

# Table des matières

<i>Message du Directeur régional</i>	<i>ix</i>
<i>Avant-propos du Président de la Commission de l'Union africaine</i>	<i>xi</i>
<i>Résumé d'orientation</i>	<i>xiii</i>
<i>Introduction: la santé des populations</i>	<i>xxiii</i>
Les défis à relever en Afrique	xxiv
Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé	xxv
<b>Chapitre 1 - <i>La santé et le développement en Afrique</i></b>	<b>3</b>
Le cercle vicieux de la pauvreté et d'une mauvaise santé	3
Placer la santé dans le contexte du développement	6
Initiatives en faveur du développement en Afrique	8
La déclaration d'Abuja	8
Le NEPAD	9
La Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique	9
Les objectifs du Millénaire pour le développement	9
Le Sommet 2005 du G8	10
Conclusion : faire bouger les choses	11
Bibliographie	13
<b>Chapitre 2 - <i>La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant</i></b>	<b>17</b>
Epidémie « silencieuse » en Afrique	17
Objectifs pour le développement en matière de santé de la mère et de l'enfant	18
Mères : causes et nombre des décès	18
Nouveaux-nés : causes et nombre des décès	19
Les enfants de moins de cinq ans : causes et nombre des décès	20
Prévenir des millions de décès	20
Les obstacles	21
Conflits et situations d'urgence	22
VIH/SIDA	23
Inadéquation de l'allocation de ressources	23
Insuffisance des systèmes de santé	23
Tentatives faites pour résoudre le problème	24
Maternité sans risque	24
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	25
Repositionnement de la planification familiale	26
Prise en charge des maladies de l'enfance	26
Renforcement de la présence d'accoucheuses qualifiées à la naissance	27
Vacciner un plus grand nombre de femmes et d'enfants	27
Conclusion : amplifier la réussite	30
Bibliographie	33

<b>Chapitre 3 - <i>Les maladies infectieuses en Afrique</i></b>	<b>37</b>
Principal obstacle au développement	37
VIH/SIDA, tuberculose et paludisme	38
Les défis pour la lutte contre la maladie	38
Les maladies contre lesquelles la lutte a été efficace	41
Lèpre	41
Onchocercose	42
Poliomyélite	43
Maladies les plus préoccupantes pour le grand public	44
VIH/SIDA	44
Tuberculose	48
Paludisme	51
Maladies susceptibles de causer des épidémies	55
Maladies négligées	56
Conclusion : l'exemple des succès passés	57
Bibliographie	59
<b>Chapitre 4 - <i>Les maladies non transmissibles en Afrique</i></b>	<b>63</b>
Une nouvelle menace	63
Le double fardeau qui pèse sur l'Afrique	63
L'aspect méconnu de la morbidité en Afrique	65
Maladies cardio-vasculaires	65
Obésité et dénutrition : le paradoxe africain	65
Cancer	66
Traumatismes, violence et incapacités	67
Cécité	69
Problèmes de santé mentale	70
Maladies génétiques	71
Affections de la cavité buccale	72
Actions menées face aux problèmes	73
Législation et commercialisation	73
Législation en matière de santé mentale	74
Promotion d'une alimentation et d'un mode de vie sains	74
Programmes peu coûteux de prise en charge	75
Une collaboration plus étroite	75
Tradipraticiens	75
Les problèmes	76
La pénurie de ressources	76
La méconnaissance de la situation et une détermination insuffisante	77
Le manque de données	77
Conclusion : l'Afrique peut tirer parti de l'expérience acquise par d'autres	79
Bibliographie	80
<b>Chapitre 5 - <i>La santé et l'environnement en Afrique</i></b>	<b>85</b>
Les risques pour la santé liés à l'environnement en Afrique	85
Les défis environnementaux	86
Eau et assainissement	86
Pollution et déchets industriels	87
Urbanisation	89

La sécurité sanitaire des aliments	90
Situations d'urgence	92
Lutter contre la pauvreté et les risques liés à l'environnement	94
Réduire la pauvreté	94
Prévention et gestion des conflits	95
Des solutions peu coûteuses et durables : l'eau et l'assainissement	96
Rendre les aliments plus sûrs : une responsabilité partagée	98
Conclusion : suivre les progrès	100
Bibliographie	101
<b>Chapitre 6 - <i>Les systèmes de santé nationaux — le grand défi pour la santé publique en Afrique</i></b>	<b>105</b>
Edifier et renforcer les systèmes de santé	106
Prestations de santé publiques et privées	106
Développer les systèmes de santé	107
Programmes verticaux	107
Approche sectorielle	109
Systèmes d'information sanitaire	110
Registres de l'état civil	111
Obtenir des chiffres exacts	112
Médicaments essentiels	113
Améliorer l'accès	113
La sécurité transfusionnelle	115
Ressources humaines : un continent en crise	117
Moyens de pallier le manque d'effectifs	120
Financement de la santé	121
Aide financière	123
Participation financière des usagers	124
Éléments d'appréciation pour l'attribution des ressources	124
Conclusion : les systèmes de santé – clé d'un meilleur état de santé	125
Bibliographie	127
<b>Annexe statistique</b>	
<b><i>Statistiques sanitaires, Région africaine</i></b>	<b>129</b>
Introduction	131
Statistiques démographiques et socio-économiques	132
Situation sanitaire : mortalité	134
Situation sanitaire : morbidité	136
Inégalité en matière de santé	138
Facteurs de risque	140
Couverture des services de santé	142
Agents de santé	144
Ratios de dépenses de santé, 1999-2003	146
Dépenses de santé par habitant, 1999-2003	148
Notes explicatives	149
<b><i>Glossaire</i></b>	<b>158</b>
<b><i>Index</i></b>	<b>163</b>

## Encadrés

Encadré 1.1: Réalisation de l'OMD 1: pauvreté	6
Encadré 1.2: L'OMD 8 : Un partenariat mondial pour le développement	10
Encadré 2.1: Atteindre l'OMD 4 : Santé de l'enfant	18
Encadré 2.2: Atteindre l'OMD 5 : Santé maternelle	19
Encadré 2.3: Soutien psychosocial aux mères séropositives pour le VIH et à leur famille	25
Encadré 2.4: Soigner les enfants malades en République-Unie de Tanzanie	28
Encadré 2.5: Accoucher à l'Île Maurice	31
Encadré 2.6: Mode de financement novateur des soins de santé maternels au Mali et en Mauritanie	32
Encadré 3.1: La dracunculose et la lèpre au Nigéria	40
Encadré 3.2: Burundi : les militants redonnent espoir aux personnes vivant avec le VIH	46
Encadré 3.3: Comment le Cameroun a obtenu des antirétroviraux moins chers	47
Encadré 3.4: Le VIH et la tuberculose en Afrique du Sud	50
Encadré 3.5: Le traitement du paludisme en Ethiopie	53
Encadré 3.6: L'OMD 6 : VIH/SIDA, paludisme et autres maladies	58
Encadré 4.1: Réadaptation des victimes de mines terrestres en Angola	68
Encadré 4.2: Rendre les routes plus sûres au Rwanda	70
Encadré 4.3: Nouveau projet de loi ghanéen sur la santé mentale	74
Encadré 4.4: Réinsertion des épileptiques au Togo	75
Encadré 5.1: Des hottes à fumée pour améliorer la qualité de l'air au Kenya	88
Encadré 5.2: S'attaquer aux montagnes de déchets à Lagos	89
Encadré 5.3: Pour que les aliments vendus dans la rue au Ghana soient plus sûrs	91
Encadré 5.4: Guérir les sociétés après un conflit en guérissant les esprits	92
Encadré 5.5: Lutte environnementale contre la schistosomiase au Malawi	97
Encadré 5.6: Atteindre l'OMD 7 concernant l'eau et l'assainissement	98
Encadré 6.1: Qu'est-ce qu'un système de santé ?	106
Encadré 6.2: Prestation de soins dans les communautés isolées	108
Encadré 6.3: Les agriculteurs tanzaniens cultivent eux-mêmes l' <i>Artemisia annua</i>	115
Encadré 6.4: L'exode du personnel de santé malawien	118
Encadré 6.5: Soins communautaires à domicile au Botswana	121
Encadré 6.6: L'Ouganda pionnier des soins simplifiés aux malades du SIDA	122

## Figures

Fig. 1.1: Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes dans les pays, par Région de l'OMS, en 2003	4
Fig. 1.2: Proportion de la population dont le revenu est inférieur à US \$1,08 par jour (parité des pouvoirs d'achat en 1993)	5
Fig. 1.3: Les investissements dans la santé contribuent au développement économique	7
Fig. 2.1: Causes de mortalité maternelle dans la Région africaine	18
Fig. 2.2: Répartition dans le monde, par Région, des décès maternels, de la population mondiale et des naissances vivantes, 2000	19
Fig. 2.3: Causes de mortalité néonatale dans la Région africaine	20
Fig. 2.4: Taux de mortalité néonatale dans les Régions de l'OMS (pour 1000 naissances vivantes)	20
Fig. 2.5: Causes de mortalité des moins de cinq ans dans la Région africaine	21
Fig. 2.6: Tendances dans la réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans, 1990-2003	21
Fig. 2.7: Couverture vaccinale dans le cadre du PEV (Programme élargi de vaccination), Région africaine, 1982-2003	29
Fig. 3.1: Progrès régionaux vers un taux de détection de 70 % de la tuberculose	38
Fig. 3.2: Administration médicamenteuse de masse pour l'élimination de la filariose lymphatique : population cible/nombre de personnes traitées	39
Fig. 3.3: Prévalence de la lèpre dans la Région africaine, par pays, 1985 et 2003	41
Fig. 3.4: Prévalence du VIH chez les 15-24 ans dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 2001-2003	45
Fig. 3.5: Evolution de l'incidence du paludisme et distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, Erythrée (1997-2004)	52
Fig. 3.6: Changement de politique médicamenteuse antipaludique et mise en œuvre dans la Région africaine : situation en juillet 2005	54
Fig. 4.1: Charge des maladies non transmissibles et des traumatismes, en DALY par cause dans la Région africaine de l'OMS, estimations pour 2001	64
Fig. 5.1: Couverture de l'assainissement dans la Région africaine	86

Fig. 6.1: Types d'enquêtes réalisées auprès des ménages dans la Région africaine	110
Fig. 6.2: Couverture de l'enregistrement des décès : données relatives à la mortalité (à partir de 1995), par cause, dont dispose l'OMS	111
Fig. 6.3: Etats Membres dotés d'une politique de santé nationale officielle, Région africaine de l'OMS	113
Fig. 6.4: Coût total de la morbidité palustre, Ghana, 2002	123
Fig. 6.5: Dépenses publiques de santé par habitant (US \$), Région africaine de l'OMS, 2003	124

## *Tableaux*

Tableau 1.1: Charge de morbidité dans la Région africaine, 2002	8
Tableau 4.1: Les 20 premières causes de mortalité en Afrique du Sud	66
Tableau 4.2: Principales causes de mortalité dans la Région africaine, 2002	69
Tableau 4.3: Ressources de santé mentale dans certains pays de la Région africaine	72
Tableau 4.4: Approche par étapes de la lutte contre les maladies non transmissibles	78
Tableau 5.1: Mortalité et DALY attribuables à la pollution par la fumée de combustibles solides à l'intérieur des habitations, Région africaine, 2000	87
Tableau 6.1: Nombre d'agents de santé ayant quitté 16 pays africains pour l'étranger, 1993-2000	119



BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation  
mondiale de la Santé

Afrique

Dr Luis Gomes Sambo  
Directeur régional  
OMS – Bureau régional de l'Afrique



“ *La promotion de modes de vie sains et l'éducation pour la santé peuvent beaucoup contribuer à prévenir la maladie et les incapacités. Nous connaissons les méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement indispensables et nous savons lesquelles donnent de bons résultats en Afrique. Nous avons aussi les institutions nécessaires. Ce rapport montre clairement que les systèmes de santé sont la clé pour assurer une série de soins essentiels. Les gouvernements africains et leurs partenaires doivent investir davantage pour renforcer les systèmes de santé fragiles du continent.* ”



# Message du Directeur régional

Chaque année, des millions d'Africains meurent de maladies que l'on sait pourtant prévenir et soigner. *Le Rapport sur la santé dans la Région africaine* est d'une lecture indispensable pour qui veut comprendre les raisons de cette situation et les solutions possibles.

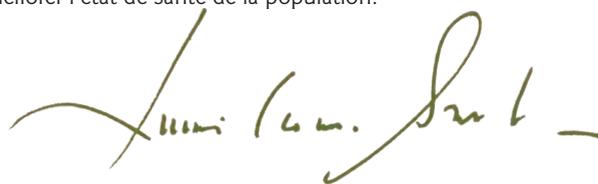
La grande majorité des Africains ne bénéficient toujours pas des progrès de la recherche médicale et de la santé publique. D'où une mortalité et une morbidité écrasantes qui font des ravages dans les sociétés africaines. Le rapport traite du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, des complications de la grossesse fatales aux mères et aux enfants, mais aussi du problème moins connu des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension ou d'autres maladies non transmissibles comme les troubles mentaux et les traumatismes.

Les problèmes sont légion : systèmes de santé précaires et fragmentés, ressources insuffisantes pour appliquer plus largement les interventions éprouvées, accès limité aux technologies et services de santé existants, mauvaise gestion des ressources humaines, fréquentes catastrophes et situations d'urgence d'origine naturelle ou humaine, extrême pauvreté.

Loin de s'en tenir à ce triste bilan, le rapport expose en détail certains des succès remportés dans le domaine de la santé publique en Afrique dont d'autres parties du continent peuvent s'inspirer. La promotion de modes de vie sains et l'éducation pour la santé peuvent beaucoup contribuer à prévenir la maladie et les incapacités. Les solutions sont à notre portée si nous voulons soigner les personnes atteintes du paludisme ou d'autres maladies. Nous connaissons les méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement indispensables et nous savons lesquelles donnent de bons résultats en Afrique. Nous avons aussi les institutions nécessaires. L'OMS collabore sans relâche avec les 46 Etats Membres de la Région africaine à l'instauration de systèmes de santé performants pour améliorer l'état de santé de la population dans toute la Région.

Ce rapport montre clairement que les systèmes de santé sont la clé pour assurer une série de soins essentiels. Les gouvernements africains et leurs partenaires doivent investir davantage pour renforcer les systèmes de santé fragiles du continent.

Le pari pour les gouvernements africains et leurs partenaires consiste à mieux coordonner la prestation des soins et à faire en sorte que les fonds soient utilisés de façon responsable au profit des Africains. Au nom du Bureau régional OMS de l'Afrique, je tiens à remercier les 46 Etats Membres et nos partenaires de la Région d'avoir autant à cœur d'améliorer l'état de santé de la population.



Dr Luis Gomes Sambo  
Directeur régional de  
l'OMS – Bureau régional de l'Afrique

Professeur Alpha Omar Konaré,  
Président de la Commission de l'Union africaine



“ *Ce rapport rend très bien compte de la situation sanitaire dans la Région africaine de l’OMS, qui compte 46 pays, tous Membres de l’Union africaine. La Commission de l’Union africaine souscrit sans réserve au principal message de ce rapport, à savoir que les gouvernements africains et leurs partenaires doivent redoubler d’efforts pour instaurer des systèmes de santé qui offrent les prestations sanitaires essentielles aux Africains.* ”



# *Avant-propos*

## *Président de la Commission de l'Union africaine*

Depuis quelques années, la santé publique en Afrique retient l'attention de la communauté internationale. De nombreuses initiatives régionales et internationales ont été prises pour diminuer l'écrasante charge de la maladie qui pèse sur les pays africains et suppléer à l'insuffisance des moyens mis en œuvre. Jamais autant de fonds n'ont été consacrés à la santé en Afrique et, pourtant, il reste de nombreux problèmes.

Ce rapport rend très bien compte de la situation sanitaire dans la Région africaine de l'OMS, qui compte 46 pays, tous Membres de l'Union africaine. Il permet de mieux comprendre pourquoi la mortalité et la morbidité prématurées sont si élevées sur ce continent et de se faire une idée générale des interventions qui donnent de bons résultats et dont il faut faire profiter tous ceux qui en ont besoin.

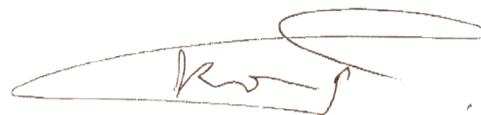
La Commission de l'Union africaine collabore étroitement avec le Bureau régional OMS de l'Afrique dans plusieurs domaines de la santé publique. En mai 2006, elle a organisé, en collaboration avec des institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires de développement, un sommet spécial sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme à Abuja (Nigéria) pour faire le point de la situation et déterminer comment procéder pour instaurer l'accès universel au traitement de ces maladies d'ici à 2010.

Cette année, en collaboration avec l'OMS et d'autres institutions du système des Nations Unies, l'Union africaine a lancé une campagne de prévention du VIH/SIDA en Afrique. Nous voulons, par des campagnes dans les médias et des campagnes d'éducation sanitaire, informer la population sur le virus et sur la façon dont il se transmet. Nous voulons que les Africains soient plus nombreux à se faire dépister et conseiller et nous voulons que les gouvernements mettent des services de prévention, ainsi que le traitement antirétroviral, à la disposition de tous ceux qui en ont besoin.

La violence est un grave problème de santé publique en Afrique. Les 53 Etats Membres de l'Union africaine ont fait de l'année 2005 l'Année africaine de la prévention de la violence, et l'Union africaine collabore avec l'OMS à la prévention de la violence sur le continent. Elle soutient les grands partenariats et initiatives en santé, comme le partenariat Halte à la tuberculose et la feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales en Afrique.

Beaucoup de progrès ont été réalisés dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, mais les gouvernements africains et leurs partenaires doivent faire plus d'efforts pour maîtriser rapidement les nouvelles flambées épidémiques et, par la vaccination, maintenir un taux élevé d'immunité dans toutes les populations. L'Union africaine collabore avec l'OMS et d'autres partenaires à l'établissement d'un plan de préparation et d'intervention pour réduire le risque de grippe aviaire et de pandémie de grippe humaine.

La Commission de l'Union africaine souscrit sans réserve au principal message de ce rapport, à savoir que les gouvernements africains et leurs partenaires doivent redoubler d'efforts pour instaurer des systèmes de santé qui offrent les prestations sanitaires essentielles aux Africains.



Professeur Alpha Omar Konaré,  
Président de la Commission de l'Union africaine



# *Résumé d'orientation*

# *La santé des populations*



Le Rapport sur la santé dans la Région africaine paraît à point nommé à un moment où l'Afrique retient particulièrement l'attention et où les pays de ce continent s'affirment de plus en plus et trouvent eux-mêmes les solutions à leurs problèmes. Il donne un aperçu de la situation sanitaire dans les 46 Etats Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé et fait le point sur les progrès accomplis jusqu'à présent dans la lutte contre la maladie et la promotion de la santé. Il revient sur les succès remportés et recense les domaines où il faudrait faire davantage pour améliorer la santé de la population.

Le principal message du rapport est clair : les pays africains ne pourront se développer économiquement et socialement que si la santé de la population s'améliore nettement. On sait quelles sont les interventions sanitaires – méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement – nécessaires dans la Région. Tout le problème pour les pays africains et leurs partenaires consiste à les mettre à la disposition de ceux qui en ont besoin, et le meilleur moyen d'y parvenir est de créer des systèmes de santé qui fonctionnent bien.





## Chapitre I: *La santé et le développement en Afrique*

Il n'y a pas de développement économique sans investissements massifs pour appliquer les interventions sanitaires qui ont fait leurs preuves. Ce chapitre montre à quel point la charge de la maladie entrave le progrès social et le développement économique dans de nombreux pays africains. Une mauvaise santé entraîne les populations dans le cercle vicieux de la pauvreté. La pauvreté, qui compte parmi les principaux facteurs de mauvaise santé, est à la fois la cause et la conséquence d'un mauvais état de santé. Plusieurs études ont été réalisées pour quantifier l'impact macroéconomique de la charge de la maladie (voir le Tableau a).

Les gouvernements de la Région africaine et leurs partenaires de développement

doivent investir davantage dans les soins de santé. La croissance économique rapide que connaissent certains pays d'Afrique depuis quelque temps leur en fournit l'occasion. Leurs partenaires doivent débloquer plus de fonds pour appliquer plus largement les interventions de santé publique éprouvées. Il faut adopter une nouvelle approche : les pays africains et leurs partenaires doivent s'attaquer aux causes sous-jacentes d'une mauvaise santé. Investir dans la santé suppose donc d'investir dans l'eau, l'assainissement, la protection de l'environnement, l'éducation, l'autonomisation des femmes, la gouvernance et dans d'autres secteurs apparentés.

La Région africaine est en retard par rapport à d'autres régions du monde en ce qui concerne le développement humain. Ce retard est en grande partie imputable à l'écrasant fardeau que les maladies infectieuses, et notamment le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, font peser sur la Région. Ce chapitre décrit les conséquences macroéconomiques qu'ont à la fois la lourde charge des maladies infectieuses, l'insalubrité de l'environnement, la mortalité et la morbidité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et, de plus en plus, les maladies non transmissibles.

Il semble cependant, d'après certains signes positifs, que les choses changent grâce à la détermination des Etats Membres de la Région et de leurs partenaires à combattre la pauvreté et à favoriser le développement en mettant les questions de santé au premier rang des préoccupations. Cette volonté trouve son expression dans des initiatives régionales com-

Tableau a  
Charge de morbidité dans la Région africaine, 2002

Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (DALY)* par cause et strate de mortalité dans la Région africaine		Strates de mortalité	
		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte (000)	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte (000)
1	SIDA	14 620	49 343
2	Paludisme	20 070	20 785
3	Infections respiratoires	18 976	16 619
4	Affections périnatales	10 869	10 485
5	Diarrhée	11 548	11 689
6	<b>Total partiel des cinq premières causes (1 à 5)</b>	<b>76 083</b>	<b>108 921</b>
7	Autres maladies transmissibles	39 234	41 484
8	Maladies transmissibles (6 et 7)	115 317	150 405
9	Maladies non transmissibles	30 124	34 727
10	Traumatismes	14 974	15 829
Total	<b>Total (8 à 10)</b>	<b>160 415</b>	<b>200 961</b>

Les Etats Membres de la Région ont été répartis en strates de mortalité en fonction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des hommes de 15 à 59 ans, ainsi qu'il est indiqué aux pages 174-175 du *Rapport sur la santé dans le monde, 2004*.

\* Voir le glossaire.

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.



me le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) et les efforts faits par le G8 et les établissements financiers d'envergure mondiale pour annuler la dette et encourager les pays les moins avancés à consacrer les économies ainsi réalisées à la santé et aux secteurs connexes. Le chapitre 1 passe en revue les initiatives prises dernièrement pour faire baisser la mortalité et la morbidité en Afrique, soit au niveau régional, comme la Déclaration d'Abuja, soit au niveau international, telles que la Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il faut davantage encourager les pays africains à tenir l'engagement qu'ils ont pris à Abuja de consacrer 15 % du budget national à la santé. De même, les pays développés devraient, comme ils s'y sont engagés, allouer 0,7 % de leur produit intérieur brut (PIB) à l'aide au développement.

Les problèmes de santé publique sont énormes dans la Région africaine. Mais l'engagement et la détermination des gouvernements et de leurs partenaires peuvent en venir à bout et permettre ainsi aux pays de la Région de progresser plus rapidement sur la voie des OMD.



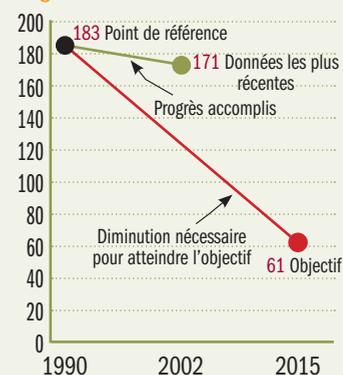
## Chapitre 2: *La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

Ce chapitre décrit « l'épidémie silencieuse » qui sévit en Afrique : condamnés à un sort tragique, des millions de mères, de nouveau-nés et d'enfants meurent chaque année de causes qui pourraient être évitées et traitées. Il fait la synthèse des tendances de la mortalité et de la morbidité des mères (pendant la grossesse et à l'accouchement) et des enfants dans la Région africaine. Des progrès dans ce domaine ont été faits dans les années 70 et 80 à mesure que les Etats africains mettaient en place des systèmes de santé dispensant des soins prénatals et des soins obstétricaux d'urgence. Les chances de survie de l'enfant ont augmenté partout dans le monde à cette période, grâce surtout à la vaccination et aux sels de réhydratation orale pour soigner les maladies diarrhéiques. Mais depuis le début des années 90, en raison notamment de l'épidémie de VIH/SIDA et des conflits armés, il n'y a pratiquement pas eu de progrès en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans de nombreuses parties de la Région, quand la situation ne s'est pas détériorée.

Les efforts déployés au niveau mondial pour remédier à cette situation n'ont donné que peu de résultats jusqu'à présent. Peu de pays de la Région ont des chances d'atteindre l'OMD 4, qui concerne la santé de l'enfant, et l'OMD 5, qui a trait à la santé maternelle (voir les Figures a et b). Les obstacles et les difficultés sont légion : conflits et situations d'urgence, VIH/SIDA, manque de ressources et précarité des systèmes de santé. Toutefois, les efforts consentis pour limiter les risques de la maternité, prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, assurer des services de planification familiale et prendre en charge les maladies de l'enfant tendent aujourd'hui à s'intensifier.

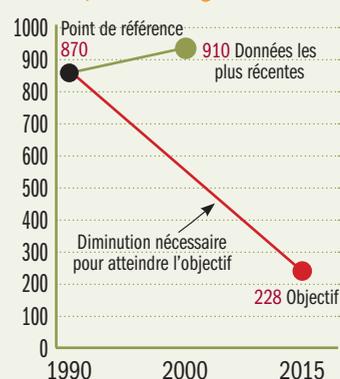
Ce chapitre donne également des exemples de réussite, notamment l'exemple de pays et de districts qui sont parvenus à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il passe en revue les interventions éprouvées qui, comme

Fig. a  
Mortalité des moins de cinq ans (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes) dans la Région africaine



D'après les données du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fig. b  
Mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine



D'après les données du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.



la présence de personnel qualifié à l'accouchement, la vaccination et la planification familiale, devraient être appliquées à plus grande échelle dans toute la Région. Il faudrait en outre mieux instruire les femmes afin qu'elles jouissent d'un meilleur statut économique et social, garant, pour elles et leur famille, d'une meilleure santé. Les gouvernements de la Région se sont engagés à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Ils doivent maintenant passer à l'acte en allouant davantage de fonds à ce domaine vital et pourtant négligé de la santé publique.



### Chapitre 3: *Les maladies infectieuses en Afrique*

Les maladies infectieuses freinent considérablement le développement humain dans la Région africaine. Ce chapitre rappelle que les peuples d'Afrique souffrent de nombreuses maladies infectieuses qui peuvent être évitées et traitées. Il fait le point sur les problèmes rencontrés dans la lutte contre les maladies infectieuses dans la Région et montre comment certains facteurs comme le climat, la géographie et les parasites augmentent encore la difficulté.

Le chapitre 3 rappelle les succès remportés dans la Région dans la lutte contre des maladies infectieuses comme l'onchocercose et la lèpre, et contre des maladies évitables par la vaccination comme la poliomyélite. Il y est question aussi des maladies à tendance épidémique, par exemple le choléra, la méningite, la fièvre de Lassa ou la fièvre jaune, et des maladies négligées telles que l'ulcère de Buruli et la maladie du sommeil.

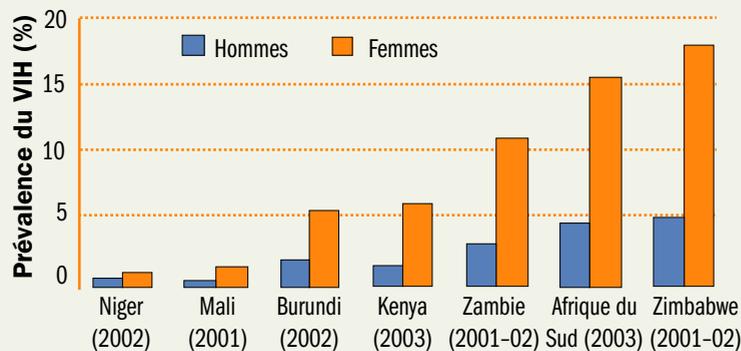
Il traite aussi en détail de trois maladies particulièrement préoccupantes pour la santé publique, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui font plus de 3 millions de victimes par an dans la Région. La prévalence du VIH/SIDA est particulièrement élevée dans les pays d'Afrique australe (voir la Figure c) et favorise d'autres maladies infectieuses, la tuberculose notamment. Malheureusement, la pénurie d'agents de santé prive souvent les malades de soins.

Le chapitre 3 décrit les effets dévastateurs de ces trois maladies sur la société – précarité, appauvrissement, innombrables vies perdues et baisse de la productivité – qui obligent les gouvernements à leur consacrer des ressources précieuses, entraînant les pays dans un cycle inéluctable de pauvreté et de mauvaise santé. Il rappelle toutefois que le traitement antirétroviral contre le VIH/SIDA a commencé à se généraliser dans la Région ces dernières années.

Ce chapitre expose également certaines solutions qui donnent de bons résultats dans la Région. Les interventions de santé publique

Fig. c

Prévalence du VIH chez les 15-24 ans dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 2001-2003



Sources : Burundi (Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi. Bujumbura, décembre 2002). Kenya (Kenya Demographic and Health Survey 2003). Mali (Enquête démographique et de santé. Mali 2001). Niger (Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger (2002)). Afrique du Sud (Pettifor AE, Rees HV, Steffenson A, Hlongwa-Madikizela L, MacPhal C, Vermaak K, Kleinschmidt I: HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15-24 year olds. Johannesburg: Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand (2004). Zambie (Enquête démographique et sanitaire 2001-2002). Zimbabwe (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001-2002).



évaluées comme l'accès universel aux services de dépistage du VIH et de conseil et le traitement simplifié du VIH/SIDA doivent être appliqués plus largement.

Ces approches thérapeutiques simplifiées et économiques doivent être généralisées afin d'en faire profiter tous les habitants de la Région qui en ont besoin. Des travaux de recherche-développement s'imposent pour trouver des médicaments plus efficaces contre la tuberculose et d'autres maladies négligées ainsi que des vaccins contre le paludisme et le VIH. En attendant, les pays de la Région doivent promouvoir une sexualité à moindre risque et assurer des services plus nombreux de dépistage du VIH et de conseil afin de prévenir l'infection et de juguler la pandémie de SIDA. Volonté politique et soutien financier sont indispensables pour appliquer plus largement les méthodes de lutte évaluées contre chaque maladie.



## Chapitre 4: *Les maladies non transmissibles en Afrique*

Alors que les maladies non transmissibles, traumatismes compris, gagnent du terrain dans la Région africaine, elles restent l'un des domaines de la santé publique les plus négligés. Elles représentent 27 % de la charge totale de morbidité dans la Région (voir le Tableau b), mais les pays africains et leurs partenaires n'y consacrent pas assez de ressources. Les facteurs de risque de maladies non transmissibles chroniques comme une alimentation déséquilibrée et le manque d'exercice physique prenant de l'importance dans beaucoup de pays du continent, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, le cancer et les cardiopathies – généralement considérés comme des maladies qui touchent essentiellement les pays industrialisés riches – deviennent plus courants en Afrique et constituent une nouvelle menace.

Le chapitre 4 étudie en détail le « double fardeau » de plus en plus lourd que les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles font peser sur l'Afrique. Il aborde aussi les aspects moins connus de la morbidité sur ce continent, notamment les maladies cardio-vasculaires, la malnutrition et l'obésité, le cancer, les traumatismes, la cécité, les troubles mentaux, les maladies génétiques et les affections de la cavité buccale, autant de pathologies dont la fréquence augmente. Certaines sont la conséquence de maladies infectieuses, par exemple le cancer du col de l'utérus, tandis que d'autres, comme le noma, sont spécifiques à la Région.

Les besoins sont immenses concernant les maladies non transmissibles, la santé mentale et les traumatismes dans la Région africaine et il faut remédier à cette situation. Les obstacles sont nombreux : manque de ressources, méconnaissance des problèmes et absence de volonté de s'y attaquer, manque de données. Les organismes donateurs et les instituts de recherche se désintéressent eux aussi du fléau croissant des maladies non transmissibles et des traumatismes dans la Région.

Ce chapitre donne un aperçu des solutions évaluées à ces problèmes : législation et stratégies commerciales, particulièrement efficaces pour lutter contre le tabac, législation en matière de santé mentale, promotion d'une alimentation et d'un mode de vie sains – solution à la fois efficace et économique – et programmes peu coûteux de prise en charge.

Tableau b  
Principales causes de mortalité dans la Région africaine, 2002

Rang	Tous âges
1	VIH/SIDA
2	Paludisme
3	Infections des voies respiratoires inférieures
4	Maladies diarrhéiques
5	Affections périnatales
6	Maladie cérébrovasculaire
7	Tuberculose
8	Cardiopathie ischémique
9	Rougeole
10	Accidents de la route
11	Violence
12	Coqueluche
13	Pneumopathie obstructive chronique
14	Malnutrition protéino-énergétique
15	Néphrite et néphrose
16	Syphilis
17	Fait de guerre
18	Tétanos
19	Diabète sucré
20	Noyades

Source : *Global Burden of Disease 2002*.



Il faut donner la priorité à la prévention primaire des maladies non transmissibles en s'attaquant aux facteurs de risque tels qu'une mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique, la consommation d'alcool et le tabagisme. La prévention secondaire doit consister à limiter les facteurs de risque chez les sujets atteints, en mettant plus particulièrement l'accent sur l'obésité, l'hypertension, l'hyperglycémie et l'hyperlipidémie. La troisième approche est la prévention tertiaire moyennant une bonne prise en charge clinique des maladies cardio-vasculaires, des bronchopneumopathies chroniques obstructives, du diabète et du cancer. Des approches analogues s'imposent pour la santé mentale et la santé bucco-dentaire.

Les ministères de la santé, des transports et de l'éducation, entre autres, doivent ensemble prendre des mesures pour limiter le risque de traumatisme et de maladie non transmissible, par exemple en rendant obligatoire le port de la ceinture de sécurité et en recommandant un bon régime alimentaire. Les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les médias doivent aussi davantage collaborer entre eux.

Beaucoup de pays développés ne prennent conscience que maintenant de l'utilité des stratégies de promotion de la santé telles que la lutte antitabac. Les pays d'Afrique devraient tirer les leçons des erreurs des pays développés et agir avant que l'épidémie de maladies non transmissibles ne prenne trop d'ampleur pour être maîtrisée.



## Chapitre 5: *La santé et l'environnement en Afrique*

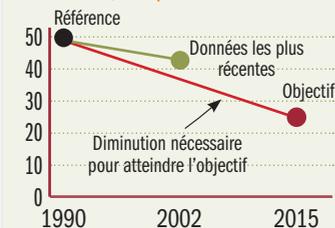
Les Africains sont exposés à différents risques sanitaires d'origine environnementale. Des taux élevés de pollution de l'air (pollution atmosphérique et à l'intérieur des habitations), la mauvaise qualité de l'eau, un assainissement médiocre et la préparation des aliments dans de mauvaises conditions d'hygiène sont des problèmes courants dans de nombreuses parties de la Région. D'autres risques sanitaires liés à l'environnement apparaissent en Afrique, par exemple la dégradation des écosystèmes et le changement climatique.

L'urbanisation rapide a contraint des millions de personnes à vivre dans des bidonvilles dépourvus de services de base, tandis que les menaces quotidiennes pour la santé liées à l'environnement sont encore aggravées par les conflits armés et les catastrophes naturelles. La pollution industrielle, la gestion des déchets solides et liquides et des déchets médicaux posent aussi un problème de plus en plus important.

Ce chapitre fait la synthèse des tendances observées concernant les facteurs de risque sanitaire liés à l'environnement dans la Région et indique les initiatives prises pour y remédier, tout en insistant sur les domaines où il faut intensifier l'action. Une couverture plus large par les services d'assainissement et d'approvisionnement en eau propre et par les réseaux d'évacuation des déchets et des eaux usées contribuerait beaucoup à la salubrité de l'environnement (voir la Figure d).

Les gouvernements ont une tâche énorme à accomplir. La pauvreté généralisée empêche bien souvent les gens de faire face aux problèmes environnementaux. Pour résoudre les problèmes de santé liés à l'environnement, les ministères et les organismes concernés doivent collaborer entre eux.

**Fig. d**  
**Pourcentage de la population qui n'a pas accès à des sources d'eau améliorées, Afrique subsaharienne**



Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement – Water for life: make it happen, 2005.



Le chapitre 5 décrit la réussite exemplaire de communautés qui ont eu recours à des technologies de conception locale et à des solutions innovantes à la fois efficaces, économiques et durables.

Il faut appliquer à plus grande échelle les solutions durables et peu coûteuses pour l'eau et l'assainissement. Les pays de la Région et les organisations internationales doivent collaborer plus étroitement entre eux pour prévenir et résoudre les conflits. Les gouvernements de la Région doivent aussi promouvoir la sécurité sanitaire des aliments et l'enseignement des règles d'hygiène. Une coopération plus étroite entre les ministères et d'autres secteurs s'impose pour rendre l'environnement plus sain.

L'OMS a plusieurs stratégies pour s'attaquer à ces problèmes. Sa stratégie concernant la santé et l'environnement engage les gouvernements à élaborer des politiques d'hygiène du milieu et à mieux faire prendre conscience au grand public des liens entre environnement et santé publique.

Les programmes de gestion communautaire dirigés par l'OMS et d'autres institutions ont tous donné des résultats, notamment les programmes basés sur le concept de participation à l'amélioration de l'hygiène et de l'environnement ou sur une approche modulée suivant la demande, les projets d'assainissement écologique ainsi que le programme AFRIQUE 2000 pour l'eau et l'assainissement. En suivant l'approche « cadres de vie sains », plusieurs pays de la Région s'attaquent pour la première fois à des problèmes urbains complexes, et cela de façon globale.

Les programmes de l'OMS ont pour but de favoriser l'autonomie des populations et d'améliorer les conditions de vie dans la communauté et les conditions de travail afin de limiter les facteurs de risque qui empêchent la collectivité et les individus d'obtenir de meilleurs résultats économiques et sanitaires. De cette façon, l'OMS aide les pays à développer leur capacité de planifier, exécuter et évaluer leurs programmes, évaluation sur laquelle reposeront les politiques et les plans de mise en œuvre.



## Chapitre 6: *Les systèmes de santé nationaux — Le grand défi pour la santé publique en Afrique*

L'un des grands défis dans le domaine de la santé publique en Afrique est d'instaurer des systèmes de santé capables de dispenser des soins essentiels à la population. Les systèmes de santé des pays de la Région africaine sont faibles et fonctionnent mal. Plusieurs éléments sont indispensables pour qu'ils fonctionnent correctement : agents de santé qualifiés en nombre suffisant, infrastructure et matériel de base, médicaments et fournitures essentiels, systèmes de financement. Il importe également de mettre sur pied des systèmes performants d'information sanitaire, y compris de statistiques d'état civil, pour mesurer l'ampleur d'un problème de santé donné et juger des mesures à prendre.

Dans ces pays, les soins sont assurés à la fois par des prestataires publics et des prestataires privés, de sorte que les programmes sont « verticaux » ou ne concernent qu'une seule maladie ou un seul domaine. Les fonds proviennent de différentes sources publiques ou privées, y compris de donateurs. Certains gouvernements ont



*Les gouvernements ont une tâche énorme à accomplir. La pauvreté généralisée empêche bien souvent les gens de faire face aux problèmes environnementaux.*

*Pour résoudre les problèmes de santé liés à l'environnement, les ministères et les organismes concernés doivent collaborer entre eux.*



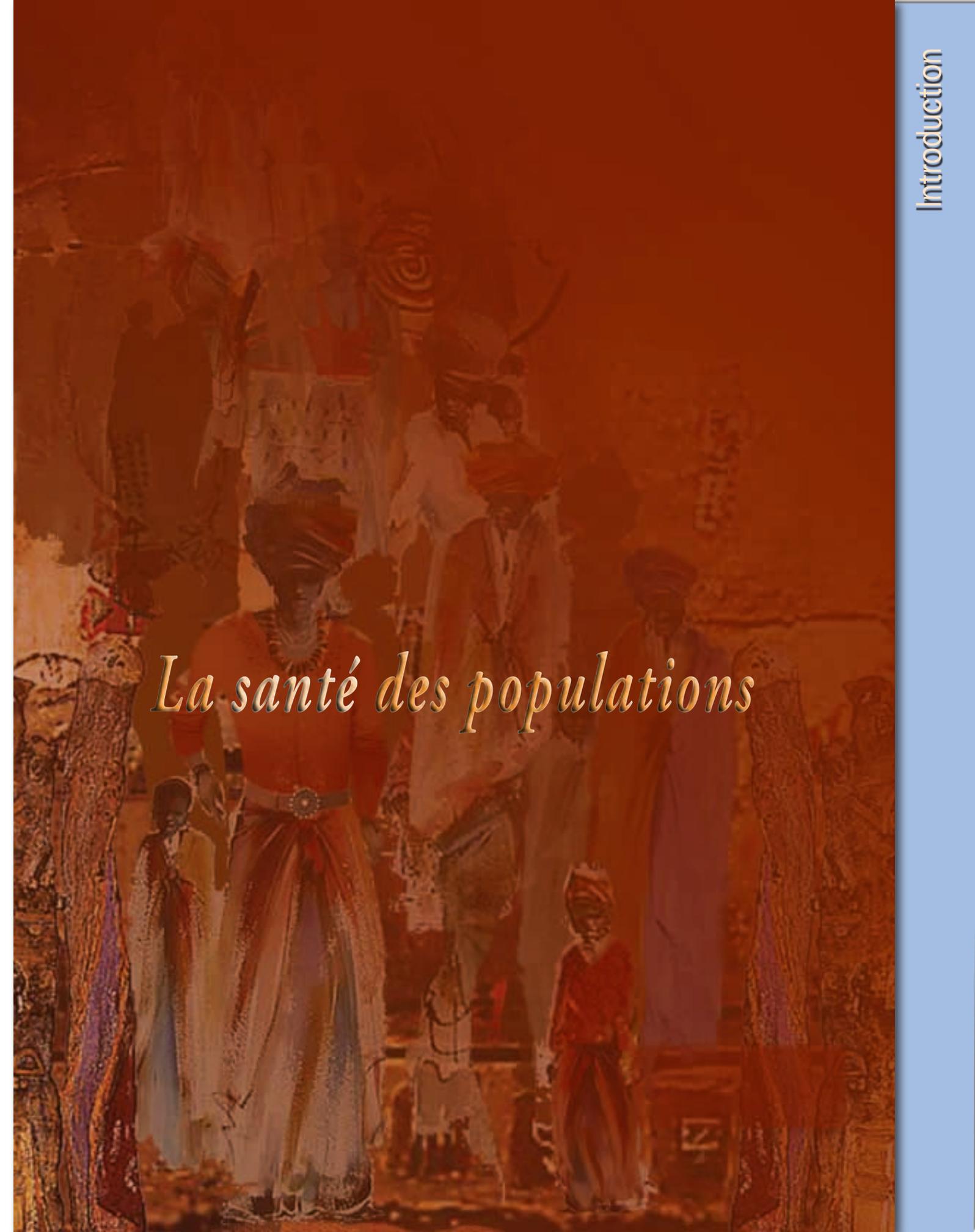
*Des systèmes de santé renforcés peuvent être un facteur de stabilité sociale, de paix et de prospérité dans l'ensemble de la Région.*

commencé à appliquer une approche sectorielle afin de mieux coordonner ces fonds et de les utiliser plus rationnellement en évitant les doubles emplois.

Ce chapitre s'achève par l'un des messages clés du rapport : il est indispensable d'instaurer des systèmes de santé qui fonctionnent bien pour faire face aux nombreux problèmes de santé exposés dans le rapport. Les systèmes de santé doivent en outre être adaptés au contexte, qu'il soit urbain ou rural.

Pour renforcer les systèmes de santé, les gouvernements des Etats Membres doivent nouer des liens de collaboration solides avec d'autres partenaires aux niveaux national et local, y compris le secteur privé, la société civile et les communautés. L'accès universel aux soins de santé n'est possible que si l'on généralise les interventions essentielles, entreprise difficile si les investissements restent insuffisants et si les services essentiels ne sont pas assurés à proximité des communautés par des systèmes de santé de district solides et efficaces. Des systèmes de santé renforcés peuvent être un facteur de stabilité sociale, de paix et de prospérité dans l'ensemble de la Région. ■





*La santé des populations*



*Il est absolument indispensable d'améliorer la santé des 738 millions d'habitants que comptent les 46 Etats Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au même titre que l'éducation, la gestion des affaires publiques et la politique économique. Les améliorations dans le domaine de la santé peuvent stimuler le progrès social et la croissance économique, mais elles ne peuvent être obtenues sans une augmentation des niveaux actuels de l'investissement en faveur de la santé dans cette Région.*



# *La santé des populations*

**L**e premier Rapport sur la santé dans la Région africaine paraît à un moment crucial, alors que l'Afrique se trouve au centre des préoccupations. Des efforts importants ont récemment été engagés au niveau international pour réduire la pauvreté et atteindre d'autres objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en Afrique. En juillet 2005, le Groupe des huit pays industrialisés (G8) a allégé la dette des pays africains et accru l'aide qui leur est destinée. En décembre 2005, les 148 Membres de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) sont convenus d'un ensemble de mesures commerciales et de mesures d'aide destinées à aider les pays les plus pauvres. Il s'agit d'une première petite avancée vers l'objectif du commerce en tant qu'aide (« trade-for-aid ») du cycle de Doha pour le développement : abolir les tarifs douaniers pratiqués sur les produits africains et les subventions versées aux agriculteurs dans les pays riches – deux problèmes qui font qu'il est difficile, voire impossible, pour l'agriculture africaine d'être compétitive sur le plan international.

Le rapport montre qu'il est absolument indispensable d'améliorer la santé des 738 millions d'habitants que comptent les 46 Etats Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au même titre que l'éducation, la gestion des affaires publiques et la politique économique. Les améliorations dans le domaine de la santé peuvent stimuler le progrès social et la croissance économique, mais elles ne peuvent être obtenues sans une augmentation des niveaux actuels de l'investissement en faveur de la santé dans cette Région.

La nécessité d'investir davantage en faveur de la santé n'est pas seulement un impératif moral visant l'atténuation des souffrances et le respect du droit fondamental à la santé, mais dans la situation d'interdépendance et de mondialisation qui caractérise aujourd'hui la planète, elle s'impose aussi d'un point de vue économique et peut contribuer à jeter les bases d'un avenir plus prospère et plus sûr pour tous. Parallèlement, les efforts visant à améliorer la santé doivent être étroitement coordonnés et suivis plus qu'ils ne l'ont jamais été afin de garantir que les fonds sont utilisés de manière optimale et dans la transparence.

Le rapport brosse un tableau d'ensemble à l'intention des gouvernements, de la société civile et des professionnels de la santé en Afrique, ainsi que des donateurs et d'autres membres de la communauté internationale. Il décrit l'évolution de la santé dans la Région africaine au cours des 10 à 15 dernières années et suit les progrès – ou l'absen-



ce de progrès – accomplis en vue d'atteindre d'ici 2015 les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il expose les principales difficultés auxquelles cette Région se trouve confrontée dans le domaine de la santé publique de même que les initiatives et les programmes visant à les surmonter et les succès enregistrés jusqu'ici.

Pour en arriver aux solutions décrites dans le rapport, on a pu se prévaloir des progrès en matière de diagnostic, de traitement et de prévention des principales maladies qui ont conduit à une amélioration de l'espérance de vie dans le reste du monde mais dont les populations africaines n'ont pour la plupart pas encore bénéficié. Pour pouvoir leur offrir les services fondamentaux nécessaires, il faut mettre en œuvre les solutions et les stratégies exposées dans les pages qui suivent, des stratégies qui ont fait leurs preuves dans cette Région et qui représentent un investissement pour le bien-être des populations africaines.

Le point de départ de l'amélioration de la santé publique est un engagement politique résolu de la part des Etats Membres de la Région africaine (voir carte et définition p. xxv) et de leurs partenaires. Pour aller de l'avant, certains Etats Membres pourraient consacrer davantage de moyens à la santé tandis que les pays donateurs pourraient chercher les moyens d'apporter une aide qui soit à la fois plus fiable et durable. C'est ainsi que la santé pourra jouer un rôle de pont vers la prospérité économique dans chaque pays africain.

## Les défis à relever en Afrique

Pour améliorer la santé publique en Afrique, il faut renouveler résolument les efforts permettant de surmonter un certain nombre de difficultés auxquelles la Région africaine se trouve confrontée.

Dès sa naissance, l'enfant africain est exposé à davantage de risques sanitaires que l'enfant né ailleurs dans le monde. Pour lui, le risque de malnutrition dépasse 50 % et il est également exposé à un risque élevé d'être VIH-positif à sa naissance, tandis que le paludisme, les maladies diarrhéiques ou les maladies respiratoires aiguës sont à l'origine de 51 % des décès. L'enfant né dans la Région africaine court aussi davantage le risque de perdre sa mère à la suite de complications de l'accouchement ou du fait du VIH/SIDA. Il a, à sa naissance, une espérance de vie d'à peine 47 ans, et il risque fort pendant sa brève existence d'être, au moins une fois, victime de la sécheresse, de la famine, des inondations, d'une situation de guerre civile ou de devenir un réfugié.

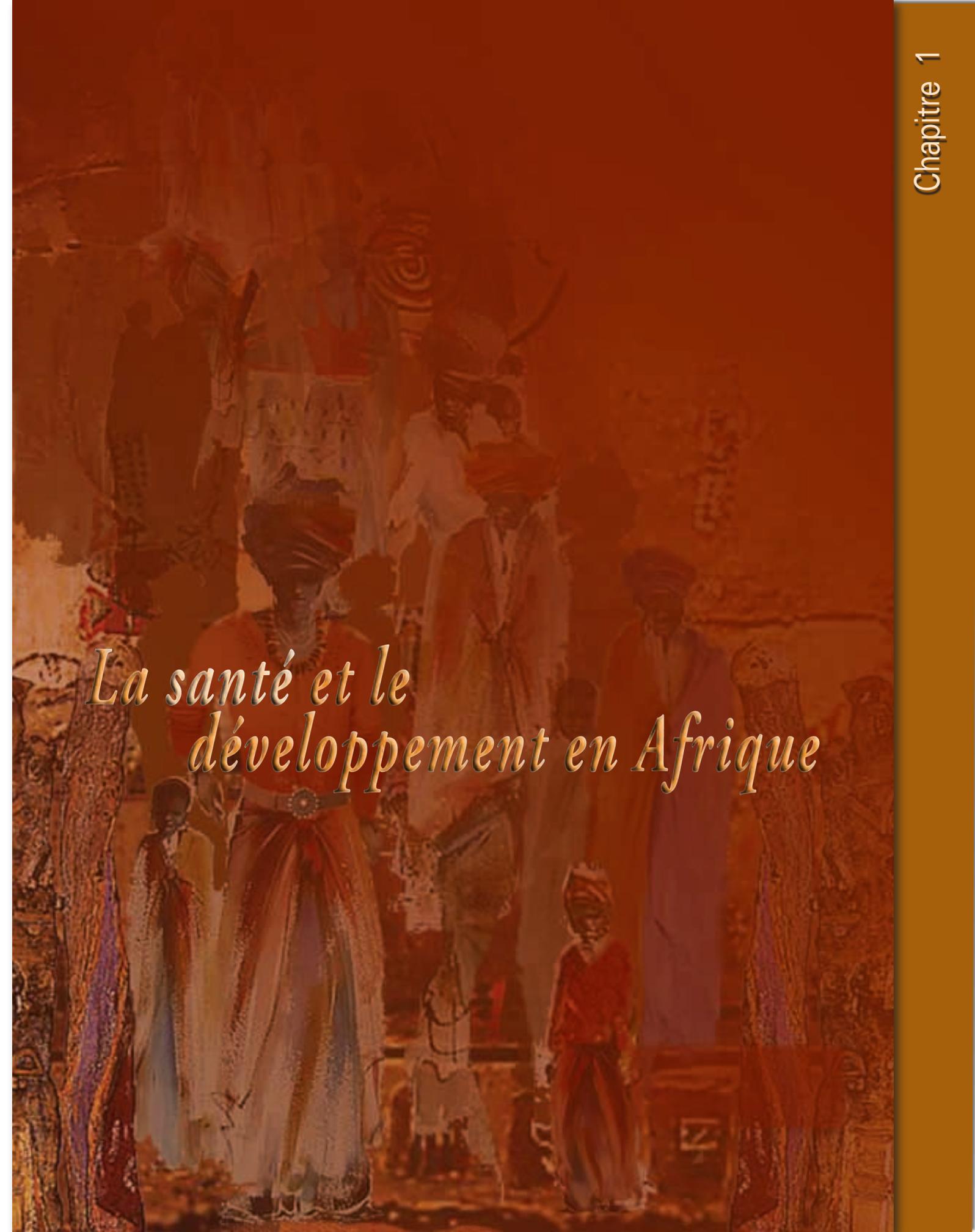
La population de la Région africaine est plus exposée à une morbidité élevée d'origine multiple en partie à cause des caractéristiques géographiques et climatiques particulières de cette Région. Ces facteurs expliquent par exemple que le paludisme soit plus difficile à combattre en Afrique qu'ailleurs. Parallèlement, les maladies non transmissibles et les accidents contribuent de plus en plus à accroître la charge de morbidité.

Le nombre de décès provoqués par le VIH/SIDA est plus élevé en Afrique que partout ailleurs dans le monde et l'on peut faire la même constatation pour la réémergence de l'ancien fléau de la tuberculose qui vient se greffer sur l'épidémie de VIH/SIDA. Aucune autre Région n'a été exposée à tant de conflits armés ou situations d'urgence humanitaire.

La pauvreté est plus généralisée qu'ailleurs. La population de la Région africaine représente environ 10 % de la population mondiale, mais on estime que 45 % au moins de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté, avec moins de US \$1 par jour. Quelque 330 millions d'habitants de la Région – un tiers des 1,1 milliard de pauvres dans le monde – sont prisonniers du cercle vicieux de la pauvreté où les faibles revenus des familles conduisent à une faible consommation, où les pays ont des faibles capacités et une faible productivité. La productivité agricole est plus faible







*La santé et le  
développement en Afrique*



## *Messages clefs*

- La santé peut stimuler le progrès social et la croissance
- Une mauvaise santé entraîne les populations dans le cercle vicieux de la pauvreté
- En Afrique, le lourd fardeau de la morbidité est un frein au développement
- L'investissement actuel en faveur de la santé est insuffisant

## *Solutions*

- Les gouvernements africains doivent investir davantage dans la santé
- Le développement de l'Afrique passe par un plus grand soutien extérieur
- Il faut appliquer à une plus grande échelle les solutions sanitaires éprouvées
- Une nouvelle approche doit être adoptée en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la mauvaise santé, telles que la pauvreté



# La santé et le développement en Afrique

## Le cercle vicieux de la pauvreté et d'une mauvaise santé

**D**ans la Région africaine, la charge de morbidité, à la fois lourde et multiple, entrave le développement socio-économique et raccourcit l'espérance de vie. L'épidémie de VIH/SIDA et le retour en force du paludisme et de la tuberculose ont fait perdre à certains pays situés au sud du Sahara les années d'espérance de vie qu'ils avaient gagnées (voir la Figure 1.1). D'autres maladies infectieuses et de plus en plus de maladies non transmissibles pèsent lourdement sur la Région, tandis que les complications de la grossesse et de l'accouchement font des millions de victimes chaque année.

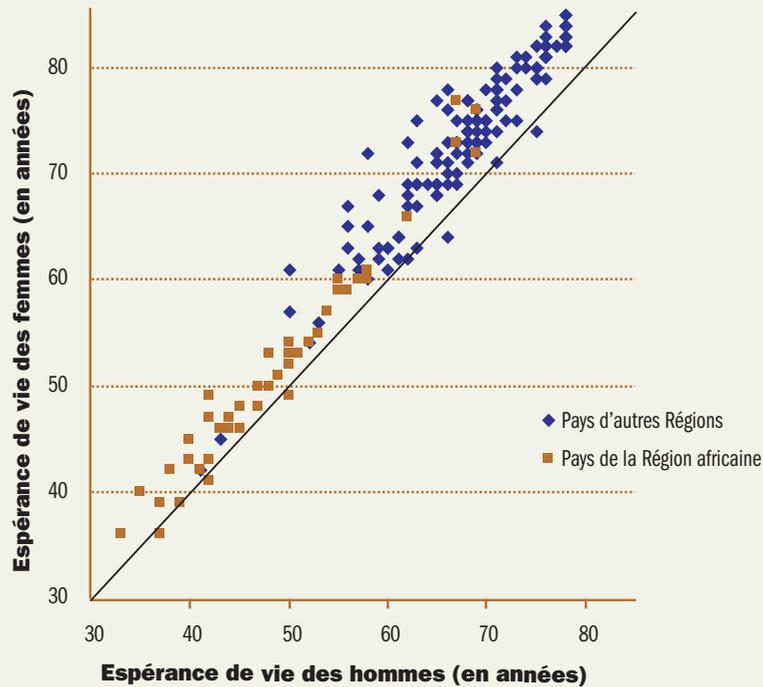
Les services de santé qui ont été mis en place dans les pays africains ne sont souvent pas en mesure de faire face de manière adaptée au lourd fardeau de la morbidité. Les systèmes de santé, qui sont l'image de l'état général des économies de la Région africaine, sont fragiles. Dans beaucoup de ces pays, les frais de soins directs, élevés par rapport au revenu des ménages, sont un important facteur de pauvreté. Le coût du traitement contre le VIH/SIDA pour un adulte, auquel s'ajoute la perte de revenu liée à l'absence au travail, peut faire basculer tout un ménage sous le seuil de pauvreté. Par conséquent, de la même façon qu'un bon état de santé peut stimuler la croissance économique, un mauvais état de santé peut entraîner une pauvreté dont il est très difficile de sortir.

Le cercle vicieux de la pauvreté et d'une mauvaise santé s'observe dans de nombreux pays africains. Quelque 76 % des habitants de l'Afrique subsaharienne ont un revenu inférieur à US \$2 par jour et 46,5 % un revenu inférieur à US \$1,08 par jour (voir la Figure 1.2). Alors que, depuis 20 ans, la pauvreté recule dans d'autres parties du monde comme l'Asie de l'Est et du Sud, la tendance est nettement inverse en Afrique subsaharienne. Entre 1981 et 2001, le PIB des pays subsahariens a diminué de 13 % et le nombre d'habitants de la Région vivant avec moins de US \$1 par jour a doublé, passant de 164 millions à 314 millions. Alors que les Africains représentaient seulement 16 % des pauvres dans le monde en 1985, la proportion était passée à 31 %



Fig. 1.1

Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes dans les pays, par Région de l'OMS, en 2003



La Figure montre que l'espérance de vie est faible dans les pays de la Région africaine.

Source : *Statistiques sanitaires mondiales 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

en 1998 et cette tendance devrait se maintenir. On prévoit que la pauvreté reculera au cours des 20 prochaines années partout dans le monde sauf en Afrique subsaharienne, où elle augmentera de façon spectaculaire.

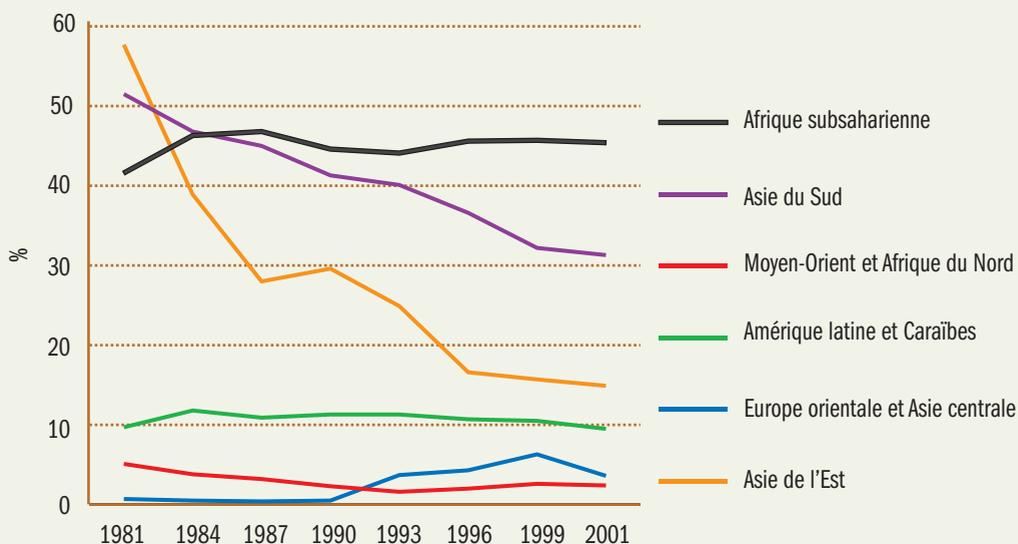
Le VIH/SIDA et les conflits armés ont fait nettement régresser certains pays africains où le développement humain était en bonne voie dans les années 70 et 80. De surcroît, les pays de la Région continuent de pâtir d'autres situations d'urgence, de la migration à grande échelle, de la famine et de la récession économique.

Les maladies chroniques gagnent déjà du terrain dans les pays à revenu intermédiaire tels que l'Afrique du Sud et le Kenya. Par ailleurs, les accidents de la route font peser une lourde charge sur les ménages et, de ce fait, sur l'économie régionale et nationale. C'est ainsi que les accidents de la circulation coûtent à l'économie ougandaise environ US \$101 millions par an, soit 2,3 % du produit national brut (PNB). En outre, la santé mentale est l'un des parents pauvres de la santé publique dans la Région africaine, alors que les problèmes de santé mentale progressent et que les services de santé mentale font cruellement défaut dans les situations d'après-conflit pour rétablir la stabilité dans la société. Dans de nombreux pays de la Région, ce domaine de la santé publique requiert une plus grande attention que celle dont il bénéficie aujourd'hui.



Fig. 1.2

Proportion de la population dont le revenu est inférieur à US \$1,08 par jour (parité des pouvoirs d'achat en 1993)



Source : Chen S, Ravallion M. *How have the world's poorest fared since the early 1980s?* World Bank Policy Research Working Paper 3341. Washington, DC. Banque mondiale, juin 2004.

Ailleurs dans le monde, les deux tiers environ de la mortalité sont imputables à des maladies non transmissibles. Mais en Afrique, d'après les estimations de 2002, 72 % des décès sont dus au VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme, aux infections respiratoires, à d'autres maladies infectieuses et aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Il s'agit de décès en grande partie évitables qui représentent actuellement 23 % environ de la mortalité dans les autres Régions.

La Commission OMS Macroéconomie et Santé a démontré de façon convaincante que l'investissement dans la santé – en permettant d'appliquer plus largement les interventions qui s'avèrent à la fois efficaces et économiques – est un important moteur de la croissance économique. Plus qu'aucune autre, la Région africaine profiterait beaucoup d'un investissement dans la santé. Malgré une croissance rapide, les économies africaines ne se développent pas assez vite pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Selon le Fonds monétaire international, il faudra une croissance économique annuelle de 7 % dans les pays subsahariens au cours des dix prochaines années pour atteindre le premier objectif du Millénaire pour le développement, c'est-à-dire diminuer de moitié la pauvreté d'ici 2015 (voir l'Encadré 1.1). Au taux de croissance actuel, certains pays y parviendront peut-être mais beaucoup échoueront. La croissance économique et un plus grand investissement dans la santé ne suffiront pas à eux seuls à aider les pays à obtenir les améliorations prévues par les OMD. Il faut déployer de nouveaux efforts pour obtenir plus de paix et de sécurité, une bonne gestion des affaires publiques, l'égalité hommes-femmes et une gestion durable de l'environnement.

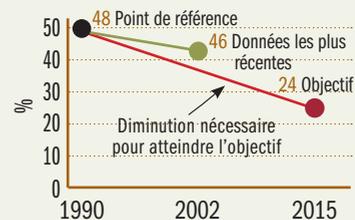


## Réalisation de l'OMD 1 : Pauvreté

L'OMD 1 consiste à réduire de moitié, d'ici 2015, le nombre de personnes dont le revenu était inférieur à US \$1 par jour en 1990. La proportion et le nombre de pauvres ont augmenté dans les années 90, et c'est en Afrique subsaharienne que vit la majeure partie de la population dont le revenu est inférieur à US \$1 par jour. D'après les prévisions des économistes de la Banque mondiale, la croissance économique entre 2006 et 2015 devrait stopper le déclin à long terme de cette région, mais restera bien insuffisante pour réduire la pauvreté de moitié par rapport à 1990.

Les économistes de la Banque mondiale constatent cependant que quelques pays, dont le Ghana et l'Ouganda, ont une croissance remarquable et sont parvenus dans une certaine mesure à réduire la pauvreté et à progresser sur la voie de la réalisation d'autres OMD. D'après eux, certains éléments indiquent que le Cameroun avance sur la voie de la réduction de la pauvreté.

Proportion de la population dont le revenu est inférieur à US \$1 par jour (Afrique subsaharienne)



Source : Banque mondiale.

Certains pays de la Région africaine ne sont pas loin des objectifs fixés par les OMD et pourraient atteindre le taux de croissance requis si on apportait, de l'étranger, un soutien accru à leur développement. En 2004, les pays subsahariens ont enregistré leurs meilleurs résultats économiques depuis des années : un taux de croissance moyen de 5 % du produit intérieur brut (PIB) en termes réels et un taux moyen d'inflation inférieur à 10 % pour la première fois en 25 ans. Les producteurs de pétrole comme le Nigéria et la Guinée équatoriale ainsi que les pays qui sortent d'un conflit, tels le Burundi et la Sierra Leone, enregistrent depuis quelques années une croissance rapide, quoique souvent sporadique. La croissance économique n'a pas systématiquement entraîné une amélioration de la santé publique dans la Région africaine. Les taux de croissance actuels offrent la possibilité aux gouvernements africains d'investir davantage en faveur de la santé, investissement qui conduira à une plus grande stabilité socio-économique.

Accroître l'investissement dans la santé publique peut permettre de réduire le fardeau que représentent les maladies pouvant être prévenues et soignées qui – au niveau macroéconomique – peuvent être un frein à la croissance des économies nationales et – à un niveau microéconomique – une ponction sur les revenus des ménages et des individus.

La santé doit par conséquent être au centre de tout projet cohérent pour le développement de l'Afrique, tandis que l'accroissement des investissements dans le domaine de la santé doit aussi porter sur les secteurs liés à la santé, tels que l'eau et l'assainissement, l'éducation et la protection de l'environnement (voir la Figure 1.3).

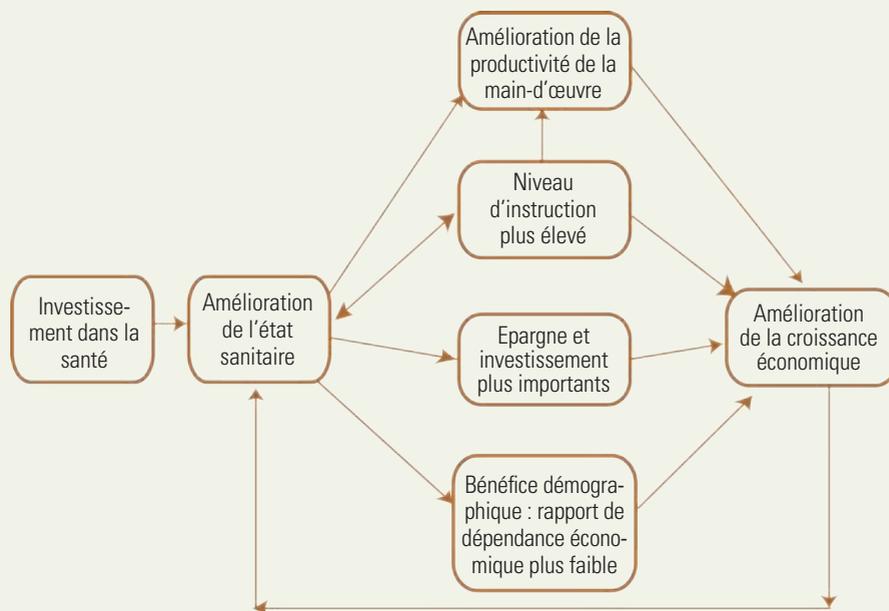
## Placer la santé dans le contexte du développement

Les spécialistes du développement considèrent depuis longtemps la santé comme un but moral et social important. La santé, tout comme l'éducation, la croissance économique et la bonne gestion des affaires publiques, fait partie des éléments fondamentaux



Fig. 1.3

Les investissements dans la santé contribuent au développement économique



Source : Adapté de Saunders MK, Gadhia R, Connor C. *Investments in health contribute to economic development*. Editeur : Partners for Health Reformplus (PHRplus). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.phrplus.org/Pubs/sp12.pdf>.

d'une bonne stratégie de développement. Forme de capital humain, elle est indispensable pour que la société soit productive. Qui plus est, le projet des OMD des Nations Unies souscrit pleinement à ce rôle central de la santé dans le développement.

Plusieurs études ont été faites pour mesurer les conséquences macroéconomiques de la charge de morbidité (voir le Tableau 1.1). La prévalence du VIH/SIDA chez les adultes âgés de 15 à 49 ans est estimée à près de 7,2 % dans la Région africaine alors qu'elle est en moyenne inférieure à 1 % dans toutes les autres Régions de l'OMS. De l'avis général, le VIH/SIDA a eu des conséquences économiques et sociales dévastatrices dans la Région africaine. L'épidémie a décimé la main-d'œuvre dans de nombreux pays tandis que les dépenses nécessaires pour subvenir aux besoins d'une génération toujours plus nombreuse d'orphelins du SIDA peuvent réduire la croissance du PIB à long terme de 1 à 1,5 % dans les pays à forte prévalence du VIH/SIDA, comme l'Afrique du Sud et le Kenya.

Ravivé par le VIH/SIDA, l'ancien fléau de la tuberculose fait un retour en force dans de nombreuses parties du monde. L'Afrique australe est maintenant l'épicentre de la double épidémie. Les deux maladies causent des souffrances humaines indicibles, diminuent le revenu des ménages et, partant, freinent la croissance économique des pays d'Afrique australe. On dit du paludisme que c'est une maladie africaine, car 90 % des cas se produisent sur ce continent. D'après les estimations, la croissance économique annuelle des pays d'endémie palustre accuse un retard de 1,3 % par rapport à celle des pays comparables où la maladie n'est pas endémique ; en Afrique, la perte de productivité et le coût du traitement se montent à US \$12 milliards par an.



## Initiatives en faveur du développement en Afrique

De nombreuses initiatives régionales et internationales ont été prises en faveur du développement en Afrique. Certaines concernaient exclusivement la santé, d'autres étaient aussi axées sur l'éducation, la gestion des affaires publiques et une bonne politique économique. Ces dernières années, tant les gouvernements africains que les donateurs se sont engagés, à consacrer davantage de fonds à la santé et au développement.

Réunis à Abuja (Nigéria) en 2001, les gouvernements africains ont pris l'engagement de consacrer 15 % de leur budget national annuel à la santé. L'année suivante, l'Organisation des Nations Unies a demandé aux pays développés d'augmenter leur aide au développement et de la porter à 0,7 % de leur PIB d'ici 2015. Les pays européens s'y sont engagés, mais seuls quelques-uns l'ont fait jusqu'à présent. Au début de 2006, le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède avaient honoré leur engagement.

L'annulation de la dette consentie en 2005 par les pays industrialisés du G8 à 23 pays africains offre à ceux-ci l'occasion d'investir davantage dans le domaine

de la santé ainsi que dans l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'éducation. A la suite des engagements pris par certains gouvernements africains d'investir davantage dans le secteur de la santé et les secteurs apparentés, il convient de mettre en place des mécanismes pour contrôler les dépenses. On trouvera ci-après quelques-unes des principales initiatives régionales et internationales visant à promouvoir le développement en Afrique.

### La déclaration d'Abuja

Réunis à Abuja (Nigéria) en avril 2001, les dirigeants des pays africains ont déclaré que la pandémie de VIH/SIDA constituait un état d'urgence sur le continent. Ils se sont dits convaincus que « maîtriser et vaincre l'épidémie du VIH/SIDA, de la tuberculose et des autres maladies infectieuses » devront constituer leur « priorité majeure pendant le premier quart du XXI<sup>e</sup> siècle ». Ils ont déclaré en outre que la lutte contre ces épidémies faisait partie intégrante de la réduction de la pauvreté, du développement, de la paix et de la sécurité, et que la lutte contre le VIH/SIDA était la question la plus prioritaire de leurs plans nationaux de développement. Dans leur déclaration, les gouvernements des pays africains demandent également la levée de tous les obstacles tarifaires et économiques au financement du traitement et des médicaments contre le SIDA. De leur côté, ils s'engagent à consacrer au moins 15 % de leur budget annuel à la santé.

Tableau 1.1

### Charge de morbidité dans la Région africaine, 2002

Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (DALY)* par cause et strate de mortalité dans la Région africaine		Strates de mortalité	
		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte (000)	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte (000)
1	SIDA	14 620	49 343
2	Paludisme	20 070	20 785
3	Infections respiratoires	18 976	16 619
4	Affections périnatales	10 869	10 485
5	Diarrhée	11 548	11 689
6	<b>Total partiel des cinq premières causes (1 à 5)</b>	<b>76 083</b>	<b>108 921</b>
7	Autres maladies transmissibles	39 234	41 484
8	Maladies transmissibles (6 et 7)	115 317	150 405
9	Maladies non transmissibles	30 124	34 727
10	Traumatismes	14 974	15 829
Total	<b>Total (8 à 10)</b>	<b>160 415</b>	<b>200 961</b>

Les Etats Membres de la Région ont été répartis en strates de mortalité en fonction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des hommes de 15 à 59 ans, ainsi qu'il est indiqué aux pages 174-175 du *Rapport sur la santé dans le monde, 2004*.

\* Voir le glossaire.

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2004*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2004.



## Le NEPAD

Le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) a été créé en 2001 par l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) pour résorber la pauvreté en Afrique, promouvoir une croissance et un développement durables, aider les pays africains à participer plus activement à l'économie mondiale et améliorer le statut de la femme dans la société africaine.

Dans la stratégie sanitaire qu'ils ont rédigée en 2002, les gouvernements africains du NEPAD dénoncent la lourde charge des maladies qui causent de nombreux décès et des souffrances indicibles, alors qu'elles pourraient être prévenues et soignées. D'après le NEPAD, la charge de morbidité en Afrique continue de faire obstacle au développement économique et détériore le tissu social sur le continent. Le NEPAD reconnaît qu'il est essentiel d'instaurer des systèmes de santé et de les renforcer pour améliorer la situation sanitaire en Afrique, mais aussi que les services de soins de santé ne sont pas assez financés. La stratégie sanitaire du NEPAD engage les gouvernements africains à tenir la promesse qu'ils ont faite de consacrer 15 % de leur budget national annuel à la santé.

Selon le NEPAD, la paix et la sécurité sont essentielles pour le développement et il reconnaît l'effet dévastateur des conflits sur la santé et le développement humains.

## La Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique

Selon un rapport publié par la Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique en mars 2005, l'Afrique et ses partenaires ont maintenant une occasion unique de promouvoir le développement socio-économique sur le continent. La Commission estime que l'Afrique doit stimuler son propre développement, ce qu'elle fait déjà grâce à l'Union africaine et au NEPAD. Elle soutient qu'il est dans l'intérêt des pays riches d'aider l'Afrique à se développer, afin que le monde soit plus prospère et plus sûr.

Mandatée pour un an par le Royaume-Uni et principalement composée de dirigeants politiques, de fonctionnaires et d'entrepreneurs africains, la Commission a procédé à une vaste consultation. Elle préconise d'investir davantage dans l'éducation et la reconstruction des systèmes de santé. Elle reconnaît que, pour y parvenir, la priorité en matière de soins doit consister à développer les services pour faire face à la tragédie du VIH/SIDA.

Dans son rapport, elle estime que le climat doit être plus favorable à l'investissement pour stimuler les économies africaines et résorber la pauvreté, et que l'élan pourrait être donné par des partenariats plus puissants entre les secteurs public et privé. Elle suggère en outre que les donateurs investissent deux fois plus dans l'infrastructure (développement rural et amélioration des logements insalubres) afin que les habitants les plus pauvres du continent africain puissent participer à la croissance économique. Il faut, selon elle, limiter au maximum la corruption, la bureaucratie, les formalités et les droits de douane pour faciliter des échanges entre les pays africains.

## Les objectifs du Millénaire pour le développement

En 2000, Les Etats Membres des Nations Unies sont convenus d'œuvrer pour la réalisation des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ces objectifs définissent un certain nombre de cibles à atteindre d'ici 2015. Parmi celles-ci figurent la réduction de moitié de l'extrême pauvreté et l'éducation primaire pour tous. Dans



*Le NEPAD reconnaît qu'il est essentiel d'instaurer des systèmes de santé et de les renforcer pour améliorer la situation sanitaire en Afrique.*



le domaine de la santé, les objectifs sont de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de trois quarts le taux de mortalité maternelle, et d'inverser la tendance actuelle pour l'épidémie de VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Le projet des OMD a donné un nouvel élan aux efforts mondiaux visant à répondre aux besoins des populations les plus défavorisées.

L'Organisation des Nations Unies a publié en 2005 un rapport qui distingue quatre grandes raisons pour lesquelles les Régions ne progressent pas assez vite sur la voie de la réalisation des OMD. La première est la mauvaise gestion des affaires publiques. La deuxième, le cercle vicieux de la pauvreté, surtout dans la Région africaine. La troisième, l'existence de poches de pauvreté dans les pays. Et la quatrième est l'indifférence politique. Dans le rapport, il est recommandé à tous les gouvernements d'adopter et de mettre en œuvre une stratégie nationale, avec le concours d'organisations et de donateurs bilatéraux et multilatéraux, pour aider chaque pays à atteindre les objectifs.

## Le Sommet 2005 du G8

Réuni au Sommet de Gleneagles (Ecosse) en juillet 2005, le Groupe des huit pays industrialisés (G8) est convenu d'annuler la dette de 18 des pays africains les plus pauvres et d'accroître l'aide aux pays en développement de US \$50 milliards. Parmi ceux-ci, 23 sont situés en Afrique. Le G8 a déploré le recul de l'espérance de vie en Afrique et s'est engagé à continuer à appuyer les stratégies africaines visant à améliorer la santé, l'éducation et la sécurité alimentaire. Il s'est aussi engagé à soutenir l'investissement destiné à améliorer les systèmes de santé, y compris à former et retenir

les personnels de santé pour lutter contre les principales maladies qui frappent l'Afrique, telles que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la poliomyélite et d'autres maladies négligées. Le G8 a promis d'apporter son soutien aux investissements dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et aux programmes d'ensemble pour la sécurité alimentaire et la prévention de la famine. Il s'est également engagé à aider les pays africains à renforcer

### Encadré 1.2

#### L'OMD 8 : Un partenariat mondial pour le développement

L'objectif 8 consiste à mettre en place au niveau international un système commercial et financier plus équitable qui donne plus de chances aux pays pauvres. Sa réalisation suppose un développement durable, l'emploi des jeunes ainsi qu'un accès plus large aux médicaments essentiels et aux technologies de communication dans les pays en développement. Les progrès dans ce domaine dépendent non seulement des pays en développement eux-mêmes, mais aussi des décisions politiques des pays riches, par exemple l'allègement de la dette, l'augmentation de l'aide, la levée des restrictions au commerce et l'assouplissement de la protection par les brevets des technologies permettant de sauver des vies. Des progrès ont été accomplis dans ces domaines. C'est ainsi que le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont bénéficié d'un allègement partiel de la

dette. Trente-quatre des quarante deux pays visés par l'initiative en faveur des nations lourdement endettées se situent dans la Région africaine. Les pays donateurs ont également accepté d'harmoniser leur aide et de respecter les priorités de développement des pays bénéficiaires. Mais l'aide publique au développement a diminué en Afrique subsaharienne, passant de US \$34 par habitant en 1990 à US \$21 en 2001. L'objectif 8 rappelle aux pays riches qu'ils se sont engagés à consacrer 0,7 % de leur revenu annuel à l'aide extérieure. Au début de 2006, seuls le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède avaient honoré cet engagement. Toutefois, l'augmentation de l'aide ne permettra de progresser sur la voie de la réalisation des autres objectifs que si les pays bénéficiaires gèrent mieux les affaires publiques et s'engagent à mener une politique de lutte contre la pauvreté.



la paix et la sécurité, à favoriser une bonne gestion des affaires publiques, à investir dans le capital humain et à promouvoir la croissance et le développement.

## Conclusion : faire bouger les choses

Que faut-il faire pour que le développement de la santé dans la Région africaine remplisse son rôle légitime dans les efforts de développement faits au niveau national ? La réponse se trouve dans les interventions sanitaires qui ont fait leurs preuves grâce auxquelles les femmes peuvent accoucher dans de bonnes conditions, on peut traiter les maladies respiratoires et diarrhéiques aiguës, prévenir la transmission du VIH et éviter les décès précoces par SIDA. Il existe des méthodes éprouvées pour se prémunir contre le paludisme et traiter la tuberculose. D'après les résultats d'une expérience de santé publique menée en Tanzanie (Essential Health Interventions Project – TEHIP), il semble possible d'améliorer considérablement la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sans grosses dépenses supplémentaires. Grâce à des services de planification familiale, à une forte volonté politique de lutter contre le VIH/SIDA, à la promotion de la santé, à l'éducation en matière de santé publique et à un enregistrement correct des statistiques pour suivre l'évolution des indicateurs sanitaires, Maurice peut se targuer d'avoir certains des meilleurs indicateurs de la Région en matière de santé génésique.

Les gouvernements africains peuvent éviter en partie les maladies non transmissibles auxquelles les pays développés riches sont aujourd'hui confrontés. Même si l'attention se porte avant tout sur les maladies qui font le plus de victimes, il faut s'appliquer à moderniser les méthodes de lutte contre les maladies négligées qui, comme la maladie du sommeil, entravent elles aussi le développement des pays africains.

Certains pays concilient déjà santé publique et intérêts économiques pour remédier à la pénurie de médicaments essentiels ; d'autres pourraient suivre leur exemple.

Ainsi, certains pays africains ont déjà recours à de nouvelles méthodes pour se procurer les médicaments à prix réduits, notamment en négociant des prix peu élevés pour les antirétroviraux sous brevet pour le traitement du VIH/SIDA. D'autres pays espèrent acheter des antirétroviraux génériques meilleur marché à d'autres pays en développement, en faisant usage d'une dérogation aux règles commerciales internationales accordée aux pays pauvres qui a été définitivement entérinée lors d'une réunion de l'OMC tenue en décembre 2005. Les agriculteurs de la République-Unie de Tanzanie cultivent l'*Artemisia annua* afin d'améliorer l'approvisionnement du pays en médicaments antipaludiques.

Il est indispensable de donner plus de pouvoir aux femmes pour sortir les pays de la pauvreté et améliorer l'état de santé des peuples de la Région. Les systèmes de santé ne peuvent fonctionner sans un personnel soignant qualifié en nombre suffisant. La réforme du développement a plus de chances de réussir et d'aboutir, par exemple, à un usage plus responsable de l'aide reçue si elle est axée sur les priorités locales.



OMS/H. Anandien





*Pour que la Région africaine connaisse paix et prospérité, et réussisse à obtenir la santé pour tous, les pays africains et leurs partenaires doivent appliquer dès maintenant les nombreuses solutions connues.*

Par un effort concerté de plus en plus dynamique, les gouvernements africains et leurs partenaires entendent amener les changements qui feront avancer la Région sur la voie de la réalisation des OMD (voir l'Encadré 1.2). Il y a cinq conditions au succès. Premièrement, une volonté et un engagement politiques plus forts sont indispensables pour garantir que les solutions seront mises en œuvre. Deuxièmement, les pays africains doivent consacrer un plus fort pourcentage de leur budget national à la santé et leurs partenaires doivent augmenter leur aide à l'Afrique pour combler le manque de ressources financières. Troisièmement, pour utiliser cette aide supplémentaire des donateurs à bon escient et en tirer pleinement parti, les pays africains doivent bien la gérer. Quatrièmement, le personnel soignant doit être en nombre suffisant dans toute la Région pour assurer les soins, et les gouvernements et leurs partenaires doivent mettre en place des programmes appropriés pour mieux le former, le retenir et l'employer. Enfin, les gouvernements et leurs partenaires, aux niveaux national et international, doivent traduire en actes les bonnes politiques.

Pour que la Région africaine connaisse paix et prospérité, et réussisse à obtenir la santé pour tous, les pays africains et leurs partenaires doivent appliquer dès maintenant les nombreuses solutions connues. Il faut concevoir les choses différemment : tout en assurant les interventions nécessaires pour prévenir et soigner les maladies, les gouvernements doivent aussi modifier leurs orientations pour s'attaquer aux facteurs sous jacents qui sont déterminants pour la santé, tels que la pauvreté et l'éducation.

L'ampleur de la mortalité et de la morbidité dont le présent rapport fait état suffit à faire comprendre le défi que le développement représente pour l'Afrique. Il ne faut pas y voir simplement un constat désespérant ou une litanie pathétique. Les solutions aux problèmes de la Région africaine existent sur le continent même. C'est grâce aux partenariats et à force de volonté politique que l'Afrique vaincra ses difficultés. ■



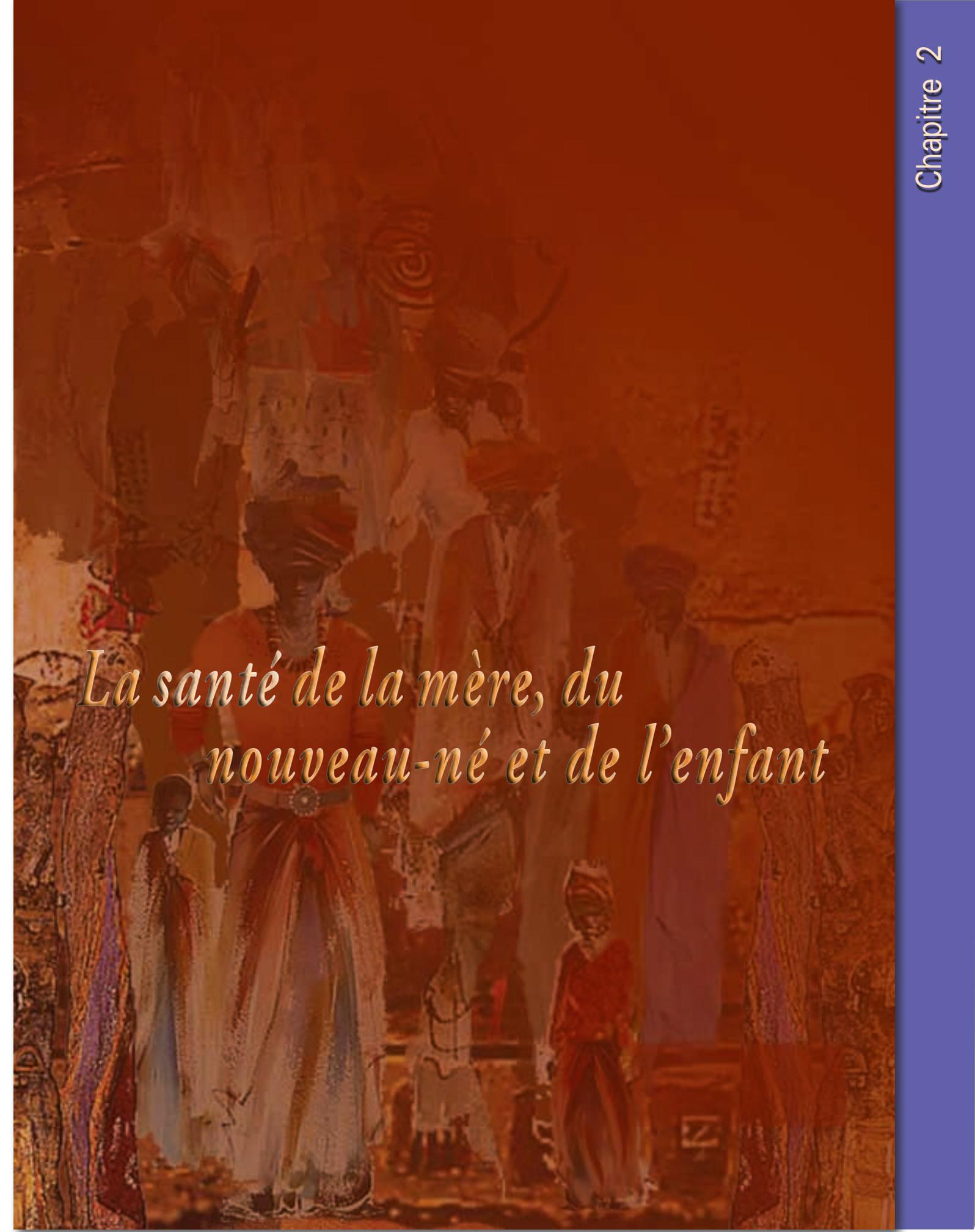
## Bibliographie

- Ainsworth M, Fransen L, Over M. *Confronting AIDS: evidence from the developing world: Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Bruxelles : Commission européenne ; 1998.
- Barro R.J. *Health and economic growth*. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 1996. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/barro.pdf>.
- Bloom DE, Canning D, Sevilla J. 2001. Santé, capital humain et croissance économique. In: *Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002 (Série de documents de travail de la Commission Macroéconomie et Santé, Groupe de travail N° 1, document 8). Disponible à l'adresse suivante : [http://www.cmhealth.org/docs/wg1\\_paper8.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg1_paper8.pdf).
- Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005;365:1147-52.
- « Dans l'intérêt de tous ». *Le rapport de la Commission pour l'Afrique* (version française résumée). Londres : Commission pour l'Afrique ; 2005.
- *Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, le 27 avril 2001*. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.ei-ie.org/aids/d/abuja\\_declaration\\_20010515\\_f.doc](http://www.ei-ie.org/aids/d/abuja_declaration_20010515_f.doc).
- Global indicators. In: *World Development Indicators 2005 (WDI) (Indicateurs du développement dans le monde 2005)*. Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2005. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.worldbank.org/data/wdi2005/wditext/Section6\\_1.htm](http://www.worldbank.org/data/wdi2005/wditext/Section6_1.htm).
- *Health economics: getting value for money. African Health Monitor Jan-June 2005*. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique ; 2005.
- *La situation des enfants dans le monde 2005. L'enfance en péril*. New York : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ; 2004.
- *Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) (document ONUSIDA/04.45F ; disponible à l'adresse suivante : [http://www.unaids.org/wad2004/EPlupdate2004\\_html\\_fr/epi04\\_00\\_fr.htm](http://www.unaids.org/wad2004/EPlupdate2004_html_fr/epi04_00_fr.htm)).
- *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002.
- Partenariat mondial pour Faire reculer le paludisme. *World Malaria Report 2005 [Rapport mondial 2005 sur le paludisme]*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 (résumé analytique en français).
- Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004.
- *Perspectives économiques régionales. Afrique subsaharienne*. Washington, D.C. : Fonds monétaire international ; mai 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/reo/2005/fra/01/reo0505f.pdf>.
- Programme des Nations Unies pour le Développement. *Rapport mondial sur le développement humain 2002 : Approfondir la démocratie dans un monde fragmenté*. Editions De Boeck Université, Bruxelles : 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://hdr.undp.org/reports/global/2002/fr/>.
- Programme des Nations Unies pour le Développement. *Rapport mondial sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*. Paris : Economica pour le Programme des Nations Unies pour le Développement ; 2004.
- Ranis G, Stewart F, Ramirez A. Economic growth and human development. *World Development* 2000;28:197-219.
- *Rapport de la Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey (Mexique), 18-22 mars 2002*. New York : Organisation des Nations Unies ; 2002 (document de l'Organisation des Nations Unies A/CONF.198/11 ; disponible à l'adresse suivante : <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/392/68/PDF/N0239268.pdf?OpenElement>).
- *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé. Renforcement des systèmes de santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (Sommaire seulement).
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 - Changer le cours de l'histoire*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004.



- *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- *Regional HIV and AIDS estimates 2005.* Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2005. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/epi2005/doc/report.html>.
- Sachs J, Malaney P. The economic and social burden of malaria. *Nature* 2002;415:618-685.
- Saunders MK, Gadhia R, Connor C. *Investments in health contribute to economic development.* Bethesda, Maryland (Etats Unis d'Amérique) : Partners for Health Reformplus (PHRplus). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.phrplus.org/Pubs/sp12.pdf>.
- *Statistiques sanitaires mondiales 2005.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- Subbarao K, Coury D. *Reaching out to Africa's orphans: a framework for public action.* Washington, D.C. : Banque mondiale ; 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/ReachingOuttoAfricasOrphans.pdf>.





*La santé de la mère, du  
nouveau-né et de l'enfant*



## ***Messages clefs***

- *Des millions de femmes, de nouveau-nés et d'enfants meurent tous les ans en Afrique inutilement*
- *Ces décès ont pour la plupart des causes évitables et curables*
- *L'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile a été minime voire nulle au cours des 20 dernières années*
- *Il faut redoubler d'efforts au niveau mondial pour remédier à la situation*

## ***Solutions***

- *Les gouvernements africains doivent se mobiliser davantage pour sauver ces vies*
- *Il faut allouer des fonds à ce domaine de la santé publique*
- *Appliquer à plus grande échelle les solutions de santé publique testées et éprouvées*
- *Eduquer les femmes et améliorer leur situation économique et sociale*



# *La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

## **Epidémie « silencieuse » en Afrique**

**D**es millions de femmes, de nouveau-nés et d'enfants d'Afrique meurent tous les ans de causes évitables. Un nombre plus grand encore souffre de mauvaise santé ou d'incapacité liée à la grossesse et à l'accouchement. Non seulement les femmes africaines risquent de mourir en donnant la vie, mais leur progéniture a les plus petites chances de survie du monde. C'est l'ampleur même de la mortalité, de la morbidité et de l'incapacité qui constitue l'« épidémie silencieuse » de l'Afrique. Un engagement politique de haut niveau est essentiel mais insuffisant pour changer le cours de la vie de ces millions de personnes. Il faut redoubler d'efforts pour sauver ces vies.

Un effort concerté est en cours pour remédier à la situation. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* et la Journée mondiale de la Santé 2005 ont été consacrés à la santé de la mère et de l'enfant. Tant le Rapport que la Journée sont axés sur la tragédie que représente le décès, dû à des causes évitables et curables, d'un si grand nombre de mères, de nouveau nés et d'enfants. Les 46 pays de la Région africaine ont adopté en 2004 une stratégie intitulée « la feuille de route » pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique. La Région fait aussi des progrès en ce qui concerne la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour améliorer la santé de l'enfant.

Près de 20 ans après le lancement d'une grande campagne mondiale, l'initiative Pour la maternité sans risque, il y a des poches d'amélioration de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants dans la Région africaine mais aucune diminution générale de la mortalité et de la morbidité liées à la grossesse et à l'accouchement.

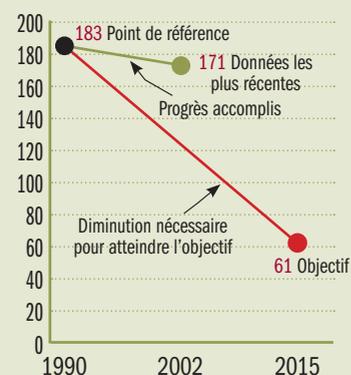
Dans les années 90, les pays qui payaient le plus lourd tribut en matière de morbidité et de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant faisaient le moins de progrès sur ces deux plans tandis que les avancées de certains pays tels que l'Afrique du Sud, le Botswana et la Zambie étaient contrariées par la propagation du VIH/SIDA. En 1960, les pays de la Région africaine représentaient 14 % de la mortalité des enfants



## Atteindre l'OMD 4 : Santé de l'enfant

L'OMD 4, relatif à la santé de l'enfant, fixe une cible, à savoir réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. L'objectif de la santé de l'enfant est mesuré par trois indicateurs : le taux de mortalité des moins de cinq ans, le taux de mortalité infantile, et la proportion d'enfants âgés d'un an vaccinés contre la rougeole. La mortalité des enfants de moins de cinq ans a légèrement reculé dans les pays d'Afrique subsaharienne, selon la Banque mondiale. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005* a montré que la mortalité de l'enfant avait augmenté dans les 10 pays suivants de la Région : Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Il est peu probable que ces pays atteignent l'objectif de la santé de l'enfant.

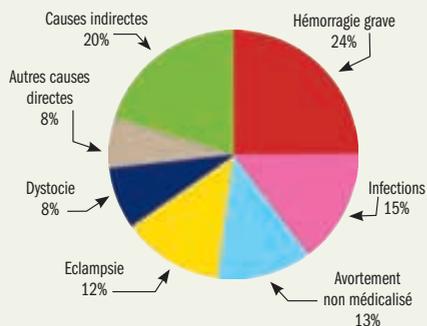
### Mortalité des moins de cinq ans (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes) dans la Région africaine



D'après les données du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fig. 2.1

### Causes de mortalité maternelle dans la Région africaine



Source : *African health monitor 2004*; Vol. 5(1).

de moins de cinq ans sur le plan mondial. En 1980, la proportion était de 23 % et, en 2003, elle était passée à 43 %.

Quelques pays de la Région africaine tels que le Cap-Vert, Maurice et les Seychelles ont des taux de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant très faibles, comparables à ceux des pays industrialisés. Si l'on veut améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région, il faut reproduire ces succès là où c'est possible et revitaliser les systèmes de santé primaires de ces pays pour qu'ils puissent administrer des soins et des traitements essentiels.

## Objectifs pour le développement en matière de santé de la mère et de l'enfant

Compte tenu de l'importance de la santé de la mère et de l'enfant, un OMD a été consacré à chacun des deux éléments. Pour de nombreux pays africains, un long chemin reste à parcourir avant d'atteindre l'OMD 4 en matière de santé de l'enfant (voir l'Encadré 2.1 et la Figure) et l'OMD 5 relatif à la santé maternelle (voir l'Encadré 2.2 et la Figure).

En 2000, lorsque les Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté à l'unanimité la Déclaration du Millénaire en se mettant d'accord sur huit OMD, certains pays de la Région africaine se sont retrouvés confrontés à une tâche énorme, à savoir rattraper les niveaux de 1990 avant de pouvoir envisager de les dépasser. Si certains pays de la Région ont encore du mal à rattraper leur niveau de 1990 en matière de santé de la mère et de l'enfant, c'est essentiellement à cause du VIH/SIDA qui a anéanti les progrès faits dans les années 70 et 80.

## Mères : causes et nombre des décès

Les principales causes de décès maternels sont des saignements importants (hémorragies), l'infection (septicémie), l'éclampsie, la dystocie et l'avortement non médicalisé, mais un nombre croissant de mères de cette Région meurent de causes indirectes telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et l'anémie (voir la Figure 2.1).

Sur les 20 pays qui ont le taux de mortalité maternelle le plus élevé du monde, 19 se trouvent en Afrique et un – l'Afghanistan – en Asie. La Région africaine représente environ un dixième de la population mondiale et 20 % des naissances dans le monde et, pourtant, la moitié des décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement au niveau mondial se produisent dans cette Région (voir la Figure 2.2).

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la deuxième cause, par ordre d'importance, de décès et d'incapacités des femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Région en 2002, avec environ 231 000 décès selon les données de l'OMS. La cause principale est le VIH/SIDA avec 866 000 décès. Non seulement cela représente une tragédie personnelle pour les enfants et les familles concernés, mais le décès d'un nombre aussi important de mères à l'occasion de la grossesse et de l'accouchement est une catastrophe pour les communautés et un obstacle majeur au développement socio-économique du pays.



## Atteindre l'OMD 5 : Santé maternelle

Durant les années 70 et 80, la mortalité maternelle a baissé dans la Région, car les pays ont commencé à mettre en place des soins de santé primaires, et notamment des services de soins prénatals ainsi que des soins obstétricaux d'urgence. Des millions de vies supplémentaires pourraient être sauvées pour peu que les systèmes de santé soient en mesure de mettre des services de qualité à la portée de tous ceux qui en ont besoin. Il est cependant manifeste que la mortalité maternelle dans la Région a à peine régressé au cours des 15 dernières années. De nombreuses femmes y sont plus exposées au risque de décès à la suite de la grossesse ou de l'accouchement qu'il y a 15 ans. Une femme qui vit en Afrique subsaharienne risque de mourir de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement dans une proportion de 1 à 16 alors que, dans les pays développés, la proportion est de 1 à 2800.

Les femmes africaines risquent davantage que les autres de souffrir de complications incapacitantes liées à la grossesse et à l'accouchement. Une étude menée en Afrique de l'Ouest a révélé que pour chaque décès maternel, on compte 30 autres femmes susceptibles de souffrir d'incapacités durables dues à des affections diverses, telles que l'anémie chronique, la stérilité et les fistules obstétricales.

Des pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines et les tabous en matière de nutrition contribuent aussi à une mauvaise santé maternelle. La mutilation génitale féminine, soit l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme, est pratiquée dans 27 des 46 Etats Membres de la Région.

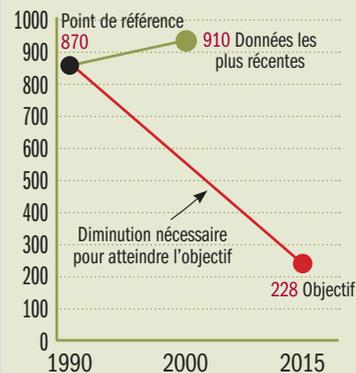
## Nouveau-nés : causes et nombre des décès

Les principales causes de décès néonataux dans cette Région sont les suivantes : infections graves, hypoxie (incapacité de respirer normalement après la naissance), naissance prématurée, tétanos néonatal, anomalies congénitales et autres pathologies (voir la Figure 2.3). Dans les pays en développement, si la mère meurt au cours des six premières semaines de la vie de l'enfant, celui-ci a dix fois plus de risques que les enfants ayant leurs deux parents vivants de décéder dans les deux ans. La raison en est que les nourrissons ne sont pas allaités, que l'approvisionnement alimentaire de la famille est menacé et que les enfants ne reçoivent aucun soin direct. Par ailleurs, les enfants de la défunte recevront probablement moins de soins et d'éducation à mesure qu'ils grandissent.

Des progrès ont été faits dans l'amélioration de la santé des enfants âgés d'un mois à cinq ans dans les années 70 et 80, mais la santé des nouveau-nés – terme désignant les nourrissons au cours des 28 premiers jours de leur vie – demeure un domaine négligé de la santé publique. Des données récentes montrent que ces nouveau-nés représentent environ 40 % des enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire et que 29 % des décès de nouveau-nés dans le monde surviennent en Afrique. Le taux de mortalité néonatale de la Région africaine est le plus élevé du monde (voir la Figure 2.4). Pour chaque nouveau-né décédé, il y en a 20 autres qui sont confrontés à la maladie ou à l'incapacité à cause d'affections telles que les traumatismes à la naissance, les infections et les complications dues à une naissance prématurée.

L'OMD 5, relatif à la santé maternelle, consiste à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. La santé maternelle est mesurée par deux indicateurs : le taux de mortalité maternelle (TMM), qui est le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, et la proportion moyenne des accouchements pratiqués par du personnel qualifié. Les différentes valeurs du TMM pour 1990 et 2000 sont dues à des différences de méthode et non à une augmentation du taux depuis 1990. Les estimations pour 1990 et 2000 donnent à penser que les taux de mortalité maternelle dans la Région africaine ont très peu changé.

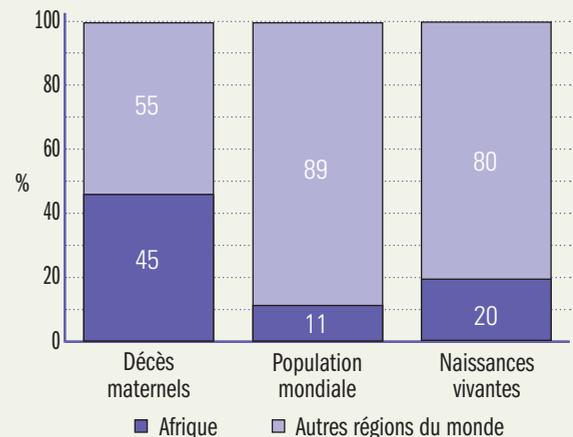
## Mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) dans la Région africaine



D'après les données du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fig. 2.2

## Répartition dans le monde, par Région, des décès maternels, de la population mondiale et des naissances vivantes, 2000

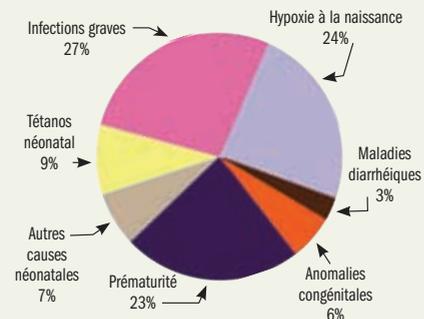


Source : Organisation mondiale de la Santé.



Fig. 2.3

### Causes de mortalité néonatale dans la Région africaine



Les chiffres ayant été arrondis, le total n'est pas nécessairement égal à 100.

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Les premières estimations mondiales concernant les décès néonataux n'ont été faites qu'en 1983 ; par contre, celles faites en 1995 et en 2000 sont plus rigoureuses. Les données sur les nouveau-nés sont rares et celles sur les mortinaissances encore plus rares. L'OMS estime que la Région africaine a la proportion de mortinaissances la plus élevée du monde : 30 % sur environ 3,3 millions de mortinaissances dans le monde en 2000.

## Les enfants de moins de cinq ans : causes et nombre des décès

La grande majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans dans cette Région est due à des causes évitables. La Figure 2.5 montre que les principales causes sont les infections néonatales, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, les maladies diarrhéiques, le VIH/SIDA et la rougeole, et que ces maladies sont toutes aggravées par la malnutrition.

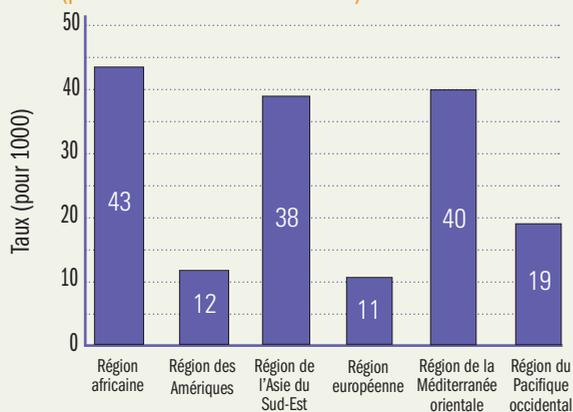
L'importance de la malnutrition comme cause principale de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est reconnue depuis de nombreuses années et vient d'être récemment reconfirmée : 53 % de tous ces décès d'enfants pourraient être attribués à l'insuffisance pondérale et 35 % des décès sont dus aux conséquences de la dénutrition sur la diarrhée, la pneumonie, le paludisme et la rougeole.

Les décès d'enfants de moins de cinq ans sont de plus en plus concentrés sur la Région africaine, et représentaient 43 % du total mondial en 2003 contre 31 % en 1990. Sur environ 10,6 millions d'enfants de moins de cinq ans qui sont morts chaque année entre 2000 et 2003, environ 4,4 millions sont décédés dans la Région africaine, selon les estimations de l'OMS. Tous les jours, quelque 12 000 enfants meurent en Afrique subsaharienne de maladies facilement curables ou évitables et d'affections telles que la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition.

La Figure 2.6 montre que la mortalité des enfants de moins de cinq ans a stagné entre 1990 et 2003 dans 29 pays du monde et que 23 de ces pays étaient en Afrique. Cette absence de changement en Afrique est en partie due au fait que la diminution limitée des décès liée à l'amélioration des soins de santé a été neutralisée par la croissance de la population et l'augmentation du nombre des naissances. La mortalité de l'enfant a diminué, quoique lentement, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique et en Namibie, et la mortalité des moins de cinq ans a baissé dans 10 autres pays de la Région. Toutefois, le nombre de décès des moins de cinq ans est à nouveau en hausse et, pendant 13 ans, on n'a pas constaté de réduction générale de la mortalité de l'enfant dans cette Région.

Fig. 2.4

### Taux de mortalité néonatale dans les Régions de l'OMS (pour 1000 naissances vivantes)



Source : *Statistiques sanitaires mondiales, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

## Prévenir des millions de décès

La tragédie de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant aujourd'hui tient au fait qu'il est possible de prévenir la vaste majorité de ces décès en s'assurant que les femmes enceintes et les enfants ont accès à des soins de santé de bonne qualité. Des progrès considérables ont été faits dans une grande partie de la Région africaine pour ce

qui est de la fourniture des soins prénatals. Dans les années 90, le niveau de ces soins



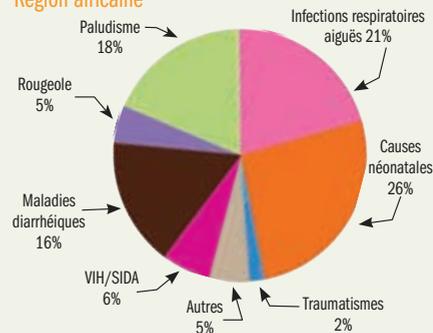
a augmenté de 4 %, et on estime aujourd'hui qu'environ 70 % des femmes d'Afrique subsaharienne bénéficient d'au moins une consultation prénatale. Il serait possible de sauver des millions d'autres vies si l'on développait les systèmes de santé de manière à fournir des services de grande qualité qui soient étendus à toutes les personnes qui en ont besoin. Cela signifie offrir à chaque femme des soins de qualité durant l'accouchement et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en cas de complication. Cela signifie également qu'il faut veiller à ce que les enfants aient accès à des services de qualité pour prévenir et soigner les maladies de l'enfance.

## Les obstacles

Le manque d'éducation, l'analphabétisme et l'absence de pouvoir économique des femmes – aggravée par leur statut social médiocre – contribuent au fait qu'elles utilisent peu les services de santé disponibles. D'autres facteurs importants, responsables d'une couverture inappropriée des services de santé maternelle, sont la pauvreté, l'inégalité, l'insuffisance des services de santé et la pénurie d'agents de santé qualifiés. Selon les dernières estimations, des assistantes qualifiées sont présentes à 43 % seulement des accouchements ayant lieu dans la Région africaine. Les autres naissances se

Fig. 2.5

### Causes de mortalité des moins de cinq ans dans la Région africaine

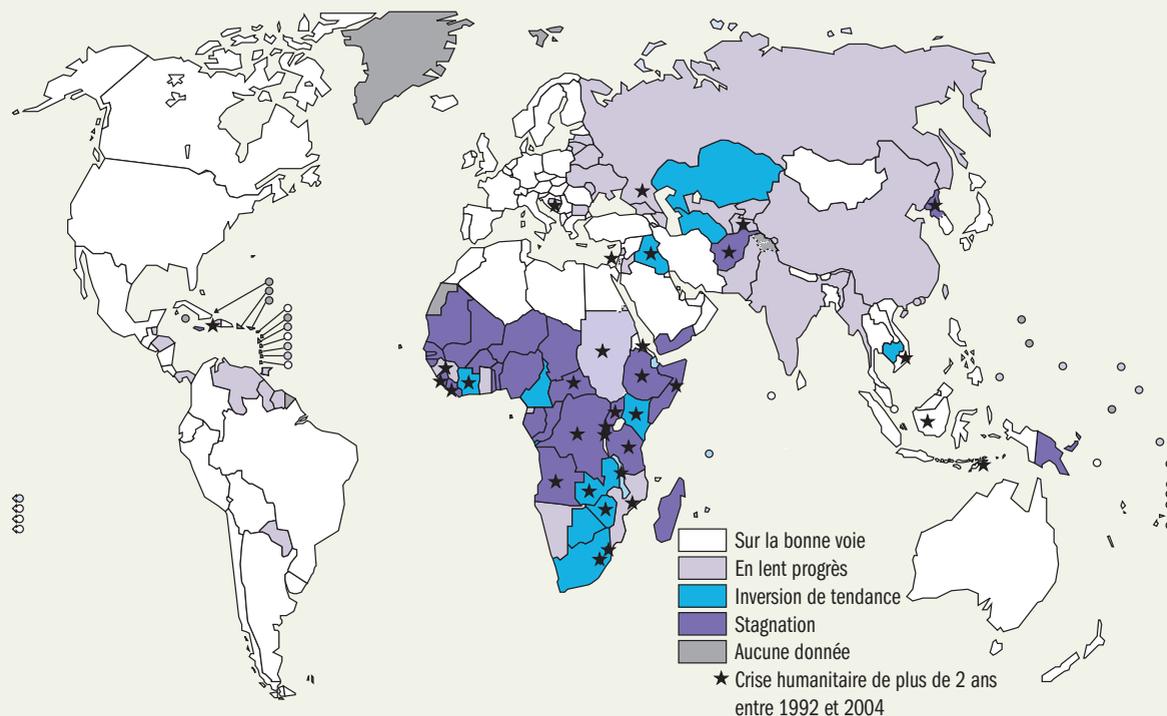


Les chiffres ayant été arrondis, le total n'est pas nécessairement égal à 100.

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fig. 2.6

### Tendances dans la réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans, 1990-2003



Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.



font en présence d'accoucheuses traditionnelles, de parentes et de voisines, tandis que certaines mères accouchent seules.

Dans certaines parties de la Région africaine, environ un tiers des femmes enceintes sont des adolescentes. Les mères adolescentes risquent davantage de décéder lors de la grossesse et de l'accouchement que les femmes de 20 ans ou plus. Leurs nouveau-nés sont particulièrement exposés à un décès prématuré, à l'insuffisance pondérale à la naissance et au risque de décès au cours du premier mois de la vie. Dans certains pays de cette Région, les adolescentes représentent entre 40 et 60 % des mères qui meurent de causes liées à la grossesse et l'accouchement. Si elles avaient accès à des services de planification familiale, maints décès et maintes causes de mauvaise santé pourraient être évités.

## Conflits et situations d'urgence

Au cours des deux dernières décennies, la Région africaine a connu davantage de conflits armés et de situations d'urgence humanitaire que n'importe quelle région du monde. Entre 1992 et 2004, 22 des 33 crises humanitaires ayant duré deux ans ou plus sont survenues dans la seule Afrique, selon le processus des appels

globaux pour les catastrophes humanitaires. Ces crises ont fait de nombreuses victimes et bouleversé les services de santé ordinaires. Les conflits alimentent les violences sexuelles, dont le viol, qui ont des répercussions sur les plans de la santé génésique et de la santé mentale et exigent des soins cliniques et psychologiques spécialisés.

Les femmes enceintes et leurs nourrissons sont souvent les membres les plus vulnérables des populations déplacées et réfugiées. Les situations d'urgence telles que les inondations et d'autres catastrophes naturelles ainsi que les conflits armés entraînent également la destruction d'hôpitaux et la perte de personnel médical.

Dans les situations d'urgence humanitaire, les femmes enceintes continuent d'avoir besoin de soins prénatals systématiques, d'une aide qualifiée au moment de la naissance et, s'il y a

des complications, de services de soutien, notamment de soins néonataux et obstétricaux d'urgence. Après la naissance, les femmes doivent avoir accès à des services de soins à l'enfant et de planification familiale. Dans la majorité des cas, ces services sont inexistantes.

Un triste exemple de l'impact des conflits sur la santé de la mère et de l'enfant est celui de la Sierra Leone. Après une guerre civile dévastatrice (1991-2001), on a estimé que ce pays d'Afrique de l'Ouest avait le taux de mortalité maternelle le plus élevé du monde, avec 2000 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2002. Il avait aussi un taux de mortinatalité de 50 pour 1000 naissances et un taux de mortalité néonatale situé entre 42 et 56 pour 1000 naissances vivantes. Depuis 2000, la Sierra Leone est en tête de la liste des 20 pays du monde ayant le taux de mortalité maternelle le plus élevé.



OIM/J. P. Chauzy

Des femmes qui ont fui les conflits trouvent refuge dans un camp à Freetown, en Sierra Leone.



## VIH/SIDA

Le VIH/SIDA a eu un impact terrible sur la santé de la mère et de l'enfant au cours des deux dernières décennies. Dans certains pays africains, on estime que le nombre de femmes enceintes séropositives pour le VIH se situe entre 20 et 30 %, tandis que les taux de transmission mère-enfant vont de 25 à 40 %.

En Afrique du Sud, au Botswana, en Zambie et au Zimbabwe, la propagation du VIH/SIDA a partiellement neutralisé les progrès faits en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le VIH/SIDA a en outre favorisé la réémergence de la tuberculose et des formes complexes du paludisme, et ces trois maladies sont devenues les causes indirectes les plus courantes des décès maternels et néonataux dans la Région.

## Inadéquation de l'allocation de ressources

Malgré de nombreuses campagnes en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, l'engagement politique de la Région africaine n'a pas été suffisant pour changer la vie des mères et des enfants. De nombreux gouvernements de cette Région sont conscients de l'ampleur du problème, mais la pauvreté, la dette, les conflits armés et les situations d'urgence humanitaire les empêchent d'allouer les ressources voulues à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

En outre, les donateurs ne sont pas toujours prêts à fournir une aide plus importante dans ce domaine de la santé publique. C'est la raison pour laquelle les tentatives faites pour réduire le nombre des décès et des maladies de la mère et de l'enfant dans cette Région ont eu un succès limité.

## Insuffisance des systèmes de santé

Les experts de la santé publique s'accordent à dire que l'exclusion généralisée des services de soins de santé de qualité et l'absence de systèmes de santé publics et privés opérationnels – que ce soit à cause de l'absence, de la destruction ou de l'incurie de ces systèmes – sont à la source du problème et que, de ce fait, des millions de mères, de nouveau-nés et d'enfants âgés de moins de cinq ans meurent chaque année de causes évitables.

Il est indispensable non seulement de renforcer les services de santé mais aussi de les améliorer, car, si les services obtenus n'ont pas la qualité voulue, les gens ne profiteront pas de l'amélioration de la couverture. Dans certaines parties de cette Région, les soins prénatals ont été renforcés et étendus à une grande proportion des femmes enceintes, mais la qualité des soins est si médiocre que cela ne fait guère de différence.

Par exemple, le Tchad et le Zimbabwe figurent parmi les 12 pays dont le taux de mortalité maternelle est le plus élevé du monde. Chacun d'entre eux enregistre 1 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et pourtant les services prénatals du Zimbabwe ont un taux de couverture de 82 % contre seulement 51 % au Tchad. Les indicateurs de la qualité des soins prénatals reflètent la manière dont ces soins dépistent les complications majeures de la grossesse et de l'accouchement et les préviennent.

Les systèmes de santé servent également à recueillir des données fiables. L'une des principales difficultés rencontrées dans l'amélioration de la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants consiste à recueillir des données pour mesurer les avancées. De nombreux pays où la charge de morbidité et de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est la plus élevée ne disposent pas des données sûres qui leur permettraient d'évaluer l'adéquation de leur réponse. L'OMS aide ces pays à concevoir des systèmes d'information afin de recueillir des données valables.



*De nombreux pays où la charge de morbidité et de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est la plus élevée ne disposent pas des données sûres qui leur permettraient d'évaluer l'adéquation de leur réponse.*



## Tentatives faites pour résoudre le problème

Une dizaine d'années de recherches a montré que des mesures sans prétention et de coût modeste permettaient de réduire considérablement les risques sanitaires que courent les femmes enceintes. Ces mesures consistent par exemple à enseigner à la femme à se soigner et à reconnaître les signes de danger qui doivent l'inciter à consulter un établissement de santé pour elle-même, son nouveau-né ou son enfant. Elles consistent aussi à assurer des soins prénatals élémentaires et réguliers afin de vérifier la tension artérielle, la prise de poids et la fonction rénale, de diagnostiquer l'anémie et soigner les infections. L'allaitement au sein est ainsi l'une des meilleures façons d'assurer la survie de l'enfant.

### Maternité sans risque

L'initiative Pour la maternité sans risque, qui a été lancée à Nairobi (Kenya) en 1987 par des organismes internationaux, a mis la santé de la mère – jusque-là considérée comme un problème privé ou familial – en bonne place parmi les grandes préoccupations de santé publique. Cette initiative a réussi à appeler davantage l'attention sur la santé de la mère au cours des deux dernières décennies. Les critiques, toutefois, disent qu'elle n'a pas réussi à apporter d'amélioration générale dans ce domaine particulier de la santé publique parce que les pays concernés n'ont pas reçu l'assistance technique voulue pour mettre en pratique les recommandations. Par ailleurs, les donateurs et organismes humanitaires ne sont pas parvenus à coordonner suffisamment bien les efforts déployés pour combler les lacunes des services de santé publique de la Région africaine, d'où une approche décousue.

Une autre initiative importante a été la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire (Egypte) en 1994, et au cours de laquelle tous les pays ont été instamment priés de s'occuper des questions relatives aux droits de l'homme liés à la santé de la mère et de l'enfant. Il leur a été demandé de fournir des informations publiques sur la santé sexuelle et génésique, de protéger les femmes enceintes et d'ériger en crime la violence à l'encontre des femmes, et la pratique traditionnelle néfaste de la mutilation sexuelle féminine a été condamnée. Le résultat le plus important de cette Conférence est l'engagement qu'ont pris les gouvernements de fournir un accès universel aux soins de santé génésique, et notamment à l'information et aux services de planification familiale d'ici 2015.

L'OMS a lancé l'initiative Pour une grossesse à moindre risque en 1999 afin d'aider les pays à renforcer leurs systèmes de santé pour améliorer l'accès à des soins qualifiés, et notamment à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Il s'agit de veiller à ce que les mères et leurs nouveau-nés aient accès en temps voulu aux soins dont ils ont besoin, en renforçant les systèmes de santé et en encourageant une participation communautaire appropriée. L'OMS a commencé à travailler avec l'Ethiopie, la Mauritanie, le Mozambique, le Nigéria et l'Ouganda en 2002 pour mettre en œuvre cette initiative et, dans le courant de la même année, 34 autres Etats Membres de la Région africaine de l'OMS ont demandé une assistance du même type.

Afin de sensibiliser plus efficacement les dirigeants à la continuité des soins qui est nécessaire entre la santé maternelle et du nouveau-né et la santé de l'enfant, les trois initiatives qui abordent la santé du nouveau-né et de l'enfant (le partenariat pour la santé du nouveau-né, instauré en 2000, le partenariat pour la survie de l'enfant, créé en 2004, et le partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né, également créé en 2004) ont fusionné en 2005 pour constituer le partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né et de l'enfant.



*L'allaitement au sein  
est l'une des meilleures  
façons d'assurer la survie  
de l'enfant.*



## Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Les pays de la Région africaine ont commencé à mettre en place le programme sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2002. Il vise à empêcher les mères séropositives pour le VIH de contaminer leurs enfants durant la grossesse, l'accouchement et après, à éviter également que les hommes et les femmes ne soient infectés par le VIH et à prévenir les grossesses non désirées chez les femmes séropositives.

Un projet pilote concluant mis en place dans un centre médical du Zimbabwe en 2001 a montré que les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant étaient plus efficaces si le traitement clinique des mères séropositives était combiné avec un soutien psychosocial de ces mères et de leur famille (voir l'Encadré 2.3).

### Encadré 2.3

#### Soutien psychosocial aux mères séropositives pour le VIH et à leur famille

Le modeste centre médical Zengeza, qui ne compte que deux pièces et est situé dans la ville de Chitungwiza (Zimbabwe), fait œuvre de pionnier : il aide les femmes enceintes et leur famille à faire face à l'annonce de leur séropositivité pour le VIH. Ce centre fait partie d'un nombre croissant de centres de soins prénatals de la Région africaine qui ont commencé à fournir des services de conseil et un soutien psychosocial aux mères séropositives en plus d'un traitement clinique dans le cadre de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Une étude récente a montré que les mères qui recevaient un service de conseil et un soutien psychosocial à Zengeza étaient mieux armées pour surmonter leur séropositivité que celles qui n'en bénéficiaient pas. Le personnel et les militants demandent maintenant à tous les centres de soins prénatals du Zimbabwe d'adopter cette approche. Ils disent qu'elle a permis d'augmenter le conseil et le dépistage volontaires et de mieux sensibiliser la communauté dans son ensemble – étape majeure pour enrayer la propagation du VIH/SIDA. Le seul problème, à leur avis, est qu'il n'y a pas suffisamment d'hommes qui viennent aux séances de conseil.

Gladys Nyamunokora, 35 ans, dit que ce programme l'a aidée à avoir le courage de révéler sa séropositivité à son mari et d'en discuter ouvertement avec lui. L'étude a montré que les mères comme Gladys sont mieux informées au sujet du VIH/SIDA que celles qui ne reçoivent aucun conseil.

« Quand j'ai découvert que j'étais séropositive pour le VIH, j'étais catastrophée, j'avais honte et j'avais peur », témoigne Gladys. Comme d'autres mères du Zimbabwe et d'autres pays africains, Gladys a découvert sa séropositivité lorsqu'elle s'est rendue à la consultation

prénatale. Enceinte de quatre mois, elle attendait son troisième enfant.

« Je me posais un tas de questions. Comment vais-je révéler mon état à mon mari ? Qui va s'occuper de mes enfants et du bébé à naître ? Combien de temps vais-je vivre ? Je m'isolais et me sentais totalement impuissante. Tous les jours je pensais au suicide. »

Un diagnostic séropositif est catastrophique pour les femmes enceintes qui se sentent encore plus vulnérables. Gladys a eu la chance de fréquenter le centre en 2002 lorsqu'il a commencé à offrir des services de conseil et un soutien psychosocial.

Le traitement clinique a été un succès et la fille de Gladys est née indemne du VIH. Deux ans après avoir assisté aux séances de conseil régulières et reçu un soutien psychologique, Gladys a déclaré : « La douleur et la tristesse ne disparaîtront jamais complètement, mais maintenant je sais comment faire lorsqu'elles réapparaissent. Les services de conseil et le soutien social fournis par les dispensateurs de soins et les conseillers m'ont donné espoir. »



OM/J. P. Chaury

Les stratégies qui aident à mieux faire face sont importantes pour les femmes exposées.



▼

*Mise au point dans les années 90 par l'OMS et l'UNICEF, la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) est actuellement appliquée dans 44 des 46 pays de la Région africaine en vue de réduire le nombre croissant de décès d'enfants dus à quelques maladies évitables et curables. L'idée de la PCIME est d'améliorer la prévention ou le dépistage rapide et le traitement des principales maladies tueuses d'enfants dans les pays en développement.*

## Repositionnement de la planification familiale

La Région africaine a l'un des taux de fécondité les plus élevés du monde – 4,9 enfants par femme en moyenne – et une faible prévalence de la contraception, soit 17 %. A contrario, la fécondité mondiale est tombée de 4,5 à 2,8 enfants par femme depuis les années 70. Le faible recours à la contraception n'est pas la seule explication. Les taux de fécondité élevés diminuent dans les sociétés où les gens sont convaincus que leurs enfants ont de bonnes chances de survivre. La fécondité élevée dans cette Région accroît la probabilité à la naissance, pour les femmes, de décéder d'une cause liée à la grossesse ou à ses complications.

Dans la Région africaine, où les femmes courent le risque de mourir pendant la grossesse ou à l'accouchement plus que partout ailleurs dans le monde et où elles ont les taux de fécondité les plus élevés de la planète, la planification familiale est essentielle. Cependant, au cours des dix dernières années, elle est devenue un domaine négligé de la santé publique du fait de priorités incompatibles, de l'insuffisance de l'engagement politique à un haut niveau et de l'absence d'intérêt de la part des donateurs. L'une des difficultés ici est de surmonter les barrières religieuses et les croyances culturelles : celles-ci favorisent des taux de fécondité élevés et perpétuent des idées fausses qui empêchent les femmes et les hommes de recourir à certaines méthodes de planification familiale ou les dispensateurs de suggérer ces méthodes comme options.

Les pays doivent aborder les questions de santé génésique pour se rapprocher des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé de la mère et de l'enfant. En 2004, les 46 ministères de la santé de la Région africaine ont adopté un cadre décennal de repositionnement de la planification familiale, dans le but de fournir des orientations sur la manière de revitaliser l'élément planification familiale des programmes nationaux de santé génésique. Le Bureau régional OMS de l'Afrique travaille avec les pays pour les aider à renforcer leurs services de planification familiale.

## Prise en charge des maladies de l'enfance

L'amélioration de la survie de l'enfant est devenue un phénomène mondial grâce en grande partie à la thérapie par réhydratation orale pour soigner les maladies diarrhéiques et à la vaccination. Une autre stratégie essentielle pour améliorer la santé de l'enfant est la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Mise au point dans les années 90 par l'OMS et l'UNICEF, cette stratégie est actuellement appliquée dans 44 des 46 pays de la Région africaine en vue de réduire le nombre croissant de décès d'enfants dus à quelques maladies évitables et curables.

L'idée de la PCIME est d'améliorer la prévention ou le dépistage et le traitement précoces des principales maladies tueuses d'enfants dans les pays en développement. Six affections représentent environ 70 % de l'ensemble des décès. Il s'agit des infections respiratoires aiguës – généralement la pneumonie – ainsi que de la diarrhée, du paludisme, de la rougeole, du VIH/SIDA et des infections néonatales.

Les directives de la PCIME en matière de formation ont été conçues pour être adaptées à la situation de chaque pays. Par ailleurs, certains pays forment des agents de santé pour faire face au problème du VIH/SIDA chez l'enfant. Des agents de santé ont également été formés de manière à soutenir et à conseiller les mères séropositives pour le VIH au sujet de la nutrition des nourrissons dans plus de 20 pays de cette Région. On estime que 6 % des décès d'enfants de moins de cinq ans en Afrique sont dus au VIH/SIDA.

On a constaté une diminution de la mortalité de l'enfant dans les pays qui ont mis en œuvre la PCIME. Le Malawi et le Mozambique ont réussi à faire baisser leurs



taux de mortalité de l'enfant au cours des dix dernières années. La République-Unie de Tanzanie a fait diminuer la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 13 % sur une période de deux ans s'étalant entre la mi-2000 et la mi-2002 dans deux districts où la PCIME entrait dans le cadre d'une stratégie globale visant à améliorer l'accès aux soins de santé (voir l'Encadré 2.4).

La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2002 est également un moyen de remédier à la malnutrition chez l'enfant de moins de cinq ans : pour ce faire, l'OMS aide 17 pays de la Région à mettre au point et appliquer un plan lié à cette stratégie.

## Renforcement de la présence d'accoucheuses qualifiées à la naissance

Les accoucheuses traditionnelles, qui n'ont aucune instruction scolaire, sont souvent les seules personnes qui assistent à la naissance dans la Région africaine. Ces femmes peuvent jouer un rôle important dans l'éducation des mères en ce qui concerne la nutrition, l'allaitement et les soins aux enfants, mais des études montrent que, dans les pays où de plus en plus de naissances ont lieu en présence d'agents de santé qualifiés, on constate une baisse des décès maternels et néonataux.

L'OMS a mis au point une série de directives et d'instruments techniques et gestionnaires intitulée Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA). Pour élargir l'accès à des services de santé maternelle et néonatale de qualité, les pays peuvent adapter ces directives qui permettront d'améliorer les compétences des agents de santé, d'ajuster les systèmes de santé pour mieux soigner les mères, les nouveau-nés et les enfants et de favoriser l'éducation sanitaire et la participation communautaire en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement.

La mortalité maternelle au Botswana décline depuis l'indépendance en 1962 avec la formation d'accoucheuses qualifiées et la mise en œuvre d'autres directives recommandées. En 2000, 94 % des naissances survenues dans ce pays d'Afrique australe se sont déroulées en présence d'agents de santé qualifiés contre 43 % environ au niveau régional. La prévalence de la contraception au Botswana est de 39 % alors que la moyenne régionale est de 17 %. Le taux de mortalité maternelle au Botswana était de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes – l'un des plus faibles de cette Région – et la mortalité néonatale de 40 pour 1000 naissances vivantes.

## Vacciner un plus grand nombre de femmes et d'enfants

La vaccination peut faire beaucoup pour améliorer la santé de l'enfant, du nouveau-né et de la mère, mais les possibilités qu'elle offre n'ont pas encore été pleinement exploitées dans la Région africaine, où les maladies évitables par la vaccination restent une cause majeure de mortalité et de morbidité. En 2001, l'OMS et d'autres partenaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ont lancé une nouvelle initiative, *Reaching every district* (Atteindre chaque district), pour que la vaccination systématique soit plus largement répandue. Cette approche a, à ce jour, été mise en place dans 26 pays de la Région.

Elle a permis d'améliorer, entre 2002 et 2005, la couverture vaccinale systématique, mesurée par la couverture par le DTC3 (vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux), comme le montrent la couverture vaccinale nationale globale



*La vaccination peut faire beaucoup pour améliorer la santé de l'enfant, du nouveau-né et de la mère, mais les possibilités qu'elle offre n'ont pas encore été pleinement exploitées dans la Région africaine.*



## Soigner les enfants malades en République-Unie de Tanzanie

Le district de Morogoro (Tanzanie) a introduit il y a 10 ans les soins gratuits pour les enfants et la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le cadre du projet tanzanien pour les interventions essentielles en matière de santé. Depuis lors, il y a moins d'enfants qui meurent de maladies évitables et curables, mais certaines difficultés demeurent.

Zena Juma avait d'abord emmené son enfant malade, Abdul Yahya, dans un centre de soins privé en pensant que les services y seraient meilleurs que dans un centre public. L'état de l'enfant ne s'étant pas amélioré, elle l'emmena à l'hôpital régional de Morogoro. A l'arrivée au centre, où les agents de santé suivent les directives de la PCIME pour prendre en charge les enfants malades, Zubeda Dihenga, infirmière en pédiatrie, a immédiatement diagnostiqué que le garçonnet souffrait de déshydratation sévère après lui avoir pincé le ventre et constaté que le pli fait par le pincement restait marqué. L'enfant avait un regard fixe, ne clignait pas des yeux et était totalement amorphe ; les commissures des lèvres étaient fendues.

On donna alors à l'enfant des sels de réhydratation orale et on lui fit une perfusion pendant qu'on pratiquait des tests pour diagnostiquer le mal dont il était atteint. « J'espère seulement qu'il va aller mieux, j'espère que cet hôpital fait quelque chose pour mon enfant », dit Juma.

Meshack Massi, médecin en chef de l'hôpital régional de Morogoro, déclare qu'il y a de nombreux avantages à utiliser l'approche de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : « La PCIME est une stratégie qui permet de traiter l'enfant immédiatement en fonction de ses symptômes. Dans les zones rurales qui n'ont aucun accès aux laboratoires, les médecins ou le personnel médical savent que les principales maladies tueuses d'enfants présentent des symptômes et des signes de fièvre, de diarrhée ou de toux. Je suis heureux de dire que nous avons constaté depuis une réduction de la morbidité et de la mortalité chez l'enfant. ».

Habiba Ramadhani ne savait pas que les soins médicaux étaient gratuits pour les enfants de moins de cinq ans. Son fils, Juneydi Maulidi, était tombé malade au début du mois. Elle l'emmena au dispensaire du village qui est situé environ à 40 kilomètres de la ville de Morogoro. Le personnel médical du dispensaire prescrivit des antibiotiques et du paracétamol au garçonnet de quatre ans bien que les tests aient montré qu'il souffrait de paludisme.

« Ils n'avaient pas de médicaments et nous ont demandé d'en acheter à la phar-

macie », raconte Ramadhani (22 ans). « Comme son état empirait au fil des jours, nous avons décidé de l'emmener au grand hôpital. »

Lorsqu'ils sont arrivés au centre de Morogoro, qui met en œuvre la PCIME, l'enfant a été immédiatement vu par un clinicien et admis à l'hôpital après que l'on eut diagnostiqué une anémie. Attendant qu'un parent donne du sang pour que son fils puisse être transfusé, Ramadhani déclare qu'elle ne savait pas qu'il existait des services médicaux gratuits pour les enfants de moins de cinq ans.

Ramadhani a dû demander à un parent de donner du sang pour remplacer celui qui serait transfusé à son fils. Il y a une pénurie constante de sang dans la plupart des hôpitaux de Tanzanie et la famille ou les amis doivent donner leur sang pour qu'un parent malade puisse en recevoir.

Une femme dans le même service que Ramadhani n'a pas eu autant de chance. Agée de 19 ans, Geroda Robert venait de perdre son bébé quelques minutes plus tôt. Elle vivait avec sa famille dans un village retiré de Morogoro. Sa fille, âgée d'un an, était tombée malade mais ils n'avaient pu l'emmener voir un médecin rapidement à cause des inondations provoquées par la rivière voisine, devenue infranchissable. Ils avaient été immobilisés dans leur village jusqu'à la décrue. Ils vinrent alors aussi rapidement qu'ils purent au dispensaire et, de là, furent envoyés vers l'hôpital régional de Morogoro, mais l'enfant mourut rapidement après son arrivée.

A 27 ans, Sifa Juma est mère de quatre enfants âgés de 9 ans à 4 mois. Elle reste à la maison pour s'occuper de ses enfants tandis que son mari achète des tomates auprès des fermiers du village et va les vendre à la ville de Morogoro. Ses deux plus jeunes enfants ont profité de l'introduction récente des soins médicaux gratuits dans le district.

« Pour les deux premiers enfants, on devait tout payer : médicaments, tests, consultations du médecin et, si l'enfant devait séjourner quelques jours à l'hôpital, cela signifiait beaucoup d'argent. Actuellement, tant que l'enfant a moins de cinq ans, les soins sont fournis gratuitement. » Juma ajoute :

« Une autre bonne chose, c'est que maintenant il existe un centre de soins réservé aux enfants malades. Avant, nous devions faire la queue pour voir le médecin, avec les enfants qui étaient là pour des visites de routine. ».



Zena Juma au chevet de son fils Abdul Yahya.

Helen Nyambura



ainsi que le nombre des districts qui sont parvenus à une couverture de 80 % et plus avec le DTC3. Les données de l'OMS/UNICEF pour 2005 indiquent que la couverture a continué à s'améliorer et qu'elle a atteint 69 % en moyenne dans la Région à la fin de 2003 (voir la Figure 2.7).

À la fin de 2004, le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans le programme de vaccination systématique de 24 pays de la Région africaine, le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib) dans 11 pays et le vaccin anti-amaril dans 21 pays. Trente-quatre pays de cette Région ont bénéficié d'un soutien aux services de vaccination (ISS) fourni par l'Alliance. Les fonds ainsi obtenus leur ont permis de renforcer leurs systèmes de vaccination, afin de pouvoir introduire de nouveaux vaccins mais aussi d'améliorer la sécurité des injections grâce à un approvisionnement en seringues autobloquantes pour une période de trois ans, ainsi qu'en conteneurs de sécurité pour la collecte des seringues usagées.

La vaccination systématique joue un rôle dans la prévention de la carence en vitamine A. Trente-deux pays de la Région africaine ont une politique d'apport en vitamine A dans le cadre des activités de vaccination systématique, tandis que 36 pays ont utilisé la supplémentation en vitamine A au cours des activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite et/ou la rougeole.

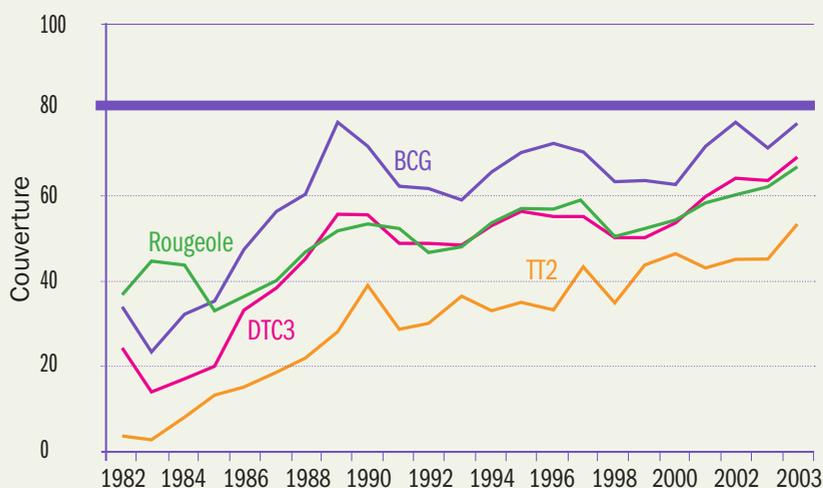
L'initiative de lutte accélérée contre la rougeole lancée dans la Région africaine a donné des résultats positifs au cours des cinq dernières années. La couverture vaccinale moyenne systématique contre la rougeole a atteint 69 % pour la Région en 2003, alors qu'elle était de 54 % en 1999. Trente-sept pays de la Région ont fait état d'une couverture systématique de 60 % et plus. Depuis 2001, 26 pays au moins ont mené des campagnes de vaccination de masse et institué une surveillance de la rougeole basée sur l'identification des cas.

Depuis 1999, les pays qui ont mené ces activités de lutte accélérée contre la rougeole ont enregistré un recul de plus de 95 % des cas de rougeole. Par comparaison aux chiffres de 1999, la réduction globale de la mortalité due à la rougeole pour la Région africaine est estimée à plus de 50 %. Si le projet est poursuivi dans les zones actuellement visées et étendu à d'autres zones, il permettra d'atteindre l'objectif adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005, à savoir réduire de 90 % la mortalité par rougeole dans le monde d'ici 2010.

Entre janvier 2001 et décembre 2004, 139 millions d'enfants au total ont été vaccinés dans 31 pays. Soixante-quinze millions d'autres enfants devaient l'être en 2005. Ces campagnes permettront à la Région africaine d'atteindre son objectif qui est de vacciner 200 millions d'enfants d'ici à la fin de 2005. Depuis le début de 2006, tous les pays de cette Région, à l'exception du Libéria et du Nigéria, devaient mener à l'échelle nationale des campagnes de rattrapage dans la lutte contre la rougeole, visant les enfants âgés de 9 mois à 15 ans.

Fig 2.7

Couverture vaccinale dans le cadre du PEV (Programme élargi de vaccination), Région africaine, 1982-2003



Le graphique indique la couverture par le BCG (tuberculose), le DTC3 (diphtérie, tétanos et coqueluche), le TT2 (anatoxine tétanique) et le vaccin antirougeoleux.

Source : *Communicable diseases in the WHO African Region 2003*. Division de la Prévention et de Lutte contre les Maladies transmissibles. Bureau régional OMS de l'Afrique, 2004.



La plupart des pays ont intégré, dans le cadre de leur stratégie de vaccination contre la rougeole, des activités supplémentaires, qui incluent la distribution de compléments de vitamine A, de médicaments vermifuges, de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour lutter contre le paludisme et du vaccin antipoliomyélitique buccal. Les économies ainsi réalisées ont permis aux autorités sanitaires de dépenser plus pour élargir la portée de ces interventions essentielles dans le domaine de la santé publique. L'intégration des activités supplémentaires dans les programmes de vaccination a, par son efficacité et ses résultats positifs, fait croître l'intérêt des donateurs, et a permis de relancer la collaboration multisectorielle et les partenariats sur une échelle sans précédent.

## Conclusion : amplifier la réussite

Dans une grande partie de la Région africaine, il n'y a pas eu d'améliorations ou très peu en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant depuis la fin des années 80. Dans certains endroits, une partie des progrès faits après l'indépendance a été anéantie. Toutefois, il existe des interventions qui marchent dans le contexte africain et la clé de la réussite réside dans leur multiplication.

Le Cap-Vert, Maurice (voir l'Encadré 2.5) et les Seychelles ont amélioré la santé maternelle et néonatale en renforçant l'éducation en matière de santé publique, l'éducation des filles, la planification familiale et l'engagement politique en faveur de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. De même, les meilleures pratiques mises en place en 2001 dans le district de Soroti, en Ouganda, avec l'adoption de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, ont également eu des résultats positifs. Là-bas, la participation communautaire, l'amélioration des communications et des transports, les cours destinés à former davantage d'accoucheuses qualifiées et la modernisation des établissements de santé ont permis de réduire la mortalité maternelle et néonatale sur une période de 18 mois.

Certains pays de la Région africaine ont trouvé des solutions aux difficultés que pose le financement des soins de santé destinés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. Ainsi, le Mali et la Mauritanie ont tous deux mis au point des plans de financement communautaires afin de subventionner les services de santé maternelle (voir l'Encadré 2.6).

Une autre réussite est l'amélioration de l'accès aux soins prénatals. De nombreux pays ont atteint le taux relativement élevé de 70 % des femmes d'Afrique subsaharienne bénéficiant au moins d'une consultation prénatale dans les années 90. Certains pays africains s'appuient déjà sur cette réussite en utilisant les consultations prénatales non seulement pour préparer la mère à la naissance, mais également comme plate forme pour fournir d'autres soins essentiels et des services de dépistage, par exemple pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Une autre clé du succès dans le contexte africain est le renforcement de la participation communautaire. Nombreux sont les Africains qui ne se rendent pas dans les établissements de santé lorsqu'ils ont besoin de soins. L'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé ne réduirait pas à elle seule les taux de mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de manière notable : pour cela, il faut rapprocher les soins de santé essentiels de la communauté. Un moyen de le faire est de fournir davantage de services par l'intermédiaire des dispensateurs de la communauté, par exemple en soutenant les services de planification familiale au niveau communautaire afin d'accroître le recours à la contraception.



## Encadré 2.5

### Accoucher à l'île Maurice

Il est bien loin le temps où, sur l'île Maurice, qui est située dans l'océan Indien, les accouchements se déroulaient à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles. Désormais, 99 % des naissances sont assistées par des accoucheuses qualifiées, la plupart du temps à l'hôpital ou à la clinique. Les mères de l'île, comme Geeta Ramdin, âgée de 25 ans (voir photo), reçoivent des soins prénatals et postnatals de grande qualité et, si des complications surviennent, des soins obstétricaux d'urgence sont disponibles.

Geeta s'est rendue dans son centre de soins local au cours du quatrième mois de sa grossesse pour commencer ses bilans mensuels comprenant la vérification de son poids et de sa tension artérielle, et des analyses de sang et d'urine. Le dépistage du VIH est recommandé mais n'est fait qu'avec le consentement de la patiente, que Geeta a volontiers donné. On lui a conseillé d'avoir un régime alimentaire équilibré et de faire de l'exercice régulièrement. Au cours du septième mois, elle a été orientée vers un hôpital pour subir des tests plus approfondis, et notamment une échographie.

Tout se passait bien. Lorsque les contractions ont commencé, trois jours avant la date prévue pour la naissance, les médecins de l'hôpital ont dit que Geeta n'avait pas le col assez dilaté et ont décidé de pratiquer une césarienne d'urgence. La dystocie peut entraîner la mort de l'enfant, de la mère ou des deux et représente 12 % des décès maternels dans la Région africaine. Geeta a eu de la chance d'avoir accès à un hôpital bien équipé, apte à pratiquer une césarienne courante.

Les infirmières ont aidé Geeta à exprimer le lait maternel de façon à nourrir Shaksh immédiatement après la naissance. Une fois Geeta remise de l'opération, elle a commencé à allaiter son enfant elle-même : « J'étais ravie de pouvoir tenir mon bébé dans mes bras », a-t-elle déclaré. Six semaines plus tard, Geeta a amené Shaksh au centre de santé pour un bilan. Shaksh, qui, à un an,

commence à marcher, se porte bien et a reçu toute la série des vaccinations habituelles.

Au cours des quatre dernières décennies, le taux de mortalité de l'enfant – celui des nourrissons âgés de moins d'un an – a considérablement baissé à Maurice, pour passer de 60 pour 1000 naissances vivantes en 1962 à 12,4 en 2003. Le taux de mortalité maternelle en 2003 était de 21 pour 100 000 naissances vivantes, à égalité avec les pays développés.

Dans un rapport, l'OMS estime que Maurice doit son succès à un engagement politique fort qui visait à instaurer des systèmes de santé, dispenser des soins de santé primaires et disposer d'un système d'approvisionnement pharmaceutique efficace. Elle y constate également que l'éducation gratuite – grâce à laquelle le taux d'alphabétisation atteint 95 % aujourd'hui – et des soins de santé gratuits sont aussi essentiels. Les spécialistes de la santé publique estiment que les districts sanitaires d'autres pays africains qui ont la même superficie que Maurice peuvent obtenir des succès comparables.



Anil Gundooa

Geeta Ramdin et Shaksh, sa fille d'un an.

Il est vital de renforcer les systèmes de santé mais cela n'aura aucun effet si de nombreuses personnes – et notamment les fillettes et les femmes – ne reçoivent toujours pas d'éducation en matière de santé. L'absence d'éducation et l'analphabétisme sont de grands problèmes dans cette Région ; ils peuvent être surmontés si l'on adopte une approche multisectorielle qui exige que l'on investisse dans l'éducation des fillettes et que l'on améliore l'infrastructure de santé publique.

Les gouvernements et les organismes internationaux doivent dispenser des soins essentiels et durables aux mères, nouveau-nés et enfants qui en ont besoin. Si l'on ne redouble pas d'efforts, la plupart des pays de la Région africaine n'auront guère de chances, voire aucune, de parvenir à réduire considérablement la morbidité



## Encadré 2.6

### Mode de financement novateur des soins de santé maternels au Mali et en Mauritanie

Les familles de la Région africaine n'ont pas toujours les moyens de payer les soins prénatals, obstétricaux et postnatals, ce qui, en les empêchant d'accéder à ces services parfois vitaux, explique la forte proportion des décès maternels et néonataux. Le Mali et la Mauritanie ont mis au point des plans communautaires de partage des coûts afin d'alléger le fardeau financier des familles pauvres et de subventionner les soins pour tenter de réduire le taux élevé de mortalité maternelle et néonatale. Le Mali a adopté en 2002 un plan financé par la communauté, afin de fournir à 35 des 57 centres de santé communautaires du personnel qualifié pour aider les enfants à naître, pratiquer la chirurgie obstétricale d'urgence et également fournir au centre des trousse d'urgence, contenant des anesthésiques et divers médicaments pour les mères qui ont besoin d'une césarienne. Le coût est partagé entre les associations de santé communautaires, les partenaires au développement et le Gouvernement, et les patients versent également une modeste contribution.

L'OMS et les responsables maliens ont salué la bonne volonté dont fait preuve la population en acceptant de contribuer financièrement à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et disent que le plan doit être

étendu aux hôpitaux généraux et aux villages où la majorité des décès maternels et néonataux surviennent. Ces décès sont souvent dus à des retards dans les transports et au fait que l'on recherche l'aide des tradipraticiens avant d'emmener les mères dans un centre médical.

La Mauritanie a instauré un plan d'assurance-maladie intitulé « plan obstétrical » dans la capitale, Nouakchott, et dans plusieurs autres districts, afin de couvrir le coût des soins prénatals, de l'accouchement et des soins postnatals. Chaque femme enceinte et sa famille versent US \$0,26. Le reste des coûts est pris en charge par l'aide au développement française, l'OMS et le district de santé de Nouakchott. Ce plan a permis de financer la formation d'infirmiers(ères) en obstétrique d'urgence et l'embauche de médecins chargés de pratiquer les césariennes. Les membres de la communauté sont formés à la gestion de fonds qui couvrent le coût des ambulances.

La Mauritanie est l'un des cinq pays de la Région africaine de l'OMS à avoir adopté le programme Pour une grossesse à moindre risque en 2002, afin de tenter de réduire de moitié, d'ici 2010, son taux élevé de mortalité maternelle. Cette année, les autorités prévoient d'étendre le système de partage des coûts à quatre autres régions du pays.



OMS

et la mortalité évitables de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans un futur proche. Il faut progresser rapidement si l'on veut obtenir les réductions envisagées par les OMD en matière de santé de la mère et de l'enfant. La feuille de route et la stratégie de la PCIME sont là pour accélérer les progrès vers la réalisation de ces objectifs. Cet ambitieux projet des OMD ne peut réussir dans la Région africaine que si les gouvernements et les donateurs engagent une quantité de fonds considérable et s'ils coordonnent de près les efforts qu'ils déploient pour améliorer durablement la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. ■

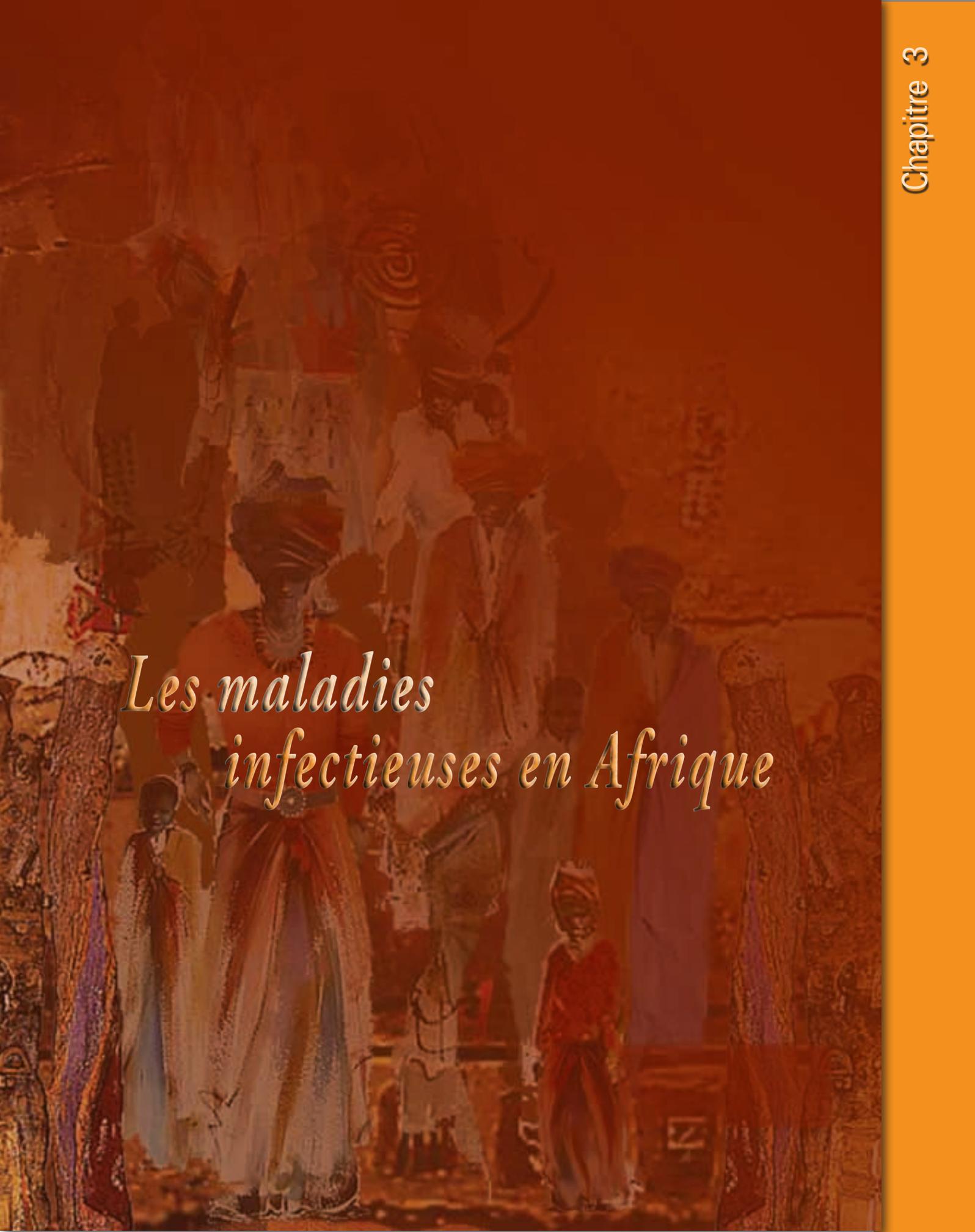
L'avenir des enfants dépend des décisions prises aujourd'hui.



## Bibliographie

- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361:2226-2234.
- *Communicable Diseases in the WHO African Region 2003*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004.
- *Family and reproductive health: 2002 in brief. Making the difference throughout the lifespan*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004 (document AFR/RHR/04/01).
- *Feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé maternelle et néonatale en Afrique. Cinquante quatrième session du Comité régional de l'Afrique, Brazzaville, Congo, 30 août-3 septembre 2004*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004 (document AFR/RC54/R9).
- Hyder AA, Wali SA, McGuckin J. The burden of disease from neonatal mortality: a review of South Asia and sub-Saharan Africa. *BJOG*;110:894-901.
- Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths [Enfants mort-nés : estimation de la mortinatalité *per-partum* et du nombre de décès néonataux liés à des problèmes *per-partum* dans le monde]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005; 83:409-417 [résumé en français].
- Maruping A. Policy interventions for reducing maternal and newborn mortality in adolescents. *African health monitor*, January-June 2004:11-14.
- *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésiques ; 2004.
- Murray C and Lopez A. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health, 1998.
- Phumaphi J. Fighting the "silent epidemic". *Bulletin of the World Health Organization*, 2005;83:247-248.
- Prual A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L, Bréart G et le groupe MOMA. Morbidité maternelle grave par causes obstétricales directes en Afrique de l'Ouest : incidence et létalité. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles*, 2000, 3: 129-137.
- Schellenberg JRA, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O, et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet* 364;2004:1583-1594.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- *Statistiques sanitaires mondiales 2005*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.





*Les maladies  
infectieuses en Afrique*



## *Messages clefs*

- Les maladies infectieuses sont un obstacle majeur au développement
- La géographie et le climat sont propices aux maladies infectieuses
- Le VIH/SIDA favorise l'apparition d'autres maladies infectieuses, notamment de la tuberculose
- La pénurie de personnel de santé entrave les efforts dans le domaine des soins

## *Solutions*

- Appliquer à plus grande échelle les interventions de santé publique testées et éprouvées
- Étendre les approches simplifiées, à faible coût, en matière de traitement
- Favoriser la recherche et développement pour trouver des médicaments et des vaccins plus efficaces
- Promouvoir les rapports sexuels protégés, et le dépistage du VIH et le conseil pour prévenir de nouvelles infections à VIH et inverser la tendance de la pandémie de SIDA



# Les maladies infectieuses en Afrique

## Principal obstacle au développement

De nombreux peuples d'Afrique ne bénéficient toujours pas des progrès en matière de diagnostic, de prévention, de traitement des maladies courantes et de niveau de vie qui ont contribué à allonger l'espérance de vie dans la plupart des autres pays du monde au cours des 50 dernières années. Contrairement à d'autres régions du monde, la Région africaine attribue encore en grande partie la lenteur des progrès du développement humain aux ravages des maladies infectieuses.

Les peuples d'Afrique souffrent d'un large éventail de maladies infectieuses qui pourraient être évitées et qui peuvent être guéries. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme feraient à eux seuls près de 3 millions de morts chaque année dans la Région. Les enfants africains sont les plus touchés par la rougeole, les infections d'origine hydrique et les parasitoses, avec pour conséquence la précarité, l'appauvrissement, d'innombrables décès et une productivité réduite. L'utilisation de ressources précieuses pour lutter contre ces maladies entraîne les pays dans un cycle inéluctable de pauvreté et de mauvaise santé.

L'une des raisons de la lenteur des progrès dans la lutte contre les maladies infectieuses en Afrique est son coût. De nombreux pays africains n'ont pas les moyens de diagnostiquer et de traiter les infections courantes. Les dépenses de santé dépassent rarement 5 % du produit intérieur brut d'un pays et se limitent parfois même à 2 %. Les dépenses publiques moyennes en matière de santé se situent aux alentours de US \$10 par personne et par an, les malades et leur famille devant prendre en charge eux-mêmes les coûts restants, qui peuvent être importants. Selon une estimation réaliste, la fourniture de soins de santé minimums aux populations africaines reviendrait à environ US \$34 par personne et par an, alors que les pays à revenu élevé dépensent quant à eux US \$2000 par personne, voire plus.



## VIH/SIDA, tuberculose et paludisme

L'effet dévastateur du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme – les trois grandes maladies – sur la santé des habitants des pays en développement leur a valu de constituer à elles seules un objectif du Millénaire pour le développement, l'OMD 6. Atteindre cet objectif dans la Région africaine s'avère difficile et sera sans doute même impossible faute d'un financement suffisant.

Sur les principaux facteurs qui contribuent à raccourcir l'espérance de vie dans la Région, plus de six sont des maladies infectieuses : le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les maladies évitables par la vaccination. Des efforts concertés pour lutter contre les maladies infectieuses en Afrique ont permis d'obtenir des victoires spectaculaires contre la lèpre, la cécité des rivières (onchocercose), la poliomyélite et la maladie due au ver de Guinée (dracunculose), tandis que d'autres efforts – visant notamment les trois grandes maladies – n'ont eu que peu d'impact, malgré les progrès récents des techniques de prévention et de traitement.

Le VIH/SIDA est la principale cause de mortalité et de morbidité chez l'adulte dans la Région, tandis que le paludisme est la principale cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans. L'épidémie de VIH/SIDA touche le plus durement les pays d'Afrique australe.

Le paludisme n'a cessé de sévir dans les pays au sud du Sahara depuis des siècles et, malgré des décennies d'efforts pour lutter contre celui-ci, l'Afrique représente encore plus de 90 % de la charge mondiale de morbidité. Les jeunes enfants et les femmes enceintes des zones rurales sont ceux qui souffrent le plus des complications du paludisme et qui risquent le plus d'en mourir. Malgré d'énormes efforts et un financement accru, les populations les plus exposées sont encore dépourvues d'un accès adéquat à des services efficaces de prévention et de traitement.

Avec l'apparition de médicaments curatifs il y a plus de 50 ans, la tuberculose est

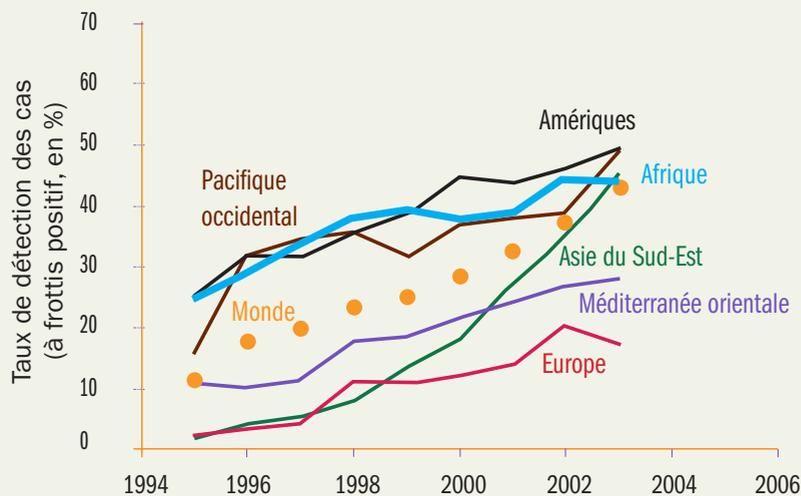
devenue une maladie que les pays industrialisés riches considèrent désormais comme une maladie du passé. La tuberculose est pourtant en augmentation dans la Région avec plus d'un million de nouveaux cas notifiés en 2003. Pour atteindre l'OMD 6, beaucoup plus de personnes doivent être dépistées (voir la Figure 3.1) et traitées contre la tuberculose, en particulier si elles sont infectées par le VIH. L'OMD 6 ne sera pas atteint tant que la transmission du VIH/SIDA ne sera pas pratiquement interrompue dans les 24 pays à forte charge de la Région africaine. Dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », on recense 34 pays à forte charge de morbidité dans le monde.

### Les défis pour la lutte contre la maladie

Les maladies infectieuses continuent de prélever un lourd tribut sur les pays africains et cela pour diverses raisons. Les vecteurs

Fig 3.1

Progrès régionaux vers un taux de détection de 70 % de la tuberculose :  
Europe : faibles, Asie du Sud-Est : en hausse, Amériques : importants



Source : Maladies transmissibles dans la Région africaine de l'OMS, 2003. Division Prévention et Lutte contre les Maladies transmissibles. Bureau régional OMS de l'Afrique, 2004.



comme les moustiques et les mouches sont devenus résistants aux insecticides, ce qui a réduit l'effet des mesures de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. Pour de nombreuses maladies – notamment le VIH/SIDA et le paludisme –, il n'existe pas de vaccins. Le manque de succès des stratégies de lutte s'explique également par le fait que certains pathogènes deviennent rapidement résistants aux médicaments. En outre, il ne fait aucun doute que le type et la gravité des maladies infectieuses en Afrique évoluent en raison des changements des comportements humains. Les flambées de fièvres virales mortelles sont des exemples des conséquences imprévisibles de l'évolution des modes d'utilisation des terres. Des populations sont mises en contact étroit avec des agents infectieux du fait de l'urbanisation, des conflits, des migrations, du tourisme et du commerce.

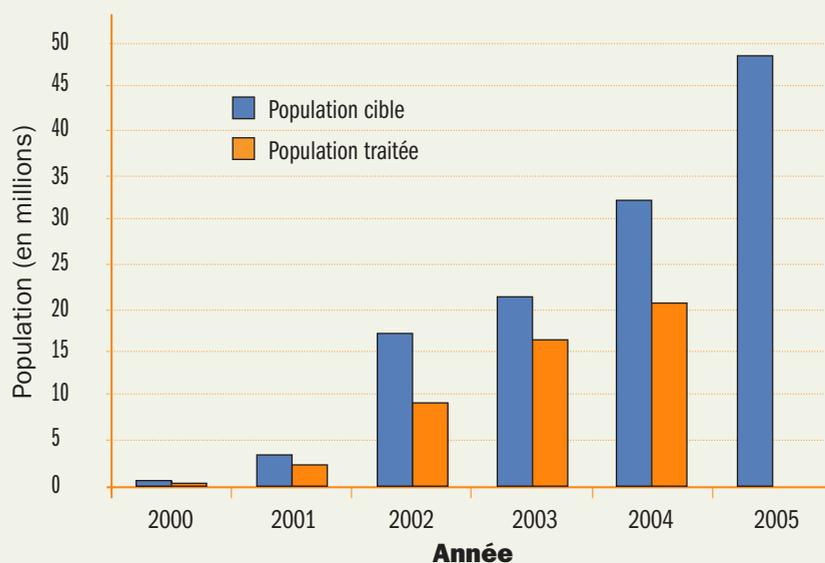
Le climat et la géographie de l'Afrique favorisent la propagation des maladies infectieuses. Les moustiques qui transmettent le paludisme se multiplient tout au long de l'année dans le climat chaud et humide qui prévaut sur de vastes étendues du continent. Dans les zones de brousse, le phlébotome transmet la leishmaniose. Les simoules qui transmettent la cécité des rivières (onchocercose) se reproduisent sur les rochers des rivières à fort courant. La mouche tsé-tsé transmet la maladie du sommeil (trypanosomiase) tandis que les mouches ordinaires transmettent le trachome, qui entraîne la cécité. Les chiens, les chats et les chauves-souris transmettent la rage qui peut être mortelle pour l'homme. Les mollusques d'eau douce sont porteurs de schistosomes, parasites responsables de la schistosomiase (bilharziose).

Les habitants du sud de la région du Sahel et de certaines parties de la région des Grands Lacs et d'Afrique australe sont exposés à la méningite épidémique. Les jungles hébergent des virus de fièvres hémorragiques rares mais spectaculaires, comme les virus Marburg et Ebola. Le simple fait d'abattre des arbres autour d'un village peut entraîner une flambée d'une de ces maladies très souvent mortelles. Les moustiques qui transmettent le paludisme sont capables de se reproduire dans une empreinte de pas remplie d'eau. D'autres moustiques transmettent la fièvre jaune, la filariose lymphatique (voir la Figure 3.2) et certains virus de fièvres hémorragiques. L'hépatite, la typhoïde et les maladies diarrhéiques – dont le choléra et la dysenterie bacillaire – prospèrent aussi dans les villes.

Les schistosomes sont transmis par des mollusques d'eau douce, tandis que des vers comme les ascarides, l'ankylostome ou le ténia sont des géohelminthes, transmis par le sol. La schistosomiase a un impact majeur sur le développement de l'enfant et la qualité de la vie de l'adulte. Selon les estimations, quelque 160 millions de personnes en Afrique sont infectées par des schistosomes. Celles-ci sont aussi responsables de l'anémie dont souffrent les femmes enceintes. Les helminthes, toutes espèces confondues, posent particulièrement problème pour les

Fig 3.2

Administration médicamenteuse de masse pour l'élimination de la filariose lymphatique : population cible/nombre de personnes traitées



Source : Rongou JB, Mubila L, Dabiré A, Kinvi EB, Kabore A. Progress in lymphatic filariasis elimination in the African Region. *Communicable Diseases Bulletin for the African Region*, 2005 Mar; 3:10-11.



enfants âgés de 5 à 14 ans. Des études montrent en effet qu'une forte infestation peut compromettre la fonction cognitive des enfants.

Heureusement, il existe des médicaments extrêmement efficaces et d'un coût abordable, et sûrs pour tous les groupes à risque, y compris les femmes enceintes. La lutte à grande échelle est techniquement possible mais son maintien reste un problème. Les helminthes se sont révélés difficiles à combattre lorsque les approvisionnements en eau sont insuffisants et l'assainissement inapproprié. Les parasites

### Encadré 3.1

## La dracunculose et la lèpre au Nigéria

### Eradication de la dracunculose : une grande victoire pour la santé publique

L'endigement de la dracunculose, parasitose due au ver de Guinée, dans la Région africaine a été salué comme une grande victoire pour la santé publique, mais il reste difficile de préserver cet acquis. La maladie se transmet par l'ingestion d'eau contenant des puces d'eau infestées par la larve du ver de Guinée. Les larves sont réintroduites dans l'eau quand les personnes infestées y trempent les pieds. On peut prévenir la dracunculose en filtrant l'eau à l'aide d'une simple toile. Les mesures prises dans le monde ont été efficaces et on estime que le nombre de cas a diminué de 97 % depuis 1986. Des cas continuent de se produire dans 13 pays africains principalement, où la phase ultime de l'éradication s'avère difficile.

Malgré les mesures prises depuis des années avec un succès relatif, les habitants du village d'Ikija dans le sud ouest du Nigéria contractent encore la dracunculose, quoique moins souvent qu'auparavant. « A une époque, les gens retiraient des centaines de vers de leurs jambes. Aujourd'hui, la situation s'est nettement améliorée », constate le chef du village, Isaiah Sobowale.

« L'eau de notre rivière est essentiellement stagnante. Nous allons y chercher de l'eau vers 5 heures du matin. Après, il ne reste plus rien jusqu'au lendemain matin. Des agents viennent traiter l'eau régulièrement, mais nous avons besoin d'un meilleur approvisionnement en eau », explique un agriculteur, Lekan Fabowale. Il ajoute que les puits peu profonds sont rapidement contaminés et que le village a besoin d'un forage profond.



OMS/TDR/A. Crump

L'approvisionnement en eau potable est indispensable pour faire échec à la dracunculose.

### Lèpre : soins et réinsertion

On recense aujourd'hui dans le monde 90 % de cas de lèpre de moins qu'il y a 20 ans, mais il s'avère difficile de soigner les derniers cas. Dans la Région africaine, sept pays n'ont pas encore atteint la cible de l'élimination dans le monde, soit moins d'un cas pour 10 000 habitants. Le Nigéria y est parvenu en 2003, mais a encore du mal à vaincre la discrimination à l'égard des personnes qui portent les signes visibles de la maladie et à prendre en charge les incapacités qu'elle provoque.

« Le traitement de la lèpre au Nigéria se heurte à la stigmatisation, aux problèmes socio-économiques et aux handicaps physiques, qui empêchent de nombreux patients de se faire soigner alors que le traitement est gratuit », explique le Dr M. O. Lawal, Directeur du programme de lutte antilépreuse au Ministère de la Santé de l'Etat d'Oyo.

Le Gouvernement nigérian a créé un programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre en 1988. D'après le Dr Lawal, les pouvoirs publics ont l'intention, à terme, de fermer les léproseries pour soigner les malades au sein de la communauté. Beaucoup de malades ont déjà quitté les léproseries. Certains habitent dans des cabanes au bord de la route et demandent l'aumône aux passants. « Mon père m'a dit que je ne pouvais pas arrêter l'école. J'ai dit qu'il fallait que je mendie parce que je suis lépreux. J'ai essayé de m'instruire, mais on ne m'a pas accepté parce que j'avais la lèpre », témoigne Alhaji Shedu Abdullahi, Président de l'organisation non gouvernementale Integration, Dignity, Economic and Advancement, qui aide les malades de la lèpre au Nigéria.



OMS/P. Viot

La lèpre cause parfois des invalidités permanentes.



intestinaux persistent généralement aussi longtemps que les gens vivent dans une extrême pauvreté et, finalement, les améliorations en matière de nutrition et d'assainissement sont plus efficaces à long terme que le traitement médicamenteux.

Les enseignements de la lutte contre les maladies infectieuses ailleurs dans le monde peuvent être appliqués à l'Afrique même si le continent est confronté à des obstacles différents. La géographie, le climat et l'instabilité politique en Afrique compliquent en effet la tâche. Cependant, il existe des parties de la Région africaine où certaines maladies infectieuses ont pu être maîtrisées.

## Les maladies contre lesquelles la lutte a été efficace

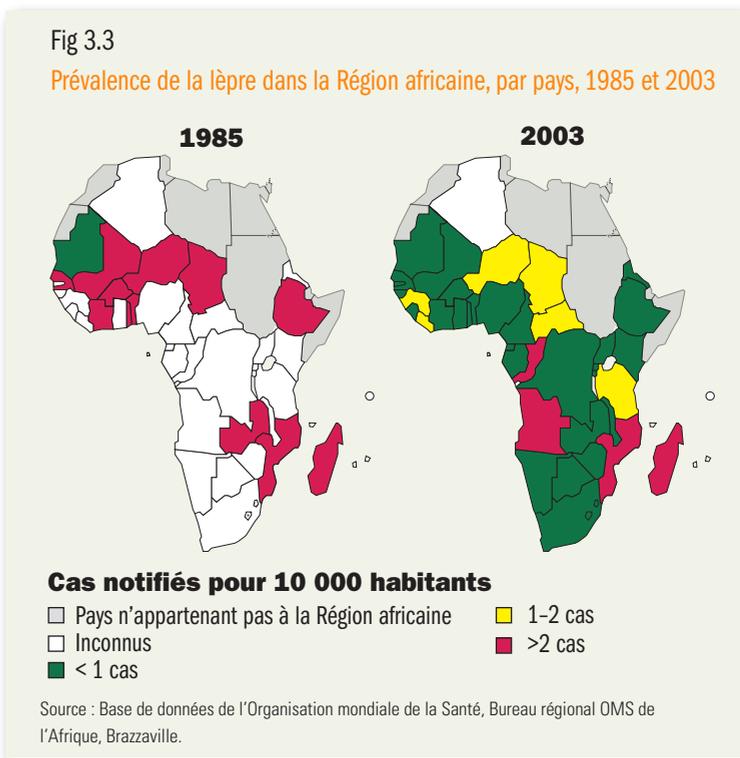
La lutte contre les infections a été efficace dans les pays africains où les maladies présentent des caractéristiques qui les rendent plus faciles à traiter et où elles ont fait l'objet d'interventions rapides et efficaces. Les maladies transmises par un insecte vecteur peuvent être maîtrisées tant qu'il existe un insecticide efficace et/ou que l'homme peut se protéger du contact avec le vecteur. Une méthode simple consiste à dormir sous une moustiquaire pour éviter d'être piqué la nuit par les moustiques vecteurs du paludisme. Un vaccin peu coûteux, efficace et facile à administrer est un outil précieux qui peut mettre à notre portée l'éradication complète d'une maladie virale pandémique, telle que la poliomyélite, comme c'est le cas aujourd'hui.

Il s'est révélé possible de limiter la propagation des maladies qui ont une évolution longue mais qui ne sont pas facilement transmissibles, comme la lèpre, et de limiter celle de maladies qui peuvent être maîtrisées au moyen de mesures simples, comme la filtration de l'eau de boisson pour prévenir la dracunculose. Ces solutions simples doivent être appliquées sans relâche pour lutter durablement contre les maladies et apporter des améliorations durables à la santé publique (voir l'Encadré 3.1).

### Lèpre

La lèpre est en voie d'élimination en Afrique – sa prévalence a été ramenée à moins d'un cas pour 10 000 habitants – malgré l'idée traditionnelle que l'on en a, à savoir qu'il s'agit d'une maladie incurable et très contagieuse. La maladie étant défigurante, les personnes qui en sont atteintes ont toujours souffert d'une certaine stigmatisation sociale et d'exclusion. Il existe un traitement efficace, mais le dépistage des cas peut être difficile et, même aujourd'hui, les malades, éparpillés sur des zones étendues de la Région, n'ont pas facilement accès au diagnostic et au traitement. La stratégie régionale de lutte contre la lèpre est simple et efficace, elle repose sur le dépistage précoce et sur le traitement au moyen de la polychimiothérapie.

La prévalence de la lèpre a nettement chuté grâce au succès de cette stratégie (voir la Figure 3.3). Le nombre de



malades signalés auprès du Bureau régional OMS de l'Afrique a diminué de plus de 60 %, passant de 127 500 en 1991 à 51 200 en 2003. La couverture thérapeutique est passée dans le même temps de 28 % à 98 %. Sur cette période de 12 ans, plus de 800 000 cas au total ont été guéris grâce à la polychimiothérapie et aucune résistance n'a été signalée. Les Comores, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et la République-Unie de Tanzanie approchent de la cible de l'élimination. L'Angola, Madagascar et le Mozambique comptent encore des régions de forte endémicité. La polychimiothérapie pendant 24 mois est très efficace et, dans le cadre de programmes systématiques, le taux de rechute n'est que de 0,1 % par période de cinq ans.

Les malades de la lèpre ne sont plus victimes d'ostracisme comme c'était le cas par le passé et ils ont désormais accès au traitement médical. Une fois guéris, il est également plus facile pour eux de se réinsérer dans leur communauté. Toutefois, dans les pays qui approchent du but de l'élimination, il est difficile d'atteindre les quelques derniers patients vivant dans des communautés isolées. Une surveillance active s'impose pour veiller à ce que ces personnes soient diagnostiquées et traitées.

## Onchocercose

Des villages abandonnés sur des terres fertiles le long des rivières témoignent du dilemme auquel sont confrontées les populations qui doivent choisir entre pouvoir se nourrir convenablement et conserver la vue. L'onchocercose, ou cécité des rivières, est une maladie parasitaire provoquée par des vers transmis par une similie qui se reproduit dans les eaux de rivières turbulentes. Dix-sept millions de personnes vivant en Afrique de l'Ouest et du Centre seraient infectées. L'infection chronique entraîne progressivement des changements cutanés et la cécité. Les gens qui deviennent aveugles à cause de l'onchocercose ont une espérance de vie équivalente à un tiers de celle des personnes de la même région ayant conservé la vue.

Le programme de lutte contre l'onchocercose, mis en place en 1974, utilisait des larvicides chimiques et biologiques pour détruire les larves de similies sur pratiquement toutes les rivières infestées de 11 pays d'Afrique de l'Ouest. C'est devenu l'un des plus importants programmes de la Région et l'une des campagnes de santé publique les plus efficaces. Au total, 1,2 million de kilomètres carrés en Afrique de l'Ouest ont ainsi été entièrement libérés de l'onchocercose. Des terres fertiles ont été repeuplées et environ 40 000 cas nouveaux de cécité ont ainsi été évités chaque année. La durée de vie des vers adultes responsables de la maladie étant de 10 à 15 ans, les mesures de lutte doivent être maintenues au moins aussi longtemps. Les mesures de lutte anti-vectorielle à grande échelle – consistant à pulvériser par avion des larvicides sur les rivières – ont fait place au traitement de masse par l'ivermectine des personnes vivant dans les zones d'endémie, une ou deux fois par an, pour prévenir la cécité et réduire la transmission résiduelle. Le programme africain de lutte contre l'onchocercose, lancé en 1995, a permis de traiter à ce jour 34 millions de personnes dans 16 pays. Ces programmes sont des exemples



OMS/H. Amenden



d'adaptation des moyens aux besoins de la lutte contre les maladies infectieuses et montrent que la poursuite des efforts pendant trois décennies contre cette maladie parasitaire persistante a permis d'obtenir des gains mesurables. En aidant à éliminer la cécité des rivières en tant que problème de santé publique, l'OMS et d'autres partenaires ont apporté une contribution majeure à la réduction de la pauvreté dans la Région africaine. Préserver ce succès historique reste toutefois un véritable défi.

## Poliomyélite

Lorsque l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été lancée en 1988, le poliovirus sauvage était endémique dans 125 pays et paralysait plus de 1000 enfants par jour. Par la vaccination de 2 milliards d'enfants contre la maladie, cette énorme campagne de santé publique a ramené le nombre de cas à moins de 1000 par an au niveau mondial, pour la plupart en Afrique.

En 2004, on comptait 935 cas de poliomyélite dans plus de 12 pays de la Région africaine, dont 84 % sont survenus au Nigéria. Ce chiffre représentait une augmentation de 100 % par rapport au nombre de cas enregistré en 2003. Ce recul doit toutefois être replacé dans le contexte des progrès d'ensemble considérables. Malgré les flambées épidémiques survenues en Angola, au Cap-Vert et en République démocratique du Congo en 2000, 31 pays se sont maintenus exempts de poliomyélite pendant plus de trois ans. La vaccination antipoliomyélitique a repris en 2004 au Nigéria après une suspension de 11 mois et le nombre de cas a ensuite diminué. Outre les campagnes de ratissage organisées à la suite de cas sporadiques, la vaccination systématique est nécessaire pour éviter la réinstallation du poliovirus sauvage.

Chaque pays doit continuer de surveiller les cas de paralysie flasque aiguë, qui peut être due à d'autres virus, et analyser les échantillons coprologiques pour éliminer la poliomyélite comme agent étiologique. Cette surveillance aide aussi à évaluer la couverture des autres vaccinations et à mesurer les progrès vers l'éradication de la poliomyélite. Les pays doivent montrer qu'ils maintiennent la surveillance et les tests pour confirmer qu'il n'y a eu aucun cas de poliomyélite pendant trois années consécutives, après quoi l'éradication peut être déclarée et les pays certifiés exempts de poliomyélite. En 2005, sur les 46 pays de la Région africaine, 35 avaient atteint le niveau de surveillance voulu pour la certification. L'éradication de la poliomyélite dans la Région dépend en fin de compte beaucoup de la qualité du travail effectué par les 16 laboratoires du réseau régional des laboratoires de la poliomyélite de la Région africaine. Tous les membres du réseau ont conservé leur statut d'accréditation auprès de l'OMS en 2005 – condition nécessaire pour parvenir à l'éradication dans la Région.



OMS/H. Anandien

La route a été longue pour éradiquer la poliomyélite.



## Maladies les plus préoccupantes pour le grand public

Contrairement aux maladies qui ont été maîtrisées avec un succès relatif, certaines continuent de sévir malgré les mesures de lutte, et préoccupent donc particulièrement l'opinion publique. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ont progressé en Afrique depuis 20 ans. En ce qui concerne le VIH/SIDA, le fait de n'avoir pu juguler l'épidémie est dû en grande partie à l'absence de vaccin et à l'impossibilité de changer les comportements humains. La tuberculose réapparaît lorsqu'elle est favorisée par l'épidémie de VIH. La persistance du paludisme est due aux insuffisances de la lutte antivectorielle et à la résistance aux médicaments.

### VIH/SIDA

L'Afrique est la région du monde la plus touchée par la pandémie de VIH/SIDA. Elle compte environ 11 % de la population mondiale mais plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde. En 2005, on estimait que 25,8 millions de personnes vivaient avec la maladie, 3,2 millions de personnes avaient été infectées par le VIH, tandis que 2,4 millions étaient mortes du SIDA dans la Région. Dans 16 pays d'Afrique, 10 % au moins de la population est infectée.

La transmission hétérosexuelle du VIH est le mode prédominant de transmission en Afrique. Près de 57 % des adultes infectés sont des femmes. Parmi les jeunes qui sont infectés, 75 % sont des femmes et des jeunes filles (voir la Figure 3.4). De nombreux facteurs contribuent à la transmission du virus, notamment les rapports sexuels monnayés, la violence sexuelle, la mobilité de la population, la pauvreté, l'instabilité sociale, le manque d'instruction, la fréquence d'autres maladies sexuellement transmissibles, l'exclusion et la discrimination.

L'épidémie de VIH a eu des effets catastrophiques sur la société africaine car elle a détruit les individus, les familles, les systèmes de santé et le secteur public. Néanmoins, les pays de la Région ont fait des efforts pour empêcher le VIH de se

propager. La plupart mettent sur pied des actions intersectorielles contre l'épidémie, dans le cadre desquelles différents ministères et organismes travaillent de concert. Ces actions sont dirigées par des conseils nationaux du SIDA dont bon nombre sont présidés par des chefs d'Etat, comme c'est le cas en Angola et au Burundi. Des campagnes dans les médias et des programmes d'information à l'intention du grand public sont aussi mis en place dans de nombreux pays, y compris des programmes visant particulièrement les jeunes et d'autres groupes vulnérables.



OM/G. Oia Davies

Des fillettes pleurent leur mère morte du SIDA.

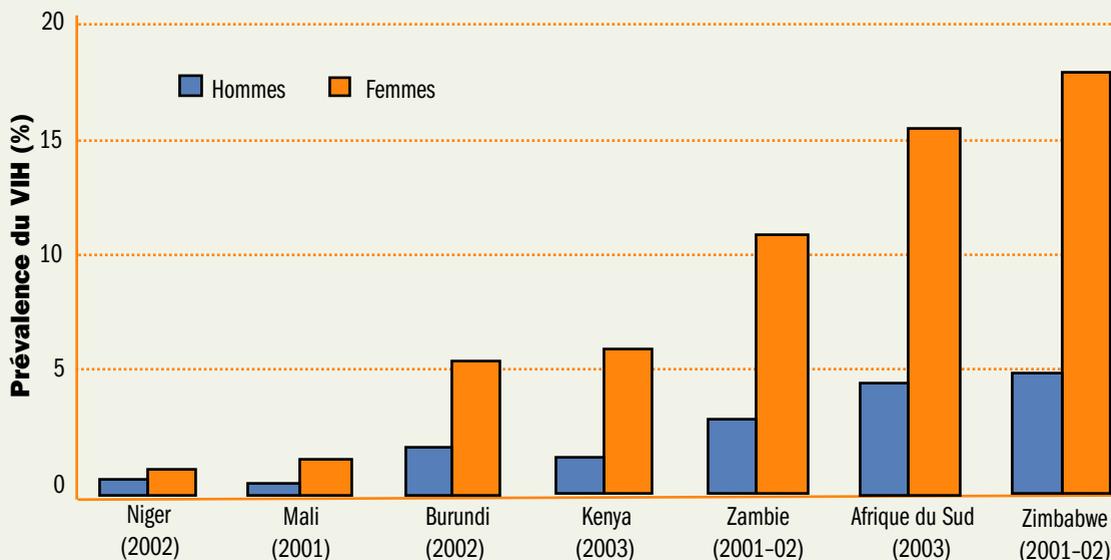


Au cours des dix dernières années, des progrès réels ont été observés en matière de traitement du VIH/SIDA et de ses complications. Les médicaments antirétroviraux (ARV) diminuent la charge virale dans le sang et retardent l'apparition des infections opportunistes, permettant aux gens de récupérer une bonne qualité de vie. Les antirétroviraux sont également extrêmement efficaces dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'accouchement, et – à mesure que le prix de ces médicaments baisse – leur généralisation est un objectif réaliste même dans les pays pauvres.

L'OMS et l'ONUSIDA ont déclaré en 2003 que le manque d'accès aux médicaments antirétroviraux permettant de soigner le VIH/SIDA dans les pays en développement constituait une urgence de santé publique. Depuis lors, les deux organisations et leurs partenaires ont milité pour élargir l'accès au traitement antirétroviral dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » visant à permettre à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA de bénéficier d'une thérapie antirétrovirale (TARV) d'ici à la fin de 2005. En décembre 2005, le nombre de personnes vivant en Afrique subsaharienne sous traitement avait été multiplié par plus de huit, passant de 100 000 à 810 000 en l'espace de deux ans. Sur les 3 millions de personnes visées par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », 2,3 millions vivent en Afrique subsaharienne. L'OMS et ses partenaires ont aidé 24 des pays fortement touchés de la Région à former davantage de personnel pour administrer la thérapie antirétrovirale. La couverture par la thérapie devrait augmenter encore compte tenu du ferme engagement manifesté par

Fig. 3.4

Prévalence du VIH chez les 15-24 ans dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 2001-2003



Sources : Burundi (Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH au Burundi. Bujumbura, décembre 2002). Kenya (Kenya Demographic and Health Survey 2003). Mali (Enquête démographique et de santé. Mali 2001). Niger (Enquête nationale de séroprévalence de l'infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger (2002)). Afrique du Sud (Pettifor AE, Rees HV, Steffenson A, Hlongwa-Madikizela L, MacPhal C, Vermaak K, Kleinschmidt I: HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15-24 year olds. Johannesburg: Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand (2004). Zambie (Enquête démographique et sanitaire 2001-2002). Zimbabwe (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001-2002).



## Burundi : les militants redonnent espoir aux personnes vivant avec le VIH

Être VIH-positif au Burundi dans les années 80 ou 90, c'était être condamné à mort. En l'absence de traitement, et la population croyant que la maladie était un châtement de Dieu, beaucoup de malades s'abandonnaient dans le désespoir et abandonnaient leur famille, sans savoir que l'infection à VIH/SIDA était une maladie qu'il est possible d'éviter et de traiter.

Trois associations ont été créées au Burundi pour informer les gens sur la maladie, combattre la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA et leur apporter un soutien : la Burundian Society for Women Against AIDS in Africa (Société burundaise des Femmes contre le SIDA en Afrique) en 1992, l'Association nationale de Soutien aux Séropositifs (ANSS) et le Réseau burundais des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (RBP+). Ces associations incitent les Burundais à faire un test de dépistage, redonnent espoir et courage aux personnes VIH positives pour qu'elles fassent valoir leurs droits et, parmi leurs nombreuses autres activités dans le domaine de la santé publique, sensibilisent aux dangers du VIH.

La campagne menée pendant toutes ces années a donné des résultats. Les militants ont commencé à parler de la séropositivité à la télévision alors que c'était jusque-là un sujet tabou. De son côté, le Gouvernement burundais a présenté un projet de loi contre la discrimination à l'égard des personnes VIH positives, qui a été adopté par l'Assemblée nationale en mars 2005. Adrienne Munene, responsable des services de conseil à RBP+, pense que la nouvelle loi aidera les personnes dans des situations comparables à celle de cette infirmière VIH positive qui, embauchée par un centre de santé privé à Bujumbura en 2000, n'a jamais eu de contrat. « On lui répétait tout le temps qu'elle n'était pas comme les autres », raconte Adrienne Munene.

Les porte-parole des personnes VIH-positives ont aussi revendiqué énergiquement le droit au traitement et persuadé les pouvoirs publics de lever les taxes sur les médicaments antirétroviraux. Le Gouvernement a également accepté de subventionner ces médicaments avec l'aide du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et a négocié avec les laboratoires pharmaceutiques pour ramener le coût du traitement de US \$96 à US \$30 par personne et par mois.

Aujourd'hui, plus de 4000 Burundais reçoivent des antirétroviraux gratuitement et les personnes VIH positives peuvent espérer vivre plus longtemps grâce au soutien de leurs associations et aux traitements subventionnés. Mais malgré leur efficacité, ces associations sont débordées. Le Dr Marie Jose Mbuzenakamwe, qui coordonne l'ANSS, explique que son association ne peut faire face à la demande toujours plus grande de services de dépistage et de soutien. Elle estime que tous les établissements de santé devraient assurer des services VIH afin que les patients n'aient pas à se déplacer trop loin pour bénéficier du traitement.

Le Conseil national sur le SIDA a déjà désigné des hôpitaux et des associations chargés d'aider à la distribution des antirétroviraux et à la prestation de services connexes, mais tous n'ont pas les infrastructures et le personnel voulus. Il y a une pénurie de nécessaires de diagnostic et les associations craignent que les patients ne puissent plus se procurer de médicaments si les donateurs coupent les vannes.



Judith Basutama

Ce kiosque tenu par la Société burundaise des Femmes contre le SIDA en Afrique (SWAA) vend des préservatifs et des brochures sur le VIH/SIDA. Des vidéos d'information sont aussi diffusées à certaines heures de la journée.

les personnes concernées, notamment les personnes vivant avec l'infection et leurs gouvernements (voir l'Encadré 3.2). Une extension rapide de l'accès au traitement pour beaucoup plus de malades vivant avec l'infection devrait contribuer encore à la baisse des prix des médicaments antirétroviraux (voir l'Encadré 3.3).

Au moins 90 % de la population de la Région africaine vivant avec le VIH/SIDA ignore sa séropositivité, et les tests de dépistage du VIH sont souvent coûteux et ne sont pas toujours disponibles. Toutefois, le fait que les antirétroviraux soient désormais disponibles à une plus grande échelle devrait encourager davantage de personnes à demander un dépistage du VIH. Pour ce faire et pour rendre les services de dépistage plus largement accessibles, l'OMS et l'ONUSIDA ont élaboré des directives régionales sur le conseil et le dépistage volontaire (CDV) et



ont publié une déclaration de principe sur la fourniture de services de dépistage du VIH et de conseil.

Vingt-huit pays – y compris 21 pays à forte endémicité – ont mis au point des programmes pour élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux avec le soutien de l'OMS et de ses partenaires et, dans 20 d'entre eux, des programmes ont été élaborés pour suivre et évaluer la thérapie antirétrovirale au fur et à mesure de son application à plus grande échelle. Le Botswana, la Côte d'Ivoire et le Lesotho sont en train d'élargir l'accès de leur population au traitement par la première étape logique du dépistage et du conseil universels. Les directives relatives au conseil et au dépistage volontaire ont été mises au point dans 29 pays au moins, y compris les 24 pays à forte endémicité. Il s'agit des pays où la prévalence du VIH parmi les femmes se présentant dans les services de soins prénatals est supérieure à 1 % et où la prévalence du VIH/SIDA parmi les groupes à haut risque est de 5 % ou plus.

La Région progresse également en mettant en place une approche simplifiée en matière de santé publique pour la fourniture des médicaments antirétroviraux qui repose sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA). Trente-trois pays ont élaboré et adapté leurs propres directives simplifiées en s'inspirant du modèle de la PCIMAA, pour fournir le traitement antirétroviral à de plus en plus de personnes en ayant besoin. Ces instruments sont constamment mis à jour sur la base des données les plus fiables disponibles au niveau international. En outre, des centres de connaissance régionaux pour le traitement du VIH/SIDA et des réseaux de ressources techniques regroupant des experts de la thérapie antirétrovirale ont été mis en place pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe ainsi que pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale.

L'OMS et ses partenaires apportent leur aide à au moins 16 pays de la Région pour renforcer les laboratoires et leur permettre de fournir des services de dépistage du VIH et de comptage des cellules CD. Compte tenu de l'augmentation de la demande pour les médicaments antirétroviraux, l'OMS et ses partenaires assurent dans 31 pays de la Région la formation d'agents qui seront chargés d'élaborer des programmes de gestion des achats et de l'approvisionnement ; ils aident aussi les pays de la Région à assurer le suivi de la pharmacorésistance du VIH, dans le cadre des efforts visant à fournir un traitement et des soins appropriés à toute personne en ayant besoin.

Bien que des progrès aient été faits dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la Région africaine, nombreux sont les défis qui restent à relever. Le manque de services de diagnostic et de mécanismes de surveillance fait qu'il est difficile de mesurer

### Encadré 3.3

#### Comment le Cameroun a obtenu des antirétroviraux moins chers

En négociant le prix des antirétroviraux, de nombreux pays pauvres sont parvenus à mettre ces médicaments salvateurs à la portée d'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA. De leur côté, les laboratoires pharmaceutiques qui fabriquent des produits génériques identiques aux médicaments originaux brevetés ont contribué à faire encore baisser les prix.

L'ONUSIDA, l'OMS et d'autres institutions du système des Nations Unies ont pris en 2000 une initiative pour accélérer l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA en collaboration avec sept entreprises pharmaceutiques : Abbott Laboratoires, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Gilead Sciences, Merck & Co., Inc. et F. Hoffmann-La Roche.

Grâce à cette initiative et à la pression exercée par les fabricants d'antirétroviraux génériques, le Cameroun a pu se procurer ces médicaments à un prix qui est passé de US \$10 000 par patient et par an à environ US \$300 en l'espace de quelques années.

Le Cameroun a également levé les droits et taxes d'importation sur les médicaments essentiels qui eux aussi faisaient obstacle à l'approvisionnement en produits

indispensables. L'exemple du Cameroun montre qu'il est possible, même quand les ressources sont rares, de prendre des mesures simples pour fournir des antirétroviraux à ceux qui en ont besoin.

Le Cameroun a tout d'abord négocié avec les fabricants pour ramener le prix des antirétroviraux à US \$50 par patient et par mois au début de 2001, puis à US \$40 au milieu de 2002. Début 2003, la concurrence par les génériques étant de plus en plus grande, le prix est tombé à environ US \$30 par mois pour le schéma thérapeutique de première intention. Si le traitement de première intention est sans effet, on passe alors au traitement de deuxième intention.

Certains pays, dont le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi, l'Éthiopie, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal et la Zambie, fournissent gratuitement le traitement de première intention tandis que d'autres, comme le Cameroun, le facturent US \$8 à 9 par mois, le reste étant couvert par l'État. Depuis octobre 2004, le Cameroun fournit aux malades le traitement de première intention au prix de US \$6 à 9 par mois et le traitement de deuxième intention au prix de US \$14 à 20 par mois.



l'incidence et la prévalence des infections opportunistes. La plus répandue est la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*, responsable de la grande majorité des décès liés au SIDA chez les enfants. Après des études menées en Côte d'Ivoire, l'ONUSIDA a recommandé la prophylaxie triméthoprime-sulfaméthoxazole pour les adultes et les enfants infectés par le VIH.

Certains préconisent la prophylaxie universelle pour les enfants VIH-positifs pour prévenir les décès dus à la pneumonie opportuniste. Il est également prévu de mettre en œuvre des programmes préventifs pour les enfants en Ouganda et au Sénégal. On n'a toujours pas mis au point de vaccin anti-VIH ni de gel microbicide efficace pour protéger les femmes. Le principal point de ralliement pour les militants a été la campagne en faveur de l'accès aux antirétroviraux, car ces médicaments sont la seule façon de réduire les complications de l'infection à VIH/SIDA, de prolonger la vie et de prévenir la transmission mère-enfant.

Le Bureau régional OMS de l'Afrique a déclaré que 2006 serait l'année de la prévention du VIH dans la Région africaine. L'objectif de cette campagne est de faire en sorte que les médias, les gouvernements et les populations de la Région soient, avec les partenaires du développement, d'autres parties prenantes et la communauté internationale qui agit et lutte contre le VIH, davantage sensibilisés à l'épidémie de VIH/SIDA. La nécessité d'un nouvel élargissement rapide de l'accès au traitement et à la prévention du VIH/SIDA soulève de nombreuses questions : comment les pays peuvent-ils à long terme soutenir une extension rapide des traitements sans négliger le développement du système de santé dans son ensemble ? Quels sont les meilleurs moyens de financer et d'élargir la prévention pour que les services de dépistage et de conseil soient plus largement disponibles ? Comment les pays peuvent-ils encourager l'adhésion de tous les secteurs gouvernementaux à ces efforts de santé publique visant à prévenir et à soigner le VIH/SIDA, une maladie qui touche tous les secteurs, qu'ils soient publics ou privés ?

## Tuberculose

La tuberculose est l'une des plus anciennes maladies infectieuses du monde. Bien qu'il existe un traitement efficace, d'un coût abordable et facile d'accès contre cette maladie depuis les années 50, celle-ci tue encore 1,6 million de personnes chaque année dans le monde. Dans la seule Région africaine, on estime à 2,4 millions les nouveaux cas de tuberculose et à un demi-million les décès liés à la tuberculose chaque année. En 2003, la Région – où vit 11 % de la population mondiale – comptabilisait 24 % des cas recensés. Neuf des 22 pays à forte endémicité, qui totalisent 80 % de l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose, sont situés dans la Région : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe. Onze des 15 pays du monde à plus forte incidence sont aussi situés dans la Région : l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, l'Ouganda, la Sierra Leone, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.



L'incidence de la tuberculose dans la Région a augmenté parallèlement à l'épidémie de VIH/SIDA. Les personnes infectées par le VIH contractent facilement les infections tuberculeuses du fait de l'affaiblissement de leur système immunitaire et développent ensuite une tuberculose évolutive. Une personne dont le système immunitaire est fort se rétablit aisément d'une tuberculose primaire et n'a que 10 % de risque de rechuter au cours de sa vie. Par contre, on estime qu'un tiers des personnes qui sont décédées de la tuberculose en 2003 dans la Région africaine étaient VIH-positives.

En moyenne, près d'un tiers des patients atteints de tuberculose recensés dans les pays de l'Afrique subsaharienne sont également infectés par le VIH et, dans la plupart des pays de l'Afrique australe – tels que l'Afrique du Sud, le Lesotho, le Malawi, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe –, plus des deux tiers des enfants et des adultes atteints de tuberculose sont également infectés par le VIH. La tuberculose frappe de plus en plus fréquemment les membres les plus jeunes, économiquement productifs, de la société dans cette Région, en particulier les jeunes filles et les femmes, marquant une étroite ressemblance avec la tendance de la prévalence du VIH.

La méthode de diagnostic recommandée est l'examen microscopique des frottis de crachat. La nécessité d'un matériel spécialisé et de personnel qualifié pour réaliser ce test limite les possibilités de disposer de services de diagnostic. La tâche est encore compliquée par le fait que l'examen microscopique des frottis chez les personnes également infectées par le VIH ne permet pas de diagnostiquer aussi efficacement la tuberculose que chez les personnes qui ne sont pas VIH-positives. Le nombre de cas de tuberculose dus à une co-infection par le VIH étant de plus en plus important, de plus en plus de cas ne sont pas diagnostiqués. Du fait de la co-infection, la tuberculose est de plus en plus fréquente chez les 15-49 ans. Les enfants de moins de cinq ans sont les membres de la population les plus vulnérables à une tuberculose due à une infection au VIH, tandis que ceux âgés de 3 à 15 ans sont relativement résistants. Le risque pour une mère VIH-positive de transmettre le virus à son enfant est de 25 à 48 % en l'absence de traitement visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant et ces enfants VIH-positifs ont eux-mêmes un risque élevé de contracter la tuberculose.

Malheureusement, la tuberculose est difficile à diagnostiquer chez l'enfant car les signes et les symptômes ne sont pas spécifiques. Par ailleurs, la vérification de l'allergie tuberculinique chez les enfants VIH-positifs étant souvent négative, la tuberculose n'est pas diagnostiquée et n'est donc pas traitée chez de nombreux enfants. En outre, les enfants ne produisent que peu de crachats sur demande et l'examen microscopique a tendance à donner des résultats négatifs compte tenu du nombre relativement faible de bacilles actifs. On estime que la moitié seulement des cas de tuberculose déclarés en Afrique sont diagnostiqués et traités. Parmi les cas traités, près d'un cinquième échappent au suivi avant l'achèvement du traitement.

La stratégie DOTS, l'approche la plus efficace pour combattre la tuberculose, a été mise en œuvre avec succès dans la Région africaine. Elle repose sur la volonté des pouvoirs publics, la qualité de l'examen microscopique pour le diagnostic, un approvisionnement fiable en médicaments antituberculeux de grande qualité administrés en cure courte, dans des conditions appropriées, et comprend l'observation directe de la prise du médicament par le patient au moins pendant la phase initiale intensive du traitement ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation du dépistage et des résultats des traitements.

Une étroite supervision signifie des taux de guérison plus élevés, moins de rechutes et permet de prévenir la pharmacorésistance. Cependant, la pénurie croissante d'agents de santé qualifiés dans la Région africaine rend cette tâche difficile à accomplir. Un traitement complet dure de 6 à 8 mois, une durée contraignante à la

▼

*Le nombre de cas de tuberculose dus à une co-infection par le VIH étant de plus en plus important, de plus en plus de cas ne sont pas diagnostiqués.*



fois pour les patients et le personnel soignant. De nouveaux médicaments, permettant des cures plus courtes, font cruellement défaut.

La vaccination par le BCG (bacille Calmette-Guérin) est systématique pour les nouveau-nés dans la Région africaine. Toutefois, même si le vaccin protège les personnes contre les formes graves de la tuberculose, il n'a que des effets minimes sur la prévention de la tuberculose pulmonaire et ne réduit donc pas la charge globale de la tuberculose. Un nouveau vaccin plus efficace est manifestement nécessaire.

Les souches polypharmacorésistantes ne sont pas encore un problème majeur dans la Région africaine mais apparaissent néanmoins à certains endroits. Elles doivent donc être endiguées et traitées, et l'interaction avec l'épidémie de VIH doit être étudiée de manière approfondie. Les interventions destinées aux personnes infectées

### Encadré 3.4

## Le VIH et la tuberculose en Afrique du Sud

Conjugués l'un à l'autre, le VIH/SIDA et la tuberculose ont des effets dévastateurs dans certaines parties de la Région africaine. Quand il est apparu qu'il serait impossible d'endiguer la propagation du VIH et de réduire la mortalité par SIDA sans rien faire contre la tuberculose, de nombreuses initiatives ont été prises pour traiter les deux maladies à la fois et apporter un soutien aux personnes co-infectées.

On estime qu'en 2003, plus de 100 000 personnes souffraient à la fois d'une infection à VIH et de la tuberculose en Afrique du Sud, soit plus que dans n'importe quel autre pays. L'Afrique du Sud occupe le treizième rang dans le monde pour ce qui est de la prévalence de la tuberculose et, d'après les estimations, 61 % des tuberculeux recensés dans ce pays sont également porteurs du VIH.

Une organisation à but non lucratif, The Massive Effort Campaign, s'applique à coordonner la lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme. « La tuberculose est aujourd'hui l'affection qui tue le plus de malades du SIDA en Afrique du Sud. Pourtant, c'est une maladie qui se traite et se guérit facilement : les médicaments et le diagnostic sont gratuits et accessibles partout dans le pays », constate Patrick Bertrand, coordonnateur régional de la campagne.

L'initiative ProTEST, parrainée par l'OMS-ONUSIDA, a fourni aux VIH-positifs un médicament antituberculeux, l'isoniazide, pour éviter qu'ils ne développent la tuberculose évolutive. ProTEST a également dirigé des programmes pilotes dans l'est, le centre et l'ouest de la région du Cap et au KwaZulu Natal. Un centre de bénévoles a par ailleurs été créé à Grahamstown, dans la province du Cap oriental. Le centre Raphael offre aux habitants des cités locales des services de conseil, de soutien et une assistance pratique pour les aider à suivre le traitement et à faire face aux deux maladies. Il assure également le dépistage sur place, une des premières mesures recommandées par ProTEST pour combattre la double épidémie.

Xoliswa Mjuleni, qui se rend au centre régulièrement, a découvert qu'elle était VIH-positif en 1999. Elle était terrifiée au début, mais à force de fréquenter le centre, elle a repris confiance, elle s'est fait de nouveaux amis et a retrouvé « une raison de vivre ». « Nous nous soutenons les uns les autres. Ce n'est pas toujours facile de s'entendre dire par quelqu'un qui n'est pas contaminé que le VIH n'est

pas la fin du monde. C'est beaucoup mieux d'avoir affaire à quelqu'un qui sait exactement ce que c'est que de vivre avec le VIH, quelqu'un qui a les mêmes problèmes, les mêmes souffrances. »

Le traitement de la double infection pose de grandes difficultés. Le classique frottis de dépistage de la tuberculose est souvent négatif chez les VIH-positifs, ce qui peut retarder la mise en route du traitement antituberculeux. Un dépistage tardif peut s'avérer fatal et beaucoup de tuberculeux ne veulent pas se soumettre à un test VIH à cause de la stigmatisation à laquelle la maladie donne lieu. Les directives de l'OMS et les directives nationales recommandent d'administrer d'abord le traitement antituberculeux de six mois sous observation directe avant de passer aux médicaments antirétroviraux (ARV) pour traiter l'infection à VIH/SIDA. Pour les tuberculeux qui présentent les symptômes cliniques d'un SIDA avancé, le protocole recommandé est de deux mois de traitement antituberculeux, suivi par la mise sous ARV. Mais pour certains patients, la seule solution est de commencer en même temps le traitement antituberculeux et le traitement antirétroviral, ce qui suppose parfois de prendre 10 à 12 pilules trois fois par jour.



OMS/M. Katic

Les microscopistes qualifiés jouent un rôle essentiel dans la lutte antituberculeuse.



à la fois par la tuberculose et le VIH, telles que la chimioprophylaxie par l'isoniazide pendant 6 à 12 mois, se sont révélées efficaces pour réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes VIH positives. Ce type d'intervention est mis en place dans certains pays mais n'a pas encore été appliqué à une échelle suffisamment vaste pour avoir une incidence significative (voir l'Encadré 3.4). La bataille contre la tuberculose n'a pas encore été gagnée dans la Région africaine et a été déclarée « urgence de santé publique » par le Comité régional en 2005.

## Paludisme

Le paludisme provoque d'énormes souffrances humaines et a des effets économiques et sociaux catastrophiques dans la Région africaine où il est endémique dans 42 des 46 Etats Membres. Des estimations montrent que les pays africains où le paludisme est endémique perdent 1,3 point de pourcentage de croissance économique par an par rapport à des pays analogues où la maladie n'est pas endémique et que le coût annuel de la perte de productivité et du traitement contre le paludisme s'élève dans la Région à près de US \$12 milliards.

L'Afrique totalise, selon les estimations, plus de 90 % des 300 à 500 millions de cas cliniques de paludisme qui surviennent dans le monde chaque année, et les enfants africains représentent quant à eux près de 90 % des décès d'enfants liés au paludisme dans le monde, dont le nombre atteint presque un million par an. Le paludisme contribue de manière significative à l'anémie chez la femme enceinte, qui entraînerait 10 000 décès maternels chaque année. Il est par ailleurs un facteur d'insuffisance pondérale à la naissance.

Lors d'une réunion tenue à Abuja, au Nigéria, en 2000, les chefs d'Etat et de gouvernement africains ont reconnu la lourde charge de morbidité palustre et sont convenus d'en réduire les conséquences en mettant en œuvre de manière universelle les interventions testées et éprouvées. Ils se sont engagés à donner accès au traitement à au moins 60 % des personnes présentant des symptômes de la maladie dans les huit heures suivant l'apparition de ceux-ci, d'ici 2005, et à réduire de moitié la mortalité palustre dans la Région d'ici 2010. Ils se sont également engagés à fournir d'ici 2005 à au moins 60 % des femmes enceintes des zones d'endémie des doses préventives d'antipaludéens et à assurer l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à au moins 60 % des groupes vulnérables, en particulier les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cet effort concerté s'est toutefois heurté à des problèmes majeurs et ces objectifs n'ont pas été atteints. Parmi ces problèmes, les changements climatiques ont contribué à élargir l'habitat des moustiques et la résistance aux insecticides a rendu plus difficile la lutte antivectorielle ; en outre, l'apparition et la propagation de parasites pharmacorésistants ont rendu complètement inutiles des traitements jusque-là efficaces et d'un coût abordable.

D'autres facteurs font qu'il est difficile de venir à bout du paludisme. L'infection concomitante par le VIH a également fait augmenter la charge globale de la morbidité due au paludisme. Le paludisme a fait sa réapparition dans des zones où conflits et troubles civils ont détruit les systèmes de santé et/ou chassé les réfugiés de zones de non endémicité vers des zones fortement impaludées, déclenchant ainsi des épidémies.

Les mesures portant sur l'environnement, telles que l'évacuation des eaux stagnantes et l'utilisation de moustiquaires, sont deux moyens efficaces de lutte antipaludique, mais les besoins en interventions simples



OMS/H. Anenden

Imprégnées d'insecticide, les moustiquaires sont plus efficaces.



comme celles-ci sont considérables. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide ont montré qu'elles permettaient de réduire la transmission du paludisme de 50 %, et l'on a résolu le problème de la réimprégnation en mettant au point des moustiquaires dans lesquelles l'insecticide est incorporé aux fibres mêmes et qui ne nécessitent pas de traitement ultérieur. Huit millions et demi de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées en 2003, portant le total pour l'Afrique à 20 millions. Mais avec 650 millions de personnes exposées et compte tenu du fait que la plupart des moustiquaires imprégnées ne durent qu'environ trois ans, beaucoup de gens ne sont toujours pas protégés des moustiques vecteurs qui piquent la nuit.

Il semble peu probable que tous les objectifs d'Abuja soient atteints puisque, selon le *World malaria report 2005*, moins de 5 % de la population à risque et seulement 3 % des enfants de moins de cinq ans dormaient à l'abri d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Des études menées au Kenya ont démontré que les moustiquaires imprégnées d'insecticide amélioraient sensiblement la santé des femmes enceintes et des enfants, et que les avantages s'étendaient aux ménages non équipés de moustiquaires grâce à la diminution de la transmission. Le meilleur argument en faveur de ce moyen simple mais efficace de lutte antipaludique est l'exemple de pays comme l'Erythrée où les moustiquaires sont distribuées gratuitement (voir la Figure 3.5).

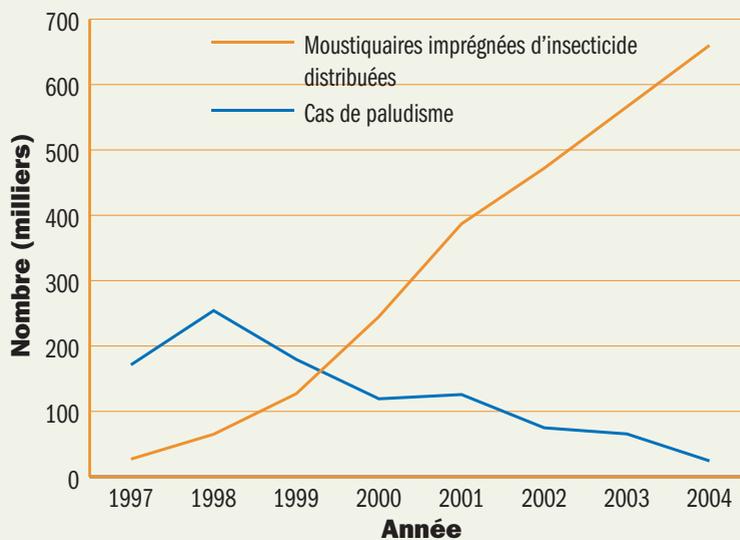
Depuis la Seconde Guerre mondiale, les tentatives de lutte contre les moustiques ont été moins efficaces en Afrique que dans les Amériques. La pulvérisation de DDT ou d'autres insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations peut être une méthode efficace de lutte antivectorielle, notamment pendant les épidé-

mies de paludisme et dans les situations d'urgence. L'OMS recommande aux pays de choisir des insecticides en fonction des besoins locaux. Au moins dix pays africains recourent à la pulvérisation à l'intérieur des habitations dans le cadre de leurs efforts de lutte antipaludique.

Entre les années 70 et 80, le paludisme a été relativement bien maîtrisé dans une grande partie de l'Afrique de l'Est, où l'on pouvait se procurer facilement des médicaments bon marché comme la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine. Aujourd'hui, un traitement efficace et bon marché contre le paludisme au moyen d'un seul médicament – appelé monothérapie – ne suffit plus dans la plupart des pays d'Afrique en raison de la résistance au médicament. La chloroquine, l'amodiaquine et la sulfadoxine-pyriméthamine sont encore efficaces contre la maladie dans certaines régions du monde, mais généralement pas en Afrique. Cela ne laisse à beaucoup de pays d'autre choix que d'acheter des médicaments plus efficaces mais également beaucoup plus chers (voir l'Encadré 3.5).

Fig. 3.5

Evolution de l'incidence du paludisme et distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, Erythrée (1997-2004)



Source : Base de données de l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional OMS de l'Afrique, Brazzaville.



Aucune résistance aux associations comportant de l'artémisinine n'a été signalée à ce jour, mais de nombreux pays africains ne peuvent tout simplement pas payer le coût de US \$2 par adulte pour un traitement par l'artéméter-luméfanantrine, la seule association fixe comportant de l'artémisinine figurant actuellement sur la liste OMS des médicaments essentiels. Un essai mené récemment à Mbarara, en Ouganda, a montré que l'administration sans supervision d'artéméter-luméfanantrine était aussi

### Encadré 3.5

## Le traitement du paludisme en Ethiopie

Comme beaucoup de pays de la Région africaine, l'Ethiopie a du mal à soigner le paludisme en raison de la résistance de plus en plus grande du parasite aux médicaments classiques. La pratique récente montre les avantages des nouvelles associations médicamenteuses par rapport aux anciens médicaments, même si elles sont actuellement plus chères.

Quand l'Ethiopie a adopté l'artéméter-luméfanantrine comme traitement antipaludique de première intention, l'effet a été spectaculaire dans le district reculé de Kafta Humera Wereda. « Les gens en avaient assez de toujours recommencer à prendre des médicaments qui ne faisaient plus d'effet », se souvient Seyoum Dejene, médecin éthiopien qui exerce dans le district. « Les gens aiment le Coartem : ils disent que c'est un 'médicament miracle' », rapporte-t-il au sujet d'une marque d'artéméter-luméfanantrine.

Chaque année, d'août à novembre, plus de 100 000 travailleurs itinérants viennent faire les moissons à Kafta Humera Wereda, qui compte 65 000 habitants en temps normal. Cette période tombe au plus fort de la saison du paludisme, qui commence à la fin des pluies, en septembre. De nombreux travailleurs venus des hautes terres, où le paludisme n'est pas endémique, n'ont pas d'immunité naturelle contre la maladie. Ils dorment dehors sans aucune protection contre les moustiques et ont difficilement accès aux services de santé, de sorte que beaucoup d'entre eux tombent malades. La présence de tant de travailleurs migrants peut déclencher une épidémie, car ils sont plus sensibles à la maladie que la population locale.

En 2003, l'Ethiopie a été frappée par une épidémie de paludisme qui a fait environ 45 000 victimes à cause de la résistance du parasite aux anciens médicaments antipaludiques. Jo Mesure, ex-coordonnateur médical de Médecins sans Frontières (MSF) dans le

nord de l'Ethiopie, se rappelle que, jusqu'en 2004, avant que les pouvoirs publics n'approuvent l'artéméter-luméfanantrine comme traitement de première intention, le personnel soignant administrait deux médicaments – la sulfadoxine pyriméthamine et la chloroquine – aux cas suspectés de paludisme à *falciparum* en sachant que ces médicaments étaient inefficaces. L'artéméter-luméfanantrine appartient à une classe de médicaments appelés ACT, ou associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, qui sont actuellement les seuls antipaludiques auxquels le parasite n'est pas résistant. Mais le prix du traitement, US \$0,60 pour un enfant et US \$2 pour un adulte, est dix fois supérieur à celui des anciens médicaments.

D'après Jo Mesure, le changement de médicaments a eu des effets immédiats et spectaculaires, comme le confirme Manica Balasegaram, qui a réalisé une étude pour le compte de MSF afin d'orienter les responsables de la politique pharmaceutique nationale éthiopienne : « Avant qu'on commence le projet, le personnel soignant citait le cas de malades qui avaient suivi sept à huit traitements de SP (sulfadoxine-pyriméthamine) sans aucun résultat. ».



Manica Balasegaram

Un agent de santé donne de l'artéméter-luméfanantrine à un patient atteint de paludisme à Kafta Humera Wereda.



efficace que le traitement sous observation directe, offrant ainsi un certain espoir de généralisation possible du traitement dans une région où le manque d'agents de santé qualifiés est souvent un frein aux efforts de santé publique. La pharmacorésistance et le changement de la politique pharmaceutique (Figure 3.6) dans environ 18 pays d'un seul coup en 2004 ont entraîné une augmentation brutale de la demande mondiale d'artémisinine, et des initiatives sont en cours pour accroître l'offre. Ainsi, des agriculteurs de la République-Unie de Tanzanie ont commencé à cultiver l'arbus-té d'où est tirée l'artémisinine. L'ingrédient actif est extrait et les comprimés fabriqués à l'étranger avant d'être réexpédiés en République-Unie de Tanzanie et dans d'autres pays africains. L'idée est, à terme, de produire localement les comprimés pour répondre à la demande intérieure.

Une autre source de préoccupation en ce qui concerne la lutte antipaludique est la qualité et la réglementation des médicaments. Certains pays d'Afrique sont en train d'améliorer leur réglementation pharmaceutique pour l'adapter à l'utilisation des nouveaux antipaludéens et répondre aux normes internationales. Les pays travaillent également sur les politiques des prix, car des médicaments chers pourraient être revendus dans la rue ou contrefaits. Lorsque la valeur marchande dans la rue est élevée, la mortalité augmente de toute façon. En effet, lorsque certains malades ne terminent pas leur traitement, les parasites deviennent résistants et l'accumulation ou la revente de médicaments encourage un usage incorrect. Les gens achètent sans se méfier des

médicaments contrefaits parce qu'ils peuvent être meilleur marché.

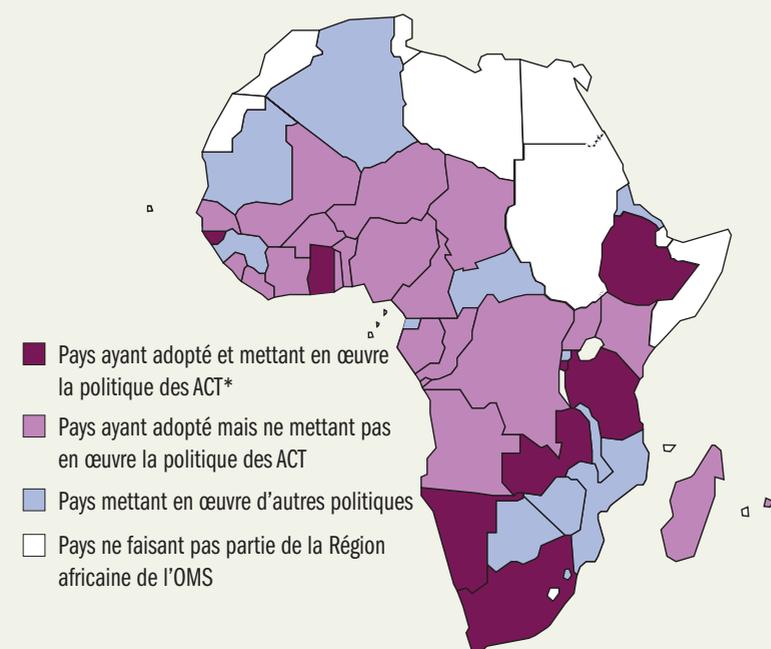
Dans les zones où le paludisme sévit à l'état endémique, la fièvre est souvent imputée au paludisme et les malades prennent des antipaludéens sans que le mal ait été correctement diagnostiqué. Il est donc essentiel de trouver le juste équilibre entre un accès rapide aux médicaments et un diagnostic précis, ce qui est difficile lorsque les pays n'ont pas suffisamment d'agents de santé qualifiés dans les communautés où la charge de morbidité est la plus élevée.

Le traitement préventif intermittent – sous forme de deux ou trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine pendant la grossesse – réduit l'anémie maternelle et le risque d'insuffisance pondérale à la naissance. Le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte est appliqué au Kenya, au Malawi, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe.

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent pendant la grossesse et les associations comportant de l'artémisinine pour les infections diagnostiquées reviennent, d'après le Bureau régional OMS de l'Afrique, de US \$2 à 8 par personne et par an, selon que l'une ou plusieurs de ces mesures simples

Fig 3.6

Changement de politique médicamenteuse antipaludique et mise en œuvre dans la Région africaine : situation en juillet 2005



\* Associations thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT).

18 pays de la Région africaine ont modifié leur politique médicamenteuse antipaludique pour passer aux ACT

Source : Base de données de l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.



de lutte antipaludique sont appliquées. Dans de nombreux pays africains, certaines personnes n'ont pas les moyens de payer autant pour le traitement d'une seule maladie parmi les nombreux problèmes de santé dont elles souffrent ; c'est pourquoi il faut subventionner le traitement si l'on veut progresser. Selon le *World malaria report 2005*, moins de 5 % de la population à risque et seulement 3 % des enfants de moins de cinq ans dormaient à l'abri d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

La couverture des femmes enceintes par le traitement préventif intermittent est faible dans la Région, le nombre de personnes recevant des antipaludéens efficaces dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes reste également peu élevé et l'augmentation de la pharmacorésistance n'arrange rien. Au total, 33 des 42 pays d'endémie de la Région ont adopté les associations comportant de l'artémisinine comme traitement de première intention, mais seuls neuf de ces pays appliquent actuellement de telles politiques thérapeutiques.

## Maladies susceptibles de causer des épidémies

Au cours des vingt dernières années, l'Afrique a vu réapparaître des maladies susceptibles de causer des épidémies ainsi que de nouvelles maladies, qui exigent toutes une réaction rapide et appropriée. Les pays de la Région africaine ont commencé à mettre en œuvre des réseaux de surveillance intégrée de la maladie et de riposte (IDSR), une étape majeure pour faire face aux flambées de maladies telles que le choléra, la méningite, la fièvre de Lassa, la fièvre jaune, l'hépatite E, la dysenterie, la peste, le paludisme et la leptospirose, qui peuvent déclencher des épidémies. Ces réseaux de surveillance ont permis d'améliorer la notification épidémiologique et la détection des flambées épidémiques, ainsi que la confirmation biologique, l'analyse des données et l'utilisation des informations.

Trente-neuf des 46 Etats Membres ont mis au point des directives pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte. Une étude menée en 2004 et portant sur 15 pays de la Région a montré que 82 % des districts en moyenne présentaient des rapports épidémiologiques en temps voulu et que 50 % d'entre eux signalaient les flambées épidémiques suspectées dans un délai de deux jours. Ces premières constatations traduisent des progrès significatifs.

Le Bureau régional OMS de l'Afrique aide les pays à mettre en place et à renforcer ces systèmes. Une base de données régionale complète pour les maladies transmissibles a été mise sur pied et, à la fin de 2004, 26 pays présentaient dans les délais requis des rapports mensuels de surveillance épidémiologique. L'OMS a établi un réseau de riposte rapide composé de 54 experts afin de fournir un appui technique aux pays en cas de flambée ou d'épidémie. Des stocks d'urgence de médicaments, de vaccins, de matériel et de réactifs ont aussi été mis à la disposition des pays en ayant besoin.

L'OMS a, au cours des dernières années, contribué à la mise en place d'un réseau de laboratoires nationaux de santé publique dans les Etats Membres afin d'améliorer l'étude des flambées épidémiques dans chaque pays et leur notification auprès de la base de données épidémiologiques centrale de la Région. En 2004, toutes les flambées importantes de la Région ont été confirmées par l'intermédiaire de ce réseau régional de laboratoires de santé publique. L'OMS a également contribué à la formation d'agents chargés dans les Etats Membres de gérer les systèmes de surveillance intégrée des maladies et de riposte. Le principal défi à relever à l'avenir sera d'étendre ces systèmes à chaque district dans chaque Etat Membre, et de veiller à la



*Au cours des 20 dernières années, l'Afrique a vu réapparaître des maladies susceptibles de causer des épidémies ainsi que de nouvelles maladies, qui exigent toutes une réaction rapide et appropriée.*



fourniture en temps voulu de l'analyse des données et à l'utilisation des données de surveillance, en tant qu'outils essentiels à des interventions efficaces dans le domaine de la santé. Un autre défi consistera à inciter les autorités et les partenaires au niveau national à maintenir leur engagement de consacrer des ressources et un financement suffisants à ces systèmes.

## Maladies négligées

Les maladies négligées – comme la maladie du sommeil, la leishmaniose viscérale et l'ulcère de Buruli – continuent à prélever un lourd tribut sur la Région africaine mais ne sont plus perçues dans les pays développés comme des maladies contre lesquelles il est besoin de lutter. La recherche et le développement de médicaments contre ces maladies ne progressent plus et pourtant elles ont encore des effets considérables sur le développement humain dans la Région et ont même gagné du terrain, tandis que les efforts se concentraient sur d'autres maladies.

Améliorer la visibilité des maladies négligées est la première étape avant de les traiter. Il est indispensable de mieux sensibiliser l'opinion à ces maladies et à leurs effets dévastateurs dans la Région alors que l'on parvient au stade final de l'éradication de la poliomyélite, objectif qui a été largement médiatisé. L'initiative Médicaments contre les maladies négligées a été lancée en 2003 pour promouvoir la mise au point de médicaments contre, notamment, la maladie du sommeil, qui touche 500 000 personnes dans 36 pays d'Afrique, mais pour laquelle le seul médicament efficace est extrêmement toxique et doit être administré par voie intraveineuse. L'ulcère de Buruli n'attire pas non plus de fonds suffisants pour pouvoir être combattu, et c'est pourtant l'infection mycobactérienne la plus courante après la tuberculose et la lèpre. Selon l'initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli, des cas ont été observés dans 30 pays du monde, dont 17 dans la Région africaine. On peut recourir au traitement chirurgical, mais il a été démontré récemment que les médicaments utilisés pour traiter d'autres maladies mycobactériennes comme la lèpre et la tuberculose pouvaient avoir des effets sur les ulcères. D'après l'initiative Médicaments contre les maladies négligées, sur 1450 nouveaux médicaments arrivés sur le marché mondial depuis les années 70, 13 seulement visent des maladies qui touchent principalement les pauvres sous les tropiques, et l'Afrique pour une grande part.

▼  
*Améliorer la visibilité des  
maladies négligées est la  
première étape avant de  
les traiter.*



## Conclusion : l'exemple des succès passés

Les exemples de succès dans la lutte contre des maladies comme la variole, la lèpre, la poliomyélite, la dracunculose et l'onchocercose montrent que l'énorme charge des maladies infectieuses en Afrique peut être réduite en utilisant mieux et en appliquant plus largement les connaissances et les techniques actuelles. Une volonté politique alliée à un soutien financier sont les conditions indispensables à la généralisation de méthodes de lutte éprouvées propres à chaque maladie. Une lutte efficace contre les maladies est tout à fait faisable moyennant un savant dosage de lutte environnementale, de chimiothérapie de masse, de vaccination, de dépistage des cas, de traitement et de prévention. En ce qui concerne le VIH/SIDA, les progrès ont été importants et l'accès aux antirétroviraux s'est amélioré. Au premier semestre de 2005, la plupart des pays africains ont fait savoir que la demande d'antirétroviraux dépassait leurs capacités et souligné qu'il était urgent d'accroître les ressources et le soutien technique pour maintenir la dynamique et élargir l'accès au traitement.

Les interventions doivent être mises en œuvre à grande échelle et dépasser les niveaux de couverture critiques ; elles doivent par ailleurs être maintenues dans la durée pour avoir un impact. Une recherche et un développement qui conduiraient à la mise au point d'un vaccin contre le paludisme et le VIH et d'un vaccin plus efficace contre la tuberculose permettraient d'éviter une grande partie des décès liés aux maladies infectieuses dans la Région africaine et de progresser sur la voie de l'OMD 6 (voir l'Encadré 3.6). Il faut aider davantage la recherche et le développement, et renforcer les capacités en matière de santé publique. La Banque mondiale estime qu'il faudrait multiplier par dix les niveaux d'aide actuelle pour combler le déficit de financement de US \$25-40 par personne et par an jugés nécessaires pour les dépenses de base de santé publique dans les pays africains à faible revenu. Dans l'intervalle, il est impératif d'utiliser davantage les solutions existantes : de mieux distribuer les moustiquaires imprégnées d'insecticide ; de maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale systématique par les vaccins recommandés ; d'utiliser à bon escient les médicaments efficaces contre le paludisme ; de proposer le dépistage universel du VIH ; de prévenir la transmission mère enfant ; et de maintenir une prévention ciblée du VIH dans les groupes à haut risque et vulnérables tels que les professionnels du sexe.



Enfin, une collaboration accrue s'impose pour améliorer l'approvisionnement en eau et les approvisionnements alimentaires et promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque. Cet effort conjugué contribuera plus que toute intervention spécifiquement dirigée contre une maladie à rapprocher la Région africaine des objectifs du Millénaire pour le développement. ■

### Encadré 3.6

## L'OMD 6 : VIH/SIDA, paludisme et autres maladies

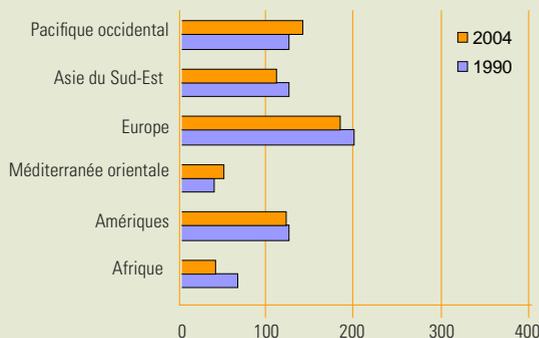
Le sixième OMD consiste, en ce qui concerne le VIH/SIDA – première cause de morbidité et de mortalité dans la Région africaine –, à stopper la propagation du virus et à commencer à inverser la tendance d'ici 2015. Les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de cet objectif se mesurent au taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans, au taux d'utilisation du préservatif et au nombre d'enfants orphelins du SIDA. En ce qui concerne le paludisme, la tuberculose et d'autres grandes maladies infectieuses, l'objectif 6 consiste aussi à stopper leur propagation et à inverser la tendance d'ici 2015. Les progrès se mesurent au taux de prévalence du paludisme et au taux de mortalité lié à cette maladie, ainsi qu'à la proportion de la population des zones d'endémie qui utilise des moyens de prévention et de traitement efficaces. Pour la tuberculose, les progrès se mesurent au taux de prévalence et au taux de mortalité, ainsi qu'à la proportion de cas détectés et soignés selon la stratégie DOTS.

C'est l'Afrique australe qui est la plus durement frappée par l'épidémie de VIH/SIDA : la prévalence y dépassait 15 % chez les

femmes enceintes de 15 à 24 ans dans huit pays en 2003-2004. D'après la Banque mondiale, l'épidémie a régulièrement progressé en Afrique subsaharienne, la prévalence passant d'un peu moins de 3 % en 1990 – point de référence pour mesurer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des OMD – à un peu plus de 7 % en 2000. En 2005, la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans était estimée à 5,8 %. Ce chiffre plus bas pour la Région africaine s'explique en partie par un élargissement de la surveillance dans les zones rurales où la prévalence est plus faible. Rien n'indique clairement que la prévalence du VIH diminue en Afrique australe, où certains pays continuent d'enregistrer des taux exceptionnellement élevés.

L'une des plus grandes difficultés pour mesurer les progrès accomplis en vue de réduire la charge du paludisme est le manque de données. En Afrique, la plupart des paludéens sont soignés à domicile. Le nombre de cas signalés par les pays n'est donc pas une indication fiable de la prévalence. Il faut recueillir des données plus exactes pour mesurer les progrès de la lutte antipaludique.

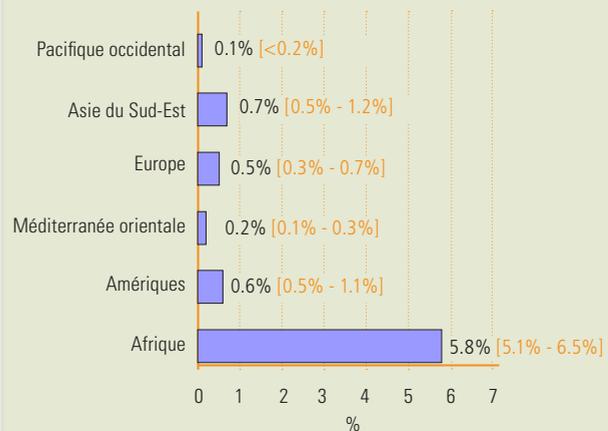
### Incidence de la tuberculose\* (taux) par Région de l'OMS



\* Les estimations de l'incidence des cas de tuberculose à frottis positif incluent les porteurs du VIH. Pour toutes les années, les estimations font l'objet de nouveaux calculs au fur et à mesure que de nouvelles informations sont disponibles et que les techniques sont affinées, de sorte qu'elles peuvent différer de celles publiées antérieurement. Voir les notes explicatives en page 149 pour plus de précisions. Les données peuvent être téléchargées à l'adresse suivante : [www.who.int/tb](http://www.who.int/tb).

Source : WHO report 2006 Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing.

### Estimations et fourchettes pour la prévalence du VIH chez l'adulte (de 15 à 49 ans) en 2005 par Région de l'OMS



Les chiffres entre crochets représentent la fourchette des estimations.

Source : ONUSIDA/OMS, mai 2006.



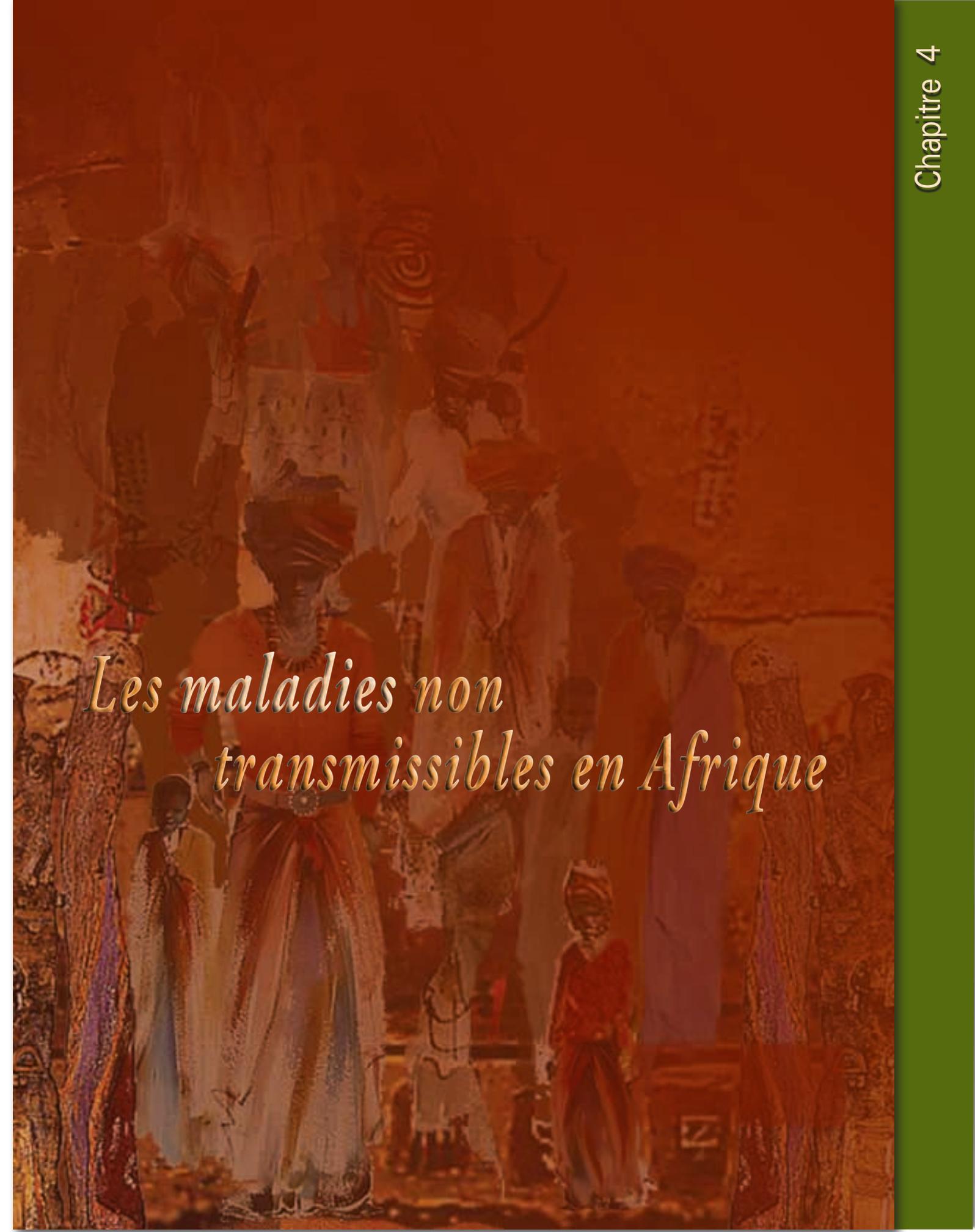
## Bibliographie

- Ainsworth M, Fransen L, Over M. *Confronting AIDS: evidence from the developing world: Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Bruxelles : Commission européenne ; 1998.
- Ait-Khaled N. et Enarson D. Tuberculose. Manuel pour les étudiants en médecine. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, 1999. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.tbrieder.org/publications/students\\_fr.pdf](http://www.tbrieder.org/publications/students_fr.pdf).
- *Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Third global report. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance 1999-2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/tb/publications/who\\_htm\\_tb\\_2004\\_343/en/](http://www.who.int/tb/publications/who_htm_tb_2004_343/en/)
- Bide L, Conseiller régional, Programme d'élimination de la lèpre, Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, AFRO. *Annual leprosy situation reports*.
- Chitsulo L, Engels D, Savioli L, Montresor A. The global status of schistosomiasis and its control. *Acta Tropica* 2000;77:41-51
- *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/HIV*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Halte à la tuberculose et au VIH/SIDA, 2002 (document WHO/CDS/TB/2002.296 ; disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/gtb/publications/tb\\_hiv/2002\\_296/pdf/who\\_cds\\_tb\\_2002\\_296\\_fr.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2002_296/pdf/who_cds_tb_2002_296_fr.pdf)).
- Cohen D. *Human capital and the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa*. Genève : Bureau international du Travail ; 2002 (document de travail N° 2).
- Commission économique pour l'Afrique. *Compact for African Recovery: Operationalizing the Millennium Partnership for the African Recovery Programme*. Addis Abeba. Commission économique pour l'Afrique, Organisation des Nations Unies. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.uneca.org/cfm/compact\\_for\\_african\\_recovery.htm](http://www.uneca.org/cfm/compact_for_african_recovery.htm).
- *Communicable diseases in the WHO African Region 2003*. Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles. Harare : Organisation mondiale de la Santé, Bureau OMS régional de l'Afrique ; 2004.
- *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 »*. Juin 2005. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing [Lutte contre la tuberculose dans le monde : surveillance, planification et financement]*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 (document WHO/HTM/TB/2005.349) (résumé en français).
- *Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2005*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2005 (document ONUSIDA/05.19F ; disponible à l'adresse suivante : [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi\\_update\\_2005\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update_2005_fr.pdf)).
- *Le Rapport sur le Paludisme en Afrique 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, 2003 (document WHO/CDS/MAL/2003.1093 ; disponible à l'adresse suivante : [http://rbm.who.int/amd2003/amr2003/french/amr2003\\_fr.pdf](http://rbm.who.int/amd2003/amr2003/french/amr2003_fr.pdf)).
- *Le SIDA en Afrique : trois scénarios pour l'horizon 2025*. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2005 (document ONUSIDA/05.03F, disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/en/AIDS+in+Africa+Three+scenarios+to+2025.asp>).
- *Le VIH/SIDA dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses*. Genève : Bureau international du Travail ; Le Programme de l'OIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail ; 2004.
- *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002.
- Partenariat mondial pour Faire reculer le paludisme. *World Malaria Report 2005 [Rapport mondial 2005 sur le paludisme]*. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2005 (résumé analytique en français).
- Piola P, Fogg C, Bajunirwe F, Biraro S, Grandesso F, Ruzagira E, et al. Supervised versus unsupervised intake of six-dose artemether-lumefantrine for treatment of acute, uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria in Mbarara, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 2005;365:1467-1473.



- *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Halte à la Tuberculose et Département VIH/SIDA, 2004 (documents WHO/HTM/TB/2004.330 et WHO/HTM/HIV/2004.1 : disponibles sur le site Internet à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_HTM\\_TB\\_2004.330\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_fre.pdf)).
- *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: A Report on "3 x 5" and Beyond.* Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- *Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du Millénaire pour le développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine.* Paris : Economica pour le Programme des Nations Unies pour le Développement ; 2003. Disponible à l'adresse suivante : <http://hdr.undp.org/reports/global/2003/francais/>.
- *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 : 4<sup>e</sup> rapport mondial.* Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2004 (document ONUSIDA/04.16F ; disponible à l'adresse suivante : [http://www.unaids.org/html/pub/global-reports/bangkok/unaidsglobalreport2004\\_fr\\_html.htm](http://www.unaids.org/html/pub/global-reports/bangkok/unaidsglobalreport2004_fr_html.htm)).
- *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006 : Edition spéciale 10<sup>e</sup> anniversaire de l'ONUSIDA.* Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2006. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/2006-GR\\_fr.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_fr.asp).
- Rongou J. Conseiller régional, Rapports annuels, Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, Autres maladies tropicales (OTD). Harare : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. *Annual reports, other tropical diseases.*
- Rongou JB, Mubila L, Dabiré A, Kinvi EB, Kabore A. Progress in lymphatic filariasis elimination in the African Region. *Communicable Diseases Bulletin for the African Region.* 2005 Mar; 3: 10-11.
- Sachs J, Malaney P. The economic and social burden of malaria. *Nature* 2002;415:618-685.
- Steketee RW, Nahlen BL, Parise ME, Menendez C. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2001;64:28-35.
- Stephenson LS, Latham MC, Ottesen EA. Global malnutrition. *Parasitology* 2000;121 Suppl:S5-22.
- *TB/HIV. Clinical Manual.* Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546344.pdf>. (Première édition parue en français sous le titre : *TB/HIV. Tuberculose et VIH. Manuel clinique. Première édition.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document WHO/TB/96.200 : disponible à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_TB\\_96.200\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_TB_96.200_fre.pdf)).
- *Treatment of Tuberculosis. Guidelines for National Programmes.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (document WHO/CDS/TB/2003.213 ; disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/tb/publications/cds\\_tb\\_2003\\_313/en/](http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en/)).
- *VIH/SIDA. Rapport sur la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA dans la Région OMS de l'Afrique : Mise à jour 2005.* Harare : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique ; décembre 2005.





*Les maladies non  
transmissibles en Afrique*



## *Messages clefs*

- Les maladies non transmissibles et les traumatismes constituent un problème de santé publique de plus en plus grave dans la Région africaine
- Les pays africains ne consacrent pas des ressources suffisantes à la lutte contre les maladies non transmissibles
- Les donateurs et les instituts de recherche négligent le fardeau de plus en plus lourd des maladies non transmissibles et des traumatismes
- Les facteurs de risque pour les maladies non transmissibles et les maladies chroniques sont en augmentation dans de nombreux pays africains

## *Solutions*

- Les gouvernements africains doivent agir vite afin d'éviter les erreurs des pays riches et industrialisés
- Il faut étendre les solutions clefs, peu coûteuses, en particulier la prévention et la promotion de la santé, à l'ensemble de la population
- La législation peut améliorer les soins en santé mentale et la lutte contre les maladies non transmissibles
- Tous les ministères et les organisations non gouvernementales doivent travailler ensemble pour assurer une approche globale du problème



# *Les maladies non transmissibles en Afrique*

## **Une nouvelle menace**

**L**es maladies non transmissibles telles que l'accident vasculaire cérébral, le diabète, le cancer et les cardiopathies, généralement considérées comme des maladies de l'Occident, sont de plus en plus courantes dans toute la Région africaine. Les traumatismes sont aussi devenus un problème de santé publique important. On consacre pourtant peu d'attention et de ressources à ces affections chroniques et aux traumatismes, souvent relégués au second plan par d'autres affections qui, comme l'infection à VIH/SIDA, font les gros titres (voir la Figure 4.1).

En réalité, on recense maintenant deux fois plus de décès par maladie cardio-vasculaire dans les pays en développement que dans les pays développés. En Afrique du Sud, les maladies non transmissibles venaient en tête des causes de mortalité en 2000, avec 37 % des décès et 21 % des années de vie perdues à la suite d'un décès prématuré (voir le Tableau 4.1).

En outre, les complications – en particulier l'accident vasculaire cérébral et les insuffisances cardiaques et rénales – ainsi que certaines formes de cancer, comme le cancer du col de l'utérus, surviennent à un âge plus précoce et sont plus fréquentes dans la Région que dans les pays développés. L'âge moyen auquel se produisent les décès par maladie cardio-vasculaire étant inférieur de 10 ans au moins dans les pays à faible revenu par rapport aux pays développés, les adultes sont frappés pendant leurs années les plus productives.

## **Le double fardeau qui pèse sur l'Afrique**

Un double fardeau pèse lourdement sur les systèmes de santé de la Région africaine : à la mortalité et à la morbidité élevées que provoquent les maladies transmissibles s'ajoute la fréquence de plus en plus grande des maladies non transmissibles, au nombre desquelles les maladies mentales et les traumatismes. Les systèmes de santé conçus pour dispenser des soins aigus et ponctuels dans



certains pays sont mal adaptés et n'ont pas les ressources nécessaires pour soigner les maladies chroniques.

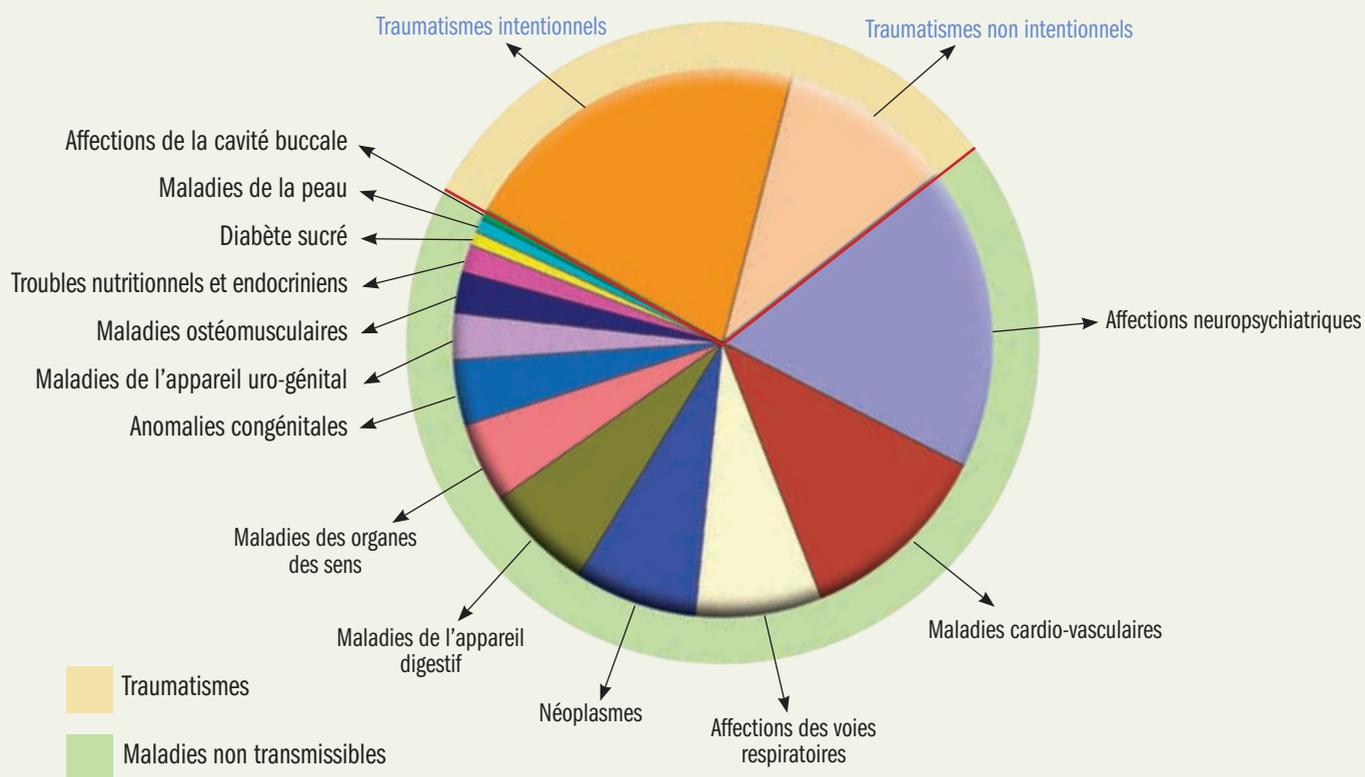
Les maladies non transmissibles les plus fréquentes sont associées à un petit nombre de facteurs de risque courants et modifiables : hypertension, hypercholestérolémie, tabagisme, consommation excessive d'alcool, apport insuffisant de fruits et de légumes, surcharge pondérale, obésité ou sédentarité. De fait, 75 % à 85 % des nouveaux cas de cardiopathies coronariennes peuvent être imputés à ces facteurs de risque qui, liés à l'urbanisation et à la mondialisation, deviennent de plus en plus importants dans la Région africaine. A mesure que les habitants des villages viennent s'installer en ville, le régime traditionnel riche en fruits et légumes est progressivement remplacé par une alimentation riche en calories provenant de graisses animales et pauvre en glucides complexes.

Ce changement d'alimentation s'accompagne d'une diminution de l'activité physique due à l'abandon de l'agriculture traditionnelle pour des travaux sédentaires. Commercialisés dans le monde entier, le tabac, l'alcool et les aliments à forte teneur en graisses, en sucre et en sel sont consommés dans toute la Région sauf dans les zones les plus reculées.

Fig 4.1

Charge des maladies non transmissibles et des traumatismes, en DALY\* par cause dans la Région africaine de l'OMS, estimations pour 2001

Les maladies non transmissibles et les traumatismes ont représenté 27 % de la charge totale de morbidité dans la Région africaine de l'OMS en 2001



Source : Rapport sur la santé dans le monde, 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

\* Disability-adjusted life years : années de vie ajustées sur l'incapacité.



Une enquête réalisée en Algérie en 2003 illustre l'ampleur du problème : sur 4000 personnes sondées en milieu urbain et en milieu rural, 12,8 % fumaient tous les jours, 5,1 % buvaient de l'alcool, 55,8 % consommaient moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour, 25,6 % ne faisaient presque pas d'exercice physique, 16,4 % étaient obèses, 29,1 % avaient de l'hypertension, 2,9 % souffraient d'hyperglycémie et 36,5 % d'hypercholestérolémie.

D'autres enquêtes réalisées au Cameroun, en Erythrée, au Mozambique et en République du Congo donnent des résultats analogues, bien que la consommation d'alcool soit beaucoup plus élevée dans ces pays.

## L'aspect méconnu de la morbidité en Afrique

### Maladies cardio-vasculaires

D'après le Rapport sur la santé dans le monde publié en 2001, les maladies cardio-vasculaires représentaient à elles seules 9,2 % de la mortalité totale en Afrique en 2000, contre 8,15 % en 1990. Plus de 20 millions de personnes souffrent d'hypertension dans la Région africaine ; la prévalence est comprise entre 25 % et 35 % chez les adultes de 25 à 64 ans, et la tendance s'accroît nettement avec le temps.

En règle générale, les citadins sont plus exposés au risque de maladies cardio-vasculaires que les ruraux. Il ressort d'une étude réalisée sur plus d'un millier d'hommes et de femmes au Ghana que la prévalence de l'hypertension est de 33 % dans les villages semi-urbains et de 24 % en milieu rural. Le dépistage, le traitement et les moyens de lutte s'avèrent médiocres d'une manière générale, mais particulièrement insuffisants dans les zones rurales.

Si elle n'est pas traitée, l'hypertension accroît le risque d'accident vasculaire cérébral et de maladies cardio-vasculaires. Quinze millions de personnes par an dans le monde font un accident vasculaire cérébral ; 5 millions en meurent et 5 autres millions restent handicapées à vie. La Région africaine est l'une des plus durement touchées par cette pathologie. A titre d'exemple, les taux de mortalité par accident vasculaire cérébral sont 10 fois plus élevés en République-Unie de Tanzanie qu'au Royaume-Uni. On attribue cette forte incidence au fait que l'hypertension n'est pas traitée. Le vieillissement des populations de la Région risque, par ailleurs, d'entraîner une forte augmentation de l'incidence de l'accident vasculaire cérébral dans les années à venir.

### Obésité et dénutrition : le paradoxe africain

L'Afrique est un vaste continent où coexistent l'extrême pauvreté et la plus grande richesse. La dénutrition reste le plus important des facteurs sous-jacents responsables de la forte mortalité infanto-juvénile dans la Région. D'après les enquêtes démographiques et sanitaires publiées pendant la décennie 1988-1999, la prévalence du faible poids de naissance s'échelonnait entre 11 % et 52 % en Afrique subsaharienne. De 30 % à 40 % des enfants présentaient un retard de croissance dû à une dénutrition chronique et 10 % souffraient d'émaciation en raison d'une dénutrition aiguë. La moitié des enfants de moins de cinq ans avaient une carence en fer et un quart une carence en vitamine A. Entre 4 % et 40 % des femmes en âge de procréer présentaient un déficit pondéral. C'est chez les personnes déplacées, y compris les réfugiés, que la dénutrition de l'adulte était la plus fréquente.



OMS/H. Anandén

Le risque cancéreux menace tous les jeunes fumeurs de la Région.



**Tableau 4.1**  
**Les 20 premières causes de mortalité en**  
**Afrique du Sud**

Causes distinctes	Nombre de décès	Rang
VIH/SIDA	155 859	1
<i>Cardiopathie ischémique<sup>a</sup></i>	32 919	2
<i>Homicide/violence</i>	32 485	3
<i>Accident vasculaire cérébral</i>	32 114	4
Tuberculose	29 553	5
Infections des voies respiratoires inférieures	22 097	6
<i>Accidents de la route</i>	18 446	7
Maladies diarrhéiques	15 910	8
<i>Cardiopathie hypertensive</i>	14 233	9
<i>Diabète sucré</i>	13 157	10
POC <sup>b</sup>	12 473	11
<i>Faible poids de naissance</i>	11 876	12
Néphrite/néphrose	7 225	13
<i>Cancer de la trachée/des bronches/du poumon</i>	7 173	14
<i>Asthme</i>	6 987	15
<i>Suicide</i>	6 370	16
Septicémie	6 047	17
<i>Cancer de l'œsophage</i>	5 803	18
<i>Cirrhose du foie</i>	5 672	19
<i>Malnutrition protéino-énergétique</i>	5 511	20

Source : *South African Health Survey 2000*.

<sup>a</sup> Les italiques indiquent les maladies non transmissibles.

<sup>b</sup> Pneumopathie obstructive chronique.

Les enquêtes effectuées au Nigéria montrent que la situation dans ce pays ne s'améliore guère. En 1990, 43 % des enfants de moins de cinq ans avaient un retard de croissance ou étaient petits pour leur âge. D'après la même étude effectuée en 2003, 38 % des enfants présentaient un retard de croissance, 19 % un retard grave, près d'un enfant sur dix était émacié, près d'un sur trois avait un déficit pondéral et 9 % un déficit grave.

La dénutrition dans la petite enfance peut être un facteur de risque de maladie non transmissible à l'âge adulte, surtout si elle s'accompagne d'un changement de mode de vie tel qu'une grande consommation de sucres, de graisses et une diminution de l'activité physique. L'obésité augmente de façon alarmante dans la Région africaine depuis le début des années 90. De plus en plus répandu, le régime alimentaire riche en graisses saturées, en sucre et en sel et pauvre en fruits et légumes fait que, dans certains pays comme l'Afrique du Sud et le Kenya, les enfants ont un surpoids mais sont atteints de malnutrition, car ils absorbent trop de calories et pas assez de nutriments pour devenir des adultes bien portants.

D'après une enquête effectuée en Afrique du Sud en 1998, 29 % des hommes et 56 % des femmes avaient un surpoids. Près d'un homme sur 10 et de 3 femmes sur 10 étaient obèses et, d'une manière générale, la surcharge pondérale devenait de plus en plus fréquente avec l'âge. Le risque d'obésité était plus grand en milieu urbain qu'en milieu rural. La proportion de femmes âgées de 45 à 64 ans ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 atteignait 46 %.

L'obésité est un important facteur de risque de diabète de type 2, lequel gagne rapidement du terrain dans la Région. Dans les pays africains plus nantis, comme Maurice et les Seychelles, près du quart des personnes d'âge mûr sont touchées.

## Cancer

Parmi les maladies non transmissibles, le cancer est la deuxième cause majeure de morbidité et de mortalité. Le tabagisme est à lui seul le plus important facteur causal : il est à l'origine d'environ 30 % de tous les cancers dans les pays développés et d'un nombre croissant de cas dans les pays en développement. Il provoque 90 % des cancers du poumon et est un facteur de risque majeur d'au moins 11 autres types de cancer ; il est responsable aussi de cardiopathies, d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies pulmonaires chroniques tels la bronchite et l'emphysème. En 2000, 200 000 personnes sont mortes de causes liées au tabac en Afrique et la prévalence du tabagisme était de 29 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes. Il ressort de l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac que la proportion de fumeurs chez les 13-15 ans va de 13 % au Kenya à 33 % en Ouganda.

Les facteurs alimentaires sont à l'origine de 20 % environ des cancers dans les pays en développement. Le surpoids ou l'obésité sont d'importants facteurs de risque de cancer, notamment de l'estomac, du côlon, du sein, de l'utérus et du rein. Une alimentation riche en fruits et légumes peut prévenir divers types de cancer, tandis qu'une grande consommation de viande rouge ou de viande en conserve accroît le risque cancéreux. La consommation régulière d'aliments très salés double le risque de cancer de l'estomac.

Certains cancers sont liés à des maladies infectieuses. Si l'on prévenait et dépistait suffisamment tôt ces maladies, les cancers qui leur sont associés ne se développeraient pas. Par exemple, le cancer primitif du foie est l'une des trois plus grandes causes de décès par cancer dans la majeure partie de l'Afrique, de l'Asie et du bassin du Pacifique, mais il est relativement rare en Occident. Le principal facteur



de risque est l'infection par le virus de l'hépatite B ou C. L'exposition à l'aflatoxine, substance toxique présente dans les cacahuètes, le blé, le soja, l'arachide, le maïs et le riz moisis, est elle aussi un facteur de risque. Les personnes qui consomment ces aliments contaminés pendant une durée prolongée risquent davantage de développer un cancer du foie. Ce problème est plus courant en Afrique et en Asie que dans d'autres parties du monde.

Le papillomavirus humain provoque le cancer du col de l'utérus et, avec près de 239 000 décès par an dans le monde, vient au cinquième rang des causes de mortalité cancéreuse chez la femme. L'Afrique enregistre chaque année quelque 68 000 cas de cancer du col. Ce cancer se prête particulièrement bien à une action de santé publique car, contrairement à ce qui se passe pour la plupart des cancers, le dépistage des lésions précancéreuses et leur traitement avant qu'elles n'évoluent en cancer sont d'un bon rapport coût/efficacité. Ce sont généralement les trentenaires et les quadragénaires qui présentent les lésions les plus dangereuses et les femmes de 40 à 60 ans qui développent un cancer quand les lésions ne sont pas traitées. Les pays qui ont un service performant de dépistage du cancer du col peuvent obtenir des résultats spectaculaires en termes de traitement et de prévention. C'est ainsi que le taux d'incidence du cancer du col standardisé sur l'âge n'est que de 7,7 cas pour 100 000 femmes en Amérique du Nord contre 68,6 cas pour 100 000 en République-Unie de Tanzanie.

## Traumatismes, violence et incapacités

Les traumatismes sont une cause majeure de décès et d'incapacités dans la Région africaine, en particulier chez les 5-29 ans. Trois des cinq premières causes de mortalité dans cette tranche d'âge sont liées aux traumatismes. Les conflits armés sont fréquents en Afrique et entraînent une mortalité et une morbidité importantes. La Région africaine a été le théâtre de cinq des dix conflits les plus graves qui ont eu lieu dans le monde au cours des années 90. Au nombre de morts et de blessés au combat, il faut ajouter les conséquences sanitaires du déplacement des populations, l'effondrement des services sanitaires et sociaux et le risque accru de contagion. Même dans les pays qui ne sont pas en proie à un conflit armé, les blessures par balles et d'autres formes de violence interpersonnelle pouvant engendrer une incapacité physique font beaucoup de victimes. Une telle situation rend la réadaptation particulièrement difficile et contribue à la pauvreté des communautés touchées (voir l'Encadré 4.1). La noyade est une cause importante de décès chez les enfants. Les brûlures sont elles aussi courantes, en particulier chez les épileptiques, qui, lors d'une crise, se brûlent souvent sur les fourneaux domestiques. Les soins prodigués aux blessés sont insuffisants et tous ces traumatismes engendreraient moins de décès et d'incapacités graves si les services de traumatologie et de réadaptation étaient plus développés (voir le Tableau 4.2).

Le nombre de morts sur les routes est de 40 % plus élevé dans la Région africaine que dans les pays à revenu faible ou moyen et de 50 % supérieur à la moyenne mondiale. L'épidémie de traumatismes dus aux accidents de la route ne fait que commencer dans les pays en développement et menace de croître de façon exponentielle avec l'augmentation rapide du nombre de véhicules. Certains pays, comme l'Algérie, le Bénin, le Kenya et le Rwanda, prennent des mesures pour limiter le nombre d'accidents dont sont victimes les piétons, les cyclistes et les passagers des transports publics (voir l'Encadré 4.2).



*Les conflits armés sont fréquents en Afrique et entraînent une mortalité et une morbidité importantes.*

*Même dans les pays qui ne sont pas en proie à un conflit armé, les blessures par balles et d'autres formes de violence interpersonnelle pouvant engendrer une incapacité physique font beaucoup de victimes.*



#### Encadré 4.1

### Réadaptation des victimes de mines terrestres en Angola

« J'ai cru que ma vie était finie. Je voulais mourir », se souvient Jose Antonio quand il évoque le jour où il a marché sur une mine antipersonnel alors qu'il combattait en première ligne pendant la guerre civile en Angola. Il a eu presque toute la jambe gauche arrachée par l'explosion.

Après avoir été amputé au-dessus du genou, Jose s'est installé à Luanda, la capitale de l'Angola, pour y être mieux soigné. C'est là qu'il a entendu parler du centre de réadaptation pour amputés, le Centro Neves Bendinha, dirigé par les autorités sanitaires de la province avec le soutien du Comité international de la Croix-Rouge (CICR).

« J'ai eu beaucoup de chance », dit ce père de sept enfants alors qu'il teste sa nouvelle prothèse sur une aire de sable et monte et descend les escaliers avec agilité. « Je suis resté anxieux pendant des années après l'accident. Je sursautais au moindre bruit fort et j'avais peur de sortir de chez moi. Mais ma femme m'a persuadé de reprendre le travail. Notre famille s'agrandissait et on dépendait tous beaucoup trop d'elle. Puisque je pouvais marcher, il n'y avait aucune raison pour que je ne travaille pas. C'est le courage qui me manquait. »

Aujourd'hui peintre en carrosserie, Jose estime que c'est grâce au travail qu'il ne s'apitoie plus sur son sort. « Bien sûr, je ne peux plus faire tout ce que je faisais avant, mais je suis vivant, j'ai un travail qui fait que je me sens utile et j'ai une femme intelligente qui m'a fait comprendre qu'il n'y avait pas que moi et ma jambe dans la vie », dit-il en riant.

On estime que 6 millions de mines terrestres – héritage du conflit qui a ravagé le pays pendant 27 ans – sont disséminées sur le territoire angolais. Elles continuent à mutiler et, d'après l'UNICEF, un Angolais sur 415 est infirme.

Lorsqu'ils existent, les services de réadaptation sont

généralement situés dans les villes et les centres provinciaux, de sorte que les habitants de zones rurales n'y ont pas accès. Ceux qui, comme Jose, bénéficient des rares services existants peuvent mener une vie productive. Mais l'absence de services de soutien post-traumatique et de programmes d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle fait obstacle à la réinsertion sociale des victimes de mines terrestres. Beaucoup d'amputés pensent qu'ils n'ont pas d'autre issue que de mendier dans la rue.

« La réadaptation physique n'est qu'une pièce du puzzle. L'aide aux victimes de mines terrestres est beaucoup plus complexe », estime Tracy Brown, représentant local de la Viet Nam Veterans of America Foundation (VVAFA), organisation non gouvernementale qui dirige des programmes de réadaptation des victimes de mines terrestres dans l'est de l'Angola.

D'après lui, le soutien post-traumatique et l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle sont indispensables à la réinsertion sociale, car ils donnent accès à la formation et à l'emploi. Mais ils coûtent cher. Les matériaux et le montage d'un membre artificiel coûtent déjà entre US \$300 et US \$800 en moyenne, mais il faut compter quelque US \$2000 quand on ajoute les services de réadaptation post-traumatique.



Karen Iley

Jose Antonio teste sa nouvelle jambe au centre Neves Bendinha.

En Ouganda, le taux annuel de létalité des accidents de la circulation – 160 décès pour 10 000 véhicules – est l'un des plus élevés de la Région. Les collisions sur la route coûtent à l'économie ougandaise environ US \$101 millions par an, soit 2,3 % du produit national brut. Elles pèsent lourdement sur l'économie nationale et régionale, mais aussi sur les ménages : d'après une étude réalisée au Kenya, plus de 75 % des morts sur les routes sont de jeunes adultes, actifs sur le plan économique, et les plus exposés au risque d'accident mortel sont les piétons et les conducteurs de deux-roues motorisés qui représentent 80 % des décès.

Le nombre de morts n'est que la partie émergée de l'iceberg : chaque année, entre 20 et 50 millions de personnes dans le monde sont blessées ou restent handicapées à la suite d'un accident de la circulation. Les piétons et les conducteurs de deux-roues motorisés, qui appartiennent généralement aux classes les plus modestes, sont les plus exposés aux risques de traumatisme et d'accident mortel sur les routes.



Tableau 4.2  
Principales causes de mortalité dans la Région africaine, 2002

Rang	0-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	Tous âges
1	Paludisme	Infections des voies respiratoires inférieures	VIH/SIDA	VIH/SIDA
2	Infections des voies respiratoires inférieures	VIH/SIDA	Tuberculose	Paludisme
3	Maladies diarrhéiques	Accidents de la route	Violence	Infections des voies respiratoires inférieures
4	Affections périnatales	Rougeole	Infections des voies respiratoires inférieures	Maladies diarrhéiques
5	VIH/SIDA	Trypanosomiase	Accidents de la route	Affections périnatales
6	Rougeole	Incendies	Fait de guerre	Maladie cérébrovasculaire
7	Coqueluche	Noyades	Hémorragie maternelle	Tuberculose
8	Malnutrition protéino-énergétique	Tuberculose	Avortement	Cardiopathie ischémique
9	Tétanos	Paludisme	Paludisme	Rougeole
10	Anomalies congénitales	Violence	Septicémie maternelle	Accidents de la route
11	Syphilis	Méningite	Troubles tensionnels	Violence
12	Tuberculose	Empoisonnements	Noyades	Coqueluche
13	Incendies	Chutes	Dystocie	Pneumopathie obstructive chronique
14	Accidents de la route	Infections des voies respiratoires supérieures	Syphilis	Malnutrition protéino-énergétique
15	Carence en vitamine A	Hépatite B	Lésions auto-infligées	Néphrite et néphrose
16	Anémie	Epilepsie	Trypanosomiase	Syphilis
17	Noyades	Malnutrition protéino-énergétique	Epilepsie	Fait de guerre
18	Empoisonnements	Lymphomes, myélome multiple	Empoisonnements	Tétanos
19	Troubles endocriniens	Anémie	Maladie cérébrovasculaire	Diabète sucré
20	Méningite	Leishmaniose	Cardiopathie rhumatismale	Noyades

Source : *Global Burden of Disease 2002*.

L'alcool joue un rôle important dans les accidents de la route. Il ressort d'une étude réalisée en Afrique du Sud que 29 % environ des conducteurs blessés et plus de 47 % des conducteurs morts dans un accident avaient bu. Une étude ultérieure a révélé que plus de 52 % des patients admis en traumatologie à la suite d'un accident de la route avaient un taux excessif d'alcool dans le sang.

## Cécité

Les principales causes de cécité dans la Région sont la cataracte, le trachome, le glaucome, l'onchocercose et la cécité infantile. Actuellement de 9 millions environ, le nombre de personnes aveugles en Afrique subsaharienne pourrait atteindre 15



## Rendre les routes plus sûres au Rwanda

Liliane Uwamahoro peut encore marcher, mais seulement avec des béquilles. Elle est l'un des six passagers à avoir survécu à l'accident d'un taxi public à Kigali, la capitale du Rwanda, en 2002. Liliane a perdu la jambe droite et porte une prothèse. Huit passagers sont morts dans l'accident. Elle se plaint de douleurs dans la jambe gauche et ne peut toujours pas se faire à l'idée d'avoir une jambe en moins. Liliane a arrêté ses études depuis trois ans et a passé la première année à l'hôpital. Sa famille s'est cotisée pour payer son traitement. Elle a l'intention de retourner à l'université cette année, mais ce ne sera pas facile. « Je suis obligée de tout faire lentement », déplore-t-elle.

Dans la Région africaine, le nombre de morts sur les routes est de 40 % plus élevé que dans tous les autres pays à faible ou moyen revenu et de 50 % supérieur à la moyenne mondiale. Comme de plus en plus de pays africains, le Rwanda, qui compte 8 millions d'habitants, prend des mesures contre cette mortalité élevée. Le porte parole de la police, Tony Kuramba, constate que le nombre d'accidents de la circulation a atteint des records en 2002 et 2003. « Nous faisons déjà beaucoup, mais nous avons réalisé qu'il fallait redoubler d'efforts pour imposer une discipline sur les routes. »

La police rwandaise a lancé une campagne publique d'information en 2003. Elle a demandé aux syndicats de transporteurs routiers de s'assurer que leur personnel conduisait prudemment et est intervenue dans les médias pour faire comprendre que les automobilistes et les piétons devaient respecter le code de la route. Dans le cadre de cette campagne, la sécurité routière a été inscrite au programme des écoles primaires et secondaires.

L'année suivante, informe Tony Kuramba, 324 personnes furent tuées sur les routes, soit près d'un quart de moins que l'année précédente, et le nombre de blessés a diminué de 10 % pour s'établir à 3310. « Mais nous sommes conscients que plus de 3000 vies sacrifiées sur les routes, c'est encore beaucoup », commente-t-il.

Aux termes de la législation adoptée depuis, les passagers qui ne portent pas leur ceinture de sécurité et les personnes qui circulent sans casque à motocyclette ou en vélomoteur encourrent une amende de US \$10, soit un cinquième du salaire mensuel d'un fonctionnaire rwandais. Les effectifs de la police de la route ont été doublés dans la capitale afin de sanctionner la conduite en état d'ivresse et la conduite dangereuse, les excès de vitesse et autres infractions comme la conduite d'un véhicule présentant des défauts mécaniques. Des postes de police ont été créés dans les provinces rurales pour surveiller les grands axes qui mènent à Kigali, où la plupart des accidents se produisent.



Les accidents de la route risquent d'augmenter de façon exponentielle dans les pays en développement vu l'augmentation rapide du nombre de véhicules.

millions d'ici 2020 si l'on ne prend pas des mesures. Quelque 80 % des causes de cécité sont évitables.

En Afrique subsaharienne, la première cause de cécité est la cataracte, qui représente près de 50 % des cas de cécité dans cette partie de l'Afrique. Le trachome est la cause infectieuse de cécité la plus répandue dans le monde ; il est endémique dans 48 pays, dont la plupart sont situés en Afrique. L'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome d'ici l'an 2020 (GET 2020) a adopté la stratégie « CHANCE » (chirurgie des paupières (CH), antibiothérapie (A), nettoyage du visage (N) et changements environnementaux (CE)), pour atteindre cet objectif, mais la plupart des pays ne sont pas encore parvenus à mettre en œuvre cette stratégie à grande échelle.

Afin de parvenir à lutter durablement contre le trachome et à l'éliminer, l'ensemble des quatre composantes de la stratégie CHANCE doit être appliqué conjointement. De même, il faut mettre en place les trois éléments essentiels de l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, à savoir les interventions de lutte contre la maladie, le développement des ressources humaines et le renforcement des infrastructures, en s'appuyant sur la participation communautaire, qui est essentielle.

A la suite du lancement, en 1999, de l'initiative mondiale, VISION 2020 : Le droit à la vue, par l'OMS et des partenaires clés, plusieurs pays de la Région ont redoublé d'efforts pour prévenir et soigner la cécité. L'objectif était d'éliminer la cécité évitable dans le monde d'ici l'an 2020. Cependant, au début de 2005, seuls 22 des 46 Etats Membres de l'Afrique avaient adopté l'initiative mondiale VISION 2020, en signant la Déclaration mondiale de soutien, et seuls 15 pays de la Région avaient mis sur pied un comité national pour la prévention de la cécité.

## Problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale gagnent du terrain partout dans la Région africaine, du fait, entre autres, des conflits et des situations d'après-conflit.

En 2002, les troubles mentaux représentaient 5 % de la charge totale de morbidité dans la Région. De plus, malgré le poids des maladies physiques, ils étaient à l'origine de 19 % de toutes les incapacités recensées en Afrique. La dépression est un problème d'une ampleur particulière et représente 5 % de toutes les incapacités.

La progression des troubles mentaux et neurologiques est liée, outre aux conflits, à la forte prévalence de maladies transmissibles comme la méningite, la cysticerose, la maladie du sommeil (trypanosomiase) et l'infection à VIH/SIDA. Vient s'ajouter l'effondrement des valeurs et des structures familiales traditionnelles : les jeunes et les adultes sont mal préparés aux difficultés de la vie et plus tentés par l'alcool et les drogues illicites. D'ailleurs, l'un des grands défis dans la Région aujourd'hui est de réduire la consommation de ces substances.

La pauvreté, aggravée par des conditions socio-économiques difficiles, peut conduire à l'isolement et à la solitude et, partant, à la dépression, en particulier chez les personnes vulnérables. La dépression et les troubles psychotiques aigus sont devenus plus fréquents chez les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Faute d'un diagnostic précoce et de soins appropriés, ces affections peuvent devenir chroniques.

Malheureusement, la Région africaine n'a pas assez de ressources humaines et financières pour assumer la charge des troubles mentaux (voir le Tableau 4.3). Les professionnels de la santé mentale y sont moins nombreux que dans les autres Régions de l'OMS. Ainsi, le nombre moyen de psychiatres pour 100 000 habitants n'est que de 0,04.

Il en va de même pour les lits psychiatriques, le nombre médian de lits pour 10 000 habitants étant de 0,34. En outre, seulement 56 % des pays africains ont des établissements de santé mentale de type communautaire et seuls 37 % des pays de la Région ont des programmes de santé mentale pour les enfants, et 15 % seulement pour les personnes âgées.

L'accès aux soins de santé mentale est également limité par leur coût. Dans 18 pays de la Région, le mode le plus courant de financement du traitement repose sur les paiements directs et seulement 20 pays versent des pensions d'invalidité. Il en résulte que la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux dans la Région africaine ne bénéficient d'aucun traitement médical alors qu'il existe des thérapies efficaces pour de nombreuses affections.



Laurence Layani

Les enfants en bonne santé ont plus de chances de l'être aussi à l'âge adulte.

## Maladies génétiques

Les maladies génétiques les plus répandues en Afrique sont celles qui modifient la sensibilité au paludisme. Il s'agit principalement de la drépanocytose, de la thalassémie, de l'elliptocytose et de la carence en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD). La drépanocytose cause de grandes souffrances, entraîne un absentéisme fréquent à l'école et des décès prématurés chez les enfants. Même si la maladie reste incurable pour le moment, on peut faire beaucoup pour prévenir et soigner ses symptômes. Malheureusement, la majorité des enfants touchés dans la Région ne bénéficient pas toujours des interventions les plus élémentaires telles que l'administration d'apports liquidiens intraveineux et d'antalgiques.



Tableau 4.3

Ressources de santé mentale dans certains pays de la Région africaine

Ressources	Afrique du Sud	Angola	Cameroun	Ethiopie	Mali
Politique de santé mentale	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Politique de lutte contre les toxicomanies	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Part du budget global de la santé spécialement destinée à la santé mentale	2,7 %	Non indiquée	0,1%	Non indiquée	0,02%
Traitement des troubles mentaux graves au niveau des soins de santé primaires	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Nombre de lits psychiatriques pour 10 000 habitants	4,5	0,13	0,08	0,07	0,2
Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants	1,2	0,07	0,03	0,02	0,06

Source : Projet Atlas : projet du Département Santé mentale et toxicomanies, OMS, Genève.

On pourrait faire bien plus en Afrique pour dépister ces anomalies génétiques chez l'enfant, prévenir les complications de la maladie grave, informer les familles des patients et donner des conseils de planification familiale aux adultes touchés.

### Affections de la cavité buccale

Plusieurs affections graves de la cavité buccale sévissent dans la Région africaine, dont le noma, le cancer de la bouche, les manifestations bucco-dentaires associées à l'infection à VIH/SIDA et les traumatismes maxillo-faciaux. Dans de nombreux pays africains, les caries dentaires et les maladies parodontales sont de plus en plus fréquentes compte tenu du changement de régime alimentaire et de la consommation croissante de sucre, de l'augmentation du tabagisme et de la forte prévalence des manifestations bucco-dentaires du VIH/SIDA. Dans la plupart des pays africains, l'accès aux services de santé bucco-dentaires est limité et ou bien les problèmes de ce type ne sont pas soignés, ou bien les dents sont arrachées du fait de la douleur ou de la gêne occasionnée. La perte de dents et l'altération des fonctions bucco-dentaires sont donc des problèmes qui vont certainement augmenter. Le cancer de la cavité buccale est étroitement lié au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool. Sa prévalence est particulièrement élevée chez les hommes. Selon les estimations de l'OMS, les cancers de la cavité buccale et du pharynx représentent, par leur fréquence, la dixième cause majeure de cancer au niveau mondial.

Comme beaucoup de ces affections ont les mêmes facteurs de risque modifiables que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et le cancer, les programmes de santé bucco-dentaire de la Région ont mis au point une approche commune.

Le noma, affection gangréneuse qui détruit les tissus mous et les tissus durs de la bouche et de la face, a été baptisé « le visage de la pauvreté », car il touche les habitants des zones les plus pauvres de l'Afrique. Il frappe principalement les enfants de moins



Laurence Layani

Une bonne hygiène bucco-dentaire est précieuse tout au long de la vie.



de six ans, 70 % à 90 % des cas sont mortels, les survivants étant défigurés à vie et incapables de s'alimenter, de parler ou de respirer normalement. Environ 140 000 enfants contractent le noma chaque année, pour la plupart dans la région du Sahel. La cause exacte reste inconnue bien qu'on la suppose d'origine bactérienne. La conjugaison de plusieurs facteurs a été mise en lumière : malnutrition, système immunitaire affaibli, mauvaise hygiène dentaire et infection par plusieurs bactéries. Si le noma est décelé suffisamment tôt, une antibiothérapie et un soutien nutritionnel peuvent enrayer sa progression. Toutefois, il faut privilégier la prévention plutôt que le traitement.

## Actions menées face aux problèmes

Les pouvoirs publics, les donateurs et les instituts de recherche de la Région africaine ont hélas négligé la charge de plus en plus lourde des maladies non transmissibles, dont les causes sont pourtant en grande partie évitables. A contrario, les maladies cardio-vasculaires reculent désormais dans les pays industrialisés, grâce essentiellement à l'efficacité de la prévention primaire et, dans une moindre mesure, au traitement. Bon nombre de stratégies qui ont fait leurs preuves dans les pays riches peuvent cependant être tout aussi efficaces dans les pays moins nantis. A cet égard, les ministres de la santé de la Région ont adopté plusieurs stratégies pour lutter contre les maladies non transmissibles, telles que celles sur la santé mentale en 1999, les maladies non transmissibles en 2000 et la promotion de la santé en 2001.

## Législation et commercialisation

L'une des mesures les plus efficaces que les pouvoirs publics peuvent prendre est de mettre un frein à la commercialisation du tabac, de l'alcool ainsi que des aliments riches en sel, en sucre et en graisses. La façon dont on est parvenu ces dernières années à contenir quelque peu l'industrie du tabac montre ce qu'il est possible de faire.

L'Afrique du Sud, par exemple, a l'une des législations antitabac les plus strictes du monde et, de ce fait, la prévalence du tabagisme diminue dans la plupart des groupes de la population sud-africaine. En 1994, l'Etat a imposé une taxe de 50 % sur le prix de vente des produits du tabac. Conjuguée à une augmentation globale des prix, cette mesure a fait doubler le prix des produits du tabac en l'espace d'une décennie. En même temps que d'autres interventions antitabac, l'augmentation des taxes a contribué à un recul de 33 % de la consommation. D'après une enquête effectuée en octobre 1996, 34 % des adultes sud-africains fumaient. En 1998, après l'entrée en vigueur de la loi sur les produits du tabac, seulement 24 % des adultes déclaraient fumer. Fait important, il y a moins d'enfants qui commencent à fumer. Alors qu'en 1999, 18,5 % des écoliers fumaient des cigarettes pour la première fois avant l'âge de 10 ans, cette proportion était tombée à 16,2 % en 2002.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été signée par 39 des 46 Etats Membres de la Région africaine. Au début de 2006, 23 d'entre eux l'avaient ratifiée. Il faut maintenant que tous adoptent une législation antitabac adaptée.

Les interventions les plus efficaces allient les taxes, l'interdiction de la publicité sous toutes ses formes et l'information sur les dangers du tabagisme pour la santé. Toutes ces stratégies peuvent être à la fois efficaces et économiques dans la Région.



*L'une des mesures les plus efficaces que les pouvoirs publics peuvent prendre est de mettre un frein à la commercialisation du tabac, de l'alcool ainsi que des aliments riches en sel, en sucre et en graisses. La façon dont on est parvenu ces dernières années à contenir quelque peu l'industrie du tabac montre ce qu'il est possible de faire.*



## Législation en matière de santé mentale

Avec le concours de l’OMS, le Ghana est en train d’élaborer une nouvelle loi sur la santé mentale qui devrait servir de modèle aux pays africains. L’idée est de dispenser des soins de santé mentale de grande qualité en protégeant les groupes vulnérables et les droits des malades mentaux (voir l’Encadré 4.3). Les dispositions de la loi réglementent également l’activité des guérisseurs, à qui les personnes atteintes de troubles mentaux s’adressent souvent.

## Promotion d’une alimentation et d’un mode de vie sains

L’Etat doit intervenir au niveau de la population pour réglementer la commercialisation des aliments qui nuisent à la santé et promouvoir un mode de vie sain. Le programme national pour un mode de vie sain appliqué à Maurice entre 1987 et 1992 est une réussite exemplaire. Il s’agissait, par une vaste campagne dans les médias, par la promotion de la santé des communautés et, ce qui est plus important encore sans doute, par la législation, de remplacer l’huile de palme – riche en acides gras saturés – utilisée pour cuire les aliments par de l’huile de soja. Au bout de cinq ans, la prévalence de l’hypertension chez les hommes était passée de 15 % à 12,1 % et la cholestérolémie moyenne de la population, de 5,5 mmol/l à 4,7 mmol/l. On a constaté également une plus grande fréquence des activités sportives ainsi qu’un recul du tabagisme et de la consommation d’alcool.

### Encadré 4.3

#### Nouveau projet de loi ghanéen sur la santé mentale

Agé de 67 ans, M. A. a passé 40 ans, soit plus de la moitié de son existence, à l’hôpital psychiatrique d’Accra. « Nous avons beaucoup de pensionnaires comme lui que les familles refusent de reprendre avec elles », constate Ethel Lartey, Directeur adjoint des services infirmiers. « Cet endroit, c’est maintenant chez eux. »

Alors que les pays industrialisés sont passés des soins de santé mentale en institution à une approche thérapeutique au sein de la communauté, beaucoup de pays en développement maintiennent encore les malades mentaux en institution. Abandonnés par leur famille et stigmatisés par la société, les patients comme M. A. ne sont pourtant pas les plus à plaindre. Les services psychiatriques étant rares, les Ghanéens qui souffrent de dépression, de traumatismes, de schizophrénie ou des effets de l’abus de substances cherchent souvent secours auprès de praticiens religieux ou traditionnels qui exercent sans aucun contrôle.

Dans un camp tenu par une association religieuse au Ghana, certains patients sont enchaînés. Au bout de quatre jours, Mlle B., âgée de 17 ans, n’a toujours pas commencé son traitement avec « le Prophète ». En attendant, sa sœur a recours à des méthodes de coercition brutales pour l’empêcher de se dénuder.

Aux termes de la nouvelle loi sur la santé mentale que le Ghana est en train d’élaborer en consultation avec le Département de l’OMS

Santé mentale et abus de substances psychoactives et le Bureau régional OMS de l’Afrique, les camps de ce type devront être agréés et supervisés par un comité de travail dirigé par un psychiatre. Les droits de l’homme devront être respectés et, si possible, les malades resteront intégrés à la communauté tout en étant soignés dans des unités psychiatriques rattachées aux hôpitaux généraux. Cette loi, qui remplace celle de 1972, devrait être promulguée dans les deux prochaines années. Elle est soutenue par les médecins, le personnel infirmier et les guérisseurs et pourrait servir de modèle aux autres pays africains qui souhaitent adopter une législation progressiste qui respecte les droits de l’homme reconnus au niveau international.

Le Dr Samuel Allotey, psychiatre responsable de l’hôpital de Pantang, situé en dehors de la capitale, explique que la loi en vigueur ne couvre que les soins en institution : « La loi en vigueur ne prévoit pas de programmes psychiatriques communautaires. Elle ne tient pas compte des guérisseurs traditionnels et spirituels et ne met pas l’accent sur les droits des malades mentaux ». Le Dr Allotey, un des 16 psychiatres que compte ce pays de 20 millions d’habitants, précise que la nouvelle loi prévoira également un conseil consultatif national en santé mentale et des comités d’inspection qui exerceront une surveillance et prendront des mesures réglementaires afin de faire respecter les droits des patients.



En ce qui concerne la consommation d'alcool et ses nombreuses conséquences néfastes sur la santé publique, la stratégie régionale pour la santé mentale 2000-2010 et les résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 – notamment la résolution WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool – montrent la voie à suivre aux gouvernements pour qu'ils prennent des mesures appropriées.

Publiée en 2004, la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé oriente elle aussi les pouvoirs publics.

A l'évidence, l'une des mesures à prendre est de réglementer la quantité de sel et de sucre dans les aliments, en particulier ceux qui sont commercialisés auprès des jeunes. Un meilleur étiquetage des aliments a lui aussi des effets bénéfiques.

C'est ainsi que, pour promouvoir les habitudes alimentaires bonnes pour la santé, la Nigerian Heart Foundation a récemment entrepris d'apposer un logo spécial sur les aliments sans danger pour le cœur. Autre stratégie importante : l'enrichissement des aliments de base en micronutriments tels que la vitamine A.

## Programmes peu coûteux de prise en charge

En plus d'intervenir au niveau de la population, il faut concevoir des stratégies pour les sujets à haut risque, par exemple instaurer un système de rappel des diabétiques et des hypertendus. C'est chose possible même dans les endroits où il y a peu de ressources, comme dans les zones rurales d'Afrique du Sud, où un programme de prise en charge de l'hypertension, du diabète, de l'asthme et de l'épilepsie par le personnel infirmier a été mis en place dans le système des soins de santé primaires pour environ 200 000 habitants au total. Ce programme prévoit l'utilisation de fiches et de registres thérapeutiques tenus par les dispensaires, des protocoles de diagnostic et de prise en charge, des services de soutien à la prise en charge par le patient lui-même et un suivi régulier par un infirmier ou une infirmière du dispensaire. Grâce à ce programme, le personnel infirmier a pu prendre en charge efficacement la majorité des patients : 68 % des hypertendus, 82 % des diabétiques et 84 % des asthmatiques.

## Une collaboration plus étroite

La collaboration entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales est cruciale. Une campagne mondiale contre l'épilepsie, initiative prise ensemble par l'OMS et de grandes organisations non gouvernementales pour sensibiliser l'opinion et mettre en place des programmes nationaux de lutte contre cette maladie, est actuellement menée dans plusieurs pays, au nombre desquels la République du Congo, le Sénégal et le Zimbabwe. L'approche communautaire adoptée au Togo pour la réadaptation des épileptiques est elle aussi intéressante (voir l'Encadré 4.4).

## Tradipraticiens

Dans le débat sur la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle, on considère souvent que ces deux disciplines s'excluent mutuellement. Or, dans le domaine de la santé mentale, de nombreuses communautés africaines et même certains spécialistes apprécient que les patients soient soignés à la fois par des thérapeutes conventionnels et des tradipraticiens. Les ressources en santé mentale sont limitées et beaucoup d'Africains n'ont guère d'autre solution que de consulter des guérisseurs.



Les fruits et légumes sont indispensables pour une bonne alimentation.

### Encadré 4.4

#### Réinsertion des épileptiques au Togo

Dans le district de Sotoba, dans le nord du Togo, beaucoup d'efforts ont été faits pour éviter que les épileptiques ne soient marginalisés. La méthode de réadaptation adoptée est un exemple de bonne pratique de collaboration intersectorielle pour la réinsertion sociale des épileptiques. L'Association togolaise contre l'Epilepsie, des agents communautaires et des membres du programme national de santé mentale ont mis sur pied un programme de soins essentiels dans le district grâce auquel les malades, qui, pour la plupart, vivaient dans la rue, ont pu bénéficier d'un traitement médicamenteux et de soins psychosociaux ; un soutien a par ailleurs été apporté à leur famille. Dix-huit mois après le début du programme, 35 adultes ont pu réintégrer la société. Quelque 180 enfants et adolescents ont été suivis et environ 60 % d'entre eux n'avaient plus de crises.



En général, les tradipraticiens sont très respectés, car ils partagent les croyances et les idées des membres de leur communauté quant aux soins de santé. Les guérisseurs africains sont souvent les premiers soignants auxquels s'adressent les personnes démunies. Ils peuvent faire participer leurs patients à des rituels qui les aideront à combattre la peur et la dépression. Il arrive cependant que les personnes souffrant de troubles mentaux soient traitées avec cruauté et maltraitées physiquement par ces praticiens.

Il faut faire plus d'études sur les effets potentiellement nocifs des pratiques traditionnelles en matière de santé mentale et comparer ces approches à d'autres comme la psychothérapie. Dans plusieurs pays africains, les tradipraticiens peuvent s'inscrire officiellement auprès des autorités. L'Encadré 4.3 explique qu'au Ghana, par exemple, un projet de loi sur la santé mentale élaboré en 2005 obligera bientôt les guérisseurs à s'enregistrer officiellement.



*Il faut faire plus d'études sur les effets potentiellement nocifs des pratiques traditionnelles en matière de santé mentale et comparer ces approches à d'autres comme la psychothérapie.*

## Les problèmes

### La pénurie de ressources

Le financement est un problème crucial. Tant d'impératifs urgents comme le VIH/SIDA et la tuberculose absorbent les modestes budgets santé des Etats Membres de la Région africaine qu'on comprend sans mal que les maladies non transmissibles soient négligées. Mais les pouvoirs publics auraient à leur disposition une nouvelle source de fonds s'ils prélevaient une taxe spéciale sur les produits du tabac et consacraient ce revenu fiscal à des programmes de prévention de la maladie. En Afrique du Sud, par exemple, les recettes publiques provenant des taxes sur le tabac ont plus que doublé ces 10 dernières années.

Toutes les interventions ne sont pas coûteuses. C'est ainsi que l'administration d'aspirine aux personnes souffrant de douleurs thoraciques pourrait éviter un quart des décès par crise cardiaque et présente un meilleur rapport coût/efficacité au niveau des populations que des interventions comme la revascularisation. Pourtant, l'aspirine, quoique indiquée, est très peu utilisée. Il ressort d'une étude sur les diabétiques en République-Unie de Tanzanie que 71,9 % ont de l'hypertension (tension systolique  $\geq 140$  mmHg ou tension diastolique  $\geq 90$  mmHg) et que 12,2 % sont obèses. Tous les autres patients présentent au moins un trouble contre lequel l'aspirine est indiquée, mais seulement 39 % d'entre eux en prennent régulièrement.

Le manque d'infrastructures est une entrave dans de nombreuses parties de la Région africaine. Dans bien des endroits, les soins sont généralement dispensés par un personnel infirmier qui travaille dans des dispensaires isolés où il y a peu de médicaments et de matériel. Il existe des hôpitaux de premier ordre équipés d'un matériel de pointe – la première greffe du cœur a eu lieu en Afrique du Sud – mais, en général, seuls quelques nantis y ont accès. Il faut impérativement entreprendre des recherches pour déterminer ce qu'il est possible de faire avec peu de ressources. Il est par exemple coûteux de mettre sur pied un service classique de dépistage du cancer du col de l'utérus. En revanche, l'examen visuel au moyen d'acide acétique ou



de lugol pour mettre en évidence les lésions précancéreuses du col est une technique de dépistage prometteuse et économique.

Trois centres ont été créés en Angola, en Guinée et en République-Unie de Tanzanie pour comparer différentes méthodes de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col. Depuis, un programme de dépistage a été instauré dans 14 pays. Plus de 25 000 femmes ont ainsi pu se faire dépister et bénéficier d'un traitement efficace contre les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au cours des cinq dernières années.

## La méconnaissance de la situation et une détermination insuffisante

La méconnaissance de la situation est un gros problème. De nombreux dirigeants politiques de la Région africaine ne sont pas pleinement conscients, par exemple, de l'ampleur et de la gravité des accidents de la route et que la sécurité routière est une question de santé publique. Une série d'interventions permet de réduire le nombre et la gravité des accidents de la circulation : adoption et application de lois sur les limitations de vitesse et le port de la ceinture de sécurité, port obligatoire du casque pour les cyclistes et les motocyclistes, taux maximum autorisé d'alcool dans le sang et contrôle de l'alcoolémie, etc. L'aménagement de ralentisseurs et de bandes rugueuses pour ralentir la circulation aux endroits où se produisent souvent des accidents a donné de très bons résultats au Ghana, où le taux de létalité pour 10 000 véhicules est 30 à 40 fois plus élevé que dans les pays à haut revenu. Pendant les 16 mois (janvier 2000-avril 2001) qu'il a fallu pour mettre en place ces dispositifs, le nombre d'accidents de la route a diminué de 35 %, le nombre de morts de 55 % et le nombre de blessés graves de 76 %.

L'OMS a pris plusieurs initiatives pour sensibiliser l'opinion, au nombre desquelles la Stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région africaine, adoptée par le Comité régional OMS de l'Afrique en septembre 2000, qui, en montrant que la charge des maladies non transmissibles est déjà importante et continue de croître, tend à inciter les pouvoirs publics à agir.



Le port obligatoire du casque réduit la mortalité.

## Le manque de données

Le manque de données sur les maladies non transmissibles en Afrique et l'absence de systèmes de surveillance sont des difficultés importantes. Les systèmes de surveillance sont essentiels pour fournir aux programmes de prévention et de lutte les informations dont ils ont besoin. Appliquée en Algérie, au Cameroun, en Erythrée et en République du Congo, la méthode de surveillance STEPS, fondée sur les facteurs de risque, s'avère faisable et financièrement abordable. Six autres pays ont reçu un soutien technique et financier pour réaliser des enquêtes STEPS en 2005 (voir le Tableau 4.4).



**Tableau 4.4**  
**Approche par étapes de la lutte contre les maladies non transmissibles**

Niveau de ressources	Approches axées sur la population		Approche axée sur les individus à haut risque
	Niveau national	Niveau communautaire	
Etape 1 : base	<p>Ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.</p> <p>Adoption et application d'une législation conforme aux éléments de la Convention-cadre.</p> <p>Elaboration et approbation au niveau interministériel d'une politique nationale en matière de nutrition et d'exercice physique conforme à la stratégie mondiale ; action multisectorielle de longue durée pour réduire l'apport de graisses et de sel (en privilégiant, au besoin, le sel iodé) et promouvoir la consommation de fruits et légumes.</p> <p>Evaluation de l'influence de la politique publique sur la santé (par exemple : transports, urbanisation, fiscalité et pollution).</p>	<p>Les plans d'aménagement local prévoient la mise à disposition et l'entretien de sites accessibles et sans danger pour faire de l'exercice physique (parcs et zones piétonnes, par exemple).</p> <p>Les projets communautaires de promotion de la santé prévoient des mesures participatives contre les facteurs environnementaux qui prédisposent aux maladies non transmissibles : sédentarité, alimentation déséquilibrée, tabagisme, alcoolisme, etc.</p> <p>Dans différents contextes (villages, écoles et lieux de travail), mise en œuvre de programmes énergiques de promotion de la santé axés sur les maladies non transmissibles.</p>	<p>Adoption et application à tous les niveaux des soins de santé de directives sur la prise en charge des maladies non transmissibles qui sont adaptées au contexte.</p> <p>Approvisionnement durable en médicaments appropriés, abordables et accessibles contre les maladies non transmissibles prioritaires.</p> <p>Système pour l'application rigoureuse et homogène des directives cliniques et pour le contrôle des services cliniques assurés.</p> <p>Système opérationnel de rappel des diabétiques et des hypertendus.</p>
Etape 2 : base élargie	<p>La législation antitabac prévoit une augmentation progressive des taxes sur le tabac, et une part des recettes fiscales est consacrée à la promotion de la santé.</p> <p>Adoption et application d'une législation sur les normes alimentaires qui prévoit l'étiquetage nutritionnel.</p> <p>Programmes nationaux (contre-publicité) bien conçus et de longue durée pour promouvoir l'abstinence tabagique.</p>	<p>Programmes bien conçus et de longue durée pour promouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● l'abstinence tabagique, par exemple lieux publics et événements sportifs non fumeurs ;</li> <li>● une alimentation saine, par exemple à base d'aliments peu coûteux à faible teneur en graisses, de fruits et légumes frais ;</li> <li>● l'exercice physique, par exemple les activités professionnelles et les loisirs qui font « bouger ».</li> </ul>	<p>Systèmes de prévention sélective axés sur les populations à haut risque, en fonction du taux absolu de risque.</p>
Etape 3 : niveau optimal	<p>Adoption de critères nationaux pour réguler la commercialisation d'aliments peu sains auprès des enfants.</p> <p>Développement du potentiel de recherche en santé des pays par l'incitation à faire des études sur les maladies non transmissibles.</p>	<p>Centres de loisirs et de remise en forme à usage communautaire.</p>	<p>Mise en œuvre de programmes de dépistage, de dépistage opportuniste et de prise en charge.</p> <p>Appui aux groupes d'entraide entre personnes qui veulent cesser de fumer et perdre du poids.</p> <p>Mise en œuvre d'interventions diagnostiques et thérapeutiques appropriées.</p>

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.



## Conclusion : l'Afrique peut tirer parti de l'expérience acquise par d'autres

Malgré tous les obstacles, les gouvernements de la Région africaine ont une occasion unique d'adopter et de mettre en œuvre des politiques audacieuses qui pourront avoir d'importantes retombées pour la santé. Les plus grands progrès seraient réalisés dans certains des pays les plus pauvres, où il est peut-être possible de gagner 10 années de vie en bonne santé pour un coût relativement faible. Pour obtenir ce résultat, les pouvoirs publics doivent cesser de se concentrer principalement sur la minorité des personnes à haut risque et prendre des mesures préventives applicables à l'ensemble de la population. Il faut une stratégie publique cohérente qui repose sur la législation, la réglementation, la protection des droits de l'homme et l'éducation du public. Il est indispensable que les différents ministères comme ceux de la santé, des transports et de l'éducation travaillent ensemble pour mettre en œuvre des interventions cohérentes. Il convient en outre d'encourager et de développer la collaboration entre les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les médias et d'autres acteurs encore. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003* recommandait un cadre par étapes pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles. Rien qu'en augmentant les taxes sur le tabac, en légiférant pour limiter la concentration de sel dans les aliments et en s'attachant à mieux promouvoir la santé et la sécurité sanitaire, on peut obtenir des résultats spectaculaires. Beaucoup de pays développés mesurent seulement maintenant l'intérêt des stratégies de promotion de la santé telles que la lutte antitabac. Les pays africains peuvent tirer les enseignements des erreurs faites par les pays développés et agir avant que l'« épidémie » de maladies non transmissibles ne prenne trop d'ampleur pour être maîtrisée. ■



*Malgré tous les obstacles, les gouvernements de la Région africaine ont une occasion unique d'adopter et de mettre en œuvre des politiques audacieuses qui pourront avoir d'importantes retombées pour la santé.*



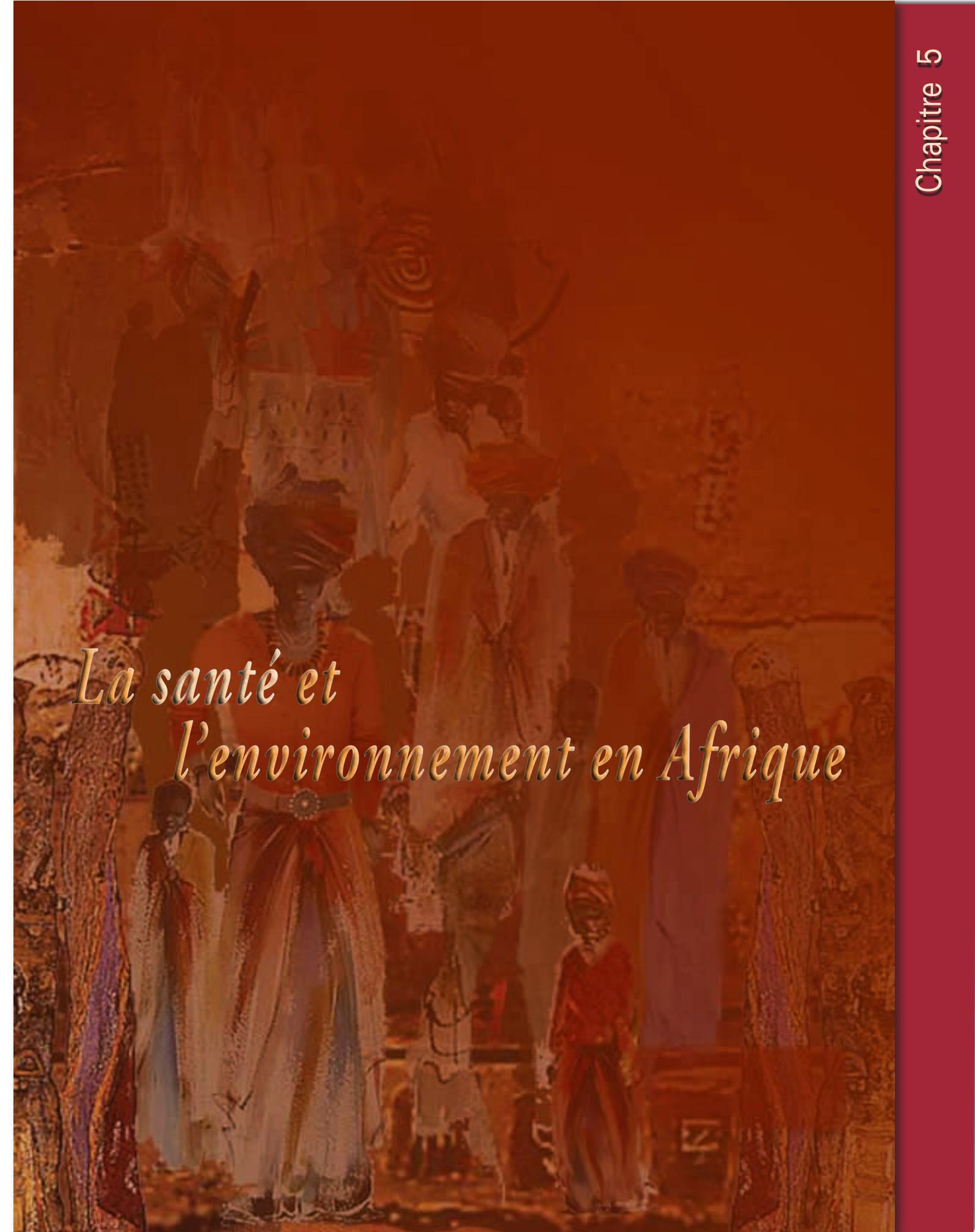
## Bibliographie

- *Atlas: country profiles of mental health resources*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Disponible à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_MSD\\_MDP\\_01.3\\_P1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.3_P1.pdf).
- Barker DJP, Osmond C, Winter PD, Margetts B, Simmonds SJ et al. Weight gain in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989;2:577–580.
- Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *Lancet* 2003;362:903-908.
- Bradshaw D, Groenewald P, Laubscher R, Nannan N, Nojilana B, Norman R, et al. *Initial estimates from the South African National Burden of Disease Study, 2000*. Pretoria: South Research Council 2003. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.mrc.ac.za/bod/bod.htm>.
- Bureau régional OMS de l'Afrique. *Maladies non transmissibles : Stratégie de la Région africaine*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2000 (document AFR/RC50/10).
- Bureau régional OMS de l'Afrique. *Promotion de la santé : stratégie de la Région africaine. Rapport du Directeur régional. Cinquante et unième session du Comité régional de l'Afrique, Brazzaville, Congo, 27 août-1<sup>er</sup> septembre 2001*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2001 (document AFR/RC51/12 Rev. 1, 28 juin 2001).
- Bureau régional OMS de l'Afrique. *Status of infant and young child feeding in sub-Saharan Africa, situation analysis*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2001.
- Bureau régional OMS de l'Afrique. *Stratégie régionale de la santé mentale. Rapport du Directeur régional. Quarante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique, Windhoek (Namibie). 30 août-3 septembre 1999*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 1999 (document AFR/RC49/9).
- Cappuccio FP, Micah FB, Emmett L, Kerry SM, Antwi S, Martin-Peprah R, et al. Prevalence, detection, management, and control of hypertension in Ashanti, West Africa. *Hypertension* 2004;43:1017-1022.
- Coleman R, Gill G, Wilkinson D. Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa [Prise en charge des maladies non transmissibles en milieu défavorisé : un modèle sud-africain de soins de santé primaires]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1998, 76:633–640 (résumé en français).
- Department of Health, Republic of South Africa and Measure DHS+. *South Africa Demographic and Health Survey 1998: Full Report*. Pretoria (Afrique du Sud) : Medical Research Council; 2002.
- Dowse GK, Gareeboo H, Alberti KG, Zimmet P, Tuomilehto J, Purran A, et al. Changes in population cholesterol concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. Mauritius Non-communicable Disease Study Group. *BMJ* 1995; 311:1255-1259.
- Eriksson GJ, Forsén T, Osmond, C, Barker DJP et al. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ*, 2001;322:949–953.
- Foster A. Vision 2020: The Cataract Challenge. *Community Eye Health* 2000; 13:17-19.
- Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, D.C. : Banque internationale de Reconstruction et de Développement/Banque mondiale, 2003 (Economics of Tobacco Control Paper No 6 ; disponible à l'adresse suivante : <http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>. <http://www.measuredhs.com/>
- Kolawole BA, Adebayo RA, Aloba OO. An assessment of aspirin use in a Nigerian diabetes outpatient clinic. *Nigerian journal of medicine: journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria*, 2004; 13:405-406.
- Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the "only-50%" myth. *Archives of internal medicine* 2001;161:2657-2660.
- Mahy M, Gupta N. *Trends and differentials in adolescent reproductive behavior in sub-Saharan Africa*. Calverton, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) : ORC Macro; 2002 (DHS Analytical Studies No. 3).
- Murray CJ, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. *BMJ* 2002;324:346-349.
- *Nigeria Demographic and Health Survey 1990*. Lagos (Nigéria) : Federal Office of Statistics et Colombia, Maryland (Etats-Unis d'Amérique) : IRD/Macro International, Inc; 1992. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.measuredhs.com/>
- *Nigeria Demographic and Health Survey 2003*. Lagos (Nigéria) : National Population Commission et Calverton, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) : ORC Macro; 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR148/00FrontMatter.pdf>.



- Odero W, Khayesi M, Heda PM. Road traffic injuries in Kenya: magnitude, causes and status of intervention. *Injury Control and Safety Promotion* 2003;10:53-61.
- Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004.
- Peden M, van der Spuy J, Smith P, Bautz P. Substance abuse and trauma in Cape Town. *South African Medical Journal* 2000;90:251-255.
- Peden MM, Knottenbelt JD, van der Spuy J, Oodit R, Scholtz HJ, Stokol JM. Injured pedestrians in Cape Town – the role of alcohol. *South African Medical Journal* 1996;86:1103-1105.
- *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf).
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 - Façonner l'avenir*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2003. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html>.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 - Changer le cours de l'histoire*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_fr.pdf).
- Tsugane S, Sasazuki S, Kobayashi M, Sasaki S. Salt and salted food intake and subsequent risk of gastric cancer among middle-aged Japanese men and women. *British Journal of Cancer* 2004; 90:128-134.
- Van Damme PA; Sokoto noma-team 19, September 2002. Noma. *Lancet Infectious Diseases* 2004; 4:73.
- Walker RW, McLarty DG, Kitange HM, Whiting D, Masuki G, Mtasiwa DM, et al. Stroke mortality in urban and rural Tanzania. Adult Morbidity and Mortality Project. *Lancet* 2000; 355:1684-1687.





*La santé et  
l'environnement en Afrique*



## *Messages clefs*

- Une urbanisation rapide engendre de graves risques pour la santé liés à l'environnement
- L'ampleur de la pauvreté limite la capacité à faire face aux problèmes liés à l'environnement
- L'insuffisance de l'accès à une eau saine et à l'assainissement expose les populations aux maladies
- Les situations d'urgence entraînent une détérioration de l'environnement et de la santé des personnes touchées

## *Solutions*

- Il faut appliquer à plus grande échelle les solutions durables et peu coûteuses pour l'eau et l'assainissement
- Les pays et les organisations internationales doivent travailler plus étroitement ensemble pour prévenir et résoudre les conflits
- Il faut promouvoir la sécurité sanitaire des aliments et l'éducation à l'hygiène
- Il faut favoriser une coopération plus étroite entre les ministères et d'autres secteurs pour rendre l'environnement plus sain



# *La santé et l'environnement en Afrique*

## **Les risques pour la santé liés à l'environnement en Afrique**

**L**es habitants de la Région africaine doivent faire face à plusieurs risques pour la santé liés à l'environnement. Un peu partout dans la Région, on observe des niveaux élevés de pollution de l'air – pollution atmosphérique mais aussi de l'air à l'intérieur des habitations –, des approvisionnements en eau peu sûrs, des moyens d'assainissement insuffisants et le manque d'hygiène dans la préparation des aliments. L'urbanisation rapide a fait que des millions de personnes vivent dans des zones de peuplement spontané sans avoir accès aux services les plus élémentaires – dans un environnement qui favorise les maladies, le stress et la violence. Dans certaines parties de la Région, ces menaces environnementales quotidiennes sont encore exacerbées par les conflits armés et les catastrophes naturelles qui, outre leurs effets directs, ont des répercussions sur l'environnement bien au-delà de la zone directement touchée.

L'un des principaux facteurs qui déterminent les conditions environnementales et la morbidité est l'énorme problème, qui paraît insoluble, de la pauvreté. La pauvreté limite en effet l'aptitude des gens à éviter les facteurs environnementaux qui nuisent à la santé.

L'urbanisation peut être synonyme d'une plus grande richesse mais aussi de davantage de pollution et peut s'accompagner de facteurs de risque environnementaux différents de ceux auxquels sont confrontés les habitants des communautés rurales. Il faut fournir aux habitants des zones qui se sont urbanisées rapidement et de façon anarchique des réseaux d'assainissement et d'approvisionnement en eau saine, ainsi que des systèmes de santé qui fonctionnent, comprenant des programmes de vaccination et d'éducation sanitaire efficaces. Il faut aussi installer des réseaux électriques pour leur permettre de remplacer leurs foyers ouverts. Mais, pour tout cela, il faut de l'argent.

Il existe par ailleurs dans la Région africaine un certain nombre de nouveaux risques sanitaires liés à l'environnement, à savoir la dégradation de l'écosystème et les changements climatiques, qui sont susceptibles d'accroître encore l'impact des



risques actuels, par exemple les risques liés au manque d'eau, aux écosystèmes de production alimentaire ou les changements du tableau de la morbidité (paludisme, par exemple). Les efforts déployés au niveau mondial pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – en particulier l'objectif 1 qui est de réduire de moitié le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté – pourraient contribuer à améliorer le niveau de vie dans la Région africaine. L'OMS et d'autres institutions s'emploient à rendre l'environnement dans les pays africains plus sain et à réduire les facteurs qui prédisposent les habitants à la pauvreté.

## Les défis environnementaux

### Eau et assainissement

L'accès à une eau sûre et des réseaux d'assainissement adéquats sont des éléments essentiels de la salubrité de l'environnement (voir la Figure 5.1). Sans eau potable, qu'elle soit destinée à la boisson ou à la préparation des aliments, les populations sont exposées à tout un éventail de maladies d'origine hydrique dont le choléra, la typhoïde et d'autres infections diarrhéiques, et à des parasites comme le ver de Guinée ou les schistosomes.

D'après les données du Programme commun UNICEF/OMS de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, le pourcentage de la population de l'Afrique subsaharienne alimentée en eau saine était de 58 % en 2002, seule la région du Pacifique étant encore plus mal desservie parmi les régions en développement. La couverture reste médiocre malgré un effort mondial concerté qui a porté pendant deux décennies sur l'eau de boisson : dans un premier temps de 1981 à 1990, puis à partir de 2005. Les efforts mondiaux ont permis d'approvisionner en eau plus d'un milliard de personnes et de parvenir à une couverture mondiale par l'eau de boisson de 83 %. Mais si l'accès à une eau saine s'est amélioré, la couverture par les réseaux d'assainissement reste faible. Cinquante-huit pour cent seulement de la population mondiale a accès à des moyens d'assainissement adéquats, mais c'est en Afrique subsaharienne que l'on trouve le pourcentage le plus bas, tout juste 36 %. Ces chiffres témoignent de l'insuffisance de la portée des programmes d'approvisionnement en eau

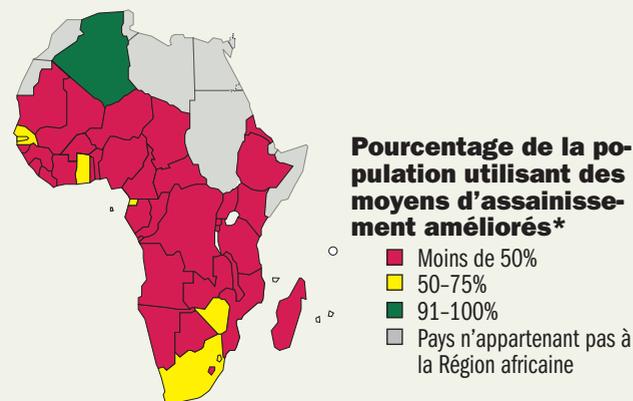
et d'assainissement : ils doivent atteindre beaucoup plus de gens.

Des centaines de milliers d'Africains, en particulier des enfants, meurent chaque année de maladies provoquées par des micro-organismes, certaines substances chimiques présentes dans l'eau ou des maladies dues au manque d'assainissement. La médiocrité de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement entraîne également toute une série de maladies sinon mortelles du moins débilitantes, ainsi que des problèmes graves de dégradation de l'environnement qui rendent celui-ci moins salubre encore.

Toutefois, de grands progrès ont été faits au cours des dix dernières années avec la mise en place de solutions peu coûteuses et de dispositifs durables gérés par la communauté, comme l'initiative PHAST (Participation à l'amélioration de l'hygiène et de l'environnement), le concept d'assainissement écologique et l'initiative AFRIQUE 2000

Fig. 5.1

#### Couverture de l'assainissement dans la Région africaine



Source : D'après *Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière d'eau potable et d'assainissement : évaluation des progrès à mi-parcours*. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; UNICEF ; 2004, Fig. 7, p. 12.

\* Aucun pays de la Région africaine ne figure dans la catégorie 76-90 %.



pour améliorer l'approvisionnement en eau et la couverture par les réseaux d'assainissement en Afrique. L'initiative PHAST prévoit la participation des communautés, ce qui fait que les projets ont plus de chances d'être maintenus et poursuivis à l'avenir.

La gestion des déchets solides et liquides est un autre problème d'hygiène de l'environnement dans la Région africaine. La mise en décharge sauvage favorise la récupération, la présence de vermine et de vecteurs de maladies. Par ailleurs, de nombreuses communautés s'installent sur le site d'anciennes décharges, s'exposant ainsi à des risques toxiques ou à des brûlures par suite d'explosions de gaz accumulés, ainsi qu'à des risques d'infections dus à la présence de déchets médicaux dans les ordures. La collecte des ordures laisse beaucoup à désirer dans les zones urbaines. Les déchets déversés dans les collecteurs d'eaux pluviales, les ruisseaux, les lagunes et autres voies navigables créent également des problèmes écologiques graves qui peuvent se transformer en catastrophes.

## Pollution et déchets industriels

La pollution de l'air est l'un des problèmes environnementaux les plus graves dans la Région africaine. C'est une menace d'importance pour la santé publique, surtout dans les zones urbaines (voir le Tableau 5.1). À mesure que les villes se développent, davantage de véhicules, d'industries, d'habitations et de centrales électriques contribuent à la charge de pollution.

Les enfants sont plus sensibles aux effets préjudiciables de la pollution de l'air à l'extérieur comme à l'intérieur des habitations que les adultes. La pollution de l'air à l'intérieur des habitations a un impact direct sur la santé. La plupart des habitants des zones rurales, des zones de peuplement spontané et des bidonvilles de la Région africaine continuent d'utiliser des combustibles traditionnels comme les résidus végétaux ou le bois pour la cuisine et le chauffage. Ces combustibles de mauvaise qualité – alliés à l'inefficacité des réchauds et à une mauvaise ventilation – engendrent des niveaux élevés de polluants à l'intérieur des habitations, souvent plusieurs fois supérieurs aux taux de pollution de l'air à l'extérieur. La pollution de l'air des villes contribue à des maladies comme le cancer du poumon, les cardiopathies, l'asthme et la bronchite.

Certes, les villes se heurtent à de nombreux problèmes environnementaux, mais les zones rurales ont aussi leurs problèmes : l'évacuation des déchets y est encore plus aléatoire que dans les zones urbaines, et il est établi que la pollution de l'air à l'intérieur des cases traditionnelles en pisé provoque des infections respiratoires aiguës. Toutefois, au cours des dernières années, certaines communautés rurales ont trouvé des solutions novatrices, telles que l'installation de hottes à fumée au Kenya (voir l'Encadré 5.1).

La pollution chimique est également une source environnementale d'atteintes à la santé dans la Région africaine. L'exposition à certains produits chimiques peut entraîner des effets allant de l'intoxication aiguë à des anomalies congénitales et à des cancers. Les pratiques dangereuses dans l'agriculture ou l'utilisation en santé

Tableau 5.1

Mortalité et DALY attribuables à la pollution par la fumée de combustibles solides à l'intérieur des habitations, Région africaine, 2000

	DALY*	Mortalité
Attribuables	12 318 000	392 000
Pourcentage du total dans la Région	3,4	3,5

\* Voir le glossaire pour l'explication du sigle DALY.

Source : Rapport sur la santé dans le monde, 2002.



Les enfants jouent sur les oléoducs à Okrika, au Nigéria.



## Des hottes à fumée pour améliorer la qualité de l'air au Kenya

Happiness Lemuliet, 37 ans, est ravie du nouvel extracteur à fumée qui a été installé dans sa case traditionnelle. « Cette hotte a changé ma vie », déclare cette mère de six enfants qui vit dans la communauté masai de Kajiado, district rural proche de la capitale kényenne, Nairobi. « Mes enfants peuvent maintenant faire leurs devoirs le soir sans attraper de rhume ou tousser comme c'était le cas auparavant. »

La hotte élimine au moins 80 % de la fumée à l'intérieur de la pièce, faisant véritablement chuter les risques pour la santé, selon l'Intermediate Technology Development Group (ITDG), l'organisation non gouvernementale qui l'a mise au point.

A Kajiado, où 25 habitations ont déjà été équipées dans le cadre du projet pilote, le système d'extraction de fumée consiste en une base de cheminée, une hotte à fumée et un tuyau d'évacuation. La hotte elle-même est constituée d'une simple feuille de métal installée au-dessus du feu, et qui attire la fumée vers la cheminée. Elle est facilement démontable et transportable à dos d'animal et coûte de US \$20 à US \$70. La communauté masai a été étroitement associée à la mise en place des systèmes de ventilation puisque les hottes, les bases et les conduits de cheminées ont été fabriqués localement au moyen de vieux bidons, de ferraille et de résidus de fourmillières.

L'adaptabilité et le bas prix sont des éléments essentiels dans les communautés où plus de la moitié des gens ont un revenu inférieur à US \$1 par jour et utilisent des combustibles tirés de la biomasse – en particulier le bois de chauffe, le charbon, de la bouse séchée et des déchets végétaux – pour se chauffer et faire cuire les aliments. Dans les zones urbaines, le coût croissant du bois conduit des gens à faire brûler du plastique qui dégage des sous produits encore plus dangereux. Il en résulte que l'environnement à l'intérieur des habitations est souvent fortement pollué. La conception des cases traditionnelles, telles que les abris masai fabriqués avec de la boue et de la bouse et sans fenêtres, complique encore le problème en raison du manque de ventilation.

« Les recherches que nous avons effectuées à Kajiado montrent que les niveaux de particules présents dans l'environnement à l'intérieur d'une case traditionnelle masai peuvent

être jusqu'à 100 fois supérieurs aux niveaux acceptés au plan international », estime le Dr Jacob Kithinji, consultant auprès du projet ITDG et conférencier au Département de Chimie de l'Université de Nairobi. « Dans l'ouest du Kenya, où les cases sont circulaires avec un toit de paille, les niveaux de particules sont généralement près de 20 fois plus élevés que les normes internationales –, ce qui représente des taux très dangereux. »

« Les enfants vivant dans des habitations mal ventilées ont beaucoup de mal à s'acquitter des tâches domestiques et de leur travail scolaire », déclare Justin Nyaga, administrateur kényan du programme de l'ITDG concernant la fumée à l'intérieur des habitations. « Ces enfants souffrent souvent de toux, d'infections des voies respiratoires supérieures et d'irritations des yeux. » « A Kajiado, les hottes à fumée ont donné de bons résultats », constate M. Nyaga. « Les habitations sont plus propres et les enfants peuvent plus facilement faire leurs devoirs. »

« L'intervention doit être fondée sur la participation à tous égards », poursuit-il. « Elle doit tenir compte de la culture et de la conception des cases, des sensibilités locales, des ressources disponibles et de la base de connaissances traditionnelles, ainsi que du caractère durable et du rapport coût/efficacité. »



Practical Action : N. Bruce

Une femme masai cuisine sous une hotte à fumée à Kajiado, au Kenya.

publique de certaines substances chimiques ont de graves répercussions sur la santé. L'utilisation du DDT est un problème particulier. Interdit dans la plupart des régions du monde en raison de sa persistance dans le sol longtemps après son application et de sa capacité de dissémination sur des grandes distances, ce pesticide est encore utilisé dans certaines régions d'Afrique en l'absence d'autres solutions moins coûteuses car c'est un moyen de lutte antivectorielle efficace. Le DDT n'est utilisé en Afrique qu'à certains moments de l'année lorsque les moustiques sont nombreux ou pour la lutte antivectorielle dans des cas exceptionnels. Par exemple, lorsqu'une population de réfugiés arrive dans une zone d'endémie palustre, l'emploi du DDT est parfois nécessaire pour protéger les réfugiés qui, venant d'une zone où le paludisme n'est pas endémique, sont particulièrement vulnérables à la maladie.

L'accumulation de déchets chimiques est également en train de devenir un problème sérieux, auquel les communautés sont confrontées à mesure que la



## S'attaquer aux montagnes de déchets à Lagos

croissance urbaine rapproche les zones résidentielles des usines chimiques auparavant isolées et que des villes se construisent sur d'anciennes décharges. Les effets à long terme de l'exposition à de nouveaux composés tels que les polychlorobiphényles, des pesticides puissants, des accélérateurs et des plastifiants n'ont pas encore été pleinement étudiés ou mesurés. Outre les déchets industriels, les déchets médicaux provenant des centres de soins posent aussi problème et représentent un risque pour la santé, étant donné qu'il est fréquent que ces déchets soient contaminés par des agents infectieux, tels que le VIH et le virus de l'hépatite B. Pour améliorer la situation, on s'est efforcé de promouvoir l'utilisation d'incinérateurs peu coûteux ainsi que d'autres techniques.

De nombreux pays de la Région africaine n'ont pas encore adopté de réglementation sur les concentrations de plomb dans les carburants destinés aux véhicules automobiles. Dans les zones urbaines, en particulier, les émissions de plomb par les véhicules à essence ainsi que les émissions industrielles des fonderies et des usines de recyclage de batteries contribuent à la mauvaise qualité de l'air.

### Urbanisation

Essentiellement rurale il y a encore vingt ans, l'Afrique est devenue une région en voie d'urbanisation rapide et sa population est en train de devenir principalement urbaine. Le taux moyen annuel de croissance urbaine est de 3,6 %, soit un tiers de plus qu'en Asie et plus de deux tiers de plus qu'en Amérique latine. Actuellement, 37 % des Africains vivent dans des villes, mais, d'ici 2030, ce pourcentage devrait atteindre 53 %.

L'expansion rapide des villes se caractérise souvent par la prolifération des taudis, l'insuffisance des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et des problèmes d'eaux usées. A l'heure actuelle, 72 % des habitants des villes d'Afrique subsaharienne vivent dans des taudis. Le manque de services efficaces d'évacuation des déchets est en train de devenir un problème majeur. Lagos, la plus grande ville d'Afrique, avec une population estimée à 15 millions d'habitants, s'efforce de lutter contre les décharges illégales, mais les résultats sont mitigés (voir l'Encadré 5.2).

Les zones de peuplement spontané en milieu urbain, dépourvues de réseaux d'assainissement, d'adduction d'eau, de moyens de transport ou de services de santé, constituent des environnements très malsains. Les microbes s'y multiplient et des épidémies de maladies infectieuses s'y produisent. Le surpeuplement qui accompagne toujours l'urbanisation rapide contribue à

Taofeek Raheem gagne sa vie en ramassant les ordures ménagères à Lagos. Il remplit son chariot d'ordures qu'il ramasse contre paiement et qu'il trie ensuite dans l'espoir de trouver quelque chose à vendre.

Une fois qu'il a terminé, il transporte les déchets vers une décharge autorisée. Taofeek est officiellement chargé de transporter les ordures vers la décharge, mais le problème, c'est que de nombreux chiffonniers ne sont pas enregistrés et qu'ils déversent illégalement des déchets dans la ville. Lagos doit éliminer plus de 10 000 tonnes de déchets solides par jour. La population de la ville est passée de 5,7 millions en 1991 à 15 millions selon les estimations en 2005. De nombreux nouveaux arrivants, souvent des jeunes non qualifiés comme Taofeek, trouvent un abri dans la rue et un moyen de subsistance dans les décharges.

Au cours de cette expansion rapide, les responsables municipaux ont expérimenté toutes les méthodes imaginables pour débarrasser les rues des montagnes d'immondices qui rétrécissent le passage aussi bien sur les trottoirs que sur la chaussée, y compris en faisant appel au secteur privé, aux administrateurs des routes et à l'enregistrement des transporteurs d'ordures de quartier comme Taofeek.

Gbolahan Sulaiman, porte-parole de l'Autorité de gestion des déchets de Lagos, déclare que les décharges sauvages sont une complication de plus : « Il revient plus cher d'évacuer des déchets en vrac que des ordures emballées. ». Sulaiman rejette sur les récupérateurs illégaux la faute du déversement d'ordures dans le lagon, sur la bande de terre située au milieu de la route et sur le bord des autoroutes.

Malgré plusieurs stratégies pour résoudre ce problème, des montagnes de déchets continuent de joncher les rues, les places publiques, les marchés et les arrêts de bus, le bord ou le milieu des routes devenant des décharges communales sauvages dans la plupart des quartiers. Dans de nombreuses zones, une épaisse fumée émanant de ces tas d'ordures stagne en permanence sur les zones avoisinantes.

Le Professeur Jide Alo, spécialiste de l'environnement à l'Université de Lagos, déclare que l'Autorité de gestion des déchets est véritablement débordée par le volume d'ordures produit par la ville. Il pense que le problème subsistera tant que le concept écologique du « pollueur payeur » ne sera pas effectivement appliqué et que les divers organismes s'occupant du ramassage des ordures n'auront pas plus de moyens financiers.



AP Photo/G. Osodi

Un récupérateur d'ordures à Lagos, au Nigéria.

divers problèmes sociaux et comportementaux, y compris l'éclatement des familles, l'augmentation du nombre des sans-abri, la criminalité, la violence, la toxicomanie et les abus sexuels, chacun de ces problèmes entraînant ses propres risques sanitaires.

Le Bureau régional OMS de l'Afrique s'efforce, avec un certain nombre de pays, de combattre les conséquences négatives de l'urbanisation sur l'environnement dans le cadre du projet « villes-santé ». Jusqu'ici, le Cameroun, l'Éthiopie, le Kenya, le Mozambique, la Namibie, le Niger, la République centrafricaine, la République du Congo, le Togo, la Zambie et le Zimbabwe ont élaboré des plans pour améliorer l'environnement de leurs villes en s'attaquant aux problèmes de l'eau et de l'assainissement, des décharges sauvages et du manque d'hygiène dans la manipulation des aliments.

## La sécurité sanitaire des aliments

La transition, dans toute la Région africaine, d'une population essentiellement rurale à une population en grande partie installée dans des zones de peuplement urbain spontané a entraîné un changement fondamental des habitudes alimentaires. Alors qu'en milieu rural les aliments sont généralement préparés et servis à la maison, les habitants pauvres des villes n'ont souvent ni les installations ni la place pour stocker et préparer leurs aliments, ni le temps ou les ressources nécessaires pour se procurer les ingrédients et les préparer correctement. Aussi le recours aux vendeurs de nourriture dans la rue et la consommation d'aliments tout prêts sont-ils montés en flèche.

Dans la plupart des pays en développement, les conditions d'hygiène dans lesquelles les vendeurs d'aliments bon marché prêts à consommer préparent ces aliments sont généralement très médiocres (voir l'Encadré 5.3). Ils n'ont souvent ni eau courante, ni toilettes, ni possibilité de laver, et beaucoup ne se lavent pas les mains et ne désinfectent pas les surfaces utilisées ; ils ne protègent généralement pas les aliments des insectes et rares sont ceux qui disposent d'installations réfrigérées. Le manque d'hygiène dans la préparation des aliments favorise la transmission de micro-organismes, y compris *Campylobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Escherichia coli (E. coli)* et le virus de l'hépatite A. Les pratiques telles que l'utilisation des mêmes instruments pour couper tous les produits, l'usage commun de certains ustensiles avec d'autres vendeurs et l'utilisation de la même eau tant pour laver les ingrédients que pour laver la vaisselle ajoutent encore au risque de contamination des aliments.

Le manque de moyens de réfrigération et de conservation augmente l'incidence des intoxications alimentaires. La contamination par des pesticides, des mycotoxines ou d'autres toxines présentes naturellement dans les aliments, des substances chimiques industrielles et des métaux lourds est un problème constant, de même que l'utilisation des antibiotiques dans l'élevage, qui comporte le risque de transfert de pathogènes résistant aux antibiotiques. L'utilisation de boues d'égout et de fumier comme engrais dans l'agriculture est également une source de contamination alimentaire.

Le manque de précautions dans la manipulation et la préparation des principales denrées alimentaires est un sujet de préoccupation à la fois dans les communautés urbaines et rurales, en particulier lorsque des modes traditionnels de préparation des aliments, tels que la fermentation, sont utilisés. Ainsi, le kongo, une maladie qui engendre la paralysie, est présent dans l'Afrique rurale où il résulte d'une préparation insuffisante du manioc, denrée de base dans de nombreux pays africains. La sécurité de certains des produits reçus au titre de l'aide alimentaire est aussi un sujet d'inquiétude.

En raison de la nature non structurée et fragmentée d'une grande partie de la chaîne alimentaire dans la Région, il est difficile d'assurer la sécurité sanitaire des aliments. Les flambées de maladies sont souvent déjà bien avancées lorsqu'elles sont



*Le manque de précautions dans la manipulation et la préparation des principales denrées alimentaires est un sujet de préoccupation à la fois dans les communautés urbaines et rurales, en particulier lorsque des modes traditionnels de préparation des aliments, tels que la fermentation, sont utilisés.*



### Encadré 5.3

## Pour que les aliments vendus dans la rue au Ghana soient plus sûrs

Les vendeurs d'aliments dans la rue sont importants dans la Région africaine. Ils nourrissent ainsi des millions de personnes chaque jour. Mais des études menées au Ghana montrent que les aliments vendus dans la rue sont souvent préparés dans de mauvaises conditions d'hygiène, ce qui est préoccupant du point de vue des risques pour la santé.

Setorwu, âgé de neuf ans, prend son petit déjeuner à la maison avant de partir à l'école. Pour le déjeuner, ses parents lui donnent 2000 cedis (US \$0,25) pour s'acheter à manger auprès d'un vendeur des rues. Son père, Christian, fonctionnaire, ne prend pas son petit déjeuner à la maison. Le seul repas qu'il prend à la maison en semaine est le dîner. Aussi bien Setorwu que son père fréquentent donc les vendeurs des rues. De nombreux Ghanéens, comme eux, achètent ainsi leur repas dans la rue.

Ces vendeurs jouent un rôle important puisqu'ils fournissent parfois jusqu'à trois repas par jour aux écoliers, aux ouvriers, aux familles, aux voyageurs, aux migrants et aux commerçants itinérants au Ghana. On les trouve partout : au coin de la rue, où la nourriture est vendue sur des tables, ou bien au porte-à-porte, les femmes transportant alors la nourriture dans des paniers placés sur leur tête, ou encore dans les petits bars locaux connus sous le nom de « chop bars ». Les vendeurs des rues se rendent également sur les lieux de travail ou les chantiers de construction où ils sont très populaires, car ils font crédit à leurs clients. Ils vendent des boissons comme du thé ou du café, mais aussi des bouillies de céréales ou des repas plus substantiels.

Mais les autorités sanitaires ghanéennes mettent en garde depuis un certain temps déjà contre le risque que présentent certains aliments vendus dans la rue et appellent à contrôler davantage les ingrédients utilisés pour la préparation de ces aliments et la façon dont ils sont manipulés, préparés et conservés. Les mauvaises pratiques en matière de manipulation des aliments favorisent la

transmission de micro-organismes comme *Campylobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *E. coli* et le virus de l'hépatite A.

Il existe des programmes pour apprendre aux personnes qui manipulent des aliments et aux consommateurs les bonnes pratiques et les règles d'hygiène personnelle. Le Ghana a adopté l'approche analyse des risques maîtrise des points critiques (HACCP), un système établi au niveau international, qui prévoit à quels points de la chaîne alimentaire la contamination pourrait survenir pour l'éviter.

Mais si le Ghana est doté d'une réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments et a adopté le système HACCP, les fonctionnaires de ce pays estiment qu'ils ne sont pas appliqués avec suffisamment de rigueur. Une enquête menée parmi les vendeurs de rue à Accra, la capitale, montre qu'ils sont 18 % à associer la diarrhée à des germes, mais qu'aucun ne savait que les mains sales sont un facteur de risque de diarrhée.



OMS/P. Viroc

Les vendeurs de rue se servent souvent d'un matériel très rudimentaire.

portées à l'attention des autorités sanitaires. En 2004, au Kenya, par exemple, une flambée d'aflatoxicose aiguë due à la consommation de maïs contaminé a entraîné 317 cas notifiés et 125 décès. Des systèmes de surveillance et de suivi efficaces pourraient permettre d'éviter la morbidité et la mortalité élevées associées à ce type de flambée. Au cours de cette même flambée, les moyens de laboratoire ont été renforcés pour déceler les aflatoxines et autres mycotoxines dans les aliments, et des enquêtes ont été effectuées pour recenser les facteurs prédisposants et évaluer l'ampleur du problème. Les tests de laboratoire ont permis de retirer le maïs contaminé de la chaîne d'approvisionnement alimentaire et des foyers, de le détruire et de le remplacer par des aliments sains.



## Situations d'urgence

La Région africaine continue d'être durement frappée par des catastrophes dues à l'homme ou naturelles. En janvier 2006, sur les 46 pays victimes de catastrophes que l'unité OMS Interventions sanitaires en cas de crise recensait dans le monde, 25 étaient situés dans la Région africaine. En 2006, l'Afrique australe et la Corne de l'Afrique ont été confrontées au « triple fléau » de la pénurie alimentaire, de l'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA et des catastrophes naturelles, tandis que la région des Grands Lacs et l'Afrique occidentale se sont heurtées à des situations d'urgence humanitaire complexes. L'impact sur l'environnement des pays touchés par ces crises – et dans une certaine mesure sur celui de leurs voisins – est immense.

Les populations civiles sont sans doute celles qui souffrent le plus des affections causées par des maladies transmissibles, des maladies chroniques non traitées, une mauvaise santé génésique ou de la violence lorsque la règle de droit n'existe plus. En outre, il ne faut pas oublier les crises ou les situations d'urgence qui se mettent en place lentement et insidieusement – telles que celles causées par le VIH/SIDA – et peuvent avoir des conséquences profondes et à long terme sur la société.

En ce qui concerne la santé, les effets directs de la guerre, des conflits civils, des inondations, des sécheresses, de la famine et des maladies infectieuses sont dramatiques. Ces facteurs affaiblissent les capacités de résilience des personnes et des systèmes de santé, et ils prennent rapidement une ampleur accrue lorsque les abris, l'eau, les aliments, la sécurité, l'assainissement et les moyens de lutte contre les maladies font défaut. Ce sont les maladies courantes qui, en situation de crise,

### Encadré 5.4

#### Guérir les sociétés après un conflit en guérissant les esprits

La santé mentale est souvent négligée là où les besoins sont les plus grands. Le Libéria connaît une période relativement pacifique. Les anciens combattants se sont rencontrés face à face autour d'une table de discussion et des élections ont eu lieu. Les psychiatres estiment que les donateurs internationaux ont du mal à comprendre que le rétablissement d'un système de santé mentale dans un pays comme le Libéria est d'une importance décisive et contribue à la stabilité de la société et à son développement social et économique.

Consultant à l'OMS, le psychiatre danois Søren Buus Jensen a évalué les besoins de santé mentale après le conflit en Sierra Leone, puis la situation au Libéria voisin. Il estime qu'il aurait pu résumer son rapport sur le Libéria en quatre mots : « Besoins : immenses. Ressources : nulles ». Il estime que les personnes souffrant de troubles mentaux sont parmi les membres les plus marginalisés de la société et que leur prodiguer des soins ne relève pas uniquement de la santé publique, mais aussi des droits de l'homme. « Ils entendent des voix dans leur tête, mais aucune voix ne s'exprime en leur nom », poursuit Buus Jensen.

En Sierra Leone, le seul psychiatre du pays, le Dr Edward Nahim, en convient : « La Sierra Leone est un pays à faible revenu qui a connu un conflit et où la santé mentale devrait

être la priorité numéro un, alors qu'elle est malheureusement totalement négligée. »

La prévalence des troubles mentaux courants légers et modérés dans une population générale quelconque est de 10 %, alors que celle des problèmes de santé mentale graves comme les psychoses ou la dépression sévère est généralement de 2-3 % dans une population donnée, mais peut passer à 3-4 % après une catastrophe. Pour les populations traumatisées qui ont vécu un conflit, les besoins de santé mentale sont encore supérieurs. Lorsqu'il est arrivé au Libéria en 2004, le consultant a déclaré qu'« aucun patient n'était soigné » et le seul hôpital psychiatrique du pays avait été détruit depuis longtemps. Il fait valoir que si les personnes souffrant de troubles mentaux dans les sociétés fragiles ne sont pas soignées, il y a peu d'espoir de mettre un terme au cycle de violence qui compromet le développement économique et social.

« Il ne faut pas beaucoup de patients psychotiques pour terroriser un village. Si nous ne faisons rien, il n'y a aucune chance de créer un environnement propice où la justice et la démocratie pourront voir le jour. On nous plaint beaucoup, mais nous ne recevons pas d'argent. Nous ne pouvons verser aucun salaire, nous ne pouvons pas mettre en place de projet pilote pour montrer ce qu'il serait possible de faire. »



deviennent plus dangereuses et constituent la principale menace pour la santé. Dans ces situations, les plus vulnérables sont ceux qui souffrent et meurent les premiers.

Les maladies courantes qu'il est possible d'éviter et de traiter comme la diarrhée, le paludisme, la rougeole, la malnutrition et les infections des voies respiratoires font beaucoup plus de morts, tandis que les maladies comme la méningite et le choléra peuvent rapidement donner lieu à des épidémies, encore aggravées par la malnutrition endémique et le mauvais fonctionnement des systèmes de santé. Les situations qui déclenchent des épidémies sont dues essentiellement aux effets secondaires et non aux effets primaires de la catastrophe, à l'exception des inondations qui sont à l'origine d'une augmentation des maladies transportées par l'eau et par les vecteurs. Les catastrophes peuvent causer la rupture des canalisations d'eau et des systèmes d'évacuation des eaux usées ou l'interruption de l'approvisionnement en électricité requis pour le pompage de l'eau.

En outre, dans les situations consécutives à un conflit, il faut des soins spécialisés adaptés aux problèmes de santé mentale (voir l'Encadré 5.4).

Les mouvements de populations soudains et de grande ampleur entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci créent souvent des situations d'urgence. En privant les gens de leurs moyens de subsistance tout en les obligeant à dépenser plus, les situations d'urgence imposent souvent des conditions d'existence précaires. Les maladies épidémiques comme le choléra peuvent facilement prendre trop d'ampleur pour que les services de santé qui manquent déjà de moyens puissent faire face, entraînant ainsi un besoin d'aide urgent.

Le temps que les gens passent dans des abris temporaires sans assistance détermine en grande partie le risque de transmission de maladies. Le séjour prolongé de nombreux réfugiés dans des abris temporaires où ne leur sont fournis qu'un minimum de services essentiels est le type même de situation où des flambées de maladies infectieuses risquent de se produire. En République démocratique du Congo, on estime à 3,3 millions de personnes le nombre de décès dus à la guerre qui a sévi entre 1998 et 2002 selon une étude menée par le Comité international de Secours (IRC) sur la mortalité dans la République démocratique du Congo. Le conflit, qualifié de « première guerre mondiale » de l'Afrique du fait que six nations au moins étaient impliquées, s'est caractérisé par une extrême violence, des déplacements massifs de populations, de très nombreux viols et un effondrement des services de santé publique. Le désastre humanitaire qu'il a engendré est sans précédent au cours des dernières décennies.

Il est fréquent que les crises se caractérisent par un grand nombre de violences sexuelles à l'encontre des femmes et des jeunes enfants. En 2004, l'OMS a publié, avec le HCR, des lignes directrices à l'intention des agents de santé sur les meilleures pratiques pour les soins et le traitement à dispenser aux victimes de violences sexuelles. L'OMS a mené, de 2004 à décembre 2005, des projets au Libéria et en République démocratique du Congo, afin de faire face aux effets sanitaires et psychologiques de la violence sexuelle. Ceux-ci ont permis d'apporter une formation spécialisée aux agents de santé et des fournitures médicales, et de mettre en place des centres de conseil. Dans le cadre des projets, des orientations ont été données aux législateurs sur la rédaction de la législation sur la violence sexuelle et une formation a été



HCR/H. Gaux

A Bahai, au Tchad, une famille de réfugiés emporte ses biens pour les mettre à l'abri de l'inondation causée par les premières fortes pluies.



▼

*Les efforts résolus  
entrepris pour améliorer  
l'environnement dans  
la Région africaine sont  
souvent compromis par la  
nature des problèmes sous-  
jacents, dont la pauvreté  
n'est pas le moindre. La  
tâche est considérable,  
mais certaines solutions  
testées et éprouvées  
donnent de bons résultats  
et devraient être plus  
largement appliquées.*

dispensée aux responsables de la santé au niveau communautaire pour lutter contre la violence sexuelle.

Après deux décennies de conflits dans le nord de l'Ouganda, le nombre de personnes déplacées a atteint 2 millions. Une étude portant sur les personnes déplacées à l'intérieur du pays dans trois districts du nord de l'Ouganda a montré qu'au cours des six premiers mois de 2005, le surcroît de mortalité cumulée atteignait 25 694 personnes. Le paludisme et le VIH/SIDA étaient les deux principales causes de décès signalées par les personnes faisant l'objet de l'étude, tandis que la violence venait en troisième position. Le taux brut de mortalité ainsi que la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans deux des districts étaient quatre fois supérieurs aux niveaux globaux dans les zones de l'Afrique subsaharienne qui n'étaient pas en crise.

Des milliers de fermiers ont perdu leurs récoltes lorsque, d'avril à décembre 2004, des criquets ont envahi l'Afrique de l'Ouest, conduisant à des pénuries alimentaires dans toute la région. Dans certaines parties de pays tels que le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal et le Tchad, le prix des denrées alimentaires – en particulier du millet – a doublé.

L'histoire récente de l'Angola montre également les liens qui existent entre les situations de crise et les flambées de maladies infectieuses. En avril 1999, l'Angola a souffert de l'une des flambées de poliomyélite les plus importantes qui aient jamais été enregistrées en Afrique. Celle-ci est survenue après 30 ans de guerre et de destruction des services de santé, de déplacements massifs des populations qui ont engendré la surpopulation, des conditions d'hygiène médiocres et un approvisionnement en eau inapproprié – les conditions idéales pour la propagation du poliovirus. En mars 2005, une flambée de fièvre hémorragique de Marburg a causé 329 morts en Angola : il s'agissait là de la flambée la plus meurtrière de fièvre de Marburg jamais constatée. Il n'y a ni traitement ni vaccin pour cette maladie, et ni la source de la flambée ni le réservoir du virus n'ont été identifiés à ce jour.

L'OMS et les autres agences de l'ONU ont de nombreux rôles à jouer lors des crises. L'un de ceux-ci est d'évaluer les programmes de protection sociale antérieurs et actuels qui s'adressent aux personnes vulnérables. Un autre de ces rôles est de soutenir les pays dans la phase de relèvement. L'OMS fournit ce type de soutien à l'Angola, au Burundi, à la Côte d'Ivoire, à l'Erythrée, à l'Éthiopie, au Libéria, au Mozambique, au Niger, à la République centrafricaine, à la République démocratique du Congo et aux pays d'Afrique australe, entre autres. Ce type d'assistance représente un changement dans les priorités : après avoir sauvé des vies, il faut restaurer les activités de subsistance. L'expérience démontre qu'il est possible de transformer un désastre en une occasion d'améliorer le secteur de la santé.

## Lutter contre la pauvreté et les risques liés à l'environnement

### Réduire la pauvreté

Les efforts résolus entrepris pour améliorer l'environnement dans la Région africaine sont souvent compromis par la nature des problèmes sous-jacents, dont la pauvreté n'est pas le moindre. La tâche est considérable, mais certaines solutions testées et éprouvées donnent de bons résultats et devraient être plus largement appliquées. Ainsi, la stratégie de l'OMS sur la pauvreté et la santé dans la Région africaine est



une initiative dont l'idée principale est que la santé est vitale pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement humain. La stratégie vise à promouvoir une réforme du système de santé qui fournisse aux personnes défavorisées un accès aux services de santé de base, et à orienter les secteurs autres que la santé sur la manière de tenir compte des questions de santé dans leurs politiques et pratiques. La stratégie cherche aussi à modifier l'orientation des systèmes de santé en préférant à la prédominance de l'approche curative une approche davantage orientée sur la prévention et la promotion de la santé.

## Prévention et gestion des conflits

Les situations d'urgence liées à des conflits qui ont été si répandues dans la Région africaine entraînent des problèmes multiformes pour l'environnement. Comme pour la pauvreté, elles ne peuvent être réglées que pacifiquement ou par une action importante et soutenue au niveau international.

Il faudrait pour cela mieux gérer les recettes de l'Etat provenant des ressources naturelles, mieux utiliser l'aide pour s'attaquer aux causes des conflits, appliquer les accords internationaux sur la manière de contrôler les ressources qui alimentent ou financent les hostilités et contrôler le trafic des armes légères.

Grâce à des moyens efficaces d'alerte précoce, de médiation et de maintien de la paix, les organisations internationales et les organisations africaines peuvent aider à prévenir et à résoudre les conflits lorsque les tensions ne peuvent être gérées au niveau national. La coordination et le financement du maintien de la paix et du développement après un conflit doivent être améliorés pour éviter que les Etats qui émergent d'un conflit violent n'y retombent.

La stratégie de secours d'urgence et d'aide humanitaire du Bureau régional de l'Afrique invite instamment les Etats Membres à développer ou à renforcer leur capacité de gestion des situations d'urgence. Les méthodes recommandées sont axées sur les pays ou régions vulnérables et mettent l'accent sur la prévention, la préparation et la capacité à agir, et la création de moyens. D'autres méthodes passent par la formation de personnels et le renforcement des capacités institutionnelles, y compris les systèmes d'alerte précoce et l'allocation de ressources appropriées pour créer, lorsqu'il n'existe pas encore, un fonds national pour les situations d'urgence. Les pays sont également invités à intégrer les programmes et les activités de secours d'urgence et d'aide humanitaire dans leurs plans nationaux de développement sanitaire. Ils sont par ailleurs encouragés à renforcer la participation communautaire à la préparation aux situations d'urgence et à l'action, et à recenser, classer et cartographier les risques de situations d'urgence. Des secours efficaces et bien préparés peuvent changer du tout au tout la pire des crises. Grâce à cette stratégie, plusieurs pays ont amélioré leur capacité à se préparer et à réagir aux situations d'urgence.

Dans les situations d'urgence, qu'elles soient d'origine naturelle ou humaine, le manque de ressources et de préparation rend de nombreux gouvernements de la Région incapables d'atténuer l'impact sur l'environnement sanitaire. Les organisations humanitaires sont souvent amenées à entreprendre et à administrer des interventions sanitaires en situation d'urgence. Mais le fait de devoir compter sur une aide extérieure retarde inévitablement l'arrivée des secours et augmente le risque pour les populations touchées.

Au même titre que d'autres institutions, l'OMS a également réagi en intervenant davantage en amont et en aidant les pays à se préparer aux conséquences sanitaires d'une situation d'urgence et à mettre en place des systèmes permettant d'atténuer aussi rapidement que possible les problèmes de santé provoqués par les crises.



*La clef d'une riposte efficace aux situations d'urgence dans la Région consiste à améliorer la coordination et l'appui technique entre les populations et les gouvernements recevant l'aide ainsi qu'entre les organisations qui la fournissent.*



La stratégie de l'OMS pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire, adoptée en 1997, pour la Région africaine comporte une série de mesures que les pays peuvent prendre pour être mieux préparés aux situations d'urgence. L'OMS aide les Etats Membres à évaluer les risques sanitaires et la vulnérabilité, à développer les moyens techniques d'intervention et à améliorer la coordination pendant les crises. Elle a mis au point un ensemble minimal d'interventions sanitaires pour les situations d'urgence, des guides pratiques et d'autres outils de soutien technique. L'OMS aide également les pays à reconstruire les systèmes de santé détruits à la suite d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit armé.

La clé d'une riposte efficace aux situations d'urgence dans la Région africaine consiste à améliorer la coordination et l'appui technique entre les populations et les gouvernements recevant l'aide ainsi qu'entre les organisations qui la fournissent. Les crises telles que la famine en Erythrée et en Ethiopie et les conflits au Libéria, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest ont eu des répercussions sur l'environnement qui sont allées bien au-delà des frontières d'un seul pays. Une action concertée des gouvernements de la Région et des institutions internationales est déterminante pour limiter cet impact.

## Des solutions peu coûteuses et durables : l'eau et l'assainissement

Des progrès ont été faits dans le domaine crucial de l'eau et de l'assainissement, même s'ils ont été plus lents qu'espéré. Au cours des dix dernières années, des solutions peu coûteuses et des méthodes durables de gestion communautaire ont été mises en place pour résoudre ce problème vital. La décentralisation des responsabilités et le fait de valoriser l'adhésion de la communauté en lui laissant le choix des niveaux de prestation se sont avérés particulièrement efficaces pour améliorer l'accès à une eau saine.

Les programmes de gestion communautaire dirigés par l'OMS et d'autres insti-

tutions ont donné des résultats, notamment des programmes utilisant l'initiative PHAST, une approche modulée suivant la demande pour l'eau et l'assainissement ainsi que des projets d'assainissement écologique. Le programme AFRIQUE 2000 pour l'eau et l'assainissement a aussi galvanisé les efforts visant à développer les approvisionnements en eau saine et à améliorer l'assainissement dans la Région africaine.

Plusieurs pays de la Région africaine ont adopté l'approche « cadres de vie sains » de l'OMS qui s'attache à rendre les villes, les écoles, les villages et les marchés alimentaires plus sains et qui repose sur l'idée que la santé dépend d'un environnement propice tout autant que de services sanitaires satisfaisants. En adoptant cette approche, ces pays s'attaquent pour la première fois à des problèmes urbains complexes, et cela de façon globale.



Laurence Layani

L'eau douce est une ressource précieuse.



Les outils et les compétences nécessaires pour gérer des programmes d'un bon rapport coût/efficacité qui améliorent l'approvisionnement en eau et l'assainissement sont donc désormais disponibles et, plus ces outils seront connus, plus les résultats seront tangibles, créant un environnement plus sain.

Un exemple de solution écologique au problème d'approvisionnement en eau et du type de réflexion créative qui permet de résoudre les problèmes dans ce domaine est la pompe-manège grâce à laquelle des enfants peuvent pomper de l'eau tout en jouant.

Les approvisionnements en eau sont parfois contaminés. La gestion de l'environnement est également un moyen de lutter contre ces maladies véhiculées par l'eau. Ainsi, les agents de santé publique du Malawi luttent contre les populations de mollusques porteurs de schistosomes dans les rivières et les lacs afin de réduire la transmission de la schistosomiase (voir l'Encadré 5.5).

### Encadré 5.5

#### Lutte environnementale contre la schistosomiase au Malawi

Près de 85 % des 200 millions de personnes dans le monde qui, selon les estimations, souffrent de schistosomiase et des 600 millions de personnes exposées à la maladie vivent en Afrique. Un effort considérable est fait aujourd'hui aux niveaux national et international sur le continent africain pour lutter contre les ravages qu'elle provoque.

L'essentiel de cet effort consiste à repérer les malades et à les traiter, mais, au Malawi, des recherches prometteuses sont conduites en vue de maîtriser les populations de mollusques qui transmettent le parasite responsable de la schistosomiase chez l'homme, connue également sous le nom de bilharziose.

Samuel Jemu, coordonnateur du Programme national de lutte contre les bilharzies, estime que la lutte environnementale est aussi importante que l'identification, le traitement, la nutrition et l'assainissement pour s'attaquer aux schistosomes et à d'autres parasites intestinaux.

Ses équipes cherchent en priorité à repérer ce qu'elles appellent les « points chauds d'infection ». Il s'agit d'environnements riches en mollusques où ceux-ci émettent des parasites dans l'eau, lesquels sont ensuite transmis aux personnes qui puisent de l'eau, se lavent, pêchent ou jouent dans l'eau.

« Nous examinons l'habitat et voyons s'il est favorable aux mollusques », explique M. Jemu. « Nous nous efforçons de mobiliser les communautés de ces régions pour nous assurer qu'elles déblaient bien les voies d'eau. L'eau peut alors circuler un peu plus rapidement, ce qui évite la transmission. Nous construisons également des passerelles de façon à ce que les gens aient moins de contacts avec l'eau. »

Par le passé, on utilisait des pesticides pour maîtriser les populations de mollusques, mais cette pratique a été abandonnée en raison de ses conséquences écologiques désastreuses, précise le Dr Henry Madsen, spécialiste des mollusques de l'Institut de Recherche et de Développement sanitaires du DBL (Laboratoire danois de la Bilharziose).

Peter Furu, Conseiller principal à l'Institut, qui a participé à la mise en place et à l'évaluation des programmes d'essais

dans 28 villages de la péninsule de Nankumba, et qui a rédigé des documents de conférence en 1998 et 1999, dit que le projet était « novateur dans sa mise en œuvre, car c'était un projet sanitaire intégré dans un projet de conservation de la biodiversité du lac Malawi ».

Après la réduction de l'aide danoise au Malawi en 2001, les scientifiques expliquent qu'aucune évaluation complète n'a pu être effectuée. La recherche liait la transmission du schistosome et le nombre de mollusques au déclin de la population d'un poisson molluscophage : le fameux cichlide du lac Malawi.

Le Dr Madsen estime que, même si un plus grand nombre de poissons est synonyme d'une diminution du nombre de mollusques, cela ne résoudra pas entièrement le problème de la schistosomiase au Malawi ni ailleurs. Lorsque les fonds sont limités et que l'on dispose de médicaments économiques, il est plus judicieux de commencer par traiter les gens. « Toutefois, je pense qu'une fois la prévalence réduite, il faudra engager une lutte environnementale contre la maladie », conclut-il.



OMS/TDR/A. Crump

Nombreux sont ceux qui, contraints d'utiliser une eau infestée de mollusques, risquent de contracter la schistosomiase.

## Rendre les aliments plus sûrs : une responsabilité partagée

Améliorer la conservation et la préparation des aliments permet de réduire les risques pour la santé dus à la contamination des aliments. On a obtenu de bons résultats en ciblant localement les usages en matière d'hygiène, en surveillant le niveau d'hygiène et de transmission des maladies et en éduquant les personnes chargées de la manipulation des aliments.

Grâce à la stratégie intégrée de surveillance des maladies élaborée par le Bureau régional OMS de l'Afrique en 1999, tous les pays de la Région fournissent désormais des données sur le choléra, la typhoïde et les infections dues à *Salmonella spp.*, *Shigella spp.* et d'autres micro-organismes. L'un des principaux obstacles tient à l'absence de personnel technique bien formé, mais l'on s'efforce d'y remédier. La formation de ce personnel à la surveillance des maladies d'origine alimentaire et à la surveillance microbiologique a été entreprise depuis 2002 dans dix pays francophones. Il est projeté de l'étendre à l'avenir à l'ensemble des autres pays de la Région.

Dans les pays francophones de la Région africaine, un projet – qui découle des ateliers mondiaux Salm-Surv, programme de surveillance internationale des salmonelles mis en place en 2000 – est également en cours pour contrôler la résistance aux antibiotiques de *Salmonella hadar*. Parmi les autres activités de recherche figure le suivi microbiologique des aliments, de la production à la consommation, ainsi que des produits alimentaires importés tels que les préparations pour nourrissons.

Le Bénin et la République du Congo ont travaillé pour renforcer la surveillance et le suivi microbiologique des aliments. Le système mondial de surveillance de l'environnement/programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des produits alimentaires (GEMS/FOOD) a été mis en place dans près de dix pays africains francophones dans le cadre du troisième atelier international sur les études de l'alimentation totale (*Total Diet Study*) qui s'est tenu en mai 2004. Un projet portant

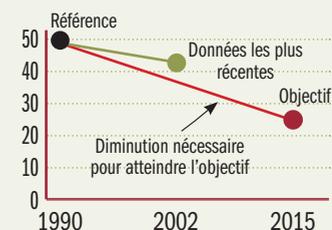
### Encadré 5.6

#### Atteindre l'ODM 7 concernant l'eau et l'assainissement

L'une des cibles de l'ODM 7, qui concerne principalement le développement durable, consiste à réduire de moitié d'ici 2015 le nombre de personnes n'ayant pas accès de façon durable à une eau de boisson saine et à des moyens d'assainissement de base. Cette cible suppose que 75 % de la population ait accès à une source d'eau meilleure. En Afrique subsaharienne, cette proportion n'est passée que de 49 % à 58 % entre 1990 et 2002, c'est-à-dire que l'on est loin des progrès nécessaires pour atteindre la cible en 2015.

Dans le domaine de l'assainissement, la cible est une couverture de 66 % par des services améliorés d'ici 2015, mais l'Afrique subsaharienne est encore plus en retard. De 32 % en 1990, la couverture n'était passée qu'à 36 % en 2002. Pour que les délais soient respectés, elle aurait dû atteindre 49 % à cette date. Certains pays font cependant exception comme le Cameroun, où la couverture, qui n'était que de 21 % en 1990, a atteint 48 % en 2002 ; le Sénégal, où la couverture est passée de 35 % à 52 % ; et le Ghana, où elle est passée de 43 % à 58 %, mais les progrès sont généralement beaucoup trop lents.

#### Pourcentage de la population qui n'a pas accès à des sources d'eau améliorées, Afrique subsaharienne



Source : Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement – Water for life: make it happen, 2005.



sur les contaminants chimiques dans l'alimentation, sous la forme d'une étude de l'alimentation totale – il s'agit des sources primaires d'information sur les niveaux de divers contaminants chimiques et nutriments présents dans le régime alimentaire –, est prévu au Cameroun.

L'incidence croissante des maladies d'origine alimentaire et l'émergence de nouvelles menaces microbiennes pour la chaîne alimentaire ont incité le Comité régional de l'OMS à faire de la sécurité sanitaire des aliments un domaine d'action prioritaire en 2003. La création du fonds fiduciaire du Codex Alimentarius la même année a permis à de nombreux pays de la Région de s'engager à appliquer les normes internationales de sécurité sanitaire des aliments.

Dans la résolution sur la salubrité des aliments adoptée par le Comité régional de l'Afrique en 2003, les Etats Membres sont appelés à élaborer ou à mettre à jour les politiques et la législation relatives à la salubrité des aliments, sur la base d'une évaluation scientifique et de la prévention des facteurs de risque tout au long de la chaîne alimentaire. L'idée est d'aligner la réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments sur les normes et directives alimentaires internationales, y compris celles établies par la Commission du Codex Alimentarius. Au titre de la résolution de 2003, les Etats Membres sont également encouragés à intégrer les questions de sécurité sanitaire des aliments dans les programmes d'études depuis l'enseignement primaire jusqu'à l'enseignement supérieur ; à intégrer la composante éducation et information en matière de sécurité sanitaire des aliments dans les programmes de formation des personnes appelées à manipuler des aliments à tous les niveaux – consommateurs, producteurs et agriculteurs ; à fournir aux laboratoires fonctionnels des ressources suffisantes dans le cadre de leurs systèmes de surveillance nationale ; et à assurer coordination et maillage aux niveaux national, sous-régional et régional.

Le Botswana, le Ghana et la République-Unie de Tanzanie ont adopté l'approche analyse des risques-maîtrise des points critiques (HACCP), système de gestion de la sécurité sanitaire des aliments établi au niveau international. Ce système anticipe les points de la chaîne alimentaire où la contamination pourrait survenir et favorise les contrôles volontaires pour l'éviter.

Des activités sont également en cours au Burkina Faso, en Guinée-Bissau et au Kenya pour évaluer la qualité et la sécurité sanitaire des aliments vendus dans la rue, enseigner aux manipulateurs d'aliments et aux consommateurs les bonnes techniques de manipulation et les règles d'hygiène personnelle, et former des inspecteurs au contrôle des aliments. Le concept de marchés alimentaires sains a été appliqué dans un certain nombre de pays, notamment au Mozambique, en République du Congo et en République-Unie de Tanzanie, afin d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments vendus sur les marchés. L'affiche de l'OMS, intitulée « *Cinq clés pour des aliments plus sûrs* » et visant à garantir la sécurité sanitaire des aliments dans chaque foyer, est utilisée au Botswana, au Mozambique et en République du Congo pour former les écoliers à l'hygiène alimentaire.



*Dans la résolution sur la salubrité des aliments adoptée par le Comité régional de l'Afrique en 2003, les Etats Membres sont appelés à élaborer ou à mettre à jour les politiques et la législation relatives à la salubrité des aliments.*



## Conclusion : suivre les progrès

Les populations de la Région africaine sont confrontées à toute une série de risques sanitaires, dont un grand nombre ont leur origine dans l'environnement, qu'il s'agisse des niveaux élevés de pollution de l'air, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des habitations, de l'insalubrité des approvisionnements en eau, de l'insuffisance de l'assainissement ou des aliments préparés sans respecter les conditions d'hygiène dans la plupart des communautés de la Région. Celle-ci se caractérise aussi par la disparité des résultats en matière de santé. Les conséquences sont la pauvreté, des moyens de transport médiocres, des logements inadaptés, un accès insuffisant aux services, en particulier à une eau saine et aux réseaux d'assainissement (voir l'Encadré 5.6) et le stress qui résulte de conditions sociales et environnementales médiocres. Les situations d'urgence, qu'elles soient dues à l'homme ou à des catastrophes naturelles, se traduisent fréquemment par d'énormes déplacements de populations, qui à leur tour sont susceptibles d'entraîner une détérioration des conditions de vie et de l'environnement immédiat.

L'OMS a travaillé avec ses partenaires dans la Région africaine pour améliorer la santé des populations en appliquant des solutions testées et éprouvées. Par exemple, l'initiative PHAST a été mise en œuvre pour résoudre les problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. En adoptant l'approche pour des cadres de vie sains, on fait beaucoup pour améliorer l'assainissement dans les villes et la sécurité sanitaire des aliments sur les marchés alimentaires. L'amélioration de l'hygiène dans l'industrie alimentaire a été obtenue dans une large mesure grâce à la mise en place de l'approche HACCP, tandis que l'initiative « *Cinq clés pour des aliments plus sûrs* » de l'OMS contribue à l'éducation du consommateur et a été particulièrement utile pour former les écoliers.

L'OMS a mis en place un certain nombre de stratégies dans la Région africaine pour aider les Etats Membres à rendre leur environnement plus sain. Ainsi, la stratégie 2002 de l'OMS sur l'environnement et la santé met l'accent sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques liées à l'environnement dans le secteur de la santé. La stratégie s'efforce aussi d'encourager les communautés à prendre conscience du lien crucial qui existe entre l'environnement et la santé, et à mieux le connaître.

On peut citer les autres stratégies suivantes : Pauvreté et santé : une stratégie pour la Région africaine ; *Microeconomics and Health: the Way Forward in the African Region* (Microéconomie et santé : comment progresser dans la Région africaine) ; la stratégie pour les opérations d'urgence et l'action humanitaire dans la Région africaine ; ainsi que d'autres stratégies sur la sécurité sanitaire des aliments et la santé au travail. Elles fournissent toutes des lignes directrices claires sur la manière de soulager la pauvreté et de réduire la contamination de l'environnement.

Ces stratégies tirent parti d'une mine de connaissances sur les moyens de permettre aux pauvres d'accéder aux aliments et aux soins de santé dont ils ont besoin. On sait comment assurer la sécurité sanitaire des aliments à tous les stades, du producteur au consommateur, et assurer la sécurité sur le lieu de travail. On connaît aussi des méthodes de prévention et de gestion des situations d'urgence. Les Etats Membres, l'OMS et leurs partenaires devraient travailler en plus étroite collaboration pour appliquer ces méthodes éprouvées et ces connaissances afin de rendre l'environnement plus salubre et de réduire le fardeau de la morbidité due à l'environnement dans la Région africaine. ■



*Les Etats Membres, l'OMS et leurs partenaires devraient travailler en plus étroite collaboration pour appliquer ces méthodes éprouvées et ces connaissances afin de rendre l'environnement plus salubre et de réduire le fardeau de la morbidité due à l'environnement dans la Région africaine.*



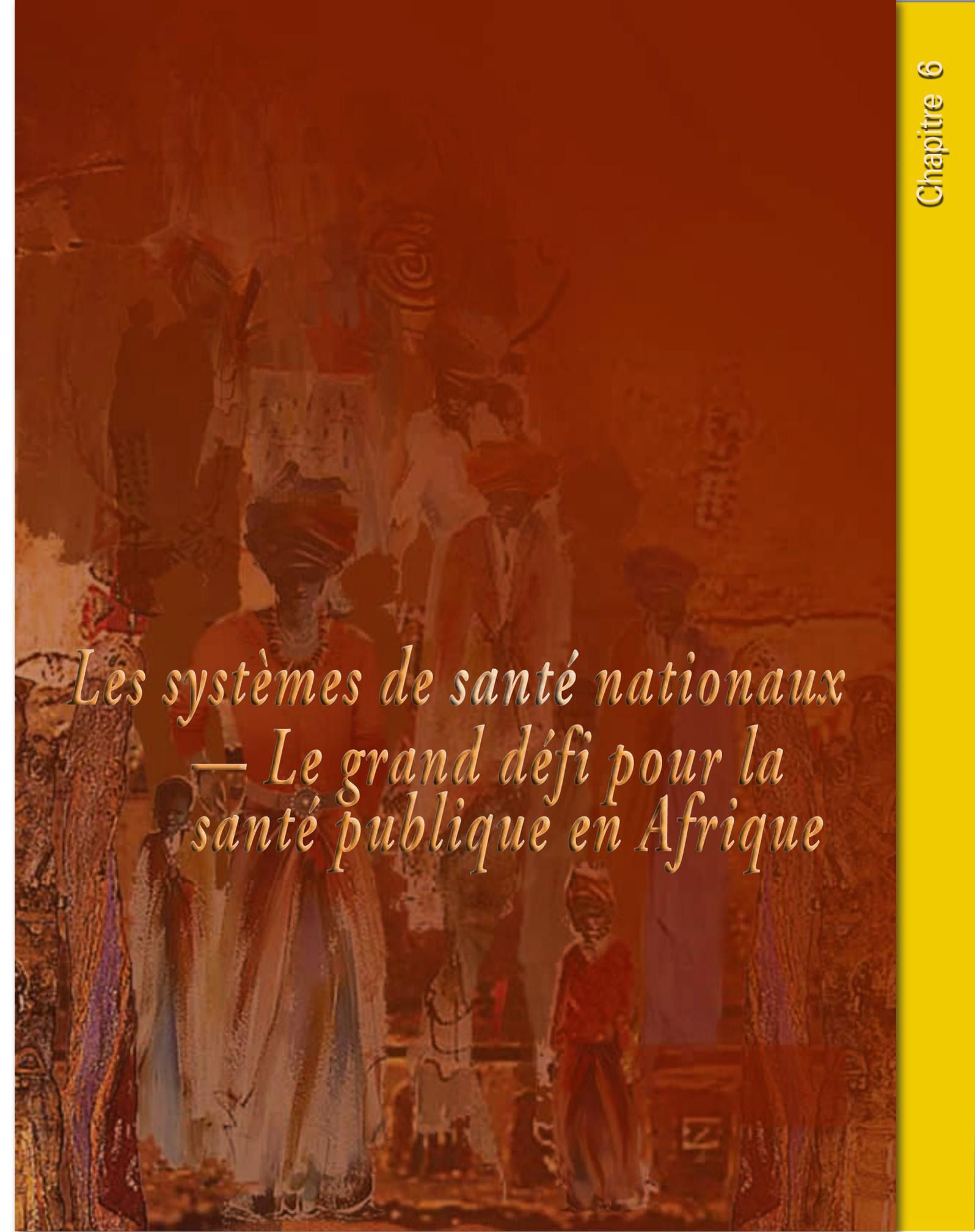
## Bibliographie

- *Africa Statement – Water and Sanitation Africa Initiative. Africa Consultative Forum, Abidjan, 17-20 November 1998.* Genève : Conseil de concertation pour l’approvisionnement en eau et l’assainissement.
- *African Ministerial Conference on Housing and Urban Development, 2005.* Information disponible à l’adresse suivante : <http://www.housing.gov.za/amchud/top.html>
- *Atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière d’eau potable et d’assainissement : évaluation des progrès à mi-parcours.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l’Enfance, Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l’approvisionnement en eau et de l’assainissement ; 2004. Disponible à l’adresse suivante : [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/monitoring/midtermeval.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/midtermeval.pdf)
- Azziz-Baumgartner E, Lindblade K, Gieseke K, Schurz Rogers H, Kieszak A, Njapau H, et al. Case Control Study of an Acute Aflatoxicosis Outbreak, Kenya, 2004 *Environmental Health Perspectives* 2005; 113:1779-1783.
- Chitsulo L, Engels D, Montresor A, Savioli L. The global status of schistosomiasis and its control. *Acta tropica* 2000;77:41-51.
- *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés ; 2004. Disponible à l’adresse suivante : [http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical\\_mngt\\_survivors\\_of\\_rape/clinical\\_mngt\\_survivors\\_of\\_rape.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/clinical_mngt_survivors_of_rape.pdf)
- Coghlan B, Brennan R, Ngoy P, Dofara D, Otto B, Clements M, et al. Mortality in the Democratic Republic of the Congo: a nationwide survey. *Lancet* 2006;367:44-51.
- « Dans l’intérêt de tous ». *Le rapport de la Commission pour l’Afrique* (version française résumée). Londres : Commission pour l’Afrique ; 2005.
- *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002. Disponible à l’adresse suivante : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241545410.pdf>
- *Health and mortality survey among internally displaced persons in Gulu, Kitgum and Pader districts, Northern Uganda.* Study partnership: OMS, UNICEF, WPF, FNUAP et IRC sous les auspices du Ministère de la Santé de la République de l’Ouganda, juillet 2005. Disponible à l’adresse suivante : <http://66.102.9.104/search?q=cache:ZWu60LwAeWMJ:www.theirc.org/resources/N-20Uganda-20MOH-20Survey-20Report-20July-202005-20FINAL.pdf+health+and+mortality+survey+among+internally+displaced+persons+in+Gulu&hl=en>
- IASC (Inter Agency Standing Committee) *Early Warning-Early Action Report for the IASC WG (3rd Quarter - 2005).* Disponible à l’adresse suivante : <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/>
- *Le point sur l’épidémie de SIDA. Décembre 2004.* Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONU-SIDA), Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (document ONUSIDA/04.45F ; disponible à l’adresse suivante : [http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004\\_html\\_fr/epi04\\_00\\_fr.htm](http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_fr/epi04_00_fr.htm)).
- Mensah P, Yeboah-Manu D, Owusu-Darko K, Ablordey A. Street foods in Accra, Ghana: how safe are they? [La nourriture vendue dans les rues à Accra au Ghana présente-t-elle un danger pour la santé ?]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002;80:546-554 (résumé en français).
- *Opérations d’urgence et action humanitaire : stratégie régionale. Rapport du Directeur régional. Quarante-septième session du Comité régional de l’Afrique, Sun City (Afrique du Sud), 1<sup>er</sup>-5 septembre 1997.* Brazzaville : Bureau régional OMS de l’Afrique ; 1997 (document AFR/RC47/7, 6 mai 1997).
- *Outbreak of Poliomyelitis – Angola 1999, MMWR, 1999;48:327-329*
- *Pauvreté et santé : une stratégie pour la Région africaine. Rapport du Directeur régional. Cinquante-deuxième session, Brazzaville, République du Congo, 19-23 août 2002.* Brazzaville : Bureau régional OMS de l’Afrique ; 25 avril 2002 (document AFR/RC52/11).
- Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l’approvisionnement en eau et de l’assainissement (PCS). *Water for life: making it happen.* Genève : UNICEF et Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- *Renforcement de la coordination de l’aide humanitaire d’urgence fournie par les organismes des Nations Unies. Rapport du Secrétaire général.* New York : Organisation des Nations Unies ; 2006 (documents A/61/85 et E/2006/81).



- *Salubrité des aliments et santé : Analyse de la situation et perspectives* (AFR/RC53/R5). Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; septembre 2003.
- *Salubrité de l'environnement : stratégie de la Région africaine*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2 février 2002 (AFR/RC52/10).
- *Santé et sécurité des travailleurs dans la Région africaine : analyse de la situation et perspectives. Rapport du Directeur général. Cinquante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique, Brazzaville (Congo), 30 août-3 septembre 2004*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004 (document AFR/RC54/13 Rev.1, 18 juin 2004).
- *Supply and Sanitation Collaborative Council*. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.wsscc.org/dataweb.cfm?edit\\_id=164&CFID=827742&CFTOKEN=59731633](http://www.wsscc.org/dataweb.cfm?edit_id=164&CFID=827742&CFTOKEN=59731633).
- T. Tylleskär. *The association between cassava and the paralytic disease konzo*. ISHS Acta Horticulturae 375: International Workshop on Cassava Safety. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.actahort.org/books/375/375\\_33.htm](http://www.actahort.org/books/375/375_33.htm).
- *Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique et les Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique) ; 2001.
- Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Aid after disasters. *BMJ* 2005;330:1160-1161.
- *World urbanization prospects: the 2003 revision*. New York : Organisation des Nations Unies; 2004.





*Les systèmes de santé nationaux  
— Le grand défi pour la  
santé publique en Afrique*



## *Messages clefs*

- La prestation des soins est entravée par la pénurie d'agents de santé et une infrastructure inadaptée
- Les frais de soins directs entraînent les populations dans le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé
- Des informations sanitaires de meilleure qualité sont nécessaires pour évaluer quelles sont les bonnes mesures de santé publique à prendre
- Dans certaines parties de la Région, la moitié de la population n'a pas accès aux médicaments

## *Solutions*

- Les gouvernements africains et leurs partenaires doivent allouer davantage de fonds aux systèmes de santé
- Il faut subventionner les soins et mettre en place des systèmes de sécurité sociale
- Une approche sectorielle permettrait une coordination efficace des ressources intérieures et extérieures
- Des systèmes de santé solides seraient un instrument efficace pour dispenser l'ensemble des soins de base



# *Les systèmes de santé nationaux — Le grand défi pour la santé publique en Afrique*

**L**a plupart des pays de la Région africaine ont mené à bien des réformes du secteur de la santé pour améliorer la prestation des services de santé. Malgré ces efforts, dans de nombreux pays de la Région, les systèmes de santé sont déficients et fonctionnent mal. La principale contrainte qui pèse sur les gouvernements tient à la pénurie de ressources financières et humaines. Aussi les autorités se félicitent-elles du soutien de la communauté internationale et des efforts qu'elle déploie pour lutter contre les maladies et soulager les souffrances. Certains de ces programmes « verticaux », axés sur une maladie, fournis et financés par des donateurs extérieurs, ont eu des résultats spectaculaires ; ils ont par exemple permis d'éradiquer la variole et de réaliser des progrès dans la lutte contre la poliomyélite, la dracunculose, l'onchocercose et la rougeole. Toutefois, les programmes verticaux tendent à négliger une importante cause sous-jacente de morbidité : la faiblesse des systèmes de santé (voir l'Encadré 6.1). Ce chapitre traite du grand défi pour la santé publique en Afrique, à savoir renforcer ces systèmes de santé qui sont déficients et fonctionnent mal.

Les gens tombent malades et meurent souvent parce qu'il n'existe pas de systèmes de prévention ou de lutte ou, s'il existe de tels systèmes, parce qu'ils fonctionnent mal. Certains jugent prohibitif le coût de la mise en place d'un système de santé en Afrique. Une expérience pionnière en République-Unie de Tanzanie a toutefois prouvé le contraire, à savoir qu'il est possible de renforcer les systèmes de santé à moindres frais, et d'améliorer ainsi la santé des populations de façon spectaculaire. Encore faut-il voir si ces améliorations peuvent être maintenues dans les deux districts tanzaniens où l'expérience a été menée et si la même approche peut être appliquée avec succès dans d'autres districts de Tanzanie ou dans d'autres pays de la Région. L'expérience prouve toutefois qu'une amélioration de la qualité des prestations des systèmes de santé peut conduire à des progrès dans la lutte contre les maladies.



## Edifier et renforcer les systèmes de santé

Dans les pays où un grand nombre des éléments fondamentaux d'un système de santé – agents de santé qualifiés, information et savoir, fonds, infrastructure, ainsi que médicaments essentiels et matériel médical – font défaut ou sont limités, les perspectives peuvent être sombres

Bon nombre des habitants de la Région africaine, notamment ceux des zones rurales, doivent souvent faire de longs trajets pour obtenir des soins élémentaires. Arrivés à l'hôpital ou au dispensaire, il se peut qu'ils ne soient soignés que s'ils ont de quoi payer. C'est pourquoi beaucoup, faute de moyens, se passent de traitement et que, pour les autres, de telles dépenses peuvent être exorbitantes, tandis que la qualité des services sera limitée. Dans l'un ou l'autre cas, les gens sont menacés d'appauvrissement, que ce soit parce qu'ils sont atteints d'une maladie incapacitante, ou parce que ces dépenses sont au-dessus de leurs moyens. Certains pays, dont le Ghana, le Kenya, le Nigéria et la Zambie, mettent en place des systèmes nationaux d'assurance maladie pour aider les populations à faire face à leurs dépenses de santé.

Une solution durable à ces problèmes, courants dans la Région africaine, est la poursuite de la réforme du secteur de la santé, moyennant des financements accrus et une utilisation plus efficace des fonds associés à une meilleure gestion des affaires publiques et à un accès élargi aux interventions d'un coût abordable qui sont connues pour leur efficacité. Un élément clé de cette réforme consiste à établir des districts sanitaires qui seront à la base de la prestation des services de santé. Une fois établis en tant que tels, ces districts doivent être pleinement opérationnels dans toute la Région de façon à assurer la prestation de services de soins essentiels aux populations, de manière appropriée et efficace, et moyennant un coût abordable.

### Prestations de santé publiques et privées

En Afrique, le secteur privé joue un rôle important dans la prestation des soins de santé. Cela tient en partie à l'incapacité des gouvernements à assurer des soins de santé de base à une population qui, en l'absence de soins subventionnés par l'Etat, n'a d'autre choix que de chercher d'autres solutions. Les prestataires privés complètent le secteur public, intervenant là où l'Etat n'assure pas les services essentiels. Mais l'absence de réglementation qui caractérise le secteur privé peut être cause de discrimination à l'encontre des personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour ces services. Le secteur privé inclut également des organisations non gouvernementales et caritatives qui dispensent des soins gratuits ou subventionnés. Dans certains pays, le secteur privé assure une part significative des soins de santé disponibles, qu'ils soient subventionnés ou payants.

Vu la circulation des biens et des services médicaux entre les prestataires publics, commerciaux, philanthropiques, traditionnels et informels, la distinction entre

#### Encadré 6.1

#### Qu'est-ce qu'un système de santé ?

Par système de santé, on entend l'ensemble des acteurs, des organisations, des institutions et des ressources dont le but premier est d'améliorer la santé. Les systèmes de santé ont plusieurs objectifs, dont le principal est de promouvoir, de restaurer ou d'entretenir la santé, mais ils doivent aussi être aptes à répondre aux attentes légitimes de la population et être financièrement équitables.

Le degré de réalisation de ces objectifs dépend de la mesure dans laquelle les systèmes parviennent à s'acquitter de quatre fonctions vitales. La première, la prestation des services, consiste à dispenser des services de santé individuels ou non ; la deuxième, la production de ressources, signifie investir dans les personnes, les infrastructures et le matériel ; la troisième, le financement, consiste à collecter, mettre en commun et attribuer les recettes qui serviront à l'achat des services ; et la quatrième, l'administration générale, permet d'assurer un contrôle et de donner des orientations, dans l'optique de la santé.

Quand ces quatre éléments fonctionnent bien ensemble, la population a tendance à être en meilleure santé et à vivre plus longtemps. A l'inverse, quand ces fonctions de base ne sont pas assurées, la morbidité et la mortalité augmentent. Les systèmes de santé aident à faire en sorte que les services de santé répondent de façon équitable et durable aux besoins sanitaires.



secteurs privé et public est de plus en plus floue. Certains médecins font payer des services qui devraient être gratuits dans le secteur public. Des médicaments et du matériel médical achetés pour des hôpitaux publics sont vendus au marché noir. Certains agents de santé sont si mal rémunérés qu'ils ont deux emplois, l'un dans le secteur privé et l'autre dans le secteur public, pour gagner leur vie. Les deux secteurs cependant sont indispensables. Le secteur privé tend à être davantage ouvert à la concurrence, à la flexibilité et à l'innovation, tandis que le secteur public est chargé de veiller à un accès plus équitable aux soins de santé essentiels.

## Développer les systèmes de santé

Développer les systèmes de santé consiste à accroître les ressources humaines, améliorer les infrastructures et la formation, et s'employer par tous les moyens à étendre les services de santé de qualité. Aucune Région n'a autant besoin de renforcer ses systèmes de santé que l'Afrique. La seule solution cohérente, vu l'ampleur des problèmes de santé publique qui se posent dans la Région africaine, est l'amélioration des systèmes de santé. En l'absence de systèmes de santé fonctionnels, le VIH/SIDA s'est implanté et propagé rapidement au point de constituer l'un des plus graves problèmes de santé publique de tous les temps. Aujourd'hui, la pandémie de VIH/SIDA a annulé les gains durablement acquis en termes d'espérance de vie. Ce recul est révélateur de l'impuissance des systèmes de santé face à l'énorme fardeau que représente la pandémie.

Il existe des interventions efficaces et d'un coût abordable pour faire échec aux maladies qui coûtent la vie aux populations africaines, mais les effectifs du secteur de la santé ont tellement diminué – en partie du fait de la pandémie de VIH/SIDA – qu'il ne reste souvent personne pour les mettre en œuvre. La prestation des soins dans la Région est souvent fragmentaire, certaines interventions éprouvées et testées pouvant être mises en œuvre gratuitement dans le cadre de petits projets limités à un dispensaire ou un hôpital. Il conviendrait dans un premier temps d'étendre ces projets au niveau du district et, en définitive, à l'ensemble du pays. Il est toutefois plus facile de parler de ces mesures de renforcement que de les appliquer.

Les efforts visant à aider les pays de la Région africaine à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé se sont multipliés. Il s'agit notamment de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » dont l'objectif est de fournir un traitement contre le VIH/SIDA, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et du plan d'urgence pour la lutte contre le SIDA du Président des Etats-Unis d'Amérique. Le défi est de rassembler suffisamment de fonds pour que les pays puissent édifier et renforcer leurs systèmes de santé qui seront l'instrument non seulement du combat contre le VIH/SIDA, mais aussi des efforts de lutte et de traitement contre toutes les maladies.

## Programmes verticaux

Quel que soit l'angle de mesure du fonctionnement des systèmes de santé – taux de vaccination, accouchements en présence de personnel qualifié, malnutrition, mortalité de la mère et de l'enfant –, la Région africaine est en mauvaise posture. Le défi à relever consiste à élargir l'accès aux services de santé de base et leur portée, bien que



OMS/E. Miller

Consultations dans un grand centre VIH/SIDA de Gaborone, au Botswana, pour l'obtention du traitement antirétroviral (TARV).



## Prestation de soins dans les communautés isolées

Depuis 11 ans, le train médical Phelophepa parcourt l'Afrique du Sud pour soigner et éduquer les communautés.

Il s'arrête généralement dans des campagnes isolées où la gare n'a souvent pas de quai et où l'hôpital le plus proche se trouve à 100 km. Environ 42 % des 44,8 millions de Sud-Africains vivent dans des zones rurales de la sorte.

Mais le train Phelophepa, qui signifie « bonne santé » en langues sesotho et setswana, dessert aussi des villes telles que Malmesbury dans la province du Cap oriental, où beaucoup d'habitants sont trop pauvres pour payer les services de santé existants. La foule se presse pour se faire soigner.

« Je travaille jusqu'à 8 heures du soir à peu près, mais parfois il reste encore des gens à examiner. Certains dorment sur le quai parce qu'ils ne veulent pas perdre leur place. Ça fait mal au cœur de voir ça », témoigne Emma Rapoo, une optométriste de 27 ans qui fait partie de l'équipe soignante du train, principalement composée d'étudiants en dernière année de médecine ou qui entament une spécialisation.

Créé en 1994, le Phelophepa était à l'origine un dispensaire de soins oculaires. Le train compte maintenant 16 wagons où ont été aménagés un centre de soins primaires, une clinique dentaire, des services de conseil et une unité d'information. Les soins sont cependant limités aux infections et maladies qui peuvent être soignées sur place. Si un patient présente des symptômes d'une maladie grave qui, comme le paludisme, le cancer, l'infection à VIH/SIDA ou la tuberculose, nécessite un traitement prolongé, il est orienté vers le dispensaire ou l'hôpital le plus proche.

L'équipe du train cherche toutefois à répondre à ces besoins en enseignant à des bénévoles des communautés visitées à prodiguer des soins à domicile, par exemple la stratégie DOTS contre la tuberculose ou les soins élémentaires aux malades du SIDA. Les bénévoles sont ensuite placés sous l'autorité d'un coordonnateur

local qui relève du Ministère de la Santé, généralement un infirmier ou une infirmière exerçant dans le secteur.

A ce jour, le personnel du train a soigné 500 000 personnes, et en a examiné et informé 800 000 autres.

Chaque année, le train s'arrête une semaine à l'une de ses 36 destinations dans quatre des neuf provinces du pays. Le Directeur de l'équipe, Lillian Cingo, dit que, par son travail de pédagogie, l'équipe espère aussi laisser quelque chose d'utile à la communauté pour qu'à son retour certains n'aient plus besoin de ses services.

Plusieurs mois à l'avance, l'équipe de promotion du Phelophepa entretient des contacts étroits avec les communautés pour connaître leurs besoins et recenser les patients qui ne peuvent acquitter les honoraires (entre US \$0,50 et 1).

La planification et la coordination sont indispensables au bon fonctionnement du projet. Les frais de fonctionnement se montent à environ US \$4 millions par an ; 60 % sont pris en charge par la Fondation Transnet, et le reste par des entreprises et autres donateurs privés. Les organisateurs ont l'intention de mettre un deuxième train sur les rails dans les deux ans qui viennent et réunissent à cette fin une somme de US \$6 millions. Le rêve du Dr Cingo serait que le train desserve toute l'Afrique. Pour plus d'informations, consulter le site : <http://www.mhc.org.za/>.



Lauren Beukes

A Grahamstown, en Afrique du Sud, Weziwe Rholowa a suivi pendant cinq jours un stage de formation aux soins de santé de base animé par le personnel du Phelophepa.

des efforts aient été faits à cet égard (voir l'Encadré 6.2). Des programmes spécifiques s'attachant à des conditions sanitaires particulières ont été mis en œuvre sous forme de programmes « verticaux », axés sur une seule maladie, avec plus ou moins de succès.

Ces programmes sont généralement focalisés sur une maladie ou un groupe cible. Quel que soit leur niveau de réussite, on ne peut attendre qu'ils s'attellent à l'ensemble des besoins de santé de la population. Cette approche « verticale » des soins de santé publique peut nuire, par exemple, à la prestation de soins plus complets aux communautés isolées. L'absence de coordination entre les programmes verticaux peut s'accompagner de doubles emplois, du débauchage de personnels qualifiés des programmes de soins essentiels, et de services éphémères et à court terme.



Des programmes axés sur un domaine ou une maladie, comme le VIH/SIDA ou le paludisme, ne peuvent évidemment pas fournir la gamme complète des services de santé de base dont les gens ont besoin.

Les programmes axés sur une seule maladie ont en outre l'inconvénient de ne pas s'inscrire dans la durée. Lorsqu'ils cessent de fonctionner, les bénéficiaires n'ont souvent d'autre possibilité que de s'en remettre pour les mêmes soins à leur système de santé local qui, dans l'intervalle, a pu encore se dégrader. Si de nombreux Africains sont privés de tous soins de santé fiables, c'est parce que les systèmes de santé n'ont pas été mis en place ni renforcés et que seuls des programmes verticaux ont été adoptés, sans qu'il y ait une coordination de ces programmes.

## Approche sectorielle

Une approche sectorielle peut être un moyen de mieux coordonner le financement des programmes de soins de santé par les donateurs, les gouvernements et les autres bailleurs de fonds. Ce type d'approche signifie que tous les bailleurs de fonds importants soutiennent une politique et une stratégie communes qui s'appliquent à l'ensemble du secteur de santé, c'est-à-dire qui soient sectorielles. Cette approche permet aux gouvernements de convenir de politiques de santé et de plans stratégiques, ainsi que de la destination des fonds, avec les donateurs et les autres partenaires du développement. En adoptant une approche sectorielle, ceux-ci s'engagent à s'en remettre davantage aux systèmes de gestion financière et de responsabilité nationaux. Le Ghana, le Mozambique, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie sont quelques-uns des pays de la Région africaine qui ont adopté une approche sectorielle au cours des dernières années.

L'identification des principaux obstacles au renforcement des systèmes de santé était considérée comme un élément essentiel lorsque les OMD ont été formulés. La situation de départ du fonctionnement des systèmes de santé dans la Région africaine, en 1990, donne la mesure du chemin qui reste à parcourir pour atteindre ces objectifs.

En 1998, les pays de la Région africaine ont convenu d'examiner leurs politiques et leurs stratégies nationales de santé, et de suivre leurs progrès sur la voie de la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Cet engagement, énoncé dans une résolution du Comité régional, couvre toutes les facettes des systèmes de santé : depuis les services de district, les hôpitaux, la recherche en santé et les systèmes d'information jusqu'au financement, aux technologies essentielles, à la sécurité transfusionnelle, aux médicaments essentiels et remèdes traditionnels, et aux ressources humaines. La résolution porte aussi sur certains objectifs destinés à focaliser davantage les systèmes de santé des districts sur la communauté, et à dispenser un ensemble essentiel de soins ainsi qu'à élargir l'accès à ces soins.

Presque tous les pays de la Région africaine ont adopté des approches différentes pour développer leur politique de santé nationale. Ils ne sont que quelques-uns toutefois à avoir récemment renforcé ou revu ces politiques, avec le soutien de l'OMS, pour consolider leurs services de soins, accroître leur efficacité et en étendre la couverture. Le Burundi, la République centrafricaine, la Mauritanie, le Gabon et la République-Unie de Tanzanie ont ainsi effectué ce type d'examen en 2004.

Beaucoup reste à faire dans une grande partie de la Région pour développer les politiques nationales de santé, une étape indispensable avant d'adopter une approche sectorielle. En 2004, l'OMS a augmenté ses effectifs dans la Région pour aider les pays à étendre et à renforcer leurs systèmes de santé. Le Bureau régional OMS de



*Beaucoup reste à faire dans une grande partie de la Région pour développer les politiques nationales de santé, une étape indispensable avant d'adopter une approche sectorielle.*



l'Afrique a également élaboré des directives pour aider les Etats Membres à formuler leurs propres politiques nationales de santé et leurs projets de développement.

De nombreux pays, toutefois, se heurtent aux entraves majeures à l'amélioration des services de santé offerts à la population que sont la rotation rapide des personnes aux postes clés, le manque de continuité des politiques, la pénurie de ressources, la mauvaise gestion des ressources disponibles ou une mise en œuvre peu satisfaisante.

## Systèmes d'information sanitaire

Pour élaborer une politique de santé propre à répondre aux besoins de la population de leur pays, les gouvernements doivent disposer de données fiables sur son état de santé. Ces données sont essentielles pour planifier les programmes de santé publique et suivre et évaluer les progrès accomplis. En outre, les données sur la santé de la population peuvent servir à établir si la charge de morbidité a évolué et s'il y a lieu de procéder à des ajustements dans l'allocation des ressources. Une telle approche permet aux gouvernements de mieux s'expliquer sur les dépenses de santé du secteur public.

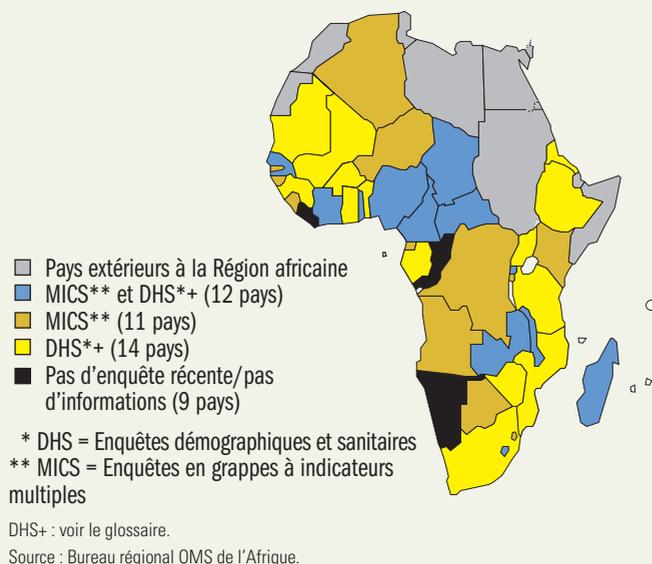
Ce type de système fournit, en temps opportun, des informations de base concernant un certain nombre de facteurs : le nombre de décès et les causes de ceux-ci ; les principales causes de morbidité ; qui soigne les malades ; combien de personnes ont accès aux soins ; ce qu'ils coûtent ; quels sont les résultats des traitements ; et où la couverture évolue. L'enregistrement des patients, la tenue de dossiers médicaux et l'utilisation de systèmes de rendez-vous permettent non seulement de prendre en charge chaque patient, mais également aux autorités sanitaires de constituer des données pouvant être rassemblées et utilisées pour l'établissement des priorités.

Au cours des dix dernières années, malgré des ressources limitées, l'Erythrée, la Gambie, le Niger et la République-Unie de Tanzanie ont réussi à se doter de systèmes

d'information, d'indicateurs de santé nationaux et de formulaires pour la collecte intégrée de données. Certains pays de la Région africaine ont également créé et tenu des bases de données faciles à utiliser qui sont des modèles d'efficacité pour la collecte des données sanitaires, depuis le niveau des soins primaires jusqu'à celui du Ministère de la Santé. Les efforts déployés dans la Région pour utiliser efficacement les technologies de l'information se heurtent néanmoins à la pénurie de matériel informatique, à l'insuffisance des branchements à l'Internet, au mauvais entretien des systèmes, à l'absence de sources d'énergie durable et au manque de personnel qualifié. En outre, les définitions, les sources et les méthodes de collecte des données diffèrent souvent selon les pays, ce qui rend difficiles les comparaisons internationales. Toutefois, les méthodes unifiées permettant de fournir de meilleures données sanitaires concernant la population, qui pourront être traduites en données factuelles ou en connaissances en vue de l'élaboration des politiques, sont de plus en plus largement soutenues. Il s'agit par exemple des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) ou des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) (voir la Figure 6.1).

Fig. 6.1

Types d'enquêtes réalisées auprès des ménages dans la Région africaine



La plupart des pays de la Région africaine ne disposent pas d'un système d'information sanitaire capable de recueillir, stocker, analyser, utiliser et diffuser ce type de données.

C'est pourquoi les gouvernements et les organisations mondiales doivent recourir, à la place, à d'autres méthodes, telles que les modèles mathématiques pour prévoir les tendances possibles ou les scénarios les plus plausibles à partir d'estimations ou d'extrapolations. Ces méthodes constituent parfois la seule source d'informations, mais ce n'est pas là, à l'évidence, une solution satisfaisante. Faut de renseignements fiables, les fonds peuvent être alloués à mauvais escient et les donateurs peuvent décider de ne pas renouveler leur aide malgré des besoins persistants.

En réponse aux insuffisances des systèmes d'information sanitaire nationaux dans la Région africaine, les initiatives mondiales telles que le Réseau de métrologie sanitaire ont entrepris d'aider les pays à améliorer et harmoniser leurs systèmes d'information sanitaire, y compris la qualité des registres de l'état civil qui sont une condition préalable importante à un usage plus apte à répondre aux besoins et plus approprié des ressources des systèmes de santé. En avril 2006, 25 pays de la Région africaine avaient formulé des demandes pour obtenir des fonds ainsi qu'une aide dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire, et 19 de ces demandes avaient été approuvées.

## Registres de l'état civil

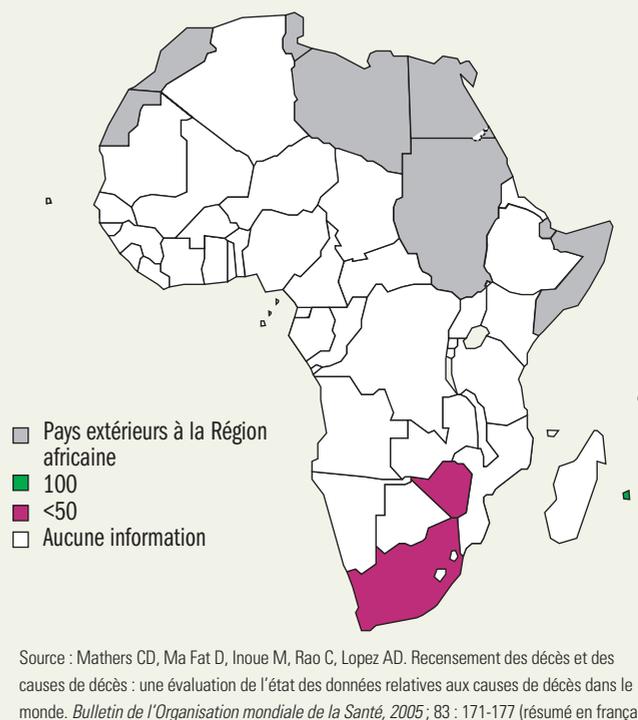
L'enregistrement des naissances et des décès est l'élément décisif qui permet d'évaluer l'état de santé d'une population ; pourtant, pour la grande majorité des populations d'Afrique, ces événements essentiels ne sont pas enregistrés. Ainsi, moins de 10 % des décès sont enregistrés dans la Région africaine et, même lorsqu'ils le sont, les causes ne sont pas imputées de manière fiable ou ne sont pas données du tout. Compte tenu de cette faible couverture et de la nécessité pour les décideurs de travailler sur la base de causes de décès présumées, les marges d'erreurs peuvent être importantes.

Un petit nombre seulement des 46 pays de la Région africaine de l'OMS disposent, sous une forme ou une autre, de données d'état civil et un seul pays dispose de données d'état civil à jour et complètes, alors que les autres ne disposent que de données incomplètes – voire d'aucune donnée de mortalité depuis 1990 – et que certains d'entre eux n'ont jamais publié ce type de données (voir la Figure 6.2).

Il existe toutefois d'autres méthodes que l'enregistrement des données d'état civil. L'autopsie verbale consiste à rapporter les circonstances du décès en interrogeant la famille ou d'autres personnes qui sont proches du défunt, mais ne sont pas qualifiées médicalement. L'enregistrement de données recueillies sur des échantillons de populations est une autre méthode dont l'objectif est de saisir les causes de mortalité pour une portion définie de la population. De même, la surveillance démographique sentinelle consiste à surveiller les faits d'état civil présentant un intérêt chez un groupe représentatif.

Fig 6.2

Couverture de l'enregistrement des décès : données relatives à la mortalité (à partir de 1995), par cause, dont dispose l'OMS



## Obtenir des chiffres exacts

Pour évaluer le bon fonctionnement d'un système de santé, il importe que les systèmes d'information sanitaire obtiennent des données fiables. Certaines données – la couverture vaccinale, la fréquentation des installations de soins, et la couverture des soins prénatals – peuvent être générées par les systèmes d'information sanitaire systématiques. Pour obtenir d'autres données, en particulier celles portant sur des indicateurs à long terme comme la mortalité maternelle et infantile, l'espérance de vie et les taux de fécondité d'un groupe donné, il faudra peut-être recourir à d'autres

sources, parmi lesquelles figurent les recensements de population et les enquêtes démographiques et sanitaires. Ces chiffres sont cependant peu sensibles aux changements à court terme survenant dans la prestation des services de santé, et pas suffisamment spécifiques pour distinguer entre les effets d'un changement de politique et d'autres facteurs tels que des troubles civils ou des catastrophes naturelles, qui se produisent couramment dans la Région africaine. Par ailleurs, l'effet d'une intervention spécifiquement dirigée contre une maladie et visant à prévenir et à lutter contre celle-ci ne peut être établi que si des données fiables démontrent les changements intervenus dans l'incidence de la maladie en question. La collecte de données fiables sur l'incidence suppose toutefois l'existence de capacités de recherche et/ou de systèmes de notification opérationnels, mais ceux-ci sont parmi les premiers à pâtir du déclin d'un système de santé.

Il est fréquent que la qualité des données ne fasse pas l'objet d'une attention suffisante alors qu'elle est essentielle pour que des informations fiables

soient tirées de ces données. Il existe diverses méthodes pour vérifier la qualité des données, notamment les enquêtes de satisfaction auprès des patients/clients des établissements de santé, les visites d'encadrement et les enquêtes dans la communauté. Les données obtenues à partir de ces enquêtes permettent les recoupements et la validation des données obtenues de manière systématique, qu'elles pourront en outre venir compléter.

Certains pays de la Région ont mis au point des outils pour suivre les principaux indicateurs de résultats des systèmes de santé. En Afrique du Sud, l'organisation non gouvernementale Health Systems Trust a établi un baromètre sanitaire de district. Cet instrument vise à comparer les données sanitaires des 53 districts du pays et à rendre les informations accessibles au public, améliorant ainsi la transparence et la responsabilisation. Il montre quelle est la qualité des prestations des districts les uns par rapport aux autres et par comparaison à la moyenne de la province et à la moyenne nationale. Il est conçu pour aider les gestionnaires à faire apparaître les lacunes et les insuffisances dans la collecte des données, de manière à ce qu'ils puissent améliorer la qualité des indicateurs sanitaires qu'ils utilisent pour la prise de décision.

Malgré les efforts qu'ont fait certains pays pour renforcer leurs systèmes d'information nationaux, il reste encore beaucoup à faire. L'OMS et ses partenaires apportent leur soutien aux Etats Membres de la Région africaine pour la mise en œuvre



HCR/H. Caux

Réfugiés soudanais ayant fui le Darfour. A Iridimi, dans l'est du Tchad, une femme et son fils attendent sous un abri d'être hébergés dans une tente du camp.



d'interventions prioritaires visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire nationaux. L'OMS a aidé le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et la Zambie à dresser l'inventaire de leurs établissements de santé, de leurs ressources humaines et des interventions sanitaires – en les reportant sur des cartes selon une méthode équivalant à cartographier les services disponibles. À partir de ces cartes montrant la couverture des services de santé et indiquant clairement les établissements et le personnel existants, les ressources manquantes sont plus faciles à repérer.

## Médicaments essentiels

Dans certaines parties de la Région africaine, plus de la moitié de la population est privée de médicaments essentiels et ne peut donc pas bénéficier des traitements éprouvés contre les maladies courantes.

Trente pays de la Région ont désormais une politique pharmaceutique nationale (Figure 6.3), incluant la médecine traditionnelle. Ces politiques ont été élaborées avec l'aide de l'OMS pour assurer un accès plus équitable à des médicaments de qualité, à des prix abordables, et promouvoir l'usage rationnel de ceux-ci. Il s'agit là d'une avancée encourageante par rapport à 1991 où trois pays seulement en étaient dotés. La pleine mise en œuvre de ces politiques est toutefois entravée par de nombreux facteurs tels que la pénurie de personnel qualifié, le manque de ressources, l'absence de planification et de gestion, et les conflits et la pauvreté. Ces facteurs jouent un rôle clé dans l'amélioration à long terme du secteur pharmaceutique dans les pays de la Région africaine.

Les médicaments constituent, après les salaires, le deuxième poste budgétaire pour la santé dans les pays de la Région africaine. Pourtant, les ressources allouées par les gouvernements à l'approvisionnement en médicaments sont insuffisantes pour subvenir aux besoins de l'ensemble de la population. Il est indispensable d'améliorer l'efficacité du système d'approvisionnement en médicaments en rationalisant les choix et les achats, en veillant à l'efficacité de la distribution et à l'utilisation rationnelle des médicaments. En outre, les prix des nouveaux médicaments contre la plupart des maladies existantes – VIH/SIDA, tuberculose et paludisme – sont souvent élevés.

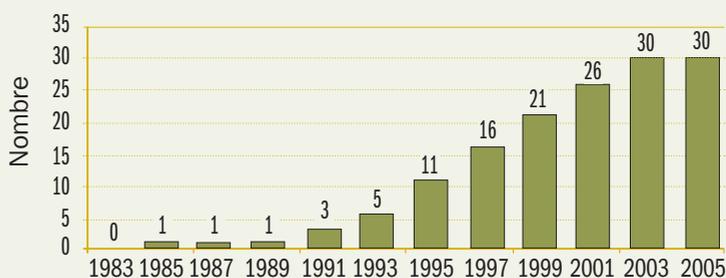
## Améliorer l'accès

Aux termes de la stratégie pharmaceutique de l'OMS, l'accès équitable aux médicaments essentiels suppose que plusieurs conditions soient réunies : sélection et usage rationnels, prix abordables, financement adéquat et durable, et systèmes d'approvisionnement fiables.

Plusieurs pays de la Région africaine ont, avec l'aide de l'OMS, mené des enquêtes sur les prix des médicaments en 2004. Les enquêtes effectuées en Afrique du Sud, en Algérie, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Mali, au Nigéria, en Ouganda, au Tchad, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe ont permis de constater

Fig 6.3

Etats Membres dotés d'une politique de santé nationale officielle, Région africaine de l'OMS



Source : OMS/AFRO/EDM



que les prix de médicaments similaires varient considérablement et sont souvent excessifs. Dans de nombreux pays de la Région, les prix des médicaments échappent à la réglementation ; même dans les pays qui disposent d'une politique de fixation des prix des médicaments, celle-ci n'est pas toujours respectée.

Faute de médicaments de qualité à des prix abordables, les gens de la Région utilisent à leur insu des médicaments bon marché contrefaits, ou de mauvaise qualité. La vente de produits pharmaceutiques dans la rue est illégale dans tous les pays de la Région, mais une pratique courante dans la plupart d'entre eux, et ces médicaments sont fréquemment des produits contrefaits. Dans la plupart des cas, ils sont plus nocifs que l'absence de remèdes. Seuls quatre des pays de la Région ont un dispositif complet de réglementation pharmaceutique. Le contrôle de la qualité des médicaments

couramment utilisés permet de repérer les insuffisances de ces dispositifs. Une enquête faite par l'OMS en 2002 a, par exemple, montré que la chloroquine et l'association sulfadoxine-pyriméthamine utilisées pour le traitement du paludisme au Gabon, au Ghana, au Kenya, au Mali, au Mozambique et au Zimbabwe, d'après les tests d'usage, étaient de mauvaise qualité. Les échantillons de rifampicine et d'isoniazide, médicaments essentiels pour le traitement de la tuberculose, recueillis en Ethiopie, au Ghana, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, au Sénégal et au Tchad en 2004 et soumis à des tests, étaient eux aussi de mauvaise qualité.

La production locale de médicaments traditionnels est une solution à la pénurie de médicaments essentiels, à condition toutefois que la preuve soit établie de l'innocuité et de l'efficacité de ces médicaments. Le meilleur exemple est celui des dérivés de l'artémisinine contre le paludisme. L'armoise (*Artemisia annua*) a été importée en 1990 de Chine en République-Unie de Tanzanie où elle est désormais cultivée et commercialisée. L'Institut national de la Recherche médicale de Tanzanie a démontré qu'au lieu d'exporter la plante en Europe pour transformation, puis de réimporter les médicaments contenant de l'artémisinine à US \$6-7 la dose, on peut en ramener le prix à US \$2 la dose en les fabricant localement (voir l'Encadré 6.3).

Certains pays d'Afrique, pour fournir durablement des médicaments moins chers qui répondent aux besoins de santé publique, s'efforcent d'encourager l'innovation dans le domaine des médicaments traditionnels. Pour cela, ils doivent cependant se doter d'un potentiel de recherche et développement, créer des banques de gènes et établir un système de protection par des brevets. En Afrique du Sud, par exemple, des chercheurs travaillent sur un vaccin anti-VIH répondant spécifiquement aux besoins du pays, à savoir un vaccin contre le sous-type C du virus, responsable de plus de 90 % des infections à VIH en Afrique australe. La plupart des travaux de recherche en cours portent sur un vaccin contre le sous-type B du virus, souche dominante aux Etats-Unis et en Europe.

L'OMS a élaboré un certain nombre de politiques et de normes destinées à aider les Etats Membres à résoudre les problèmes de sécurité et de qualité, d'approvisionnement, de gestion et d'utilisation rationnelle des médicaments essentiels. Le commerce illicite des produits pharmaceutiques doit être combattu et les pharmaciens doivent être libres de vendre des médicaments génériques, qui sont moins chers que les médicaments originaux sous brevet. Les Etats Membres devraient collaborer pour fabriquer des médicaments essentiels d'un prix abordable dans la Région et négocier autant que possible des achats en nombre pour réduire les coûts.



Pam Chepki

A Arusha, en République-Unie de Tanzanie, la famille Leserian soigne ses précieux plants d'armoise (voir l'Encadré 6.3).



### Les agriculteurs tanzaniens cultivent eux-mêmes l'*Artemisia annua*

La culture de l'armoise annuelle (*Artemisia annua*) en République-Unie de Tanzanie, première étape pour élargir l'accès aux médicaments antipaludiques, présente aussi des avantages économiques. Les agriculteurs d'Arusha disent en effet que la culture de l'armoise est plus rentable que celle des légumes et que, grâce à elle, leur niveau de vie va augmenter.

Joseph Leserian se procure des semis d'armoise dans une pépinière et les plante sur son terrain en veillant à ne pas en abîmer les racines. Cet homme de 64 ans espère que ces pousses lui rapporteront davantage que ses légumes. Il vit à Arusha, région pauvre proche du plus haut sommet d'Afrique, le Mont Kilimandjaro, dans une modeste cabane à laquelle on accède par une route en terre cahoteuse.

Il y a peu encore, l'armoise annuelle était cultivée principalement en Chine et au Viet Nam. Cette plante contient de l'artémisinine, qui est le principe actif des antipaludiques les plus efficaces aujourd'hui. L'Afrique a cruellement besoin de ces médicaments, les ACT (associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine), parce que le parasite du paludisme est devenu résistant aux substances dont se composent les traitements antipaludiques classiques, notamment la chloroquine. Mais du fait de la pénurie d'artémisinine dans le monde, les pays ne peuvent pas tous se procurer des ACT en quantités suffisantes. C'est là qu'interviennent les exploitants comme Joseph. L'armoise pousse bien sur le sol tanzanien et la production locale d'artémisinine est un créneau commercial porteur. L'OMS coordonne actuellement les activités d'une organisation non gouverne-

mentale du nom de TechnoServe et de l'entreprise African Artemisia Ltd pour produire cette plante localement.

« Nous aidons les agriculteurs à cultiver, récolter et vendre leur récolte. Nous espérons qu'en produisant de l'artémisinine en Afrique orientale, nous aidons à trouver une solution africaine à un problème africain », déclare Michael Baddeley, Directeur du projet de TechnoServe.

Pionnier des 300 paysans qui produisent aujourd'hui de l'armoise à Arusha, Joseph Leserian a commencé à cultiver la plante en février 2004. Sur trois quarts d'hectare, dans son exploitation d'une superficie de deux hectares au total, poussent maintenant des buissons d'armoise touffus et bien entretenus. Plein d'optimisme, il raconte qu'il a abandonné la culture des tomates et des pommes de terre pour cultiver de l'armoise après avoir été convaincu que ce nouveau créneau allait changer sa vie. Il fait valoir que l'armoise demande moins d'entretien que les légumes et se vend plus facilement. « On avait du mal à vendre nos légumes alors que pour l'armoise, le marché est tout trouvé. » La société African Artemisia Ltd achètera la récolte et en extraira l'artémisinine qu'elle vendra aux laboratoires pharmaceutiques internationaux. Les producteurs seront payés au poids et en fonction de la qualité de la récolte : Tsh500 (US \$0,5) par kilogramme de feuilles, plus une prime si la teneur en artémisinine est supérieure à la normale. Le rendement devrait être de deux tonnes d'armoise par hectare.

« Une fois que j'aurai vendu la récolte et que je me serai lancé dans d'autres projets, ma famille aura un meilleur niveau de vie », anticipe Joseph.

## La sécurité transfusionnelle

Assurer la sécurité des approvisionnements en sang est l'un des grands défis pour les systèmes de santé en Afrique. Les transfusions sanguines sauvent de nombreuses vies chaque année, mais de nombreuses personnes peuvent aussi mourir en cas de pénurie ou de contamination du sang. Les femmes et les enfants sont particulièrement affectés : les femmes reçoivent une transfusion en cas d'hémorragie au cours de la grossesse ou de l'accouchement, et les enfants ont fréquemment besoin de transfusions, car ils sont sujets à une anémie potentiellement mortelle à la suite de problèmes, hélas courants, tels que la malnutrition et le paludisme. Mieux vaut peut-être une pénurie de sang qu'une transfusion de sang contaminé, car le risque d'infection par le VIH/SIDA ou le virus de l'hépatite B ou C et de décès à long terme des suites de la maladie peut être supérieur à celui de mourir rapidement d'une anémie.

En 1994, le Comité régional OMS de l'Afrique a noté avec inquiétude que 10 seulement des 46 Etats Membres pouvaient garantir la sécurité des transfusions dans leurs hôpitaux. Les pays ont été instamment priés d'adopter des politiques relatives à la sécurité du sang et d'améliorer les services hospitaliers de transfusion. En 1999, pourtant, 14 pays seulement avaient une politique de transfusion sanguine, d'ailleurs pas toujours rigoureusement appliquée. Des pratiques peu méthodiques faisaient courir des risques potentiellement mortels à de nombreux patients et personnels de



santé. Les autres pays de la Région se sont dotés depuis d'une politique nationale de sécurité transfusionnelle, mais, faute de moyens financiers, d'une infrastructure appropriée et de personnel qualifié, la mise en œuvre a été lente.

Au problème de la gestion des banques de sang et des conditions dans lesquelles sont réalisées les transfusions s'ajoute celui de l'origine du sang. Les donateurs volontaires habituels non rémunérés, les moins susceptibles d'être porteurs du VIH ou des virus de l'hépatite, sont la source la plus sûre. Le sang étant en quantité insuffisante, les patients sont priés de trouver un membre de leur famille qui leur donnera son sang ou une autre personne dont le sang compensera les unités prélevées sur les stocks restreints de l'hôpital. Un petit nombre de pays font état de dons de sang rémunérés.

En 1999, ce n'est qu'en Afrique du Sud, au Botswana, en Côte d'Ivoire, en Namibie, au Rwanda et au Zimbabwe que la totalité des dons de sang provenaient de donateurs volontaires non rémunérés. Quatre pays supplémentaires – Bénin, Burundi, Swaziland et Togo – ont indiqué recourir exclusivement à cette source. En 2002, la moitié seulement des dons de sang dans la Région africaine étaient non rémunérés et l'on comptait 44 % de dons intrafamiliaux ou de compensation et 4 % de dons rémunérés. Il est toutefois souvent difficile d'évaluer la part des dons en principe intrafamiliaux ou de compensation qui ont en réalité été achetés. Dans les

premières années de l'épidémie de VIH/SIDA, certains cas pédiatriques de VIH/SIDA étaient dus à des transfusions de sang contaminé. Les programmes de dons de sang bien organisés en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et au Zimbabwe ont montré qu'il existe des donateurs de sang non contaminés ne demandant aucune rémunération, même dans les régions à forte prévalence de VIH.

La première mesure, pour s'assurer de la sécurité du sang, consiste à bien choisir les donateurs, la deuxième étant le contrôle du sang. Malgré les progrès réalisés dans le dépistage du VIH – 99,9 % des dons de sang font l'objet d'un dépistage contre 75 % en 1999 –, moins de 60 % des dons de sang dans la Région africaine sont actuellement testés à la recherche spécifique des quatre principales infections transmissibles par la transfusion (VIH, hépatites virales B et C, et syphilis). Un contrôle fiable du sang est impossible sans réactifs de qualité et nécessaires d'épreuve, sans personnel convenablement

formé et qualifié, et sans assurance de la qualité régulière. Vingt pays de la Région africaine sont encore aux prises avec des approvisionnements irréguliers ou incomplets en réactifs et nécessaires d'épreuve, ce qui fait que les patients reçoivent des transfusions de sang potentiellement infecté. Ceci est doublement tragique lorsque des patients qui auraient pu survivre sans transfusion en reçoivent une, et meurent d'une infection transmise par ce sang dont ils n'avaient pas besoin.

Malgré les cours de l'OMS – 200 agents de gestion de la qualité ont été formés entre 2000 et 2003 –, seuls 12 pays se sont dotés de systèmes nationaux complets d'assurance de la qualité du sang et 15 de systèmes partiels. Douze pays de la Région n'ont actuellement aucun système d'assurance de la qualité des transfusions sanguines.

Assurer la sécurité des approvisionnements en sang est un exercice long et coûteux, mais les pays de la Région africaine améliorent progressivement leurs pratiques transfusionnelles. Des fonds supplémentaires sont nécessaires pour former du personnel, édifier et équiper des services de transfusion, acheter des réactifs et mettre en œuvre des programmes d'assurance de la qualité. Les patients qui en ont besoin devraient bénéficier d'un accès équitable à du sang non contaminé et le VIH ne devrait pas être transmis par des transfusions sanguines. Il est en outre important de



OMS

Les donateurs de sang non contaminés apportent une contribution vitale.



s'assurer du bien-fondé des indications médicales des transfusions pour que les patients ne soient transfusés qu'en l'absence de traitement de substitution possible.

## Ressources humaines : un continent en crise

Des experts des ressources humaines pour la santé réunis à Addis Abeba (Ethiopie) en janvier 2002 ont inscrit la crise des personnels de santé dans la Région africaine à l'ordre du jour international. Les délégués présents à la réunion ont cité des chiffres alarmants : en Namibie, par exemple, la moitié des médecins sont étrangers et le taux de vacance des postes de médecins dans le secteur public en 1998 était estimé à 43 % au Ghana et à 36 % au Malawi. Au Lesotho, pour la même année, le taux de vacance des postes d'infirmiers dans le secteur public s'établissait à 48 %. Il a aussi été fait état de l'absence de tout recrutement de personnel de santé dans le secteur public depuis 15 ans au Cameroun, tandis que le Ghana, la Zambie et le Zimbabwe ont estimé avoir perdu chaque année 15 à 40 % de leurs fonctionnaires. Cela témoigne de l'instabilité des personnels de santé et des efforts que doivent faire certains pays pour pourvoir des postes vacants (voir l'Encadré 6.4).

Le manque grandissant de personnels de santé dont souffre toute la Région – on parle de la crise des ressources humaines pour la santé en Afrique – a de nombreuses causes. Une charge de morbidité élevée signifie qu'il faut un plus grand nombre de soignants pour prendre soin des malades. La perte de nombreux personnels de santé du fait des décès, des migrations ou de mauvaises conditions de service est un autre facteur. Les ressources humaines chargées des politiques et de la planification dans le domaine de la santé n'ont pas été en mesure de faire face à l'augmentation des demandes de prestations de services, tandis que les infrastructures des systèmes de santé qui étaient fragiles ou en mauvais état n'ont pas pu s'adapter à la croissance de la population. La pandémie dévastatrice de VIH/SIDA a fait des ravages considérables chez les soignants de nombreux pays d'Afrique et a rendu les conditions de travail plus intolérables dans le secteur de la santé. Auparavant déjà, les ressources humaines du secteur de la santé – clé de voûte d'un système de santé performant – étaient terriblement négligées. Récemment encore, peu d'attention était accordée à la rémunération, au déploiement et à la formation continue du personnel de santé en Afrique. Pour attirer davantage l'attention sur ce problème, l'OMS a consacré le Rapport sur la santé dans le monde, 2006 et la Journée mondiale de la Santé 2006 à cette question. La prise de conscience aux niveaux national et mondial n'est que le premier pas vers la solution du problème.

Une enquête de l'OMS publiée en 2004 sur les tendances en Afrique du Sud, au Cameroun, au Ghana, en Ouganda, au Sénégal et au Zimbabwe, pour la période 1991-2000, a établi que, malgré l'augmentation du nombre absolu de professionnels de la santé, la densité médicale globale avait diminué. A l'intérieur des pays, les personnels de santé quittent les zones rurales pour les zones urbaines et le secteur public pour le secteur privé, et ils quittent leur pays à la recherche de conditions de travail plus propices, de meilleurs salaires, de possibilités de formation et d'une plus grande reconnaissance. Il est difficile de recueillir des données fiables sur l'ampleur de ces migrations.

Toutefois, les autorités des pays développés disposent de données sur le personnel soignant enregistré pour travailler dans leur pays. Même si cette information est inévitablement partielle, elle donne un aperçu du personnel soignant formé à l'étranger travaillant dans les pays développés. Le Tableau 6.1 indique le nombre



*Récemment encore, peu d'attention était accordée à la rémunération, au déploiement et à la formation continue du personnel de santé en Afrique.*



#### Encadré 6.4

### L'exode du personnel de santé malawien

Le manque de plus en plus criant de médecins et de personnel infirmier dans certaines parties de la Région africaine fait qu'il est très difficile de faire face à la lourde charge de morbidité, en particulier dans les pays à forte prévalence du VIH/SIDA. Le Malawi est l'un des pays les plus durement touchés de la Région. On dit souvent qu'il y a plus de médecins malawiens dans la ville anglaise de Manchester que dans tout le Malawi. Mais d'autres éléments que cette constatation anecdotique confirment l'exode.

« Nous manquons cruellement de personnel infirmier. Un service a besoin de 10 à 12 infirmières. Actuellement, nous en avons environ 5 pour un service qui accueille 70 à 80 patients », déplore Fannie Kachale, Chef du personnel infirmier à l'hôpital central de Kamuzu, l'un des plus grands hôpitaux publics du Malawi. L'hôpital de Lilongwe, la capitale, n'avait que 188 infirmières en mars 2005 alors qu'il lui en faudrait 532. Plus de la moitié des postes d'infirmières sont vacants. Beaucoup sont parties exercer dans le secteur privé ou au Royaume-Uni, où elles sont mieux rémunérées et où les conditions de travail sont meilleures.

À l'hôpital central de Kamuzu, les conditions de travail sont déplorables et le personnel, qui partage son temps entre cet établissement et un autre hôpital, a bien du mal à faire face. Les services sont tellement bondés qu'il y a des patients jusque sur la galerie, la plupart d'entre eux ayant à leurs côtés des parents qui aident à les soigner. Ils souffrent de maladies graves, notamment de tuberculose et de pneumonie, souvent liées au VIH/SIDA.

Le Directeur de l'hôpital, le Dr Damson Kathyola, souligne que la pénurie de personnel infirmier est « une crise qui, si on ne fait rien, pourrait provoquer l'effondrement de tout le système de soins de santé malawien ». Les organismes d'aide au développement ont commencé à réagir. Le Department for International Development du Royaume-Uni a doublé son aide au Malawi en 2005 et débloqué US \$176 millions (£100 millions) pour les six prochaines années. Un peu plus de la moitié de cette somme sera consacrée aux ressources humaines pour la santé.

Il ne s'agit pas seulement de former deux fois plus de personnel infirmier et de médecins qu'actuellement, mais de leur offrir de meilleurs salaires quand ils commencent à exercer et de les inciter à rester dans le pays. L'aide reçue permettra également de rémunérer des infirmières et des médecins venus d'autres pays pour pallier le manque d'effectifs, le temps de former du personnel malawien.



Panos/ G. Pirozzi

Une infirmière conseille les mères sur les soins à prodiguer à leur enfant dans un dispensaire rural du Malawi.



de médecins et d'infirmières venant de pays africains qui travaillent dans les pays développés. Ils représentent plus de 30 % de la population médicale de leur pays d'origine. Des estimations approximatives peuvent aussi être faites sur la base du nombre des demandes de certificats de bonne conduite aux organismes chargés de la délivrance des permis, et d'après le nombre des médecins étrangers employés pour pallier le manque d'effectifs et le nombre de postes vacants.

Tableau 6.1

Nombre d'agents de santé ayant quitté 16 pays africains pour l'étranger, 1993-2002

Pays	Nombre officiel d'agents de santé ayant migré	Principales destinations
Burundi	127	Belgique, Bénin, France, Rwanda
Cameroun	82	Canada, Etats-Unis d'Amérique, France, Namibie, République centrafricaine, Royaume-Uni, Sénégal
République centrafricaine	176	Cameroun, Côte d'Ivoire, France, Sénégal
Côte d'Ivoire	641	Canada, France
République démocratique du Congo	337	Canada, Côte d'Ivoire, Etats-Unis d'Amérique, France, Sénégal, Zambie
Gabon	128	Canada, France
Gambie	233	Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni
Ghana	1169	Afrique du Sud, Arabie saoudite, Etats-Unis d'Amérique, Gabon, Royaume Uni
Kenya	1734	Arabie saoudite, Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni, Zambie
Madagascar	341	France, Zambie
Malawi	484	Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni
Mali	93	Cameroun, Canada, Côte d'Ivoire, Etats-Unis d'Amérique, France, Zambie
Nigéria	213	Etats-Unis d'Amérique, France, Gambie, Kenya, Namibie, Royaume-Uni, Zambie
Sao Tomé-et-Principe	103	Gabon, Namibie, Portugal
République-Unie de Tanzanie	446	Botswana, Comores, Emirats arabes unis, Etats-Unis d'Amérique, Guinée équatoriale, Kenya, Mauritanie, Namibie, Royaume-Uni, Zimbabwe
Zambie	974	Botswana, Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni
<b>Total</b>	<b>7281</b>	

Source : *Survey on migration of health workers in the African Region*, Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique, 2003.



Il est important de développer les hôpitaux pour compléter les autres niveaux du système de santé, et améliorer l'orientation-recours tout en veillant à ce que les plus défavorisés aient accès aux services. Les hôpitaux doivent également accroître leur rôle dans la prestation des soins médicaux en assurant davantage de formations spécialisées et promouvoir la recherche sur les systèmes d'information et l'utilisation de ces systèmes.

## Moyens de pallier le manque d'effectifs

Pour remédier à la pénurie croissante de personnels soignants, certains pays expérimentent des modèles dans le cadre desquels certaines tâches jadis réservées à des personnels hautement spécialisés sont confiées à des personnels moins qualifiés, qui bénéficieront de conseils et d'un encadrement approfondis. Le Botswana a essayé d'associer les familles et d'autres membres de la communauté à la prestation de soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le cadre d'un projet de soins communautaires à domicile (voir l'Encadré 6.5). De même, l'Ouganda a innové en formant des personnels de santé à un traitement simplifié du VIH/SIDA (voir l'Encadré 6.6).

Comme l'Ouganda, la province du Cap oriental en Afrique du Sud a adopté des lignes directrices simplifiées pour dispenser un traitement antirétroviral (ARV) aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les chercheurs ont demandé au Gouvernement d'étendre cette approche au reste du pays en confiant à un plus grand nombre d'infirmiers de plus grandes responsabilités pour qu'ils puissent dispenser le traitement antirétroviral, effectuer le dépistage des patients VIH-positifs afin de déterminer s'ils peuvent bénéficier du traitement, et assurer le suivi de l'observance du traitement par les patients. Ils font valoir que, s'il bénéficie de conseils et d'un encadrement appropriés, le personnel infirmier peut prescrire les médicaments antirétroviraux.

Dans les districts ruraux de Tanzanie, les médecins assistants exercent fréquemment les fonctions de médecins, et ceux qui disposent d'une formation spécialisée sont chargés de disciplines cliniques telles que l'anesthésie et l'ophtalmologie lorsqu'aucun spécialiste n'est disponible dans ces disciplines. A Zanzibar, une île de l'océan Indien où la pénurie de médecins est encore plus grave, et sur le territoire continental de la République-Unie de Tanzanie, les médecins assistants font office de médecins de district.

Pour faire face à cette crise grandissante des personnels de santé en Afrique, les efforts internationaux progressent. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la migration internationale du personnel de santé en 2004, et le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé a également reconnu, lors d'une réunion tenue en 2004, que le personnel de santé était indispensable à la réalisation de ces objectifs.

L'OMS et ses partenaires, en étroite collaboration avec des Etats Membres de la Région africaine, cherchent les moyens de motiver et fidéliser leurs personnels de santé. L'OMS a aidé les pays à concevoir et mettre en œuvre des stratégies visant à motiver et à retenir leurs personnels avec le soutien des partenaires du développement, dans le cadre des programmes nationaux de santé de ces pays. Ce soutien prévoit le développement de la formation – en particulier des cadres intermédiaires – afin de pourvoir les postes vacants. Diverses méthodes, parmi lesquelles figurent la formation à distance et l'éducation médicale permanente, peuvent également contribuer à une meilleure couverture des besoins en personnel médical.

Les pays ont essayé différents moyens pour empêcher l'exode des personnels de santé. On peut ainsi permettre aux personnels soignants d'exercer dans le secteur privé tout en travaillant dans le secteur public, augmenter les salaires et améliorer les conditions de travail. On peut aussi conserver les certificats des diplômés jusqu'à ce



*L'OMS et ses partenaires,  
en étroite collaboration  
avec des Etats Membres  
de la Région africaine,  
cherchent les moyens de  
motiver et fidéliser leurs  
personnels de santé.*



## Soins communautaires à domicile au Botswana

Banyefudi Sampora ne tarit pas d'éloges sur le programme de soins communautaires à domicile grâce auquel elle a appris à soigner sa fille malade à la maison et qui s'avère une arme efficace contre le VIH/SIDA au Botswana.

« Ces gens ont été comme pour une seconde mère pour ma fille, elle mange bien et obtient des médicaments », dit la grand-mère de 68 ans au sujet des agents de santé communautaires qui rendent visite à Sampora et à sa famille tous les mois.

Sampora s'occupe de sa fille VIH-positif depuis 2002 dans sa maison du village de Mmopane, situé à 20 km au nord-ouest de Gaborone, capitale du Botswana. Elle est la seule à gagner sa vie car sa fille est trop malade pour travailler. Elle doit aussi s'occuper des quatre enfants de sa fille qui vont encore à l'école.

Sampora a appris des notions de base sur le VIH/SIDA. Les agents de santé communautaires lui ont expliqué comment soigner sa fille, éviter la contamination d'autres membres de la famille par le virus et vérifier que la malade prend ses médicaments tous les jours. Ils remettent tous les mois à chaque foyer un paquet contenant des fournitures médicales de base et des vivres. Si sa fille contracte une infection, la famille doit se rendre au poste de santé du village, distant de 2 km.

Le Botswana a l'un des systèmes de santé les plus développés d'Afrique. Mais suite à la propagation rapide du VIH/SIDA ces dix dernières années, le système est aujourd'hui débordé. Les soins communautaires à domicile permettent d'économiser des ressources rares et de soigner les malades dans le confort que leur offre leur domicile.

Le village de 5000 habitants a été sélectionné en 2002 par le Département de Soins infirmiers et obstétricaux de l'Université du Botswana, qui est un centre collaborateur de l'OMS, dans le but de mettre au point des matériels didactiques sur les soins communautaires à domicile pour le reste de l'Afrique anglopho-

ne. Le Département a également créé des centres d'accueil des patients pour relayer les soignants à domicile et leur permettre de se consacrer aussi à leur vie personnelle. Sampora a un potager et vend ses légumes pour subvenir aux besoins de la famille.

Le Directeur, le Dr Esther Seloilwe, explique que le village a été choisi parce qu'il est sous-développé malgré la proximité de la capitale. Il y a un poste de santé tenu par une infirmière, mais pas de ligne téléphonique, si bien qu'il est très difficile de faire hospitaliser les patients.

« La structure familiale botswanaise est idéale pour ce type de programme car notre culture prescrit aux familles d'aider et de soigner les malades et les mourants », explique Seloilwe. « Les soins à domicile sont dans notre tradition depuis longtemps, il s'agissait juste pour nous de mettre l'accent sur les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. »



Panos/G Pirozzi

Une éducatrice itinérante instruit une famille sur le VIH/SIDA.

qu'ils soient de retour dans leur pays d'origine, ou permettre aux communautés, dans les systèmes décentralisés, de recruter directement leurs personnels soignants et de les rémunérer. Tout en reconnaissant le droit des personnes à émigrer, les gouvernements peuvent aussi veiller à leurs intérêts mutuels, moyennant notamment des échanges bilatéraux de spécialistes.

## Financement de la santé

En 2003, les dépenses de santé des pays africains ont représenté en moyenne 5 % de leur produit intérieur brut (PIB), 51 % de ces dépenses étant des dépenses publiques. La part moyenne des dépenses de santé publiques financée par des ressources extérieures est de 26 %, avec de larges variations d'un pays à l'autre, puisqu'elle peut aller de moins de 1 % (en Algérie) à plus de 75 % (au Rwanda). Les dépenses de santé du secteur privé (des ménages, des organisations non gouvernementales, des



## L'Ouganda pionnier des soins simplifiés aux malades du SIDA

Peu de pays de la Région africaine ont les moyens d'offrir comme le font ordinairement les pays industrialisés ce qui se fait de mieux en matière de soins chroniques VIH/SIDA. Le Botswana, l'un des pays les plus riches de la Région, a cependant opté pour cette approche standard et, fin 2004, était le seul pays africain à avoir atteint une couverture thérapeutique de 50 %, conformément à l'objectif fixé. Mais l'Ouganda espère qu'une nouvelle méthode simplifiée d'administration du traitement contre le VIH/SIDA l'aidera à remédier au manque de liquidités et à la pénurie de personnel pour faire aussi bien que le Botswana. L'Ouganda a entrepris pour le moment de fournir le traitement à un tiers des personnes qui en ont besoin et espère que la nouvelle façon de procéder l'aidera à étendre la couverture dans les années qui viennent.

L'idée est d'apprendre au personnel infirmier à accomplir certains actes effectués par les médecins, et à des non-professionnels et des agents communautaires certaines des tâches normalement dévolues au personnel infirmier. Les patients prennent deux fois par jour des comprimés combinés au lieu de plusieurs médicaments différents. Dans la mesure où c'est un médecin qui pose le diagnostic ou confirme celui d'un infirmier ou d'une infirmière et qui rédige l'ordonnance, d'autres que lui peuvent se charger de conseiller le malade et de vérifier qu'il prend bien ses médicaments.

« Du moment qu'on peut faire un diagnostic juste, que les services de conseil sont bons et que le patient observe le traitement, je ne vois pas pourquoi le niveau de qualification serait un problème », estime Elizabeth Madraa, responsable du Programme ougandais de lutte contre le SIDA, ajoutant que le protocole thérapeutique simplifié est important non seulement pour l'admini-

stration du traitement contre le VIH/SIDA, mais aussi pour les soins de base en général. « Si l'on ne trouve pas une solution nouvelle pour remédier au manque de qualifications du personnel, on ne pourra jamais assurer les services de santé même les plus élémentaires, encore moins le traitement antirétroviral (TARV). »

La prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) est un modèle de prestation de services de santé qui repose sur des directives et des matériels pédagogiques simples. Elle fait appel au personnel infirmier, à des agents de santé non professionnels et, en ce qui concerne les soins chroniques dont ont besoin les VIH-positifs et les malades du SIDA, aux patients eux-mêmes, qui aident à former le personnel soignant.

Cette formule s'inspire d'exemples de réussite en Afrique, en Amérique latine et en Ex-Union soviétique, où, dans les zones pauvres, les parents des malades, leurs amis ou encore des bénévoles de la communauté ont été formés pour aider à administrer le traitement antituberculeux.

Elle a notamment pour principe les soins communautaires à domicile – qui ont déjà fait leurs preuves au Botswana (voir l'Encadré 6.5) – pour désengorger les établissements de santé. En cas de complications, le personnel infirmier et autres agents de santé qui rendent visite aux patients à domicile peuvent les orienter vers un médecin ou un établissement de santé.

En Ouganda, plus de 1400 agents de santé dans tout le pays ont terminé la formation aux soins VIH. L'Éthiopie, la province sud-africaine du Cap oriental, le Swaziland et la Zambie ont eux aussi commencé à enseigner cette méthode simplifiée au personnel soignant. Si les résultats sont bons, d'autres pays à faible revenu pourraient s'inspirer de ce modèle.

entreprises privées, des assurances) représentaient en moyenne 49 % de l'ensemble des dépenses de santé, les ménages s'acquittant de la plus grosse part (80 %). La Figure 6.4 indique que la répartition des dépenses pour lutter contre le paludisme au Ghana illustre la disproportion du fardeau qui pèse sur les ménages.

La Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS a estimé qu'un montant minimum de US \$34 par personne et par an était nécessaire pour fournir un ensemble essentiel d'interventions de santé publique afin d'atteindre à la fois les objectifs du Millénaire pour le développement dans ce domaine et les cibles qui ont été fixées par le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Aussi les gouvernements des 35 Etats Membres qui dépensent actuellement moins de US \$34 par habitant pour la santé chaque année devront ils accroître leurs crédits budgétaires afin d'atteindre les dépenses de santé minimales recommandées (Figure 6.5).

A Abuja, les chefs d'Etat des pays africains se sont engagés à consacrer au moins 15 % de leurs budgets annuels au secteur de la santé. Fin 2003, un seul pays avait dépensé 15 % ou plus de son budget national pour la santé, en tenant compte des dépenses financées par des ressources extérieures. Les 45 autres Etats Membres de la Région africaine devront prendre des mesures appropriées pour honorer cet engagement pris par leurs chefs d'Etat.



En octobre 2005, lors de la session de la Conférence des ministres africains de la santé qui s'est tenue au Botswana, les chefs d'Etat africains ont à nouveau confirmé, dans la Déclaration de Gaborone, cet engagement de consacrer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé.

L'OMS a conçu une méthode appelée « Comptes nationaux de la santé », qui permet à 23 des 46 Etats Membres de la Région qui l'ont déjà utilisée de suivre leurs dépenses de santé. Ce système peut également être utilisé pour analyser les flux financiers au sein des systèmes nationaux de santé afin de déterminer si les fonds sont appropriés ou insuffisants. Les autorités sanitaires peuvent l'utiliser pour attribuer les financements de manière plus efficace pour obtenir des systèmes de santé plus performants.

## Aide financière

L'aide financière a représenté, en moyenne, 16 % de l'ensemble des dépenses de santé dans la Région africaine en 2003. Dans la Déclaration de Maputo, les chefs d'Etat africains ont appelé les pays donateurs à honorer leur engagement de consacrer 0,7 % de leur produit national brut à titre d'aide officielle aux pays en développement afin d'améliorer le financement de la santé et du développement.

Il y a peu de coordination entre les bailleurs de fonds internationaux, qui tentent à focaliser leur attention sur différentes maladies de manière empirique. Ils peuvent, par exemple, insister sur l'utilisation de médicaments différents. Les donateurs peuvent aussi exiger des méthodes de livraison différentes. Ils ne tiennent pas toujours leurs engagements et fournissent parfois les fonds à court terme. La Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique a demandé aux partenaires du développement dans le domaine de la santé d'harmoniser et de coordonner leur soutien en fonction des politiques nationales de santé et des programmes stratégiques des pays bénéficiaires afin que l'aide soit plus efficace.

Quand l'aide est inefficace, les donateurs sont parfois aussi fautifs que les bénéficiaires eux-mêmes. Nombreux sont ceux qui souhaitent – comme c'est aussi le cas de la Commission pour l'Afrique – que les pays donateurs adoptent un nouveau mode de financement, mais tous ne sont pas d'accord sur les modalités.

Dans l'idéal, tous les donateurs devraient observer un seul accord rédigé par le gouvernement de chaque pays bénéficiaire et ils devraient être juridiquement tenus de verser les sommes promises. Ils devraient s'engager à assurer une aide à plus long terme pour permettre aux gouvernements africains de mieux planifier l'utilisation de ces ressources. L'adoption d'une approche intersectorielle visant à rationaliser les efforts de tous les secteurs concernés est l'un des moyens utilisés par les gouvernements de la Région pour commencer à améliorer la coordination des fonds extérieurs et nationaux destinés à la santé.

La santé est déterminée par un certain nombre de facteurs qui ne sont pas directement sous l'influence du secteur de la santé, tels que l'eau, l'assainissement et d'autres facteurs liés à l'environnement comme la disponibilité de produits alimentaires, l'éducation, l'environnement politique et social. Il est possible de tenir compte de ces déterminants sociaux de la santé en renforçant la collaboration intersectorielle.

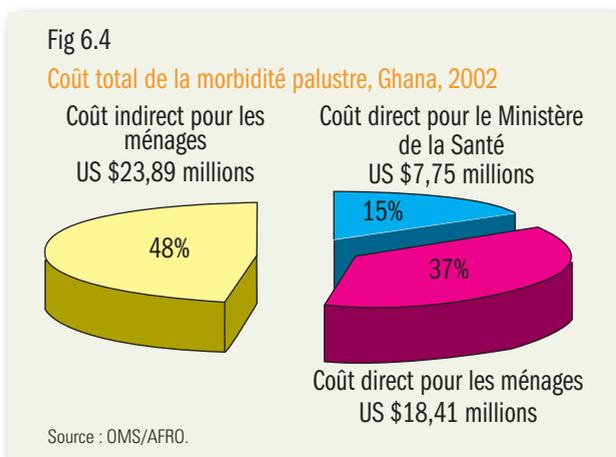
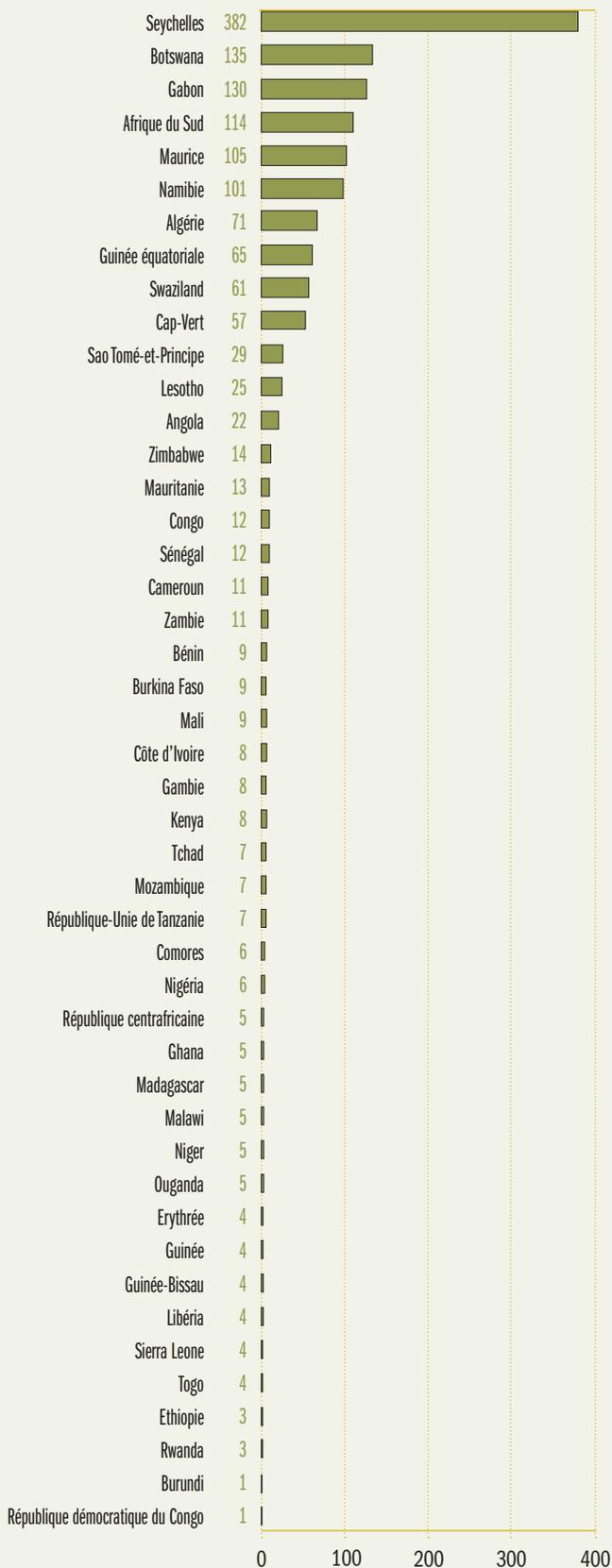


Fig 6.5

Dépenses publiques de santé par habitant (US \$), Région africaine de l'OMS, 2003



Source : OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*.

## Participation financière des usagers

La participation financière demandée aux usagers par les établissements publics équivaut généralement à près de 5 % de l'ensemble des dépenses publiques régulières de santé. Toutefois, une analyse menée en République-Unie de Tanzanie a montré que l'abolition de toute redevance pour les soins de santé primaires ne coûterait que US \$13 millions par an. Les pays riches devraient aider les pays pauvres à supporter les pertes financières découlant d'une instauration de la gratuité des soins de base jusqu'à ce que les gouvernements africains aient les moyens d'assumer eux-mêmes ces coûts. Les soins essentiels devraient être subventionnés pour les couches les plus pauvres de la société. Les redevances pourraient être entièrement prises en charge par d'autres méthodes de financement, mais de nombreux prestataires préfèrent imposer une redevance minimale, symbolique, afin de garantir que les services sont appréciés et ne sont pas utilisés inutilement.

Il existe de nombreux systèmes de protection sociale tels que les systèmes de sécurité sociale, l'assurance sur la base de contributions volontaires, les transferts de liquidités aux soignants, les systèmes de pension et les subventions pour la garde d'enfants. Ces systèmes peuvent être d'un grand secours pour de nombreux habitants, en particulier les plus vulnérables : les personnes âgées, les jeunes et les personnes handicapées.

## Éléments d'appréciation pour l'attribution des ressources

Une fois que les gouvernements ont collecté et centralisé, à partir de diverses sources, leurs maigres recettes publiques, les responsables politiques doivent décider comment attribuer ces ressources pour acheter les services de santé. Il est fréquent qu'ils prennent ces décisions alors qu'ils ne disposent que de très peu d'éléments d'appréciation pour guider leur choix parmi les nombreuses interventions de santé publique possibles. Cette absence d'éléments d'appréciation se traduit parfois par la décision d'investir dans des interventions coûteuses dont peu de personnes bénéficieront, plutôt que dans des interventions d'un coût modeste profitables à un plus grand nombre. Pour aider les pays à établir des priorités, l'OMS mène un projet appelé CHOICE (Choosing Interventions that are Cost Effective – Choisir des interventions d'un bon rapport coût/efficacité). Elle a rassemblé des bases de données, que l'on peut trouver à l'adresse suivante : [http://www.who.int/choice/links/related\\_links/en/index.html](http://www.who.int/choice/links/related_links/en/index.html), et qui donnent des éléments d'appréciation sur le



rapport coût/efficacité de plus de 500 interventions de santé publique destinées à apporter une réponse à des problèmes divers : l'eau impropre à la consommation, les drogues engendrant la dépendance, la santé génésique, la malnutrition, le paludisme, la tuberculose, les maladies maternelles et néonatales, la carence en fer, les injections à risque, les troubles mentaux et la cécité. Des informations portant sur 200 interventions relatives aux maladies cardio-vasculaires et au cancer seront ajoutées à ces bases de données.

Une fois que les ressources ont été allouées pour payer divers services de santé, il est important de suivre l'efficacité de l'utilisation de ces ressources. En outre, de plus en plus d'éléments montrent que, dans la Région africaine, les hôpitaux et les centres de soins sont en mesure de soigner davantage de patients, pour peu que les ressources dont ils disposent soient mieux gérées. Puisque les hôpitaux et les dispensaires absorbent une part importante des budgets réguliers et des budgets pour le développement des ministères de la santé, il faut faire preuve de vigilance dans le suivi et l'utilisation de ces ressources.

## Conclusion : les systèmes de santé – clé d'un meilleur état de santé

Les pays de la Région africaine doivent étendre et renforcer leurs systèmes de santé pour pouvoir dispenser un large éventail de services de soins essentiels à leur population. Il n'y a pas une solution universelle. Chaque système doit être adapté aux besoins du pays, de la région et de la communauté – rurale ou urbaine, riche ou pauvre. Les services assurés doivent répondre aux principaux besoins de la santé publique et leur prestation doit être efficace et responsable. Il est indispensable et urgent d'établir des systèmes responsables et transparents pour suivre et évaluer les dépenses de santé ainsi que l'évolution de leur répartition entre sources publiques et sources privées. Cet objectif est l'un des grands défis de santé publique que doit relever l'Afrique.

Le bon fonctionnement des systèmes de santé suppose réunis plusieurs éléments clés : des ressources humaines et des infrastructures satisfaisantes, des données fiables concernant les besoins au plan de la santé publique et des systèmes de financement de la santé. Les gouvernements, en travaillant en collaboration avec tous leurs partenaires, doivent faire des efforts délibérés pour édifier et renforcer les systèmes de santé afin qu'ils soient plus aptes à réagir face aux besoins de santé publique et plus efficaces. Il est aussi important que les gouvernements, dans la Région africaine comme ailleurs, soient associés plus étroitement aux recherches sur les problèmes de santé qui affectent le plus leur population et s'engagent dans la recherche de solutions durables à ces problèmes.

Compte tenu du rôle significatif joué par le secteur privé et la société civile dans la prestation des services de santé, il est impératif que les gouvernements renforcent leur collaboration avec ceux-ci et créent également l'environnement réglementaire et juridique approprié, qui permettra au secteur privé et à la société civile de remplir efficacement ce rôle.

Ainsi que nous l'avons vu, l'édification, le renforcement et l'amélioration des interventions des systèmes de santé sont des étapes déterminantes sur la voie de la réalisation de l'objectif des soins de santé équitables, dans l'esprit de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. De nombreux gouvernements africains reconnaissent, avec



*Il n'y a pas une solution universelle. Chaque système doit être adapté aux besoins du pays, de la région et de la communauté – rurale ou urbaine.*



les bailleurs de fonds internationaux, que la Région a peu de chances de réaliser les OMD liés à la santé si elle n'est pas en mesure de mettre en place et de gérer efficacement de tels systèmes. Les systèmes de santé renferment un immense potentiel encore inexploité de contribution au développement économique et social.

Le défi consiste à mieux sensibiliser les gouvernements au fait que la santé a un rôle crucial à jouer dans le développement social et économique de leur pays. La santé doit être mieux placée sur la liste des priorités des pays de la Région et les dirigeants de ces pays doivent élaborer des politiques et des stratégies visant à renforcer leurs systèmes de santé. Cela passe par l'allocation de ressources suffisantes pour assurer le fonctionnement efficace de ces systèmes de santé et leur viabilité à l'avenir.

Pour les gouvernements de la Région comme pour les bailleurs de fonds, il faut que les systèmes de santé figurent en tête des priorités de développement national et international. Cela est essentiel pour instaurer des soins de santé primaires intégrés au niveau du district et renforcer l'infrastructure globale en matière de santé publique. Ces éléments vitaux du système de santé nécessitent un engagement politique à long terme et des moyens financiers supplémentaires importants. Les acteurs concernés doivent également accepter que les résultats soient lents mais solides. Les systèmes de santé ainsi obtenus seront l'instrument qui fait si cruellement défaut pour la prestation de tous les services de santé dont les populations ont besoin. ■



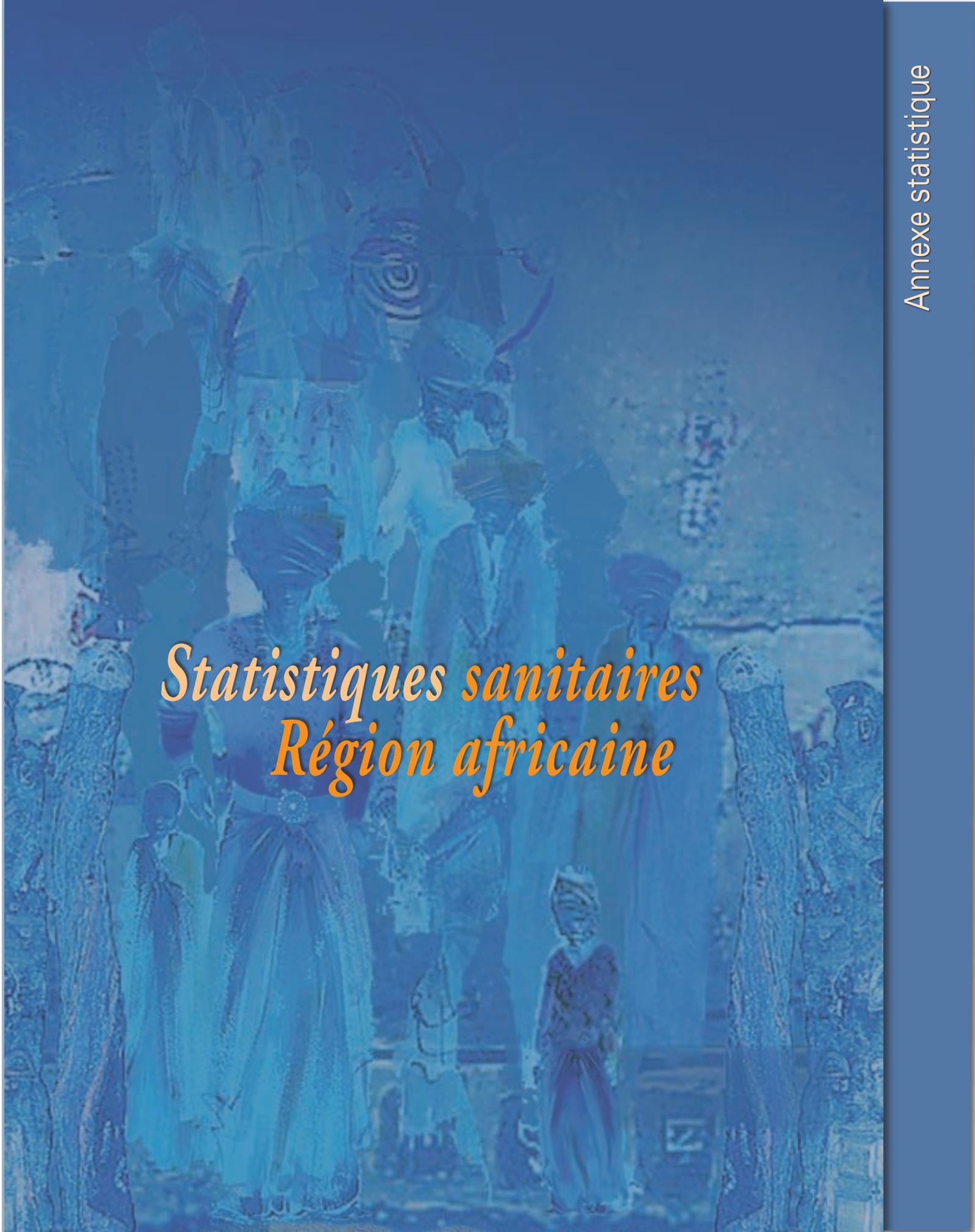
## Bibliographie

- Asbu EZ, McIntyre D, Addison T. Hospital efficiency and productivity in three provinces of South Africa. *South African Journal of Economics*, 2001; 69:336-358.
- Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration des professionnels de la santé dans six pays : rapport de synthèse*. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004.
- Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development. Mozambique case study*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (document WHO/GPE/00.4 ; disponible à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_GPE\\_00.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.4.pdf)).
- Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development. Tanzania case study*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (document WHO/GPE/00.6 ; disponible à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_GPE\\_00.6.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.6.pdf)).
- Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development. Uganda case study*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (document WHO/GPE/00.3 ; disponible à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_GPE\\_00.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.3.pdf)).
- Chatora R. Health financing in the WHO African Region. *African Health Monitor*. 2006;5:13-16.
- « Dans l'intérêt de tous ». Le rapport de la Commission pour l'Afrique (version française résumée). Londres ; Commission pour l'Afrique ; 2005.
- *Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, 24-27 avril 2001, Abuja, Nigeria. Abuja (Nigéria) : Union africaine.
- *Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Addis-Abeba : Union africaine (document Assembly/AU/Decl.6 (II)).
- *Documenting Best or "Promising" Practices In Human Resources For Health Development in The Who African Region*.
- Evans D, Edejer TT. Choice: an aid to policy. *African Health Monitor*. 2005;5:27-29.
- Foster M, Brown A, Conway T. *Sector-wide approaches for health development: a review of experience*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (document WHO/GPE/00.1 ; disponible à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_GPE\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.1.pdf)).
- Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, Wirth M E, Chowdhury AMR, Rosenfield A. Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet* 2005;365:997-1000.
- *Guidelines for evaluating traditional medicines in WHO African Region*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique.
- *Interventions prioritaires pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire. Rapport du Directeur régional. Cinquante-quatrième session, Brazzaville, Congo, 30 août-3 septembre 2004*. Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2004 (AFR/RC54/12 Rev.1, 18 juin 2004).
- Kirigia JM, Emrouznejad A, Sambo LG, Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: Using data envelopment analysis, *Journal of Medical Systems*, 2002;26:29-45.
- Kirigia JM, Emrouznejad A, Sambo LG, Munguti N and Liambila W. Using Data Envelopment Analysis to Measure the Technical Efficiency of Public Health Centers in Kenya. *Journal of Medical Systems*, 2004;28:155-166.
- Kirigia JM, Sambo LG, Scheel H. Technical efficiency of public clinics in Kwazulu-Natal province of South Africa, *East African Medical Journal*, 2001;78:S1-S13.
- *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2002.
- Marmot, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-1104.
- Masiye F, Ndulo M, Roos P, Odegaard K. A comparative analysis of hospitals in Zambia: a pilot study on efficiency measurement and monitoring. Chapter 7, pp. 95-107. In: Seshamani V, Mwikisa CN, Odegaard K. *Zambias, Health Reforms Selected Papers 1995-2000*. Lund (Suède) ; 2002.
- Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data [Recensement des décès et des causes de décès : une évaluation de l'état des données relatives aux causes de décès dans le monde]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171-177 (résumé en français).



- *Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement. Document d'information. Cinquante cinquième session du Comité régional de l'Afrique, Maputo (Mozambique), 22-26 août 2005). Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2005 (document AFR/RC55/Inf.Doc/2, 30 juin 2005).*
- New WHO Regional Director for Africa pledges to do better for Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83:9.
- Osei D, d'Almeida S, George MO, Kirigia JM, Mensah AO, Kainyu LH. Technical efficiency of public district hospitals and health centres in Ghana: a pilot study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2005;3:9. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.resource-allocation.com/content/2/1/9>.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 - Changer le cours de l'histoire.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.
- *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 - Travailler ensemble pour la santé.* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006.
- Renner A and Kirigia JM. Technical efficiency of health centres in Sierra Leone. *African Health Monitor.* 2005; 5:39-42.
- *Report on the Consultative Meeting on Improving Collaboration between Health Professionals, Governments, and Other Stakeholders in Human Resources for Health Development, Addis Ababa, 29 January-1 February 2002.* Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique; 2002. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.afro.who.int/hrd/consultative\\_meeting\\_report.pdf](http://www.afro.who.int/hrd/consultative_meeting_report.pdf)
- Résolution WHA58.33. Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale. In: *Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé*, Genève, 16-25 mai 2005, Volume 1. Résolutions et décisions. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005 (WHA58/2005/REC/1).
- *Tools for institutionalizing traditional medicine in health systems in WHO African Region.* Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.prometra.org/Documents/ToolsforInstitutionalizingTraditionalMedicineinHealth.pdf>.
- *World Development Indicators 2004 (WDI) (Indicateurs du développement dans le monde 2004).* Washington, D.C. : Banque mondiale.





*Statistiques sanitaires  
Région africaine*

## Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé



Le présent rapport concerne les 46 Etats Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), comme l'illustre cette carte. Le Bureau régional OMS de l'Afrique est basé à Brazzaville (République du Congo). Toute référence à l'Afrique s'entend du continent et des îles dans leur ensemble. Toute référence à « la Région africaine » ou « la Région » est à comprendre au sens de la définition de l'OMS.

Il est important de noter que la Région africaine de l'OMS ne comprend pas tous les pays du continent africain et que la Région elle-même ne se limite pas à l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara.

Note : La Banque mondiale divise le continent en deux régions : Afrique du Nord et Afrique subsaharienne, tandis que l'UNICEF le divise en trois régions : Afrique de l'Est et Afrique australe, Afrique de l'Ouest et du Centre, et Moyen-Orient et Afrique du Nord.

# Introduction

Les tableaux qui suivent contiennent certaines des statistiques les plus récentes depuis 1997 concernant les indicateurs sanitaires pour les 46 Etats Membres de la Région africaine. Tous sont tirés des *Statistiques sanitaires mondiales 2006*. Les données rétrospectives concernant certains des indicateurs sont par ailleurs tirées du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Les tableaux statistiques couvrent les catégories suivantes : mortalité, morbidité, couverture des services de santé, facteurs de risque, système de santé, inégalité en matière de santé, statistiques démographiques et socio-économiques.

Les *Statistiques sanitaires mondiales 2006* contiennent une série plus étendue de statistiques sur les 192 Etats Membres de l'OMS, axées en particulier sur l'équité dans les pays et entre eux. Elles ont été rassemblées à partir des publications et des bases de données des programmes techniques et des bureaux régionaux de l'OMS. Les indicateurs constituant la série de base ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence quant à la santé dans le monde, de la disponibilité et de la qualité des données ainsi que de la précision et de la comparabilité des estimations. Les statistiques servant à la détermination de ces indicateurs sont le fruit d'un processus interactif de collecte, de compilation et d'évaluation de la qualité des données et d'estimation, auquel participent les programmes techniques de l'OMS et les Etats Membres. Dans le cadre de ce processus, l'OMS s'efforce d'optimiser l'accessibilité, la précision, la comparabilité et la transparence des statistiques sanitaires des pays.

En plus des données nationales, cette publication présente des statistiques sur la distribution dans les pays d'issues et d'interventions sanitaires sélectionnées, ces chiffres étant désagrégés selon le sexe, l'âge, le cadre de vie urbain/rural, la richesse/le patrimoine et le niveau d'instruction. Ces statistiques proviennent principalement de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et n'existent que pour un nombre limité de pays. Les pays devraient être plus nombreux à fournir des données désagrégées dans les prochaines années.

La série d'indicateurs de base n'a pas la prétention de rendre compte de tous les aspects pertinents de la santé, mais de donner une vision synthétique de la situation sanitaire et de l'état des systèmes de santé des pays : 1) mortalité ; 2) morbidité ; 3) facteurs de risque ; 4) couverture des interventions sanitaires sélectionnées ; 5) systèmes de santé ; 6) inégalités en matière de santé ; et 7) caractéristiques démographiques et socio-économiques.

Sauf mention contraire, toutes les statistiques ont été approuvées en tant que chiffres officiels de l'OMS après consultation des Etats Membres. Les chiffres publiés ici doivent cependant être considérés comme les meilleures estimations selon l'OMS, et non comme les chiffres officiels des Etats Membres.

La demande de données fiables, cohérentes et disponibles en temps utile sur les statistiques sanitaires essentielles augmentant constamment, les utilisateurs de ces données doivent être correctement informés des définitions, de la qualité et des limites des statistiques sanitaires. Pour plus d'informations, nous renvoyons le lecteur au Système OMS d'information statistique (WHOSIS) qu'il peut consulter à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whosis>.

	Etats Membres	Population <sup>a</sup>			Indice synthétique de fécondité <sup>a</sup>	Taux proportionnel de fertilité chez les adolescents <sup>b</sup>	
		nombre	taux de croissance annuel	en zone urbaine		(%)	Année
		(000) 2005	(%) 1995-2004	(%) 2005	(par femme) 2004		
1	Afrique du Sud	47 432	1,2	58	2,8	...	
2	Algérie	32 854	1,4	60	2,5	...	
3	Angola	15 941	2,3	37	6,7	...	
4	Bénin	8 439	2,8	46	5,7	9,3	1999
5	Botswana	1 765	0,9	53	3,1	...	
6	Burkina Faso	13 228	2,7	19	6,6	10,1	2002
7	Burundi	7 548	1,7	11	6,8	...	
8	Cameroun	16 322	1,9	53	4,5	13,9	2003
9	Cap-Vert	507	2,1	58	3,6	...	
10	Comores	798	2,5	36	4,7	...	
11	Congo	3 999	2,9	54	6,3	...	
12	Côte d'Ivoire	18 154	1,9	46	4,9	12,3	1997
13	Erythrée	4 401	3,2	21	5,4	8,1	2000
14	Ethiopie	77 431	2,3	16	5,7	9,4	1998
15	Gabon	1 384	2,0	85	3,9	16,9	1998
16	Gambie	1 517	2,9	26	4,6	...	
17	Ghana	22 113	2,0	46	4,2	8,3	2002
18	Guinée	9 402	2,0	37	5,8	14,7	1997
19	Guinée-Bissau	1 586	2,6	36	7,1	...	
20	Guinée équatoriale	504	2,1	50	5,9	...	
21	Kenya	34 256	2,1	42	5,0	11,7	2002
22	Lesotho	1 795	0,6	18	3,5	...	
23	Libéria	3 283	4,2	48	6,8	...	
24	Madagascar	18 606	2,6	27	5,3	14,5	2002
25	Malawi	12 884	2,2	17	6,0	13,0	1998
26	Mali	13 518	2,6	34	6,8	13,7	2000
27	Maurice	1 245	0,9	44	2,0	9,6	2000
28	Mauritanie	3 069	2,6	64	5,7	8,9	1999
29	Mozambique	19 792	2,1	38	5,4	16,2	2002
30	Namibie	2 031	2,0	34	3,8	10,5	1999
31	Niger	13 957	3,1	23	7,8	14,5	1997
32	Nigéria	131 530	2,2	48	5,7	11,1	2002
33	Ouganda	28 816	2,9	12	7,1	13,6	1999
34	République centrafricaine	4 038	1,6	44	4,9	...	
35	République démocratique du Congo	57 549	2,2	33	6,7	...	
36	République-Unie de Tanzanie	38 329	2,0	38	4,9	12,2	1998
37	Rwanda	9 038	5,0	22	5,6	4,6	1999
38	Sao Tomé-et-Principe	157	1,8	38	3,9	...	
39	Sénégal	11 658	2,2	51	4,9	...	
40	Seychelles	81	0,6	50	2,1	...	
41	Sierra Leone	5 525	2,6	40	6,5	...	
42	Swaziland	1 032	0,8	24	3,8	...	
43	Tchad	9 749	3,0	26	6,7	14,7	2003
44	Togo	6 145	2,9	36	5,2	...	
45	Zambie	11 668	1,8	37	5,5	13,7	2000
46	Zimbabwe	13 010	0,9	36	3,4	13,3	1997
Région de l'OMS							
	Afrique	738 083	2,2	38	5,3	11,7	

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> World Population Prospects: The 2004 Revision. Population database. Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Nations Unies (<http://esa.un.org/unpp>).

<sup>b</sup> Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Secrétariat de l'ONU.

<sup>c</sup> Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) (<http://gmr.uis.unesco.org/selectindicators.aspx>).

Taux d'alphabétisation chez l'adulte <sup>c</sup>	Taux net de scolarisation primaire <sup>d</sup>		Produit national brut par habitant <sup>e</sup>	Population vivant en dessous du seuil de pauvreté <sup>f</sup>	
	Hommes (%)	Femmes (%)		Année	Année
	1998–2004		(PPP \$ int.) 2004		
82,4	89	89	10 960	10,7	2000
69,8	96	94	6 260	...	
66,8	66	57	2 030	...	
33,6	69	47	1 120	...	
78,9	79	83	8 920	...	
12,8	42	31	1 220	44,9	1998
58,9	62	52	660	54,6	1998
67,9	...	...	2 090	17,1	2001
75,7	100	98	5 650	...	
56,2	59	50	1 840	...	
82,8	55	53	750	...	
48,1	67	54	1 390	10,8	2002
...	49	42	1 050	...	
41,5	55	47	810	23,0	1999-00
...	79	78	5 600	...	
...	79	78	1 900	59,3	1998
54,1	64	62	2 280	44,8	1998-99
...	73	58	2 130	...	
...	53	37	690	...	
84,2	91	78	7 400	...	
73,6	66	66	1 050	22,8	1997
81,4	83	89	3 210	...	
55,9	79	61	...	...	
70,6	78	79	830	61,0	2001
64,1	...	...	620	41,7	1997-98
19,0	50	39	980	...	
84,3	96	98	11 870	...	
51,2	68	67	2 050	25,9	2000
46,5	58	53	1 160	...	
85,0	76	81	6 960	...	
14,4	45	31	830	...	
66,8	74	60	930	70,2	1997
68,9	...	...	1 520	84,9	1999
48,6	...	...	1 110	...	
65,3	...	...	680	...	
69,4	83	81	660	...	
64,0	85	88	1 300	51,7	1999-00
...	100	94	...	...	
39,3	71	66	1 720	...	
91,9	100	99	15 590	...	
29,6	...	...	790	...	
79,2	75	75	4 970	...	
25,5	72	49	1 420	...	
53,0	99	83	1 690	...	
67,9	69	68	890	63,7	1998
90,0	79	80	2 180	...	
60,1	70	63	2 074	44	

<sup>d</sup> Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) ([http://www.uis.unesco.org/ev\\_fr.php?ID=5187\\_201&ID2=DO\\_TOPIC](http://www.uis.unesco.org/ev_fr.php?ID=5187_201&ID2=DO_TOPIC)).

<sup>e</sup> Banque mondiale (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>).

<sup>f</sup> Banque mondiale ([http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Table2\\_5.htm](http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Table2_5.htm)).

Etats Membres		Espérance de vie à la naissance <sup>a</sup> (années)		Espérance de vie en bonne santé (EVBS) à la naissance <sup>b</sup> (années)		Probabilité de décès pour 1000 personnes entre 15 et 60 ans <sup>a</sup> (taux de mortalité adulte)		Probabilité de décès (pour 1000 naissances vivantes) avant l'âge de 5 ans <sup>a</sup> (taux de mortalité des moins de 5 ans)	Taux de mortalité infantile <sup>c</sup> (pour 1000 naissances vivantes)	Taux de mortalité néonatale <sup>d</sup> (pour 1000 naissances vivantes)	Ratio de mortalité maternelle <sup>d</sup> (pour 100 000 naissances vivantes)
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hom. & fem.	Hom. & fem.	Hom. & fem.	Femmes
		2004	2004	2002	2002	2004	2004	2004	2004	2000	2000
1	Afrique du Sud	47	49	43	45	667	598	67	54	21	230
2	Algérie	69	72	60	62	153	124	40	35	20	140
3	Angola	38	42	32	35	591	504	260	154	54	1 700
4	Bénin	52	53	43	45	388	350	152	90	38	850
5	Botswana	40	40	36	35	786	770	116	75	40	100
6	Burkina Faso	47	48	35	36	472	410	192	97	36	1 000
7	Burundi	42	47	33	37	593	457	190	114	41	1 000
8	Cameroun	50	51	41	42	444	432	149	87	40	730
9	Cap-Vert	67	71	59	63	209	139	36	27	10	150
10	Comores	62	67	54	55	254	182	70	52	29	480
11	Congo	53	55	45	47	442	390	108	79	32	510
12	Côte d'Ivoire	41	47	38	41	585	500	194	118	65	690
13	Erythrée	58	62	49	51	345	281	82	52	25	630
14	Ethiopie	49	51	41	42	451	389	166	110	51	850
15	Gabon	55	59	50	53	411	344	91	59	31	420
16	Gambie	55	59	48	51	344	263	122	89	46	540
17	Ghana	56	58	49	50	349	319	112	68	27	540
18	Guinée	52	55	44	46	364	319	155	101	48	740
19	Guinée-Bissau	45	48	40	41	482	413	203	126	48	1 100
20	Guinée équatoriale	42	44	45	46	577	522	204	123	40	880
21	Kenya	51	50	44	45	477	502	120	78	29	1 000
22	Lesotho	39	44	30	33	845	728	82	55	28	550
23	Libéria	39	44	34	37	596	477	235	157	66	760
24	Madagascar	55	59	47	50	338	270	123	76	33	550
25	Malawi	41	41	35	35	663	638	175	109	40	1 800
26	Mali	44	47	37	38	490	414	219	121	55	1 200
27	Maurice	69	75	60	65	217	112	15	12	12	24
28	Mauritanie	55	60	43	46	325	246	125	78	70	1 000
29	Mozambique	44	46	36	38	627	549	152	102	48	1 000
30	Namibie	52	55	43	44	548	489	63	42	25	300
31	Niger	42	41	36	35	506	478	259	152	43	1 600
32	Nigéria	45	46	41	42	513	478	197	103	53	800
33	Ouganda	48	51	42	44	525	446	138	81	32	880
34	République centrafricaine	40	41	37	38	667	624	193	115	48	1 100
35	République démocratique du Congo	42	47	35	39	576	446	205	129	47	990
36	République-Unie de Tanzanie	47	49	40	41	551	524	126	78	43	1 500
37	Rwanda	44	47	36	40	518	435	203	118	45	1 400
38	Sao Tomé-et-Principe	57	60	54	55	301	236	118	75	38	...
39	Sénégal	54	57	47	49	358	288	137	78	31	690
40	Seychelles	67	78	57	65	232	83	14	12	9	...
41	Sierra Leone	37	40	27	30	579	497	283	165	56	2 000
42	Swaziland	36	39	33	35	823	741	156	102	38	370
43	Tchad	45	48	40	42	497	422	200	117	45	1 100
44	Togo	52	56	44	46	401	327	140	79	40	570
45	Zambie	40	40	35	35	683	656	182	104	40	750
46	Zimbabwe	37	34	34	33	857	849	129	78	33	1 100
<b>Région de l'OMS</b>											
Afrique		47	49	40	42	519	465	167	100	43	910

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/annexes/fr/>).

<sup>b</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – Changer le cours de l'histoire. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/index.html>).

<sup>c</sup> i) WHO Mortality Database. Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>) ;

ii) Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). La situation des enfants dans le monde, 2006. New York : UNICEF, 2005.

<sup>d</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>).

<sup>e</sup> Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 : quatrième rapport mondial. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ([http://www.unaids.org/bangkok2004/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html)).

<sup>f</sup> La définition des cas comprend ici les décès par tuberculose (A15-A19, B90) selon la CIM-10. Source : Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/TB/2006.362) ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report](http://www.who.int/tb/publications/global_report)).

Taux de mortalité par cause (pour 100 000 personnes)			Taux de mortalité par cause standardisé selon l'âge <sup>h,i</sup> (pour 100 000 personnes)				Années de vie perdues par grandes catégories de causes <sup>h,j</sup> (%)			Causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans <sup>h,i</sup> (%)							
VIIH/SIDA <sup>e</sup>	TB parmi les VIH-négatifs <sup>f</sup>	TB parmi les VIH-positifs <sup>g</sup>	Maladies non transmissibles	Maladies cardio- vasculaires	Cancers	Traumatismes	Maladies transmissibles <sup>k</sup>	Maladies non transmissibles	Traumatismes	Causes néonatales	VIH/SIDA	Maladies diarrhéiques	Rougeole	Paludisme	Pneumonies	Traumatismes	Autres
Hommes & femmes			Hommes & femmes				Hommes & femmes			Hommes & femmes							
2003	2004	2004	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
789	56	78	808	410	154	120	77	15	8	35,1	57,1	0,8	0,0	0,0	0,9	5,0	1,1
<10	2	<1	598	314	103	85	50	30	20	48,0	0,0	11,9	0,9	0,5	13,7	5,0	20,0
140	25	7	982	486	179	231	84	8	8	22,2	2,2	19,1	4,8	8,3	24,8	1,4	17,2
73	14	2	852	432	154	116	82	10	8	25,0	2,2	17,1	5,3	27,2	21,1	2,1	0,0
1 863	37	58	653	338	124	72	93	4	3	40,3	53,8	1,1	0,1	0,0	1,4	3,3	0,0
234	38	16	901	459	162	149	87	7	7	18,3	4,0	18,8	3,4	20,3	23,3	1,5	10,4
355	59	33	843	439	146	301	81	7	12	23,3	8,0	18,2	3,0	8,4	22,8	1,8	14,6
311	19	12	848	436	150	118	81	11	8	24,8	7,2	17,3	4,1	22,8	21,5	2,2	0,0
...	35	1	692	356	127	39	51	37	12	25,9	3,7	12,2	4,4	4,3	13,3	3,5	32,6
...	7	<1	736	381	128	83	70	18	12	37,3	3,7	13,6	5,9	19,4	16,3	3,4	0,5
257	52	18	762	393	134	147	79	11	11	30,9	9,3	11,2	6,6	25,7	13,6	2,6	0,0
267	67	37	873	436	160	179	78	11	10	34,9	5,6	14,8	2,5	20,5	19,6	2,2	0,0
155	52	9	762	398	133	92	81	11	8	27,4	6,2	15,6	2,5	13,6	18,6	3,0	13,0
163	60	19	859	435	147	104	82	12	6	30,2	3,8	17,3	4,2	6,1	22,3	1,7	14,3
224	33	22	813	410	158	103	72	18	9	35,1	10,1	8,8	4,4	28,3	10,7	2,5	0,0
42	38	2	805	413	144	109	75	15	10	36,6	1,3	12,2	2,5	29,4	15,5	2,6	0,0
141	40	10	786	404	138	97	74	16	10	28,5	5,7	12,2	2,9	33,0	14,6	3,0	0,0
100	44	12	853	432	156	147	80	11	9	28,8	2,3	16,5	5,5	24,5	20,9	1,4	0,0
...	33	9	883	449	159	138	86	8	6	24,1	2,6	18,6	3,4	21,0	23,4	1,4	5,5
...	30	27	864	438	155	144	79	12	9	27,5	7,4	13,6	7,4	24,0	17,3	2,5	0,3
458	90	43	782	401	139	95	81	11	8	24,2	14,6	16,5	3,2	13,6	19,9	2,7	5,3
1 611	41	58	785	404	139	88	90	7	3	32,8	56,2	3,9	0,1	0,0	4,7	2,2	0,0
223	46	27	955	485	169	270	83	7	10	29,1	3,6	17,3	6,0	18,9	23,0	1,7	0,3
43	37	6	837	430	147	112	79	12	9	25,6	1,3	16,9	5,0	20,1	20,7	2,4	8,0
681	48	49	835	430	150	105	89	6	5	21,7	14,0	18,1	0,3	14,1	22,6	1,7	7,6
94	62	11	909	456	166	145	86	8	6	25,9	1,6	18,3	6,1	16,9	23,9	1,4	5,9
...	11	<1	701	434	79	42	11	75	13	66,0	0,0	1,2	0,0	0,0	3,9	5,2	23,6
17	57	3	884	451	158	138	79	12	9	39,4	0,3	16,2	1,7	12,2	22,3	1,9	5,9
577	62	67	720	371	124	66	91	7	2	29,0	12,9	16,5	0,3	18,9	21,2	1,0	0,1
806	44	41	754	385	146	93	83	10	6	38,5	53,0	2,5	0,1	0,0	3,0	3,0	0,0
37	31	3	916	456	169	163	87	7	6	16,7	0,6	19,8	7,3	14,3	25,1	1,4	14,8
246	56	27	889	452	157	132	83	10	7	26,1	5,0	15,7	6,3	24,1	20,1	1,9	0,8
290	71	22	824	422	146	154	84	8	8	23,6	7,7	17,2	3,0	23,1	21,1	2,2	2,1
584	55	58	863	445	154	146	84	9	7	27,2	12,4	14,7	6,5	18,5	18,7	2,0	0,0
184	57	21	909	465	161	273	82	7	11	25,7	3,7	18,1	4,7	16,9	23,1	1,6	6,3
433	47	31	847	435	151	115	85	8	6	26,9	9,3	16,8	1,3	22,7	21,1	2,0	0,0
251	69	33	831	425	150	126	85	8	7	21,7	5,0	18,5	1,6	4,6	23,2	1,8	23,7
...	28	<1	764	396	133	87	67	21	12	32,1	3,7	16,0	4,8	0,6	21,2	3,5	18,1
31	49	3	832	426	146	125	76	13	11	22,8	1,0	17,1	8,1	27,6	20,7	2,6	0,2
...	6	<1	657	336	131	69	16	64	21	27,2	0,0	0,0	0,0	0,0	10,1	12,3	50,3
...	92	13	1 017	515	181	250	86	6	8	21,9	1,3	19,7	5,3	12,4	25,5	1,2	12,7
1 643	93	176	732	364	162	72	91	5	4	26,8	47,0	9,6	0,2	0,2	11,8	3,8	0,5
197	60	22	869	443	156	131	85	8	7	24,0	4,1	18,1	7,0	22,3	22,8	1,8	0,1
171	77	21	831	427	147	117	79	12	9	29,0	5,8	13,8	6,6	25,3	17,1	2,5	0,0
788	70	68	700	359	122	58	92	6	2	22,9	16,1	17,5	1,2	19,4	21,8	1,0	0,1
1 322	62	89	685	347	122	103	90	7	4	28,1	40,6	12,1	2,9	0,2	14,7	1,2	0,3
313	53	28	800	404	144	133	59	10	8	26,2	6,8	16,6	4,3	17,5	21,1	1,9	5,6

<sup>e</sup> Ces décès sont répertoriés sous la rubrique « SIDA compliqué de tuberculose comme affection opportuniste (B20.0) » selon la CIM-10. Ces cas sont déjà inventoriés parmi les décès liés au VIH/SIDA (B20-B24). Source : *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/TB/2006.362) ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report](http://www.who.int/tb/publications/global_report)).

<sup>h</sup> Mortality and burden of diseases estimates for WHO Members States in 2002. Organisation mondiale de la Santé, décembre 2004 (<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>).

<sup>i</sup> Les taux sont standardisés selon l'âge de la population type de l'OMS. Sources : Ahmad OB, Boschi Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. EIP/GPE/EBD. Organisation mondiale de la Santé, 2001 ([http://www.who.int/whosis/discussion\\_papers](http://www.who.int/whosis/discussion_papers)).

<sup>j</sup> Les chiffres étant arrondis, les totaux des proportions ne sont pas toujours égaux à 100 %.

<sup>k</sup> « Maladies transmissibles » y compris les causes maternelles, les affections survenant en période périnatale et les carences.

<sup>l</sup> Les causes néonatales incluent les diarrhées survenues pendant la période néonatale. Sources : i) Bryce J, Boschi Pinto C, Shibuya K, Black RE ; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005; 365:1147-52 ; ii) WHO Mortality profiles (<http://www.who.int/whosis/mort/profiles/en/>).

Etats Membres		Prévalence du VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) <sup>a</sup> (%)	Prévalence de la tuberculose <sup>b</sup> (pour 100 000 personnes)	Incidence de la tuberculose <sup>b</sup> (pour 100 000 personnes)	Nombre de cas confirmés de polio <sup>c</sup>
		Hommes & femmes 2003	Hommes & femmes 2004	Hommes & femmes 2004	Hommes & femmes 2005
1	Afrique du Sud	21,5	670	718	0
2	Algérie	0,1	54	54	0
3	Angola	3,9	310	259	10
4	Bénin	1,9	142	87	0
5	Botswana	37,3	553	670	0
6	Burkina Faso	4,2	365	191	0
7	Burundi	6	564	343	0
8	Cameroun	6,9	227	179	1
9	Cap-Vert	...	314	172	0
10	Comores	...	95	46	0
11	Congo	4,9	464	377	0
12	Côte d'Ivoire	7	651	393	0
13	Erythrée	2,7	437	271	1
14	Ethiopie	4,4	533	353	22
15	Gabon	8,1	339	280	0
16	Gambie	1,2	329	233	0
17	Ghana	3,1	376	206	0
18	Guinée	3,2	410	240	0
19	Guinée-Bissau	...	306	199	0
20	Guinée équatoriale	...	322	239	0
21	Kenya	6,7	888	619	0
22	Lesotho	28,9	544	696	0
23	Libéria	5,9	447	310	0
24	Madagascar	1,7	351	218	4
25	Malawi	14,2	501	413	0

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004 : quatrième rapport mondial*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ([http://www.unaids.org/bangkok2004/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html)).

<sup>b</sup> Toutes formes de tuberculose, y compris les cas parmi les personnes contaminées par le VIH. Source : Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/TB/2006.362) ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report](http://www.who.int/tb/publications/global_report)).

<sup>c</sup> Organisation mondiale de la Santé, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Chiffres datés du 25 avril 2006 ([http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case\\_count.cfm](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm)).

Etats Membres		Prévalence du VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) <sup>a</sup> (%)	Prévalence de la tuberculose <sup>b</sup> (pour 100 000 personnes)	Incidence de la tuberculose <sup>b</sup> (pour 100 000 personnes)	Nombre de cas confirmés de polio <sup>c</sup>
		Hommes & femmes 2003	Hommes & femmes 2004	Hommes & femmes 2004	Hommes & femmes 2005
26	Mali	1,9	578	281	3
27	Maurice	...	135	64	0
28	Mauritanie	0,6	502	287	0
29	Mozambique	12,2	635	460	0
30	Namibie	21,3	586	717	0
31	Niger	1,2	288	157	10
32	Nigéria	5,4	531	290	801
33	Ouganda	4,1	646	402	0
34	République centrafricaine	13,5	549	322	0
35	République démocratique du Congo	4,2	551	366	0
36	République-Unie de Tanzanie	8,8	479	347	0
37	Rwanda	5,1	660	371	0
38	Sao Tomé-et-Principe	...	253	107	0
39	Sénégal	0,8	451	245	0
40	Seychelles	...	83	34	0
41	Sierra Leone	...	847	443	0
42	Swaziland	38,8	1120	1226	0
43	Tchad	4,8	566	279	2
44	Togo	4,1	718	355	0
45	Zambie	16,5	707	680	0
46	Zimbabwe	24,6	673	674	0
<b>Région de l'OMS</b>		(mise à jour 2004)			
Afrique		7.1	518	356	854

	Etats Membres	Année	Probabilité de décès (pour 1000 naissances vivantes) avant l'âge de 5 ans <sup>a</sup> (taux de mortalité des moins de 5 ans)									Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance <sup>a</sup> (%)					
			Lieu de résidence			Quintile de richesse			Niveau d'instruction de la mère <sup>b</sup>			Lieu de résidence			Quintile de richesse		
			Rural	Urbain	Ratio rural-urbain	Le plus bas	Le plus haut	Ratio le plus bas-le plus haut	Le plus bas	Le plus haut	Ratio le plus bas-le plus haut	Rural	Urbain	Ratio rural-urbain	Le plus bas	Le plus haut	Ratio le plus bas-le plus haut
1	Afrique du Sud	1998	71,2	43,2	1,6	87,4	21,9	4,0	83,8	45,6	1,8	...	...	...	...	...	...
2	Bénin	2001	175,5	133,6	1,3	198,2	93,1	2,1	174,5	80,8	2,2	33,4	24,2	1,4	35,4	18,2	1,9
3	Botswana	1988	55,2	55,3	1,0	...	...	...	62,0	46,3	1,3	...	...	...	...	...	...
4	Burkina Faso	2003	201,5	136,4	1,5	206,0	144,0	1,4	198,4	108,0	1,8	41,4	19,8	2,1	45,7	20,6	2,2
5	Burundi	1987	184,2	163,7	1,1	...	...	...	191,2	80,7	2,4	48,6	27,1	1,8	...	...	...
6	Cameroun	2004	168,8	119,3	1,4	189,0	88,0	2,1	185,7	93,3	2,0	38,2	23,1	1,7	40,9	12,3	3,3
7	Comores	1996	122,6	80,7	1,5	128,9	86,6	1,5	120,6	74,5	1,6	35,0	29,9	1,2	44,8	23,3	1,9
8	Côte d'Ivoire	1998-99	196,8	125,2	1,6	...	...	...	192,7	79,4	2,4	28,6	18,3	1,6	...	...	...
9	Erythrée	2002	117,1	86,1	1,4	100,0	65,0	1,5	120,6	58,5	2,1	42,6	27,8	1,5	44,8	17,6	2,5
10	Ethiopie	2000	192,5	148,6	1,3	159,2	147,1	1,1	197,4	89,2	2,2	52,3	41,6	1,3	52,9	43,2	1,2
11	Gabon	2000	99,9	88,4	1,1	93,1	55,4	1,7	112,0	87,1	1,3	29,0	17,4	1,7	32,8	11,5	2,9
12	Ghana	2003	118,3	92,7	1,3	128,0	88,0	1,5	124,9	84,5	1,5	34,0	19,9	1,7	41,8	13,2	3,2
13	Guinée	1999	210,6	148,7	1,4	229,9	133,0	1,7	203,8	104,2	2,0	29,4	18,2	1,6	32,4	15,7	2,1
14	Kenya	2003	116,9	93,5	1,3	149,0	91,0	1,6	126,5	62,9	2,0	32,0	23,8	1,3	38,1	19,2	2,0
15	Libéria	1986	239,7	217,8	1,1	...	...	...	242,1	176,1	1,4	...	...	...	...	...	...
16	Madagascar	2003-04	120,0	73,3	1,6	141,8	49,4	2,9	148,6	65,4	2,3	48,9	40,9	1,2	50,5	38,2	1,3
17	Malawi	2000	210,3	147,9	1,4	230,8	149,0	1,5	214,5	118,0	1,8	51,3	34,2	1,5	57,8	33,5	1,7
18	Mali	2001	253,2	184,6	1,4	247,8	148,1	1,7	246,9	89,6	2,8	42,1	23,2	1,8	44,8	19,7	2,3
19	Mauritanie	2000-01	96,2	110,7	0,9	98,1	78,5	1,2	110,5	85,5	1,3	37,9	30,2	1,3	38,7	23,4	1,7
20	Mozambique	2003	192,0	143,2	1,3	196,0	108,0	1,8	200,5	85,7	2,3	45,7	28,5	1,6	49,3	20,0	2,5
21	Namibie	2000	66,1	49,5	1,3	55,4	31,4	1,8	83,6	47,1	1,8	23,0	21,7	1,1	26,7	15,3	1,7
22	Niger	1998	327,4	178,1	1,8	281,8	183,7	1,5	314,0	129,6	2,4	43,0	31,2	1,4	41,9	32,3	1,3
23	Nigéria	2003	242,7	152,9	1,6	257,0	79,0	3,3	269,4	107,2	2,5	42,9	28,9	1,5	48,8	17,9	2,7
24	Ouganda	2000-01	163,8	100,5	1,6	191,8	106,4	1,8	186,9	93,0	2,0	39,9	26,5	1,5	43,3	25,1	1,7
25	République centrafricaine	1994-95	178,4	128,6	1,4	192,9	98,3	2,0	175,2	83,1	2,1	37,2	28,6	1,3	42,3	25,0	1,7
26	République-Unie de Tanzanie	1999	165,9	141,6	1,2	160,0	135,2	1,2	165,4	62,6	2,6	46,5	24,5	1,9	49,5	23,4	2,1
27	Rwanda	2000	216,2	141,3	1,5	246,4	154,1	1,6	232,7	116,7	2,0	44,9	27,8	1,6	49,4	26,9	1,8
28	Sénégal	1999	171,2	92,1	1,9	...	...	...	159,9	80,1	2,0	...	...	...	...	...	...
29	Soudan	1990	144,0	117,0	1,2	...	...	...	151,9	84,3	1,8	...	...	...	...	...	...
30	Tchad	2004	208,0	179,0	1,2	176,0	187,0	0,9	200,0	143,0	1,4	43,0	32,3	1,3	50,7	31,7	1,6
31	Togo	1998	157,4	101,3	1,6	167,7	97,0	1,7	159,1	82,5	1,9	23,9	14,8	1,6	29,0	11,0	2,6
32	Zambie	2001-02	182,3	140,0	1,3	191,7	92,4	2,1	197,8	121,1	1,6	51,1	37,1	1,4	54,1	31,6	1,7
33	Zimbabwe	1999	99,7	69,0	1,4	99,5	62,2	1,6	118,8	78,7	1,5	29,2	20,6	1,4	32,7	18,6	1,8

Les statistiques par sexe sont présentées ailleurs dans ce document.

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> Source: Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) (<http://www.measuredhs.com>).

<sup>b</sup> Les niveaux d'instruction de la mère le plus bas et le plus haut correspondent respectivement à « aucune instruction » et à « niveau secondaire ou supérieur ».

<sup>c</sup> Les données prennent en compte les naissances qui ont eu lieu pendant les trois années qui avaient précédé l'enquête, et non pas cinq années comme dans les autres cas.

			Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié <sup>a</sup> (%)									Couverture de la vaccination antirougeoleuse à un an <sup>a</sup> (%)								
Niveau d'instruction de la mère <sup>b</sup>			Lieu de résidence			Quintile de richesse			Niveau d'instruction de la mère <sup>b</sup>			Lieu de résidence			Quintile de richesse			Niveau d'instruction de la mère <sup>b</sup>		
Le plus bas	Le plus haut	Ratio le plus bas- le plus haut	Rural	Urbain	Ratio urbain-rural	Le plus haut	Le plus bas	Ratio le plus haut- le plus bas	Le plus haut	Le plus bas	Ratio le plus haut- le plus bas	Urbain	Rural	Ratio urbain-rural	Le plus haut	Le plus bas	Ratio le plus haut- le plus bas	Le plus haut	Le plus bas	Ratio le plus haut- le plus bas
...	...	...	75,5	93,4	1,2	98,1	67,8	1,4	59,7	91,4	1,5	85,1	79,3	1,1	84,5	73,5	1,1	85,6	64,0	1,3
33,0	17,1	1,9	68,4	82,9	1,2	99,3	49,6	2,0	67,6	98,6	1,5	75,3	64,1	1,2	83,1	56,9	1,5	88,6	63,4	1,4
...	...	...	71,7	93,5	1,3	...	...	...	53,6	96,6	1,8	65,4	69,9	0,9	...	...	...	63,0	67,8	0,9
40,8	12,4	3,3	30,5	87,7	2,9	90,8	38,8	2,3	32,7	94,7	2,9	73,1	53,3	1,4	71,3	48,3	1,5	80,4	54,3	1,5
49,0	24,6	2,0	16,8	85,2	5,1	...	...	...	15,6	75,7	4,9	51,1	47,8	1,1	...	...	...	56,3	45,2	1,2
40,1	21,0	1,9	44,2	84,2	1,9	94,5	29,3	3,2	22,9	91,7	4,0	72,5	58,3	1,2	83,2	52,1	1,6	79,3	46,1	1,7
38,2	25,0	1,5 <sup>c</sup>	43,1	78,9	1,8	84,8	26,2	3,2	40,8	82,9	2,0 <sup>c</sup>	63,0	63,5	1,0	86,0	51,1	1,7	75,5	58,7	1,3
28,3	14,2	2,0	32,1	79,1	2,5	...	...	...	37,9	83,6	2,2	82,0	58,8	1,4	...	...	...	94,6	57,8	1,6
44,6	16,2	2,8	10,4	64,7	6,2	81,0	6,7	12,1	12,0	87,9	7,3	93,8	78,5	1,2	96,4	83,8	1,2	95,6	77,1	1,2
52,8	32,5	1,6	2,3	34,5	15,0	25,3	0,9	28,1	2,5	45,0	18,0	63,1	22,3	2,8	52,2	18,2	2,9	61,7	22,1	2,8
22,5	16,5	1,4	69,4	92,9	1,3	97,1	67,2	1,4	83,9	92,9	1,1	61,1	37,1	1,6	71,3	34,1	2,1	63,9	42,3	1,5
38,0	23,7	1,6	30,9	79,7	2,6	90,4	20,6	4,4	29,7	67,9	2,3	85,8	81,8	1,0	88,8	75,0	1,2	89,3	78,2	1,1
27,9	13,3	2,1	21,3	75,6	3,5	81,5	12,1	6,7	29,1	83,5	2,9	66,9	46,7	1,4	73,0	33,1	2,2	82,3	48,4	1,7
36,4	19,0	1,9	34,5	72,0	2,1	75,4	17,0	4,4	15,8	72,0	4,6	85,9	69,7	1,2	88,0	54,8	1,6	84,9	51,1	1,7
...	...	...	44,9	76,7	1,7	...	...	...	49,3	86,6	1,8	30,2	28,0	1,1	...	...	...	42,7	24,9	1,7
49,1	38,0	1,3	39,6	70,6	1,8	93,9	29,9	3,1	21,9	80,5	3,7	73,9	55,9	1,3	84,0	38,4	2,2	85,2	36,1	2,4
54,2	27,1	2,0	51,9	81,6	1,6	83,0	43,0	1,9	45,0	87,7	1,9	90,6	82,0	1,1	90,4	79,8	1,1	93,4	79,2	1,2
40,1	13,6	2,9	26,6	80,8	3,0	81,9	8,1	10,1	34,4	90,8	2,6	70,8	41,3	1,7	76,5	39,7	1,9	78,7	44,9	1,8
37,1	21,4	1,7	28,9	85,8	3,0	92,8	14,7	6,3	40,4	91,6	2,3	74,3	53,0	1,4	86,2	42,0	2,1	79,8	55,4	1,4
47,7	14,5	3,3	34,1	80,7	2,4	88,6	24,8	3,6	31,4	94,8	3,0	90,8	70,8	1,3	96,4	60,8	1,6	99,1	65,6	1,5
28,5	17,9	1,6	66,3	93,1	1,4	97,1	55,4	1,8	46,8	89,1	1,9	84,3	78,4	1,1	85,7	76,2	1,1	83,3	69,5	1,2
42,3	23,6	1,8 <sup>c</sup>	8,1	68,7	8,5	62,8	4,2	15,0	13,8	68,5	5,0 <sup>c</sup>	67,1	27,8	2,4	65,8	23,0	2,9	73,9	31,8	2,3
50,5	20,0	2,5	27,1	58,8	2,2	84,5	13,0	6,5	13,8	75,0	5,4	52,1	28,5	1,8	70,7	15,9	4,4	66,5	15,6	4,3
45,5	28,9	1,6	33,1	80,4	2,4	77,3	19,7	3,9	21,5	75,8	3,5	68,4	55,3	1,2	64,5	49,1	1,3	69,4	54,1	1,3
37,2	24,1	1,5 <sup>c</sup>	23,7	77,7	3,3	81,7	14,3	5,7	29,4	84,8	2,9 <sup>c</sup>	68,4	40,5	1,7	79,8	31,3	2,5	79,2	38,6	2,1
46,7	16,6	2,8	34,7	83,3	2,4	82,8	28,9	2,9	25,3	81,5	3,2	90,3	75,3	1,2	89,0	63,4	1,4	98,1	63,3	1,5
47,9	26,1	1,8	19,9	65,7	3,3	59,6	17,3	3,4	13,9	68,9	5,0	89,9	86,3	1,0	88,8	83,8	1,1	93,2	82,2	1,1
...	...	...	75,7	95,6	1,3	...	...	...	78,5	97,1	1,2	78,7	58,1	1,4	...	...	...	90,9	54,0	1,7
...	...	...	59,3	85,9	1,4	...	...	...	52,6	95,5	1,8	69,9	56,3	1,2	...	...	...	84,8	50,3	1,7
44,3	22,1	2,0	6,4	45,6	7,1	55,4	3,6	15,4	9,3	66,7	7,2	37,5	19,2	2,0	38,1	8,2	4,6	53,7	18,2	3,0
25,5	12,0	2,1 <sup>c</sup>	39,8	86,4	2,2	91,2	25,1	3,6	36,7	86,8	2,4 <sup>c</sup>	58,0	38,2	1,5	63,2	34,5	1,8	63,7	36,5	1,7
53,8	36,1	1,5	27,6	79,0	2,9	91,1	19,7	4,6	17,3	77,8	4,5	85,5	83,9	1,0	88,4	81,2	1,1	87,2	79,8	1,1
35,3	22,5	1,6	64,2	89,4	1,4	93,5	56,7	1,6	42,8	85,6	2,0	86,2	75,7	1,1	85,8	80,2	1,1	85,2	69,4	1,2

Etats Membres		Enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance <sup>a</sup>		Enfants de moins de 5 ans ayant une insuffisance pondérale <sup>a</sup>		Enfants de moins de 5 ans ayant une surcharge pondérale <sup>a</sup>		Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance <sup>b</sup>		Obésité chez les adultes (≥15) <sup>c</sup>	
		(%)	Année	(%)	Année	(%)	Année	(%)	(%)	Année	
		Garçons & filles		Garçons & filles		Garçons & filles		Garçons & filles 2000-02		Hommes	Femmes
1	Afrique du Sud	24,9	1999	11,5	1999	6,2	1999	15	9,4	30,1	1998
2	Algérie	19,1	2002	10,4	2002	10,1	2000	7	...	...	...
3	Angola	45,2	2001	30,5	2001	...	...	12	...	...	...
4	Bénin	30,7	2001	22,9	2001	1,8	2001	16	...	6,1	2001 <sup>m</sup>
5	Botswana	23,1	2000	12,5	2000	6,9	2000	10	...	...	...
6	Burkina Faso	38,8	2003	37,7	2003	2,9	2003	19	...	2,4	2003 <sup>m</sup>
7	Burundi	56,8	2000	45,1	2000	0,7	2000	16	...	...	...
8	Cameroun	31,7	2004	18,1	2004	5,2	2004	11	...	4,2	2004 <sup>m</sup>
9	Cap-Vert	...	...	...	...	...	...	13	...	...	...
10	Comores	42,3	2000	25,4	2000	13,6	2000	25	...	...	...
11	Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
12	Côte d'Ivoire	25,1	1998-99	21,2	1998-99	2,5	1998-99	17	...	5,0	1998-99 <sup>m</sup>
13	Erythrée	37,6	2002	39,6	2002	0,7	2002	21	...	1,6	2002 <sup>m</sup>
14	Ethiopie	51,5	2000	47,2	2000	1,2	2000	15	...	0,3	2000 <sup>m</sup>
15	Gabon	20,7	2000-01	11,9	2000-01	3,7	2000-01	14	...	...	...
16	Gambie	19,2	2000	17,2	2000	1,5	2000	17	...	...	...
17	Ghana	29,9	2003	22,1	2003	2,9	2003	11	...	8,1	2003 <sup>m</sup>
18	Guinée	26,1	1999	23,2	1999	2,7	1999	12	...	...	...
19	Guinée-Bissau	30,5	2000	25,0	2000	3,3	2000	22	...	...	...
20	Guinée équatoriale	...	...	...	...	...	...	13	...	...	...
21	Kenya	30,3	2003	19,9	2003	3,7	2003	11	...	6,3	2003 <sup>m</sup>
22	Lesotho	46,1	2000	18,0	2000	12,1	2000	14	...	16,2	2004 <sup>m</sup>
23	Libéria	39,5	1999-00	26,5	1999-00	2,3	1999-00	...	...	...	...
24	Madagascar	47,7	2003-04	41,9	2003-04	2,0	2003-04	14	...	0,9	2003 <sup>m</sup>
25	Malawi	49,0	2000	25,4	2000	4,3	2000	16	...	2,1	2000 <sup>m</sup>
26	Mali	38,2	2001	33,2	2001	1,5	2001	23	...	3,7	2001 <sup>m</sup>
27	Maurice	...	...	...	...	...	...	13	8,0	20,0	1998 <sup>l</sup>
28	Mauritanie	34,5	2000-01	31,8	2000-01	...	...	...	...	16,7	2000-01 <sup>m</sup>
29	Mozambique	41,0	2003	23,7	2003	3,0	2003	14	...	3,8	2003 <sup>m</sup>
30	Namibie	23,6	2000	24,0	2000	2,2	2000	14	...	...	...
31	Niger	39,7	2000	40,1	2000	0,8	2000	17	...	...	...
32	Nigéria	38,3	2003	28,7	2003	3,6	2003	14	...	5,8	2003 <sup>m</sup>
33	Ouganda	39,1	2000-01	22,9	2000-01	2,6	2000-01	12	...	...	...
34	République centrafricaine	...	...	...	...	...	...	14	...	...	...
35	République démocratique du Congo	38,1	2001	31,0	2001	3,9	2001	12	...	...	...
36	République-Unie de Tanzanie	43,8	1999	29,4	1999	1,7	1999	13	...	4,4	2004-05 <sup>m</sup>
37	Rwanda	42,6	2000	24,3	2000	4,0	2000	9	...	...	...
38	Sao Tomé-et-Principe	28,9	2000	12,9	2000	...	...	...	...	...	...
39	Sénégal	25,4	2000	22,7	2000	2,2	2000	18	...	...	...
40	Seychelles	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
41	Sierra Leone	33,8	2000	27,2	2000	...	...	...	...	...	...
42	Swaziland	30,2	2000	10,3	2000	...	...	9	...	...	...
43	Tchad	29,1	2000	28,0	2000	1,5	2000	17	...	...	...
44	Togo	21,7	1998	25,1	1998	1,5	1998	15	...	...	...
45	Zambie	46,8	2001-02	28,1	2001-02	3,0	2001-02	12	...	3,0	2001-02 <sup>m</sup>
46	Zimbabwe	26,5	1999	13,0	1999	7,0	1999	11	...	7,5	1999 <sup>m</sup>
Région de l'OMS											
Afrique		...	...	...	...	...	...	14	...	...	...

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> Global Database on Child Growth and Malnutrition. Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en/>)

<sup>b</sup> Low Birthweight: Country, regional and global estimates. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), New York, 2004 ([http://www.who.int/reproductive-health/publications/low\\_birthweight/low\\_birthweight\\_estimates.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf)).

<sup>c</sup> La comparabilité des données entre les pays peut être limitée en raison de différences concernant les définitions, les caractéristiques d'échantillonnage ou encore les années où les enquêtes ont été menées. Source : WHO Global Database on Body Mass Index (BMI). Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/bmi>).

<sup>d</sup> Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Online database. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (<http://www.wssinfo.org/en/wecome.html>).

<sup>e</sup> Programme on Household Energy and Health, Department for Public Health and Environment. Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/indoorair/en/>).

<sup>f</sup> Chez les adolescents, les données correspondent à la consommation de tabac (sous toutes ses formes), quotidienne ou occasionnelle, tandis que chez les adultes, elles correspondent seulement à la consommation de tabac à fumer, quotidienne ou occasionnelle. La comparabilité des données entre les pays peut être limitée en raison de différences concernant les définitions, les caractéristiques d'échantillonnage ou encore les années où les enquêtes ont été menées.

Accès à une source d'eau meilleure <sup>d</sup>		Accès à un meilleur système d'assainissement <sup>d</sup>		Population utilisant des combustibles solides <sup>e</sup>		Prévalence de la consommation actuelle de tabac (%) <sup>f</sup>					Utilisation des préservatifs lors de rapports sexuels à risques chez les jeunes de 15 à 24 ans <sup>l</sup> (%)		
(%)		(%)		(%)		Adolescents (13-15) <sup>g</sup>		Adultes (≥15) <sup>h</sup>					
Urbain 2002	Rural 2002	Urbain 2002	Rural 2002	Urbain 2003	Rural 2003	Hommes & femmes	Année	Hommes	Femmes	Année	Hommes	Femmes	Année
98	73	86	44	7	40	23,6	2002	37,0	11,2	2003 <sup>i</sup>	...	...	...
92	80	99	82	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
70	40	56	16	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
79	60	58	12	88	99	14,5	2003	...	...	...	34	19	2001
100	90	57	25	...	...	11,3	2001	...	...	...	88	75	2000
82	44	45	5	91	100	...	...	24,2	11,1	2003 <sup>i</sup>	67	54	2003
90	78	47	35	98	100	...	...	...	...	...	...	...	...
84	41	63	33	62	98	...	...	...	...	...	57	46	2004
86	73	61	19	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
90	96	38	15	46	90 <sup>a</sup>	...	...	27,5	17,0	2003 <sup>k,l</sup>	...	...	...
72	17	14	2	84	98 <sup>a</sup>	...	...	16,5	1,7	2003 <sup>k,l</sup>	...	...	...
98	74	61	23	63	95 <sup>a</sup>	...	...	20,7	3,2	2003 <sup>k,l</sup>	...	...	...
72	54	34	3	31	97	6,6	2006	...	...	...	...	...	...
81	11	19	4	78	100	...	...	7,3	0,6	2003 <sup>i</sup>	30	17	2000
95	47	37	30	14	81	...	...	...	...	...	48	33	2000
95	77	72	46	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
93	68	74	46	75	96	11,7	2006	9,9	1,3	2003 <sup>i</sup>	52	33	2003
78	38	25	6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
79	49	57	23	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
45	42	60	46	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
89	46	56	43	17	94	12,7	2001	27,2	1,9	2003 <sup>i</sup>	47	25	2003
88	74	61	32	...	...	20,3	2002	...	...	...	53	53	2004
72	52	49	7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
75	34	49	27	...	...	...	...	...	...	...	12	5	2003
96	62	66	42	90	99	...	...	25,3	5,8	2003 <sup>i</sup>	47	35	2004
76	35	59	38	99	100	...	...	24,7	3,0	2003 <sup>i</sup>	30	14	2001
100	100	100	99	0	2	13,2	2003	42,7	2,8	2003 <sup>i</sup>	...	...	...
63	45	64	9	35	84	24,7	2001	29,6	4,7	2003 <sup>i</sup>	...	...	...
76	24	51	14	...	...	...	...	...	...	...	33	29	2003
98	72	66	14	24	84	25,8	2004	28,3	12,4	2003 <sup>i</sup>	69	48	2000
80	36	43	4	95	98	18,4	2001	...	...	...	...	...	...
72	49	48	30	...	...	...	...	...	0,0	2003 <sup>m,n</sup>	46	24	2003
87	52	53	39	85	99	...	...	25,2	3,3	2001 <sup>m</sup>	55	53	2004
93	61	47	12	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
83	29	43	23	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
92	62	54	41	...	...	...	...	...	...	...	46	34	2004
92	69	56	38	98	100	...	...	...	...	...	41	28	2004
89	73	32	20	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
90	54	70	34	24	80	16,6	2002	24,1	1,9	2003 <sup>i</sup>	...	...	...
100	75	...	100	...	...	28,9	2002	...	...	...	...	...	...
75	46	53	30	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
87	42	78	44	23	82	11,5	2001	15,1	3,2	2003 <sup>i</sup>	...	...	...
40	32	30	0	95	98	...	...	18,3	3,7	2003 <sup>i</sup>	25	17	2004
80	36	71	15	...	...	16,1	2002	...	...	...	...	...	...
90	36	68	32	68	99	...	...	23,3	5,7	2003 <sup>i</sup>	42	33	2001
100	74	69	51	26	94	...	...	26,2	3,1	2003 <sup>i</sup>	...	...	...
84	45	58	28	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

<sup>g</sup> Global NCD InfoBase/Online Tool. Organisation mondiale de la Santé ([http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/en](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/en)).

<sup>h</sup> i) Global NCD InfoBase/Online Tool. Organisation mondiale de la Santé ([http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/en](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/en)) ; ii) Ustun TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL, WHS Collaborating Groups. The World Health Surveys in Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism (eds. Murray CJL and Evans D), Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2003 ; iii) Results from the World Health Survey. Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>).

<sup>i</sup> Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) (<http://childinfo.org>) et Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) (<http://www.measuredhs.com>).

<sup>j</sup> Données rapportées par les répondants.

<sup>k</sup> L'échantillon n'est pas nécessairement représentatif du pays.

<sup>l</sup> Limite d'âge inférieure au-dessus de 15 ans.

<sup>m</sup> Limite d'âge supérieure à 50 ans.

<sup>n</sup> Les cigarettes sont les seuls produits de tabac à fumer considérés.

Etats Membres		Couverture vaccinale à un an <sup>a</sup>			Couverture des soins prénatals <sup>b</sup>			Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié <sup>c</sup>		Taux de couverture contraceptive <sup>d</sup>	
		Rougeole	DTP3	HepB3	Au moins 1 visite	Au moins 4 visites					
		(%) 2004	(%) 2004	(%) 2004	(%)	(%)	Année	(%)	Année	(%)	Année
1	Afrique du Sud	81	93	92	89	72	1998	84	1998	56,3	1998
2	Algérie	81	86	81	79	...	2000	92	2000	64,0	2000
3	Angola	64	59	...	...	...		47	2000	6,2	2001
4	Bénin	85	83	89	88	61	2001	66	2001	18,6	2001
5	Botswana	90	97	79	99	97	2001	94	2000	40,4	2000
6	Burkina Faso	78	88	...	72	18	2003	57 <sup>e</sup>	2003	13,8	2003
7	Burundi	75	74	83	93	79	2001	25	2000	15,7	2000
8	Cameroun	64	73	...	77	52	1998	62	2004	26,0	2004
9	Cap-Vert	69	75	68	...	99	2001	89 <sup>a</sup>	1998	52,9	1998
10	Comores	73	76	77	...	...		62	2000	25,7	2000
11	Congo	65	67	...	...	...		...		...	
12	Côte d'Ivoire	49	50	50	84	35	1998-99	63	2000	15,0	1998-99
13	Erythrée	84	83	83	...	49	2001	28	2002	8,0	2002
14	Ethiopie	71	80	...	27	10	2000	6	2000	8,1	2000
15	Gabon	55	38	...	94	63	2000	86	2000	32,7	2000
16	Gambie	90	92	90	92	...	2000	55	2000	9,6	2000
17	Ghana	83	80	80	90	69	2003	47	2003	25,2	2003
18	Guinée	73	69	...	74	48	1999	35	1999	6,2	1999
19	Guinée-Bissau	80	80	...	89	62	2001	35	2000	7,6	2000
20	Guinée équatoriale	51	33	...	...	37	2001	65	2000	...	
21	Kenya	73	73	73	88	52	2003	42	2003	39,3	2003
22	Lesotho	70	78	67	91	88	2001	55	2004	30,4	2000
23	Libéria	42	31	...	...	84	2001	51	2000	...	
24	Madagascar	59	61	61	91	38	1997	51	2003-04	27,1	2003-04
25	Malawi	80	89	89	94	55	2000	61	2002	30,6	2000
26	Mali	75	76	73	53	30	2001	41	2001	8,1	2001
27	Maurice	98	98	98	...	...		99	1998	...	
28	Mauritanie	64	70	...	63	16	2000-01	57 <sup>a</sup>	2001	8,0	2000-01
29	Mozambique	77	72	72	71	41	1997	48	2003	16,5	2003
30	Namibie	70	81	...	85	69	2000	76	2000	43,9	2000
31	Niger	74	62	...	39	11	1998	16	2000	14,0	2000
32	Nigéria	35	25	...	61	47	2003	35	2003	12,6	2003
33	Ouganda	91	87	87	92	40	2000-01	39	2000	22,8	2000-01
34	République centrafricaine	35	40	...	...	...		44	2000	27,9	2000
35	République démocratique du Congo	64	64	...	...	...		61	2001	31,4	2001
36	République-Unie de Tanzanie	94	95	95	96	69	1999	46	2004-05	25,4	1999
37	Rwanda	84	89	89	93	10	2001	31	2000	13,2	2000
38	Sao Tomé-et-Principe	91	99	99	91	...	2000	79	2000	29,3	2000
39	Sénégal	57	87	54	82	64	1999	58	2000	10,5	1999
40	Seychelles	99	99	99	...	...		...		...	
41	Sierra Leone	64	61	...	82	68	2001	42	2000	4,3	2000
42	Swaziland	70	83	78	...	...		70	2000	27,7	2000
43	Tchad	56	50	...	51	13	1997	14	2004	7,9	2000
44	Togo	70	71	...	78	46	1998	49	2000	25,7	2000
45	Zambie	84	80	...	94	71	2001-02	43	2001-02	34,2	2001-02
46	Zimbabwe	80	85	85	82	64	1999	73	1999	53,5	1999
<b>Région de l'OMS</b>											
Afrique		66	66	35	...	...		...		...	

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> WHO/UNICEF estimates of national coverage for year 2004 (chiffres datés de septembre 2005) ([http://www.who.int/immunization\\_monitoring/routine/immunization\\_coverage/en/index4.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/routine/immunization_coverage/en/index4.html)).

<sup>b</sup> *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>).

<sup>c</sup> WHO Database on Skilled Attendant at Delivery. Organisation mondiale de la Santé ([http://www.who.int/reproductive-health/global\\_monitoring/data.html](http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/data.html)).

<sup>d</sup> World Contraceptive Use 2005 database. Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, Nations Unies.

<sup>e</sup> *World Malaria Report 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 2005. Les chiffres du Cameroun et du Tchad ont été mis à jour.

<sup>f</sup> *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, mars 2006. Les données des pays à revenu élevé ont été rajoutées à la liste qui comprenait à l'origine 152 pays à revenu faible ou moyen. Cependant, les moyennes régionales prennent seulement en compte les pays à revenu faible ou moyen ([http://www.who.int/entity/hiv/fullreport\\_fr\\_highres.pdf](http://www.who.int/entity/hiv/fullreport_fr_highres.pdf)).

Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide <sup>e</sup>		Couverture thérapeutique antirétrovirale <sup>f</sup>	Proportion de cas de tuberculose détectés dans le cadre de la stratégie DOTS <sup>g</sup>	Proportion de cas de tuberculose traités avec succès dans le cadre de la stratégie DOTS <sup>h</sup>	Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA amenés en consultation <sup>i</sup>		Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée recevant une TRO <sup>j</sup>		Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant de la fièvre recevant une médication antipaludique <sup>e</sup>		Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu un supplément en vitamine A <sup>k</sup>	Proportion d'accouchements par césarienne <sup>b</sup>	
(%)	Année	(%) Déc. 2005	(%) 2004	(%) Cohorte 2003	(%)	Année	(%)	Année	(%)	Année	(%) 2002	(%)	Année
...		21	83	67	73,9	1998	...	...	...	...	...	16	1998
...		39	105	90	...	...	...	...	...	...	...	6	2000
2,3	2001	6	94	68	...	...	...	63,0	2001	87,5	...	...	...
7,4	2001	33	82	81	35,1	2001	39,3	2001	60,4	2001	84,6	4	2001
...		85	67	77	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1,6	2003	24	18	66	35,9	2003	49,0	2003	49,6	2003	97,0	1	2003
1,3	2000	14	29	79	...	...	...	31,3	2000	89,2	...	...	...
0,9	2004	36	91	...	36,6	2000	47,7	2004	53,1	2004	86,1	3	1998
...		>75	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6	1998
9,3	2000	43	39	...	...	...	...	62,7	2000	...	...	5	1996
...		...	65	69	...	...	...	...	...	85,6	...	...	...
1,1	2000	80	38	72	...	...	...	57,5	2000	...	...	3	1998-99
4,2	2002	5	14	85	43,6	2002	38,2	2002	3,6	2002	51,1	2	1995
...		7	36	70	15,8	2000	34,9	2000	3,0	2000	...	1	2000
...		23	81	34	47,7	2000	62,7	2000	...	...	86,6	6	2000
14,7	2000	9	66	75	...	...	...	55,2	2000	93,0	...	...	...
3,5	2003	7	37	66	44,0	2003	39,6	2003	62,8	2003	98,6	4	2003
...		9	52	75	38,4	1999	...	...	...	...	94,5	2	1999
7,4	2000	1	75	80	...	...	...	58,4	2000	79,7	...	...	...
0,7	2000	0	82	51	...	...	...	48,6	2000	...	...	...	...
4,6	2003	24	46	80	49,1	2003	34,2	2003	26,5	2003	91,4	4	2003
...		14	86	70	54,4	2004	32,1	2004	...	...	...	...	...
...		3	58	73	...	...	...	...	...	40,0	...	...	...
0,2	2000	0	74	71	47,9	2003-04	34,9	2004	41,1	2004	95,0	1	1997
35,5	2004	20	40	73	26,7	2000	35,4	2000	31,6	2004	85,8	3	2000
...		31	19	65	35,6	2001	53,5	2001	37,6	2003	68,3	1	2001
...		...	33	87	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2,1	2003-04	40	43	58	40,7	2000-01	...	...	33,4	2003-04	89,0	3	2000-01
...		9	46	76	55,4	2003	46,7	2003	...	...	...	3	1997
...		71	88	63	53,1	2000	15,3	2000	14,4	2000	96,4	7	1992
1,0	2000	5	46	70	...	...	...	48,1	2000	76,6	1	1998	
1,2	2003	6	21	59	32,8	2003	20,4	2003	33,8	2003	79,0	2	2003
0,2	2000-01	51	43	68	66,5	2000-01	27,7	2000-01	...	...	46,0	3	2000-01
1,5	2000	...	4	59	...	...	...	68,8	2000	...	2	1994-95	
0,7	2001	4	70	83	...	...	...	45,4	2001	61,7	...	...	...
2,1	1999	7	47	81	45,8	2003	36,3	2003	53,4	1999	94,2	3	1999
5,0	2000	39	29	67	15,5	2000	17,3	2000	12,6	2000	36,2	2	2000
22,8	2000	...	...	...	...	...	...	61,2	2000	...	...	...	...
1,7	2000	47	52	70	...	...	48,3	1999	36,2	2000	82,7	2	1997
...		...	106	100	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1,5	2000	2	36	83	...	...	...	60,7	2000	87,2	2	1997	
0,1	2000	31	38	42	...	...	...	25,5	2000	...	...	...	...
0,6	2000	3	16	78	11,8	2004	27,8	2004	55,8	2004	85,3	1	1996-97
2,0	2000	27	17	63	...	...	...	60,0	2000	95,0	2	1998	
6,5	2001-02	26	54	75	69,1	2001-02	40,9	2000-02	51,9	2001-02	79,8	2	2001-02
...		8	42	66	49,0	1999	51,0	1999	...	...	78,2	7	1999
...		17	48	72	...	...	...	...	...	...	...	...	...

<sup>g</sup> Le nombre de nouveaux cas à frottis positif notifiés à l'OMS divisé par le nombre estimé de nouveaux cas à frottis positif. Source : *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/TB/2006.362).

<sup>h</sup> Le pourcentage de nouveaux cas à frottis positif enregistrés pour traitement dans le cadre de la stratégie DOTS durant l'année 2003 qui ont été guéris (avec confirmation en laboratoire) ou qui ont achevé le traitement selon toute la durée prescrite. Source : *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/TB/2006.362).

<sup>i</sup> Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS). (<http://www.measuredhs.com>).

<sup>j</sup> UNICEF Global Database on Vitamin A Supplementation Coverage. Fonds de Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ([http://www.childinfo.org/eddb/vita\\_a/framed.htm](http://www.childinfo.org/eddb/vita_a/framed.htm)).

<sup>k</sup> Ces données ne correspondent pas exactement à la catégorie de « l'accoucheur qualifié » tel qu'il est défini dans le document Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. Des informations supplémentaires se trouvent sur le site <http://www.who.int/whosis>.

Pays		Ressources humaines pour la santé <sup>a</sup>											
		Médecins			Personnel infirmier			Sages-femmes			Dentistes		
		Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
1	Afrique du Sud	34 829	0,77	2004	184 459	4,08	2004	...	...	...	5 995	0,13	2004
2	Algérie	35 368	1,13	2002	68 950	2,21	2002	799	0,03	2002	9 553	0,31	2002
3	Angola	881	0,08	1997	13 135	1,15	1997	492	0,04	1997	2	0,00	1997
4	Bénin	311	0,04	2004	5 789	0,84	2004	...	...	...	12	0,00	2004
5	Botswana	715	0,40	2004	4 753	2,65	2004	...	...	...	38	0,02	2004
6	Burkina Faso	789	0,06	2004	5 518	0,41	2004	1 732	0,13	2004	58	0,00	2004
7	Burundi	200	0,03	2004	1 348	0,19	2004	...	...	...	14	0,00	2004
8	Cameroun	3 124	0,19	2004	26 042	1,60	2004	...	...	...	147	0,01	2004
9	Cap-Vert	231	0,49	2004	410	0,87	2004	...	...	...	11	0,02	2004
10	Comores	115	0,15	2004	588	0,74	2004	...	...	...	29	0,04	2004
11	Congo	756	0,20	2004	3 672	0,96	2004	...	...	...	12	0,00	2004
12	Côte d'Ivoire	2 081	0,12	2004	10 180	0,60	2004	...	...	...	339	0,02	2004
13	Erythrée	215	0,05	2004	2 505	0,58	2004	...	...	...	16	0,00	2004
14	Ethiopie	1 936	0,03	2003	14 893	0,21	2003	651	0,01	2003	93	0,00	2003
15	Gabon	395	0,29	2004	6 974	5,16	2004	...	...	...	66	0,05	2004
16	Gambie	156	0,11	2003	1 719	1,21	2003	162	0,11	2003	43	0,03	2003
17	Ghana	3 240	0,15	2004	19 707	0,92	2004	...	...	...	393	0,02	2004
18	Guinée	987	0,11	2004	4 757	0,55	2004	64	0,01	2004	60	0,01	2004
19	Guinée-Bissau	188	0,12	2004	1 037	0,67	2004	35	0,02	2004	22	0,01	2004
20	Guinée équatoriale	153	0,30	2004	228	0,45	2004	43	0,08	2004	15	0,03	2004
21	Kenya	4 506	0,14	2004	37 113	1,14	2004	...	...	...	1 340	0,04	2004
22	Lesotho	89	0,05	2003	1 123	0,62	2003	...	...	...	16	0,01	2003
23	Libéria	103	0,03	2004	613	0,18	2004	422	0,12	2004	13	0,00	2004
24	Madagascar	5 201	0,29	2004	5 661	0,32	2004	...	...	...	410	0,02	2004
25	Malawi	266	0,02	2004	7 264	0,59	2004	...	...	...	...	...	...
26	Mali	1 053	0,08	2004	6 538	0,49	2004	573	0,04	2004	84	0,01	2004
27	Maurice	1 303	1,06	2004	4 550	3,69	2004	54	0,04	2004	233	0,19	2004
28	Mauritanie	313	0,11	2004	1 893	0,64	2004	...	...	...	64	0,02	2004
29	Mozambique	514	0,03	2004	3 954	0,21	2004	2 229	0,12	2004	159	0,01	2004
30	Namibie	598	0,30	2004	6 145	3,06	2004	...	...	...	113	0,06	2004
31	Niger	377	0,03	2004	2 716	0,22	2004	21	0,00	2004	15	0,00	2004
32	Nigéria	34 923	0,28	2003	210 306	1,70	2003	...	...	...	2 482	0,02	2003
33	Ouganda	2 209	0,08	2004	16 221	0,61	2004	3 104	0,12	2004	363	0,01	2004
34	République centrafricaine	331	0,08	2004	1 188	0,30	2004	519	0,13	2004	13	0,00	2004
35	République démocratique du Congo	5 827	0,11	2004	28 789	0,53	2004	...	...	...	159	0,00	2004
36	République-Unie de Tanzanie	822	0,02	2002	13 292	0,37	2002	...	...	...	267	0,01	2002
37	Rwanda	401	0,05	2004	3 593	0,42	2004	54	0,01	2004	21	0,00	2004
38	Sao Tomé-et-Principe	81	0,49	2004	256	1,55	2004	52	0,32	2004	11	0,07	2004
39	Sénégal	594	0,06	2004	3 287	0,32	2004	...	...	...	97	0,01	2004
40	Seychelles	121	1,51	2004	634	7,93	2004	...	...	...	94	1,17	2004
41	Sierra Leone	168	0,03	2004	1 841	0,36	2004	...	...	...	5	0,00	2004
42	Swaziland	171	0,16	2004	6 828	6,30	2004	...	...	...	32	0,03	2004
43	Tchad	345	0,04	2004	2 387	0,27	2004	112	0,01	2004	15	0,00	2004
44	Togo	225	0,04	2004	2 141	0,43	2004	5	0,00	2004	19	0,00	2004
45	Zambie	1 264	0,12	2004	19 014	1,74	2004	2 996	0,27	2004	491	0,04	2004
46	Zimbabwe	2 086	0,16	2004	9 357	0,72	2004	...	...	...	310	0,02	2004

... Données non disponibles ou sans objet.

<sup>a</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 ([http://www.who.int/whr/2006/annex/06\\_annex4\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex4_fr.pdf)).

Ressources humaines pour la santé<sup>a</sup>

Pharmaciens			Agents de la santé publique et de l'environnement			Agents de santé communautaires			Techniciens de laboratoire			Autres agents de santé			Personnel sanitaire administratif et d'appui		
Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année	Effectifs	Densité pour 1000	Année
12 521	0,28	2004	2 529	0,06	2004	9 160	0,20	2004	1 968	0,04	2004	40 526	0,90	2004	28 005	0,62	2004
6 333	0,20	2002	2 534	0,08	2002	1 062	0,03	2002	8 838	0,28	2002	5 088	0,16	2002	60 882	1,95	2002
24	0,00	1997	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
11	0,00	2004	178	0,03	2004	88	0,01	2004	477	0,07	2004	128	0,02	2004	3 281	0,47	2004
333	0,19	2004	172	0,10	2004	...	...	...	277	0,15	2004	...	...	...	829	0,46	2004
343	0,03	2004	46	0,00	2004	1 291	0,10	2004	424	0,03	2004	975	0,07	2004	325	0,02	2004
76	0,01	2004	...	...	...	657	0,09	2004	147	0,02	2004	1 186	0,17	2004	2 087	0,30	2004
700	0,04	2004	28	0,00	2004	...	...	...	1 793	0,11	2004	16	0,00	2004	5 902	0,36	2004
43	0,09	2004	9	0,02	2004	65	0,14	2004	78	0,16	2004	42	0,09	2004	74	0,16	2004
41	0,05	2004	17	0,02	2004	41	0,05	2004	63	0,08	2004	9	0,01	2004	272	0,34	2004
99	0,03	2004	9	0,00	2004	124	0,03	2004	554	0,15	2004	957	0,25	2004	987	0,26	2004
1 015	0,06	2004	155	0,01	2004	...	...	...	1 165	0,07	2004	172	0,01	2004	2 107	0,12	2004
107	0,02	2004	88	0,02	2004	...	...	...	248	0,06	2004	56	0,01	2004	765	0,18	2004
1 343	0,02	2003	1 347	0,02	2003	18 652	0,26	2003	2 703	0,04	2003	7 354	0,10	2003	...	...	...
63	0,05	2004	150	0,11	2004	...	...	...	276	0,20	2004	1	0,00	2004	144	0,11	2004
48	0,03	2003	33	0,02	2003	968	0,68	2003	99	0,07	2003	3	0,00	2003	391	0,27	2003
1 388	0,06	2004	...	...	...	...	...	...	899	0,04	2004	7 132	0,33	2004	19 151	0,90	2004
530	0,06	2004	135	0,02	2004	93	0,01	2004	268	0,03	2004	17	0,00	2004	511	0,06	2004
40	0,03	2004	13	0,01	2004	4 486	2,92	2004	230	0,15	2004	61	0,04	2004	38	0,02	2004
130	0,26	2004	18	0,04	2004	1 275	2,51	2004	75	0,15	2004	...	...	...	74	0,15	2004
3 094	0,10	2004	6 496	0,20	2004	...	...	...	7 000	0,22	2004	5 610	0,17	2004	1 797	0,06	2004
62	0,03	2003	55	0,03	2003	...	...	...	146	0,08	2003	23	0,01	2003	18	0,01	2003
35	0,01	2004	150	0,04	2004	142	0,04	2004	218	0,06	2004	540	0,15	2004	518	0,15	2004
175	0,01	2004	130	0,01	2004	385	0,02	2004	172	0,01	2004	530	0,03	2004	6 036	0,34	2004
...	...	...	26	0,00	2004	...	...	...	46	0,00	2004	707	0,06	2004	...	...	...
351	0,03	2004	231	0,02	2004	1 295	0,10	2004	264	0,02	2004	377	0,03	2004	652	0,05	2004
1 428	1,16	2004	238	0,19	2004	236	0,19	2004	324	0,26	2004	134	0,11	2004	2 038	1,65	2004
81	0,03	2004	...	...	...	429	0,14	2004	106	0,04	2004	48	0,02	2004	1 056	0,35	2004
618	0,03	2004	564	0,03	2004	...	...	...	941	0,05	2004	1 633	0,09	2004	9 517	0,50	2004
288	0,14	2004	240	0,12	2004	...	...	...	481	0,24	2004	597	0,30	2004	7 782	3,87	2004
20	0,00	2004	268	0,02	2004	...	...	...	294	0,02	2004	213	0,02	2004	513	0,04	2004
6 344	0,05	2004	...	...	...	115 761	0,91	2004	690	0,01	2004	1 220	0,01	2004	...	...	...
688	0,03	2004	1 042	0,04	2004	...	...	...	1 702	0,06	2004	3 617	0,14	2004	6 499	0,24	2004
17	0,00	2004	55	0,01	2004	211	0,05	2004	48	0,01	2004	367	0,09	2004	167	0,04	2004
1 200	0,02	2004	...	...	...	...	...	...	512	0,01	2004	1 042	0,02	2004	15 013	0,28	2004
365	0,01	2002	1 831	0,05	2002	...	...	...	1 520	0,04	2002	29 722	0,82	2002	689	0,02	2002
278	0,03	2004	101	0,01	2004	12 000	1,41	2004	39	0,00	2004	521	0,06	2004	1 419	0,17	2004
24	0,15	2004	19	0,12	2004	374	2,27	2004	51	0,31	2004	291	1,76	2004	288	1,75	2004
85	0,01	2004	705	0,07	2004	...	...	...	66	0,01	2004	704	0,07	2004	564	0,05	2004
61	0,76	2004	77	0,96	2004	...	...	...	59	0,74	2004	35	0,44	2004	...	...	...
340	0,07	2004	136	0,03	2004	1 227	0,24	2004	...	...	...	...	...	...	4	0,00	2004
70	0,06	2004	110	0,10	2004	4 700	4,34	2004	78	0,07	2004	551	0,51	2004	374	0,35	2004
37	0,00	2004	230	0,03	2004	268	0,03	2004	317	0,04	2004	153	0,02	2004	1 502	0,17	2004
134	0,03	2004	289	0,06	2004	475	0,09	2004	528	0,11	2004	397	0,08	2004	1 335	0,27	2004
1 039	0,10	2004	1 027	0,09	2004	...	...	...	1 415	0,13	2004	3 330	0,30	2004	10 853	0,99	2004
883	0,07	2004	1 803	0,14	2004	...	...	...	917	0,07	2004	743	0,06	2004	581	0,04	2004

Ces chiffres ont été calculés de manière à les rendre comparables<sup>a</sup>, ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé <sup>b</sup>					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé <sup>b</sup>					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
1 Afrique du Sud	8,7	8,1	8,4	8,4	8,4	41,1	42,4	41,2	40,6	38,6	58,9	57,6	58,8	59,4	61,4	10,7	10,9	11,2	11,6	10,2
2 Algérie	3,7	3,5	3,8	4,2	4,1	71,9	73,3	77,4	78,9	80,8	28,1	26,7	22,6	21,1	19,2	9	9	9,5	9,6	10
3 Angola	3,2	2,5	3,3	2,4	2,8	45,3	82,2	84,6	80,9	84,2	54,7	17,8	15,4	19,1	15,8	2,4	3,4	5,5	4,1	5,3
4 Bénin	4,8	4,7	5	4,7	4,4	43,8	44,5	46,9	43,5	43,1	56,2	55,5	53,1	56,5	56,9	11,1	10	9,8	8	9,8
5 Botswana	5,2	5,4	4,8	5,1	5,6	54,3	57,2	50,4	54	58,2	45,7	42,8	49,6	46	41,8	6,7	7,4	6	6,4	7,5
6 Burkina Faso	5,4	5,2	5	5,4	5,6	44	42,4	39,5	44,2	46,8	56	57,6	60,5	55,8	53,2	10	9,4	10,5	12,8	12,7
7 Burundi	3	3,1	3,1	3,1	3,1	19,9	17,9	21,6	21	23,3	80,1	82,1	78,4	79	76,7	2,8	2	2,2	2	2
8 Cameroun	4,9	4,4	4,5	4,6	4,2	24,4	28	27,6	27,6	28,9	75,6	72	72,4	72,4	71,1	7,2	9,6	8	8,4	8
9 Cap-Vert	4,5	4,6	5	5	4,6	73,9	73,5	75,8	75,1	73,2	26,1	26,5	24,2	24,9	26,8	9	9,6	12,4	11,1	11,1
10 Comores	3,2	2,7	2,3	2,9	2,7	60,8	54,9	47,7	58	54,1	39,2	45,1	52,3	42	45,9	10,5	9,5	5	6,4	6,4
11 Congo	2,4	1,8	2	1,9	2	63,8	66,5	67	66,9	64,2	36,2	33,5	33	33,1	35,8	4,9	4,8	4,2	3,7	4,3
12 Côte d'Ivoire <sup>c</sup>	5,1	4,7	3,9	3,8	3,6	17,4	19,8	18,3	31,6	27,6	82,6	80,2	81,7	68,4	72,4	4,5	5,2	4,3	6,2	5
13 Erythrée	3,8	4,5	4,6	4,5	4,4	70,3	66,9	59,2	50,9	45,5	29,7	33,1	40,8	49,1	54,5	2,9	4,4	4,6	3,9	4
14 Ethiopie	5,4	5,7	5,8	6	5,9	53	54,6	53,2	56,9	58,4	47	45,4	46,8	43,1	41,6	8,9	9,3	10,5	9,9	9,6
15 Gabon	4,5	4,2	4,2	4,4	4,4	68,4	73,1	73	69,8	66,6	31,6	26,9	27	30,2	33,4	10,9	13,9	9,9	10,7	12,8
16 Gambie	7	7,9	7,8	7,5	8,1	32,3	40,5	40,1	40,9	40	67,7	59,5	59,9	59,1	60	10	14,4	9,4	12	13,9
17 Ghana	5,5	5,4	4,8	4,7	4,5	35,3	35,3	28,8	30,5	31,8	64,7	64,7	71,2	69,5	68,2	7,8	6,8	4,2	5,4	5
18 Guinée	4,7	4,8	4,8	5,2	5,4	13,4	13,5	18,3	14,7	16,6	86,6	86,5	81,7	85,3	83,4	3,9	3,9	4,7	4,2	4,9
19 Guinée-Bissau	4,8	4,1	4,3	6,2	5,6	29,7	23,7	21,3	40,8	45,8	70,3	76,3	78,7	59,2	54,2	4,6	2,2	2,1	6,6	6,9
20 Guinée équatoriale	2,8	2	1,7	1,8	1,5	60,8	67,6	70,2	72,2	67,5	39,2	32,4	29,8	27,8	32,5	9,9	11	10,1	8,8	7
21 Kenya	4,6	4,3	4,2	4,5	4,3	41,1	46,5	42,8	44	38,7	58,9	53,5	57,2	56	61,3	4,1	11,1	8	9,2	7,2
22 Lesotho	5,4	5,8	5,6	6,5	5,2	80,9	82,6	82	83,1	79,7	19,1	17,4	18	16,9	20,3	9,1	9,7	10,1	10,9	9,5
23 Libéria	6,3	4,8	4,1	3,9	4,7	67,7	57,7	50,3	47,7	56,7	32,3	42,3	49,7	52,3	43,3	18,1	13	12,4	10,5	17,6
24 Madagascar	2,2	2,1	1,9	2,8	2,7	53,7	53	64,7	63	63,4	46,3	47	35,3	37	36,6	6,9	6,5	7	11,4	9,3
25 Malawi	9,8	8,6	10,5	9,4	9,3	36,9	30,2	45,2	34	35,2	63,1	69,8	54,8	66	64,8	12,2	7,5	11,7	9,1	9,1
26 Mali	4	4,7	4,3	4,5	4,8	42,9	49,5	50,1	52,6	57,4	57,1	50,5	49,9	47,4	42,6	6,6	8,5	8,2	9	9,2
27 Maurice	3,1	3,3	3,5	3,6	3,7	62	58,7	60,5	60,7	60,8	38	41,3	39,5	39,3	39,2	7,2	6,6	9	9,4	9,2
28 Mauritanie	2,7	2,5	2,9	3,9	4,2	64,2	63,3	67,9	74,2	76,8	35,8	36,7	32,1	25,8	23,2	8,6	6,5	6,8	9,2	14,3
29 Mozambique	4,7	5,5	4,8	5,1	4,7	63	67,8	66,2	67,6	61,7	37	32,2	33,8	32,4	38,3	12,1	12,9	10,7	11,5	10,9
30 Namibie	7	7	6,4	5,9	6,4	73,3	68,9	69,4	68,6	70	26,7	31,1	30,6	31,4	30	13,1	12,3	11,1	11	12,4
31 Niger	4,5	4,4	4,3	4,3	4,7	49,7	52,4	53,1	52,8	53	50,3	47,6	46,9	47,2	47	12,5	12,3	12	11,5	12,4
32 Nigéria	5,4	4,3	5,3	5	5	29,1	33,5	31,4	25,6	25,5	70,9	66,5	68,6	74,4	74,5	5,4	4,2	3,2	3,1	3,2
33 Ouganda	6,3	6,6	7,3	7,6	7,3	30,6	26,8	27,3	31,1	30,4	69,4	73,2	72,7	68,9	69,6	9,4	9	9,6	10,8	10,7
34 République centrafricaine	3,6	4	3,9	4	4	38	41,1	38,6	41,2	38,6	62	58,9	61,4	58,8	61,4	6,7	10	11,5	11,2	12,4
35 République démocratique du Congo	3,2	3,7	3,1	3,3	4	7,7	5,3	6,8	13,1	18,3	92,3	94,7	93,2	86,9	81,7	2,6	2,6	4,7	4,2	5,4
36 République-Unie de Tanzanie	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3	43,4	48,1	48,5	51,6	55,4	56,6	51,9	51,5	48,4	44,6	12,4	12,6	12,8	12,8	12,7
37 Rwanda	4,6	4,3	4,1	4,2	3,7	47,7	34,6	38,8	47	43,5	52,3	65,4	61,2	53	56,5	9,9	8	7,7	10,2	7,2
38 Sao Tomé-et-Principe	10	8,6	10,5	9	8,6	87,3	85,9	85,8	85	83,9	12,7	14,1	14,2	15	16,1	12,5	11,2	10,9	11,3	11,1
39 Sénégal	4,5	4,4	4,7	5	5,1	36,2	36,4	38,5	39,8	41,8	63,8	63,6	61,5	60,2	58,2	7,8	8,1	8	9,5	9,3
40 Seychelles	5,3	5,2	5,1	5,1	5,9	74,8	75	74,7	74,9	73,2	25,2	25	25,3	25,1	26,8	6,9	6,8	8,1	7	10,2
41 Sierra Leone	3,1	3,8	3,4	3,5	3,5	46,1	55,5	53,7	63,6	58,3	53,9	44,5	46,3	36,4	41,7	6,9	7,6	6,4	7,9	7,9
42 Swaziland	6,4	6,1	6	5,9	5,8	59	58,6	57,8	59,3	57,3	41	41,4	42,2	40,7	42,7	11,8	11,6	11,3	10,9	10,9
43 Tchad	6,1	6,7	6,8	6,3	6,5	33,6	42	40,9	35,5	39,9	66,4	58	59,1	64,5	60,1	11,9	13,1	13,8	9,4	10,5
44 Togo <sup>d</sup>	5,4	4,6	5,4	4,9	5,6	40	29	25,2	18,7	24,8	60	71	74,8	81,3	75,2	12,4	7,5	8,6	6,9	9,3
45 Zambie	5,7	5,5	5,8	6	5,4	48,8	50,6	56,5	56,7	51,4	51,2	49,4	43,5	43,3	48,6	9,5	9,1	10,2	10,6	11,8
46 Zimbabwe	8,1	7,8	9,1	8,4	7,9	48,9	48,3	38,6	37,7	35,9	51,1	51,7	61,4	62,3	64,1	10	7,4	9,3	9,8	9,2

Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria et Sao Tomé-et-Principe : les estimations relatives à ces pays doivent être prises avec prudence, car elles proviennent de sources limitées (en majorité de macrodonnées librement accessibles).

Burkina Faso, Guinée, Maurice et Rwanda : on a utilisé, comme nouvelles bases pour les estimations, de nouveaux rapports sur les comptes nationaux de la santé, de nouvelles enquêtes ou des consultations avec les pays.

<sup>a</sup> Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

<sup>b</sup> Dans certains cas, les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages des dépenses publiques générales et des dépenses privées au titre de la santé peut ne pas être égale à 100.

<sup>c</sup> Cette série de données a été corrigée pour tenir compte du fait que les dépenses de sécurité sociale au titre de la santé ne figurent pas dans les données, car elles n'ont pas pu être confirmées faute d'informations complètes.

<sup>d</sup> Les données relatives à la recherche et au développement ainsi qu'à la formation en santé au Togo ont été corrigées pour les harmoniser avec celles obtenues par les méthodes utilisées dans les Rapports sur la santé dans le monde.

La mention « n/d » signifie qu'il devrait y avoir une donnée, mais qu'on n'a pu en obtenir aucune estimation.

Le chiffre 0 signifie que l'on n'a pas connaissance du système auquel se rapporte l'entrée correspondante, ou que l'estimation correspond à une proportion du total inférieure à 0,04 %.

Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	3,5	3,3	3,1	3,8	4,6	17,1	18,9	17,8	16,8	17,1	77,4	75,6	76,7	77,7	77,7
0,1	0,1	0,1	0	0	40,8	35,5	33,3	29,1	28,4	97	96,7	96	95,7	95,3	2,9	3,1	3,8	4,1	4,4
5,7	17,5	16,7	8,3	6,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
14,6	16,8	12,2	8,5	11,5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	91	91	90,6	90,3	90,3	8,4	8,4	8,7	9	9
2,2	1,8	2,9	3,4	2,9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	30,3	31,3	31,5	29,7	28,8	22,7	20,6	20	19,6	21,8
10,2	9,9	10,1	7	7,4	0,3	0,8	1,2	0,7	1	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
10,7	8	10,6	10,3	14,1	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
5,2	6	6,9	2,3	3,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	94,2	93,3	93,4	93,6	98,3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
8,4	13,5	15,1	15,2	10	36,9	36,1	35,1	33,6	35,5	99,7	99,6	99,5	99,8	99,7	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3
47,6	35,9	26,2	43	40,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
2,8	2,4	2,5	2,4	2,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
2,7	2,9	3,5	3,7	3,4	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	94	93,4	92,1	90,3	90,5	6	6,6	7,9	9,7	9,5
20,2	30,6	24,1	22,5	19,6	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
22,6	19,3	23,4	21,7	26	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	79,7	79,1	79,8	79,3	78,7	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
2,4	1	1,6	0,7	0,7	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
29,8	35,8	30,8	18,5	21,8	0	0	0	0	0	68,1	69,3	69,6	69,2	67	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
6,4	12,8	20,7	14,4	15,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
5,5	5,8	10,5	6,3	7,3	1,8	1,8	1,5	1,7	1,5	99,4	99,4	99,4	99,5	99,4	0	0	0	0	0
22,4	16	15,8	35,5	26,8	1,2	2,1	3	1,5	2,2	85,1	83,7	85,2	84,1	80,2	0	0	0	0	0
9,2	7,7	5,9	3,6	5,5	0	0	0	0	0	91,8	83,9	81,3	80,5	80,5	0	0	0	0	0
13,3	13,2	17,2	16,4	15,3	16,7	11,7	14,8	9,2	10	79,3	80,1	80,5	80	82,6	7,4	7,1	6,8	6,9	6
3,6	10,8	16,2	6,4	8,2	0	0	0	0	0	20	20	19,4	18,6	18,2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
55,7	43,6	31,2	25,5	32,3	0	0	0	0	0	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5	0	0	0	0	0
40,5	43,3	39,1	31,6	22	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	89,7	90,5	87,1	91,6	91,7	10,3	9,5	12,9	8,4	8,3
26,1	18,5	31	23	25,1	0	0	0	0	0	42,3	41,7	42	42,5	42,7	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6
18,8	24,1	20,8	3,4	13,7	24	21,8	22,9	27,7	26	89,3	88,6	89,1	89,2	89,3	0	0	0	0	0
1,2	1,1	1,6	1,4	1	6,5	7,8	8,3	8,3	8,7	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
5,5	5,7	4,9	2,5	4,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
39,6	42,9	47,6	38,3	40,8	0	0	0	0	0	38,5	39	34,3	32	38,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
2,4	3,8	4	4,3	5,3	1,2	1,8	2	2	1,9	21,3	18,2	20,1	20,4	19,2	74,7	77,3	75,1	74,9	76
28,6	46,6	23,1	22,7	32,8	2,6	2,8	2,6	2,4	2,2	88,9	88	88,2	88,8	89,2	6,4	7,4	7,3	7	7,2
13,8	16,2	5,6	6,1	5,3	0	0	0	0	0	94,8	92,7	91,4	90,4	91,2	3,4	5,1	6,5	6,7	6,7
27,6	28,3	27,4	29,1	28,5	0	0	0	0	0	61,5	56,7	51,8	51	52,8	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
20	20	15,4	13,4	2,9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	95,1	95,5	95,5	95,5	95,3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
6	4,9	6,6	12,7	15,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
29,3	32,1	34,1	29,6	21,9	0	0	5	3,2	2,6	83,5	83,6	83,8	83,5	81,1	4,5	4,5	4,5	4,7	5,4
43	48,9	38,2	46,9	54,5	5,1	6,8	8,3	9	9,8	41,4	35,6	39,2	43,8	41,7	3,8	5,6	6,5	7,5	7,1
59,9	62,5	62,9	74,9	56	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
12,6	14	19,2	10,3	15,4	19	19,2	18,8	16,6	15,8	96,7	96,6	96,5	95,4	95,3	2,1	2,2	2,2	3,3	3,4
1,3	0,6	0,4	0,5	2	5,3	5,2	5,1	4,8	3,3	62,5	61,8	62,5	62,5	62,5	0	0	0	0	0
8,8	11,8	14,8	5,8	15,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
10,3	5,5	5,2	5,1	5,5	0	0	0	0	0	40,9	42,4	41,8	41,7	42,4	18,6	18,9	20	20	19,6
29,1	36,6	33,8	17	11,8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	96,7	96,5	96,6	96,5	96,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
4,9	7,1	4,8	11,4	2,3	8,1	13,4	11,6	14,4	14,6	87	86,6	87,8	87,7	88	5,1	5,4	4,3	4,3	4,1
8,9	18,2	13,7	18,3	44,7	0	0	0	0	0	82	81,1	74,9	72,7	68,2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
15,7	11,7	5,6	1,4	6,8	0	0	0	0	0	44,9	46,7	50,7	51,7	56,7	39,6	31,1	29	25,9	21

# Dépenses de santé par habitant, 1999-2003

Ces chiffres ont été calculés de manière à les rendre comparables,<sup>a</sup> ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes.

Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US\$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US\$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
1 Afrique du Sud	257	236	216	198	295	595	579	626	649	669	105	100	89	80	114	244	245	258	263	258
2 Algérie	61	63	68	75	89	137	132	149	174	186	43	46	53	60	71	99	97	115	137	150
3 Angola	15	16	21	18	26	43	34	48	41	49	7	13	18	15	22	20	28	41	33	41
4 Bénin	16	15	16	16	20	34	34	38	37	36	7	7	7	7	9	15	15	18	16	16
5 Botswana	138	152	132	144	232	259	294	284	312	375	75	87	67	78	135	141	168	143	169	218
6 Burkina Faso	15	12	12	15	19	55	54	55	62	68	6	5	5	6	9	24	23	22	27	32
7 Burundi	4	3	3	3	3	14	14	15	15	15	1	1	1	1	1	3	3	3	3	4
8 Cameroun	31	29	29	32	37	62	58	62	66	64	8	8	8	9	11	15	16	17	18	19
9 Cap-Vert	61	55	61	66	78	148	163	186	193	185	45	41	46	50	57	110	119	141	145	135
10 Comores	11	8	7	10	11	30	25	21	27	25	6	4	3	6	6	18	14	10	16	14
11 Congo	17	17	16	16	19	25	20	23	22	23	11	11	10	11	12	16	13	15	15	15
12 Côte d'Ivoire	39	30	24	25	28	87	79	65	62	57	7	6	4	8	8	15	16	12	20	16
13 Erythrée	8	8	8	7	8	47	48	53	51	50	6	5	5	4	4	33	32	31	26	23
14 Ethiopie	5	5	5	5	5	17	19	21	21	20	3	3	3	3	3	9	10	11	12	12
15 Gabon	165	164	148	158	196	250	229	235	244	255	113	120	108	111	130	171	167	171	171	170
16 Gambie	24	25	23	20	21	76	88	92	84	96	8	10	9	8	8	24	36	37	34	38
17 Ghana	22	13	12	14	16	100	102	94	95	98	8	5	4	4	5	35	36	27	29	31
18 Guinée	20	18	17	19	22	74	76	81	90	95	3	2	3	3	4	10	10	15	13	16
19 Guinée-Bissau	8	6	6	9	9	45	38	38	49	45	2	2	1	4	4	13	9	8	20	21
20 Guinée équatoriale	46	54	67	85	96	125	106	152	193	179	28	37	47	61	65	76	72	107	139	121
21 Kenya	16	18	18	19	20	60	61	62	66	65	7	8	8	8	8	25	28	27	29	25
22 Lesotho	28	28	24	25	31	91	100	103	125	106	23	23	20	21	25	74	83	84	104	84
23 Libéria	10	8	7	7	6	26	23	21	20	17	6	5	3	3	4	18	13	10	10	10
24 Madagascar <sup>b</sup>	5	5	5	7	8	20	20	19	24	24	3	3	3	5	5	11	10	12	15	15
25 Malawi	16	13	15	15	13	47	41	48	44	46	6	4	7	5	5	17	12	22	15	16
26 Mali	11	11	11	12	16	27	32	32	35	39	5	5	5	6	9	11	16	16	18	22
27 Maurice	113	127	132	143	172	281	331	373	398	430	70	74	80	87	105	174	194	226	242	261
28 Mauritanie	10	9	10	14	17	32	32	38	53	59	7	6	7	10	13	21	20	26	39	46
29 Mozambique	11	12	10	11	12	34	40	39	45	45	7	8	6	7	7	21	27	26	30	28
30 Namibie	127	126	107	95	145	328	340	323	318	359	93	87	75	65	101	240	235	224	218	252
31 Niger	8	6	6	7	9	27	25	26	27	30	4	3	3	4	5	14	13	14	15	16
32 Nigéria	17	18	19	19	22	48	39	50	49	51	5	6	6	5	6	14	13	16	12	13
33 Ouganda	16	16	17	18	18	55	60	70	75	75	5	4	5	5	5	17	16	19	23	23
34 République centrafricaine	10	10	10	11	12	44	50	49	51	47	4	4	4	4	5	17	20	19	21	18
35 République démocratique du Congo	8	10	4	3	4	12	13	10	11	14	1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	3
36 République-Unie de Tanzanie	11	12	12	12	12	23	25	27	28	29	5	6	6	6	7	10	12	13	15	16
37 Rwanda	11	10	8	9	7	33	32	31	35	32	5	3	3	4	3	16	11	12	17	14
38 Sao Tomé-et-Principe	34	29	35	31	34	94	84	107	95	93	30	25	30	26	29	82	72	92	81	78
39 Sénégal	21	18	20	23	29	44	45	51	55	58	8	7	8	9	12	16	16	19	22	24
40 Seychelles	431	405	403	456	522	548	555	535	554	599	322	304	301	342	382	410	417	400	415	439
41 Sierra Leone	5	5	6	7	7	19	24	25	32	34	2	3	3	4	4	9	13	13	21	20
42 Swaziland	87	83	73	68	107	305	302	308	315	324	51	48	42	40	61	180	177	178	187	185
43 Tchad	11	11	12	12	16	37	40	43	44	51	4	4	5	4	7	12	17	18	16	20
44 Togo	16	11	13	13	16	59	49	58	54	62	7	3	3	2	4	24	14	15	10	15
45 Zambie	17	17	19	20	21	45	46	51	53	51	8	9	11	11	11	22	23	29	30	26
46 Zimbabwe	36	44	65	132	40	185	168	184	161	132	17	21	25	50	14	91	81	71	61	47

<sup>a</sup> Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

<sup>b</sup> L'unité monétaire s'appelle désormais l'ariary. Elle vaut un cinquième du franc utilisé précédemment.

# Notes explicatives

On trouvera ci-après la définition des catégories de statistiques sanitaires qui figurent dans cette annexe statistique ainsi qu'une explication des raisons pour lesquelles elles ont été retenues et des méthodes d'estimation utilisées.

## 1. Espérance de vie à la naissance

Justification : l'espérance de vie à la naissance révèle le niveau général de la mortalité dans une population. Cet indicateur fait la synthèse de la mortalité dans toutes les tranches d'âge, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées.

Définition : âge qu'un nouveau-né peut atteindre en moyenne si les taux de mortalité actuels ne changent pas.

Méthodes d'estimation : l'OMS a mis au point un modèle de courbe de survie, d'après 1800 courbes obtenues à partir de registres d'état civil jugés de bonne qualité. Pour les pays disposant d'un système d'état civil, on évalue l'exhaustivité de l'enregistrement des décès dans la population et l'on ajuste les taux de mortalité en fonction du résultat. Lorsqu'on disposait de registres d'état civil pour 2003, ceux-ci ont été utilisés directement pour construire la courbe de survie. Dans les pays où le système d'information fournit des séries chronologiques de courbes de survie annuelles, les paramètres ont été projetés à l'aide d'un modèle de régression pondéré, en accordant plus de poids aux années les plus récentes. Les valeurs projetées des deux paramètres des courbes de survie ont été ensuite appliquées au logit modifié du modèle de courbe de survie, dans lequel les données nationales les plus récentes fournissent la structure d'âge, afin de prédire une courbe de survie complète pour 2003. En cas d'insuffisance des sources pour les taux de mortalité en fonction de l'âge, la courbe de survie est dérivée de l'estimation des taux de mortalité des moins de cinq ans et des taux de mortalité chez l'adulte par application d'un modèle mondial (défini comme étant la moyenne des 1800 courbes de survie à l'aide d'un modèle de logit modifié).

## 2. Espérance de vie en bonne santé à la naissance (EVBS)

Justification : on emploie beaucoup de ressources à diminuer l'incidence, la durée et la gravité des maladies à l'origine d'une charge de morbidité importante (mortalité exclue) et à réduire leur impact sur la vie des populations. Il est donc important de prendre en compte les issues fatales et non fatales des problèmes de santé en utilisant une mesure récapitulative des niveaux moyens de santé de la population. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance totalise les espérances de vie dans les divers états de santé en les ajustant sur la répartition de la gravité, ce qui rend la valeur sensible aux modifications dans le temps ou aux différences entre les pays dans la répartition de la gravité des états de santé.

Définition : nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre en « pleine santé », en tenant compte des années vécues dans un état de santé qui n'est pas optimal à cause de maladies ou de traumatismes.

Méthodes d'estimation : comme il n'existe pas de données comparables pour tous les pays sur les états de santé, on a appliqué une stratégie en quatre phases : les données de l'étude GBD sont utilisées pour estimer la prévalence ajustée sur la gravité en fonction de l'âge et du sexe dans tous les pays. Les données de MCSS et de WHS sont utilisées pour faire une estimation indépendante de la prévalence ajustée sur la gravité en fonction de l'âge et du sexe pour les pays de l'enquête. On calcule la prévalence pour tous les pays en se basant sur les estimations de GBD, MCSS et WHS. On applique la méthode de Sullivan aux courbes de survie établies par l'OMS pour calculer l'espérance de vie en bonne santé dans les pays.

## 3. Probabilité de décès (pour 1000) entre 15 et 60 ans (taux de mortalité adulte)

Justification : dans les pays en développement, la charge des maladies non transmissibles augmente rapidement chez les adultes – tranche d'âge la plus productive économiquement – en raison du vieillissement de la population et des transitions d'ordre sanitaire. Par conséquent, le taux de mortalité chez l'adulte devient un indicateur important pour suivre l'évolution des tendances de la mortalité dans une population.

Définition : probabilité pour une personne de 15 ans de mourir avant d'atteindre l'âge de 60 ans.

## 4. Table de mortalité (voir espérance de vie à la naissance)

Sources d'information : registres d'état civil ou échantillon : on utilise la mortalité par âge et par sexe pour calculer les taux spécifiques à chaque âge. Recensement : mortalité (par âge et par sexe) sous forme de tableaux faits à partir des questions posées sur les décès qui se sont produits dans les ménages interrogés au cours d'une certaine période antérieure au recensement (en général 12 mois). Recensement ou enquêtes : par des méthodes directes ou indirectes, on arrive à obtenir le taux de mortalité chez l'adulte en se basant sur la survie des parents ou de la fratrie.

Méthodes d'estimation : on regroupe les données empiriques provenant de différentes sources pour obtenir le niveau et les tendances de la mortalité chez l'adulte en ajustant une courbe sur les points de mortalité observés. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut juger de la qualité et de la représentativité des données pour la population. Les statistiques récentes reposant sur les données disponibles dans la plupart des pays sont des estimations ponctuelles datant d'au moins trois ou quatre ans. Il faut donc faire des projections pour obtenir des estimations de la mortalité adulte valables pour l'année en cours. Lorsqu'il n'existe pas d'informations valables pour la mortalité en fonction de l'âge, la courbe de survie est obtenue en suivant la méthode décrite pour l'espérance de vie à la naissance.

## 5. Probabilité de décès (pour 1000 naissances vivantes) avant l'âge de cinq ans (taux de mortalité des moins de cinq ans)

### Probabilité de décès (pour 1000 naissances vivantes) avant l'âge d'un an (taux de mortalité infantile)

Justification : le taux de mortalité des moins de cinq ans et le taux de mortalité infantile comptent parmi les principaux indicateurs de la santé de l'enfant et du développement en général dans un pays. Ce sont aussi des indicateurs des OMD.

Définition : le taux de mortalité des moins de cinq ans est la probabilité pour un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée de mourir avant d'atteindre l'âge de cinq ans si, au cours de cette période, le taux de mortalité caractéristique de l'âge s'applique. Le taux de mortalité infantile est la probabilité pour un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée de mourir avant d'atteindre l'âge d'un an si, au cours de cette période, le taux de mortalité caractéristique de l'âge s'applique.

Méthodes d'estimation : on regroupe les données empiriques provenant de différentes sources pour obtenir le niveau et les tendances de la mortalité des moins de cinq ans en ajustant une courbe sur les points de mortalité observés. Néanmoins, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut

juger de la qualité et de la représentativité des données pour la population. Les statistiques récentes reposant sur les données disponibles dans la plupart des pays sont des estimations ponctuelles datant d'au moins trois ou quatre ans. Il faut donc faire des projections pour obtenir des estimations de la mortalité des moins de cinq ans valables pour l'année en cours. Celles-ci sont ensuite converties en taux de mortalité infantile correspondants à l'aide de modèles de courbes de survie comme celui mis au point par l'OMS pour les pays qui ont des données d'état civil de bonne qualité ou de courbes de survie du modèle Coale-Demeny pour les autres pays. On notera que la mortalité infantile calculée d'après enquêtes étant sujette à un biais de mémorisation, les estimations sont établies à partir de la mortalité des moins de cinq ans, ce qui ajoute une étape au calcul des taux de mortalité infantile.

### **6. Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)**

Justification : les décès néonataux représentent une grande proportion des décès d'enfants. On considère que la mortalité au cours de la période néonatale est un bon indicateur de la santé des mères et des nouveau-nés ainsi que des soins dont ils bénéficient.

Définition : nombre de décès pendant les 28 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année ou d'une période donnée. On peut subdiviser les décès néonataux en deux catégories : les décès néonataux précoces, survenant pendant les sept premiers jours de vie, et les décès néonataux tardifs, survenant après le septième jour, mais avant 28 jours révolus.

### **7. Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)**

Justification : les complications pendant la grossesse ou l'accouchement sont une cause majeure de décès et d'incapacités chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Le ratio de mortalité maternelle représente le risque associé à chaque grossesse, c'est-à-dire le risque obstétrical. C'est aussi un indicateur des OMD, associé à l'objectif 5 – améliorer la santé maternelle.

Définition : nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au cours d'une période donnée, généralement un an.

Méthodes d'estimation : il est difficile de mesurer précisément la mortalité maternelle, sauf quand il existe un système d'enregistrement complet des décès et de leurs causes. Si ce n'est pas le cas, il faut avoir recours aux recensements ou aux enquêtes. Les données qui proviennent des dossiers des services de santé posent problème quand de nombreux accouchements ont lieu en dehors de l'hôpital. En effet, ces données sont biaisées et il est difficile de déterminer l'ampleur et l'orientation de ces biais. Les enquêtes sur la mortalité des femmes en âge de procréer (RAMOS : Reproductive-age mortality studies) font une triangulation de diverses sources de données sur les décès de femmes en âge de procréer, y compris les registres et l'autopsie verbale. Comme elles font appel à de multiples sources d'information, on considère que ces enquêtes constituent le meilleur moyen d'estimer la mortalité maternelle. Les estimations découlant d'enquêtes auprès des ménages reposent souvent sur des informations recueillies rétrospectivement sur le décès des sœurs des enquêtés au cours d'une période moyenne de 12 ans et elles sont sujettes à des intervalles de confiance importants. Dans les pays où il n'existe aucune donnée valable sur la mortalité maternelle, des modèles statistiques sont appliqués. Les estimations mondiales et régionales de la mortalité maternelle sont établies tous les cinq ans à l'aide d'un modèle de régression.

### **8. Taux estimatif d'adultes (15 ans et plus) morts du VIH/SIDA (pour 1000)**

#### **Taux estimatif des enfants de moins de 15 ans morts du VIH/SIDA (pour 1000)**

Justification : le taux de mortalité des adultes et des enfants de moins de 15 ans est un bon indicateur de l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA et de l'impact des interventions dans un pays, notamment de la généralisation du traitement et de la prévention de la transmission mère-enfant.

Définition : la mortalité estimative due au VIH/SIDA est le nombre d'adultes et d'enfants morts pendant une année déterminée obtenu par modélisation des données de surveillance du VIH à l'aide d'outils standard appropriés.

Méthodes d'estimation : on fait la synthèse des données empiriques de différentes sources de surveillance du VIH pour obtenir des estimations du taux de mortalité et de sa tendance chez l'adulte et chez l'enfant en utilisant des méthodes et des outils standard adaptés à l'ampleur de l'épidémie. Toutefois, pour obtenir les meilleures estimations possibles, il faut juger de la qualité des données et de leur représentativité de la population. L'ONUSIDA/OMS fournissent des estimations par pays tous les deux ans.

### **9. Mortalité due à la tuberculose**

Justification : la prévalence et la mortalité sont des indicateurs directs de la charge de la tuberculose. Elles indiquent le nombre de personnes qui souffrent de la maladie à un moment donné et le nombre de personnes qui en meurent chaque année. En outre, elles reflètent rapidement les progrès de la lutte contre la maladie, car un traitement efficace et précoce raccourcit la durée moyenne de la pathologie (et diminue de ce fait la prévalence) et réduit le risque de décès (et par conséquent la mortalité).

Définition : nombre estimatif de décès dus à la tuberculose pendant une période donnée. Exprimé dans cette base de données en nombre de décès pour 100 000 habitants par an. Comprend les décès dus à toutes les formes de tuberculose et les décès par tuberculose chez les sujets VIH-positifs.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les méthodes employées pour estimer les taux de mortalité due à la tuberculose sont expliquées en détail ailleurs. Les estimations de la mortalité tuberculeuse par pays découlent le plus souvent des estimations de l'incidence, associées à un taux de létalité supposé. On suppose que le taux de létalité varie selon que les cas ont un frottis positif ou non, qu'ils sont traités dans le cadre d'un programme DOTS ou non ou ne sont pas traités du tout et qu'ils sont ou non porteurs du VIH.

### **10. Taux de mortalité par cause standardisés selon l'âge (pour 100 000 personnes)**

Justification : le nombre de décès pour 100 000 habitants dépend de la distribution de la population par âge. Deux populations ayant les mêmes taux de mortalité par âge pour une cause de décès auront des taux de mortalité globale différents si leurs distributions par âge sont différentes. Les taux de mortalité standardisés selon l'âge éliminent les différences de distribution de la population par âge car ils consistent à appliquer les taux de mortalité par âge observés pour chaque population à une population type.

Définition : le taux de mortalité standardisé selon l'âge est une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge pour 100 000 personnes, le coefficient de pondération étant la proportion de personnes dans la tranche d'âge correspondante de la population type de l'OMS.

### **11. Années de vie perdues par grandes catégories de causes (pourcentage du total)**

Justification : les années de vie perdues tiennent compte de l'âge auquel survient le décès en donnant plus de poids aux décès précoces et moins de poids aux décès tardifs. Calculé en pourcentage du total, cet indicateur mesure les années de vie perdues pour une cause déterminée par rapport au total d'années de vie perdues dans une population du fait de la mortalité précoce.

Définition : pour calculer les années de vie perdues, on multiplie le nombre de décès par l'espérance de vie normale à l'âge auquel le décès survient. L'espérance de vie normale utilisée pour ce calcul à chaque âge est la même pour la mortalité dans toutes les régions du monde et que celle utilisée pour calculer les années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY). En outre, comme pour les DALY, on procède à une actualisation de 3 % et on utilise des coefficients de pondération différents selon l'âge, qui donnent moins de poids aux années vécues à un âge plus précoce ou plus avancé. Avec des coefficients de pondération différents selon l'âge et une actualisation de 3 %, un décès infantile correspond à 33 années de vie perdues et un décès survenant entre cinq et vingt ans à 36 années de vie perdues environ.

## 12. Années de vie ajustées sur l'incapacité ou DALY

La DALY, unité qui mesure un écart, élargit la notion d'années potentielles de vie perdues par mortalité prématurée pour y inclure les années de vie en bonne santé perdues en raison d'un mauvais état de santé ou d'une incapacité (1). Les DALY calculées pour une maladie ou une affection sont la somme des années de vie perdues du fait des décès prématurés survenus dans la population et des années perdues pour cause d'incapacité pour les cas incidents de la maladie ou de l'affection en question.

Méthodes d'estimation : des tables de mortalité indiquant les taux de mortalité toutes causes confondues par âge et par sexe pour les 192 États Membres de l'OMS ont été établies pour 2002 à partir des décès enregistrés, des systèmes d'enregistrement par échantillons (Inde, Chine) et des données sur la mortalité de l'enfant et de l'adulte obtenues par recensement et par enquête. La distribution des causes de décès a été établie à partir des décès enregistrés dans 107 pays et des données issues d'études épidémiologiques en population, des registres de maladies et des systèmes de déclaration pour certaines causes de décès. Les causes de décès concernant les populations pour lesquelles le système d'enregistrement des décès ne fournit pas de données exploitables ont été estimées à l'aide de modèles sur les causes de décès et de données issues d'études épidémiologiques en population, de registres de maladies et de systèmes de déclaration pour 21 causes de décès spécifiques.

## 13. Causes de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans (pourcentage)

Justification : l'OMD 4 consiste à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, la mortalité des moins de cinq ans. Les initiatives en faveur de la survie de l'enfant n'aboutiront que si elles reposent sur des informations suffisamment justes concernant les causes de décès des enfants. Ce type d'information est nécessaire pour déterminer les interventions prioritaires, planifier leur mise en œuvre, déterminer l'efficacité des interventions visant une maladie en particulier et évaluer les tendances de la charge de la maladie au regard des objectifs nationaux et internationaux.

Définition : la ou les causes du décès telles qu'elles figurent sur le certificat de décès établi par un médecin dans les pays ayant des registres d'état civil. La cause sous-jacente de décès est en cours d'analyse. Dans les pays où les registres d'état civil sont incomplets ou inexistantes, les causes de décès sont celles déclarées comme telles dans les études épidémiologiques pour lesquelles on établit la cause du décès à l'aide d'algorithmes d'autopsie verbale.

Méthodes d'estimation : on a examiné les données sur les causes de décès tirées des registres d'état civil afin de déterminer si elles étaient complètes. Les données complètes et représentatives au niveau national ont ensuite été regroupées par codes CIM en catégories de causes et l'on a calculé la part qu'elles représentent dans la mortalité totale des moins de cinq ans. Pour les pays dont les données sont incomplètes, voire inexistantes, la distribution des décès par cause a été estimée en deux étapes. On a d'abord utilisé un modèle statistique pour classer les décès dans l'une des trois grandes catégories de causes suivantes : maladies transmissibles, maladies non transmissibles, traumatismes et causes extérieures.

On a ensuite tenu compte des estimations de la mortalité des moins de cinq ans par cause du groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant (CHERG), des programmes techniques de l'OMS et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) pour attribuer les décès à des causes spécifiques. Le CHERG et l'OMS ont utilisé plusieurs méthodes, y compris des modèles de mortalité proportionnelle et d'histoire naturelle des maladies, pour établir des estimations de la mortalité par cause au niveau des pays. Tous les groupes de travail du CHERG ont mis au point des méthodes comparables et normalisées pour établir des estimations à partir des bases de données.

## 14. Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans)

Justification : le VIH et le SIDA posent désormais un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays et il est crucial de surveiller l'évolution de l'épidémie et l'impact des interventions. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) comme la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ont fixé des objectifs de réduction de la prévalence.

Définition : pourcentage de personnes contaminées par le VIH chez les 15-49 ans.

Méthodes d'estimation : on utilise les données sur la prévalence du VIH qui émanent des sites sentinelles des systèmes de surveillance, pouvant comprendre des enquêtes nationales en population avec dépistage du VIH, pour estimer la prévalence à l'aide d'outils et de méthodes d'estimation standardisés mis au point par l'ONUSIDA et l'OMS, en collaboration avec le groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, les modélisations et les projections. On n'utilise pas les mêmes outils pour estimer la prévalence du VIH selon que l'épidémie est généralisée ou limitée (ou de faible niveau).

## 15. Incidence de la tuberculose

Justification : l'incidence (cas qui se produisent pendant une période donnée) donne une indication de la charge de la tuberculose dans une population et de l'ampleur de la tâche que doivent accomplir les programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Elle peut changer à la suite de changements dans la transmission (fréquence à laquelle les gens contractent *M. tuberculosis*, le bacille qui cause la tuberculose) ou de changements de la fréquence à laquelle les porteurs du bacille développent la maladie (du fait d'un changement d'état nutritionnel ou de la contamination par le VIH). La tuberculose pouvant se développer chez des sujets contaminés de nombreuses années auparavant, la lutte antituberculeuse a un effet moins rapide sur l'incidence que sur la prévalence ou la mortalité. La cible 8 de l'objectif du Millénaire pour le développement 6 consiste notamment à avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015. L'OMS estime qu'en 2004, l'incidence de la tuberculose par personne était stable ou orientée à la baisse dans cinq des six Régions de l'OMS, mais qu'elle augmentait à l'échelle mondiale au rythme de 0,6 % par an. L'exception était la Région africaine, où il semble que l'incidence continue d'augmenter, mais de moins en moins rapidement chaque année. La stratégie Halte à la tuberculose, appliquée conformément au plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015, devrait permettre d'inverser la tendance à la hausse dans le monde d'ici 2015.

Définition : nombre estimatif de cas de tuberculose survenant pendant une période donnée (exprimé en taux par personne). Toutes les formes de tuberculose sont prises en compte ainsi que les cas de co-infection tuberculose-VIH.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les estimations de l'incidence pour chaque pays sont calculées selon une ou plusieurs des quatre méthodes suivantes, en fonction des données disponibles :

1. incidence = notification des cas / proportion de cas dépistés
2. incidence = prévalence / durée de la pathologie

3. incidence = risque annuel d'infection x coefficient de Styblo
4. incidence = décès / proportion de cas incidents qui meurent.

## 16. Prévalence de la tuberculose

Justification : la prévalence et la mortalité sont des indicateurs directs de la charge de la tuberculose. Elles indiquent le nombre de personnes qui souffrent de la maladie à un moment donné et le nombre de personnes qui en meurent chaque année. En outre, elles reflètent rapidement les progrès de la lutte contre la maladie, car un traitement efficace et précoce raccourcit la durée moyenne de la pathologie (et diminue de ce fait la prévalence) et réduit le risque de décès (et par conséquent la mortalité). L'objectif du Millénaire pour le développement 6 consiste à « combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies » (y compris la tuberculose). Il est assorti de la cible 8 « d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » et de l'indicateur 23 des OMD « taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie ». Le partenariat Halte à la tuberculose a approuvé les cibles connexes consistant à réduire, d'ici 2015, la prévalence et la mortalité par personne de 50 % par rapport à 1990. Il existe peu de données fiables pour déterminer la prévalence de la tuberculose et la mortalité liée à cette maladie, en particulier pour 1990, l'année de référence. Il semble toutefois, d'après les meilleures estimations dont on dispose aujourd'hui, que l'application du plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015 permettra de diviser par deux, d'ici 2015, les taux de prévalence et de mortalité dans le monde et dans la plupart des Régions, sauf en Afrique et en Europe orientale.

Définition : nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) dans une population à un moment donné (appelée parfois « prévalence ponctuelle »), exprimé dans cette base de données comme le nombre de cas pour 100 000 personnes.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose ainsi que de la mortalité dont elle est la cause découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. Les méthodes employées pour estimer les taux de prévalence de la tuberculose et de mortalité liée à cette maladie sont expliquées en détail ailleurs. Les estimations de la prévalence de la tuberculose par pays découlent le plus souvent des estimations de l'incidence (voir le point 15. Incidence de la tuberculose), associées à la durée supposée de la pathologie. On suppose que la durée de la maladie varie selon que les cas ont un frottis positif ou non, qu'ils sont traités dans le cadre d'un programme DOTS ou non ou ne sont pas traités du tout et qu'ils sont ou non porteurs du VIH.

## 17. Nombre de cas de poliomyélite

Justification : en 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé à éradiquer la poliomyélite dans le monde. On utilise le nombre de cas de poliomyélite pour suivre les progrès vers ce but et orienter les stratégies. Les pays mettent en œuvre des stratégies qui complètent la vaccination systématique, par exemple des journées nationales de vaccination et des campagnes locales, ou des opérations de ratissage plus ciblées, suivant le nombre de cas de poliomyélite.

Définition : cas présumés de poliomyélite (paralysie flasque aiguë – PFA, autres pathologies paralytiques et contacts avec des cas de poliomyélite) confirmés en laboratoire ou compatibles avec l'infection par le poliovirus.

Méthodes d'estimation : les estimations du nombre de cas de poliomyélite se fondent exclusivement sur les données brutes de la surveillance.

## 18. Proportion d'enfants d'un an ayant reçu :

**une dose de vaccin antirougeoleux (%)**

**trois doses de vaccin antidiphthérique, antitétanique et antioquelucheux (DTC3) (%)**

**trois doses de vaccin anti-hépatite B (HepB3) (%)**

Justification : on utilise les estimations de la couverture vaccinale pour contrôler les services de vaccination et pour guider les efforts d'éradication ou d'élimination des maladies. La couverture vaccinale est un bon indicateur des performances du système de santé.

Définition : la couverture de la vaccination antirougeoleuse est le pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu au moins une dose de vaccin antirougeoleux, seul ou associé, pendant une année donnée. Lorsque les pays recommandent cette vaccination chez les enfants âgés de plus de 12 mois, l'indicateur est la proportion d'enfants de moins de 24 mois ayant reçu au moins une dose du vaccin antirougeoleux, seul ou associé. La couverture du DTC3 est le pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu trois doses du vaccin associé antidiphthérique, antitétanique et antioquelucheux au cours d'une année donnée. La couverture du HepB3 est le pourcentage d'enfants d'un an ayant reçu trois doses du vaccin anti-hépatite B au cours d'une année donnée.

Méthodes d'estimation : l'OMS et l'UNICEF se fient aux rapports des pays, aux enquêtes auprès des ménages et à d'autres sources, comme certains travaux de recherche. Les deux organisations ont mis au point une procédure d'examen et des méthodes d'estimation communes. Les estimations provisoires sont examinées par des experts des pays concernés et d'ailleurs avant d'être définitivement arrêtées.

## 19. Couverture des soins prénatals (%)

Justification : la couverture des soins prénatals est un indicateur de l'accès aux services de santé et de leur utilisation pendant la grossesse.

Définition : pourcentage de femmes ayant eu recours à des soins prénatals prodigués par un personnel qualifié pour des motifs liés à la grossesse au moins une fois au cours de celle-ci, parmi toutes les femmes ayant accouché d'un enfant vivant au cours d'une période donnée.

Méthodes d'estimation : on utilise les données empiriques d'enquêtes auprès des ménages. Au niveau mondial, les données des établissements de santé ne sont pas utilisées.

## 20. Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)

Justification : toute femme enceinte devrait avoir accès à des soins qualifiés durant la grossesse et à l'accouchement afin que soient dépistées et prises en charge d'éventuelles complications. De plus, vu qu'il est difficile de mesurer avec précision la mortalité maternelle et le ratio de mortalité maternelle d'après modèle, ces estimations ne permettent pas de suivre les tendances à court terme. On utilise pour cela un indicateur indirect, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

Définition : pourcentage de naissances vivantes en présence d'un personnel de santé qualifié au cours d'une période donnée.

Méthodes d'estimation : on utilise les données empiriques d'enquêtes auprès des ménages. Au niveau mondial, les données des établissements de santé ne sont pas utilisées.

## 21. Taux de couverture contraceptive (%)

Justification : le taux de couverture contraceptive renseigne sur la santé, la population, le développement et l'autonomisation des femmes. C'est aussi une mesure indirecte de l'accès aux services de santé génésique essentiels pour réaliser nombre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), notamment ceux qui concernent la mortalité de l'enfant, la santé de la mère, le VIH/SIDA et les différences entre hommes et femmes.

Définition : le taux de couverture contraceptive correspond à la proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement.

## **22. Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)**

Justification : dans les zones de transmission intense du paludisme, la morbidité et la mortalité palustres se concentrent chez les jeunes enfants. Il est prouvé que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les enfants de moins de cinq ans réduit considérablement l'incidence du paludisme, l'anémie due à cette maladie et la mortalité toutes causes dans cette tranche d'âge. La lutte antivectorielle au moyen des moustiquaires imprégnées d'insecticide est l'une des quatre stratégies de l'initiative Faire reculer le paludisme. Cette statistique fait aussi partie de la liste des indicateurs des OMD.

Définition : pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vivant dans une zone d'endémie palustre ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente. Par moustiquaire imprégnée d'insecticide, on entend une moustiquaire traitée au cours des 12 derniers mois ou une moustiquaire à imprégnation durable.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement.

## **23. Proportion de personnes à un stade avancé de l'infection à VIH recevant une association d'antirétroviraux (ARV) (%)**

Justification : à mesure que l'épidémie de VIH progresse, un nombre croissant de personnes arrivent à des stades avancés de l'infection. On a montré que les traitements par des associations d'antirétroviraux réduisaient la mortalité chez ces personnes et l'on s'efforce de rendre ces médicaments plus abordables, même dans les pays en développement. Cet indicateur permet de mesurer les progrès réalisés dans la mise à disposition du traitement antirétroviral à toute personne souffrant d'une infection à VIH à un stade avancé.

Définition : pourcentage de personnes recevant un traitement antirétroviral conforme au protocole thérapeutique approuvé au niveau national (ou conforme aux normes OMS/Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) parmi l'ensemble (nombre estimatif) des malades à un stade avancé de l'infection à VIH.

Méthodes d'estimation : pour l'estimation de la couverture, on obtient le dénominateur à partir de modèles donnant aussi des estimations sur la prévalence, l'incidence du VIH et la mortalité dont il est la cause. On estime que le nombre d'adultes à un stade avancé de l'infection est égal au double du nombre de cas de SIDA pour l'année en cours. On calcule le nombre total d'adultes ayant besoin d'un traitement ARV en additionnant le nombre d'adultes ayant besoin de ce traitement pour l'année en cours et le nombre d'adultes traités l'année précédente et qui sont encore en vie.

## **24. Tuberculose : proportion de cas détectés dans le cadre de la stratégie DOTS**

Justification : la proportion estimative de nouveaux cas à frottis positif détectés (diagnostiqués et déclarés à l'OMS) dans le cadre des programmes DOTS indique dans quelle mesure les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose permettent de repérer les malades et de diagnostiquer la maladie.

Méthodes d'estimation : les estimations de l'incidence découlent d'un processus consultatif et analytique au sein de l'OMS et sont publiées tous les ans. On calcule le taux de détection des nouveaux cas à frottis positif dans le cadre de la stratégie DOTS en divisant le nombre de nouveaux cas à frottis positif déclarés à l'OMS par le nombre estimatif des cas incidents à frottis positif pour la même année.

## **25. Tuberculose : succès du traitement DOTS**

Justification : le succès du traitement est un indicateur de la performance des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Outre qu'il présente des avantages évidents pour le malade, un traitement efficace des cas infectieux de tuberculose est indispensable pour empêcher l'infection de se propager. Le dépistage et le traitement d'une forte proportion de cas de tuberculose ont un effet immédiat sur la prévalence de la maladie et sur la mortalité dont elle est la cause. Parce qu'il réduit la transmission, un bon traitement de la majorité des cas influe aussi, au bout de quelque temps, sur l'incidence de la maladie.

Définition : proportion de nouveaux cas de tuberculose à frottis positif enregistrés sous DOTS pendant une année donnée qui ont achevé le traitement avec succès, preuve bactériologique à l'appui (« guérison ») ou non (« traitement achevé »). À la fin du traitement, on indique pour chaque patient l'issue du traitement parmi six catégories qui s'excluent mutuellement : guérison ; traitement achevé ; décès ; échec thérapeutique ; abandon ; transfert ailleurs, issue inconnue. Les cas classés dans ces différentes catégories, auxquels il faut ajouter les éventuels cas supplémentaires enregistrés pour traitement mais pour lesquels l'issue n'est pas indiquée, représentent 100 % des cas enregistrés.

## **26. Enfants de moins de cinq ans présentant une infection respiratoire aiguë (IRA) et de la fièvre amenés en consultation**

Justification : les infections respiratoires sont à l'origine de près de 20 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde. Le nombre des moins de cinq ans présentés à un prestataire de soins qualifié est un indicateur important à la fois de la couverture des interventions et de la propension à consulter, et il donne des indications très utiles sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des stratégies et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la survie de l'enfant.

Définition : proportion d'enfants de 0 à 59 mois supposés souffrir de pneumonie au cours des deux dernières semaines et amenés en consultation à un prestataire de soins qualifié.

Méthodes d'estimation : données empiriques.

## **27. Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de diarrhée recevant une TRO**

Justification : les maladies diarrhéiques restent une cause importante de mortalité chez les moins de cinq ans et sont à l'origine de 1,8 million de décès d'enfants dans le monde malgré les progrès réalisés dans leur prise en charge et l'efficacité indéniable de la thérapie par réhydratation orale (TRO). Par conséquent, la couverture de cette intervention à la fois très efficace et économique donne une indication cruciale sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des stratégies et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la survie de l'enfant.

Définition : proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu des sels de réhydratation orale ou une solution équivalente préparée à domicile.

Méthodes d'estimation : données empiriques.

## **28. Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre recevant une médication antipaludique (%)**

Justification : l'administration sans retard d'un traitement antipaludique efficace aux enfants fiévreux dans les zones où il y a un risque de paludisme est une intervention capitale pour réduire la mortalité. Figurant parmi les indicateurs de l'OMD 6, le traitement efficace contre le paludisme est

aussi considéré par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale comme l'une des quatre grandes interventions pour réduire la charge du paludisme en Afrique : i) utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ; ii) accès rapide à des traitements efficaces administrés à domicile ou à proximité du domicile ; iii) administration de médicaments antipaludiques aux femmes enceintes asymptomatiques dans les zones où la transmission est stable ; et iv) amélioration des moyens de prévision, de prévention et de riposte afin de réagir rapidement et efficacement aux épidémies. Dans les zones d'Afrique subsaharienne où la transmission du paludisme est stable, il est indispensable de garantir un accès rapide au traitement. Pour cela, les médicaments doivent être disponibles au niveau des ménages ou des communautés et, pour les cas compliqués, le transport doit être assuré jusqu'à l'établissement équipé le plus proche. Des stocks de médicaments de réserve, des moyens de transport et des services hospitaliers sont nécessaires pour prendre correctement en charge les cas de paludisme et éviter qu'un accès de paludisme ne dégénère en un paludisme compliqué hautement mortel.

Définition : pourcentage de la population des enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre dans les zones où il y a un risque de paludisme à qui sont administrés des médicaments antipaludiques efficaces.

Méthodes d'estimation : pour la prévention, l'indicateur est le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui reçoivent des antipaludiques efficaces lors d'un épisode de fièvre. Les informations sont directement obtenues par enquête auprès des ménages. Les valeurs empiriques sont directement enregistrées et on ne fait pas d'autres estimations.

### **29. Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois qui ont reçu un supplément en vitamine A**

Justification : la supplémentation en vitamine A est considérée comme une intervention d'une importance capitale pour la survie de l'enfant, et son impact sur la mortalité de l'enfant n'est plus à démontrer. Il est par conséquent très utile de connaître la proportion d'enfants ayant pris de la vitamine A au cours des six derniers mois pour suivre l'évolution de la couverture des interventions dans la mise en œuvre des stratégies et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui concernent la survie de l'enfant.

Définition : proportion d'enfants de 6 à 59 mois qui ont pris un supplément en vitamine A fortement dosé au cours des six derniers mois.

Méthodes d'estimation : données empiriques.

### **30. Accouchements par césarienne (%)**

Justification : le taux d'accouchements par césarienne est une indication de l'accès aux services de santé et de leur utilisation au moment de l'accouchement.

Définition : pourcentage d'accouchements par césarienne parmi toutes les naissances vivantes pendant une période donnée.

Méthodes d'estimation : données empiriques provenant d'enquêtes auprès des ménages.

### **31. Proportion d'enfants de moins de cinq ans**

- ayant un retard de croissance (%)
- ayant une insuffisance pondérale (%)
- ayant une surcharge pondérale (%)

Justification : ces trois indicateurs mesurent la croissance des jeunes enfants. Celle-ci est reconnue au niveau international comme un indicateur de santé publique important pour contrôler l'état nutritionnel et l'état de santé des populations. De plus, les enfants ayant un retard de croissance dû à des problèmes d'alimentation et/ou des infections récurrentes ont plus de risques de tomber malades et de décéder.

Définition : le pourcentage d'enfants ayant un retard de croissance indique la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant une taille pour leur âge inférieure de plus de deux écarts types à la médiane de référence du National Center for Health Statistics (NCHS)/OMS. Le pourcentage d'enfants ayant une insuffisance pondérale indique la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant un poids pour leur âge inférieur de plus de deux écarts types à la médiane de référence NCHS/OMS. Le pourcentage d'enfants ayant une surcharge pondérale indique la proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant un poids pour leur âge supérieur de plus de deux écarts types à la médiane de référence NCHS/OMS.

Méthodes d'estimation : on utilise des valeurs empiriques. Plusieurs pays ne disposent que de données limitées pour les années les plus récentes et les estimations actuelles sont établies au moyen de modèles permettant de faire des projections à partir des tendances passées.

### **32. Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (%)**

Justification : la proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance est un indicateur de certains problèmes de santé publique : malnutrition prolongée et mauvaise santé de la mère, insuffisance des soins maternels. Au niveau individuel, le faible poids de naissance est un facteur important de prévision de la santé et de la survie de l'enfant.

Définition : pourcentage d'enfants nés vivants pesant moins de 2500 g à la naissance au cours d'une période donnée. On peut définir deux subdivisions : le très faible poids de naissance (poids inférieur à 1500 g) et l'extrêmement faible poids de naissance (poids inférieur à 1000 g).

Méthodes d'estimation : quand les services de santé fournissent des données fiables et que le taux de couverture est élevé, on calcule le pourcentage de nouveau-nés de faible poids. Quand on utilise des données d'enquêtes auprès des ménages, on procède à différents ajustements selon le type d'information dont on dispose (poids précis ou évaluation subjective par la mère).

### **33. Obésité chez les adultes (15 ans et plus) (%)**

Justification : la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'adulte augmente dans le monde entier. Les adultes obèses (IMC = 30,0 kg/m<sup>2</sup>) sont exposés à un risque accru d'effets indésirables sur le métabolisme, comme l'hypertension, l'augmentation du taux de cholestérol et de triglycérides ou la résistance à l'insuline. Il en résulte que l'augmentation de l'IMC entraîne une augmentation exponentielle du risque de maladies non transmissibles, comme les coronaropathies, les accidents ischémiques ou le diabète de type 2. L'augmentation de l'IMC est également associée à un accroissement du risque de cancer.

Définition : pourcentage d'adultes classés comme étant obèses (IMC = 30,0 kg/m<sup>2</sup>) parmi l'ensemble de la population adulte (15 ans et plus).

Méthodes d'estimation : on est en train d'établir les estimations et elles seront publiées au deuxième semestre de 2006. Seules des enquêtes représentatives au niveau national ayant consisté soit à recueillir des données anthropométriques, soit à demander aux sujets interviewés leur taille et leur poids (la plupart du temps dans les pays à haut revenu) ont été incluses dans les *Statistiques sanitaires mondiales 2006*.

#### **34. Population ayant un accès à :**

- **une source d'eau meilleure (%)**
- **un meilleur système d'assainissement (%)**

Justification : l'accès à l'eau potable et à un meilleur système d'assainissement est un besoin fondamental et un droit vital pour la dignité et la santé de tout être humain. Les avantages économiques et sanitaires d'un meilleur approvisionnement en eau pour les ménages et les individus (notamment les enfants) sont attestés. Ces deux indicateurs permettent de mesurer les progrès dans la réalisation des OMD.

Définition : pourcentage de la population ayant accès à une eau de boisson meilleure au cours d'une année donnée. Pourcentage de la population ayant accès à un système d'assainissement meilleur au cours d'une année donnée.

Méthodes d'estimation : analyse des résultats d'enquêtes et régression linéaire des points. On actualise les estimations de la couverture tous les deux ans.

#### **35. Population utilisant des combustibles solides (%)**

Justification : on associe au pourcentage de la population utilisant des combustibles solides une part de la mortalité due à la pneumonie et à d'autres infections aiguës des voies respiratoires basses chez l'enfant ainsi qu'aux bronchopneumopathies chroniques obstructives et au cancer du poumon (utilisation de charbon) chez l'adulte. C'est aussi un indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement.

Définition : pourcentage de la population utilisant des combustibles solides.

Méthodes d'estimation : on utilise les résultats des enquêtes et des recensements tels quels. On part de l'hypothèse que dans tout pays dont le revenu national brut (RNB) par habitant dépasse US \$10 500, la population tout entière ne cuisine plus en utilisant des combustibles solides. Pour les pays à faible ou moyen revenu dont le RNB par habitant est inférieur à US \$10 500 et, pour lesquels on ne dispose pas de données sur l'utilisation de combustible solide par les ménages, on fait appel à un modèle de régression basé sur le RNB, le pourcentage que représente la population rurale et l'appartenance ou non à la Région de la Méditerranée orientale pour calculer l'indicateur.

#### **36. Prévalence de la consommation actuelle de tabac parmi les adolescents (de 13 à 15 ans)**

Justification : le risque de maladie chronique commence dès l'enfance et le tabagisme perdure à l'âge adulte. Le tabac est un produit qui engendre une dépendance et quand les nombreux sujets qui commencent à fumer à l'adolescence prennent conscience du risque pour leur santé, ils ont du mal à ne plus consommer de tabac.

Définition : prévalence de la consommation de tabac (tabac à fumer, à chiquer ou à priser) plus d'une fois dans les 30 jours précédant l'enquête, chez l'adolescent de 13 à 15 ans.

#### **37. Prévalence de la consommation actuelle (quotidienne ou occasionnelle) de tabac à fumer parmi les adultes (15 ans et plus) (%)**

Justification : la prévalence de la consommation actuelle de tabac à fumer parmi les adultes est une importante mesure de la charge sanitaire et économique du tabagisme et sert de repère pour évaluer l'efficacité des programmes de lutte antitabac dans le temps. L'idéal serait un indicateur général de la consommation de tabac à fumer et autres produits du tabac, mais l'insuffisance des données oblige à s'en tenir au tabac fumé. Le tabagisme occasionnel est un facteur de risque important de maladie liée au tabac et est donc pris en compte au même titre que le tabagisme quotidien.

Définition : prévalence de la consommation actuelle de tabac à fumer (cigarettes, cigares, pipes et autres produits du tabac à fumer). La consommation actuelle comprend à la fois la consommation quotidienne et occasionnelle.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement.

#### **38. Utilisation des préservatifs lors de rapports sexuels à risque chez les jeunes de 15 à 24 ans (%)**

Justification : l'utilisation régulière et correcte des préservatifs avec des partenaires occasionnels diminue beaucoup le risque de transmission du VIH par voie sexuelle.

Définition : pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel parmi tous ceux ayant déclaré avoir eu des rapports avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement. On demande aux sujets interrogés, âgés de 15 à 24 ans, s'ils ont commencé à avoir des rapports sexuels. On demande ensuite à ceux qui ont une activité sexuelle et qui ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois combien de partenaires ils ont eu et s'ils ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel.

#### **39. Nombre de :**

- médecins pour 1000 habitants
- personnel infirmier pour 1000 habitants
- sages-femmes pour 1000 habitants
- dentistes pour 1000 habitants
- pharmaciens pour 1000 habitants
- agents de la santé publique et de l'environnement pour 1000 habitants
- agents de santé communautaires pour 1000 habitants
- personnels de laboratoire pour 1000 habitants
- autres agents de santé pour 1000 habitants
- personnel sanitaire administratif et d'appui pour 1000 habitants

Justification : la disponibilité et la composition des ressources humaines dans le domaine de la santé est un indicateur important de la solidité du système de santé. Il n'y a pas de consensus au sujet du nombre optimal d'agents de santé pour une population, mais de nombreux éléments

attestent une corrélation positive entre les effectifs et la qualité de leur travail d'une part, et la couverture vaccinale, l'élargissement des soins primaires et la survie de la mère et de l'enfant d'autre part.

Définition :

**Médecins** : généralistes et spécialistes.

**Personnels infirmiers** : personnels infirmiers qualifiés, infirmières auxiliaires et infirmières à formation courte ; autres personnels infirmiers tels que les infirmières dentaires et les infirmières de soins de santé primaires.

**Sages-femmes** : sages-femmes qualifiées, sages-femmes auxiliaires et sages-femmes à formation courte. Les accoucheuses traditionnelles sont classées dans la catégorie des agents de santé communautaires.

**Dentistes** : dentistes, assistants et techniciens dentaires.

**Pharmaciens** : pharmaciens, pharmaciens assistants, préparateurs en pharmacie et techniciens divers.

**Personnels de laboratoire** : scientifiques, assistants, techniciens de laboratoire et techniciens en radiologie.

**Agents de la santé publique et de l'environnement** : fonctionnaires des services de l'environnement et de la santé publique, spécialistes de l'assainissement, hygiénistes, techniciens de l'environnement et de la santé publique, fonctionnaires sanitaires de district, techniciens du paludisme, inspecteurs des viandes, personnel cadre de la santé publique et professions assimilées.

**Agents de santé communautaires** : tradipraticiens, guérisseurs religieux, agents d'éducation pour la santé assistants ou communautaires, fonctionnaires de la santé communautaire, agents de santé familiale, visiteuses médicales (« lady health visitors »), agents de vulgarisation sanitaire, sages-femmes communautaires, prestataires de soins individualisés en institution et accoucheuses traditionnelles.

**Autres agents de santé** : nombreuses professions telles que diététiciens et nutritionnistes, assistants médicaux, ergothérapeutes, opérateurs de matériel médical et dentaire, optométristes et opticiens, physiothérapeutes, podologues, ingénieurs prothésistes et orthésistes, psychologues, inhalothérapeutes, orthophonistes, stagiaires médicaux et internes.

**Personnel sanitaire administratif et d'appui** : administrateurs et gestionnaires, statisticiens, juristes, comptables, secrétaires médicales, jardiniers, informaticiens, ambulanciers, nettoyeurs et buandiers, ingénieurs et techniciens du bâtiment, personnel administratif qualifié et personnel général d'appui.

Méthodes d'estimation : aucune méthode n'a été mise au point.

#### 40. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB

#### 41. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques

#### 42. Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux

Justification : le financement joue un rôle crucial dans les systèmes de santé. Les comptes nationaux de la santé fournissent un vaste ensemble d'indicateurs d'après les informations sur les dépenses recueillies selon un système reconnu au niveau international. Ils représentent la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés pendant le fonctionnement d'un système de santé, depuis l'origine du financement jusqu'à la distribution des fonds entre les différents prestataires et les différentes fonctions du système de santé et la distribution des prestations en fonction des caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques.

Définition : total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).

Pourcentage du total des dépenses publiques consacré à la santé.

Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux.

Sources d'information et méthodes d'estimation : seulement 95 pays ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'OCDE. On a eu recours à des techniques standard d'estimation comptable et d'extrapolation pour obtenir des séries chronologiques. Les principales références internationales utilisées sont les statistiques sur les finances publiques et les statistiques financières internationales du Fonds monétaire international (FMI) ; les données sanitaires et les statistiques internationales sur le développement de l'OCDE ; et les statistiques des Nations Unies sur les comptes nationaux. Au nombre des sources nationales figurent : les rapports sur les comptes nationaux de la santé, les rapports sur les dépenses publiques, les annuaires statistiques et autres périodiques, les documents budgétaires, les rapports sur les comptes nationaux, les statistiques sur des sites Web officiels, les rapports des banques centrales, les rapports d'organisations non gouvernementales, les études universitaires, les rapports et renseignements fournis par les ministères et les instituts centraux de statistique.

#### 43. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses de santé

#### 44. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage du total des dépenses publiques

#### 45. Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage des dépenses totales de santé

#### 46. Dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage des dépenses publiques générales de santé

#### 47. Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé

#### 48. Assurances privées par prépaiement en pourcentage des dépenses privées de santé

#### 49. Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)

#### 50. Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)

#### 51. Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux

Justification : le financement joue un rôle crucial dans les systèmes de santé. Les comptes nationaux de la santé fournissent un vaste ensemble d'indicateurs d'après les informations sur les dépenses recueillies selon un système reconnu au niveau international. Ils représentent la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés pendant le fonctionnement d'un système de santé, depuis l'origine du financement jusqu'à la distribution des fonds entre les différents prestataires et les différentes fonctions du système de santé et la distribution des prestations en fonction des caractéristiques géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques.

Définition : indicateurs clés pour lesquels il existe des données :

**Total des dépenses de santé** en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), et dépenses de santé par habitant en dollars américains et en dollars internationaux.

Distribution des secteurs public et privé dans le financement de la santé et leurs principales composantes, par exemple :

- étendue de la sécurité sociale et de l'assurance privée
- charge des paiements directs pour les ménages
- part des ressources extérieures dans le financement de la santé.

Termes associés :

**Le produit intérieur brut (PIB)** est la valeur de tous les biens et services fournis dans un pays par des résidents ou des non-résidents. Cela correspond au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence.

**Les dépenses publiques générales** incluent les dépenses consolidées directes et indirectes, telles que subventions et versements, y compris les dépenses en capital, de l'État à tous les échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaires.

**Le total des dépenses de santé** est la somme des dépenses publiques générales de santé et des dépenses privées pour la santé pendant une année donnée, calculée dans la devise du pays aux prix du moment. Elles comprennent les dotations destinées à maintenir, à restaurer ou à améliorer l'état de santé de la population. Elles sont effectuées en liquide ou en nature.

**Les dépenses publiques générales de santé** représentent la somme des dépenses effectuées par les pouvoirs publics en vue de l'achat de services de santé et de biens. Elles comprennent les dépenses de santé faites par l'État à tous les échelons administratifs, par les organismes de sécurité sociale et les dépenses directes par des organismes para-étatiques ou des entreprises publiques. Les dépenses au titre de la santé comprennent la consommation finale, les subventions aux producteurs et les versements aux ménages (principalement les remboursements de factures médicales ou pharmaceutiques). Elles comprennent à la fois les dépenses de fonctionnement et d'investissement (y compris les transferts de capitaux) engagées au cours de l'année. Outre des fonds nationaux, elles englobent des ressources extérieures (principalement des subventions attribuées par le truchement des pouvoirs publics ou des prêts attribués par la voie du budget national).

**Les dépenses de sécurité sociale pour la santé** comprennent les sommes affectées à l'achat de biens et de services par les régimes d'assurance obligatoire gérés par l'État. Les systèmes de sécurité sociale obligatoire gérés par l'État qui ne s'appliquent qu'à des groupes particuliers de la population, comme par exemple les employés du secteur public, sont également pris en compte.

**Les dépenses de santé financées par des ressources extérieures** regroupent toutes les subventions et tous les prêts en liquide ou en nature destinés à des biens ou des services de santé, qu'ils passent par le canal de l'administration publique ou d'organismes privés.

**Les dépenses de santé privées** sont définies comme la somme des dépenses de santé correspondant aux entités et rubriques suivantes :

**Systèmes de prépaiement** et de répartition des risques : dépenses des régimes d'assurance privée et des régimes d'assurance sociale privée (pour lesquels l'État n'a aucun contrôle sur les taux de cotisation et les prestataires participants mais donne quelques orientations générales) ;

**Dépenses de santé des entreprises** : dépenses d'entreprises privées concernant des soins médicaux et des services destinés à améliorer la santé autres que les cotisations à un régime de sécurité sociale ou autres systèmes de prépaiement ;

**Institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages** : dépenses des entités dont le statut leur interdit d'être une source de profit pour les unités qui les créent, les gèrent ou les financent. Ces ressources englobent des fonds provenant de sources internes et externes ;

**Dépenses directes des ménages** : honoraires et autres versements en espèces reçus par des praticiens de la santé et des fournisseurs de produits pharmaceutiques, d'appareillages thérapeutiques et d'autres biens et services. Elles comprennent, d'une part, les sommes versées directement par les ménages à des prestataires publics ou privés de services de santé, à des institutions sans but lucratif et, d'autre part, les participations aux coûts, franchises, tickets modérateurs et rémunérations à l'acte non remboursables.

**Taux de change** : nombre moyen pendant une année ou nombre en fin d'année d'unités de la devise nécessaires pour le change dans le système bancaire.

**Dollars internationaux** : calculés en divisant la devise locale par l'estimation de la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par rapport au dollar américain, c'est-à-dire que c'est une mesure qui atténue les différences de niveau des prix d'un pays à l'autre.

Sources d'information et méthodes d'estimation : une centaine de pays ont rendu compte de façon complète de leurs comptes nationaux de la santé ou communiqué le montant de leurs dépenses de santé à l'OCDE. On a eu recours à des techniques standard d'estimation comptable et d'extrapolation pour obtenir des séries chronologiques (1998-2004). Les projets d'actualisation ont été soumis aux ministères de la santé, qui ont fait des commentaires et apporté des informations supplémentaires.

Pour en savoir plus sur les sources et les méthodes, consulter le site [www.who.int/nha](http://www.who.int/nha).

## 52. Couverture de l'enregistrement des décès par le système de registre d'état civil

Justification : l'information sanitaire est un élément essentiel des systèmes de santé. L'enregistrement des naissances et des décès, avec la cause du décès, sur les registres d'état civil est un élément important du système d'information sanitaire d'un pays.

Définition : pourcentage du nombre total de décès « recensés » par les services d'état civil.

Méthodes d'estimation : on estime le nombre des décès attendus par âge et par sexe à partir des tables de mortalité et de multiples sources. Les nombres déclarés sont comparés aux chiffres attendus par âge et par sexe pour obtenir une estimation de la couverture par les services d'état civil.

## 53. Nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants

Justification : la prestation des services est un élément important des systèmes de santé. Pour connaître la disponibilité, l'accessibilité et la répartition des services de santé, il faut avoir recours à une gamme d'indicateurs ou à un indicateur composite. Actuellement, la majorité des pays ne dispose pas de ce genre d'informations. La densité des lits d'hôpitaux est l'un des rares indicateurs disponibles sur les éléments de la prestation des services.

Définition : nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants.

Méthodes d'estimation : données empiriques uniquement avec ajustement éventuel pour la sous-notification (établissements privés manquants).

# Glossaire

## Glossaire des termes utilisés dans le Rapport sur la santé dans la Région africaine

**Accident vasculaire cérébral:** trouble aigu et subit de la circulation du sang dans le cerveau dû à d'importantes lésions vasculaires telles qu'une hémorragie, une thrombose ou une embolie. L'atteinte des fonctions cérébrales dépend du siège et de l'étendue des lésions.

**Accoucheuses traditionnelles:** femmes généralement sans instruction scolaire qui exercent les fonctions de sages-femmes ; assistent les femmes pendant le travail et l'accouchement.

**Aflatoxine:** métabolite toxique de certains champignons ; peut provoquer une maladie chez les êtres humains et les animaux qui mangent des cacahuètes ou d'autres aliments contaminés par ces champignons ; après une longue exposition, intervient dans l'étiologie de l'hépatite aiguë et du cancer du foie chez l'homme.

**Agents de santé:** personnel qualifié qui joue un rôle reconnu dans la prestation des soins de santé.

**Alcoolémie:** quantité d'alcool dans le sang généralement mesurée en milligrammes par décilitre (mg/dl).

**Allergie tuberculinique:** on parle d'allergie tuberculinique lorsque l'injection sous-cutanée de 5 mg de tuberculine (test à la tuberculine) provoque une réaction inflammatoire au point d'injection chez les personnes contaminées par la tuberculose. Le résultat est négatif chez les personnes saines.

**Amodiaquine:** médicament utilisé dans le traitement du paludisme.

**Anémie:** concentration insuffisante en globules rouges ou en hémoglobine qu'ils contiennent ; provoque pâleur, essoufflement, palpitations et léthargie.

**Ankylostome:** vers hématophage qui parasite l'intestin et provoque principalement une anémie.

**Antirétroviraux:** médicaments utilisés dans le traitement de l'infection à VIH ; ils empêchent le virus de se répliquer.

**Artéméther-luméfantine:** association médicamenteuse contenant de l'artémisinine utilisée pour traiter le paludisme.

**Ascaride:** vers cylindrique de l'ordre des Nématodes ; genre le plus souvent responsable de l'infestation chez l'homme, qui se produit par ingestion d'œufs du parasite présents dans le sol contaminé. L'infestation provoque des atteintes pulmonaires dues à la migration des larves à travers le poumon ainsi que des coliques intestinales dues à la présence d'une quantité importante de vers adultes dans l'intestin, avec un risque de complications (volvulus, occlusion intestinale, invagination).

**Associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine (ACT):** médicaments utilisés dans le traitement du paludisme et dont l'un des principes actifs est extrait de la plante *Artemisia annua* (armoise annuelle ou Qinghao).

**Autopsie verbale:** récit, généralement par quelqu'un sans formation médicale, des événements qui ont entouré la mort d'une personne ; permet de déterminer la cause du décès lorsque l'autopsie classique n'est pas praticable.

**Bactérie:** micro-organisme unicellulaire qui se multiplie généralement par division cellulaire et qui est plus petit que les parasites et plus gros que les virus.

**Bandes rugueuses:** série de rainures ou d'éléments surélevés aménagés sur les routes pour inciter les automobilistes à ralentir.

**Brevet:** permis officiel délivré par les autorités qui confère à une personne ou à une entreprise le droit exclusif de fabriquer et de vendre un article donné pendant une certaine période.

**Bronchite:** inflammation des bronches.

**Campagne de ratissage:** dans le cadre des programmes de vaccination, lorsqu'un cas est dépisté, on entreprend une action concertée pour vacciner en un laps de temps très court tous les sujets sensibles se trouvant dans le voisinage immédiat du cas.

**Campylobacter:** bactérie qui peut provoquer une gastro-entérite aiguë se manifestant par une diarrhée subite, des douleurs musculaires et articulaires et des maux de tête.

**Cancer:** nom donné à tous les types de tumeurs malignes qui, généralement, envahissent les tissus environnants, provoquent des métastases dans des parties éloignées de leur lieu d'origine, récidivent après ablation et entraînent la mort si elles ne sont pas correctement traitées.

**Cardiopathie:** nom générique des affections du muscle, des vaisseaux ou de l'enveloppe du cœur (ischémie, infarctus du myocarde, angine de poitrine, arythmie, hypertension, insuffisance cardiaque).

**Cercle vicieux de la pauvreté:** [souvent] extrême pauvreté généralisée et persistante dont il est très difficile de sortir sans une aide extérieure.

**Chimioprophylaxie:** emploi préventif de médicaments dans le but d'empêcher l'apparition d'une maladie.

**Chloroquine:** médicament utilisé dans le traitement du paludisme.

**Choléra:** infection intestinale aiguë due à *Vibrio cholerae* ; se manifeste sous forme d'épidémies et cause une diarrhée liquide profuse, une déshydratation et un collapsus.

**Contagieux:** transmissible par contagage.

**Corruption:** altération par rapport à un état premier jugé meilleur, notamment dans un sens moral, par exemple la pratique des pots-de-vin.

**Cysticercose:** maladie causée par le développement de cysticerques (larves de ténias) dans l'organisme.

**DALY:** année de vie ajustée sur l'incapacité ; unité de mesure de la charge de morbidité qui correspond à la somme des années de vie perdues du fait des décès prématurés et des incapacités dans la population.

**Démographie:** étude de la population, en ce qui concerne plus particulièrement les naissances, les décès et la santé.

**Dépistage:** recherche systématique, au moyen d'un test ou par enquête, des individus qui sont suffisamment exposés à un trouble donné sans pourtant avoir consulté pour ses symptômes pour tirer profit de recherches plus poussées ou d'une action préventive directe.

**Développement durable:** utilisation de ressources naturelles pour l'activité humaine dans une mesure et selon des méthodes qui n'entraînent ni leur épuisement ni leur dégradation définitive.

**DHS:** enquêtes démographiques et sanitaires réalisées auprès des ménages par Opinion Research Corporation (ORC Macro) sur de vastes échantillons représentatifs de la population d'un pays (généralement entre 5000 et 30 000 ménages) et qui fournissent des données sur la population féminine, la santé et les indicateurs nutritionnels des femmes.

**DHS+:** enquêtes démographiques et sanitaires réalisées aussi auprès des hommes.

**Données d'état civil:** données tirées des registres d'état civil, obtenues par recensement ou calculées par estimation indirecte, qui renseignent sur la fréquence des principaux événements de l'existence (naissance, décès, mort fœtale, mariage, divorce, annulation de mariage, séparation de corps et de biens, adoption, légitimation et reconnaissance).

**DOTS:** stratégie de lutte contre la tuberculose qui se compose de cinq éléments – diagnostic par examen microscopique de grande qualité, engagement politique, approvisionnement garanti en médicaments, traitement sous observation directe, suivi et compte rendu systématiques.

**Dracunculose:** infestation par le ver de Guinée (*Dracunculus medinensis*), filaire de l'ordre des Nématodes qui pénètre dans l'organisme par ingestion d'eau contenant un crustacé du genre Cyclops (puces d'eau) parasité par la larve du ver. On peut prévenir l'infestation humaine en filtrant l'eau de boisson, en évitant que les personnes atteintes ne trempent les pieds dans l'eau ou en luttant contre le vecteur au moyen d'insecticides qui tuent les puces d'eau.

**Drépanocytose:** anémie hémolytique chronique caractérisée par la forme de faucille que prennent les globules rouges du fait de la présence d'hémoglobine S. Maladie héréditaire homozygote.

**Droits de douane:** taxe ou redevance perçue sur une catégorie particulière de marchandises importées ou exportées.

**Emacié:** extrêmement amaigri et affaibli ; se dit en particulier d'un enfant dont le poids est inférieur d'au moins 2 écarts types au poids moyen pour l'âge.

**Empysème:** dilatation des cavités aériennes distales qui provoque des difficultés respiratoires.

**Epidémie:** importante multiplication des cas d'une maladie ou d'un phénomène pathologique donné dans une collectivité ou une région.

**Epilepsie:** trouble chronique caractérisé par des crises dues à des décharges excessives des neurones cérébraux.

**Escherichia coli (E. coli):** genre bactérien normalement présent dans les intestins qui peut provoquer des infections urinaires et des diarrhées, en particulier chez les enfants et les voyageurs.

**Famine:** grave pénurie généralisée de nourriture généralement due à l'explosion démographique ou à de mauvaises récoltes.

**Gel microbicide:** gel qui détruit les microbes ; destiné à être appliqué dans le vagin ou le rectum pour faire barrière aux infections sexuellement transmissibles.

**Gestion des affaires publiques:** gestion des affaires d'un pays sur les plans politique, économique et administratif ; mécanismes complexes, processus, relations et institutions grâce auxquels les citoyens font valoir leurs intérêts, exercent leurs droits, s'acquittent de leurs obligations et concilient leurs différences.

**Gestion du savoir:** application d'une série de principes, d'outils et de pratiques qui permettent d'acquérir, partager, exploiter et appliquer le savoir nécessaire à une plus grande efficacité et à la création de valeur.

**Graisse saturée:** acide gras dont la chaîne carbonée ne comprend pas de liaison double ou triple entre les atomes de carbone. Ce type de graisse est le principal facteur alimentaire d'hypercholestérolémie.

**Hépatite:** atteinte inflammatoire du foie, généralement due à un virus ou à des agents toxiques, dont l'alcool et les drogues. Le virus de l'hépatite A se transmet par contact avec les selles ou le sang, le plus souvent par l'ingestion d'aliments contaminés. Le virus de l'hépatite B est présent dans le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et la salive ; les symptômes apparaissent après une période d'incubation qui peut durer jusqu'à six mois, ou les porteurs restent asymptomatiques. Ce virus est l'une des principales causes d'hépatopathie chronique, de cirrhose et de cancer du foie. Il existe un vaccin efficace. Le virus de l'hépatite C se transmet principalement par transfusion sanguine et peut provoquer une cirrhose, une insuffisance rénale et un cancer du foie.

**Hotte à fumée:** cadre métallique qui, dans un système d'évacuation passive, dirige la fumée d'un foyer ouvert vers une cheminée ou une autre sortie.

**Hypertension:** tension artérielle dépassant invariablement 160 mm Hg (systolique) et 95 mm Hg (diastolique).

**Incidence:** nombre de cas de maladies qui ont commencé ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée dans une population donnée ; nombre d'événements nouveaux, tels les nouveaux cas d'une maladie, dans une population donnée pendant une période donnée.

**Indicateurs de performance:** les trois indicateurs utilisés pour évaluer la surveillance de la poliomyélite doivent être atteints pour qu'une région puisse être déclarée exempte de poliomyélite:

1. Chaque année, déclaration d'au moins un cas de paralysie flasque aiguë qui n'est pas dû à la poliomyélite pour 100 000 habitants de moins de 15 ans.

2. Recueil d'échantillons de selles adéquats pour au moins 80 % des cas déclarés de paralysie flasque aiguë.

3. Analyse par des laboratoires agréés par l'OMS de tous les échantillons recueillis en cas de paralysie flasque aiguë.

**Indice de masse corporelle:** rapport du poids (en kg) d'un individu au carré de sa taille. Un indice inférieur à 18,5 indique une insuffisance pondérale, un indice de 20 à 25 un poids normal, un indice de 25,0 à 29,9 un

surpoids, plus de 30 l'obésité et plus de 40 une très grande obésité.

**Infection respiratoire aiguë:** infection des poumons ou des voies respiratoires, généralement d'origine virale ou bactérienne.

**Infrastructure:** services et équipements permanents tels que les routes, les voies ferrées, les ponts, les usines et les écoles dont un pays a besoin pour fonctionner correctement.

**Insecticide:** toute substance naturelle ou artificielle utilisée pour tuer les insectes.

**Isoniazide:** médicament utilisé dans le traitement de la tuberculose.

**Ivermectine:** médicament utilisé pour atténuer les complications et la transmission des filarioses.

**Larvicide:** composé toxique qui tue les larves d'insectes (l'état larvaire précède le stade adulte et constitue déjà une forme de vie indépendante).

**La santé pour tous:** le principe de faire accéder tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

**Lutte antivectorielle:** lutte contre tout animal (généralement un arthropode – moustique, puce, mouche, tique) capable de transmettre un agent infectieux d'un hôte à un autre.

**Macroéconomie:** étude de l'économie à grande échelle, par exemple à l'échelle de tout un pays, en tenant compte du commerce, du revenu national, du taux de production, du taux de change et de la politique financière.

**Maladie à transmission vectorielle:** maladie transmise par un animal, par exemple un insecte. Cet hôte intermédiaire, qui généralement ne contracte pas la maladie, transmet l'agent pathogène d'un organisme à un autre, par exemple de l'animal à l'être humain.

**Maladie infectieuse:** maladie résultant de la transmission d'un agent pathogène ou de ses substances toxiques d'une personne, d'un animal contaminé ou d'un réservoir à un hôte sensible.

**Maladie non transmissible:** maladie qui ne se transmet pas et qui n'est pas d'origine infectieuse.

**Maladies cardio-vasculaires:** maladies du cœur et des vaisseaux sanguins (accident vasculaire cérébral, hypertension, crise cardiaque, etc.).

**Maladies d'origine alimentaire:** infections ou réactions toxiques consécutives à la consommation d'aliments contaminés.

**Malnutrition:** divers troubles résultant d'un apport alimentaire insuffisant, d'un régime déséquilibré (manque de protéines ou de vitamines) ou d'une incapacité à assimiler les nutriments que contiennent les aliments.

**Médicaments essentiels:** médicaments considérés par le Comité OMS d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels comme indispensables pour répondre aux besoins sanitaires de base d'une population.

**Médicaments génériques:** médicaments qui ne sont pas protégés par une marque ou qui sont vendus sans marque ; dénomination commune.

**MICS:** enquêtes en grappes à indicateurs multiples ; enquêtes auprès des ménages conçues par l'UNICEF pour recueillir des informations sur les femmes et les enfants et mesurer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs fixés au Sommet mondial pour les enfants.

**Morbidité:** état de maladie ; somme des maladies dues à un agent ou à un phénomène particulier.

**Moustiquaires imprégnées d'insecticide:** tulle trempé dans une solution chimique qui tue les insectes qui se posent à sa surface ; généralement utilisées pour se protéger pendant la nuit contre les moustiques qui transmettent le paludisme.

**Mycobactéries:** micro-organismes acido-alcoolorésistants de forme allongée, à Gram positif, dont fait partie le bacille de la tuberculose.

**Noma:** grave infection gangréneuse des tissus de la cavité buccale et de la face qui touche généralement les personnes débilitées et les enfants malnutris ; le pronostic est très mauvais.

**Obésité:** état caractérisé par un excès de poids dangereux pour la santé ; chez l'adulte, indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30.

**Onchocercose:** également connue sous le nom de cécité des rivières ; infestation par des filaires qui siègent et se reproduisent dans des nodules sous-cutanés ; peut évoluer vers la cécité ; transmise par la piqûre d'une

mouche (simulie) qui se reproduit sur les cailloux des rivières à courant rapide.

**Paludisme:** maladie parasitaire due à un protozoaire, le *Plasmodium*, inoculé à l'homme par la piqûre de femelles de moustiques appartenant au genre *Anophele* ; les principaux symptômes sont la fièvre et l'anémie.

**Pandémie:** forme d'épidémie très étendue.

**Papillomavirus humain:** certains types de papillomavirus causent des verrues cutanées et génitales chez l'homme (verrues vulgaires et condylomes acuminés), d'autres causent une néoplasie intra-épithéliale du col de l'utérus ; ils sont responsables d'environ 80 % des cancers du col et des cancers anogénitaux et laryngés.

**Paralysie flasque aiguë:** déficit de la force musculaire (hypotonie) avec abolition des réflexes ; peut être due à une maladie infectieuse, généralement d'origine virale, qui se manifeste par de la fièvre, des douleurs et des symptômes gastro-intestinaux ; provoquée notamment par le poliovirus.

**Parasite:** plante ou animal qui vit aux dépens d'un autre organisme vivant, à la surface ou à l'intérieur de celui-ci.

**Pauvreté:** la pauvreté est un état de dénuement qui exclut tout bien-être. Outre le manque d'argent et les privations, elle se caractérise par un mauvais état de santé, un mauvais état nutritionnel, un faible niveau d'instruction, la précarité des relations sociales, l'insécurité, le manque d'estime de soi et l'impuissance. Définie par la Banque mondiale comme un revenu inférieur à US \$1 par jour.

**Pesticide:** composé utilisé pour détruire les nuisibles de toutes sortes ; au nombre des pesticides figurent les fongicides, les herbicides, les insecticides, les rodenticides, etc.

**Philanthropique:** qui agit par bienveillance envers l'humanité.

***Pneumocystis jiroveci*** micro-organisme responsable d'une forme de pneumonie chez les personnes débilitées.

**Poliomyélite:** maladie virale aiguë qui se caractérise cliniquement par de la fièvre, des maux de gorge, des céphalées et des vomissements, souvent accompagnés d'une raideur de la nuque et du dos ; le virus peut se fixer sur le système nerveux central et provoquer une méningite, la destruction des cellules des

cornes antérieures de la moelle épinière et une paralysie. Il existe un vaccin efficace.

**Prévalence:** nombre de cas de maladie enregistré à un moment donné en un lieu donné.

**Prévalence de la contraception:** proportion des rapports sexuels pendant lesquels sont utilisés des moyens de contraception ou de protection contre les infections sexuellement transmissibles.

**Prise en charge:** traitement individuel du malade, par opposition aux approches axées sur l'ensemble de la population.

**Psychose:** tout trouble mental caractérisé par un délire et/ou des hallucinations prédominantes qui compromettent l'aptitude à faire face aux impératifs de la vie courante.

**Réduction de la pauvreté:** mesures – en général politiques et programmes macro-économiques, structurels et sociaux d'un pays – destinées à favoriser la croissance économique, faire reculer la pauvreté et rendre l'aide financière extérieure moins indispensable. Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, établis par les pouvoirs publics à l'issue d'un processus participatif auquel sont associés la société civile et les partenaires du développement, dont la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI), sont actuellement les principaux instruments de lutte contre la pauvreté dans de nombreux pays à bas revenu.

**Ressources humaines:** ensemble des personnes qui constituent la main d'œuvre.

**Restrictions au commerce:** législation limitant le volume et le type des échanges commerciaux d'un pays.

**Retard de croissance:** dans le sens strict, on parle de retard de croissance quand, en raison d'une malnutrition chronique, la taille d'un enfant est inférieure d'au moins 2 écarts types à la taille moyenne pour l'âge.

**Rifampicine:** médicament utilisé dans le traitement de la tuberculose.

**Rougeole:** fièvre éruptive contagieuse d'origine virale qui se manifeste par un coryza et un catarrhe ; la période d'incubation est de deux semaines environ. Il existe un vaccin efficace.

**Salmonella ou salmonelles:** bactéries en forme de bâtonnet, tels notamment les bacilles de la fièvre typhoïde et paratyphoïde, qui provoquent une diarrhée violente et douloureuse.

**Schistosomiase:** toute affection parasitaire due aux douves du sang (schistosomes). La contamination se fait par contact avec de l'eau infestée. Il existe trois grandes formes de schistosomiase – urinaire, intestinale et hépatosplénique – selon l'espèce de schistosomes incriminée, mais elles résultent principalement d'une réaction aux œufs déposés dans les tissus.

**Schizophrénie:** trouble mental généralement chronique qui perturbe le fonctionnement et se manifeste par des symptômes psychotiques tels qu'une altération de la pensée, de la perception, des sentiments et du comportement.

**Shigella:** bactéries généralement à l'origine de la dysenterie, laquelle se caractérise par une diarrhée sanguinolente, des coliques et de la fièvre ; se transmettent par voie féco-orale, par des aliments ou des objets contaminés, les mouches en étant les vecteurs mécaniques.

**Soins prénatals:** soins dispensés aux femmes enceintes (conseils relatifs à la nutrition, à l'hygiène, au statut sérologique pour le VIH, à la préparation à l'accouchement, aux soins et à l'alimentation du nouveau-né ; dépistage et traitement des affections telles que l'anémie, la malnutrition, la tuberculose, le paludisme, l'hypertension et le diabète).

**STEPS:** approche par étapes de la surveillance. Méthode standard simple de collecte, d'analyse et de diffusion des données sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles ([www.who.int/ncd\\_surveillance/steps/riskfactor/en](http://www.who.int/ncd_surveillance/steps/riskfactor/en)).

**Sulfadoxine-pyriméthamine:** sulfamide retard utilisé en association avec la pyriméthamine pour faire baisser le taux de rechute du paludisme.

**Surpoids:** indice de masse corporelle égal ou supérieur à 25 chez l'adulte.

**Surveillance active:** méthode de surveillance qui fait appel aux services de proximité pour repérer les cas qui seraient omis par un système de dépistage et de notification passif.

**Syphilis:** maladie générale contagieuse qui peut toucher tous les organes et dont l'agent pathogène est *Treponema pallidum*. Se caractérise par trois stades cliniques et une latence asymptomatique de plusieurs an-

nées. Se prévient et se traite facilement aux premiers stades par pénicillinothérapie.

**Système de protection sociale:** dispositif prévoyant le versement d'une somme d'argent en cas de maladie, d'accident ou de décès, en particulier aux personnes trop pauvres pour s'acquitter d'une prime d'assurance individuelle.

**Système de santé:** ensemble des personnes, des institutions et des ressources qui ont pour but d'améliorer l'état de santé de la population en l'aidant à se soigner et à se prémunir contre la maladie.

**Taux de fécondité:** nombre de naissances vivantes en un an divisé par le nombre de femmes en âge de procréer.

**Taux de mortalité:** rapport entre le nombre des décès en un an et le chiffre, au milieu de l'année, de la population où ils se sont produits.

**Taux de mortalité de l'enfant:** probabilité (pour 1000 naissances vivantes) qu'un enfant né pendant une année donnée meure avant l'âge de cinq ans.

**Taux de mortalité néonatale:** nombre d'enfants morts dans les 27 premiers jours de la vie pour 1000 naissances vivantes pendant une période déterminée.

**Ténia:** vers de l'ordre des Cestodes qui parasite l'intestin ; l'homme est le plus souvent parasité par *Taenia solium* (contamination par l'ingestion de viande de porc insuffisamment cuite) ou *Taenia saginata* (contamination par l'ingestion de viande de bœuf insuffisamment cuite) ; seul le premier cause une cysticercose humaine. Peu de symptômes indiquent avec certitude la présence de vers adultes dans les intestins.

**Tétanos:** maladie infectieuse aiguë due à la toxine sécrétée par le bacille *Clostridium tetani*, qui pénètre dans l'organisme lors du contact d'une plaie avec le sol contaminé ; se manifeste par des contractures musculaires et des spasmes ; la paralysie des muscles respiratoires entraîne le décès par asphyxie. Il existe un vaccin efficace.

**Thérapie par réhydratation orale:** mélange d'eau, de sel et de sucre utilisé contre la déshydratation.

**Traitement préventif intermittent:** administration de médicaments à intervalles réguliers à une population à risque dans une

zone d'endémie (que les sujets visés soient déjà contaminés ou non) afin d'éviter les effets les plus graves de la maladie.

**Trypanosomiase:** en Afrique, maladie infectieuse mortelle causée par *Trypanosoma brucei gambiense* ou *T. brucei rhodesiense* et transmise par la piqûre de la mouche tsé-tsé ; également appelée maladie du sommeil.

**Tuberculose:** maladie infectieuse due à *Mycobacterium tuberculosis*, qui se transmet par inhalation, ingestion ou inoculation et qui, initialement, atteint le plus souvent les poumons, même si des granulomes peuvent se former dans n'importe quel organe.

**Tuberculose polypharmacorésistante:** maladie provoquée par les souches de *M. tuberculosis* résistantes à la rifampicine et à l'isoniazide, indépendamment de leur résistance à d'autres antituberculeux classiques.

**Typhoïde:** fièvre éruptive causée par *Salmonella typhi*.

**Ulcère de Buruli:** ulcère cutané avec nécrose étendue du tissu graisseux sous-cutané dû à l'infection par *Mycobacterium ulcerans* ; tire son nom du district de Buruli en Ouganda, où il a été décrit pour la première fois.

**Urbanisation:** transformation d'un lieu rural qui lui donne le caractère d'une ville.

**Urgence humanitaire:** situation qui menace gravement la vie ou la qualité de vie d'un groupe de population.

**Vaccin:** toute préparation administrée dans le but de prévenir, atténuer ou traiter une maladie infectieuse en stimulant la formation d'anticorps contre certains agents pathogènes ou certaines toxines.

**Vaccination par le BCG (bacille Calmette-Guérin):** inoculation cutanée d'une suspension contenant une souche atténuée de *Mycobacterium tuberculosis* dans le but de prévenir la tuberculose.

**VIH/SIDA:** le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est l'agent étiologique, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est la maladie qu'il cause. Maladie mortelle et incurable chez l'homme qui comprend tout un ensemble d'infections et de cancers relativement spécifiques résultant de la destruction sélective d'une partie du système immunitaire par le virus.

**Virus:** agent infectieux de très petite taille qui ne peut se multiplier qu'au sein des cellules vivantes qu'il parasite.

**Vitamine A (supplémentation en):** doses de la substance organique normalement présente en très petites quantités dans les aliments naturels, administrées dans le but de traiter ou de prévenir une carence présentant un risque de cécité nocturne, de xérophtalmie, de dermatose, de vulnérabilité à l'infection et de retard de croissance.

#### Bibliographie:

Chalmer's Dictionary. Larousse. 1995.

Dorland's Illustrated Medical Dictionary 24th ed. W.B. Philadelphia and London: Saunders Company, Philadelphia and London; 1965.

Last JM (editor). A dictionary of epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1988.

Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, OMS. Série de Rapports techniques 894. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Organisation mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé [whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

*Statistiques sanitaires mondiales 2006*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2006.

*Rapport sur la santé dans le monde 2001 — La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2001.

# Index

Les pages qui renvoient aux figures, tableaux et encadrés sont indiquées en italiques et celles qui renvoient à l'annexe statistique (pages 129-148) en gras. Tous les pays de la Région africaine de l'OMS étant cités dans les annexes, il n'en n'est pas fait mention dans l'index. Les définitions des catégories statistiques employées dans l'annexe se trouvent dans les « notes explicatives » (pages 149-157) et les définitions et explications des termes employés tout au long du rapport dans le « glossaire » (pages 158-162).

- A**  
accidents de la route, décès 67-68  
adolescentes enceintes 22  
affections de la cavité buccale 72-73  
aflatoxines 91  
**Afrique du Sud**  
baromètre sanitaire de district 112  
causes de décès 66  
crise des personnels de santé 117  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
inventaires des établissements de santé 113  
loi sur les produits du tabac 73  
*Massive Effort Campaign* 50  
médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
mortalité maternelle et infantile 17  
politique de santé mentale 72  
prévalence de la tuberculose 48  
prévalence du VIH 45  
proTEST, Initiative 50  
Projet « villes-santé » 90  
sécurité transfusionnelle 115-117  
soins de santé, communautés isolées 108  
tuberculose/co-infection par le VIH 50  
VIH/SIDA 23  
**Afrique subsaharienne**  
cécité, augmentation des cas 69-70  
croissance économique 5, 6  
mortalité maternelle 19  
paludisme 38  
source d'eau, amélioration 98  
VIH/SIDA 58  
*voir aussi* les différents pays  
aide financière 123  
**Algérie**  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
facteurs de risque des maladies 65  
financement de la santé, ressources extérieures 121-123  
médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
méthode de surveillance STEPS, maladies non transmissibles 77, 78  
prévention des accidents de la route 67-68  
alimentation saine 78, 74-75  
allaitement 24  
Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination 27-30  
Alliance pour l'élimination du trachome d'ici l'an 2020 (GET 2020) 69-70  
amodiaquine 52  
analyse des risques maîtrise des points critiques (HACCP) 91, 99, 100,  
**Angola**  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
dépistage du cancer du col 77  
mines terrestres, réadaptation des victimes 68  
pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94  
politique de santé mentale 72  
poliomyélite 94  
années de vie perdues  
maladies non transmissibles **135**  
maladies transmissibles **135**  
traumatismes **135**  
artéméter-luméfanantrine 53, 54  
*Artemisia annua*, culture 11, 54, 114, 115  
association médicamenteuse comportant de l'artémisinine 53, 54, 53-54  
aspirine 76  
assainissement 86-87  
amélioration 86  
Ateliers mondiaux Salm-Surv 98
- B**  
BCG (bacille Calmette-Guérin) vaccination, tuberculose 50  
**Bénin**  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
prévention des accidents de la route 67-68  
salubrité des aliments 98  
sécurité transfusionnelle 115-117  
bilharziose *voir* schistosomiase  
**Botswana**  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
hygiène alimentaire, écoliers 99  
mortalité maternelle et infantile 17, 27  
prévalence de la tuberculose 48  
salubrité des aliments, surveillance 99  
sécurité transfusionnelle 115-117  
soins de santé à domicile 121  
VIH/SIDA 23  
brûlures 67  
**Burkina Faso**  
criquets, perte des récoltes 94  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
salubrité des aliments, surveillance 99  
VIH/SIDA, traitement de première intention 47  
**Burundi**  
Association nationale de Soutien aux Séropositifs (ANSS) 46  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
examen des soins de santé 109  
migration des agents de santé 119  
pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94  
prévalence du VIH 45  
réduction de la pauvreté 6  
Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH/SIDA 46  
sécurité transfusionnelle 115-117  
Société burundaise des Femmes contre le SIDA en Afrique 46  
VIH/SIDA, traitement de première intention 47

# C

## Cameroun

- amélioration de l'assainissement 98
  - contamination des aliments, recherche 99
  - crise des personnels de santé 117
  - dépenses publiques de santé par habitant 124
  - Méthode de surveillance STEPS, maladies non transmissibles 77
  - migration des agents de santé 119
  - politique de santé mentale 72
  - Projet «villes-santé» 90
  - réduction de la pauvreté 6
  - VIH/SIDA, antirétroviraux 47
- cancer(s)
- de la cavité buccale 72-73
  - des poumons 66
  - du col de l'utérus 67, 77
  - du côlon 66
  - du foie 66-67
  - du pharynx 72
  - taux de mortalité par cause standardisée selon l'âge **135**

## Cap-Vert

- dépenses publiques de santé par habitant 124
- carence
- en fer 65
  - en vitamine A 29, 65

## cataracte 69

## cécité 69-70

- des rivières (onchocercose) 42-43, 57

## chloroquine 52, 53, 114

## choléra 55

## Commission du Royaume-Uni pour l'Afrique 9, 123

## Comores

- dépenses publiques de santé par habitant 124

## Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (1994) 24

## conflits

- prévention et gestion 95-96
- santé génésique 22

## Congo

- décès dus à la guerre 93
- dépenses publiques de santé par habitant 124
- hygiène alimentaire, écoliers 99
- marchés alimentaires sains 99
- Méthode de surveillance STEPS, maladies non transmissibles 77, 78
- migration des agents de santé 119
- prévalence de la tuberculose 48
- Projet «villes-santé» 90
- salubrité des aliments 99
- violence sexuelle 93

## Consommation excessive d'alcool 69, 72, 75

## Contraceptifs

- couverture contraceptive **142**
- utilisation des préservatifs chez les jeunes (15-24 ans) **141**

## Côte d'Ivoire

- dépenses publiques de santé par habitant 124
  - étude de l'ONUSIDA 48
  - migration des agents de santé 119
  - pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94
  - sécurité transfusionnelle 115-117
- criquets, perte des récoltes 94

# D

## DDT 87-88

- décennies sur l'eau de boisson 86

## déchets industriels 87-89

*voir aussi* pollution

## Déclaration d'Abuja 8, 51, 122

## Déclaration de Gaborone 123

## dénutrition 65-66

- dépenses publiques de santé par habitant 124

## développement économique

- investissement dans la santé 6-7, 7, 8
- maladies infectieuses 37-38
- VIH/SIDA 7

## diabète sucré, type-2 66

## diarrhée

- enfants (de moins de 5 ans)
  - mortalité **135**
  - thérapie par réhydratation orale (TRO) **143**

## données fiables 112-113

## DOTS, stratégie de lutte contre la tuberculose 49

## dracunculose 40, 41, 57

## drépanocytose 71-72

## droit à la vue 70

## dysenterie 55

# E

## eau et assainissement 86-87

- accès à un meilleur système d'assainissement **141**

- accès à des sources d'eau meilleures **141**

## initiative AFRIQUE 2000 86

## décennies sur l'eau de boisson 86

## OMD 7 : eau et assainissement 98

## participation à l'amélioration de l'hygiène et de l'environnement (PHAST) 86

## solutions durables 96-97

## enfants,

## cécité 69

## diarrhée **135, 143**

## infection respiratoire aiguë **143**

## insuffisance pondérale **140**

## à la naissance **140**

## malades xviii, 28, 26-30

## moustiquaires imprégnées d'insecticide, utilisation par les enfants **143**

## OMD 4 : santé de l'enfant 18

## retard de croissance **138-139, 140**

## surcharge pondérale **140**

## traitement du paludisme **143**

## vitamine A, supplément **143**

*voir aussi* mortalité

## enquête mondiale sur les jeunes et le tabac 66

## enquêtes

## démographiques et sanitaires (DHS) 110

## en grappe à indicateurs multiples (MICS) 110

## épidémies 55-56, 93

## épilepsie, réinsertion des épileptiques 75

## Erythrée

- dépenses publiques de santé par habitant 124

## famine 96

## Méthode de surveillance STEPS, maladies non transmissibles 77, 78

## paludisme, efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide 52

## pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94

## systèmes d'information sanitaire 110

## espérance de vie

## à la naissance **134**

## en bonne santé (EVBS) **134**

## et VIH/SIDA xix

homme vs femmes 4

## Ethiopie

famine 96

dépenses publiques de santé par habitant 124

médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114

paludisme, traitement 53

pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94

politique de santé mentale 72

prévalence de la tuberculose 48

Projet « villes-santé » 90

tuberculose, qualité des médicaments 114

VIH/SIDA, traitement de première intention 47

## F

fièvre

de Lassa 55

jaune 55

vaccin 29

fièvres hémorragiques 39

filariose lymphatique 39

financement de la santé 5, 121-125

aide financière 123

attribution des ressources 124-125

dépenses de sécurité sociale 147

dépenses privées 147

investissement et développement économique 7, 6-7

OMS-CHOICE 124-125

participation financière des usagers 124,

ressources extérieures 121-123

statistiques des dépenses 146-148

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme 46

## G

### Gabon

dépenses publiques de santé par habitant 124

examen des soins de santé 109

migration des agents de santé 119

paludisme, qualité des médicaments 114

### Gambie

dépenses publiques de santé par habitant 124

maladies génétiques 71-72

migration des agents de santé 119

systèmes d'information sanitaire 110

### Ghana

amélioration de l'assainissement 98

approche sectorielle 109

crise des personnels de santé 117

dépenses publiques de santé par habitant 124

médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114

migration des agents de santé 119

paludisme

qualité des médicaments 114

coûts des soins de santé 123

praticiens traditionnels, contrôle 74

réduction de la pauvreté 6

salubrité des aliments 97

surveillance 99

santé mentale, législation 74

systèmes d'assurance maladie 106

tuberculose, qualité des médicaments 114

glaucome 69

guerre et conflits civils 92-94

## Guinée

dépenses publiques de santé par habitant 124

dépistage du cancer du col 77

## Guinée-Bissau

dépenses publiques de santé par habitant 124

salubrité des aliments, surveillance 99

## Guinée équatoriale

dépenses publiques de santé par habitant 124

réduction de la pauvreté 6

## H

*Haemophilus influenzae* type B, vaccin 29

hépatite B

et cancer du foie 67

sécurité transfusionnelle 115-117

vaccin 29

hépatite C

et cancer du foie 67

sécurité transfusionnelle 115-117

hépatite E 55

huile de soja 74

hypertension 65

## I

infection respiratoire aiguë (IRA)

enfants de moins de 5 ans 143

Initiative « 3 millions d'ici 2015 » 45

Initiative Afrique 2000 86, 96-97

Initiative de l'OMS Pour une grossesse à moindre risque (1999) 24, 32

Initiative Médicaments contre les maladies négligées (2003) 56

Initiative mondiale contre l'ulcère de Buruli 56

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (1988) 43

Initiative pour accélérer l'accès aux médicaments (2000) 47

Initiative pour la maternité sans risque 17, 24

*Intermediate Technology Development Group* (ITDG) 88

isoniazide 50, 114

## J

Journée mondiale de la Santé 2005 17

## K

### Kenya

accidents de la route, prévention 67-68

dépenses publiques de santé par habitant 124

Initiative pour la Maternité sans risque 17, 24

inventaires des données sanitaires 113

médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114

migration des agents de santé 119

paludisme, efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide 52

prévention de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations 88

prévalence de la tuberculose 48

Projet « villes-santé » 90

salubrité des aliments, surveillance 99

système d'assurance maladie 106

## L

législation sur les normes alimentaires 74-75, 78

leishmaniose viscérale 56

lèpre 40, 41-42, 57

leptospirose 55

#### Lesotho

crise des personnels de santé 117  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
mortalité des moins de 5 ans 20  
prévalence de la tuberculose 48

#### Libéria

dépenses publiques de santé par habitant 124  
famine 96  
pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94  
situation d'après conflit et santé mentale 92  
violence sexuelle 93

#### lutte contre les maladies

affections de la cavité buccale 72-73  
drépanocytose 71-72  
épidémies 55-56, 93  
maladies  
cardio-vasculaires 65, 76  
chroniques 4  
génétiques 71-72  
infectieuses 38-43  
négligées 56  
non transmissibles 63-79

## M

#### Madagascar

dépenses publiques de santé par habitant 124  
migration des agents de santé 119

#### maladie du sommeil 56

#### maladies

cardio-vasculaires 65, 76  
taux de mortalité par cause standardisée selon l'âge **135**  
chroniques 4  
infectieuses  
et développement économique 37-38  
stratégies de lutte 38-43  
négligées 56  
non transmissibles 63-79  
années de vie perdues **135**  
facteurs de risque 64  
méthode de surveillance STEPS 77, 78  
mortalité **135**  
nouvelle menace 64, 63-65  
taux par cause standardisée selon l'âge **135**  
vs transmissibles 5  
taux de mortalité 8  
transmissibles, années de vie perdues **135**  
*voir aussi* les différentes maladies

#### Malawi

crise des personnels de santé 117, 118  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
lutte contre la schistosomiase 39, 97  
migration des agents de santé 119  
mortalité des moins de 5 ans 20  
prévalence de la tuberculose 48

#### Mali

criquets, perte des récoltes 94  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
fièvre hémorragique, virus Marburg 39, 94  
financement des soins de santé maternels 32  
médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
migration des agents de santé 119  
mouvements de population 93-94

paludisme, qualité des médicaments 114

politique de santé mentale 72

prévalence du VIH 45

santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant 30

VIH/SIDA, traitement de première intention 47

#### maternité

adolescentes enceintes 22

mortalité 17-19, 18, 19, 21-22

OMD 5 : santé maternelle 19

santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant 30, 31

#### Maurice

dépenses publiques de santé par habitant 124

diabète sucré, type-2 66

mode de vie sain 74

santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant 30, 31

santé génésique, indicateurs 11

#### Mauritanie

criquets, perte des récoltes 94

dépenses publiques de santé par habitant 12

financement des soins périnataux 32

soins de santé

examen 109

VIH/SIDA, traitement de première intention 47

#### médicaments essentiels

améliorer l'accès 113-114

politiques nationales 113

prix 113-114

#### méningite 55

mines terrestres, réadaptation des victimes 68

#### mode de vie

changement 74-75, 78

obésité et dénutrition 65-66, 76

tabous en matière de nutrition 19

#### mortalité

causes, selon l'âge 69

moins de 1 an **134**

moins de 5 ans **134, 135, 138**

suivant la cause

collecte des données 111

infantile 26, 48, **134, 135**

maternelle 17-19, 18, 19, 21-22, **134**

moins de 5 ans 17-18, 18, 20, 21, 26, **134**

néonatale 19, 19-20, **134, 135**.

taux 8

tuberculose, parmi les VIH-négatifs **135**

tuberculose, parmi les VIH-positifs **135**

VIH/SIDA **135**

taux de mortalité des adultes (15-60 ans) **134**

taux standardisé selon l'âge

cancer **135**

maladies cardio-vasculaires **135**

maladies non transmissibles **135**

traumatismes **135**

#### moustiquaires imprégnées d'insecticide

efficacité 51-52

utilisées par des enfants (moins de 5 ans) **143**

#### Mozambique

hygiène alimentaire, écoliers 99

dépenses publiques de santé par habitant 124

marchés alimentaires sains 99

mortalité des moins de 5 ans 20

paludisme, qualité des médicaments 114

pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94

prévalence de la tuberculose 48  
Projet «villes-santé» 90  
soins de santé, approche sectorielle 109  
mutilations génitales féminines 19, 24  
mycotoxines 90-91

## N

naissances

accoucheuses 27, **139, 142**  
par césarienne **143**

Namibie

crise des personnels de santé 117  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
mortalité des moins de 5 ans 20  
prévalence de la tuberculose 48  
Projet «villes-santé» 90  
sécurité transfusionnelle 115-117

Niger

criquets, perte des récoltes 94  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94  
prévalence du VIH 45  
Projet «villes-santé» 90  
systèmes d'information sanitaire 110

Nigéria

dépenses publiques de santé par habitant 124  
éradication de la dracunculose 40  
éradication de la lèpre 40  
médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
migration des agents de santé 119  
ordures ménagères 89  
prévalence de la tuberculose 48  
promouvoir de bonnes habitudes alimentaires 75  
réduction de la pauvreté 6  
système d'assurance maladie 106

noma 72-73

Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) 9, 122  
noyades 67

## O

obésité 65-66, 76

adultes (plus de 15 ans) **140**  
vs dénutrition 65-66

objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 5, 10

OMD 1 : pauvreté 6, 85-86  
OMD 4 : santé de l'enfant 18  
OMD 5 : santé maternelle 19  
OMD 6 : VIH/SIDA, paludisme et autres maladies 38, 58  
OMD 7 : eau et assainissement 98  
OMD 8 : partenariat mondial pour le développement 10

OMS

Commission Macroéconomie et Santé 5, 122  
Projet CHOICE 124-125  
Région africaine

introduction xvii-xix

Etats Membres xix, **130**

voir aussi initiatives mondiales

onchocercose 42-43, 57, 69

Programme africain de lutte contre l'onchocercose (1995) 42

Programme de lutte contre l'onchocercose (1974) 42

ordures ménagères 89

Organisation de l'Unité africaine (OUA) 9

Organisation mondiale du Commerce xvii

Ouganda

accidents de la circulation routière 68  
crise des personnels de santé 117, 120  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
jeunes fumeurs 66  
inventaires des établissements de santé 113  
médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
personnes déplacées 94  
prévalence de la tuberculose 48  
réduction de la pauvreté 6  
santé de la mère et du nouveau-né 30  
SIDA, soins simplifiés 122  
soins de santé, approche sectorielle 109  
tuberculose, qualité des médicaments 114

## P

paludisme 7, 38, 51-55

*Artemisia annua* 11

changement de politique médicamenteuse 54

coûts des soins de santé 123

Déclaration d'Abuja 51

*Massive Effort Campaign*, Afrique du Sud 50

mortalité, enfants (de moins de 5 ans) **135**

moustiquaires imprégnées d'insecticide  
efficacité 52, 51-52

utilisées par des enfants (moins de 5 ans) **143**

OMD 6 : VIH/SIDA, paludisme et autres maladies 38, 58

prévalence 51

prix du traitement 53, 54, 55, 57

pulvérisation d'insecticide 52

qualité des médicaments 114

résistance aux médicaments 52-53

traitement du paludisme, enfants de moins de 5 ans **143**

papillomavirus humain 67

paralysie flasque aiguë 43

Partenariat mondial pour le développement : OMD 8 10

Partenariat pour une maternité sans risque et la santé  
du nouveau-né (2005) 24

Participation à l'amélioration de l'hygiène et de  
l'environnement (PHAST) 86, 96-97, 100

pauvreté

et mauvaise santé xviii, 3-4

OMD 1 : pauvreté 6, 85-86

population vivant en dessous du seuil de **133**

réduction 94-95

peste 55

pesticides 90

planification familiale 26

pneumonie

mortalité, enfants (de moins de 5 ans) **135**

*Pneumocystis jiroveci* 47-48

poliomyélite (polio) 41, 43, 57, 94

cas confirmés **136-137**

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (1988) 43

réseau régional des laboratoires de la poliomyélite de la Région africaine 43

pollution 87-89

chimique 87-89

de l'air à l'intérieur des habitations 87, 87

polychlorobiphényles 89

populations **132**

pouvoir d'achat, par Région 5

prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) 47  
prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) 17, 26-27  
produit intérieur brut (PIB) 3-4  
produit national brut, par habitant **133**  
programme sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (2002) 25  
programmes verticaux, systèmes des soins de santé 107-109  
ProTEST, Initiative 50

## R

### Rapport sur la santé dans le monde

2001 : *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* 65  
2002 : *Réduire les risques et promouvoir une vie saine* 81  
2003 : *Façonner l'avenir* 79  
2004 : *Changer le cours de l'histoire* 81  
2005 : *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* 17, 18  
2006 : *Travailler ensemble pour la santé* 117

registres de l'état civil 111  
repositionnement de la planification familiale 26

### République centrafricaine

dépenses publiques de santé par habitant 124  
examen des soins de santé 109  
famine 96  
migration des agents de santé 119  
pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94  
Projet «villes-santé» 90

### République démocratique du Congo

famine 96  
pays en phase de relèvement, soutien de l'OMS 94

### République du Congo voir Congo

### République-Unie de Tanzanie

*Artemisia annua*, culture 11, 54, 114, 115  
accident vasculaire cérébral 65  
coûts des systèmes de santé 105  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
dépistage du cancer du col de l'utérus 77  
diabète 76  
marchés alimentaires sains 99  
médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
migration des agents de santé 119, 120  
prévalence de la tuberculose 48  
projet tanzanien pour les interventions essentielles en matière de santé 11, 28  
salubrité des aliments, surveillance 99  
soins de santé  
approche sectorielle 109  
examen 109  
systèmes d'information sanitaire 110  
tuberculose, qualité des médicaments 114  
Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH/SIDA 46  
réseau de métrologie sanitaire 111  
réseau régional des laboratoires de la poliomyélite de la Région africaine 43  
ressources humaines 117-121  
voir aussi agents de santé  
ressources médicales 53, 54, 55, 57, 76-77  
revenu, par jour 5  
rifampicine 114  
risques pour la santé liés à l'environnement 85-86  
rougeole  
mortalité, enfants (de moins de 5 ans) **135**

vaccination 29-30, **139**

### Rwanda

dépenses publiques de santé par habitant 124  
financement de la santé, ressources extérieures 121-123  
inventaires des établissements de santé 113  
prévention des accidents de la route 67-68, 70  
sécurité transfusionnelle 115-117  
tuberculose, qualité des médicaments 114

## S

### Salmonella 90-91, 98

salubrité des aliments 90-91, 98-99

santé mentale 70-71, 72

législation 74-76

### Sao Tome et Principe

dépenses publiques de santé par habitant 124  
migration des agents de santé 119

schistosomiase 39, 97

Programme national de lutte contre les bilharzies, Malawi 97

scolarisation primaire **133**

sécurité transfusionnelle 115-117

sel, régler la quantité de sel dans les aliments 75

### Sénégal

amélioration de l'assainissement 98  
criquets, perte des récoltes 94  
crise des personnels de santé 117  
dépenses publiques de santé par habitant 124  
tuberculose, qualité des médicaments 114  
VIH/SIDA, traitement de première intention 47

### Seychelles

dépenses publiques de santé par habitant 124  
diabète sucré, type-2 66  
santé de la mère et du nouveau-né 30

SIDA voir VIH/SIDA

### Sierra Leone

dépenses publiques de santé par habitant 124  
prévalence de la tuberculose 48  
réduction de la pauvreté 6  
situation d'après conflit et santé mentale 92

situations d'urgence 92-94

Société burundaise des Femmes contre le SIDA en Afrique 46

soins de santé

agents de santé

accoucheuses **144**

agents de la santé publique et de l'environnement **145**

communautaires **145**

dentistes **144**

médecins **144**

migration 119

personnel infirmier **144**

personnel sanitaire, administratif et d'appui **145**

pharmaciens **145**

techniciens de laboratoire **145**

approche sectorielle 109-110

communautés isolées 108

coûts 3, 105

développement 107

enquête auprès des ménages 110

et VIH/SIDA 107

fiabilité des données 112-113

main d'œuvre 12

participation communautaire 30-31, 121

programmes verticaux 107-109  
 public vs privé 106-107  
 registres d'état civil 111  
 sensibilisation de l'opinion 77  
 systèmes de santé 105-126  
   avenir 125-126  
   définition 106  
   faiblesse 23, 105  
 soins prénatals 20-21, 27, **142**  
 solutions durables, eau et assainissement 96-97  
 Sommet du G8, 2005 10  
*Statistiques sanitaires mondiales 2006* **131**  
 statistiques sur les dépenses de santé **146-147**  
 Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation,  
 l'exercice physique et la santé 75  
 Stratégie mondiale pour l'alimentation du  
 nourrisson et du jeune enfant 27  
 stratégie pharmaceutique 113-114  
 Stratégie régionale de lutte contre la lèpre 41-42  
 sucre, quantités dans les aliments 75  
 sulfadoxine-pyriméthamine 52-54, 53, 114  
 surveillance intégrée de la maladie et de riposte (IDSR) 55  
 Swaziland  
   dépenses publiques de santé par habitant 124  
   prévalence de la tuberculose 48  
   sécurité transfusionnelle 115-117  
 syphilis  
   sécurité transfusionnelle 115-117  
 Système mondial de surveillance et d'évaluation de la  
 contamination des produits alimentaires (GEMS/FOOD) 98-99  
 Systèmes  
   d'assurance maladie 106  
   d'information sanitaires 110

## T

tabac  
   commercialisation 73, 78  
   usage du 66, 72, **141**  
 tabagisme 66, 72-73  
 tabous en matière de nutrition 19  
 Tanzanie *voir* République-Unie de Tanzanie  
 taux d'alphabétisation chez l'adulte **133**  
 taux de fécondité 26, **132**  
   adolescent **132**

## Tchad

criquets, perte des récoltes 94  
 dépenses publiques de santé par habitant 124  
 médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114  
 soins prénatals 23  
 tuberculose, qualité des médicaments 114  
 thérapie antirétrovirale (TARV) 45, 50, **143**  
   Initiative pour accélérer l'accès aux médicaments (2000) 47  
   prix 47, 46-47

thérapie par réhydratation orale, diarrhée **143**

## Togo

dépenses publiques de santé par habitant 124  
 Projet «villes-santé» 90  
 réinsertion des épileptiques 75  
 sécurité transfusionnelle 115-117  
 trachome 69-70  
 tradipraticiens 75-76  
 traumatismes  
   années de vie perdues **135**

mortalité, enfants (de moins de 5 ans) **135**  
 mortels 67-68  
 taux de mortalité par cause standardisée selon l'âge **135**  
 triméthoprime-sulfaméthoxazole 48  
 tuberculose 38, 48-51  
   BCG, vaccination 50  
   co-infection par le VIH 48-49, 50  
   détection des cas 38, **143**  
   diagnostic 49  
   incidence, Région OMS 58, **136**  
   *Massive Effort Campaign*, Afrique du Sud 50  
   prévalence **136**  
   ProTEST, Initiative 50  
   qualité des médicaments 114  
   souches polypharmacorésistantes 50  
   stratégie DOTS 49, 108, **143**

## U

ulcère de Buruli 56  
 urbanisation 89-90  
 utilisation de combustibles solides **141**  
 utilisation des préservatifs chez les jeunes (15-24 ans) **141**

## V

vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) 27, 29  
 vaccination 27-29  
   couverture 29, **142**  
   DTC3 29  
   fièvre jaune 29  
   *Haemophilus influenzae* type B 29  
   hépatite B 29  
   rougeole 29  
 variole 57  
 vecteurs, insectes 38-39, 42  
   maladies infectieuses 39, 42  
 VIH/SIDA xviii, 7, 23, 38, 44-48  
   Association nationale de Soutien aux Séropositifs (ANSS) 46  
   centres de connaissance régionaux 47  
   chez les jeunes 45  
   et les ressources du système de santé 107  
   et tuberculose 48-49, 50  
   incidence, Régions OMS 58  
   Initiative «3 millions d'ici 2005» 45, 107  
   Initiative pour accélérer l'accès aux médicaments (2000) 47  
   *Massive Effort Campaign*, Afrique du Sud 50  
   mortalité, enfants (de moins de 5 ans) **135**  
   mortalité infantile 48  
   OMD 6: VIH/SIDA, paludisme et autres maladies 38, 58  
   *Pneumocystis jiroveci*, pneumonie à 47-48  
   prévalence 44-45, **136-137**  
   prix 47, 46-47  
   sécurité transfusionnelle 115-117  
   soins simplifiés aux malades du SIDA 122  
   soutien psychosocial aux mères séropositives 25  
   taux de mortalité **135**  
   thérapie antirétrovirale (TARV) 45, 46-47  
   transmission mère-enfant 25, 48  
 viol 22, 44, 93  
 violence 67-68  
   sexuelle 22, 44, 93  
 virus Ebola 39  
 VISION 2020 70

# Z

## Zambie

- dépenses publiques de santé par habitant 124
- émigration des agents de santé 119
- soins de santé, approche sectorielle 109
- VIH/SIDA, traitement de première intention 47

## Zimbabwe

- crise des personnels de santé 117
- dépenses publiques de santé par habitant 124
- médicaments essentiels, enquête sur les prix 113-114
- paludisme, qualité des médicaments 114
- Projet «villes-santé» 90
- sécurité transfusionnelle 115-117
- service prénatal 23
- VIH/SIDA 23, 25

## Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique.

La santé des populations : le rapport sur la santé dans la Région africaine / Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique.

1.Santé publique. 2.Développement. 3.Délivrance soins. 4.Etat sanitaire. 5.Afrique. I.Titre.

ISBN 92 9 031 103 7

(NLM classification: WA 541.HA1)

ISBN 978 92 9 031 103 4

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation

Le présent rapport a été établi par une équipe du Bureau régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sous la direction générale du Dr Luis G. Sambo et du Dr Paul-Samson Lusamba. L'équipe a été coordonnée par les Docteurs Derege Kebede, Amidou Baba-Moussa et Doyin Oluwole ; elle était composée des Docteurs Rufaro Chatora, Alimata J. Diarra-Nama, Antoine Kabore, Chris Mwikisa et James Mwanzia. Les personnes suivantes ont également collaboré à l'établissement du rapport : les Docteurs Djamil Cabral, Colette Dehlot, Abayneh Desta, Antonio Filipe Jr, Jose Muthuri Kirigia, Allel Louazani, Magda Robalo, Moeti Matshidiso, Patience Mensah, Fidelis Morfaw, Seipati Mothebesoane-Anoh, Tigest Ketsela, Benjamin Nganda, Dosithee Ngo Bebe, Louis H. Ouedraogo, Martins Ovberedjo, Thebe A. Pule, Edoh Soumbe-Alley, Thomas Sukwa, Prosper Tumusiime et Rui Gama Vaz. L'équipe tient à remercier de leur concours les membres du personnel du Bureau régional OMS de l'Afrique dont les noms suivent : Thérèse Agossou, Sam Ajibola, Doris Durao, Wenceslas H. Kouvidila, Jennifer Nyoni, Jean Y. Ramde et Khoko Soumahoro.

L'élaboration et la mise en forme rédactionnelle du rapport ont été assurées par l'équipe du Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé : Saba Amdeselassie, Diane d'Arcis, Fiona Fleck, Laragh Gollogly, Sophie Guetaneh Aguetant, Gael Kernen, Hooman Momen, Brenda Morris, Ian G. Neil, Kaylene Selleck, Ramesh Shademani.

Les journalistes dont les noms suivent ont fourni des documents : Mawusi Afele (Ghana), Arthur Asimwe (Rwanda), Judith Basutuma (Burundi), Lauren Beukes (Afrique du Sud), Richard Brass (Royaume-Uni), Pam Chepki (République-Unie de Tanzanie), Phil Dickie (Suisse), Anil Gundooa (Maurice), Karen Iley (Angola), Pushpa Jamieson (Malawi), Douglas Kimani (Kenya), Pelekelo Liswaniso (Zambie), Peter Masebu (Sénégal), Rodrick Mukumbira (Botswana), Helen Nyambura (République-Unie de Tanzanie), Paul Okunlola (Nigéria), Abiodun Raufu (Nigéria), Tsitsi Singizi (Zimbabwe), Sarah Venis (Ethiopie), Charles Wendo (Ouganda), Jacqui Wise (Afrique du Sud).

L'équipe tient à remercier les membres du personnel de l'OMS dont les noms suivent : Samira Aboubaker, James Bartram, Robert Beaglehole, Michel Beusenberg, Zoe Brillantes, Jose Carlos Martinez, Carlos Corvalan, Timothy Evans, Michelle Funk, Maria Guraiib, Mie Inoue, Doris Ma Fat, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Zoe Matthews, Jane McElligott, Chandika Indikadahena, Quazi Monirul Islam, Federico Montero, Tunga Namjilsuren, Ariel Pablos-Mendez, Gilles Pomerol, Thomson Prentice, Shekhar Saxena, Kenji Shibuya, Laura Sminkey, Nadia Soleman, Tessa Tan-Torres, Michel Thieren, Phyllida Travis, Colin Tutuitonga, Nathalie Van de Maele, Mark van Ommeren, Jelka Zupan.

Elle tient également à remercier Don de Savigny et Kamran Abbasi de leur concours.

La traduction en français a été assurée par le Service de traduction du Siège de l'Organisation mondiale de la Santé.

Imprimé en Suisse.

### Pour plus d'informations sur cette publication, veuillez vous adresser à :

OMS – Bureau régional de l'Afrique  
Brazzaville/République du Congo