plus récemment.

79. Le revenu est un élément important pour la santé, puisqu'il facilite l'accès à l'alimentation, au logement et aux soins de santé. L'espérance de vie, que l'on continue d'associer au revenu par habitant, augmente rapidement en fonction des revenus au sein des groupes sociaux à faible revenu, en particulier lorsque celui-ci est compris entre 2 000 et 3 999 dollars (pouvoir d'achat en 1994). Par contre, elle va diminuant dans les tranches de revenu supérieures, ce qui semble indiquer que la croissance du revenu a plus d'incidences sur la santé dans le cas des groupes les plus défavorisés. Il est cependant manifeste que la santé dépend aussi d'autres facteurs. Étant donné que la pauvreté influe largement sur la santé, il importe, à cet égard, de prendre en considération non seulement le revenu moyen par habitant, mais aussi le nombre de personnes vivant dans la pauvreté absolue, et la répartition du revenu (pauvreté relative). La pauvreté se caractérise également par le manque de nourriture et d'accès à l'eau potable, à l'assainissement, aux soins médicaux, au logement, à l'éducation et à l'information.

80. Malgré les difficultés résultant d'un faible revenu, certains pays en développement sont parvenus à maintenir leurs taux de mortalité à des niveaux peu élevés. En Chine, à Cuba, au Costa Rica, dans l'État du Kerala en Inde, en Jamaïque et au Sri Lanka, l'espérance de vie est sensiblement la même que celle enregistrée dans les pays développés, ce qui montre que l'on peut améliorer l'état sanitaire de la population lorsque la volonté politique se traduit par l'adoption de mesures visant à élargir l'accès aux services de santé de base, à l'éducation et à la nourriture. Dans les pays en développement, l'éducation des mères est un élément déterminant de la survie des enfants. L'existence de nombreuses filières explique la

diversité des expériences nationales en ce qui concerne l'amélioration de la santé.

81. Au cours des dernières années, on a relégué au second plan l'étude des incidences à long terme des changements économiques sur la santé pour se concentrer sur l'évaluation des incidences des fluctuations macroéconomiques à moyen terme. Les conséquences des mesures d'ajustement structurel sur les pays en développement, les répercussions des réformes économiques sur les pays en transition et les incidences de la stagnation économique dans les pays développés à économie de marché ont fait l'objet d'une attention particulière. Dans les années 80, une forte baisse de l'activité économique dans certains pays en développement a entraîné l'imposition de programmes d'ajustement structurel. Il semble que cette mesure ait contribué à la détérioration des conditions sanitaires, ces pays ayant été contraints de réduire les dépenses publiques. Étant donné que l'on dispose de peu de moyens permettant d'évaluer l'impact des mesures d'ajustement sur la santé, il est difficile d'établir un lien de cause à effet à cet égard. Il serait cependant peu réaliste d'attendre un impact immédiat sur la mortalité : cette influence se ferait éventuellement sentir par la suite.

82. La réorganisation de l'URSS en États successeurs et les changements politiques, économiques et sociaux sans précédent qui ont secoué l'ensemble de l'Europe orientale ont entraîné une détérioration des conditions sanitaires. De nombreux pays de la région ont enregistré une stagnation ou une augmentation de leurs taux de mortalité. Diverses raisons ont été données pour expliquer cette situation, dont l'inefficacité des services de santé, les effets de modes de vie ou des risques avaient été pris, la détérioration de l'économie, le renforcement des inégalités sociales, l'effondrement des institutions politiques et la consommation excessive d'alcool.

83. Dans les pays développés à économie de marché, on a examiné les incidences potentiellement néfastes d'une récession économique prolongée sur les taux de morbidité et de mortalité. Compte tenu de la persistance de taux de chômage élevés en Europe occidentale, l'attention s'est portée sur l'impact du chômage de longue durée sur la mortalité. Les résultats obtenus n'ont pas permis de confirmer qu'il existait un rapport entre le chômage et le nombre de décès prématurés. Paradoxalement, en Finlande, la diminution de la mortalité s'est accélérée au cours de la période de récession économique. En outre, rien ne permet d'affirmer que le chômage favorise l'adoption de styles de vie dangereux. Il semble par contre qu'il ait des conséquences néfastes sur la santé mentale des personnes qui en sont victimes.

84. Les questions relatives à l'environnement entrent dans le cadre des préoccupations touchant la santé et le développement. Des facteurs tels que l'eau potable, l'assainissement, la pollution, la déforestation, la désertification, l'appauvrissement de la couche d'ozone et les changements climatiques ont une influence déterminante sur la santé. Les pays les moins avancés sont les plus vulnérables aux risques traditionnels pour la santé tels que l'absence d'eau salubre et de systèmes d'assainissement, l'insalubrité des logements, la consommation d'aliments contaminés et la multiplicité des vecteurs de maladies. Les pays en développement qui connaissent une industrialisation rapide doivent faire face aux risques traditionnels, auxquels viennent s'ajouter ceux liés à la société moderne, tels que la pollution, les déchets dangereux, l'utilisation non contrôlée de pesticides et d'autres substances chimiques, les accidents du travail et les accidents de la route. Il faut également citer les incidents potentiellement nuisibles des changements climatiques mondiaux, y compris les modifications de la répartition géographique des maladies infectieuses et des maladies à transmission vectorielle entraînées par les changements de température. La mauvaise qualité de l'environnement favorise en outre l'apparition de maladies diarrhéiques, d'affections respiratoires et de diverses maladies parasitaires, ainsi que des maladies cardiovasculaires et du cancer.

85. Les conséquences de la morbidité sur les ménages sont difficiles à évaluer, car ces derniers peuvent adopter des stratégies pour y faire face, qui consistent par exemple à travailler davantage pour compenser l'inactivité des malades, et en atténuer ainsi les incidences financières. Néanmoins, on a noté que, dans certains cas, la maladie influait négativement sur la consommation et l'investissement des ménages. Dans les familles des pays d'Afrique de l'Ouest touchées par l'onchocercose (cécité des rivières), les biens du ménage sont vendus pour couvrir les frais médicaux, tandis qu'en Thaïlande, 60 % des ventes de terrains involontaires étaient la conséquence d'une maladie touchant un membre de la famille. Les tentatives visant à établir un lien entre la santé et la productivité au niveau individuel ont été plus probantes. Au Kenya et en Inde, il a été prouvé qu'il existait un lien entre la nutrition, la santé et la productivité agricole. L'état nutritionnel des enfants est également important en ce qui concerne la réussite scolaire. Au Brésil, on a constaté que la santé avait une influence sur le niveau des salaires.

86. Les maladies et les épidémies, lorsqu'elles s'étendent sur de vastes portions du territoire, peuvent avoir des conséquences importantes sur le dévelop-

pement. En Afrique, la lutte contre l'onchocercose a permis de cultiver des régions entières. La lutte contre le paludisme et d'autres maladies endémiques a contribué à relancer la production vivrière et agricole dans des zones autrefois dégradées par la présence des moustiques. On a estimé qu'au Pérou, les pertes causées par l'épidémie de choléra qui s'était abattue sur le pays en 1991 s'étaient élevées à 500 millions de dollars. Le VIH/sida, en raison de ses effets sur l'épargne intérieure et la productivité, fait peser une menace sur la croissance économique, en particulier du fait que les victimes sont le plus souvent des adultes éduqués et qualifiés en début de carrière. De plus, les coûts élevés afférents au traitement du VIH/sida (de 1 000 à 1 500 dollars par mois par patient) entraînent une réaffectation des ressources au détriment d'autres activités.

87. Les changements sans précédent sont survenus dans les domaines de la santé et du développement depuis quelques dizaines d'années. En conséquence, une nouvelle perspective s'est dégagée, qui tend à placer la santé au centre des activités de développement. La santé et la réduction de la mortalité ne sont pas seulement des objectifs intermédiaires sur la voie du développement socioéconomique. En effet, on s'accorde de plus en plus souvent à reconnaître qu'une bonne santé et une espérance de vie élevée constituent en elles-mêmes des objectifs, en même temps que l'un des fondements du développement.

Notes

¹ *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18), chap. I, résolution, annexe.

² *Rapport du Sommet mondial pour le développement social, Copenhague, 6-12 mars 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.IV.8), chap. I, résolution 1, annexe II.

³ *Alma-Ata 1978 : Soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, Union des Républiques socialistes soviétiques, 6-12 septembre 1978* (Genève, OMS, 1978), collection «Santé pour tous», No 1, réimprimé en 1983.

⁴ L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas [d'après : Organisation mondiale de la santé, «The prevention and management of unsafe abortion» (Prévention et traitement de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité), rapport d'un groupe de travail technique, Genève, avril 1992 (WHO/MSM/92.5)].