

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



RAPPORT
SUR LA SANTÉ
DANS LE MONDE
1999

Pour un réel changement



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



RAPPORT
SUR LA SANTÉ
DANS LE MONDE
1999

Pour un réel changement

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement.

1. Santé mondiale – orientations 2. Priorités en santé 3. Coût de la maladie
4. Accessibilité service santé 5. Justice sociale 6. Pauvreté 7. Prévision 8. Mortalité – orientations 9. Paludisme – prévention et contrôle 10. Tabagisme – prévention et contrôle
11. Organisation mondiale de la Santé I. Titre: Pour un réel changement

ISBN 92 4 256194 0 (Classification NLM: WA 540.1)
ISSN 1020-332X

L'Organisation mondiale de la Santé accueille favorablement des demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur tout changement apporté au texte, les nouvelles éditions envisagées et les réimpressions ainsi que les traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la Santé, 1999
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent, tableaux et cartes compris, n'impliquent de la part du Secrétariat 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.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Des renseignements sur cette publication peuvent être obtenus auprès du :
Rapport sur la Santé dans le Monde
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse
Fax: : (41 22) 791 4870

Le présent rapport a été élaboré par Dean T. Jamison, Andrew Creese et Thomson Prentice, avec l'aide d'une équipe restreinte composée de Emmanuela Gakidou, Mie Inoue et Michel Beusenberg. Ont également participé à ce travail, par ordre alphabétique, Howard Engers, Catherine Goodman, Emmanuel Guidon, Prabhat Jha, Kamini Mendis, David Nabarro, Jim Tulloch, Jia Wang et Derek Yach. Un certain nombre de personnes ont fait d'utiles observations, notamment Anarfi Asamoah-Baah, David Evans, Tore Godal, Joseph Kutzin, Alan Lopez, Christopher Murray, Richard Peto et Nicholas White, et des Directeurs régionaux de l'OMS, des Directeurs exécutifs et leurs personnels respectifs ont apporté une précieuse contribution.

L'appui administratif a été assuré par Aquilina John-Mutaboyerwa et Shelagh Probst. La mise au point rédactionnelle a été confiée à Barbara Campanini et Angela Haden, et la traduction en français à Barbara Audrin et Jean-Claude Guyonnet. L'index a été établi par Liza Weinkove et, pour l'édition française, par Laurent Gaidon.

L'ensemble du travail a été réalisé sous la direction générale de Jonas Støre, Directeur exécutif, Bureau du Directeur général, et Conseiller spécial; de Julio Frenk, Directeur exécutif, Bases factuelles et information à l'appui des politiques; et de Susan Holck, Directeur Gestion et diffusion de l'information sanitaire.

Le tableau "Femme au travail", oeuvre de M. Nuwa Wamala-Nnyanzi, du Nnyanzi Studio and Gallery of African Art, à Kampala, Ouganda, est reproduit sur la couverture avec l'aimable autorisation de l'artiste.

Conception graphique: Marilyn Langfeld. Présentation graphique: GRA/OMS
Imprimé en France
99/12368 – Sadag – 7000

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	vii
Progrès et défis	viii
Une stratégie collective pour l'OMS	xii
Améliorer les résultats sanitaires	xii
Appuyer le développement du secteur de la santé	xv
Approche plus stratégique de nos activités dans et avec les pays	xvii
Mise en place de partenariats plus influents	xix
Repositionnement de l'OMS pour le XXI ^e siècle	xx
<hr/>	
PREMIÈRE PARTIE	
POUR UN RÉEL CHANGEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES GENS : SUCCÈS ET DÉFIS	xxiii
CHAPITRE 1 : SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT AU XX ^e SIÈCLE	1
La révolution sanitaire du XX ^e siècle	1
Le déclin accéléré de la mortalité	2
La transition démographique	3
Les sources de l'abaissement de la mortalité	5
Santé et productivité économique	8
Etudes macroéconomiques	8
Analyses microéconomiques	10
Incidences multiples de la santé	12
CHAPITRE 2 : LE DOUBLE FARDEAU : NOUVELLES ÉPIDÉMIES ET PROBLÈMES PERSISTANTS	15
Épidémies émergentes de maladies non transmissibles et de lésions traumatiques	16
Maladies non transmissibles	17
Lésions traumatiques	20
Les problèmes persistants : maladies infectieuses et incapacités et mortalité maternelles et infantiles	21
Le programme inachevé	22
Le problème des maladies persistantes et évolutives	24
La charge évitable de morbidité	26
<hr/>	
DEUXIÈME PARTIE	
POUR UN RÉEL CHANGEMENT AU XXI ^e SIÈCLE	33
CHAPITRE 3 : RELEVER LES DÉFIS : DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ	35
Pour une meilleure efficacité	38
Définition des priorités	40
Repenser les incitations destinées aux prestataires	41

Reprendre la marche vers une couverture universelle	43
Partage des risques	43
Couverture des soins de santé	44
Choix politiques	46
Un nouvel universalisme	49
Prévoir l'avenir : rôle de la recherche-développement	51
CHAPITRE 4 :	
FAIRE RECULER LE PALUDISME	55
Le problème du paludisme	55
L'impact sanitaire	55
L'impact économique	57
Aspects divers et caractère évolutif de la maladie	58
La lutte antipaludique : passé, présent et avenir	60
Les stratégies de lutte, des années 1950 aux années 1990	60
Technologie actuellement disponible pour des interventions efficaces	62
Futures stratégies de lutte et recherches nécessaires	66
Un programme mondial visant à faire reculer le paludisme	69
CHAPITRE 5 :	
LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME	73
Répercussions du tabagisme sur la santé et l'économie	73
Effets du tabac sur la santé	74
Répercussions économiques	76
Obstacles à la lutte antitabac	76
Manque d'information sur les risques	76
Dépendance engendrée par la consommation de tabac	78
Enormes profits réalisés par le commerce du tabac	80
Principes de la lutte	81
Créer un environnement dans lequel la population est suffisamment informée	82
Utilisation des taxes et de la réglementation pour faire baisser la consommation	83
Inciter les fumeurs à renoncer au tabac	84
Mettre en place des associations antitabac et désamorcer l'opposition aux mesures de lutte antitabac	84
Résultats obtenus par certains pays dans la lutte antitabac	85
L'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac	87
CHAPITRE 6 :	
POUR UN RÉEL CHANGEMENT	91
<hr/>	
TROISIÈME PARTIE	
ANNEXE STATISTIQUE	95
Notes explicatives	96
Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour tous les Etats Membres	100
Tableau 2 de l'annexe Mortalité par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998	108

Tableau 3 de l'annexe	Charge de la maladie par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998	114
Tableau 4 de l'annexe	Principales causes de mortalité et de morbidité, estimations pour 1998	120
Tableau 5 de l'annexe	Caractéristiques démographiques des Régions OMS, estimations pour 1978 et 1998	121
Tableau 6 de l'annexe	Performance de certains pays pour le taux de mortalité infantile et l'espérance de vie des femmes : résultats par rapport au revenu, 1952-1992	122
Tableau 7 de l'annexe	Performance de certains pays pour l'équité : conditions sanitaires des groupes avantagés et désavantagés, vers 1990	124
Tableau 8 de l'annexe	Paludisme : ampleur du problème par âge, sexe et Région OMS, estimations pour 1998	125
Tableau 9 de l'annexe	Tabagisme : ampleur du problème par sexe et Région OMS, estimations pour 1998	125
Tableau 10 de l'annexe	Tuberculose : ampleur du problème par sexe et Région OMS, estimations pour 1998	126

INDEX 127

TABLEAUX

Tableau 1.1	Espérance de vie à la naissance vers 1910 et en 1998, dans quelques pays	2
Tableau 1.2	Sources de réduction de la mortalité, 1960-1990	6
Tableau 2.1	Etat de santé des pauvres par rapport aux non-pauvres dans un échantillon de pays, vers 1990	22
Tableau 5.1	Tabac : mortalité et charge de morbidité dues à la consommation de cigarettes, par Région OMS	75
Tableau 5.2	Les dix premières sociétés de l'industrie du tabac, 1997	80
Tableau 5.3	Objectifs et principes des politiques de lutte contre le tabagisme	81
Tableau 5.4	Principes directeurs pour les politiques de lutte contre le tabagisme de différents pays	82

FIGURES

Figure 1.1	Distribution par âge des décès au Chili, cohortes de 1909 et 1999, femmes	2
Figure 1.2	Baisses de la fécondité par Région OMS, 1950 et 1998	3
Figure 1.3	Distribution de la population de la Région de l'Asie du Sud-Est, par âge et par sexe, 1950, 2000 et 2050	4
Figure 1.4	Rôle de l'amélioration des revenus dans la réduction des taux de mortalité infantile	5
Figure 1.5	Liens entre la santé et le revenu	12
Figure 2.1	Distribution des décès par cause dans deux cohortes du Chili, en 1909 et en 1999	15
Figure 2.2	Les nouveaux défis : AVCI dues à des maladies non transmissibles dans les pays à faible ou moyen revenu, estimations pour 1998	17
Figure 2.3	Les nouveaux défis : AVCI dues à des accidents traumatiques dans des pays à faible ou moyen revenu, estimations pour 1998	21
Figure 2.4	Distribution de la probabilité de décès dans un échantillon de pays, vers 1990	22
Figure 2.5	AVCI dues à des maladies encore invaincues dans des pays à faible ou moyen revenu, estimations pour 1998	23
Figure 2.6	Mortalité infantile liée au revenu	27
Figure 2.7	Réductions de la transmission du poliovirus sauvage entre 1988 et 1998	27
Figure 3.1	Taux de mortalité infantile par rapport au revenu, Chine, 1962-1992	38
Figure 3.2	Couverture vaccinale mondiale, 1987-1997	43

Figure 3.3	Qui assume le risque financier des soins de santé ? Effet des divers types de financement et systèmes de rémunération des prestataires	44
Figure 3.4	Couverture de la population chinoise par l'assurance-maladie, 1981 et 1993	45
Figure 3.5	Financement, socialisation des risques et type de couverture	47
Figure 3.6	Possibilités de s'acheminer vers des services de santé prépayés	48
Figure 4.1	Risque de paludisme à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne en fonction de la densité de population et du climat	58
Figure 4.2	Rapport coût/efficacité de certaines interventions de lutte antipaludique dans un pays africain à faible revenu, en 1995 (en US \$)	64
Figure 4.3	Coûts comparés de certaines interventions de lutte antipaludique : coût total d'une couverture universelle de la population en pourcentage du budget de la santé du secteur public d'un pays africain à faible revenu	65
Figure 5.1	Décès prématurés dus à l'usage du tabac, projections pour 2000-2024 et 2025-2049	74
Figure 5.2	Tendances de la consommation de cigarettes par habitant, 1971, 1981 et 1991	75
Figure 5.3	Age du début de la dépendance à l'égard de la nicotine, Etats-Unis d'Amérique, 1991	79

ENCADRES

Encadré 1.1	Les déterminants multisectoriels de la santé	7
Encadré 1.2	Evaluation des liens entre santé et productivité : une initiative de l'OPS	10
Encadré 1.3	Facturation aux usagers, résultats sanitaires et participation de la main-d'oeuvre : étude indonésienne	11
Encadré 2.1	La part croissante des maladies neuropsychiatriques dans la charge globale de la maladie	18
Encadré 2.2	Les maladies cardiovasculaires dans la Méditerranée orientale	19
Encadré 2.3	Inégalités en matière de santé, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni	20
Encadré 2.4	Evolution microbienne – évolution permanente de la menace de maladies infectieuses	24
Encadré 2.5	La tuberculose dans le Pacifique occidental	25
Encadré 2.6	La tuberculose et l'initiative "Halte à la tuberculose"	28
Encadré 2.7	Lutte contre le VIH/SIDA en Asie du Sud-Est : nécessité d'étendre les programmes ayant donné de bons résultats	30
Encadré 3.1	Des rapports qui ont influé sur l'évolution des systèmes de santé	36
Encadré 3.2	Avantages macro-économiques et sanitaires d'une assurance-maladie obligatoire et universelle : l'expérience canadienne	46
Encadré 3.3	Financement public des systèmes de santé : opinions convergentes des organismes de développement	50
Encadré 3.4	Investir dans la recherche-développement en santé pour les pauvres : Forum mondial de la recherche en santé	52
Encadré 4.1	La mortalité liée au paludisme au XX ^e siècle	56
Encadré 4.2	Les leçons à tirer de l'expérience de la lutte antipaludique	61
Encadré 4.3	La lutte contre le paludisme en Afrique	62
Encadré 4.4	Initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique	67
Encadré 4.5	Mise au point d'un vaccin antipaludique	68
Encadré 4.6	Comment fonctionnera le programme Faire reculer le paludisme	70
Encadré 5.1	Aspect économique de la lutte contre le tabagisme	77
Encadré 5.2	Vers une Europe sans tabac	83
Encadré 5.3	Activités de l'initiative Pour un monde sans tabac	88

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Au mois de mai de cette année, des ministres de la santé et autres dirigeants du monde entier vont se réunir à Genève pour la dernière Assemblée mondiale de la Santé avant l'an 2000. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – Pour un réel changement* passe en revue les progrès et défis de la situation sanitaire dans le monde et met en lumière leurs conséquences pour l'approche, les priorités et les activités de l'OMS dans les années à venir.

Le monde aborde le XXI^e siècle avec un mélange d'espoir et d'incertitude. Des progrès remarquables ont été faits dans les domaines de la santé, de la croissance économique et de la science, dont les avancées ont été sans précédent, et cet héritage du XX^e siècle pourrait faire du XXI^e une nouvelle ère de progrès. Toutefois, le XX^e siècle nous lègue aussi de graves problèmes qui sont une source d'incertitude et qui nous obligent à redoubler d'effort. Les conflits régionaux faisant suite aux guerres mondiales de la première moitié du XX^e siècle sont une source constante de souffrances. La grande misère est encore trop fréquente et il nous reste à prouver que nous pouvons maintenir un environnement sain. La Déclaration universelle des droits de l'homme, qui date maintenant d'un demi-siècle, demeure pour trop de nos semblables un simple mirage. L'épidémie de VIH/SIDA se propage encore de façon incontrôlée dans une grande partie du monde et nous avertit de ce qui pourrait arriver si nous faisons preuve de la même négligence à l'égard d'autres menaces microbiennes encore inconnues.

Nous pouvons apporter un réel changement. Ceux d'entre nous qui consacrent leur vie à l'amélioration de la santé peuvent faire en sorte que l'espoir l'emporte sur l'incertitude au cours de ce prochain siècle. La santé humaine et son influence sur chaque aspect de l'existence sont un élément essentiel de la situation générale.

Les auteurs du rapport sont d'avis que, s'il est efficacement dirigé par des leaders clairvoyants et énergiques, le monde pourrait accomplir, au cours de la première décennie du XXI^e siècle, de remarquables progrès. Un grand nombre de pauvres ne seraient alors plus exposés aux décès prématurés et aux trop nombreuses incapacités qui les frappent aujourd'hui, et la misère elle-même aurait nettement reculé. L'espérance de vie en bonne santé aurait progressé pour tous. Le tabagisme et autres risques pour la santé seraient devenus négligeables et la charge financière liée à la survenue de besoins médicaux impré-



Dr Gro Harlem Brundtland

vus serait équitablement répartie de sorte qu'aucun ménage n'aurait plus à faire face à des dépenses ruineuses. Quant aux systèmes de santé, ils seraient en mesure de répondre à des demandes de plus en plus diverses avec compassion, efficacité et un souci de qualité. Les progrès du XX^e siècle nous incitent à penser que de tels résultats sont réellement à notre portée.

Cette possibilité d'atteindre nos objectifs implique des responsabilités. En agissant de concert, nous pouvons transformer des vies actuellement gâchées par la maladie et la peur de la ruine économique en des vies régénérées par des espérances raisonnables. Je me suis engagée à repositionner la santé au coeur du programme mondial de développement, car c'est là qu'est sa place. Des investissements judicieux dans la santé peuvent se révéler être les stratégies les plus efficaces pour tirer les gens de la misère.

Le présent rapport soutient que les améliorations de la santé ont contribué dans le passé à accélérer le développement humain et économique et qu'il en sera ainsi à l'avenir.

J'ai toujours pensé que l'on ne peut pas faire vraiment évoluer la société si l'on ne saisit pas pleinement la dimension économique du problème. Je crois fermement que c'est ainsi que l'on a transformé "l'environnement", initialement la cause de quelques militants, en un problème de société auquel s'intéressent les principaux acteurs. On a d'abord rassemblé les bases factuelles scientifiques, puis analysé et chiffré les véritables coûts de la dégradation de l'environnement. Par la suite, les gouvernements et les parlements ont progressivement adopté des mesures incitatives pour modifier les comportements de l'industrie et des consommateurs. Il y a encore beaucoup à faire pour l'environnement et un développement durable, mais le mouvement est lancé.

Nous pouvons, nous aussi, prendre un nouveau départ lorsque nous aurons étudié et compris toutes les conséquences de la pauvreté. Pour l'OMS, cela implique une véritable inspiration. Nous allons collecter, analyser et diffuser toutes les données qui permettront d'établir qu'investir dans la santé est l'un des principaux moyens d'atténuer la pauvreté.

Nous ne devons cependant pas nous leurrer : il y aura des échecs et des difficultés. Un effort collectif accru va engendrer pour chacun d'entre nous et pour les institutions que nous représentons – nationales et internationales, publiques et privées – des obligations encore plus astreignantes. La tâche des dirigeants du XXI^e siècle consistera à réduire au minimum le temps nécessaire pour obtenir des résultats concrets d'une importance majeure. Leur direction devra être technique, politique et morale.

PROGRÈS ET DÉFIS

En 1978, une Conférence historique qui s'est tenue à Alma-Ata a défini comme suit le but de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : "... donner à tous les peuples du monde d'ici l'an 2000 un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive". Le présent rapport décrit comment, au cours des quelques décennies qui ont suivi la Déclaration d'Alma-Ata, l'espérance de vie a fait des progrès spectaculaires. Ces progrès s'ajoutent à ceux qui avaient été déjà réalisés par certains pays à la fin du XIX^e siècle. Dans les pays à haut revenu d'aujourd'hui, l'espérance de vie a augmenté de 30 à 40 ans au cours de ce siècle. La plupart des pays à bas revenu et à revenu intermédiaire ont enregistré des progrès encore plus remarquables, mais il y demeure des inégalités qui font peser une charge évitable sur les déshérités et prolongent ainsi leur pauvreté. Sous la direction de l'OMS, le monde a éradiqué la variole – l'une des maladies les plus dévastatrices de l'histoire – et, aujourd'hui, une partie importante de la population mondiale n'est qu'assez faiblement exposée à un risque quelconque de maladie infectieuse.

Ces acquis sanitaires ont transformé la qualité de la vie et créé des conditions qui favorisent une baisse suivie de la fécondité, d'où une évolution démographique favorable. Dans les pays en développement, par exemple, l'indice synthétique de fécondité – nombre d'enfants auquel on s'attend à ce qu'une femme donne naissance au cours de sa vie – s'est abaissé en passant de plus de six vers la fin des années 1950 à environ trois actuellement. Cette évolution sanitaire et démographique a directement contribué à propager dans le monde une rapide croissance économique qui, comme la révolution sanitaire, constitue une extraordinaire réalisation du siècle qui s'achève.

On peut donc affirmer qu'à bien des égards le monde a largement progressé vers une meilleure santé pour tous. L'inspiration et les orientations de la Conférence d'Alma-Ata, en mettant l'accent sur le rôle fondamental des soins de santé primaires, ont largement contribué à cette révolution sanitaire. La hausse constante du niveau de vie a également joué un rôle. Toutefois, l'acquisition et l'application de nouvelles connaissances sur les maladies et sur les moyens de les maîtriser ont été sans doute des facteurs encore plus importants, mais, en dépit des succès substantiels qu'ils ont permis d'accomplir, des problèmes et des défis demeurent.

Certains problèmes découlent de la réduction de la mortalité due aux maladies infectieuses et de la chute de la fécondité dont elle s'accompagne : ce sont précisément les succès de ces dernières décennies qui vont inexorablement entraîner une "transition démographique", c'est-à-dire le passage de sociétés traditionnelles dont presque tous les membres sont jeunes à des sociétés où l'effectif des personnes d'âge moyen et âgées augmente rapidement. Au cours de cette transition, le tableau de la morbidité change : des maladies comme les cancers, les cardiopathies, l'accident vasculaire cérébral et les troubles mentaux commencent à occuper le devant de la scène. Les interventions dont on dispose pour les combattre, y compris les mesures préventives, donnent des résultats moins spectaculaires que ceux obtenus dans la lutte contre la plupart des maladies infectieuses, et leur coût peut être très élevé.

En outre, ainsi que le montre le rapport, plus d'un milliard de personnes vont aborder le XXI^e siècle sans avoir profité de la révolution sanitaire : leur vie demeure brève et marquée par la maladie. Bien des pays doivent continuer à traiter ces maladies de la pauvreté tout en faisant face à un accroissement rapide des maladies non transmissibles : il leur faut ainsi assumer un double fardeau. Il existe même de nombreuses personnes qui ne sont pas pauvres, mais qui ne parviennent pas à réaliser tout leur potentiel sanitaire, car leur système de santé consacre ses ressources à des interventions d'un mauvais rapport coût/qualité ou coût/efficacité. Un nombre croissant de personnes renoncent à des soins essentiels ou les reportent, ou bien doivent assumer d'énormes charges financières pour faire face à des besoins imprévus de services coûteux. Les ministères de la santé et les pays en général continuent à affronter d'énormes problèmes, et de nouvelles difficultés surgissent sans cesse : on peut citer à cet égard l'émergence de l'épidémie de VIH, la menace d'une résurgence du paludisme ou l'ampleur et les conséquences inattendues de l'épidémie de tabagisme. La poursuite de l'objectif d'une meilleure santé pour tous est une tâche qui évolue sans cesse. Son succès entraînera un réel changement dans la qualité de la vie des habitants du monde entier. Pour les pauvres, il en résultera non seulement une amélioration de leur qualité de vie mais aussi une productivité accrue, ce qui permettra de s'attaquer à l'une des principales causes de la pauvreté.

En matière de santé, l'absence d'une ferme direction et d'un plaidoyer convaincant à l'échelle mondiale – éléments indispensables pour opérer un réel changement et porter les bases factuelles à la connaissance des plus hauts responsables de l'Etat – se fait cruellement

sentir. Nous devons rappeler aux premiers ministres et aux ministres des finances qu'ils sont eux-mêmes des ministres de la santé et qu'en investissant dans la santé des pauvres, on peut stimuler la croissance et atténuer la pauvreté. Les dirigeants doivent motiver et guider la communauté technique pour qu'elle applique les puissants instruments dont nous disposons aujourd'hui aux problèmes qu'il nous faut résoudre.

Examinons maintenant les défis à relever pour améliorer la santé dans le monde.

- D'abord, et surtout, *il est nécessaire de réduire largement la charge de surmortalité et de surmorbidité qui pèse sur les pauvres*. Le Comité d'aide au développement de l'OCDE s'est fixé pour cible de réduire de moitié le nombre de personnes vivant dans un complet dénuement d'ici l'an 2015. Cet objectif est réalisable, mais les gouvernements du monde entier devront d'abord modifier radicalement la manière dont ils utilisent leurs ressources. Il leur faudra se concentrer davantage sur les interventions que l'on sait devoir exercer un effet optimum sur la santé avec les moyens limités dont on dispose. Il leur faudra également accorder davantage d'attention à des maladies comme la tuberculose dont l'impact est principalement supporté par les pauvres, ainsi que le paludisme et le VIH/SIDA, aujourd'hui considérés comme des obstacles majeurs à la croissance économique.

Les femmes et les enfants pâtissent davantage de la pauvreté que les hommes : il est donc nécessaire d'investir davantage dans la réduction de la mortalité maternelle et de trouver des moyens d'améliorer la nutrition de la mère et de l'enfant. Réduire la charge de la surmortalité et de la surmorbidité signifie aussi revitaliser les programmes de vaccination et en étendre la couverture, car ils sont encore l'une des techniques les plus efficaces et les plus rentables dont nous disposons. L'élimination de la poliomyélite dans les Amériques au cours de la dernière décennie et les progrès considérables réalisés ailleurs dans la lutte contre cette maladie permettent d'espérer que la poliomyélite deviendra bientôt, comme la variole, une maladie du passé.

La nécessité de mettre l'accent sur la réduction de la charge de morbidité que supportent les pauvres ne concerne pas uniquement les gouvernements. Pour faire de réels progrès dans la lutte contre la grande pauvreté, il va nous falloir aussi mobiliser les énergies et les ressources du secteur privé et de la société civile. Nous devons définir clairement ce vers quoi le monde doit tendre et les ressources nécessaires à cet effet. Nous pensons qu'il serait opportun de définir collectivement des cibles nationales et internationales réalistes pour se procurer les ressources nécessaires, concentrer l'attention internationale sur les problèmes les plus importants et assurer un suivi convenable des progrès et des réalisations.

- Deuxièmement, *il est nécessaire de contrer les menaces potentielles pour la santé* qui résultent des crises économiques, d'environnements malsains ou de comportements à risque dont le plus inquiétant est l'accoutumance au tabac. Ce dernier ne pose pas seulement un problème dans le Nord : plus de 80% de tous les fumeurs vivent aujourd'hui dans des pays en développement. Un engagement mondial dans la lutte contre le tabagisme pourrait éviter des dizaines de millions de décès prématurés au cours du prochain demi-siècle et, en cas de succès, servir d'exemple pour combattre d'autres menaces.

En se préparant à réagir efficacement à de nouvelles infections et en freinant la propagation d'une résistance aux antibiotiques, on contribuera à éloigner la perspective d'une nette augmentation du risque de maladie infectieuse. Outre qu'elle permet de faire face à des menaces précises, la promotion de modes de vie sains est à la base d'une

stratégie préventive de limitation des risques : l'hygiène de l'air et de l'eau, un assainissement satisfaisant, une nourriture saine et des moyens de transport moins dangereux ont tous une grande importance et seront favorisés par une croissance économique régulière dans un monde où les femmes ont autant de chances que les hommes d'améliorer leur degré d'instruction.

- Troisièmement, *il est nécessaire de mettre en place des systèmes de santé plus efficaces*. Dans de nombreuses régions du monde, les systèmes de santé sont mal équipés pour satisfaire les demandes actuelles et, a fortiori, celles auxquelles ils devront faire face à l'avenir. Les problèmes institutionnels qui limitent les performances du secteur de la santé sont souvent communs à l'ensemble des services publics d'un pays; or, en dépit de leur importance, ils ont été relativement négligés par les gouvernements et par les organismes de développement.

Nous reconnaissons maintenant que des questions telles que les salaires et les incitations du secteur public, la définition des priorités et le rationnement, et la croissance incontrôlée du secteur privé figurent parmi les problèmes les plus délicats du programme international d'action sanitaire.

Le chapitre du présent rapport consacré au développement des systèmes de santé indique les changements apportés dans l'ensemble du monde, lesquels sont des moyens différents de résoudre différents problèmes. Les pressions qui s'exercent en faveur de tels changements donnent l'occasion de procéder aux réformes nécessaires. Toutefois, il convient pour cela de savoir dans quel sens doivent aller ces réformes. A mon avis, elles doivent être guidées essentiellement par le souci d'une meilleure santé pour tous. Ceci posé, il faut aussi définir clairement les caractéristiques souhaitables d'un bon système de santé. On s'attachera à mettre en place des systèmes de santé capables :

- d'améliorer la situation sanitaire;
- de réduire les inégalités dans le domaine de la santé;
- de mieux répondre aux attentes légitimes;
- d'améliorer l'efficacité;
- de protéger les individus, les familles et les communautés des pertes financières;
- d'améliorer l'équité du financement et de la prestation des soins de santé.

Il y a cependant des limites à ce que les gouvernements peuvent financer ainsi qu'à leur capacité de dispenser des services et de réglementer le secteur privé. Il faut donc se doter de politiques publiques qui tiennent compte de ces limites. Les gouvernements doivent continuer à se charger des grandes orientations, de la mise en place d'une réglementation appropriée et du financement, mais ils doivent chercher à la fois à diversifier les sources des services et à choisir des interventions qui, compte tenu des moyens que chaque pays décide d'y consacrer, donneront des résultats optimaux en matière de niveau de santé et permettront de les répartir le plus équitablement possible. Au niveau international, nous devons améliorer collectivement notre capacité d'aide humanitaire et de prise en charge des situations d'urgence complexes auxquelles les systèmes nationaux de santé sont incapables de faire face.

- Enfin, *il est nécessaire d'investir dans le développement de la base de connaissances* qui a rendu possible la révolution sanitaire du XX^e siècle et qui fournira les outils nécessaires pour continuer à progresser au XXI^e siècle. Les gouvernements des pays à haut revenu et les grandes sociétés pharmaceutiques axées sur la recherche consacrent actuellement

des ressources considérables aux activités de recherche-développement orientées vers les besoins des riches, et elles continueront à le faire.

Une grande partie de ces investissements profite à toute l'humanité, mais on relève au moins deux très graves lacunes. La première concerne la recherche-développement sur les maladies infectieuses qui sévissent principalement chez les pauvres, et l'autre la mise à jour systématique d'une base de données que les pays puissent consulter pour déterminer l'évolution de leur propre système de santé.

UNE STRATÉGIE COLLECTIVE POUR L'OMS

Les problèmes qui viennent d'être énumérés se posent à l'ensemble de la communauté mondiale, aux gouvernements comme aux organismes de développement. Bien que l'OMS soit le chef de file de l'action sanitaire internationale, il faut reconnaître qu'un tel programme est trop vaste pour une seule organisation. Nous devons donc être réalistes et commencer à déterminer comment l'OMS peut contribuer le plus efficacement à l'exécution de ce programme au cours des prochaines années.

Quatre thèmes stratégiques étroitement corrélés doivent guider l'action de l'ensemble de l'Organisation. Les deux premiers concernent *les points* sur lesquels nous allons faire porter nos efforts et les deux autres *la manière* dont nous allons travailler. Voici ces thèmes :

- nous devons nous attacher davantage à améliorer les résultats sanitaires;
- nous devons appuyer plus efficacement le développement des systèmes de santé;
- nous devons axer davantage nos activités dans les pays vers la recherche d'un impact; et
- nous devons faire preuve de plus d'imagination pour la mise en place de partenariats influents.

AMÉLIORER LES RÉSULTATS SANITAIRES

Ce thème s'applique à tout ce que nous faisons. Notre première priorité consiste à réduire puis éliminer la surmorbidity qui épuise les pauvres. Je désire particulièrement voir notre action se concentrer sur les interventions sanitaires qui vont aider les populations à échapper à la pauvreté. Permettez-moi de mentionner quelques-unes des principales priorités définies dans le *Projet de budget 2000-2001*.

- Nous nous sommes engagés à réduire la charge de morbidité et de souffrances qui résulte des maladies transmissibles. L'initiative Faire reculer le paludisme joue un rôle fondamental dans cette démarche, mais nous allons encore contribuer aussi efficacement que possible à combattre les épidémies mondiales de VIH/SIDA et de tuberculose, et à mener à son terme l'éradication de la poliomyélite.
- Nous devons augmenter notre capacité de lutte contre les maladies non transmissibles, qui prélèvent un tribut de plus en plus lourd. Une attention particulière sera accordée au cancer et aux maladies cardiovasculaires. L'initiative Pour un monde sans tabac est le fer de lance de cette démarche.
- Nous allons nous attacher davantage à dispenser des soins de santé de haute qualité pour les enfants, les adolescents et les femmes.
- L'OMS s'est engagée à progresser dans les domaines de la population et de la santé génésique – en mettant particulièrement l'accent sur la mortalité maternelle et sur la santé sexuelle et génésique des adolescents.
- Nous allons remettre la vaccination à l'ordre du jour, car elle constitue l'une des interventions sanitaires les plus rentables.

- Nous devons intensifier nos efforts pour réduire le terrible impact de la malnutrition, notamment chez les enfants.
- Nous allons continuer à aider les pays qui cherchent à accéder à des médicaments essentiels d'un coût abordable et de haute qualité.
- Nous allons veiller à ce que la santé mentale – et notamment le fléau jusqu'ici négligé de la dépression – reçoive toute l'attention qu'elle mérite.
- Nous devons réagir plus efficacement aux divers types de situations d'urgence et de crises humanitaires.
- Nous allons développer notre capacité à donner – tant au sein de l'OMS qu'en collaboration avec d'autres – des avis sur des problèmes cruciaux de financement des soins de santé.
- Nous devons pouvoir nous attaquer plus efficacement aux problèmes intersectoriels – et notamment aux menaces pour la santé qui résultent d'atteintes à l'environnement.

Permettez-moi maintenant de mentionner deux de nos initiatives clés : Faire reculer le paludisme et Pour un monde sans tabac. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* consacre un chapitre à chacune d'elles.

Le paludisme et le sous-développement sont étroitement liés. Plus de 40% de la population mondiale se trouve dans des zones exposées à un risque de paludisme. Cette maladie provoque beaucoup de décès prématurés et de souffrances, impose une lourde charge financière à des ménages sans ressources et ralentit la croissance économique ainsi que l'amélioration du niveau de vie. Les crises sociales et les atteintes à l'environnement, des systèmes de santé inefficaces et des communautés déshéritées sont autant de facteurs qui favorisent la propagation du paludisme.

Sa capacité d'acquisition d'une pharmacorésistance rend le paludisme particulièrement redoutable. Les interventions efficaces actuellement disponibles, telles que l'emploi de moustiquaires de lits imprégnées d'insecticide, ne sont pas accessibles aux populations qui subissent de plein fouet l'impact du paludisme. La capacité de lutte antipaludique dans les pays d'endémie dont le système de santé est trop souvent impuissant est insuffisante. Il faudrait à la fois mieux appliquer les connaissances actuelles et mettre en oeuvre les produits et technologies récemment mis au point pour vaincre cet obstacle au progrès humain qu'est le paludisme. Ces problèmes sont un véritable défi pour les dirigeants de la santé et ils comptent le relever au moyen du projet Faire reculer le paludisme.

Pour lutter avec succès contre le paludisme, il faut renforcer les systèmes de santé. Le problème du paludisme est dû en grande partie à l'inefficacité des systèmes de santé et au manque d'intérêt des communautés. Etant donné que le paludisme est une maladie aiguë à évolution rapide, un accès commode à des soins de santé de bonne qualité joue un rôle vital dans sa prise en charge. Les initiatives dirigées de l'extérieur sans passer par les systèmes de santé nationaux et locaux ne sont ni viables ni favorables à la lutte antipaludique et au développement sanitaire. De nombreux pays ont commencé à réformer leur système de santé pour en améliorer les performances. La lutte antipaludique ainsi qu'une meilleure prise en charge de toutes les maladies doivent être fondées sur de tels changements qu'elles vont à leur tour favoriser. En renforçant les systèmes de santé, on pourrait diviser par deux le nombre de décès dus au paludisme et éviter ainsi chaque année 500 000 décès pour une dépense additionnelle d'environ \$1 milliard par an.

La volonté de collaborer est manifeste. L'Organisation de l'Unité africaine, la Banque mondiale et le Bureau régional OMS de l'Afrique ont déjà planifié une vaste initiative afri-

caine contre le paludisme qui devrait être le fer de lance de l'initiative Faire reculer le paludisme en Afrique. Faire reculer le paludisme diffère de tout ce qui a été entrepris jusqu'ici pour combattre cette maladie. Cette initiative va contribuer à créer de nouveaux instruments de lutte contre cette maladie et va renforcer les systèmes de santé en vue d'une amélioration durable de la situation sanitaire. Elle jouera en outre un rôle de pionnier en aidant à déterminer les orientations et stratégies nécessaires à une meilleure intégration dans d'autres domaines prioritaires tels que la lutte contre la tuberculose et la maternité sans risque. L'utilisation accrue de partenariats pour la lutte contre le paludisme donnera aussi à l'OMS des indications pour faire face à d'autres grands défis sanitaires ainsi que pour mettre sur pied une action coordonnée efficace avec des partenaires multiples.

Le rythme de la lutte antipaludique s'est fortement accéléré. Un puissant soutien politique a été apporté par l'Organisation de l'Unité africaine et par le Groupe G8 des pays les plus industrialisés. Quatre organisations internationales concernées au premier chef par le paludisme et ses effets sur la santé et l'économie, à savoir l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé, sont convenues, lors d'une réunion des chefs de secrétariat en octobre 1998, de soutenir conjointement l'initiative Faire reculer le paludisme sous la direction de l'OMS.

Passons maintenant à l'initiative Pour un monde sans tabac. L'épidémie de tabagisme est responsable chaque année d'un nombre de décès prématurés élevé et en rapide augmentation. Selon nos estimations, elle a provoqué en 1998 environ 4 millions de décès dans le monde; en se plaçant sous une perspective un peu différente, on peut dire qu'en 1990 un décès d'adulte sur douze environ a été dû à l'usage du tabac et qu'en 2020, cette proportion atteindra un décès sur sept. Il est possible que 70% de ces décès aient lieu dans le monde en développement. Des millions d'autres personnes souffrent de maladies incapacitantes des poumons ou du coeur, d'impuissance ou de problèmes de grossesse.

C'est maintenant dans les pays en développement que les ravages du tabac progressent le plus rapidement. Peut-on ralentir la propagation de cette épidémie ? Les politiques des gouvernements ont-elles été en mesure de contrecarrer la puissance commerciale de l'industrie du tabac et le pouvoir d'accoutumance de la nicotine ? La situation est parfaitement claire : il existe des stratégies de lutte efficaces et les gouvernements qui les ont adoptées ont réussi à faire reculer le tabagisme. Le problème est maintenant de transformer ces succès ponctuels en une véritable entreprise mondiale.

Tout en sauvant des vies, la lutte antitabac va aussi économiser de l'argent. Les ressources actuellement consacrées à la production du tabac pourront être affectées à d'autres usages, mais le renoncement au tabac sera au mieux un processus graduel, de sorte que les producteurs d'aujourd'hui n'en pâtiront guère. Les "avantages" de l'usage du tabac pour le consommateur sont principalement liés à la dépendance qui s'établit, chez la plupart d'entre eux, lorsqu'ils sont encore des enfants ou de jeunes adolescents. Une récente étude approfondie de la Banque mondiale conclut catégoriquement que la lutte antitabac engendre des avantages économiques et sanitaires nets.

Quelles sont les leçons de l'expérience que nous pouvons appliquer à la conception de stratégies antitabac efficaces ? Le rapport est d'avis qu'une action efficace repose sur quatre principes de lutte :

- diffuser une information de santé publique par l'intermédiaire des médias et de l'école, et interdire la publicité et la promotion du tabac;
- utiliser tout un arsenal de taxes et de règlements pour réduire la consommation;
- favoriser le sevrage tabagique, en encourageant notamment l'adoption de méthodes de

consommation de la nicotine moins nocives et moins coûteuses;

- mettre en place des coalitions antitabac et désarmer l'opposition aux mesures de lutte.

Ces mesures sont relativement peu coûteuses et, grâce aux taxes sur le tabac, font mieux que s'autofinancer. Chacune apporte sa contribution au programme de lutte et il convient de l'inclure dans les stratégies nationales antitabac.

Toutefois, on se demande encore quel est le meilleur moyen d'intégrer l'application de ces mesures dans un contexte national ou local, comment on peut contrer l'opposition de l'industrie multinationale du tabac, et de quelle façon l'engagement moral, intellectuel et politique mondial en faveur de la lutte antitabac peut être utilisé pour faire avancer un programme national. Il n'existait jusqu'ici aucun centre de données permettant de recueillir les expériences heureuses ou malheureuses ou de mobiliser des ressources politiques, juridiques et financières afin d'aider les gouvernements ou les membres de la société civile engagés dans la lutte contre le tabagisme. C'est pour remédier à ces lacunes et animer ce mouvement que, le 21 juillet 1998, nous avons lancé l'initiative mondiale Pour un monde sans tabac. Une réalisation majeure de cette initiative serait l'adoption, d'ici 2003, d'une convention-cadre sur la lutte antitabac, et les travaux préparatoires sont déjà bien engagés.

APPUYER LE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

L'OMS a toujours su répondre efficacement à des demandes spécifiques et elle excelle à envoyer sur le terrain des experts techniques hautement qualifiés, mais il arrive souvent que les experts voient le monde selon leur propre optique professionnelle et l'OMS n'a pas toujours su aider les décideurs de haut niveau à prendre en compte toutes les dimensions des problèmes.

Or, nous savons que les hauts fonctionnaires des ministères de la santé ne peuvent pas se permettre d'envisager des questions isolément de leur contexte. La santé est, dans tout pays, l'un des secteurs politiquement et institutionnellement les plus complexes. Si l'OMS veut pouvoir jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé, nous ne pouvons pas refuser d'admettre qu'il nous appartient d'aider nos partenaires nationaux à traiter les questions dans toute leur complexité.

Dans de nombreux pays, les gouvernements nationaux tendent à s'adresser à d'autres institutions pour avoir des avis sur des questions intéressant l'ensemble du secteur. L'OMS doit être plus fiable et plus efficace lorsqu'elle aide les pays à réformer et restructurer leur secteur de la santé. Il faut aussi leur indiquer clairement que la réforme n'est pas une fin en soi : c'est un moyen de veiller à ce que les gens – notamment les pauvres – soient mieux pris en charge par leur système de santé.

De nombreux déterminants d'une meilleure santé se situent en dehors du système de santé proprement dit : on les trouve dans une meilleure éducation (et dans les mesures prises pour que les filles aient les mêmes possibilités dans ce domaine que les garçons), dans des environnements sains et dans un recul constant de la pauvreté. Nous devons comprendre les relations qui existent entre ces déterminants. L'une des voies vers une meilleure santé pour tous consiste, pour ceux d'entre nous qui travaillent dans le secteur de la santé, à se faire les avocats actifs et éclairés de politiques favorables à la santé en dehors de ce secteur.

La deuxième voie consiste à réformer les systèmes de santé eux-mêmes. Aujourd'hui, la réforme va, dans une grande partie du monde, s'inscrire dans un contexte caractérisé

par une dépendance accrue vis-à-vis des mécanismes du marché qui ont augmenté la productivité dans nombre de secteurs de l'économie mondiale, mais qui n'ont pas donné les mêmes résultats dans les domaines des services de santé et de l'assurance-maladie. Il convient cependant de noter qu'un grand nombre de nouveaux produits essentiels pour améliorer la santé proviennent du secteur privé. Les efforts déployés par les gouvernements pour universaliser les soins de santé ont favorisé les importants progrès de ces dernières années, mais de nombreux gouvernements ont dépassé leurs limites. La volonté de mettre tous les services à la disposition de tous a entraîné des rationnements arbitraires, des injustices, un manque de réactivité et un financement insuffisant pour des services essentiels.

Où nous mènent donc les valeurs de l'OMS lorsque leur application tient compte des réalités ? *Elles ne peuvent pas nous mener à une forme d'intervention publique dans laquelle l'Etat s'efforcerait de fournir et de financer la totalité des services pour tous.* Cet universalisme "classique", s'il atteint rarement une forme aussi extrême, a façonné de nombreux systèmes de santé bien établis. Il a permis d'obtenir d'importants succès, mais il a le défaut de ne reconnaître ni les limites des ressources ni celles des Etats.

Nos valeurs ne peuvent pas non plus nous conduire à adopter des demandes entièrement conditionnées par les lois du marché qui consistent à réserver les services de santé à ceux qui ont les moyens de les payer. Non seulement un tel assujettissement au marché pour le financement de la santé entraîne des inégalités intolérables dans l'exercice d'un droit fondamental de tout être humain mais, en outre, les recherches et l'expérience montrent de plus en plus que le marché de la santé est inefficace. Les mécanismes du marché ont une utilité incontestable dans de nombreux secteurs et ont entraîné une rapide croissance économique pendant plus d'un siècle en Europe et ailleurs, mais les pays qui se sont fortement appuyés sur eux pour obtenir les hauts revenus dont ils jouissent aujourd'hui sont ceux-là même où le financement des services de santé incombe le plus à l'Etat.

A l'exception des seuls Etats-Unis d'Amérique, les démocraties à revenu élevé et orientées vers les lois du marché imposent une couverture universelle. Leurs résultats sanitaires sont excellents. Ils ont réussi à endiguer les dépenses qui représentent une part du PIB beaucoup moins importante qu'aux Etats-Unis d'Amérique (7 à 10% au lieu de 14%). Dans l'un des pays où elle a été étudiée – le Canada –, l'adoption d'un système national d'assurance-maladie a entraîné une augmentation des salaires, une réduction du chômage et une amélioration des résultats sanitaires. Ceci doit nous servir de leçon.

Le présent rapport préconise un "nouvel universalisme" qui tient compte des limites des Etats, mais qui maintient l'obligation pour ces derniers d'assumer la direction, la réglementation et le financement des systèmes de santé. Cette nouvelle doctrine est favorable à la diversité et, sous réserve de lignes directrices appropriées, à la mise en concurrence de la prestation de services. En revanche, elle reconnaît que, si l'on décide de dispenser des services à tout le monde, il n'est alors pas question de dispenser tous les services : on commencera par les plus rentables. Ce nouvel universalisme est favorable à l'implication du secteur privé dans la fourniture de médicaments et de matériels aux prestataires de services et à l'augmentation des investissements publics et privés dans le développement de nouveaux médicaments, matériels et vaccins qui vont contribuer à améliorer la santé de façon durable. Toutefois, il considère que le secteur public a une responsabilité fondamentale : celle de veiller à ce que le financement des soins de santé pour tous soit basé sur la solidarité. Il préconise en outre une réorientation stratégique des ministères de la santé qui leur permette de gérer l'ensemble du système en édictant une réglementation participative, équitable et efficace.

Les questions posées à l'OMS par les pays concernent surtout le financement de la santé au sens large. Notre position dans ce domaine est conforme à ce nouvel universalisme. Nous mettons rapidement en place le potentiel interne dont nous avons besoin pour nous renseigner sur le financement de la santé et répondre plus efficacement aux questions qui nous sont posées dans ce domaine.

Regagner notre place au centre de l'effort de développement du secteur de la santé est un pari que toute l'Organisation se doit de tenir. C'est pourquoi j'ai lancé un projet qui porte le titre de Partenariats pour le développement du secteur sanitaire et qui vise à faire avancer notre programme stratégique sur plusieurs fronts. Il va faire en sorte que, dans l'ensemble de l'Organisation, tous les aspects de notre activité soient conçus dans l'optique du développement du secteur de la santé. Il va aussi aider à mettre au point une approche plus stratégique de notre collaboration avec les pays et cherchera à mettre en place des partenariats plus efficaces.

APPROCHE PLUS STRATÉGIQUE DE NOS ACTIVITÉS DANS ET AVEC LES PAYS

C'est *dans* les pays eux-mêmes que se trouve l'essentiel des ressources financières pour la santé et c'est donc aux gouvernements qu'incombe en dernière analyse la responsabilité des succès (ou des échecs) enregistrés dans ce domaine. Seule une infime partie des ressources que les pays à faible ou à moyen revenu consacrent à la santé provient du système international : banques de développement, organismes bilatéraux d'aide au développement, organisations internationales non gouvernementales, fondations et OMS. Les dépenses de santé de l'ensemble des pays à faible ou moyen revenu s'élevaient en 1994 à environ \$250 milliards, dont \$2 ou 3 milliards seulement provenaient de l'aide au développement. Nous devons aussi reconnaître que l'OMS n'est pas un bailleur de fonds. Ses principales ressources sont ses connaissances et son personnel. Lorsque nous réfléchissons à nos relations avec les Etats Membres, nous ne devons pas seulement penser à ce que nous dépensons, mais aussi à ce que nous *faisons*.

Nous aidons les pays de deux façons différentes. La première consiste à travailler *dans* les pays de façon à pouvoir par cette présence satisfaire directement aux besoins nationaux en matière de développement. A cet égard, il est essentiel que notre présence dans les pays soit adaptée aux tâches que nous devons y entreprendre. Nous travaillons aussi *avec* l'ensemble des pays ou des groupes de pays pour les aider à conjuguer leur sagesse collective, leurs connaissances et leurs efforts en vue de produire des normes et critères, des bases factuelles solides et des données de surveillance fiables, c'est-à-dire des biens publics internationaux qui profitent à tous.

Lorsque nous consacrons nos ressources à des activités propres à certains pays, nous pouvons obtenir un impact accru si nous axons l'assistance technique sur des pays partageant une même vision stratégique. Nous avons un mandat clairement défini qui a été adopté par nos Etats Membres, et l'Assemblée mondiale de la Santé adopte régulièrement des recommandations et des politiques que nous appliquons, de sorte que nous devons appuyer des projets et politiques qui soient conformes à ces dernières, mais que les gouvernements se soient aussi engagés à mettre en oeuvre, plutôt que de chercher à imposer des points de vue de l'extérieur.

L'impact des interventions sera également amplifié si nous concentrons nos ressources sur les pays pauvres ou sur des groupes vulnérables qui ne disposent pas d'autres sources de financement. Une récente étude de la Banque mondiale sur ce qui contribue à la réussite – ou à l'échec – de l'aide au développement corrobore fortement ces conclusions. Lorsque

l'aide au développement a servi à soutenir des gouvernements qui appliquent de bonnes politiques, elle a nettement favorisé la croissance économique et réduit la misère, en particulier dans les pays pauvres. Mais lorsque des intervenants extérieurs ont cherché à contrecarrer des politiques nationales inadaptées, ils ont échoué. L'étude conclut qu'une part excessive de l'aide au développement est ainsi gaspillée.

Si l'OMS veut provoquer un réel changement, il est clair que l'assistance technique sanitaire qu'elle accorde à certains pays doit être réservée à ceux dont les politiques reflètent une volonté commune d'atteindre les pauvres et de développer efficacement le système de santé. Mais, en tant qu'organisation technique ayant pour vocation d'améliorer la santé des pauvres, nous devons aussi nous intéresser en priorité aux populations vulnérables et faire ce que nous pouvons pour aider à améliorer leur état de santé.

Le second moyen de concentrer nos efforts dans les pays consiste à travailler en collaboration avec l'ensemble de la communauté internationale, mais celle-ci doit éviter d'affecter ses ressources à des activités que les pays peuvent entreprendre seuls. Les ressources internationales doivent plutôt être axées sur des fonctions nécessitant une collaboration internationale, comme par exemple :

- diriger sur le plan mondial les activités en rapport avec la santé, et plaider en leur faveur;
- recueillir et diffuser des bases factuelles et statistiques susceptibles d'être utilisées par tous les pays;
- jouer un rôle de catalyseur pour une surveillance efficace des maladies à l'échelle mondiale (comme on le fait actuellement pour la grippe, pour ne citer que cet important exemple);
- définir des normes et critères;
- fixer un certain nombre d'objectifs sanitaires mondiaux ou régionaux pour lesquels une action concertée des pays s'impose (exemple : l'éradication de la poliomyélite);
- aider à défendre les intérêts de ceux dont le droit à la santé ou d'autres droits fondamentaux sont négligés ou bafoués par le gouvernement de leur pays, ou qui sont apatrides; et
- veiller au financement des activités de recherche-développement essentielles destinées aux pauvres.

Chacune de ces tâches suppose une collaboration avec la communauté des nations.

J'aimerais que l'OMS change sa façon de concevoir et d'exécuter ses activités dans les pays. Réfléchissons un moment sur la manière dont notre Organisation peut renforcer sa contribution.

- L'OMS doit être considérée par les gouvernements et les autres organisations comme ayant une bonne connaissance des besoins sectoriels ainsi que du contexte politique et institutionnel dans lequel ils doivent être satisfaits.
- L'OMS doit être une source fiable de conseils de haute qualité et jouer le rôle d'un facilitateur faisant autorité sur le plan technique.
- L'OMS doit posséder des bases factuelles à jour et pertinentes, fixer des normes et critères appropriés, et répondre aux besoins des Etats Membres.
- L'OMS doit pouvoir servir d'intermédiaire et de négociateur pour une meilleure santé, et aider à concilier les préoccupations et besoins des Etats Membres et des organismes extérieurs qui soutiennent le secteur de la santé.
- L'OMS doit pouvoir aider à élaborer les règles régissant les engagements conclus entre les gouvernements et les organismes extérieurs, et être en mesure d'utiliser ses propres ressources financières, qui sont limitées, aussi judicieusement que possible.

- L'OMS doit jouer un rôle de premier plan non seulement dans la mobilisation de ressources internationales pour la santé, mais aussi dans les démarches entreprises pour replacer la santé au coeur du programme de développement.

C'est là une véritable gageure. Mais c'est aussi un message clair et cohérent qui émane de tous nos partenaires internationaux et qui nous rappelle fermement la nécessité d'une réforme.

MISE EN PLACE DE PARTENARIATS PLUS INFLUENTS

S'agissant de la mise en place de partenariats, nous devons modifier nettement notre orientation stratégique. Il convient de passer de l'approche traditionnelle, qui favorise trop souvent nos propres petits projets, à une démarche mettant davantage l'accent sur des alliances stratégiques. Ces alliances nous permettront à la fois de tirer des enseignements des conceptions et des dépenses des autres acteurs internationaux ainsi que de les influencer, et de replacer nos activités dans un contexte plus large.

L'OMS est la principale institution en matière de santé, mais nous pouvons assurer une direction encore plus efficace en nous associant à d'autres organisations et en nous entendant sur la répartition des tâches ainsi que sur les règles de base qui vont régir nos relations. Ainsi pourrons-nous mettre en place de véritables partenariats pour obtenir des résultats sanitaires tangibles.

L'OMS est en outre idéalement placée pour jouer un rôle de premier plan dans les démarches sectorielles – ce qu'elle fait déjà dans plusieurs pays. Les institutions, les banques de développement et les Etats Membres commencent à être conscients des inconvénients des projets de développement classiques. Ils reconnaissent comme nous que les démarches sectorielles offrent un moyen de soutenir le développement sanitaire qui renforce un sens d'appropriation au niveau national et aide à établir des systèmes nationaux viables.

Notre conception des démarches sectorielles n'en est qu'à ses débuts. Il n'existe aucun modèle qui nous indique comment les organiser. Nous allons activement promouvoir la coopération et la conjugaison des efforts avec un certain nombre de nos partenaires – dans la famille des Nations Unies, dans la société civile et dans le secteur privé. Cette action sera entreprise avec les autres institutions et dans le cadre de nos activités dans les pays. Voici quelques-uns des partenariats que nous nous sommes attachés à renforcer :

- Nous avons travaillé énergiquement au cours de notre année de présidence des organismes coparrainants de l'ONUSIDA pour aider à normaliser la planification programmatique et budgétaire.
- Nous commençons à instaurer des relations de travail plus étroites avec la Banque mondiale – non seulement au sujet du projet Faire reculer le paludisme et de l'initiative Pour un monde sans tabac, mais aussi en engageant un dialogue plus approfondi sur les questions de politique générale, y compris le suivi du cadre général de développement proposé par le Président de la Banque. Nous commençons aussi à intensifier notre collaboration avec les banques régionales de développement.
- Nous avons entrepris des analyses communes avec le Fonds monétaire international. Nous allons partager avec le FMI notre connaissance du secteur de la santé et travailler avec lui à la mise au point de moyens d'éviter les conséquences défavorables, pour les secteurs sociaux, des ajustements économiques adoptés en période de crise financière.
- Nous avons développé nos relations de travail avec l'Organisation mondiale du Commerce. Outre les contacts entre nos experts, une réunion aura lieu deux fois par an entre

le Directeur général de l'OMC et moi-même sur un ordre du jour établi à l'avance. Nous devons mieux interagir avec l'OMC pour veiller à ce que la dimension sanitaire du commerce et de la mondialisation soit prise en compte avant et pendant, et pas seulement après, les négociations complexes qui se déroulent sous l'égide de cette Organisation.

- Nous renforçons notre collaboration avec l'Organisation de l'Unité africaine en étant davantage présents à Addis-Abeba.
- Nous actualisons et élargissons nos relations de travail avec l'Union européenne qui est un partenaire d'une importance croissante dans le domaine de la santé, et pas seulement en Europe mais aussi au-delà.
- Nous devons travailler avec nos partenaires des Nations Unies pour aider à mieux définir l'objet du cadre d'aide au développement des Nations Unies et acquérir une vision claire des formes que va revêtir cette coordination plus étroite dans les pays. Dans l'idéal, ceci consiste à mettre au point des positions communes sur des problèmes clés du secteur et à attirer dans ce processus d'autres partenaires du développement.
- Outre les partenaires gouvernementaux et intergouvernementaux, des organisations non gouvernementales et le secteur privé sont de plus en plus associés à nos activités. Nous avons tenu un certain nombre de tables rondes avec l'industrie et nous travaillons en étroite collaboration avec le Forum mondial de la recherche en santé pour chercher à favoriser une plus forte participation des secteurs public et privé à la mise au point de nouveaux produits intéressant les pauvres. L'accent est mis initialement sur un partenariat public-privé pour la production de nouvelles générations de médicaments antipaludiques.

REPOSITIONNEMENT DE L'OMS POUR LE XXI^e SIÈCLE

Pour l'aider à relever les défis sanitaires auxquels le monde est confronté en mettant efficacement en oeuvre nos thèmes stratégiques, il faut changer l'OMS. Une grande partie de mon travail et de celui de mes collègues au cours de ces dix derniers mois a consisté à tenter de repositionner l'OMS à l'intérieur pour lui permettre de mieux répondre aux besoins et demandes de l'extérieur. Les objectifs clés que nous avons fixés pour les mutations structurelles du Siècle ont été atteints ou sont très près de l'être.

La hiérarchie de l'OMS est maintenant moins pyramidale et le personnel rend compte de ses activités à une haute administration compétente dont les mandats énoncent clairement les fonctions et les priorités. La transparence s'est améliorée grâce à un processus de décision plus ouvert au sein d'un nouveau Cabinet où les chefs des neuf Groupes se réunissent chaque semaine. Nous progressons avec détermination vers la parité des sexes. Nous avons en outre lancé un processus de rotation et de mobilité du personnel et engagé un nouveau dialogue avec le personnel.

Certaines réformes demandent du temps. Nous souhaitons voir diminuer le nombre de postes de haut niveau et le nécessaire sera fait mais, à cette occasion, nous respecterons pleinement les contrats et les engagements antérieurs. Nous avons réduit les coûts administratifs et nous irons encore plus loin dans cette voie. Mon ambition est de découvrir lors des examens administratifs et programmatiques de nouveaux moyens de réorienter les fonds du secteur administratif vers le secteur technique.

Après dix mois passés à l'OMS, je peux dire que le personnel des Nations Unies est composé de gens travailleurs qui acceptent un volume de travail devant lequel de nombreux fonctionnaires nationaux reculeraient. Ce personnel est notre principale ressource.

Le doter des instruments et compétences et des mandats qui lui permettront de travailler efficacement est l'objectif de nos politiques du personnel, et je suis convaincue que nous commençons à en voir les résultats.

Au cours de cette phase initiale, notre travail est axé sur la restructuration de l'OMS et je voudrais que ce souci marque toutes nos activités : il convient de sauvegarder ce qui fonctionne correctement et de tabler sur l'expérience et les connaissances acquises, tout en regardant vers l'avenir pour pouvoir servir un monde en pleine mutation. Ce qu'il faut maintenant, c'est mieux travailler et concentrer nos efforts sur les secteurs où l'action sanitaire sera la plus bénéfique. Ce faisant, nous allons faire encore davantage appel à la sagesse et à l'expérience du Conseil exécutif et définir avec nos représentants dans les pays une vision et des orientations communes. En février, nous avons réuni pour la première fois tous nos représentants dans les pays pour les informer du processus de changement et tirer des leçons de leurs expériences.

Les changements structurels du Siège étant maintenant derrière nous, nous poursuivons cette tâche en étroite collaboration avec les Régions. Les bureaux régionaux sont pour l'OMS un atout majeur. De nombreuses institutions des Nations Unies ont des difficultés à décentraliser leurs services, mais l'OMS y est déjà parvenue. Il faut que l'Organisation regroupe ses forces et mette en oeuvre une stratégie commune. Notre objectif est d'avoir une Organisation unique qui s'attache à améliorer l'état de santé des populations qu'elle a pour mission de servir, seule et en collaboration avec ses partenaires.

Nos travaux ont pour but d'améliorer la vie des gens, de réduire l'impact de la maladie et de la pauvreté et de permettre à tous d'accéder à des soins de santé bien adaptés. Il ne faut jamais perdre de vue cette mission. Grâce à l'appui de nos Etats Membres et à l'engagement de notre personnel, nous commençons à obtenir des résultats sur le terrain. Dans mon prochain message, j'espère pouvoir montrer comment nous avons su apporter un réel changement en présentant les améliorations mesurables obtenues à l'aube de ce nouveau siècle.



Gro Harlem Brundtland
Genève
Mai 1999

PREMIÈRE PARTIE

POUR UN RÉEL CHANGEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES GENS : *Succès et défis*

La première partie commence, au chapitre 1, par une analyse du recul spectaculaire de la mortalité enregistré au cours du XX^e siècle. L'augmentation des revenus et l'amélioration du degré d'instruction – ainsi que les améliorations qui en ont découlé sur les plans de la nutrition et de l'assainissement – expliquent en partie ce recul, mais l'accès à de nouvelles connaissances, de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins a sans doute joué un rôle nettement plus important. La baisse de la mortalité a eu des effets à long terme sur tous les aspects de l'existence : la fécondité a amorcé un rapide déclin, les populations vieillissent et l'amélioration de la santé a favorisé la large propagation d'une croissance économique accélérée.

Le chapitre 2 examine ensuite le double fardeau de la morbidité contre lequel les systèmes de santé du XXI^e siècle doivent combattre. L'ironie veut que l'un des éléments de ce double fardeau résulte précisément des succès du XX^e siècle : c'est en effet le vieillissement des populations qui provoque les épidémies de maladies non transmissibles et de traumatismes auxquelles doivent être consacrées tant de ressources du secteur de la santé. Toutefois, l'amélioration de la situation sanitaire n'a pas profité à tout le monde. De grandes inégalités persistent dans les pays riches, et jusqu'à un milliard d'individus souffrent encore d'affections pratiquement inconnues chez les non-pauvres. Le chapitre décrit ce programme inachevé – deuxième volet du double fardeau – en montrant que des moyens relativement bon marché permettent de s'attaquer à ces problèmes.

I

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT AU XX^e SIÈCLE

Au XX^e siècle, la santé humaine a subi à l'échelle mondiale une évolution sans précédent. On peut donner une idée de l'ampleur de cette transformation en prenant l'exemple du Chili. Vers le milieu des années 1990, le Chili avait un revenu par habitant d'environ US \$4000 (à parité de pouvoir d'achat), c'est-à-dire un haut niveau de vie moyen et des revenus suffisants pour permettre à sa population de disposer d'une alimentation, de logements et de dispositifs d'assainissement tout à fait convenables. Or, les femmes chiliennes d'aujourd'hui ont une espérance de vie de 78 ans, soit probablement 25 ans de plus que les femmes d'un pays ayant un revenu semblable en 1900 (et 45 ans de plus que les femmes chiliennes du début des années 1900). Le présent chapitre décrit brièvement cette révolution de la santé humaine au XX^e siècle, puis passe en revue ses profondes répercussions pour la démographie humaine et sa contribution à la propagation mondiale d'une rapide croissance économique.

LA RÉVOLUTION SANITAIRE DU XX^e SIÈCLE

L'amélioration régulière de l'espérance de vie qui s'est amorcée en Europe vers la fin des années 1900 s'est poursuivie presque sans interruption pendant tout le XX^e siècle. En Angleterre et Galles, par exemple, l'espérance de vie était d'environ 40 ans vers la fin du XIX^e siècle, mais, au début du XX^e, elle atteignait presque 50 ans. D'autres pays ont connu des périodes de décollage similaire et, en Europe, celles-ci se situent principalement vers la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle.

Les historiens de l'économie et les démographes débattent encore des causes de cette évolution de l'espérance de vie, mais il semblerait qu'elle soit au moins partiellement liée aux mutations économiques résultant des révolutions agricole et industrielle. L'un des aspects de ces mutations, à savoir l'urbanisation, a eu en fait un effet défavorable sur la santé en exposant une proportion croissante de la population à un surpeuplement qui a favorisé la propagation des infections. Toutefois, l'augmentation de l'apport en nutriments et les améliorations de l'assainissement résultant de l'augmentation des revenus ont plus que contrebalancé cet effet (1). Une meilleure santé et un meilleur état nutritionnel ont été à la fois le résultat et la cause de l'augmentation des revenus. Si les Européens du Nord ont commencé à vacciner contre la variole au début du XIX^e siècle, il s'agit là d'une exception et les autres connaissances et instruments dont on disposait alors pour améliorer la santé n'ont probablement joué qu'un rôle mineur dans les faibles améliorations sanitaires du

XIX^e siècle (2). Par contraste, la révolution sanitaire du XX^e siècle semble avoir résulté, dans une bien plus large mesure, de la production et de l'application d'un nouveau savoir.

Les taux de mortalité des pays européens ont continué à baisser au XX^e siècle et, vers les années 1950, cette révolution de la mortalité s'était propagée au reste du monde. La révolution sanitaire mondiale du XX^e siècle a transformé, et transforme encore, non seulement la qualité de vie des individus, mais aussi la démographie des populations. Cette évolution de la situation sanitaire et démographique a elle-même contribué à propager largement la croissance économique. Le présent chapitre examine brièvement la révolution sanitaire et ses conséquences démographiques et économiques, et cherche à en déterminer les causes.

Tableau 1.1 Espérance de vie à la naissance vers 1910 et en 1998, dans quelques pays

Pays	Vers 1910		1998	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Angleterre et Galles	49	53	75	80
Australie	56	60	75	81
Chili	29	33	72	78
Etats-Unis ^a	49	53	73	80
Italie	46	47	75	81
Japon	43	43	77	83
Norvège	56	59	75	81
Nouvelle-Zélande ^b	60	63	74	80
Suède	57	59	76	81

^a Uniquement pour les Etats où cette information a été enregistrée, y compris le district de Columbia.

^b A l'exclusion des Maoris.

Sources : Données de 1910 : **Preston SH, Keyfitz N, Schoen R.** *Causes of death: Life tables of national populations.* New York and London, Seminar Press, 1972. Pour l'Australie : **Cumpston JHL (Lewis MU ed.)** *Health and disease in Australia: A history.* Department of Community Services and Health, Canberra, AGPS, 1989.

Données de 1998 : estimations de la **Division de la Population de l'ONU** pour 1998. *World population prospects: The 1998 revision.* New York, Organisation des Nations Unies, 1998.

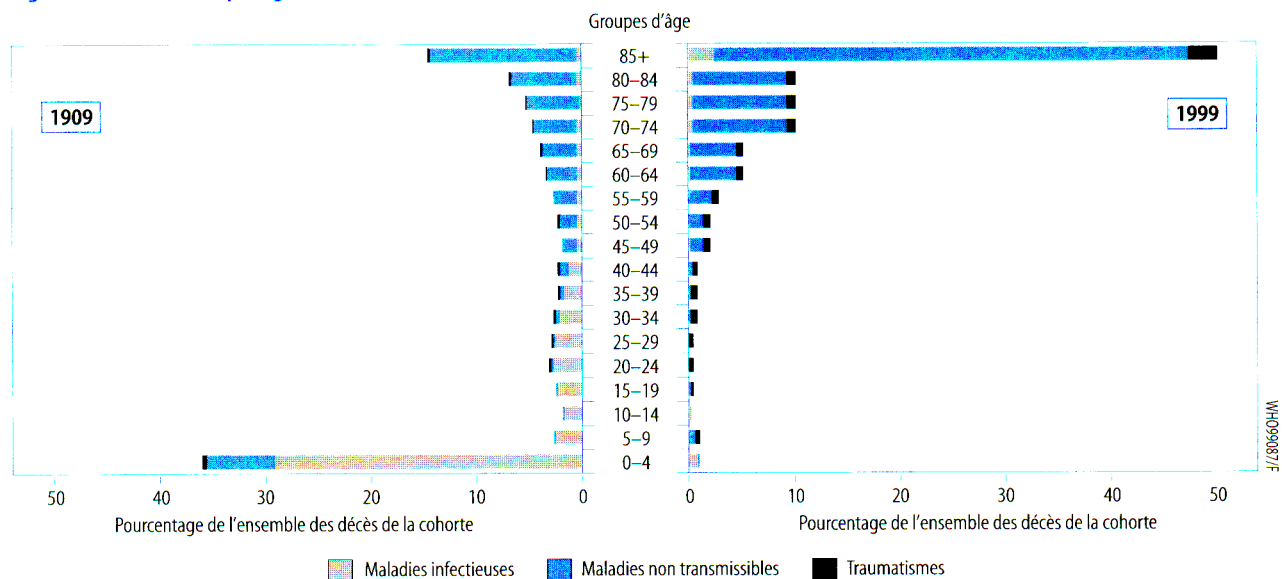
Au chapitre 2, on s'intéressera aux conséquences épidémiologiques de la révolution sanitaire résultant du vieillissement des populations, et on montrera comment, en n'étant pas menée à son terme, cette révolution a laissé derrière elle environ un milliard de personnes. Résoudre les problèmes posés par ce "double fardeau" de la morbidité sera sans doute le problème central que devront résoudre les politiques sanitaires du XXI^e siècle.

LE DÉCLIN ACCÉLÉRÉ DE LA MORTALITÉ

Si, au cours des deux siècles qui ont précédé 1870, l'espérance de vie en Angleterre et Galles a augmenté en moyenne d'environ 40 ans, elle a presque doublé pendant les 125 années suivantes. D'autres pays ont connu le même type d'amélioration au XX^e siècle, ainsi que l'indique le Tableau 1.1.

Le Chili, pour reprendre l'exemple du début, est un cas intéressant et bien documenté de décollage de l'espérance de vie pendant ce siècle. L'espérance de vie d'une femme chilienne était en 1910 de 33 ans. Aujourd'hui, cette espé-

Figure 1.1 Distribution par âge des décès au Chili, cohortes de 1909 et 1999, femmes



rance de vie est de 78 ans, soit une remarquable augmentation de 45 ans. Comment la vie des femmes chiliennes en a-t-elle été affectée ? La Figure 1.1 quantifie l'une des dimensions évidentes de ce changement : la probabilité pour une chilienne de mourir avant son cinquième anniversaire a chuté de 36% à 1,9%. Les autres observations sont peut-être moins évidentes : tout au long de la vie d'une adulte, les taux de décès ont beaucoup diminué; cette femme risque beaucoup moins de mourir, au début de sa vie d'adulte, de la tuberculose ou des suites de couches ou bien, à un âge moyen, du cancer. De nets changements de sa qualité de vie liée à la santé reflètent cette réduction de la mortalité sans toutefois pouvoir être aussi aisément quantifiés. Cette même femme sera moins longtemps enceinte et obligée d'élever des enfants. La fécondité des femmes chiliennes, qui était d'environ 5,3 enfants en moyenne à la moitié du siècle, s'est maintenant abaissée à 2,3 enfants, soit juste au-dessus du niveau de remplacement. Cette Chilienne aura moins d'infections, sera moins sujette à l'anémie, sera plus grande et plus forte et aura un esprit plus vif. Sa vie va être non seulement beaucoup plus longue, mais aussi beaucoup plus saine.

Si la progression du Chili au cours de ce siècle a été exceptionnelle, la plupart des pays à bas ou moyen revenu subissent (ou sont en train de subir) une transformation similaire de leur situation sanitaire et de leurs taux de mortalité. Les rares exceptions à ces tendances favorables se situent actuellement dans les parties de l'Afrique ravagées par le SIDA et, pour diverses raisons, chez les hommes adultes d'Europe centrale et orientale.

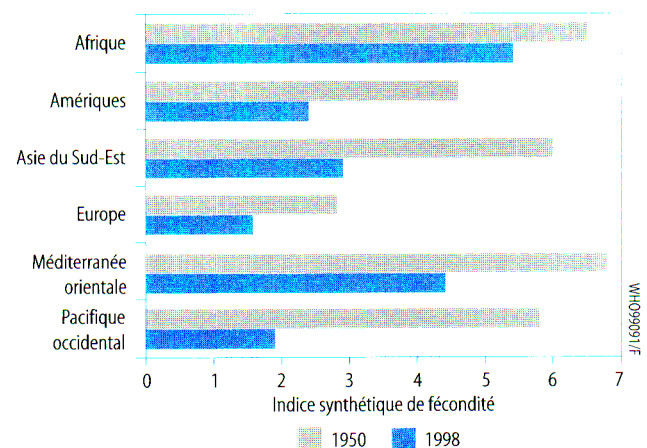
LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

Si les baisses de la mortalité ont généralement entraîné des hausses du taux d'accroissement de la population, ces hausses devraient se révéler temporaires. Un déclin de la fécondité accompagne ou suit rapidement la baisse de la mortalité, ce qui ramène les taux d'accroissement de la population à de bas niveaux. La Figure 1.2 montre pour chacune des Régions de l'OMS le déclin pendant un demi-siècle de l'indice synthétique de fécondité (ISF), à savoir la somme des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Le taux de remplacement de la population correspond à un ISF légèrement supérieur à 2, soit un niveau qui, s'il se maintenait durablement, n'entraînerait ni accroissement ni déclin de la population.

Vers le milieu du siècle, les taux de fécondité étaient extrêmement élevés dans la plupart des pays du monde (à l'exception des pays à revenu élevé). Des ISF de 6 n'étaient pas rares. La Figure 1.2 montre que chaque Région, à l'exception de l'Afrique, enregistre un net abaissement de la fécondité, et il semblerait que ce déclin ait également commencé en Afrique.

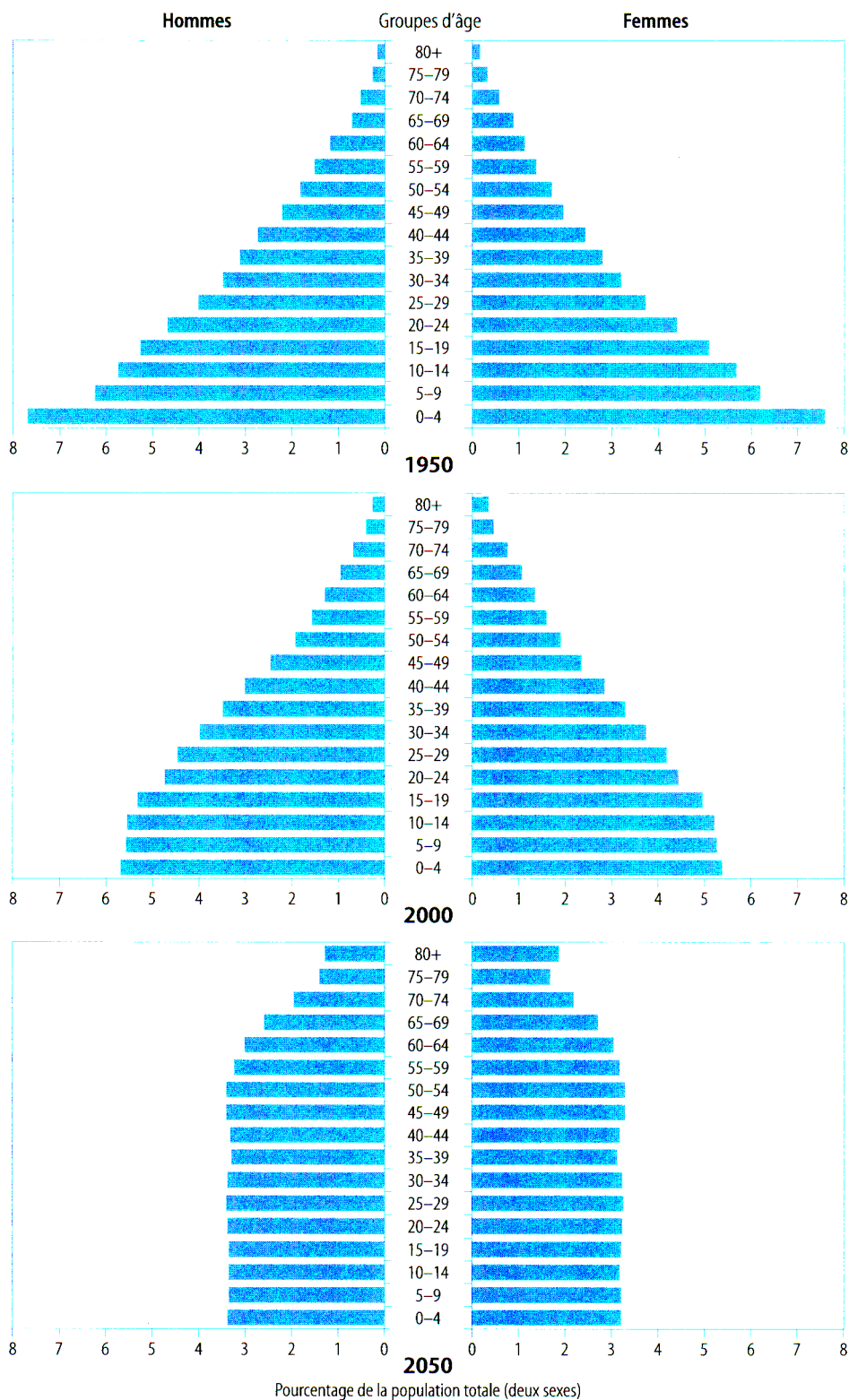
L'abaissement des taux de natalité entraîne une stabilisation de la taille des cohortes les plus jeunes. Avec le temps, ces jeunes atteignent un âge moyen, tandis que les cohortes plus jeunes conservent à peu près le même effectif. La Figure 1.3 présente un autre exemple de ce changement avec des données illustrant les distributions (ou pyramides) de la population par âge dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est pour 1950, 2000 et 2050. Après un rapide déclin de la fécondité, les distributions par âge ne changent que lentement. Si l'ISF de la Région de l'Asie du Sud-Est demeure égal à 2,3, l'âge moyen de la population va continuer à augmenter pendant des décennies.

Figure 1.2 Baisses de la fécondité par Région OMS, 1950 et 1998



Source : ONU, Division de la Population, *World population prospects: The 1998 revision*. New York, Organisation des Nations Unies, 1998.

Figure 1.3 Distribution de la population de la Région de l'Asie du Sud-Est, par âge et par sexe, 1950, 2000 et 2050



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

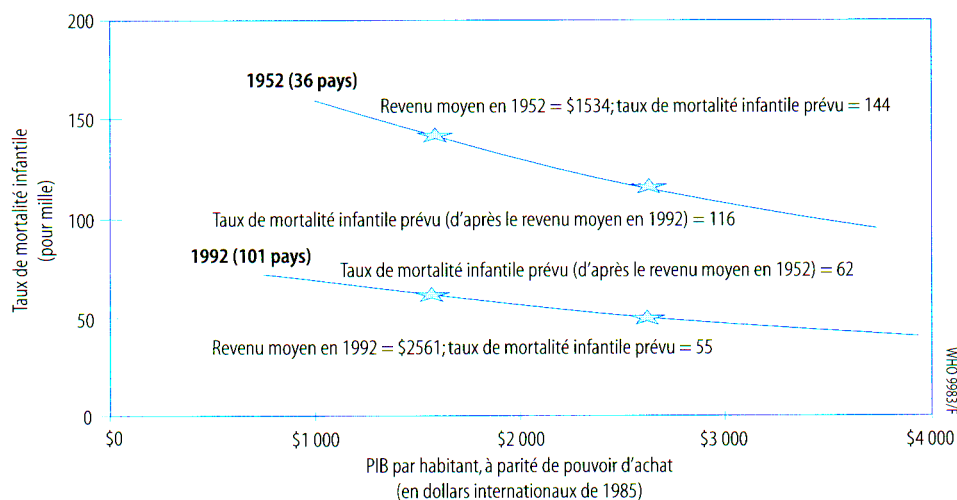
Le monde d'aujourd'hui a peut-être dépassé quelque peu le milieu de la période de deux siècles au cours de laquelle les caractéristiques démographiques de la population humaine vont se transformer entièrement. Cette transformation (ou transition démographique) consiste à passer de taux de naissances et de décès très élevés à des taux bas; de taux d'accroissement de la population initialement faibles à une période de taux élevés et d'augmentation massive de la population totale, puis à des taux d'accroissement faibles, voire nuls; et d'une distribution par âge caractérisée par un grand nombre de jeunes et un petit nombre de personnes âgées à une distribution dans laquelle les effectifs de la plupart des groupes d'âge sont à peu près égaux. D'énormes transformations sociales, économiques et épidémiologiques succèdent à la transition démographique, elle-même la conséquence de la révolution de la mortalité actuellement en cours. Le chapitre 2 va montrer les conséquences épidémiologiques de la transition démographique et la dernière section du présent chapitre en exposera les conséquences économiques éventuelles. Le présent rapport prend simplement note de l'importance considérable de ces changements sans les examiner dans le détail.

LES SOURCES DE L'ABAISSEMENT DE LA MORTALITÉ

Les améliorations des revenus peuvent entraîner des réductions de la mortalité et de nombreuses études se sont attachées à quantifier cet effet. Les analyses entreprises, par exemple, dans le cadre de la préparation du présent rapport ont évalué pour tous les pays les effets du revenu national sur les résultats sanitaires pendant la période 1952-1992. La Figure 1.4 montre les résultats de cette analyse à l'aide de courbes indiquant les taux de mortalité infantile par rapport au produit intérieur brut (PIB) par habitant (à parité de pouvoir d'achat). Les augmentations de revenus sont effectivement en corrélation avec les déclinés de la mortalité et l'on a de bonnes raisons de penser que la relation de cause à effet va dans les deux sens.

Quelle proportion de ce recul spectaculaire des taux de mortalité infantile résulte de la hausse du revenu au cours de cette période ? La courbe supérieure montre la relation revenu-mortalité en 1952 et la courbe inférieure, qui concerne 1992, fait apparaître à quel

Figure 1.4 Rôle de l'amélioration des revenus dans la réduction des taux de mortalité infantile



Note : Ces résultats sont obtenus par une régression transversale sur des séries chronologiques qui établit, à intervalles de 5 ans, une relation entre le logarithme népérien du taux de mortalité infantile, le logarithme népérien du revenu, le logarithme du carré du revenu et les indicateurs temporels. Les sources de ces données sont les mêmes que pour le Tableau 6 de l'annexe.

point les taux de mortalité s'étaient considérablement abaissés, quel que soit le niveau de revenu. La Figure 1.4 permet de penser qu'aussi importante que soit la hausse des revenus, *l'évolution de la relation entre la mortalité et d'autres facteurs (par exemple l'accès à la technologie de la santé) sera sans doute plus importante*. Entre 1952 et 1992, par exemple, les revenus par habitant ont augmenté des deux tiers, en moyenne, dans les pays figurant dans l'analyse en passant d'environ \$1530 à \$2560. La courbe supérieure de la Figure 1.4 montre que, si la relation revenu-mortalité était demeurée telle qu'elle était en 1952, le taux de mortalité infantile serait passé de 144 à 116. Or il est passé à 55.

Le Tableau 1.2 donne les résultats d'une tentative de quantification de l'importance relative de déterminants clés de la réduction de la mortalité. Il se fonde sur une évaluation statistique de l'évolution dans le temps de la relation entre d'une part divers indicateurs sanitaires et, d'autre part, les niveaux de revenu et le degré moyen d'instruction (des femmes adultes). Ce tableau décompose les sources d'amélioration de la santé en trois éléments : les augmentations du revenu moyen; les améliorations du degré d'instruction moyen; et un décalage favorable à partir de la courbe de référence. Ce décalage favorable est attribué à la production et à l'application des connaissances nouvelles. D'autres indicateurs du bien-être social font apparaître une relation également modeste avec l'accroissement du revenu ainsi que des tendances favorables dans le temps, quel que soit le niveau de revenu (3). Bien des recherches demeurent cependant nécessaires pour que l'on puisse comprendre pleinement les raisons d'une telle amélioration de la relation revenu-santé. D'une manière générale, la moitié des avantages sanitaires obtenus entre 1952 et 1992 résultent de l'accès à une meilleure technologie. Le reste est dû à des mouvements le long de la courbe (améliorations du revenu et, ce qui est encore plus important, meilleur degré d'instruction). La Figure 1.4 (qui ne tient pas compte des changements de degré d'instruction) montre l'ampleur des mouvements le long de la courbe par rapport aux décalages à partir de celle-ci (4,5). Un revenu supérieur et un meilleur degré d'instruction influent sur la santé selon divers mécanismes qui font souvent intervenir de nombreux secteurs de l'économie. L'Encadré 1.1 souligne les principaux déterminants plurisectoriels de la santé.

Les observations faites dans le passé vont dans le même sens. Dans certains pays, de nombreuses décennies de croissance économique n'ont pas modifié la situation sanitaire (par exemple, en Angleterre et Galles); en Suède, le décollage sanitaire s'est produit à peu près à la même époque qu'en Grande-Bretagne, mais la croissance économique n'a commencé que trois quarts de siècle plus tard; en Inde, enfin, le décollage de l'espérance de vie a précédé celui de la croissance économique (2).

Les décalages à partir de la courbe et les mouvements le long de la courbe sont donc deux indicateurs d'une amélioration de la santé. Certains pays sont très au-dessus de la courbe, c'est-à-dire que leurs taux de mortalité sont très supérieurs à ce que pourrait laisser prévoir leur revenu. Pour ces pays, *se réaligner sur la courbe* peut être le moyen le plus rapide d'améliorer la santé. Le chapitre 2 montrera dans quelle mesure certains des pays les plus peuplés du monde peuvent, en s'alignant sur la courbe, faire de grands progrès dans le domaine de la santé.

Quelles conclusions peut-on tirer de cette analyse ? D'abord et surtout, il est manifeste que le développement des systèmes de santé est une priorité absolue. Les effets de

Tableau 1.2 Sources de réduction de la mortalité, 1960-1990

Réduction	Contribution des progrès intervenus dans :		
	le revenu	le niveau d'instruction des femmes adultes	la production et l'utilisation de nouvelles connaissances
Taux de mortalité des moins de 5 ans	17	38	45
Taux de mortalité des femmes adultes	20	41	39
Taux de mortalité des hommes adultes	25	27	49
Espérance de vie des femmes	19	32	49
Espérance de vie des hommes	20	30	50
Indice synthétique de fécondité	12	58	29

Note : Ces résultats reposent sur l'analyse de données provenant de 115 pays à revenu faible ou moyen.

Source : Wang J et al. *Measuring country performance on health: Selected indicators for 115 countries*. Washington DC, Banque mondiale, 1999 (Réseau pour le développement humain. Série Santé, Nutrition et Population).

la croissance économique sur la santé, quoique indéniables, sont assez limités et devraient tarder à se manifester. Plutôt que d'attendre un mouvement le long de la courbe, *les pays doivent axer le développement de leurs systèmes de santé sur un réaligement par rapport à la courbe* ou sur son dépassement pour atteindre le point correspondant aux meilleures pratiques.

Deuxièmement, à moyen et à long terme, le décalage à partir de la courbe va étayer les améliorations de la santé. Les pays à haut revenu consacrent actuellement des sommes considérables (plus de US \$55 milliards par an) à des travaux de recherche et développement (R&D) qui vont entraîner un décalage favorable à partir de la courbe. Toutefois, une fraction seulement de ce montant sert à résoudre les problèmes particuliers des pauvres et des déshérités. Une application accrue de la R&D à la résolution de ces problèmes serait extrêmement payante en termes d'amélioration de la santé. Une telle réorientation de la R&D fait incontestablement partie intégrante du développement des systèmes de santé.

On a donc toutes les raisons de penser qu'en recentrant leurs investissements sur les problèmes particuliers des pauvres, les systèmes de santé peuvent obtenir des avantages à court et moyen termes dans le domaine de la santé, et qu'en privilégiant la R&D, il sera possible de consolider ces avantages. Ceux-ci ont une immense valeur intrinsèque. L'association entre le revenu et la santé permet en outre de penser que les investissements sanitaires peuvent aussi avoir des retombées économiques. On trouvera plus loin des arguments

Encadré 1.1 Les déterminants multisectoriels de la santé

Les enfants sous-alimentés tombent facilement malades et meurent souvent des maladies qu'ils attrapent. Les logements dépourvus d'installations sanitaires sont des environnements propices à la transmission d'infections intestinales. L'air chargé en particules ou en acides est nocif pour les poumons et peut être mortel. Les jeunes filles et les jeunes garçons qui sont contraints de s'adonner à la prostitution pour gagner leur vie sont exposés à la violence et aux maladies sexuellement transmissibles comme le VIH/SIDA. Les fabricants de tabac et de boissons alcoolisées tirent d'énormes profits des activités publicitaires et promotionnelles qui encouragent la dépendance. Le nombre de victimes d'accidents de la route s'accroît constamment en raison de l'augmentation rapide du nombre de véhicules – qui sont souvent pilotés par des conducteurs inexpérimentés sur des routes peu sûres. Les projets d'irrigation mal conçus constituent des gîtes larvaires pour les vecteurs de

maladie. Cette liste est loin d'être exhaustive et on pourrait la reformuler en citant les facteurs favorables à la santé. Une chose est certaine toutefois: les déterminants de la santé sont multisectoriels.

Une étude, réalisée en 1997 pour le Comité ad hoc de l'OMS sur la recherche en santé, en vue d'estimer le pourcentage de décès par Région et à l'échelle mondiale associé à dix facteurs, a conclu que les risques ci-après avaient contribué à la mortalité mondiale en 1990 :

- usage du tabac – 6%;
- hypertension – 5,8%;
- précarité de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement – 5,3%;
- activité sexuelle à risque – 2,2%;
- consommation d'alcool – 1,5%.

A chaque risque spécifique correspondent des déterminants de la santé plus généraux : le revenu et le niveau d'instruction, qui ont principalement pour effet d'influer sur les risques (et de permettre aux gens d'utiliser les services de santé de façon efficace). Par

exemple, les sociétés pauvres peuvent être obligées de renoncer à des dispositifs coûteux qui permettent de purifier l'air et l'eau pollués par des usines, et les ménages pauvres n'ont pas les ressources nécessaires pour s'offrir des installations sanitaires ou un système d'adduction d'eau. Les personnes qui ne sont guère instruites ne respectent pas les règles d'hygiène élémentaires ou les pratiques de sevrage appropriées pour leurs enfants, et c'est de plus en plus parmi ces gens-là que se rencontrent les fumeurs. L'influence de l'éducation et du revenu est indiscutable et relativement importante, même si seule environ la moitié des améliorations apportées à la santé dans les pays en développement entre les années 1960 et 1990 est liée à ces facteurs.

Si bon nombre de maladies résultent de la pauvreté et du manque d'instruction – ou d'une alimentation insuffisante, du manque d'hygiène ou d'autres risques précis qui en découlent –, la tâche des professionnels de la santé ne devrait-elle pas être de s'at-

taquer à ces problèmes sous-jacents ? En un sens, la réponse est certainement oui : les professionnels de la santé devraient évaluer les effets sur la santé d'actions extérieures au domaine de la santé, et faire en sorte que ces résultats soient divulgués et pris en considération dans la prise de décision. Les résultats probants de l'éducation des filles en termes de santé et de fécondité, par exemple, justifient largement des investissements visant à accroître les possibilités d'éducation pour les filles.

Cela dit, les professionnels de la santé peuvent difficilement agir directement en dehors du secteur de la santé – et ne seraient guère crédibles s'ils le faisaient. Ils obtiendront plus de résultats en consacrant leur énergie, leur expérience et leurs ressources à faire en sorte que les systèmes de santé utilisent efficacement les puissants moyens que mettent à leur disposition les progrès de la science

en faveur de cette thèse. D'ailleurs, plutôt que de continuer à désigner la pauvreté comme la cause initiale de la mauvaise santé, les décideurs pourraient prendre en considération l'interdépendance de la pauvreté et de la mauvaise santé, et voir dans cette dernière l'une des causes initiales de la pauvreté qui se prête particulièrement à une intervention publique.

SANTÉ ET PRODUCTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Les progrès mondiaux de la santé qui sont décrits ci-dessus peuvent être considérés comme la réalisation la plus spectaculaire de l'humanité. A notre époque, chaque individu *peut s'attendre* à vivre de longues années en étant, dans une large mesure, à l'abri de la maladie. Ce résultat transcende la nécessité d'une évaluation économique. Les avantages sanitaires ont une valeur intrinsèque. Ceci étant posé, deux raisons particulières militent cependant en faveur d'une évaluation des conséquences économiques d'une meilleure santé :

- Une meilleure compréhension du rôle économique de la santé peut aider à mettre en évidence les causes d'une autre grande réalisation de l'humanité au cours du XX^e siècle : la propagation d'une rapide croissance économique. Dans la mesure où une meilleure santé a contribué à accroître les taux de croissance, les investissements consacrés à la santé peuvent devenir un instrument de politique macroéconomique.
- Vaincre la pauvreté est l'objectif essentiel des politiques de développement à l'aube du XXI^e siècle. Malgré une rapide croissance économique, plus d'un milliard d'êtres humains vivent encore dans une misère absolue et dégradante. Étant donné qu'une mauvaise santé condamne les gens à la misère, investir durablement dans la santé des pauvres permettrait de disposer d'un levier politique pour alléger la misère persistante.

La recherche commence à faire ressortir plus clairement les avantages économiques d'une amélioration de la santé. Toutefois, les données sur lesquelles s'appuie la recherche, données concernant des caractéristiques de pays sur une certaine période ou un grand nombre de foyers d'un même pays à un moment déterminé, permettent rarement de mettre indiscutablement en évidence la cause et l'effet. Les conclusions tirées de la littérature n'ont donc qu'une valeur indicative, mais elles sont conformes au bon sens : les gens sains sont plus productifs que les autres. Les différences sanitaires figurent parmi les principales raisons pour lesquelles certains pays se sont développés plus rapidement que d'autres, mais les progrès technologiques et l'accumulation du capital physique peuvent avoir joué un rôle encore plus déterminant.

Quelles sont les bases factuelles ? La présente section résume la documentation dont nous disposons sur ce sujet, d'abord des analyses macroéconomiques inter pays, puis des comparaisons microéconomiques portant sur des ménages. Elle s'achève par un bref examen des multiples effets d'une meilleure santé sur les résultats économiques.

ÉTUDES MACROÉCONOMIQUES

Depuis la publication, il y a plus de deux siècles, de l'ouvrage d'Adam Smith intitulé : *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*, les économistes cherchent à déterminer pourquoi certains pays sont riches et d'autres pauvres. Pour quelle raison les taux de croissance économique diffèrent-ils ? Le principal outil empirique dont on se sert maintenant pour étudier la croissance économique est l'analyse inter pays de la relation entre la croissance économique (généralement mesurée en termes de taux d'accroissement

du PIB par habitant) et une série de variables dont on pense qu'elles permettent d'expliquer pourquoi les taux d'accroissement diffèrent (6,7). Parmi les facteurs examinés figurent : les degrés et les niveaux d'instruction (scolarisation); l'accroissement de la population, sa densité et sa structure par âge; l'abondance des ressources naturelles; l'épargne individuelle et publique (taux d'investissements); le capital physique; la politique économique, par exemple le degré d'ouverture commerciale; la qualité des institutions publiques; et, enfin, les caractéristiques géographiques, par exemple l'emplacement et le climat d'un pays.

De récentes recherches ont ajouté à ces facteurs plusieurs indicateurs précis de la santé et étudié les liens entre ces indicateurs et la croissance économique. La performance économique est directement liée à des indicateurs sanitaires tels que l'espérance de vie. Certaines variables, comme la géographie et la démographie, relient indirectement la santé à la croissance économique. La géographie, et notamment le fait pour un pays d'être situé en zone tropicale, est fortement corrélée avec une charge de morbidité importante, ce qui a un effet sur la performance économique (8). Par ailleurs, la démographie est partiellement déterminée par la situation sanitaire et a un effet direct sur la croissance économique par le biais de la structure par âge de la population, et notamment du rapport entre la population en âge de travailler et la population totale.

L'une des principales conclusions des recherches récentes est la constatation que les taux de survie ou l'espérance de vie sont des prédicateurs puissants du niveau de revenu ou de la croissance économique ultérieure. Les études permettent constamment d'observer une forte influence de la santé sur les niveaux économiques et les taux de croissance. Il est intéressant de noter que les historiens de l'économie ont conclu que 30% du taux estimatif de croissance par habitant en Grande-Bretagne entre 1780 et 1979 est sans doute dû aux améliorations de la situation sanitaire et nutritionnelle (9). Ce chiffre se situe dans les limites des estimations auxquelles sont parvenues des études inter pays portant sur des données des 30 à 40 dernières années (10).

Les améliorations de la santé influencent aussi la croissance économique par leur impact sur la démographie. C'est ainsi que, dans les années 1940, de rapides améliorations de la santé en Asie orientale ont eu un effet de catalyse sur la transition démographique dans cette région. La baisse initiale de la mortalité infanto-juvénile a fait augmenter la population des jeunes et provoqué ultérieurement une certaine baisse des taux de fécondité. Ces changements asynchrones de la mortalité et de la fécondité, qui constituent la première phase de la transition démographique, ont nettement modifié la distribution par âge en Asie orientale. A l'issue d'un certain délai, la population en âge de travailler a commencé à augmenter beaucoup plus rapidement que la population des jeunes à charge, ce qui a entraîné temporairement une augmentation disproportionnée du pourcentage des adultes en âge de travailler. Ce déséquilibre de la structure par âge de la population a permis une augmentation des taux de croissance économique. En introduisant ces considérations démographiques dans un modèle empirique de la croissance économique, les analyses entreprises pour le compte de la Banque asiatique de développement ont montré que la mutation démographique de l'Asie orientale peut sans doute expliquer, à raison d'un tiers à une moitié, le "miracle" économique qui a eu lieu entre 1965 et 1990 (11,12).

L'étude de la Banque asiatique de développement prévient que si un "cadeau démographique" offre l'occasion d'améliorer la prospérité, il ne saurait en aucun cas garantir un tel résultat. Les taux de croissance de l'Asie du Sud-Est sont dus au fait que les Etats et le secteur privé ont pu exploiter une main-d'oeuvre en pleine expansion parce qu'ils ont su saisir d'autres occasions de progrès économique. L'adoption de nouvelles technologies industrielles, l'investissement dans l'enseignement de base et l'exploitation des marchés

mondiaux ont permis à l'Asie orientale de réaliser pleinement le potentiel de croissance économique rendu possible par la transition démographique. Pour cette région, la prochaine phase va coïncider avec des taux de dépendance moins favorables en raison du vieillissement de la population. Par contraste, l'Asie méridionale et l'Afrique entrent toutes deux dans la période où les facteurs démographiques peuvent favoriser les perspectives de croissance. L'Encadré 1.2 décrit les travaux en cours sur l'évaluation des liens entre la santé et les revenus dans les Amériques.

Les analystes poursuivent ces recherches dans plusieurs voies. L'une, qui consiste à analyser les effets du climat sur le revenu, a conduit à la conclusion que les pays des régions tropicales sont particulièrement désavantagés par rapport à ceux des zones tempérées. Outre les effets du climat et de la géographie sur la qualité du sol, l'interaction entre le climat et les maladies du monde tropical, notamment le paludisme qui peut avoir une grave incidence sur la performance économique, semble être aussi un facteur important (8). Une autre ligne de recherche permet de penser que l'interaction entre les mutations démographiques exogènes et le développement du capital humain et physique peut conduire à un cercle vertueux de croissance et permettre à un pays d'échapper au piège de la pauvreté (13).

ANALYSES MICROÉCONOMIQUES

Contrairement aux études macroéconomiques qui comparent les performances de pays sur une période donnée, les analyses microéconomiques étudient le lien entre la santé et le revenu des ménages et des individus. Jusqu'à une époque récente, une grande partie de la littérature microéconomique traitait de l'impact de l'éducation et de la formation professionnelle sur les résultats du travail. Toutefois, de récentes études portant sur les individus et les ménages s'intéressent davantage à la santé (notamment à ses aspects nutritionnels) et donnent des résultats de plus en plus cohérents (14).

Plusieurs exemples donnent une idée des résultats de ces recherches. En Indonésie, on a constaté que des hommes anémiés avaient une production inférieure de 20% à celle d'hommes bien portants. Dans l'une des rares études expérimentales qui aient été faites, on a réparti au hasard des hommes anémiés entre deux groupes d'un essai clinique, les

Encadré 1.2 Evaluation des liens entre santé et productivité : une initiative de l'OPS

Des Etats Membres de l'OMS dans la Région des Amériques ayant récemment exprimé le désir de faire mieux comprendre les liens entre les investissements dans la santé, la croissance économique et la réduction de la pauvreté, une étude, menée conjointement par l'OPS, la Banque interaméricaine de développement et l'UNECLAC, a été consacrée aux rapports qui existent entre les investissements dans la santé, la croissance économique et la productivité des ménages. Les premières constatations de cette étude pour les pays d'Amérique latine et les Caraï-

bes révèlent que la croissance du PIB est associée statistiquement à l'espérance de vie, conclusion à laquelle avaient également abouti d'autres études portant sur un plus grand nombre de pays. L'espérance de vie à la naissance est l'un des principaux déterminants de l'accroissement du PIB.

Des estimations reposant sur des données recueillies au Mexique permettent de mieux comprendre dans quel délai la santé exerce des répercussions sur les indicateurs économiques. Une forte espérance de vie à la naissance chez les hommes et chez les femmes produit des effets sur l'écono-

mie dans un délai de 0 à 5 ans. Ces effets sont plus importants pour l'espérance de vie des hommes que pour celle des femmes, en raison sans doute du niveau d'activité économique plus élevé des hommes. D'après les résultats de l'étude, toute année supplémentaire d'espérance de vie se traduit par une augmentation de 1% du PIB 15 ans plus tard. Des constatations analogues sont valables pour le niveau d'instruction. Dans ce cas, le rapport entre l'espérance de vie et le niveau d'instruction est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, en raison sans doute du rôle plus important

qui incombe aux femmes dans l'éducation des enfants.

Il ressort de ces travaux que, en termes de politique économique, la relation entre les variables de l'amélioration de la santé et la croissance économique est suffisamment importante à long terme pour justifier un effort soutenu d'investissement de la part du gouvernement dans la santé. La poursuite de ces travaux par l'OPS et ses collaborateurs devrait favoriser une meilleure compréhension de ces relations aussi bien au niveau des ménages qu'au niveau national.

membres du premier groupe recevant un complément de fer et ceux du second un placebo. Les hommes initialement anémiés auxquels on avait administré une supplémentation en fer augmentèrent leur productivité jusqu'à atteindre presque les niveaux des travailleurs non anémiés, avec des gains de productivité importants comparativement au coût du traitement. On a ainsi constaté que c'est chez les plus vulnérables, c'est-à-dire les plus pauvres et les moins éduqués, que les effets d'une amélioration de la santé se font le plus nettement sentir. L'Encadré 1.3 donne davantage de détails sur une autre étude qui s'est également déroulée en Indonésie et a aussi comporté une intervention. Ici, l'intervention (adoption d'un système de contributions des usagers) a eu un effet défavorable sur l'état nutritionnel et sur la productivité de ceux qui étaient déjà pauvres au départ (15).

Une analyse statistique approfondie des effets de la maladie sur les salaires et l'offre de main-d'oeuvre en Côte d'Ivoire et au Ghana a permis de constater que les salaires étaient nettement inférieurs, dans les deux pays, pour chaque journée d'incapacité. Dans ces communautés pauvres, la mauvaise santé, sous forme d'incapacité, a contribué à pérenniser la pauvreté (16).

Au niveau des ménages, il est également possible de mesurer directement l'impact économique de diverses maladies. La tuberculose constitue un bon exemple. Les coûts économiques de la tuberculose se divisent en deux parties principales. Premièrement, les coûts directs de la prévention et du traitement (médicaments, honoraires du prestataire de soins de santé, transports et frais de séjour dans un centre de santé). Deuxièmement, les coûts

Encadré 1.3 Facturation aux usagers, résultats sanitaires et participation de la main-d'oeuvre : étude indonésienne

Une étude d'intervention effectuée en Indonésie a été consacrée à l'examen des effets de la modification des prix des services de santé publique sur la participation de la main-d'oeuvre. A cette fin, les frais facturés aux usagers dans les centres de santé publique ont été majorés dans certains districts choisis au hasard tandis qu'ils restaient constants (en valeur réelle) dans les districts voisins. Une enquête de référence sur les ménages a été réalisée à la fin de l'année 1991, avant l'étude d'intervention, et les mêmes ménages, également répartis en deux groupes selon qu'ils avaient été soumis ou non au relèvement du tarif, ont été à nouveau interrogés deux ans plus tard. Au total, 6000 ménages ont été interrogés dans plusieurs districts de deux provinces d'Indonésie dont l'une était relativement riche et l'autre pauvre. Un nombre égal de foyers a été sélectionné dans chaque province pour faire partie du groupe d'essai et du groupe témoin.

Dans les régions soumises à l'expérience, on a observé un recul de l'utilisation des soins de santé ainsi que de certains indicateurs de l'état de santé par rapport aux régions témoins. En se fondant sur les déclarations des personnes interrogées quant aux limites de leur capacité à accomplir leurs tâches quotidiennes – par exemple l'impossibilité de franchir une distance de 5 km à pied ou de porter une lourde charge sur 20 mètres ou le fait d'avoir dû passer une journée au lit au cours du mois précédent – l'étude de suivi réalisée en 1993 a montré que la grande majorité des foyers soumis à une majoration des tarifs avaient déclaré un certain nombre d'effets indésirables. Dans l'étude indonésienne, la majoration des tarifs est associée à une plus grande difficulté à parcourir 5 km et à accomplir les activités quotidiennes et à un plus grand nombre de jours passés au lit. Par exemple, dans les districts soumis à l'expérience, tant les hommes que les femmes ont déclaré avoir passé en moyenne un tiers de

journée de plus au lit que les personnes du groupe témoin pour cause de maladie. Cela dit, les personnes les plus touchées sont les pauvres, les hommes âgés de plus de 40 ans et les femmes vivant dans des foyers dont le niveau économique et le degré d'instruction laissent à désirer. Les hommes situés dans le dernier quartile du revenu par habitant dans les zones d'essai ont déclaré avoir perdu presque une journée entière d'activité de plus que ceux du groupe témoin.

De plus, l'étude de suivi a fait apparaître une baisse importante de la participation de la main-d'oeuvre dans la zone d'essai parmi les groupes les plus vulnérables. Les hommes du groupe d'âge des plus de 40 ans avaient une légère tendance à quitter le marché du travail dans la région d'essai. En ce qui concerne les femmes, leur taux d'activité a reculé de 50 à 46% de 1991 à 1993, tant dans le groupe témoin que dans le groupe d'essai, mais avec une différence de 7,3 points de pourcentage entre les deux, au détriment de

celles qui ont été confrontées à une majoration des tarifs. Dans les districts d'essai, le taux d'activité des femmes n'ayant pas reçu d'instruction a chuté de 14%. Les femmes de plus de 40 ans ont aussi fortement tendance à abandonner le marché du travail dans les secteurs où les frais de santé avaient été majorés.

Cette situation s'est aussi répercutée sur le niveau des salaires des hommes. Alors que ceux-ci ont augmenté en moyenne de 30% en valeur nominale au cours des deux années qu'a duré l'enquête, tant dans le groupe d'essai que dans le groupe témoin, cette augmentation s'est produite 15% plus tôt dans les zones témoins. Le retard relatif observé dans les zones d'essai a été particulièrement marqué pour les travailleurs plus âgés, dont la santé est vraisemblablement un facteur plus important de leurs performances professionnelles.

Source : Dow WH et al. *Health care prices,*

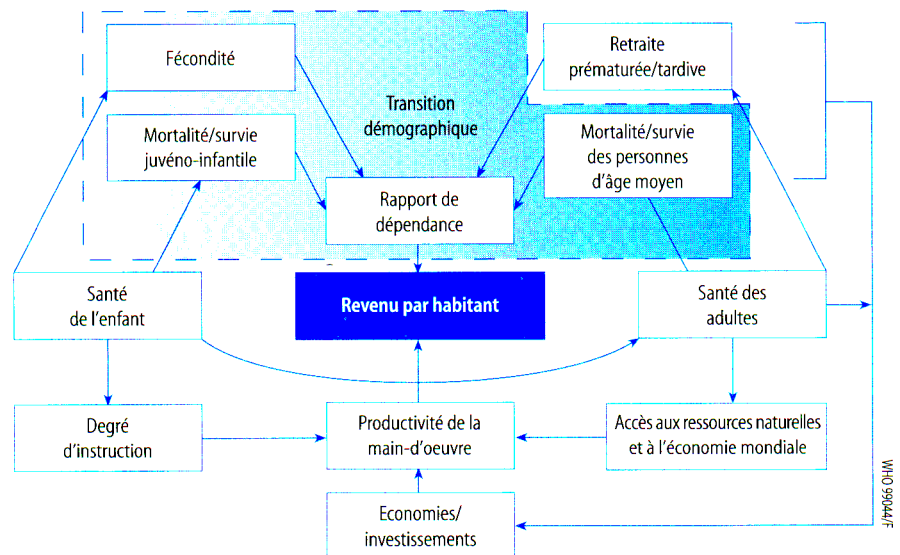
indirects des heures de travail perdues en raison de la maladie. Compte tenu de ces deux composantes, la tuberculose influe de plusieurs manières sur les résultats économiques. La morbidité en rapport avec la tuberculose augmente directement les dépenses des ménages et du secteur public. Elle réduit l'apport de travail et peut aussi réduire le capital humain par suite de l'abaissement de la fréquentation scolaire. Dans une étude de cas de 1995 sur le coût d'une amélioration de la lutte antituberculeuse en Thaïlande, on a estimé le coût du traitement à US \$343 par cas. Les chercheurs ont également estimé à US \$57 millions le coût indirect total de la perte de productivité qui résultait en Thaïlande de la morbidité associée aux cas de tuberculose traités et non traités.

INCIDENCES MULTIPLES DE LA SANTÉ

En définissant les incidences potentielles de la santé, on délimite son rôle par rapport à ceux des multiples déterminants du niveau de revenu et du taux de croissance. Un document présenté en 1952 à l'Assemblée mondiale de la Santé annonçait une grande partie des travaux en cours sur ces incidences (17).

Il est bien établi que la santé des adultes dépend en partie de la santé de l'enfant et influe elle-même directement sur la productivité de la main-d'oeuvre. Le revenu par habitant est défini comme le revenu global divisé par le nombre total d'habitants. Ce total comprend non seulement les personnes actives, mais aussi celles qui sont économiquement à leur charge. Une meilleure santé des adultes abaissera le taux de dépendance économique en réduisant la mortalité chez les personnes économiquement actives ainsi que le nombre de départs à la retraite prématurés du fait de la maladie (18), et ce taux évolue en raison de la transition démographique (voir le haut de la Figure 1.5). A la Jamaïque, par exemple, on a constaté que des personnes atteintes de maladies chroniques avaient davantage tendance à vouloir prendre leur retraite que des personnes en bonne santé (19). Une meilleure santé chez l'adulte influe directement sur la productivité en augmentant le rendement du travail et en réduisant l'absentéisme. Moins évident est le fait que des maladies limitées à certaines régions, comme l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, empêchent des communautés d'accéder à des terres fertiles ou à des ressources fructueuses. Par ailleurs,

Figure 1.5 Liens entre la santé et le revenu



une forte morbidité dans une communauté peut affaiblir ses liens avec l'économie mondiale (20), liens qui, à la faveur de mouvements d'idées et d'échanges de marchandises et de capital, aident à créer les conditions d'une croissance plus rapide (voir le bas de la Figure 1.5).

Le rendement du travail dépend des investissements consacrés à la fois au capital physique et à l'éducation. Des études, dont le nombre augmente rapidement, montrent les effets de la mauvaise santé sur la scolarisation des enfants, leur apprentissage et leur taux de fréquentation scolaire. Or, un grand nombre de maladies dont souffrent les enfants des écoles (par exemple, les helminthiases intestinales et les carences en micronutriments) sont convenablement traitées par des interventions d'un coût modique, mais efficaces. De récentes études psychologiques montrent qu'au cours du XX^e siècle, les capacités intellectuelles générales des habitants des pays à haut revenu (où l'on disposait de données pour déterminer des tendances) ont progressé régulièrement et durablement. On a pensé que l'un des déterminants de cette tendance pourrait être l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel (21).

Les analyses de la Banque asiatique de développement sur l'Asie font clairement ressortir l'effet d'une meilleure santé sur la formation du capital. Il semblerait que l'espérance d'une durée de vie accrue stimule l'épargne.

Les économistes ne doivent jamais oublier la valeur intrinsèque de la santé ni le fait que les systèmes de santé d'aujourd'hui ont les moyens d'améliorer considérablement le bien-être des pauvres pour un coût modeste. Quant aux professionnels de la santé, ils ont un important message à transmettre aux présidents et aux ministres des finances : investir dans la santé accélère la croissance économique et constitue l'une des très rares démarches viables pour faire reculer la pauvreté.

RÉFÉRENCES

1. **McKeown T.** *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis.* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
2. **Easterlin RA.** *How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality.* Los Angeles, University of Southern California, 1998 (document non publié).
3. **Easterly W.** *Life during growth.* Washington DC, Banque mondiale, 1998 (document non publié).
4. **Preston SH.** The changing relation between mortality and level of economic development. *Population studies*, 1975, **29**: 213-248.
5. **Preston SH.** Causes and consequences of mortality declines in less developed countries in the 20th century. In: **Easterlin RA** (ed). *Population and economic change in developing countries.* Chicago, University of Chicago Press, 1980: 289-341.
6. **Barro RJ.** *Determinants of economic growth: A cross-country empirical study.* Cambridge MA, The MIT Press, 1997.
7. **Sachs JD, Werner AM.** Fundamental sources of long-term growth. *American economic review*, 1997, **87**: 184-188.
8. **Gallup JL, Sachs JD, Mellinger AD.** *Geography and economic development.* Cambridge MA, Harvard Institute for International Development, 1998.
9. **Fogel RW.** New findings on secular trends in nutrition and mortality: some implications for population theory. In: **Rosenzweig MR, Stark O** (eds). *Handbook of population and family economics, Vol. 1A.* Amsterdam, Elsevier Science, 1997: 433-481.
10. **Jamison DT, Lau LJ, Wang J.** Health's contribution to economic growth, 1965-90. In: *Health, health policy and economic outcomes.* Genève, Equipe de transition du Directeur général, 1998 (Satellite Santé et Développement, rapport final): 61-80.
11. **Banque asiatique de développement.** *Emerging Asia.* Manille, Banque asiatique de développement Bank, 1997.

12. **Bloom DE, Williamson JG.** Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia. *The World Bank economic review*, 1998, **12**(3): 419-455.
13. **Bloom DE, Canning D, Malaney P.** *Population dynamics and economic growth*. Cambridge MA, Harvard Institute for International Development, 1998.
14. **Strauss J, Thomas D.** Health, nutrition and economic development. *Journal of economic literature*, 1998, **XXXVI**: 766-817.
15. **Dow WH et al.** *Health care prices, health and labor outcomes: Experimental evidence*. Santa Monica CA, RAND, 1997 (document non publié).
16. **Schultz TP, Tansel A.** Wage and labor supply effects of illness in Côte d'Ivoire and Ghana: instrumental variable estimates for days disabled. *Journal of development economics*, 1997, **53**: 251-286.
17. **Myrdal G.** Les aspects économiques de la santé. *Chronique de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1952, **6**: 224-242.
18. **Dwyer DS, Mitchell OS.** Health problems as determinants of retirement: are self-rated measures endogenous? *Journal of health economics*, 1999, **18**: 173-193.
19. **Handa S, Neitzert M.** *Chronic illness and retirement in Jamaica*. Washington DC, Banque mondiale, 1998 (Living Standards Measurement Study, Working Paper No. 131).
20. **Radelet S, Sachs J, Lee, JW.** *Economic growth in Asia*. Cambridge MA, Harvard Institute for International Development, 1997 (Development Discussion Paper No. 609).
21. **Neisser V** (ed). *The rising curve: Long-term gains in IQ and related measures*. Washington DC, The American Psychological Association, 1998.

2

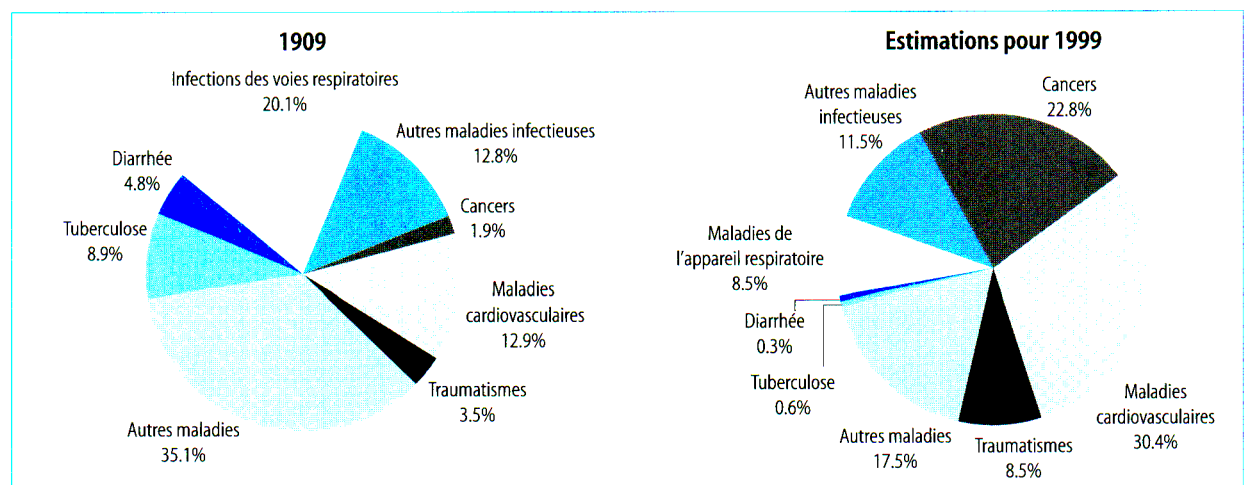
LE DOUBLE FARDEAU : NOUVELLES ÉPIDÉMIES ET PROBLÈMES PERSISTANTS

La révolution qui s'est opérée dans la santé au XX^e siècle et la transition démographique qui en résulte entraînent inexorablement une évolution radicale du tableau de la morbidité. Au cours de cette transition *épidémiologique*, les principales causes de décès et d'incapacités sont beaucoup plus souvent des maladies non transmissibles et non plus des maladies infectieuses (1).

Pour reprendre l'exemple du Chili cité au chapitre 1, du fait de la transition épidémiologique, la distribution des causes de décès pour 1999 s'écarte considérablement de celle qui caractérisait la cohorte de 1909, ainsi qu'on peut le voir à la Figure 2.1 (2). Non seulement les principales causes de décès ont changé, mais l'âge moyen du décès s'élève régulièrement. Cela favorise l'apparition de nouvelles épidémies de maladies non transmissibles et de lésions traumatiques qui mettent à l'épreuve les systèmes de santé et leurs ressources financières.

En dépit de la longue liste de succès enregistrés dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale au cours du XX^e siècle, le bilan est alourdi par la charge inacceptable de la maladie et de la malnutrition que continuent de supporter les populations défavorisées du monde. Certains spécialistes estiment que nous traversons actuellement une période de transition épidémiologique incomplète dans laquelle des sous-populations, victimes d'une polarisa-

Figure 2.1 Distribution des décès par cause dans deux cohortes du Chili, en 1909 et 1999



Source : Preston SH, Keyfitz N, Schoen R. *Causes of death: life tables for national populations*. New York and London, Seminar Press, 1972.

Données de 1999 : Estimations reposant sur des données extraites de la base de données OMS sur la mortalité.

tion épidémiologique, sont laissées pour compte (3). L'un des objectifs prioritaires de l'action internationale de santé publique consiste à corriger ce déséquilibre. De plus, cet objectif est tout à fait réalisable : on dispose déjà des moyens nécessaires.

Pendant les premières décennies du XXI^e siècle, les décideurs de la santé devront faire face à un double fardeau, à savoir : d'une part, les nouvelles épidémies de maladies non transmissibles et de lésions traumatiques qui apparaissent aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement et, d'autre part, la survivance de certaines grandes maladies infectieuses qui n'ont pas pu être éradiquées au XX^e siècle et qui demeurent à l'ordre du jour. Le présent chapitre décrit ce double fardeau en mettant l'accent sur des interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui devraient permettre de venir pratiquement à bout du travail inachevé d'ici la fin de la première décennie du XXI^e siècle. Le développement des systèmes de santé, qui fait l'objet du chapitre suivant, doit favoriser l'accès des pauvres à ces interventions.

ÉPIDÉMIES ÉMERGENTES DE MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET DE LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nous assisterons, au cours des deux prochaines décennies, à une transformation radicale des besoins sanitaires des populations du monde. Dans les régions en développement, les ennemis traditionnels que sont les maladies infectieuses et la malnutrition sont rapidement supplantés par des maladies non transmissibles comme la dépression et les maladies cardio-vasculaires en tant que principales causes de handicaps et de décès prématurés. Les lésions traumatiques, intentionnelles ou non, prennent aussi une importance croissante et, d'ici l'an 2020, elles pourraient rivaliser avec les maladies infectieuses à l'échelle mondiale (1). La rapidité de cette évolution posera de sérieux problèmes aux systèmes de soins de santé et des décisions délicates devront être prises pour l'allocation des maigres ressources.

Afin que ces décisions délicates puissent reposer sur une base solide, il importe de réunir des données fiables et cohérentes sur l'état de santé des populations du monde entier. De plus, ainsi que le préconisaient les précédents rapports sur la santé dans le monde (4,5), il faut mettre en oeuvre une nouvelle méthode de mesure de la situation sanitaire, qui prenne en considération non seulement le nombre de décès, mais aussi l'incidence des décès prématurés et des incapacités sur les populations, et qui associe ces deux éléments dans une seule unité. Plusieurs systèmes de mesure de ce genre ont été élaborés dans différents pays et bon nombre d'entre eux sont des variantes de la notion d'année de vie corrigée de la qualité (AVCQ), qui est principalement utilisée pour mesurer les résultats des interventions. En revanche, les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) servent à mesurer la charge de la maladie.

Les AVCI représentent les années de vie perdues du fait d'un décès prématuré et les années vécues avec une incapacité, corrigées de la gravité de l'incapacité. *Une AVCI est une année perdue de vie en bonne santé.* Un décès "prématuré" désigne un décès survenant avant l'âge que la personne en question aurait dû atteindre si elle avait fait partie d'une population modèle ayant la plus longue espérance de vie au monde : celle du Japon. La charge de la maladie correspond à l'écart entre l'état de santé réel d'une population et un état de santé de référence.

La notion d'AVCI a été utilisée pour la première fois dans une évaluation de la charge globale de morbidité réalisée en 1993 pour la Banque mondiale (6) en collaboration avec l'OMS. Par la suite, des révisions de cette évaluation ont été préparées ainsi que de nombreux documents sur la charge de la maladie pour l'année 1990 (1). Dans le présent rap-

port, la charge de la maladie est exprimée en “AVCI types”, calculées selon les méthodes préconisées dans des études antérieures consacrées à la charge de la maladie (1). On y trouvera de nouvelles estimations de la charge de la maladie pour l’année 1998.

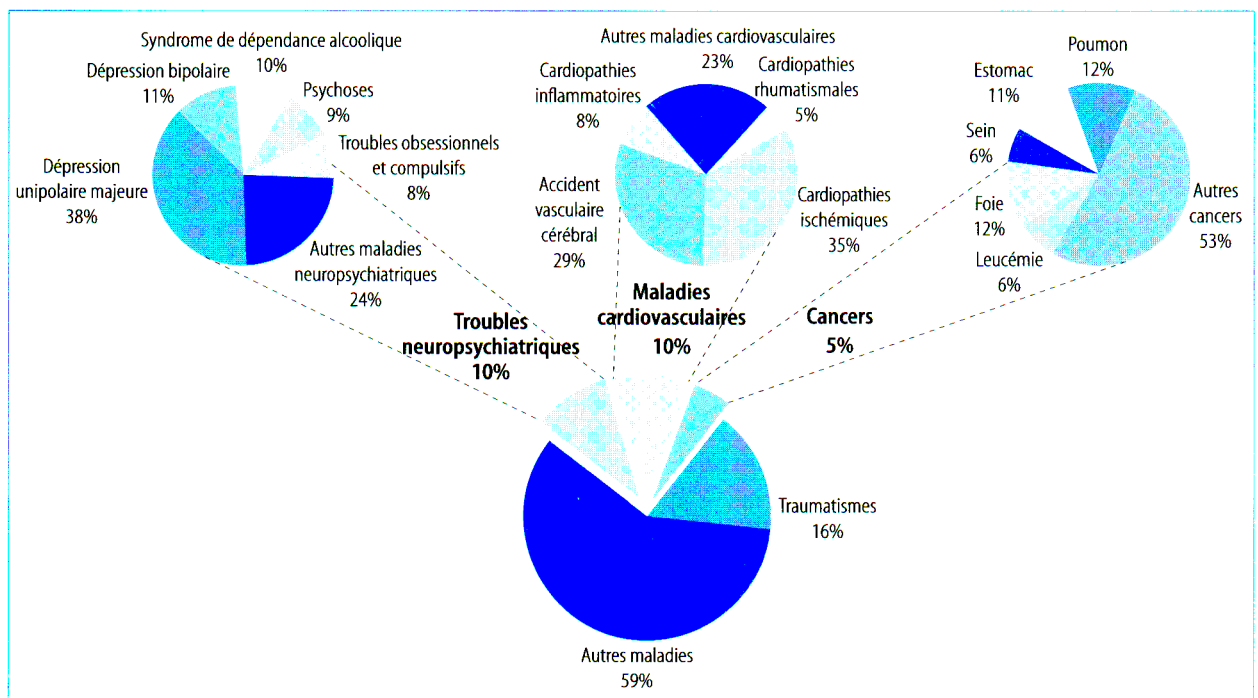
MALADIES NON TRANSMISSIBLES

En 1998, 43% de toutes les AVCI à l’échelle mondiale étaient imputables à des maladies non transmissibles. Cette proportion était de 39% dans les pays à faible ou moyen revenu contre 81% dans les pays à haut revenu. Les maladies énumérées ci-après sont celles qui ont prélevé le plus lourd tribut (voir Figure 2.2) :

- maladies neuropsychiatriques, qui ont représenté 10% de la charge de la maladie mesurée en AVCI dans les pays à faible ou moyen revenu et 23% dans les pays à haut revenu;
- maladies cardio-vasculaires, responsables de 10% des AVCI dans les pays à faible ou moyen revenu contre 18% dans les pays à haut revenu;
- néoplasmes malins (cancers), qui ont été à l’origine de 5% des AVCI dans les pays à faible ou moyen revenu et de 15% dans les pays à haut revenu.

L’un des résultats les plus surprenants de l’emploi d’une mesure de la charge de la maladie tenant compte du nombre d’années vécues avec une incapacité est l’importance que revêtent les maladies neuropsychiatriques, jusqu’ici sous-estimées en raison de leur faible incidence sur la mortalité. Comme on peut le voir dans l’Encadré 2.1, une proportion importante de la charge de la maladie imputable aux affections neuropsychiatriques est associée aux dépressions majeures unipolaires, qui ont été la principale cause d’incapacité à l’échelle mondiale en 1990. Selon les estimations, les troubles dépressifs seraient en augmentation tant dans les pays en développement que dans les pays développés. L’alcoo-

Figure 2.2 Les nouveaux défis : AVCI dues à des maladies non transmissibles dans les pays à faible ou moyen revenu, estimations pour 1998



Source : Tableau 3 de l’annexe.

lisme est aussi mentionné parmi les principales causes de morbidité, en particulier pour les hommes adultes : c'est la première cause d'incapacité pour les hommes dans les pays développés et la quatrième dans les pays en développement.

Ces constatations mettent en outre en évidence l'"épidémie cachée de maladies cardiovasculaires" (7). Parmi les maladies cardiovasculaires, qui sont responsables à elles seules d'environ un huitième des AVC à l'échelle mondiale, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux sont les plus répandus. Les cardiopathies ischémiques pourraient être la plus importante cause de morbidité à l'échelle mondiale d'ici l'an 2020 (1). L'Encadré 2.2 analyse de façon détaillée la nature des maladies cardiovasculaires dans la Région de la Méditerranée orientale. Compte tenu des programmes actuels de prévention des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du coût abordable de la prise en charge de ces maladies, il semble que l'on dispose désormais de moyens commodes et rentables de réduire la mortalité et l'incapacité dues à des maladies cardiovasculaires, tant dans les pays développés que dans les pays en développement (8). Les autorités sanitaires devraient accorder la priorité à la mise en oeuvre de tels programmes, puisque la charge des maladies cardio-vasculaires s'accroît dans tous les groupes socio-économiques et représente un coût humain et économique important pour la société.

Le cancer vient au troisième rang des maladies non transmissibles en tant que cause de morbidité. Cette maladie est à l'origine d'une proportion importante d'années de vie perdues et d'années vécues avec une incapacité. Le cancer le plus répandu est le cancer du poumon dont la prévalence, selon des projections, ne cessera de s'accroître au cours des

Encadré 2.1 La part croissante des maladies neuropsychiatriques dans la charge globale de la maladie

L'abandon progressif des simples indicateurs de la mortalité au profit d'indicateurs tenant compte de l'incapacité entraîne un changement radical de l'ordre des priorités dans la liste des maladies. On a longtemps négligé les maladies neuropsychiatriques parce qu'elles n'étaient pas mentionnées parmi les causes de décès. Cependant, si l'on tient compte, dans la mesure de la charge de la morbidité, des années de vie vécues avec une incapacité, plusieurs maladies neuropsychiatriques occupent une part prépondérante dans la charge de la morbidité à l'échelle mondiale.

Ainsi qu'il ressort du Tableau 3 de l'annexe, en 1998, 11% de la charge globale de la morbidité était due à des maladies neuropsychiatriques; dans les pays à haut revenu, une AVC sur quatre était imputable à une maladie neuropsychiatrique tandis que, dans les régions à faible ou moyen revenu, cette proportion n'était que de une sur dix.

Parmi les 10 maladies qui pèsent le plus lourdement dans la charge de la maladie chez les jeunes adultes (dans le groupe d'âge 15-44 ans), on relevait quatre maladies neuropsychiatriques. Plus exactement, la dépression majeure unipolaire était la quatrième maladie par ordre d'importance dans la charge globale de la maladie en 1990, et représentait, chez les adultes âgés de 15 à 44 ans, la principale cause

D'AVCI, tant dans les pays à haut revenu que dans les pays à faible ou moyen revenu. L'alcoolisme, les troubles bipolaires et la schizophrénie faisaient partie des principales causes de morbidité pour ce groupe d'âge en 1998.

Il convient de se préoccuper sérieusement des besoins croissants des populations dans le secteur de la santé mentale. Comme l'illustre le tableau ci-

dessous, les maladies neuropsychiatriques figurent parmi les principales causes d'incapacité et de morbidité. Les troubles psychiatriques représentent souvent une charge considérable pour les ressources sanitaires du fait qu'ils sont mal reconnus, mal diagnostiqués, ou mal soignés. En améliorant la planification budgétaire et l'affectation des ressources et en mettant en place un programme de santé mentale efficace au niveau des soins de santé primaires, on peut réduire substantiellement les dépenses de santé générale. Les soins de santé mentale, contrairement à beaucoup d'autres secteurs, ne nécessitent pas, d'une manière générale, des techniques coûteuses mais exigent plutôt une affectation judicieuse de personnels dûment formés, qui soient capables d'utiliser des médicaments relativement bon marché et de fournir un appui psychologique dans le cadre d'un traitement ambulatoire.

Rang d'importance de certaines maladies parmi l'ensemble des causes de morbidité

Maladie ou traumatisme	Rang d'importance dans la liste de causes		
	Monde	Pays à haut revenu	Pays à faible ou moyen revenu
Dépression majeure unipolaire	4	2	4
Alcoolisme	17	4	20
Trouble bipolaire	18	14	19
Psychoses	22	12	24
Trouble obsessionnel et compulsif	28	18	27
Démence	33	9	41
Toxicomanie	41	17	45
Trouble panique	44	29	48
Epilepsie	47	34	46

Source : Tableau 3 de l'annexe.

prochaines décennies si la consommation de tabac ne diminue pas dans le monde. Le tabac est en outre un facteur de risque important pour plusieurs autres maladies non transmissibles et, ainsi qu'on le verra en détail dans le chapitre 5, la lutte contre le tabagisme est l'un des thèmes prioritaires de l'action de santé publique pour le XXI^e siècle.

La part des maladies non transmissibles dans la charge de la maladie devrait passer de 43% en 1998 à 73% en l'an 2020, si la tendance à la baisse de la mortalité qui s'est récemment amorcée dans le monde (excepté en Chine et ailleurs) se poursuit (9). Cette progression devrait être particulièrement rapide dans les pays en développement. En Inde, les décès dus à des maladies non transmissibles devraient quasiment doubler, passant de 4,5 millions environ en 1998 à quelque 8 millions par an en 2020.

Le net accroissement prévisible de la charge des maladies non transmissibles à l'échelle mondiale – la transition épidémiologique – s'explique en grande partie par le vieillissement de la population et par le fait que, dans les pays en développement, le nombre d'individus actuellement exposés au tabac et à d'autres facteurs de risque tels que l'obésité, l'inactivité physique et une forte consommation d'alcool s'accroît rapidement. Cette progression attendue des maladies non transmissibles liée à la structure par âges de la population pose de graves problèmes. Les systèmes de santé doivent être adaptés à l'évolution du tableau de la morbidité dans le monde et les autorités sanitaires seront obligées de tirer le meilleur parti de leurs maigres ressources pour lutter contre les nouvelles épidémies de maladies non transmissibles. Alors qu'un petit nombre d'affections représentent la plus grande partie de la surmortalité chez les pauvres, les décideurs devront élaborer des systèmes capables de faire face à des maladies très diverses à mesure que progresse la transition épidémiologique.

Dans le même temps, les autorités sanitaires devront s'efforcer de résoudre le problème étonnamment persistant des inégalités sanitaires à l'intérieur des pays. C'est un problème qui concerne les populations défavorisées, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. En règle générale, la politique sanitaire mondiale a toujours mis l'accent sur les nations peu développées. Or, des études récentes ont révélé qu'il existait de sérieuses inégalités au sein de la population des pays développés et elles font ressortir la nécessité d'adopter des politiques en faveur des populations défavorisées dans le monde

Encadré 2.2 Les maladies cardiovasculaires dans la Méditerranée orientale

Les pays de la Méditerranée orientale connaissent actuellement une période de transition épidémiologique dans laquelle bon nombre d'entre eux se retrouvent confrontés au double problème des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles. Le vieillissement de la population, l'urbanisation croissante et les modifications des habitudes alimentaires et des modes de vie sont autant de facteurs qui favorisent l'apparition de maladies cardiovasculaires.

Si les taux de mortalité par âge sont en recul, les facteurs de risque

des maladies cardio-vasculaires sont beaucoup plus présents qu'auparavant. Les gens consomment davantage de graisses, plus de 17 millions de personnes souffrent de diabète et 17 autres millions d'une intolérance au glucose, le tabagisme est répandu en particulier chez les jeunes, et l'activité physique est insuffisante. Les activités de prévention peuvent contribuer à faire reculer encore la mortalité.

On dispose de données insuffisantes sur la mortalité dans de nombreux pays de la Méditerranée orientale, mais les quelques informations disponibles indiquent que les cardiopathies

ischémiques sont une cause croissante d'hospitalisation et apparaissent chez des individus plus jeunes qu'auparavant. Plus de 20% des adultes souffriraient d'hypertension, mais il semblerait que plus de la moitié des cas ne sont pas diagnostiqués.

Des programmes d'intervention axés sur la communauté se sont avérés efficaces pour promouvoir des modes de vie sains et diminuer l'incidence des maladies cardio-vasculaires. C'est pourquoi l'OMS travaille avec des pays à la mise en place de projets pilotes destinés à fournir des informations sur les facteurs de risque et encoura-

ger des modes de vie sains du point de vue de la consommation de tabac, du régime alimentaire et de l'activité physique. Ces programmes mettent en particulier l'accent sur les bonnes habitudes à inculquer aux enfants et aux adolescents. Ils s'efforcent de faire participer les associations locales et les responsables locaux afin de mobiliser la population et de veiller à ce que les gens adoptent des modes de vie plus sains.

entier. L'Encadré 2.3 résume quelques conclusions d'études nationales sur les inégalités aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques, intentionnelles ou non, sont un vaste problème de santé, généralement négligé, dans toutes les régions du monde, car elles représentaient 16% de la charge de la maladie à l'échelle mondiale en 1998. La Figure 2.3 décrit les grandes catégories de lésions traumatiques qui constituent la plus grande partie de la charge de la maladie. Les accidents de la circulation étaient en 1998 au neuvième rang des causes de morbidité à l'échelle mondiale, au cinquième dans les pays à haut revenu et au dixième dans les pays à faible et moyen revenu. Pour les hommes adultes âgés de 15 à 44 ans, les accidents de la circulation sont la principale cause de morbidité et de décès prématurés à l'échelle mondiale et la deuxième dans les pays en développement. L'impact des accidents de la route devrait s'accroître à l'échelle mondiale et en particulier dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, les lésions traumatiques (et plus particulièrement celles qui sont dues à des accidents de la circulation, à la guerre et à la violence) devraient constituer une source importante de morbidité en raison partiellement de la diminution escomptée du rôle des maladies infectieuses.

Les chiffres récents des homicides, suicides et décès consécutifs à des accidents de la circulation pour les pays de la Région des Amériques indiquent que ce sont les principales causes de décès et d'incapacités. Dans cette Région, chaque année, près de 120 000 personnes sont tuées, 55 000 se suicident et 126 000 perdent la vie dans un accident de la circulation (10). Dans 12 pays au moins, le taux d'homicides est supérieur à 10 meurtres pour 100 000 habitants.

Encadré 2.3 Inégalités en matière de santé, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni

Si l'on mesure la santé et le bien-être d'une population d'après son espérance de vie à la naissance, les Etats-Unis se classent parmi les pays les mieux lotis. Au cours de ces cinquante dernières années, l'espérance de vie aux Etats-Unis s'est améliorée régulièrement tant pour les femmes que pour les hommes. L'espérance nationale de vie est une mesure globale qui ne rend pas compte des importantes variations observées au sein de la population. Une étude entreprise sur la charge de la maladie et des lésions traumatiques aux Etats-Unis révèle qu'à l'intérieur d'un même comté l'écart entre les valeurs extrêmes de l'espérance de vie est analogue à celui que l'on observe à l'échelle mondiale. Ainsi, l'écart entre l'espérance de vie des femmes dans le comté de

Stearns, Minnesota, et celle des hommes dans les comtés de Bennett, Jackson, Mellette, Shannon, Todd et Washabaugh, dans le Dakota du Sud, est de 22,48 ans. Il s'élargit encore – 41,3 ans – si l'on considère l'espérance de vie corrigée de la race tous comtés confondus. Cet écart de 41,3 ans correspond à 90% de l'écart observé, à l'échelle mondiale, entre l'espérance de vie la plus faible (celle des hommes en Sierra Leone) et la plus élevée (celle des femmes au Japon).

Si les Etats-Unis ont réussi à atténuer les disparités de leurs taux de mortalité juvénile-infantile en valeur absolue (mais non en valeur relative) par rapport aux écarts constatés entre les taux de mortalité des pays à économie de marché bien établie et ceux des pays d'Afrique subsaharienne, ils ont, en revanche, enregistré une amélioration

beaucoup moins nette en ce qui concerne les taux de mortalité de la population masculine et encore plus médiocre, quoique sensible, pour la population féminine. Alors que la plupart des études de santé publique continuent à mettre l'accent sur les problèmes de santé des enfants et des personnes âgées, c'est dans la population adulte masculine ou féminine que les disparités sont les plus flagrantes aux Etats-Unis par rapport au reste du monde.

Les inégalités en matière de santé sont aussi importantes au Royaume-Uni. Une enquête effectuée l'an dernier par un organisme indépendant, pour le compte du Gouvernement britannique, a passé en revue les données disponibles sur les disparités qui existent en Angleterre dans le domaine de la santé. Le rapport de cette enquête,

publié en novembre 1998, précise que, bien que les taux moyens de mortalité aient chuté au cours des cinquante dernières années, des inégalités inacceptables subsistent dans la santé.

Le rapport fait ressortir trois aspects importants : toutes les politiques susceptibles d'avoir une influence sur la santé devraient être évaluées du point de vue de leurs répercussions sur les inégalités en matière de santé; une attention accrue devrait être portée à la santé des familles avec enfants; et des mesures supplémentaires devraient être prises en vue de réduire les inégalités en matière de revenu et d'améliorer le niveau de vie des ménages pauvres.

Les actes de violence et les lésions traumatiques auto-infligées (y compris les suicides) sont un grave problème de santé publique, car ils représentent une part croissante de la charge de la maladie à l'échelle mondiale. Ils frappent principalement les jeunes et sont souvent à l'origine d'incapacités. Dans les pays à haut revenu, les accidents de la circulation et les lésions traumatiques auto-infligées figuraient en 1998 parmi les dix premières causes de morbidité mesurée en AVCI. Dans les pays peu développés, les accidents de la circulation étaient la principale cause de lésions traumatiques et arrivaient au onzième rang des principales causes d'années perdues de vie en bonne santé. La guerre, la violence et les lésions traumatiques auto-infligées se situaient parmi les vingt premières causes. Les blessures intentionnelles concernent surtout les jeunes adultes, et en particulier les hommes dans le groupe d'âge 15-34 ans.

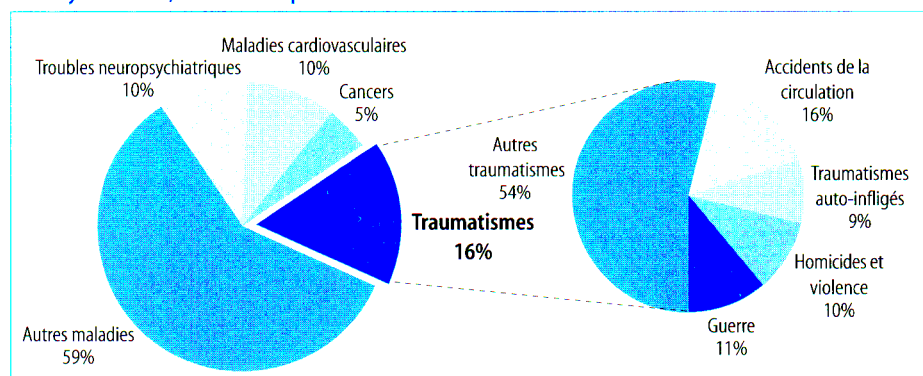
La violence domestique, notamment à l'égard des femmes, ne se traduit pas toujours par des lésions corporelles, mais peut aussi engendrer des séquelles psychologiques. On a coutume de ranger la violence dans la catégorie des lésions traumatiques intentionnelles. Il est certes important de reconnaître que la violence peut être à l'origine de certaines lésions traumatiques, en particulier chez les femmes, même si le rapport de cause à effet n'est pas toujours évident; cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'elle peut avoir d'autres répercussions sur la santé. De même, il faut savoir que les hommes, les femmes et les enfants ne sont pas exposés aux mêmes formes de violence.

A l'échelle mondiale, les lésions traumatiques sont à l'origine d'un sixième des années de vie vécues avec une incapacité. Cependant, elles sont souvent négligées par les politiques de santé publique. C'est pourquoi il convient de consacrer davantage d'attention au problème de plus en plus préoccupant des lésions traumatiques, en développant les activités de prévention et en améliorant la qualité des services d'urgence et de soins, et les possibilités de rééducation.

LES PROBLÈMES PERSISTANTS : MALADIES INFECTIEUSES ET INCAPACITÉS ET MORTALITÉ MATERNELLES ET INFANTILES

Malgré les progrès extraordinaires réalisés au XX^e siècle, une part importante de la charge de la morbidité à l'échelle mondiale est toujours imputable aux maladies infectieuses, à la dénutrition et aux complications de l'accouchement. Ces maladies se rencontrent surtout dans les pays les plus pauvres et, à l'intérieur de ces pays, frappent particulièrement les

Figure 2.3 Les nouveaux défis : AVCI dues à des accidents traumatiques dans des pays à faible ou moyen revenu, estimations pour 1998



Source : Tableau 3 de l'annexe.

couches de la population qui vivent dans la pauvreté. La concentration résiduelle de maladies infectieuses dont sont victimes les pauvres est tout à fait évitable car il existe des moyens efficaces et peu onéreux d'y remédier en grande partie. D'ailleurs, il s'agit d'un nombre de maladies relativement limité.

La part disproportionnée de la charge de la maladie qui pèse sur les pauvres ressort clairement du Tableau 2.1 et de la Figure 2.4 qui s'inspirent des données figurant dans le Tableau 7 de l'annexe. Dans chaque pays, les catégories sociales défavorisées ont des résultats bien plus négatifs sur plusieurs indicateurs de santé que les couches aisées de la population. Les personnes qui vivent dans la misère auraient, selon les estimations, une probabilité 5 fois plus élevée que les autres de mourir entre la naissance et l'âge de 5 ans et 2,5 fois plus de chances de mourir entre 15 et 59 ans. Dans l'ensemble, les résultats obtenus avec les groupes défavorisés sont nettement inférieurs à ceux du reste de la population pour la totalité des indicateurs sanitaires étudiés. La Figure 2.4 montre clairement le décalage important qui existe entre les pauvres et les non-pauvres en ce qui concerne leur état de santé dans un échantillon de pays.

Ces données révèlent un autre point important, à savoir que dans certains pays la situation sanitaire des pauvres est bien meilleure que dans d'autres. Ainsi, en Chine, le risque pour les enfants pauvres de décéder avant l'âge de 5 ans est un peu moins d'un tiers de ce même risque en République-Unie de Tanzanie. La pauvreté n'est pas un obstacle insurmontable à l'amélioration de la santé lorsque les politiques sont bien conçues, ce qui révèle, là encore, qu'une grande partie de la charge de la maladie qui pèse sur les pauvres est évitable.

LE PROGRAMME INACHEVÉ

Les pays en développement, et en particulier les groupes de populations défavorisés à l'intérieur de ces pays, n'en sont qu'au premier stade de la période de transition épidémiologique, celui où les maladies infectieuses sont encore la principale cause de décès. La Figure 2.5 illustre la distribution des AVCI dans les pays à faible ou à moyen revenu, en 1998, pour les cinq principales maladies infantiles responsables de 23% de toutes les AVCI dans les pays à faible ou à moyen revenu : diarrhée, infections aiguës des voies respiratoires, paludisme, rougeole et affections périnatales. La quasi-totalité des AVCI dues à ces cinq maladies sont enregistrées dans les pays en développement, et moins de 1% dans les pays à haut revenu. Il est intéressant de relever que la plus grande partie des AVCI chez

Tableau 2.1 Etat de santé des pauvres par rapport aux non-pauvres dans un échantillon de pays, vers 1990

Pays	Pourcentage de la population vivant dans un état de pauvreté absolu ^a	Probabilité de décès (pour 1000)				Prévalence de la tuberculose (pour 10 000)	
		avant l'âge de 5 ans pour les femmes		entre 15 et 59 ans pour les femmes		Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres
		Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres		
Total des pays ^b		38	4.8	92	4.3	23	2.6
Chili	15	7	8.3	34	12.3	2	8.0
Chine	22	28	6.6	35	11.0	13	3.8
Equateur	8	45	4.9	107	4.4	25	1.8
Inde	53	40	4.3	84	3.7	28	2.5
Kenya	50	41	3.8	131	3.8	20	2.6
Malaisie	6	10	15.0	99	5.1	13	3.2

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

^b Les chiffres correspondant au total des pays se réfèrent à l'ensemble des pays énumérés dans le Tableau 7 de l'annexe.

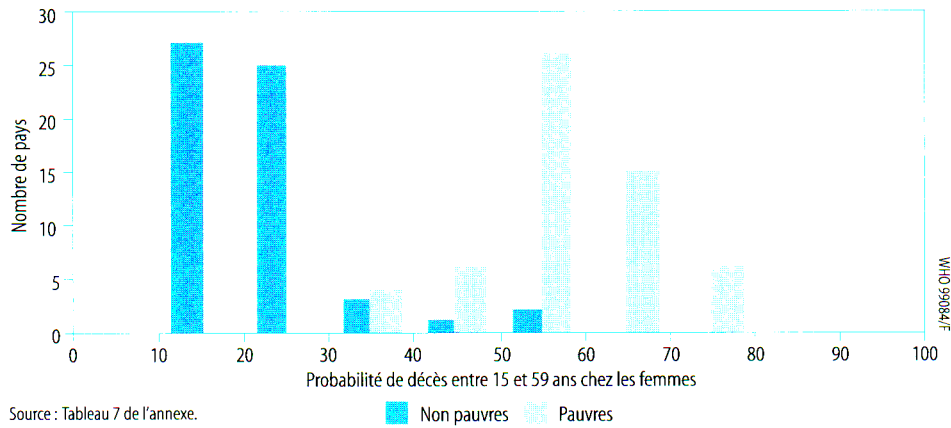
Voir les notes explicatives de l'annexe statistique concernant les méthodes de calcul utilisées.

Source : Tableau 7 de l'annexe.

les enfants en bas âge et les jeunes enfants sont imputables à un petit nombre de maladies pour lesquelles il existe des méthodes de prévention ou des traitements. Ainsi que nous allons le voir au chapitre 3, la priorité à respecter dans le développement des systèmes de santé est la recherche d'une mise en oeuvre efficace de ces interventions, qui sont exposées ci-après.

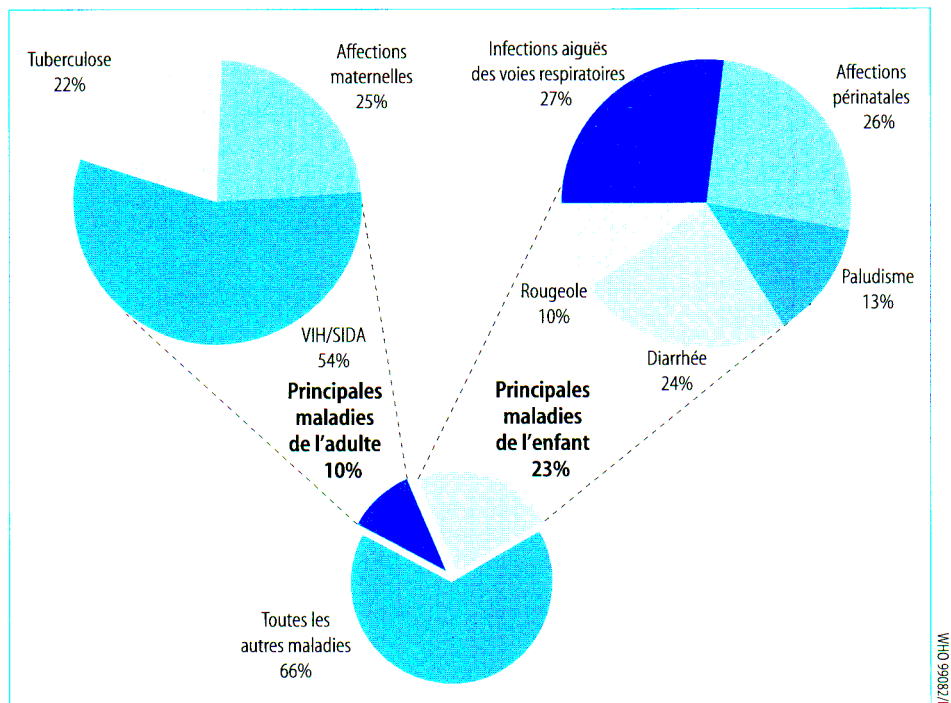
La vaccination est à l'origine de l'évolution la plus spectaculaire intervenue dans la santé des enfants au cours des dernières décennies. Alors que certains vaccins représentent l'intervention de santé publique la plus rentable, on n'y a pas suffisamment recours. Au moins 2 millions d'enfants meurent encore chaque année de maladies pour lesquelles il existe des

Figure 2.4 Distribution de la probabilité de décès dans un échantillon de pays, vers 1990



Source : Tableau 7 de l'annexe.

Figure 2.5 AVCI dues à des maladies encore invaincues dans des pays à faible ou moyen revenu, estimations pour 1998



Source : Tableau 3 de l'annexe.

vaccins bon marché. De même, il existe pour les maladies diarrhéiques une intervention simple, peu coûteuse et efficace : la thérapie par réhydratation orale. Les maladies diarrhéiques et les pneumonies sont globalement responsables d'une forte proportion des décès d'enfants dans les pays en développement. C'est pourquoi, dans plusieurs de ces pays, les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques ont été associés à une approche simplifiée du dépistage des infections aiguës des voies respiratoires (et en particulier de la pneumonie) encouragée par l'OMS.

Chez les adultes, les pathologies maternelles, le VIH/SIDA et la tuberculose sont les trois principales causes de morbidité dans les régions en développement, ainsi que le montre la Figure 2.5. Ces trois maladies ont été à l'origine de 10% du total des AVCI en 1998. Parmi les pathologies associées à la maternité, les dystocies, les septicémies et les avortements à risque figuraient en 1998 parmi les dix principales causes de décès et d'incapacité pour les femmes âgées de 15 à 44 ans dans les pays en développement. La charge des pathologies maternelles est difficile à apprécier faute de données fiables à ce sujet. Ces maladies sont toutefois un grave problème de santé publique, dont les décideurs devraient se préoccuper de plus en plus sérieusement.

LE PROBLÈME DES MALADIES PERSISTANTES ET ÉVOLUTIVES

Malgré les succès enregistrés au XX^e siècle dans la campagne d'éradication de la variole et la lutte contre plusieurs maladies infectieuses, il subsiste quelques graves menaces qui sont particulièrement inquiétantes en raison du caractère évolutif du tableau de la morbidité. Prenons l'exemple du paludisme. Les efforts déployés au cours des quatre dernières décennies dans l'action de santé publique ont eu pour effet d'atténuer considérablement la charge que cette maladie représentait pour les populations de l'Asie du Sud-Est et de l'Amérique latine. Cependant, le paludisme demeure un problème de santé publique majeur, en

Encadré 2.4 Evolution microbienne – Evolution permanente de la menace de maladies infectieuses

La résistance des organismes pathogènes aux antimicrobiens et à d'autres agents est devenue un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale. Ce phénomène a des répercussions dramatiques sur la lutte contre des maladies comme la tuberculose, le paludisme, le choléra, la dysenterie et la pneumonie.

La résistance aux antimicrobiens n'est pas un problème nouveau mais elle s'est aggravée au cours des dix dernières années. Toutes les bactéries possèdent une grande faculté d'adaptation et peuvent à tout moment produire des gènes qui les rendent résistantes à n'importe quel antimicrobien. En tuant une bactérie sensible, un antimicrobien produit certaines pressions qui favorisent le développement de bactéries

porteurs d'un gène qui les rendent résistantes. L'utilisation continue d'agents antimicrobiens encourage la multiplication et la propagation de souches résistantes.

Il en résulte que des médicaments dont la production coûte des dizaines de millions de dollars, et dont la mise sur le marché nécessite peut-être une dizaine d'années, ne sont efficaces que pendant une durée limitée. Parmi les maladies dont les agents ont développé une pharmacorésistance, on peut citer la tuberculose, le paludisme, la gonorrhée et la fièvre typhoïde.

En ce qui concerne la tuberculose, des erreurs de prescription ou l'inobservation du protocole thérapeutique par les patients ont engendré l'évolution de souches de *Mycobac-*

terium tuberculosis qui sont résistantes aux médicaments actuels. Dans le cas du paludisme, on est en présence d'une double résistance : d'une part la résistance des parasites du type *Plasmodium*, qui sont responsables de la maladie, aux antimalariens, et d'autre part la résistance des moustiques *Anopheles*, qui sont les vecteurs de la maladie, aux insecticides. Les bactéries pneumococci et *Haemophilus influenzae*, qui sont très souvent à l'origine des infections aiguës des voies respiratoires chez les enfants, deviennent plus résistantes aux médicaments. Plus de 90% des souches de staphylocoques dorés et près de 40% des souches de pneumocoques sont résistantes à la pénicilline. Aux États-Unis, la résistance des bactéries aux antibiotiques représente un coût mi-

nimum de \$4 à 5 milliards par an. Ce coût est certainement beaucoup plus élevé dans les pays en développement.

Les décideurs doivent s'efforcer en priorité de répondre aux préoccupations exprimées au sujet de l'utilisation d'antibiotiques dans la production alimentaire, de mettre l'accent sur les moyens de prolonger l'efficacité des antibiotiques existants, de promouvoir les activités de recherche fondamentale axées sur des domaines importants et de rechercher des moyens d'encourager la mise au point de nouveaux antibiotiques, et enfin de définir les mesures législatives et réglementaires adaptées aux besoins dans les secteurs clés.

particulier en Afrique (voir Tableau 8 de l'annexe). Il figure parmi les thèmes d'action prioritaires de l'OMS. Le chapitre 4 expose ce problème en détail ainsi que la façon dont l'OMS se propose de l'aborder.

Le paludisme peut être rangé aux côtés du VIH/SIDA et de la tuberculose dans la catégorie des maladies contre lesquelles il est difficile de lutter en raison du problème de l'«évolution microbienne» dont il est question dans l'Encadré 2.4. La Figure 2.5 démontre qu'une forte proportion des décès survenus entre 15 et 59 ans dans les pays à faible ou à moyen revenu sont imputables au VIH et à la tuberculose. Il existe des stratégies de lutte contre la tuberculose efficaces et peu coûteuses. Toutefois, le protocole thérapeutique classique comporte une chimiothérapie de six mois minimum et suppose des services bien organisés pour assurer la non-interruption du traitement. L'interaction du VIH et de la tuberculose est aussi un important problème de santé publique, car les individus qui sont à la fois porteurs du VIH et infectés par le bacille de la tuberculose ont beaucoup plus de chances de mourir de la tuberculose que d'une autre infection. Pendant la période où la tuberculose est évolutive, les malades peuvent transmettre l'infection à des contacts qui n'étaient pas encore contaminés. En raison de la progression prévue du VIH au cours de la prochaine décennie, on peut s'attendre à une recrudescence des cas de tuberculose, à moins que l'on ne s'emploie vigoureusement à étendre l'application des moyens de lutte qui ont fait leurs preuves et qui présentent un bon rapport coût/efficacité et à investir dans la mise au point de nouveaux moyens de lutte antituberculeuse. La situation de la tuberculose dans la Région du Pacifique occidental est décrite dans l'Encadré 2.5.

Le problème de ces maladies persistantes et évolutives tient au fait que des moyens de lutte n'ont pas encore été trouvés et que, s'ils existent, ils ne sont pas utilisés de façon efficace ou, dans certains cas, ils perdent progressivement leur efficacité (11). Comme l'explique l'Encadré 2.4, la résistance antimicrobienne est un phénomène inquiétant qui peut

Encadré 2.5 La tuberculose dans le Pacifique occidental

Les cas notifiés de tuberculose dans la Région du Pacifique occidental en 1996 ont représenté 25% du total mondial, essentiellement en raison du développement de la stratégie de lutte antituberculeuse de l'OMS, notamment en Chine, qui a permis d'améliorer la prise en charge des cas et de soigner un nombre beaucoup plus élevé de malades. Le nombre de nouveaux cas a été estimé à 2,16 millions en 1997, et le taux moyen de létalité à 20%. La proportion de co-infections par le VIH est encore faible dans la Région d'une manière générale, mais le nombre des personnes qui seront infectées simultanément par le bacille tuberculeux et le VIH en l'an 2000 sera peut-être de 26 pour 100 000 habitants. L'OMS a collaboré

étroitement à la mise en place d'une surveillance de l'infection à VIH chez les tuberculeux au Cambodge, en Malaisie et au Viet Nam.

D'après les données provenant de 21 pays ou territoires de la Région, dans la majorité des cas, la tuberculose frappe les personnes pendant leur vie active. Un diagnostic tardif ou un traitement incomplet sont souvent à l'origine de problèmes pulmonaires de longue durée et d'une incapacité de travailler, qui engendre une détresse socio-économique. Les malades qui ne sont pas ou sont mal soignés transmettent l'infection autour d'eux, et en particulier dans les communautés pauvres et surpeuplées. Chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, vivant dans des quartiers urbains défavorisés aux Philippines, la prévalence du taux d'infec-

tion était deux fois plus élevée que dans la population urbaine en général, et 39% d'entre eux étaient infectés par le bacille de la tuberculose.

La tuberculose ne connaît pas de frontières. En Australie, à Hong Kong (Chine), en Malaisie et à Singapour, le nombre des cas de tuberculose n'a pas reculé depuis plusieurs années en raison de la persistance ou même de la progression des nouveaux cas de tuberculose parmi les immigrants.

Le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) a été introduit dans le Pacifique occidental au début des années 1990 et cette stratégie est actuellement utilisée dans 28 pays ou territoires. Trente-cinq pour cent des cas de tuberculose font l'objet d'un traitement DOTS et 55% de l'ensemble de la population a accès à

ce traitement. En Chine, un programme DOTS financé par la Banque mondiale est actuellement mis en oeuvre dans 13 provinces avec la collaboration de l'OMS. A ce jour, ce programme permet d'obtenir un taux de guérison de plus de 90% et est accessible à 560 millions de personnes. Au Cambodge, plus de 90% des services de santé de district utilisent cette stratégie de façon systématique. Aux Philippines, où elle a été adoptée dans trois provinces en 1996, avec la collaboration de l'OMS, le taux de guérison a progressé de 60 à 80%. Plus de la moitié de la population du pays en bénéficiera d'ici la fin de l'année 1999.

avoir de graves répercussions sur la lutte contre la pneumonie, la tuberculose et le paludisme et le traitement de ces maladies. Ainsi qu'on le verra en détail dans le chapitre 3, le problème de ces maladies fait ressortir la nécessité d'investir dans des stratégies de recherche-développement, en vue de favoriser l'élaboration d'instruments efficaces et peu coûteux de lutte contre les menaces persistantes que constituent ces maladies infectieuses.

Le développement des transports aériens internationaux et l'essor des échanges commerciaux, et en particulier du commerce des produits alimentaires et du tourisme, signifient que toutes sortes d'organismes pathogènes, des plus courants aux plus dangereux, peuvent être transportés rapidement d'un continent à l'autre (4). Cette évolution menace la santé publique internationale même si, à ce jour, les conséquences sont demeurées limitées. C'est pourquoi il faut améliorer la surveillance mondiale des maladies infectieuses en vue notamment de détecter plus rapidement les épidémies à l'aide d'un réseau international d'informations.

LA CHARGE ÉVITABLE DE MORBIDITÉ

Le plus important au sujet de la charge évitable est qu'elle se concentre sur quelques maladies dont la plupart peuvent faire l'objet d'une prévention. Il existe de nombreux vaccins, médicaments et algorithmes cliniques qui, si on les utilisait dans le monde entier, réduiraient de façon spectaculaire la charge des maladies infectieuses. La Figure 2.6 montre les liens entre les taux de mortalité infantile et le revenu par habitant dans certains des pays à faible ou moyen revenu les plus peuplés. Les pays situés au-dessus de la courbe en 1990 sont des pays à faible ou moyen revenu qui avaient un taux de mortalité infantile plus élevé que ne le laissent prévoir leurs revenus moyens par habitant. La distance par rapport à la courbe indique les réductions potentielles de la mortalité, c'est-à-dire les gains qui résulteraient d'un *réalignement sur la courbe*. Le fait que le taux de mortalité infantile dans les pays à faible ou moyen revenu soit plus élevé pour les plus peuplés d'entre eux montre l'importance qu'il y aurait à mieux cibler l'aide internationale. Les systèmes de santé doivent mettre les interventions existantes d'un bon rapport coût/efficacité à la disposition de ces populations pour que les pays qui sont actuellement au-dessus de la courbe puissent se réaligner sur elle.

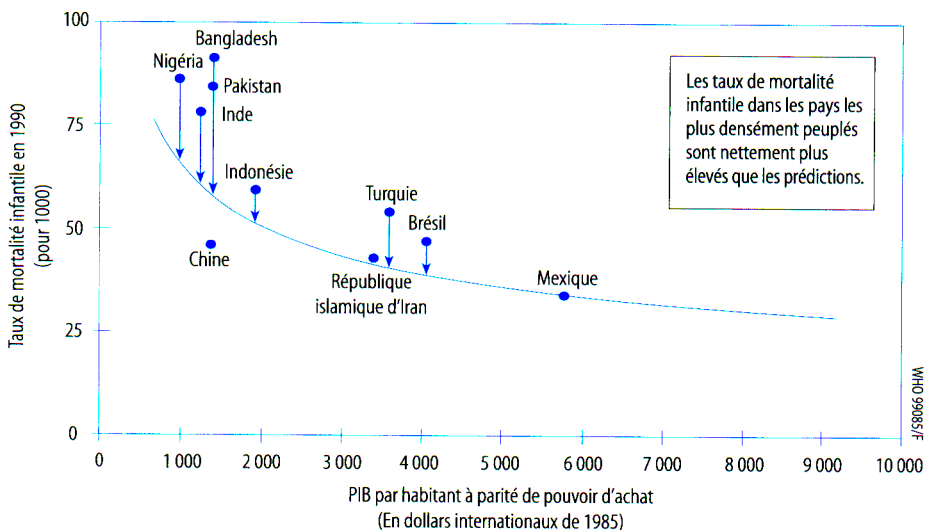
La vaccination est, dans toute l'histoire de la santé publique, le plus grand succès jamais enregistré (12). Il existe des vaccins de base pour lutter contre les six grandes maladies de l'enfance (rougeole, tétanos, coqueluche, tuberculose, poliomyélite et diphtérie). La couverture vaccinale est très inférieure à 100% et ce sont les enfants les plus pauvres et les plus vulnérables du monde qui échappent à la vaccination.

La poliomyélite est un exemple de maladie dont l'éradication est possible. L'existence des cas restants ne s'explique que par l'insuffisance de la couverture. L'OMS s'est engagée à éliminer les cas de poliomyélite d'ici l'an 2000. Comme le montre la Figure 2.7, l'aire géographique de la maladie a considérablement diminué depuis 1988. Le dernier cas dû à un poliovirus sauvage dans l'hémisphère occidental s'est produit à Junin, Pérou, le 23 août 1991. Le dernier cas de la Région OMS du Pacifique occidental a été enregistré en mars 1997 près de Phnom Penh, au Cambodge. L'OMS vient d'aborder la "dernière ligne droite" qui devrait voir l'arrêt de la transmission dans le monde d'ici à décembre 2000, la certification de ce résultat en 2005, et l'interruption de la vaccination d'ici à 2010. L'effort d'éradication illustre deux points importants. Premièrement, les partenariats avec des organisations non gouvernementales peuvent être extrêmement fructueux : le Rotary International s'est engagé sans réserve dans l'éradication de la poliomyélite et son influence auprès des diri-

geants locaux ainsi que ses contributions financières (environ US \$500 millions) ont joué un rôle essentiel. Deuxièmement, des programmes très ciblés et bien conçus peuvent largement contribuer au développement des systèmes de santé.

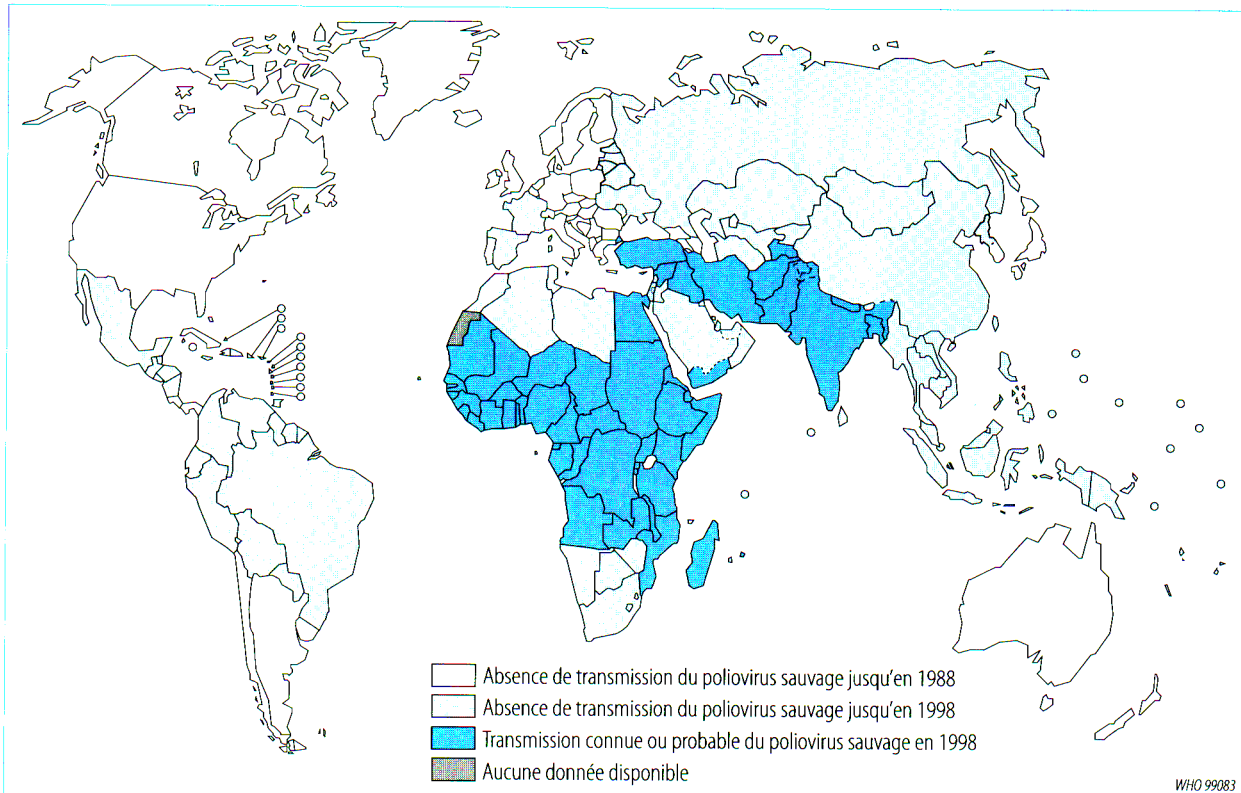
L'OMS participe aussi à des interventions dirigées contre plusieurs autres maladies infectieuses. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance est un groupe d'interven-

Figure 2.6 Mortalité infantile liée au revenu



Note : Pour les explications de la courbe rapportant le taux de mortalité infantile aux revenus voir les notes de la Figure 1.4.

Figure 2.7 Réductions de la transmission du poliovirus sauvage entre 1988 et 1998



tions préventives et curatives. La stratégie est axée sur la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et la malnutrition qui sont responsables de 70% de tous les décès d'enfants dans le monde, mais elle vise aussi d'autres infections graves (par exemple la méningite), d'autres maladies à manifestations fébriles (par exemple la dengue) et des problèmes associés (comme les problèmes oculaires liés à la rougeole ou à une carence en vitamine A, et les infections de l'oreille). Elle met aussi l'accent sur des interventions préventives comme la vaccination, l'encouragement de l'allaitement au sein et le conseil nutritionnel.

D'autres initiatives similaires sont parvenues à différents stades de préparation et de mise en oeuvre. Pour la tuberculose, le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) s'est révélé d'un excellent rapport coût/efficacité (voir l'Encadré 2.6). Les cas de tuberculose sont très concentrés dans les sous-groupes de population déshérités, comme l'indique le Tableau 2.1. On estime que la prévalence de la tuberculose est quatre fois plus élevée dans les populations qui vivent au-dessous du seuil de la pauvreté que chez les gens

Encadré 2.6 La tuberculose et l'initiative "Halte à la tuberculose"

La tuberculose était l'une des principales causes de décès en Europe du Nord et dans les Amériques jusqu'au début du XX^e siècle. Les taux de mortalité ont progressivement baissé avec l'amélioration des conditions de vie et la mise au point d'une chimiothérapie efficace, mais la maladie a persisté dans les pays en développement, où elle est responsable de près de 25% des décès évitables chez les jeunes. Elle continue de faire des ravages chez les jeunes femmes dans le monde entier. Quelque 1,8 milliard de personnes dans le monde sont infectées par le bacille de la tuberculose et la morbidité liée à cette maladie s'accroît avec l'expansion de la population mondiale. La transmission de la tuberculose est accélérée par les traitements mal adaptés ou insuffisants ainsi que par les répercussions qu'exercent sur la santé des pauvres la malnutrition, les troubles civils et, surtout, le VIH qui sera responsable à lui seul de près de 14% des cas de tuberculose enregistrés dans le monde en l'an 2000.

Du fait que la tuberculose frappe de préférence de jeunes adultes, elle a des conséquences sociales et économiques beaucoup plus sérieuses que les autres maladies infectieuses. La quasi-totalité des cas se rencontre dans les pays qui sont le moins à même financièrement de mettre en

place une stratégie de lutte efficace. Dans les pays où les ressources sont généralement suffisantes, elles sont mal distribuées et mal utilisées, de sorte que les traitements sont inefficaces pour la plupart des patients. Ces conditions expliquent l'évolution de souches de tuberculose polypharmacorésistantes.

La stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe), mise au point par l'OMS en 1989, est un condensé des meilleures pratiques actuelles de dépistage et de traitement de la tuberculose. Depuis cette date, l'OMS s'attache, en collaboration avec la Banque mondiale et l'Université de Harvard, à montrer qu'il s'agit de l'une des interventions de santé les plus rentables. Plus de 100 pays s'alignent désormais sur cette stratégie et plus d'un million de patients ont été ainsi soignés depuis 1990. Des systèmes de surveillance mondiale permettent de suivre de près la propagation de la pharmacorésistance.

Cependant, les résultats tardent à se faire sentir, en raison de l'absence de volonté politique et du manque d'empressement des gouvernements de certains pays à forte prévalence à étendre l'application de cette stratégie à tous ceux qui en ont besoin. L'initiative "Halte à la tuberculose" est le fruit de l'examen de ces difficultés par des représentants de plusieurs pays particulièrement touchés par la maladie, qui

représentent 80% de l'épidémie mondiale, et de diverses organisations : l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, la Royal Netherlands Tuberculosis Association, l'American Lung Association, l'American Thoracic Society, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, la Banque mondiale et l'OMS. L'OMS souhaite élargir considérablement cette coalition mondiale et augmenter l'investissement dans la lutte antituberculeuse en vue d'atteindre le but que s'est fixé l'initiative "Halte à la tuberculose".

L'initiative "Halte à la tuberculose" se concentrera sur quatre activités pour réaliser ses objectifs :

- Elaboration d'un plan d'action mondial pour guider et déclencher des actions coordonnées de lutte contre la tuberculose à l'échelon international, régional et national, qui servira de cadre analytique à des actions immédiates dans les pays particulièrement touchés ou dans des zones où sévissent des souches de tuberculose polypharmacorésistantes et formulera des recommandations à cette fin.
- Mise en place d'un centre mondial de distribution des antituberculeux en vue de garantir un accès universel à des préparations contenant un cocktail d'antituberculeux de bonne qualité à dose fixe et adoption de dispositions internationales coor-

données applicables au financement, à l'achat et au contrôle de la qualité ainsi qu'à la distribution de ces médicaments.

- Elaboration d'un programme de recherche mondial axé sur les problèmes de fonctionnement à court terme et le développement de nouveaux produits : agents de diagnostic, médicaments et vaccins. Il facilitera la collaboration en vue de renforcer le potentiel de recherche dans les pays à faible revenu et à forte prévalence, le développement des recherches nécessaires et adaptés aux politiques sur les systèmes de santé, la lutte contre la tuberculose polychimiorésistante et le traitement de ces formes de la maladie ainsi que la mise au point de nouveaux instruments de lutte.
- Adoption d'une charte mondiale afin de permettre aux pays d'endémie et à leurs partenaires de renouveler leur engagement et leur soutien en faveur de certaines mesures à prendre. Cela devrait inciter la communauté à porter une attention accrue au problème de la tuberculose. Des objectifs de performance permettront de suivre les progrès et d'en rendre compte.

relativement aisés. L'initiative pour la santé pulmonaire chez l'adulte, qui est l'aboutissement des activités de lutte contre la tuberculose à l'OMS, tient compte du fait que seule une faible proportion d'adultes présentant une toux ont la tuberculose et qu'il conviendrait d'offrir un traitement ou des conseils adéquats aux personnes atteintes d'autres maladies pulmonaires. L'initiative propose une approche intégrée du dépistage et du traitement de la tuberculose, de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Les risques de mortalité maternelle, fortement concentrés dans les pays en développement, sont eux aussi évitables dans une large mesure. Le dossier mère-enfant vise à réduire la mortalité et les incapacités associées à la santé génésique de la mère, aux risques de l'accouchement chez la mère et l'enfant, et aux premières semaines de l'existence.

A la fin du XX^e siècle, il est inacceptable que des femmes continuent de souffrir et de mourir par suite de complications de la grossesse et de l'accouchement. Les énormes disparités des taux de mortalité et de morbidité maternelles entre riches et pauvres demeurent scandaleuses. On sait déjà ce qu'il faut faire pour réduire la mortalité maternelle. Les interventions nécessaires sont d'un bon rapport coût/efficacité. La couverture des systèmes de santé doit être étendue pour que les femmes aient accès à des soins qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement et puissent aisément gagner un établissement de soins de santé opérationnel lorsque des complications apparaissent.

Le traitement syndromique des infections sexuellement transmissibles est un autre exemple de définition des meilleures pratiques pour faire face à une pénurie de ressources. L'Encadré 2.7 décrit des interventions menées avec succès en Thaïlande et dans d'autres régions de l'Asie du Sud-Est pour interrompre la transmission du VIH.

On peut également aider à rationaliser l'usage des médicaments et la mise en place des systèmes d'approvisionnement en médicaments en élaborant des lignes directrices types qui indiquent clairement les médicaments de première et de deuxième intention à tous les niveaux. Il est souvent nécessaire de revoir les règles définissant qui peut utiliser tel ou tel médicament. Par exemple, une injection de quinine pour un grave accès de paludisme ou de chloramphénicol pour une pneumonie sévère, administrée avant que le malade soit réorienté vers l'échelon supérieur du système de santé, peut sauver des vies. Or, le personnel de santé des établissements de premier niveau risque ne pas être autorisé à utiliser des médicaments injectables ou, encore, ces médicaments risquent de n'être fournis régulièrement qu'aux hôpitaux. Il pourrait alors être nécessaire de modifier les politiques pour permettre une utilisation plus large de certains médicaments à des fins déterminées.

Outre les maladies particulières faisant l'objet d'interventions et de programmes de lutte, il peut être aussi nécessaire de combattre un important facteur de risque, la malnutrition, qui sévit particulièrement chez les populations les plus pauvres et les plus déshéritées du monde. On estime que la malnutrition est le principal facteur de risque de maladie : en 1995, elle a été responsable de 16% de la charge globale des maladies exprimées en AVCI (1). Qu'il s'agisse de malnutrition protéino-énergétique ou de malnutrition due à une carence en micronutriments, principalement le fer, la vitamine A et l'iode, le mauvais état nutritionnel contribue souvent aux décès prématurés, à la faiblesse générale, à la cécité, au retard de croissance, à l'arriération mentale, aux difficultés d'apprentissage et à l'abaissement de la capacité de travail (13,14). La malnutrition protéino-énergétique, révélée par une croissance physique lente ou incomplète, est cependant tout autant une conséquence qu'une cause de la maladie. Dans de nombreux environnements, les infections peuvent contribuer davantage à la malnutrition qu'une alimentation inadéquate. C'est pourquoi la lutte contre les maladies joue un rôle important dans la réduction des effets de la malnutrition.

Les interventions visant à réduire les carences en micronutriments sont généralement très rentables. Les programmes peuvent comprendre quatre stratégies : supplémentation, enrichissement, démarche visant à diversifier l'alimentation, et mesures complémentaires de lutte en santé publique – dans la mesure jugée appropriée et réalisable (13). L'objectif à long terme de l'intervention doit être le passage de la supplémentation à des formules associant l'enrichissement des aliments – iodation universelle du sel ou farine enrichie en fer, par exemple – et la diversification alimentaire.

En conclusion, le double fardeau de la maladie reflète la complexité des problèmes auxquels les systèmes de santé doivent faire face. Les deux éléments de ce double fardeau ont des incidences très différentes sur les politiques. Le programme inachevé porte sur un nombre limité de maladies particulièrement fréquentes chez les pauvres et pour lesquelles il existe, dans la plupart des cas, des interventions extrêmement rentables. Cette charge évitable qui pèse sur les pauvres peut être allégée par des programmes bien ciblés. Par ailleurs, la transition épidémiologique engendre la diversité épidémiologique. Ce deuxième aspect du double fardeau comprend un grand nombre d'affections qui peuvent frapper chacun d'entre nous, mais là encore, ce sont les pauvres qui en souffrent le plus. Ici, les interventions préventives ou curatives risquent d'être moins efficaces, encore qu'il existe de notables exceptions telles que la lutte contre le tabagisme examinée au chapitre 5. Les systèmes de santé doivent faire preuve de la souplesse nécessaire pour répondre à cette diversité.

Encadré 2.7 Lutte contre le VIH/SIDA en Asie du Sud-Est : nécessité d'étendre les programmes ayant donné de bons résultats

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est apparu en Asie du Sud-Est plus tard que dans d'autres régions du monde, mais il y constitue maintenant un grave problème de santé publique et une menace pour le développement. Le premier malade du SIDA a été signalé en 1984 en Thaïlande et, depuis, un total de 92 391 cas de SIDA ont été notifiés jusqu'au 1^{er} juillet 1997, la plupart en Thaïlande, en Inde et au Myanmar. Toutefois, étant donné que la maladie est inévitablement sous-notifiée et sous-diagnostiquée, les cas signalés ne reflètent qu'une partie du véritable problème. L'ONUSIDA et l'OMS estiment qu'il y a actuellement plus de 5,5 millions de personnes infectées par le VIH dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (qui inclut l'Inde), soit 18% du total mondial. Au cours de la seule année 1998, on estime à 1,2 million le nombre des nouvelles infections dans la Région. La transmission hétérosexuelle risque de propager le vi-

rus des groupes à haut risque à la population générale.

Les autorités nationales de la Région ont réagi sans tarder devant cette pandémie. Elles ont élaboré des plans stratégiques et appliqué diverses mesures de lutte dont voici quelques exemples.

- Le programme thaïlandais d'universalisation de l'emploi du préservatif a attiré l'attention du monde entier. La baisse de l'incidence du VIH chez les recrues de l'armée (de 3,6% en 1993 à 2,1% en 1995) donne une idée de son efficacité. Par ailleurs, les maladies sexuellement transmissibles sont à leur plus bas niveau.
- A Calcutta (Inde), le projet Sonagachi de soins de santé et d'éducation sanitaire chez les professionnels de la santé est devenu un modèle d'éducation par les pairs; la prévalence du VIH demeure faible et les maladies sexuellement transmissibles reculent.
- Des programmes d'échange de seringues et des méthodes de traite-

ment à base communautaire pour les toxicomanes par voie intraveineuse du Myanmar et du Népal ont permis de modifier les comportements et de réduire les taux d'infection par le VIH.

L'OMS continue d'apporter une aide technique, matérielle et logistique aux programmes nationaux de prévention du SIDA et de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, soit par le biais du Bureau régional de New Delhi, soit directement dans certains pays. Elle collabore avec la Banque mondiale et l'ONUSIDA dont elle est l'un des organismes coparrainants pour aider les programmes nationaux et mettre en oeuvre des activités inter pays et régionales.

L'intégration de la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles dans les services généraux de santé est considérée comme une priorité dans la Région et nécessite la formation d'agents de soins de santé primaires, d'administrateurs et de pra-

ticiens privés. L'OMS et l'ONUSIDA apportent une aide aux gouvernements pour la surveillance des tendances de la pandémie de VIH/SIDA, pour la promotion de la recherche, pour la sécurité transfusionnelle et pour le renforcement des services diagnostiques de laboratoire. Parmi les autres interventions prioritaires figurent le développement de la capacité de prise en charge des cas, la promotion de la santé et l'éducation sanitaire ainsi que la planification de soins complets et de services de conseil pour les personnes atteintes du SIDA ou infectées par le VIH.

Il apparaît maintenant que ces interventions peuvent être couronnées de succès. Toutefois, un soutien politique, financier et technique accru est nécessaire pour que ces interventions se déroulent là où elles sont nécessaires.

RÉFÉRENCES

1. **Murray CJL, Lopez AD** (eds). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Harvard School of Public Health pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
2. **Preston SH, Keyfitz N, Schoen R**. *Causes of death: Life tables for national populations*. New York and London, Seminar Press, 1972.
3. **Frenk J et al**. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health policy and planning*, 1989, 4(1): 29-39.
4. *Rapport sur la santé dans le monde, 1996 – Combattre la maladie, promouvoir le développement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996
5. *Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.
6. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale, 1993.
7. Editorial. The hidden epidemic of cardiovascular disease. *The Lancet*, 1998, 352(9143): 1795.
8. **Howson CP, Reddy KS, Ryan TJ, Bale JR** (eds). *Control of cardiovascular diseases in developing countries. Research, development and institutional strengthening*. Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1998.
9. *Investing in health research and development. Rapport du Comité ad hoc sur la recherche en santé concernant les options d'interventions futures*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document WHO/TDR/Gen/96.1) (en anglais seulement).
10. *Health situation in the Americas: Basic indicators 1998*. Washington, PAHO/WHO, 1998 (document PAHO/HDP/HDA/98.01).
11. **Harrison PF, Lederberg J** (eds). *Antimicrobial resistance: Issues and options*. Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1998.
12. **Henderson RH**. Immunization: going the extra mile. In: *The progress of nations 1998*. New York, UNICEF, 1998.
13. **Howson CP, Kennedy ET, Horwitz A** (eds). *Prevention of micronutrient deficiencies: Tools for policymakers and public health workers*. Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1998.
14. *WHO global database on child growth and malnutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document WHO/NUT/97.4) (en anglais seulement).

DEUXIÈME PARTIE

POUR UN RÉEL CHANGEMENT AU XXI^E SIÈCLE

La deuxième partie du rapport propose trois démarches pour apporter un réel changement en vue d'améliorer la santé au XXI^e siècle. Le chapitre 3 pose une question essentielle à laquelle sont confrontées les autorités sanitaires : peut-on mettre à profit l'expérience des autres ou s'inspirer systématiquement de sa propre expérience pour savoir quelles sont les réformes sanitaires qui ont des chances d'aboutir – et celles qui risquent d'échouer ? Au vu de tentatives récentes, il semble que la réponse soit oui. Le chapitre 3 s'appuie sur les résultats enregistrés dans certains pays pour préconiser un "nouvel universalisme" qui devrait servir de cadre au développement des systèmes de santé afin de relever les défis du XXI^e siècle.

Les chapitres 4 et 5 sont consacrés à deux problèmes importants représentant chacun l'un des aspects du double fardeau de la maladie décrit au chapitre 2. Le chapitre 4 traite du paludisme, composante essentielle du programme inachevé de la lutte contre les maladies des pauvres. Si l'on veut apporter un réel changement à la situation du paludisme au XXI^e siècle, il faut s'assurer la collaboration de l'industrie, des gouvernements, des scientifiques et des populations. Le projet de l'OMS Faire reculer le paludisme vise à la fois à donner une impulsion et à mobiliser les connaissances, les données d'expérience et les ressources nécessaires pour faire nettement reculer la morbidité et la mortalité paludéennes dès les premières années du siècle prochain.

Le chapitre 5 est consacré au tabac, facteur de risque qui aggrave les problèmes posés par les maladies non transmissibles. Le tabagisme sera devenu la première cause de décès lorsque nous franchirons le seuil du XXI^e siècle. Toutefois, il existe des stratégies de lutte efficaces. Le chapitre 5 les passe en revue et décrit l'initiative de l'OMS pour un monde sans tabac, qui se propose d'apporter une aide juridique, politique et financière aux pays et aux organisations qui luttent contre l'épidémie de tabagisme. L'une des principales réalisations de cette initiative sera la constitution d'une base de données d'expérience nationales et mondiales auxquelles chacun pourra accéder.

L'OMS est elle-même en pleine mutation pour se concentrer davantage sur les défis du siècle prochain. Le chapitre 6 décrit brièvement ces défis et recense les domaines dans lesquels les ressources limitées de l'OMS permettront d'obtenir un réel changement.

3

RELEVER LES DÉFIS : DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Au début des années 1990, le monde consacrait environ 9% de son produit total au secteur de la santé (1). Cet investissement massif résulte de la diversité des problèmes de santé que pose la transition démographique et épidémiologique. Le chapitre 2 montre les moyens dont disposent maintenant les systèmes de santé pour réduire sensiblement l'énorme surmortalité dont souffrent les pauvres et les déshérités. Cet impact supplémentaire concerne essentiellement un nombre très limité de maladies et le chapitre 2 montre comment les systèmes de santé pourraient et devraient s'attaquer à celles contre lesquelles on dispose de moyens efficaces. Cependant, tout en se concentrant sur les problèmes particuliers des pauvres, les systèmes de santé doivent aussi prévoir et se préparer à traiter une étonnante diversité de maladies et traumatismes. La Dixième Révision de la *Classification internationale des Maladies* comporte plus de 2000 pages (2). Si certaines de ces maladies sont plus fréquentes que d'autres, les systèmes de santé doivent cependant mettre en place le financement ainsi que les structures institutionnelles et les procédures nécessaires pour tenir compte avec souplesse et efficacité de cette très grande diversité.

La mise en place de systèmes de santé organisés à base scientifique est relativement récente et en pleine évolution. L'Encadré 3.1 indique quelques-unes des étapes de ce processus au XX^e siècle. La plupart des pays n'ont pas un seul système de santé, mais plusieurs sous-systèmes distincts pour le financement de la santé et les prestations de services englobant plusieurs types de médecine traditionnelle ou alternative, d'hôpitaux et de dispensaires publics, privés et sans but lucratif qui offrent parfois des services à des sous-groupes de population limités, comme les fonctionnaires.

Dans certains pays, les systèmes de santé fonctionnent bien, mais dans d'autres ils laissent à désirer. La recherche appliquée et l'expérience permettent aujourd'hui d'expliquer quelque peu ces différences. Tout d'abord, les pays eux-mêmes sont différents et des enseignements utiles pour un pays peuvent n'avoir que peu d'intérêt pour d'autres. En outre, la prise en compte de ce qui a donné de bons résultats et de ce qui a échoué n'est que l'un des facteurs qui influencent les décisions relatives aux systèmes de santé. Ceci dit, pour de nombreux hauts fonctionnaires et pour bien des cliniciens, les faits *ont* de l'importance, mais seuls les responsables nationaux peuvent juger de la pertinence et de la réalisabilité politique dans leur pays des expériences enregistrées dans d'autres pays à d'autres époques.

On va s'efforcer dans le présent chapitre de résumer très brièvement les observations que l'on a pu accumuler au sujet d'un certain nombre de questions clés intéressant le financement et le développement des systèmes de santé. Une analyse plus détaillée et une comparaison des performances et des politiques des systèmes de santé figureront dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*. En attendant, plusieurs composantes de l'OMS sont actuellement renforcées pour que l'Organisation apporte un soutien efficace au développement des systèmes de santé. Un nouveau Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé a été créé pour améliorer et étendre la base des données dont nous disposons sur des aspects essentiels de l'épidémiologie et de la mesure de la charge des maladies, de l'évaluation de la qualité des services et du rapport coût/efficacité et de l'analyse comparative des options en matière de financement, d'organisation, de réglementation et de législation. Un regroupement des programmes du Siège à l'intérieur du Groupe Systèmes de santé et santé communautaire permet de veiller à ce que des interventions prioritaires comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et le renforcement des systèmes de santé soient coordonnées dans l'appui technique que l'OMS apporte aux pays.

Encadré 3.1 Des rapports qui ont influé sur l'évolution des systèmes de santé

Bien que destinés aux décideurs nationaux, les trois rapports ci-après ont eu une profonde influence sur les systèmes de santé du monde entier, mais la Déclaration d'Alma-Ata a été le premier modèle international d'un système de santé assurant une couverture universelle.

Le **Rapport Flexner** (Etats-Unis, 1910) a été présenté à une époque où l'on se préoccupait de plus en plus de la prolifération, en Amérique du Nord, de programmes de formation médicale de piètre qualité. En se basant sur une étude détaillée des écoles de médecine dans chaque Etat des Etats-Unis et chaque province du Canada, Flexner a examiné les installations et le matériel, les programmes d'études, la situation financière, les titres des enseignants et les critères d'admission de la grande majorité des écoles de médecine. Il a constaté que seule une infime minorité d'entre elles enseignaient un programme à base scientifique à des hommes et femmes d'un bon niveau dans des établissements rattachés à un hôpital, disposant d'un équipement satisfai-

sant et offrant des conditions acceptables. Depuis la parution de ce rapport, les critères nationaux imposés pour l'admission dans les écoles de médecine prévoient quatre ans de formation postsecondaire et le choix d'un programme d'études à base scientifique d'une durée de quatre ans.

Le **Rapport Dawson** (Royaume-Uni, 1920) décrit un système de services sanitaires de district basé sur des médecins généralistes et des centres de santé, dans lequel les cas difficiles sont réorientés vers les hôpitaux universitaires par l'intermédiaire des centres de santé du premier et du deuxième niveau. Dawson a eu la brillante idée de baser la planification sur la totalité de la population d'une région : le système qu'il proposait était nettement supérieur à celui qui existait en Grande-Bretagne au début du XX^e siècle, à savoir un ensemble hétéroclite où se mêlaient au hasard soins médicaux individuels et soins institutionnels destinés aux malades, aux personnes âgées, aux handicapés et aux pauvres. Les recommandations de Dawson n'ont jamais été directement appliquées à une échelle quelconque,

mais ses idées ont influencé le développement de systèmes de santé locaux pendant le reste du siècle.

Le **Rapport Beveridge** (Royaume-Uni, 1942) a servi de justification et de modèle à l'Etat providence dans la Grande-Bretagne de l'après-guerre; il reprend différents éléments des programmes d'aide sociale de l'Etat et d'organisations caritatives pour élaborer un système moderne de protection sociale universelle dans lequel les risques sont répartis sur l'ensemble de la population. Beveridge a montré comment on pouvait réformer le système britannique fragmentaire et souvent archaïque, qui reposait à la fois sur des prestations sociales publiques et privées, pour permettre au pays de lutter contre les cinq grands fléaux faisant obstacle à la reconstruction : les privatisations, la maladie, l'ignorance, la grande misère et l'oisiveté. Si la santé n'était pas l'unique préoccupation de Beveridge, qui n'a formulé aucune recommandation détaillée sur la manière de gérer un service national de santé, son rapport n'en a pas moins servi de base au service national de santé du Royaume-Uni, créé en 1948. D'autres

pays ont été influencés par les idées de Beveridge concernant l'assurance sociale obligatoire et par le service national de santé (financé par l'impôt) qui en a résulté lors de la conception de leur propre système de santé et de protection sociale.

La **Déclaration d'Alma-Ata** (1978) a été adoptée dans le cadre de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Constatant des disparités importantes dans et entre les pays, et affirmant que la santé est essentielle au développement social et économique, la Déclaration désigne les soins de santé primaires comme le moyen de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. La Déclaration définit les éléments essentiels et la nature intersectorielle des soins de santé primaires. Elle a été signée par tous les Etats Membres de l'OMS. Alma-Ata a donné une dimension mondiale au mouvement amorcé par les trois rapports précités.

Sources :

Flexner A. *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.* New York, Carnegie Foundation, 1910.

Interim report on the future provision of medical and allied services. Report of the Dawson Committee. London, His Majesty's Stationery Office, 1920.

Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. London, His Majesty's Stationery Office, 1942.

Soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série "Santé pour tous" N° 1).

Des programmes prioritaires comme Faire reculer le paludisme et l'initiative Pour un monde sans tabac sont fermement orientés vers le renforcement des systèmes de santé. Un projet du Cabinet limité dans le temps et intitulé "Partenariats pour le développement du secteur de la santé" a été créé pour modifier la manière dont l'OMS collabore au développement sectoriel de la santé avec des organismes nationaux et internationaux de développement, tant à l'intérieur du système des Nations Unies qu'au-delà.

Avant de passer à l'examen des bases factuelles, il convient d'énumérer les objectifs des systèmes de santé tels que l'Organisation mondiale de la Santé les voit et d'identifier quelques-unes des questions qui vont être abordées dans la suite de ce chapitre. Les objectifs peuvent être formulés de diverses manières et chacun peut avoir une importance différente selon le contexte. Toutefois, la brève liste suivante des objectifs du développement des systèmes de santé devrait faire l'objet d'une large approbation :

- améliorer la situation sanitaire;
- réduire les inégalités dans le domaine de la santé;
- améliorer la réactivité aux aspirations légitimes;
- améliorer l'efficacité;
- protéger les individus, les familles et les communautés contre les risques de pertes financières;
- améliorer l'équité du financement et de la prestation des soins de santé.

Comment peut-on déterminer les limites de la contribution et du financement de l'Etat, et comment peut-on choisir les solutions qui permettent le mieux d'établir un bon équilibre entre les objectifs du système tout en tenant compte des limites budgétaires et autres ? Qu'est-ce qui peut inciter les prestataires de soins à ralentir l'escalade des coûts tout en assurant avec compassion des services de haute qualité ? Outre celui d'une source de financement, quels sont les rôles que les prestataires de soins privés et publics peuvent raisonnablement jouer ? Comment la recherche-développement destinée à assurer une amélioration suivie de la santé dans le monde peut-elle être poursuivie dans un contexte où l'essentiel du financement de la santé est d'origine nationale ? Enfin et surtout, quel est le rôle de l'Etat dans le financement des services de santé ? Des travaux analytiques et empiriques, s'ils ne permettent pas d'apporter des réponses précises à ces questions, donnent des indications sur les conséquences des choix faits dans différents pays à différentes époques. Les observations recueillies peuvent dans certains cas montrer que certaines orientations politiques ont eu de bons résultats, tandis que d'autres ont échoué.

En anticipant sur les conclusions du présent chapitre, où conduisent les valeurs de l'OMS lorsque leur application tient compte des réalités actuelles ? *Elles nous éloignent d'une forme d'universalisme dans laquelle les gouvernements tentent de dispenser et de financer la totalité des services pour tous.* Cet universalisme "classique", qui atteint rarement cette forme extrême, est à la base de nombreux systèmes de santé européens et a permis d'obtenir d'importants succès, mais il a le défaut de ne pas reconnaître tant les limites des ressources que celles des gouvernements.

La prise en compte des réalités nous éloigne aussi des démarches entièrement conditionnées par les lois du marché qui consistent à rationner les services de santé en les limitant à ceux qui ont les moyens de les payer. Non seulement cet assujettissement au marché pour le financement de la santé entraîne des inégalités intolérables dans la jouissance d'un droit fondamental de la personne humaine, mais en outre un nombre croissant de recherches et d'expériences montrent que le marché de la santé est inefficace. Les mécanismes du marché ont une utilité incontestable dans de nombreux secteurs et, pendant plus d'un siècle, ils ont en-

traîné une rapide croissance économique en Europe et ailleurs. Toutefois, les pays qui se sont fortement appuyés sur eux pour obtenir les hauts revenus dont ils jouissent aujourd'hui sont ceux-là même où le financement des services de santé incombe le plus à l'Etat. On peut en tirer la leçon suivante : la santé est une importante composante du bien-être national. Pour obtenir d'excellents résultats sanitaires, il faut à la fois une couverture universelle et une excellente maîtrise des dépenses.

Le présent rapport préconise un "nouvel universalisme" qui reconnaît les limites de l'Etat, mais retient l'obligation pour ce dernier d'assumer la direction et le financement des services de santé. Cette nouvelle doctrine est favorable à la diversité et, sous réserve de lignes directrices appropriées, à la concurrence pour la fourniture des services. En revanche, elle reconnaît que, si des services doivent être assurés à tous, il ne peut s'agir de tous les services. On dispensera en premier lieu les services qui sont les plus rentables dans le cadre considéré. Le nouvel universalisme reconnaît que les prestataires privés sont, dans de nombreux pays, une importante source de soins; il est favorable à une participation du secteur privé à la fourniture de médicaments et de matériels aux prestataires de services et il encourage une augmentation des investissements publics et privés dans le développement de nouveaux médicaments, matériels et vaccins qui vont contribuer à améliorer durablement la santé.

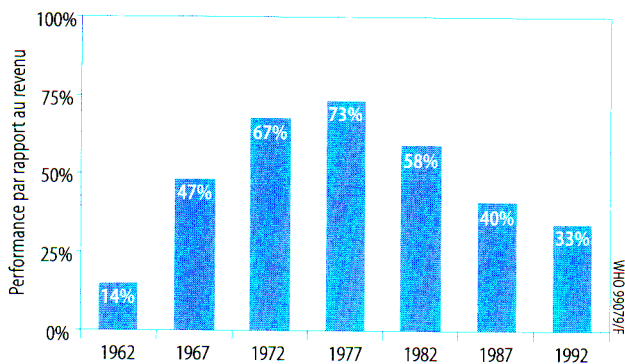
POUR UNE MEILLEURE EFFICACITE

Des notions d'efficacité s'appliquent dans les systèmes de santé à différents niveaux. L'"efficacité macroéconomique" (3) est le rapport entre le total des coûts des soins de santé et un ensemble de mesures de l'état de santé. Les pays dépensent des parts très différentes de leurs ressources nationales pour la santé, allouent ces ressources très différemment et obtiennent des résultats très différents en termes d'état de santé, d'accès aux soins ou de satisfaction des usagers. Certaines de ces différences dans les résultats correspondent à des différences d'efficacité des systèmes de santé. La performance de la Chine (par rapport au revenu national) en matière de réduction de la mortalité infantile s'est abaissée entre le début des années 1980 et 1992, période où les revenus ont commencé à augmenter alors que le système médical rural se détériorait. La Figure 3.1 illustre cette tendance avec des données tirées du Tableau 5 de l'annexe. Des études comparatives en Amérique latine semblent indiquer qu'un certain niveau de dépenses de santé influe positivement sur la morta-

lité des moins de cinq ans si elle est d'origine publique et négativement si elle est d'origine privée (4).

Certains gouvernements ont l'habitude de considérer les dépenses de santé émanant du secteur public comme de simples dépenses de consommation et veulent les réduire au minimum. C'est souvent là l'optique des ministères des finances. Or, dans de nombreux pays pauvres, le total des dépenses de santé, toutes sources confondues, est très faible et représente moins de 2% du PIB au Cameroun, en Indonésie, au Nigéria, au Soudan et à Sri Lanka par exemple, ce qui signifie que même les mesures sanitaires les plus économiques et les plus efficaces ne peuvent pas être offertes à l'ensemble de la population. Même en Zambie où plus de 3% du PIB est consacré à la santé, les dépenses publiques par habitant (contribution de l'Etat et aide

Figure 3.1 Taux de mortalité infantile par rapport au revenu, Chine, 1962-1992



La performance relative représente les variations du taux de mortalité infantile de la Chine par rapport à la moyenne des taux de mortalité infantile des pays ayant le même niveau de revenu.
Source : Tableau 6 de l'annexe.

extérieure) ne représentent qu'environ la moitié des 12 dollars considérés par la Banque mondiale comme nécessaires pour financer le coût du minimum d'interventions préventives et curatives jugé indispensable. La réalité est qu'en allouant une part insuffisante des ressources tant publiques que privées à la santé, on perpétue le cycle de la pauvreté. Il est grand temps que, dans de nombreux pays, on augmente l'aide financière publique destinée à des services de santé rentables et équitables.

Dans les pays à revenu moyen et supérieur, la politique de financement de la santé est fréquemment régie par la nécessité d'accroître la coordination, de réduire les dispersions et de mieux maîtriser la totalité des coûts des soins de santé. Les pays de ce groupe craignent souvent que le montant de leurs dépenses de santé ne menace la croissance économique et la compétitivité en augmentant le coût de leur main-d'oeuvre et, partant, de leurs biens et services. L'Allemagne, l'Argentine, les Etats-Unis, la France et la Suisse par exemple consacrent tous plus de 9% du PIB à la santé et, aux Etats-Unis d'Amérique, cette proportion atteint maintenant 14%. Si des dépenses très supérieures à 9% du PIB peuvent refléter une certaine inefficacité macroéconomique, il est à peu près certain que les pays qui dépensent moins de 2% n'investissent pas assez dans la santé de leur population actuelle et future. Entre ces deux extrêmes, il n'est pas possible de désigner un niveau de financement pouvant être considéré dans tous les cas comme économiquement efficace ou "correct".

L'"efficacité microéconomique" est la mesure dans laquelle on peut obtenir une efficacité accrue à l'aide des méthodes d'utilisation des ressources actuellement en vigueur. Des gaspillages et une certaine inefficacité existent dans tous les systèmes de santé. On parle d'inefficacité de la répartition lorsque les ressources ne sont pas allouées aux activités qu'il convient de financer. Consacrer une importante part du budget de la santé à des soins hospitaliers destinés à des enfants rougeoleux est manifestement un exemple d'inefficacité de la répartition : ces enfants auraient dû être vaccinés. Des paquets de services assortis de priorités claires et universellement accessibles, du type examiné au chapitre 2, devraient permettre d'améliorer considérablement l'efficacité de la répartition dans les systèmes de santé des pays riches et pauvres.

Il y a inefficacité technique lorsque l'on mobilise, pour une intervention ou un résultat sanitaire donnés, plus de ressources que cela n'est nécessaire. Le déséquilibre entre la capacité installée d'un système de santé (bâtiments, matériel et personnel) et les ressources renouvelables requises pour son bon fonctionnement donne lieu à une série d'inefficacités techniques, les sureffectifs et le sous-emploi – eu égard aux taux d'utilisation – étant alors fréquents, notamment dans les structures sanitaires périphériques. L'analyse coût/efficacité est l'instrument clé pour tenter d'améliorer l'efficacité microéconomique.

La qualité du service chute lorsque l'on ne dispose pas des dotations nécessaires – en matériel et en personnel – et lorsque les procédures sont inadaptées. Dans le secteur public, les symptômes courants sont la pénurie de médicaments essentiels, l'inaccessibilité des structures sanitaires et l'absentéisme du personnel, le non-fonctionnement des véhicules et du matériel, et le mauvais état des locaux. Lorsque ces symptômes apparaissent, les résultats sanitaires en pâtissent, de même que la manière dont les gens perçoivent l'équité et la réactivité du secteur public. Des difficultés comparables sont fréquentes dans le secteur privé. Dans le vaste secteur privé, insuffisamment réglementé, des pays à revenu faible ou moyen, les agents de santé sont souvent sous-qualifiés et les méthodes de diagnostic et de prescription discutables, voire dangereuses. Le traitement de la tuberculose par le secteur privé, par exemple, comporte souvent des interventions profitables mais inutiles et n'atteint pas les taux de guérison élevés obtenus dans les établissements du secteur public.

DEFINITION DES PRIORITES

Même les pays les plus riches peuvent ne pas être en mesure de fournir à toute leur population chacune des interventions qui présente un intérêt médical. Pour assurer un accès universel à des soins de santé efficaces et d'un coût abordable, il faut débattre des priorités, les adopter et s'y tenir. Dans la plupart des pays, les priorités sont aujourd'hui fixées d'une manière qui interdit à de nombreuses personnes l'accès à des soins organisés. La capacité de payer semble être de plus en plus le critère retenu pour le rationnement des soins (5). L'OMS peut provoquer un réel changement en aidant les gouvernements à adopter une meilleure méthode. Un débat ouvert et animé sur la définition des priorités sanitaires est en cours. Fixer les priorités du secteur public, c'est-à-dire décider de ce que le gouvernement va faire et ne pas faire, est la manière d'intégrer la réalité économique dans le développement et la réforme du système de santé.

Depuis le milieu des années 1980, le processus consistant à définir clairement les priorités sanitaires a franchi plusieurs étapes. Des lignes directrices nationales ou régionales ont été débattues, publiées et, à des degrés divers, appliquées en Norvège, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, en Suède et dans l'Etat de l'Oregon aux Etats-Unis d'Amérique (6). Les approches diffèrent. En Suède, il a été proposé une valeur de base tenant compte de trois principes donnés ci-après par ordre d'importance décroissante : dignité humaine, indépendamment des caractéristiques personnelles et des fonctions sociales; besoin et solidarité; et rapport coût/efficacité. Plusieurs catégories de priorités politiques et cliniques ont été ainsi définies. Dans l'Oregon et aux Pays-Bas, les valeurs de base de la définition des priorités ont été également clairement fixées. Toutes ces valeurs diffèrent.

Dans les pays en développement, le débat sur les priorités a été souvent mené par des organisations internationales. Du début des années 1950 aux années 1980, les initiatives mondiales en santé publique ont eu tendance à porter sur une seule maladie à la fois, comme le paludisme ou la diarrhée, et parfois sur une seule intervention comme les pulvérisations de DDT ou la thérapie par réhydratation orale. Plus récemment, les experts internationaux ont manifesté une préférence pour les interventions groupées qui permettent d'obtenir de meilleurs résultats et d'améliorer la qualité des services. Le Programme élargi de Vaccination regroupe des vaccins destinés à prévenir la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose et la rougeole.

Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 (7) a fait avancer le débat sur la définition des priorités en introduisant la notion de paquets d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui tiennent compte de la situation financière du secteur public dans chaque pays. De nombreux pays ont défini de tels paquets prioritaires (8), et le Bangladesh, la Colombie, le Mexique et la Zambie ont commencé à les mettre en oeuvre.

La claire définition des priorités facilite la planification, la formation, le suivi et la supervision des services dans les districts, à condition que les investissements nécessaires aient été consentis pour développer le potentiel à ce niveau. Lorsque des paquets de services ont été mis en place pour les maladies les plus courantes, on peut réorganiser les structures sanitaires pour réduire les périodes d'attente, régulariser le flux de malades, normaliser la distribution de médicaments et améliorer la communication avec les usagers des services. Ainsi, en se concentrant sur des interventions prioritaires, est-on en mesure d'exercer, avec des ressources limitées, le plus grand impact possible sur la qualité des services et les résultats sanitaires.

Des approches mieux ciblées permettent de réduire largement la surmorbidity dont souffrent les pauvres, comme l'indique le chapitre 2. Le rapport coût/efficacité regroupe en une seule mesure les principaux critères d'évaluation technique et scientifique des inter-

ventions destinées à améliorer la santé. Toutefois, sans un processus de participation permettant d'engager et de poursuivre un débat national et local sur les priorités sanitaires, la base d'information scientifique n'influera guère sur la mise en oeuvre effective des procédures de répartition des ressources dans les pays. La définition des priorités, qui est le moyen de parvenir à un accord viable sur l'efficacité de la répartition, est maintenant une procédure bien établie.

REPENSER LES INCITATIONS DESTINEES AUX PRESTATAIRES

Le mode de rémunération des prestataires de services et le rôle des responsables des budgets ou des détenteurs de fonds à l'égard des prestataires de services sont deux autres influences qui s'exercent sur l'efficacité et la qualité des services.

On a bien étudié les effets d'incitation éventuels de nombreux modes de rémunération des hôpitaux, des dispensaires ou des praticiens individuels (9-11). Les méthodes de paiement prospectives (par exemple, à partir d'un budget ou par capitation) transfèrent le risque financier de la prestation des services d'un organisme responsable d'un budget ou détenteur de fonds (système de prépaiement villageois ou communautaire ou caisse privée d'assurance-maladie) aux usagers. Les méthodes de paiement rétrospectives (par exemple, le paiement à l'acte ou les rémunérations basées sur le nombre de malades) remboursent aux prestataires le prix des services rendus. Les expériences de nombreux pays représentant tous les niveaux de revenus montrent clairement que les méthodes basées exclusivement sur le paiement à l'acte (notamment celles qui font intervenir un versement aux prestataires par un "tiers payant") favorisent les dépenses excessives et les soins inappropriés. Sans un contrôle du volume d'utilisation ou de la qualité des services, ces systèmes sont difficiles à gérer au mieux des intérêts du public et ont incité jusqu'ici à dispenser des soins inutilement dispendieux en prescrivant une quantité excessive de médicaments et en abusant des services diagnostiques et des interventions chirurgicales (12-14). Les systèmes de rémunération à l'acte poussent souvent les prestataires à procéder à des interventions injustifiées du point de vue de la santé publique et entraînent une rapide augmentation, pratiquement sans contrepartie, des dépenses de santé (15). Il existe de meilleures solutions qui vont de méthodes perfectionnées de prépaiement à des rémunérations à l'acte assorties de contrôles administratifs relativement simples pour limiter l'escalade des coûts (par exemple, un contrôle des prescriptions permettant de veiller à ce qu'elles se réfèrent à une liste de médicaments essentiels). Pour de nombreux pays, le problème essentiel est d'éviter que des pratiques inefficaces et de médiocre qualité ne soient récompensées et de favoriser par une rémunération appropriée les pratiques de nature à améliorer l'état de santé de la population. Dans l'Etat de Californie, par exemple, on est parvenu, en passant de la rémunération à l'acte à la capitation, à interrompre l'escalade des prix en quelques années.

Le prépaiement suppose la création d'institutions détentrices de fonds : comptes d'épargne médicale, personnels ou familiaux, fonds villageois ou communautaires, caisses privées d'assurance-maladie, organisations de soins de santé intégrés et, bien entendu, budgets publics de la santé. De nombreuses caisses maladie sont de simples intermédiaires financiers passifs et n'exploitent pas pleinement leur pouvoir financier pour favoriser des changements de comportement chez les prestataires. Aujourd'hui, cependant, on tend largement à envisager des passations de contrats entre acheteurs publics et différents types de prestataires. Ces contrats s'étendent, dans de nombreux pays, aux relations entre différents acteurs du secteur public, par exemple entre les organismes sanitaires de l'administration centrale et ceux des collectivités locales. La concurrence qui a eu un effet similaire est en

grande partie à l'origine de la réforme des "soins intégrés" aux Etats-Unis d'Amérique; il convient de noter à cet égard que l'introduction de la concurrence est due en grande partie aux efforts déployés par les administrations des Etats et des collectivités locales pour maîtriser l'escalade des prix des services qu'elles financent à l'intention de leurs propres employés, des personnes âgées et des pauvres.

Dans les réformes des systèmes de santé de Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni, et plus récemment du Kirghizistan et de la Zambie, la distinction fonctionnelle entre organismes de financement et prestataires de services a été officialisée sous la forme d'une véritable séparation entre acquéreurs et prestataires qui opèrent de façon indépendante. Dans de nombreux pays, les hôpitaux du secteur public ont acquis une autonomie financière et gestionnaire ou jouissent d'une indépendance accrue, et des critères ont été fixés pour le contrôle de leurs performances. De nombreuses assurances-maladie jouent un rôle actif dans la gestion des soins dispensés à leurs assurés. Les fonds budgétaires alloués aux administrateurs des districts sanitaires du Ghana sont maintenant gérés largement de façon contractuelle, avec accord préalable sur les indicateurs de performance et la possibilité de récompenses ou de pénalités au cours des exercices budgétaires suivants. Ces expériences reflètent une même tendance : l'utilisation accrue de leur pouvoir d'achat par les organismes qui détiennent les fonds pour maîtriser les coûts et améliorer la qualité des services fournis.

Les incitations financières ne sont pas la seule composante du rôle plus actif joué dans l'acquisition des services par les assureurs ou les organismes publics détenteurs de fonds. Les autres éléments qui entrent dans ce rôle sont notamment : le contrôle exercé au niveau des soins de santé primaires pour améliorer le processus d'orientation-recours; l'élaboration de profils de prestataires permettant à l'acquéreur des services de contrôler plus activement le comportement de chaque prestataire; la passation de contrats avec des prestataires qui satisfont à des critères de qualité et de coût bien définis; le recours à des activités de contrôle de l'utilisation et d'assurance de la qualité pour limiter les soins inappropriés et améliorer la qualité; et enfin, l'élaboration de protocoles de traitement types, par exemple dans les domaines de la prescription ou de l'observance des listes nationales de médicaments essentiels (16).

La comparaison directe entre les prestataires des mêmes services dans le public et le privé, qu'il s'agisse de services cliniques ou de services d'appui, permet au secteur public d'organiser une concurrence entre un large éventail de prestataires éventuels. Une telle mise en concurrence des soins de santé dispensés aux populations est un facteur important pour donner aux consommateurs des moyens d'action sur les prestataires, à condition qu'un acheteur bien informé et compétent agisse au nom de ces derniers en utilisant son pouvoir financier pour modifier le comportement des prestataires de manière à améliorer la qualité et l'efficacité des soins à la population dont cet acheteur est responsable.

Rares sont les ministères de la santé ou autres prestataires publics qui utilisent des procédés leur permettant d'évaluer les préférences ou la satisfaction des usagers des services de santé. Ce désintérêt caractérise les sociétés où le privé prédomine. Les prestataires privés ne se préoccupent souvent que de savoir si l'emplacement de leur cabinet et leurs heures d'ouverture conviennent à leurs clients. Un comportement plus responsable de la part du secteur public doit le conduire à se préoccuper bien davantage de la manière dont les gens sont traités par les agents de santé sur les plans clinique et humain.

Des orientations politiques claires doivent s'appuyer sur un ensemble d'institutions efficaces qui offrent des incitations appropriées. Toutefois, leur interprétation doit être suffisamment souple pour pouvoir s'adapter aux circonstances locales et, du dispensaire

périphérique ou du poste de santé jusqu'au cabinet du ministre, il doit y avoir une chaîne de commandement dont chaque maillon est bien informé, consulte les autres et rend compte de ses décisions. Pour mettre en place un tel système, il faut souvent apporter d'importants changements aux modèles de système de santé en place dans de nombreux pays où le secteur public est généralement soumis à un contrôle centralisé, tandis que le secteur privé est pratiquement livré à lui-même.

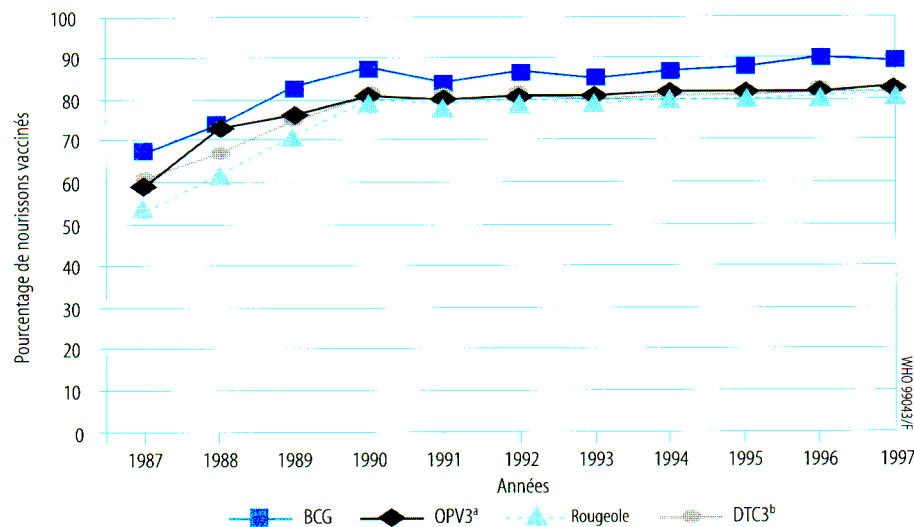
REPRENDRE LA MARCHÉ VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE

La leçon à tirer du développement des systèmes de santé au XX^e siècle est claire : il ne faut pas s'attendre à ce que le développement spontané et incontrôlé du système de santé d'un pays quelconque ait pour effet de satisfaire les besoins sanitaires les plus pressants (17,18). Une intervention des pouvoirs publics s'impose pour assurer un accès universel. Dans tous les pays, ce sont les pauvres qui supportent l'essentiel de l'impact de la mauvaise santé et qui sont exposés au plus fort risque de morbidité ou de mortalité évitables. Si l'on a bien progressé, au cours de ce siècle, vers un accès universel à des soins de santé de qualité acceptable (ainsi qu'en témoigne la couverture vaccinale mondiale donnée à la Figure 3.2), la distribution des services dans la plupart des pays du monde continue de favoriser outrageusement les riches. On admet largement qu'un financement public universel est conforme à l'équité, mais on sait moins que cette méthode est aussi une source d'efficacité accrue.

PARTAGE DES RISQUES

La Figure 3.3 montre comment différents modes de financement et différents systèmes de rémunération des prestataires répartissent différemment le risque du coût des soins de santé. Dans les systèmes de paiement les plus simples (en bas et à gauche de la figure), le malade paie lui-même la totalité du coût au moment où il a besoin de soins. La totalité du risque afférent aux conséquences financières de la maladie incombe à l'intéressé et éven-

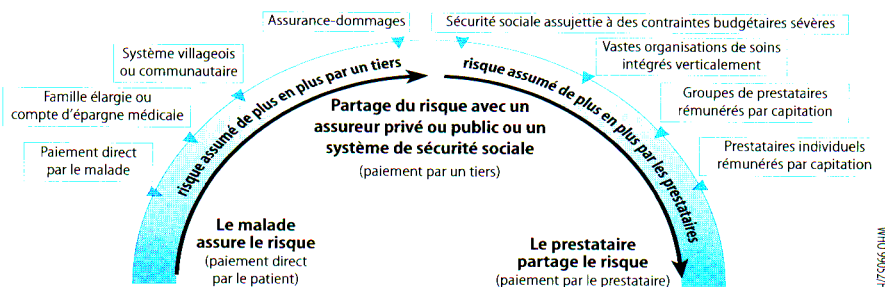
Figure 3.2 Couverture vaccinale mondiale, 1987-1997



^aTroisième dose de vaccin antipolymyélique buccal.

^bTroisième dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche.

Figure 3.3 Qui assume le risque financier des soins de santé ? Effet des divers types de financement et systèmes de rémunération des prestataires



tuellement à sa famille. Il n’y a pratiquement pas de répartition des risques dans la population. Ce type de situation caractérise probablement la plupart des transactions concernant les soins de santé primaires dans les pays pauvres d’aujourd’hui, notamment pour les soins dispensés par des praticiens dits “traditionnels”.

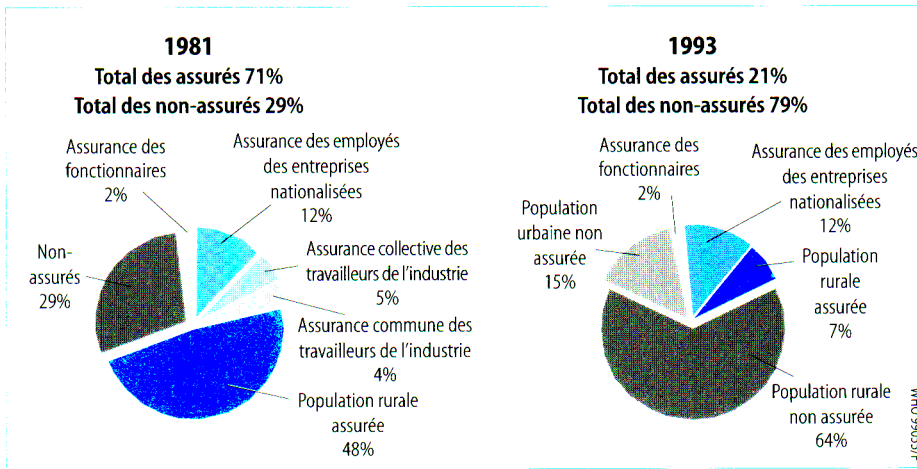
Le partage volontaire des risques entre les membres d’une famille ou d’un autre groupe (lorsque l’on se déplace dans le sens des aiguilles d’une montre à partir de la gauche du tableau) répartit le risque entre plusieurs personnes. Certaines caisses d’assurance peuvent régler les prestataires directement, généralement en les remboursant sur la base d’un barème de tarification agréé à l’avance. La part du prépaiement indique la mesure dans laquelle la responsabilité du risque passe de l’individu au groupe ou à la caisse d’assurance. Vers le sommet de la figure, on trouve des systèmes dans lesquels des assureurs privés gèrent les fonds pour le compte d’importants groupes de personnes et remboursent les prestataires et, sur la droite, des systèmes nationaux de santé financés par le budget de l’Etat et des caisses de sécurité sociale financées par des prélèvements sur les salaires et par des contributions des employeurs. La plupart des services de santé sont basés sur l’une de ces deux sources de financement. Pour la rémunération des prestataires, il existe dans ces différents types d’organisations toute une série d’options. Les combinaisons de méthodes de paiement deviennent de plus en plus fréquentes. Le risque financier incombe au tiers (caisse maladie ou responsable du budget), mais divers mécanismes permettent d’obtenir une contribution des malades ou de faire assumer une partie du risque par le prestataire, individuellement ou en groupe.

A mesure que l’on descend vers la partie droite de la figure, le prestataire de soins devient une deuxième partie qui partage le risque des coûts des soins de santé. Lorsque les prestataires (hôpitaux ou praticiens individuels) financent eux-mêmes les dépenses de santé d’une population à l’aide d’un budget, leur propre rémunération peut fluctuer selon le type et le niveau des soins qu’ils dispensent. Ils sont alors directement impliqués dans la gestion effective des risques et des besoins sanitaires d’une population.

COUVERTURE DES SOINS DE SANTE

Les deux décennies qui se sont écoulées depuis la Déclaration d’Alma-Ata n’ont pas vu de progression rapide et régulière vers l’idéal que l’on s’était fixé, à savoir des soins de santé de base accessibles pour tous. La situation mondiale est très hétérogène : de nombreux pays démantèlent en effet leurs mécanismes de protection sociale en santé au lieu de les étendre. Dans les pays anciennement socialistes, les changements radicaux qu’a entraînés,

Figure 3.4 Couverture de la population chinoise par l'assurance-maladie 1981 et 1993



au cours des années 1990, le passage à une économie de marché se sont souvent accompagnés d'un exode massif du personnel de santé vers le secteur privé, notamment en zone urbaine. Jusqu'au début des années 1980, de nombreux pays socialistes avaient mis en place des systèmes de soins de santé accessibles à tous. Quoique inefficaces, bureaucratiques et peu sensibles aux besoins des malades, ceux-ci avaient permis de prépayer efficacement et de mettre à la disposition de la presque totalité de la population au moment où elle en avait besoin et pour une dépense modique ou nulle des soins de santé de base et, dans de nombreux cas, des soins de santé secondaires et tertiaires. La plupart des gens de ces pays constatent qu'ils doivent maintenant payer davantage, officiellement ou non, pour leurs soins de santé et l'accès aux soins dépend de plus en plus de l'aptitude à payer. En dix ans à peine, la Chine a démantelé son système de coopératives médicales rurales mis en place dans les années 1950 pour couvrir la grande majorité de la population par une assurance-maladie, de sorte que, dans les années 1980, quelque quatre cinquièmes de la population totale n'étaient pas assurés et devaient donc assumer la totalité des dépenses afférentes à leurs soins de santé. La Figure 3.4 résume cette réduction de la couverture et le recul spectaculaire de la protection de la population rurale. En Afrique subsaharienne, on a, dans la grande majorité des pays, instauré un système de paiement par les patients ou augmenté les contributions de ces derniers (19). Il arrive fréquemment que ces politiques ne permettent pas d'utiliser les recettes ainsi encaissées pour améliorer la qualité et la disponibilité des services. D'ores et déjà, les taux de fréquentation, notamment ceux des établissements publics de soins de santé primaires, sont souvent très faibles, ce qui montre que la plupart des gens préfèrent maintenant avoir recours à des prestataires de soins de santé primaires traditionnels ou au secteur privé.

Les pays industrialisés ont largement préservé leurs systèmes de soins de santé prépayés et accessibles à la presque totalité de la population en mettant parfois en oeuvre (comme au Canada, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni) de vastes programmes de restructuration. Toutefois, la proportion de la population de moins de 65 ans qui est dépourvue d'une assurance privée ou publique a continué d'augmenter aux Etats-Unis d'Amérique où elle est passée de près de 15% en 1987 à près de 18% en 1996 (20). En outre, d'autres pays ont commencé à imposer directement au malade et à sa famille la responsabilité financière des soins à long terme. Dans de nombreux pays industrialisés, les inégalités sanitaires entre les plus pauvres et les plus riches se sont aggravées, mais certains autres ont

bien progressé dans la voie d'une couverture universelle. En 1989, à l'issue d'une longue période de croissance économique rapide, la République de Corée a instauré une assurance-maladie universelle. En 1993, l'Égypte a étendu l'assurance-maladie aux écoliers, de sorte que la couverture est passée de 4,9 millions à 20 millions de personnes. De nombreux autres pays sont sur le point d'adopter un système d'assurance sociale.

CHOIX POLITIQUES

Parmi les politiques sanitaires, certaines, mais pas toutes, reprennent les objectifs exposés au début du présent chapitre. Comme l'ont montré les expériences de la Chine et de Sri Lanka dans les années 1950 et 1960, il est possible, dans des situations d'extrême pauvreté, d'améliorer de façon spectaculaire l'accès aux soins pour le rendre équitable et d'apporter des améliorations majeures à l'état de santé de la population, tout en maintenant le total des dépenses publiques de santé à un niveau modeste. Au Canada, le passage à l'assurance nationale de santé a permis de progresser à la fois sur les plans sanitaire et économique (voir Encadré 3.2). En veillant à ce que les pauvres puissent profiter de mesures de promotion, de prévention et de cure déjà disponibles, on n'améliore pas seulement leur accès aux soins de santé : on contribue à réduire substantiellement la charge globale de la morbidité dans une région ou un pays. Il est maintenant possible de faire d'immenses progrès dans la lutte contre les problèmes de santé évitables, tout en renforçant la solidarité entre les différentes couches sociales.

Pour y parvenir, nous devons étendre les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies aux personnes les plus pauvres et les plus malades qui doivent

Encadré 3.2 Avantages macroéconomiques et sanitaires d'une assurance-maladie obligatoire et universelle : l'expérience canadienne

Vers le milieu des années 1960, la plupart des habitants du Canada étaient couverts par une assurance-maladie privée qu'ils contractaient par l'intermédiaire de leur employeur, mais une minorité substantielle demeurait non assurée. Cette situation ressemblait à celle des États-Unis aujourd'hui. L'assurance-maladie de la sécurité sociale a été introduite progressivement dans chacune des provinces canadiennes à des dates différentes entre 1962 et 1971, ce qui en a fait une expérience naturelle à grande échelle. De récentes analyses comparant les provinces canadiennes qui bénéficient de l'assurance-maladie de la sécurité sociale à celles qui sont encore sous régime privé ont permis de déterminer et mesurer les effets sanitaires et économiques du passage d'un régime à l'autre.

Une évolution substantielle de l'utilisation des soins de santé a été observée rapidement après l'adoption du régime de la sécurité sociale, mais il n'a guère été possible de mettre en évidence une augmentation de la consommation totale des soins de santé : on a plutôt constaté une redistribution des ressources sanitaires permettant une augmentation des soins préventifs et un meilleur accès aux soins des pauvres. L'avènement du régime de la sécurité sociale a manifestement amélioré la santé des nourrissons : en effet, la mortalité infantile s'est abaissée de 4% et l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance de 1,3% dans l'ensemble de la population (et de 8,9% pour les mères célibataires).

Le régime de la sécurité sociale est financé en majeure partie par une augmentation de l'impôt sur le revenu, ce qui aurait dû, pour de nombreux éco-

nomistes, réduire à la fois les emplois et les salaires. Or, les provinces canadiennes qui ont adopté ce régime ont enregistré une augmentation de plus de 2% du taux d'activité de leur population et une hausse des salaires de 3 à 4%, sans que le nombre moyen d'heures de travail ne change. Les auteurs de l'étude pensent que la productivité de la population active a augmenté lors de l'instauration de l'assurance-maladie de la sécurité sociale, du fait d'une plus grande mobilité des travailleurs ou d'une meilleure santé (et d'un absentéisme plus faible), voire des deux.

Bien que basés sur un seul pays, ces résultats permettent d'apporter d'importants correctifs empiriques aux prédictions contradictoires de la théorie économique. Les théories classiques sur l'évolution du marché du travail prévoient qu'une assurance-maladie

financée par des fonds publics, en augmentant l'impôt sur le revenu, aura pour effet de réduire les emplois et les salaires. Par ailleurs, les analyses théoriques des marchés, du point de vue des services de santé et de l'assurance-maladie, concluent que le libéralisme dans ces domaines risque d'entraîner une grande inefficacité. Les données tirées de l'expérience canadienne montrent clairement que la sécurité sociale peut permettre de gagner sur les deux tableaux en améliorant à la fois la situation sanitaire et économique et l'emploi. Pour de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire qui envisagent d'adopter d'autres orientations générales, c'est la preuve qu'une couverture universelle obligatoire favorise à la fois l'efficacité et l'équité.

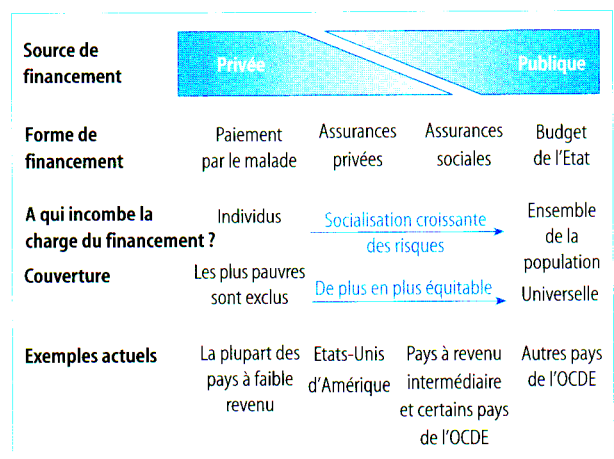
pouvoir accéder aux dispensaires ou aux postes de santé (privés, publics ou non gouvernementaux) où sont soignées les affections locales communes justiciables d'un traitement. En outre, les pauvres ne doivent pas faire face à d'importants obstacles financiers au moment où ils ont besoin d'un service. Une couverture universelle signifie que, quelle que soit la source des fonds, le système de soins de santé fonctionne comme un système d'assurance nationale de santé en étant préfinancé soit par les recettes de l'impôt, soit par une assurance sociale pour les salariés afin d'étaler au maximum le partage des risques. Une évolution doit se faire dans les esprits pour que l'on passe du financement des «besoins» de l'infrastructure qui dispense les services à celui des prestations correspondant aux besoins réels de la population en soins de santé. Avec un système national d'assurance-maladie, on fait assumer la protection des risques par un groupe aussi large que possible ou on coordonne des paquets de prestations financés par différentes sources en vue de disposer d'un ensemble complet de services financés à l'aide d'une caisse unique et non d'une série de mécanismes d'assurance et de financement sanitaire indépendants et sans aucune coordination dont chacun a ses propres bénéficiaires, ses propres prestations et parfois même son propre réseau de structures sanitaires et de professionnels de la santé. Si les risques sont regroupés au sein d'un organisme unique, on dispose d'un grand choix d'incitations pour les prestataires de soins, y compris celle qui consiste à leur faire assumer une partie du risque.

La Figure 3.5 montre comment la socialisation des risques en matière de santé et la part du secteur public dans le total des dépenses augmentent à mesure que les pays s'écartent de la formule du paiement direct par les patients. Diverses solutions institutionnelles existent pour obtenir une couverture universelle. De récentes études comparatives mesurant l'équité de la charge du financement et de l'utilisation des services dans des pays ayant divers niveaux de revenu montrent que le paiement par les patients est le moyen de financement des soins de santé le moins organisé et le plus inéquitable; les gens paient leurs soins médicaux au moment où ils en ont besoin et où ils les reçoivent. Ainsi, la charge financière pèse de façon disproportionnée sur les plus pauvres (qui doivent faire face à des dépenses de santé plus élevées que les riches), et cet obstacle financier fait que les groupes à bas revenu utilisent moins les services, bien qu'ils en aient davantage besoin que les autres (21).

Avec un système basé sur les paiements par les patients, le marché réagit en suscitant la création d'assurances privées. Les assureurs voient là une occasion de profit. Les gens paient à l'avance leurs soins de santé avec leurs primes d'assurance afin de ne pas avoir à faire face à d'importantes dépenses imprévisibles. Cette méthode de financement entraîne une certaine répartition des risques parmi les assurés, mais crée des inégalités entre ces derniers qui vont accéder plus facilement à des soins de qualité et les non-assurés. L'expérience des marchés de l'assurance-maladie privée montre que ceux-ci sont à la fois instables et difficiles à réguler, chaque assureur modifiant constamment le profil du groupe de bénéficiaires pour que ses recettes soient supérieures à ses dépenses.

Dans les pays où un important pourcentage de la population travaille dans le secteur structuré de l'économie, il est possible d'instaurer des systèmes d'assurance sociale qui élargissent la socialisation des risques; ce sont alors surtout

Figure 3.5 Financement, socialisation des risques et type de couverture



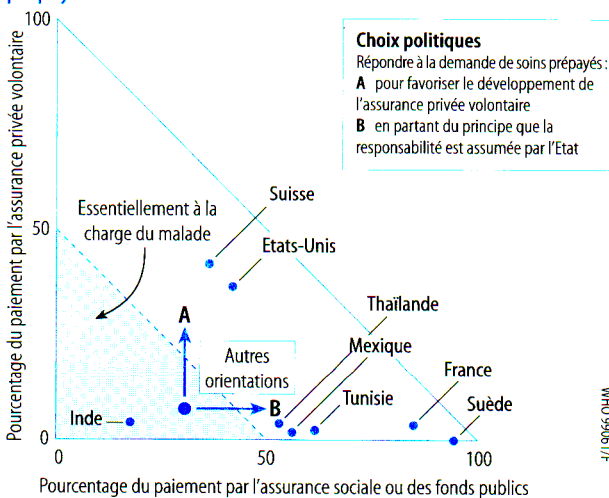
les personnes ayant un emploi et leurs proches qui adhèrent à un régime d'assurance-maladie obligatoire, et les primes sont en rapport avec le revenu de chaque membre et non avec son risque actuariel de contracter une maladie. En Allemagne, au Costa Rica et au Japon, ainsi que dans d'autres pays où les taux d'emploi dans le secteur structuré sont élevés, cette méthode de socialisation des risques forme la base du système national d'assurance-maladie. Tant par son financement que par l'accès aux soins de santé qu'il autorise, ce type de système est plus équitable que les deux systèmes décrits ci-dessus. Toutefois, cette conclusion ne s'applique pas nécessairement aux pays où seul un faible pourcentage de la population travaille dans le secteur structuré.

Les systèmes de socialisation des risques basés sur un financement par le budget de l'Etat, tels que ceux du Canada, de Cuba, du Danemark, de l'Espagne, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et de la Suède, sont les plus équitables de tous en ce qui concerne à la fois la répartition de la charge du financement et l'accès aux soins des personnes ayant des besoins comparables. Le risque est réparti entre tous les résidents, et c'est l'Etat qui assure, à l'aide des recettes fiscales, les risques afférents aux dépenses de santé, ce qui, dans un système où le taux d'imposition est progressif, pèse davantage sur les riches que sur les pauvres.

La Figure 3.6 montre, sous une forme simplifiée, les diverses options qui s'offrent aux pays désireux d'adopter un taux supérieur de prépaiement des dépenses de santé. L'axe vertical représente une stratégie basée sur le développement des systèmes privés d'assurance volontaire dans lesquels l'Etat ne joue qu'un rôle de soutien financier. Les Etats-Unis et la Suisse sont des exemples de pays ayant adopté cette approche. L'axe horizontal représente les stratégies dans lesquelles l'Etat assume la responsabilité d'un système national de prépaiement basé sur l'assurance sociale et un financement public. La France et la Suède sont des exemples de pays où ce type de stratégie est en vigueur. Le triangle ombré situé près du point zéro correspond aux situations où le financement des soins de santé s'effectue par des paiements directs des usagers et le gros point qui se trouve près de l'axe horizontal représente un pays à faible revenu. Qu'implique chacune de ces stratégies dans un pays en développement ? Si l'on se déplace vers le haut, on suit la voie du marché qui peut être préférée par les membres aisés de la population, mais qui va aggraver les inégalités dans l'accès aux soins. Sa réglementation ainsi que la maîtrise générale des dépenses pose-

ront des problèmes et, lorsque les taux d'activité dans le secteur structuré sont faibles par rapport au total – comme dans la plupart des pays à bas revenu et à revenu intermédiaire –, le taux de couverture des formules de prépaiement demeurera faible. Ce n'est que dans les pays à revenu relativement élevé, ou en cas de croissance exceptionnellement forte et soutenue (pendant plusieurs dizaines d'années en Allemagne et au Japon, mais beaucoup plus brièvement en République de Corée et à Taïwan, Chine), lorsque la structure de l'emploi se transforme, les travailleurs ruraux indépendants étant remplacés par des travailleurs urbains du secteur structuré, que les systèmes d'assurance volontaire se sont suffisamment répandus pour former la base d'un système national de soins de santé prépayés. L'autre stratégie, représentée le long de l'axe horizontal, consiste à mettre en place des systèmes de prépaiement associant l'assurance sociale à un financement public. Presque tous

Figure 3.6 Possibilités de s'acheminer vers des services de santé prépayés



les pays possèdent déjà des éléments de ces deux formules, mais ils les ont rarement regroupés dans une politique de santé clairement définie. Pour élaborer une stratégie nationale de prépaiement des soins de santé, il faut repenser le financement public de la santé en l'intégrant dans un cadre de financement qui assure une couverture universelle. Dans un tel modèle, les systèmes d'assurance-maladie pour les salariés ainsi que les systèmes municipaux ou communautaires seraient associés à des aides de l'Etat et l'on publierait des lignes directrices pour étendre leur couverture dans la population afin de garantir à la fois leur équité et leur efficacité de répartition.

UN NOUVEL UNIVERSALISME

Pour augmenter au maximum l'efficacité et l'équité et créer, dans les pays pauvres où la charge de la morbidité est élevée, des situations où tout le monde trouve son compte, il faut prendre des mesures pratiques en vue d'une couverture universelle. Il n'existe pas à cet effet de modèle unique pouvant être reproduit dans tous les pays. Toutefois, on peut mettre en évidence certaines caractéristiques fondamentales d'un système permettant de progresser vers un nouvel universalisme en santé.

- *Le système doit s'appliquer à l'ensemble de la population, c'est-à-dire qu'il doit être obligatoire.*

Que l'on se base sur la citoyenneté ou sur le lieu de résidence, la population visée doit être définie de façon exhaustive.

- *La couverture universelle signifie que tous vont en profiter, mais pas qu'ils vont profiter de tout.*

Le système de prépaiement financé par l'Etat, les entreprises et les gens aisés reflétera le niveau global du développement économique d'un pays. Les fonds disponibles seront limités et ne pourront pas financer tous les services que la population et le personnel de santé aimeraient voir dispenser gratuitement. Les services qui n'auront pas un caractère prioritaire (et qui varieront d'un pays à l'autre) ne seront disponibles qu'à titre onéreux. Il faut clairement définir un paquet de prestations en tenant compte des ressources disponibles et du coût des interventions hautement prioritaires, d'une évaluation des services et des produits que les patients peuvent payer eux-mêmes et de la faisabilité politique des diverses options.

- *La rémunération du prestataire n'est pas payée par le malade au moment où il utilise le service de santé.*

Les soins de santé doivent toujours être payés, mais c'est la manière dont ils le sont qui détermine dans une large mesure les bénéficiaires des soins et le niveau général de santé. Les paiements directs pénalisent les gens qui ne disposent pas d'argent liquide, c'est-à-dire ceux qui travaillent en dehors de l'économie monétaire, qui n'ont de revenus en espèces que sur une base saisonnière ou occasionnelle ou qui sont sans emploi. En faisant reposer largement le système sur des paiements par les patients, on crée des incitations inopportunes tant pour les usagers que pour les prestataires et il en résulte une charge financière qui, pour les pauvres, fait obstacle à un accès équitable. Le prépaiement permet d'adopter des méthodes d'incitation très diverses pour un achat plus efficace des services.

- *Des services peuvent être offerts par des prestataires de toutes catégories.*

Pourvu que les cabinets médicaux et les structures sanitaires satisfassent à certaines normes de qualité et que leur gestion soit d'une souplesse équivalente, peu importe à

qui ils appartiennent. Un acquéreur de services en position de force qui fixe des taux de rémunération uniformes et impose un ensemble unique de règles de qualité et d'utilisation ne peut que favoriser le prestataire de services le plus efficace. Une telle situation permettra de regrouper les très nombreux prestataires privés, qui constituent pour l'essentiel le premier point de contact avec le système de santé dans les pays à bas revenu, au sein d'un système de soins de santé structuré mais pluraliste dont ils profiteront des ressources tout en étant soumis aux sanctions et à la réglementation d'organismes professionnels et publics.

Les avis des grandes institutions mondiales et régionales de développement sur la politique sanitaire et le financement de la santé sont de plus en plus conformes à ces principes (Encadré 3.3).

Encadré 3.3 Financement public des systèmes de santé : opinions convergentes des organismes de développement

Une communion d'idées croissante remplace les précédentes divergences des organismes influents de développement sur le financement de la santé, en ce qui concerne à la fois ce qui doit être fait par les gouvernements et ce qu'ils doivent éviter.

L'importance d'un financement public pour une couverture universelle a été soulignée dans le rapport de la Banque mondiale intitulé *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*, où l'accent est mis sur des paquets de "services essentiels". Le contenu de ces paquets doit refléter les propres préférences de chaque pays, mais la Banque mondiale fait observer que presque tous les pays à revenu élevé ont atteint leurs objectifs d'efficacité ainsi que d'équité en y incluant la plupart des services. La Banque interaméricaine de développement, dans son rapport de 1996 intitulé *Economic and social progress in Latin America*, préconise également un financement des services cliniques par l'Etat pour des raisons d'efficacité et d'équité. Le document de stratégie sectorielle de la Banque

mondiale publié en 1997, et intitulé "Santé, nutrition et population", exprime cette même idée dans les termes suivants :

"L'expérience de la plupart des pays... tend à prouver que les gouvernements doivent jouer un rôle majeur dans le financement des soins de santé par l'intermédiaire de régulations, mandats et subventions directes. Bien que des ressources privées considérables puissent être disponibles, celles-ci sont souvent gaspillées en soins inefficaces par manque de soutien d'une politique gouvernementale efficace."

Ces organismes émettent quelques réserves, en revanche, au sujet de la viabilité de l'assurance-maladie privée et de l'utilité des paiements par le patient pour la mise en place de soins de santé efficaces et équitables. En comparant à cet égard l'expérience du Chili (tendant à favoriser les assurances privées) et celle de la Colombie (où l'assurance est obligatoire et la couverture universelle), la Banque interaméricaine de développement note le "comportement opportuniste" des assureurs privés qui a pour effet de faire de plus en plus retomber sur le secteur public la responsabilité du segment de la

population le plus exposé à la maladie et le plus coûteux à soigner. La Banque asiatique de développement invite à élargir progressivement la couverture de l'assurance-maladie de la sécurité sociale et à adopter une forme prudente de recouvrement des coûts. Selon le document de la Banque mondiale précédemment cité : "En raison du coût et de la défaillance avérée du marché au niveau des assurances-maladie privées, cette option n'est pas fiable pour la socialisation des risques au niveau national dans les pays à revenus faible et moyen." En ce qui concerne le paiement des soins par les patients, ce même document estime que, pour éviter les problèmes d'équité et d'efficacité associés à une large utilisation de cette méthode, les gouvernements devraient veiller à ce qu'une large part du financement de la santé soit assurée par des formules de prépaiement.

Une réunion de gouvernements africains, d'organisations non gouvernementales et d'organismes bilatéraux et multilatéraux a récemment adopté une série de principes en 15 points sur le partage des coûts en matière d'éducation et de santé en Afrique sub-

saharienne; le début du premier point est libellé comme suit : "le partage des coûts sous la forme de paiements par les patients ne doit être envisagé qu'après un examen approfondi de toutes les autres possibilités de financement ... d'autres formes de récupération des coûts par l'Etat sont plus efficaces, efficientes et équitables."

Il importe de noter que les arguments de ces organismes en faveur d'un financement public reposent principalement sur les défaillances des marchés privés qui ne sont pas parvenus à régler correctement les problèmes posés par des informations incomplètes ou déséquilibrées et le problème des risques. Les arguments en faveur d'un financement public basés sur des "externalités" (par exemple, la guérison d'un malade atteint de tuberculose réduit les risques de transmission à d'autres) ou des "biens publics" (par exemple, un spot radiophonique contre le tabagisme qui peut être entendu par tous) sont beaucoup moins convaincants pour justifier une participation du secteur public au financement de la santé.

Sources :

Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé. Washington, Banque mondiale, 1993.

Stratégie sectorielle : Santé, nutrition et population. Washington, Banque mondiale, 1997.

Making social services work. Special section in: *Economic and social progress in Latin America, Report of the IADB*. Washington DC, Johns Hopkins University Press, 1996.

Policy for the health sector. Manille, Banque asiatique de Développement, 1999.

Consensus on principles of cost-sharing in education and health in sub-Saharan Africa. Rapports d'une réunion internationale, Addis-Abeba, 1997.

PREVOIR L'AVENIR : ROLE DE LA RECHERCHE-DEVELOPPEMENT

La plupart des débats sur les systèmes de santé et le financement de la santé portent sur les prestations de services, ce qui, à certains égards, paraît approprié puisque seuls environ 3% des dépenses de santé dans le monde concernent l'élaboration du futur potentiel par la recherche-développement. Pourtant, le chapitre 1 montre que la production et l'utilisation de nouvelles connaissances ont été le principal ressort de la révolution sanitaire du XX^e siècle. Les systèmes de santé ont donc la responsabilité de prendre les dispositions nécessaires pour l'acquisition de nouvelles connaissances.

La recherche-développement en santé a des incidences sur les coûts des systèmes de santé ainsi que sur leurs résultats. Une récente étude (22) fait ressortir trois orientations de la recherche-développement : la révolution biotechnologique, le développement de nouvelles substances pharmaceutiques plus efficaces et l'acquisition d'une meilleure connaissance des méthodes permettant à chacun d'influencer sa propre santé, qui pourraient permettre de stabiliser les dépenses consacrées à des populations vieillissantes. Même les technologies d'aujourd'hui, qui sont souvent une source de dépenses accrues, peuvent se traduire par des augmentations de coûts inférieures aux prévisions à mesure que les populations vieillissent. Ceci est dû à la baisse régulière des taux d'incapacité chez les personnes âgées et à une réduction des coûts des soins de santé pendant les dernières années de l'existence chez les personnes très âgées par rapport aux personnes âgées. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, les soins de santé des deux années précédant un décès à l'âge de 67 ans coûtent trois fois plus que ceux des deux années précédant un décès à 90 ans. Ces tendances, associées à l'utilisation de produits qui font actuellement l'objet d'une recherche-développement et qui devraient entraîner des économies et des améliorations de la santé, compensent les pressions démographiques sur les dépenses de santé. Parmi les produits en question, de nouveaux moyens améliorés de promotion sanitaire et de prestation des soins préventifs devraient jouer un rôle important (23).

Un récent rapport de l'OMS (24) souligne les graves lacunes de nos connaissances et nos besoins pressants en produits nouveaux ainsi que l'accroissement de la productivité ou capacité de l'entreprise de recherche-développement proprement dite. En bref, il décrit un programme d'action mi-national, mi-international. Il expose comme suit la nécessité d'une collaboration entre les systèmes nationaux de santé.

“Les défis mondiaux appellent, dans un certain sens, une réaction mondiale. Toutes les nations partagent les fruits de la recherche-développement. Même si chaque pays n'investit qu'une somme relativement modeste dans la poursuite des objectifs collectifs, l'effort global présente pour tous d'importants avantages potentiels. L'action collective est l'approche économiquement rationnelle de la production de biens publics tels que ceux qui résultent de la recherche-développement; et c'est à la communauté mondiale qu'incombe principalement la responsabilité de catalyser cette action collective. Loin d'éclipser les actions engagées au niveau national, l'effort mondial aide à rendre la recherche-développement nationale plus productive et à obtenir un résultat global qui dépasse la somme des réalisations nationales. Ainsi, pour l'attribution des fonds destinés à l'aide internationale pour la santé, lesquels font l'objet d'une vive concurrence, les demandes visant à susciter de nouvelles connaissances, produits et interventions dont tout le monde puisse profiter méritent une considération particulière.”

Dans deux de ses récents *Rapports sur le développement dans le monde* (25,26), la Banque mondiale souligne aussi l'importance de nouvelles connaissances pour le développement

et considère que les pays et le système international doivent collaborer à leur production.

La création du Forum mondial de la recherche en santé (Encadré 3.4) est une étape importante vers une interconnexion des systèmes nationaux de santé (et de leurs organismes de recherche) au sein d'un réseau international. Parmi les objectifs du Forum figurent un plaidoyer éclairé pour la redistribution des ressources en faveur de la recherche-développement et la réorientation ainsi qu'une utilisation plus efficace des ressources actuellement dépensées. La participation des systèmes de santé nationaux à la production de nouvelles connaissances a un double avantage : elle accélère le rythme global du progrès et réduit le temps nécessaire à la mise en oeuvre des résultats. Il est donc important, lors de la planification, du financement et de l'organisation des systèmes de santé, de veiller à mettre en place une base de recherche-développement appropriée.

Pour permettre à l'ensemble de la population, même dans les pays les plus riches, d'avoir accès à des soins efficaces et de bonne qualité, on a le choix entre de nombreuses options. Celles-ci concernent les interventions sanitaires ainsi que leur déroulement dans le cadre du système de santé. Dans les deux cas, ces choix doivent tenir compte de recherches sur l'efficacité pour que soit élaborée une stratégie optimale. Un débat ouvert et éclairé sur les priorités en matière de santé est également une composante indispensable de cette stratégie. A moins que les choix ne soient effectués par les autorités nationales et locales responsables et que leur mise en oeuvre ne soit convenablement suivie, les prestations de services tendent à favoriser les groupes aisés en raison à la fois des lieux où elles s'effectuent et des types de services proposés. On a plus de chances d'atteindre les objectifs énumérés au début du présent chapitre lorsqu'il existe des mécanismes politiques et financiers qui obligent les autorités à rendre des comptes aux populations qu'elles sont censées servir. Pour

Encadré 3.4 Investir dans la recherche-développement en santé pour les pauvres : Forum mondial de la recherche en santé

Sur les US \$50 à 60 milliards dépensés chaque année dans le monde pour la recherche en santé par les secteurs privé et public réunis, seuls 10% servent à résoudre les problèmes de santé de 90% de la population mondiale. Le rapport de l'OMS *Investing in health research and development* (24), publié en 1996, recommandait la création d'un forum mondial de la recherche en santé pour corriger ce déséquilibre. Créé en 1997, le Forum cherche à regrouper des partenaires très divers, car il est convaincu de la nécessité d'une participation aussi large que possible, pour apporter des solutions satisfaisantes au problème actuel du sous-investissement dans la recherche-développement en santé pour les pauvres.

Le Forum mondial est une fondation internationale non gouvernementale qui a son siège à l'OMS à Genève. Une grande partie de ses ac-

tivités est destinée à assurer une utilisation plus efficace des ressources actuelles en matière de recherche-développement en produisant des analyses qui aident les chercheurs, les promoteurs de produits et les bailleurs de fonds à se concentrer sur les plus hautes priorités. Il apporte un appui actif aux initiatives suivantes.

- L'*Alliance pour la recherche sur les politiques sanitaires et les systèmes de santé* créée pour remédier aux lacunes des recherches dans ce domaine, dans les pays à moyen et à bas revenus.
- L'*Initiative mondiale de recherche sur la tuberculose* destinée à apporter des solutions coordonnées aux problèmes posés par l'augmentation de l'incidence mondiale de la maladie, les lenteurs de l'adoption de la stratégie DOTS, la résistance croissante aux traitements actuels, et la propagation de la tuberculose liée à la pandémie de VIH/SIDA.

- Une *Initiative pour la lutte contre les maladies cardiovasculaires dans les pays en développement*, en cours de création à la suite de travaux récents comme l'étude de l'US Institute of Medicine financée par la Banque mondiale. Cette dernière prévoit que, dans les pays à revenus faible ou moyen, la charge globale des maladies cardiovasculaires passera de 10% en 1990 à 15% en 2020. Il est donc nécessaire de concevoir d'urgence des stratégies et des interventions rentables pour résoudre ce problème.
- L'*Initiative sur la santé et les sociétés* qui a pour objet de déterminer et étudier les principaux facteurs de la santé situés en dehors du secteur de la santé, tels que la pauvreté, l'éducation, l'eau et l'assainissement, et la culture.
- L'*Initiative sur la prévention de la violence et des traumatismes* qui va contribuer à apporter une réponse

mondiale coordonnée aux problèmes croissants de la violence et des traumatismes qui n'ont été jusqu'ici traités que de façon fragmentaire.

- L'*Initiative sur la violence domestique contre les femmes (y compris les mauvais traitements à enfant)* actuellement élaborée par un certain nombre de partenaires pour remédier à l'absence d'études sur ce problème mondial dont la gravité va croissant. La violence domestique contre les femmes est très répandue, mais on ignore la charge de morbidité qui en résulte dans le monde.
- Le *partenariat public/privé contre le paludisme* visant à mettre au point de nouveaux médicaments antipaludiques en collaboration avec le secteur privé.

choisir des interventions clés et axer les services de santé sur la totalité de la population en veillant à ce que les plus pauvres reçoivent des services appropriés, il faut associer universalisme et réalisme politique. Ce “nouvel universalisme” sera à notre portée au cours des premières années du prochain siècle.

RÉFÉRENCES

1. *Stratégie sectorielle : Santé, nutrition et population*, Washington, D.C., Banque mondiale, 1997.
2. *Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes (CIM-10), Dixième Révision 1992*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992-1994.
3. **Hurst J**. *La réforme des soins de santé : Analyse comparative de sept pays de l'OCDE*. Paris, OCDE, 1992.
4. **Jamison D et al**. Income, mortality and fertility in Latin America: Country-level performance, 1960-1990. *Revista de analisis economico*, 1996, **11**(2): 219-261.
5. **Ensor T, San PB**. Access and payment for health care: The poor of northern Vietnam. *International journal of health planning and management*, 1996, **11**: 69-83.
6. **Ham C**. Priority setting in health care: Learning from international experience. *Health policy*, 1997, **42**(1): 49-66.
7. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. New York, Oxford University Press pour la Banque mondiale, 1993.
8. **Bobadilla J, Cowley P**. Designing and implementing packages of essential health services. *Journal of international development*, 1995, **7**: 543-554.
9. **Saltman RB, Figueras J** (eds). *European health care reform: Analysis of current strategy*. Copenhagen, Bureau régional OMS de l'Europe, 1997 (publications régionales de l'OMS, Série européenne, N° 72).
10. **Newhouse JP**. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection. *Journal of economic literature*, 1996, **34**: 1236-1263.
11. **Barnum H, Kutzin J, Saxenian H**. Incentives and provider payment methods. *International journal of health planning and management*, 1995, **10**: 23-45.
12. **Medici AC et al**. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. In: Schieffer G (ed). *Innovations in health and financing*, Washington DC, Banque mondiale, 1997 (document de travail de la Banque mondiale N° 365).
13. **Yang BM**. The role of health insurance in the growth of the private health sector in Korea. In: Newbrander W (ed). *Private health sector growth in Asia: Issues and implications*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 1997.
14. **Hsiao WC**. The Chinese health care system: Lessons for other nations. *Social science and medicine*, 1995, **41**(8): 1047-1055.
15. **McGreevey WP**. The high costs of health care in Brazil. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1988, **22**(2): 145-166.
16. **Kane N**. Costs, productivity and financial outcomes of managed care. In: Saltman R, von Otter C (eds). *Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility*. Milton Keynes, Open University Press, 1995.
17. **Arrow KJ**. Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American economic review*, 1963, **53**: 941-973.
18. **Barr N**. *The economics of the welfare state. Second edition*. California, Stanford University Press, 1993.
19. **Nolan B, Turbat V**. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington DC, Banque mondiale, 1995 (EDI Technical Materials).
20. **Hoffman C**. *Uninsured in America: A chart book*, Washington DC, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 1998.
21. **Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F**. *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
22. **Pardes H et al**. Effects of medical research on health care and the economy. *Science*, 1999, **283**: 36-37.
23. **Freis JF et al**. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England journal of medicine*, 1993, **329**: 321-325.
24. *Investing in health research and development. Rapport du Comité ad hoc sur la recherche en santé concernant les options d'interventions futures*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document WHO/TDR/Gen/96.1).
25. *Rapport sur le développement dans le monde 1997 : l'Etat dans un monde en mutation*. Washington, D.C., Banque mondiale 1997.
26. *World development report 1998/1999 – Knowledge for development*. Washington DC, Banque mondiale, 1998.

4

FAIRE RECULER LE PALUDISME

Paludisme et sous-développement sont intimement liés. Plus de 40% de la population mondiale vit dans des régions où existe un risque de paludisme. Cette maladie est à l'origine de nombreux décès prématurés et d'innombrables souffrances, elle impose une lourde charge financière à des ménages sans ressources et elle ralentit la croissance économique et l'amélioration du niveau de vie. Le moment est venu de lancer une vaste offensive contre le paludisme. L'initiative Faire reculer le paludisme est une nouvelle forme de partenariat sanitaire à l'échelle du secteur qui vise à lutter contre la maladie aux niveaux mondial, régional, national et local. La stratégie sur laquelle elle repose est exposée à la fin du présent chapitre.

LE PROBLÈME DU PALUDISME

Le paludisme sévit de préférence dans des contextes sociaux et environnementaux défavorables, lorsque le système de santé et le réseau communautaire sont défaillants. Sa capacité à acquérir une résistance fait de lui un adversaire redoutable. Il existe des possibilités d'interventions efficaces, mais elles ne sont pas accessibles aux populations les plus durement touchées, car le potentiel de lutte contre le paludisme est insuffisant dans les pays d'endémie où les systèmes de santé sont souvent précaires. Il convient de faire un meilleur usage des connaissances actuelles dans ce domaine, des nouveaux produits et des techniques les plus récentes pour surmonter l'obstacle au progrès de l'humanité que constitue le paludisme.

L'IMPACT SANITAIRE

Quelque 300 millions de cas cliniques de paludisme sont enregistrés dans le monde chaque année, et entraînent plus d'un million de décès (voir Tableau 8 de l'annexe). Près de 90% de ces décès se produisent en Afrique subsaharienne où les plus touchés sont les jeunes enfants. Le paludisme est directement responsable d'un décès d'enfant sur cinq en Afrique et il contribue indirectement à des états morbides et décès dus à des infections respiratoires, à des maladies diarrhéiques et à la malnutrition. Si le paludisme est toujours un grave problème de santé publique, des progrès gigantesques ont été réalisés depuis le début du siècle. Sa réapparition récente en Afrique contraste de façon spectaculaire avec le recul de la mortalité à l'échelle mondiale depuis 1900 (voir Encadré 4.1).

La progression rapide de la résistance aux antipaludiques représente une grave menace pour l'efficacité du traitement. Les médicaments qui sont à la fois efficaces, sans danger et

financièrement abordables sont de plus en plus rares, et la découverte de nouveaux antipaludiques ne progresse pas assez vite. Pendant des décennies, la chloroquine a été le principal médicament utilisé pour lutter contre le paludisme, mais, devant les progrès de la pharmacorésistance, plusieurs pays d'Asie et d'Amérique du Sud ont été contraints de

Encadré 4.1 La mortalité liée au paludisme au XX^e siècle

Pendant la première moitié du XX^e siècle, le paludisme faisait environ 2 millions de victimes par an dans le monde, plus particulièrement dans les régions tropicales de l'Asie et du Pacifique et, dans une moindre mesure, en Afrique. Le lendemain de la Deuxième Guerre mondiale a vu la naissance ou l'intensification de campagnes nationales de lutte contre le paludisme dans les pays les plus touchés, du Moyen-Orient jusqu'aux îles du Pacifique occidental, notamment l'Indonésie et les Philippines, en passant par le sous-continent indien et l'Asie du Sud-Est. La pulvérisation de DDT dans les habitations (méthode destinée à attaquer les moustiques vecteurs du paludisme là où ils sont en contact avec l'être humain) a permis d'obtenir de spectaculaires réductions de l'incidence du paludisme et de la mortalité liée au paludisme, notamment en Inde et à Ceylan (aujourd'hui Sri Lanka). Le succès de cette méthode a atteint son apogée vers le milieu des années 1960. Par la suite, toutefois, le coût économique et politique de la poursuite des efforts intensifs déployés lors des premières campagnes, associé à un début de résistance des parasites et de leurs vecteurs aux produits chimiques utilisés contre eux, a favorisé la recrudescence de la transmission du paludisme dans tout le sud de l'Asie et dans le Pacifique occidental. Les conséquences les plus dramatiques ont été l'apparition d'une souche polypharmaco-résistante et notamment résistante à la chloroquine de *Plasmodium falciparum* qui, depuis le milieu des années 1960, s'est répandue à partir d'un foyer en Asie du Sud-Est. Mal-

gré ces graves revers, on n'a jamais revu les pics de mortalité paludéenne d'autrefois dans ces régions à forte densité de population. La réduction durable de la mortalité associée au paludisme dans une région qui s'étend de la Méditerranée au Pacifique occidental dans la deuxième moitié du XX^e siècle est un progrès incontestable, même s'il doit s'avérer précaire.

En Chine, l'avènement d'un gouvernement national énergique peu après la fin de la Deuxième Guerre mondiale et l'absence de guerre ont sans doute contribué à réduire de façon significative la charge du paludisme dans les décennies qui ont suivi. Toutefois, cette évolution a, dans un premier temps, été entravée par l'instabilité politique. Par la suite, vers le milieu des années 1970, on a lancé une campagne décisive de lutte antipaludique associant la lutte antivectorielle à des actions rigoureuses de dépistage et de traitement du paludisme. On enregistre aujourd'hui en Chine une centaine de décès liés au paludisme chaque année,

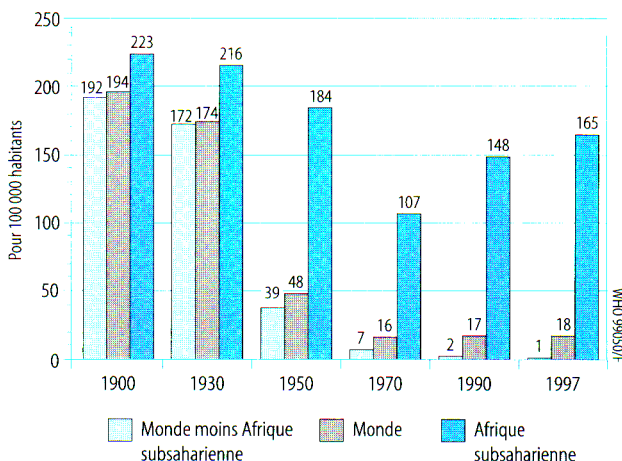
alors qu'ils se comptaient par centaines de milliers pendant les premières décennies du siècle. Un résultat important de la campagne menée contre le paludisme en Chine a été la mise au point de dérivés de l'artémisinine, extraits du quinhaosu, plante médicinale chinoise traditionnelle, pour lutter contre *P. falciparum* résistant à la chloroquine. L'usage de dérivés de l'artémisinine en Asie, et plus particulièrement au Viet Nam, au début des années 1990, a radicalement inversé la tendance générale à la hausse des taux de mortalité paludéenne dans la région.

Par contraste, les efforts déployés pour essayer d'améliorer la situation du paludisme en Afrique subsaharienne ont été relativement limités. Il y a de multiples raisons à cela. Au début du siècle, le paludisme africain ne constituait qu'une petite partie du problème mondial. En effet, les populations africaines adultes ne semblaient guère touchées, car la morbidité et la mortalité paludéennes

frappaient surtout les jeunes enfants, ce qui s'explique par le fait que les enfants qui survivaient à la maladie malgré le taux élevé d'infections acquéraient une immunité totale vers le milieu de l'enfance. D'un point de vue pratique, toutefois, on pensait que l'intensité de la transmission du paludisme en Afrique subsaharienne, favorisée par l'incroyable efficacité des moustiques vecteurs et par la pauvreté et la taille des pays confrontés à ce problème, rendait impossibles des réductions importantes de la mortalité paludéenne par les méthodes reposant principalement sur la lutte antivectorielle qui étaient utilisées avec succès ailleurs.

Toutefois, le nombre de décès liés au paludisme en Afrique, qui a probablement toujours été de l'ordre de centaines de milliers de cas par an, a diminué par rapport au nombre d'habitants entre les années 1950 et le début des années 1980. Ce recul s'explique probablement par la lente amélioration des conditions de vie et par l'accès à un médicament bon marché et efficace : la chloroquine. Malheureusement, cette légère tendance à la baisse de la mortalité paludéenne en Afrique semble maintenant s'être inversée depuis la fin des années 1980. Par rapport à l'effectif total de la population, le nombre de décès d'enfants dus au paludisme en Afrique est peut-être maintenant, au terme du XX^e siècle, nettement plus élevé qu'il y a dix ans. L'explication la plus probable de cette remontée des taux de mortalité paludéenne est la propagation, dans toute l'Afrique, de *P. falciparum* résistant à la chloroquine.

Taux annuels de mortalité paludéenne depuis 1900



l'abandonner pendant les années 1980, et les pays d'Afrique ont commencé à en faire autant dans les années 1990.

Si le paludisme est diagnostiqué et soigné rapidement, l'infection peut être rapidement jugulée, mais, en l'absence d'un traitement efficace, des complications graves peuvent surgir – comme un paludisme cérébral, une anémie sévère ou une défaillance organique multiple – entraînant des taux de létalité de 10 à 30%. Même avec des symptômes bénins, l'évolution de la maladie peut être brutale et entraîner rapidement la mort. La mortalité n'est pas le seul problème. La morbidité paludéenne est élevée, avec des centaines de piqûres infectées par personne et par an et des épisodes fréquents. Chez 10% des enfants hospitalisés au Kenya pour des formes de paludisme sévères, on observe de graves incapacités neurologiques à long terme. Des incapacités moins évidentes comme des troubles de l'évolution cognitive sont sans doute encore plus courantes.

Dans de nombreux pays, ce problème prend de plus en plus d'ampleur. En outre, le nombre d'épidémies de paludisme s'accroît, tant sous l'influence des modifications du climat et de l'environnement qu'en raison des déplacements de population, bien souvent occasionnés par des conflits militaires et des troubles civils.

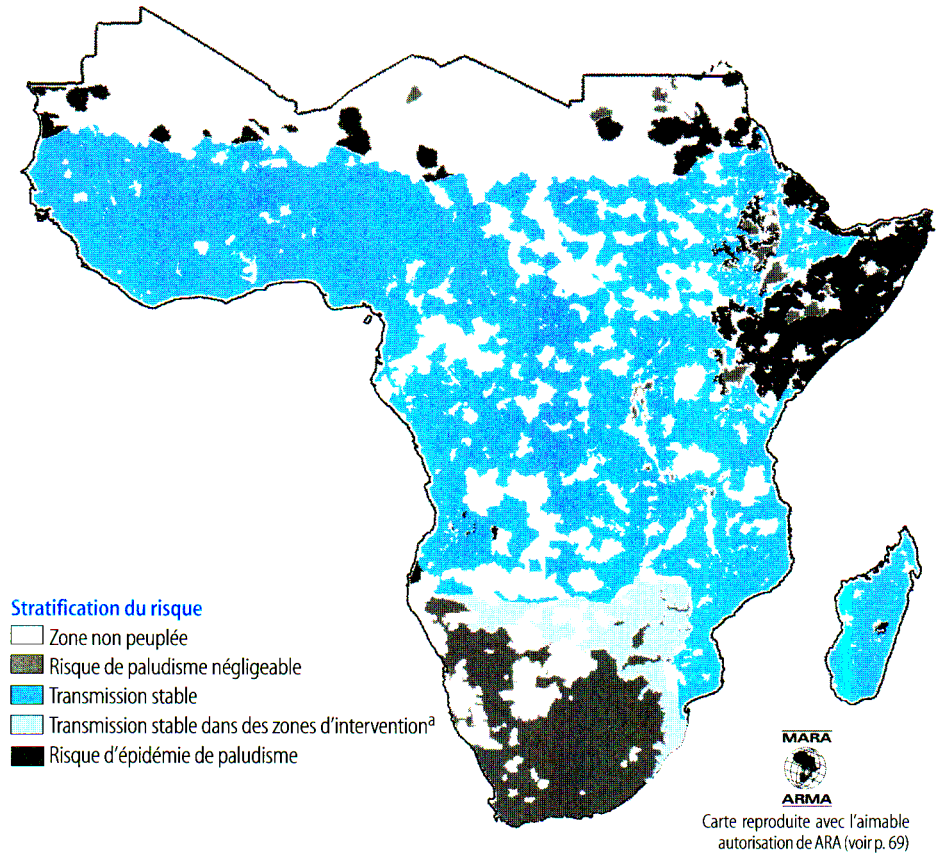
L'IMPACT ÉCONOMIQUE

Les pays dans lesquels le paludisme est endémique comptent parmi les plus pauvres de la planète. Le paludisme provoque près de 250 fois plus de décès dans les pays les plus pauvres du monde que dans les plus riches. Les répercussions économiques du paludisme pour les familles touchées sont parfois très fortes. Même dans les pays pauvres d'Afrique subsaharienne, certains foyers dépensent, chaque mois, entre \$2 et \$25 pour le traitement du paludisme et entre \$0,20 et \$15 pour la prévention (1). Selon des estimations, le coût du traitement du paludisme représente jusqu'à 5% du budget familial des petits agriculteurs au Kenya et 13% au Nigéria. Bon nombre d'entre eux sont tout simplement trop pauvres pour pouvoir s'offrir une protection correcte.

Le budget de l'Etat est aussi fortement grevé par le coût de la prévention et des soins. En Afrique, on estime que le paludisme est responsable de 20% à 40% des soins ambulatoires et de 10% à 15% des admissions dans les établissements hospitaliers, à raison de \$1,10 pour une consultation ambulatoire (Malawi) et de \$35 pour une admission (Kenya). Au Rwanda, près d'un cinquième du budget de la santé a été consacré en 1989 au traitement de malades atteints du paludisme. D'après une estimation de l'impact du paludisme sur le revenu national en Afrique (2), celui-ci oscillerait entre 0,6 et 1,0% du produit intérieur brut (PIB). Si l'on prend en considération des estimations par pays, la perte globale de production se situerait entre 2 et 6% du PIB pour le Kenya et entre 1 et 5% pour le Nigéria (3).

Selon une étude récente (4), le coût économique du paludisme en Afrique serait supérieur à 1% du PIB. Ce chiffre représente principalement la baisse de productivité attribuée à la mortalité prématurée et aux épisodes de maladie. En outre, le paludisme est une cause importante d'absentéisme dans les écoles et il est probable qu'il nuit à l'efficacité de l'enseignement. Il peut aussi faire obstacle à des possibilités de développement en rendant certaines régions inhabitables, en exerçant un effet dissuasif sur le commerce international et les investissements étrangers, et en entravant le développement de certains secteurs comme le tourisme. Il peut en outre retarder le développement économique en limitant l'accès des pays impaludés aux échanges internationaux de connaissances et de technologie du fait que les entreprises hésitent à y envoyer des représentants. Le paludisme peut, par conséquent, être une cause et non simplement un symptôme du sous-développement.

Figure 4.1 Le risque de paludisme à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne en fonction de la densité de population et du climat^a



^a Etabli d'après des estimations de la densité de population et de la transmission stable (transmission et/ou nouveaux cas cliniques chaque année) tenant compte à la fois de la température et de la pluviosité. Pour l'Afrique australe, on a aussi tenu compte du fait que la stratégie de lutte antipaludique donne de bons résultats depuis de nombreuses années.

Source : Snow RW et al. *Mortality, morbidity and disability due to malaria: A Review of the African literature*. Rapport établi pour le programme Epidémiologie et charge de la morbidité et le projet Faire reculer le paludisme, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

ASPECTS DIVERS ET CARACTÈRE ÉVOLUTIF DE LA MALADIE

L'endémicité du paludisme dépend principalement du type de moustique, de l'espèce de parasite et du climat, qui exercent une large influence sur l'intensité de la transmission et sa durée. La Figure 4.1 représente le risque de paludisme à l'intérieur de l'Afrique subsaharienne (5). Parmi les quatre espèces de parasites qui s'attaquent à l'homme, le plus dangereux est *Plasmodium falciparum*, qui est aussi le plus répandu en Afrique. Les zones d'épidémie connaissent de brusques augmentations ponctuelles de l'incidence, généralement liées à la saison et aux mouvements de population, tandis que, dans les zones d'endémie, la transmission est continue de nombreuses années de suite. Un paludisme endémique caractérisé par une transmission très intense, communément appelé paludisme endémique stable, se manifeste principalement en Afrique tropicale (à l'exclusion des régions de montagne) et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Des intensités de transmission modérées, avec des variations saisonnières et des fluctuations d'une année à l'autre, caractérisent une autre forme que l'on désigne sous le nom de paludisme endémique instable et qui s'observe dans la plupart des autres régions impaludées, notamment en Asie et en Amérique centrale et en Amérique du Sud. Des épidémies de paludisme peuvent aussi

survenir dans de grandes parties de la péninsule indienne, à Sri Lanka, dans certaines régions du Moyen-Orient, de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique du Nord-Ouest, et dans certains pays d'Amérique du Sud. Si, dans les régions à forte endémicité, les enfants et les femmes enceintes sont les plus vulnérables à l'infection, les autres adultes ayant acquis une certaine immunité à force d'être exposés, dans celles où la transmission est moins intense, notamment les zones d'épidémie, la plupart des gens ne sont vraisemblablement pas immunisés et l'ensemble de la population est exposée au paludisme.

L'ampleur de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme a été limitée par le fait que des antipaludiques efficaces et bon marché sont largement disponibles. Le principal problème auquel sera confrontée la lutte antipaludique dans un proche avenir est l'inefficacité croissante de ces médicaments du fait de la résistance. Le parasite potentiellement mortel du paludisme, *P. falciparum*, s'est montré capable d'acquérir une résistance à la quasi-totalité des antipaludiques actuellement sur le marché. La chloroquine, qui est peut-être le meilleur antipaludique de tous les temps, et indiscutablement le plus répandu, se révèle impuissante face au paludisme à falciparum dans la plupart des régions tropicales.

Dans certains secteurs, notamment en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud, la chloroquine est devenue totalement inefficace contre *P. falciparum* et, dans de nombreuses régions de l'Inde et d'Afrique, elle perd rapidement de son efficacité. Même le paludisme à *Plasmodium vivax*, qui était toujours sensible à la chloroquine par le passé, a maintenant acquis une résistance dans certaines parties de l'Asie du Sud-Est et de l'Océanie.

Pour le traitement du paludisme à falciparum, la chloroquine a été remplacée par une association de pyriméthamine et d'un sulfamide à longue durée d'action (SP), qui est aussi un médicament bon marché et bien toléré. Cinq pays d'Afrique (Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi et Swaziland) ont été contraints d'abandonner la chloroquine au profit du SP comme antipaludique de première intention. Malheureusement, en plusieurs endroits, notamment en Asie du Sud-Est et en Amérique du Sud, *P. falciparum* commence à devenir résistant au SP.

Les médicaments de remplacement ne sont généralement efficaces que pendant quelques années, puis on observe à nouveau une pharmacorésistance. Dans certains pays comme le Brésil et la Thaïlande, seules des polychimiothérapies demeurent efficaces. La décision de changer de médicament est extrêmement difficile à prendre, car elle implique que l'on mette en balance divers avantages et inconvénients : augmentation du coût du médicament, effets immédiats sur la morbidité et la mortalité, réduction des frais annexes du traitement et augmentation possible de la résistance aux médicaments de substitution qui ferait à nouveau augmenter la morbidité et la mortalité à l'avenir. Les politiciens ont besoin de toute urgence de données fiables et de conseils pratiques pour les aider à choisir le schéma thérapeutique le plus approprié. Il convient d'élaborer des politiques qui tiennent compte à la fois de la nécessité d'offrir un traitement abordable et de la nécessité de contrôler l'utilisation des médicaments afin d'endiguer la progression de la pharmacorésistance.

Le facteur humain joue un rôle essentiel dans l'épidémiologie du paludisme. Les épidémies peuvent être occasionnées par l'arrivée, dans des zones impaludées, de personnes non immunisées qui sont à la recherche d'un travail temporaire, qui s'installent sur des terres nouvellement défrichées, par exemple dans la jungle d'Amérique du Sud, ou qui sont des réfugiés chassés par une catastrophe naturelle, un conflit ou des troubles civils. Nchinda (6) cite les conflits armés et les migrations parmi les principales causes de la résurgence du paludisme en Afrique. L'activité et le développement économiques peuvent créer des conditions favorables à la reproduction des moustiques vecteurs, par exemple des modifications de l'environnement du fait de la déforestation, du réchauffement de la planète

et de l'irrigation. En outre, les précédents modes d'utilisation des antipaludiques et des insecticides ont une incidence sur les taux actuels de résistance aux médicaments et aux insecticides.

LA LUTTE ANTIPALUDIQUE : PASSÉ, PRÉSENT ET AVENIR

La nature de la maladie et son impact sanitaire varient considérablement d'un lieu à l'autre. C'est pourquoi les activités de lutte doivent être adaptées à chaque endroit et il importe notamment de prendre en considération les contextes épidémiologique, économique, institutionnel et culturel. Les comportements (promotion de la santé et prévention des maladies) et la propension à se faire soigner sont influencés par le degré d'instruction et par les croyances culturelles. En outre, la capacité de lutte contre la maladie et contre le développement de la pharmacorésistance dépend de la qualité et de la couverture de l'infrastructure générale de chaque pays, ainsi que de l'état de son système de santé.

LES STRATÉGIES DE LUTTE, DES ANNÉES 1950 AUX ANNÉES 1990

La lutte organisée contre le paludisme remonte à l'antiquité, et une perspective historique est importante pour connaître les stratégies utilisées à cet effet (voir Encadré 4.2). Au cours de l'après-guerre, plusieurs aménagements apportés aux stratégies mondiale et nationales de lutte contre le paludisme reflètent un changement d'attitude dans la lutte contre la maladie en général et une connaissance accrue du paludisme en particulier.

Entre la fin des années 1940 et le milieu des années 1960, la lutte antipaludique a connu une période d'optimisme. Après la découverte du DDT et la création de l'Organisation mondiale de la Santé, l'éradication du paludisme a été désignée comme une priorité. On espérait pouvoir éradiquer le paludisme à l'échelle mondiale en quelques années grâce à des interventions spécifiques ponctuelles telles que les pulvérisations de DDT, le traitement par la chloroquine et une surveillance active des cas. "Nous sommes entrés dans l'ère de la lutte contre le paludisme par le DDT. Pour la première fois, il existe un moyen accessible à toutes les nations, même sous-développées et quel que soit le climat, de chasser complètement le paludisme hors de leurs frontières" écrivait un responsable de la santé en 1955 (7). Un recul spectaculaire du paludisme a été enregistré dans plusieurs pays, et plus particulièrement à Sri Lanka (voir Encadré 4.1), où le nombre de cas est passé de plus d'un million par an à moins de 20 en 1963. Malheureusement, on a vu apparaître une résistance au DDT et des doutes ont commencé d'être émis quant à l'innocuité de cet insecticide. Les contributions extérieures ont progressivement diminué et les gouvernements ont commencé à manifester moins d'empressement à financer des pulvérisations. En 1969, l'OMS reconnaissait la nécessité d'entreprendre des programmes de lutte dans les régions où les campagnes d'éradication étaient malaisées comme en Afrique subsaharienne (où l'on n'avait jamais vraiment mis en oeuvre une véritable campagne d'éradication), et l'optimisme du début a fait place à la désillusion.

Les fonds internationaux versés pour la lutte antipaludique et la recherche sur le paludisme se sont raréfiés pendant les années 1970 et 1980, et l'accent a été mis sur des stratégies de lutte. Celles-ci n'obéissaient toutefois à aucune règle précise, et de nombreux programmes antipaludiques, conçus à l'origine comme des campagnes d'éradication indépendantes, s'articulaient en dehors du système de santé. La résistance à la chloroquine s'est rapidement développée, tout d'abord en Asie, puis en Afrique, et de fortes épidémies ont été observées au Brésil (1985-1989), en Inde (1974-1977) et en Turquie (1976-1978).

Si le paludisme n'a pas pu être éradiqué à l'échelle mondiale, des progrès ont été cependant enregistrés et l'expérience des années 1950 et 1960 a été riche d'enseignements. Tout d'abord, le paludisme a été éradiqué ou endigué dans certains milieux où l'infection était faible : dans les nombreuses régions subtropicales du sud de l'Europe, à Maurice, à Singapour, à Hong Kong (Chine) et dans certains secteurs de la Malaisie. Ensuite, on a compris qu'il importe de pouvoir s'appuyer sur les systèmes de santé pour lutter contre le paludisme. Si l'éradication a été presque atteinte à Sri Lanka, c'est en grande partie grâce à un système de santé bien organisé et accessible.

Encadré 4.2 Leçons à tirer de l'expérience de la lutte antipaludique

De tout temps, des stratégies ont été déployées pour tenter de réduire le poids de la morbidité liée au paludisme. C'est ainsi que, depuis l'époque des Etrusques, qui ont précédé l'empire romain, jusqu'à Napoléon, on s'est efforcé d'assécher les marais qui entouraient Rome et dont on pensait que leurs "odeurs nauséabondes" pouvaient transmettre la peste (7). Hippocrate disait que "là où il y a des cours d'eau et où le sol est bien drainé, les gens sont en bonne santé, tandis que là où il n'y a pas de cours d'eau et où la population boit l'eau des marécages, les gens ont de gros ventres et sont fréquemment atteints de splénomégalie". Avant que l'on ne découvre les parasites et que l'on ne comprenne leur cycle vital, le paludisme était associé à un manque d'hygiène. Par conséquent, les premiers efforts déployés pour lutter contre le paludisme ont principalement porté sur des mesures d'assainissement et une stratégie d'utilisation des sols.

L'expansion des puissances coloniales dans les régions tropicales impaludées a donné un nouvel élan aux efforts déployés par les pays d'Europe pour comprendre l'étiologie du paludisme. Pendant tout le XIX^e siècle, des officiers de l'armée coloniale et des scientifiques d'Italie (pays où le paludisme était endémique à l'époque) se sont attachés à élucider l'ensemble du cycle vital du parasite ainsi que l'étiologie et l'épidémiologie du paludisme. A partir du moment où

Ronald Ross a fourni des preuves empiriques irréfutables à l'appui de la théorie du moustique, les stratégies de lutte contre le paludisme ont consisté à réduire les populations de vecteurs.

La multiplication des déplacements de personnes à l'échelle mondiale pendant la période coloniale a eu pour effet non seulement d'encourager les progrès de la paludologie moderne, mais aussi de favoriser l'importation de nombreuses maladies infectieuses dans des régions où elles n'étaient pas encore endémiques. Le paludisme par exemple a été importé à Maurice en 1866 de même que dans les Grandes Comores et à la Réunion. Il est resté endémique à Maurice et à la Réunion pendant près d'un siècle avant que l'on ne parvienne à l'endiguer durablement.

Au moment où a éclaté la Première Guerre mondiale, les premiers succès remportés sur le paludisme au Panama et dans l'Europe méridionale et les échecs enregistrés dans d'autres régions ont suscité des controverses qui allaient par la suite façonner les politiques internationales de lutte contre la transmission du paludisme. Il y avait notamment conflit entre les théories selon lesquelles le paludisme était considéré soit comme une maladie sociale que l'on ne pourrait vaincre qu'en éliminant la pauvreté, soit comme un problème entomologique et clinique qui nécessitait une véritable stratégie d'intervention scientifique, et ce conflit s'est perpétué pendant des décennies. Finalement, la découverte du potentiel insecticide sans précédent du DDT allait insuffler

un nouveau dynamisme à une approche vectorielle de la lutte antipaludique.

Les bouleversements sociaux qui ont accompagné les deux guerres mondiales ont transformé les efforts de lutte contre le paludisme dans le monde. Dans le sud rural des Etats-Unis et dans le sud de l'Europe, la prévalence du paludisme a commencé à décliner, en raison principalement de l'interaction entre les dynamiques de la transmission du paludisme propres à ces régions et de trois éléments nouveaux liés à une croissance économique rapide :

- L'assèchement des marécages en vue de rendre les terres cultivables a considérablement réduit les populations indigènes d'anophèles dans les régions d'endémie. De même, les améliorations apportées aux fermes d'élevage pour mieux séparer les humains du bétail ont détourné des humains l'attention des vecteurs plutôt zoophiles.
- L'élévation du niveau des revenus a donné aux individus exposés la possibilité d'adopter un comportement plus sain, et notamment d'être moins exposés aux piqûres des moustiques et d'avoir accès aux médicaments. De nombreuses stratégies antipaludiques radicales cherchent non seulement à traiter les symptômes cliniques de la maladie, mais aussi à éliminer tous les parasites présents dans le sang des malades. En outre, l'enrichissement des pays a permis de mettre en place une vaste infrastructure sanitaire et de rendre ainsi les soins de santé pri-

maires facilement accessibles. Le paludisme est relativement facile à diagnostiquer dans ces régions où il était l'une des rares maladies infectieuses à transmission vectorielle.

- Les grandes villes qui se sont construites sont un environnement hostile à la propagation du paludisme.

L'analyse des grandes étapes de la prévalence du paludisme met en évidence un certain nombre de facteurs qui aident à déterminer la probabilité et la durabilité du succès de la lutte antipaludique. Parmi ces facteurs, il convient de mentionner la géographie, l'évolution de la flore et de la faune, l'infrastructure et l'utilisation des sols. Ce sont ces facteurs, beaucoup plus que des raisons socio-économiques, qui expliquent que les efforts déployés pour stopper ou interrompre la transmission de la maladie ont été plus fructueux dans les îles, ou dans des régions bénéficiant d'un climat tempéré ou situées en altitude. Ces enseignements ont d'importantes répercussions politiques sur la lutte antipaludique. Des stratégies bien conçues devraient tenir compte de l'interaction de ces facteurs localement et à l'échelle du monde, et il convient de faire une évaluation critique des interventions afin de s'assurer qu'elles sont bien adaptées aux contextes géographique, économique et biologique dans lesquels elles sont mises en oeuvre.

La stratégie mondiale révisée de lutte contre le paludisme, approuvée par les Etats Membres de l'OMS à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1992, contenait beaucoup d'idées nouvelles. Face au développement de la résistance, on disposait de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques. La lutte antipaludique était reconnue comme une composante essentielle du développement global de la santé et on mettait l'accent sur l'instauration de progrès durables. Les programmes nationaux ont été invités à se concentrer sur un diagnostic précoce et un traitement rapide, une prévention sélective et durable, le dépistage précoce des cas, l'endiguement et la prévention des épidémies, et le développement des compétences locales requises pour évaluer et gérer la situation du paludisme. Au Brésil, un programme de lutte intégré au système de santé a favorisé un développement rapide des moyens de diagnostic et de traitement entre 1992 et 1996 et permis d'abaisser considérablement la transmission du paludisme à *P. falciparum*. En Afrique, la Région la plus touchée, d'importantes initiatives ont été prises (voir Encadré 4.3). La communauté des chercheurs a été mobilisée avec le lancement en 1997 de l'initiative multilatérale sur le paludisme.

TECHNOLOGIE ACTUELLEMENT DISPONIBLE POUR DES INTERVENTIONS EFFICACES

Il existe actuellement tout un arsenal de moyens efficaces pour lutter préventivement contre le paludisme, mais ils ne sont malheureusement pas toujours disponibles là où on en a le plus besoin.

- Les moustiquaires imprégnées d'insecticide connaissent un succès croissant depuis 15 ans pour la protection contre les piqûres de moustiques. Lorsque l'usage de moustiquaires est déjà largement répandu dans la population, seul un programme de réimprégnation est nécessaire, mais lorsque ce n'est pas le cas, il faut en plus distribuer des moustiquaires. L'utilisation à grande échelle de rideaux imprégnés d'insecticide a permis de réduire de façon substantielle l'incidence du paludisme en Chine et au Viet Nam, et l'emploi de moustiquaires de lit et de rideaux traités à l'insecticide a entraîné

Encadré 4.3 La lutte contre le paludisme en Afrique

Le paludisme est le problème de santé publique le plus crucial dans les pays d'Afrique subsaharienne où 74% de la population vit dans des zones de forte endémie et 18% dans des zones d'épidémie. Environ 550 millions de personnes sont exposées au risque de contracter le paludisme. On dénombre quelque 270 millions de cas chaque année, et près de 1 million de décès; 5% des enfants mourront probablement d'une affection en rapport avec le paludisme avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans.

Le paludisme s'est répandu dans des régions où la transmission était traditionnellement faible voire nulle : des épidémies sont en effet observées depuis quelques années

dans certaines régions de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe. Cette modification de la distribution géographique est influencée par les mouvements de population et le réchauffement de la planète ainsi que par la détérioration des conditions d'hygiène qui rendent l'environnement plus propice à la reproduction des moustiques.

Certains pays de la Région de l'Afrique ont adopté une stratégie coordonnée de lutte antipaludique qui comprend des mesures permettant de détecter rapidement, de combattre ou de prévenir les épidémies; de diagnostiquer précocement et de soigner sans tarder et de façon efficace les cas de paludisme; de prévenir le paludisme,

en luttant notamment contre les vecteurs; et d'intégrer des activités antipaludiques dans les soins de santé primaires.

Depuis deux ans, on développe le potentiel des pays dans les domaines de la formulation des politiques, de la planification et de l'évaluation des programmes de lutte antipaludique ainsi que de la prise en charge des cas à tous les niveaux du système de santé, y compris dans le cadre de la communauté. Une étude portant sur les installations sanitaires dans un certain nombre de districts a permis de constater une amélioration générale de la qualité de la prise en charge des cas : les cas de paludisme simple sont correctement soignés dans 67 à 100% des

établissements sanitaires et les cas de paludisme grave le sont dans 28 à 100% des établissements. Quelques mesures préventives telles que la pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des habitations, la protection individuelle et l'emploi de moustiquaires sont encouragées.

Les priorités de la lutte antipaludique en Afrique sont désormais le renforcement de l'appui technique aux programmes, la formation et une recherche opérationnelle plus poussée. Il faut encourager les pays à établir des partenariats pour favoriser une mise en oeuvre systématique de la stratégie de lutte antipaludique, et à solliciter davantage la participation de la population.

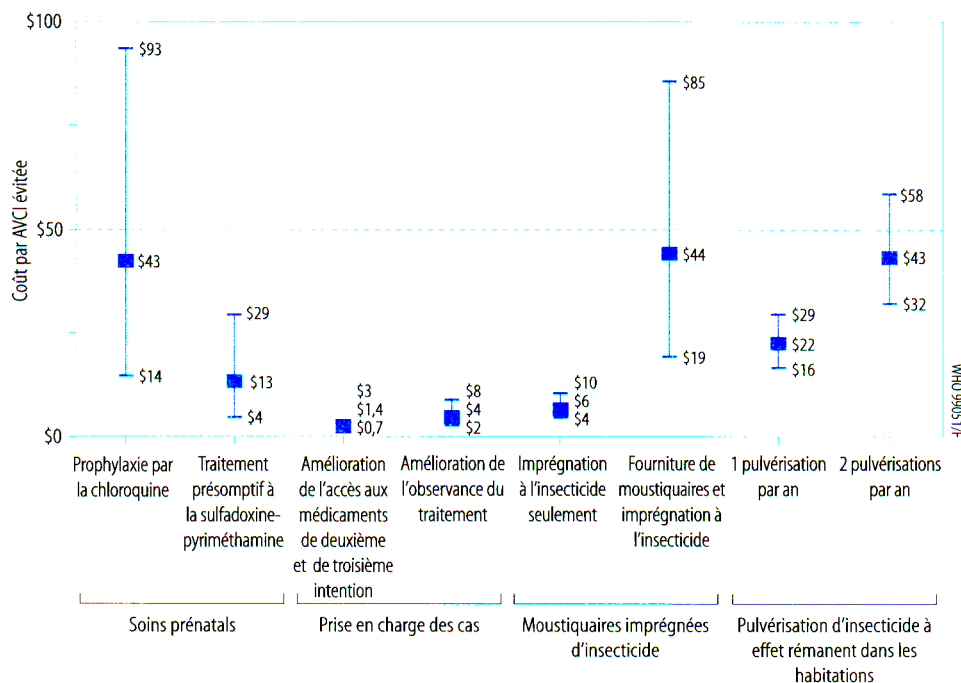
des réductions de la mortalité infantile allant de 14% à 63% lors d'essais effectués en Afrique. Toutefois, cette technique n'est pas encore très répandue en Afrique et, de plus, il s'est avéré difficile d'obtenir des taux élevés de réimprégnation des moustiquaires. Cette méthode de prévention n'est donc pas une panacée.

- Le conditionnement des médicaments dans des emballages pratiques est un moyen simple, efficace et économique d'améliorer la prise en charge des cas et l'observance du traitement. L'imposition d'une réglementation plus stricte de la vente des médicaments, qui est aussi une mesure nécessaire, soulève davantage de difficultés.
- Il est indispensable que les malades puissent avoir rapidement accès à un traitement de bonne qualité. Si tous les enfants africains étaient efficacement soignés, on constaterait un allègement immédiat de la charge totale du paludisme. La chimioprophylaxie ou le traitement présomptif pendant la grossesse réduit le risque d'infection paludéenne chez toutes les femmes enceintes et accroît considérablement le poids de naissance des bébés mis au monde par des primipares. Si l'OMS recommande que, dans les zones d'endémie, une chimioprophylaxie du paludisme soit régulièrement administrée à toutes les femmes enceintes, dans la pratique, moins de 20% des femmes sont effectivement traitées. Des systèmes de santé performants peuvent exercer un effet déterminant sur les femmes et les enfants exposés au paludisme.
- La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans des habitations sélectionnées selon une méthode de stratification dans des régions à haut risque demeure un important moyen de lutte dans de nombreux pays. Il est possible de détruire les larves de moustiques par l'emploi de larvicides ou par des interventions sur l'environnement comme le drainage ou la régulation du débit des cours d'eau, mais ces interventions ne sont réalisables que dans des régions où les gîtes larvaires sont bien définis.

Les interventions judicieuses sont celles qui non seulement sont efficaces, mais qui présentent simultanément un bon rapport coût/efficacité par rapport à d'autres modes d'utilisation des maigres ressources disponibles. Le rapport coût/efficacité de chaque intervention varie en fonction de facteurs épidémiologiques (tels que la durée de la saison de transmission), de variables économiques (telles que les dépenses locales de personnel ou le coût des moustiquaires et des médicaments) et de facteurs comportementaux (comme le respect du schéma thérapeutique et des fréquences prévues pour les réimprégnations des moustiquaires). L'importance et la qualité de l'infrastructure sanitaire existante sont aussi un élément clé dans la détermination des coûts et du rapport coût/efficacité. Ainsi, le rapport coût/efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide ne sera pas le même selon qu'il existe ou non des moustiquaires dans la communauté et le rapport coût/efficacité du traitement présomptif des femmes enceintes dépend de l'étendue de la couverture des soins prénatals.

La Figure 4.2 présente les différents coûts, par AVCI évitée, des stratégies de prévention mises en oeuvre dans les régions pauvres d'Afrique où la transmission du paludisme est élevée (8), ainsi que des estimations (émanant de différentes sources) du coût par AVCI évitée d'interventions thérapeutiques améliorées. On peut faire des comparaisons rapides avec des données relatives à d'autres interventions sanitaires, même si les méthodes utilisées ne sont peut-être pas vraiment comparables. Par exemple, le rapport coût/efficacité de la vaccination antirougeoleuse se situe entre \$2 et \$17 par AVCI évitée, celui de la lutte contre le vecteur de l'onchocercose entre \$120 et \$230, et celui du traitement médical de l'hypertension à plus de \$2000 (valeurs converties en US \$ de 1995) (9). Le programme brésilien de lutte contre le paludisme, qui associe la lutte antivectorielle à des activités inté-

Figure 4.2 Rapport coût/efficacité de certaines interventions de lutte antipaludique dans un pays africain à faible revenu, en US \$, 1995



Hypothèses de départ :

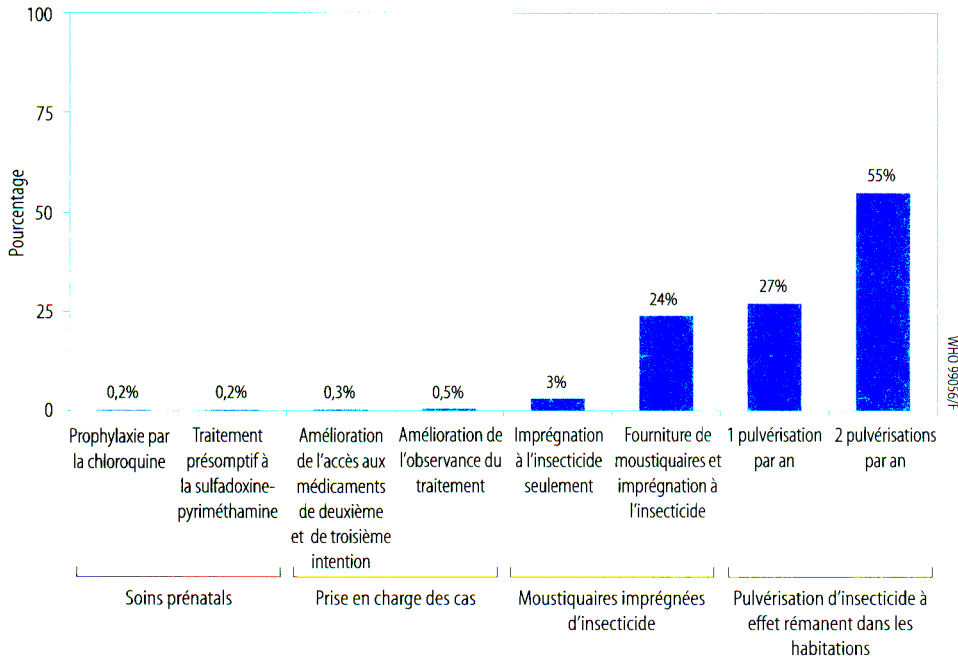
- soins prénatals : primigestes seulement, 50% de résistance RII/RIII à la chloroquine, 10% de résistance RII/RIII à la sulfadoxine-pyriméthamine;
- prise en charge des cas : dépenses brutes, chloroquine en tant que médicament de première intention avec 30% d'échec;
- moustiquaires imprégnées d'insecticide : une pulvérisation de deltaméthrine par an, pas de résistance à l'insecticide;
- pulvérisation d'insecticide à effet rémanent : lambda-cyhalothrine, pas de résistance à l'insecticide.

D'après Goodman CA, Coleman PG, Mills A. *Economic analysis of malaria control in sub-Saharan Africa*. Report to Global Forum for Health Research, London, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Health Economics and Financing Programme), 1998.

grées de diagnostic précoce et de traitement, a réduit la charge du paludisme à un coût estimatif de \$65 par AVCI évitée. On a récemment fait valoir que toute intervention dont le coût par AVCI évitée était inférieur à \$150 serait considérée comme présentant un bon rapport coût/efficacité dans les pays à faible revenu. Compte tenu de ce seuil, toutes les interventions de lutte antipaludique évaluées peuvent être considérées comme rentables. Ces données correspondent à un coût par décès évité qui se situe entre \$750 et \$2500. Sur cette base, le coût annuel moyen d'une réduction de moitié du nombre de décès liés au paludisme se situerait entre \$375 millions et \$1,25 milliard.

Des interventions efficaces, faisant appel à une technologie peu sophistiquée, peuvent contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des cas, y compris en présence d'une forte pharmacorésistance. L'élaboration d'algorithmes simples permet d'améliorer le diagnostic, le renforcement de l'expérimentation des médicaments permet d'identifier les antipaludiques de piètre qualité, et la formation d'agents de santé, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, est nécessaire pour améliorer les pratiques de prescription. La distribution d'instructions simples et le préconditionnement des médicaments contribuent à garantir un traitement adapté, et le dépistage des cas sévères peut être amélioré par une éducation sanitaire à l'échelle communautaire. En présence d'une forte résistance, il est possible d'améliorer les résultats à condition de reconnaître l'inefficacité du traitement et de prescrire les médicaments de deuxième intention qui conviennent. Bien que l'on n'ait pas encore beaucoup de recul dans ce domaine, il semble que plusieurs de ces interven-

Figure 4.3 Coûts comparés de certaines interventions de lutte antipaludique : coût total d'une couverture universelle, en pourcentage du budget de la santé du secteur public, dans un pays africain à faible revenu



Hypothèses de départ :

- soins prénatals : primigestes seulement, 50% de résistance RII/RIII à la chloroquine, 10% de résistance RII/RIII à la sulfadoxine-pyriméthamine;
- prise en charge des cas : dépenses brutes, chloroquine en tant que médicament de première intention avec 30% d'échec;
- moustiquaires imprégnées d'insecticide : une pulvérisation de deltaméthrine par an, pas de résistance à l'insecticide;
- pulvérisation d'insecticide à effet rémanent : lambda-cyhalothrine, pas de résistance à l'insecticide.

D'après **Goodman CA, Coleman PG, Mills A.** *Economic analysis of malaria control in sub-Saharan Africa.* Report to Global Forum for Health Research, London, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Health Economics and Financing Programme), 1998.

tions pourraient présenter un excellent rapport coût/efficacité. Par exemple, compte tenu d'un taux d'échec de 30% avec la chloroquine prescrite en tant que médicament de première intention, le coût de l'amélioration de l'observance du traitement par le préconditionnement des médicaments et l'éducation sera sans doute inférieur à \$8 par AVCI évitée dans les pays africains à faible revenu, et l'amélioration de la disponibilité des médicaments de deuxième et de troisième intention peut coûter moins de \$3 par AVCI évitée. Ces deux interventions sont à la portée des pays à faible revenu, car elles n'impliquent qu'une majoration de moins de 0,5% du budget qu'ils consacrent actuellement au secteur de la santé.

Une intervention qui présente un bon rapport coût/efficacité peut être en même temps très coûteuse. La Figure 4.3 montre le coût de la mise en oeuvre d'un certain nombre d'interventions, en pourcentage du budget de la santé du secteur public dans un petit pays africain à faible revenu (8). Ces chiffres sont étonnants. Alors que le traitement prénatal présomptif et l'imprégnation des moustiquaires existantes avec un insecticide sont des mesures relativement économiques, la distribution et l'imprégnation de moustiquaires à l'échelle nationale impliqueraient une augmentation de près de 25% du budget de la santé et la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent une augmentation de plus de 50%. Les pays à faible revenu ne peuvent pas imputer de telles dépenses sur le seul budget de l'Etat.

Si les ressources publiques sont allouées à un petit groupe d'interventions très efficaces et d'un faible coût, on peut y inclure des activités de prévention et de promotion et le

traitement du paludisme. Par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance est une initiative qui vise à améliorer le traitement des maladies de l'enfance les plus courantes. Le paludisme figure parmi les cinq principales maladies visées par cette stratégie, aux côtés des infections aiguës des voies respiratoires, de la rougeole, de la diarrhée et de la malnutrition. La prise en charge intégrée consiste à former du personnel de santé et à fournir des lignes directrices pour aider les prestataires à reconnaître que ces maladies courantes présentent de nombreux symptômes cliniques très semblables et pour encourager la prévention et faire en sorte que les enfants soient correctement soignés, tant à la maison que dans les établissements de santé.

Selon des estimations préliminaires, cette stratégie permettrait d'éviter chaque année dans la seule Afrique subsaharienne plus de 400 000 décès d'enfants dus au paludisme. Elle permettrait en outre d'éviter 350 000 décès d'enfants supplémentaires liés à d'autres causes dans cette même région et peut-être cinq fois ce nombre à l'échelle mondiale. Dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, la Banque mondiale estime le coût annuel moyen de la mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance à US \$30-50 par AVCI évitée. Cette stratégie se situe par conséquent dans la moyenne des interventions représentées à la Figure 4.2. Toutefois, son incidence en valeur absolue sur le poids de la morbidité serait considérablement plus élevée que celle de la plupart des interventions présentées. L'OMS effectue actuellement une évaluation de l'efficacité de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans plusieurs pays en vue de disposer de chiffres plus précis.

L'expérience montre que, même si toutes ces stratégies offrent des possibilités encourageantes d'améliorer la qualité des soins, leur succès dépendra de la mesure dans laquelle elles sont intégrées aux activités existantes de soins de santé primaires et du développement de ces dernières, mais aussi du renforcement des services de soins de santé en général.

FUTURES STRATÉGIES DE LUTTE ET RECHERCHES NÉCESSAIRES

Un diagnostic rapide et un traitement efficace devraient constituer l'une des composantes essentielles de tout programme de lutte, mais, dans la pratique, la prise en charge des cas est souvent largement insuffisante, ce qui s'explique par le manque de disponibilité et la mauvaise qualité du système de santé existant. L'un des enseignements que l'on peut tirer de l'expérience de la lutte antipaludique est que tant la prévention que le traitement nécessitent un système de santé solide. Des organisations indépendantes de lutte contre le paludisme ne peuvent pas subsister et elles ont généralement pour effet de détourner des ressources et une attention nécessaires à l'amélioration du système de santé existant. Bien souvent, l'accès à un personnel soignant qualifié est impossible. L'accès des personnes défavorisées aux soins de santé est entravé par des considérations de prix et de temps. Aux premiers niveaux de soins, il arrive que le personnel de santé prescrive des médicaments inadaptés et que certains patients ne se conforment pas au schéma thérapeutique recommandé, que les médicaments soient inefficaces face à la pharmacorésistance ou en raison de leur piètre qualité, et que les cas de paludisme sévère soient mal diagnostiqués ou ne fassent pas l'objet de soins spécialisés. Les carences au niveau des soins sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité paludéennes évitables et favorisent en outre le développement de la pharmacorésistance du fait de l'utilisation de doses non optimales.

La lutte contre le paludisme au XXI^e siècle comportera un renforcement des systèmes de santé et une collaboration étroite avec la population afin de cerner et d'aborder les problèmes spécifiques de la région. Grâce à l'arsenal impressionnant de moyens dont nous dis-

posons déjà pour prévenir et traiter efficacement cette maladie, nous sommes en mesure d'abaisser considérablement la morbidité et la mortalité paludéennes. Dans les neuf pays de la Région des Amériques les plus touchés par le paludisme, la mortalité due à cette maladie a reculé de 60% entre 1994 et 1997. En dépit d'une résistance croissante, on estime que, si les systèmes de santé étaient financés, organisés et gérés de façon à mettre les connaissances et les techniques actuelles à la portée de tous, le nombre de décès d'enfants en Afrique pourrait s'abaisser de 20%. Dans la plupart des pays pauvres, l'état du système de santé est déjà en soi un facteur déterminant de l'ampleur du problème du paludisme. La mise en application des connaissances existantes est une condition indispensable de l'évolution future.

L'initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique (voir Encadré 4.4) a été lancée en 1997 pour encourager la collaboration à la recherche sur le paludisme, en vue de soutenir les stratégies de lutte antipaludique. Cette initiative a pour objectif d'augmenter le financement de la recherche sur le paludisme (lequel, selon une source, représente actuellement à peine plus de 1% du niveau de financement de la recherche sur le VIH/SIDA) et d'amener des représentants de la communauté scientifique, des organismes de financement de l'industrie pharmaceutique et du gouvernement à se réunir pour définir ensemble les recherches prioritaires. On peut citer une autre initiative conjointe des secteurs public et privé, le projet Medicines for Malaria Venture (opération Médicaments contre le paludisme) qui vise à mettre au point des médicaments et des associations médicamenteuses antipaludiques et à les distribuer dans les pays pauvres. Des appels sont actuellement lancés à des fondations et à d'autres organismes publics ainsi qu'à l'industrie pharmaceutique pour qu'ils soutiennent cette initiative.

Il existe maintenant sur le marché des médicaments comme la méfloquine qui sont efficaces contre le paludisme à *falciparum* multirésistant. Cependant, deux problèmes se posent : le premier tient à leur coût, qui peut être de cinq à dix fois plus élevé par traitement que celui du médicament qu'ils remplacent; le second au fait que l'on peut voir apparaître aussi une résistance à ces médicaments. L'artémisinine et ses dérivés se sont avérés les plus rapides à agir et les plus actifs de tous les antipaludiques. Dans le cadre de vastes essais cliniques, on a pu démontrer l'innocuité et l'efficacité de ces composés, tant contre le paludisme grave qu'en l'absence de complications. L'utilisation de ces médicaments en association est peut-être la solution face à l'aggravation apparemment inexorable de la résistance. Cela doit être un axe de recherche principal. L'utilisation combinée de dérivés de l'artémisinine et de méfloquine a, semble-t-il, permis de stopper la progression de la résistance à la méfloquine sur la frontière occidentale de la Thaïlande. Une utilisation ration-

Encadré 4.4 L'Initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique

L'initiative multilatérale sur le paludisme (MIM) a été lancée en janvier 1997, à Dakar, Sénégal, par plusieurs institutions du secteur public et entreprises du secteur privé qui ont uni leurs forces pour encourager la recherche sur le paludisme en Afrique. Dans le cadre de cette initiative, le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales,

coparrainé par le PNUD, la Banque mondiale et l'OMS, assure la coordination des travaux d'une équipe spéciale sur le renforcement du potentiel de recherche sur le paludisme en Afrique, qui se préoccupe en particulier des besoins des pays d'endémie et finance des activités visant à renforcer le potentiel de recherche sur le paludisme. Cette initiative dispose d'un budget d'environ US \$3 millions par an, com-

prenant notamment des contributions de plusieurs institutions destinées au financement de projets de recherche et de renforcement du potentiel ainsi que d'activités de formation.

L'équipe spéciale a demandé à plus de 40 pays et à 160 partenaires de lui soumettre des propositions. Quinze projets de partenariat avec 20 pays africains et 5 pays européens ainsi que les Etats-Unis ont déjà été financés et

14 bourses de formation à la recherche ont été octroyées dans le cadre de ces projets. Les principaux thèmes de recherche qui seront financés sont la politique en matière d'antipaludiques et la chimiothérapie du paludisme, l'épidémiologie, la pathogenèse, les vecteurs et les systèmes de santé ainsi que les sciences sociales.

nelle et appropriée de ces associations médicamenteuses contre le paludisme nécessitera un effort concerté d'éducation pour que le personnel médical, les distributeurs de médicaments, les guérisseurs et la population des zones d'endémie apprennent à se servir correctement des antipaludiques.

Mais la lutte contre le paludisme n'est pas uniquement un problème de mise en oeuvre. Il faut disposer d'urgence de nouvelles connaissances, de nouveaux produits, de nouveaux instruments et surtout de nouveaux médicaments. Il semble particulièrement intéressant actuellement d'investir dans la mise au point de vaccins. Dans ce domaine, de même que dans celui de la génétique moléculaire, des garanties politiques et financières sont nécessaires pour que les découvertes se traduisent par la mise au point de produits utilisables, et l'initiative multilatérale sur le paludisme s'y emploie activement. De plus, des recherches sérieuses doivent être entreprises dans les domaines de l'économie et de l'épidémiologie afin de déterminer quelle est la meilleure combinaison possible d'interventions promotionnelles, préventives et curatives présentant un bon rapport coût/efficacité pour répondre aux besoins de certaines populations.

La diversité des formes et l'adaptabilité du paludisme compliquent gravement les activités de lutte, notamment dans des situations de conflit et d'agitation sociale ou d'évolution rapide de l'environnement. Depuis quelques années, on voit apparaître des produits nouveaux et des stratégies novatrices, et plusieurs autres sont sur le point d'être découverts (voir Encadré 4.5).

- Des résultats prometteurs ont été obtenus dans les premiers essais de suppositoires contenant un antipaludique à effet rapide, l'artésunate. Les suppositoires d'artésunate peuvent être administrés à des patients hospitalisés pour un paludisme grave qui ne sont pas en état d'ingérer des médicaments par voie buccale. Ce mode d'administration rapide d'un antipaludique puissant devrait améliorer leurs chances de survie, tant au cours du transport qu'à l'hôpital.
- De nouveaux tests permettant de diagnostiquer le paludisme à l'aide de bandelettes réactives ont été mis sur le marché. Ces tests sont rapides et ne nécessitent pas de com-

Encadré 4.5 Mise au point d'un vaccin antipaludique

La mise au point d'un vaccin efficace est le principal défi de la lutte contre le paludisme. Car, même s'il est beaucoup moins efficace que d'autres vaccins, ce vaccin antipaludique devrait présenter un excellent rapport coût/efficacité. Des progrès notables ont été accomplis au cours des dix dernières années dans la compréhension des mécanismes immunitaires qui interviennent pour conférer une protection contre le paludisme et dans l'identification des vaccins candidats et de leurs gènes. Actuellement, la mise au point d'un vaccin antipaludique offre des perspectives sans précédent, encore que les scientifiques estiment qu'il faudra entre 7 et 15 ans

pour élaborer un vaccin efficace.

Plusieurs formules différentes, faisant appel aux dernières avancées de la technologie, sont éprouvées sur des volontaires en Afrique, en Asie et aux Etats-Unis. Le génome complet (l'ensemble des facteurs héréditaires) du parasite du paludisme est maintenant séquencé.

Des vaccins anti-stade sanguin asexué, fabriqués à partir de cocktails d'antigènes, ont déjà été testés. Le Spf66, vaccin à base de peptides synthétiques élaboré par Manuel Pattaroyo à l'Instituto de Immunología de Bogotá, en Colombie, n'a été que partiellement efficace lors d'essais de terrain réalisés en Amérique du Sud, en Asie du Sud-Est et en Afrique. Des

méthodes biochimiques perfectionnées sont maintenant utilisées pour améliorer son activité.

Les résultats des recherches effectuées sur l'ADN ont été utilisés pour le MuStDO 15.1 (vaccin dirigé contre les différents stades du cycle des plasmodies), vaccin ADN constitué de 15 gènes du paludisme destiné à abaisser la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants en Afrique subsaharienne. Les chercheurs espèrent pouvoir procéder à des essais cliniques de ce nouveau vaccin dans le courant de l'an 2000.

Un nouveau vaccin préparé à partir de protéines recombinées, le RTS_S, élaboré par SmithKline Biologicals, a été mis à l'essai sur le terrain en Gambie. Il

visé à empêcher le parasite plasmodique infecté d'entrer ou de se développer dans les cellules du foie de l'être humain. Ce genre de vaccin pourrait ainsi prévenir les conséquences graves et mortelles du paludisme chez des individus non immunisés.

On s'efforce aussi d'élaborer un vaccin capable d'empêcher la transmission de l'hématozoaire d'une personne infectée à une autre. Des chercheurs des National Institutes of Health aux Etats-Unis travaillent actuellement, en collaboration avec l'OMS, à la mise au point d'un vaccin bloquant la transmission.

pétences ou de matériel spécialisés ni même un raccordement au réseau électrique. En raison de leur coût relativement élevé (plus de \$1), il y a peu de chances qu'on les utilise à grande échelle en Afrique, mais ils pourraient s'avérer d'un bon rapport coût/efficacité pour améliorer la précision du diagnostic dans les régions où l'on utilise des médicaments de première intention coûteux, tels que la méfloquine, ou pour obtenir une confirmation rapide de la présence d'une épidémie.

- Des thérapies combinées destinées à ralentir l'évolution de la pharmacorésistance sont actuellement à l'essai. L'utilisation simultanée de deux médicaments réduit considérablement les chances de voir apparaître un mutant qui résiste aux deux substances. Cette stratégie accroît le coût du traitement à court terme, mais elle peut être extrêmement efficace si elle permet de prolonger la durée d'utilisation des antipaludiques existants.
- Pour l'imprégnation des moustiquaires, des nécessaires utilisables par les particuliers qui devraient faciliter la réimprégnation des moustiquaires sont en cours d'élaboration. Il est possible d'utiliser des stratégies de marketing social pour encourager l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

Des progrès ont été enregistrés dans l'élaboration de systèmes de données informatisées qui rassemblent, par région géographique, des informations sur le climat, l'environnement, la résistance aux médicaments et aux pesticides, la taille de la population et l'emplacement des services de santé. L'un d'eux est l'initiative MARA, qui vise à cartographier le risque de paludisme en Afrique par type épidémiologique, ce qui permettra de disposer d'informations essentielles pour l'évaluation de la morbidité et la planification de la lutte. Il est indispensable de posséder des données sur le coût des activités de lutte antipaludique et sur leur variation selon le lieu et l'ampleur des mesures mises en oeuvre pour pouvoir déterminer si les stratégies présentent un bon rapport coût/efficacité et si elles sont abordables. La recherche opérationnelle est nécessaire pour concevoir les moyens de mettre en oeuvre des stratégies durables et acceptables localement. D'une manière générale, les services de santé doivent être renforcés afin de constituer une base solide pour les activités de prévention et de traitement du paludisme, et les nouvelles stratégies de lutte doivent être intégrées au système national de soins de santé.

UN PROGRAMME MONDIAL VISANT À FAIRE RECULER LE PALUDISME

Plusieurs facteurs se sont conjugués pour favoriser la résurgence du paludisme : conflits civils et migrations humaines à grande échelle, changements climatiques et environnementaux, lacunes et détérioration des systèmes de santé, et développement d'une résistance aux médicaments et aux insecticides. Une nouvelle initiative mondiale apparaît désormais nécessaire, et ce pour les raisons suivantes :

- Le paludisme est un problème grave : même si les données disponibles sont insuffisantes, il est clair que le lourd impact sanitaire du paludisme et le fait qu'il frappe principalement les couches les plus défavorisées de la population en font un puissant facteur d'appauvrissement.
- La lutte contre le paludisme est, par conséquent, un élément essentiel de la lutte contre la pauvreté. Cette maladie n'est pas seulement un problème de santé publique, elle est aussi un fléau pour le développement social et économique.
- Le succès de la lutte contre le paludisme suppose un renforcement des systèmes de santé : la faiblesse des systèmes de santé et le manque de participation des communau-

tés font partie intégrante du problème du paludisme. Parce que le paludisme est une maladie grave qui évolue rapidement, il est indispensable que les malades puissent avoir facilement accès à des soins de santé de bonne qualité. Les initiatives menées de l'extérieur sans passer par les systèmes de santé locaux et nationaux ne sont ni viables, ni utiles pour la lutte antipaludique et le développement de la santé. De nombreux pays ont entrepris de réformer leur système de santé pour obtenir de meilleurs résultats. Pour vaincre le paludisme, de même que pour améliorer la prise en charge de toutes les maladies, il faut mettre à profit et soutenir cette évolution. Le renforcement des systèmes de santé permettrait de réduire de moitié la mortalité paludéenne pour un coût d'environ \$1 milliard par an.

- Une volonté de collaboration s'est manifestée. L'Organisation de l'Unité africaine, la Banque mondiale et la Région OMS de l'Afrique préparent déjà activement une vaste initiative contre le paludisme en Afrique qui devrait constituer le fer de lance du projet Faire reculer le paludisme. L'initiative multilatérale sur le paludisme est en cours, et une nouvelle alliance a été conclue entre les secteurs public et privé : c'est l'opération Médicaments contre le paludisme qui doit permettre aux pays pauvres d'accéder plus facilement à des antipaludiques efficaces.

Encadré 4.6 Comment fonctionnera le programme Faire reculer le paludisme

Dans les pays touchés par le paludisme, ce sont les gouvernements et la société civile qui prendront la direction des activités visant à faire reculer le paludisme, en vue de combattre la pauvreté, de faire baisser la mortalité et de promouvoir le développement humain. Ils bénéficieront de la collaboration de plusieurs institutions du système des Nations Unies comme l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD et l'UNICEF. D'autres partenaires s'associeront aussi à cette initiative internationale, notamment des institutions bilatérales, des fondations, des organisations non gouvernementales, des entreprises du secteur privé (en particulier des sociétés pharmaceutiques spécialisées dans la recherche) et les médias. Ils s'emploieront ensemble, au niveau des pays, à atteindre des objectifs communs en utilisant des stratégies et des procédures approuvées par eux. En règle générale, ce sont les autorités nationales qui dirigeront les activités de ce partenariat.

Lorsqu'un pays se sera engagé en

faveur de l'initiative Faire reculer le paludisme, il procédera à une analyse de situation de façon que les partenaires puissent élaborer une stratégie d'intensification de la lutte contre le paludisme. Ils mettront au point des interventions adaptées aux conditions locales après avoir examiné des informations sur la mesure dans laquelle les gens se protègent contre le paludisme, se soignent lorsqu'ils ont contracté la maladie et ont accès à des soins de santé de bonne qualité.

Les partenaires examineront en outre des questions en rapport avec le secteur de la santé – notamment le contexte institutionnel et financier dans lequel les soins de santé sont proposés et utilisés, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

L'OMS a mis au point un projet du Cabinet pour aider les partenariats de pays en faveur de l'initiative Faire reculer le paludisme à être pleinement efficaces.

L'aide fournie par le projet aux partenariats consiste à :

- approuver le contenu technique des stratégies appliquées par les partenaires;

- trouver l'assistance technique et financière dont ils ont besoin pour la mise en oeuvre de ces stratégies;
- encourager les partenaires à respecter les accords qu'ils ont conclus;
- suivre les progrès de l'initiative dans le contexte du développement du secteur de la santé.

Afin d'être en mesure de fournir aux pays l'aide technique dont ils ont besoin pour s'attaquer au problème du paludisme, le projet s'appuiera sur un certain nombre (à l'origine une douzaine) de réseaux spécialisés dans un domaine particulier tel que la surveillance de la résistance aux médicaments et aux insecticides. Ces réseaux seront composés de spécialistes de chaque domaine – venant en particulier de la région concernée. Ils encourageront la collaboration entre les pays, assureront la liaison entre les équipes de lutte contre le paludisme et les chercheurs, et veilleront à ce qu'il soit fait le meilleur usage possible des compétences locales dans la gestion des activités de lutte antipaludique. De cette façon, les plans de mise en oeuvre devraient être particulièrement adaptés

aux besoins locaux, en tenant compte des réalités et conformément à la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, qui a été adoptée à Amsterdam en 1992.

Le projet favorise les investissements sérieux dans la recherche de médicaments, de vaccins et d'autres moyens de limiter les souffrances liées au paludisme, dans le cadre de l'initiative de recherche multilatérale sur le paludisme et de l'opération Médicaments pour le paludisme menée conjointement par les secteurs public et privé.

Il aide à accroître les investissements financiers internationaux accordés aux pays pour faire reculer le paludisme, en mettant l'accent sur les rendements actuels et potentiels de ces investissements. Il sollicite en particulier les partenaires de l'initiative Faire reculer le paludisme. Il veille en outre à ce que les données relatives à la situation mondiale du paludisme soient régulièrement actualisées et analysées.

L'initiative Faire reculer le paludisme se démarque des précédents efforts de lutte contre cette maladie. Elle nécessitera de nouveaux instruments de lutte et un renforcement des systèmes de santé pour favoriser une amélioration durable de la santé. Les activités entreprises dans ce contexte seront mises en oeuvre dans le cadre de partenariats avec des organisations internationales, les gouvernements des pays dans lesquels le paludisme est endémique ou non, des instituts universitaires, des entreprises du secteur privé et des organisations non gouvernementales (voir Encadré 4.6). Comme convenu en octobre 1998, cette nouvelle politique s'appuiera sur les efforts conjugués des quatre institutions internationales les plus directement concernées par le paludisme et ses effets sur la santé et l'économie : l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé.

Faire reculer le paludisme servira de référence pour mieux intégrer les actions entreprises dans d'autres domaines prioritaires comme la lutte contre la tuberculose et l'initiative pour une maternité sans risque. En ayant davantage recours à des partenariats dans la lutte contre le paludisme, l'OMS sera mieux à même de faire face à d'autres problèmes de santé importants et de mettre au point une action efficace et coordonnée avec plusieurs partenaires.

Bien que la charge de la morbidité liée au paludisme soit toujours très élevée, la situation s'est beaucoup améliorée depuis le début du siècle. L'évolution observée en Afrique fait manifestement exception.

Depuis le début des années 1990, la communauté internationale semble s'être mobilisée en faveur de la relance du combat contre le paludisme.

Nous sommes confrontés à la nécessité urgente d'optimiser l'utilisation des instruments existants pour lutter contre cette maladie, en coordination avec tous les partenaires concernés, par le renforcement des systèmes de santé et de faire un grand pas en avant dans la recherche consacrée aux vaccins et aux médicaments.

RÉFÉRENCES

1. **Chima RI, Mills A.** *Estimating the economic impact of malaria in sub-Saharan Africa: A review of the evidence.* Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1998 (document photocopié).
2. **Shepard DS et al.** The economic cost of malaria in Africa. *Tropical medicine and parasitology*, 1991, **42**: 199-203.
3. **Leighton C, Foster R.** *Economic impacts of malaria in Kenya and Nigeria.* Bethesda MD, Abt Associates, 1993, Major applied research paper N° 6, Health financing and sustainability project.
4. **Bloom DE, Sachs JD.** Geography, demography, and economic growth in Africa. *Brookings papers on economic activity*, 1998, **2**: 207-295.
5. **Snow RW et al.** *Mortality, morbidity and disability due to malaria: A review of the African literature.* Rapport établi pour le Programme Epidémiologie et charge de la morbidité et pour le projet Faire reculer le paludisme. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.
6. **Nchinda TC.** Malaria, a re-emerging disease in Africa. *Emerging infectious diseases*, 1998, **4**(3): 398-403.
7. **Russell PF.** *Man's mastery over malaria.* London, Oxford University Press, 1955.
8. **Goodman CA, Coleman PG, Mills A.** *Economic analysis of malaria control in sub-Saharan Africa.* Report to Global Forum for Health Research. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Health Economics and Financing Programme), 1998.
9. **Jamison D et al. (eds).** *Disease control priorities in developing countries.* New York, Oxford University Press for the World Bank, 1993.

5

LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE TABAGISME

Compte tenu des caractéristiques actuelles de l'épidémie de tabagisme, près de 500 millions de personnes actuellement vivantes seront, un jour ou l'autre, tuées par le tabac (1). Les victimes du tabac seront aussi bien des hommes qui fument déjà que des enfants qui vont devenir des fumeurs, et des femmes, qui sont de plus en plus nombreuses à fumer. Si l'on veut empêcher la plupart de ces décès, il faut convaincre une proportion importante des fumeurs adultes de renoncer à fumer et veiller à ce que les enfants ne prennent pas cette habitude. Si la moitié des adultes fumeurs cessaient de fumer au cours des 20 prochaines années, près d'un tiers des décès liés au tabac pourraient être évités en 2020 et la mortalité liée au tabagisme pourrait diminuer de moitié dans le deuxième quart du siècle. Ces changements permettraient d'éviter entre 20 et 30 millions de décès associés au tabac au cours du premier quart du siècle et quelque 140 millions au cours du deuxième quart (voir Figure 5.1)

Comment peut-on combattre l'épidémie ? Des stratégies efficaces de lutte antitabac existent déjà et leurs résultats sont visibles tant chez les adultes que chez les enfants. Les gouvernements qui ont adopté ces stratégies ont réussi à faire reculer l'épidémie de tabagisme ou du moins à en ralentir la progression.

Afin de continuer sur cette bonne voie, la lutte contre le tabagisme à l'échelon national et mondial peut être axée sur quatre principes qui sont décrits en détail dans le présent chapitre, à savoir une information de santé publique assortie d'interdictions de la publicité en faveur du tabac, des mesures fiscales et réglementaires, des mesures visant à encourager les gens à cesser de fumer et la constitution d'associations antitabac.

Le présent chapitre analyse en outre les répercussions du tabagisme sur la santé et l'économie et recense les principaux obstacles que les programmes de lutte doivent surmonter. Il passe en revue les succès et les échecs des efforts déployés et montre qu'il existe des instruments de lutte. Toutefois, du fait de l'absence d'une direction mondiale, le potentiel de lutte à l'échelle de la planète n'a pas été exploité. La dernière partie de ce chapitre explique de quelle manière l'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac pourrait combler cette lacune.

RÉPERCUSSIONS DU TABAGISME SUR LA SANTÉ ET L'ÉCONOMIE

A l'échelle mondiale, la mortalité liée au tabagisme qui s'établissait aux environs de 4 millions de décès par an en 1998 devrait s'élever à près de 10 millions par an en 2030. Cela veut dire que le tabac fera environ 150 millions de victimes pendant le premier quart du

siècle et 300 millions pendant le deuxième quart. La moitié de ces victimes seront des personnes d'âge moyen (entre 35 et 69 ans) appartenant pour un grand nombre à la population active, soit une perte moyenne de 20 à 25 années de vie.

Le tabagisme a des répercussions de plus en plus graves tant sur la santé que sur l'économie. Les éléments d'information disponibles sont résumés ci-après.

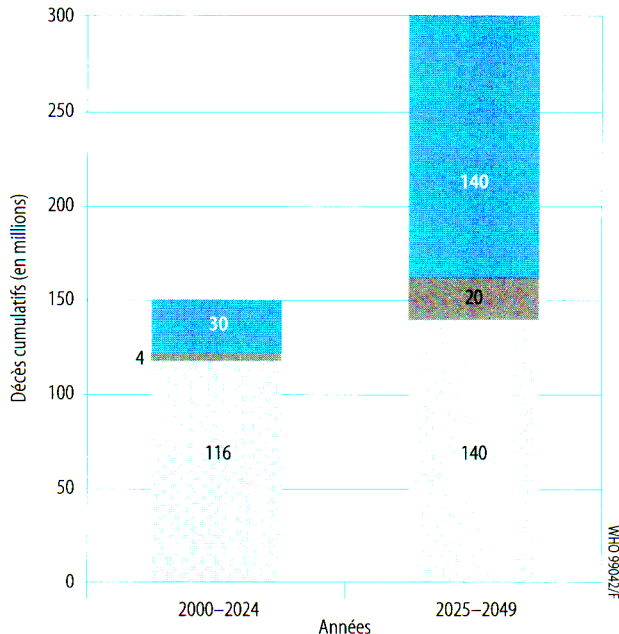
EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ

Il ne fait plus aucun doute pour les scientifiques que la consommation prolongée de tabac est une cause importante de mortalité prématurée et d'incapacité à l'échelle mondiale, ainsi qu'en témoignent plus de 70 000 articles scientifiques publiés sur ce sujet depuis le début des années 1950. Selon des estimations, le nombre de décès dus au tabac dans les pays développés s'élèvera à 62 millions entre 1950 et 2000. L'OMS estime actuellement que le tabac est responsable d'environ quatre millions de décès par an à l'échelle mondiale (voir Tableau 5.1) et, au rythme actuel de la consommation de tabac, ce nombre devrait s'accroître considérablement.

Il est clair que ces estimations ne sont pas fiables à 100%, d'une part, parce qu'elles font intervenir des extrapolations des risques actuels et aussi parce qu'elles s'étendent à beaucoup d'autres populations à partir des études réalisées en Europe occidentale, en Amérique du Nord et en Chine. Il existe encore de nombreux grands pays qui ne disposent pas de preuves directes de la responsabilité du tabac dans la mortalité. De plus, le long intervalle qui s'écoule entre la consommation de tabac et les décès qu'elle occasionne induit les gouvernements et les particuliers en erreur. Par exemple, alors que des études réalisées dans les années 1960 laissaient entendre que la proportion de fumeurs invétérés dont le décès était attribué au tabac était de 1 sur 4, des études entreprises par l'OMS dans les années 1990 laissent supposer que cette proportion est actuellement plus proche de 1 sur 2. En outre, le nombre d'années de vie perdues par rapport à l'espérance de vie des non-fumeurs est de l'ordre de 20 à 25 pour les personnes qui décèdent entre 35 et 69 ans et de 8 environ pour celles qui meurent après 70 ans.

La nature de l'épidémie de tabagisme varie aussi selon les pays. Dans les pays développés, les maladies cardio-vasculaires, et en particulier les cardiopathies ischémiques, sont la cause la plus courante de décès liés au tabac. Dans les pays où la cigarette est répandue depuis plusieurs décennies, environ 90% des cancers du poumon, 15 à 20% des autres cancers, 75% des bronchites chroniques et emphysemes et 25% des décès associés à des maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées de 35 à 69 ans sont attribués au tabac. Les cancers liés à la consommation de tabac représentent 16% de l'incidence annuelle totale des cas de cancer – et 30% des décès dus au cancer – dans les pays développés, alors que le chiffre correspondant dans les pays en développement est de 10% (2). Par contre, en Chine, où le nombre de décès liés au tabac est le plus élevé au monde, ces décès sont actuellement beaucoup plus souvent dus à des maladies respiratoires chroniques qu'à des

Figure 5.1 Décès prématurés dus à l'usage du tabac, projections pour 2000-2024 et 2025-2049



- Évitable si les adultes renoncent au tabagisme (réduction de moitié de la consommation mondiale de cigarettes d'ici 2020)
- Évitable si les jeunes adultes ne commencent pas à s'adonner au tabagisme (réduction de moitié des cas d'initiation au tabagisme d'ici 2020)
- Autres décès prématurés dus à des causes liées au tabac

Source : Background: Future world tobacco deaths. Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit, University of Oxford, 1998.

gouvernements et les particuliers en erreur. Par exemple, alors que des études réalisées dans les années 1960 laissaient entendre que la proportion de fumeurs invétérés dont le décès était attribué au tabac était de 1 sur 4, des études entreprises par l'OMS dans les années 1990 laissent supposer que cette proportion est actuellement plus proche de 1 sur 2. En outre, le nombre d'années de vie perdues par rapport à l'espérance de vie des non-fumeurs est de l'ordre de 20 à 25 pour les personnes qui décèdent entre 35 et 69 ans et de 8 environ pour celles qui meurent après 70 ans.

La nature de l'épidémie de tabagisme varie aussi selon les pays. Dans les pays développés, les maladies cardio-vasculaires, et en particulier les cardiopathies ischémiques, sont la cause la plus courante de décès liés au tabac. Dans les pays où la cigarette est répandue depuis plusieurs décennies, environ 90% des cancers du poumon, 15 à 20% des autres cancers, 75% des bronchites chroniques et emphysemes et 25% des décès associés à des maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées de 35 à 69 ans sont attribués au tabac. Les cancers liés à la consommation de tabac représentent 16% de l'incidence annuelle totale des cas de cancer – et 30% des décès dus au cancer – dans les pays développés, alors que le chiffre correspondant dans les pays en développement est de 10% (2). Par contre, en Chine, où le nombre de décès liés au tabac est le plus élevé au monde, ces décès sont actuellement beaucoup plus souvent dus à des maladies respiratoires chroniques qu'à des

maladies cardio-vasculaires. En outre, on attribue au tabac environ 12% de tous les décès dus à la tuberculose. Dans les régions urbaines de Chine, les hommes qui fument plus d'un paquet par jour sont deux fois plus nombreux que les non-fumeurs à mourir de la tuberculose. Ceci peut être dû au fait qu'un poumon endommagé par le tabac constitue un milieu favorable au développement du bacille infectieux de la tuberculose.

Le tabagisme passif est associé à un risque plus élevé de cancer du poumon et à plusieurs autres affections graves chez l'enfant, comme le syndrome de la mort subite du nourrisson, un faible poids de naissance, un retard de croissance intra-utérine et les maladies respiratoires de l'enfance. De plus, la consommation de tabac est la principale cause d'incendie domestique aux Etats-Unis, au Canada et dans d'autres pays à haut revenu, et représente des milliards de dollars de pertes matérielles chaque année.

Les victimes actuelles du tabac sont principalement des fumeurs de longue date – pour la plupart, des hommes – dans des pays développés et en Chine. Dans un proche avenir, l'épidémie s'étendra de plus en plus aux pays en développement et touchera davantage les femmes. Le cancer du poumon est actuellement le plus meurtrier de tous les cancers chez les femmes aux Etats-Unis et son incidence dans la population féminine augmente rapidement dans les pays où les femmes fument depuis longtemps (3).

On peut apprécier l'ampleur de l'épidémie menaçante d'après les estimations selon lesquelles il y aurait actuellement dans le monde 1,15 milliard de fumeurs qui consomment en moyenne 14 cigarettes par jour (4). Sur ce nombre, 82% vivent dans des pays à faible ou à moyen revenu, ce qui s'explique par l'insuffisance des moyens de lutte contre le tabagisme déployés dans ces pays.

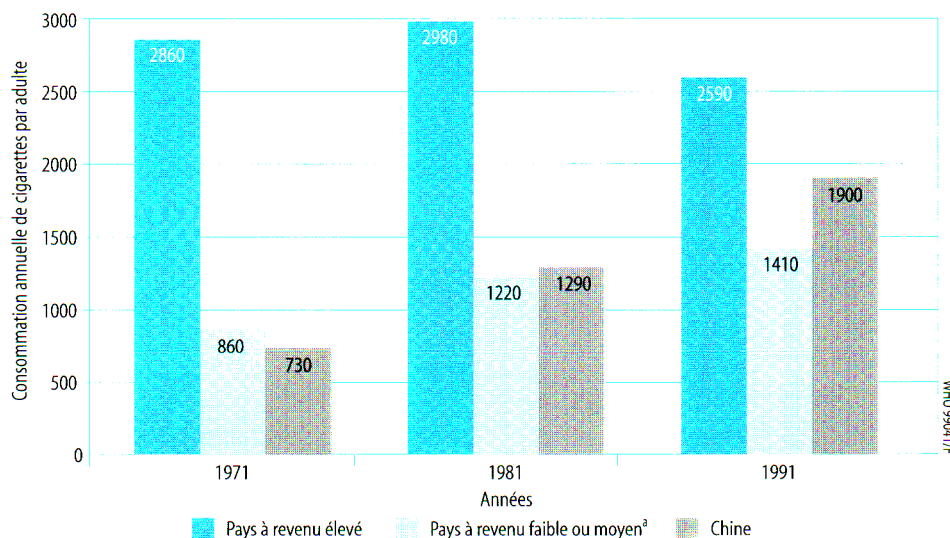
On a enregistré une baisse de la consommation de tabac entre 1981 et 1991 dans la

Tableau 5.1 Tabac : mortalité et charge de morbidité dues à la consommation de cigarettes, par Région OMS

Région OMS	Consommation de cigarettes par habitant ^a	Mortalité (000)	AVCI (000)
	Estimations pour 1995 environ	Estimations pour 1998	Estimations pour 1998
Afrique	480	125	1 900
Amériques	1 530	772	8 867
Asie du Sud-Est	415	580	7 439
Europe	2 080	1 273	17 084
Méditerranée orientale	890	182	2 976
Pacifique occidental	1 945	1 093	11 022
Total mondial	1 325	4 023	49 288

^a Ces chiffres ne prennent pas en considération les autres produits du tabac et par conséquent la consommation de tabac est peut-être largement sous-estimée. Il n'est pas judicieux de les comparer avec les estimations précédentes de l'OMS en raison du changement intervenu dans les méthodes utilisées. Ils se fondent sur les données émanant de la section des statistiques de l'industrie du Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques de l'ONU et de la base de données Comtrade de l'ONU.

Figure 5.2 Tendances de la consommation de cigarettes par habitant, 1971, 1981 et 1991



^a Des données sur la Chine sont incluses dans les chiffres concernant les pays à revenu faible ou moyen.

Source : *Tabac ou santé : Rapport sur la situation mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.

plupart des pays à haut revenu (voir Figure 5.2). Aux États-Unis, la prévalence du tabagisme a augmenté régulièrement à partir des années 1930 jusqu'en 1964, où plus de 40% de la population américaine adulte (60% de la population masculine) fumaient. Depuis lors, elle est en baisse et s'établissait à 23% en 1997. Par contre, la consommation de tabac s'accroît dans les pays en développement au rythme d'environ 3,4% par an et elle a connu une progression spectaculaire dans certains pays ces dernières années. Au total, la prévalence du tabagisme dans la population masculine des pays en développement est d'environ 48%.

Ainsi, compte tenu des caractéristiques actuelles de l'épidémie de tabagisme, on peut s'attendre à ce que d'ici la troisième décennie du prochain siècle le tabac tue 10 millions de personnes par an à l'échelle mondiale – chiffre supérieur au total des victimes du paludisme, des pathologies maternelles et infantiles et de la tuberculose réunis (5). Plus de 70% de ces décès seront enregistrés dans les pays en développement. D'ici 2020, la proportion des décès d'adultes liés au tabac sera proche de 1 sur 3, alors qu'elle était de 1 sur 6 en 1990 (6).

RÉPERCUSSIONS ÉCONOMIQUES

La consommation de tabac comporte manifestement des avantages économiques pour les producteurs. De même, le fait que les consommateurs sont disposés à payer pour se procurer des produits du tabac signifie qu'ils en retirent aussi, à l'évidence, des avantages mesurables. Les analyses économiques concluent toutefois que, même avec des hypothèses extrêmement prudentes, les répercussions économiques de la consommation de tabac l'emportent sur ses avantages estimatifs (voir Encadré 5.1).

Dans une étude effectuée par Barnum (7), on a essayé d'estimer quels seraient, sur une année, le coût supplémentaire – en termes de mortalité, de morbidité et de soins de santé – et les avantages – pour les consommateurs et les producteurs – d'une augmentation de la production mondiale de tabac de 1000 tonnes métriques. D'après les conclusions de cette étude, cela représenterait une perte économique nette de 13,6 millions de dollars par an et "un investissement dans le tabac n'est pas judicieux si l'objectif est d'améliorer le bien-être de l'humanité à l'avenir". De fait, on a enregistré entre 1994 et 1997 une augmentation de 26% de la production de tabac – ce qui correspond à près de 2,1 millions de tonnes métriques et qui porte le chiffre total de la production à un peu plus de 8 millions de tonnes métriques.

Les effets de la mortalité liée au tabagisme sur la croissance économique peuvent être estimés à partir des modèles statistiques des déterminants de la croissance économique qui ont été examinés au chapitre 1.

OBSTACLES À LA LUTTE ANTITABAC

Les éléments d'information disponibles au sujet de l'effet de dépendance engendré par la nicotine et des autres effets néfastes de la consommation de tabac doivent faire l'objet d'une plus large diffusion. L'industrie du tabac veut garder ses informations secrètes.

MANQUE D'INFORMATION SUR LES RISQUES

Tout comme pour les autres produits, les consommateurs de tabac ont le droit d'être renseignés sur la composition du produit qu'ils achètent. Toutefois, le tabac a ceci de particulier qu'il est nocif et engendre un effet de dépendance. C'est pourquoi les personnes qui en consomment doivent prendre en considération un élément d'information supplémentaire avant de prendre la décision d'acheter. La mesure dans laquelle les fumeurs sont

informés des conséquences que leur achat pourra avoir sur leur santé et de l'effet de dépendance qu'il entraîne est l'élément déterminant de leur connaissance du produit qu'ils achètent.

Les consommateurs peuvent apprendre que le tabac a des effets indésirables sur la santé de plusieurs manières : par les comptes rendus d'études scientifiques et épidémiologiques qui sont publiés, et parfois diffusés par les médias, par les mises en garde

Encadré 5.1 Aspects économiques de la lutte contre le tabagisme

Si les décideurs du secteur de la santé reconnaissent la nécessité de lutter contre le tabagisme, les gouvernements sont encore partagés quant aux conséquences économiques des mesures de lutte. Beaucoup redoutent la perte de recettes fiscales qu'engendrerait la hausse des taxes sur les cigarettes, les pertes d'emplois catastrophiques pour l'économie qui résulteraient d'une forte réduction de la demande de tabac ou le surcroît de dépenses qu'entraînerait pour les services de santé la diminution du nombre des fumeurs qui, en mourant prématurément, épargnent à la société le coût des soins qu'il aurait fallu leur dispenser dans leur vieillesse.

Une équipe d'économistes de la Banque mondiale a passé en revue chacun de ces problèmes et conclu que les craintes des politiciens étaient en grande partie infondées. Elle a estimé au contraire que des interventions seraient largement justifiées et relativement peu coûteuses. A titre d'exemple, un relèvement des taxes de 10% seulement permettrait d'éviter 7 millions de décès, notamment dans la population active d'âge moyen des pays à faible revenu. Elle a rédigé un rapport dans lequel elle recommande en priorité d'augmenter, à l'échelle mondiale, les taxes sur les produits des manufactures de tabac, de favoriser une information précise pour que les consommateurs et les gouvernements comprennent bien le phénomène d'accoutumance engendré par la nicotine et les méfaits du tabac, et de déréglementer les thérapies de substitution de la nicotine.

Depuis 1991, la Banque mondiale a pour politique de ne pas consentir de prêts aux producteurs de tabac et d'encourager la lutte contre le tabagisme. Elle travaille en étroite collaboration avec l'OMS. Les idées-forces du rapport de la Banque mondiale concernant les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme sont exposées ci-après sous la forme de réponses à des questions couramment posées.

• **Les gens ne décident-ils pas de fumer en toute "liberté" ? Beaucoup connaissent les risques qu'ils courent. Pourquoi donc les gouvernements devraient-ils les empêcher de fumer ?**

La plupart des fumeurs commencent à fumer lorsqu'ils sont enfants ou adolescents – époque à laquelle ils ne sont pas suffisamment informés des effets nocifs du tabac et de l'accoutumance qu'il engendre. Lorsqu'ils essaient de s'arrêter, beaucoup d'entre eux sont devenus dépendants. Les gouvernements peuvent adopter des politiques pour remédier à ces problèmes de sous-information et d'accoutumance. De plus, ils ont raison d'empêcher les fumeurs d'exposer les personnes de leur entourage aux risques et aux nuisances du tabagisme passif.

• **Le coût économique de la lutte contre le tabagisme – par exemple le chômage auquel sont exposés les producteurs de tabac – est-il nettement supérieur à ses avantages potentiels pour la santé ?**

Non. Il peut y avoir une perte temporaire de revenu chez les producteurs et distributeurs de tabac, mais des politiques de lutte efficaces n'entraîneront qu'un lent recul de la consommation mondiale de tabac (qui devrait rester

élevée pendant des décennies). C'est pourquoi les pertes d'emploi seront beaucoup moins dramatiques que dans bien d'autres industries. Au demeurant, l'argent économisé sur le tabac servira à acheter d'autres produits, ce qui favorisera la création de nouveaux emplois. Selon les économistes, les avantages économiques de la lutte contre le tabagisme l'emportent de loin sur ses coûts.

• **Si la dépendance à l'égard du tabac est si forte, comment une hausse des taxes pourrait-elle avoir des répercussions favorables sur la santé ?**

La grande majorité des nombreuses études entreprises sur ce sujet montrent qu'une augmentation des taxes abaisse le nombre des fumeurs et des décès. Les augmentations de prix ont un effet dissuasif sur les adolescents plus que sur les adultes, ce qui peut les empêcher de devenir dépendants. Par ailleurs, les habitants des pays en développement sont plus sensibles aux hausses de prix que ceux des pays à revenu élevé.

• **La hausse des taxes sur les cigarettes ne risque-t-elle pas d'engendrer une baisse des recettes des gouvernements puisque les gens achèteront moins de cigarettes ? En outre, cette augmentation des taxes va entraîner, par réaction, une contrebande et une production illicite, donc à quoi servira-t-elle ?**

Les calculs montrent que, si l'on augmente très fortement les taxes sur les cigarettes, il en résultera une baisse de la consommation et une hausse des recettes fiscales, en dépit des activités de contrebande. La contrebande est associée au crime organisé et elle a été aussi associée dans quelques cas récents à l'industrie du tabac elle-même. Les gouvernements peuvent prendre des mesures efficaces pour la combattre, par exemple en interdisant les ventes à la sauvette et en apposant des mises en garde et des timbres fiscaux bien visibles sur les paquets.

• **Dans de nombreux pays, les pauvres fument davantage que les riches. Dès lors, la hausse des taxes sur le tabac n'est-elle pas une mesure régressive qui touche davantage les pauvres ?**

Si, au début d'une épidémie de tabagisme, le nombre de fumeurs s'élève proportionnellement au revenu dans un pays, les pauvres et les personnes ayant un faible niveau d'instruction se mettent, avec le temps, à fumer davantage que les riches. En outre, d'après les conclusions de l'étude, la consommation de tabac explique en grande partie l'écart de la mortalité à un âge moyen constaté entre riches et pauvres. Toutefois, l'augmentation des taxes sur les cigarettes n'est pas forcément une mesure régressive. Dans certains cas, elle a permis de réduire la consommation chez les pauvres, faisant ainsi baisser leurs dépenses de tabac. Mais surtout, ses avantages pour la santé en font indiscutablement un facteur de progrès : les réductions de la consommation de tabac qui en résultent chez les pauvres et les groupes minoritaires se traduisent par une amélioration de leur santé.

figurant sur les paquets de cigarettes, par les campagnes d'information du public ou les contre-publicités, ou encore par le biais de programmes d'éducation mis en oeuvre dans les écoles ou au sein de la population. Tous ces moyens d'information se sont avérés plus ou moins efficaces; les programmes d'éducation mis en oeuvre dans les pays à haut revenu en vue de réduire la demande de tabac n'ont pas encore été suffisamment analysés. Des rapports publiés dans les années 1960 par le Ministre de la Santé aux Etats-Unis et par le Royal College of Physicians au Royaume-Uni ont permis de freiner sensiblement la consommation dans ces pays. On peut en déduire qu'une diffusion plus large des informations sanitaires dans les pays en développement devrait faire considérablement baisser la consommation mondiale de tabac.

Les gouvernements de tous les pays doivent aussi encourager la réalisation d'études locales sérieuses sur la mortalité liée au tabac. Dans certains pays riches, les registres d'état civil, qui remontent parfois à plus de 100 ans, peuvent être utilisés pour évaluer les caractéristiques et l'évolution de la morbidité. Des décennies de recherche épidémiologique ont permis de découvrir un certain nombre de facteurs qui expliquent cette évolution, parmi lesquels figure notamment la consommation de tabac. Dans les pays pauvres, en revanche, cela n'est pas encore possible.

Malheureusement, c'est précisément dans les pays où le spectre de l'épidémie est le plus menaçant que l'information disponible au niveau national sur la morbidité associée au tabagisme est la plus insuffisante. Récemment, des centres collaborateurs de l'OMS et des scientifiques chinois ont collaboré à l'élaboration d'un nouveau modèle de statistiques qui consiste simplement à faire figurer sur le certificat de décès la mention fumeur ou non-fumeur, ce qui constitue un moyen économique et fiable de surveiller l'épidémie de tabac. Des méthodes similaires pourraient être utilisées pour surveiller les risques associés au tabac dans de nombreuses autres populations. La présence systématique de la mention fumeur ou non-fumeur sur le nouveau certificat de décès en Afrique du Sud présente un intérêt particulier pour les chercheurs, car elle pourrait rendre inutile l'interrogatoire ultérieur des membres de la famille du défunt.

DÉPENDANCE ENGENDRÉE PAR LA CONSOMMATION DE TABAC

Ainsi que des millions de fumeurs le découvrent trop tard, et le manque d'information est en partie responsable, la nicotine engendre une dépendance. Certains experts en toxicomanie considèrent que l'effet de dépendance du tabac est plus fort que celui de l'héroïne ou de la cocaïne. Le rapport publié en 1988 par le Ministre de la Santé des Etats-Unis, intitulé "*Nicotine addiction*" (La dépendance à l'égard de la nicotine), conclut en ces termes : "Les processus pharmacologiques et comportementaux qui déterminent la dépendance à l'égard du tabac sont les mêmes que pour la dépendance à l'égard de substances toxiques comme l'héroïne et la cocaïne" (8).

Le tabac répond aux critères de dépendance décrits dans la Dixième Révision de la *Classification internationale des Maladies* (9). La classification F17 est intitulée "*Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*". La sous-classification F17.2, intitulée "*Syndrome de dépendance*", donne la description suivante des symptômes couramment ressentis par la plupart des fumeurs : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au

profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Les travaux de recherche effectués dans ce domaine permettent de penser que les gens qui décident de fumer entrent dans un "cycle de dépendance à l'égard du tabac". Il s'agit des différentes étapes par lesquelles passe un "non-fumeur" qui commence à fumer, devient un "fumeur", puis généralement un "fumeur qui essaie de s'arrêter" et, pour un petit nombre de personnes plus chanceuses, un "ancien fumeur", lequel risque malheureusement de retomber dans le cycle décrit ci-dessus (6).

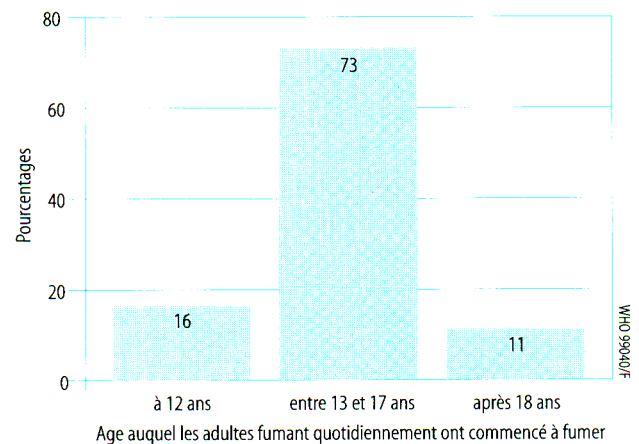
Les gens consomment principalement du tabac pour la nicotine, qui est présente dans tous les produits du tabac. Les cigarettes sont des produits extrêmement raffinés destinés à produire rapidement des niveaux élevés de nicotine. Pour l'industrie du tabac, la cigarette est un moyen d'administrer une dose de nicotine (10). La nicotine est très vite absorbée par les poumons des fumeurs et atteint le cerveau en l'espace de quelques secondes. C'est le premier principe actif du tabac qui renforce le processus biomédical et comportemental de la consommation de tabac par un individu. Les facteurs sociaux et psychologiques jouent aussi un rôle important dans la décision de commencer à fumer, mais le processus de dépendance engendré par la nicotine est la principale raison pour laquelle les fumeurs continuent de fumer (8). C'est pourquoi cette substance est responsable des maladies, des handicaps et des décès prématurés associés au tabac qui sont le lot de la plupart des fumeurs.

La dépendance à l'égard de la nicotine n'est pas seulement une question de choix ou de goût. Ce n'est pas une dépendance irréversible, car beaucoup de gens parviennent à s'arrêter de fumer, ce qui explique en grande partie le recul de la consommation de tabac chez les adultes dans les pays de l'OCDE. Il existe toutefois un certain nombre de personnes qui en sont totalement incapables; les anciens fumeurs ont souvent dû, eux-mêmes, faire plusieurs tentatives avant d'arriver à renoncer au tabac, et ils demeurent exposés au risque de rechute en période de stress.

L'acquisition d'une dépendance à l'égard de la nicotine se produit presque exclusivement chez les enfants et les jeunes (voir Figure 5.3). Dans les pays de l'OCDE, entre la moitié et les trois quarts des adolescents essaient de fumer et la moitié d'entre eux environ y renoncent rapidement. Les autres deviennent des fumeurs à vie, et un sur deux en mourra. La triple probabilité de goûter au tabac, devenir dépendant et mourir prématurément est plus élevée qu'avec d'autres substances et d'autres habitudes nocives pour la santé (comme la consommation d'alcool pour laquelle le phénomène de dépendance est beaucoup plus faible). De plus, les enfants qui se mettent à fumer ont davantage tendance à essayer d'autres drogues que les autres.

La dépendance à l'égard de la nicotine est un phénomène qui incite l'industrie du tabac à subventionner la vente ou la distribution gratuite de cigarettes aux fumeurs potentiels, notamment les jeunes, pour les encourager à fumer et, avec les autres consommateurs, à pratiquer des prix élevés pour obtenir le maximum de profits. La politique des prix adoptée dans les pays en développement pour favoriser l'acquisition d'une dépendance à l'égard du tabac chez les adultes vise le même objectif.

Figure 5.3 Age du début de la dépendance à l'égard de la nicotine, Etats-Unis d'Amérique, 1991



Source : **Committee on Preventing Addiction in Children and Youths, Institute of Medicine.** *Growing up tobacco free, preventing nicotine addiction in children and youths.* Washington DC, National Academy Press, 1994.

ÉNORMES PROFITS RÉALISÉS PAR LE COMMERCE DU TABAC

Le tabac est un vaste commerce (voir Tableau 5.2). Cette année, la consommation de cigarettes sera deux fois plus élevée qu'il y a 30 ans. L'industrie du tabac est en pleine expansion, puisque la vente au détail de cigarettes dans le monde atteint actuellement quelque US \$300 milliards. L'industrie du tabac continue à réaliser d'énormes profits, estimés à plus de US \$20 milliards par an.

L'industrie du tabac exerce son influence dans les pays de plusieurs manières : en intervenant sur la scène politique, où son avis est pris en compte en raison des énormes profits qu'elle réalise, en niant les effets nocifs du tabac sur la santé, et par le biais d'activités publicitaires et promotionnelles en faveur des cigarettes. Le marché de la cigarette connaît une expansion rapide parmi les pays en développement. A l'échelle mondiale, environ 6000 milliards de cigarettes sont consommées chaque année, contre 3000 milliards seulement en 1970, et ce malgré le recul enregistré dans des pays tels que l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la plupart des pays d'Europe du Nord (11). Par exemple, la consommation totale de cigarettes au Royaume-Uni est passée de 138 milliards à 80 milliards par an au cours des deux dernières décennies.

Les pays en développement représentent une cible idéale pour l'expansion du commerce du tabac. Au cours des dernières décennies, les conglomérats transnationaux du tabac ont fait de sérieuses percées sur les marchés des pays pauvres et des pays à revenu moyen d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est et d'Amérique latine. Les fabricants ont bénéficié de la mondialisation des échanges, qui a favorisé de fortes augmentations de la consommation locale de tabac et des importations de produits du tabac dans de nombreux pays à faible et à moyen revenu. Dans de nombreux pays, les compagnies de tabac soutiennent financièrement les services sociaux, essayant ainsi de se faire passer pour des vendeurs d'un produit "comme les autres".

A l'instar d'autres industries, l'industrie du tabac n'a aucun intérêt à diffuser des informations sanitaires qui auraient pour effet de réduire la consommation de ses produits. Au contraire, elle s'est toujours efforcée de dissimuler les informations qui concernent les effets nocifs du tabac sur la santé, d'utiliser l'attrait de son énorme budget publicitaire pour empêcher les revues destinées au grand public de publier des articles sur les effets nocifs du

Tableau 5.2 Les dix premières sociétés de l'industrie du tabac, 1997

	Cigarettes (milliards)	Production de cigarettes (% du total)	Ventes de tabac (millions de US \$)	Principales marques
1. China National Tobacco Corporation (Chine)	1 700	24.6	...	Zhong Hua, Hong Ta Shan
2. Philip Morris (Etats-Unis d'Amérique)	947	13.7	23 895	Marlboro, Virginia Slims
3. BAT – British American Tobacco (Royaume-Uni) ^a	712	10.3	11 845	Derby
4. R.J. Reynolds (Etats-Unis d'Amérique)	316	4.6	8 325	Winston, Camel
5. Japan Tobacco (Japon)	288	4.2	23 445	Mild Seven
6. Rothmans International (Afrique du Sud) ^a	187	2.7	5 500	Rothmans
7. Reemtsma (Allemagne)	119	1.7	2 330	West
8. KT&G – Korea Tobacco and Ginseng Corporation (République de Corée)	94	1.4	...	This
9. Tekel (Turquie)	75	1.1	1 550	Maltepe
10. Seita (France)	55	0.8	3 125	Gauloises
Divers	2 407	34.9	...	

^a Ont fusionné en 1999.

... Données non disponibles.

Source : *World Tobacco File 1998-2001*, Londres, International Trade Publications Ltd., 1998.

tabac et de recourir à d'autres méthodes pour diminuer la quantité d'informations auxquelles les fumeurs pourraient avoir accès. Les documents à usage interne de l'industrie du tabac, récemment dévoilés au public dans le cadre de procédures judiciaires intentées devant des tribunaux américains, témoignent bien de ces pratiques (12). De plus, l'industrie joue un rôle actif dans le financement et la diffusion de recherches qui remettent en question la responsabilité attribuée au tabac dans les décès. Il est difficile d'évaluer les répercussions que ces informations peuvent avoir sur les consommateurs. Il est toutefois probable qu'elles empêchent certains d'entre eux d'évaluer les véritables risques liés à la consommation de tabac et entravent la propagation des campagnes d'information lancées par les gouvernements contre le tabagisme.

La publicité est une composante essentielle de l'expansion de l'industrie du tabac. C'est la principale méthode de concurrence au sein d'une industrie fortement concentrée qui se compose d'un petit nombre d'entreprises relativement importantes. Au lieu de se concurrencer entre elles par les prix, ces entreprises essaient d'accroître leur chiffre d'affaires par la publicité. Les plus grandes sociétés internationales de l'industrie du tabac sont Philip Morris et BAT (voir Tableau 5.2). Dans la revue *Advertising age*, on peut lire qu'en 1996, le budget publicitaire de Philip Morris pour la publicité à l'extérieur des États-Unis était le neuvième du monde et celui de BAT figurait au 44^e rang. De plus, dans une étude d'*Advertising age* consacrée à l'Asie, à l'Europe et au Moyen-Orient, il est précisé que, dans 21 pays sur 50, les compagnies de tabac figurent parmi les 10 premières sociétés en termes de budget publicitaire.

Dans quatre pays asiatiques, la publicité en faveur du tabac a connu une expansion considérable et la consommation totale de tabac s'est accrue de 10% lorsque les compagnies américaines de tabac sont arrivées sur ces marchés (13). Cette augmentation de la consommation est due à la fois aux nouveaux fumeurs et à une consommation accrue de tabac par les anciens fumeurs. Dans le cas des cigarettes, les nouveaux fumeurs sont souvent des adolescents insuffisamment informés.

PRINCIPES DE LA LUTTE

Des politiques et des mesures de lutte efficaces contre le tabagisme peuvent influencer sensiblement sur la prévalence du tabagisme et la consommation de tabac et, partant, leurs répercussions sur la santé. La plupart des succès dont il est fait état concernent les pays industrialisés, mais des mesures efficaces ont été récemment introduites dans certains pays en développement. La protection des enfants, la protection des non-fumeurs, l'information des fumeurs adultes pour les encourager à cesser de fumer et l'amélioration de l'équité sont des objectifs clefs. Les interventions visant à abaisser la demande et l'offre de produits

Tableau 5.3 Objectifs et principes des politiques de lutte contre le tabagisme

Principes	Objectifs		
	Prévenir de nouveaux cas de dépendance	Réduire la consommation générale	Faciliter le sevrage
1. Interdire la publicité et développer l'information sanitaire destinée au grand public	■ ■	■ ■ ■	■ ■
2. Augmenter les taxes et édicter une réglementation pour réduire la consommation	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■
3. Encourager le sevrage tabagique	■	■ ■	■ ■ ■
4. Mettre en place des coalitions antitabac	■	■ ■ ■	■

■ ■ ■ Forte priorité ■ ■ Priorité moyenne ■ Faible priorité

du tabac contribuent à la réalisation de chacun de ces objectifs, mais à des degrés divers. Le Tableau 5.3 présente les instruments des politiques de lutte contre le tabagisme en indiquant leur rang de priorité en fonction de l'objectif visé.

Une vaste étude transnationale a été réalisée au sujet des effets séparés et combinés de diverses politiques et mesures sur l'évolution de la prévalence du tabagisme (14). L'utilité de ces mesures dans des pays se trouvant à différents stades de développement économique est évaluée dans le Tableau 5.4. Les augmentations de prix (sous la forme d'augmentation des taxes sur les produits du tabac) sont de loin le principal instrument politique disponible. Les autres interventions s'avèrent efficaces lorsqu'elles sont convenablement adoptées et mises en oeuvre. Cette étude souligne la nécessité pour les décideurs de faire appel à la meilleure combinaison possible de mesures. Il s'agit d'interventions relativement peu coûteuses qui sont largement rentabilisées par les recettes fiscales provenant des ventes de tabac. Chacune d'elles peut figurer dans une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme.

Le choix de la combinaison la plus efficace varie en fonction du pays et du moment; toutefois, la méthode la plus utilisée est la perception de taxes élevées.

CRÉER UN ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL LA POPULATION EST SUFFISAMMENT INFORMÉE

Il faut à cet effet diffuser auprès de la population, des informations exactes et basées sur des faits concrets, sur les risques associés au tabac. Ce principe implique aussi une interdiction totale à l'échelle mondiale de toute publicité ou activité promotionnelle en faveur du tabac qui propage des messages tendancieux et des images associées à la séduction et suppose en outre que l'industrie du tabac révèle au grand jour ses pratiques qui ont une incidence sur les décisions des pouvoirs publics.

Une information à grande échelle de la population et le lancement de campagnes médiatiques passent par une vaste propagande contre le tabac et l'apposition de mises en garde bien visibles sur les produits du tabac. Ainsi qu'on l'a constaté récemment, des campagnes de contre-publicité financées par les taxes prélevées sur la vente de cigarettes (15) favorisent une réduction de la consommation de tabac. Des mises en garde énergiques et variées, écrites dans les langues locales comme c'est le cas en Afrique du Sud et au Canada, sont aussi nécessaires.

Tableau 5.4 Principes directeurs pour les politiques de lutte contre le tabagisme de différents pays

Principes	Pays à faible revenu	Pays à économie en transition	Pays à revenu moyen	Pays à haut revenu
Principe 1				
Interdiction de la publicité et de la promotion	■■■	■■■	■■■	■■■
Information sanitaire du grand public	■■	■■	■■■	■■
Principe 2				
Augmentation des taxes	■■	■■■	■■■	■■
Réglementation visant à réduire le tabagisme en public et sur les lieux de travail	■	■■	■■■	■■■
Principe 3				
Dérégulation des produits de remplacement de la nicotine	■	■■	■■■	■■■
Principe 4				
Mise en place de coalitions antitabac	■	■■	■■■	■■

■■■ Très justifié ■■ Justifié ■ Assez justifié

Les recherches effectuées sur les causes, les conséquences et les répercussions financières de l'usage du tabac ont contribué à l'instauration d'un climat social dans lequel il est possible de lutter efficacement contre le tabagisme. Des recherches doivent être entreprises en priorité, dans les principales régions du monde pour appuyer les activités de lutte contre le tabagisme, étant donné que l'on manque d'informations à ce sujet dans la plupart des pays à faible et à moyen revenu et que les gouvernements et les responsables de la santé peuvent rejeter les éléments d'information n'ayant pas un caractère local ou régional.

UTILISATION DES TAXES ET DE LA RÉGLEMENTATION POUR FAIRE BAISSER LA CONSOMMATION

L'augmentation des prix du tabac fait baisser la consommation dans tous les groupes d'âge, mais ces mesures affectent surtout les jeunes et les pauvres. Une réglementation interdisant la publicité, la distribution promotionnelle et la vente par des distributeurs automatiques, et instaurant l'interdiction de fumer dans les lieux publics et un âge minimum pour les fumeurs vient renforcer l'utilité des taxes pour faire baisser la consommation. Des restrictions partielles de la publicité peuvent s'avérer inefficaces, car elles favorisent d'autres moyens de promouvoir le tabac. Il a été amplement démontré que la publicité et la promo-

Encadré 5.2 Vers une Europe sans tabac

Dans la Région de l'Europe, plus de 30% des adultes fument quotidiennement. En Europe de l'Est, on estime qu'un cinquième des hommes aujourd'hui âgés de 35 ans mourront des effets du tabac avant d'avoir atteint l'âge de 70 ans. Cette proportion est deux fois plus élevée qu'en Europe occidentale. Les non-fumeurs sont aussi exposés à des maladies liées au tabagisme passif. Le nombre de fumeurs est actuellement en augmentation, notamment dans les pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est, et les cibles privilégiées de l'industrie du tabac sont les femmes et les enfants. La proportion des adolescents fumeurs est illustrée par le tableau ci-dessous.

Le tabac ne comporte aucun avantage économique, car les coûts, à l'échelle mondiale, l'emportent sur les recettes. Une partie des taxes sur le tabac suffit à financer toutes les activités de lutte contre le tabagisme et à soutenir les manifestations sportives et artistiques précédemment financées par l'industrie du tabac avant que le Parlement européen ne décide, en juillet 1998, d'interdire la publicité et le parrainage émanant de cette industrie.

En raison de l'intervalle entre la consommation de tabac et le décès qui en est la conséquence, le principal déterminant du taux de décès liés au tabac au cours des 35 prochaines années dans la Région de l'Europe sera la proportion des 180 millions de fumeurs actuels qui parviendront à renoncer

définitivement au tabac ou du moins à réduire sensiblement leur consommation. Aux États-Unis, la reconnaissance de l'effet d'accoutumance de la nicotine a conduit la Food and Drug Administration à étendre sa juridiction aux cigarettes. Les autres pays devraient suivre cet exemple, car le fait

de désigner une autorité responsable de la distribution de la nicotine et de sa réglementation aura une incidence majeure sur le nombre des futurs décès dus au tabac.

La plupart des fumeurs reconnaissent le bien-fondé de l'interdiction de fumer sur les lieux publics et beaucoup souhaitent s'arrêter de fumer. Les conseils et interventions destinés à faire renoncer au tabac sont d'un excellent rapport coût/efficacité. Dans les pays d'Europe occidentale, les services de conseil pour le sevrage tabagique, avec ou sans thérapie de substitution de la nicotine, ont un coût par année de vie gagnée inférieur à US \$3000, alors que le contrôle de la pression artérielle chez les hommes de 40 ans coûte \$23 000 et que plus de 300 interventions médicales types ont un coût médian de \$30 000. Il ne fait aucun doute qu'une action efficace et bien coordonnée donne des résultats. En France, la consommation de cigarettes a fortement diminué depuis l'entrée en vigueur en 1991 de la loi Evin qui interdit la publicité du tabac, restreint l'usage du tabac dans les lieux publics et impose des augmentations de prix.

Pourcentage d'adolescents et d'adolescentes âgé(e)s de 15 ans qui fument au moins une fois par semaine, dans certains pays européens, 1989-1990 et 1993-1994

	Garçons		Filles	
	1989-1990	1993-1994	1989-1990	1993-1994
Autriche	23	29	20	31
Espagne	18	20	27	27
Fédération de Russie (St-Petersbourg)	...	19	...	10
Finlande	33	30	32	26
France (Nancy et Toulouse)	...	23	...	25
Hongrie	31	25	20	19
Pologne	20	23	10	13
Royaume-Uni - Ecosse	16	21	18	26
Royaume-Uni - Irlande du Nord	...	23	...	25
Royaume-Uni - pays de Galles	14	18	22	27
Suède	15	15	20	19

... Données non disponibles.

Source : *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1997.

tion prenaient plus particulièrement pour cibler les enfants, qui sont les moins bien informés des dangers du tabac.

L'outil le plus efficace pour la lutte contre le tabac consiste à relever régulièrement et durablement les taxes sur les produits du tabac, souvent en multipliant leur montant. Les augmentations de taxes font baisser la consommation chez les jeunes plus encore que chez les adultes et contribuent en outre à réduire l'écart entre les comportements des riches et ceux des pauvres à l'égard du tabac (16). Contrairement à ce qu'affirme souvent l'industrie du tabac, l'augmentation des taxes fait baisser la consommation et représente, à court ou moyen terme, une source supplémentaire de revenus pour l'Etat.

Parmi les exemples récents, le cas de la Chine est peut-être celui qui illustre le mieux le profit potentiel pour la santé et pour les recettes fiscales d'une taxation bien conçue. Dans ce pays, les taxes sur le tabac constituent depuis de nombreuses années une source importante de recettes. Selon une étude récemment publiée par la Banque mondiale sur le financement des services de santé, une augmentation de 10% des taxes sur le tabac pourrait faire baisser la consommation de 5% et augmenter en outre de 4,5% les recettes de l'Etat. Ces recettes supplémentaires couvriraient plus d'un tiers des ressources additionnelles nécessaires pour pouvoir offrir des services de santé de base aux 100 millions d'habitants les plus pauvres de la Chine (17).

INCITER LES FUMEURS À RENONCER AU TABAC

On peut y parvenir en partie en encourageant la commercialisation de formes moins nocives et moins coûteuses de consommation de la nicotine. En effet, si la nicotine est la substance responsable de la dépendance à l'égard du tabac, elle est relativement inoffensive pour l'organisme. Pour beaucoup de fumeurs, continuer à prendre de la nicotine – sous forme de patchs, de comprimés, de sprays ou d'autres moyens – est la meilleure méthode de sevrage possible.

Le Gouvernement du Royaume-Uni a annoncé en décembre 1998 l'affectation d'un montant de £60 millions à la mise en place, dans le cadre du National Health Service, d'un service chargé d'aider les fumeurs à renoncer au tabac. Il est prévu, entre autres, de fournir gratuitement aux fumeurs disposant d'un faible revenu des patchs de nicotine pendant une semaine. La déréglementation des produits de substitution de la nicotine devrait permettre aux gouvernements de lutter plus efficacement contre le tabagisme. Ces produits sont de plus en plus courants dans les pays occidentaux, mais ils sont beaucoup moins faciles à trouver dans les pays à faible et à moyen revenu.

METTRE EN PLACE DES ASSOCIATIONS ANTITABAC ET DÉSAMORCER L'OPPOSITION AUX MESURES DE LUTTE ANTITABAC

Les recettes publiques, et notamment celles qui proviennent des taxes sur le tabac, peuvent servir à financer des associations et des activités susceptibles d'intensifier les efforts de lutte. Elles peuvent aussi servir à financer, à court terme, la reconversion de certaines personnes comme des exploitants de champs de tabac, dont le revenu risque d'être affecté par une baisse de la consommation. Les gouvernements peuvent aider à mobiliser la société civile et d'autres groupes en finançant la mise sur pied d'un service "tabac ou santé". Il en existe plusieurs modèles. Ils fonctionnent généralement sans contrôle étatique, mais peuvent être autorisés à utiliser à leur guise les fonds publics destinés à faire baisser la consommation. De tels services existent déjà en Australie et aux Etats-Unis (Californie et Massachusetts), et ils sont financés par les taxes sur le tabac. Cette utilisation des recettes présente l'avantage de stimuler la contribution de forces nouvelles, telles que d'autres

associations de défense de la santé, à la lutte contre le tabagisme.

La Victoria Health Promotion Foundation (VicHealth), par exemple, qui a été créée en Australie en 1987, a été financée jusqu'en 1997 par un faible pourcentage de la taxe sur les produits du tabac. Elle parraine des activités sportives et culturelles qui ont toujours intéressé l'industrie du tabac. Toutefois, au lieu de profiter de ces manifestations pour recruter de nouveaux fumeurs, VicHealth vante les avantages de la non-consommation du tabac et d'un mode de vie sain. Elle soutient aussi d'autres programmes de promotion de la santé dans des secteurs comme la prévention des traumatismes et la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique. Les avantages pour la communauté sont considérables et les millions de Victoriens qui ont participé à des programmes financés par VicHealth ont constaté une amélioration de leur qualité de vie.

Le pouvoir des associations antitabac a été considérablement renforcé par les procès qu'elles ont intentés à l'industrie du tabac en exigeant la divulgation de certains documents. Aux États-Unis, en 1998, l'État du Minnesota et des groupes d'assurance-maladie ont gagné un procès contre l'industrie du tabac qu'ils avaient accusée de fraude à l'égard des consommateurs et ont obtenu non seulement une somme de 7 milliards de dollars à titre de dommages-intérêts, mais aussi la divulgation de quelque 4 millions de documents internes, soit un total de quelque 35 millions de pages, dont certains remontent aux années 1950. Ces documents sont actuellement stockés dans un dépôt à Minneapolis, Minnesota, où ils peuvent être consultés par le public. Il s'agit, notamment, de données factuelles sur le tabagisme, d'études sur l'effet de dépendance engendré par la nicotine et de stratégies de marketing. Ces documents pourraient avoir d'énormes répercussions sur les procédures judiciaires intentées contre les milieux du tabac et les campagnes pour l'adoption de mesures complètes de lutte contre le tabac dans d'autres pays. Des documents qui étaient jusqu'alors restés secrets ont aussi été dévoilés dans d'autres États, comme la Caroline du Sud.

RÉSULTATS OBTENUS PAR CERTAINS PAYS DANS LA LUTTE ANTITABAC

Le principal objectif des politiques de lutte antitabac consiste à limiter les dégâts occasionnés par le tabac à la société. Ces politiques produisent des effets spectaculaires sur la santé, ainsi qu'on a pu le constater dans de nombreux pays développés. Une étude de la Banque mondiale qui sera prochainement publiée (voir Encadré 5.1) laisse entendre qu'une augmentation de 10% seulement du prix des cigarettes à l'échelle mondiale suffirait à faire renoncer 40 millions de fumeurs (soit 3% de l'effectif total des fumeurs en 1995) et permettrait, à terme, d'éviter près de 20 millions de décès associés au tabac. Cette mesure ferait en outre baisser la consommation de 384 milliards de cigarettes par an (6). Certains pays ont déjà montré l'exemple et leur expérience peut servir de modèle aux autres (voir Encadré 5.2).

La Thaïlande a adopté un programme complet de lutte antitabac qui a débuté, dans les années 1970, par l'interdiction de fumer dans les cinémas et les autobus de Bangkok, suivie de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac à l'échelon national et d'autres mesures visant à limiter la consommation de tabac; en 1993, le Gouvernement a relevé la taxe sur les cigarettes pour la protection de la santé. En 1997, la Thaïlande a été le premier pays après le Canada à exiger des fabricants de tabac qu'ils révèlent la composition de leurs cigarettes. La prévalence globale du tabagisme a reculé de 4% chez les hommes et de près de 3% chez les 15-19 ans.

Le Royaume-Uni est parvenu à réduire considérablement la prévalence du tabagisme,

tant par des interventions sur les prix que par d'autres types de mesures. De 1965 à 1995, les ventes annuelles au Royaume-Uni sont passées de 150 milliards de cigarettes à 80 milliards. Le nombre des décès dus au tabac dans le groupe d'âge des 35-69 ans au Royaume-Uni est passé de 80 000 à 40 000 par an. En décembre 1998, le Gouvernement du Royaume-Uni a lancé une vaste campagne ayant pour objectif d'aider 1,5 million de fumeurs à renoncer au tabac d'ici l'an 2010 et annoncé de nouvelles augmentations des taxes sur les produits du tabac. Le Gouvernement s'est notamment donné pour cible, d'ici l'an 2010, de faire baisser la prévalence du tabagisme en Angleterre de 13% à 9% chez les enfants et de 28% à 24% chez les adultes, et de faire reculer de 23% à 15% la proportion des femmes qui fument pendant leur grossesse.

L'Union européenne aborde la lutte contre le tabagisme sous plusieurs angles. Une directive de l'UE sur la publicité en faveur du tabac a pris force de loi en juin 1998. Tous les Etats membres de l'Union européenne sont désormais tenus d'adopter des dispositions législatives en vue d'assurer la mise en oeuvre de cette directive qui prévoit l'interdiction de certaines formes de parrainage direct et indirect pour aboutir à une interdiction absolue au 1^{er} octobre 2006. En clair, cela veut dire que la publicité et les activités promotionnelles en faveur du tabac seront interdites dans les 3 ans, à l'exclusion de la publicité dans la presse, qui sera à son tour interdite dans les 4 ans; que, dans 5 ans, l'industrie du tabac ne pourra plus sponsoriser de manifestations à l'exception de celles qui sont organisées à l'échelle mondiale (comme les courses de Formule 1); et que celles-ci, à compter du 1^{er} octobre 2006 au plus tard, ne pourront être sponsorisées que dans certains cas précis, sous réserve d'être soumises à un contrôle volontaire à l'échelle mondiale et d'être de moins en moins financées par les milieux du tabac. Les Etats membres de l'Union européenne peuvent, s'ils le souhaitent, adopter des mesures encore plus restrictives ou des mesures complémentaires et accélérer le rythme des échéances par rapport aux prescriptions de la directive.

En France, une législation antitabac détaillée, pleinement en vigueur depuis 1993, interdit la publicité en faveur du tabac et oblige à apposer de sérieuses mises en garde à la fois sur le devant et au dos des emballages. Des dispositions réglementent aussi l'usage du tabac dans les transports et les lieux publics ainsi que sur les lieux de travail en prévoyant soit une interdiction générale de fumer, soit la délimitation de zones fumeurs restreintes. Entre 1991, date à laquelle la loi a été adoptée, et 1995, la consommation de tabac, calculée en poids de produits du tabac vendus, a reculé de 7,3%.

Entre 1965 et 1985, les Etats-Unis ont lancé des campagnes d'éducation sanitaire associées à des politiques antitabac qui ont eu pour effet de dissuader 40 millions de personnes de fumer ou de les inciter à renoncer au tabac. On dénombrait environ 50 millions de fumeurs aux Etats-Unis en 1985, mais ce chiffre aurait été de 90 millions si de telles mesures n'avaient pas été introduites. La différence représente plusieurs centaines de milliers de vie sauvées.

Parmi les pays d'Amérique latine, seuls le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Mexique et le Panama ont mis en place des mesures visant à limiter la publicité. L'interdiction de fumer est en vigueur sur les vols nationaux et internationaux desservant l'ensemble du continent américain. Le Brésil et le Mexique ont élaboré des plans nationaux de lutte contre le tabagisme.

La Norvège a décrété l'interdiction totale de la publicité en faveur du tabac en 1975, imposé des mises en garde sur les emballages et interdit la vente de cigarettes aux mineurs. Ces mesures législatives ont eu d'importantes répercussions sur les ventes de tabac, en particulier parmi les adolescents. On estime que, si la consommation totale avait continué à progresser au même rythme, la différence avec le chiffre actuel serait d'environ 80%.

L'INITIATIVE DE L'OMS POUR UN MONDE SANS TABAC

La principale raison pour laquelle l'OMS souscrit sans réserve à la lutte contre le tabac à l'échelle mondiale tient au fait que le bilan actuel du tabagisme et le nombre de ses futures victimes sont impressionnants. L'OMS a lancé en juillet 1998 l'initiative Pour un monde sans tabac en vue de coordonner une réponse stratégique mondiale améliorée.

La mission à long terme de la lutte mondiale contre le tabac est de faire baisser la prévalence du tabagisme et la consommation de tabac dans tous les pays et parmi tous les groupes et, de ce fait, réduire la charge de la maladie imputable au tabac.

Pour s'acquitter de cette mission, l'initiative Pour un monde sans tabac s'est fixé les objectifs ci-après :

- recueillir l'appui de la communauté mondiale en faveur de politiques et de mesures de lutte contre le tabac reposant sur des bases factuelles;
- construire de nouveaux partenariats pour la mise en oeuvre des mesures de lutte et renforcer les partenariats existants;
- faire prendre davantage conscience de la nécessité de s'attaquer aux problèmes du tabagisme à tous les échelons de la société;
- accélérer la mise en oeuvre des stratégies nationales, régionales et mondiales;
- faire exécuter des travaux de recherche pour soutenir des interventions rapides, durables et novatrices;
- mobiliser des ressources pour soutenir les interventions nécessaires.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'initiative Pour un monde sans tabac instaurera de solides partenariats avec toutes sortes d'organisations et d'institutions du monde entier, tant à l'extérieur de l'OMS qu'au Siège et dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays (voir Encadré 5.3). Pour évaluer le succès de l'initiative, on appréciera la mesure dans laquelle les actions entreprises aux niveaux local, national et mondial ont permis d'améliorer les résultats de la lutte antitabac.

L'initiative Pour un monde sans tabac veillera à promouvoir, à l'échelle mondiale, l'adoption de politiques et d'interventions efficaces se traduisant par des effets sensibles sur la prévalence du tabagisme et ses répercussions sur la santé. L'expérience montre que les pays qui entreprennent des activités de lutte concertées et de grande envergure parviennent à limiter sensiblement les dégâts causés par le tabac. Il importe de définir la meilleure combinaison de mesures à adopter. Sur un plan très général, cette combinaison varie en fonction des réalités politiques, sociales, culturelles et économiques de chaque pays. Les mesures qui pourraient figurer dans une politique générale de lutte antitabac sont indiquées dans le Tableau 5.4.

L'initiative Pour un monde sans tabac a choisi cette année pour thème de la "Journée mondiale sans tabac" de l'OMS (qui est célébrée chaque année le 31 mai) le slogan "C'est décidé ! J'arrête", qui met l'accent sur le renoncement au tabac. Cette Journée et les diverses activités auxquelles elle donne lieu sont destinées à informer le public des risques liés à la consommation de tabac et à encourager la population, les professionnels de la santé et le personnel des institutions du système des Nations Unies à modifier leur comportement de façon à inciter les fumeurs à renoncer au tabac. Des partenariats seront notamment constitués avec des organisations non gouvernementales et des entreprises du secteur privé, y compris l'industrie pharmaceutique.

En 1996, les Etats Membres de l'OMS ont commencé à élaborer une convention-cadre pour la lutte antitabac. Une convention-cadre est une sorte de traité, c'est-à-dire un instrument international qui lie des Etats entre eux ou qui est conclu entre des Etats et des organisations internationales, et qui est régi par le droit international. Le projet élaboré se compose de deux parties : une convention-cadre qui appelle les Etats Membres à coopérer en vue d'atteindre des buts définis de façon très large et qui établit les normes et les institutions d'une structure juridique multilatérale, et des protocoles qui définissent des objectifs supplémentaires ou plus spécifiques ainsi que des arrangements institutionnels destinés à faciliter la réalisation de ces objectifs. Les travaux préliminaires sont maintenant achevés et le processus d'élaboration et de négociation de la convention a été accéléré (voir Encadré 5.3). Il est prévu de mettre en place un comité de négociation intergouvernemental d'ici 2000 et d'adopter le texte de la convention et des principaux accords de protocole d'ici 2003.

Bien que l'élaboration et la négociation de conventions soient une prérogative des Etats, l'expérience montre que les organisations internationales et non gouvernementales peuvent contribuer activement à l'élaboration de traités. L'existence d'un instrument juridique agréé sur le plan international permettra de faire progresser plus efficacement l'action mondiale. En s'appuyant sur les politiques et les mesures décrites dans le présent chapitre, les gouvernements sont mieux armés que jamais pour lutter contre l'épidémie de taba-

Encadré 5.3 Activités de l'initiative Pour un monde sans tabac

L'initiative Pour un monde sans tabac s'appuie sur une collaboration entre l'OMS et les partenaires ci-après pour développer les possibilités de lutte contre le tabagisme.

- UNICEF : pour empêcher les enfants et les adolescents de commencer à fumer.
- Banque mondiale : pour utiliser efficacement les taxes sur le tabac et détruire le mythe des avantages financiers du tabac.
- Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique (CDC) : pour soutenir la surveillance mondiale de la consommation de tabac et de ses conséquences.
- Agence pour la Protection de l'Environnement : pour atteindre les milieux de la protection de l'environnement.
- National Institutes of Health (NIH), Centre international de Recherches et de Développement (Canada) et Agence suédoise de Développement international (ASDI) : pour élargir les bases factuelles à l'aide de recherches sur les politiques.
- Organisations internationales non

gouvernementales : pour renforcer les mesures de lutte sur le plan local et promouvoir la mise en place de réseaux par l'intermédiaire de l'Internet.

- Secteur privé : pour canaliser le dynamisme et l'expérience du secteur pharmaceutique, des médias et des industries de loisirs vers la lutte antitabac.
- Centres universitaires : pour développer le potentiel dans plusieurs disciplines et stimuler la recherche pragmatique.

L'initiative Pour un monde sans tabac vise à élaborer une convention-cadre sur la lutte antitabac, dont les bases ont été jetées en mai 1996 par les Etats Membres de l'OMS, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé. Il est prévu que les Etats Membres adoptent la convention et les protocoles principaux lors de l'Assemblée de la Santé en mai 2003 au plus tard et examinent, en mai 1999, les prochaines étapes du processus de négociation.

La convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac est, pour l'OMS, une première occasion d'exercer le pouvoir

que lui confère l'article 19 de la Constitution d'encourager les Etats à élaborer une convention. Si elle est adoptée et entre en vigueur, ce sera la première fois qu'un problème mondial de santé publique fait l'objet d'une convention particulière.

L'OMS s'efforcera d'établir un consensus, de mobiliser des appuis et d'encourager l'adoption de la convention-cadre de ses protocoles. Le travail analytique portera sur les législations mondiale et nationales, sur les questions commerciales, sur la cartographie politique et sur l'étude et la surveillance de l'industrie. Pendant deux ans, un appui juridique international renforcé va être apporté en permanence avec la participation d'experts de pays industrialisés et de pays en développement, et de juristes internationaux bénéficiant d'une solide expérience de la négociation des traités internationaux.

Une consultation technique d'experts de la santé publique a été organisée au Canada en décembre 1998. Elle a formulé des recommandations sur le rôle que l'Organisation est appelée à jouer pour promouvoir la convention-cadre de l'OMS, sur certains

éléments éventuels de la convention, sur l'appui spécial qui doit être apporté aux pays en développement et sur les moyens de faire avancer l'adoption de la convention. Une autre consultation technique sera organisée en Inde en 1999 pour que les pays en développement participent activement à la négociation de la convention-cadre de l'OMS. Elle réunira des représentants de divers ministères, d'organisations non gouvernementales et d'autres organisations internationales et portera sur les problèmes des pays en développement qui devraient être pris en compte aux stades de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la convention. Cette réunion devrait servir de base à des consultations nationales en vue de la mise en place de comités nationaux "modèles" destinés à soutenir le processus d'élaboration et d'adoption de la convention.

Le rôle du Secrétariat de l'OMS dans ce processus consiste à fournir aux Etats Membres un appui technique et des conseils avant et pendant les négociations.

gisme et réduire ses ravages inacceptables.

REFERENCES

1. **Peto R et al.** *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. New York, Oxford University Press, 1994.
2. **Parkin DM et al.** At least one in seven cases of cancer is caused by smoking. Global estimates for 1985. *International journal of cancer*, 1994, **59**(4): 494-504.
3. *Rapport sur la santé dans le monde, 1997 _ Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
4. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. Washington, The World Bank, 1999.
5. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale, 1993.
6. **Murray CJL, Lopez AD.** *The global burden of disease*. Cambridge MA, Harvard University Press, 1996.
7. **Barnum H.** *Initial analysis of the economic costs and benefits of investing in tobacco*. Washington, The World Bank, 1993 (unpublished manuscript, Human Development Department).
8. **US Department of Health and Human Services.** *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville MD, Centers for Disease Control, 1988 (DHHS Publication No. CDC 88-8406).
9. *CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : description clinique et directives pour le diagnostic*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.
10. **Dunn WL Jnr.** *Motives and incentives in cigarette smoking*. Philip Morris 1972. Minnesota Tobacco Trial _ Exhibit 18089.
11. **Jha P, Chaloupka FJ** (eds). *Tobacco control policies in developing countries*. New York, Oxford University Press, 1999.
12. **Hurt RD, Robertson CR.** Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: The Minnesota tobacco trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, **280**: 1178-1181.
13. **Chaloupka JF, Laixuthai A.** *US trade policy and cigarette smoking in Asia*. Cambridge MA, National Bureau of Economic Research, 1996 (NBER Working Paper 5543).
14. **Townsend J.** *Tobacco price and the smoking epidemic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (unpublished document, Smoke-free Europe Series, No. 9).
15. **Hu TW, Sung HY, Keeler TE.** Reducing cigarette consumption in California: Tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *American journal of public health*, 1995, **85**(9): 1218-1222.
16. **Farrelly MC, Bray JW.** Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups _ United States, 1976-1993. *Journal of the American Medical Association*, 1998, **280**(23): 1979-1980.
17. **Saxenian H, McGreevey W.** *China _ Issues and options in health financing*. Washington DC, The World Bank, 1996 (Report No. 15278).

6

POUR UN RÉEL CHANGEMENT

Les progrès spectaculaires réalisés au cours du siècle qui s'achève ont révolutionné la situation sanitaire de la plus grande partie de l'humanité. Dans les pays riches, l'espérance de vie a augmenté de 30 à 40 ans et, dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'évolution a été encore plus spectaculaire et a radicalement amélioré la qualité de la vie tout en favorisant la croissance économique.

Cependant, ainsi que le montre le présent rapport, plus d'un milliard de personnes vont franchir le seuil du XXI^e siècle sans avoir bénéficié de ces avancées : leur vie demeure brève et marquée par la maladie. Nombreuses aussi sont celles qui ne profitent pas de toutes les occasions d'améliorer leur état de santé parce que les systèmes de santé affectent des ressources à des interventions d'une qualité ou d'un rapport coût/efficacité discutables. Enfin, un nombre croissant de personnes négligent ou reportent des soins essentiels, ou bien s'exposent à de très lourdes charges financières parce qu'elles doivent inopinément recevoir des services coûteux. Ainsi, les ministères de la santé et les pays sont toujours confrontés à d'énormes problèmes. Lorsqu'ils seront résolus, on constatera une nette amélioration de la qualité de la vie à l'échelle mondiale, y compris pour les pauvres qui bénéficieront en outre du fait que l'on s'attaque à l'une des causes profondes de la pauvreté en augmentant leur productivité.

En matière de santé, l'absence d'une ferme direction et d'un plaidoyer convaincant à l'échelle mondiale – ingrédients indispensables dans la recette du progrès – se fait cruellement sentir. Or, les initiatives Faire reculer le paludisme et Pour un monde sans tabac supposent toutes deux une direction mondiale, et le plaidoyer, qui en est l'une des fonctions, s'impose pour montrer aux premiers ministres et aux ministres des finances comment, en investissant dans la santé des pauvres, on peut stimuler la croissance et alléger la pauvreté.

Grâce à une prise en main efficace des problèmes de santé, le monde pourrait avoir accompli, à l'issue de la première décennie du XXI^e siècle, de remarquables progrès. La plupart des pauvres du monde entier ne seraient alors plus exposés aux décès prématurés et aux trop nombreuses incapacités qui les frappent aujourd'hui et la pauvreté aurait elle-même nettement reculé. L'espérance de vie en bonne santé aurait progressé pour tous. Le tabagisme et autres risques pour la santé seraient devenus négligeables et les risques financiers liés à la survenue de besoins médicaux imprévus seraient plus équitablement répartis de sorte qu'aucune famille n'aurait plus à faire face à des dépenses ruineuses. Quant aux systèmes de santé, ils seraient en mesure de répondre à des demandes de plus en plus diverses avec une compassion, une efficacité et un souci de qualité accrus. Les progrès du XX^e siècle sont la preuve que de tels résultats sont tout à fait possibles, mais le problème,

pour les dirigeants du XXI^e siècle, sera d'y parvenir encore plus rapidement.

Nous en avons les moyens. Le présent rapport fait valoir que, malgré l'ampleur de la tâche, nous possédons les instruments nécessaires pour accomplir des progrès considérables pendant la première décennie du siècle à venir. Quels sont, précisément, les principaux défis ?

- Tout d'abord, *il importe de réduire considérablement l'impact de la surmortalité et de la surmorbidity auxquelles sont confrontés les pauvres*. Le Comité d'Aide au développement de l'OCDE s'est fixé pour cible de réduire de moitié d'ici l'an 2015 le nombre de personnes vivant dans un complet dénuement. Cette cible est à notre portée, mais il faudra que les gouvernements du monde entier revoient la manière dont ils utilisent leurs ressources. Ils devront se concentrer sur les interventions permettant d'exercer un maximum d'effet sur la santé avec les ressources limitées dont ils disposent. Ils devront aussi accorder une attention accrue à des maladies comme la tuberculose, qui frappent particulièrement les pauvres, ainsi qu'au paludisme et au VIH/SIDA, qui freinent considérablement la croissance économique.

Les femmes et les enfants souffrent davantage de la pauvreté que les hommes et c'est pourquoi des investissements accrus doivent être consacrés à la réduction de la mortalité maternelle et à la recherche des moyens d'améliorer la nutrition maternelle et infantile. Réduire l'impact de la surmortalité et de la surmorbidity signifie aussi revitaliser les programmes de vaccination et en étendre la couverture, car ils sont encore l'une des technologies les plus efficaces et les plus rentables dont nous disposons. L'éradication de la poliomyélite dans les Amériques au cours de la dernière décennie et les progrès spectaculaires de la lutte contre cette maladie dans le reste du monde permettent d'espérer qu'à l'instar de la variole, ce fléau va devenir une maladie du passé.

- Deuxièmement, *les systèmes de santé doivent contrer à l'avance les menaces potentielles pour la santé liées à la crise économique, à un environnement malsain ou à des comportements à risque, dont la plus grave est peut-être l'accoutumance au tabac*. L'engagement mondial dans la lutte contre le tabagisme – objectif de l'initiative Pour un monde sans tabac – pourrait éviter des dizaines de millions de décès prématurés au cours du prochain demi-siècle et, en cas de succès, servir d'exemple à la lutte contre d'autres menaces. En mettant au point des réactions efficaces aux nouvelles infections et en freinant la propagation d'une résistance aux antibiotiques, on contribuera à éloigner la perspective d'une nette augmentation du risque de contracter une maladie infectieuse. Outre qu'elle agit sur des menaces précises, la promotion de modes de vie sains sous-tend de façon plus générale une stratégie préventive de limitation des risques : l'hygiène de l'air et de l'eau, un assainissement satisfaisant, une nourriture saine et des moyens de transport moins dangereux ont tous une grande importance et seront favorisés par une croissance économique régulière dans un monde où les femmes seront, autant que les hommes, en mesure d'améliorer leur degré d'instruction.
- Troisièmement, *il est nécessaire de mettre en place des systèmes de santé plus efficaces*. Dans de nombreuses régions du monde, les systèmes de santé sont mal équipés pour faire face aux demandes actuelles et, a fortiori, aux demandes futures. Les problèmes institutionnels qui limitent les performances du secteur de la santé sont souvent communs à tous les services publics d'un pays. Or, malgré leur importance, ils ont été relativement négligés par les gouvernements et les organismes de développement. Des questions

telles que les salaires et incitations du secteur public, la définition des priorités et le rationnement des soins, et le développement incontrôlé du secteur privé figurent parmi les points les plus délicats du programme international d'action sanitaire.

Les possibilités de financement des gouvernements et leur capacité à assurer des services ont des limites, d'où la nécessité de politiques publiques qui tiennent compte de ces limites. Les Etats doivent continuer à se charger des grandes orientations politiques, de la création d'une réglementation appropriée et du financement. Ils doivent aussi chercher à diversifier les sources de services et choisir les interventions qui, en fonction des ressources que chaque pays décide d'affecter à cet usage, garantiront des avantages sanitaires maximum et leur répartition la plus équitable.

- Enfin, *il est nécessaire d'investir dans le développement de la base de connaissances* qui a rendu possible la révolution sanitaire du XX^e siècle et qui fournira les outils nécessaires pour continuer à progresser au XXI^e siècle. Les gouvernements des pays à haut revenu et les grandes sociétés pharmaceutiques axées sur la recherche consacrent actuellement des ressources considérables aux activités de recherche-développement orientées vers les besoins des riches, et elles continueront à le faire. Une grande partie de ces investissements profite à toute l'humanité, mais on relève au moins deux très graves lacunes. La première concerne la recherche-développement sur les maladies infectieuses, lesquelles sévissent principalement chez les pauvres, et l'autre la mise à jour systématique d'une base de données que les pays puissent consulter pour déterminer l'évolution de leur propre système de santé.

Ces défis donnent aux gouvernements, aux membres de la communauté internationale et à l'OMS une idée de la marche à suivre. Chacun de ces acteurs a des besoins, des valeurs et des moyens qui lui sont propres et peut s'estimer peu concerné par l'un ou l'autre des problèmes qui se posent. Ce qui compte, c'est que chacun d'eux concentre ses ressources sur les secteurs où il peut provoquer un réel changement.

C'est dans les pays eux-mêmes que se trouve l'essentiel des ressources financières pour la santé et c'est donc aux gouvernements que doit incomber, en dernière analyse, la responsabilité des succès (ou des échecs). Seule une infime partie des ressources que les pays à faible ou moyen revenu consacrent à la santé provient du système international : banques de développement, organismes bilatéraux d'aide au développement, organisations internationales non gouvernementales, fondations et OMS. Les dépenses de santé de l'ensemble des pays à faible ou moyen revenu s'élevaient en 1994 à environ \$250 milliards dont 2 ou 3 milliards seulement provenaient de l'aide au développement (1,2). Pour que l'OMS puisse susciter un réel changement, il lui faut concentrer ses activités dans les pays sur les secteurs où elles sont le plus à même d'améliorer la santé. A cette fin, il conviendra de s'inspirer des deux principes suivants.

Premièrement, le fait d'axer l'assistance technique et les transferts de capitaux sur des pays qui partagent la même vision stratégique renforcera l'impact de ces mesures. Il est préférable d'éviter que des gens de l'extérieur imposent leurs propres stratégies et on les incitera à soutenir plutôt les projets et les politiques que les gouvernements se sont engagés à exécuter. En concentrant les ressources sur les pays pauvres ou les groupes vulnérables qui n'ont pas d'autres sources de financement, on en accentuera aussi l'impact. Une étude de la Banque mondiale sur ce qui contribue au succès – ou à l'échec – de l'aide au développement contient de sérieux arguments en faveur de ces deux principes (3). Lorsque l'aide au développement a servi à soutenir des gouvernements qui appliquent de bonnes

politiques, elle a nettement favorisé la croissance économique et réduit la misère, en particulier dans les pays pauvres. Mais, lorsque des intervenants extérieurs ont cherché à contrecarrer des politiques nationales inadaptées, ils n'ont pas atteint leur but. La Banque mondiale conclut qu'une part excessive de l'aide au développement est ainsi gaspillée. Si l'OMS veut créer un réel changement, il est clair que l'assistance technique et financière qu'elle accorde à certains pays dans le domaine de la santé doit être réservée à ceux de ces pays dont les politiques reflètent une volonté commune d'atteindre les pauvres et de développer efficacement le système de santé.

Deuxièmement, la communauté internationale devrait éviter d'affecter ses ressources à des activités que les pays peuvent financer eux-mêmes pour les réserver à la poursuite d'objectifs nécessitant une action collective internationale (4), comme par exemple :

- diriger, sur le plan mondial, les activités en rapport avec la santé, et plaider en leur faveur;
- recueillir et diffuser des bases factuelles et statistiques susceptibles d'être utilisées par tous les pays;
- catalyser une surveillance mondiale efficace des maladies (comme, actuellement, la grippe, pour ne retenir que cet important exemple);
- définir des normes et critères;
- fixer un certain nombre d'objectifs sanitaires mondiaux ou régionaux pour lesquels une action concertée des pays s'impose (exemple : l'éradication de la poliomyélite);
- aider à défendre les intérêts de ceux dont la santé est négligée dans leur propre pays et des apatrides;
- veiller au financement des activités de recherche-développement essentielles destinées aux pauvres.

Provoquer un réel changement au niveau des pays consiste – pour l'OMS comme pour les autres – à accorder la priorité aux mesures qui auront le plus d'impact. Il s'agira dans certains cas d'une assistance technique destinée à tel ou tel pays mais, le plus souvent, la collaboration *avec* les pays à la mise en oeuvre de programmes présentant un intérêt pour l'ensemble des participants donnera de meilleurs résultats.

RÉFÉRENCES

1. *Sector strategy: Health, nutrition and population*. Washington DC, Banque mondiale, 1997: 4.
2. *Investing in health research and development. Rapport du Comité ad hoc sur la recherche en santé concernant les options d'interventions futures*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document WHO/TDR/Gen/96.1): 230-231.
3. *Assessing aid*. New York: Oxford University Press for The World Bank, 1998.
4. *Rx for global health cooperation beyond 2000. Report on the Conference on World Health Cooperation Beyond 2000*, Mexico, 29 mars–1^{er} avril 1998. Washington DC, Conseil du développement outre-mer, 1998.

TROISIÈME PARTIE

ANNEXE STATISTIQUE

Depuis des siècles, les gouvernements recueillent des données – pour les impôts et à d'autres fins administratives – sur les caractéristiques de leurs populations. Au fil des ans, l'exhaustivité et l'exactitude de ces données se sont améliorées et, parallèlement, des disparités croissantes se manifestent à cet égard entre les pays. Tous les pays enregistrent un minimum d'informations sur leurs économies et leurs populations, et la plupart les classent, au cours de leur élaboration et de leur diffusion, dans des rubriques qui coïncident pour l'essentiel avec celles des autres pays. Ainsi, les décideurs peuvent-ils comparer les caractéristiques de leur propre pays ou de leur propre système de santé avec ce qui se fait dans les autres pays (ou avec leurs propres expériences passées).

Pour tirer le meilleur parti possible des importants investissements consacrés par les pays à leurs statistiques, il faut qu'un service central améliore la comparabilité et la qualité des données, produise et publie des séries complètes portant sur des périodes prolongées et mette en évidence d'importants thèmes communs. Une telle entreprise doit manifestement permettre de régler le problème des différences de qualité et d'opportunité des données et, dans l'immédiat, d'utiliser au mieux les données disponibles. A terme, il importe d'inciter et d'aider les pays à améliorer la qualité et la capacité de leur système de statistiques. L'OMS accorde maintenant une attention considérable, par l'intermédiaire de son Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé, au renforcement des moyens dont elle dispose pour améliorer les données démographiques et sanitaires ainsi que les systèmes de données.

L'une des principales activités initiales de ce Programme a consisté à préparer des estimations des nombres de décès et de la charge des maladies par cause pour 1998, et les résultats de ce travail sont publiés pour la première fois dans la présente annexe. D'autres tableaux de l'annexe résument les données de programmes de l'OMS et d'autres institutions ainsi que les résultats des recherches menées pour la préparation du présent rapport.

NOTES EXPLICATIVES

L'annexe statistique comprend des tableaux où figurent des données de base sur tous les États Membres et où sont résumées les caractéristiques démographiques par Région OMS (Tableaux 1 et 5 de l'annexe), des tableaux présentant des évaluations des nombres de décès et de la charge des maladies pour une centaine de causes par Région OMS (Tableaux 2-4 de l'annexe), des tableaux qui indiquent les performances des pays dans certains domaines de la santé (Tableaux 6 et 7 de l'annexe), et des tableaux contenant des données particulières sur l'incidence du paludisme, du tabagisme et de la tuberculose ainsi que sur la mortalité et la charge de morbidité qui en résultent, lesquelles font l'objet d'un examen assez approfondi dans le texte (Tableaux 8-10 de l'annexe). Cette compilation de données hautement sélective donne ainsi une large vue d'ensemble de la santé dans le monde et des principales caractéristiques des systèmes économiques et sanitaires, ainsi que des informations plus détaillées à l'appui des principaux arguments présentés dans le *Rapport sur la santé dans le monde*.

Les tableaux de l'annexe présentent un choix de données sur des pays déterminés, sur des pays regroupés par Région OMS et sur l'ensemble des États Membres. La carte ci-dessous indique

la situation géographique de chacune des six Régions OMS, à savoir : l'Afrique (AFR), les Amériques (AMR), l'Asie du Sud-Est (SEAR), l'Europe (EUR), la Méditerranée orientale (EMR), et le Pacifique occidental (WPR). Le Tableau 1 de l'annexe donne la liste des Membres de chaque Région dans l'ordre alphabétique. Le Tableau 5 de l'annexe résume les données démographiques de chaque Région. La classification des pays à haut revenu et à bas ou moyen revenu est basée sur l'ouvrage *World development indicators 1998*, Washington DC, Banque mondiale, 1998. Les chiffres ayant été arrondis, les sommes des rubriques des tableaux de l'annexe peuvent ne pas toujours être égales aux totaux. Dans certains cas, des transformations, agrégations et analyses de données de base donnent des chiffres plus utiles aux décideurs que les données initiales. Plusieurs des tableaux de l'annexe donnent les produits de telles transformations, tandis que d'autres contiennent des chiffres plus proches des rubriques initiales.

Les présentes notes explicatives décrivent les sources des données et les méthodes utilisées pour calculer les résultats figurant sur les tableaux, pour chacun des tableaux successivement. En raison de leur origine commune, les Tableaux 2-4 de l'annexe sont expliqués dans une même section.

Bureaux régionaux de l'OMS et zones desservies, 1999

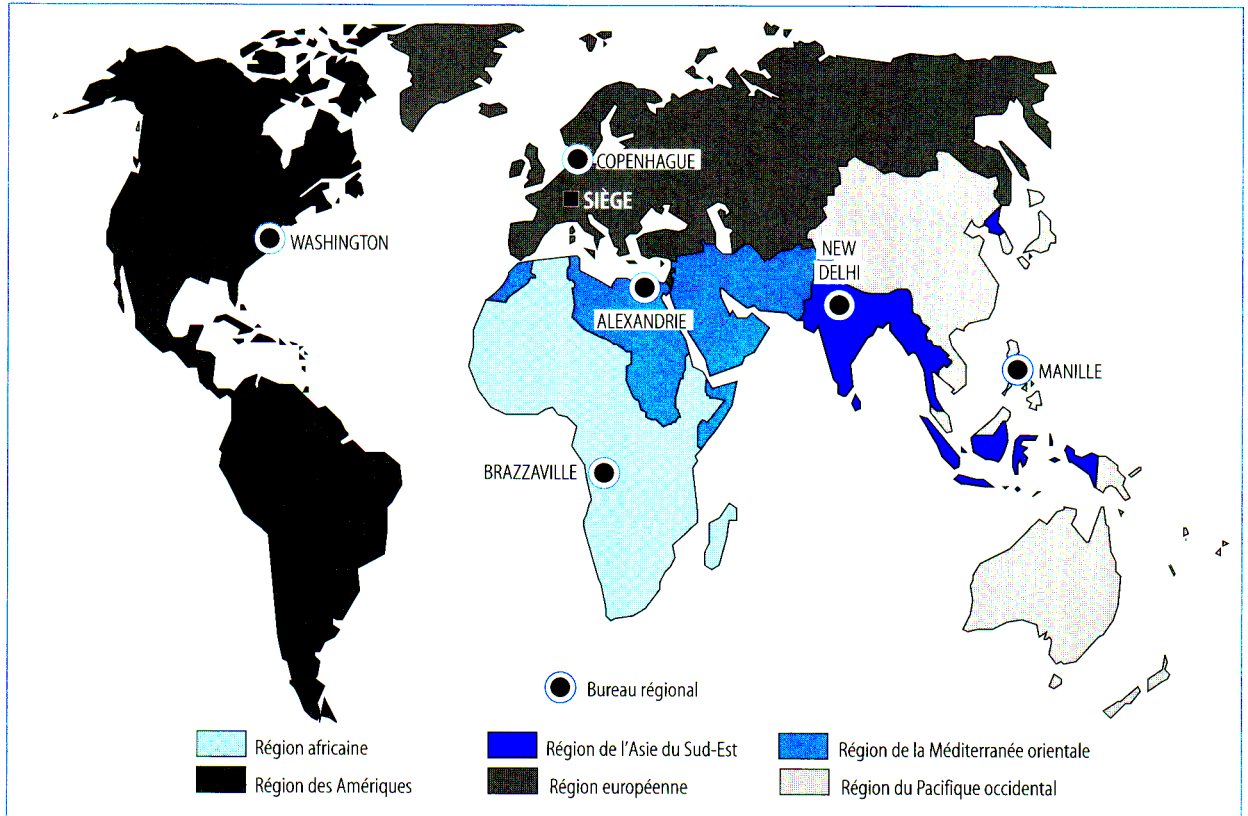


TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Sources de données et explication des titres des colonnes

Population

1. Population totale en milliers d'habitants pour 1998. Source : United Nations dataset *World population prospects 1950-2050 (the 1998 revision)*, New York, Division de la Population de l'ONU, 1998.
2. Le taux annuel d'accroissement a été calculé comme étant le changement moyen en pourcentage de la taille de la population entre 1978 et 1998. Les estimations de la taille des populations pour 1978 et 1998 sont extraites du United Nations dataset *World population prospects 1950-2020 (the 1998 revision)*, New York, Division de la Population de l'ONU, 1998.
3. Le rapport de dépendance économique s'entend de la population âgée de 0 à 14 ans et de plus de 65 ans, en pourcentage de la population des 15-64 ans. Les estimations de la taille des populations pour 1978 et 1998 sont extraites de *World population prospects 1950-2020 (the 1998 revision)*, New York, Division de la Population de l'ONU, 1998.
4. L'indice synthétique de fécondité est le nombre moyen d'enfants auxquels donne naissance une femme en âge de procréer. Les estimations pour 1978 et 1998 sont tirées de *World population prospects: The 1998 revision*, New York, ONU, 1999.

Taux de mortalité

5. Le taux de mortalité infantile (TMI) est le nombre de décès pour 1000 naissances vivantes entre la naissance et le premier anniversaire. Les estimations sont données pour 1978 et 1998. Source : *World population prospects: The 1998 revision*, New York, Organisation des Nations Unies, 1999.
6. La probabilité d'un décès entre la naissance et le cinquième anniversaire pour 1000 naissances vivantes est indiquée pour les enfants de sexe masculin et féminin en 1998. Source : Supplementary tabulations to *World population prospects: The 1998 revision* (New York, Organisation des Nations Unies, 1999), Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies.
7. La probabilité d'un décès entre les âges de 15 et 59 ans pour 1000 habitants est indiquée pour les hommes et les femmes de ce groupe d'âge en 1998. Source : Supplementary tabulations to *World population prospects: The 1998 revision* (New York, Organisation des Nations Unies, 1999), Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies.
8. Le rapport de mortalité maternelle (RMM) est défini comme étant le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le RMM mesure le risque de décès au moment où une femme tombe enceinte. Les estimations du RMM pour 1990 doivent être utilisées avec précaution. Les meilleures estimations mondiales pour l'année 1995 sont actuellement en voie d'élaboration. De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du Directeur du Département Santé et recherche génésiques, OMS, Genève.

Indicateurs sociaux et économiques

9. Les estimations de l'espérance de vie à la naissance chez les hommes et les femmes en 1978 et 1998 sont tirées de *World population prospects: The 1998 revision*, New York, Organisation des Nations Unies, 1999.
10. Le produit intérieur brut (PIB) réel par habitant, à parité de pouvoir d'achat, est exprimé en dollars des États-Unis de 1985. Les données proviennent de : Penn World Table dataset, Mark 5.6, the Chain index, disponible sur : <http://www.nber.org/>

pwt56.html (Summers R, Heston A. The Penn World Table (Mark 5): An expanded set of international comparisons, 1950-1988. *Quarterly journal of economics*, 1991, **106**: 327-368). Le taux moyen de croissance annuelle (calculé comme étant le taux de croissance sur une période donnée, divisé par le nombre d'années de la période) du PIB par habitant est indiqué pour deux périodes : 1962-1992 et 1982-1992.

11. Degré d'instruction : le nombre moyen d'années d'études est indiqué pour les femmes de 25 ans et au-dessus. L'inégalité entre hommes et femmes dans ce domaine est donnée comme la différence entre les nombres moyens d'années d'études des hommes et des femmes âgés de 25 ans ou plus. Source : Barro R, Lee JW. International measures of schooling years and schooling quality. *American economic review, Papers and proceedings*, 1986, **2**: 218-223.
12. Pour mesurer la malnutrition, on a choisi le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de développement. Le retard de développement est défini comme une stature pour l'âge située au-dessous de deux écarts types par rapport à la valeur médiane internationale de référence. Les estimations sont indiquées pour des enfants de sexe masculin et féminin et pour la dernière année sur laquelle on dispose de données à partir de 1990. Ces estimations ont été fournies par le Département Nutrition, santé et développement, Groupe Développement durable et milieux favorables à la santé, OMS, Genève. Les moyennes régionales des deux sexes pour la période 1975-1995 se trouvent dans : *WHO global database on child growth and malnutrition* (document WHO/NUT/97.4. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997). Des informations détaillées sur les données nationales, ventilées par sexe, par groupe d'âge, par zone urbaine ou rurale et par Région, peuvent être trouvées sur le site : <http://www.who.int/whosis> sous *WHO global database on child growth and malnutrition*.

Les services de santé et leur financement

13. Des estimations du pourcentage d'enfants vaccinés contre la variole sont indiquées pour 1987 et 1997. Source : Département Vaccins et autres produits biologiques, Groupe Technologie de la santé et produits pharmaceutiques, OMS, Genève.
14. Les données sur le total des dépenses de santé en pourcentage du PIB et le pourcentage des dépenses de santé provenant du secteur public sont tirées de : Bos E et al. *Health, nutrition and population indicators: A statistical handbook*, Washington DC, Banque mondiale, 1999 (Health, nutrition and population series).

TABLEAUX 2-4 DE L'ANNEXE

Méthodes

Les procédures suivantes ont été utilisées pour obtenir des projections des taux de mortalité au niveau des pays. Nous avons commencé par reproduire l'analyse originale figurant dans l'étude de 1990 sur la charge globale des maladies (Murray CJL, Lopez AD (eds). *The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Harvard School of Public Health, pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale, 1996, Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I), en corrigeant un certain nombre de données et d'erreurs de codage. L'analyse initiale comprenait des variables explicatives (mesures du tabagisme, logarithme du PIB par habitant et de son carré, logarithme du capital humain et tendance chronologique rendant compte de la technologie) dans une régression linéaire sur les taux de mortalité logarithmiques avec une correction constante et la suppression des données

manquantes par liste. Nous avons cherché à améliorer ces projections de plusieurs manières et tenté de déterminer dans quelle mesure nous y étions parvenus, d'abord en étalonnant le modèle avec des données allant de 1955 à 1994, puis en comparant les prédictions avec les taux de mortalité effectifs en 1995. Nous avons également essayé d'éliminer une année sur deux ou plusieurs années de suite. Pour tous nos modèles, nous avons utilisé l'imputation multiple (Rubin D. *Multiple imputation for nonresponse in surveys*, New York, Wiley, 1987) au moyen de l'algorithme EMis (King G et al. Listwise deletion is evil: What to do about missing data in political science? Présenté à la réunion annuelle de l'American Political Science Association, Boston, 1998) et du logiciel *Amelia* (Honaker J et al. 1999, disponible gratuitement sur le site : <http://gking.harvard.edu>) afin de régler les problèmes posés par les nombreuses données manquantes.

Pour faire les imputations, nous avons utilisé toutes les variables disponibles ainsi que plusieurs variables retardées. Cette procédure a constamment amélioré les prédictions de sorte que toutes les estimations sont basées sur elle. Nous avons alors essayé une longue liste de modèles candidats, y compris diverses versions pour les corrections d'erreurs, les tendances locales, les ajustements partiels, les regroupements partiels au moyen d'un modèle de Bayes empirique, les effets fixes et d'autres modèles. A en juger uniquement par notre méthode d'évaluation décrite plus haut, les meilleurs modèles ne comportaient aucun élément dynamique, n'utilisaient aucune variable explicative à l'exception de la technologie (sous la forme d'une tendance linéaire) et incluaient une correction constante. Par exemple, les modèles de correction d'erreurs n'ont été d'aucun secours malgré une non-stationnarité avérée, et les modèles dynamiques n'ont pas été plus utiles malgré une dépendance probable entre les séries chronologiques. Notre préférence allait vers une moyenne pondérée de ce "meilleur" modèle et d'un autre modèle dynamique, mais les spécialistes de l'OMS ont estimé qu'une telle association donnerait des prédictions déraisonnables. Nous avons donc décidé d'utiliser une moyenne pondérée de ce "meilleur" modèle et du modèle original de la charge globale de la maladie de 1990 (avec imputation multiple des données manquantes) en appliquant des coefficients de pondération obtenus auprès de spécialistes pour chacune des catégories de causes de décès. Etant donné que l'on a de bonnes raisons de penser que des modèles incluant de manière appropriée des éléments dynamiques permettront d'améliorer ces prédictions, il reste encore beaucoup à faire.

Le modèle final a permis d'obtenir des prédictions pour les 16 causes de décès et groupes de causes de décès suivants : cancer du foie, cancer du sein, cancer de la bouche, cancer de l'estomac, cancer du col, autres cancers, maladies infectieuses autres que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, maladies cardio-vasculaires, maladies des voies respiratoires, maladies de l'appareil digestif, toutes autres maladies, accidents de la circulation, traumatismes non intentionnels, suicide, homicide et acte de violence, et fait de guerre. Nous avons supposé que le détail des causes de chaque groupe mentionné ici pour 1998 serait le même que pour l'analyse de 1990 de la charge globale des maladies. Les estimations relatives au VIH/SIDA, au cancer du poulmon, au paludisme et à la tuberculose ne sont pas basées sur ce modèle.

Les estimations concernant les maladies suivantes ont été obtenues à l'aide d'autres méthodes :

1. Les estimations figurant aux Tableaux 2-4 de l'annexe se réfèrent à des cas de tuberculose chez des personnes séronégatives pour le VIH. La mortalité estimative des personnes infectées par la tuberculose et VIH-négatives en 1998 s'élevait à 1,49 million de décès et se situait dans une fourchette de 1,1 à 2,2 millions de décès. Le Tableau 10 de l'annexe donne des estimations de l'incidence des décès et

des AVCI par sexe pour des tuberculeux VIH-positifs et VIH-négatifs. Les méthodes utilisées et la source de ces estimations figurent dans la note explicative du Tableau 10 de l'annexe.

2. VIH/SIDA. Les méthodes statistiques utilisées pour estimer la mortalité due au SIDA sont basées en partie sur l'imputation des données manquantes des sites sentinelles sur la prévalence. Une validation plus poussée des résultats de l'imputation améliorerait la fiabilité de la méthode. En outre, l'application de la distribution gamma pour estimer la courbe épidémique du VIH/SIDA est problématique dès lors que l'épidémie est installée. La trajectoire estimative de l'épidémie dans différents pays sur la base de modèles statistiques devrait être comparée à d'autres observations épidémiologiques pour s'assurer que les estimations reflètent convenablement l'expérience nationale. Pour les estimations relatives à la mortalité due au SIDA en Afrique subsaharienne, on a utilisé les statistiques nationales de morbidité afin d'ajuster les chiffres basés sur les modèles. Les résultats dépendront manifestement de la fiabilité de ces données, notamment en ce qui concerne les taux de mortalité des adultes. L'ONUSIDA et l'OMS collaboreront activement en vue d'affiner et de développer ces méthodes, et d'autres encore, pour réduire l'incertitude des estimations épidémiologiques du VIH/SIDA dans le cadre du groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des MST.

Pour l'Afrique subsaharienne, le nombre estimatif des décès dus au VIH/SIDA s'est élevé en 1998 à 1,83 million avec un intervalle de confiance de 95%, ce qui donne une fourchette de 1,1 à 2,4 millions de décès.

3. Poliomyélite et diphtérie. Les chiffres sont arrondis au millier le plus proche. Ces deux maladies provoquent quelques décès dans toutes les Régions, à l'exception des Amériques où la poliomyélite a été éradiquée.
4. Tétanos. Comprend le tétanos néonatal (environ 300 000 décès) et le tétanos aux autres âges.
5. Méningite. Méningite bactérienne et méningococcémie.
6. Paludisme. En Afrique, on estime que le nombre de décès dus au paludisme se situe dans une fourchette de 758 000 à 1,3 million. Les méthodes utilisées pour obtenir ces estimations sont décrites au Tableau 8 de l'annexe.
7. Lèpre. Les chiffres étant arrondis, on estime que quelque 200 décès à AFRO et AMRO et 100 décès à EMRO et WPRO ont été omis dans les totaux régionaux. Pour SEARO, ce total est de 1400.
8. Affections maternelles. En raison des difficultés inhérentes à l'évaluation de la mortalité maternelle, ces estimations sont très incertaines. On estime qu'en 1998, les décès maternels se situaient dans une fourchette de 376 000 à 646 000 dans le monde. Les différences entre ces chiffres résultent largement de l'incertitude qui règne au sujet des causes indirectes de décès maternel, causes que l'on estime être à l'origine de 10 à 20% de la mortalité maternelle. Parmi ces causes indirectes figurent les maladies préexistantes contractées au cours de la grossesse et aggravées par les effets physiologiques de celle-ci, par exemple le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA et les maladies cardio-vasculaires.
9. Cardiopathie rhumatismale. Ne comprend pas les autres maladies rhumatismales.
10. Diabète. Le diabète accroît le risque de maladie cardio-vasculaire et autre. De ce fait, la mortalité imputable au diabète s'élève à 1,5 million de décès au moins, et probablement très au-dessus.
11. Dépendance à l'égard de l'alcool/de la drogue. Les estimations de la dépendance à l'égard de l'alcool et de la drogue ne représentent qu'une petite partie de la charge des maladies et traumatismes imputables à l'usage de l'alcool et des drogues. L'usage de l'alcool et autres drogues est un facteur

de risque pour toute une série de maladies, de traumatismes et de décès, autrement que par le biais de la dépendance.

12. Affections périnatales. Celles-ci ne comprennent pas l'insuffisance pondérale à la naissance, pas plus que l'asphyxie et les traumatismes obstétricaux.

TABLEAU 5 DE L'ANNEXE

Tous les indicateurs démographiques sont basés sur : *World population prospects: The 1998 revision*, New York, Organisation des Nations Unies, 1999. Font exception : la probabilité d'un décès avant l'âge de 5 ans, pour 1978, qui est basée sur les tableaux supplémentaires de la révision de cette publication en date de 1996, et le nombre de décès ainsi que le taux brut de mortalité pour 1998, qui sont basés sur le Tableau 2 de l'annexe. Le PIB par habitant corrigé du pouvoir d'achat de la monnaie et exprimé en US \$ de 1985 est tiré de : Penn World Table dataset, Mark 5.6, the Chain index (voir note 10, Tableau 1 de l'annexe). Tous les indicateurs sont donnés pour 1978 et 1998, à l'exception du PIB par habitant qui est donné pour 1978 et 1992, car cette année est la dernière pour laquelle on dispose de données.

TABLEAU 6 DE L'ANNEXE

Les mesures de la performance de chaque pays indiquent les chiffres réels de la mortalité infantile et de l'espérance de vie des femmes pour l'année indiquée par rapport aux prédictions. Les prédicteurs utilisés sont le logarithme du revenu par habitant (corrigé du pouvoir d'achat), le carré du logarithme du revenu par habitant et des variables indicatives tenant compte du temps (étant donné que, pour un niveau de revenu donné, les états de santé se sont le plus souvent améliorés de façon substantielle au cours de la période considérée). Les chiffres du revenu par habitant sont tirés de : Penn World Table, Version 5.6 (Heston A, Summers R. International price and quantity comparisons: potentials and pitfalls. *International macro- and microeconomic data*, 1996, 86: 20-24; voir aussi la note 10, Tableau 1 de l'annexe). Le modèle qui rapporte la performance aux prédicteurs est un modèle des effets aléatoires estimés par le moindre carré généralisé (STATA (Statistics/Data Analysis). *STATA References*. College Station TX, STATA Corporation, 1996.). Les données sur la santé sont tirées de : *World population prospects: The 1998 revision*, New York, Organisation des Nations Unies, 1999. Des résultats plus complets et une description des méthodes figurent dans : Wang J, Jamison DT, Regression residuals as performance measures: An assessment of robustness in the context of country-level data (document présenté à la session annuelle de l'American Educational Research Association, San Diego, 1998), mais ce document utilise les chiffres démographiques de la Banque mondiale.

Les mesures de la performance des pays en matière de mortalité sont calculées à l'aide de résidus de régression; Wang & Jamison (1998 cité plus haut) examinent l'utilisation de résidus pour mesurer la performance dans ce contexte. En se fondant sur des résidus de régression dérivés, nous avons établi des mesures de performance pour tous les pays sur lesquels nous possédions des données. Pour les taux de mortalité infantile, les mesures de la performance sont les pourcentages de dépassement des taux prévus par les taux de mortalité effectifs. Pour l'espérance de vie, les valeurs réelles et les valeurs prédites sont exprimées en années. Une mesure positive de l'espérance de vie signifie que l'espérance de vie observée dans un certain pays est supérieure à l'espérance de vie prédite en fonction du taux de revenu du pays au moment de l'observation. Des mesures de performance positives pour le taux de mortalité infantile reflètent une performance plus mauvaise que celle qui avait été prévue.

TABLEAU 7 DE L'ANNEXE

Les estimations du pourcentage de la population de chaque pays vivant dans une pauvreté absolue sont tirées du CD-Rom World Bank, World Development Indicators 1998. L'expression "pauvreté absolue" utilisée ici correspond à un revenu par habitant de moins d'un dollar international par jour. Les estimations de la probabilité de décès chez les enfants et les adultes concernent la période 1990-1995 et sont tirées de : *World population prospects: The 1998 revision*, New York, Organisation des Nations Unies, 1999. Les estimations de la prévalence de la tuberculose ont été fournies par le Département Lutte contre les maladies transmissibles, Groupe Maladies transmissibles, OMS, Genève.

L'analyse a été menée à l'aide d'une méthodologie d'inférence écologique mise au point par Gary King à l'Université d'Harvard. Les méthodes utilisées sont décrites en détail dans Gakidou E, Jamison DT, King G, Spohr C. *Health status of the poor versus the non-poor*, 1999 (à paraître). Le progiciel EI peut être obtenu gratuitement sur le site suivant : <http://gking.harvard.edu>. On peut trouver des informations générales sur la littérature concernant les inférences écologiques dans : King G. *A solution to the ecological inference problem: Reconstructing individual behavior from aggregate data*. Princeton University Press, 1997; et dans : King G, Rosen O, Tanner M. Binomial-beta hierarchical models for ecological inference. *Sociological methods and research* (à paraître), ainsi que sur le site : <http://gking.harvard.edu>.

L'inférence écologique se définit classiquement comme l'utilisation de données agrégées pour induire des relations d'intérêt discrètes au niveau individuel lorsque l'on ne dispose pas de données individuelles. Pour cette analyse, nous avons utilisé des données agrégées sur les mesures de santé (probabilité de décès de l'adulte et de l'enfant, incidence/prévalence de la tuberculose) et sur la pauvreté pour induire les grandeurs de ces mesures de la santé dans les sous-groupes de populations pauvres et non pauvres de ces pays. Une estimation de la moyenne pondérée est également donnée.

TABLEAU 8 DE L'ANNEXE

Les estimations du paludisme en Afrique sont basées sur l'étude de Snow RW, Craig M, Deichmann U, Marsh K (Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population. Soumis pour publication au *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1999). Les estimations concernant les autres Régions ont été préparées par le Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé et par l'initiative Faire reculer le paludisme sur la base des données et des informations dont dispose l'OMS.

TABLEAU 9 DE L'ANNEXE

Source : Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé, Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques, OMS, Genève.

TABLEAU 10 DE L'ANNEXE

Les estimations concernant la tuberculose ont été communiquées par le Département Maladies transmissibles : Prévention et lutte, Groupe Maladies transmissibles, OMS, Genève. Les méthodes utilisées pour déduire ces estimations sont décrites dans : Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Ravigliione MC. *Global burden of tuberculosis: Estimated incidence, prevalence and mortality by country in 1997* (sous presse, peut être obtenu auprès de CDC/CPC, OMS, Genève).

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour tous les Etats Membres

Etats Membres par Région OMS*	POPULATION						TAUX DE MORTALITE						
	Population totale		Rapport de dépendance économique (pour 100)		Indice synthétique de fécondité		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)		Probabilité de décès (pour 1 000) avant l'âge de 5 ans				Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000)
	Taille (000)	Taux de croissance annuel (%)	1978	1998	1978	1998	1978	1998	Garçons		Filles		
									1998	1998	1998	1998	1998	1998
Ensemble des Etats Membres	5 884 576	1.6	72	59	3.9	2.7	87	57	83	83	225	156	430
Afrique	601 783	2.8	94	90	6.7	5.4	121	91	172	154	477	428	940
1 Afrique du Sud	39 357	2.0	76	64	4.5	3.3	72	59	98	76	507	390	230
2 Algérie	30 081	2.7	104	70	7.2	3.8	112	44	57	45	147	120	160
3 Angola	12 092	3.0	89	102	6.8	6.8	161	125	217	199	413	355	1 500
4 Bénin	5 781	2.9	94	98	7.1	5.8	122	88	142	124	373	318	990
5 Botswana	1 570	3.2	105	83	6.4	4.4	76	59	112	101	676	610	250
6 Burkina Faso	11 305	2.7	100	100	7.8	6.6	127	99	176	166	557	518	930
7 Burundi	6 457	2.5	94	97	6.8	6.3	127	119	189	168	603	545	1 300
8 Cameroun	14 305	2.8	91	90	6.5	5.3	108	74	120	109	389	345	550
9 Cap-Vert	408	1.8	110	81	6.7	3.6	86	56	68	60	213	125	...
10 Comores	658	3.1	102	85	7.1	4.8	116	76	112	101	303	254	950
11 Congo	2 785	2.9	93	98	6.3	6.1	91	90	147	116	539	475	890
12 Côte d'Ivoire	14 292	3.2	95	88	7.4	5.1	117	87	144	129	555	549	810
13 Erythrée	3 577	2.3	89	89	6.4	5.7	123	91	154	137	430	374	1 400
14 Ethiopie	59 649	2.8	92	96	6.8	6.3	149	116	193	174	559	528	1 400
15 Gabon	1 167	3.0	67	84	4.4	5.4	122	87	143	127	395	353	500
16 Gambie	1 229	3.6	82	77	6.5	5.2	167	122	212	194	408	350	1 100
17 Ghana	19 162	3.1	92	89	6.5	5.2	99	66	107	95	280	227	740
18 Guinée	7 337	2.7	93	90	7.0	5.5	167	124	207	208	402	366	1 600
19 Guinée-Bissau	1 161	2.3	74	88	5.6	5.8	176	130	214	192	443	391	910
20 Guinée équatoriale	431	3.7	82	89	5.7	5.6	149	108	184	169	379	322	820
21 Kenya	29 008	3.2	114	90	8.1	4.5	88	66	107	101	515	475	650
22 Lesotho	2 062	2.4	85	79	5.7	4.8	121	93	132	127	362	304	610
23 Libéria	2 666	2.1	92	97	6.8	6.3	167	116	184	163	489	445	560
24 Madagascar	15 057	2.9	94	90	6.6	5.4	130	83	123	110	319	267	490
25 Malawi	10 346	2.9	99	100	7.6	6.8	177	138	223	217	632	599	560
26 Mali	10 694	2.5	96	101	7.1	6.6	180	118	244	227	244	219	1 200
27 Maurice	1 141	1.0	68	48	3.1	1.9	38	16	22	13	229	111	120
28 Mauritanie	2 529	2.7	87	89	6.5	5.5	125	92	155	142	345	290	930
29 Mozambique	18 880	2.5	88	93	6.5	6.3	160	114	193	173	509	461	1 500
30 Namibie	1 660	2.7	87	84	6.0	4.9	98	65	125	119	453	427	370
31 Niger	10 078	3.3	96	103	8.1	6.8	157	115	198	181	393	336	1 200
32 Nigéria	106 409	2.7	95	88	6.9	5.2	109	81	154	140	426	375	1 000
33 Ouganda	20 554	2.6	101	108	6.9	7.1	114	107	181	164	707	675	1 200
34 République centrafricaine	3 485	2.3	82	88	5.9	4.9	122	98	172	141	580	521	700
35 République démocratique du Congo	49 139	3.4	94	103	6.5	6.4	117	90	148	130	442	391	870
36 République-Unie de Tanzanie	32 102	3.1	100	94	6.8	5.5	113	82	138	123	548	509	770
37 Rwanda	6 604	1.6	104	94	8.5	6.2	133	124	213	191	619	578	1 300
38 Sao Tomé-et-Principe	141	2.4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
39 Sénégal	9 003	2.7	92	90	7.0	5.6	97	63	117	112	418	317	1 200
40 Seychelles	76	1.0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
41 Sierra Leone	4 568	1.9	85	89	6.5	6.1	192	170	277	248	557	504	1 800
42 Swaziland	952	3.0	94	85	6.5	4.7	108	65	109	91	284	220	560
43 Tchad	7 270	2.7	83	97	6.6	6.1	154	112	184	164	452	400	1 500
44 Togo	4 397	2.9	91	97	6.6	6.1	117	84	137	120	524	481	640
45 Zambie	8 781	2.5	104	100	7.2	5.6	94	82	149	144	774	724	940
46 Zimbabwe	11 377	2.7	104	82	6.6	3.8	86	69	123	111	713	689	570
Amériques	802 811	1.5	67	57	3.3	2.4	56	28	39	31	197	109	140
47 Antigua-et-Barbuda	67	0.6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
48 Argentine	36 123	1.4	61	61	3.4	2.6	39	22	28	22	187	95	100

	CRITERES SOCIAUX ET ECONOMIQUES											SERVICES DE SANTE ET LEUR FINANCEMENT				
	Espérance de vie à la naissance (années)				PIB à parité de pouvoir d'achat par habitant			Nombre moyen d'années d'études pour les personnes de plus de 25 ans		Retard de croissance dû à la malnutrition chez les moins de 5 ans (%)		Enfants vaccinés contre la rougeole (%)		Dépenses de santé		
					en 1985	Taux de croissance annuel (%)		Femmes	Différence hommes-femmes	Garçons	Filles			Total (% du PIB)	Secteur public (% du PIB)	Secteur public (% du total)
	Hommes	Femmes			US\$							vers	vers	vers		
	1978	1998	1978	1998	1992	1962-1992	1982-1992	1990	1990	1995	1995	1987	1997	1995	1995	1995
60	65	63	69	4 123	2.7	2.5	4.5	2.1	...	...	53	82	5.2	2.6	48	
1	46	49	49	51	1 261	0.9	-1.9	1.9	1.5	...	...	41	57	3.2	1.7	50
2	52	52	59	58	3 068	1.0	-1.6	4.4	0.8	24	22	75	...	7.9	3.6	45
3	57	68	59	70	2 719	2.6	-0.4	1.9	1.9	18	18	59	74	4.6	3.3	73
4	38	45	42	48	...	...	...	...	...	...	...	55	78	...	4.1	...
5	45	52	49	55	...	...	...	0.7	1.2	27	23	26	82	...	1.7	...
6	55	46	58	48	...	...	...	2.4	0.5	...	...	48	79	2.9	1.6	55
7	42	44	44	45	514	0.6	0.0	...	...	35	32	65	68	5.5	2.3	42
8	44	41	48	44	569	0.4	1.2	...	...	...	...	54	...	...	0.8	...
9	47	53	50	56	1 029	1.3	-2.2	1.7	1.3	27	25	...	43	1.4	1.0	72
10	59	66	62	71	1 085	3.0	1.9	...	...	...	...	75	82	...	3.4	...
11	49	57	53	60	527	-0.2	-2.1	...	...	36	32	71	49	1.2	0.9	79
12	46	46	51	51	2 240	2.3	-1.2	2.9	2.2	...	...	66	18	6.3	3.2	50
13	46	46	50	47	1 104	-0.2	-4.2	...	...	25	24	...	68	3.5	1.4	41
14	44	49	47	52	...	...	...	...	...	36	41	...	53	2.0	1.1	55
15	40	42	44	44	...	...	...	...	...	66	63	13	52	2.6	1.6	61
16	45	51	49	54	3 622	1.8	-1.5	...	...	...	...	67	...	...	0.5	...
17	37	45	41	49	...	...	...	0.5	0.8	33	28	88	91	...	2.0	...
18	50	58	54	62	956	0.1	1.9	1.5	2.6	28	24	28	59	1.5	1.4	94
19	38	46	39	47	740	0.8	-0.6	...	...	...	...	...	56	...	1.2	...
20	36	43	39	46	634	0.8	0.0	...	...	...	...	60	51	...	1.1	...
21	40	48	44	52	...	...	...	...	...	...	...	...	82	6.3	5.2	81
22	51	51	55	53	914	1.5	0.6	1.9	1.9	35	32	...	32	2.6	1.6	62
23	50	55	54	57	952	3.3	-0.8	3.8	-1.1	46	41	84	53	...	4.1	...
24	48	46	51	49	...	...	...	1.0	1.9	...	...	40	...	...	...	...
25	48	56	51	59	608	-2.2	-3.0	...	...	51	48	27	...	...	1.1	...
26	42	39	44	40	496	0.8	0.0	1.6	1.8	50	47	81	87	...	2.3	...
27	44	52	46	55	...	...	...	0.4	0.8	31	29	8	56	2.7	1.2	46
28	62	68	68	75	6 167	2.4	4.7	4.4	1.6	...	...	...	...	4.0	2.3	58
29	44	52	47	55	837	0.1	-0.6	...	...	...	...	27	20	5.2	1.1	21
30	42	44	45	47	711	-1.8	-2.4	0.4	0.7	...	...	37	70	...	4.6	...
31	50	52	53	53	2 774	1.1	-1.2	...	...	30	27	...	57	7.2	3.7	52
32	39	47	42	50	...	...	...	0.3	0.6	41	38	...	42	...	1.6	...
33	43	49	47	52	978	1.9	-3.7	...	...	43	42	24	69	1.3	0.3	25
34	45	39	49	40	547	-0.2	-5.6	0.8	1.2	40	37	48	60	3.9	1.8	45
35	42	43	47	47	514	-1.0	-2.6	...	...	27	30	14	...	...	1.9	...
36	46	49	50	52	...	...	...	1.3	2.0	47	44	41	20	...	0.2	...
37	47	47	51	49	...	...	...	...	...	45	42	78	69	...	2.5	...
38	43	39	47	42	762	1.6	-0.7	0.9	1.2	50	47	74	66	...	1.9	...
39	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	69	60	...	6.2	...
40	42	51	46	54	...	...	...	1.3	1.1	24	22	...	65	...	2.5	...
41	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	...	4.0	...
42	34	36	37	39	734	-0.9	-3.7	0.8	1.1	...	...	...	28	3.6	1.5	43
43	48	58	52	63	...	...	...	3.1	0.9	...	...	77	57	...	2.8	...
44	39	46	43	49	408	-2.2	1.0	...	...	41	39	16	30	3.7	3.7	98
45	46	48	50	50	530	1.2	-2.1	1.3	2.5	36	32	57	38	3.4	1.2	35
46	48	40	51	41	...	...	...	2.7	2.8	43	42	65	69	3.3	2.6	78
47	52	44	56	45	1 162	0.7	-1.4	1.7	1.3	...	...	80	73	6.2	2.2	35
48	65	69	71	76	9 997	1.9	0.8	7.8	0.6	...	...	66	93	8.6	4.1	47
49	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	86	93	5.4	2.9	54
50	65	70	72	77	...	...	...	7.7	0.1	7	2	81	98	9.7	4.3	44

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour tous les Etats Membres

Etats Membres par Région OMS*	POPULATION						TAUX DE MORTALITE										
	Population totale		Rapport de dépendance économique (pour 100)		Indice synthétique de fécondité		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)		Probabilité de décès (pour 1 000) avant l'âge de 5 ans				Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000)				
	Taille (000)	Taux de croissance annuel (%)	1978	1998	1978	1998	1978	1998	1978	1998	Garçons		Filles		Hommes	Femmes	1990
											1998	1978-1998	1998	1998			
Ensemble des Etats Membres	5 884 576	1.6	72	59	3.9	2.7	87	57	83	83	225	156	430				
49 Bahamas	296	1.9	78	56	3.2	2.6	29	16	20	15	207	111	100				
50 Barbade	268	0.4	68	50	2.2	1.5	27	12	14	15	126	80	43				
51 Belize	230	2.5	106	83	6.2	3.7	45	29	37	37	116	85	...				
52 Bolivie	7 957	2.2	86	79	5.8	4.4	131	66	92	83	271	219	650				
53 Brésil	165 851	1.8	75	54	4.3	2.3	79	42	54	41	292	157	220				
54 Canada	30 563	1.2	49	47	1.8	1.6	12	6	8	6	108	61	6				
55 Chili	14 824	1.6	67	56	3.0	2.4	45	13	17	13	158	86	65				
56 Colombie	40 803	2.0	84	61	4.3	2.8	57	30	43	35	220	119	100				
57 Costa Rica	3 841	2.9	77	62	3.9	2.8	30	12	16	13	124	75	55				
58 Cuba	11 116	0.7	71	45	2.1	1.6	23	9	13	10	141	101	95				
59 Dominique	71	-0.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
60 El Salvador	6 032	1.6	94	70	5.6	3.2	95	32	45	37	239	153	300				
61 Equateur	12 175	2.4	90	65	5.4	3.1	82	46	66	54	190	127	150				
62 Etats-Unis d'Amérique	274 028	1.0	52	52	1.8	2.0	14	7	10	8	154	79	12				
63 Grenade	93	0.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
64 Guatemala	10 801	2.6	95	91	6.4	4.9	91	46	65	57	312	201	200				
65 Guyana	850	0.6	85	54	3.9	2.3	67	58	90	65	262	165	...				
66 Haïti	7 952	2.1	85	83	6.0	4.4	139	68	112	97	472	367	1 000				
67 Honduras	6 147	3.1	101	85	6.6	4.3	81	35	54	43	208	150	220				
68 Jamaïque	2 538	1.0	95	64	4.0	2.5	37	22	28	25	132	80	120				
69 Mexique	95 831	2.0	99	63	5.3	2.8	57	31	41	34	198	108	110				
70 Nicaragua	4 807	2.8	100	88	6.4	4.4	90	43	64	53	217	157	160				
71 Panama	2 767	2.0	85	60	4.1	2.6	35	21	29	26	148	96	55				
72 Paraguay	5 222	2.9	90	78	5.2	4.2	51	39	54	43	178	120	160				
73 Pérou	24 797	2.1	86	64	5.4	3.0	99	45	71	58	201	135	280				
74 République dominicaine	8 232	2.1	87	62	4.7	2.8	84	34	51	41	167	121	110				
75 Sainte-Lucie	150	1.5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
76 Saint-Kitts-et-Nevis	39	-0.7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
77 Saint-Vincent-et-Grenadines	112	0.8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
78 Suriname	414	0.8	92	60	4.2	2.2	44	29	39	28	210	130	...				
79 Trinité-et-Tobago	1 283	1.0	69	51	3.4	1.7	32	15	19	12	162	107	90				
80 Uruguay	3 289	0.7	60	60	2.9	2.4	42	18	23	17	179	92	85				
81 Venezuela	23 242	2.5	81	65	4.5	3.0	39	21	27	22	184	105	120				
Asie du Sud-Est	1 485 056	1.9	79	62	4.9	2.9	121	68	87	97	237	189	610				
82 Bangladesh	124 774	2.0	98	67	6.7	3.1	137	79	106	116	295	276	850				
83 Bhoutan	2 004	2.3	81	88	5.9	5.5	130	63	98	94	268	225	1 600				
84 Inde	982 223	2.0	76	64	4.8	3.1	129	72	82	97	230	182	570				
85 Indonésie	206 338	1.8	81	56	4.7	2.6	105	48	69	56	236	184	650				
86 Maldives	271	3.0	86	91	7.0	5.4	106	50	53	80	208	222	...				
87 Myanmar	44 497	1.6	78	51	5.3	2.4	114	79	121	104	262	207	580				
88 Népal	22 847	2.6	85	83	6.2	4.5	142	83	110	124	301	287	1 500				
89 République populaire démocratique de Corée	23 348	1.5	82	48	3.3	2.1	38	22	27	25	184	108	70				
90 Sri Lanka	18 455	1.3	69	51	3.8	2.1	41	18	22	20	171	93	140				
91 Thaïlande	60 300	1.5	83	47	4.3	1.7	56	29	37	33	272	173	200				
Europe	870 128	0.5	56	50	2.2	1.6	35	21	30	23	217	95	59				
92 Albanie	3 119	1.0	73	57	4.2	2.5	50	30	46	39	122	65	65				
93 Allemagne	82 133	0.2	54	47	1.5	1.3	15	5	7	6	132	66	22				
94 Andorre	72	4.4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
95 Arménie	3 536	0.8	60	53	2.5	1.7	22	26	35	30	222	115	50				

	CRITERES SOCIAUX ET ECONOMIQUES										SERVICES DE SANTE ET LEUR FINANCEMENT					
	Espérance de vie à la naissance (années)				PIB à parité de pouvoir d'achat par habitant			Nombre moyen d'années d'études pour les personnes de plus de 25 ans		Retard de croissance dû à la malnutrition chez les moins de 5 ans (%)		Enfants vaccinés contre la rougeole (%)		Dépenses de santé		
					en 1985	Taux de croissance annuel (%)		Femmes	Différence hommes-femmes	Garçons	Fillles			Total (% du PIB)	Secteur public (% du PIB)	Secteur public (% du total)
	Hommes	Femmes	US\$					vers	vers	vers	vers	vers	vers	vers		
	1978	1998	1978	1998	1992	1962-1992	1982-1992	1990	1990	1995	1995	1987	1997	1995	1995	1995
	60	65	63	69	4 123	2.7	2.5	4.5	2.1	...	...	53	82	5.2	2.6	48
49	63	71	71	77	...	...	...	...	...	...	...	93	...	4.2	2.5	59
50	69	74	74	79	...	...	...	8.2	0.0	...	...	92	...	6.8	4.4	65
51	69	73	71	76	4 253	...	1.8	...	...	...	...	64	98	8.0	6.0	75
52	48	60	52	63	1 721	1.2	-0.8	3.3	1.7	33	26	33	98	7.1	4.1	58
53	60	63	64	71	3 882	2.4	-0.2	3.5	0.1	12	9	63	99	4.6	1.8	40
54	71	76	78	82	16 362	2.6	1.8	10.2	0.3	...	...	70	...	9.2	6.6	71
55	64	72	71	78	4 890	1.6	3.5	6.1	0.1	...	...	92	92	6.2	2.5	40
56	62	67	66	74	3 380	2.2	1.4	4.5	-0.6	16	14	72	89	7.4	2.9	40
57	69	74	73	79	3 569	1.7	1.5	5.3	0.1	6	7	90	99	8.5	6.3	74
58	71	74	75	78	...	...	...	6.4	0.5	...	...	99	99	...	7.9	...
59	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	87	99	6.3	4.0	63
60	52	67	62	73	1 876	0.6	0.7	3.0	0.8	23	24	48	97	5.9	2.4	41
61	60	67	63	72	2 830	2.2	-1.2	5.3	0.7	...	...	46	75	5.3	2.0	39
62	69	73	77	80	17 945	1.8	1.9	11.6	0.9	2	2	82	...	14.0	6.6	47
63	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	77	92	5.2	2.8	53
64	54	61	58	67	2 247	0.9	-0.4	2.2	0.7	50	49	24	74	3.2	1.7	54
65	58	61	63	68	...	...	...	5.4	-0.1	...	...	52	82	5.2	4.3	83
66	49	51	52	56	...	...	...	1.3	1.8	32	32	24	...	3.6	1.3	40
67	56	68	60	72	1 385	0.9	-0.4	3.6	0.2	39	40	69	89	5.6	2.8	50
68	68	73	72	77	...	...	...	4.8	-0.6	...	...	62	88	4.9	2.5	51
69	62	70	69	75	6 253	2.6	0.5	5.4	0.9	23	23	54	97	4.2	2.4	56
70	55	66	60	71	...	...	...	3.1	0.5	25	22	44	94	8.6	5.3	61
71	67	72	71	76	3 332	2.1	-0.8	7.6	-0.2	...	...	78	92	6.7	4.7	70
72	64	67	69	72	2 178	1.9	-1.0	4.5	0.5	14	14	56	61	5.1	1.8	36
73	57	66	60	71	2 092	-0.3	-3.5	5.0	0.9	26	25	35	94	3.7	2.2	60
74	60	69	64	73	2 250	1.7	0.0	3.5	0.5	12	9	71	80	5.7	1.8	32
75	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	81	95	3.8	2.5	66
76	...	...	...	...	4 799	...	...	...	...	...	...	91	97	5.3	3.2	61
77	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	91	99	7.0	5.2	74
78	63	68	68	73	...	...	...	...	...	...	...	70	78	4.0	2.0	50
79	66	72	71	76	...	...	...	6.2	0.1	...	...	68	88	3.4	2.1	61
80	66	70	73	78	5 185	1.0	1.1	6.9	-0.4	10	9	99	80	13.4	7.0	52
81	65	70	71	76	7 082	0.2	0.3	4.8	0.2	15	12	57	68	7.5	3.0	40
	53	62	53	64	1 558	2.2	3.3	2.4	2.3	...	...	40	85	4.7	1.1	27
82	47	58	46	58	1 510	1.5	2.5	1.2	2.1	54	55	6	97	2.4	1.2	48
83	45	60	47	62	...	...	...	...	...	...	...	52	84	...	2.3	...
84	53	62	52	63	1 282	1.8	3.2	2.2	2.7	52	52	44	81	5.6	1.2	22
85	52	63	54	67	2 102	4.0	3.5	3.2	1.5	43	41	46	92	1.8	0.6	37
86	56	66	53	63	...	...	...	...	...	28	26	41	96	...	4.9	...
87	50	59	53	62	...	...	...	1.8	0.7	47	42	17	88	...	0.4	...
88	47	58	45	57	...	...	...	0.3	1.5	47	50	37	85	5.0	1.2	24
89	62	69	69	75	...	...	...	...	...	...	...	94	...	...	...	...
90	65	71	69	75	2 215	1.9	2.1	5.0	0.9	23	25	55	94	1.9	1.4	76
91	59	66	63	72	3 942	4.7	6.0	4.8	0.8	...	...	52	...	5.3	1.4	26
	67	69	74	77	10 189	2.6	2.0	6.9	0.8	...	...	65	87	7.1	5.2	78
92	67	70	71	76	...	...	...	...	...	...	...	96	95	...	2.5	...
93	69	74	76	80	...	...	...	...	...	...	...	50	...	10.5	8.2	78
94	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	90	...	...	...
95	69	67	75	74	...	...	...	...	...	...	...	...	92	7.8	3.1	40

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour tous les Etats Membres

Etats Membres par Région OMS ^a	POPULATION						TAUX DE MORTALITE										
	Population totale		Rapport de dépendance économique (pour 100)		Indice synthétique de fécondité		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)		Probabilité de décès (pour 1 000) avant l'âge de 5 ans				Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000)				
	Taille (000)	Taux de croissance annuel (%)	1978	1998	1978	1998	1978	1998	1978	1998	Garçons		Filles		Hommes	Femmes	1990
											1998	1998	1998	1998			
Ensemble des Etats Membres	5 884 576	1.6	72	59	3.9	2.7	87	57	83	83	225	156	430				
96 Autriche	8 140	0.4	59	47	1.6	1.4	17	6	8	7	137	63	10				
97 Azerbaïdjan	7 669	1.3	73	58	3.6	2.0	41	36	55	44	243	111	22				
98 Bélarus	10 315	0.4	52	50	2.1	1.4	22	23	36	20	339	126	37				
99 Belgique	10 141	0.2	54	51	1.7	1.6	14	7	9	7	119	64	10				
100 Bosnie-Herzégovine	3 675	-0.2	53	41	2.2	1.4	36	15	19	15	172	88	...				
101 Bulgarie	8 336	-0.3	51	48	2.2	1.2	22	17	23	16	225	99	27				
102 Croatie	4 481	0.2	49	47	2.0	1.6	21	10	14	11	213	86	...				
103 Danemark	5 270	0.2	56	49	1.7	1.7	9	7	10	7	141	96	9				
104 Espagne	39 628	0.4	60	46	2.6	1.2	16	7	9	7	129	54	7				
105 Estonie	1 429	-0.1	52	47	2.1	1.3	22	19	33	17	314	109	41				
106 Ex-République yougoslave de Macédoine	1 999	0.7	57	50	2.7	2.1	57	23	27	24	146	81	...				
107 Fédération de Russie	147 434	0.4	47	46	1.9	1.3	30	18	25	19	400	146	75				
108 Finlande	5 154	0.4	48	49	1.6	1.7	9	6	7	6	151	58	11				
109 France	58 683	0.5	58	53	1.9	1.7	11	6	8	7	145	63	15				
110 Géorgie	5 059	0.1	55	54	2.4	1.9	36	20	27	20	221	86	33				
111 Grèce	10 600	0.6	57	49	2.3	1.3	25	8	9	8	110	49	10				
112 Hongrie	10 116	-0.3	53	47	2.1	1.4	27	10	13	10	281	128	30				
113 Irlande	3 681	0.5	72	50	3.5	1.9	15	7	9	7	114	66	10				
114 Islande	276	1.0	62	53	2.3	2.1	9	5	6	6	92	63	0				
115 Israël	5 984	2.4	71	61	3.4	2.7	18	8	11	9	102	61	7				
116 Italie	57 369	0.1	56	47	1.9	1.2	18	7	9	8	108	54	12				
117 Kazakhstan	16 319	0.6	64	55	3.1	2.3	45	35	46	36	306	133	80				
118 Kirghizistan	4 643	1.4	78	72	4.1	3.2	55	40	56	44	282	135	110				
119 Lettonie	2 424	-0.2	51	49	2.0	1.3	23	18	31	18	334	118	40				
120 Lituanie	3 694	0.4	55	50	2.1	1.4	22	21	29	18	309	111	36				
121 Luxembourg	422	0.7	50	48	1.5	1.7	13	7	8	8	130	62	0				
122 Malte	384	1.0	50	48	2.0	1.9	15	8	11	8	93	55	...				
123 Monaco	33	1.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
124 Norvège	4 419	0.4	59	54	1.8	1.9	9	5	7	6	107	59	6				
125 Ouzbékistan	23 574	2.2	89	76	5.1	3.4	58	44	69	56	245	145	55				
126 Pays-Bas	15 678	0.6	53	47	1.6	1.5	10	6	9	7	102	65	12				
127 Pologne	38 718	0.5	51	48	2.3	1.5	23	15	18	14	224	88	19				
128 Portugal	9 869	0.2	59	47	2.4	1.4	30	9	12	10	156	72	15				
129 République de Moldova	4 378	0.5	53	52	2.4	1.8	46	29	39	25	302	156	60				
130 République tchèque	10 282	0.0	57	45	2.3	1.2	18	6	9	7	183	81	15				
131 Roumanie	22 474	0.1	57	46	2.6	1.2	31	23	39	26	243	105	130				
132 Royaume-Uni	58 649	0.2	58	54	1.7	1.7	14	7	9	8	110	69	9				
133 Saint-Marin	26	1.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
134 Slovaquie	5 377	0.5	57	47	2.5	1.4	22	11	14	12	216	89	...				
135 Slovénie	1 993	0.5	54	43	2.2	1.3	17	7	9	8	189	81	13				
136 Suède	8 875	0.4	56	56	1.6	1.6	8	5	7	6	97	63	7				
137 Suisse	7 299	0.7	52	47	1.5	1.5	10	6	10	7	114	60	6				
138 Tadjikistan	6 015	2.4	94	84	5.9	4.2	69	57	88	73	219	142	130				
139 Turkménistan	64 479	2.1	80	53	4.5	2.5	120	45	67	52	174	111	180				
140 Turquie	4 309	2.3	87	75	5.3	3.6	73	55	86	69	267	154	55				
141 Ukraine	50 861	0.1	50	49	2.0	1.4	23	19	30	20	311	124	50				
142 Yougoslavie	10 635	0.6	52	50	2.4	1.8	38	18	28	23	157	77	...				
Méditerranée orientale	473 644	2.8	90	78	6.5	4.4	118	69	107	102	214	172	440				
143 Afghanistan	21 354	1.4	85	84	7.2	6.9	183	152	257	257	371	324	1 700				
144 Arabie saoudite	20 181	4.4	90	78	7.3	5.8	75	23	31	24	157	114	130				
145 Bahreïn	595	3.2	67	50	5.2	2.9	43	17	26	17	143	92	60				

	CRITERES SOCIAUX ET ECONOMIQUES										SERVICES DE SANTE ET LEUR FINANCEMENT					
	Espérance de vie à la naissance (années)				PIB à parité de pouvoir d'achat par habitant			Nombre moyen d'années d'études pour les personnes de plus de 25 ans		Retard de croissance dû à la malnutrition chez les moins de 5 ans (%)		Enfants vaccinés contre la rougeole (%)		Dépenses de santé		
	Hommes		Femmes		en 1985 US\$	Taux de croissance annuel (%)		Femmes	Différence hommes-femmes	Garçons vers	Filles vers	1987	1997	Total (% du PIB) vers	Secteur public (% du PIB) vers	Secteur public (% du total) vers
	1978	1998	1978	1998	1992	1962-1992	1982-1992	1990	1990	1995	1995	1987	1997	1995	1995	1995
	60	65	63	69	4 123	2.7	2.5	4.5	2.1	...	...	53	82	5.2	2.6	48
96	69	74	76	80	12 955	2.9	2.1	6.6	1.9	...	...	60	90	8.0	6.0	75
97	64	66	72	74	...	...	...	...	...	24	20	...	...	6.1	1.1	19
98	66	62	76	74	...	...	...	...	...	...	...	98	...	6.4	5.3	83
99	69	74	76	81	13 484	2.7	2.1	8.4	0.7	...	...	50	64	7.9	6.9	88
100	67	71	72	76	...	...	...	...	...	...	...	85	...	...	...	...
101	69	68	74	75	5 208	...	2.0	9.0	0.5	...	...	100	93	6.9	5.5	80
102	67	69	74	77	...	...	...	...	...	...	...	...	93	10.1	8.5	84
103	71	73	77	78	14 091	2.1	2.0	10.9	0.7	...	...	82	84	6.4	5.1	79
104	71	75	77	82	9 802	3.2	3.0	6.1	0.4	...	...	85	...	7.7	5.9	76
105	65	63	74	75	...	...	...	...	...	...	...	88	...	...	6.4	...
106	68	71	71	75	...	...	...	...	...	...	...	98	...	8.3	7.3	89
107	62	61	73	73	...	...	...	...	...	12	13	92	...	4.8	4.1	87
108	68	73	77	81	12 000	2.5	0.7	9.6	0.3	...	...	...	...	7.5	5.6	75
109	70	74	78	82	13 918	2.6	1.5	6.6	0.7	...	...	41	83	9.7	7.8	81
110	67	69	74	77	...	...	...	...	...	...	...	95	...	...	0.6	...
111	72	76	76	81	...	...	...	6.4	2.7	...	...	81	90	5.9	4.9	83
112	66	67	73	75	4 645	...	-1.1	8.0	0.9	...	...	100	100	7.3	6.8	93
113	70	74	75	79	9 637	3.3	3.2	8.1	0.0	...	...	...	...	6.4	5.1	81
114	73	77	79	81	12 618	3.0	0.5	7.6	0.7	...	...	...	...	8.0	6.7	84
115	71	76	75	80	9 843	3.1	1.9	8.7	0.7	...	...	89	94	4.1	...	...
116	70	75	77	81	12 721	3.0	2.2	5.7	1.0	...	...	21	75	7.6	5.3	70
117	60	63	70	72	...	...	...	...	...	18	14	...	97	...	2.2	...
118	60	63	68	72	...	...	...	...	...	...	...	...	98	...	3.5	...
119	64	62	74	74	...	...	...	...	...	...	...	...	97	...	4.4	...
120	66	64	75	76	...	...	...	...	...	...	...	96	...	...	4.8	...
121	68	73	75	80	16 798	2.3	3.5	...	...	...	...	77	91	7.0	6.5	93
122	70	75	74	79	...	...	...	6.3	0.8	...	...	59	...	7.4	...	...
123	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
124	72	75	79	81	15 518	3.2	2.5	7.6	0.8	...	...	87	...	7.9	6.5	83
125	62	64	68	71	...	...	...	...	...	34	29	...	88	...	3.5	...
126	72	75	79	81	13 281	2.5	2.0	8.2	0.8	...	...	93	96	8.6	6.6	77
127	67	68	75	77	3 826	...	0.5	9.3	0.6	...	...	94	...	6.0	5.0	83
128	67	72	74	79	...	...	...	3.3	0.7	...	...	81	...	8.2	4.9	60
129	62	64	69	72	...	...	...	...	...	...	...	...	99	...	4.9	...
130	67	70	74	77	...	...	...	...	...	2	2	...	96	9.1	7.4	81
131	67	66	72	74	...	...	...	8.6	1.3	8	8	90	97	...	3.6	...
132	70	75	76	80	12 724	2.0	2.2	8.7	0.1	...	...	76	95	6.9	5.8	84
133	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
134	67	69	74	77	...	...	...	...	...	...	...	...	98	...	4.6	...
135	67	71	75	78	...	...	...	...	...	...	...	82	...	...	7.3	...
136	72	76	78	81	13 986	1.8	1.1	9.3	0.4	...	...	93	...	7.3	5.9	80
137	72	75	79	82	15 887	1.4	1.2	8.3	1.2	...	...	...	...	9.8	7.0	72
138	62	64	67	70	...	...	...	...	...	...	...	95	...	...	5.8	...
139	58	67	63	72	3 807	2.8	2.9	2.6	1.6	21	20	50	76	4.2	2.7	65
140	58	62	65	69	...	...	...	...	...	...	...	...	100	...	1.2	...
141	64	64	74	74	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4.9	...
142	68	70	73	75	...	...	...	6.2	2.1	7	7	92	91	...	...	...
143	53	63	55	65	2 139	2.2	1.3	1.7	2.2	...	...	57	83	3.6	1.6	38
144	40	45	40	46	...	...	...	0.3	1.4	54	49	31	58	...	...	...
145	58	70	60	73	...	...	...	...	...	...	...	77	92	3.1	...	...
145	64	71	68	75	...	...	...	4.3	0.5	...	...	73	95	7.0	...	...

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour tous les Etats Membres

Etats Membres par Région OMS ^a	POPULATION						TAUX DE MORTALITE										
	Population totale		Rapport de dépendance économique (pour 100)		Indice synthétique de fécondité		Taux de mortalité infantile (pour 1 000)		Probabilité de décès (pour 1 000) avant l'âge de 5 ans				Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000)				
	Taille (000)	Taux de croissance annuel (%)	1978	1998	1978	1998	1978	1998	1978	1998	Garçons		Filles		Hommes	Femmes	1990
											1998	1978-1998	1998	1998			
Ensemble des Etats Membres	5 884 576	1.6	72	59	3.9	2.7	87	57	83	83	225	156	430				
146 Chypre	771	1.2	53	55	2.3	2.0	20	9	10	9	115	65	5				
147 Djibouti	623	4.7	86	80	6.7	5.3	143	106	182	166	376	319	570				
148 Egypte	65 978	2.3	78	68	5.3	3.4	131	51	65	64	201	139	170				
149 Emirats arabes unis	2 353	5.6	43	46	5.7	3.4	38	16	21	17	99	65	26				
150 Iran (République islamique d')	65 758	3.0	94	75	6.5	2.8	100	35	52	51	170	150	120				
151 Iraq	21 800	3.0	96	82	6.6	5.3	84	95	119	114	243	192	310				
152 Jamahiriya arabe libyenne	5 339	3.3	95	73	7.4	3.8	63	28	32	31	189	143	220				
153 Jordanie	6 304	4.3	108	82	7.4	4.9	65	26	32	31	185	142	150				
154 Koweït	1 811	2.0	77	61	5.9	2.9	34	12	16	14	103	68	29				
155 Liban	3 191	0.8	85	64	4.3	2.7	48	29	39	31	180	133	300				
156 Maroc	27 377	2.0	95	61	5.9	3.1	110	51	74	62	193	142	610				
157 Oman	2 382	4.3	89	90	7.2	5.9	95	25	35	24	170	115	190				
158 Pakistan	148 166	3.1	92	83	7.0	5.0	130	74	108	104	192	148	340				
159 Qatar	579	5.4	53	39	6.1	3.7	46	17	27	18	150	82	...				
160 République arabe syrienne	15 333	3.2	108	84	7.4	4.0	67	33	47	33	197	138	180				
161 Somalie	9 237	2.9	98	101	7.3	7.3	149	122	212	195	408	350	1 600				
162 Soudan	28 292	2.4	91	77	6.7	4.6	97	71	115	108	357	302	660				
163 Tunisie	9 335	2.1	86	60	5.7	2.6	88	30	38	36	176	144	170				
164 Yémen	16 887	4.0	115	102	7.6	7.6	158	80	112	114	303	274	1 400				
Pacifique occidental	1 651 154	1.3	71	49	3.3	1.9	53	38	43	50	162	100	120				
165 Australie	18 520	1.3	55	50	2.1	1.8	13	6	8	6	105	56	9				
166 Brunéi Darussalam	315	2.8	74	58	4.4	2.8	23	10	11	11	124	64	60				
167 Cambodge	10 716	2.4	76	82	4.1	4.6	263	103	141	127	400	323	900				
168 Chine	1 255 698	1.3	73	47	3.3	1.8	52	41	43	54	164	101	95				
169 Fidji	796	1.3	72	59	4.0	2.7	37	20	28	18	148	97	90				
170 Iles Cook	19	0.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
171 Iles Marshall	60	3.1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
172 Iles Salomon	417	3.5	106	86	7.1	4.9	47	23	32	22	160	108	...				
173 Japon	126 281	0.5	48	45	1.8	1.4	9	4	6	5	99	50	18				
174 Kiribati	81	1.6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
175 Malaisie	21 410	2.5	78	64	4.2	3.2	34	11	16	13	179	107	80				
176 Micronésie (Etats fédérés de)	114	1.9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
177 Mongolie	2 579	2.5	86	67	6.6	2.6	88	51	72	75	224	166	65				
178 Nauru	11	2.3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
179 Nioué	2	-3.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
180 Nouvelle-Zélande	3 796	1.0	60	53	2.2	2.0	14	7	9	8	125	79	26				
181 Palaos	19	2.4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
182 Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 600	2.3	81	72	5.9	4.6	77	61	79	88	370	327	930				
183 Philippines	72 944	2.3	82	69	5.0	3.6	62	36	49	38	200	151	280				
184 République de Corée	46 109	1.1	64	40	2.9	1.7	30	10	13	13	203	98	130				
185 République démocratique populaire lao	5 163	2.5	81	91	6.7	5.8	135	93	154	146	344	296	650				
186 Samoa	174	0.6	99	76	6.2	4.2	76	23	25	29	178	125	35				
187 Singapour	3 476	2.0	51	41	1.9	1.7	13	5	6	6	118	78	10				
188 Tonga	98	0.4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
189 Tuvalu	11	2.2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
190 Vanuatu	182	2.5	91	83	5.5	4.3	84	39	54	42	211	157	280				
191 Viet Nam	77 562	2.1	91	66	5.6	2.6	82	38	54	57	218	147	160				

^a Les italiques indiquent les Etats Membres peu peuplés (moins de 150 000 habitants en 1998).

... Données non disponibles ou sans objet.

	CRITERES SOCIAUX ET ECONOMIQUES										SERVICES DE SANTE ET LEUR FINANCEMENT					
	Espérance de vie à la naissance (années)				PIB à parité de pouvoir d'achat par habitant			Nombre moyen d'années d'études pour les personnes de plus de 25 ans		Retard de croissance dû à la malnutrition chez les moins de 5 ans (%)		Enfants vaccinés contre la rougeole (%)		Dépenses de santé		
														Total (% du PIB)	Secteur public (% du PIB)	Secteur public (% du total)
	en 1985		Taux de croissance annuel (%)		1992	1962-1992	1982-1992	Femmes	Différence hommes-femmes	Garçons vers 1995	Filles vers 1995	1987	1997	vers 1995	vers 1995	vers 1995
	1978	1998	1978	1998												
1978	1998	1978	1998	1992	1962-1992	1982-1992	1990	1990	1995	1995	1987	1997	1995	1995	1995	
	60	65	63	69	4 123	2.7	2.5	4.5	2.1	...	...	53	82	5.2	2.6	48
146	72	76	76	80	9 203	4.5	5.1	7.2	1.2	...	...	91	90	4.6	...	...
147	41	49	45	52	...	...	...	...	...	...	...	22	59	...	...	...
148	53	65	55	68	1 869	2.6	0.8	2.3	2.7	26	23	76	92	3.7	1.6	43
149	65	74	69	76	...	...	...	...	...	...	...	56	95	2.5	2.0	81
150	58	69	59	70	3 685	0.8	-0.5	2.3	1.9	20	18	62	96	4.8	2.8	58
151	61	61	62	64	...	...	...	2.0	2.3	...	...	66	98	...	...	...
152	56	68	59	72	...	...	...	...	...	16	14	56	92	...	...	...
153	59	69	63	72	...	...	...	3.8	2.7	16	16	80	95	7.9	3.7	47
154	68	74	72	78	...	...	...	5.7	0.0	...	...	95	95	...	3.6	...
155	63	68	67	72	...	...	...	...	...	13	12	81	89	5.3	2.1	39
156	54	65	58	69	2 173	2.3	1.1	...	...	24	24	73	92	3.4	1.6	48
157	54	69	56	73	...	...	...	...	...	19	13	86	98	...	2.5	...
158	53	63	54	65	1 432	2.6	2.4	1.0	2.5	...	...	52	74	3.5	0.8	22
159	64	70	68	75	...	...	...	...	...	8	8	62	87	2.8	...	...
160	58	67	62	71	...	...	...	2.9	3.0	23	18	63	93	...	...	...
161	40	45	44	49	...	...	...	...	...	...	...	29	...	...	...	...
162	45	54	48	56	...	...	...	0.6	1.2	34	34	22	92	0.3	...	...
163	60	68	61	71	3 075	3.5	1.7	2.0	2.0	22	23	74	92	5.9	3.0	52
164	44	57	44	58	...	...	...	...	...	36	47	22	51	2.5	1.1	43
165	64	68	67	73	2 959	4.0	4.1	4.4	3.0	...	...	62	94	4.2	2.3	54
166	70	75	77	81	14 458	2.0	1.8	9.8	0.7	...	...	68	87	8.6	5.7	67
167	68	73	71	78	...	...	...	...	...	...	...	100	98	...	2.2	...
168	30	51	33	55	...	...	...	...	...	...	...	52	68	7.2	0.7	10
169	64	68	66	72	1 493	4.1	4.5	3.4	3.6	32	31	63	96	3.8	2.1	54
170	66	71	69	75	...	...	...	7.0	0.9	2	4	64	75	3.4	2.3	68
171	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	84	89	...	...	...
172	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	31	52	...	12.4	...
173	63	70	67	74	...	...	...	...	...	...	...	58	68	5.6	4.8	86
174	73	77	78	83	15 105	4.9	3.6	8.8	0.8	...	...	...	...	7.2	5.6	78
175	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	14	82	...	22.8	...
176	64	70	67	74	5 746	4.5	3.3	4.4	2.3	...	...	41	84	2.5	1.5	60
177	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	69	74	...	...	...
178	55	64	58	67	...	...	...	...	...	26	27	61	98	4.7	4.4	92
179	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	...	...	...
180	69	74	76	80	11 363	1.1	0.4	10.8	0.9	...	...	94	100	...	...	...
181	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	67	100	7.2	5.5	76
182	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	98	83	...	...	...
183	50	57	50	59	1 606	0.4	-0.3	1.2	1.0	...	...	37	40	...	2.8	...
184	58	67	61	70	1 689	1.1	-1.2	6.8	-0.2	34	31	68	90	2.4	1.3	56
185	61	69	68	76	...	...	...	8.1	2.4	...	...	82	85	5.4	...	34
186	42	52	45	55	...	...	...	...	...	48	47	11	67	2.6	1.3	48
187	61	69	64	74	...	...	...	...	...	...	...	78	99	...	3.1	...
188	69	75	73	79	12 653	6.7	4.8	5.0	1.0	...	...	94	90	3.5	1.3	37
189	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	88	97	...	4.0	...
190	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	65	100	...	...	...
191	55	66	59	70	...	...	...	...	...	...	...	34	65	...	3.3	...
192	54	65	58	70	...	...	...	...	...	47	47	42	96	5.2	1.1	22

Tableau 2 de l'annexe Mortalité par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998

MALADIES/AFFECTIONS	ETATS MEMBRES DE L'OMS									
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Haut revenu		Revenu faible ou moyen	
	5 884 576		2 963 656		2 920 920		907 828		4 976 748	
Population (000)	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total
TOTAL DES DECES	53 929	100	28 510	100	25 420	100	8 033	100	45 897	100
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	16 447	30.5	8 286	29.1	8 161	32.1	510	6.3	15 937	34.7
A. Maladies infectieuses et parasitaires	9 802	18.2	5 153	18.1	4 649	18.3	122	1.5	9 680	21.1
1. Tuberculose	1 498	2.8	893	3.1	605	2.4	18	0.2	1 480	3.2
2. MST, hormis VIH	181	0.3	80	0.3	101	0.4	1	0.0	180	0.4
a. Syphilis	159	0.3	80	0.3	80	0.3	1	0.0	159	0.3
b. Chlamydie	13	0.0	0	0.0	13	0.1	0	0.0	13	0.0
c. Gonococcie	8	0.0	0	0.0	8	0.0	0	0.0	8	0.0
d. Autres MST	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3. VIH/SIDA	2 285	4.2	1 164	4.1	1 121	4.4	32	0.4	2 253	4.9
4. Maladies diarrhéiques	2 219	4.1	1 149	4.0	1 070	4.2	7	0.1	2 212	4.8
5. Maladies de l'enfance	1 650	3.1	846	3.0	804	3.2	10	0.1	1 640	3.6
a. Coqueluche	346	0.6	178	0.6	168	0.7	3	0.0	342	0.7
b. Poliomyélite	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
c. Diphtérie	5	0.0	3	0.0	2	0.0	0	0.0	5	0.0
d. Rougeole	888	1.6	456	1.6	432	1.7	5	0.1	882	1.9
e. Tétanos	410	0.8	208	0.7	202	0.8	1	0.0	409	0.9
6. Méningite	143	0.3	74	0.3	69	0.3	4	0.1	139	0.3
7. Hépatite	92	0.2	55	0.2	37	0.1	4	0.1	88	0.2
8. Paludisme	1 110	2.1	572	2.0	538	2.1	0	0.0	1 110	2.4
9. Maladies tropicales	106	0.2	58	0.2	48	0.2	0	0.0	106	0.2
a. Trypanosomiase	40	0.1	20	0.1	21	0.1	0	0.0	40	0.1
b. Maladie de Chagas	17	0.0	8	0.0	9	0.0	0	0.0	17	0.0
c. Schistosomiase	7	0.0	4	0.0	3	0.0	0	0.0	7	0.0
d. Leishmaniose	42	0.1	26	0.1	16	0.1	0	0.0	42	0.1
e. Filariose lymphatique	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
f. Onchocercose	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10. Lèpre	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
11. Dengue	15	0.0	7	0.0	8	0.0	0	0.0	15	0.0
12. Encéphalite japonaise	3	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0	3	0.0
13. Trachome	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14. Infections à nématodes intestinaux	17	0.0	9	0.0	8	0.0	0	0.0	17	0.0
a. Ascarirose	8	0.0	4	0.0	4	0.0	0	0.0	8	0.0
b. Trichocéphalose	5	0.0	3	0.0	2	0.0	0	0.0	5	0.0
c. Ankylostomiase	4	0.0	2	0.0	2	0.0	0	0.0	4	0.0
d. Autres infections intestinales	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15. Autres maladies infectieuses	478	0.9	243	0.9	235	0.9	46	0.6	432	0.9
B. Infections des voies respiratoires	3 507	6.5	1 781	6.2	1 726	6.8	309	3.9	3 198	7.0
1. Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	3 452	6.4	1 753	6.1	1 699	6.7	306	3.8	3 146	6.9
2. Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	34	0.1	17	0.1	17	0.1	3	0.0	31	0.1
3. Otite moyenne	20	0.0	10	0.0	10	0.0	0	0.0	20	0.0
C. Affections maternelles	493	0.9	0	0.0	493	1.9	2	0.0	491	1.1
1. Hémorragie	123	0.2	0	0.0	123	0.5	0	0.0	122	0.3
2. Septicémie puerpérale	74	0.1	0	0.0	74	0.3	0	0.0	74	0.2
3. Troubles hypertensifs de la grossesse	62	0.1	0	0.0	62	0.2	1	0.0	61	0.1

	AFR	AMR		EMR	EUR		SEAR		WPR		
		Haut revenu	Revenu faible ou moyen		Haut revenu	Revenu faible ou moyen	Inde	Autres pays à revenu faible ou moyen	Haut revenu	Chine	Autres pays à revenu faible ou moyen
	601 783	304 886	497 925	473 644	392 402	477 727	982 223	502 833	198 497	1 255 698	196 958
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
	9 621	2 538	3 113	3 773	3 974	5 281	9 337	4 147	1 482	9 296	1 367
I.	6 344	154	726	1 487	239	496	3 944	1 415	108	1 055	479
A.	4 695	38	366	752	51	183	2 121	839	29	456	273
1.	209	1	53	139	7	53	421	261	10	259	86
2.	69	0	9	12	0	2	55	23	0	1	9
a.	62	0	8	11	0	2	47	20	0	0	8
b.	4	0	1	0	0	0	5	2	0	0	1
c.	3	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0
d.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	1 830	19	80	16	12	4	179	119	2	8	16
4.	731	1	111	278	4	58	711	183	0	66	76
5.	738	0	31	199	2	32	429	139	7	29	44
a.	130	0	16	50	1	14	71	36	3	13	12
b.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
c.	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0
d.	503	0	0	96	1	6	190	66	4	5	17
e.	103	0	14	52	1	11	165	37	0	12	15
6.	21	1	12	12	2	8	36	14	1	32	5
7.	13	1	4	8	2	4	16	12	1	28	4
8.	961	0	4	53	0	0	20	53	0	0	20
9.	49	0	18	6	0	1	30	2	0	1	1
a.	38	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
b.	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
d.	8	0	0	2	0	0	30	1	0	0	0
e.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
f.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10.	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
11.	0	0	0	0	0	0	10	3	0	1	1
12.	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0
13.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14.	2	0	2	1	0	0	3	3	0	5	1
a.	1	0	1	0	0	0	1	1	0	3	1
b.	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1
c.	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
d.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15.	72	15	42	29	23	19	209	25	8	26	10
B.	806	97	142	348	155	184	987	292	55	330	111
1.	793	96	141	343	154	182	969	288	54	325	109
2.	8	1	1	3	1	1	10	3	1	3	1
3.	5	0	0	2	0	1	9	1	0	1	1
C.	194	0	20	52	1	16	125	42	0	29	14
1.	47	0	5	13	0	4	30	10	0	11	3
2.	31	0	2	9	0	2	20	7	0	1	2
3.	24	0	3	8	0	3	15	5	0	2	2

Tableau 2 de l'annexe Mortalité par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998

MALADIES/AFFECTIONS			ETATS MEMBRES DE L'OMS									
			Deux sexes		Hommes		Femmes		Haut revenu		Revenu faible ou moyen	
Population (000)			5 884 576		2 963 656		2 920 920		907 828		4 976 748	
			(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total
4.	Dystocie d'obstacle		38	0.1	0	0.0	38	0.1	0	0.0	38	0.1
5.	Avortement		66	0.1	0	0.0	66	0.3	0	0.0	66	0.1
6.	Autres affections maternelles		131	0.2	0	0.0	131	0.5	0	0.0	130	0.3
D.	Affections périnatales		2 155	4.0	1 121	3.9	1 034	4.1	53	0.7	2 102	4.6
E.	Carences nutritionnelles		490	0.9	231	0.8	259	1.0	23	0.3	467	1.0
1.	Malnutrition protéino-énergétique		281	0.5	136	0.5	145	0.6	7	0.1	274	0.6
2.	Carence en iode		16	0.0	8	0.0	8	0.0	0	0.0	16	0.0
3.	Avitaminose A		78	0.1	40	0.1	39	0.2	0	0.0	78	0.2
4.	Anémies		110	0.2	45	0.2	65	0.3	15	0.2	95	0.2
5.	Autres troubles de la nutrition		4	0.0	2	0.0	2	0.0	1	0.0	3	0.0
II.	Maladies non transmissibles		31 717	58.8	16 409	57.6	15 308	60.2	7 024	87.4	24 693	53.8
A.	Tumeurs malignes		7 228	13.4	4 115	14.4	3 113	12.2	2 020	25.1	5 209	11.3
1.	Bouche et oropharynx		352	0.7	233	0.8	120	0.5	41	0.5	312	0.7
2.	Oesophage		436	0.8	289	1.0	147	0.6	49	0.6	387	0.8
3.	Estomac		822	1.5	518	1.8	304	1.2	143	1.8	679	1.5
4.	Côlon/rectum		556	1.0	284	1.0	273	1.1	243	3.0	313	0.7
5.	Foie		609	1.1	433	1.5	176	0.7	46	0.6	563	1.2
6.	Pancréas		214	0.4	118	0.4	96	0.4	99	1.2	115	0.3
7.	Trachée/bronches/poumon		1 244	2.3	911	3.2	333	1.3	422	5.3	822	1.8
8.	Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau		55	0.1	28	0.1	27	0.1	25	0.3	30	0.1
9.	Sein		412	0.8	0	0.0	412	1.6	160	2.0	252	0.5
10.	Col de l'utérus		237	0.4	0	0.0	237	0.9	17	0.2	220	0.5
11.	Corps de l'utérus		73	0.1	0	0.0	73	0.3	27	0.3	46	0.1
12.	Ovaire		122	0.2	0	0.0	122	0.5	45	0.6	76	0.2
13.	Prostate		239	0.4	239	0.8	0	0.0	115	1.4	124	0.3
14.	Vessie		158	0.3	117	0.4	41	0.2	56	0.7	101	0.2
15.	Lymphome		248	0.5	144	0.5	104	0.4	91	1.1	157	0.3
16.	Leucémie		253	0.5	135	0.5	117	0.5	65	0.8	188	0.4
17.	Autres cancers		1 199	2.2	666	2.3	532	2.1	373	4.6	825	1.8
B.	Autres néoplasmes		109	0.2	56	0.2	52	0.2	39	0.5	69	0.2
C.	Diabète sucré		600	1.1	257	0.9	343	1.3	161	2.0	439	1.0
D.	Troubles nutritionnels et endocriniens		147	0.3	67	0.2	80	0.3	50	0.6	96	0.2
E.	Affections neuropsychiatriques		720	1.3	380	1.3	340	1.3	225	2.8	495	1.1
1.	Dépression unipolaire majeure		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2.	Trouble affectif bipolaire		16	0.0	5	0.0	11	0.0	1	0.0	15	0.0
3.	Psychoses		54	0.1	29	0.1	25	0.1	14	0.2	40	0.1
4.	Epilepsie		68	0.1	40	0.1	28	0.1	8	0.1	60	0.1
5.	Syndrome de dépendance alcoolique		59	0.1	50	0.2	9	0.0	16	0.2	42	0.1
6.	Maladie d'Alzheimer et autres démences		216	0.4	88	0.3	128	0.5	105	1.3	111	0.2
7.	Maladie de Parkinson		63	0.1	34	0.1	29	0.1	33	0.4	30	0.1
8.	Sclérose en plaques		26	0.0	11	0.0	15	0.1	6	0.1	20	0.0
9.	Toxicomanie		11	0.0	9	0.0	2	0.0	3	0.0	7	0.0
10.	Troubles anxieux et post-traumatiques		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
11.	Troubles obsessionnels compulsifs		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12.	Trouble panique		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13.	Autres affections neuropsychiatriques		208	0.4	114	0.4	94	0.4	38	0.5	170	0.4

	AFR	AMR		EMR	EUR		SEAR		WPR		
		Haut revenu	Revenu faible ou moyen		Haut revenu	Revenu faible ou moyen	Inde	Autres pays à revenu faible ou moyen	Haut revenu	Chine	Autres pays à revenu faible ou moyen
	601 783 (000)	304 886 (000)	497 925 (000)	473 644 (000)	392 402 (000)	477 727 (000)	982 223 (000)	502 833 (000)	198 497 (000)	1 255 698 (000)	196 958 (000)
4.	16	0	2	4	0	1	10	3	0	0	1
5.	26	0	5	5	0	2	19	6	0	2	2
6.	51	0	4	14	0	4	31	11	0	11	4
D.	532	11	138	274	20	92	612	203	20	186	66
E.	116	7	60	61	12	22	100	39	4	55	15
1.	79	2	40	39	4	10	53	19	1	25	8
2.	1	0	1	2	0	0	5	1	0	5	1
3.	26	0	4	13	0	3	16	8	0	6	3
4.	10	5	14	6	8	6	26	11	3	18	4
5.	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
II.	2 114	2 216	1 933	1 823	3 499	4 266	4 470	2 273	1 285	7 108	729
A.	504	640	427	240	996	778	653	590	379	1 836	184
1.	27	13	15	16	20	26	100	62	8	47	19
2.	27	16	13	11	24	14	62	22	9	231	7
3.	33	45	41	18	71	111	51	44	27	368	13
4.	18	77	28	12	121	76	25	39	45	102	12
5.	65	14	7	12	23	27	16	62	9	355	19
6.	8	31	10	5	49	31	9	9	19	39	3
7.	26	133	48	37	208	184	79	86	80	337	26
8.	9	8	4	2	12	9	1	2	5	1	1
9.	27	51	42	14	79	46	47	29	30	37	9
10.	38	6	30	9	9	19	57	29	3	28	9
11.	4	8	8	2	14	14	4	4	5	8	1
12.	9	14	7	4	22	16	14	10	9	13	3
13.	38	37	25	7	57	18	14	12	21	6	4
14.	16	18	10	10	28	20	8	11	10	23	3
15.	30	29	19	10	45	19	22	22	17	27	7
16.	11	21	15	12	32	23	18	25	12	76	9
17.	118	118	104	58	184	123	124	121	70	139	39
B.	10	13	10	5	19	9	5	7	7	21	2
C.	25	50	96	46	81	49	102	47	29	61	15
D.	23	16	28	14	25	7	2	7	9	13	2
E.	43	72	51	48	111	83	104	53	41	96	17
1.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	1	0	1	1	0	6	2	1	0	2	0
3.	1	5	4	3	7	5	5	4	3	16	1
4.	6	3	6	7	4	8	13	6	1	12	2
5.	5	5	12	1	8	8	5	4	3	5	1
6.	8	33	8	7	53	20	22	14	19	26	5
7.	2	11	2	2	17	8	6	3	6	5	1
8.	1	2	2	1	3	5	3	2	1	6	1
9.	1	1	2	1	2	1	0	1	1	0	0
10.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13.	17	13	14	24	19	22	47	16	7	24	6

Tableau 2 de l'annexe Mortalité par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998

MALADIES/AFFECTIONS		ETATS MEMBRES DE L'OMS									
		Deux sexes		Hommes		Femmes		Haut revenu		Revenu faible ou moyen	
Population (000)		5 884 576		2 963 656		2 920 920		907 828		4 976 748	
		(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total
F.	Maladies des organes des sens	20	0.0	11	0.0	9	0.0	0	0.0	20	0.0
1.	Glaucome	6	0.0	4	0.0	3	0.0	0	0.0	6	0.0
2.	Cataractes	6	0.0	4	0.0	2	0.0	0	0.0	6	0.0
3.	Autres affections des organes des sens	7	0.0	3	0.0	4	0.0	0	0.0	7	0.0
G.	Maladies cardio-vasculaires	16 690	30.9	8 051	28.2	8 639	34.0	3 592	44.7	13 098	28.5
1.	Cardiopathie rhumatismale	383	0.7	161	0.6	222	0.9	22	0.3	361	0.8
2.	Cardiopathie ischémique	7 375	13.7	3 659	12.8	3 717	14.6	1 884	23.5	5 492	12.0
3.	Maladie cérébrovasculaire	5 106	9.5	2 340	8.2	2 766	10.9	893	11.1	4 213	9.2
4.	Cardiopathie inflammatoire	548	1.0	276	1.0	272	1.1	74	0.9	474	1.0
5.	Autres cardiopathies	3 277	6.1	1 615	5.7	1 663	6.5	719	9.0	2 558	5.6
H.	Affections des voies respiratoires	2 995	5.6	1 651	5.8	1 344	5.3	391	4.9	2 604	5.7
1.	Bronchopneumopathie chronique obstructive	2 249	4.2	1 240	4.3	1 010	4.0	280	3.5	1 969	4.3
2.	Asthme	144	0.3	75	0.3	69	0.3	24	0.3	120	0.3
3.	Autres affections des voies respiratoires	602	1.1	336	1.2	266	1.0	87	1.1	515	1.1
I.	Maladies de l'appareil digestif	1 783	3.3	1 083	3.8	700	2.8	322	4.0	1 461	3.2
1.	Ulcère peptique	174	0.3	104	0.4	70	0.3	33	0.4	141	0.3
2.	Cirrhose du foie	775	1.4	534	1.9	241	0.9	122	1.5	653	1.4
3.	Appendicite	48	0.1	29	0.1	19	0.1	2	0.0	47	0.1
4.	Autres maladies de l'appareil digestif	786	1.5	416	1.5	370	1.5	165	2.1	621	1.4
J.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	765	1.4	416	1.5	349	1.4	139	1.7	626	1.4
1.	Néphrite/néphrose	554	1.0	293	1.0	261	1.0	90	1.1	464	1.0
2.	Hypertrophie bénigne de la prostate	33	0.1	33	0.1	0	0.0	4	0.1	29	0.1
3.	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	178	0.3	90	0.3	88	0.3	45	0.6	133	0.3
K.	Maladies de la peau	44	0.1	21	0.1	22	0.1	13	0.2	30	0.1
L.	Maladies ostéomusculaires	100	0.2	38	0.1	62	0.2	35	0.4	65	0.1
1.	Arthrite rhumatoïde	17	0.0	5	0.0	12	0.0	10	0.1	7	0.0
2.	Arthrose	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3.	Autres maladies ostéomusculaires	83	0.2	33	0.1	50	0.2	25	0.3	58	0.1
M.	Anomalies congénitales	515	1.0	263	0.9	252	1.0	36	0.5	478	1.0
N.	Affections de la cavité buccale	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
1.	Caries dentaires	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2.	Maladie périodontale	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3.	Edentation	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4.	Autres affections de la cavité buccale	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
III.	Traumatismes	5 765	10.7	3 815	13.4	1 950	7.7	498	6.2	5 266	11.5
A.	Non intentionnels	3 493	6.5	2 323	8.1	1 170	4.6	327	4.1	3 166	6.9
1.	Accidents de la circulation	1 171	2.2	855	3.0	316	1.2	142	1.8	1 029	2.2
2.	Empoisonnements	252	0.5	155	0.5	97	0.4	14	0.2	238	0.5
3.	Chutes	316	0.6	177	0.6	139	0.5	77	1.0	239	0.5
4.	Incendies	282	0.5	119	0.4	163	0.6	11	0.1	271	0.6
5.	Noyades	495	0.9	332	1.2	163	0.6	13	0.2	482	1.1
6.	Autres traumatismes non intentionnels	977	1.8	685	2.4	293	1.2	70	0.9	907	2.0
B.	Intentionnels	2 272	4.2	1 491	5.2	780	3.1	172	2.1	2 100	4.6
1.	Auto-infligés	948	1.8	565	2.0	383	1.5	130	1.6	818	1.8
2.	Homicide et violence	736	1.4	582	2.0	153	0.6	38	0.5	698	1.5
3.	Fait de guerre	588	1.1	344	1.2	244	1.0	4	0.0	584	1.3

	AFR	AMR		EMR	EUR		SEAR		WPR		
		Haut revenu	Revenu faible ou moyen		Haut revenu	Revenu faible ou moyen	Inde	Autres pays à revenu faible ou moyen	Haut revenu	Chine	Autres pays à revenu faible ou moyen
	601 783	304 886	497 925	473 644	392 402	477 727	982 223	502 833	198 497	1 255 698	196 958
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
F.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	18	0
1.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
2.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
3.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	0
G.	988	1 125	945	1 097	1 802	2 855	2 820	1 102	650	2 951	355
1.	20	7	9	20	11	32	86	8	4	183	3
2.	275	589	420	513	945	1 420	1 471	394	342	881	124
3.	449	281	298	198	449	817	557	325	161	1 467	104
4.	72	23	28	60	37	64	100	59	13	72	20
5.	172	224	190	306	361	522	606	315	129	347	104
H.	220	123	125	133	195	223	284	110	71	1 474	36
1.	110	88	68	64	140	114	153	60	51	1 383	19
2.	14	8	13	8	12	12	21	14	4	34	4
3.	96	27	45	62	43	98	110	37	16	57	12
I.	139	102	142	105	159	152	240	227	59	387	71
1.	12	10	12	5	16	16	41	18	6	32	6
2.	33	39	64	33	59	63	144	99	23	188	30
3.	11	0	2	4	1	2	11	6	0	10	2
4.	83	52	65	62	82	72	44	105	30	158	34
J.	96	44	57	74	70	71	102	77	25	125	25
1.	81	28	42	34	45	30	89	66	16	99	21
2.	1	1	2	1	2	7	11	0	1	7	0
3.	14	14	13	39	23	34	2	10	8	19	3
K.	7	4	4	2	7	2	2	2	2	11	1
L.	1	11	10	2	17	5	3	7	6	36	2
1.	0	3	2	0	5	1	2	1	2	2	0
2.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	1	8	8	2	12	5	1	6	5	34	2
M.	56	14	38	57	16	31	153	45	6	79	19
N.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III.	1 163	168	454	463	236	519	923	458	88	1 133	159
A.	566	111	273	198	156	296	723	333	58	661	117
1.	170	49	126	72	66	107	217	119	25	179	41
2.	37	5	5	12	6	48	32	28	2	68	9
3.	20	25	21	10	38	33	50	26	14	70	9
4.	68	4	7	16	5	11	135	7	2	25	3
5.	93	5	29	27	6	29	92	56	2	135	22
6.	179	23	85	61	33	68	199	97	12	185	34
B.	597	58	181	265	81	223	200	125	30	471	41
1.	23	44	28	45	61	102	124	63	24	413	21
2.	266	13	134	55	17	48	72	50	6	58	16
3.	308	0	19	165	2	73	4	12	0	1	4

Tableau 3 de l'annexe Charge de la maladie par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998

MALADIES/AFFECTIONS	ETATS MEMBRES DE L'OMS									
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Haut revenu		Revenu faible ou moyen	
	5 884 576		2 963 656		2 920 920		907 828		4 976 748	
Population (000)	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total
TOTAL D'AVCI	1 382 564	100	730 815	100	651 749	100	108 305	100	1 274 259	100
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	565 528	40.9	271 506	37.2	294 022	45.1	7 834	7.2	557 694	43.8
A. Maladies infectieuses et parasitaires	323 993	23.4	165 383	22.6	158 610	24.3	2 994	2.8	321 000	25.2
1. Tuberculose	28 189	2.0	16 137	2.2	12 052	1.8	142	0.1	28 047	2.2
2. MST, hormis VIH	17 082	1.2	5 855	0.8	11 227	1.7	416	0.4	16 666	1.3
a. Syphilis	4 967	0.4	2 520	0.3	2 448	0.4	10	0.0	4 957	0.4
b. Chlamydie	7 150	0.5	1 006	0.1	6 144	0.9	354	0.3	6 796	0.5
c. Gonococcie	4 955	0.4	2 326	0.3	2 629	0.4	46	0.0	4 909	0.4
d. Autres MST	10	0.0	4	0.0	6	0.0	5	0.0	5	0.0
3. VIH/SIDA	70 930	5.1	34 985	4.8	35 944	5.5	1 022	0.9	69 907	5.5
4. Maladies diarrhéiques	73 100	5.3	38 012	5.2	35 089	5.4	359	0.3	72 742	5.7
5. Maladies de l'enfance	56 855	4.1	29 148	4.0	27 707	4.3	396	0.4	56 459	4.4
a. Coqueluche	13 226	1.0	6 828	0.9	6 398	1.0	179	0.2	13 047	1.0
b. Poliomyélite	213	0.0	117	0.0	96	0.0	0	0.0	213	0.0
c. Diphtérie	181	0.0	100	0.0	82	0.0	0	0.0	181	0.0
d. Rougeole	30 255	2.2	15 526	2.1	14 729	2.3	188	0.2	30 067	2.4
e. Tétanos	12 979	0.9	6 577	0.9	6 402	1.0	29	0.0	12 950	1.0
6. Méningite	4 725	0.3	2 445	0.3	2 280	0.3	154	0.1	4 571	0.4
7. Hépatite	1 700	0.1	1 019	0.1	681	0.1	55	0.1	1 645	0.1
8. Paludisme	39 267	2.8	20 188	2.8	19 080	2.9	0	0.0	39 267	3.1
9. Maladies tropicales	10 984	0.8	7 130	1.0	3 854	0.6	6	0.0	10 977	0.9
a. Trypanosomiase	1 219	0.1	582	0.1	637	0.1	0	0.0	1 219	0.1
b. Maladie de Chagas	589	0.0	285	0.0	303	0.0	0	0.0	588	0.0
c. Schistosomiase	1 699	0.1	1 004	0.1	695	0.1	3	0.0	1 696	0.1
d. Leishmaniose	1 710	0.1	1 057	0.1	653	0.1	3	0.0	1 707	0.1
e. Filariose lymphatique	4 698	0.3	3 588	0.5	1 110	0.2	0	0.0	4 698	0.4
f. Onchocercose	1 069	0.1	614	0.1	456	0.1	0	0.0	1 069	0.1
10. Lèpre	395	0.0	199	0.0	196	0.0	1	0.0	393	0.0
11. Dengue	558	0.0	257	0.0	302	0.0	0	0.0	558	0.0
12. Encéphalite japonaise	503	0.0	264	0.0	238	0.0	0	0.0	502	0.0
13. Trachome	1 263	0.1	342	0.0	921	0.1	8	0.0	1 255	0.1
14. Infections à nématodes intestinaux	4 279	0.3	2 185	0.3	2 094	0.3	4	0.0	4 275	0.3
a. Ascarirose	1 292	0.1	662	0.1	630	0.1	1	0.0	1 290	0.1
b. Trichocéphalose	1 287	0.1	660	0.1	628	0.1	0	0.0	1 287	0.1
c. Ankylostomiase	1 698	0.1	863	0.1	835	0.1	2	0.0	1 695	0.1
d. Autres infections intestinales	2	0.0	0	0.0	2	0.0	0	0.0	2	0.0
15. Autres maladies infectieuses	14 163	1.0	7 218	1.0	6 946	1.1	430	0.4	13 734	1.1
B. Infections des voies respiratoires	85 085	6.2	43 801	6.0	41 284	6.3	1 488	1.4	83 597	6.6
1. Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	82 344	6.0	42 406	5.8	39 939	6.1	1 355	1.3	80 990	6.4
2. Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	975	0.1	503	0.1	472	0.1	50	0.0	924	0.1
3. Otite moyenne	1 766	0.1	893	0.1	873	0.1	84	0.1	1 683	0.1
C. Affections maternelles	32 250	2.3	0	0.0	32 250	4.9	398	0.4	31 852	2.5
1. Hémorragie	3 833	0.3	0	0.0	3 833	0.6	25	0.0	3 807	0.3
2. Septicémie puerpérale	5 965	0.4	0	0.0	5 965	0.9	49	0.0	5 916	0.5
3. Troubles hypertensifs de la grossesse	1 882	0.1	0	0.0	1 882	0.3	18	0.0	1 865	0.1

	AFR	AMR		EMR	EUR		SEAR		WPR		
		Haut revenu	Revenu faible ou moyen		Haut revenu	Revenu faible ou moyen	Inde	Autres pays à revenu faible ou moyen	Haut revenu	Chine	Autres pays à revenu faible ou moyen
	601 783	304 886	497 925	473 644	392 402	477 727	982 223	502 833	198 497	1 255 698	196 958
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
	325 198	35 953	93 907	122 982	51 201	91 496	268 953	121 712	19 998	208 704	42 462
I.	220 309	2 050	25 971	57 276	3 317	15 506	135 263	48 437	2 109	37 779	17 512
A.	159 032	742	13 043	28 450	1 202	5 785	67 619	25 870	900	12 061	9 290
1.	5 442	8	1 213	3 189	53	853	7 577	4 438	80	3 878	1 459
2.	5 249	151	1 231	895	191	545	4 909	2 746	68	111	986
a.	1 980	2	263	375	5	64	1 449	586	1	5	237
b.	1 548	131	663	320	162	372	1 982	1 373	59	73	467
c.	1 721	17	305	199	21	103	1 479	787	7	32	283
d.	0	2	0	0	2	5	0	0	1	0	0
3.	54 101	265	2 348	3 423	402	160	5 611	3 034	353	246	986
4.	24 231	83	3 774	9 510	171	2 056	22 005	6 149	36	2 491	2 594
5.	25 375	11	1 144	6 927	79	1 179	14 463	4 784	256	1 131	1 505
a.	4 793	10	657	1 890	35	581	2 692	1 397	113	606	453
b.	102	0	0	29	0	10	63	0	0	0	10
c.	25	0	3	8	0	24	75	37	0	0	8
d.	17 132	0	17	3 288	30	204	6 474	2 229	143	159	580
e.	3 322	1	467	1 712	15	361	5 160	1 121	0	366	453
6.	791	59	384	452	67	260	1 191	436	23	894	168
7.	253	18	91	167	26	76	300	211	9	475	74
8.	34 506	0	130	1 854	0	0	577	1 608	0	3	588
9.	5 558	1	711	555	3	53	3 204	479	0	255	163
a.	1 141	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0
b.	0	0	588	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	1 369	0	73	191	1	32	0	8	0	22	3
d.	361	0	37	93	1	18	1 141	42	0	1	15
e.	1 691	0	9	126	0	4	2 063	429	0	232	146
f.	997	0	3	69	0	0	0	0	0	0	0
10.	41	0	51	12	1	3	208	55	0	5	20
11.	16	0	1	1	0	0	353	118	0	21	48
12.	0	0	0	0	0	0	66	83	0	319	34
13.	414	0	0	239	5	90	32	43	0	425	14
14.	495	0	514	168	2	42	797	850	0	1 086	323
a.	78	0	162	58	1	14	163	233	0	489	94
b.	74	0	206	6	0	0	102	308	0	467	124
c.	344	0	147	104	1	27	532	308	0	130	104
d.	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
15.	2 559	145	1 451	1 057	202	466	6 325	835	74	720	330
B.	23 369	440	3 525	10 251	726	3 084	25 556	7 161	245	7 790	2 941
1.	22 818	388	3 355	9 953	667	2 960	24 806	6 923	224	7 407	2 844
2.	244	18	45	109	23	43	274	84	8	94	33
3.	307	34	125	189	36	81	475	154	12	289	63
C.	10 251	121	1 694	3 664	188	1 575	7 891	3 201	54	2 536	1 075
1.	1 466	7	160	398	12	116	902	308	3	357	103
2.	1 952	13	292	761	24	327	1 338	563	6	502	189
3.	729	5	99	242	9	76	441	150	2	80	50

Tableau 3 de l'annexe Charge de la maladie par sexe, cause et Région OMS, estimations pour 1998

MALADIES/AFFECTIONS		ETATS MEMBRES DE L'OMS									
		Deux sexes		Hommes		Femmes		Haut revenu		Revenu faible ou moyen	
Population (000)		5 884 576		2 963 656		2 920 920		907 828		4 976 748	
		(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total
F.	Maladies des organes des sens	12 542	0.9	5 611	0.8	6 931	1.1	158	0.1	12 385	1.0
1.	Glaucome	3 070	0.2	1 188	0.2	1 881	0.3	85	0.1	2 985	0.2
2.	Cataractes	9 182	0.7	4 306	0.6	4 876	0.7	68	0.1	9 114	0.7
3.	Autres affections des organes des sens	290	0.0	117	0.0	174	0.0	5	0.0	286	0.0
G.	Maladies cardio-vasculaires	143 015	10.3	78 056	10.7	64 959	10.0	19 518	18.0	123 497	9.7
1.	Cardiopathie rhumatismale	6 576	0.5	2 929	0.4	3 647	0.6	180	0.2	6 396	0.5
2.	Cardiopathie ischémique	51 948	3.8	30 044	4.1	21 903	3.4	9 501	8.8	42 447	3.3
3.	Maladie cérébrovasculaire	41 626	3.0	21 566	3.0	20 060	3.1	5 219	4.8	36 407	2.9
4.	Cardiopathie inflammatoire	10 509	0.8	5 675	0.8	4 834	0.7	722	0.7	9 787	0.8
5.	Autres cardiopathies	32 356	2.3	17 842	2.4	14 514	2.2	3 896	3.6	28 460	2.2
H.	Affections des voies respiratoires	61 603	4.5	33 583	4.6	28 019	4.3	8 050	7.4	53 553	4.2
1.	Bronchopneumopathie chronique obstructive	28 654	2.1	16 393	2.2	12 260	1.9	2 449	2.3	26 205	2.1
2.	Asthme	10 968	0.8	6 088	0.8	4 879	0.7	1 208	1.1	9 760	0.8
3.	Autres affections des voies respiratoires	18 392	1.3	9 651	1.3	8 741	1.3	1 303	1.2	17 089	1.3
I.	Maladies de l'appareil digestif	41 111	3.0	24 775	3.4	16 336	2.5	4 365	4.0	36 746	2.9
1.	Ulcère peptique	2 637	0.2	1 742	0.2	895	0.1	241	0.2	2 395	0.2
2.	Cirrhose du foie	12 813	0.9	9 184	1.3	3 629	0.6	1 638	1.5	11 175	0.9
3.	Appendicite	1 446	0.1	870	0.1	576	0.1	35	0.0	1 411	0.1
4.	Autres maladies de l'appareil digestif	24 216	1.8	12 979	1.8	11 237	1.7	2 451	2.3	21 765	1.7
J.	Maladies de l'appareil génito-urinaire	15 576	1.1	9 084	1.2	6 493	1.0	1 220	1.1	14 356	1.1
1.	Néphrite/néphrose	8 429	0.6	4 464	0.6	3 965	0.6	470	0.4	7 959	0.6
2.	Hypertrophie bénigne de la prostate	2 150	0.2	2 150	0.3	0	0.0	239	0.2	1 911	0.1
3.	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	4 997	0.4	2 470	0.3	2 528	0.4	511	0.5	4 486	0.4
K.	Maladies de la peau	1 619	0.1	827	0.1	792	0.1	136	0.1	1 482	0.1
L.	Maladies ostéomusculaires	21 464	1.6	7 939	1.1	13 525	2.1	4 512	4.2	16 952	1.3
1.	Arthrite rhumatoïde	3 682	0.3	1 021	0.1	2 662	0.4	991	0.9	2 692	0.2
2.	Arthrose	15 513	1.1	6 210	0.8	9 303	1.4	3 046	2.8	12 468	1.0
3.	Autres maladies ostéomusculaires	2 269	0.2	708	0.1	1 560	0.2	476	0.4	1 793	0.1
M.	Anomalies congénitales	28 147	2.0	14 302	2.0	13 844	2.1	1 915	1.8	26 232	2.1
N.	Affections de la cavité buccale	8 483	0.6	4 165	0.6	4 318	0.7	959	0.9	7 524	0.6
1.	Caries dentaires	4 720	0.3	2 383	0.3	2 337	0.4	432	0.4	4 288	0.3
2.	Maladie périodontale	295	0.0	148	0.0	147	0.0	36	0.0	258	0.0
3.	Edentation	3 351	0.2	1 603	0.2	1 748	0.3	485	0.4	2 866	0.2
4.	Autres affections de la cavité buccale	118	0.0	32	0.0	86	0.0	7	0.0	111	0.0
III.	Traumatismes	221 673	16.0	146 366	20.0	75 307	11.6	12 739	11.8	208 934	16.4
A.	Non intentionnels	156 184	11.3	103 928	14.2	52 257	8.0	8 972	8.3	147 213	11.6
1.	Accidents de la circulation	38 849	2.8	28 413	3.9	10 436	1.6	4 556	4.2	34 293	2.7
2.	Empoisonnements	6 364	0.5	3 796	0.5	2 568	0.4	280	0.3	6 085	0.5
3.	Chutes	27 021	2.0	17 074	2.3	9 947	1.5	1 397	1.3	25 624	2.0
4.	Incendies	11 967	0.9	4 832	0.7	7 135	1.1	261	0.2	11 706	0.9
5.	Noyades	14 896	1.1	10 039	1.4	4 857	0.7	280	0.3	14 616	1.1
6.	Autres traumatismes non intentionnels	57 088	4.1	39 774	5.4	17 314	2.7	2 198	2.0	54 890	4.3
B.	Intentionnels	65 489	4.7	42 438	5.8	23 050	3.5	3 768	3.5	61 721	4.8
1.	Auto-infligés	21 511	1.6	12 219	1.7	9 292	1.4	2 416	2.2	19 095	1.5
2.	Homicide et violence	21 573	1.6	17 151	2.3	4 421	0.7	1 210	1.1	20 363	1.6
3.	Fait de guerre	22 405	1.6	13 068	1.8	9 337	1.4	142	0.1	22 264	1.7

	AFR	AMR		EMR	EUR		SEAR		WPR		
		Haut revenu	Revenu faible ou moyen		Haut revenu	Revenu faible ou moyen	Inde	Autres pays à revenu faible ou moyen	Haut revenu	Chine	Autres pays à revenu faible ou moyen
	601 783	304 886	497 925	473 644	392 402	477 727	982 223	502 833	198 497	1 255 698	196 958
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
F.	2 240	40	707	942	80	409	3 701	1 548	24	2 379	472
1.	441	26	102	119	41	68	698	481	16	930	145
2.	1 792	12	555	815	37	338	3 001	1 056	7	1 247	322
3.	7	2	50	8	2	3	2	10	1	202	4
G.	12 744	6 109	8 763	13 617	9 553	19 807	26 932	12 728	3 670	24 824	4 269
1.	652	54	189	616	87	563	1 793	106	31	2 450	35
2.	2 867	2 955	3 394	4 500	4 664	9 221	11 697	3 172	1 809	6 690	979
3.	4 894	1 651	2 830	2 244	2 554	5 411	4 814	3 272	986	11 906	1 062
4.	1 536	235	538	1 473	342	896	2 071	1 459	127	1 304	527
5.	2 794	1 214	1 812	4 783	1 906	3 716	6 556	4 719	717	2 473	1 666
H.	4 534	2 634	2 579	2 745	4 111	4 581	5 833	2 272	1 272	30 306	735
1.	1 892	767	1 070	1 110	1 198	1 467	2 536	860	470	17 009	275
2.	1 508	441	1 027	832	551	701	1 525	956	207	2 878	342
3.	4 141	423	1 723	2 869	620	2 158	3 352	1 132	230	1 324	420
I.	4 723	1 435	3 547	3 900	2 072	3 544	5 618	5 417	809	8 276	1 770
1.	294	79	158	123	115	220	853	242	45	429	77
2.	636	545	1 196	598	772	885	2 628	1 704	311	3 006	530
3.	362	12	48	119	16	44	313	176	6	287	63
4.	3 431	799	2 144	3 059	1 168	2 396	1 823	3 296	447	4 553	1 100
J.	2 588	374	1 237	2 457	590	1 716	2 036	1 351	219	2 564	445
1.	1 796	149	608	714	228	445	1 578	903	86	1 616	307
2.	204	74	211	177	114	174	366	185	46	547	52
3.	588	151	418	1 566	249	1 096	92	263	87	401	86
K.	581	44	138	105	66	118	114	71	25	330	26
L.	1 230	1 531	3 579	843	2 116	3 090	1 710	1 829	854	4 113	570
1.	106	338	660	155	467	558	197	173	183	791	55
2.	1 096	1 030	2 538	597	1 424	2 255	1 482	1 447	583	2 617	444
3.	28	163	380	92	224	278	31	209	87	705	72
M.	3 933	791	2 280	3 134	810	1 555	7 454	2 390	289	4 500	1 012
N.	521	332	1 103	1 222	445	882	1 247	1 122	165	1 079	364
1.	357	159	977	612	195	412	783	446	70	558	151
2.	32	13	22	20	17	23	86	30	6	36	10
3.	117	157	95	580	231	443	356	635	87	450	199
4.	16	2	8	11	3	4	22	12	1	35	4
III.	48 536	4 535	17 562	19 156	5 852	15 971	45 032	19 217	2 151	36 740	6 921
A.	28 272	3 233	12 146	9 943	4 112	9 775	39 716	15 635	1 525	26 113	5 713
1.	6 117	1 670	4 411	2 564	2 082	3 213	7 204	3 998	773	5 385	1 433
2.	1 185	100	145	351	129	934	988	735	47	1 491	260
3.	2 205	490	1 700	1 423	648	1 377	10 898	2 808	245	4 175	1 052
4.	3 500	96	304	761	117	321	5 723	334	42	640	129
5.	3 091	101	851	869	126	739	2 703	1 763	45	3 919	689
6.	12 175	776	4 735	3 975	1 010	3 192	12 201	5 997	373	10 503	2 151
B.	20 264	1 302	5 416	9 213	1 739	6 195	5 316	3 582	626	10 627	1 208
1.	646	858	708	1 266	1 117	2 071	3 337	1 686	424	8 837	560
2.	7 878	443	3 986	1 649	552	1 319	1 847	1 445	202	1 764	488
3.	11 740	1	722	6 298	71	2 805	132	451	0	26	160

Tableau 4 de l'annexe Principales causes de mortalité et de morbidité, estimations pour 1998

Mortalité dans l'ensemble des Etats Membres				AVCI dans tous les Etats Membres			
	Rang	% du total	(000)		Rang	% du total	(000)
Deux sexes				Deux sexes			
Cardiopathie ischémique	1	13.7	7 375	Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	1	6.0	82 344
Maladie cérébrovasculaire	2	9.5	5 106	Affections périnatales	2	5.8	80 564
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	3	6.4	3 452	Maladies diarrhéiques	3	5.3	73 101
VIH/SIDA	4	4.2	2 285	VIH/SIDA	4	5.1	70 930
Bronchopneumopathie chronique obstructive	5	4.2	2 249	Dépression unipolaire majeure	5	4.2	58 246
Maladies diarrhéiques	6	4.1	2 219	Cardiopathie ischémique	6	3.8	51 948
Affections périnatales	7	4.0	2 155	Maladie cérébrovasculaire	7	3.0	41 626
Tuberculose	8	2.8	1 498	Paludisme	8	2.8	39 267
Cancer de la trachée/des bronches/du poumon	9	2.3	1 244	Accidents de la circulation	9	2.8	38 849
Accidents de la circulation	10	2.2	1 171	Rougeole	10	2.2	30 255
Hommes				Hommes			
Cardiopathie ischémique	1	12.8	3 659	Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	1	5.8	42 406
Maladie cérébrovasculaire	2	8.2	2 340	Affections périnatales	2	5.7	41 827
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	3	6.1	1 753	Maladies diarrhéiques	3	5.2	38 012
Bronchopneumopathie chronique obstructive	4	4.3	1 240	VIH/SIDA	4	4.8	34 985
VIH/SIDA	5	4.1	1 164	Cardiopathie ischémique	5	4.1	30 044
Maladies diarrhéiques	6	4.0	1 149	Accidents de la circulation	6	3.9	28 413
Affections périnatales	7	3.9	1 121	Maladie cérébrovasculaire	7	3.0	21 566
Cancer de la trachée/des bronches/du poumon	8	3.2	911	Dépression unipolaire majeure	8	2.8	20 674
Tuberculose	9	3.1	893	Paludisme	9	2.8	20 188
Accidents de la circulation	10	3.0	855	Homicide et violence	10	2.3	17 151
Femmes				Femmes			
Cardiopathie ischémique	1	14.6	3 717	Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	1	6.1	39 939
Maladie cérébrovasculaire	2	10.9	2 766	Affections périnatales	2	5.9	38 737
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	3	6.7	1 699	Dépression unipolaire majeure	3	5.8	37 572
VIH/SIDA	4	4.4	1 121	VIH/SIDA	4	5.5	35 944
Maladies diarrhéiques	5	4.2	1 070	Maladies diarrhéiques	5	5.4	35 089
Affections périnatales	6	4.1	1 034	Cardiopathie ischémique	6	3.4	21 903
Bronchopneumopathie chronique obstructive	7	4.0	1 010	Maladie cérébrovasculaire	7	3.1	20 060
Tuberculose	8	2.4	605	Paludisme	8	2.9	19 080
Paludisme	9	2.1	538	Rougeole	9	2.3	14 729
Rougeole	10	1.7	432	Anomalies congénitales	10	2.1	13 845

Principales causes de mortalité et d'AVCI dans tous les Etats Membres et leur rang d'importance par Région OMS

	Ensemble des Etats Membres		Afrique		Amériques		Asie du Sud-Est		Europe		Méditerranée orientale		Pacifique occidental	
	Rang	% du total	Rang	% du total	Rang	% du total	Rang	% du total	Rang	% du total	Rang	% du total	Rang	% du total
Décès														
Cardiopathie ischémique	1	13.7	9	2.9	1	17.9	1	13.8	1	25.5	1	13.6	3	11.1
Maladie cérébrovasculaire	2	9.5	7	4.7	2	10.3	4	6.5	2	13.7	5	5.3	1	14.3
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	3	6.4	3	8.2	3	4.2	2	9.3	4	3.6	2	9.1	4	4.0
VIH/SIDA	4	4.2	1	19.0	13	1.8	8	2.2	42	0.2	27	0.4	42	0.2
Bronchopneumopathie chronique obstructive	5	4.2	14	1.1	6	2.8	11	1.6	5	2.7	10	1.7	2	12.0
Maladies diarrhéiques	6	4.1	4	7.6	10	2.0	3	6.6	22	0.7	3	7.4	17	1.2
Affections périnatales	7	4.0	5	5.5	7	2.6	5	6.0	13	1.2	4	7.3	10	2.2
Tuberculose	8	2.8	11	2.2	19	1.0	6	5.1	23	0.6	7	3.7	9	2.9
Cancer de la trachée/des bronches/du poumon	9	2.3	38	0.3	4	3.2	15	1.2	3	4.2	20	1.0	6	3.6
Accidents de la circulation	10	2.2	12	1.8	5	3.1	7	2.5	8	1.9	9	1.9	12	2.0
AVCI														
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures	1	6.0	4	7.0	9	2.9	1	8.1	8	2.5	2	8.1	4	3.9
Affections périnatales	2	5.8	5	6.2	5	4.2	2	7.9	5	2.9	1	8.2	5	3.7
Maladies diarrhéiques	3	5.3	3	7.5	8	3.0	3	7.2	17	1.6	3	7.7	13	1.9
VIH/SIDA	4	5.1	1	16.6	13	2.0	12	2.2	46	0.4	7	2.8	36	0.6
Dépression unipolaire majeure	5	4.2	11	1.7	1	5.7	4	4.0	3	5.5	6	3.6	2	6.5
Cardiopathie ischémique	6	3.8	20	0.9	2	4.9	5	3.8	1	9.7	5	3.7	7	3.5
Maladie cérébrovasculaire	7	3.0	13	1.5	6	3.5	13	2.1	2	5.6	12	1.8	3	5.1
Paludisme	8	2.8	2	10.6	80	0.1	39	0.6	97	0.0	16	1.5	60	0.2
Accidents de la circulation	9	2.8	9	1.9	4	4.7	8	2.9	4	3.7	11	2.1	9	2.8
Rougeole	10	2.2	6	5.3	92	0.0	11	2.2	67	0.2	8	2.7	48	0.3

Tableau 5 de l'annexe Caractéristiques démographiques des Régions OMS, estimations pour 1978 et 1998

Caractéristiques démographiques	Année	Effectif de la population (000 000)	Rapport de dépendance économique (%)	Nombre de naissances vivantes (000)	Indice synthétique de fécondité	Nombre de décès (000)	Taux de décès (pour 1000)	Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans (pour 1 000)	Espérance de vie à la naissance (années)	PIB par habitant à parité de pouvoir d'achat en US \$ au taux de 1985 ^a (US \$)
Etats Membres de l'OMS										
Total	1978	4 281	72	120 129	3.9	46 793	11.0	124	61	...
	1998	5 885	59	129 434	2.7	53 929	9.2	83	66	...
Pays à haut revenu	1978	793	54	11 519	1.9	7 099	9.0	19	73	11 855
	1998	901	49	10 668	1.7	8 033	8.8	8	78	15 142
Chine	1978	972	73	20 246	3.3	6 641	6.7	...	65	823
	1998	1 256	47	20 135	1.8	9 296	7.4	48	70	1 493
Inde	1978	661	76	22 695	4.8	9 066	13.9	...	53	882
	1998	982	64	24 672	3.1	9 337	9.5	89	63	1 282
Autres pays à revenu faible ou moyen	1978	1 855	79	65 669	4.8	23 988	13.0	149	58	...
	1998	2 745	67	73 959	3.4	27 263	9.9	100	61	...
Afrique										
	1978	348	94	16 440	6.7	6 386	18.4	208	47	1 524
	1998	602	90	24 073	5.4	9 621	16.0	161	49	1 261
Amériques										
Pays à haut revenu	1978	250	52	3 777	1.8	2 115	8.5	18	73	15 266
	1998	305	52	4 140	1.9	2 538	8.3	8	77	17 788
Pays à revenu faible ou moyen	1978	341	81	11 286	4.5	2 959	8.8	93	63	4 024
	1998	497	61	11 437	2.7	3 113	6.3	46	69	4 248
Asie du Sud-Est										
Inde	1978	661	76	22 695	4.8	9 066	13.9	...	53	882
	1998	982	64	24 672	3.1	9 337	9.5	89	63	1 282
Autres pays à revenu faible ou moyen	1978	352	85	13 048	5.1	5 051	14.5	163	53	1 249
	1998	503	58	11 753	2.6	4 147	8.2	83	63	2 208
Europe										
Pays à haut revenu	1978	368	57	4 788	1.9	3 870	10.5	18	73	10 207
	1998	392	49	4 120	1.5	3 974	10.1	8	78	13 081
Pays à revenu faible ou moyen	1978	419	55	8 277	2.5	4 241	10.1	51	68	...
	1998	478	51	6 449	1.8	5 281	11.1	39	68	...
Méditerranée orientale										
	1978	272	90	12 142	6.5	3 877	14.5	185	54	2 081
	1998	474	78	15 265	4.4	3 773	8.0	104	63	2 139
Pacifique occidental										
Pays à haut revenu	1978	172	52	2 864	2.1	1 095	6.4	22	73	9 602
	1998	198	44	2 305	1.5	1 482	7.5	9	78	14 890
Chine	1978	972	73	20 246	3.3	6 641	6.7	...	65	823
	1998	1 256	47	20 135	1.8	9 296	7.4	48	70	1 493
Autres pays à revenu faible ou moyen	1978	126	85	4 566	5.2	1 493	11.9	127	57	...
	1998	197	69	5 085	3.3	1 367	7.0	58	67	...

...Données non disponibles ou sans objet.

^a Estimations pour 1978 et 1992.

Tableau 6 de l'annexe Performance de certains pays pour le taux de mortalité infantile et l'espérance de vie des femmes : résultats par rapport au revenu, 1952-1992

Echantillons de pays regroupés par Région OMS	Taux de mortalité infantile					Espérance de vie des femmes				
	Pourcentage plus élevé (plus bas) que les prédictions					Années de plus (de moins) que les prédictions				
	1952	1962	1972	1982	1992	1952	1962	1972	1982	1992
Afrique										
Afrique du Sud	-31	-16	3	16	25	-1.0	-0.1	-0.5	-0.9	0.1
Algérie	...	31	32	31	11	...	-1.4	0.2	1.4	5.3
Angola	...	42	45	44	55	...	-13.6	-13.9	-11.1	-9.1
Bénin	...	29	21	19	26	...	-9.9	-7.6	-5.4	-4.1
Botswana	...	-21	-28	-14	0	...	2.4	2.7	2.6	0.4
Burkina Faso	...	14	14	21	35	...	-7.6	-6.2	-6.8	-9.5
Burundi	...	7	14	20	52	...	-3.4	-3.1	-4.0	-12.8
Cameroun	...	11	1	15	22	...	-5.5	-4.7	-4.8	-3.5
Cap-Vert	...	-28	-28	-12	-5	...	8.6	8.5	8.2	9.9
Comores	...	14	7	9	14	...	-0.7	-0.5	0.6	3.2
Congo	...	2	-7	17	52	...	-4.4	-5.4	-5.9	-11.1
Côte d'Ivoire	...	22	25	33	35	...	-7.7	-7.7	-7.4	-9.7
Ethiopie	31	34	29	46	...	-4.4	-4.4	-4.5	-7.2	...
Gabon	...	42	66	87	81	...	-8.6	-10.9	-11.4	-9.9
Gambie	...	40	42	52	62	...	-12.3	-13.3	-14.1	-11.2
Ghana	...	-5	-5	-3	5	...	-1.2	-1.2	-0.7	1.4
Guinée	...	35	38	50	63	...	-12.0	-12.2	-14.5	-12.6
Guinée-Bissau	...	35	43	52	66	...	-10.2	-13.5	-13.2	-11.6
Kenya	-11	-16	-19	-14	-4	-0.1	0.8	1.6	1.7	0.0
Lesotho	...	7	8	25	35	...	2.8	2.0	-0.8	0.8
Libéria	...	27	47	21	...	...	-3.9	-3.8	-3.7	...
Madagascar	...	30	31	19	24	...	-6.8	-5.5	-3.3	0.2
Malawi	...	40	46	52	70	...	-5.9	-7.8	-8.1	-13.0
Mali	...	40	53	49	52	...	-6.6	-5.0	-5.7	-3.0
Maurice	-4	-37	-39	-61	-53	3.9	9.0	8.8	7.7	8.8
Mauritanie	...	23	20	23	35	...	-7.4	-7.2	-7.1	-4.7
Mozambique	...	38	50	39	48	...	-9.8	-10.5	-10.5	-7.6
Namibie	...	23	38	40	24	...	-6.5	-6.8	-6.5	-3.2
Niger	...	29	35	42	54	...	-9.3	-11.2	-10.8	-7.4
Nigéria	-6	-4	-1	19	22	-3.9	-4.7	-6.8	-10.3	-7.6
Ouganda	-5	-11	-3	21	48	-1.2	-1.3	-2.9	-7.0	-17.8
République centrafricaine	...	19	11	17	32	...	-5.7	-5.9	-5.5	-6.7
République-Unie de Tanzanie	...	7	4	1	17	...	-0.7	-0.8	-0.7	-4.8
Rwanda	...	5	17	26	63	...	-1.6	-4.5	-7.2	-33.5
Sénégal	...	26	10	-2	2	...	-9.5	-9.1	-9.0	-6.9
Sierra Leone	...	48	57	75	102	...	-15.4	-17.1	-20.1	-22.6
Somalie	...	34	29	42	84	...	-11.2	-9.7	-11.4	-17.6
Swaziland	...	27	43	44	38	...	-7.2	-6.6	-6.0	-2.7
Tchad	...	33	34	39	52	...	-11.1	-10.6	-9.1	-6.7
Togo	...	22	7	9	21	...	-2.7	-3.3	-2.9	-5.0
Trinité-et-Tobago	-30	-23	-7	4	-41	11.5	12.8	9.5	9.3	9.6
Zambie	...	-2	-10	-4	17	...	-4.5	-4.5	-4.1	-12.7
Zimbabwe	...	-21	-18	-14	1	...	-1.1	0.0	0.0	-6.6
Amériques										
Argentine	-32	-15	-8	-22	-36	16.3	14.8	12.4	11.1	11.0
Barbade	...	-40	-60	-83	-59	...	15.6	14.1	12.8	12.4
Belize	...	...	...	-35	-23	...	...	...	11.1	11.1
Bolivie	18	26	42	38	23	-3.4	-4.2	-5.9	-3.9	-0.2
Brésil	-10	-2	8	21	19	7.0	6.4	5.8	4.8	5.7
Chili	2	19	1	-83	-98	9.0	8.1	9.3	12.6	13.0
Colombie	-15	-21	-21	-27	-23	6.1	8.5	8.0	9.4	9.4
Costa Rica	-42	-26	-39	-108	-112	12.3	12.7	13.4	14.7	14.4
El Salvador	0	3	10	4	-37	0.9	3.4	5.2	4.1	9.5
Equateur	-8	-1	0	13	4	4.1	5.5	5.1	5.6	8.4
Guatemala	-1	11	10	16	-6	-4.0	-3.2	-0.3	0.0	3.4
Guyana	-14	-21	-20	-11	-4	7.2	8.1	6.9	5.0	6.5
Haïti	...	28	27	28	6	...	-3.9	-2.3	-3.8	-2.5
Honduras	6	5	-4	-24	-39	-1.6	0.4	2.3	5.3	9.6
Jamaïque	...	-61	-58	-79	-75	...	16.2	14.1	12.6	13.1

Echantillons de pays regroupés par Région OMS	Taux de mortalité infantile					Espérance de vie des femmes				
	Pourcentage plus élevé (plus bas) que les prédictions					Années de plus (de moins) que les prédictions				
	1952	1962	1972	1982	1992	1952	1962	1972	1982	1992
Mexique	-1	-4	7	14	10	5.0	7.8	7.5	8.6	9.5
Nicaragua	14	13	12	6	-29	-1.9	-1.1	0.7	3.1	8.4
Panama	-47	-61	-65	-67	-62	10.5	12.1	11.5	11.9	11.7
Paraguay	-73	-70	-68	-35	-25	19.1	16.4	13.7	9.2	8.8
Pérou	12	25	31	27	5	-1.4	-1.2	0.7	2.9	6.8
République dominicaine	-6	-6	-7	1	-24	2.4	5.2	7.0	7.7	9.4
Suriname	...	-50	-48	-30	-39	...	10.7	9.8	8.1	8.5
Uruguay	-51	-46	-35	-31	-57	20.7	18.1	14.6	12.3	12.3
Venezuela	31	31	17	2	-21	7.3	8.2	10.0	8.8	9.5
Asie du Sud-Est										
Bangladesh	...	13	23	35	36	...	-9.6	-9.3	-7.8	-4.9
Inde	12	14	11	13	17	-4.9	-3.3	-2.5	-1.3	0.6
Indonésie	...	-4	-4	5	4	...	-4.0	-0.9	0.1	2.7
Myanmar	30	12	2	9	20	-0.6	2.6	2.7	1.0	3.6
Népal	...	31	29	30	...	...	-8.7	-8.6	-8.1	...
Sri Lanka	-53	-45	-66	-99	-96	10.3	13.7	12.2	12.2	12.1
Thaïlande	-21	-34	-46	-49	-32	4.9	7.3	7.1	7.8	8.0
Europe										
Bulgarie	...	...	...	-105	-56	...	...	...	12.4	9.6
Grèce	-88	-72	-62	-99	-113	21.4	19.2	16.4	14.9	14.6
Hongrie	...	...	-71	-81	-94	...	...	15.0	10.7	9.1
Malte	...	-128	-138	-133	-106	...	20.4	16.7	13.8	13.3
Pologne	...	...	-101	-90	-83	...	...	17.0	13.0	11.6
Roumanie	...	-84	-108	-116	-83	...	22.9	19.3	14.2	11.2
Turquie	43	43	45	49	25	-0.4	2.6	4.0	3.8	5.8
Yougoslavie	...	-29	-44	-22	-51	...	14.0	13.4	10.2	9.9
Méditerranée orientale										
Arabie saoudite	...	78	99	105	8	...	-6.6	-3.5	0.5	6.0
Bahreïn	...	...	...	-1	-7	...	...	...	7.9	8.3
Djibouti	...	...	47	46	...	...	...	-12.7	-11.7	...
Egypte	19	25	31	36	10	-0.1	0.3	-0.1	-0.9	3.9
Iran (République islamique d')	...	57	72	41	-1	...	-2.1	-2.5	1.2	4.3
Iraq	...	44	46	70	...	...	-2.3	0.0	0.5	...
Jordanie	...	-1	-16	-5	-32	...	-0.3	3.0	4.4	6.1
Maroc	10	15	14	23	13	-0.3	0.4	0.4	0.7	4.0
Oman	...	...	108	41	16	...	...	-8.3	1.8	6.3
Pakistan	12	11	20	25	28	-5.3	-2.8	-2.3	-0.1	2.2
République arabe syrienne	...	10	3	17	0	...	2.4	2.5	2.5	5.1
Soudan	...	...	-6	-1	17	...	...	-7.0	-5.5	-5.2
Tunisie	...	19	15	5	-31	...	0.4	1.6	3.3	5.5
Yémen	...	...	45	38	48	...	...	-9.7	-8.5	-5.9
Pacifique occidental										
Chine	...	-14	-67	-58	-33	...	4.2	12.9	11.4	10.1
Fidji	...	-45	-61	-58	-58	...	9.8	10.2	9.5	9.7
Iles Salomon	...	...	...	-76	-71	...	...	...	11.0	10.6
Malaisie	...	-65	-77	-67	-81	...	6.8	9.0	8.4	8.3
Mongolie	...	...	...	...	3	...	...	...	...	3.3
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...	23	6	-8	10	...	-7.9	-7.9	-6.4	-4.2
Philippines	-50	-52	-38	-24	-40	5.0	6.5	5.0	4.4	6.9
République démocratique populaire lao	...	...	...	...	58	...	...	...	...	-8.3
Vanuatu	...	...	...	...	-24	...	...	...	...	6.2

...Données non disponibles ou sans objet.

Notes:

- Dans ce tableau, les mesures de la performance reposent sur la différence entre le niveau effectif de l'indicateur de santé d'un pays et celui que l'on peut prédire en fonction de son niveau de revenu. Du fait que les indicateurs sanitaires pour un niveau de revenu donné se sont nettement améliorés au cours des 40 ans considérés, les prédictions tiennent compte de la période. Les notes explicatives de l'annexe fournissent davantage d'informations sur les données et les méthodes.
- La performance d'un pays en fonction de son revenu dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels le degré d'instruction, l'état de l'environnement et les politiques de la santé. Par conséquent, les mesures notifiées n'évaluent pas les politiques de la santé proprement dites mais donnent une mesure quantitative pour faciliter l'examen de la politique sanitaire.
- Les valeurs données dans le tableau rapportent les chiffres réels de la mortalité infantile et de l'espérance de vie des femmes dans chaque pays à ceux que l'on pourrait prédire en fonction de leur niveau de revenu et à l'époque précisée. La performance pour la mortalité infantile est donnée par la différence (positive ou négative) entre le taux réel et le taux prévu, en pourcentage de ce dernier. Par conséquent, une valeur négative indique une performance améliorée. La performance pour l'espérance de vie des femmes correspond au nombre d'années de plus (ou de moins) que celui qui avait été prédit, et les valeurs négatives indiquent une mauvaise performance.

Tableau 7 de l'annexe Performance de certains pays pour l'équité : conditions sanitaires des groupes avantagés et désavantagés, vers 1990

Pays	Pourcentage de la population vivant dans un état de pauvreté absolue	Probabilité de décès (pour 100) entre 15 et 59 ans				Probabilité de décès (pour 1000) avant l'âge de 5 ans				Prévalence de la tuberculose (pour 10 000)	
		Hommes		Femmes		Garçons		Filles		Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres
		Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres: non-pauvres		
Ensemble des pays		19	2.2	9	4.3	39	4.3	38	4.8	23	2.6
Afrique											
Afrique du Sud	24	35	1.7	16	3.6	47	4.7	31	5.3	61	1.0
Botswana	33	22	2.3	13	4.0	38	4.9	33	4.8	54	1.2
Côte d'Ivoire	18	44	1.5	41	1.5	124	2.4	95	3.3	30	1.6
Ethiopie	46	30	2.2	19	3.6	107	3.0	76	4.0	19	2.9
Guinée	88	22	2.1	12	3.5	66	3.7	45	5.6	20	1.9
Guinée-Bissau	26	37	1.7	30	2.1	177	2.2	135	3.0	20	2.6
Kenya	50	24	2.1	13	3.8	43	3.7	41	3.8	21	2.6
Lesotho	49	15	2.6	7	5.4	58	3.9	43	5.2	45	1.7
Madagascar	72	20	2.0	11	3.4	46	3.8	39	4.1	17	2.6
Mauritanie	31	28	1.9	17	3.4	105	3.0	85	3.7	49	1.3
Niger	62	26	1.9	14	3.5	88	3.4	60	4.8	17	2.4
Nigéria	31	32	1.8	22	2.8	101	3.1	82	3.7	27	2.2
Ouganda	69	46	1.4	41	1.4	131	2.1	111	2.5	38	1.3
République-Unie de Tanzanie	11	24	2.1	16	3.3	36	5.6	34	5.0	30	1.4
Rwanda	46	79	1.2	83	1.0	133	2.7	90	4.2	18	2.3
Sénégal	54	27	2.2	14	3.8	49	4.0	39	4.9	21	2.5
Zambie	85	29	2.5	18	3.6	48	3.5	42	3.9	22	3.8
Zimbabwe	41	35	2.1	30	2.3	51	4.1	38	5.0	58	1.2
Amériques											
Brésil	24	23	2.4	6	7.9	26	6.5	23	5.0	6	5.3
Chili	15	12	3.7	3	12.3	10	7.1	7	8.3	2	8.0
Colombie	7	25	2.1	10	5.2	39	5.6	29	6.8	6	7.7
Costa Rica	19	7	5.5	3	10.6	10	5.5	8	5.1	2	4.8
Equateur	8	18	2.7	11	4.4	58	4.2	45	4.9	25	1.8
Guatemala	53	23	1.9	9	3.5	31	3.5	29	3.3	8	1.8
Honduras	47	15	2.0	7	4.0	32	3.2	26	3.2	11	1.8
Jamaïque	4	13	3.4	7	7.2	26	7.5	19	10.0	1	25.1
Mexique	15	16	2.9	5	8.6	23	7.6	19	7.8	4	6.7
Nicaragua	44	16	2.1	6	5.6	32	3.8	26	4.0	8	2.1
Panama	26	9	3.7	4	7.7	14	6.2	14	5.8	5	3.9
Pérou	49	16	1.7	6	3.6	37	3.6	30	3.7	15	2.9
République dominicaine	20	12	3.4	5	9.7	29	6.5	24	6.5	10	4.6
Venezuela	12	16	3.0	6	7.6	16	8.9	11	10.8	3	8.7
Asie du Sud-Est											
Inde	53	16	2.1	8	3.7	33	4.5	40	4.3	28	2.5
Indonésie	12	23	2.3	17	3.1	62	4.1	53	4.1	82	0.7
Népal	50	21	2.2	13	3.8	52	4.0	53	4.6	21	3.3
Sri Lanka	4	18	2.7	9	5.7	18	10.8	19	8.7	6	6.9
Europe											
Estonie	6	30	1.8	8	6.3	22	9.3	9	17.5	6	7.5
Kirghizistan	19	23	2.1	6	8.0	30	5.7	22	6.1	9	5.1
Pologne	7	23	2.2	7	7.8	10	15.7	8	14.4	4	10.9
République tchèque	3	20	2.3	8	6.4	10	17.3	5	29.3	1	31.0
Roumanie	18	20	2.3	5	8.4	16	9.9	12	9.2	12	3.9
Slovaquie	13	22	2.3	5	9.8	7	11.1	6	11.0	2	7.8
Turkménistan	5	40	2.2	36	2.4	65	4.2	61	4.0	24	2.2
Méditerranée orientale											
Egypte	8	20	2.5	12	4.1	72	3.2	71	3.5	2	16.9
Pakistan	12	18	2.8	12	4.4	105	2.7	101	2.8	39	1.3
Tunisie	4	25	2.2	14	3.8	79	2.8	61	3.7	10	4.3
Pacifique occidental											
Chine	22	12	3.4	4	11.0	23	5.9	28	6.6	14	3.8
Malaisie	6	18	3.1	10	5.1	13	13.7	10	15.0	13	3.2
Philippines	29	15	2.9	7	6.1	23	5.8	18	5.9	71	0.8

Tableau 8 de l'annexe Paludisme : ampleur du problème par âge, sexe et Région OMS, estimations pour 1998

	Deux sexes	Hommes					Femmes				
		0-4	5-14	15-44	45-59	60+	0-4	5-14	15-44	45-59	60+
Décès (000)											
Ensemble des Etats Membres	1 110	417	105	40	6	3	376	104	46	7	4
Afrique	961	391	85	20	1	1	354	84	25	1	1
Amériques	4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Asie du Sud-Est	73	6	11	14	4	2	4	11	15	4	2
Europe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méditerranée orientale	53	19	5	2	0	0	17	5	3	0	0
Pacifique occidental	20	1	4	4	1	1	1	3	3	1	1
Incidence (000)											
Ensemble des Etats Membres	272 925	51 627	23 457	55 786	3 677	2 025	50 847	23 225	56 049	3 854	2 379
Afrique	237 647	47 798	19 624	47 923	2 292	1 221	47 132	19 465	48 290	2 441	1 461
Amériques	2 043	121	236	500	111	70	112	218	483	112	80
Asie du Sud-Est	15 791	1 042	1 871	3 627	850	472	994	1 850	3 677	878	529
Europe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méditerranée orientale	13 693	2 437	1 242	2 841	222	128	2 398	1 226	2 822	227	149
Pacifique occidental	3 751	228	483	895	203	134	211	465	777	196	160
AVCI (000)											
Ensemble des Etats Membres	39 267	14 826	3 916	1 322	97	26	13 551	3 870	1 510	114	33
Afrique	34 506	13 889	3 151	696	18	5	12 723	3 137	857	24	7
Amériques	130	11	19	32	4	1	10	17	31	4	1
Asie du Sud-Est	2 185	198	417	410	55	14	161	405	444	64	17
Europe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méditerranée orientale	1 854	676	192	77	7	1	619	190	82	7	2
Pacifique occidental	591	52	137	107	15	4	38	121	96	16	6

Tableau 9 de l'annexe Tabagisme : ampleur du problème par sexe et Région OMS, estimations pour 1998

Décès (000)	Deux sexes			AVCI (000)			
	Hommes	Femmes		Deux sexes	Hommes	Femmes	
Ensemble des Etats Membres	4 023	3 241	782	Ensemble des Etats Membres	49 288	40 037	9 251
Afrique	125	112	13	Afrique	1 900	1 763	137
Amériques	772	472	300	Amériques	8 867	5 529	3 338
Pays à haut revenu	604	342	262	Pays à haut revenu	6 603	3 752	2 851
Pays à revenu faible ou moyen	168	130	38	Pays à revenu faible ou moyen	2 264	1 777	487
Asie du Sud-Est	580	505	75	Asie du Sud-Est	7 439	6 456	983
Inde	383	332	51	Inde	5 098	4 415	683
Autres pays à revenu faible ou moyen	197	173	24	Autres pays à revenu faible ou moyen	2 341	2 041	300
Europe	1 273	1 066	207	Europe	17 084	14 396	2 687
Pays à haut revenu	538	425	113	Pays à haut revenu	5 887	4 654	1 233
Pays à revenu faible ou moyen	735	641	94	Pays à revenu faible ou moyen	11 196	9 742	1 454
Méditerranée orientale	182	160	22	Méditerranée orientale	2 976	2 547	429
Pacifique occidental	1 093	927	166	Pacifique occidental	11 022	9 345	1 677
Pays à haut revenu	116	88	28	Pays à haut revenu	1 274	970	304
Chine	913	783	130	Chine	8 991	7 716	1 275
Autres pays à revenu faible ou moyen	64	56	8	Autres pays à revenu faible ou moyen	757	659	98

Tableau 10 de l'annexe Tuberculose : ampleur du problème par sexe et Région OMS, estimations pour 1998

	Individus infectés par la tuberculose qui sont					
	positifs pour le VIH			négatifs pour le VIH		
	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes
Décès (000)						
Ensemble des Etats Membres	365	184	181	1 498	893	605
Afrique	305	147	158	209	101	108
Amériques						
Pays à haut revenu	1	1	0	1	1	0
Pays à revenu faible ou moyen	13	7	6	53	30	23
Asie du Sud-Est						
Inde	26	18	9	421	281	140
Autres pays à revenu faible ou moyen	9	5	4	261	133	128
Europe						
Pays à haut revenu	3	2	1	7	4	2
Pays à revenu faible ou moyen	1	1	0	53	44	9
Méditerranée orientale	3	2	1	139	88	51
Pacifique occidental						
Pays à haut revenu	0	0	0	10	7	3
Chine	3	2	1	259	161	97
Autres pays à revenu faible ou moyen	2	1	1	86	44	42
Incidence (000)						
Ensemble des Etats Membres	619	313	306	7 393	4 420	2 973
Afrique	510	246	264	1 047	505	543
Amériques						
Pays à haut revenu	4	3	1	17	12	6
Pays à revenu faible ou moyen	22	12	10	378	213	165
Asie du Sud-Est						
Inde	46	31	15	1 794	1 198	596
Autres pays à revenu faible ou moyen	16	8	8	1 146	584	562
Europe						
Pays à haut revenu	8	5	3	72	48	24
Pays à revenu faible ou moyen	2	2	0	357	295	62
Méditerranée orientale	4	3	2	607	384	223
Pacifique occidental						
Pays à haut revenu	1	0	0	86	57	29
Chine	5	3	2	1 411	881	530
Autres pays à revenu faible ou moyen	3	2	2	478	243	234
AVCI (000)						
Ensemble des Etats Membres	9 032	4 365	4 667	28 189	16 137	12 052
Afrique	7 934	3 719	4 215	5 442	2 551	2 891
Amériques						
Pays à haut revenu	7	5	2	8	6	2
Pays à revenu faible ou moyen	302	159	143	1 213	638	575
Asie du Sud-Est						
Inde	476	303	174	7 577	4 815	2 761
Autres pays à revenu faible ou moyen	154	78	75	4 438	2 264	2 174
Europe						
Pays à haut revenu	20	14	6	53	38	15
Pays à revenu faible ou moyen	18	15	3	853	732	122
Méditerranée orientale	59	37	22	3 188	2 006	1 182
Pacifique occidental						
Pays à haut revenu	2	1	1	80	58	22
Chine	37	22	15	3 878	2 286	1 592
Autres pays à revenu faible ou moyen	25	13	12	1 459	744	715

INDEX

Les numéros de page **en gras** indiquent les références principales

- Accidents de la route 20, 21
- Adolescents xii
consommation de tabac 79, 84
- Adultes,
causes principales de morbidité 20, 21
économie de la santé 10–11
- Affections périnatales 23, 24
- Afrique,
charge du paludisme 23, 56, 57, 58, 59–60
consommation de tabac 75, 80
croissance économique 9
fertilité 3
lésions traumatiques 20
lutte contre le paludisme xiii, 60, 61, 62, 63–64, 65–66
systèmes de santé 45, 50
- Afrique du Sud 78, 80, 59
- Agence pour la Protection de l'Environnement 88
- Agence suédoise de développement international, 88
- Aide au développement, stratégies d' xvii, 93
- Alimentation, diversification 30
- Allemagne 39, 48
- Alliance pour la recherche sur les politiques sanitaires et les systèmes de santé, 52
- Amérique latine 10, 38, 80
- Amériques,
consommation de tabac 75
fertilité 3
lésions traumatiques 20
paludisme 24, 56, 59, 68
santé et productivité 10
- Anémie 10
- Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)
lésions traumatiques 18
maladies non transmissibles 16–17
- Années de vie corrigées de la qualité (AVCQ) 16
- Argentine 39
- Asie du Sud-Est,
consommation de tabac 75, 80
croissance économique 9–10
paludisme 25, 56, 58, 59
transition démographique 3, 4
VIH/SIDA 29–30
- Assurance-maladie,
nationale 44, 45, 46, 47
privée 44, 47–49, 50
sociale 44, 46, 48, 50
- Attaque 15, 16–17
- Australie 2, 25, 80, 85, 84
- Autriche 83
- AVCI, voir Années de vie corrigées de l'incapacité
- Bactérie, évolution 24
- Bangladesh 27, 40
- Banque asiatique de développement 8–9, 13, 50
- Banque interaméricaine de développement 50
- Banque mondiale, xix, 51
viser l'aide au développement xvii, 93
financement des systèmes de santé 50
lutte contre le paludisme xiv, 67, 70, 71
lutte contre le tabac 77, 81–82, 84, 88
lutte contre la tuberculose 25
lutte contre le VIH/SIDA 25
- BAT (British American Tobacco) 80, 81
- Botswana 59
- Brésil 27, 59, 60, 62
- Bronchite, chronique 74
- Bureaux régionaux, OMS xxi
- Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies, xx
- Caisses de sécurité sociale 43, 46, 48, 50
- Cambodge 25, 26
- Cameroun 38
- Canada,
systèmes de santé xvi, 45, 46, 47, 48
tabac 75, 80, 82, 85
- Cancer du poumon 17, 74–75
- Cancer,
décès liés aux 74
transition épidémiologique 17, 18
- Caraïbes 10
- Cardiopathies ischémiques 17, 18, 19, 74
- Cartographie du risque de paludisme en Afrique (MARA) 69
- Cécité des rivières 12
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique 88
- Centre international de Recherches et de Développement (CIRD) 88
- Chili 1, 2–3, 15, 22, 50, 86
- Chine, 19, 22, 25
consommation de tabac 74, 75, 78–80, 84
paludisme 56, 61
système de santé 38, 45, 46–47
- Chloroquine 56–57, 59, 60

- Climat, croissance économique et 9
- Colombie 40, 50, 68, 86
- Commerce, international 26
- Connaissance,
développement de la xi–xii, 50–52
utilisation d'une – accrue 5, 6
- Consommation d'alcool 17
- Convention cadre sur la lutte contre le tabac 87, 88
- Costa Rica 48, 86
- Côte d'Ivoire 11
- Coût-efficacité, 38–39
des mesures de lutte contre le paludisme 61–62
- Coûts économiques,
consommation de tabac 77
paludisme 57
tuberculose 11
- Crises humanitaires xiii
- Cuba 48
- Danemark 48
- DDT 56, 60–61
- Décès,
causes principales de 13
certificats de 77
- Déclaration d'Alma-Ata (1978) viii, 36
- Démographie, croissance économique et 8–9
- Dépendance nicotine 78–79
- Dépendants, économiques 11
- Dépenses, santé 39, 93
- Dépression, majeure unipolaire 17
- Dérivés de l'artémisinine 56, 66–67
- Détenteurs de fonds (agences) 41–42
- Diarrhée 22, 23
- Direction, à l'échelle mondiale ix, 91
- Distribution par âge, population 3, 4, 9
- Dossier mère-enfant 29
- Economie,
d'une santé en amélioration **8–11**
analyse macro-économique 8–9
analyse microéconomique 10–11
incidences multiples de la santé 12–13
de la lutte contre le tabac 76
- Education,
des femmes 5–6, 9
productivité du travail et 11
- Efficacité,
amélioration de l'**38–42**
de la répartition 39
microéconomique 39
macroéconomique 38, 39
technique 39
- Emphysème 74
- Enfants, x, xii, 92
consommation de tabac 79
économie de la mauvaise santé des 11
incapacités et mortalité **21–24**
paludisme 22, 23, 28, 55, 62, 63–64
- Enrichissement (alimentation) 29
- Environnement (questions relatives à l') xiii
- Equateur 22
- Espagne 48, 83
- Espérance de vie,
croissance économique et 8, 9
tendances du 20e siècle, viii, 1, 2, 20
- Etablissement de priorités, soins de santé **40–41**
- Etats-Unis d'Amérique (USA), 2, 67
inégalités devant la santé 20
paludisme 61
lutte contre le tabac 74–75, 78, 80, 83, 84, 85
système de santé xvi, 39, 44–45, 47, 48
- Etude indonésienne de mobilisation des ressources 11
- Europe,
fertilité 3
paludisme 61
tabac 74, 80, 83, 86
tendances sanitaires 1, 2
- Faire reculer le paludisme xiii–xiv, 37, **69–71**, 91
- Fédération de Russie 83
- Femmes, *voir aussi* Morbidité/mortalité maternelle, x, xii, 92
tendances de la mortalité 2–3
traitement contre le paludisme 62–64
violence contre les 21, 52
- Fièvre typhoïde 24
- Financement, soins de santé xii, xvii
nouvel universalisme 49, 50, 52
partage des risques 43–44
politique 39, 46–47
- Finlande 83
- Fonds monétaire international xix
- Forum mondial de la recherche en santé xix, 52
- France 39, 48, 83, 86
- Gambie 68
- Géographie, croissance économique et 8, 9
- Ghana 11, 42
- Gonorrhée, 24
- Gouvernements,
recettes liées au tabac 77
responsabilités xvi, xvii, 36, 93, 94
- Grandes Comores 61
- Grossesse, lutte contre le paludisme 63, 65
- Guerre 20
- Haemophilus influenzae* 24
- Hippocrate 61
- Homicides 20–21
- Hong Kong (Chine) 25, 61
- Hongrie 83
- Hypertension 19
- Ile de la Réunion 61
- Impôts/taxes,
finançant les systèmes de santé 44, 48
tabac 77, 82, **83–84**
- Incapacité,
infantile **21–24**
pauvreté et 10
- Incendies, domestiques 74
- Inde, 19, 27
paludisme 56, 59, 60
- Indice synthétique de fécondité (ISF) ix, 3
- Indonésie 11, 27, 38, 56
- Infections des voies respiratoires aiguës 23, 24, 25
- Initiative "Stopper la tuberculose" 28
- Initiative Faire reculer le paludisme xiv, 67
- Initiative mondiale de recherche sur la tuberculose, 52
- Initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique 62, 65, 67, 68
- Initiative pour la lutte contre les maladies cardiovasculaires 52

- Initiative Pour un monde sans tabac xiii–xv, 37, **87–89**, 91, 92
- Initiative sur la prévention de la violence et des lésions traumatiques 52
- Initiative sur la santé des sociétés 2
- Initiative sur la Violence domestique contre les femmes 52
- Insecticides,
 pulvérisation d' - à effet rémanent dans les habitations 61, 62, 63, 64
 résistance 24, 56, 59–60
 moustiquaires imprégnées 61, 62–63, 64, 67
- Instituts nationaux de santé 68, 86
- Iran (République islamique d') 27
- Italie 2
- Jamaïque 12
- Japon 2, 48, 80
- Jeunes gens *voir aussi* Enfants,
 consommation de tabac 78, 79, 83
- Journée mondiale sans tabac (1999) 87–88
- Kenya 57, 59
- Kirghizistan 42
- Lésions traumatiques, 15, **20–21**
 infligées à soi-même 20
- Maladie,
 charge évitable 25–31
 double fardeau **15–31**
- Maladies cardiovasculaires (CVD),
 décès liés au tabagisme 74
 recherche et développement 52
 transition épidémiologique 15, 16–17, 19
- Maladies cérébrovasculaires (attaques) 15, 16–17
- Maladies infectieuses,
 charge évitable 24–26
 problèmes persistants **21–24**, 93
 stratégie de l'OMS xii, 92
 transition épidémiologique 15
- Maladies non transmissibles, xii, **16–19**
 AVCI (Années de vie corrigées de l'incapacité), 16–17
 transition épidémiologique 18
- Maladies respiratoires, chroniques 75
- Maladies sexuellement transmissibles 29, 30
- Maladies transmissibles, voir Maladies infectieuses
- Malawi 57, 59
- Malaisie 25, 61
- Malnutrition xiii, 28, 29
- Malnutrition protéino-énergétique 29
- Malnutrition, micronutriments 29
- Maurice 61
- Médicaments,
 consommation (utilisation) rationnelle 28
 essentiels xiii
- Médicaments, contre le paludisme
 conditionnement dans des emballages pratiques 62
 recherche nécessaire 66–68
 résistance aux 24, 55, 56, 58–59
- Méditerranée orientale, 3, 75
 maladies cardiovasculaires 19
- Méfloquine 67
- Mexique 10, 27, 40, 86
- Migration 59
- Modes de vie sains, promotion des x, 92
- Morbidité/mortalité maternelle **21–24**, 29, 92
- Mortalité,
 déclin **2–3**
 infantile 21–26
 liée au paludisme 56
 liée au tabac 73, 74–75
 maternelle **21–26**, 29, 92
 pauvreté et 22
 risques contribuant à la source du déclin **5–8**
- Moustiquaires, imprégnées d'insecticide 61, 62–63, 64, 65, 68
- Moustiques vecteurs, 59
 mesures de lutte 56, 61, 62–63, 64
 résistance aux insecticides 24, 56, 59–60
- Myanmar 30
- Nations Unies xx
- Népal 30
- Nicotine,
 dépendance 77–78
 produits de substitution 84
- Nigéria 27, 38, 57
- Norvège 2, 40, 48, 86
- Nouvelle-Zélande, 2, 80
 système de santé 40, 41–42, 45, 48
- Nutrition 1
- Onchocercose 12
- ONUSIDA xix, 30
- Opération Médicaments contre le Paludisme (MCP) 67–69
- Organisation de l'Unité africaine (OUA) xiii–xiv
- Organisation mondiale de la Santé (OMS),
 bureaux régionaux xxi
 changement structurel xx–xxi
 repositionnement pour le 21e siècle xx–xxi
 stratégie collective xii–xx
- Organisation mondiale du Commerce (OMC) xix–xx
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 10
- Organisations non gouvernementales xx, 26, 88
- Pacifique occidental 25
 consommation de tabac 75
 paludisme 56
 tendances de la fertilité 3
 tuberculose 25
- Paiement direct par le malade 44, 47, 79
- Paiement par le patient 45, 47, 50
- Paiements à l'acte 41
- Paiements par capitation 41
- Pakistan 27
- Paludisme 52, **55–71**
 charge économique 57
 charge sanitaire 24, 55–57
 diversité/caractère évolutif de la maladie 58–60
 enfance 22, 23, 27–28, 55, 62, 63–64
 lutte contre le **60–69**
 1950–1990 60–62
 technologie actuelle 62–66
 stratégies futures/besoins de la recherche 66–69
 programme mondial, *voir*, Faire reculer le paludisme,
 résistance aux médicaments 24, 56, 57, 58–59
 tests des bandelettes réactives 68
 vaccins 68
- Panama 60, 86
- Papouasie Nouvelle Guinée 58
- Partage des risques 43–44
- Partenariat public/privé contre le paludisme 52

- Partenariats pour le développement du secteur de la santé xvii, 37
- Partenariats, OMS xix, xx
- Participation de la main d'oeuvre 11
- Pauvreté,
- allègement par une meilleure santé 8–12
 - buts mondiaux ix–x, 91, 92–93
 - consommation de tabac et 77
 - financement des soins de santé et 47, 49
 - mauvaise santé et 6, 20–21
 - protection contre le paludisme et 57
 - tuberculose et 28
- Pays
- assistance technique propre aux xvii, 93, 94
 - travail dans et avec les xvii–xix, 93–94
- Pays à faibles revenus,
- maladies non transmissibles 16, 17
 - morbidity évitable 23–24
 - programme inachevé 22, 23
 - ressources consacrées à la santé xvii, 93
 - systèmes de santé 38–39
 - lésions traumatiques 20
 - tabac 75, 80, 82
- Pays à hauts revenus, *voir aussi* Pays développés,
- lésions traumatiques 20
 - maladies non transmissibles 16
 - systèmes de santé xvi, 36
 - tabac 75
- Pays à revenu moyen,
- maladies non transmissibles 16, 17
 - morbidity évitable 22, 23
 - programme inachevé 22, 23
 - ressources consacrées à la santé xvii, 93–94
 - systèmes de santé 39
 - lésions traumatiques 20
 - tabac 75, 80, 82
- Pays développés, *voir aussi* Pays à hauts revenus,
- inégalités face à la santé dans les 20
 - problèmes liés au tabac 74–75
- Pays en développement, *voir aussi* Pays à faibles revenus; Pays à revenus moyens
- maladies non transmissibles 16–17
 - systèmes de santé 40
 - tabac 74–75, 80
- Pays socialistes, anciens 44
- Pays-Bas 40
- Pérou 26
- Philip Morris 80, 81
- Philippines 25, 56
- Plasmodium falciparum 56, 58, 59
- Plasmodium vivax 59
- Pneumocoques 24
- Pneumonie 24, 28
- Poliomyélite x, 26–28, 92
- Pologne 83
- Population
- distribution par âge 3, 4, 8
 - mouvements de 59
 - vieillesse de la 50–51
- Prestataires 49
- incitations 41–42
 - partage des risques 43–44
- Prestataires d'assurance-maladie,
- partage des risques 43, 44
 - soins dispensés 42
- Prise en charge des cas, paludisme 62, 63, 64
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance 27, 36, 66
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) xiv, 70
- Programme élargi de Vaccination 40
- Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé 36
- Publicité, tabac 80–81
- interdiction 81–82, 85
- Pyriméthamine 59
- Rapport Beveridge (1942) 36
- Rapport Dawson (1920) 36
- Rapport Flexner (1910) 36
- Rapport sur le développement dans le monde* 1993 40
- Recherche et développement, 7, 51–52
- besoins futurs xi–xii, 93
 - lutte contre le paludisme 66–69
- Réfugiés 59
- Régions tropicales, croissance économique 10
- République de Corée 46, 48
- République-Unie de Tanzanie 22
- Résistance aux antimicrobiens 24
- Ressources internationales, place de la santé xix, 94
- Revenu, per capita
- climat et 9
 - lutte contre le paludisme et 60
 - mortalité et 5–7
 - mortalité infantile et 27–28, 38
 - santé et 12
- Rotary International 26
- Rougeole 23, 24, 28
- Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, 2, 6
- inégalités devant la santé 20
 - lutte contre le tabac 78, 80, 81, 83–84
 - système de santé 41–42, 45, 48
- Rwanda 57
- Salaires 11
- Santé,
- benefices économiques liés à l'amélioration de la 8–11
 - changements du 20e siècle 1–7
 - défis futurs x–xi
 - déterminants multisectoriels de la xv, 6
 - pauvreté et 7, 22, 23
 - inégalités à l'intérieur des pays 20
 - résultats en amélioration xii–xv
- Santé mentale xiii, 17
- Santé pour Tous en l'an 2000, progrès accomplis viii–ix
- Schizophrénie 18
- Secteur privé, xvi
- assurance-maladie 43, 47–48, 50
 - lutte contre le tabagisme 86
 - services de santé 40, 42
 - partenariats OMS xx, 51
- Sénégal 67
- Séparation entre acquéreurs et prestataires 41–42
- Service national de santé du Royaume-Uni 36
- SIDA, *voir* VIH/SIDA
- Singapour 25, 61
- SmithKline Biologicals 68
- Soins à long terme 44–45
- Soins prénatals, traitement du paludisme 63, 65

- Soudan 38
- Sri Lanka,
paludisme 55, 56, 59–60, 61
système de santé 38, 46–47
- Staphylococcus aureus* 24
- Suède 2, 6, 40, 48, 83
- Suicides 20–21
- Suisse 39, 48
- Sulphonamides (SP) 58–59
- Supplémentation en fer 11
- Suppositoires d'artésunate 68
- Swaziland 59
- Systèmes de prépaiement 41, 43, 48–49
- Systèmes de santé conditionnés par la loi du marché xv–xvii, 35
- Systèmes de santé,
buts 36–37
changement des rapports 36
choix de politique 46–49
contre les menaces potentielles pour la santé 92
couverture du système de soins 45–46
efficacité 38–39
efficacité accrue **38–42**
établissement de priorités 40–41
incitations destinées aux prestataires 41–42
lutte contre le paludisme et xii, 64, 65, 68
mise en place 7, **35–53**
besoins futurs xi, 92–93
stratégie de l'OMS xv, xvi
nouvel universalisme xv, 36, **49, 52**
partage des risques 43–44
progrès pour atteindre une couverture universelle **43–50**
rationnement de l'accès aux 40
recherche et développement **51–53**
universalisme classique xv, 37
- Systèmes de soins intégrés, 42
- Tabac, **73–88**
associations anti-tabac 82–84
conséquences sur la santé 74–75
coûts économiques 76
dépendance 78–79
encouragement à arrêter 81–84
exposition passive 74
impôts/réglémentations pour réduire la consommation 82, 83–84
industrie **80–82**
lutte contre le xiii, xiv–xv, **76–88**
résultats 85–86
économie 77
obstacles 76–80
principes 81–83
publicité 80–82, 86
- risques 17, 73–77
environnement "d'information suffisante" 82–83
manque d'information 76
- Taiwan, Chine 48
- Taux de mortalité infantile,
causes du déclin 5
revenu et 22–23, 39
- Taux de survie, croissance économique et 8
- Technologie, accès à la santé 5–6
- Thaïlande 30, 59, 67, 85
- Tourisme 24
- Transition démographique ix, **3**
- Transition épidémiologique **15–31**
- Trouble bipolaire 17
- Troubles neuropsychiatriques 16, 17, 18
- Troubles psychiatriques 16, 17, 18
- Tuberculose, 23, 25
co-infection à VIH 24–25, 28
coûts économiques 11
lutte 26, 27, 28
recherche 52
consommation de tabac et 74
résistance antimicrobienne 24
services de santé 40
traitement de brève durée sous surveillance
directe (DOTS) 25, 28
- Turquie 27, 60
- UNICEF xiv, 71, 88
- Union européenne xx, 86
- Universalisme,
classique xvi, 37
nouvel xvi, 38, 49, 53
- Urbanisation 1, 61
- Urgences (situations d'-) xiii
- Vaccination, x, 23, 26
couverture mondiale 43
stratégie de l'OMS xii
- Vaccins, 23, 25
paludisme 68
- Victoria Health Promotion Foundation 85
- Viet Nam 25, 56, 62
- VIH/SIDA, 24, 25
co-infection à tuberculose 25
lutte contre le 28, 29
- Violence, 20, 21, 52
domestique 22, 52
- Voyages en avion 26
- Zambie 38, 40, 42

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – pour un réel changement* lance un défi à la communauté internationale en l'invitant à examiner ce que pourrait être la contribution de la santé au progrès de l'humanité. Publié par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, à un moment où l'OMS subit elle-même une réforme complète, le rapport montre que, si elle est menée avec clairvoyance par une direction efficace, une amélioration durable de la santé peut aussi comporter des avantages sociaux et économiques considérables. Il expose les arguments et les bases factuelles qui donnent aux messages de santé tout leur pouvoir de persuasion lorsqu'ils sont utilisés pour formuler les politiques nationales et diriger l'aide internationale.

Le rapport explique comment les leçons des succès et des échecs passés peuvent aider à adopter une approche mieux ciblée et plus pragmatique des problèmes de santé actuels ou nouveaux. Il nous prévient que ces problèmes sont d'une complexité sans précédent et propose des orientations stratégiques pour y faire face au cours de la prochaine décennie. Des conclusions claires s'imposent. Malgré les progrès spectaculaires de la lutte contre la maladie et l'allongement de l'espérance de vie, plus d'un milliard de personnes sont encore privées aujourd'hui des avantages d'une meilleure santé. Par ailleurs, la menace que font peser les maladies infectieuses s'accompagne d'une montée des maladies non transmissibles, dont le traitement est beaucoup plus complexe et coûteux.

En conséquence, les systèmes de santé ne peuvent plus se permettre de consacrer leurs ressources à des interventions de médiocre qualité ou d'une efficacité limitée comparativement à leur coût. Dans tout pays, un développement spontané et incontrôlé du système de santé ne peut pas garantir à coup sûr que les besoins sanitaires les plus urgents sont satisfaits. Lors de la définition des priorités et du choix des interventions, les décideurs doivent privilégier les domaines dans lesquels il est avéré que les investissements ont un maximum d'effet sur la santé. Contrairement à l'universalisme classique qui préconise un financement public pour tous les services et tous les bénéficiaires, le rapport – et l'OMS – proposent un *nouvel universalisme* qui maintient les fonctions de financement et de direction de l'Etat, mais en tenant compte des limites de ce dernier. Un financement public pour tous ne signifie pas que tout doit être financé par l'Etat. La prestation par le secteur privé de services financés par l'Etat est compatible avec les responsabilités des gouvernements en matière de santé pour tous, mais exige de leur part une réglementation précise.

L'OMS doit aussi se concentrer sur des priorités. Tout en continuant à jouer un rôle actif à l'égard de l'ensemble des problèmes de santé, l'OMS a choisi deux cibles pour réformer ses méthodes de travail et sa coopération avec les autres partenaires : le projet Faire reculer le paludisme et l'initiative Pour un monde sans tabac. Le rapport décrit les problèmes majeurs posés par le paludisme et le tabac, éléments représentatifs du double fardeau de la morbidité, et indique comment des mesures opportunes peuvent dans ces domaines provoquer un réel changement. Les deux projets préconisent le recours à des techniques rentables et à des partenariats novateurs. Ils donnent aussi à l'OMS l'occasion de jouer un rôle de pionnier en montrant comment, en identifiant et en traitant les problèmes prioritaires avec clairvoyance, courage et une technologie qui a fait ses preuves, la direction de l'OMS peut apporter un réel changement, même lorsque les ressources sont limitées.

