



Épidémiologie des priorités de santé dans les pays pauvres

Malgré des progrès mesurables durant ces vingt dernières années, la situation sanitaire des pays pauvres reste caractérisée par une forte mortalité (infantile notamment), une espérance de vie faible et une morbidité toujours aussi préoccupante liée aux carences nutritionnelles et aux maladies transmissibles.

Gilles Brücker
Vice-président du
HCSP, directeur de
l'Institut santé et
développement
Ana Canestri
Interne en santé
publique

Dans son rapport mondial sur le développement en 1997, le Pnud (Programme des Nations unies pour le développement) faisait de l'éradication de la pauvreté un impératif éthique, social, politique et économique. Sans doute faut-il également y ajouter un impératif sanitaire tant la relation santé-développement demeure étroite.

Ce constat qui devrait en appeler, notamment pour des raisons éthiques, à une mobilisation internationale et à un rééquilibrage des relations Nord-Sud, nécessite une clarification des enjeux et la mise au point d'indicateurs susceptibles de prendre la mesure des inégalités et des besoins de santé.

De fait, les outils de pauvreté sont variables depuis ce que l'on appelle « la pauvreté absolue » caractérisée par l'impossibilité à satisfaire les besoins minimaux en particulier alimentaires, jusqu'aux autres besoins essentiels notamment d'accès à l'eau, mais aussi d'accès au savoir. Ainsi le Pnud définit-il des indicateurs de pauvreté où sont liés le taux de décès avant 40 ans, le taux d'analphabétisme et le taux d'accès à l'eau potable.

La situation sanitaire dans le monde reflète pour une part importante la situation économique, et les modalités de développement social et politique.

On peut ainsi opposer la situation des pays riches, industrialisés, de l'Europe du Nord et du continent Nord Américain à celle des pays du Sud qui constituent généralement ceux que l'on dénomme les pays en développement.

Ces pays présentent des caractéristiques économiques communes mesurables ou comparables en terme de produit intérieur brut rapporté par habitant (PIB/hab.) (il doit être rapporté à parité du pouvoir d'achat). Ce

PIB par habitant ne suffit pas à lui seul à caractériser une situation sanitaire. On peut recourir pour mesurer le développement économique, social et sanitaire à différents indicateurs qui constituent les outils de mesure les plus courants en matière de développement : espérance de vie à la naissance ; degré d'instruction (mesuré par le nombre moyen d'années d'études) ; taux de malnutrition ; taux de mortalité infantile ou infanto juvénile ; taux de mortalité maternelle ; taux de couverture vaccinale, pourcentage des dépenses de santé par rapport au PIB, etc.

Le bilan établi par les Nations unies en matière de pauvreté dans le monde fait ainsi état de plus de 1,3 milliards de personnes vivant sous le seuil absolu de pauvreté, de plus d'un milliard d'analphabètes, de plus d'un milliard de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable. Pauvreté monétaire et pauvreté du développement humain concernent avant tout l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud où sont touchés plus de 40 % de la population. À cet égard, la situation au regard de ces données apparaît deux fois moins sévère en Amérique latine et dans les Caraïbes.

L'évolution récente de la situation économique et politique des pays en développement demeure particulièrement préoccupante pour l'Afrique avec une lenteur de croissance, voire un recul dans de nombreux pays. L'instabilité politique, en particulier la multiplication des conflits, le développement de la désertification, la faiblesse du progrès dans la production alimentaire, le recul de l'investissement économique des pays industrialisés (pour partie liée à l'instabilité politique et au poids écrasant de la dette dans nombre de ces pays) rendent compte de cette situation à l'aube du XXI^e siècle.

Dans ce contexte, la situation sanitaire des pays les moins avancés (ou les plus pauvres) est caractérisée par plusieurs facteurs qui interagissent entre eux, faiblesse des ressources économiques des pays, démographie marquée par une natalité forte, un indice synthétique de fécondité élevé, une mortalité infantile élevée, une espérance de vie relativement faible. Les dominantes pathologiques restent fortement marquées par les carences nutritionnelles et par les maladies transmissibles, pourtant théoriquement évitables par les règles d'hygiène, le développement de l'habitat, l'accès à l'eau potable, ou par les vaccinations. La situation nutritionnelle joue un rôle essentiel dans la gravité de ces maladies infectieuses.

Malgré de fortes contraintes économiques, la situation épidémiologique des pays pauvres a été marquée ces vingt dernières années par une réduction de la mortalité, un allongement de l'espérance de vie à la naissance, lié notamment au recul de la mortalité infantile.

Pour l'OMS, trois éléments jouent un rôle déterminant dans cette évolution : l'évolution du niveau de revenu, celui du niveau d'instruction, la production et l'utilisation de nouvelles connaissances.

Ainsi pour le Programme des Nations unies pour le développement, comme pour l'OMS, la lutte contre la pauvreté constitue-t-elle une priorité à la fois socio-économique et sanitaire.

L'analyse générale de cette situation sanitaire met en évidence pour les 40 dernières années des progrès mesurables : baisse en moyenne de 50 % du taux de mortalité infantile, recul de 30 % de la malnutrition, diminution de l'analphabétisme. Mais ce bilan global cache des disparités majeures. L'Afrique sub-saharienne connaît toujours le plus fort taux de pauvreté humaine, et la plus forte croissance de cette pauvreté.

Par ailleurs, les bouleversements politiques et sociaux en Europe de l'Est ont conduit cette région du monde à une forte dégradation des conditions de vie, à l'émergence des carences nutritionnelles et à la réapparition d'épidémies ou d'affections transmissibles sévères (diphtérie, typhoïde, sida,...).

Le bilan de l'état de santé du monde tiré par l'OMS a ainsi mis en avant que la maladie la plus grave et la plus répandue est la pauvreté extrême. Ce constat économique constitue une entrave aux programmes prioritaires de santé, en particulier le programme élargi de vaccination dont la couverture n'atteint pas 80 % des enfants.

Les maladies transmissibles demeurent ainsi la première cause de mortalité dans les pays en développement, tout particulièrement le sida dont la progression en Afrique dans son ensemble, mais surtout en Afrique du Sud et dans la région des Grands Lacs semble actuellement dépasser toute capacité de maîtrise. Sa progression connaît également un développement très grave en Asie (lire encadré p. 24). Par ailleurs, le paludisme continue d'être l'une des premières causes de mortalité et le développement des résistances du

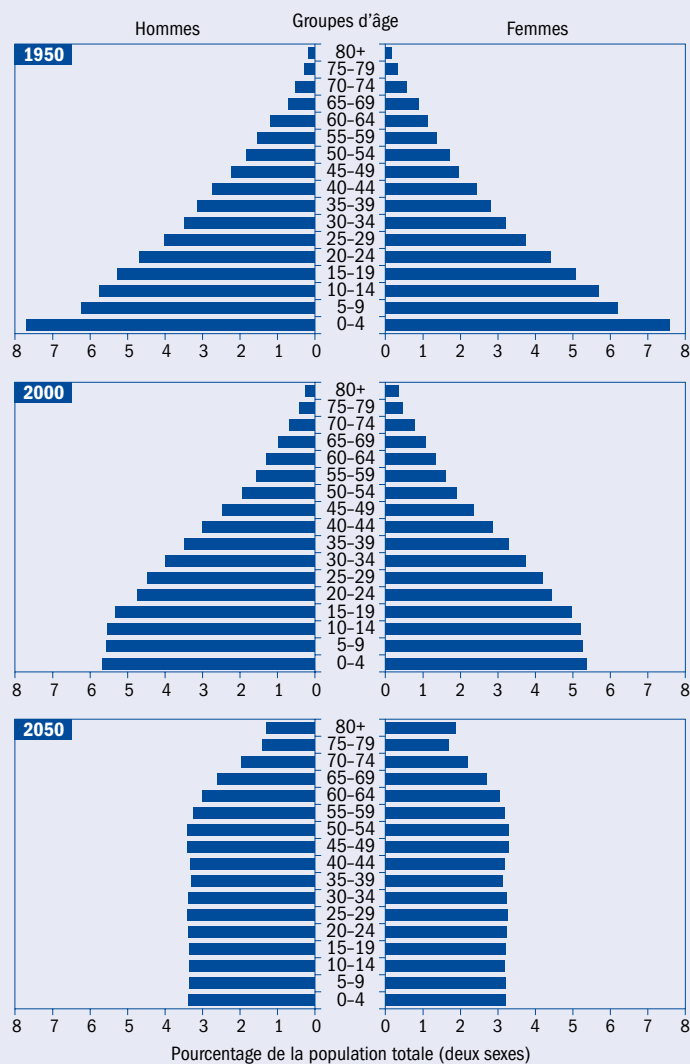
parasite aux antimalariques rend très difficile le contrôle de cette parasitose dont l'OMS a fait une priorité.

L'analyse de la situation sanitaire dans ces pays doit d'abord prendre en compte l'évolution démographique.

Ainsi la plupart des pays pauvres vivent une transition démographique : la baisse de la mortalité et l'allongement de l'espérance de vie à la naissance (qui est en moyenne de 5 ans dans les pays membre de l'OMS entre 1978 et 1998), la diminution de l'indice synthétique de fécondité conduisent à une transformation de la distribution des effectifs par classe d'âge (par exemple, en Asie du Sud-Est, figure 1). Cette transition démographique entraîne des transformations sociales économiques et épidémiologiques. Comme le montre la distribution par âge des décès sur la cohorte de 1909

figure 1

Distribution de la population de l'Asie du Sud-Est, par âge et par sexe, 1950, 2000 et 2050



Source : World population prospects: The 1998 revision. New York : Organisation des Nations unies, 1998.



à 1999, les causes de décès ne sont pas les mêmes aux différents âges de la vie (par exemple au Chili, figure 2). Les pays en voie de développement se trouvent confrontés à une nouvelle réalité : la prise en charge de nouvelles épidémies et des problèmes persistants.

Mesurer le poids des maladies

Pour mesurer la charge d'une maladie, la Banque mondiale en collaboration avec l'OMS, utilise la notion d'année de vie corrigée par l'incapacité (AVCI). Les AVCI représentent les années de vie perdues du fait d'un décès prématuré mais aussi les années vécues avec une incapacité, corrigée de la gravité de l'incapacité. Une AVCI est donc une année perdue en bonne santé

et tient donc plus compte des conséquences de la maladie que la mortalité.

En 1998, 43 % des AVCI à l'échelle mondiale étaient imputables aux maladies non transmissibles (MNT) dont 39 % dans les pays à faible et moyen revenu et 81 % dans les pays à haut revenu. Ces AVCI sont dues essentiellement à trois pathologies : les maladies neuropsychiatriques, les maladies cardiovasculaires et les cancers. Si on part de l'hypothèse que le développement socio-économique amorcé dans les pays pauvres va se poursuivre, que la recherche, les progrès de la vaccination et l'aide internationale vont diminuer la mortalité liée aux maladies transmissibles et si on prend en compte la transition démographique des pays en développement, la proportion des MNT dans les causes d'AVCI devrait passer à 73 % en l'an 2020. Murray et Lopez [14] ont élaboré un modèle permettant de projeter les causes de décès en fonction de l'âge, du sexe et de la région du monde en 2020. Les projections pour 2020 montrent que pour les enfants les décès par maladies transmissibles devraient diminuer d'au moins deux tiers (la diminution est moins marquée en Afrique subsaharienne et en Inde) ; chez les femmes adultes, le risque de décès devrait décroître dans toutes les régions et surtout dans le groupe de maladies transmissibles (diminution de la mortalité maternelle et de la tuberculose). Pour les hommes la forte augmentation de la probabilité de décès par MNT est principalement liée à l'épidémie de tabagisme.

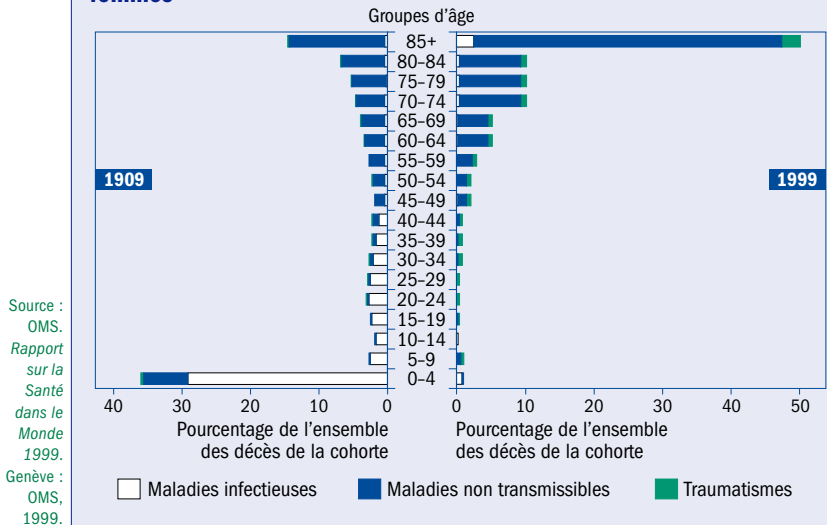
Prendre en compte l'émergence des risques nouveaux ou en croissance

Le tabagisme est en effet une des premières causes de mortalité : dans les pays développés 90 % des cancers du poumon, 20 % des autres cancers, 75 % des bronchites chroniques obstructives et 25 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires sont attribués au tabac. Selon la Banque mondiale 1,15 milliards de fumeurs consomment en moyenne 14 cigarettes par jours dont 82 % dans les pays à faible ou moyen revenu. De plus, les pays à faible revenu ont une tendance à l'augmentation de la consommation vu l'absence des campagnes de prévention contrairement aux pays à haut revenu (figure 3). C'est ainsi qu'en Chine où le nombre de décès liés au tabac est le plus important, le pourcentage d'AVCI lié au cancer devrait passer de 8,7 % en 1990 à 18,7 % en 2020, celui lié aux maladies cardiovasculaires de 11 % à 16,3 % et celui des bronchopneumopathies obstructives et asthme de 10,7 % à 16,3 %.

Les traumatismes sont un problème de santé généralement négligé, ils représentent 16 % des AVCI en 1998. Même si les projections pour ce groupe sont plus difficiles (elles sont influencées par des conflits armés), la part des traumatismes dans les AVCI devrait doubler d'ici 2020 surtout celle qui concerne les accidents de la voie publique. Les systèmes de santé devront s'adapter à l'évolution de la morbidité dans le monde

figure 2

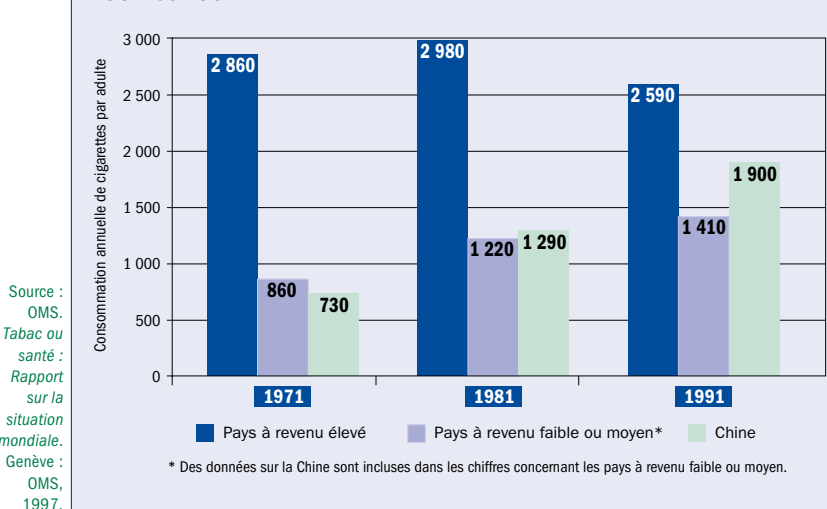
Distribution par âge des décès au Chili, cohortes de 1909 et 1999, femmes



Source : OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 1999. Genève : OMS, 1999.

figure 3

Tendances de la consommation de cigarettes par habitant, 1971, 1981 et 1991



Source : OMS, Tabac ou santé : Rapport sur la situation mondiale. Genève : OMS, 1997.

et les choix dans la politique sanitaire devront être orientés vers la prise en charge et la prévention des nouveaux problèmes de santé.

Les pays en développement et en particulier les personnes vivant avec moins de un dollar par jour à parité de pouvoir d'achat (c'est la définition de la pauvreté) n'en sont qu'au premier stade de la transition épidémiologique. Le tableau 1 illustre bien les inégalités encore persistantes de la probabilité de décès en fonction du revenu. Ainsi un enfant pauvre a en moyenne 4,8 fois plus de chance de décéder avant l'âge de 5 ans qu'un enfant riche et une femme pauvre entre 15 et 49 ans 4,3 fois.

Renforcer les programmes de lutte contre les maladies transmissibles

Cette inégalité est liée aux pathologies infectieuses qui causent 13 millions de décès par an ; 25 % des décès dans le monde, 45 % des décès dans les pays pauvres et 63 % des décès parmi les enfants. Six pathologies sont responsables de plus de 90 % des décès par maladies infectieuses : les pneumopathies, le sida, les diarrhées, la tuberculose, le paludisme et la rougeole.

Malgré les efforts menés par les organisations internationales, le paludisme est en progression surtout en Afrique subsaharienne. Quelque 300 à 500 millions de cas sont enregistrés dans le monde chaque année et causent 1,5 à 2,7 millions de morts dont plus de 90 % chez les enfants de moins de 5 ans. De nombreux moyens de prévention et de traitement sont disponibles mais parfois inabordables pour les pays les plus touchés, les pays pauvres. Selon des estimations, le coût du traitement du paludisme représente de 5 à 13 % du budget familial des agriculteurs africains et selon Bloom [3] le coût économique du paludisme en Afrique serait supérieur à 1 % du PIB. Selon Nchinda [15] les principales causes de la recrudescence du paludisme sont la rapide émergence de résistance du parasite à la chloroquine et autres quinolones, les conflits armés et les déplacements de population qui portent les habitants à séjourner dans des conditions précaires et dans des zones impaludées, le manque d'argent pour financer la recherche de nouvelles molécules. L'étude de Goodman et Colemann [12] montre que certaines interventions comme la prise en charge en prénatal ou une amélioration de la prise en charge des cas sont à la portée des pays à faibles revenus, tandis que la fourniture de moustiquaires et leur imprégnation même si très efficace (diminution de la mortalité allant de 14 à 63 %) est relativement chères. Un accord a été signé entre les organismes internationaux et le secteur privé pour la recherche de nouvelles molécules antipaludéennes qui autrement ne verraient jamais le jour. Le D^r Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS, a déclaré : « On a créé l'opération médicaments antipaludéens (Oma) parce que la mise au point et l'homologation des produits pharmaceutiques coûtant de plus en plus cher et les bénéfiques commerciaux étant

tableau 1

État de santé des pauvres par rapport aux non-pauvres dans un échantillon de pays, vers 1990

	Pourcentage de la population vivant dans un état de pauvreté absolu ^a	Probabilité de décès (pour 1 000)				Prévalence de la tuberculose (pour 10 000)	
		avant l'âge de 5 ans pour les femmes		entre 15 et 59 ans pour les femmes			
		Non-pauvres	Rapport pauvres/non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres/non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres/non-pauvres
Total des pays	38	4,8	92	4,3	23	2,6	
Chili	15	7	8,3	34	12,3	2	8,0
Chine	22	28	6,6	35	11,0	13	3,8
Équateur	8	45	4,9	107	4,4	25	1,8
Inde	53	40	4,3	84	3,7	28	2,5
Kenya	50	41	3,8	131	3,8	20	2,6
Malaisie	6	10	15,0	99	5,1	13	3,2

^a La pauvreté est définie comme un revenu par habitant inférieur ou égal à 1 \$ par jour, exprimé en dollars, à parité de pouvoir d'achat.

insuffisants, la majorité des chercheurs de l'industrie pharmaceutique ont cessé d'investir dans la recherche-développement concernant les maladies tropicales ». L'Oma sera une entreprise commerciale sans but lucratif et collectera les fonds en sollicitant l'aide des différents partenaires pour promouvoir des projets de recherche-développement prometteurs.

Malgré les progrès sanitaires dans les pays pauvres, la transition épidémiologique attendue pourrait être fortement ralentie par le fléau du sida (lire p. 24)

Conclusion

La situation sanitaire dans les pays pauvres apparaît extrêmement préoccupante malgré l'amélioration globale de quelques indicateurs comme l'allongement de l'espérance de vie ou la réduction de la mortalité infantile.

La plupart de ces pays, ou tout au moins les plus vulnérables, connaissent une situation de transition démographique où la baisse de la mortalité associée à une forte natalité engendre une forte croissance démographique. Les phénomènes migratoires liés à la déruralisation ou à des situations de conflits politiques et militaires engendrent de fréquents déplacements massifs de population et une déstabilisation des modes d'alimentation et des systèmes de santé. La situation sanitaire reste marquée par une très forte prévalence des maladies transmissibles sur fond de carences nutritionnelles. L'émergence de problèmes nouveaux, infectieux (sida notamment), maladie métabolique, risques professionnels, accidents traumatiques et de la voie publique, cancers, viennent s'ajouter aux traditionnelles priorités infectieuses et parasitaires.

Le contexte économique et politique apparaît de plus en plus comme le déterminant majeur de l'aggravation de cette situation. Dans cette perspective, on conçoit bien que la réduction des inégalités économiques et sociales apparaît comme la priorité des démarches à entreprendre. ■

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 70



L'épidémie de sida dans les pays pauvres

En 1999, quelque 33,6 millions d'hommes, femmes et enfants vivent avec le virus du VIH/sida. Le nombre de décès du au sida s'élève à 2,6 millions de personnes, le total le plus élevé depuis le début de l'épidémie (2,5 en 1998 et 2,3 en 1997) (figure 1).

L'épidémie ne prend pas les mêmes formes dans les différents pays en voie de développement.

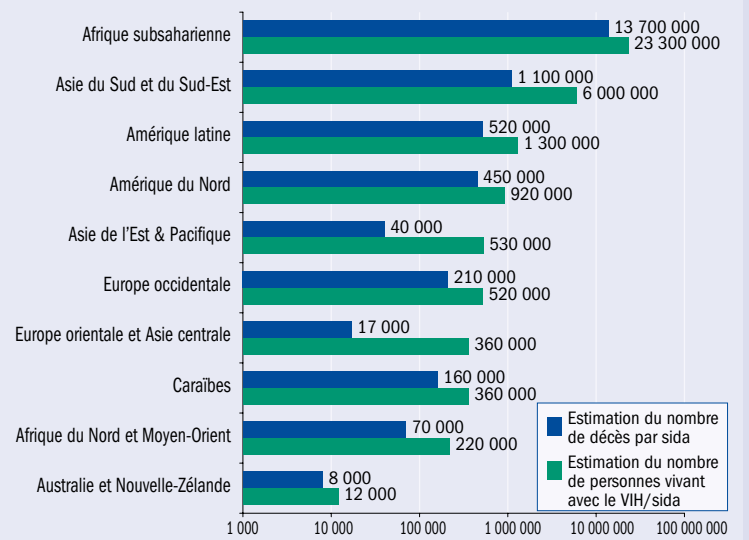
L'Afrique subsaharienne : la plus touchée

L'Afrique subsaharienne est la région au monde la plus touchée par l'épidémie : 23,3 millions de personnes soit presque 70 % du total mondial dans une région qui compte à peine 10 % de la population du globe. L'épidémie y est la plus ancienne et la transmission se fait principalement par voie hétérosexuelle. Les femmes sont les plus touchées (55 %) et elles sont infectées beaucoup plus tôt que les hommes (la probabilité qu'une fille de 15 à 19 ans soit séropositive est cinq à six fois plus grande que chez les garçons du même âge). Les conséquences de l'épidémie sont alarmantes dans cette région. L'espérance de vie en Afrique Australe avait augmenté de 15 ans entre 1950 et 1990, passant de 44 ans à 59 ans. Le sida devrait faire reculer l'espérance de vie à 45 ans entre 2005 et 2010 (figure 2). Par ailleurs l'épidémie touche la population jeune (près de la moitié des personnes qui contractent le VIH sont infectées à l'âge de 25 ans et décèdent avant l'âge de 35 ans) entraînant des conséquences démographiques mais aussi économiques.

Pour les 23 pays africains les plus touchés par le sida, le taux de croissance naturelle de la population va passer de 2,4 % par an à 1,4 % par an en 2015. Le VIH constitue une réelle menace pour la main d'œuvre et surtout le personnel qualifié difficile à remplacer. De nombreuses études montrent une diminution significative de rentabilité liée à l'augmentation des congés par maladie et des départs anticipés. Au Kenya une enquête sur cinq

figure 1

Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida fin 1999 et de décès par sida depuis le début de l'épidémie à fin 1999*



* adultes et enfants
Source : Onusida.

compagnies montre que le coût indirect du sida s'élève à 3 % des profits de l'établissement par employé et par an et pourrait atteindre 8 % des profits en 2005. Ces considérations d'ordre économique devraient inciter les industries africaines à déployer leurs énergies dans la prévention au sein même du lieu de travail. L'épidémie laisse en 1999 un total cumulé de 11,2 millions d'orphelins du sida bouleversant les équilibres familiaux et sociaux. Le travail des enfants devenu vital mène à la déscolarisation, phénomène qui compromet le développement à long

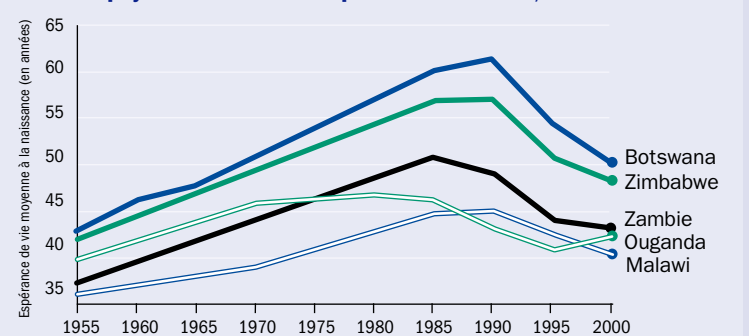
terme et qui réduit les possibilités de prévention et de lutte contre la propagation de la maladie.

Asie de l'Est et du Sud-Est : hauts et bas

En Asie de l'Est et du Sud-Est, le nombre de personnes vivant avec le sida s'élève à 6 millions de personnes. Dans cette région, certains pays comme la Thaïlande et les Philippines connaissent une diminution du nombre de nouveaux cas essentiellement liée à des politiques de prévention (voir encadré) tandis que l'Inde et la Chine

figure 2

Modifications de l'espérance de vie, selon les projections pour certains pays africains à forte prévalence du VIH, 1995-2000



Source : Division Population des Nations unies, 1996

Ana Canestri
Interne en
santé
publique

voient l'épidémie se propager. En Inde la stigmatisation de la maladie est considérable ce qui rend les actions de prévention difficiles. En Chine les taux d'infection demeurent bas (500 000 personnes) mais les quelques études comportementales mettent en évidence des pratiques à risque qui laissent prévoir une propagation de l'épidémie. Ainsi, la prévalence du VIH chez les usagers de drogue à Guangdong est passé de 0,1 % au début de 1998 à 11 % au début de 1999. De même, on estime que plus de la moitié des prostituées n'utilisent jamais de préservatif.

En Amérique latine

Certains pays d'Amérique latine parviennent à intensifier leurs efforts en fournissant des traitements aux personnes atteintes par le VIH. Le Brésil a dépensé 300 millions de dollars en

1999 permettant de dispenser des traitements à 75 000 personnes. Le gouvernement a estimé que le coût des médicaments est en partie justifié par les économies réalisées sur les frais d'hospitalisations, les soins médicaux et le traitement des infections opportunistes (en baisse quand les défenses immunitaires s'améliorent grâce au traitement). On estime que le Brésil a économisé environ 136 millions de dollars sur un an uniquement sur les coûts hospitaliers et thérapeutiques pour des personnes infectées par le VIH. Par contre la situation est plus préoccupante en Amérique centrale et dans le bassin des Caraïbes. Au Guatemala 2 à 4 % des femmes enceintes des zones urbaines sont séropositives.

Les stratégies de lutte contre la propagation de l'épidémie concernent trois

niveaux : développer un système de surveillance et de recueil des informations capable de décrire l'évolution de la maladie pour cibler la prévention, déployer des moyens pour mettre en route des campagnes de prévention efficaces, fournir le traitement de fond de la maladie qui non seulement permettrait des économies mais rendrait aussi la prévention plus efficace (en France il y a eu en 1993 une augmentation significative des tests de dépistage lors de la mise sur le marché des traitements antirétroviraux). Les pays pauvres se trouvent inévitablement confrontés à un choix stratégique (en Thaïlande le coût mensuel d'une trithérapie est de 675 dollars et le revenu d'un employé du secteur tertiaire est de 120 dollars par mois) d'où la nécessité d'intensifier les efforts de solidarité entre le Nord et le Sud. ■

L'épidémie de VIH en Thaïlande : le succès de la prévention

L'épidémie de VIH en Thaïlande est la mieux documentée au monde en ce qui concerne la progression de l'épidémie et les comportements à risque. L'épidémie a commencé chez les usagers de drogue : l'incidence passe de 1 % fin 1987 à 30 % début 1988. Le ministère de la Santé débute des études sentinelles sur 14 régions thaïlandaises qui montrent que 44 % des prostituées sont séropositives pour le VIH dans la région de Chiangmai (*Division of epidemiology*, 1989). Ces résultats alarmants font étendre les enquêtes ponctuelles à toutes les provinces thaïlandaises. La séroprévalence chez les prostituées, chez les hommes consultant pour les autres maladies sexuellement transmissibles et chez les femmes enceintes met en évidence le caractère hétérosexuel de la transmission du VIH. Les premières enquêtes comportementales montrent que 28 % des hommes thaïlandais entre 15 et 49 ans ont des rapports sexuels en dehors du mariage dont les trois quarts

avec des prostituées (40 % parmi les 20-24 ans). Débute alors une campagne de prévention centrée sur la promotion du préservatif, la diminution des pratiques sexuelles à risque et le traitement des autres maladies sexuellement transmissibles. Cette campagne s'appuie sur des messages de prévention à travers les médias, les ONG développent des programmes de prévention au niveau des campagnes, des communautés et les sociétés privées au niveau des lieux de travail.

Les résultats sont flagrants : selon Brown et al. [5] le pourcentage de Thaïlandais visitant des prostituées diminue de plus de 50 % de 1990 à 1993 et le pourcentage de personnes déclarant utiliser toujours un préservatif pendant les rapports sexuels avec les prostituées atteint 90 % à Bangkok en 1993. Ce changement des comportements sexuels a significativement diminué l'incidence du VIH chez les hommes thaïlandais comme le montre Nelson et al. [16] en 1996 (figure 3). ■

figure 3

Pratiques sexuelles, MST et VIH chez les hommes de 21 ans dans le nord de la Thaïlande, 1991-1995 (en pourcentage)

