Nations Unies E/CN.9/2010/3

Conseil économique et social

Distr. générale
28 janvier 2010
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement
Quarante-troisième session
12-16 avril 2010
Point 3 de l'ordre du jour provisoire*
Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement

Santé, morbidité, mortalité et développement

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport a été établi en application de la décision 2008/101 de la Commission de la population et du développement, aux termes de laquelle la Commission a décidé d'examiner, en 2010, le thème intitulé « Santé, morbidité, mortalité et développement ». Le Secrétaire général y fait état des principales baisses de la mortalité obtenues depuis 1950 dans tous les pays et explique que les causes de mortalité ne sont désormais plus tant les maladies transmissibles que les maladies non transmissibles. Il examine les relations entre santé et développement, notant qu'il existe un lien persistant entre l'augmentation des revenus et l'amélioration de l'état de santé, même si, à l'échelle nationale, la seconde a pu aussi se produire sans variation majeure des premiers. Si l'on veut reproduire ces acquis, il importe d'associer une approche intersectorielle de la prévention à des mesures tendant à renforcer la durabilité des prestations, en particulier en s'assurant que les systèmes sanitaires visent au premier chef la prestation de soins de santé primaires.

* E/CN.9/2010/1.

10-22225 (F) 180210 190210

Merci de recycler

Table des matières

		Page
I.	Introduction	3
II.	Tendances de la mortalité	4
III.	Causes de décès	10
IV.	Incidences de la maladie	13
V.	Santé et développement	16
VI.	Le rôle des soins de santé primaires	19
VII.	Le manque de personnel de santé	22
VIII.	La prévention et le traitement des maladies transmissibles et maternelles	23
IX.	Prévention de maladies non transmissibles	27
X.	Prévention des accidents	31
XI.	Conclusions et recommandations	32

I. Introduction

1. La baisse sans précédent de la mortalité, qui, au XIXe siècle, s'est rapidement amorcée dans les régions les plus développées du monde et qui, au XXe siècle, s'est étendue à l'ensemble de la planète, est une des principales avancées de l'humanité. L'on estime que l'espérance de vie à la naissance est passée de 30 à 67 ans entre 1800 et 2005, provoquant ainsi une croissance rapide de la population, qui, comptant 1 milliard de personnes en 1810, est forte de près de 7 milliards de personnes en 2010.

2. Au cours des deux siècles derniers, la baisse de la mortalité s'est généralement accompagnée d'une hausse des revenus, mais l'on s'accorde à penser que les progrès de la technologie et une meilleure compréhension des causes de la maladie sont les principaux facteurs de cette baisse. Ainsi, l'augmentation de la ration calorique rendue possible par la hausse de la productivité agricole, une meilleure hygiène facilitée par des progrès dans l'assainissement et l'accès à l'eau potable, la mise au point d'insecticides et de nombreuses percées dans le domaine des techniques médicales permettant des interventions de santé rentables et des traitements efficaces sont autant d'éléments qui ont contribué à réduire l'incidence de la maladie chez les plus jeunes et à prévenir la mortalité en cas de maladie déclarée.

3. Le déclin de la mortalité est induit par une évolution majeure des causes de décès. Une brève espérance de vie est le lot des populations majoritairement victimes de maladies transmissibles et d'une mortalité élevée chez l'enfant. La longévité augmente sensiblement dès que l'on enraie la propagation des maladies transmissibles et que l'on dispose de médicaments efficaces pour les traiter. C'est ainsi qu'une transition épidémiologique s'amorce en ce que la mortalité, cessant d'être essentiellement le fait de maladies transmissibles, devient la conséquence de maladies non transmissibles. Parallèlement, la répartition de la mortalité selon l'âge dégage désormais des chiffres défavorables aux personnes âgées dès lors que l'espérance de vie atteint des niveaux records.

4. Dans les années 70, lorsqu'il est apparu clairement qu'on allait pouvoir enrayer ou traiter les grandes maladies infectieuses et parasitaires qui frappaient l'humanité depuis des siècles et réduire ainsi la mortalité, même en l'absence d'une croissance économique viable, l'on s'attendait à ce que la mortalité due aux maladies transmissibles continue à diminuer à l'échelle planétaire. Il a fallu déchanter avec l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui a inauguré, pour de nombreux pays à faible revenu, une ère placée sous le signe d'une mortalité par maladies transmissibles galopante. En outre, l'on a découvert que des agents infectieux étaient à l'origine de maladies auparavant considérées comme non transmissibles – comme les cancers du col de l'utérus, du foie ou de l'estomac – tandis que l'apparition de nouveaux agents infectieux, tels que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), ou les mutations du virus de la grippe, font planer la menace d'une pandémie mondiale. Par conséquent, les craintes se multiplient de voir inhibée, à l'avenir, la baisse de la mortalité.

5. Le présent rapport fait état des tendances passées de la mortalité, de l'évolution des causes de mortalité et de la charge de morbidité. L'on y examine la conception actuelle des relations entre santé et développement, ainsi que les principales difficultés sanitaires que connaissent des pays se trouvant à différents

stades de développement. L'amélioration de la santé et la réduction de la mortalité sont des objectifs clefs en termes de développement, comme en attestent les objectifs du Millénaire pour le développement. Toutefois, comme on le verra plus loin dans le présent rapport, les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ne mettent l'accent que sur les causes d'une petite partie des décès survenant dans le monde et sont essentiellement pertinents pour les pays à faible revenu. Des efforts considérables sont déjà consentis pour atteindre ces objectifs; en 2009, la Commission de la population et du développement a axé ses travaux sur leur réalisation[1]. C'est pourquoi le présent rapport porte principalement sur des questions de santé autres que celles qui relèvent des objectifs du Millénaire pour le développement et sur les mesures à prendre pour réaliser des progrès sur tous les fronts en matière de santé.

II. Tendances de la mortalité[2]

6. L'espérance de vie à travers le monde s'est rapidement allongée après 1950, passant de 47 ans en 1950-1955 à 68 ans en 2005-2010. Si c'est dans les pays en développement qu'elle a le plus augmenté en moyenne – passant de 41 à 66 ans – elle a néanmoins progressé dans toutes les régions. En conséquence, les disparités entre grandes régions et groupes de revenus ont diminué. Néanmoins, il en persiste quelques-unes, importantes. Les pays à revenu élevé[3] ont une espérance de vie plus importante que les pays à revenu intermédiaire, les pays à faible revenu fermant la marche (fig. I). D'un point de vue géographique, l'Amérique du Nord et l'Europe sont les régions qui, depuis 1950, connaissent les taux d'espérance de vie les plus élevés tout en enregistrant les progrès les plus faibles, notamment parce que l'âge de départ y est, déjà, élevé. Par ailleurs, une hausse de la mortalité en Europe orientale et, en particulier, dans la Fédération de Russie au début des années 80 et après 1990 a mis un bémol à l'allongement de l'espérance de vie en Europe.

7. Dans le monde en développement, c'est l'Asie qui enregistre, depuis 1950, les progrès les plus importants en la matière, la Chine et l'Inde étant les pays en tête de liste puisque l'âge moyen y est passé de 41 et de 38 ans, respectivement, en 1950-1955, à 72 et 68 ans, respectivement, en 2005-2010. Dans la région Amérique latine et Caraïbes, l'espérance de vie qui est passée de 51 à 73 ans a aussi considérablement augmenté, surtout si l'on considère que l'âge de départ était relativement bas. L'Afrique, toutefois, n'enregistrait, en 1980, que des progrès modérés et, du fait de l'épidémie de VIH/sida, n'a pas encore réussi à hisser son espérance de vie moyenne au-dessus des 55 ans. Comme l'Inde figure parmi les pays à faible revenu, les progrès accomplis récemment par ce groupe, où l'espérance de vie moyenne atteint les 60 ans, dépassent ceux de l'Afrique.

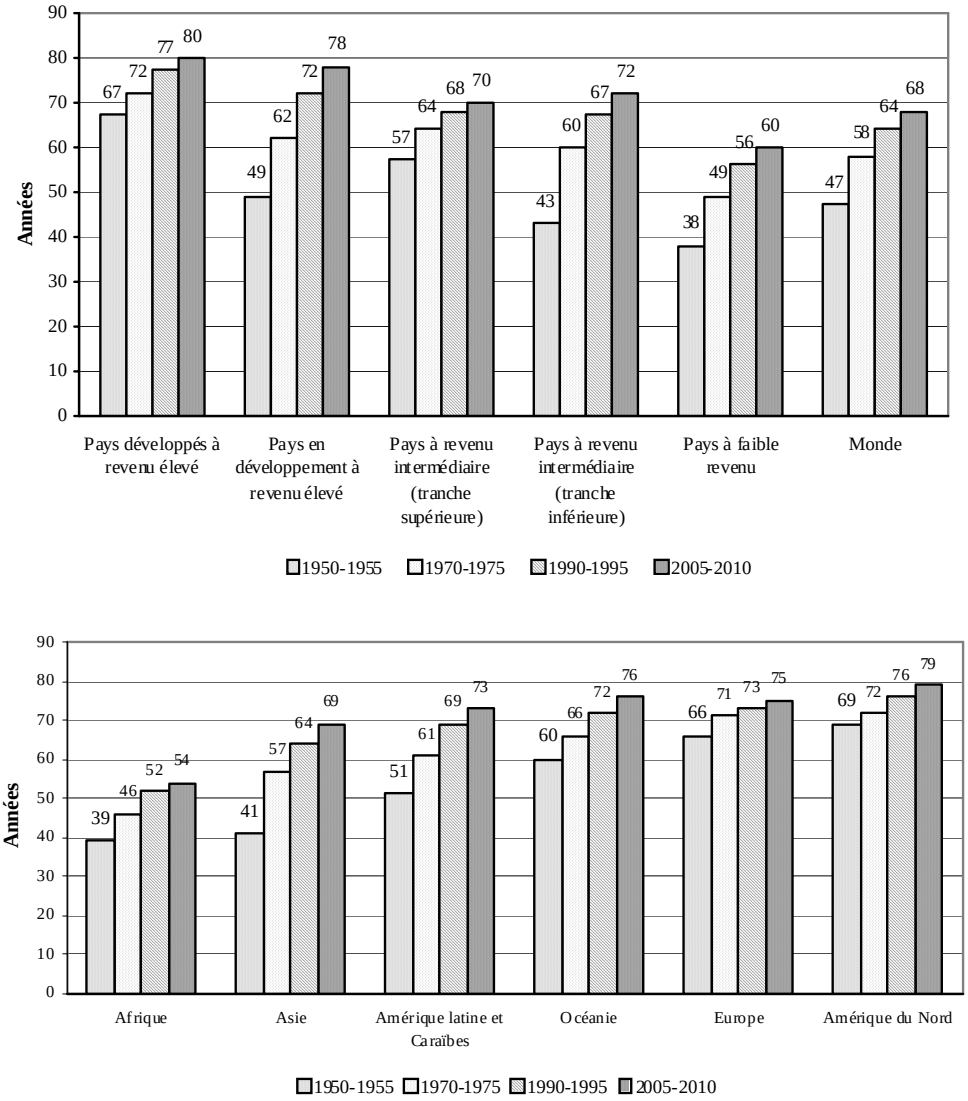
---

[1] Voir le rapport du Secrétaire général intitulé « Suivi des programmes de population, centré sur la contribution du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement aux objectifs de développement convenus à l'échelon international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement » (E/CN.9/2009/3).

[2] Toutes les estimations évoquées dans la présente section sont tirées de l'ouvrage *Perspectives de la population mondiale : la révision de 2008* (publication des Nations Unies, numéro de vente : 09.XII.6).

[3] La liste des pays, ventilés par groupe de revenus, peut être consultée sur le site de *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

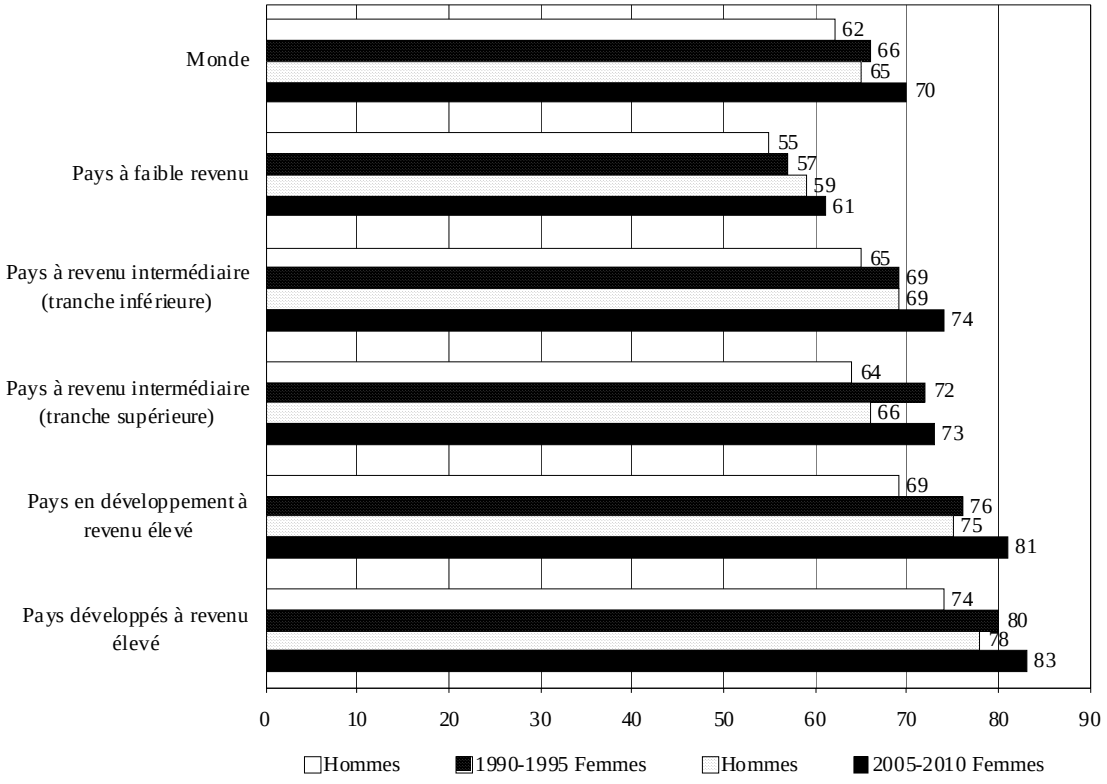
Figure I
Évolution de l'espérance de vie à la naissance par groupe de revenus et grande région (de 1950-1955 à 2005-2010)



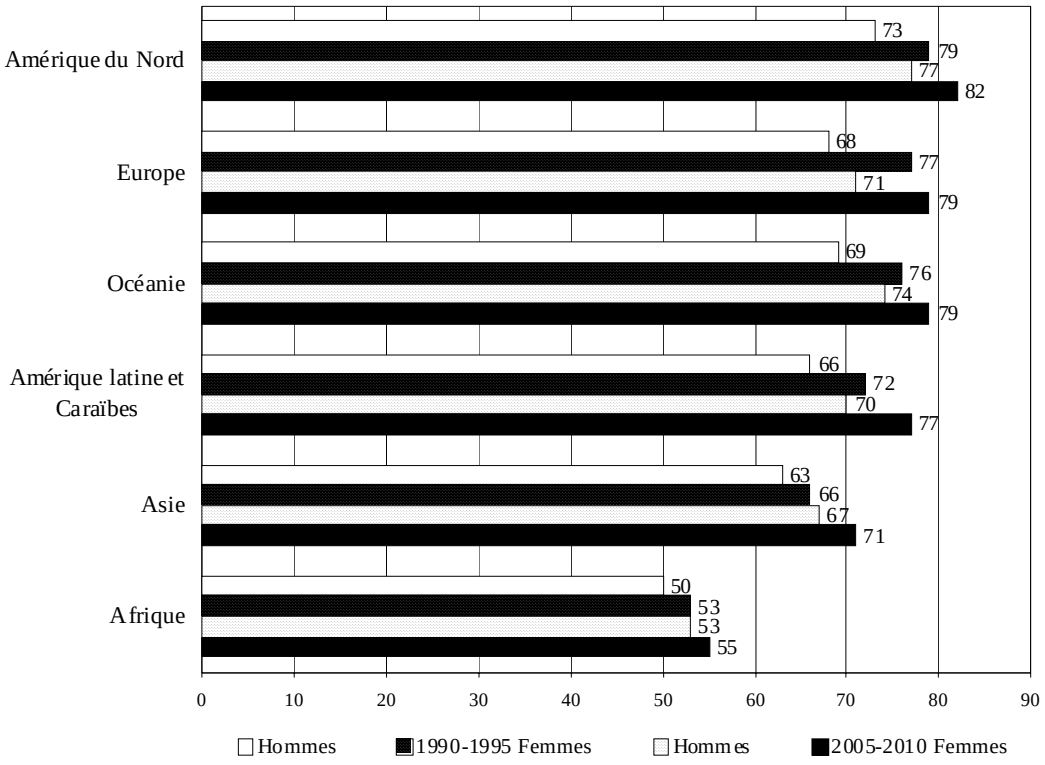
8. Dans toutes les régions et pour tous les groupes de revenus, l'espérance de vie des femmes dépasse celle des hommes (fig. II). Dans le monde, les femmes ont une espérance de vie de 70 ans en 2005-2010, contre 65 ans pour les hommes. C'est en Europe et dans la région Amérique latine et Caraïbes que l'espérance de vie des femmes est la plus élevée. En Europe, l'important avantage des femmes doit beaucoup à leur taux de survie sensiblement plus élevé que celui des hommes en Europe orientale et, en particulier, dans la Fédération de Russie où, aux taux de mortalité actuels, les femmes s'attendent à vivre 13 ans de plus que les hommes (73 ans contre 60, respectivement). En Amérique latine et dans les Caraïbes, cet avantage est de 7 ans. C'est en Afrique qu'il est le plus faible – de 2 ans à peine –

notamment à cause de la forte prévalence du VIH parmi les Africaines et des niveaux élevés de mortalité maternelle qui frappent la région. Dans toutes les régions, sauf en Asie, l'avantage des femmes diminue depuis 1990-1995. Dans les pays développés, cette tendance est associée à la réduction des disparités entre les sexes pour ce qui est de la mortalité due aux lésions et aux maladies cardiovasculaires[4].

Figure II
Espérance de vie à la naissance, par sexe, groupe de revenus et région géographique (1990-1995 et 2005-2010)

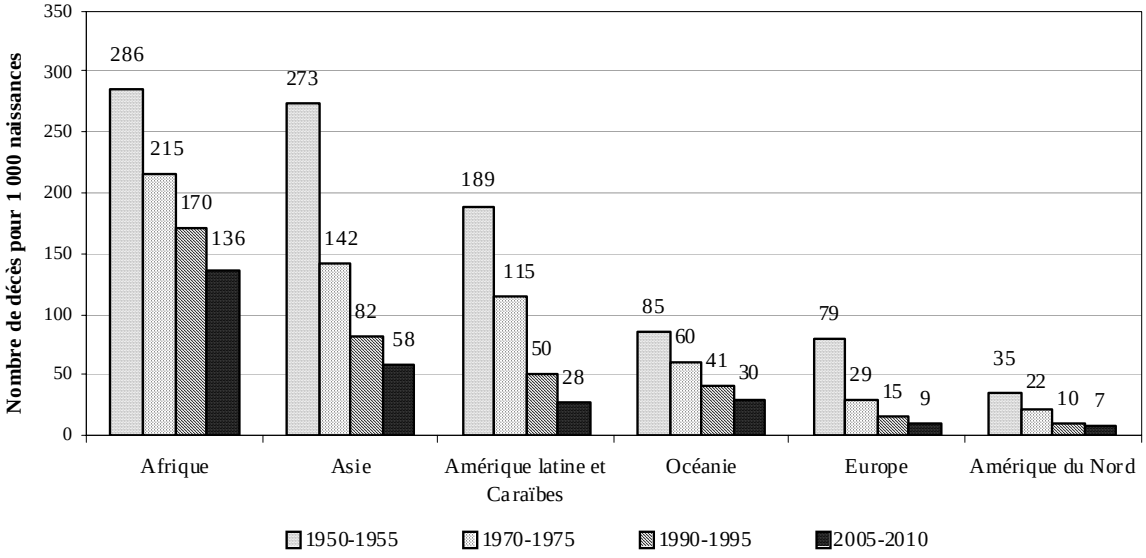


[4] Frank Trovato et Nils B. Heyen: « A varied pattern of change of the sex differential in survival in the G7 countries », *Journal of Biosocial Science*, vol. 38 (2006), p. 391 à 401.



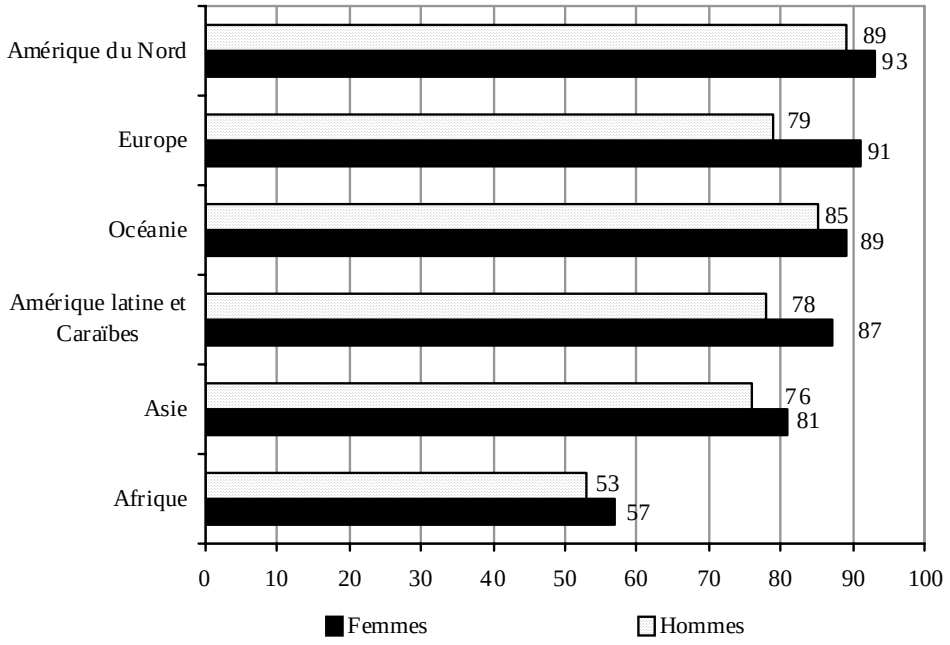
9. La baisse de la mortalité chez l'enfant s'est révélée décisive pour l'allongement de l'espérance de vie. Dans le monde, les taux de mortalité des moins de 5 ans ont baissé de 70 %, passant de 233 décès pour 1 000 naissances en 1950-1955 à 71 ‰ en 2005-2010. Cette baisse concerne principalement les pays en développement, où le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 271 ‰ à 78 ‰ entre 1950-1955 et 2005-2010. Bien que toutes les régions aient connu d'importantes réductions des taux de mortalité chez l'enfant, il subsiste des différences marquées (fig. III). Aujourd'hui, le taux de mortalité des moins de 5 ans est inférieur à 10 ‰ en Europe et en Amérique du Nord mais plafonne toujours à 136 ‰ en Afrique. Le quatrième objectif du Millénaire pour le développement vise à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants. Une telle réduction est particulièrement difficile à réaliser lorsque le taux de mortalité chez l'enfant est déjà faible. Pourtant, l'Europe d'une part et l'Amérique latine et les Caraïbes de l'autre sont les régions qui ont le plus progressé vers cet objectif. Les progrès ont été particulièrement lents en Afrique, où 4,7 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année, essentiellement de causes évitables.

Figure III
Mortalité des enfants de moins de 5 ans, par grande région (de 1950-1955 à 2005-2010)



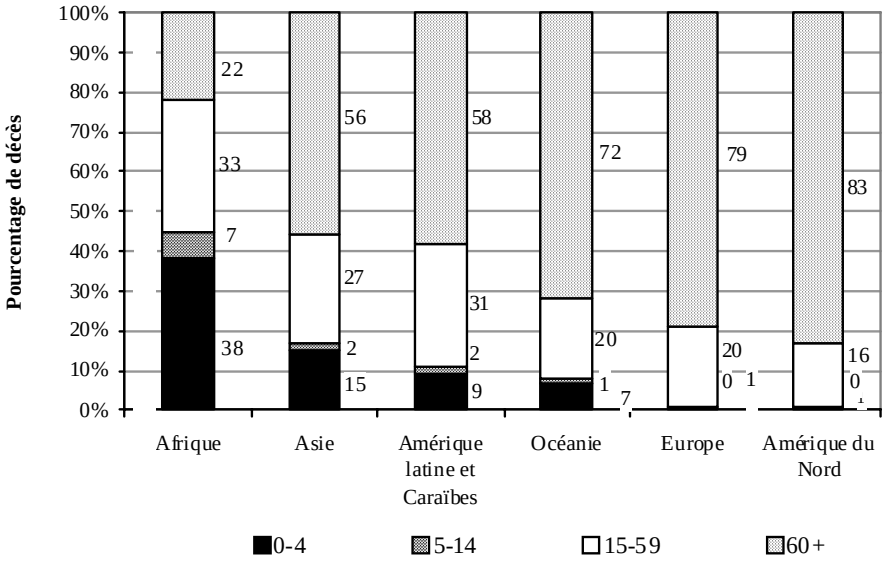
10. Les progrès accomplis au chapitre de la réduction de la mortalité chez les plus jeunes ont accru les probabilités de survie jusqu'à l'âge de 60 ans aux taux de mortalité actuels, puisque celles-ci sont, à l'échelle mondiale, de 79 % pour les femmes et de 73 % pour les hommes. Les différences sous cette rubrique, comme pour les autres indicateurs de mortalité, sont marquées entre les grandes régions et entre les sexes (fig. IV). Aux taux de mortalité actuels, ce sont les femmes qui, toutes régions confondues, ont le plus de probabilités de survivre jusqu'à l'âge de 60 ans, probabilités qui sont particulièrement élevées en Europe et en Amérique du Nord (plus de 90 %). Les chances pour les femmes de survivre jusqu'à l'âge de 60 ans sont également élevées en Amérique latine et dans les Caraïbes ainsi qu'en Océanie (87 % et 89 %, respectivement). En Asie, elles sont légèrement inférieures – 81 % – mais c'est en Afrique qu'elles sont les plus faibles – 57 %. Les chances qu'ont les hommes de survivre jusqu'à l'âge de 60 ans sont les plus élevées en Amérique du Nord et en Océanie – 89 % et 85 %, respectivement; elles s'abaissent en Asie, en Europe et en Amérique latine et dans les Caraïbes – de 76 % à 79 % – et sont particulièrement faibles en Afrique – 53 %. En d'autres termes, même dans les régions où la mortalité est élevée chez les femmes en âge de procréer, les femmes ont plus de chances que les hommes de survivre jusqu'à l'âge de 60 ans.

Figure IV
Probabilités de survie jusqu'à l'âge de 60 ans, calculées en fonction des taux de mortalité de 2005-2010, par sexe et par région (en pourcentage)



11. Avec l'allongement de l'espérance de vie, ce sont des personnes de plus en plus âgées qui meurent. Ainsi, à l'échelle mondiale, la proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans est passée de 40 % en 1950-1955 à 16 % en 2005-2010, tandis que celle des décès de personnes de 60 ans ou plus est passée de 26 % à 54 % entre les deux périodes. De même, si, aujourd'hui, 38 % de tous les décès survenant en Afrique frappent des enfants de moins de 5 ans, ce taux est de 1 % à peine en Europe et en Amérique du Nord. En outre, dans ces deux dernières régions, près de 80 % des décès touchent des personnes âgées alors qu'en Afrique, seuls 22 % du total des décès se produisent à l'âge de 60 ans ou plus (fig. V).

Figure V
Répartition de la mortalité par groupe d'âge et par grande région (2005-2010)



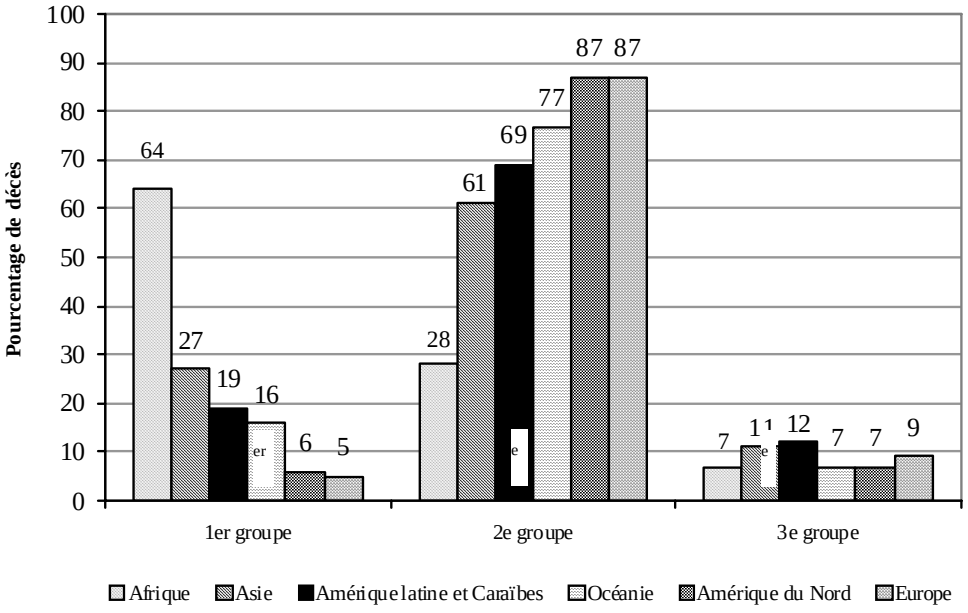
III. Causes de décès[5]

12. La transition épidémiologique, à l'origine d'une évolution majeure des causes de décès, induit une baisse de la mortalité. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi trois grands groupes de causes de mortalité. Le premier est celui des maladies infectieuses et parasitaires, des infections des voies respiratoires, des pathologies maternelles et périnatales, des carences nutritionnelles, autrement dit, de toutes les maladies transmissibles liées à la pauvreté. Le deuxième groupe englobe les maladies non transmissibles, à savoir, les néoplasmes (cancers), les maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, les maladies de l'appareil génito-urinaire, les maladies musculo-squelettiques, cutanées et bucco-orales, le diabète, les troubles nutritionnels et endocriniens, les troubles neuropsychiatriques et sensoriels, et les anomalies congénitales. Le troisième groupe englobe toutes les lésions, intentionnelles ou accidentelles.

13. En 2004, 31 % du total des décès dans le monde étaient dus à des causes relevant du premier groupe, 60 % à des causes relevant du deuxième groupe et 10 % à des causes relevant du troisième groupe. La répartition de la mortalité par cause variait considérablement entre les régions (fig. VI). En Europe et en Amérique du Nord, 6 % au plus des décès étaient dus à des maladies transmissibles (premier groupe) contre 87 % imputables à des maladies non transmissibles (deuxième groupe). Les maladies non transmissibles étaient également responsables de la majorité des décès en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes, et en Océanie – de 61 % en Asie à 77 % en Océanie. Il n'y a qu'en Afrique où la mortalité était majoritairement due à des maladies transmissibles, responsables de 64 % du total des décès survenant dans le continent.

[5] Toutes les estimations figurant dans la présente section sont tirées de la publication *Statistiques sanitaires mondiales 2009* (Organisation mondiale de la Santé, 2009).

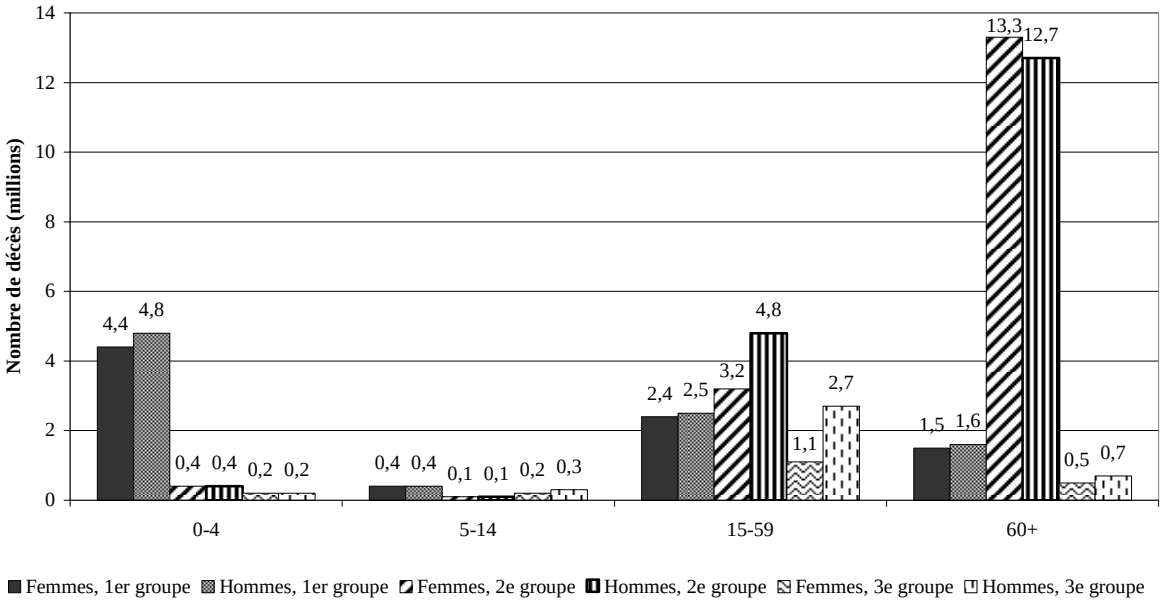
Figure VI
Répartition de la mortalité par cause et par grande région (2004)



14. Les causes de décès varient selon l'âge. En 2004, 89 % des décès survenant chez les enfants de moins de 5 ans étaient dus à des maladies transmissibles, tout comme 53 % des décès d'enfants de 5 à 14 ans. Les lésions représentaient la seconde grande proportion (30 %) des décès d'enfants de 5 à 14 ans. Chez les personnes de 15 à 59 ans, les maladies non transmissibles étaient la principale cause de décès (48 %), les maladies transmissibles représentant 29 % des décès, et les lésions 23 %. Les maladies non transmissibles étaient la cause première de la plupart des décès des personnes de 60 ans ou plus (86 %) et seuls 10 % des décès étaient dus à des maladies transmissibles.

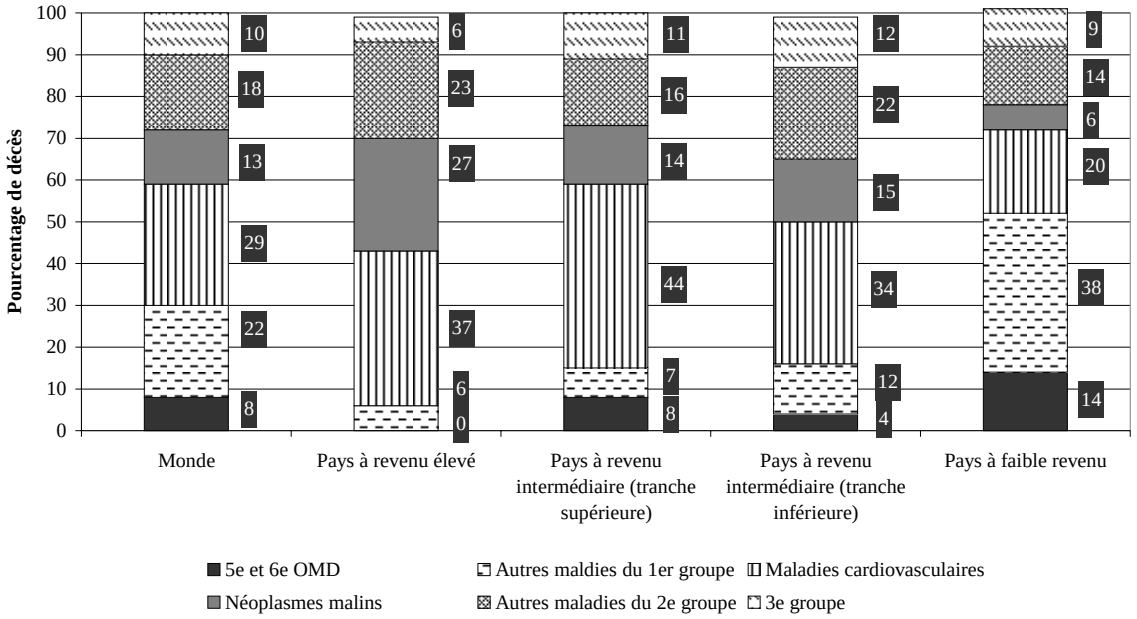
15. Les données concernant le nombre de décès par cause, groupe d'âge et sexe révèlent qu'à tous les âges au-dessous de 60 ans et pour tous les groupes de causes, le nombre de décès des hommes est égal ou supérieur à celui des femmes (fig. VII). Cette constatation se vérifie même pour les personnes de 15 à 59 ans mourant de causes relevant du premier groupe, et notamment les pathologies maternelles. Ce n'est que lorsqu'elles ont 60 ans ou plus que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à mourir de maladies non transmissibles, et ce essentiellement parce que les premières vivent plus longtemps que les seconds.

Figure VII
Nombre de décès par cause, sexe et groupe d'âge (2004)



16. La répartition des décès par cause varie considérablement selon les pays, regroupés par revenu (fig. VIII). Dans les pays à revenu intermédiaire à élevé, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès – de 34 à 44 %. Les tumeurs malignes y constituent la deuxième cause de décès, tandis que dans les pays à revenu intermédiaire, les « autres maladies » du deuxième groupe (maladies non transmissibles, à l'exclusion des néoplasmes malins et des maladies cardiovasculaires) provoquent plus de décès que les néoplasmes. En outre, les lésions font, dans les pays à revenu intermédiaire, le double de morts (11-12 %) que dans les pays à revenu élevé (6 %). Dans les pays à faible revenu, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs malignes sont conjointement responsables de 26 % du total des décès, mais leur pourcentage est nettement inférieur aux 38 % qu'y représentent les « autres maladies » du premier groupe (maladies transmissibles, à l'exclusion de celles visées par les cinquième et sixième objectifs du Millénaire pour le développement). C'est dans les pays à faible revenu que le pourcentage de décès provoqués par le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les pathologies maternelles (cinquième et sixième objectifs) est le plus élevé (14 %); ils sont suivis des pays à revenu intermédiaire à élevé (8 %) et des pays à revenu intermédiaire à faible (4 %). Dans les pays à revenu élevé, le pourcentage de décès provoqués par ces maladies est pratiquement nul.

Figure VIII
Pourcentage de décès par cause et groupe de revenus (2004)



IV. Incidences de la maladie[6]

17. Si les causes de décès indiquent l'incidence des différentes maladies sur une population donnée, elles ne rendent pas véritablement compte de la santé de la population du fait que beaucoup de maladies ne sont pas mortelles mais réduisent la qualité de vie de ceux qui en souffrent. Pour cette raison, on recourt à une autre mesure appelée année de vie corrigée du facteur incapacité (AVCI) pour refléter les incidences tant mortelles que non mortelles des maladies et des blessures sur une population. L'OMS utilise le mot « incapacité » pour se référer à une « perte de santé », c'est-à-dire la perte d'une pleine capacité opérationnelle dans des domaines tels que la mobilité, la cognition, l'ouïe et la vision. Les AVCI représentent la somme des années de vie perdues à cause d'un décès prématuré et les années de vie vécues avec une incapacité résultant d'une maladie ou d'une blessure.

18. En 2004, les 6,4 milliards d'habitants de la planète Terre ont perdu 1,5 milliard d'AVCI (voir tableau). Les pays à faible revenu représentaient 54 % de l'ensemble des AVCI, alors qu'ils ne constituaient que 37 % de la population. Les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) représentaient 30 % des AVCI, une part plus faible que celle de leur population (38 %). Les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) qui constituaient 9 % de la population mondiale représentaient 8 % des AVCI alors que les pays à revenu élevé, qui comprenaient 15 % de la population, n'en représentaient que 8 %. On peut donc en déduire que la charge mondiale de morbidité touchait de manière disproportionnée les pays à faible revenu.

[6] Toutes les estimations citées dans cette section sont fondées sur des données provenant de *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

19. À l'échelon mondial, les maladies non transmissibles étaient à l'origine de 48 % des AVCI, tandis que les maladies contagieuses, les affections maternelles, les pathologies périnatales et les carences nutritionnelles comptaient pour 40 % et les blessures pour 12 %. Le groupe des troubles neuropsychiatriques représentait la plus grand partie des AVCI dans le monde (13 %), venaient ensuite les maladies cardiovasculaires et les blessures autres que celles provoquées par les accidents de la route (10 % chacune). Les affections des organes sensoriels et les troubles musculo-squelettiques et congénitaux constituaient 9 % des AVCI dans le monde, le même pourcentage que pour le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles réunis.

20. Les maladies non transmissibles représentaient la majorité des AVCI dans les pays à revenu élevé (85 %) et les pays à revenu intermédiaire (62 %). Les troubles neuropsychiatriques et les maladies cardiovasculaires étaient à l'origine d'une grande partie des AVCI dans les pays à revenu élevé et intermédiaire. Les blessures autres que celles provoquées par les accidents de la route représentaient la majeure partie des AVCI dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) y compris en Fédération de Russie, et les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), y compris en Chine.

21. Dans les pays à faible revenu, les maladies transmissibles étaient la cause de la majorité des AVCI (57 %) alors que le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles en représentaient 13 %. Les maladies non transmissibles étaient cependant à l'origine de 33 % de la charge de morbidité dans ces pays, dont 9 % pour les troubles neuropsychiatriques. Les blessures autres que celles provoquées par les accidents de la route représentaient 8 % des AVCI, venaient ensuite les affections des organes sensoriels et les troubles musculo-squelettiques et congénitaux (7 %) et les maladies cardiovasculaires (7 % également). Les affections maternelles représentaient en outre 4 % des AVCI dans les pays à faible revenu, la part la plus importante parmi tous les groupes de revenus.

Répartition des années de vie corrigées du facteur incapacité dans le monde, en fonction des causes et des groupes de revenus, 2004

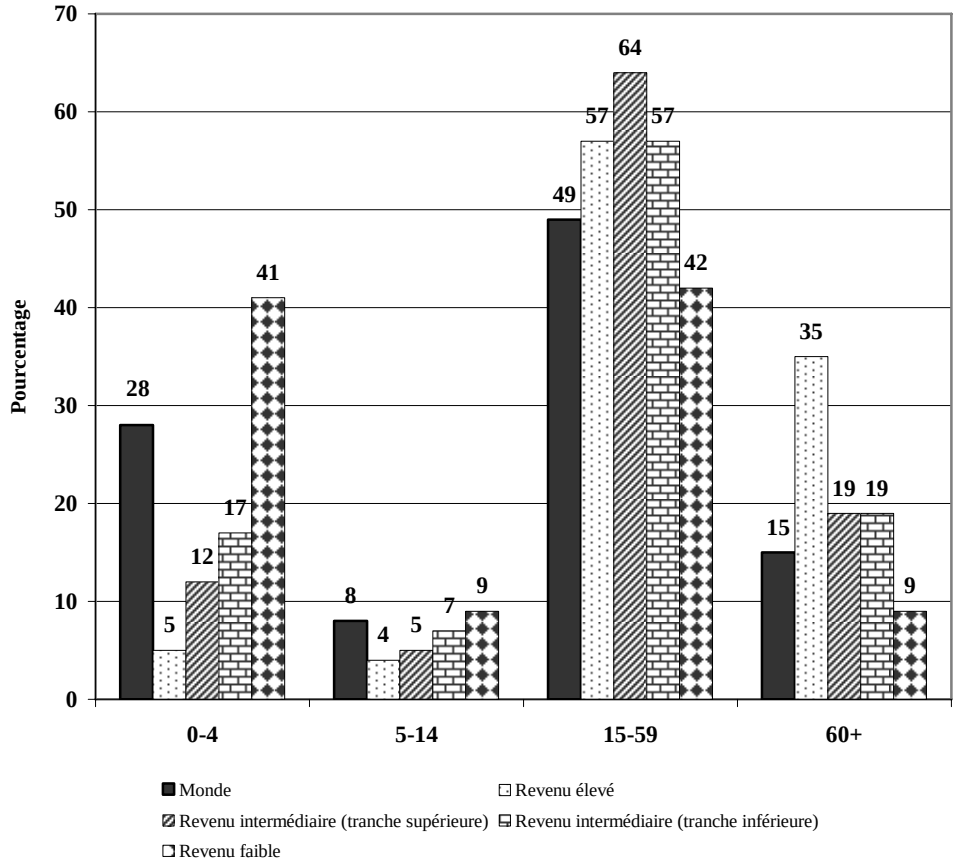
	Monde	*Pays à revenu élevé*	*Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)*	*Pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)*	*Pays à faible revenu*
Population (millions)	6 437	977	580	2 465	2 413
Total d'années de vie corrigées du facteur incapacité (millions)	1 523	122	121	452	828
			(*Pourcentage*)		
Maladies transmissibles, affections maternelles et pathologies périnatales	39,7	6,0	21,4	22,5	56,6
Maladies non transmissibles	48,0	84,8	63,0	61,7	32,9
Blessures	12,3	9,2	15,6	15,8	10,4
Dont :					
Troubles neuropsychiatriques	13,1	25,8	16,2	16,6	8,8
Maladies cardiovasculaires	9,9	14,6	17,7	12,1	6,9

	Monde	*Pays à revenu élevé*	*Pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure)*	*Pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)*	*Pays à faible revenu*
Blessures autres que celles provoquées par les accidents de la route	9,6	6,6	12,5	11,9	8,4
Affections des organes sensoriels, troubles musculo-squelettiques et congénitaux	9,4	13,2	9,5	12,2	7,3
VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies sexuellement transmissibles	9,0	0,8	10,9	3,8	12,8
Néoplasmes	5,2	14,9	7,3	7,3	2,4
Accidents de la route	2,7	2,6	3,1	3,9	2,0
Affections maternelles	2,6	0,5	1,1	1,8	3,5
Diabète	1,3	3,0	2,1	1,7	0,7
Maladies tropicales négligées	1,2	0,0	0,3	0,7	1,9

22. Le diabète représentait 1 % des AVCI à l'échelon mondial, contre 3 % dans les pays à revenu élevé et 2 % dans les pays à revenu intermédiaire. Les maladies tropicales négligées qui représentaient 1 % des AVCI à l'échelon mondial étaient à l'origine de 2 % des AVCI dans les pays à faible revenu, et 89 % de la charge de morbidité qu'elles ont entraînée touchait la tranche des 5 à 59 ans, c'est-à-dire les enfants en âge d'aller à l'école ou les adultes faisant partie de la population active.

23. À l'échelon mondial, les enfants de moins de 5 ans représentaient 28 % des AVCI en 2004, les personnes âgées de 15 à 59 ans 49 % et les plus de 60 ans 15 % (fig. IX). Dans les pays à faible revenu, les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de 15 à 59 ans représentaient respectivement 41 % et 42 % des AVCI. Dans tous les autres groupes de revenus, les personnes âgées de 15 à 59 ans étaient les plus touchées par les AVCI, venaient ensuite les plus de 60 ans. Dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire, les enfants de 5 ans représentaient une faible part des AVCI. Du fait du nombre élevé de personnes âgées dans les pays à revenu élevé, les plus de 60 ans y représentaient 31 % des AVCI. Il est clair que les grands écarts dans la prévalence des maladies découlent des différents niveaux de revenus.

Figure IX
Répartition des années de vie corrigées du facteur incapacité par groupe d'âge pour les groupes de revenus, 2004



V. Santé et développement

24. Une meilleure santé est associée à une hausse des revenus et à une amélioration de la situation économique et sociale, mais le lien de causalité demeure sujet à controverse. Lorsque les estimations de l'espérance de vie pour tous les pays du monde sont établies en fonction du PIB par habitant, elles dénotent une relation concave et croissante, ce qui signifie qu'aux niveaux de revenus inférieurs, l'espérance de vie, lorsqu'elle s'accompagne d'une hausse du revenu, augmente plus rapidement qu'aux niveaux de revenus supérieurs. La courbe de cette relation, qui est généralement stable au fil du temps, remonte au niveau de l'axe de l'espérance de vie, ce qui laisse entendre que cette dernière augmente même en l'absence d'une hausse importante du revenu. D'après une estimation, on peut attribuer à une hausse de revenu 10 % à 25 % de l'augmentation globale de l'espérance de vie entre les années 1930 et 1960, le pourcentage restant étant imputable à des facteurs tels que

les interventions de santé publique et la diffusion d'innovations en matière de santé[7].

25. Le rôle de la santé comme capital humain et, donc, comme déterminant de la croissance économique fait l'objet d'une attention de plus en plus soutenue. Il est établi que depuis 1800, les augmentations des disponibilités alimentaires dans les pays aujourd'hui développés ont entraîné une baisse de la morbidité et de la mortalité parallèlement à un accroissement de la productivité des travailleurs et des revenus. Les économistes estiment que l'allongement de l'espérance de vie incite à investir dans l'éducation, augmente le temps passé au sein de la population active et réduit les congés-maladie, ce qui accroît par conséquent le potentiel d'une population sur le plan de la productivité et des activités rémunératrices. Des études entreprises à l'échelle individuelle[8] corroborent que l'état de santé influe sur le développement cognitif, la participation à la population active, les salaires, les gains, les heures ouvrées, les décisions en matière d'épargne et l'âge de la retraite.

26. Il ressort de l'analyse des données individuelles temporelles qu'en matière de santé, le degré d'instruction et la situation économique pendant l'enfance sont des facteurs prédictifs clefs, mais le lien entre les ressources financières d'un individu à l'âge adulte et sa santé est moins évident. Il en ressort également que les problèmes de santé majeurs et inattendus influencent considérablement la situation économique et sociale du fait qu'ils réduisent la capacité de travailler et entraînent des pertes économiques[9]. Ainsi, santé et situation économique et sociale sont intimement liées.

27. Il n'est pas aisé de transposer sur le plan national les résultats d'études réalisées à une échelle individuelle car il existe d'autres macroeffets liés à une meilleure santé, notamment des effets externes positifs, tels que ceux de la santé sur l'éducation, ou la baisse des rendements due à la pression exercée par la croissance démographique sur des ressources foncières ou un capital physique limités, pression qui augmente lorsque la mortalité baisse. Du fait qu'une meilleure santé améliore les fonctions cognitives et incite à investir dans l'éducation et que celle-ci à son tour constitue un moteur de croissance économique, les analyses intégrant l'effet simultané de ces deux éléments indiquent que le résultat indirect d'une amélioration de la santé peut être positif, voire considérable.

28. L'analyse macroéconomique des liens entre la santé et la croissance économique est fondée sur plusieurs méthodes. La première recourt à des modèles de croissance économique globale qui incorporent explicitement les effets de la santé. Les études ainsi réalisées laissent entendre que l'allongement de l'espérance de vie peut contribuer à accroître le rendement, mais qu'il a un effet plus musclé s'il résulte d'une augmentation de la longévité des travailleurs productifs et plus faible s'il découle d'une diminution de la mortalité infantile qui accélère la croissance

---

[7] Samuel Preston, « The changing relationship between mortality and level of economic development », *Population Studies*, vol. 29, n° 2, 1975, p. 231 à 248.

[8] M. J. Jusain, « Contribution of health to economic development: a survey and overview » (2009), disponible sur le site www.economics-ejournal.org; M. Suhrcke *et al.*, *The Contribution of Health to the Economy in the European Union* (Commission européenne, Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005).

[9] J. P. Smith, « Unravelling the SES health connection », IFS Working Papers n° W04/02 (Institute for Fiscal Studies, 2004).

démographique sans pour autant accroître le niveau de qualification de la population[10].

29. La deuxième méthode recourt à une régression avec des données transversales pour évaluer les facteurs déterminant l'accroissement du revenu par habitant. D'après les études ainsi effectuées, l'espérance de vie a une influence positive, importante, voire considérable sur le revenu[10]. Les détracteurs de cette approche font remarquer que les effets estimés peuvent être biaisés par la multicollinéarité des variables utilisées et par les effets des variables omises. Pour résoudre le problème de multicollinéarité, une étude[11] a été menée en utilisant une variable instrumentale et en se fondant sur une répartition préintervention des décès dus à 15 principales causes ainsi que sur les dates des interventions internationales. Il en ressort que l'allongement de l'espérance de vie accélère la croissance de la population mais n'a qu'un faible effet sur le PIB, tant au début qu'à un horizon de 40 ans, essentiellement parce que la disponibilité des ressources foncières et des capitaux ne s'adapte pas suffisamment à l'accélération de la croissance démographique produite par la baisse de la mortalité. Dans la mesure où l'instrument utilisé reflète principalement la mortalité postinfantile, ce résultat semble conforme à ceux produits par les modèles de croissance globale.

30. Une intervention qui influe aussi sur le développement, à savoir la planification familiale en tant que composante de la santé en matière de procréation, n'a pas été intégrée aux modèles évoqués ci-dessus. La planification familiale, qui permet aux couples et aux femmes d'espacer les naissances et d'avoir le nombre d'enfants souhaité, a contribué à réduire la mortalité maternelle et à améliorer la survie de l'enfant. Elle a également entraîné une réduction de la fécondité, ce qui neutralise les effets de la baisse de la mortalité postinfantile. Par conséquent, comme l'ont démontré les économistes, cela contribue à augmenter tant le revenu des ménages par tête que le revenu national par habitant et permet de favoriser le développement grâce à de faibles taux de mortalité et de fécondité[12].

31. L'association entre l'amélioration de la situation économique et sociale et une meilleure santé est remarquablement persistante entre les pays et au sein des pays. Même dans les pays à revenu élevé, il existe un gradient de santé, où les personnes qui ont fait de moins longues études, occupent des emplois moins prestigieux et ont des revenus plus bas, sont en moins bonne santé que celles qui sont placées plus haut sur l'échelle socioéconomique. Plus une personne passe de temps dans un milieu défavorisé, plus sa santé risque d'être mauvaise. Le stress sur le lieu de travail accroît les risques de maladie. Ces effets sont plus marqués dans les pays connaissant de grandes inégalités. Pour résoudre le problème du gradient socioéconomique, il faut adopter une approche intégrée qui aille au-delà de la politique de santé pour réduire la stratification sociale, notamment grâce à des politiques d'emploi, d'enseignement, de logement et de protection de la famille[13].

---

[10] M. J. Jusain, op. cit.

[11] D. Acemoglu et S. Johnson, « Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth », *Journal of Political Economy*, vol.115, n° 6 (décembre 2007) p. 925 à 985.

[12] Voir E/CN.9/2009/3.

[13] *Combler le fossé en une génération* (WHO/ER/CSDH/08.1) (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

VI. Le rôle des soins de santé primaires[14]

32. En 1978, à la conférence d'Alma-Ata, la communauté internationale avait défini les soins de santé primaires comme des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, à un coût acceptable, qui rapprochent le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent et qui font partie intégrante du système de santé. La Conférence avait également précisé les composantes clefs des soins de santé primaires telles qu'une éducation aux problèmes de santé; des mesures d'assainissement de base notamment en eau et en nourriture; des programmes de protection maternelle et infantile, y compris la vaccination et la planification familiale; la prévention et le contrôle des endémies, le traitement des maladies et lésions courantes; la fourniture de médicaments essentiels; la promotion de bonnes conditions nutritionnelles; et la médecine traditionnelle.

33. Après la Conférence, deux grandes approches se sont dégagées pour mettre en œuvre les soins de santé primaires, à savoir une approche sélective qui se concentrait sur les problèmes de santé publique les plus graves au sein d'une communauté donnée en vue d'obtenir des résultats rapides, et une approche globale qui cherchait à résoudre l'ensemble des problèmes de santé à long terme dans une communauté. La première approche a entraîné l'élaboration de programmes verticaux visant à aborder des problèmes de santé précis grâce à nombre limité d'interventions. La seconde, dite horizontale ou « globale », tendait à créer un système d'institutions permanentes qui encourage la participation active de la communauté en vue d'améliorer la santé non seulement en traitant les maladies mais en se concentrant sur la prévention et la détection précoce.

34. Le plan d'Alma-Ata visant à transformer efficacement les régimes de santé n'a pas pu se concrétiser facilement, et la mise en place de soins de santé primaires s'est ralentie dans bon nombre de pays. Au cours des 40 dernières années, les donateurs multilatéraux, bilatéraux et privés ont eu tendance à privilégier, pour contrôler et prévenir les maladies, des programmes verticaux, plus à même de produire des résultats au cours de cycles courts de financement. La propagation de l'épidémie du VIH/sida, notamment, a donné un nouvel élan à l'approche verticale. À l'heure actuelle, les principales mesures internationales visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement se fondent sur des programmes verticaux axés sur la maladie, dont certains sont préjudiciables au système de soins de santé primaires, avec lesquels ils sont en concurrence sur le plan des ressources humaines et autres ressources limitées. Les programmes verticaux qui ne sont pas intégrés dans le régime général de la santé multiplient également les coûts administratifs, créent des lacunes dans les soins de santé et minent la capacité des pouvoirs publics d'améliorer leurs propres services de soins. Pour contrer ces effets adverses, un code de pratiques optimales a été élaboré pour les programmes de lutte contre les maladies[15]. Il préconise l'intégration de la majeure partie des programmes et des

---

[14] Fondé sur le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* (Organisation mondiale de la Santé, 2008); et sur J. De Maeseneer *et al.*, « Primary health care as a strategy for achieving equitable care », document de réflexion établi pour le réseau Health Systems Knowledge Network (Organisation mondiale de la Santé, 2007).

[15] J. P. Unger *et al.*, « A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 18 (octobre/décembre 2003), p. S27 à S39.

activités de lutte contre les maladies dans les centres de santé, qui offrent des soins axés sur le patient, et les centres à but non lucratif. Il préconise également l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de lutte contre les maladies qui renforcent les régimes de santé et évitent les tiraillements avec la prestation des soins.

35. La mise en place de services complets de soins de santé primaires dans les pays en développement a été retardée du fait du sous-financement du secteur de la santé, notamment au cours de la période d'ajustement structurel. Dans de multiples contextes, la privatisation des services de santé a été encouragée au nom de la théorie, répandue parmi les organismes donateurs, selon laquelle le secteur privé était plus à même que le secteur public de dispenser efficacement des services. Par conséquent, les pouvoirs publics des pays tant développés qu'en développement ont privatisé les services de santé, donné en sous-traitance les soins de santé au secteur privé, loué ou vendu les hôpitaux publics au secteur privé ou accordé une autonomie administrative aux hôpitaux publics, ce qui a effacé les frontières entre le public et le privé. Cette évolution, associée à la spécialisation croissante des professionnels de la santé à tous les niveaux (infirmiers, médecins, agents de la santé publique) a débouché sur des régimes de santé qui donnent un accès anarchique aux hôpitaux et un accès fragmenté aux soins spécialisés, essentiellement réservés aux privilégiés. Dans les pays tant développés qu'en développement, les dépenses de santé publique profitent souvent de manière disproportionnée aux riches qui consomment plus de soins que les pauvres, alors que ces derniers ont davantage de problèmes de santé. Lorsque les frais sont à la charge des patients, des soins de santé faramineux peuvent faire basculer dans la pauvreté. Dans bon nombre de pays, les services de soins de santé pour les pauvres sont très fragmentés et manquent cruellement de ressources. En outre, la tendance consistant à regrouper les ressources autour de services curatifs qui tendent à être coûteux entraîne une insuffisance sur le plan des ressources consacrées aux activités de prévention et de promotion de la santé alors que, selon une estimation, ces activités pourraient en prévenir jusqu'à 70 % de la charge de morbidité.

36. Dans l'ensemble, la part du PIB consacrée à la santé est passée de 8 % en 2000 à 8,6 % en 2005, ce qui implique que « l'économie de la santé » croît plus rapidement que le PIB. Corrigées pour tenir compte de l'inflation, les dépenses de santé mondiales ont augmenté de 35 % entre 2000 et 2005. La progression des maladies non transmissibles, dont la plupart sont chroniques et nécessitent des traitements et une gestion à long terme, a contribué à cette augmentation et la grande probabilité que l'alourdissement tant du fardeau des maladies chroniques que des dépenses de santé s'accélère à l'avenir, suscite une vive préoccupation tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

37. Cette évolution a incité les décideurs à renouveler leur appui à une politique globale de soins de santé primaires pour lutter contre la fragmentation des régimes de santé, parvenir à l'égalité en matière de santé, promouvoir la sécurité sanitaire au niveau de la communauté et apporter une réponse globale et coordonnée aux besoins en matière de soins de santé des personnes et de leurs familles. Pour atteindre ces objectifs, il faut recourir à une politique de soins de santé primaires qui serve de cadre de référence souple adaptable aux besoins locaux et à des contextes socioculturels précis. Pour être complets, les soins de santé primaires doivent intégrer les soins individuels et les soins administrés à la population de sorte à englober les compétences cliniques des médecins, l'épidémiologie, la médecine

préventive et la promotion de la santé. En principe, les soins de santé primaires devraient faire partie d'un régime de santé au niveau du district et être le premier point de contact avec les patients. Cela permettrait de prendre en charge la majeure partie des cas qui se présenteraient et d'aiguiller les autres vers des soins de santé secondaires et tertiaires, au moindre coût, et d'assurer la continuité des soins. Des équipes interdisciplinaires, notamment des médecins de famille, des infirmiers, des travailleurs sociaux et des nutritionnistes fourniraient des soins sans interruption en se concentrant sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement des maladies graves ainsi que le traitement et la gestion à long terme des maladies chroniques. Grace à une coopération intersectorielle, les prestataires des soins de santé primaires recenseraient les problèmes de la communauté en matière de santé et préconiseraient des solutions.

38. Une approche globale des soins de santé primaires permet de réaliser des économies. Dans les pays à revenu élevé qui ont fortement investi dans les soins de santé primaires, les dépenses de santé par habitant sont plus faibles en moyenne que dans les autres pays à revenu élevé. En outre, un accès maximal aux soins de santé primaires, avec des possibilités suffisantes en matière d'orientation réduit les inégalités sur le plan de santé[16]. Aux États-Unis d'Amérique par exemple, des taux plus élevés de médecins de famille par rapport à la population sont associés à de meilleurs résultats de santé dans les régions qui connaissent de plus grandes inégalités sur le plan des revenus. Des données provenant des pays en développement corroborent l'hypothèse selon laquelle les soins de santé primaires peuvent réduire les disparités en matière de santé. Au Mexique, par exemple, l'accès aux centres de soins de santé primaires et la continuité des soins, appuyés par des mécanismes d'orientation adéquats, ont contribué à réduire la mortalité postinfantile parmi les populations démunies.

39. Pour mettre en place des soins de santé complets et en cueillir les fruits potentiels, il faut entreprendre un certain nombre de réformes et veiller premièrement à ce que chacun ait accès à des soins de santé primaires, grâce à des méthodes de financement qui garantissent une couverture universelle et qui se fondent sur une répartition des risques. Deuxièmement, il faut réformer la prestation des services de santé pour veiller à ce que les régimes de santé satisfassent véritablement les besoins des personnes. Troisièmement, les pouvoirs publics doivent continuer de s'attacher à adopter des réformes visant à intégrer les mesures de santé publique et les soins primaires. Quatrièmement, les responsables de la santé doivent rester attentifs aux besoins de la communauté en encourageant la participation active de ses membres. Ils doivent également s'efforcer d'améliorer la santé en prenant des mesures dans d'autres secteurs, notamment l'éducation, la sécurité et la qualité alimentaires, ainsi que la lutte contre le tabac et l'alcool.

40. Aujourd'hui, dans les pays à revenu élevé qui ont d'importantes dépenses en matière de santé, il existe une grande marge de manœuvre pour transférer des ressources des soins de santé tertiaires aux soins de santé primaires et garantir une couverture universelle[17]. Le défi est plus grand mais non moins pressant dans les pays à revenu intermédiaire, où vivent 3 milliards de personnes et où les régimes de

---

[16] B. Starfield, L. Shi et J. Macinko, « Contribution of primary care to health systems and health », *Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3 (2005), p 457 à 502.

[17] *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* (Organisation mondiale de la Santé, 2008), introduction et résumé.

santé doivent s'adapter à de nouvelles demandes. À cet égard, l'adoption d'une approche axée sur les soins de santé primaires et la garantie d'une couverture universelle sont des stratégies clefs pour éviter les erreurs du passé. Enfin, dans les pays à faible revenu, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud où vivent 2 milliards de personnes, mettre l'accent sur une approche globale des soins de santé primaires est essentiel pour instaurer la justice en matière de santé. Dans tous les pays où la couverture universelle n'est pas encore devenue réalité, il faut passer des tickets modérateurs laissés à la charge des patients à une protection assurée par la mise en commun des ressources et au prépaiement. Les pays à faible revenu, qui ne sont pas à l'heure actuelle en mesure de financer les services de santé essentiels, auront besoin d'une aide externe pour introduire la réforme nécessaire.

VII. Le manque de personnel de santé[18]

41. Par personnel de santé on entend tous les prestataires de services de santé – médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, techniciens de laboratoire – ainsi que le personnel administratif et d'appui nécessaire au fonctionnement de ces services. En 2006, l'OMS estimait à 60 millions le nombre d'agents de santé dans le monde dont 40 millions dispensaient des soins et 20 millions travaillaient comme personnel administratif et d'appui. Toutefois, ces agents ne sont pas répartis de façon équitable entre les pays ou au sein même des pays. Rapporté au nombre d'habitants, les pays à revenu élevé possèdent un nombre plus important d'agents que d'autres pays. Quel que soit le pays, le personnel de santé tend à être concentré dans les grandes villes alors que les petites villes et les régions rurales souffrent de pénuries. D'après l'OMS, 57 pays, pour la plupart situés en Afrique et en Asie, manquent de personnel de santé pour répondre aux besoins de leur population. En 2006, l'Organisation estimait qu'il leur manquait 2,4 millions de prestataires de soins et 1,9 million d'agents administratifs et d'appui. Ces pénuries sont un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé et entravent le développement et le maintien de l'infrastructure sanitaire nécessaire ainsi que la réduction des inégalités dans l'accès aux soins de santé.

42. Il est urgent d'investir davantage pour former et soutenir les agents de santé, notamment en augmentant leur salaire et en instaurant des mesures d'incitation au profit de ceux qui travaillent dans des régions défavorisées. En supposant que les 4,3 millions d'agents supplémentaires dont les 57 pays ont besoin pour combler la grave pénurie actuelle soient formés pendant deux décennies, les budgets de la santé devraient augmenter de 10 dollars par personne et par an. Outre ces financements, il est nécessaire que des dirigeants politiques convaincus élaborent des plans détaillés pour le développement et la formation d'un personnel de santé efficace et les mettent en œuvre. Ces plans devraient permettre d'offrir au personnel de santé une formation adaptée au contexte dans lequel il va travailler et des mesures d'incitations professionnelles encourageant à travailler en dehors des grandes villes.

43. Quel que soit le pays, il est aussi nécessaire de former les agents aux nouveaux traitements et pratiques. La gestion et la supervision doivent être améliorées pour utiliser plus efficacement les ressources humaines, en particulier dans le cadre de

[18] Partie fondée sur les publications « La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets », Aide-mémoire de l'OMS n° 302, avril 2006, et « Les migrations des personnels de santé », Aide-mémoire de l'OMS n° 301, avril 2006.

soins complets de santé primaires nécessitant l'introduction de nouveaux modèles de soins en équipe et de compétences factuelles pour une prise en charge globale du patient. Pour aider les malades qui souffrent d'affections chroniques, les agents de santé doivent posséder de solides compétences en matière de communication, pouvoir utiliser les techniques propres à faire évoluer les comportements, être capables d'éduquer les malades et avoir des aptitudes en matière de conseil[19]. Il est aussi nécessaire de procéder à une redistribution des tâches, le personnel soignant très qualifié délégant des tâches à des agents moins qualifiés capables de les accomplir, en particulier des volontaires ou des agents de santé locaux placés sous la supervision nécessaire et disposant d'un appui suffisant.

44. Les pays riches, où les salaires sont plus élevés, connaissant une pénurie de personnel de santé, des agents de santé des pays à revenu moyen ou faible y ont émigré. Dans certains pays à haut revenu, le nombre de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger est très important. Puisque les personnes sont libres de quitter leur pays, il est essentiel que les pays d'origine et de destination coopèrent afin de réduire l'impact négatif de ces migrations. Les pays d'origine doivent améliorer les conditions de travail du personnel de santé, lui offrir davantage de formations et adapter ces dernières aux conditions dans lesquelles les agents vont travailler (par exemple, en milieu rural). Les donateurs peuvent fournir des fonds à ces fins. Les pays de destination doivent former davantage de médecins et d'infirmiers chez eux et appliquer des procédures de recrutement responsables. Un code international de bonnes pratiques pour le recrutement du personnel de santé est en cours d'élaboration[20].

VIII. La prévention et le traitement des maladies transmissibles et maternelles

45. Les maladies transmissibles sont à l'origine de 23 % de l'ensemble des décès et de 57 % des décès des enfants de moins de 5 ans. Pourtant, la plupart d'entre elles peuvent être prévenues, traitées ou soignées à peu de frais. Étant donné que l'on sait que ces maladies touchent majoritairement les personnes démunies, les objectifs du Millénaire pour le développement mettent l'accent sur la prévention et le contrôle des plus mortelles d'entre elles. Toutefois, ces objectifs sont loin d'être réalisés et ils ne traitent que de certaines maladies transmissibles. Les mesures essentielles à prendre pour lutter contre les principales maladies transmissibles, de façon isolée ou en groupe, sont recensées ci-dessous.

46. **VIH/sida**. En 2008, environ 33 millions de personnes étaient touchées par le VIH dont 22 millions en Afrique sub-saharienne[21]. Cette année-là, 2,7 millions de nouveaux cas d'infection à VIH ont été recensés et 2 millions de personnes sont mortes du sida, en baisse par rapport à un pic de 2,2 millions en 2004. La moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et la moitié des nouveaux cas d'infection se déclarent chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Pour empêcher la

---

[19] *Des soins novateurs pour les affections chroniques : Éléments constitutifs* (Organisation mondiale de la Santé, 2002).

[20] Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé, rapport du Secrétariat (EB124/13) (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

[21] *Le point sur l'épidémie de sida 2009* (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la Santé, 2009).

propagation du virus il est nécessaire de mettre en place une stratégie pluridimensionnelle qui comprenne des campagnes d'éducation et d'information pour mieux faire comprendre la manière dont le virus se propage et comment s'en protéger, des programmes ciblés pour réduire les comportements à haut risque, le contrôle des produits sanguins, la prévention de la réutilisation des aiguilles infectées, la fourniture de services bénévoles de conseil et de dépistage pour détecter les personnes infectées, de traitements pour ceux qui en ont besoin et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant en traitant les femmes enceintes infectées. Pour éviter une épidémie généralisée, il est indispensable de pouvoir atteindre les groupes à haut risque, comme les prostituées et les consommateurs de drogues injectables. Dans les pays où l'épidémie est généralisée, l'accès au traitement antirétroviral s'est notablement étendu. On estimait qu'en 2008, 42 % des 9,5 millions de personnes nécessitant un traitement[22] avaient pu en bénéficier. La diffusion de ces traitements s'est accélérée en raison de la baisse des prix des antirétroviraux, comme ceux négociés en 2007 par l'initiative de lutte contre le VIH/sida de la Fondation Clinton et la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM). Ces efforts ainsi que la fourniture de diagnostics devront s'intensifier et être soutenus sur le long terme afin de permettre aux personnes infectées de continuer à vivre. Dans le même temps, les mesures de prévention doivent être renforcées, y compris en facilitant l'accès aux préservatifs et aux traitements pour les maladies sexuellement transmissibles.

47. **Tuberculose**. En 2007, on a recensé 9,3 millions de nouveaux cas de tuberculose dont 15 % chez les personnes infectées à VIH. Dépistée à un stade précoce, la tuberculose peut être soignée. Toute stratégie d'éradication de cette maladie doit donc comprendre le dépistage précoce et l'application rapide d'un traitement de brève durée sous surveillance directe, hautement efficace pour soigner les patients. La multiplication des cas de tuberculose multirésistante qui, en 2007, touchait 3 % des personnes nouvellement infectées et 19 % des personnes souffrant d'infections répétées, est une source de préoccupation majeure. Le dépistage et le traitement de cette forme de la maladie sont onéreux et compliqués. Un certain nombre d'organisations, comme le partenariat Halte à la tuberculose, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la FIAM s'emploient à fournir des médicaments pour soigner cette maladie.

48. **Paludisme**. En 2008, on a recensé 243 millions de cas de paludisme et, sur les 863 000 personnes qui en sont mortes, les quatre cinquièmes étaient des enfants de moins de 5 ans[23]. Neufs cas sur dix se déclarent en Afrique sub-saharienne. Chez les femmes enceintes, le paludisme provoque des anémies maternelles et des naissances prématurées, causes d'insuffisances pondérales à la naissance et de mortalité infantile accrue. Enrayer la propagation du paludisme passe par un dépistage précoce, des traitements efficaces et la prévention de la transmission à l'aide de moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet durable et de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent. En raison de la résistance de plus en plus forte de la maladie aux médicaments, la polythérapie à base d'artémésinine est le seul traitement efficace en Afrique et en Asie, mais il est plus coûteux que les médicaments qui ont perdu de leur efficacité[24]. Des efforts sont déployés pour

---

[22] L'infection à VIH met des années à affaiblir le système immunitaire. La thérapie n'est prescrite que lorsqu'il existe des signes évidents de détérioration du système immunitaire.

[23] *Rapport mondial sur le paludisme 2009* (Organisation mondiale de la Santé, 2009).

[24] Ibid.

généraliser ce traitement, en particulier en soumettant les femmes enceintes exposées à de forts risques de contamination à un traitement préventif intermittent et les enfants à une polythérapie pédiatrique. La diffusion des moustiquaires se poursuit également. Selon le Partenariat Faire reculer le paludisme, plus de 700 millions de moustiquaires doivent être distribuées d'ici 2010 pour infléchir la progression de la maladie.

49. **Maladies tropicales négligées**. Un certain nombre de maladies infectieuses et parasitaires endémiques dans les régions tropicales provoquent des maladies chroniques qui font des ravages chez les populations touchées. On compte parmi elles les helminthes transmis par le sol (ankylostomiase, ascaridiase et trichocéphale) et la schistosomiase, qui entraînent des anémies chez les femmes enceintes et altèrent le développement physique et cognitif des enfants; la filariose lymphatique, qui se caractérise par un grave gonflement des jambes; le trachome et l'onchocercose, qui provoquent des cécités; la maladie de Chagas, qui touche le système digestif et le cœur; la leishmaniose, qui cause des lésions cutanées et des ulcères; la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), et la fièvre de dengue, une infection virale. Environ un milliard de personnes souffrent d'une ou plusieurs de ces maladies ou de leurs séquelles[25]. En l'absence de traitement, les infestations parasitaires peuvent durer des décennies et provoquer des infirmités graves. Elles augmentent la vulnérabilité à d'autres maladies, comme le VIH et le paludisme. Il est important de noter que ces maladies tropicales peuvent être prévenues et soignées. L'accès à de l'eau salubre et à des services d'assainissement de base réduit l'incidence de la schistosomiase et du trachome. La lutte contre les vecteurs permet de réduire la transmission de la dengue, de la maladie du sommeil et de la maladie de Chagas. Des doses uniques de médicaments à bas coût permettent de traiter efficacement la filariose lymphatique, les helminthes transmis par le sol et l'onchocercose, rendant possible leur contrôle par l'administration massive de médicaments aux communautés touchées ou dans les écoles. Étant donné que ces maladies sont débilitantes mais pas mortelles, les efforts déployés pour les combattre ou les soigner ne reçoivent pas l'appui nécessaire.

50. **Causes transmissibles de mortalité infantile**. Les principales causes de mortalité infantile sont les infections aigües des voies respiratoires et les maladies diarrhéiques qui sont chacune responsables de 17 % des décès d'enfants. Les vaccins ont pratiquement éradiqué la pneumonie dans les pays développés, mais leur usage reste peu répandu dans beaucoup de pays en développement où la pauvreté, une mauvaise alimentation et la pollution de l'air à l'intérieur des maisons sont à l'origine d'une forte incidence des infections des voies respiratoires inférieures. En améliorant l'alimentation des enfants et la qualité de l'air intérieur, il est possible de réduire les cas d'infections respiratoires aigües, le dépistage précoce et les traitements par antibiotiques et oxygène permettant d'éviter, en cas d'infection, que la maladie ne s'aggrave et entraîne la mort. Un système de santé primaire fonctionnant correctement serait à même d'offrir un tel traitement. Les maladies diarrhéiques, quant à elles, sont avant tout provoquées par des agents pathogènes transmis d'une personne à l'autre lorsque des matières fécales contaminent l'eau, la nourriture ou les mains d'une personne. Dans ces cas-là, une hygiène de base, comme le fait de se laver les mains, et l'accès à de l'eau salubre et à des services d'assainissement peuvent faire nettement reculer le nombre de malades et de morts.

---

[25] Peter Hotez, *Forgotten People, Forgotten Diseases* (Washington, ASM Press, 2008).

En cas de diarrhée, la thérapeutique de réhydratation orale et l'administration de compléments de zinc en combinaison avec l'allaitement des nourrissons, un appui nutritionnel et l'utilisation raisonnée d'antibiotiques peuvent empêcher que la maladie ne s'aggrave et entraîne la mort. Les vaccins se sont révélés efficaces pour prévenir d'autres maladies infantiles importantes. La rougeole, autre cause majeure de mortalité infantile, peut être prévenue en administrant deux doses d'un vaccin. En 2007, 82 % des nourrissons de 12 à 23 mois avaient reçu au moins une dose du vaccin. Les vaccins sont aussi efficaces pour combattre la polio, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Les campagnes de vaccination nationales sont des exemples de programmes verticaux efficaces, en particulier dans les pays à faible revenu.

51. **Maladies maternelles**. Bien que la mortalité maternelle ne représente que 2 % des décès de femmes dans le monde, la plupart des 536 000 femmes décédées en 2005 auraient pu être sauvées si elles avaient eu accès à des soins appropriés. La mortalité maternelle touche en très grosse majorité les pays en développement et la moitié des décès se produisent en Afrique sub-saharienne. Peu de progrès ont été accomplis dans la lutte contre ce phénomène depuis 1990. L'absence de soins obstétriques appropriés est la principale cause immédiate de maladies et de décès liés à la maternité. Au niveau mondial, 300 millions de femmes souffrent de séquelles de la grossesse et de l'accouchement (stérilité, anémie sévère, prolapsus utérin et fistule vaginale), et on compte 20 millions de nouveaux cas chaque année. L'anémie, qui touche 42 % des femmes enceintes et qui est souvent aggravée par le paludisme, le VIH et d'autres maladies, accroît le risque de décès par hémorragie. Dans les pays en développement, 33 millions de femmes sont stériles en raison de complications dues à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et pour cause de septicémie maternelle. L'assistance d'un personnel de santé compétent (médecins, infirmiers ou sages-femmes) lors de l'accouchement est capitale pour réduire la mortalité maternelle. En Asie du Sud et en Afrique sub-saharienne, où le nombre de décès liés à la maternité est le plus grand, moins de la moitié des naissances sont pratiquées par du personnel de santé formé. Afin de prévenir efficacement les décès et de faire face aux complications, ce personnel doit disposer du matériel adéquat et être capable de transférer les femmes présentant des complications à des services obstétricaux d'urgence. L'accès à ces services est encore limité dans les pays à faible revenu. C'est surtout dans ces pays que la mise en place d'une planification familiale serait un moyen peu onéreux et efficace de réduire la morbidité et la mortalité maternelles en permettant aux femmes d'éviter les grossesses inopportunes ou non désirées. La satisfaction de ces besoins de planification familiale non couverts permettrait d'éviter près de 53 millions de grossesses involontaires chaque année et par conséquent 150 000 décès liés à la maternité[26]. La fourniture de soins anténatals, de consultations postnatales, de formations et d'un accès à des méthodes de contraception pour les femmes qui le souhaitent est nécessaire pour améliorer la santé reproductive et réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

---

[26] Institut Guttmacher et Fonds des Nations Unies pour la population, *Tout bien compté. Coûts et avantages de l'investissement dans la planification familiale et la santé maternelle et néonatale* (2009).

IX. Prévention de maladies non transmissibles

52. Prises dans leur ensemble, les maladies non transmissibles sont déjà à l'origine de 60 % des décès dans le monde et de 72 % de ceux dans les pays à revenu moyen, et leur part dans la charge de la maladie devrait augmenter à l'avenir. Parmi elles, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et la dépression constituent les principales menaces pour la santé de l'être humain et le développement. Les maladies non transmissibles représentent un poids économique et social considérable car la plupart sont chroniques et nécessitent des traitements à long terme. Et pourtant, près de 80 % des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux, des diabètes de type 2 et plus d'un tiers des cancers pourraient être prévenus en éliminant les facteurs de risque qu'ils ont en commun, en particulier la consommation de tabac, une mauvaise alimentation et l'absence d'activité physique. De plus, les progrès accomplis en biomédecine et en gestion comportementale ont nettement renforcé la capacité des mesures sanitaires à lutter contre ces maladies et à les prévenir, en particulier lorsque les patients reçoivent des traitements efficaces, un soutien à la prise en charge personnelle et un suivi régulier.

53. À mesure que la population vieillit, le nombre de personnes souffrant d'une ou plusieurs conditions chroniques pendant des décennies grandit. Les modes de vie de plus en plus sédentaires associés à une urbanisation croissante, la prévalence d'une mauvaise alimentation et la commercialisation mondiale de produits à risque, comme le tabac, sont également des facteurs qui contribuent à cette augmentation. Il en résulte que les systèmes de santé nationaux sont davantage sollicités et que les dépenses de santé augmentent. En outre, puisque les comportements à risque tendent, au fil du temps, à se concentrer chez les segments les plus pauvres de la population, les maladies chroniques deviennent indissociables de la pauvreté et contribuent à l'exacerber en raison du coût élevé des traitements qui doivent être suivis sur de longues périodes de temps. L'accroissement des maladies chroniques dans les pays à revenu moyen et faible est particulièrement problématique parce que dans nombre de ces pays les maladies infectieuses, les maladies maternelles et la malnutrition continuent de faire des ravages.

54. Les politiques nationales dans les secteurs autres que la santé exercent une influence importante, et souvent déterminante, sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Ainsi, les avancées accomplies en matière sanitaire dépendent des politiques publiques relatives au commerce, à la fiscalité, à l'éducation, à l'agriculture, au développement urbain, à l'alimentation et à la fabrication de produits pharmaceutiques. Des mesures intersectorielles sont donc capitales pour planifier la réduction de la charge des maladies non transmissibles au niveau national. Par exemple, la modification des régimes alimentaires, la réduction de la prévalence de l'obésité et le développement des activités physiques passe d'abord par un changement des comportements induit par des changements dans la production, la commercialisation et la promotion publicitaire des produits alimentaires; la diffusion d'informations diététiques; l'accès à une éducation sanitaire; et la planification des environnements urbains et des transports publics. En 2004, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé[27] pour donner des orientations sur la manière d'aborder ces facteurs.

---

[27] Résolution WHA57.17, annexe.

55. Parmi les causes de décès, la consommation de tabac est celle qui peut être le mieux prévenue dans la mesure où il s'agit d'un facteur de risque commun à toutes les principales maladies non transmissibles. Alors que la prévalence de la consommation de tabac a décliné dans de nombreux pays développés et s'est stabilisée chez les hommes dans une grande partie du monde en développement, voire a même légèrement reculé, elle progresse chez les femmes des pays en développement et des pays d'Europe centrale et orientale[28]. Si la prévalence cesse de reculer, le nombre de fumeurs va augmenter en raison de l'accroissement de la population mondiale. Puisque la consommation de tabac produit une accoutumance, les fumeurs ont du mal à s'arrêter. Il est donc crucial de dissuader les personnes, en particulier les jeunes, de commencer à fumer. Les gouvernements sont très déterminés à réduire la progression de la consommation de tabac : en novembre 2009, 168 gouvernements avaient ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS[29], qui contient des dispositions pour réduire la demande et l'offre de tabac. Au nombre des mesures sanitaires que les gouvernements peuvent prendre, la taxation du tabac fait partie de celles qui ont le meilleur rapport coût-efficacité.

56. De petites modifications dans le niveau moyen des facteurs de risques peuvent produire de grands changements dans la charge des maladies non transmissibles. Les stratégies de lutte contre ces maladies devraient viser à réduire les facteurs de risque au niveau national et à prévenir les maladies chez les individus à haut risque. Parmi ces stratégies figurent la modification des lois et des réglementations; les mesures sur les taxes et les prix; les campagnes de sensibilisation et d'éducation; les interventions dans les communautés, les écoles et les lieux de travail; et les mesures de dépistage, de prévention clinique et de prise en charge des malades. Plusieurs éléments de ces stratégies peuvent être mis en œuvre dans les pays à faible revenu. La coordination intersectorielle dans le cadre d'un plan d'action national unificateur est nécessaire pour éviter la multiplication des efforts. Le plan d'action de l'OMS 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases donne des indications sur les mesures à prendre par chaque acteur concerné.

57. Pour bien montrer l'importance de la réduction des principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles, leur spécificité comme composante majeure de la charge de morbidité est examinée ci-dessous.

58. **Maladies cardiovasculaires**. Les maladies cardiovasculaires représentent la plus grande cause de décès dans le monde : 32 % chez les femmes et 27 % chez les hommes, en 2004. Les maladies les plus mortelles sont les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, qui ont respectivement causé la mort de 7 et 6 millions de personnes en 2004. Les principaux facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires sont l'hypertension et l'excès de cholestérol, eux-mêmes dus à des régimes alimentaires riches en graisses et en sodium, à des modes de vie sédentaires et à la consommation de tabac. Les dommages causés par le diabète provoquent également des maladies cardiaques. Les pays à revenu élevé ont réduit le taux de maladies cardiovasculaires en combinant la prévention et le traitement. Les mesures de prévention comprennent la promotion d'environnements non fumeurs, de régimes alimentaires plus sains et d'une activité physique accrue, et une partie importante de la population a modifié son mode de vie en conséquence. En

[28] J. Mackay et M. Eriksen, The Tobacco Atlas (Organisation mondiale de la Santé, 2002).
[29] Adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 21 mai 2003.

outre, le traitement systématique de l'hypertension et de l'excès de cholestérol a permis de retarder la maladie. Néanmoins, la progression de l'obésité et du diabète dans une grande partie du monde fait qu'il est de plus en plus difficile de réduire le nombre des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires.

59. **Diabète**. Le diabète provient de l'incapacité du corps à produire l'insuline nécessaire pour absorber le glucose (type 1) ou à utiliser efficacement l'insuline qu'il produit (type 2). S'il n'est pas traité, le diabète provoque un excès de glucose dans le sang qui va peu à peu endommager les systèmes circulatoire et nerveux. En 2004, 220 millions de personnes étaient atteintes de diabète et 1,1 million sont décédées de ses conséquences directes. Toutefois, près de 2,9 millions de décès peuvent être attribués directement ou indirectement au diabète et à ses complications comme les cardiopathies et les insuffisances rénales. Sans dépistage approprié, le diabète passe souvent inaperçu jusqu'à ce qu'il ait détruit des fonctions essentielles du corps. Une fois détecté, il ne peut être soigné que par un traitement long et un suivi continu, notamment par un changement de régime alimentaire et de mode de vie. L'incidence de plus en plus élevée du diabète dans le monde est associée à la multiplication des cas d'obésité, en particulier dans les pays à revenu élevé et moyen.

60. **Bronchopneumopathie chronique obstructive et cancers liés à la consommation de tabac**. La bronchopneumopathie chronique obstructive est une maladie des poumons qui peut être mortelle et qui gêne la respiration normale. En 2004, elle a causé 3 millions de morts, dont 90 % dans les pays à revenu moyen et faible, et elle touche aussi bien les femmes que les hommes. Essentiellement causée par l'inhalation de fumée liée au tabac ou à des foyers de cuisson intérieurs, il est possible de prévenir la maladie en réduisant la consommation de tabac ou en encourageant financièrement les personnes démunies à utiliser des combustibles plus propres. Il en va de même pour tous les types de cancers les plus directement provoqués par la consommation de tabac, comme le cancer de la trachée, des bronches, des poumons, de la bouche et de l'oropharynx. En 2004, ils représentaient 29 % de toutes les morts par cancer (34 % en Asie, à l'exclusion de l'Asie occidentale). La consommation de tabac est une cause importante de surmortalité masculine. Dans le monde, les fumeurs sont à 80 % des hommes et vivent en majorité dans les pays en développement.

61. **Cancers du système reproducteur**. Les cancers du sein, du col de l'utérus, de l'utérus et des ovaires représentaient 18 % de tous les nouveaux cas de tumeurs malignes en 2004 et 13 % des décès par cancer. Le cancer de la prostate était à l'origine de 5 % des nouveaux cas de cancer et de 4 % de tous les décès par cancer. Ces cancers sont très répandus en Afrique et représentent 45 % des décès par cancer chez les femmes et 21 % chez les hommes. Au niveau mondial, le cancer du sein est le deuxième cancer le plus répandu et on compte chaque année 1,1 million de nouveaux cas et 520 000 décès, presque tous chez des femmes. Il est important que les femmes de 50 à 74 ans subissent une mammographie pour permettre un dépistage précoce qui permettra un pronostic plus fiable. Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus répandu chez les femmes et on compte chaque année environ 500 000 nouveaux cas et 250 000 décès. Plus des quatre cinquièmes des cancers du col de l'utérus surviennent dans les pays à faible revenu et il s'agit du type de cancer le plus répandu en Afrique et en Asie du Sud. Le nombre plus élevé de décès dans le monde en développement s'explique surtout par le fait que ces pays ne disposent généralement pas des moyens de procéder à un

dépistage efficace de la maladie. Ce cancer est causé par le virus du papillome humain pour lequel un vaccin existe déjà. Certains pays ont commencé des programmes de vaccination, mais il est encore trop tôt pour juger de leur efficacité. Chez les hommes, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent touchant l'appareil reproductif et il apparaît à un âge avancé, la plupart des décès se produisant après 70 ans. Puisqu'il s'agit d'un cancer qui progresse lentement, un dépistage généralisé n'est plus recommandé.

62. **Autres cancers**. En 2004, 64 % des cancers touchaient des organes autres que les poumons ou l'appareil reproductif. Les facteurs de risque des autres cancers sont variables. La surcharge pondérale et l'obésité sont associées à différents types de cancers, comme le cancer de l'œsophage, du sein, de l'endomètre et des reins et le cancer colorectal. Une forte consommation de viande conservée ou de viande rouge est susceptible d'augmenter les risques de cancer colorectal. La composition du régime alimentaire est importante parce que les fruits et les légumes semblent avoir un effet protecteur, diminuant le risque de développer un cancer de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac ou un cancer colorectal. Il est démontré qu'une forte consommation de boissons alcoolisées accroît le risque de cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie et du sein. Il est avéré que l'exercice physique réduit le risque de cancer colorectal. Certains agents infectieux ou parasites sont liés au cancer : les hépatites virales B et C causent le cancer du foie; la bactérie helicobacter pylori accroît les risques de cancer de l'estomac; la schistomiase accroît le risque de cancer de la vessie et la distomatose hépatique accroît le risque de cancer des voies biliaires. L'exposition à des rayonnements ionisants peut provoquer certains cancers et une exposition excessive aux rayonnements ultraviolets du soleil accroît les risques pour tous les types de cancer de la peau. La détermination des différents facteurs de risque permet de prendre des mesures pour réduire la prévalence de ces cancers dans la population. Contrôler son poids et éviter la prise de poids à l'âge adulte en réduisant l'apport en calories et en augmentant l'activité physique permet de se protéger du cancer. Prendre des mesures pour promouvoir des régimes alimentaires plus sains et l'exercice physique; la vaccination contre l'hépatite B; la sensibilisation aux dangers d'une exposition excessive au soleil; et la taxation des boissons alcoolisées pour réduire la consommation sont des mesures qui permettront de réduire l'incidence des cancers.

63. **Troubles neuropsychiatriques**. Au niveau mondial, les troubles neuropsychiatriques sont responsables de 13 % des années de vie corrigées du facteur incapacité et la dépression est à l'origine d'un tiers de leur impact. Bien qu'ils soient une source importante d'incapacités, les troubles mentaux ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent, en particulier dans les pays à revenu moyen et faible. La stigmatisation dont font souvent l'objet les personnes atteintes de troubles mentaux empêche ces personnes de chercher un traitement et les médecins de famille n'ont généralement pas la formation suffisante pour reconnaître et traiter des troubles mentaux faibles ou modérés. Des médicaments efficaces existent de nos jours pour traiter un grand nombre de troubles et les psychothérapies axées sur les symptômes, comme les traitements cognitifs-comportementaux, ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de certains troubles. Afin que les troubles mentaux soient pris en charge par le système de santé, les autorités sanitaires devraient élaborer une politique en matière de santé mentale; intégrer le traitement de la santé mentale dans les soins de santé primaires; allouer des crédits à la formation du

personnel et à l'achat de médicaments essentiels; et offrir aux prestataires des soins de santé primaires une formation en santé mentale.

X. Prévention des accidents

64. Les blessures involontaires et volontaires sont responsables de plus de 5 millions de morts chaque année et de plusieurs millions d'incapacités temporaires ou permanentes qui nécessitent une hospitalisation, une visite aux urgences ou d'autres types de services de santé. Alors que la morbidité et la mortalité liées à des blessures et des violences involontaires posent des problèmes de santé publique à toutes les populations du monde, leur prévalence et leurs conséquences affectent de façon disproportionnée les pays en développement où les conditions de vie et de travail peu sûres sont très répandues. En 2004, le risque de mourir d'une blessure involontaire dans les pays à revenu faible et moyen était presque deux fois plus élevé que dans les pays à revenu élevé. Les jeunes hommes sont particulièrement exposés aux risques de blessures ou violences involontaires. En 2004, 8 des 14 principales causes de décès chez les hommes âgés de 15 à 29 ans étaient liées à des blessures résultant, notamment, d'accidents de la route, d'homicides et de suicides.

65. En 2004, sur les 5,8 millions de décès dus à des blessures, 1,3 million étaient imputables à des accidents de la route. Les décès dus à des blessures involontaires et à des violences ont souvent pour origine la consommation d'alcool. Celle-ci cause chaque année 1,8 million de morts dont 32 % du fait de blessures involontaires dues en grande partie à des accidents de la route. Dans son Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation de 2004, l'OMS a fait des recommandations sur les mesures à prendre pour réduire les accidents de la route. Les gouvernements sont incités à adopter des lois détaillées pour protéger tous les usagers de la route, y compris les piétons, en fixant des limites de vitesse appropriées et des limites à la concentration d'alcool dans le sang, et en imposant l'utilisation de mécanismes de protection adaptés comme des casques, des ceintures de sécurité et des systèmes de retenue pour enfants.

66. Les blessures involontaires qui n'ont pas pour origine un accident de la route, comme les empoisonnements, les noyades, les feux et les chutes, ont causé 2,6 millions de morts en 2004. Pour protéger les enfants, il est recommandé d'utiliser des récipients à l'épreuve des enfants afin d'éviter les empoisonnements et d'entourer les piscines de clôtures afin d'éviter les noyades. Il est également conseillé de débarrasser la maison d'objets pouvant provoquer des chutes, notamment chez les enfants et les personnes âgées.

67. La réduction du nombre de blessures et de décès dus à des violences exige des stratégies multisectorielles et culturellement adaptées. Les programmes pour restreindre l'accès aux méthodes de suicide et aux moyens utilisés pour commettre des violences interpersonnelles, comme les armes à feu, sont efficaces pour réduire la mortalité liée aux blessures volontaires. Des programmes pédagogiques dans les écoles pour renforcer l'estime de soi, contrôler sa colère et développer des compétences appropriées en matière de règlement des conflits sont un moyen de prévenir la violence chez les jeunes y compris chez les partenaires intimes. Il est aussi essentiel que ceux qui souffrent de dépression ou autres troubles mentaux reçoivent un traitement et que des centres d'accueil d'urgence soient créés pour

fournir un soutien immédiat aux victimes ou aux victimes potentielles de suicide ou de violences.

XI. Conclusions et recommandations

68. **La baisse universelle du taux de mortalité, survenue dans la plupart des pays durant le XXe siècle, s'est traduite par une augmentation de l'espérance de vie qui aujourd'hui atteint ou dépasse 69 ans partout dans le monde, excepté en Afrique, et par une diminution de la mortalité infantile et juvénile qui est maintenant inférieure à celle des catégories de la population les plus âgées. Cette évolution tient en grande partie à l'efficacité des méthodes de prévention et de traitement des principales maladies transmissibles qui dans toutes les régions du monde, sauf en Afrique, ne représentent qu'une partie modeste voire infime (27 % ou moins) du total des causes de décès. De même, la part de ces maladies dans la morbidité est modeste (22 %) dans les pays à revenu intermédiaire et d'à peine 6 % dans les pays à revenu élevé.**

69. **La baisse de ces pourcentages s'est accompagnée d'une augmentation des décès imputables aux maladies non transmissibles, dont la plupart sont des pathologies chroniques qui nécessitent des traitements à long terme. Au nombre de ces maladies, on citera les troubles neuropsychiatriques et les maladies cardiovasculaires, en particulier les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, qui constituent un important facteur de morbidité dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire. Les cancers, les affections respiratoires chroniques et les diabètes sont également très répandus dans ces pays.**

70. **En Afrique subsaharienne, la baisse des taux de mortalité n'était pas aussi marquée que dans les autres régions en 1980 et l'apparition de la pandémie de VIH/sida a freiné, voire inversé, dans certains pays africains, les progrès accomplis durant les précédentes décennies. En dépit des progrès considérables enregistrés dans les domaines de la lutte contre la pandémie de VIH et du traitement des personnes contaminées, 2,7 millions de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année et pour les malades qui suivent un traitement, l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique nécessitant un traitement à long terme. Dans les pays à faible revenu, qui incluent la majorité des pays d'Afrique subsaharienne et l'Inde, les maladies transmissibles, notamment le VIH/sida et les pathologies maternelles et périnatales, représentent 57 % de la charge de morbidité et les maladies non transmissibles 33 %. Aussi ces pays doivent-ils relever un double défi : empêcher la propagation des maladies transmissibles et traiter ceux qui en sont atteints, tout en s'attaquant au problème posé par l'incidence croissante des maladies non transmissibles chroniques.**

71. **Dans tous les pays, ce sont les catégories les plus pauvres de la population qui sont les plus vulnérables face aux maladies et les moins bien équipées pour les prévenir ou les traiter. Or, les dépenses de santé tendent à favoriser les riches. C'est pourquoi il faudrait que tous les pays s'attachent à réduire les inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et à instituer des mécanismes de financement à même de garantir une couverture universelle fondée sur le principe du partage des risques, de sorte que la maladie ne puisse conduire à la pauvreté.**

72. **Une stratégie essentielle pour s'attaquer à tous ces problèmes consisterait à renforcer les systèmes de santé de sorte qu'ils offrent aux collectivités locales les services dont elles ont besoin, parmi lesquels figurent non seulement les soins curatifs et le traitement des pathologies aiguës, mais aussi les soins préventifs, les activités de promotion sanitaire et la gestion à long terme des maladies chroniques. L'adoption d'une approche globale des soins de santé primaires fournirait un cadre suffisamment souple pour atteindre ces objectifs. Pour être complets, les services de soins de santé primaires doivent intégrer les soins individuels et les interventions axées sur la population, en conjuguant approches cliniques et épidémiologie, médecine préventive et promotion de la santé. Ils devraient constituer le fondement des systèmes de santé mis en place au niveau des districts, être en mesure de traiter la plupart des cas et recevoir des centres de soins de santé secondaires et tertiaires un soutien adéquat en matière d'aiguillage. Ils devraient aborder de manière globale les soins de santé, la prévention des maladies et la gestion des pathologies chroniques grâce à des pratiques interdisciplinaires et à la continuité des soins.**

73. **L'approche globale des soins de santé primaires est avantageuse mais elle exige des efforts à moyen terme soutenus et circonscrits. C'est pourquoi, au lieu de s'en servir pour répondre aux besoins les plus urgents, on a le plus souvent recours à des programmes verticaux axés sur des maladies précises. Comme les besoins susmentionnés sont réels, les responsables de la planification sanitaire et les donateurs doivent trouver des moyens novateurs qui leur permettent d'intégrer leurs interventions aux activités des centres de soins de santé primaires ou, lorsque des programmes verticaux sont plus appropriés, de veiller à ce que ces interventions ne compromettent pas les efforts visant à renforcer les soins de santé primaires. Les pays qui dépendent de la générosité des donateurs pour accroître le montant des ressources budgétaires allouées au secteur de la santé doivent pouvoir compter sur un financement continu pour poursuivre leurs efforts visant à mettre sur pied un système global de soins de santé primaires.**

74. **Pour renforcer les systèmes de santé, il est absolument indispensable de disposer du personnel de santé nécessaire. Si le manque de travailleurs sanitaires se fait cruellement sentir dans bon nombre de pays à faible revenu, cette pénurie affecte également les pays à revenu élevé dont les populations vieillissantes sont de plus en plus nombreuses à souffrir de maladies chroniques. Aussi est-il nécessaire d'engager un effort concerté, à l'échelle tant nationale qu'internationale, pour former suffisamment de travailleurs sanitaires, en veillant à ce que la formation dispensée couvre toute la gamme des compétences requises et soit adaptée aux conditions dans lesquelles les intéressés seront amenés à travailler. Il faudrait aussi concevoir des mesures pour inciter les travailleurs sanitaires à accepter et conserver des emplois dans les régions mal desservies, notamment les zones rurales des pays en développement. Les contributions financières des donateurs peuvent aider les gouvernements des pays à faible revenu à mettre en œuvre des programmes de fidélisation et de perfectionnement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Les pays à revenu élevé devraient suivre des pratiques de recrutement responsables de façon à ne pas aggraver les pénuries de personnel sanitaire dont souffrent les pays à faible revenu.**

75. **Dans les pays à faible revenu, la priorité actuelle est d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé et l'action entreprise à cette fin est déjà bien engagée. Le montant des fonds alloués à un certain nombre d'interventions a certes augmenté mais il n'est toujours pas suffisant. Il faudrait étendre la portée des interventions qui ont été couronnées de succès. La gamme complète des mesures à prendre à cet effet est examinée dans le corps du présent rapport. Une intervention qui mérite d'être mise en exergue est celle qui consiste à soutenir les programmes de planification familiale dans les pays les moins avancés. Le montant des fonds que les donateurs ont alloués à la planification familiale a baissé depuis le milieu des années 1990 et la part non satisfaite des besoins en matière de méthodes de contraception moderne demeure élevée dans les pays les moins avancés où le quart des femmes de 15 à 49 ans mariées ou vivant en concubinage n'ont toujours pas accès à ces méthodes[30]. En aidant à prévenir les grossesses inopportunes ou non désirées, la planification familiale peut contribuer à réduire de 28 % les taux de mortalité maternelle et, en facilitant l'espacement des naissances, à faire baisser les taux de mortalité infantile. Chaque dollar consacré à la planification familiale dégage une économie de deux à six dollars qui peuvent être affectés à la réalisation d'autres objectifs du Millénaire pour le développement[31].**

76. **La stratégie la plus efficace pour alléger à moindre coût le fardeau de plus en plus lourd que représentent les maladies chroniques non transmissibles consiste à réduire les facteurs de risque associés aux pathologies les plus fréquentes. Le tabagisme, les régimes alimentaires malsains, le surpoids et l'obésité, l'inactivité physique et la consommation excessive d'alcool sont autant d'éléments qui augmentent le risque de contracter une maladie chronique. Les politiques adoptées à l'échelle nationale dans des secteurs autres que celui de la santé ont un impact non négligeable et souvent décisif sur ces facteurs de risque. Aussi les améliorations apportées au secteur de la santé sont-elles tributaires des politiques suivies par les pouvoirs publics dans les domaines du commerce, de la fiscalité, de l'éducation, de l'agriculture, du développement urbain et de la production alimentaire et pharmaceutique. Il est donc essentiel d'adopter, au stade de la planification nationale, des mesures intersectorielles tendant à réduire la prévalence des maladies non transmissibles. On trouvera dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé que l'Assemblée mondiale de la santé adoptée en 2004, des directives sur les moyens d'améliorer les régimes alimentaires et d'encourager l'activité physique. La Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS contient des dispositions qui visent à réduire la demande et l'offre de tabac. Par ailleurs, la taxation du tabac est l'une des mesures de santé les plus rentables à la disposition des gouvernements. Le plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS énumère les mesures qui pourraient être prises par toutes les parties concernées.**

77. **Bien que les troubles mentaux, et plus particulièrement la dépression, représentent une part importante de la charge de morbidité, il est rare que**

---

[30] Note d'orientation n° 2009/1 de la Division de la population de l'ONU intitulée « What would it take to accelerate fertility decline in the least developed countries? ».

[31] « Achieving the Millennium Development Goals: the contribution of fulfilling the unmet need for family planning », Scott Moreland et Sandra Talbird (Washington., USAID, 2006).

dans les pays à revenu intermédiaire ou faible, les soins de santé mentale soient bien intégrés au système de santé. Il existe aujourd'hui des médicaments efficaces pour traiter tout un ensemble de maladies mentales. Pour faire en sorte que ces pathologies soient dûment prises en considération dans leur système de santé, les autorités sanitaires devraient se doter d'une politique de santé mentale, intégrer les soins de santé mentale aux soins de santé primaires, allouer des ressources budgétaires à la mise en valeur des ressources humaines et à l'achat de médicaments indispensables, et dispenser aux prestataires de soins de santé primaires une formation dans le domaine de la santé mentale.

78. **Bien que dans tous les groupes de pays, les blessures demeurent une importante cause de décès, c'est dans les pays à revenu intermédiaire qu'elles sont les plus meurtrières. Les accidents de la route sont à l'origine d'un cinquième de tous les décès des suites de blessures et l'on pourrait en réduire considérablement le nombre en promulguant et en appliquant une réglementation qui fixe des limites de vitesse et des taux d'alcoolémie appropriés, et en rendant obligatoire l'utilisation de dispositifs de protection adaptés comme les casques, les ceintures de sécurité et les harnais d'auto pour enfants. Il importe aussi de réduire la consommation d'alcool, de détruire les logements insalubres et de supprimer les conditions de travail dangereuses. Les mesures qui restreignent l'accès à des moyens, comme les armes à feu, couramment utilisés pour commettre un suicide ou un acte de violence contre autrui sont efficaces pour réduire le nombre de décès causés par des blessures infligées intentionnellement.**

79. **En résumé, si les taux de mortalité continuent de baisser dans tous les pays, les maladies non transmissibles, qui pour la plupart sont chroniques et nécessitent des soins et une gestion à long terme, représenteront une part encore plus prépondérante de la charge de morbidité. Comme la mort est inévitable et qu'il n'existe pour le moment aucun moyen d'éradiquer certaines maladies non transmissibles, il faudrait s'attacher en premier lieu à retarder l'apparition de ces maladies. Fort heureusement, les gouvernements peuvent contribuer pour beaucoup à la réalisation de cet objectif, notamment en prenant des mesures pour réduire les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. La plupart de ces mesures intéressent des secteurs autres que celui de la santé et sont tout à fait rentables. L'application, dans les meilleurs délais, de toutes ces mesures permettra de gagner du temps et, partant, de renforcer les systèmes de santé de manière à offrir des soins plus équitables et plus efficaces à tous ceux qui en ont besoin.**