Organisation mondiale de la Santé

Rapport sur la Santé dans le Monde 2003

Façonner l'avenir

Rapport sur la santé dans le monde

2003

Façonner l'avenir

Organisation mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.
Rapport sur la santé dans le monde : 2003 : façonner l'avenir.

1.Santé mondiale - orientations 2.Délivrance soins - orientations 3.Programme soins courants 4.Justice sociale 5.SIDA - thérapeutique 6.Poliomyélite antérieure aiguë - prévention et contrôle 7.Syndrome respiratoire aigu sévère - prévention et contrôle 8.Cardiovasculaires, Maladies sévère - prévention et contrôle 9.Accident circulation - orientations 10.Tabagisme - prévention et contrôle I.Titre II.Titre: Façonner l'avenir.

ISBN 92 4 256243 2 (Classification NLM : WA 540.1)
1020-332X

© Organisation mondiale de la Santé 2003

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Des renseignements sur ce document 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
Adresse Internet : whr@who.int

Adresse pour les commandes : bookorders@who.int

Le présent rapport a été établi sous la direction générale de Tim Evans (Sous-Directeur général) et de Robert Beaglehole (Rédacteur en chef). Les principaux auteurs en sont Robert Beaglehole, Alec Irwin et Thomson Prentice.

Pour les chapitres, les principaux rédacteurs sont: *Chapitre un:* Colin Mathers, Kenji Shibuya et Claudia Stein. *Chapitre deux:* Andrew Cassels et Michel Thieren. *Chapitre trois:* Paul Farmer. *Chapitre quatre:* Bruce Aylward. *Chapitre cinq:* David Heymann et Mary Kay Kindhauser. *Chapitre six:* Ruth Bonita et Srinath Reddy (section sur les maladies cardio-vasculaires); Sarah Galbraith et Douglas Bettcher (section sur la lutte antitabac); Margaret MacIntyre, Margaret Peden, Mark Rozenberg et Christie Vu (section sur les dangers de la circulation routière). *Chapitre sept:* Rafael Bengoa, Ties Boerma, Marie-Andrée Diouf, David Evans, William Savedoff, Alaka Singh, Barbara Stilwell, Wim Van Lerberghe et Eugenio Villar Montesinos.

Les autres coauteurs du rapport sont: Prerna Banati, Michel Beusenberg, Sandro Colombo, Carlos Dora, Joan Dzenowagis, Helga Fogstad, Elangovan Gajraj, Gauden Galea, Claudio Garcia Moreno, Yusuf Hemed, Alan Hinman, Alex Kalache, Rania Kawar, Michele Levin, Alan Lopez, Abdelhay Mechbal, Lembit Rago, Shekhar Saxena, Philip Setel, Cyrus Shahpar, Hans Troedsson et Alice Yang.

Ont contribué à l'établissement des tableaux statistiques: Dorjsure Bayarsaikha, Steve Begg, Christina Bernard, Dan Chisholm, Steve Ebener, Emmanuela Gakidou, Yaniss Guigoz, Patricia Hernández, Mollie Hogan, Kim Iburg, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Karsten Lunze, Doris Ma Fat, Takondwa Mwase, Fanny Naville, Jean-Pierre Poullier, Chalapati Rao, Darryl Rhoades, Hossein Salehi, Joshua Salomon, Angelica Sousa, Ruben M. Suarez-Berenguela, U Than Sein, Niels Tomijima, Nathalie Van de Maele, Sven Volkmuth et Hongyi Xu.

Des suggestions utiles ont été communiquées par des Sous-Directeurs généraux, des conseillers en politique auprès du Directeur général au Siège de l'OMS et un nombreux personnel technique. Les Directeurs régionaux et des membres de leur personnel ont bien voulu aussi apporter leur concours.

La traduction en français a été assurée par Jean-Claude Guyonnet, Agnès Pollet et Alain Zonco. Shelagh Probst, assistée de Laura Pearson et Gary Walker, a coordonné la traduction et assuré les autres services administratifs. Photographies de la première page de couverture (en haut, de gauche à droite): reproduites avec l'aimable autorisation de Ming Pao, Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong; OMS/P. Virot; PhotoDisc; (en bas, de gauche à droite): OMS/P. Virot; PhotoDisc; Digital Stock/Corbis.

Conception graphique de la couverture: Marilyn Langfeld.
Conception graphique des pages du texte: Steve Ewart et Marilyn Langfeld
Présentation graphique des pages du texte: Steve Ewart et Reda Sadki
Imprimé en France
2003/15424 – Sadag – 5000

Table des matières

Message du Directeur général vii

Résumé ix

Conditions minimales à satisfaire pour rendre les systèmes de santé plus efficaces x
Valeurs clés d'un partenariat sanitaire mondial xi
Résumés des chapitres xii

Chapitre 1

Les défis actuels de la santé dans le monde 1

La situation générale 3
L'espérance de vie s'améliore – mais pas pour tous 3
Tendances de la mortalité dans le monde 5
Survie au-delà de l'âge de cinq ans 7
La mortalité juvéno-infantile dans le monde: une situation contrastée 8
La mortalité juvéno-infantile: disparités selon le sexe et la situation socio-économique 9
Survie des enfants: des améliorations pour certains 10
Les causes de décès chez les enfants 12
Les risques sanitaires des adultes: les progrès marquent le pas et les disparités s'accroissent 14
Le risque de mortalité prématurée et ses tendances dans le monde 16
Tendances de la mortalité chez les adultes: la tranche d'âge 15-59 ans 16
Mortalité des adultes: le fossé se creuse 18
L'infection à VIH/SIDA: la plus grave menace pour la santé 18
Mortalité et morbidité des adultes âgés 19
La charge croissante des maladies non transmissibles 20
Les traumatismes: une épidémie occulte chez les jeunes 21
Issues sanitaires non mortelles 21

Chapitre 2

Objectifs du Millénaire pour la santé: les voies de l'avenir 25

Engagements internationaux au Sommet du Millénaire 27
Un pacte pour mettre fin à la pauvreté 28
Nouvelles conceptions de la pauvreté et du développement 28
Interaction de la santé et du développement 28
Progrès et perspectives 29
La contrepartie du pacte: l'objectif 8 33
Commerce 34
Aide au développement 34
Dette 35
Les objectifs du Millénaire pour le développement dans la pratique 35
Appropriation des OMD 35
Cette approche est-elle suffisamment souple ? 35
Dans quelle mesure les OMD sont-ils équitables ? 36
Mesure des progrès 37
Santé génésique 37
Renforcement des systèmes de santé 37
Les OMD et l'OMS 38
Définir la place des OMD à l'OMS 38
Collaboration extérieure 40
Accélération des progrès 40

Chapitre 3

Le VIH/SIDA: un tueur auquel il faut faire face 43

L'épidémie de VIH/SIDA en quelques mots 46
Apparition d'une nouvelle maladie 46
La situation actuelle 47
Le véritable bilan de l'infection à VIH/SIDA 49
La réaction à l'infection à VIH/SIDA: les enseignements des 20 dernières années 50
Intégration de la prévention et des soins 51
L'intégration de la prévention et des soins: quelques réussites 52
Fixer un nouveau programme 54
L'approche fondée sur les droits de l'homme 54
Les différentes composantes d'une lutte efficace contre le VIH/SIDA 54
La contribution de l'OMS à la lutte contre le VIH/SIDA 55
Investir dans de bons services de prévention et de soins 56
Intervenir d'urgence face à une urgence mondiale 57

Chapitre 4

Eradication de la poliomyélite: la dernière ligne droite 61

Un partenariat d'un nouveau genre 64
Un engagement effectif des responsables politiques 64
Trouver les financements 68
Trouver le personnel 70
Vers un avenir sans poliomyélite 71
Extension des prestations de services sanitaires 72

Chapitre 5

SRAS: les leçons tirées d'une nouvelle maladie 75

Les premiers cas 77
Origines et propagation au niveau international 78
Détection et riposte 79
Impact du SRAS 82
Leçons tirées de l'épidémie 83

Chapitre 6

Epidémies mondiales négligées: trois menaces croissantes 87

Maladies cardio-vasculaires: il faut agir 89
Les causes sont connues 91
Les politiques existent 92
Agir maintenant et mesurer les progrès accomplis 94
Lutte antitabac: renforcer l'action nationale 96
Orientation de la lutte antitabac 96
Politiques et programmes nationaux 97
Développement du potentiel national 98
Intégration de la lutte antitabac dans les systèmes de santé 99
Circulation routière: les épidémies occultes 101
Faire de la sécurité une responsabilité partagée 102
Mobilisation 103
Prévention des traumatismes, sécurité et traitement 104
Intégration de la sécurité routière dans les politiques générales 105

Chapitre 7

Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes 109

Principes fondamentaux des soins de santé primaires 113
Maintien des principes dans un environnement en évolution 114
Les principes considérés dans une optique systémique 114
Crise mondiale du personnel de santé 117
Effectif, composition et distribution du personnel de santé 117
Formation du personnel 118

Migration des travailleurs de santé 120
Rémunérer davantage et rémunérer différemment 120
Amélioration de la qualité: travailleurs et systèmes 121
Comment faire face à la crise du personnel 121
L'information sanitaire: en progrès, mais encore insuffisante 123
Evolution de l'information sanitaire 123
Un système d'information régi par les soins de santé primaires 124
Amélioration des systèmes de santé 125
Réseau de métrologie sanitaire 127
Financement des systèmes de santé 127
Mise en place d'un financement durable 127
Déblocage des goulets d'étranglement 129
Des systèmes de santé équitables: rôle primordial de l'Etat 130
Formes d'accès inéquitable aux soins 130
Le but: un accès universel 133
Fonction de tutelle des pouvoirs publics et participation communautaire 134
Mise en place de systèmes basés sur des principes: coopération de l'OMS avec les pays 137

Annexe statistique 141

Notes explicatives 143
Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres 156
Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, estimations pour 2002 164
Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en AVCI par cause, sexe et strate de mortalité, dans les Régions OMS, estimations pour 2002 170
Tableau 4 de l'annexe Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2002 176
Tableau 5 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé: niveau mesuré des dépenses de santé pour 1997-2001 180
Tableau 6 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé: niveau mesuré des dépenses de santé par habitant pour 1997-2001 188

Liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité 192

Index 194

Tableaux

Tableau 1.1 Principales causes de décès chez les enfants des pays en développement, 2002 12
Tableau 1.2 Principales causes de charge morbide (AVCI) chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, dans l'ensemble du monde, 2002 15
Tableau 1.3 Principales causes de mortalité et de charge de morbidité (AVCI) chez les adultes dans l'ensemble du monde, 2002 18
Tableau 2.1 Objectifs, cibles et indicateurs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé 30
Tableau 3.1 Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les adultes des pays en développement, par Région OMS, décembre 2002 47
Tableau 6.1 Approche graduelle de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre ces maladies 93
Tableau 7.1 Disponibilité des données d'enregistrement des décès – nombre de pays dans chaque Région OMS 124

Figures

Figure 1.1 Espérance de vie à la naissance: pays développés et en développement, 1955-2002 4
Figure 1.2 Répartition par âge de la mortalité dans le monde: pays développés et en développement, 2002 5
Figure 1.3 Répartition de la charge de morbidité (AVCI), par tranche d'âge et par Région, 2002 6
Figure 1.4 Mortalité juvéno-infantile dans les six Régions de l'OMS, 2002 8
Figure 1.5 Disparités dans la mortalité juvéno-infantile de trois pays en développement en fonction du statut socio-économique 9
Figure 1.6 Evolution du taux de mortalité juvéno-infantile par Région de l'OMS, 1970-2002 10

Figure 1.7 Pays où la mortalité juvéno-infantile a fortement reculé en chiffres absolus depuis 1970 11
Figure 1.8 Charge de morbidité (AVCI) chez les adultes (âgés de 15 ans et plus), par grande cause, dans un certain nombre de sous-régions épidémiologiques, 2002 14
Figure 1.9 Probabilité de décès des adultes de 15 à 60 ans par cause dans un certain nombre de sous-régions épidémiologiques, 2002 16
Figure 1.10 Tendances de la mortalité des adultes par sexe dans un certain nombre de sous-régions épidémiologiques, 1970-2002 17
Figure 1.11 Nombre d'années vécues avec une incapacité (AVI) corrigé de la structure d'âge dans les pays développés et en développement, 2002 21
Figure 3.1 Evolution des taux de décès par VIH corrigé de la structure d'âge, Etats-Unis d'Amérique, 1987-2000 46
Figure 3.2 Le VIH/SIDA: évolution de l'épidémie et principales étapes de la lutte 48
Figure 3.3 Evolution du coût des médicaments ARV et du nombre de personnes sous traitement, Ouganda, 1997-2002 53
Figure 4.1 Poliomyélite endémique en 1988 et à la mi-2003 65
Figure 4.2 Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite: soutien financier entre 1988 et 2005 68
Figure 4.3 Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, février 2003 72
Figure 5.1 Cas probables de SRAS dans le monde au 7 août 2003 79
Figure 5.2 Cas probables de SRAS dans le monde: 1er novembre 2002-11 juillet 2003 83
Figure 6.1 Décès attribuables à 16 grandes causes de mortalité dans les pays en développement, 2001 90
Figure 6.2 Projections concernant les tendances de la mortalité liée au tabac 98
Figure 7.1 Relation entre les naissances assistées par des soignants qualifiés et le nombre de professionnels de la santé, dans 33 pays en développement ou en transition 118
Figure 7.2 Inégalité des dépenses de santé et des revenus par Région, 2001 128
Figure 7.3 Mode de distribution des carences en matière de soins de santé en Ouzbékistan, en Turquie et au Niger 131

Encadrés

Encadré 1.1 Enregistrement sentinelle des données d'état civil en République-Unie de Tanzanie 7
Encadré 1.2 La crise de la mortalité infantile en Afrique 13
Encadré 1.3 Vieillissement de la population 19
Encadré 1.4 La charge des troubles mentaux 20
Encadré 2.1 Progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement – cas de l'Ouganda 31
Encadré 2.2 Survie des enfants – de la connaissance à l'action 32
Encadré 2.3 Lutte contre la mortalité maternelle – rendre la grossesse plus sûre 33
Encadré 2.4 Les objectifs du Millénaire pour le développement en Europe orientale 36
Encadré 2.5 Assurance de la qualité des médicaments contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme 38
Encadré 3.1 Le VIH/SIDA dans la Région européenne 49
Encadré 3.2 Les *accompagnateurs*: un exemple de traitement du SIDA dans les zones dépourvues de ressources 52
Encadré 4.1 Progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite en Méditerranée orientale 66
Encadré 4.2 Comment l'Asie du Sud-Est relève le défi de l'éradication de la poliomyélite 67
Encadré 4.3 Partenariat public-privé pour l'éradication de la poliomyélite 69
Encadré 5.1 Réaction à l'épidémie de SRAS dans la Région du Pacifique occidental 80
Encadré 6.1 Mesure des progrès: surveillance intégrée des facteurs de risque de maladie non transmissible 94
Encadré 6.2 Exemples de stratégies antitabac appliquées avec succès 99
Encadré 6.3 Le tabac et les écoliers dans la Région du Pacifique occidental 100
Encadré 6.4 Stratégie peu coûteuse de sécurité routière: ralentisseurs au Ghana 104
Encadré 7.1 L'Observatoire européen des systèmes de soins de santé 112
Encadré 7.2 Soins de santé primaires dans un environnement en pleine mutation: les « maisons de santé » en République islamique d'Iran 113
Encadré 7.3 Iraq: remise sur pied d'un secteur de la santé sinistré 116
Encadré 7.4 Formation de médecins assistants: les « *técnicos* » du Mozambique 119
Encadré 7.5 Formation d'une main-d'œuvre qualifiée pour demain 122
Encadré 7.6 L'Observatoire des ressources humaines pour les réformes du secteur de la santé 123
Encadré 7.7 Une information fiable et d'actualité pour la santé 126
Encadré 7.8 Réformes de la santé communautaire dans les Iles Tiwi 132
Encadré 7.9 Mise en place de partenariats pour la santé au Soudan 134

Message du Directeur général

LEE Jong-wook

Aujourd'hui, la situation sanitaire mondiale nous oblige à nous poser d'urgence des questions sur l'équité en matière de santé. Dans certaines régions, on peut s'attendre à vivre plus longtemps et plus confortablement tandis que dans d'autres, on désespère de pouvoir endiguer les maladies alors que les moyens d'y parvenir sont connus.

Ce contraste est particulièrement choquant dans le cas du traitement du VIH/SIDA, auquel des millions de personnes n'ont pas accès, ce qui m'a amené, il y a quelques mois, à déclarer qu'il s'agissait d'une situation d'urgence sanitaire mondiale. L'OMS a décrété cette mesure exceptionnelle après avoir évalué la situation mondiale et découvert que seuls 5 % des habitants du monde en développement qui ont besoin d'antirétroviraux (ARV) y ont accès. En Afrique subsaharienne, seuls 50 000 des 4 millions de personnes justiciables d'un tel traitement peuvent se procurer des ARV. Cette situation est catastrophique, non seulement pour les sociétés les plus touchées, mais aussi pour le reste du monde. Afin de résoudre cette crise, on s'attachera dans une première étape à atteindre la cible des 3 millions d'habitants de pays en développement sous antirétroviraux d'ici 2005. Des disparités criantes s'observent aussi dans d'autres domaines comme celui de la mortalité infantile. Plus de 10 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année et la presque totalité se trouve dans des pays en développement.

Un monde en proie à de telles inégalités va au-devant de très graves problèmes. Nous devons trouver les moyens d'unir nos forces à l'échelon mondial pour façonner un avenir plus sain. Le présent rapport sur la santé dans le monde, qui est le premier depuis mon entrée en fonction, contient quelques indications initiales sur la manière d'y parvenir.

Le message qui ressort de ces pages est le suivant : seuls, des systèmes de santé nationaux et locaux viables permettront à la santé de progresser en permettant, notamment, un développement rapide et durable des traitements d'urgence. L'extension de la thérapie ARV dans les régions dotées de ressources insuffisantes doit viser à renforcer les systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, les progrès vers l'instauration de normes sanitaires acceptables ne pourront qu'être insignifiants et de courte durée si l'on ne dispose de systèmes de santé suffisamment efficaces pour relever les défis actuels.

Pour donner un élan à ce processus, l'OMS donne maintenant la priorité à l'action dans les pays. Il est possible d'agir efficacement dans tout pays pour améliorer la santé de la population, mais on doit disposer sur place des connaissances et du potentiel nécessaires pour que cette éventualité se concrétise. Cette leçon nous a été enseignée par les succès de la lutte

contre l'épidémie de SRAS et par les progrès spectaculaires de la campagne d'éradication de la poliomyélite ainsi que par les échecs enregistrés, par exemple, dans les domaines du SIDA, de la tuberculose et du paludisme. Toutes ces leçons nous ont préparés à entreprendre la tâche qui nous est assignée.

Il y a 25 ans, la Déclaration d'Alma-Ata mettait le monde au défi d'adhérer aux principes des systèmes de santé primaires pour remédier aux inégalités sanitaires criantes entre les pays et à l'intérieur d'un même pays. La « santé pour tous » est devenue le mot d'ordre d'un nouveau mouvement. Ce n'était pas simplement un idéal mais un principe organisationnel : chacun a le besoin et le droit de jouir du plus haut niveau de santé possible. Les principes définis à cette époque demeurent indissociables d'une vision cohérente de la santé dans le monde. Pour que cette vision devienne une réalité, il faut déterminer clairement les possibilités offertes et les obstacles qui ont ralenti et, dans certains cas, inversé les progrès réalisés en vue de satisfaire les besoins sanitaires de tous les peuples. On devra, pour cela, travailler en collaboration avec les pays et, notamment, ceux dont les besoins sont les plus pressants, non seulement pour faire face aux crises sanitaires, mais aussi pour mettre en place des systèmes de santé viables et équitables.

J'engage vivement la communauté sanitaire mondiale à s'attaquer à ce vaste projet. Tous les pays du monde se sont engagés à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement fixés lors du Sommet des Nations Unies en l'an 2000. Ces objectifs comportent des cibles ambitieuses concernant la nutrition, la santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies infectieuses et l'accès aux médicaments essentiels. Sur cette base, nous avons maintenant l'occasion de faire de réels progrès qui permettront à des millions de personnes de vivre plus longtemps et en meilleure santé, qui transformeront le désespoir en une espérance réaliste et qui poseront les bases d'une meilleure santé pour les générations à venir.

Afin d'atteindre nos objectifs, il nous faut accroître les engagements de dépense et intensifier la collaboration entre les partenaires. Le rapport qui suit décrit les problèmes auxquels nous faisons face et montre la voie de l'action commune de l'OMS et de la communauté sanitaire mondiale qui permettra de les résoudre.

LEE Jong-wook
Genève
Octobre 2003

Résumé

Le tableau sanitaire mondial est extrêmement contrasté. Alors qu'une fillette née aujourd'hui au Japon peut s'attendre à vivre jusqu'à environ 85 ans, une autre née au même moment en Sierra Leone a une espérance de vie qui ne dépasse pas 36 ans. La Japonaise va être convenablement vaccinée, nourrie et scolarisée. Si elle tombe enceinte, elle bénéficiera de soins maternels de haute qualité. Plus tard, elle pourra être atteinte de maladies chroniques, mais d'excellents services de traitement et de réadaptation seront à sa disposition et elle peut alors s'attendre à recevoir des médicaments d'une valeur moyenne de US $550 par an, et bien plus si nécessaire.

En revanche, la fillette de Sierra Leone a peu de chances d'être vaccinée et risque fort de souffrir d'un déficit pondéral pendant toute son enfance. Elle va probablement se marier au cours de l'adolescence et donner naissance à six enfants ou davantage sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée. Un ou plusieurs de ses enfants décèderont peu après leur naissance et elle-même risquera fort de mourir en couches. Si elle tombe malade, elle ne devra pas s'attendre à recevoir de médicaments d'un coût total de plus de US $3 par an. Si elle atteint l'âge mûr, des maladies chroniques la frapperont aussi et, en l'absence d'un traitement convenable, elle mourra prématurément.

Ces deux scénarios totalement opposés permettent d'entrevoir les immenses perspectives offertes par la médecine et la santé publique et l'ampleur des besoins non satisfaits dans un monde où les inégalités sanitaires creusent entre les populations un vaste fossé qui va en s'élargissant. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003* souligne que la tâche principale de la communauté sanitaire mondiale consiste à combler ce fossé. Il propose de formuler, sur la base des expériences et réalisations du passé, des stratégies qui permettront de façonner un avenir plus sain et plus équitable.

Le message clé du présent rapport est le suivant : la santé ne peut vraiment progresser que si l'on renforce les systèmes de santé en les fondant sur les soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, les progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, énoncés par les Nations Unies, et des autres priorités sanitaires nationales seront forcément limités si l'on ne permet pas aux systèmes de santé de s'adapter à une situation sanitaire de plus en plus complexe. Ces systèmes doivent intégrer, à tous les niveaux, la promotion sanitaire et la prévention des maladies avec le traitement des maladies aiguës et les soins chroniques pour dispenser à l'ensemble de la population des services de qualité, à la fois équitables et efficaces. Les leçons tirées de la lutte contre le SRAS et de l'éradication de la poliomyélite nous montrent la voie à suivre pour traiter d'urgence le problème du VIH/SIDA, tandis que la montée en puissance de la lutte contre le VIH/SIDA contribuera à son tour largement à renforcer les systèmes de santé.

Conditions minimales à satisfaire pour rendre les systèmes de santé plus efficaces

Comment peut-on donner à la fillette née en Sierra Leone les mêmes chances de vivre en bonne santé qu'à la fillette née au Japon ? De nombreux facteurs tels que la pauvreté, les conflits armés, l'instabilité institutionnelle et les lacunes de l'infrastructure ne dépendent pas directement du système de santé. Consciente de l'importance de ces facteurs, l'Organisation mondiale de la Santé recommande vivement d'améliorer ce qui constitue les bases de la santé. Toutefois, un système de santé fonctionnant bien peut beaucoup contribuer à réduire les inégalités sanitaires, même si les efforts visant à réduire la pauvreté et l'injustice socio-économique n'ont pas encore abouti.

Pour que chacun des enfants qui naissent aujourd'hui ait une bonne chance de vivre longtemps et en bonne santé, il faut que chaque système de santé remplisse équitablement un minimum de conditions, à savoir : l'accès à des services de qualité pour les affections aiguës et chroniques ; des services efficaces de promotion sanitaire et de prévention des maladies ; et, enfin, une riposte appropriée lorsque de nouvelles menaces surgissent. Ces nouvelles menaces sont non seulement des maladies infectieuses nouvelles, mais aussi les effets à long terme des maladies et lésions non transmissibles dont la charge va croissant et ceux des changements environnementaux. Tous ces problèmes doivent être traités simultanément, complètement et durablement pendant que l'on améliore les fondements de la santé.

Le présent rapport explique que la clé du succès réside dans le renforcement des systèmes de santé sur la base des stratégies et principes des soins de santé primaires, pour en faire des constructions intégrées et viables dont toute la population puisse profiter. A cet effet, il faut à la fois créer de nouveaux outils sanitaires en utilisant efficacement les connaissances et technologies existantes et disposer de structures et des stratégies appropriées pour les exploiter. On ne pourra mener à bien cette tâche que si l'on conçoit de nouvelles formes de coopération entre les organismes sanitaires internationaux, les dirigeants nationaux de la santé, les agents de santé et les communautés ainsi que les autres secteurs concernés.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003* comprend sept chapitres. On trouvera ci-après une brève description des principales idées exposées et des thèmes de ces chapitres. Un résumé plus détaillé fait l'objet d'une section ultérieure du présent résumé.

Le rapport commence par exposer au *chapitre 1* l'état actuel de la santé dans le monde. Il examine à la fois l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé et indique les différences mondiales et régionales entre les deux, soulignant le déséquilibre qui se manifeste partout entre les pauvres et les nantis. Parmi les principales causes transmissibles et non transmissibles de décès et d'incapacité, le VIH/SIDA est celle qui appelle les mesures les plus urgentes. Le *chapitre 2* parle de la lenteur des progrès réalisés à ce jour sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé, y compris les mesures relatives au VIH/SIDA ; le *chapitre 3* est entièrement consacré à la pandémie du VIH/SIDA proprement dite et indique pourquoi des mesures énergiques de lutte contre cette maladie doivent être prévues dans les programmes d'action de la communauté sanitaire mondiale.

Les maladies transmissibles constituent l'une des composantes de la double charge morbide. Elles comprennent des affections anciennes et nouvelles. L'un des principaux objectifs de la santé publique au XXe siècle a été l'éradication de la poliomyélite : le *chapitre 4* examine les étapes finales qu'il nous reste à franchir pour éradiquer cette maladie au cours des prochaines années. En attendant, de nouvelles maladies se manifestent à raison d'une par an depuis au

moins vingt ans. La dernière, qui a suscité une grande inquiétude dans le monde entier, est le SRAS dont les flambées nous ont enseigné quelques leçons qui sont exposées au *chapitre 5*.

Comment faire face à cette double charge morbide constitue le thème du *chapitre 6*. Dans l'ensemble du monde en développement, on assiste à un tragique chevauchement entre les maladies et lésions transmissibles et non transmissibles, ce qui crée des conflits de priorités dans des systèmes de santé dont les maigres ressources sont déjà fortement sollicitées. Ce chapitre est divisé en trois sections : l'épidémie des maladies cardio-vasculaires qui s'étend rapidement ; l'épidémie mondiale de tabagisme ; et, enfin, les dangers multiples résultant directement et indirectement de l'augmentation de la circulation routière.

Toutes les questions susmentionnées nécessitent un renforcement des systèmes de santé. Le *chapitre 7* traite cette question en profondeur. Il préconise un renforcement des systèmes de santé sur la base des principes et des pratiques des soins de santé primaires et examine les principaux aspects du passage à l'échelle supérieure, qui vont des solutions à apporter à la crise du personnel de santé à une gestion équitable des systèmes de santé.

Valeurs clés d'un partenariat sanitaire mondial

La réalisation des objectifs sanitaires nationaux et mondiaux nécessite de nouvelles ressources et un degré de coopération sans précédent entre les organismes multilatéraux, les autorités nationales, les communautés, le secteur privé et les autres parties prenantes. Une telle mobilisation doit être basée sur des données scientifiques rigoureuses, mais aussi sur un sens aigu de l'éthique.

Le sens de l'éthique qui anime l'action sanitaire mondiale s'inspire de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, élaborée en 1946. Comme aujourd'hui, le monde était alors profondément préoccupé par les problèmes de sécurité : « maintenir la paix et la sécurité internationales » était d'ailleurs l'objectif principal assigné à l'Organisation des Nations Unies. Toutefois, les fondateurs de l'OMS et du système des Nations Unies ont vu clairement la relation qui existe entre la sécurité et la justice. Aucune de ces deux valeurs ne peut en effet perdurer sans l'autre. Les gens qui avaient vécu la Seconde Guerre mondiale et avaient été les témoins des effets du nationalisme, de la haine raciale et du mépris de la dignité humaine poussés à l'extrême comprenaient cette interdépendance. Le préambule de la Charte indique clairement que la mission des Nations Unies consistant à protéger la sécurité dépend de la création des « conditions nécessaires au maintien de la justice … ».

Les fondateurs du système international ont compris, il y a plus d'un demi-siècle, l'étroite relation entre la santé considérée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » et les valeurs fondamentales que sont la justice et la sécurité. La Constitution de l'OMS fait de « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » « l'un des droits fondamentaux de tout être humain » sans aucune distinction. La promotion d'un accès équitable à des conditions favorables à la santé est un aspect essentiel de la justice dans les relations humaines.

Au cours des dernières décennies du XXe siècle, santé et sécurité ont souvent été dissociées dans les débats nationaux et internationaux, mais l'interrelation entre ces deux domaines est de plus en plus clairement perçue. Le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies et les organismes nationaux reconnaissent, par exemple, l'impact croissant du VIH/SIDA sur la sécurité, et la menace de nouvelles infections oblige à concevoir de nouvelles formes de coopération entre les domaines de la sécurité et de la santé publique.

A mesure que la mondialisation s'accélère, l'interdépendance des nations devient évidente. Accorder aux autres un traitement équitable est maintenant à la fois une obligation morale et une simple question de sécurité. Le *Rapport sur la santé dans le monde* montre comment le SRAS a fait mieux prendre conscience de l'interdépendance des pays et de la nécessité d'une coopération internationale, mais ce principe de base vaut aussi pour de nombreux autres domaines intéressant la santé publique.

La santé de la population est un facteur essentiel du développement économique et social. En témoigne, par exemple, la place donnée aux questions de santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement formulés par l'Organisation des Nations Unies, objectifs qui sont au cœur du programme de travail de l'OMS et du présent rapport. La santé est à la fois un but en soi et une composante essentielle du développement pour la réalisation d'autres objectifs.

Ce rapport ne prétend nullement être exhaustif. Il porte sur certains thèmes et ne mentionne qu'incidemment de nombreux autres sujets importants. La santé mentale, la tuberculose, le paludisme, la malnutrition et la santé génésique demeurent manifestement pour l'OMS des sujets de préoccupation essentiels alors qu'ils ne reçoivent ici qu'une attention limitée. De même, l'impact de l'homme sur son environnement naturel et les conséquences sanitaires des changements environnementaux pour les populations humaines ne sont pas expressément étudiés alors qu'ils vont déterminer dans une large mesure l'évolution de la santé et les sollicitations qui s'exerceront sur les systèmes de santé dans les années à venir.

Le *Rapport sur la santé dans le monde* a pour objet d'encourager les mesures propres à améliorer la santé, notamment chez les pauvres et les défavorisés. Le temps n'est plus aux discussions abstraites : nous sommes maintenant moralement tenus d'agir sans délai. La coopération entre les gouvernements, les institutions internationales, le secteur privé et la société civile a permis à la santé publique de progresser de façon remarquable au cours du XXe siècle. Dans un monde de plus en plus interdépendant, une telle collaboration, qui transcende les frontières politiques et sectorielles, s'impose plus que jamais. Le présent rapport invite instamment chaque lecteur, qu'il travaille dans une institution de santé publique ou non, à apporter sa contribution aux mesures prises pour forger un avenir sain, équitable et viable pour tous.

Résumés des chapitres

Le ***chapitre 1*** contient une évaluation de la situation sanitaire mondiale et formule quelques observations importantes et parfois inattendues. Au cours des 50 dernières années, la moyenne des espérances de vie à la naissance a augmenté de près de 20 ans dans le monde, passant de 46,5 ans en 1950–1955 à 65,2 ans en 2002. Le large fossé qui séparait, dans ce domaine, les pays développés des pays en développement dans les années 50 s'est transformé en un décalage entre les pays en développement les plus pauvres et les autres pays.

Sur les 57 millions de décès enregistrés en 2002, 10,5 millions concernaient des enfants de moins de 5 ans et plus de 98 % se situaient dans des pays en développement. A l'échelle du monde, des progrès remarquables ont été accomplis depuis 1970, année au cours de laquelle on avait enregistré plus de 17 millions de décès d'enfants. Dans 14 pays africains, toutefois, les taux de mortalité infantile sont plus élevés aujourd'hui qu'ils ne l'étaient en 1990. Globalement, 35 % des enfants africains sont actuellement davantage exposés à un risque de décès qu'il y a dix ans. Les principales causes de décès chez l'enfant sont les affections périnatales, les infections des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques et le paludisme, la malnutrition constituant dans chaque cas un facteur aggravant. En Afrique subsaharienne, le

VIH/SIDA a été responsable en 2002 d'un total estimatif de 332 000 décès d'enfants. Dans l'ensemble du monde, les enfants risquent davantage de mourir s'ils sont pauvres et malnutris, et le décalage entre les taux de mortalité des nantis et des déshérités s'aggrave.

En ce début du XXIe siècle, la santé des adultes est caractérisée par deux tendances principales: premièrement, le ralentissement des progrès et l'aggravation des différences ; et deuxièmement, la complexité croissante de la charge morbide. L'indice le plus inquiétant d'une détérioration de la santé des adultes s'observe en Afrique où les progrès enregistrés dans la survie des adultes se sont inversés de façon si spectaculaire que, dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne, les taux de mortalité actuels chez les adultes dépassent ceux d'il y a 30 ans. Ce phénomène est particulièrement frappant au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe où le VIH/SIDA a réduit de plus de 20 ans les espérances de vie des hommes et des femmes.

La fragilité de la santé des adultes face à l'instabilité sociale, économique et politique est manifeste partout. Dans certains pays d'Europe orientale, la mortalité des hommes a considérablement augmenté. A l'échelle du monde, la plupart des pays doivent déjà faire face à la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles. Dans les régions du monde à forte mortalité, près de la moitié de la charge morbide est due aux maladies non transmissibles. Le vieillissement de la population et la redistribution des facteurs de risque ont accéléré la propagation de ces épidémies dans la plupart des pays en développement. Les lésions, volontaires et involontaires, sont en augmentation, notamment chez les jeunes adultes.

Le ***chapitre 2*** retrace les origines des objectifs du Millénaire pour le développement et indique les progrès réalisés à ce jour dans leur direction. Ces objectifs correspondent aux engagements pris par les gouvernements du monde entier pour réduire la pauvreté et la faim et lutter contre la mauvaise santé, les inégalités entre les sexes, le défaut d'éducation et d'accès à une eau potable et la dégradation de l'environnement. Trois de ces huit objectifs sont directement en rapport avec la santé et tous les autres ont sur elle d'importants effets indirects.

Les objectifs du Millénaire pour le développement placent la santé au cœur du développement. Ce chapitre prévient que, sans un renforcement considérable de l'engagement des pays riches et des pays en développement, il ne sera pas possible d'atteindre les objectifs à l'échelle du monde, et que les résultats obtenus dans les pays les plus pauvres demeureront très en deçà des cibles fixées.

Le ***chapitre 3*** passe en revue les principales tendances de l'épidémie de VIH et fait le bilan des succès et des échecs de la lutte contre la plus terrible maladie infectieuse que le monde ait jamais connue, avant de passer à l'examen des objectifs futurs parmi lesquels figure la réduction des inégalités de traitement par des mesures mettant l'association thérapeutique antirétrovirale (ARV) à la disposition de trois millions de personnes dans les pays en développement d'ici la fin de 2005. Les interventions sanitaires énergiques requises pour prévenir et traiter le VIH sont certes complexes mais, même si les ressources sont insuffisantes, elles sont non seulement réalisables mais absolument nécessaires.

Ce chapitre montre que la séparation souvent très nette entre la prévention du SIDA et son traitement fait que, dans le monde en développement, la plupart des personnes vivant avec le SIDA ne disposent d'aucun traitement médical décent. Toutefois, on trouve aussi des exemples d'une bonne intégration de la prévention et des soins, comme au Brésil. Consciente qu'il reste encore beaucoup à faire pour atteindre la cible des trois millions de personnes sous ARV d'ici 2005, l'OMS a officiellement déclaré que la faible couverture de la thérapie ARV créait une urgence sanitaire mondiale, et elle a lancé un certain nombre d'initiatives pour remédier à cette situation et progresser vers l'objectif ultime d'un accès universel à la thérapie ARV.

Le ***chapitre 4*** incite à l'optimisme en montrant qu'une très grave maladie dont l'origine remonte à la plus haute antiquité peut être vaincue. Grâce à l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, qui est l'une des plus vastes entreprises de l'histoire de la santé publique, le nombre d'enfants paralysés chaque année par cette terrible maladie a chuté, passant de 350 000 en 1988 à environ 1900 en 2003, et le nombre de pays où la maladie est endémique est passé de plus de 125 à 7. Il est jugé dans ce chapitre que nous vivons les derniers jours de la poliomyélite, l'une des plus anciennes maladies connues, car la campagne d'éradication approche de son terme. L'objectif d'un monde indemne de poliomyélite est désormais à notre portée, encore que des obstacles considérables restent à franchir.

Les succès obtenus à ce jour sont le fruit d'un remarquable partenariat entre les gouvernements, les organismes internationaux, les organisations humanitaires et le secteur privé. Grâce à lui, plus de 10 millions de volontaires ont vacciné 575 millions d'enfants contre la poliomyélite dans près de 100 pays du monde à faible revenu au cours de la seule année 2001. Les réalisations les plus remarquables de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite sont les journées nationales de la vaccination, qui visent à vacciner tous les enfants âgés de moins de 5 ans (soit près de 20 % de la population d'un pays) sur une période de 1 à 3 jours, plusieurs fois par an et plusieurs années de suite. Dans de nombreux pays, l'ampleur et la complexité logistique de ces activités dépassent même celles des campagnes menées au plus fort de l'éradication de la variole.

Pour consolider les résultats obtenus, il faut maintenant déployer des efforts substantiels afin d'interrompre les dernières chaînes de transmission de la poliomyélite, certifier cette réalisation et réduire au minimum le risque d'une réintroduction de la poliomyélite dans les années à venir. Toutefois, le succès final de l'effort d'éradication n'est pas encore garanti ; il repose maintenant sur ce qui va se faire dans un très petit nombre de zones d'endémie où tous les enfants doivent être vaccinés et sur la bonne volonté des donateurs qui doivent combler le déficit financier chronique de ces activités.

Le ***chapitre 5*** sur le SRAS raconte comment une maladie entièrement nouvelle peut avoir, au plan international, des répercussions majeures sur la santé, l'économie et le commerce. En la maîtrisant rapidement, les services de santé publique ont montré comment une bonne collaboration permet de remporter des victoires spectaculaires.

Le SRAS, infection humaine récemment identifiée, est provoqué par un coronavirus différent de tout autre virus humain ou animal de la même famille. La transmission s'effectue essentiellement de personne à personne par l'exposition à des gouttelettes infectées expulsées lors d'une toux ou d'un éternuement. Le taux global de létalité, qu'il a été possible de déterminer car on connaît l'issue de la plupart des cas, est proche de 11 %, mais ce chiffre est très supérieur chez les personnes âgées. L'épidémie internationale a finalement provoqué plus de 8000 cas et 900 décès dans 30 pays.

On peut tirer de cette épidémie de SRAS sept leçons clés qui vont guider à l'avenir la lutte contre les maladies transmissibles. Premièrement, il est indispensable de rapporter franchement et sans délai tout cas d'une maladie susceptible de se propager dans le reste du monde. Deuxièmement, des alertes sanitaires mondiales déclenchées en temps utile peuvent éviter que des cas importés ne provoquent d'importantes flambées dans des zones jusque-là indemnes, sous réserve d'une infrastructure sanitaire appropriée et d'une réaction suffisamment rapide. Troisièmement, des recommandations pour les voyages comprenant des mesures de dépistage aux aéroports contribuent à freiner la propagation internationale d'une infection apparue soudainement.

Quatrièmement, des scientifiques, cliniciens et experts de la santé publique du monde entier, utilisant des moyens de communication électroniques, peuvent collaborer en vue d'établir rapidement les bases scientifiques des mesures de lutte. Cinquièmement, les lacunes des systèmes de santé, notamment en matière de lutte contre les infections, jouent un rôle déterminant en permettant à des infections nouvelles de se répandre. Sixièmement, une épidémie peut être endiguée, même en l'absence d'un médicament ou d'un vaccin efficaces, si les interventions existantes sont adaptées aux circonstances et s'appuient sur un engagement politique. Enfin, la communication sur les risques des infections nouvelles et émergentes est une tâche très délicate, et il est essentiel de veiller à ce qu'une information aussi exacte que possible soit communiquée au public de façon satisfaisante et sans aucune ambiguïté.

Le ***chapitre 6*** décrit les effets sur les pays en développement d'épidémies moins visibles mais en pleine évolution de maladies et lésions non transmissibles : il s'agit notamment des maladies cardio-vasculaires, de l'épidémie mondiale de tabagisme et des effets directs et indirects de l'accroissement de la circulation routière qui ont les dimensions d'une véritable épidémie.

Aujourd'hui, la charge des décès et incapacités dus aux maladies non transmissibles dans les pays en développement dépasse celle que les maladies transmissibles y font peser depuis longtemps. Examinant l'impact conjugué de ces deux catégories de charge morbide, ce chapitre propose « une double réaction » consistant à intégrer la prévention et le traitement des maladies tant transmissibles que non transmissibles dans un système de santé complet basé sur les soins de santé primaires.

Paradoxalement, les maladies cardio-vasculaires déclinent maintenant dans les pays industrialisés qui ont été les premiers à les subir, mais tous les groupes de population ne profitent pas de cette évolution. Ce paradoxe suscite néanmoins une espérance : le recul enregistré est largement dû au succès de la prévention primaire et, dans une moindre mesure, à celui du traitement. Ce qui fonctionne dans les pays riches peut être aussi efficace dans les pays économiquement moins avancés où il faudra veiller tout particulièrement à ce que l'ensemble de la population en bénéficie. On dispose maintenant de données largement suffisantes pour entreprendre des actions efficaces aux niveaux national et mondial afin de promouvoir et de protéger la santé cardio-vasculaire grâce à des mesures basées sur les populations et axées sur les grands facteurs de risque communs à toutes les maladies non transmissibles. L'application des connaissances actuelles peut très fortement contribuer rapidement et rentablement à la prévention et à l'endiguement des épidémies de maladies non transmissibles.

La consommation de cigarettes et autres produits du tabac et l'exposition à la fumée de tabac sont la principale cause évitable de décès : elles ont été responsables, en effet, d'environ 5 millions de décès en 2003, principalement dans les pays pauvres et dans les populations les plus démunies. Ce tragique bilan va doubler en vingt ans à moins que l'on adopte largement et sans délai des interventions efficaces déjà connues. Considérant que la mondialisation de l'épidémie de tabagisme peut compromettre le meilleur programme national de lutte, 192 Etats Membres ont adopté, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (WHO-FCTC).

L'ouverture de la Convention à la signature et à la ratification donne aux pays une occasion unique et sans précédent de renforcer leur potentiel national de lutte contre le tabagisme. Le succès de la lutte antitabac dépend d'un engagement politique suivi et de l'apport de ressources complémentaires aux niveaux mondial et national. L'amélioration de la santé qui s'ensuivra, notamment chez les populations les plus démunies, sera, pour les services de santé publique, une réalisation de toute première importance.

Le ***chapitre 6*** conclut en évaluant la somme grandissante des décès et lésions dus aux accidents de la route et souligne les effets indirects, mais tout aussi importants, de l'accroissement de la circulation routière. Plus de 20 millions de personnes sont, chaque année, tuées ou gravement blessées sur les routes du monde. La charge sociale et économique de ce fléau pèse tout particulièrement sur les pays en développement et ne peut que s'y aggraver au vu de l'augmentation rapide du nombre de véhicules qui y circulent. Il faut s'appuyer sur les connaissances actuelles pour mettre en œuvre dans les pays en développement des interventions efficaces tenant compte de la situation particulière de chacun en matière de circulation routière. D'une manière plus générale, une collaboration intersectorielle permettrait d'améliorer la santé publique et d'utiliser plus efficacement les ressources des secteurs de la santé, de l'environnement et des transports.

Le ***chapitre 7*** met l'accent sur la nécessité d'un renforcement des systèmes de santé pour faire face aux redoutables problèmes décrits dans les précédents chapitres. Sans un renforcement appréciable de leur système de santé, de nombreux pays ne progresseront guère dans la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, de la cible des 3 millions d'ici 2005 et des autres objectifs sanitaires. Le chapitre propose une méthode d'extension des systèmes de santé basée sur les principes clés des soins de santé primaires figurant dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, à savoir : un accès et une couverture universels basés sur les besoins ; l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale ; une participation communautaire à la définition et à l'application des programmes de santé ; et, enfin, des approches intersectorielles de la santé. Ces principes demeurent incontestablement valables mais ils doivent être réinterprétés à la lumière des changements spectaculaires survenus dans le domaine de la santé au cours des 25 dernières années. Le chapitre clarifie les bases conceptuelles du développement de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, puis examine comment ces systèmes peuvent faire face à quatre grands problèmes contemporains : la crise mondiale du personnel de santé ; l'inadéquation de l'information sanitaire ; la pénurie de ressources financières ; et, enfin, les problèmes gestionnaires posés par l'application de politiques de santé équitables dans un environnement pluraliste.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003* s'achève sur la constatation que le renforcement de la coopération avec les pays pour développer les systèmes de santé fait partie intégrante de la nouvelle méthode de travail de l'OMS. Renforcer la présence et la collaboration technique de l'Organisation dans les pays est le meilleur moyen pour l'OMS d'accélérer la progression vers les objectifs prioritaires de la communauté sanitaire mondiale : une amélioration mesurable de l'état de santé pour tous et des efforts énergiques visant à réduire les inégalités qui déshonorent le présent et compromettent l'avenir. Il faut mettre au point de nouvelles formes de collaboration et instaurer des systèmes de santé complets pour façonner un monde dans lequel chacun puisse trouver les conditions d'une vie saine et digne. Le rapport montre comment l'OMS et ses partenaires tirent les leçons des réalisations récentes pour poursuivre leur action.

Chapitre un

Les défis actuels de la santé dans le monde

L'étude des dernières tendances de la situation sanitaire dans le monde, qui fait l'objet de ce chapitre, montre que, malheureusement, les disparités s'accentuent partout. En 2002, alors que l'espérance de vie à la naissance a atteint 78 ans chez les femmes des pays développés, elle a reculé à 46 ans chez les hommes de l'Afrique subsaharienne, en grande partie par suite de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA. Des millions d'enfants, notamment en Afrique, luttent aujourd'hui pour survivre jusqu'à leur cinquième anniversaire et ils sont moins sûrs d'y parvenir qu'il y a une dizaine d'années. Cet état de choses est la conséquence de maladies infectieuses toujours présentes. Or, dans le même temps, les maladies non transmissibles progressent dans le monde, venant s'ajouter aux terribles difficultés que connaissent déjà les pays en développement.

1
Les défis actuels de la santé dans le monde

Bien que le présent rapport ait pour cadre la santé dans l'ensemble du monde, le constat qu'il dresse porte irrésistiblement à considérer en premier lieu la fragilité croissante de la situation sanitaire en Afrique subsaharienne. C'est là, en effet, où des millions de gens survivent tant bien que mal, que l'on peut véritablement mesurer ce qu'il en coûte d'être pauvre. Presque tout le continent est à la traîne.

Pour 35 % des enfants d'Afrique, le risque de décès est globalement plus élevé qu'il y a dix ans. Toutes les heures, plus de 500 mères perdent un enfant en bas âge. En 2002, plus de quatre millions d'enfants sont morts en Afrique. Quant à ceux qui survivent aux problèmes de l'enfance, ils connaissent à l'âge adulte un taux de mortalité supérieur à ce qu'il était 30 ans auparavant. L'espérance de vie, invariablement plus limitée que presque partout ailleurs, s'amenuise encore. Dans certains pays d'Afrique, elle a diminué de 20 ans et elle ne dépasse pas 46 ans pour les hommes.

La plupart du temps la mort prend une apparence familière et il est démoralisant de constater que les principales causes en sont bien connues: affections périnatales étroitement liées à la pauvreté, maladies diarrhéiques, pneumonie et autres affections respiratoires basses, paludisme. Plus présent aujourd'hui, le VIH/SIDA, qui est devenu la principale cause de mortalité chez les adultes de 15-59 ans dans le monde, tue toutes les 24 heures près de 5000 hommes et femmes de cette tranche d'âge et près de 1000 de leurs enfants en Afrique subsaharienne.

Les principales causes de la tragédie africaine se retrouvent également dans beaucoup des populations les plus démunies de la planète, notamment l'extrême lenteur des progrès vers les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de réduction de la mortalité maternelle et juvéno-infantile, la pandémie d'infection à VIH/SIDA, ou la double charge que font peser maladies transmissibles et non transmissibles, sans oublier l'épidémie de tabagisme et les décès – évitables – que provoquent les accidents de circulation. Dans les chapitres suivants, nous examinerons chacune de ces causes et nous montrerons comment on peut et doit y remédier pour assurer un meilleur avenir.

La situation générale

L'espérance de vie s'améliore – mais pas pour tous

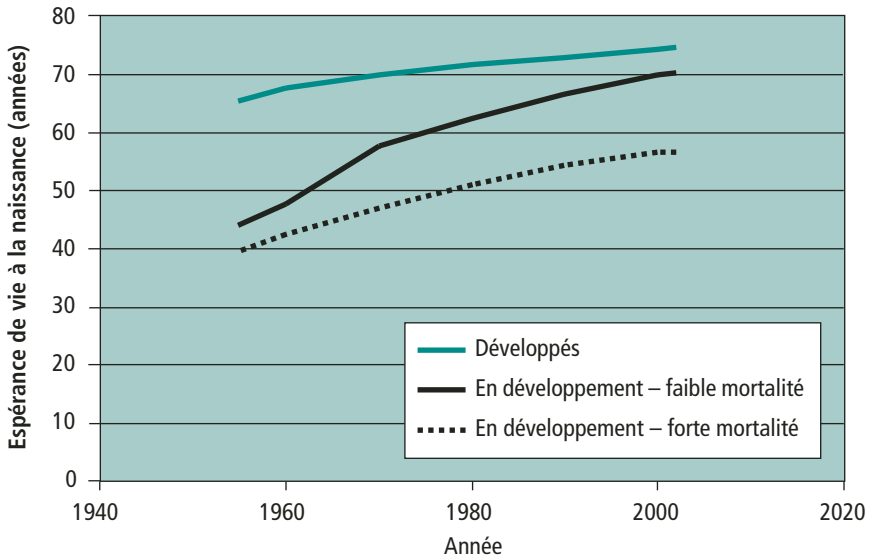
Au cours des 50 dernières années, l'espérance de vie moyenne à la naissance a augmenté de près de 20 ans dans l'ensemble du monde, passant de 46,5 ans en 1950-1955 à 65,2 ans en 2002. Cela représente un accroissement moyen de l'espérance de vie de 4 mois par an au cours de cette période. La progression moyenne a été de 9 ans dans les pays développés (Amérique du Nord, Australie, Europe, Japon et Nouvelle-Zélande), de 17 ans dans les pays en développement à forte mortalité (chez les enfants et les adultes), notamment les pays afri-

cains et les pays pauvres d'Asie, de la Région de la Méditerranée orientale et d'Amérique latine, et de 26 ans dans les pays en développement à faible mortalité. Comme le montre la Figure 1.1, à l'importante disparité d'espérance de vie qui existait dans les années 50 entre les pays développés et les pays en développement a succédé une autre disparité importante qui distingue désormais des autres les pays en développement à forte mortalité.

En 2002, l'espérance de vie à la naissance allait de 78 ans pour les femmes des pays développés à moins de 46 ans pour les hommes de l'Afrique subsaharienne, soit un écart d'un facteur 1,7 en ce qui concerne l'espérance de vie totale. Les exceptions à cette augmentation quasi générale de l'espérance de vie au cours des 50 dernières années se situent en Afrique et dans les pays d'Europe de l'Est qui constituaient l'ancienne Union soviétique. Dans ce dernier cas, l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes a respectivement reculé de 2,9 et de 1 an au cours de la période 1990-2000. Le Tableau 1 de l'annexe donne, pour tous les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'espérance de vie estimative des hommes et des femmes en 2002.

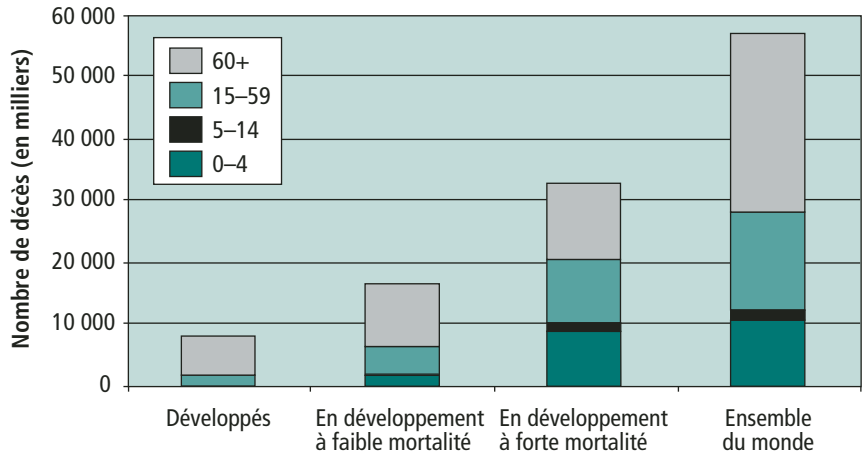
L'accroissement qu'a connu l'espérance de vie dans les pays développés au cours de la première moitié du XXe siècle a été la conséquence du recul rapide de la mortalité, en particulier de la mortalité maternelle et infantile, mais aussi, chez les enfants et les jeunes adultes, de la mortalité due aux maladies infectieuses. L'accession à de meilleures conditions de logement, d'hygiène et de formation, la réduction de la taille des familles, l'accroissement du revenu et certaines mesures de santé publique telles que la vaccination contre les maladies infectieuses sont autant de facteurs qui ont largement contribué à cette transition épidémiologique. Dans beaucoup de pays développés, cette évolution a débuté il y a quelque 100 ou 150 ans. Elle s'est manifestée plus tardivement dans certains pays, comme le Japon, mais en suivant un cours beaucoup plus rapide. Dans nombre de pays en développement, la transition épidémiologique est survenue encore plus tard et elle n'est pas encore parvenue à son terme. Dans les pays développés, l'amélioration de l'espérance de vie est désormais principalement due à la diminution du taux de décès chez les adultes.

Figure 1.1 Espérance de vie à la naissance : pays développés et en développement, 1955-2002



Note : Les pays développés sont l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Nouvelle-Zélande, les pays européens et les pays de l'ancienne Union soviétique. Les pays en développement à forte mortalité sont les pays de l'Afrique subsaharienne ainsi que les pays d'Asie, d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et de la Méditerranée orientale où la mortalité des enfants et des adultes est élevée. Les autres pays en développement constituent les pays en développement à faible mortalité.

Figure 1.2 Répartition par âge de la mortalité dans le monde : pays développés et en développement, 2002



Tendances de la mortalité dans le monde

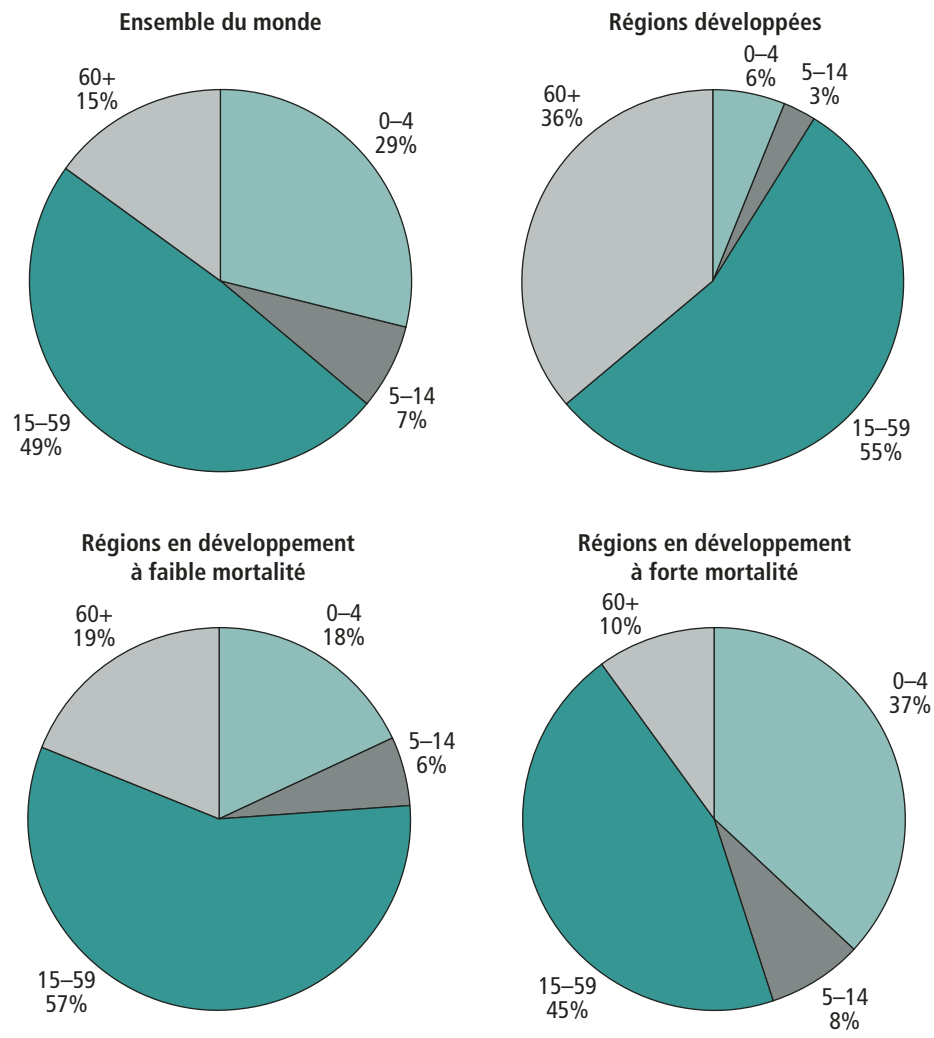
En 2002, on a enregistré près de 57 millions de décès dans le monde, dont 10,5 millions (soit presque 20 %) chez des enfants de moins de 5 ans (voir Figure 1.2). Quatre-vingt-dix-huit pour cent des enfants décédés habitaient des pays en développement. Dans les pays développés, plus de 60 % des décès se produisent chez des personnes de plus de 70 ans, contre 30 % dans les pays en développement. Point capital, le nombre de décès chez les jeunes adultes (15-59 ans) est relativement élevé dans les pays en développement. Un peu plus de 30 % des décès y surviennent à ces âges contre 20 % dans les régions plus riches. Ce grand nombre de décès prématurés dans les pays en développement constitue un problème de santé publique très préoccupant.

Par rapport à la mortalité, les pays en développement forment eux-mêmes un groupe très hétérogène (Figure 1.1). Le contraste entre les pays en développement dont la mortalité est faible, comme la Chine (plus d'un sixième de la population mondiale) et ceux dont la mortalité est forte, comme certains pays d'Afrique (un dixième de la population mondiale), montre bien la diversité de la situation sanitaire des pays en développement. En Chine, moins de 10 % des décès se produisent avant l'âge de 5 ans, contre 40 % en Afrique. Chez les plus de 70 ans en revanche, la proportion est de 48 % en Chine et de seulement 10 % en Afrique.[1]

Si le risque de décès reste la mesure la plus simple de l'état sanitaire d'une population qui soit utilisable pour procéder à des comparaisons, on s'intéresse de plus en plus à d'autres modes de description, d'évaluation et de comparaison de la situation sanitaire des populations. Les statistiques de mortalité, en particulier, sous-estiment sensiblement la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles chez l'adulte car elles ne prennent pas en considération des issues non fatales telles que la dépression ou la perte d'acuité visuelle. Il est utile, pour obtenir un indice synthétique de la charge de morbidité, de calculer le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) qui prend en compte à la fois le nombre d'années perdues par suite d'un décès prématuré et les années vécues avec une incapacité (AVI) *(1)*. On peut considérer qu'une AVCI représente une année de vie « en bonne santé » perdue et que la charge de morbidité mesure la différence entre l'état sanitaire de la population en cause et celui d'une population normative mondiale de référence dont l'espérance de vie est élevée et

[1] On peut trouver sur le site Internet de l'OMS le nombre estimatif de décès par cause, âge et sexe pour l'année 2002 dans les six Régions de l'OMS et dans ses 14 sous-régions épidémiologiques (www.who.int/evidence/bod).

Figure 1.3 Répartition de la charge mondiale de morbidité (AVCI), par tranche d'âge et par région, 2002



dont toutes les années sont vécues en parfaite santé. Exprimé en AVCI, le nombre total d'années de vie en bonne santé perdues dans le monde en 2002 est dû, dans la proportion de 36 %, à des maladies et à des traumatismes chez les enfants de moins de 15 ans et, à hauteur de près de 50 %, à ces mêmes causes chez les adultes de la tranche d'âge 15-59 ans (voir Figure 1.3).[1]

Comme le montre la Figure 1.3, la survie des enfants reste au premier plan des préoccupations internationales concernant la situation sanitaire des pays en développement *(2)*. Si la suite de ce chapitre est principalement centrée sur les décès des moins de 5 ans, c'est précisément parce qu'ils représentent 90 % des décès survenant avant l'âge de 15 ans. Par contre, l'évaluation des problèmes sanitaires que connaissent les adultes des pays en développement n'en est encore qu'à son début au niveau international. Aujourd'hui encore, on a l'impression que la santé des adultes n'est sérieusement prise en considération que dans les pays dévelop-

[1] On peut trouver sur le site Internet de l'OMS le nombre estimatif d'AVCI par cause, âge et sexe pour l'année 2002 dans les six Régions de l'OMS et dans ses 14 sous-régions épidémiologiques (www.who.int/evidence/bod).

Encadré 1.1 Enregistrement sentinelle des données d'état civil en République-Unie de Tanzanie

Il est important pour une politique publique rationnelle, notamment en matière de santé, de pouvoir disposer de statistiques exactes concernant les évènements démographiques de base. Malheureusement, la plupart des pays les plus démunis de la planète ne disposent pas d'un enregistrement fiable de ces données. La République-Unie de Tanzanie a été la première à s'engager dans l'élaboration d'un certain nombre de nouvelles méthodes pour l'obtention de données de mortalité et de morbidité. En 1992, le Ministère de la Santé a lancé un projet appelé Adult Morbidity and Mortality Project (AMMP) en partenariat avec l'Université de Newcastle upon Tyne (Angleterre), projets financés par le Department for International Development du Royaume-Uni.

L'AMMP a mis au point un système de surveillance démographique, des outils d'autopsie verbale pour la mesure des taux et des causes de décès ainsi qu'un instrument validé permettant d'évaluer la consommation des ménages dans le but de suivre l'évolution de la pauvreté monétaire. L'un des premiers objectifs de ce projet était de déterminer la valeur de référence du taux de mortalité par cause chez les adultes dans trois districts déterminés *(3-5)*. En 1997, le Ministère de la Santé a décidé d'étendre le recueil des données à un échantillon plus important de districts et de créer un système sentinelle national afin de suivre l'évolution de la situation sanitaire et de la pauvreté. En outre, grâce à la coordination des activités d'autres centres de surveillance démographique, il a été possible de produire des comptes rendus analytiques annuels de statistiques sanitaires et des profils de performance pour le secteur sanitaire public.

En 2002, l'enregistrement sentinelle des données d'état civil, ainsi que le travail statistique sur les causes de décès et l'évolution de la pauvreté effectué par cinq centres placés sous l'égide du Ministère de la Santé et des conseils locaux et par trois autres centres administrés par des organismes de développement et de recherche en santé, ont commencé à fournir les indicateurs essentiels au Plan directeur national de suivi de la pauvreté. Le système sentinelle de surveillance démographique, qui s'inscrit dans l'ensemble des systèmes d'information de la République-Unie de Tanzanie chargés de produire des données démographiques, sanitaires ou concernant la pauvreté, génère un nombre important d'indicateurs relatifs à un échantillon de population de plus de 500 000 habitants, les dépenses récurrentes par habitant s'élevant à US $0,02 par an. Ces dépenses sont très inférieures à celles de nombreux autres systèmes.

Au niveau local, l'AMMP aide les districts à faire remonter les informations des systèmes sentinelles de surveillance sur la charge de morbidité jusqu'aux membres de la communauté, qui, à leur tour, participent activement à la détermination des activités sanitaires prioritaires du district. C'est ainsi qu'un conseil local a été amené, au vu des données relatives à la demande de soins pour des enfants qui mouraient à leur domicile des suites d'une affection fébrile aiguë, à augmenter les ressources affectées à la lutte contre le paludisme et à encourager l'utilisation de moustiquaires traitées. Au niveau national, ces mêmes données ont permis de constituer une base factuelle sur laquelle appuyer la réorientation des politiques en matière d'utilisation des antipaludéens de première intention, et la charge de mortalité globale par cause, évaluée en années de vie perdues, a joué un rôle essentiel dans la conception du premier train national de mesures sanitaires essentielles. Grâce aux données sur la pauvreté fournies par les centres sentinelles, les pouvoirs publics disposent de données solides qui leur permettent de savoir en quoi les mesures sanitaires prioritaires visant les citoyens les plus pauvres diffèrent de celles qui s'adressent aux autres segments de la population.

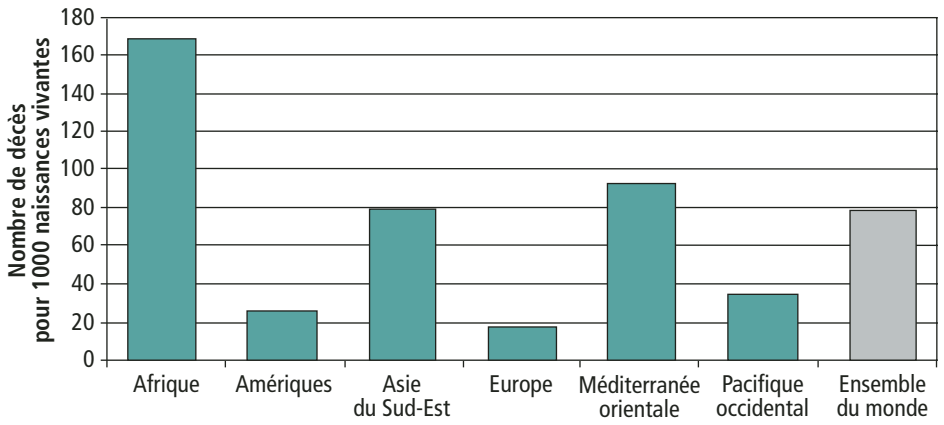
pés où la mortalité juvéno-infantile prématurée a été sensiblement réduite. Il n'empêche que, comme le montrent les Figures 1.2 et 1.3, une part importante de la charge de morbidité due aux maladies et aux traumatismes dans le monde en développement est supportée par la population adulte et sa tendance à l'accroissement exige une action urgente de la part de la communauté sanitaire internationale. Dans le présent chapitre, nous examinerons donc en premier lieu les tendances de la santé juvéno-infantile et les problèmes sanitaires de ce groupe d'âge, notamment en ce qui concerne les 0-4 ans, puis nous passerons aux adultes de 15 à 59 ans pour terminer sur les plus de 60 ans.

Malheureusement, rares sont les pays où l'enregistrement des causes de décès permet toujours d'obtenir des données complètes (voir le chapitre 7 et les notes explicatives de l'annexe statistique). Néanmoins, l'enregistrement des données d'état civil (voir l'Encadré 1.1), qu'il soit exhaustif ou non, ainsi que l'enregistrement par sondage permettent désormais de rendre compte d'un tiers des décès et fournissent des informations sur 74 % de la mortalité dans le monde. Ce sont leurs données qui ont été utilisées pour la présente analyse des caractéristiques et des tendances de la mortalité.

Survie au-delà de l'âge de cinq ans

Si quelque 10,5 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque année dans le monde, des progrès ont tout de même été accomplis depuis 1970, année où ce chiffre dépassait 17 millions. Ce recul de la mortalité ne s'est pas partout opéré de manière uniforme au fil des ans, mais les remarquables succès remportés en la matière dans certains pays en dévelop-

Figure 1.4 Mortalité juvéno-infantile dans les six Régions de l'OMS, 2002



pement montrent clairement qu'il est possible de parvenir à un faible taux de mortalité dans ces pays. Il ne faut pas sous-estimer les conséquences d'une telle réussite. En effet, si le taux de mortalité juvéno-infantile dans le monde était ramené au taux que connaît l'Islande (le plus bas du monde en 2002), ce sont plus de 10 millions de décès qui seraient évités chaque année.

Actuellement, presque tous les décès d'enfants se produisent dans des pays en développement, et près de la moitié en Afrique. Mais si quelques pays africains sont parvenus à faire très sensiblement reculer la mortalité chez les enfants, ceux-ci continuent en majorité de vivre dans des pays où les gains obtenus en termes de survie ont été gommés, en grande partie du fait de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA.

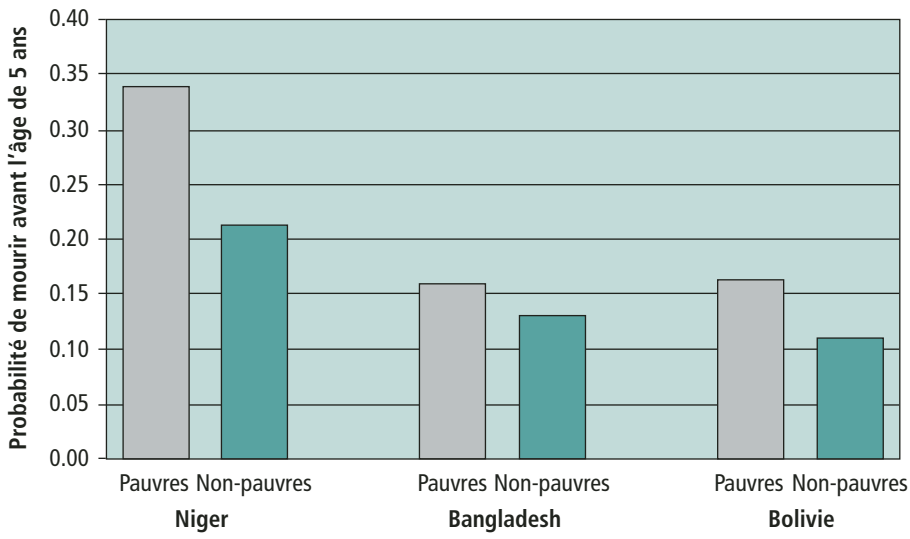
Partout dans le monde, le risque de décès est plus élevé chez les enfants pauvres. C'est dans les pays développés que le recul de la mortalité juvéno-infantile a été le plus spectaculaire, comme d'ailleurs dans les pays en développement à faible taux de mortalité dont la situation économique s'est améliorée. En revanche, dans les pays à forte mortalité, la mortalité juvéno-infantile a décliné plus lentement, quand elle n'a pas stagné ou même progressé. Grâce aux progrès réalisés dans l'ensemble des régions en développement, les disparités de mortalité entre le monde développé et le monde en développement se sont atténuées depuis 1970. Toutefois, comme les pays les mieux lotis des régions en développement voient leur situation s'améliorer rapidement et que les populations défavorisées perdent du terrain, le fossé se creuse entre les diverses régions en développement.

La mortalité juvéno-infantile dans le monde: une situation contrastée

La Figure 1.4 donne une représentation graphique des taux de mortalité juvéno-infantile dans le monde et les Régions de l'OMS. Sur les 20 pays où cette mortalité (probabilité de décès avant l'âge de 5 ans) est la plus élevée, 19 sont situés en Afrique, la seule exception étant l'Afghanistan.

Pour un enfant qui naît en Sierra Leone, la probabilité de mourir avant son cinquième anniversaire est trois fois et demie plus élevée que pour un enfant né en Inde, et plus de 100 fois plus forte que pour un enfant né en Islande ou à Singapour. En 2002, 15 pays, pour la plupart européens mais parmi lesquels figuraient également le Japon et Singapour, avaient un taux de mortalité juvéno-infantile inférieur à 5 pour 1000 naissances vivantes. On trouvera au Tableau 1 de l'annexe les taux estimatifs de mortalité juvéno-infantile de tous les Etats Membres de l'OMS pour l'année 2002.

Figure 1.5 Disparités dans la mortalité juvéno-infantile de trois pays en développement en fonction du statut socio-économique



La mortalité juvéno-infantile: disparités selon le sexe et la situation socio-économique

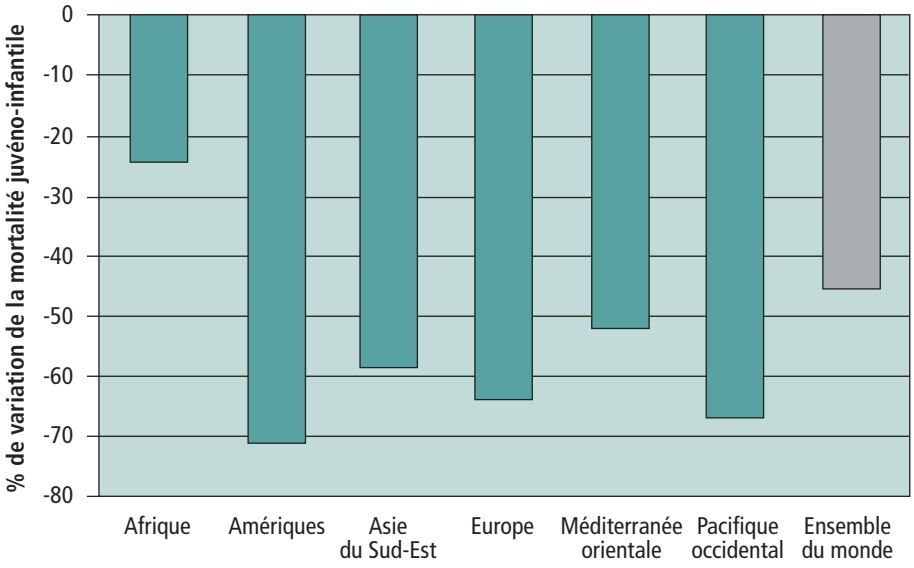
Partout dans le monde, la mortalité juvéno-infantile est plus élevée chez les garçons que chez les filles, à de rares exceptions près. Mais en Chine, en Inde, au Népal et au Pakistan, la mortalité des filles est supérieure à celle des garçons. Cette disparité est particulièrement marquée en Chine où le risque de décès est 33 % plus élevé chez les filles que chez les garçons. On estime que cette inégalité est due aux soins plus attentifs et à la meilleure alimentation dont bénéficient les garçons au sein de la famille.

A l'intérieur d'un même pays, la mortalité juvéno-infantile varie dans d'importantes proportions selon l'échelle des revenus. D'après les données recueillies lors de 106 enquêtes démographiques et sanitaires menées dans plus de 60 pays, les enfants de familles pauvres courent un risque de mourir avant l'âge de 5 ans sensiblement plus élevé que les enfants de familles aisées. On peut le voir sur la Figure 1.5, qui est basée sur les résultats obtenus dans trois pays appartenant à différentes régions. On a porté en ordonnée la probabilité de mourir au cours de l'enfance (avec une échelle allant de zéro à un), et en abscisse les pays dont la population est répartie en « pauvres » et les « non-pauvres ».[1] Pour qualifier une population de « pauvre » ou de « non-pauvre », on utilise une échelle internationale qui repose sur l'estimation du revenu régulier établie à partir d'informations relatives au patrimoine, à la possibilité de disposer de services et aux caractéristiques du ménage. Cette méthode a l'avantage de permettre la comparaison du niveau socio-économique des différents pays. Elle implique par exemple que des individus qualifiés de « pauvres » au Bangladesh, en Bolivie ou au Nigéria soient dans une situation économique identique.

Dans tous les pays, le risque de mortalité juvéno-infantile varie sensiblement en fonction du degré de pauvreté, encore que l'importance des disparité ne soit pas partout identique. Ainsi au Niger, le risque de décès au cours de l'enfance est 13 % plus élevé chez les pauvres que chez les non-pauvres, alors que la différence n'est que de 3 % au Bangladesh.

[1] Sont qualifiées de « pauvres » les personnes dont le revenu se situe dans le quintile le plus bas de l'échelle, les « non-pauvres » représentant tous les autres.

Figure 1.6 Evolution du taux de mortalité juvéno-infantile par Région de l'OMS, 1970-2002



Le taux de mortalité juvéno-infantile est plus élevé chez les populations pauvres d'Afrique que partout ailleurs, bien que la pauvreté soit définie par le même niveau de revenu. Pour les enfants africains de familles pauvres, la probabilité de décès est presque deux fois plus élevée que pour les enfants pauvres des Amériques. De même, les enfants africains de familles aisées ont deux fois plus de chances de mourir que leurs homologues des Amériques. Qui plus est, ces enfants courent un risque de décès plus élevé (16 %) que les enfants pauvres des Amériques (14 %).

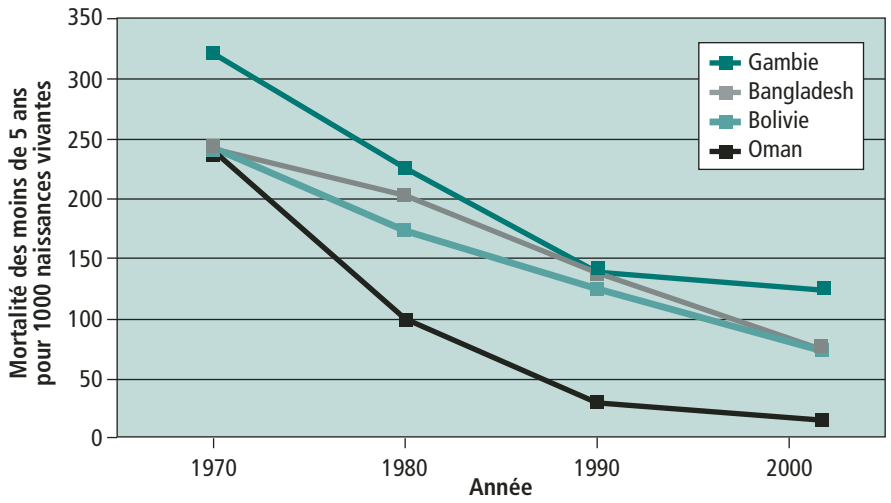
Survie des enfants: des améliorations pour certains

Au cours des trois dernières décennies, la survie des enfants a beaucoup progressé dans le monde (comme le montre, par Région OMS, la Figure 1.6). La mortalité juvéno-infantile est tombée de 147 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à environ 80 pour 1000 naissances vivantes en 2002. La réduction de la mortalité juvéno-infantile, particulièrement frappante dans certains pays des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est ainsi qu'en Amérique latine, a été plus modeste dans les pays d'Afrique. La survie des enfants s'est également améliorée dans les pays industrialisés riches où la mortalité était déjà faible.

Si la mortalité juvéno-infantile a reculé dans toutes les régions du monde, la réduction n'a été ni simultanée ni identique d'une région à l'autre. Les reculs les plus importants ont été observés il y a 20 ou 30 ans un peu partout dans le monde, à l'exception toutefois des Régions de l'Afrique et du Pacifique occidental, où le ralentissement s'est opéré au cours des années 80, et de quelques pays d'Europe de l'Est, où la mortalité a en fait augmenté dans les années 70. Au cours de la dernière décennie, le déclin de la mortalité juvéno-infantile ne s'est accéléré que dans les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et dans les pays à forte mortalité d'Amérique latine.

Au cours des 30 années écoulées, c'est dans les pays en développement où la mortalité juvéno-infantile était déjà faible que la survie des enfants a enregistré les progrès les plus remarquables, l'amélioration étant moindre dans les pays connaissant les taux de mortalité les plus élevés. Ainsi, malgré un recul général de la mortalité juvéno-infantile dans l'ensemble du monde, les disparités entre régions en développement ou à l'intérieur même de ces régions se sont encore accentuées.

Figure 1.7 Pays où la mortalité juvéno-infantile a fortement reculé en chiffres absolus depuis 1970



Si, parmi les régions les moins développées, les chances de survie des enfants accusent des disparités de plus en plus marquées, celles-ci se sont par contre atténuées entre pays riches au cours des 30 dernières années, en grande partie du fait du progrès des techniques médicales, notamment en néonatalogie.

Dans 16 pays (dont 14 en Afrique), la mortalité des moins de 5 ans est actuellement plus forte qu'en 1990 et dans neuf (dont huit en Afrique), elle dépasse même le niveau observé au cours des deux décennies précédentes. Ce retournement de situation est dû pour une grande part à l'infection à VIH/SIDA.

En analysant les résultats des enquêtes démographiques et sanitaires, on constate que si la mortalité juvéno-infantile a augmenté dans un grand nombre des pays africains étudiés, l'écart entre les populations pauvres et les populations non pauvres n'a pas varié au cours du temps dans ces pays. Dans les Amériques, au contraire, les disparités se sont accentuées entre les pauvres et les moins pauvres, alors même que la mortalité juvéno-infantile générale reculait. On voit donc que, dans nombre de régions, l'amélioration de la survie a bénéficié aux plus aisés. Le recul de la mortalité juvéno-infantile a été beaucoup plus lent en milieu rural, où les pauvres sont plus nombreux, que dans les zones urbaines *(6)*. Ces analyses donnent à penser que les populations pauvres sont restées à l'écart des mesures sanitaires prises au cours de la dernière décennie.

Le recul de la survie juvéno-infantile observé dans les pays précités cadre mal avec les progrès remarquables réalisés par certains pays d'Afrique. Malgré les ravages de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA, huit pays de cette région sont parvenus à faire baisser de plus de 50 % la mortalité des enfants depuis 1970. Il s'agit notamment du Gabon, de la Gambie et du Ghana.

Globalement, au moins 169 pays, dont 112 en développement, ont enregistré une réduction de leur mortalité juvéno-infantile depuis 1970. Les statistiques de certains d'entre eux sont présentées sur la Figure 1.7. C'est à Oman que la diminution est la plus frappante, avec un taux qui est passé de 242 pour 1000 naissances vivantes en 1970 à 15 pour 1000 naissances vivantes actuellement, soit moins que dans nombre de pays européens. D'une façon générale, les pays de la Région de la Méditerranée orientale où la mortalité était la plus faible ont connu un recul remarquable de la mortalité juvéno-infantile, avec, entre les pays, un écart moindre qu'en 1970.

Tableau 1.1 Principales causes de décès chez les enfants des pays en développement, 2002

Rang	Cause	Nombre (000)	% du nombre total de décès
1	Pathologies périnatales	2 375	23,1
2	Infections respiratoires basses	1 856	18,1
3	Maladies diarrhéiques	1 566	15,2
4	Paludisme	1 098	10,7
5	Rougeole	551	5,4
6	Anomalies congénitales	386	3,8
7	VIH	370	3,6
8	Coqueluche	301	2,9
9	Tétanos	185	1,8
10	Malnutrition protéino-énergétique	138	1,3
	Autres	1 437	14,0
	Total	**10 263**	**100**

La mortalité juvéno-infantile a aussi sensiblement décliné dans les Amériques. C'est au Chili, au Costa Rica et à Cuba que le taux de réduction a été le plus notable, atteignant plus de 80 % par rapport à 1970. Le taux de mortalité juvéno-infantile a également accusé un fort recul en valeur absolue en Bolivie, au Nicaragua et au Pérou. Il se situe toutefois encore à 133 pour 1000 en Haïti: soit près de deux fois plus qu'en Bolivie, le pays des Amériques qui vient juste après.

On observe une tendance intéressante dans la mortalité juvéno-infantile de plusieurs pays d'Europe de l'Est. Elle a commencé par décliner au début puis est restée constante au cours des années 70, pour reculer à nouveau après 1980 *(7)*. On peut, dans une certaine mesure, attribuer ce phénomène à un enregistrement plus complet des décès juvéno-infantiles pendant cette période. Ce qui retient l'attention, c'est qu'au début des années 90, la mortalité juvéno-infantile a continué à baisser alors que la mortalité augmentait chez les adultes. Dans aucune autre région cette tendance particulière ne s'est manifestée de manière aussi systématique, et on ne s'en explique encore pas très bien les raisons.

Les causes de décès chez les enfants

Ce sont toujours les maladies infectieuses et parasitaires qui tuent le plus d'enfants dans le monde en développement, pour une part en raison de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA. Même si dans certains secteurs (la lutte contre la poliomyélite, par exemple), des succès non négligeables ont été enregistrés, les maladies transmissibles représentent encore sept des 10 principales causes de décès chez l'enfant et elles sont responsables d'environ 60 % de l'ensemble des décès d'enfants. D'une façon générale, les 10 premières causes de mortalité sont à l'origine de 86 % des décès d'enfants (voir Tableau 1.1).

Dans beaucoup de pays de la Région de la Méditerranée orientale ainsi qu'en Amérique latine et en Asie, la structure des causes de décès a tendance, dans une certaine mesure, à se rapprocher de celle qui s'observe dans les pays développés. Dans ces derniers, les pathologies de la période périnatale, notamment l'asphyxie néonatale, les traumatismes néonatals et le faible poids de naissance sont devenues les premières causes de décès à la place des maladies infectieuses et sont désormais responsables de un cinquième à un tiers des décès. Cette évolution des causes de décès ne s'est pas produite en Afrique subsaharienne, où les pathologies périnatales ne viennent qu'au quatrième rang. Dans cette région, la sous-alimentation, le paludisme, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques sont toujours les principales causes de décès chez les enfants, avec une proportion de 45 % du total.

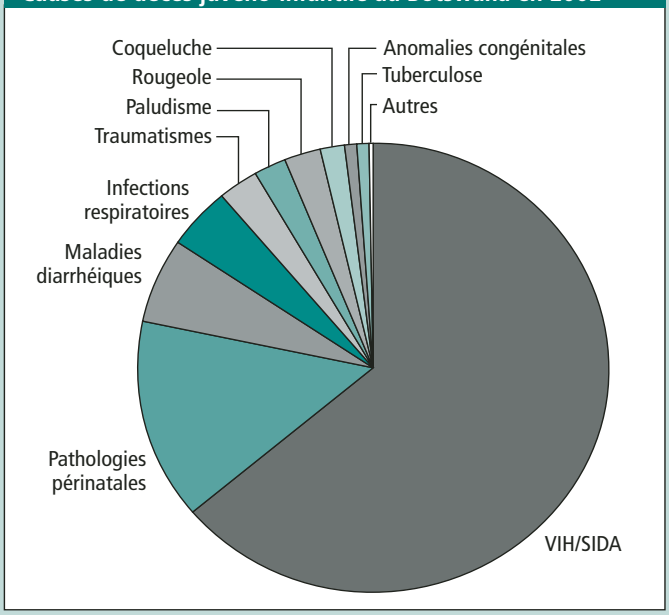
Environ 90 % des décès imputables à l'infection à VIH/SIDA et au paludisme dans les pays en développement se produisent en Afrique subsaharienne, où l'on observe 23 % des naissances et 42 % des décès d'enfants enregistrés dans le monde (voir Encadré 1.2). L'énorme vague de mortalité que l'infection à VIH/SIDA a causée parmi les enfants ces dernières années a entraîné la mort de 332 000 enfants en Afrique subsaharienne, soit près de 8 % de tous les décès d'enfants survenus dans la région.

Encadré 1.2 La crise de la mortalité infantile en Afrique

Après avoir atteint son minimum en 1990, la mortalité infantile a recommencé à augmenter dans 14 pays de la Région OMS de l'Afrique. En Afrique sub-saharienne, environ 34 % des moins de cinq ans font actuellement les frais de cette inquiétante tendance. Seuls deux pays en dehors de l'Afrique ont connu pareil recul au cours de la même période - pays qui ont d'ailleurs également souffert de conflits armés ou de sanctions économiques. Huit de ces 14 pays se trouvent en Afrique australe et pouvaient pourtant se flatter d'avoir réalisé les avancées les plus remarquables en matière de survie des enfants au cours des années 1970-1980. Il a suffit d'une seule décennie pour que ces progrès prometteurs soient réduits à néant.

La montée de l'infection à VIH/SIDA est responsable en Afrique d'une proportion de décès juvéno-infantiles allant jusqu'à 60 % comme le montre la figure ci-dessous qui détaille ces causes de décès au Botswana.

Causes de décès juvéno-infantile au Botswana en 2002



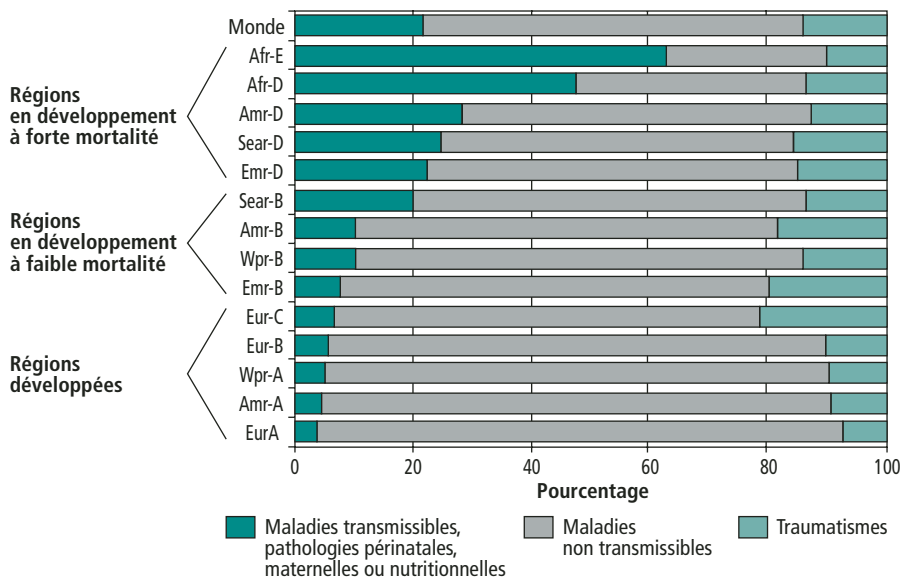
Les effets indirects de l'infection à VIH/SIDA qui frappe les adultes ont également leur part de responsabilité dans cette situation tragique. Les enfants dont la mère est décédée d'une infection à VIH/SIDA risquent davantage de ne pas survivre que les enfants dont la mère est vivante, qu'ils soient ou non eux-mêmes infectés par le virus. Cette situation est encore aggravée par le fait que les soins aux personnes souffrant de SIDA détournent des programmes de santé juvéno-infantile des ressources déjà fortement sollicitées, avec, en plus, un accroissement de la mortalité palustre, des troubles civils et de l'anarchie sociale.

Des progrès ont été enregistrés dans la lutte contre les maladies diarrhéiques et la rougeole. L'incidence semble être restée stable, mais le nombre de décès dus aux maladies diarrhéiques est tombé de 2,5 millions en 1990 à environ 1,6 million en 2002 et représente désormais 15 % de l'ensemble des décès d'enfants. On a également observé un léger recul de la mortalité due à la rougeole, mais plus d'un demi-million d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent encore chaque année de cette maladie *(8)*. Le paludisme tue environ un million d'enfants chaque année dont 90 % ont moins de 5 ans. Dans cette tranche d'âge, cette parasitose est responsable de près de 11 % des décès (voir Tableau 1.1).

En Inde, le nombre total de décès juvéno-infantiles est tombé d'environ 3,5 millions en 1990 à environ 2,3 millions en 2002. Cette baisse spectaculaire traduit une réduction d'environ 30 % du taux global de mortalité juvéno-infantile et un recul du taux général de fécondité d'environ 10 %. La structure des causes de décès n'a guère changé, à l'exception des pathologies périnatales dont la proportion a sensiblement augmenté. La proportion de décès dus aux maladies diarrhéiques, à la rougeole et au tétanos a quelque peu baissé, ce qui pourrait s'expliquer par un recours accru à la réhydratation par voie orale, par une amélioration de la couverture vaccinale systématique et également par l'organisation de campagnes intensives de vaccination.

La tendance est analogue en Chine où les décès d'enfants sont en recul de 30 % depuis 1990, par suite d'une chute de la mortalité juvéno-infantile de 18 % et d'un déclin de 6 % de la fécondité générale. Comme en Inde, le changement le plus notable dans la structure des causes de décès au cours de la décennie écoulée tient à l'augmentation de la proportion de décès périnatals.

Figure 1.8 Charge de morbidité (AVCI) chez les adultes (âgés de 15 ans et plus), par grande cause, dans un certain nombre de sous-régions épidémiologiques, 2002



Des explications sur les sous-régions sont données dans la liste des Etats Membres.

Faire reculer la mortalité juvéno-infantile est une entreprise dont la difficulté est largement reconnue mais pour laquelle on dispose de mesures efficaces. Ce qu'il faut maintenant, c'est agir sans délai. Les problèmes posés par la mortalité des adultes sont plus complexes et seront abordés dans la section suivante.

Les risques sanitaires des adultes: les progrès marquent le pas et les disparités s'accroissent

Dans la plupart des régions du monde, le taux de mortalité des adultes a reculé au cours des dernières décennies. L'espérance de vie à 15 ans s'est accrue de 2 à 3 ans presque partout en l'espace de 20 ans. Les pays africains à forte mortalité constituent une exception notable avec une espérance de vie à 15 ans qui a baissé de près de 7 ans entre 1980 et 2002. C'est également le cas des pays à forte mortalité d'Europe de l'Est, surtout ceux qui constituaient l'ancienne Union soviétique, où l'espérance de vie à 15 ans a reculé pendant la même période de 4,2 ans chez les hommes et de 1,6 an chez les femmes.

Sur les 45 millions de décès enregistrés en 2002 parmi les adultes d'âge supérieur ou égal à 15 ans, 32 millions, soit près des trois quarts, ont été provoqués par des maladies non transmissibles, qui ont fait presque quatre fois plus de victimes que l'ensemble des maladies transmissibles et des pathologies maternelles, périnatales et nutritionnelles (8,2 millions soit 18 % du total). Cette même année, 4,5 millions d'adultes sont décédés des suites de traumatismes, ce qui représente un dixième de la mortalité totale des adultes. Plus de 3 millions des personnes décédées des suites de leurs blessures – soit une proportion de 70 % – étaient des hommes, qui sont davantage exposés aux traumatismes dus aux accidents de la route (trois fois plus) ainsi qu'aux actes de violence et de guerre (plus de quatre fois plus).

L'importance relative de ces causes de décès varie sensiblement d'une région à l'autre. En Afrique par exemple, un adulte sur trois seulement décède des suites d'une maladie non trans-

missible, contre près de 9 sur 10 dans les pays développés. Il est inquiétant de constater que 3 adultes sur 4 décèdent de maladies non transmissibles en Amérique latine et dans les pays en développement d'Asie et de la Région du Pacifique occidental, ce qui indique que la transition épidémiologique est relativement avancée chez ces populations et que la double charge de morbidité pointe déjà à l'horizon. Le Tableau 2 de l'annexe donne le nombre estimatif total de décès par cause pour l'année 2002 dans chaque sous-région épidémiologique ainsi que dans l'ensemble du monde. Des tableaux plus détaillés indiquant le nombre de décès par cause, âge et sexe dans chacune de ces régions peuvent être consultés sur le site Internet de l'OMS (http://www.who.int/evidence/bod).

La Figure 1.8 met en lumière les disparités qui existent entre les divers modes de transition épidémiologique chez les adultes de 15 ans et plus dans les différentes régions du monde. Les pathologies maternelles, périnatales et nutritionnelles ainsi que les maladies transmissibles ne représentent que 5 % de la charge totale de morbidité, alors que ce chiffre atteint 40 % dans les régions en développement à forte mortalité. Dans les régions d'Afrique où l'épidémie d'infection à VIH/SIDA rend la transition épidémiologique plus confuse depuis une dizaine d'années, ces pathologies peuvent contribuer à hauteur de 50 à 60 % à la charge totale de morbidité. Le Tableau 3 de l'annexe donne le nombre d'AVCI perdues par cause en 2002 pour chaque sous-région épidémiologique et pour l'ensemble du monde.

Le Tableau 1.2 indique les 10 principales causes de la charge de morbidité chez les hommes et les femmes de 15 ans et plus. Les cardiopathies ischémiques et les attaques cérébrales (accidents vasculaires cérébraux) sont deux des trois principales causes de morbidité chez les hommes dans l'ensemble du monde. Chez les deux sexes, l'infection à VIH/SIDA représente la deuxième cause de morbidité avec une proportion de 6 % de la charge morbide totale. Les troubles dépressifs unipolaires sont une cause importante de morbidité chez les femmes, ce qui correspond bien à leur forte prévalence dans la population féminine. Bien que des pathologies maternelles comme les hémorragies, les septicémies et des dystocies ne figurent pas dans le Tableau 1.2, elles constituent toutes ensemble l'une des principales causes de morbidité dans le monde et sont à mettre en parallèle avec la forte mortalité et la proportion élevée d'invalidités maternelles qui subsistent dans beaucoup de pays en développement.

La section suivante récapitule les tendances du risque de décès prématuré chez les adultes exprimé par la probabilité de décès entre 15 et 60 ans – c'est-à-dire la proportion de personnes âgées de 15 ans qui vont décéder avant leur soixantième anniversaire – et examine la structure des causes de décès dans l'ensemble du monde chez les 15-59 ans. On passe ensuite à l'étude de l'état de santé des personnes âgées de 60 ans et plus.

Tableau 1.2 Principales causes de charge morbide (AVCI) chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, dans l'ensemble du monde, 2002

	Hommes	% d'AVCI		Femmes	% d'AVCI
1	VIH/SIDA	7,4	1	Troubles dépressifs unipolaires	8,4
2	Cardiopathies ischémiques	6,8	2	VIH/SIDA	7,2
3	Accidents vasculaires cérébraux	5,0	3	Cardiopathies ischémiques	5,3
4	Troubles dépressifs unipolaires	4,8	4	Accidents vasculaires cérébraux	5,2
5	Traumatismes dus à des accidents de la circulation	4,3	5	Cataracte	3,1
6	Tuberculose	4,2	6	Déficit auditif à l'âge adulte	2,8
7	Affections dues à l'abus d'alcool	3,4	7	Pneumopathie chronique obstructive	2,7
8	Actes de violence	3,3	8	Tuberculose	2,6
9	Pneumopathie chronique obstructive	3,1	9	Arthrose	2,0
10	Déficit auditif à l'âge adulte	2,7	10	Diabète sucré	1,9

Le risque de mortalité prématurée et ses tendances dans le monde

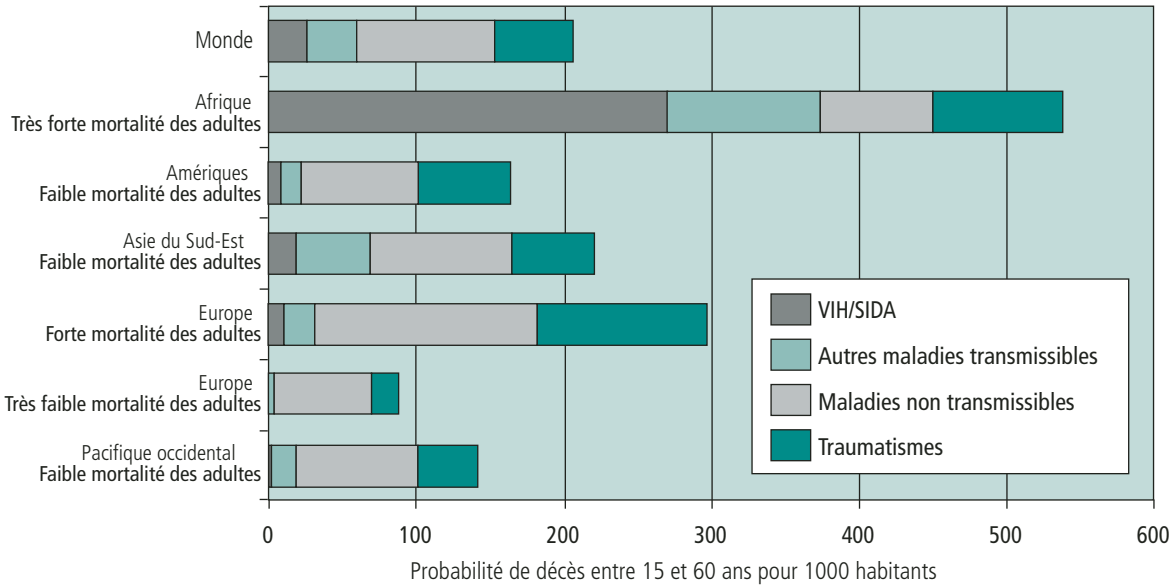
La probabilité de mort prématurée chez l'adulte varie fortement d'une région à l'autre, comme le montre la Figure 1.9. Ainsi, la probabilité de mort prématurée dans certaines zones de l'Afrique subsaharienne est beaucoup plus élevée – près de quatre fois plus – que dans les pays à faible mortalité de la Région du Pacifique occidental. Des variations importantes sont également constatées dans les régions développées. Les hommes de certains pays d'Europe de l'Est ont trois à quatre fois plus de chances de décéder prématurément que ceux des autres régions développées. De plus, la mortalité des adultes de sexe masculin est beaucoup plus élevée en Europe de l'Est que dans les pays en développement des Amériques, de l'Asie et de la Région de la Méditerranée orientale. Dans toutes les régions, la mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine et la disparité du risque de mortalité entre les deux sexes est beaucoup plus importante que celle qui s'observe chez les enfants. Les variations dans la proportion de femmes qui décèdent prématurément sont beaucoup moins marquées.

Tendances de la mortalité chez les adultes: la tranche d'âge 15-59 ans

L'état de santé des adultes s'est considérablement amélioré partout dans le monde au cours des cinq dernières décennies. Le risque de décès entre 15 et 60 ans a sensiblement reculé, passant en moyenne mondiale de 354 pour 1000 en 1955 à 207 pour 1000 en 2002. Le ralentissement de ce recul que l'on observe depuis peu montre à l'évidence qu'il ne sera pas facile de continuer à faire baisser la mortalité des adultes, notamment dans les pays en développement.

Le rythme et l'ampleur de la tendance baissière que connaît la mortalité prématurée des adultes varient sensiblement selon le sexe et la région (voir Figure 1.10). Ce ralentissement général résulte principalement d'un infléchissement des tendances de la mortalité des adultes dans quelques régions. De tous les signes qui indiquent une détérioration de l'état de santé des adultes, le plus préoccupant est le retournement de tendance observé dans la mortalité des

Figure 1.9 Probabilité de décès des adultes de 15 à 60 ans par cause dans un certain nombre de sous-régions épidémiologiques, 2002

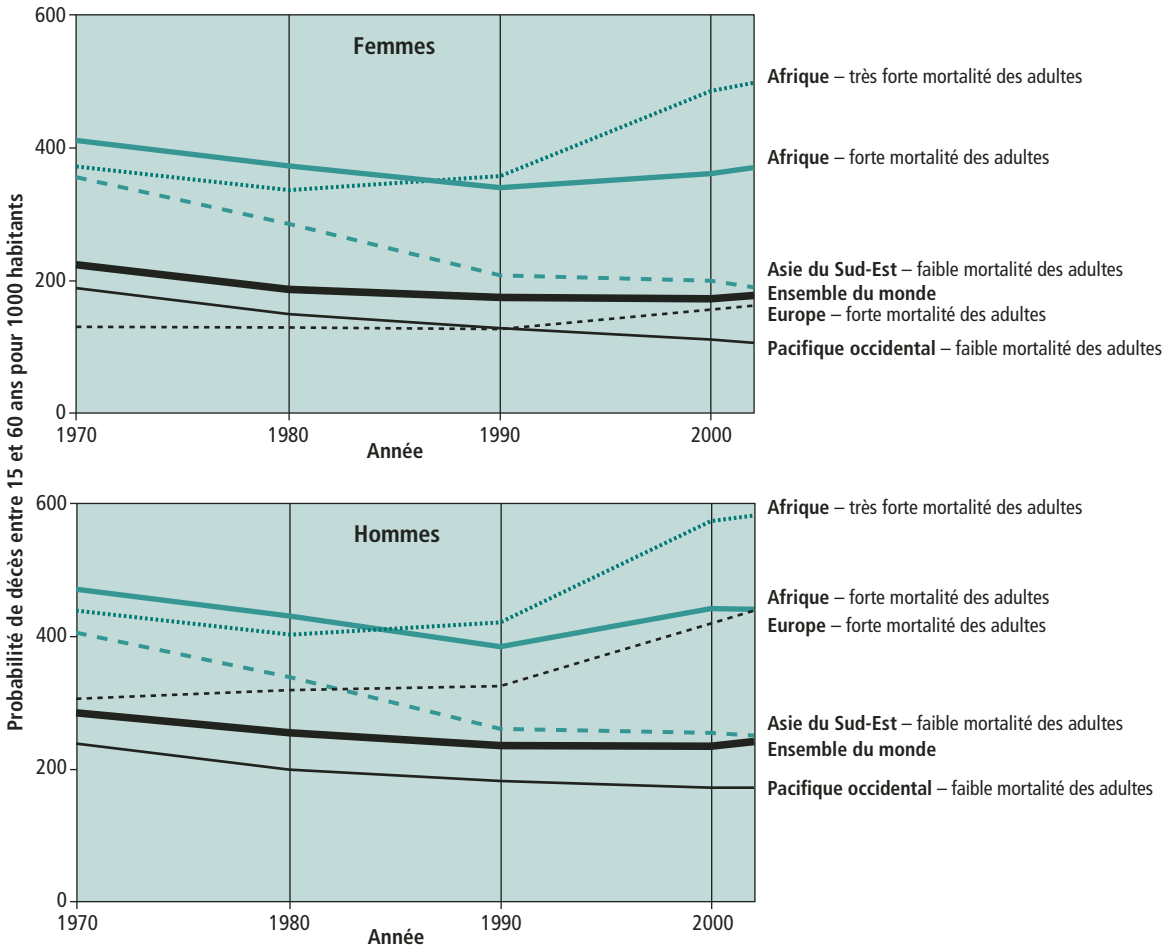


Des explications sur les sous-régions sont données dans la liste des Etats Membres.

adultes en Afrique qui, alors qu'elle reculait régulièrement depuis 1990, est maintenant en augmentation rapide. Ce retournement de tendance a été si marqué dans certaines zones de l'Afrique subsaharienne que le taux actuel de mortalité des adultes est plus élevé aujourd'hui qu'il y a une trentaine d'années. Au Zimbabwe, la remontée des notifications de décès concernant des adultes a été sensiblement plus forte en 1991-1995 qu'en 1986-1990. Chez les grands enfants et les adultes âgés, la mortalité n'a guère changé *(9)*. En l'absence d'infection à VIH/SIDA, l'espérance de vie à la naissance dans la Région de l'Afrique aurait gagné près de 6,1 années en 2002. La réduction de l'espérance de vie à la naissance varie sensiblement dans l'ensemble de la Région. C'est au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe qu'elle est la plus marquée, l'infection à VIH/SIDA ayant réduit de plus de 20 ans l'espérance de vie des hommes et des femmes de ces pays.

La fragilité de la situation sanitaire des adultes face à l'instabilité sociale, économique et politique transparaît également en dehors de l'Afrique. Dans certains pays d'Europe de l'Est, la mortalité des hommes a notablement augmenté et elle rattrape maintenant celle qui s'observe chez les adultes de quelques pays d'Afrique. Il s'ensuit que, dans l'ensemble de la Région

Figure 1.10 Tendances de la mortalité des adultes par sexe dans un certain nombre de sous-régions épidémiologiques, 1970-2002



Des explications sur les sous-régions sont données dans la liste des Etats Membres.

Tableau 1.3 Principales causes de mortalité et de charge de morbidité (AVCI) chez les adultes dans l'ensemble du monde, 2002

Mortalité – adultes de 15 à 59 ans

Rang	Cause	Décès (en milliers)
1	VIH/SIDA	2279
2	Cardiopathies ischémiques	1332
3	Tuberculose	1036
4	Traumatismes dus à des accidents de la circulation	814
5	Accidents vasculaires cérébraux	783
6	Lésions auto-infligées	672
7	Actes de violence	473
8	Cirrhose du foie	382
9	Infections respiratoires basses	352
10	Pneumopathie chronique obstructive	343

Mortalité – adultes de 60 ans et plus

Rang	Cause	Décès (en milliers)
1	Cardiopathies ischémiques	5823
2	Accidents vasculaires cérébraux	4689
3	Pneumopathie chronique obstructive	2399
4	Infections respiratoires basses	1396
5	Cancer de la trachée, des bronches ou du poumon	928
6	Diabète sucré	754
7	Cardiopathie hypertensive	735
8	Cancer de l'estomac	605
9	Tuberculose	495
10	Cancers du colon ou du rectum	477

Charge de morbidité – adultes de 15 à 59 ans

Rang	Cause	AVCI (en milliers)
1	VIH/SIDA	68 661
2	Troubles dépressifs unipolaires	57 843
3	Tuberculose	28 380
4	Traumatismes dus à des accidents de la circulation	27 264
5	Cardiopathies ischémiques	26 155
6	Affections dues à l'abus d'alcool	19 567
7	Déficit auditif de l'adulte	19 486
8	Actes de violence	18 962
9	Accidents vasculaires cérébraux	18 749
10	Lésions auto-infligées	18 522

Charge de morbidité – adultes de 60 ans et plus

Rang	Cause	AVCI (en milliers)
1	Cardiopathies ischémiques	31 481
2	Accidents vasculaires cérébraux	29 595
3	Pneumopathie chronique obstructive	14 380
4	Maladie d'Alzheimer et autres types de démence	8 569
5	Cataracte	7 384
6	Infections respiratoires basses	6 597
7	Déficit auditif de l'adulte	6 548
8	Cancer de la trachée , des bronches ou du poumon	5 952
9	Diabète sucré	5 882
10	Troubles de l'acuité visuelle liés au vieillissement	4 766

européenne, le risque moyen de mortalité des adultes de sexe masculin âgés de 15 à 60 ans est égal à 230 pour 1000, ce qui correspond au taux observé en 1980. Cette constatation contraste avec la tendance invariablement baissière observée dans la population féminine de cette Région, avec un risque qui est passé de 130 pour 1000 en 1970 à 98 pour 1000 en 2002. La Figure 1.8 fait ressortir le fait que la probabilité de décès par suite d'un traumatisme chez les adultes de 15 à 59 ans dans les pays à forte mortalité d'Europe de l'Est est près de six fois plus élevée que dans les pays voisins d'Europe occidentale.

Mortalité des adultes: le fossé se creuse

Le recul continuel de la mortalité des adultes dans les régions à faible mortalité générale, s'ajoutant au retournement de tendance qui s'est produit dans les zones à mortalité élevée, a accentué les disparités au niveau mondial touchant à la mortalité de cette tranche d'âge. Chez les adultes de 15 à 60 ans, l'écart entre les régions de risque maximal et de risque minimal a atteint 340 pour 1000 en 2002. Les taux régionaux de mortalité masquent des écarts considérables entre les pays qui n'incitent guère à l'optimisme. Ainsi en 2002 à Djibouti, dans la Région de la Méditerranée orientale, le risque de mortalité des adultes âgés de 15 à 60 ans était sept fois plus élevé que pour les femmes du Koweït. Globalement, l'écart entre les pays du monde où le risque est maximal et ceux où il est minimal est pratiquement égal à un facteur 12 (voir le Tableau 1 de l'annexe).

L'infection à VIH/SIDA: la plus grave menace pour la santé

Le Tableau 1.3 donne les principales causes de décès ainsi que le nombre d'AVCI perdues en 2002 chez les adultes dans l'ensemble du monde. Si, au niveau mondial, la charge de morbi-

dité due aux maladies infectieuses est en diminution dans la population adulte, l'infection à VIH/SIDA n'en est pas moins devenue la principale cause de mortalité et la composante la plus importante de la charge de morbidité chez les adultes de 15-59 ans (voir chapitre 3).

En 2002, près de 80 % des 3 millions de décès imputables à l'infection à VIH/SIDA dans l'ensemble du monde sont survenus en Afrique subsaharienne. Comme on l'a indiqué plus haut, l'infection à VIH/SIDA est la première cause de mortalité dans cette région. Elle provoque plus de 6000 décès par jour et la moitié des décès survenant chez les 15-59 ans lui sont imputables. Cette affection a provoqué un retournement de tendance dans la mortalité des adultes de la région et l'espérance de vie qui progressait jusqu'ici ne cesse maintenant de décliner depuis 1990.

Mortalité et morbidité des adultes âgés

Dans les pays en développement, 42 % des décès d'adultes surviennent chez des personnes de plus de 60 ans, contre 78 % dans les pays développés. Dans l'ensemble du monde, une personne âgée de 60 ans a 55 % de chances de mourir avant son quatre-vingtième anniversaire. Le risque de décès varie moins d'une région à l'autre et va de 40 % dans les pays développés d'Europe occidentale à 60 % dans la plupart des régions en développement et à 70 % en Afrique. Les données historiques de pays comme l'Australie ou la Suède montrent que l'espérance de vie à 60 ans a lentement évolué au cours des six ou sept premières décennies du XXe siècle mais, qu'aux alentours de 1970, elle s'est mise à augmenter sensiblement. Au Japon, l'espérance de vie à 60 ans atteint désormais 25 ans. Depuis 1990, la mortalité recule également chez les personnes âgées dans certains pays d'Europe de l'Est comme la Hongrie et la Pologne mais, dans d'autres, comme la Fédération de Russie par exemple, ce n'est pas le cas et la tendance est même à l'augmentation. Les principales causes de mortalité et de morbidité chez les personnes âgées n'ont guère changé depuis une dizaine d'années.

Encadré 1.3 Vieillissement de la population

Une révolution démographique est en cours dans le monde entier. Il y a aujourd'hui sur la planète 600 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. Ce total va doubler d'ici 2025 pour atteindre 2 milliards en 2050 et la vaste majorité de ces personnes se trouveront dans le monde en développement. Une telle accélération du vieillissement de la population mondiale va imposer à tous les pays des contraintes économiques et sociales.

Si les conséquences du vieillissement de la population dans les domaines de la santé et de la garantie des revenus sont déjà au centre des discussions des décideurs et des planificateurs dans les pays développés, on n'a pas encore pleinement appréhendé la rapidité et l'impact de ce phénomène dans les régions économiquement moins avancées. D'ici 2025, la population des personnes âgées dans des pays tels que le Brésil, la Chine et la Thaïlande dépassera 15 % total tandis qu'en Colombie, en Indonésie et au Kenya, les chiffres absolus pourront quadrupler au cours des 25 prochaines années, soit une augmentation jusqu'à 8 fois supérieure à celles enregistrées dans les sociétés déjà âgées d'Europe occidentale où le vieillissement de la population s'est étalé sur une bien plus longue période *(11)*.

Cette évolution est due à deux facteurs: la diminution de la proportion des enfants résultant d'un abaissement des taux de fécondité dans la population générale et l'augmentation de la proportion des adultes âgés de 60 ans et plus à mesure que les taux de mortalité s'abaissent. Cette transition démographique va poser un certain nombre de graves problèmes aux planificateurs des politiques sanitaires et sociales. A mesure que la population vieillit, la charge des maladies non transmissibles augmente. Toutefois, l'exemple des pays développés montre que l'on peut réduire la prévalence des maladies chroniques et les taux d'incapacité chez les personnes âgées grâce à une promotion sanitaire appropriée et à des stratégies de prévention des maladies non transmissibles bien conçues. Il est très préoccupant de constater que la prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques augmente dans les pays en développement. En ne saisissant pas les occasions qui s'offrent de combattre ou de prendre en charge les maladies non transmissibles liées à l'âge, les systèmes de santé vont provoquer une augmentation de l'incidence, de la prévalence et des complications de ces maladies et devoir ainsi leur consacrer des ressources dont ils ont le plus grand besoin pour d'autres priorités, telles que la santé maternelle et infantile.

L'amélioration des systèmes de santé et de leur réactivité au vieillissement des populations se justifie sur le plan économique. En effet, à mesure que la proportion des personnes âgées à charge augmente dans la plupart des pays du monde, la contribution économique des personnes âgées et leur capacité de production vont revêtir une importance croissante. Aider des gens à rester en bonne santé et leur assurer une bonne qualité de vie au cours de la vieillesse, tel est l'un des principaux défis que doit relever le secteur de la santé dans les pays tant développés qu'en développement *(12)*.

La charge croissante des maladies non transmissibles

La charge de morbidité due aux maladies non transmissibles est en augmentation et représente près de la moitié de la charge mondiale de morbidité générale (tous âges confondus), soit une progression de 10 % par rapport au niveau estimatif de 1990. Alors que la proportion de la charge de morbidité imputable aux maladies non transmissibles se maintient à plus de 80 % chez les adultes de 15 ans et plus des pays développés, elle dépasse déjà 70 % dans les pays à revenu moyen. Il est étonnant de constater que près de la moitié de la charge de morbidité dans les populations adultes des régions à forte mortalité est désormais attribuable aux maladies non transmissibles. Dans beaucoup de pays en développement, la progression de l'épidémie de maladies non transmissibles s'accélère sous l'effet du vieillissement de la population (voir Encadré 1.3) et des changements survenus dans la distribution des facteurs de risque *(10)*.

Les affections cardio-vasculaires représentent 13 % de la charge de morbidité qui pèse sur les adultes de plus de 15 ans. Chez les personnes âgées (plus de 60 ans), ce sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux qui pèsent le plus lourd dans la charge de morbidité et qui constituent les deux principales causes de mortalité. Dans les pays développés, ces deux pathologies sont responsables de 36 % des décès, le taux de décès étant plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'augmentation de la mortalité d'origine cardio-vasculaire dans les pays d'Europe de l'Est est compensée par un recul ininterrompu dans beaucoup d'autres pays développés. Les régions en développement connaissent au contraire une progression rapide de la mortalité et de la charge morbide imputables aux maladies cardio-vasculaires (voir chapitre 6).

Sur les 7,1 millions de décès imputables au cancer qui, selon les estimations, sont survenus en 2002, 17 % peuvent être attribués au seul cancer du poumon, et pour les trois quarts chez des sujets de sexe masculin *(13)*. On estime que 1,2 million de malades sont décédés d'un cancer du poumon en 2000, soit une augmentation de près de 30 % par rapport à 1990, c'est-à-dire en l'espace d'une décennie marquée par l'apparition d'une épidémie de tabagisme dans les pays à revenu faible à moyen.

Encadré 1.4 La charge des troubles mentaux

Les troubles mentaux et neurologiques ainsi que les toxicomanies sont responsables d'une lourde charge de morbidité et d'incapacité, soit 13 % du total des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et 33 % du total des années vécues avec une incapacité (AVI). Ces chiffres froids recouvrent une somme considérable de souffrances humaines: plus de 150 millions de personnes font une dépression à un moment donné et près d'un million se suicident chaque année; en outre, 25 millions environ souffrent de schizophrénie, 38 millions d'épilepsie et plus de 90 millions de troubles dus à l'abus d'alcool ou à l'usage de drogues.

Une large proportion de ces personnes ne reçoivent aucun soin de santé adapté à leur état, d'abord, parce que dans la plupart des pays, l'infrastructure et les services de santé mentale ne sont absolument pas en mesure de faire face à l'accroissement des besoins *(14)* et, ensuite, parce qu'un climat de stigmatisation et de discrimination dissuade ceux qui voudraient se faire soigner. Aucune politique de santé mentale n'est en place dans 40 % des pays et 25 % de ceux qui en sont dotés ne lui allouent aucun budget. Lorsqu'il existe, ce budget est très réduit: 36 % des pays consacrent aux soins de santé mentale moins de 1 % du total des ressources disponibles pour la santé. Alors que les services à assise communautaire sont considérés comme les plus efficaces, 65 % de tous les lits psychiatriques se trouvent encore dans des hôpitaux spécialisés, ce qui a pour effet de grever les maigres budgets de ces établissements qui se contentent le plus souvent d'assurer un gardiennage dans un environnement contraire aux droits les plus élémentaires de la personne humaine.

Or, il existe des interventions rentables en santé mentale. De récentes recherches montrent clairement que des affections telles que la dépression, la schizophrénie, les problèmes d'alcool et l'épilepsie peuvent être traitées dans le cadre des soins de santé primaires. Un tel traitement est tout à fait à la portée des pays, même à faibles revenus, et il réduira nettement la charge globale de ces affections. Les interventions reposent sur des médicaments peu coûteux que l'on trouve couramment et qui, pour la plupart, ne sont plus protégés par un brevet, ainsi que sur une formation de base des professionnels de la santé *(15)*.

L'impact de la santé mentale sur les systèmes de santé revêt aussi d'autres formes. Une forte proportion de gens atteints de maladies physiques chroniques comme le diabète, l'hypertension, les tumeurs malignes et le VIH/SIDA souffrent en même temps d'une dépression qui influe considérablement sur l'observance des schémas thérapeutiques. Les comportements et les modes de vie sont aussi responsables de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles *(10)*. Certes, ces liens sont bien reconnus mais la plupart des pays n'utilisent pas convenablement l'information dont ils disposent pour améliorer l'efficacité de leur système de soins de santé.

Le cancer de l'estomac qui, il y a peu, était la première cause de mortalité par cancer dans le monde, a reculé partout où les tendances peuvent être estimées de manière suffisamment fiable et il est maintenant à l'origine de 850 000 décès par an, ce qui représente les deux tiers de la mortalité attribuable au cancer du poumon. Le cancer du foie ainsi que le cancer colorectal viennent respectivement au troisième et au quatrième rang. Plus de la moitié de tous les décès dus au cancer du foie se produisent dans la Région du Pacifique occidental. Chez la femme, c'est le cancer du sein qui entraîne le plus de décès. Au cours de la dernière décennie, le taux de survie après un cancer du sein s'est amélioré, mais les chances de survie sont subordonnées à des facteurs tels que la couverture médicale et l'accès à la prévention secondaire. Au niveau mondial, les maladies psychiatriques représentent 19 % de la charge de morbidité chez les adultes (voir Encadré 1.4), cette morbidité consistant essentiellement en affections n'engageant pas le pronostic vital.

Les traumatismes: une épidémie occulte chez les jeunes

Les traumatismes, qu'il soient intentionnels ou accidentels, touchent principalement les jeunes adultes avec souvent pour séquelles des invalidités graves. En 2002, les traumatismes ont représenté 14 % de la charge de morbidité dans l'ensemble du monde. Dans certaines régions des Amériques, de l'Europe de l'Est et de la Région de la Méditerranée orientale, la charge de morbidité chez les adultes de sexe masculin âgés de 15 à 44 ans est attribuable aux traumatismes à hauteur de plus de 30 %.

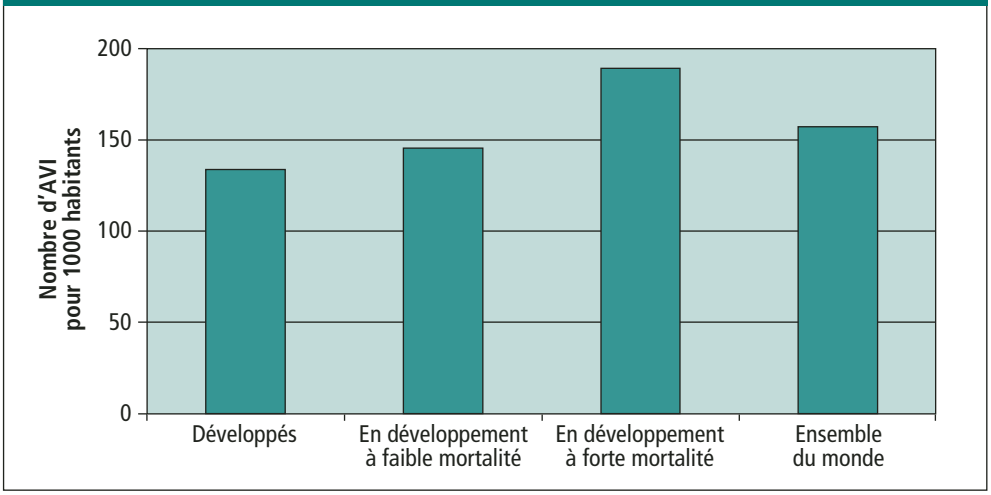
Chez les personnes de sexe masculin, les traumatismes dus aux accidents de la circulation, les actes de violence et les lésions auto-infligées figurent parmi les 10 principales causes de morbidité dans la tranche d'âge 15-44 ans. Au niveau mondial, les traumatismes dus aux accidents de la circulation viennent au troisième rang des causes de morbidité chez les personnes des deux sexes appartenant à cette tranche d'âge, juste derrière l'infection à VIH/SIDA et les troubles dépressifs unipolaires. Les accidents de la circulation pèsent de plus en plus lourd, notamment dans les pays en développement de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud-Est, et touchent surtout les hommes (voir chapitre 6).

Les lésions volontaires, qui comprennent les lésions auto-infligées, les suicides ainsi que les actes de violence et de guerre, prennent une part de plus en plus importante dans la charge de morbidité, notamment chez les jeunes adultes économiquement productifs. Dans les pays développés, les lésions volontaires sont, pour la plupart, imputables à des suicides ou tentatives de suicide alors que, dans les pays en développement, ce sont les actes de violence ou de guerre qui représentent l'essentiel de ces lésions. Chez les hommes des pays de l'ancienne Union soviétique et autres pays à forte mortalité de l'Europe de l'Est, les taux de mortalité et d'incapacité par traumatismes sont similaires à ceux que l'on observe en Afrique subsaharienne.

Issues sanitaires non mortelles

La charge globale des pathologies invalidantes non mortelles est imputable à un nombre relativement limité de causes. Dans toutes les régions, les troubles neuropsychiatriques – dépressions, pour l'essentiel – sont les causes les plus importantes d'incapacité et représentent plus de 35 % des années de vies en bonne santé perdues chez les adultes (âgés de 15 ans et plus). La charge d'incapacité que représentent ces pathologies est à peu près la même pour l'un et l'autre sexe, toutefois les causes principales en sont différentes. La charge de morbidité imputable aux dépressions est moitié plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et les femmes sont également plus touchées par les troubles anxieux (névroses d'angoisse), les migraines et la démence sénile. En revanche, la charge de morbidité due à l'abus d'alcool et à l'usage de drogues est près de six fois plus importante chez les hommes que chez les femmes

Figure 1.11 Nombre d'années vécues avec une incapacité (AVI) corrigé de la structure d'âge dans les pays développés et en développement, 2002



et entre pour 25 % dans la charge due à l'ensemble des affections neuropsychatriques chez les sujets de sexe masculin.

Dans les régions en développement à forte mortalité, ce sont les troubles de l'acuité visuelle, les déficits auditifs et l'infection à VIH/SIDA qui sont à l'origine du plus grand nombre d'années vécues avec une incapacité. Dans les régions développées et les régions en développement à faible mortalité, les troubles de l'acuité visuelle, les déficits auditifs, la pneumopathie chronique obstructive et les autres maladies non transmissibles, notamment les accidents vasculaires cérébraux, sont à l'origine de la majeure partie des incapacités chez l'adulte.[1]

Curieusement, plus de 80 % des années vécues avec une incapacité (AVI) dans l'ensemble du monde le sont dans les pays en développement, et pour plus de la moitié d'entre elles dans ceux de ces pays où la mortalité est forte. Sur la Figure 1.11, on peut voir que le nombre d'AVI pour 1000 habitants (corrigé en fonction de la structure d'âge de la population mondiale en 2002) est plus important dans les régions en développement, ce qui est la marque d'une incidence plus élevée des pathologies invalidantes, lesquelles sont également plus graves. La prévalence des pathologies incapacitantes, comme la démence sénile et les affections musculosquelettiques, est plus forte dans les pays où l'espérance de vie est élevée, mais cet état de choses est compensé par un nombre moins important d'incapacités dues aux maladies cardio-vasculaires, aux affections respiratoires chroniques et aux séquelles à long terme des maladies infectieuses et des carences nutritionnelles. En d'autres termes, les habitants des pays en développement ont non seulement une espérance de vie plus faible (c'est-à-dire un risque plus élevé de décès prématuré) que les habitants des pays développés, ils passent aussi une partie plus longue de leur existence en mauvais état de santé.

L'espérance de vie en bonne santé varie selon les régions dans des proportions encore plus importantes que l'espérance de vie totale, puisqu'elle allait en 2002 de 41 ans en Afrique subsaharienne à 71,4 ans en Europe occidentale, la moyenne mondiale étant de 57,7 ans. Pour passer de l'espérance de vie totale à l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire le nombre équivalent d'années de vie « en parfaite santé », on prend en considération le nombre d'années de vie passées dans un état de santé laissant à désirer par suite de maladies ou de

[1] On peut trouver sur le site Internet de l'OMS le nombre d'années vécues avec une incapacité en 2002 par cause, groupe d'âge et sexe dans les six Régions de l'OMS et dans ses 14 sous-régions épidémiologiques (www.who.int/evidence/bod).

traumatismes. L'écart entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie en bonne santé représente le nombre d'années en bonne santé perdues par la population du fait d'un état de santé qui laisse à désirer. Cette différence va de 9 % dans la Région européenne et la Région du Pacifique occidental à 15 % en Afrique. On trouvera au Tableau 4 de l'annexe l'estimation de l'espérance de vie pour tous les Etats Membres de l'OMS en 2002.

Ce chapitre nous ramène à une réalité, à savoir que, partout dans le monde, ce sont les enfants qui représentent le groupe social le plus vulnérable. Malgré des progrès remarquables, beaucoup reste à faire sans plus attendre pour éviter les décès d'enfants lorsque ceux-ci peuvent être prévenus. Les succès remportés à cet égard dans nombre de pays pauvres de toutes régions montrent à l'évidence que l'on peut faire beaucoup avec des ressources limitées. Ce qui est dramatique, en revanche, c'est que bien d'autres pays, notamment en Afrique, ont reperdu le terrain gagné au cours des dernières décennies. S'agissant de la mortalité, le fossé entre riches et pauvres continue de se creuser avec 7 % des enfants dans le monde, et 35 % en Afrique, dont le risque de décès est plus élevé aujourd'hui qu'il y a dix ans.

Au cours des cinq dernières années, l'état de santé s'est considérablement amélioré dans l'ensemble du monde. Toutefois, les chiffres moyens masquent des disparités entre les populations. A cet égard, le retournement de tendance causé à partir des années 90 dans la mortalité de la population adulte par l'infection à VIH/SIDA en Afrique subsaharienne et par certaines maladies non transmissibles – comme les affections cardio-vasculaires et les pathologies liées à l'abus d'alcool – ou les traumatismes dans quelques régions d'Europe de l'Est est particulièrement préoccupant.

Les tendances démographiques et la transition sanitaire, de même que les changements survenus dans la distribution des facteurs de risque, ont eu un effet accélérateur sur l'épidémie de maladies non transmissibles observée dans beaucoup de pays en développement. Des maladies infectieuses, comme l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose, ont de graves conséquences économiques tant dans le monde développé que dans le monde en développement. La plupart des pays se trouvent donc confrontés à la double charge que constituent maladies transmissibles et maladies non transmissibles. En outre et contrairement à ce que l'on s'imagine couramment, les incapacités ont tendance à être plus fréquentes dans les régions en développement, la charge de morbidité étant souvent plutôt le lot de sous-groupes très vulnérables. La communauté sanitaire mondiale se trouve désormais en présence, chez les adultes, d'une morbidité de nature plus complexe et plus diverse que ce que l'on prévoyait. On estime que 47 % des décès prématurés et 39 % de la charge totale de morbidité résultent de 20 grands facteurs de risque prédisposant aux maladies et aux traumatismes au cours de l'enfance et de l'âge adulte: si ces facteurs étaient éliminés, l'espérance de vie en bonne santé augmenterait de 9,3 ans, allant de 4,4 ans dans les pays industrialisés de la Région du Pacifique occidental à 16,1 ans dans certaines zones de l'Afrique subsaharienne *(16)*.

Dans les pays développés, l'espérance de vie des personnes âgées a connu des progrès sans précédent dans l'histoire, au-delà même des prévisions les plus optimistes pour l'ensemble de la population. Du fait de cette progression, la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles prend de plus en plus de place, et l'un des principaux objectifs de la politique sanitaire mondiale va être de faire en sorte que l'allongement de la vie s'accompagne d'un meilleur état de santé et d'un recul des incapacités.

Dans ce chapitre ont été exposés, avec leurs tendances profondes, un grand nombre d'aspects de la vie et de la mort à travers le monde. Une grande partie de cette étude entre tout à fait dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, et on expliquera au chapitre suivant pourquoi il est si important, mais aussi tellement difficile, de progresser vers ces objectifs.

Bibliographie

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, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 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. Lee, JW. Child survival: a global health challenge. *Lancet*, 2003, 362:262.
3. Mswia R et al. et l'Équipe AMMP. Dar es Salaam demographic surveillance system. *In:* The INDEPTH Network. *Population and health in developing countries. Vol. 1: Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa (Canada), Centre de Recherches pour le Développement international, 2002:143–150.
4. Mswia R et al. et l'Équipe AMMP. Hai demographic surveillance system. *In:* The INDEPTH Network. *Population and health in developing countries. Vol. 1: Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa (Canada), Centre de Recherches pour le Développement international, 2002:151–158.
5. Mswia R et al. et l'Équipe AMMP. Morogoro demographic surveillance system. *In:* The INDEPTH Network. *Population and health in developing countries. Vol. 1: Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa (Canada), Centre de Recherches pour le Développement international, 2002:167–172.
6. Wang L. Determinants of child mortality in LDCs: empirical findings from demographic and health surveys. *Health Policy*, 2003, 65:277–299.
7. Lock K et al. What targets for international development policies are appropriate for improving health in Russia? *Health Policy and Planning*, 2002, 17:257–263.
8. Stein CE et al. The global burden of measles in the year 2000 – a model using country specific indicators. *Journal of Infectious Disease*, 2003, 187(S1):8–14.
9. Gregson S et al. Recent upturn in mortality in rural Zimbabwe: evidence for an early demographic impact of HIV-1 infection? *AIDS*, 1997, 11:1269–1280.
10. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002.
11. *World population prospects – the 2002 revision.* New York, N.Y., Nations Unis, Division de la Population, 2002.
12. *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8).
13. Shibuya K et al. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: II. Results for the Global Burden of Disease 2000. *BMC Cancer*, 2002, 2:37.
14. *Atlas: country profiles on mental health resources 2001*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/NMH/MSD/MDP/01.3).
15. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
16. Ezzati M et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.

Chapitre deux

Objectifs du Millénaire pour la santé: les voies de l'avenir

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) placent la santé au cœur du développement et reflètent l'engagement des gouvernements du monde entier à faire encore davantage pour réduire la pauvreté et la faim et pour lutter contre la mauvaise santé, les disparités entre les sexes, le manque d'instruction, le défaut d'accès à une eau potable et la dégradation de l'environnement. Trois des huit objectifs sont directement en rapport avec la santé; tous les autres ont sur elle d'importants effets indirects. Le présent chapitre retrace les origines des OMD et décrit les efforts qui ont été faits jusqu'ici pour les atteindre. Il prévient que si tant les pays riches que les pays en développement ne renforcent pas sensiblement leurs engagements, ces objectifs ne seront pas atteints à l'échelle mondiale.

2
Objectifs du Millénaire pour la santé: les voies de l'avenir

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000 par les Nations Unies donnent l'occasion d'entreprendre une action concertée pour améliorer la santé dans le monde. Ils placent la santé au cœur du développement et scellent un nouveau pacte mondial par lequel pays développés et pays en développement s'engagent réciproquement à s'acquitter d'obligations clairement définies.

Saisir cette occasion offerte par les OMD ne sera pas facile. Les pays riches ont jusqu'ici failli aux obligations qui leur incombent au terme du pacte, à savoir mettre en œuvre une politique commerciale internationale plus équitable, accroître l'aide publique au développement, accorder des allègements de la dette et accélérer les transferts de technologie. En dépit de certains progrès, nombre de pays en développement ne sont pas actuellement en voie de réaliser leurs OMD en rapport avec la santé. Sans un renforcement considérable des engagements des pays tant développés qu'en développement, les OMD ne seront pas atteints sur le plan mondial et les résultats obtenus dans certains des pays les plus pauvres demeureront très en dessous de ce que l'on escomptait. L'OMS et ses partenaires sanitaires internationaux doivent intensifier leur coopération avec les Etats Membres pour accélérer la progression vers les OMD et veiller à ce que les plus démunis en tirent profit.

Engagements internationaux au Sommet du Millénaire

En septembre 2000, les représentants de 189 pays comprenant 147 chefs d'Etat se sont réunis à l'occasion du Sommet du Millénaire à New York pour adopter la Déclaration du Millénaire *(1)*. Cette Déclaration énonce les principes et les valeurs qui devraient sous-tendre les relations internationales au XXIe siècle et dégage sept domaines dans lesquels les dirigeants nationaux devraient prendre une série d'engagements particuliers: paix, sécurité et désarmement; développement et élimination de la pauvreté; protection de notre environnement commun; droits de l'homme, démocratie et bonne gouvernance; protection des groupes vulnérables; mesures visant à répondre aux besoins particuliers de l'Afrique; enfin, renforcement de l'Organisation des Nations Unies.

La feuille de route *(2)* préparée à l'issue du Sommet énonce les objectifs et les cibles devant être atteints d'ici 2015 dans chacun de ces sept domaines. Les objectifs de la section III – développement et élimination de la pauvreté – sont maintenant largement désignés sous le nom d'objectifs du Millénaire pour le développement. Ils représentent l'engagement des gouvernements du monde entier à faire davantage pour réduire la pauvreté et la faim et pour lutter contre la mauvaise santé, les inégalités entre les sexes, le manque d'instruction, le dé-

faut d'accès à une eau potable et la dégradation de l'environnement. Ils indiquent aussi leur volonté de réduire la dette, d'augmenter les transferts de technologie et de mettre en place des partenariats pour le développement.

Un pacte pour mettre fin à la pauvreté

L'idée de faire des OMD un pacte liant à la fois les pays riches et pauvres a été approfondie au début de 2002, lors de la Conférence internationale sur le financement du développement qui s'est tenue à Monterrey (Mexique). Le Consensus de Monterrey qui en est résulté *(3)* réaffirme l'importance des OMD et fournit un cadre pour l'instauration des partenariats qui vont être nécessaires à leur réalisation. Quelques mois plus tard, en septembre 2002, le Sommet mondial pour le développement durable, qui s'est tenu à Johannesburg (Afrique du Sud), a franchi une autre étape en reconnaissant que la réduction de la pauvreté et la réalisation des OMD sont essentielles pour mener à bien le programme général de développement durable *(4)*. Tant le *Rapport sur le développement dans le monde, 2003* que le *Rapport sur le développement humain, 2003* développent encore cette notion de pacte pour étayer les politiques.

Les OMD résument quelques-uns des engagements clés pris à l'occasion des principales conférences des Nations Unies dans les années 90. Ils prolongent également les cibles du développement international préparées en 1996 par l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) *(5)*. Toutefois, c'est le caractère bilatéral de ce pacte qui rend les OMD différents des engagements précédents. Alors que les pays en développement s'engagent à atteindre les objectifs 1 à 7, l'objectif 8 concerne les pays développés et les mesures qu'ils peuvent prendre pour créer un environnement plus favorable dans les domaines du commerce, de l'aide au développement, de la dette, des médicaments essentiels et des transferts de technologie. Si l'on ne progresse pas dans la voie de l'objectif 8, il est peu probable que les pays les plus pauvres seront en mesure de faire face aux contraintes structurelles qui les condamnent à la pauvreté ou de consentir les investissements nécessaires pour atteindre les autres objectifs.

Nouvelles conceptions de la pauvreté et du développement

Depuis le début des années 90, les conceptions de la pauvreté et du développement ont évolué en ce sens que l'on a cessé de mettre exclusivement l'accent sur le revenu pour parvenir à la notion plus complète du bien-être humain, reflétées par l'Indice du développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement et par les autres indices plurifactoriels qui remplacent le produit intérieur brut par habitant (PIB) pour mesurer le développement *(6)*.

Dans cette nouvelle conception, la pauvreté ne résulte pas seulement d'un faible revenu mais aussi de l'altération de toute une série de potentialités de l'être humain, notamment la santé. L'expression *pauvreté humaine* désigne la privation des moyens de réaliser ces potentialités (par exemple les moyens physiques d'accéder aux soins de santé) et des facteurs de « conversion » de base qui facilitent cette réalisation (par exemple les moyens sociaux d'accéder aux soins de santé) *(7)*. Le *développement humain* désigne des processus qui élargissent l'éventail des options offertes aux gens pour réaliser leurs potentialités (par exemple la liberté de choisir un mode de vie sain) *(8)*.

Interaction de la santé et du développement

Cette notion plus complexe de la pauvreté et du développement tient compte de processus interactifs indispensables à la dynamique sociale de l'amélioration de la santé. C'est ainsi que les potentialités économiques influent sur la santé, car un faible revenu limite l'accès aux

soins ainsi que les occasions de promouvoir la santé. Inversement, une mauvaise santé limite la capacité de gain et contribue à la pauvreté.

La relation de cause à effet bilatérale entre le développement économique et la santé a été mise en évidence par la Commission Macroéconomie et Santé pour souligner le rôle essentiel de la santé dans la croissance économique *(9)*. Cette place de la santé dans un modèle pluridimensionnel de développement humain durable est aussi l'un des messages clés des OMD.

Les améliorations de la situation sanitaire sont importantes en soi, mais une meilleure santé est aussi la condition *sine qua non* et un élément essentiel de la croissance économique et de la cohésion sociale. Inversement, l'amélioration de l'accès à la technologie sanitaire est un bon indicateur du succès d'autres processus de développement. Toutes ces relations apparaissent clairement dans les OMD. Ainsi, 3 des 8 objectifs, 8 des 18 cibles fixées pour les atteindre et 18 des 48 indicateurs des progrès sont en rapport avec la santé (voir Tableau 2.1).

Les OMD sont apparentés et interdépendants. Dans de nombreux pays, il sera impossible d'atteindre la réduction de 50 % de la pauvreté monétaire (objectif 1, cible 1) sans prendre de mesures pour améliorer la santé de la population. De même, l'élimination des disparités entre les sexes (objectif 3) et l'augmentation des taux de scolarisation dans le primaire (objectif 2) sont essentielles à l'amélioration des issues sanitaires. La santé de la population ne peut plus être considérée séparément de la gestion des ressources naturelles et de la préservation de l'environnement (objectif 7). Il faut donc ne pas considérer isolément les OMD en rapport avec la santé ni en faire des programmes distincts, mais y voir le résultat ou l'issue souhaités d'un programme de développement dont plusieurs éléments sont corrélés.

L'un des objectifs les plus ambitieux, à savoir la réduction des deux tiers de la mortalité juvéno-infantile (objectif 4, cible 5), nécessite des interventions techniques axées sur les principales causes des décès d'enfants, comme la malnutrition, les infections et les maladies parasitaires, dont l'efficacité suppose l'existence d'un réseau de structures médico-sanitaires publiques et privées et dépend d'un financement adéquat. Leur effet sera renforcé par des mesures comme celles qui visent à garantir une meilleure sécurité alimentaire ainsi que l'accès à l'éducation, aux médicaments essentiels et à une eau potable et par une meilleure gestion des dépenses publiques. La capacité des gouvernements à financer ces efforts sera influencée à la fois par l'environnement politique et commercial national et international et, dans certains pays, par la disponibilité d'une aide financière extérieure. Les OMD sont donc un moyen d'évaluer et de suivre les progrès du développement sur un certain nombre de fronts critiques. Ils indiquent schématiquement les *fins* ou résultats auxquels les gouvernements se sont engagés à parvenir plutôt que les *moyens* recommandés à cet effet.

Progrès et perspectives

En dépit du consensus politique et des engagements pris par les pays du monde entier, les OMD ne seront pas atteints si les progrès se poursuivent au rythme actuel.

Le *Rapport sur le développement humain, 2003* note que « si les progrès se poursuivent dans le monde au même rythme qu'au cours des années 90, seuls les objectifs consistant à réduire de moitié la pauvreté ainsi que la proportion de la population n'ayant pas accès à une eau potable ont des chances raisonnables d'être atteints, grâce essentiellement à la Chine et à l'Inde. L'Afrique subsaharienne n'atteindra pas l'objectif de la réduction de la pauvreté avant l'an 2147, et celui de la réduction de la mortalité juvéno-infantile avant 2165 et, en ce qui concerne le VIH/SIDA et la faim, la situation tend à empirer dans cette région ». Il est quelques domaines où un certain optimisme est justifié mais les perspectives générales, notamment en Afrique subsaharienne, sont peu encourageantes. Même dans les pays qui progressent globalement, les différences d'état de santé entre riches et pauvres peuvent empirer (voir Encadré 2.1).

Tableau 2.1 Objectifs, cibles et indicateurs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé

Objectif: 1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

Cible: 2. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Indicateurs: 4. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique[a]

Objectif: 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible: 5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateurs: 13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

14. Taux de mortalité infantile

15. Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole

Objectif: 5. Améliorer la santé maternelle

Cible: 6. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateurs: 16. Taux de mortalité maternelle

17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Objectif: 6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible: 7. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateurs: 18. Taux de prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans[b]

19. Taux d'utilisation du préservatif par rapport au taux d'utilisation de la contraception

20. Nombre d'enfants orphelins du VIH/SIDA

Cible: 8. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateurs: 21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liés à cette maladie

22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme

23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liés à cette maladie

24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe

Objectif: 7. Assurer un environnement durable

Cible: 9. Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

Indicateur: 29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides

Cible: 10. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre

Indicateur: 30. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure (zones urbaines et rurales)

Cible: 11. Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

Indicateur: 31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement

Objectif: 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Cible: 17. En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Indicateur: 46. Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments essentiels d'un coût abordable

[a] Indicateur en rapport avec la santé communiqué uniquement par la FAO.

[b] Indicateurs de la liste des OMD reformulés par l'OMS et la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

On reconnaît généralement que **réduire le taux de mortalité juvéno-infantile** des deux tiers d'ici 2015 est, de tous les objectifs en rapport avec la santé, celui qui reste le plus éloigné. La mortalité juvéno-infantile est l'indicateur de développement le plus complexe, car on considère qu'il englobe des facteurs systémiques ainsi que socio-économiques et culturels (voir Encadré 2.2). Globalement, les Caraïbes, l'Asie centrale, l'Europe, l'Amérique latine, quelques pays de la Région de la Méditerranée orientale et l'Afrique du Nord pourraient être plus ou moins dans la bonne voie, mais plusieurs pays de chacune de ces régions en sont encore éloignés. Quelques pays de la Région de l'Asie du Sud-Est sont à la traîne et l'Afrique subsaharienne, comme on l'a noté plus haut, a peu de chances d'atteindre cette cible avant la deuxième moitié du prochain siècle. Si les tendances actuelles se poursuivent, la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde va s'abaisser d'environ un quart au cours de la période 1990-2015, ce qui est très éloigné de la réduction des deux tiers fixée comme objectif. Cette absence de progrès peut être attribuée à la transmission mère-enfant du VIH dans certaines régions d'Afrique, mais, pour la plupart des pays, le problème est dû à des décennies de sous-investissement. La même observation vaut pour les efforts tendant à la fois à réduire la malnutrition et à obtenir une couverture complète des interventions destinées à réduire la mortalité due à la diarrhée, à la pneumonie, aux maladies évitables par la vaccination, au paludisme et à des causes périnatales.

Encadré 2.1 Progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement – cas de l'Ouganda

De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont des difficultés à progresser vers les OMD mais quelques membres de la Région africaine de l'OMS n'en ont pas moins obtenu des résultats spectaculaires *(10,11)*.

C'est ainsi que l'Ouganda a nettement réduit son taux de pauvreté dans les années 1990 et si les tendances actuelles se maintiennent, il parviendra à atteindre la cible fixée pour la réduction de la pauvreté. Cependant, il pourrait être nécessaire d'adopter dans ce pays des politiques économiques qui privilégient les populations pauvres afin de répartir plus équitablement les fruits de la croissance économique, notamment en zone rurale. En outre, la croissance elle-même doit être relancée par une diversification économique. Dans la lutte contre la propagation du VIH, les progrès de l'Ouganda ont été en fait plus rapides que nécessaires pour atteindre la cible des OMD (Figure A).

La réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a également bien progressé. Toutefois, il importe de décomposer les données correspondantes pour saisir l'impact des mesures sur les différents groupes socio-économiques. Comme l'indique la Figure B, le fossé entre riches et pauvres s'est élargi vers le milieu des années 1990. Alors que les riches ont progressé conformément aux OMD, les progrès des ménages pauvres ont été bien moindres. Etant donné que les pauvres représentent plus d'un tiers de la population de l'Ouganda, l'adoption d'une démarche partant de la base et privilégiant les besoins des quintiles inférieurs, permettrait d'atteindre les OMD concernant la mortalité des moins de 5 ans avant la date fixée.

Figure A Progrès actuels et prévus vers la cible des OMD pour la prévalence du VIH, Ouganda

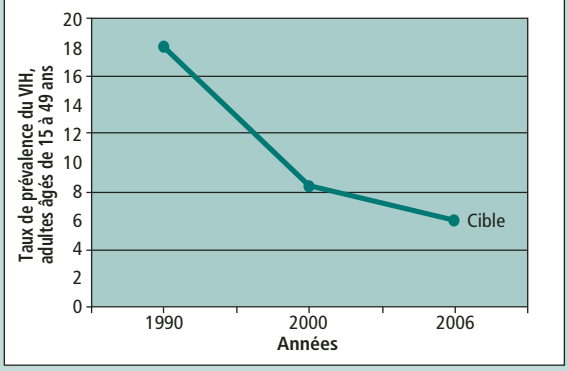
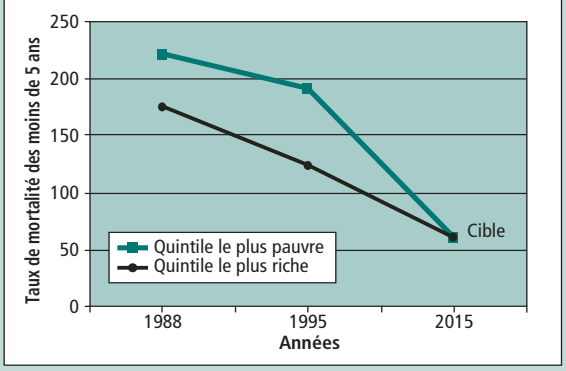


Figure B Riches et pauvres – inégalité des progrès vers les cibles des OMD pour la mortalité des moins de 5 ans, Ouganda



Encadré 2.2 Survie des enfants – de la connaissance à l'action

En dépit des progrès de ces dernières décennies, plus de dix millions d'enfants meurent encore chaque jour dans le monde. Le nombre d'enfants et d'adolescents décédés en 2002 équivaut à deux fois le total des décès d'adultes résultant à la fois du SIDA, de la tuberculose et du paludisme. Tous ces enfants, à l'exception d'1 % environ, sont morts dans des pays en développement et plus de la moitié ont succombé à la malnutrition, à la pneumonie, à la diarrhée, à la rougeole, au paludisme ou au VIH/SIDA. Il existe pourtant des interventions efficaces et peu coûteuses qui pourraient éviter au moins les deux tiers de ces décès. Certaines sont préventives comme, par exemple, l'allaitement maternel, les tissus imprégnés d'insecticide, l'alimentation de complément, la supplémentation en zinc et en vitamine A, l'amélioration des méthodes d'accouchement et la vaccination. D'autres relèvent du traitement comme la thérapie de réhydratation orale, les antibiotiques pour les états infectieux et la pneumonie, les antipaludiques et la réanimation des nouveau-nés. Le problème est de réserver ces interventions vitales aux enfants qui en ont le plus besoin.

Pour améliorer l'accès aux interventions efficaces, il va falloir accorder d'avantage d'attention à la santé des nouveau-nés et adopter dans les pays une approche intégrée et exhaustive de la santé juvéno-infantile.

Alors que la mortalité des enfants a nettement régressé au cours de ces dix dernières années, celle des nouveau-nés n'a guère évolué. Chaque année, près de quatre millions de nourrissons ne survivent pas à leur premier mois d'existence. La plupart des décès de nouveau-nés sont dus au mauvais état sanitaire et nutritionnel de la mère, à l'absence de soins – ou à leur mauvaise qualité – pendant la grossesse et l'accouchement, et à l'inadéquation des soins de base dispensés aux bébés sains et de la prise en charge des nourrissons malades. Il importe de prendre d'urgence des mesures pour améliorer la santé et la survie des nouveau-nés et de leur mère. Des services maternels de haute qualité, y compris des accouchements assistés par un personnel qualifié, peuvent sauver les nouveau-nés et leur mère et un allaitement au sein, au moins pendant les premiers mois, protège les vies des nouveau-nés. Une méta-analyse récente montre qu'au Brésil, au Pakistan et aux Philippines, des enfants non allaités au sein risquent 5,8 fois plus de mourir avant l'âge d'un mois que des enfants recevant un minimum de lait maternel *(12)*. Chaque naissance doit être assistée par un personnel qualifié, et il faut prendre en charge les affections des nouveau-nés, favoriser l'allaitement au sein exclusif et identifier les complications. Si son état l'exige, l'enfant sera envoyé en urgence à l'échelon supérieur.

Les programmes de santé juvéno-infantile ne doivent pas envisager les maladies isolément mais s'intéresser à l'ensemble de la santé et du bien-être de l'enfant. En tirant les leçons de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, l'OMS élabore, en collaboration avec ses partenaires, un schéma simple mais complet qui servira de guide aux pays pour la mise en œuvre et la généralisation d'interventions efficaces pour la santé de l'enfant. Ce schéma se divise en cinq parties:

- Une analyse de situation pour l'évaluation des variables propres à un pays ou un contexte donné comme la charge des maladies juvéno-infantiles, la situation socio-économique, l'infrastructure, la capacité du système de santé, les ressources disponibles, la stabilité politique et la prévisibilité des investissements.
- L'élaboration et la formulation d'une politique nationale concise de la santé juvéno-infantile comportant des orientations stratégiques axées sur des résultats.
- La détermination d'une série d'interventions de santé juvéno-infantile d'une rentabilité éprouvée.
- La généralisation des interventions par l'adoption de deux mesures: une amélioration de l'efficacité du système de santé pour lui permettre de desservir davantage d'enfants et une participation plus étroite des familles et des communautés à la prévention des maladies et au traitement des enfants malades.
- Un suivi permanent destiné à informer les décideurs au niveau opérationnel et à aider les pays et les partenaires à évaluer les progrès.

Le tableau de la mortalité maternelle présente un clivage similaire entre, d'une part, l'Asie méridionale et l'Afrique subsaharienne et, d'autre part, le reste du monde. Une femme risque cent fois plus de mourir en couches au cours de son existence dans les pays les plus pauvres du monde que dans les pays les plus riches. L'un des indicateurs de progrès, à savoir la proportion de naissances assistées par un personnel qualifié, n'augmente que lentement par rapport à un point de départ très bas dans certaines parties de la Région de l'Asie du Sud-Est, et stagne en Afrique subsaharienne. Seule une amélioration spectaculaire de la qualité et de la couverture des services de santé pourrait avoir une influence décisive sur la progression vers cet objectif (voir Encadré 2.3).

La pandémie mondiale de VIH/SIDA continue à empirer et plus de 70 % de l'ensemble des infections se produisent en Afrique subsaharienne. Environ 40 millions de personnes vivent maintenant avec le SIDA, plus de 5 millions d'infections nouvelles surviennent chaque année et, en 2002, près de 3 millions de personnes ont succombé à la maladie. Les progrès se mesurent actuellement (aux fins de l'objectif 6) à la réduction de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (laquelle, dans certaines villes d'Afrique, commence à s'abaisser), à la réduction du nombre d'orphelins du VIH/SIDA (qui devrait doubler d'ici 2010) et à l'augmentation de l'usage du préservatif dans le groupe des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Certains pays pourraient inverser la tendance actuelle à la propagation du SIDA d'ici

Encadré 2.3 Lutte contre la mortalité maternelle - rendre la grossesse plus sûre

Chaque année, pour plus de 30 millions de femmes, grossesse et accouchement sont synonymes de souffrances, de problèmes de santé ou de décès qui ne constituent nullement une fatalité. Plus d'un demi million de femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse, dont 99 % dans des pays en développement. Pourtant ces décès et ces invalidités pourraient être évités grâce à des services sanitaires de meilleure qualité et une bonne nutrition maternelle.

De toutes les statistiques sanitaires, ce sont celles qui concernent la mortalité maternelle qui font apparaître les plus grandes disparités entre pays en développement et pays développés. Le risque de décès maternel, calculé sur toute la durée de la vie, est de 1 sur 16 en Afrique sub-saharienne contre 1 sur 160 en Amérique latine et 1 sur 4000 en Europe occidentale. Dans les pays pauvres, la proportion de décès parmi les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) attribuables à des causes en rapport avec la grossesse peut atteindre 30 %, contre moins de 1 % en Australie, en Europe, au Japon, en Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord.

Tout décès maternel est une tragédie. Chaque année, des millions d'enfants perdent leur mère et on estime qu'ils sont un million à mourir des suites du décès de leur mère. Il est rare qu'un nourrisson qui survit à la mort de sa mère atteigne son premier anniversaire. Le risque de décès chez les enfants de moins de cinq ans est doublé lorsque la mère est morte en couches.

Les causes de forte morbidité maternelle et périnatale sont bien connues de même que les moyens de les prévenir et de les traiter mais les progrès sont encore lents dans beaucoup de pays. Toutefois, certains pays, y compris les pays très pauvres, sont parvenus à réduire la mortalité maternelle. Il est possible de réduire sensiblement la mortalité maternelle et la mortalité néonatale grâce à des interventions de santé maternelle à base factuelle qui soient fiables, économiques et réalisables, même en milieu défavorisé.

Dans le cadre de son Initiative pour une grossesse à moindres risques, l'OMS collabore avec les pays afin de leur permettre d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés en vue d'une maternité sans risque. L'idée de base de cette initiative consiste à augmenter la proportion de grossesses et d'accouchements au cours desquels les femmes sont assistées par un personnel sanitaire qualifié. Pour les responsables de la politique sanitaire au niveau national, les mesures les plus importantes en vue d'améliorer la santé maternelle sont les suivantes:

- Favoriser la réforme législative et la mobilisation communautaire afin de permettre aux femmes de bénéficier de soins appropriés pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.
- Elaborer et mettre en œuvre des plans en vue de former et de déployer des effectifs suffisants d'agents de santé dotés des fournitures et du matériel essentiels à leur travail et faire en sorte que ces agents soient affectés à des postes dans les communautés démunies ou rurales.
- Faire en sorte que toutes les femmes et leurs nouveau-nés puissent avoir accès à des soins de qualité dispensés par un personnel qualifié: soins prénatals, soins obstétricaux – notamment en cas d'urgence – soins pendant les suites de couches, soins aux nourrissons, prise en charge des complications de l'avortement et soins post-abortifs, services de planning familial, services et éducation en matière de santé génésique à l'attention des adolescents, et interruptions de grossesse effectuées dans de bonnes conditions de sécurité lorsqu'elles sont autorisées par la loi.
- Faire en sorte que la couverture et l'utilisation des services de santé maternelle fassent l'objet d'un suivi et que les résultats soient utilisés en vue de renforcer les activités futures et d'améliorer la qualité des soins.
- Renforcer les réseaux de recherche ainsi que la diffusion des résultats importants afin d'améliorer la planification et de faciliter la décision concernant les interventions essentielles.

2015 mais, là encore, un tel résultat n'est possible qu'au prix d'un accroissement sans précédent des efforts déployés dans les régions les plus touchées.

Des prévisions similaires font douter de la réalisation des autres cibles et indicateurs en rapport avec la santé et concernant la tuberculose et le paludisme, l'amélioration des sources d'alimentation en eau, l'amélioration de l'assainissement et la consommation de combustibles solides considérée comme un indicateur de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations. Des progrès limités ont été obtenus dans certains pays, mais des différences majeures s'observent à cet égard entre les Régions et les pays ainsi qu'à l'intérieur d'une même Région et d'un même pays. La fourniture de médicaments essentiels est très inégale: l'OMS estime que 15 % de la population mondiale consomme 91 % de la production mondiale de substances pharmaceutiques (en valeur). L'évolution globale dépend de la situation dans les pays les plus peuplés du monde, comme la Chine et l'Inde. Mais il faut surtout souligner que la réalisation des OMD en rapport avec la santé nécessite, d'ici à 2015, un engagement et des efforts très supérieurs à ceux qui ont été consentis depuis le début du compte à rebours en 1990.

La contrepartie du pacte: l'objectif 8

La plupart des discussions sur les OMD concernent les objectifs 1 à 7, mais une évaluation complète des progrès nécessite un examen des deux aspects du pacte. La définition des indi-

cateurs de l'objectif 8 a été malaisée et certains pays développés ont même été réticents à approuver les OMD du fait de l'inclusion de cet objectif. En outre, l'engagement des pays de l'OCDE à transférer vers les pays à bas revenu 0,7 % de leur PNB annuel au titre de l'aide au développement (depuis le début des années 70) n'a été respecté que par un très petit nombre. Le montant moyen de l'aide au développement consenti par les pays de l'OCDE, en pourcentage du PNB, est encore extrêmement faible.

Trois aspects du partenariat pour le développement sont considérés par la plupart des pays comme particulièrement importants et offrant une chance de progrès: le cycle de négociations commerciales de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) à Doha (Qatar) en 2001 (mais il faut aussi prendre en compte les délibérations de la conférence ministérielle tenue en septembre 2003 à Cancun, Mexique), le Consensus de Monterrey sur le financement du développement, et l'initiative pour l'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE). Leur importance est à la fois intrinsèque et symbolique: intrinsèque en raison de l'influence du commerce, de la dette et de l'aide au développement sur les économies nationales, et symbolique parce qu'il est nécessaire de créer un climat de confiance dans un débat entre pays développés et en développement qui se polarise de plus en plus sur les rôles et responsabilités en matière de développement.

Commerce

Cinq questions continuent à dominer les activités relatives au commerce et au développement: l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique; le commerce des services de santé; les tarifs douaniers et les subventions pour les produits agricoles et l'accès au marché des produits non agricoles; l'alignement des traitements spéciaux et différentiels sur les priorités du développement national; et, enfin, le renforcement du potentiel dans les pays les moins avancés. Les deux premières ont manifestement une incidence directe sur la santé, et les autres sont tout aussi importantes, compte tenu de leur impact sur les économies du monde en développement.

A la suite de la Déclaration de Doha de 2001 sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, les membres de l'OMC sont parvenus, en août 2003, à un consensus pour la mise en œuvre de la disposition concernant l'accès aux médicaments des pays ayant un potentiel de production pharmaceutique réduit ou insuffisant. Cet accord n'aura un plein effet que dans la mesure où il pourra être appliqué efficacement dans les pays.

Aide au développement

Sans une nette augmentation de l'aide au développement, il est peu probable que l'on puisse atteindre les OMD. Le chiffre global le plus couramment mentionné est une augmentation annuelle de US $50 milliards, soit approximativement le double du montant actuel *(3)*. La Commission Macroéconomie et Santé a estimé les besoins d'investissements, principalement dans le secteur de la santé, au titre de l'aide au développement à un total annuel de US $27 milliards, ce qui représente au moins un quadruplement des dépenses actuelles des donateurs destinées à la santé. Au regard de ces estimations, les contributions ont été généralement modestes, car seuls quelques pays donateurs ont sensiblement progressé vers la cible des 0,7 % du PNB. Contrastant toutefois avec cette tendance générale, les dépenses consacrées à la santé et à la lutte contre le SIDA ont augmenté. La mise en place progressive de mécanismes de financement novateurs, tels que le Millennium Challenge Account des Etats-Unis d'Amérique, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le mécanisme international de financement proposé par le Gouvernement du Royaume-Uni, est une autre évolution significative.

Dette

Plus de six ans après son lancement, il est manifeste que l'initiative pour résoudre les problèmes d'endettement des pays pauvres très endettés (PPTE) n'a donné que des résultats limités. En mars 2003, seuls 7 pays avaient atteint leur point d'achèvement leur permettant d'obtenir des créanciers officiels une réduction de 90 % de la valeur actuelle nette du service de leur dette. Dans certains pays visés par l'initiative, les gains modestes résultant de l'allègement de la dette ont été même compensés par une baisse du produit des exportations résultant de la détérioration des termes de l'échange. Tandis que l'on débat encore des avantages et des inconvénients des diverses méthodes d'allègement de la dette, il est évident qu'un endettement lourd et durable neutralise, dans une large mesure, l'aide au développement et constitue un obstacle majeur à l'accroissement du financement national du développement humain. En outre, sur 82 pays remplissant les conditions requises pour bénéficier du mécanisme de réduction de la pauvreté et de croissance, de l'initiative PPTE et du processus des documents sur la stratégie de réduction de la pauvreté, 7 seulement ont effectué l'ensemble des opérations nécessaires au cours des sept dernières années, ce qui risque de compromettre l'efficacité de l'initiative d'allègement de la dette pour une réduction rapide de la pauvreté.

En résumé, l'examen des progrès réalisés sur la voie de l'objectif 8, même en l'absence d'indicateurs fiables, révèle une situation semblable à celle qui s'observe pour les objectifs 1 à 7. Des efforts considérablement accrus s'imposent si l'on veut respecter les engagements mondiaux. Le suivi des questions relatives à l'objectif 8 et des progrès de sa réalisation doit être prioritaire.

Les objectifs du Millénaire pour le développement dans la pratique

S'il ne fait guère de doute que les OMD offrent une bonne occasion d'améliorer les issues sanitaires chez les pauvres, ils sont aussi le produit d'un processus politique et, de ce fait, un instrument imparfait. L'expérience pratique acquise dans la réalisation des OMD soulève plusieurs questions dont certaines portent sur des domaines où des améliorations devront être adoptées à l'avenir.

Appropriation des OMD

Il est important que les pays s'approprient les OMD. Ceux-ci ont l'avantage de donner aux gens les moyens de demander des comptes à leurs autorités, et c'est d'ailleurs leur raison d'être (c'est pourquoi des rapports aisément compréhensibles rédigés en langue locale sont un élément important de la stratégie des Nations Unies). On court cependant le risque que les OMD soient considérés, par certains pays en développement, comme intéressant surtout les bailleurs de fonds et perçus comme une nouvelle forme de conditionnalité dont la portée est trop restreinte pour couvrir les multiples facettes du développement. On peut craindre aussi que l'accent exclusif mis sur les OMD implique le rejet des objectifs des autres conférences des Nations Unies (voir plus bas la section sur la santé génésique). Il est primordial d'obtenir un véritable consensus politique sur ces questions en raison des inquiétudes qu'elles suscitent.

Cette approche est-elle suffisamment souple?

De nombreux pays estiment que les cibles devraient être mieux adaptées à leur niveau de développement et se demandent s'il est utile de faire des efforts pour atteindre un objectif qui a peu de chances d'être jamais réalisé. D'autres pays reconnaissent l'utilité des cibles mais

Encadré 2.4 Les objectifs du Millénaire pour le développement en Europe orientale

L'Europe orientale n'est pas normalement au cœur du débat sur le développement en général et sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en particulier, encore qu'un certain nombre de pays d'Europe orientale aient actuellement un revenu par habitant comparable à celui de pays en développement des Régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est. Le faible niveau actuel de développement économique d'aujourd'hui résulte en grande partie d'une chute considérable de la productivité au cours de la décennie qui a suivi la transition vers une économie de marché.

Un engagement national et international énergiques sont nécessaires pour que l'Europe orientale atteigne d'ici à 2015 l'objectif fixé pour la réduction de la pauvreté. Le résultat dépendra notamment du degré de réalisation des autres OMD et de la mesure dans laquelle les indicateurs choisis pour les autres objectifs correspondent aux priorités de l'Europe orientale. Certains signes portent à croire que cette dernière condition n'est pas remplie dans le cas des indicateurs sanitaires *(13)*.

Dans les pays en développement de l'Afrique subsaharienne et de la Région de l'Asie du Sud-Est, les principaux problèmes de santé sont en rapport avec la santé maternelle et infantile et les maladies infectieuses, alors que dans la plupart des pays d'Europe orientale, la mortalité des adultes est relativement élevée et ce sont les maladies non transmissibles qui représentent la plus lourde charge de morbidité. Dans le cas particulier de l'Europe orientale, l'utilisation d'indicateurs sanitaires additionnels (tels que l'espérance de vie) serait donc utile.

voudraient qu'elles soient plus ambitieuses ou d'une plus grande portée (on désigne parfois ces nouvelles cibles sous le nom de OMD-Plus). D'autres enfin considèrent qu'il n'y a pas lieu de se concentrer sur les maladies transmissibles dans de nombreuses régions du monde où les effets des maladies non transmissibles, des affections dues au tabac et des lésions sur la santé des populations pauvres augmentent rapidement (voir Encadré 2.4). Les objectifs, cibles et indicateurs actuels des OMD en rapport avec la santé ne reflètent que partiellement la rapide transition de la charge morbide dans les pays en développement. Il est de plus en plus nécessaire de définir un ensemble d'objectifs régionaux et mondiaux assortis d'un calendrier pour les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, les troubles neuropsychiatriques et les traumatismes.

Il est manifestement nécessaire de maintenir un équilibre entre le besoin de comparabilité entre les pays et la nécessité d'une pertinence (et d'une appropriation) des objectifs. Si l'on utilise des indicateurs normalisés, il n'y a aucune raison, en principe, pour que les pays ne puissent pas faire rapport sur leurs propres cibles ainsi que sur les cibles internationales; comme les OMD, des calendriers et des politiques pratiques pour les maladies non transmissibles obligeraient la communauté sanitaire internationale à les prendre en point de mire et à prendre des engagements à leur égard. L'OMS va encourager l'élaboration d'une série d'objectifs et de cibles sanitaires mondiaux plus ambitieuse et plus complète.

Dans quelle mesure les OMD sont-ils équitables?

La critique la plus sérieuse que l'on puisse formuler est que, contrairement à de nombreux autres OMD, les objectifs en rapport avec la santé sont exprimés en termes de moyennes nationales et non d'avantages pour les groupes pauvres et défavorisés. Des progrès notables dans les groupes non pauvres peuvent permettre d'atteindre les objectifs globaux moyennant quelques améliorations mineures de l'état de santé des plus pauvres *(14)*. Se posent alors les questions suivantes: comment une politique favorable aux pauvres permet-elle de progresser sur la voie des OMD? Quels avantages les groupes à faible revenu en tirent-ils par rapport aux groupes à haut revenu? Dans le contexte des OMD, des politiques générales différentes peuvent déboucher sur des distributions des avantages sanitaires à l'intérieur de la société qui diffèrent du tout au tout. C'est ainsi que des mesures prises dans les années 90 pour réduire la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans en Amérique latine ont entraîné dans divers pays des distributions très différentes des résultats obtenus entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche de la population. Les politiques du Guatemala, favorables aux pauvres, ont provoqué les plus grandes réductions de la mortalité juvéno-infantile dans les couches les plus pauvres de la population du pays. D'autres pays, cependant, ont constaté que la morta-

lité des moins de 5 ans, dans les familles les plus pauvres, empirait par rapport à cette même mortalité chez les plus riches, alors que les moyennes nationales globales s'amélioraient *(11)*. Dès lors, la possibilité de ventiler les données sanitaires sur la base de critères tels que le niveau de revenu devient essentielle pour éclairer les responsables de l'élaboration des politiques. Cette condition doit être prise en compte lors de la conception de systèmes d'informations sanitaires au niveau des pays.

Mesure des progrès

Alors que les OMD et les cibles ont été approuvés au cours du processus politique qui a conduit à l'élaboration de la Déclaration du Millénaire, les indicateurs qui les accompagnent ont été décidés après coup. Bien des gens jugent les indicateurs des cibles sanitaires peu satisfaisants. Certains mesurent plusieurs entités, d'autres ne sont pas décomposés en fonction de la population touchée par la maladie cible ou vulnérable à cette maladie, d'autres ne peuvent être collectés qu'au moyen d'opérations coûteuses, et d'autres enfin ont des numérateurs ou des dénominateurs mal définis. Une certaine amélioration a résulté de l'inclusion d'autres indicateurs, par exemple pour l'espérance de vie en bonne santé, qui complètent la mortalité par maladie, mais ces adjonctions ne figurent encore que sous la forme de notes de bas de page. On répugne à modifier le processus, du moins en attendant la révision complète qui doit avoir lieu en 2005.

Santé génésique

Les objectifs de développement international qui ont précédé les OMD se référaient expressément à des services de santé génésique basés sur les objectifs et cibles approuvés par la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire (Egypte) en 1994 *(15)*. Or, ceux-ci ne figurent pas parmi les OMD. Cette absence inquiète ceux, nombreux, qui craignent de perdre les avantages obtenus au Caire ainsi qu'au cours du suivi de cinq ans (CIPD+5). En fait, plusieurs aspects importants de la santé génésique figurent parmi les OMD, par exemple la santé maternelle, la santé juvéno-infantile (y compris la santé des nouveau-nés) et le VIH/SIDA. L'OMS prépare actuellement, en application d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé *(16)*, une stratégie pour l'accélération des progrès vers la réalisation des objectifs et cibles de développement international en rapport avec la santé génésique.

Renforcement des systèmes de santé

Les OMD ne mentionnent pas expressément le renforcement des systèmes de santé et cette lacune a été critiquée. Il est évident que de nombreux pays à bas ou moyen revenu ne parviendront pas à atteindre les cibles des OMD en rapport avec la santé, ni surtout à s'y maintenir, sans un renforcement notable de leurs systèmes de santé. Cependant, les objectifs portent sur des problèmes de santé fondamentaux qui se posent depuis longtemps dans les pays, et certains des indicateurs, par exemple ceux qui concernent la mortalité maternelle, peuvent servir de marqueurs indirects pour l'efficacité générale du système de santé. La notion d'OMD suppose une progression simultanée sur un large front. Il est évident que l'on a peu de chances de faire simultanément des progrès notables dans les domaines de la santé juvéno-infantile et maternelle, du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme et de l'accès à des médicaments appropriés sans investir convenablement dans les systèmes de santé.

Pour réaliser les OMD et autres objectifs sanitaires, il est essentiel de lancer une offensive concertée contre les problèmes des systèmes de santé à une échelle correspondant à l'ampleur de ces problèmes. Les principales questions à traiter sont examinées au chapitre 7.

Parallèlement, des questions transsectorielles qui ne sont pas directement en rapport avec la réforme des systèmes de santé ont une incidence sur les issues sanitaires. Il s'agit de l'eau et de l'assainissement, des transports et de la relation entre plusieurs des OMD et les droits de la personne humaine. Cette relation, notamment dans le cas des pauvres, a récemment retenu l'attention du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé *(17)*.

Les OMD et l'OMS

Définir la place des OMD à l'OMS

Les OMD revêtent une importance stratégique croissante pour de nombreuses organisations internationales. Aux gouvernements et aux organismes de développement, ils offrent un point de mire et un moyen leur permettant à la fois de réorienter leurs travaux et de définir des paramètres pour une meilleure transparence. L'OMS met particulièrement l'accent sur le soutien accordé aux pays et aux partenaires du développement pour les aider à atteindre les OMD en rapport avec la santé. Des progrès ont été réalisés, notamment en ce qui concerne l'accès aux médicaments essentiels dans certains pays de chacune des six Régions OMS (voir Encadré 2.5).

Toutefois, cette poursuite des OMD ne dispense nullement de s'intéresser à des sujets ou à des pays qui ne sont pas directement liés aux objectifs, et le travail relatif aux OMD ne se limite pas non plus aux activités de l'Organisation (comme la santé juvéno-infantile ou la lutte contre le VIH/SIDA) expressément mentionnées dans un ou plusieurs objectifs ou cibles. C'est pourquoi on peut considérer que la suite du présent rapport relève en grande partie des OMD dont l'acceptation englobe les résultats de mesures sanitaires très diverses. Mais, comme on l'a dit au sujet de l'élaboration des politiques: à vouloir trop y mettre, on risque de se retrouver avec une notion vide de sens.

Trois principes vont régir l'action de l'OMS à l'égard des OMD. Premièrement, elle va collaborer avec les pays pour les aider à concevoir et réaliser une série d'objectifs sanitaires plus complète adaptée à leurs situations particulières. Deuxièmement, elle va aider en priorité les pays à élaborer des objectifs et des plans permettant de veiller à ce que les groupes défavorisés tirent pleinement profit des progrès réalisés dans la voie des OMD en rapport avec la santé (par exemple en s'assurant que l'amélioration en pourcentage de la situation des personnes

Encadré 2.5 Assurance de la qualité des médicaments contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Avant 2001, les organismes d'achat du système des Nations Unies et les autres ne disposaient pas d'un système coordonné d'évaluation de la qualité pour les médicaments anti-VIH/SIDA. A mesure que s'intensifient les mesures prises pour améliorer l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA et que des médicaments génériques moins coûteux destinés aux pays à faibles revenus deviennent plus aisément disponibles, le volume des achats va augmenter et il devient nécessaire de mettre au point un processus permettant de garantir que ces médicaments sont d'une qualité acceptable *(18)*.

Un système pilote a été lancé en mars 2001 par l'OMS, en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies (UNICEF, FNUAP et ONUSIDA) en mars 2001 pour évaluer dans quelles mesures les médicaments anti-VIH/SIDA sont conformes aux normes internationales et peuvent par conséquent être achetés par les organismes des Nations Unies. Ce processus comporte les étapes suivantes:

- évaluation de l'information sur les produits communiquée par les fabricants;
- inspection des sites de fabrication;
- vérifications aléatoires ultérieures de la qualité des produits précédemment évalués.

Plus de 250 dossiers d'information sur des produits émanant de divers fabricants de médicaments nouveaux et de génériques ont été évalués: un nombre croissant est maintenant conforme aux normes imposées par l'OMS. Ces changements ressortent de la dernière édition de la liste de produits et fabricants présélectionnés publiée et régulièrement mise à jour sur le site Web de l'OMS (http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/pilotprocmain.shtml). La liste comprend maintenant 50 antirétroviraux (dont 22 génériques) dont 44 produits à un seul principe actif, 5 associations doubles et 1 association triple. On a également commencé à présélectionner des médicaments contre le paludisme et la tuberculose et cette opération progresse considérablement.

qui se trouvent en dessous du seuil de pauvreté du pays est au moins égale à l'amélioration en pourcentage de la moyenne nationale). Troisièmement, elle va fermement inciter, au niveau mondial, les pays développés à respecter leur part du contrat, notamment en prenant des mesures à l'égard des aspects de l'objectif 8 qui revêtent une importance fondamentale pour l'ensemble des OMD.

Concrètement, l'OMS s'acquitte de cette tâche comme suit:

- **Activités normatives et techniques**. L'OMS appuie les efforts déployés par les pays pour atteindre les OMD à l'aide d'un vaste ensemble d'activités normatives et techniques dans les domaines de la santé maternelle, de la santé juvéno-infantile, de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de l'accès aux médicaments, des systèmes de santé et de l'hygiène de l'environnement, ainsi que par des travaux portant sur des questions de développement en rapport avec la santé comme le commerce, la dette, l'aide au développement et les droits de la personne humaine. Si tous ces domaines sont importants, l'obligation de progresser plus rapidement dans celui de la santé juvéno-infantile et maternelle oblige à accorder une attention croissante aux objectifs le concernant.

- **Suivi des progrès et mesure des réalisations**. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec d'autres organismes du système des Nations Unies pour identifier les indicateurs associés à chacun des OMD et cibles en rapport avec la santé. Elle a aussi nettement progressé dans la mise au point de procédures de notification complémentaires et cohérentes. Le Programme des Nations Unies pour le Développement, la Division de la Population de l'ONU et la Banque mondiale font des bases de données de l'ONUSIDA, du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et de l'OMS leurs principales sources d'information sanitaire en rapport avec les objectifs. Les travaux de l'OMS sur la notification des OMD complètent d'autres activités visant à améliorer la qualité des données sanitaires en provenance des pays. Ils visent aussi à donner aux pays les moyens de collecter, analyser et surtout prendre en compte l'information recueillie. Pour améliorer la qualité des statistiques sanitaires, on a mis au point un cadre fondé sur cinq critères: validité, fiabilité, comparabilité entre populations, traçabilité des vérifications et avis des autorités nationales. Les sources, les modes de calcul et l'ensemble du processus d'élaboration de tous les chiffres publiés ont été rendus plus transparents et des pistes de vérification des données sont maintenant accessibles au public et peuvent faire l'objet d'une évaluation par les pairs.

  L'OMS présentera des rapports sur 17 des indicateurs des OMD en rapport avec la santé. Elle suit également des indicateurs sanitaires de base ainsi que des indicateurs concernant d'autres domaines de la santé publique pouvant expliquer les progrès (ou l'absence de progrès) d'un pays à l'égard d'objectifs particuliers. Parmi ceux-ci figurent la couverture vaccinale au moyen de nouveaux antigènes, la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles, l'efficacité des interventions dirigées contre ces maladies et l'appauvrissement des ménages résultant des dépenses de santé. L'OMS collabore avec des partenaires à la mise en place d'un réseau de métrologie sanitaire qui aidera à renforcer les systèmes d'information sanitaire et, ainsi, facilitera le suivi des indicateurs des OMD (voir le chapitre 7).

- **Renforcement de la collaboration technique**. Le soutien apporté dans ce domaine émanera de toutes les sections de l'OMS et sera détaillé dans des stratégies individuelles de coopération avec les pays. Le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays est l'une des toutes premières priorités pour les années à venir, et la collaboration avec les pays pour leur permettre d'atteindre les cibles des OMD constituera l'axe majeur des mesures prises par l'OMS pour faciliter la réalisation sur le terrain d'améliorations sanitaires mesurables.

Collaboration extérieure

L'OMS soutient activement la stratégie de base des Nations Unies pour la réalisation des OMD. Celle-ci a quatre composantes: le projet du Millénaire, le soutien opérationnel apporté au niveau des pays par les équipes de pays des Nations Unies, les rapports sur les objectifs du Millénaire et la Campagne du Millénaire.

Le Projet du Millénaire étudie et analyse les stratégies nécessaires pour atteindre les OMD. Pendant trois ans, ces 10 équipes spéciales examineront les priorités opérationnelles ainsi que les moyens institutionnels et le financement nécessaires pour atteindre les objectifs. Les travaux préliminaires du projet ont été utilisés pour la préparation du *Rapport sur le développement humain, 2003*. L'un des rôles clés du projet du Millénaire et de la Commission Macroéconomie et Santé consistera à préparer une série de messages clairs et à les communiquer à des politiciens qui risqueraient, sans cela, d'être mal informés des problèmes de développement. De récents échanges avec des administrateurs de projet, il ressort qu'une autre équipe spéciale devrait être créée pour étudier les problèmes posés par le développement des systèmes de santé.

Le soutien opérationnel pour la réalisation des OMD est assuré par les équipes de pays de l'Organisation des Nations Unies. Les OMD font maintenant partie intégrante des instruments – notamment le bilan commun de pays et le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement – utilisés par les organismes des Nations Unies pour planifier et programmer leurs activités. En outre, l'OMS contribue à la préparation des rapports nationaux sur les OMD et collaborera avec les autorités nationales à l'application des recommandations figurant dans ces rapports. Conçus pour le grand public et les médias locaux, les rapports décrivent les progrès réalisés et les obstacles rencontrés, et sont considérés comme un moyen d'accroître la responsabilisation des pouvoirs publics. Plus de 40 ont été publiés à ce jour.

La Campagne du Millénaire vise à accroître la sensibilisation du public aux OMD et l'engagement politique en leur faveur, tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Pour maintenir les OMD au premier plan des préoccupations politiques, on a proposé la création d'une instance de haut niveau sur les OMD en rapport avec la santé, la nutrition et la population qui assurera la coordination de toute une série d'activités contribuant à la réalisation des OMD. Celle-ci donnera aux hauts responsables des organismes donateurs et des gouvernements nationaux les moyens institutionnels de suivre les progrès réalisés à l'égard de toute une série d'OMD en rapport avec la santé (sans exercer elle-même une quelconque responsabilité en matière de surveillance). Elle aidera à tirer les leçons des expériences des pays et Régions en forgeant des liens et en provoquant des interactions, notamment entre les partenariats sanitaires mondiaux et les responsables des stratégies nationales de réduction de la pauvreté; puis elle dégagera des perspectives et fera des recommandations sur les mesures qui devront être prises par d'autres.

Accélération des progrès

Les OMD sont un engagement mondial à réduire la pauvreté et la faim ainsi qu'à lutter contre la mauvaise santé, les disparités entre les sexes, le défaut d'instruction, la difficulté d'accès à une eau potable et aux médicaments essentiels et la dégradation de l'environnement. Les améliorations de la santé sont importantes en soi comme objectifs de développement, mais on les considère aussi comme déterminantes pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté.

Les OMD diffèrent des précédentes séries d'objectifs de développement international. Premièrement, ils sont manifestement interdépendants et indissociables: on ne peut en atteindre

un sans chercher aussi à atteindre les autres. Deuxièmement, les cibles mentionnées sous les sept premiers objectifs ne représentent qu'une des faces d'un partenariat pour le développement. Les réalisations des pays en développement dépendent en effet des mesures de facilitation adoptées par le monde développé – dans les domaines du commerce, de l'aide au développement, de l'allègement de la dette et des transferts de technologie – pour remplir la deuxième partie du contrat. Ces actions sont incluses dans l'objectif 8.

Malgré le consensus et l'engagement politiques dont ils font l'objet, un grand nombre d'OMD ne seront pas atteints sans un accroissement considérable de la contribution de toutes les parties prenantes. A mi-chemin entre l'année de départ: 1990 et la date cible: 2015, le rythme actuel des progrès fait craindre qu'en Afrique subsaharienne, l'objectif de la réduction des deux tiers de la mortalité juvéno-infantile, par exemple, ne sera pas atteint pendant ce siècle, et *a fortiori* au cours des 12 prochaines années. En outre, même dans les pays qui font des progrès notables sur la voie des OMD, les résultats globaux peuvent être trompeurs. Il est de plus en plus évident que des progrès sensibles peuvent être enregistrés dans les groupes non pauvres alors que l'état de santé des plus pauvres s'est à peine amélioré. Les OMD sont un moyen, pour la population, de responsabiliser leurs autorités. Toutefois, un tel résultat n'est possible que si les objectifs sont considérés comme légitimes, et si tous les intéressés se les approprient. Les pays développés doivent remplir leur part du contrat en montrant que les OMD ne sont pas un mécanisme de contrôle imposé par les bailleurs de fonds mais le début d'une nouvelle collaboration internationale destinée à promouvoir plus équitablement les potentialités humaines essentielles.

Le présent chapitre et la suite du rapport montrent que l'on peut encore faire beaucoup pour accélérer les progrès. Il est possible d'intensifier la lutte contre la pandémie de SIDA, de réduire le risque de décès au cours de l'accouchement, d'assurer la survie des enfants et de renforcer l'infrastructure sanitaire requise pour progresser sur la voie des OMD et autres objectifs sanitaires.

Le chapitre 1 confirme que le VIH/SIDA est la principale cause de décès chez les jeunes adultes et montre la place importante de cette maladie dans les OMD. Le prochain chapitre décrit la manière dont le VIH/SIDA a transformé le monde, et en particulier l'Afrique subsaharienne, au cours des 20 dernières années, pourquoi il est maintenant considéré comme une urgence sanitaire mondiale et comment on peut le maîtriser.

Bibliographie

1. *Déclaration du Millénaire.* New York, N.Y., Nations Unies, 2000 (résolution 55/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies); http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm, consulté le 22 septembre 2003).
2. *Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire.* New York, N.Y., Nations Unies, 2002 (document A56/326 de l'Assemblée générale des Nations Unies).
3. *Rapport de la Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey (Mexique), 18-22 mars 2002.* New York, N.Y., Nations Unies, 2002.
4. *Rapport du Sommet mondial pour le développement durable, Johannesburg (Afrique du Sud), 26 août–4 septembre 2002*. New York, N.Y., Nations Unies, 2002.
5. Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques. *Le rôle de la coopération pour le développement à l'aube du XXIe siècle.* Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 1996.
6. *Rapport mondial sur le développement humain 1990*. New York, Oxford University Press pour le Programme des Nations Unies pour le Développement, 1990.
7. *What is human development?* New York, N.Y., Programme des Nations Unies pour le Développement (http://hdr.undp.org/hd/default.cfm, consulté le 23 septembre 2003).
8. Sen, A. *Development as freedom.* Oxford, Oxford University Press, 2001.
9. Commission Macroéconomie et Santé. *Macroéconomie et Santé: Investir Dans La Santé Pour le Développement Economique.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
10. Groupe des Nations Unies pour le Développement. *Financing the development goals: an analysis of Tanzania, Cameroon, Malawi, Uganda and Philippines. C*ompte rendu préparé par le Programme des Nations Unies pour le Développement, 2002 (http://www.undg.org, consulté le 24 septembre 2003).
11. Minujin A, Delamonica E. Mind the gap! Child mortality differentials by income group. *In*: Cornia GA. *Harnessing globalisation for children: a report to UNICEF*. Florence (Italie), Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 2002.
12. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451–455.
13. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Appropriate health related Millennium Development Goals for the Europe and Central Asia Region: impacts and policy implications.* Washington, D.C., Banque mondiale, (sous presse).
14. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2002 (HNP Discussion Paper).
15. *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (http://www.iisd.ca/linkages/cairof.html, consulté le 23 septembre 2003).
16. *Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (résolution WHA55.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/fwha5519.pdf, consulté le 23 septembre 2003).
17. *Droits économiques, sociaux et culturels: le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.* Genève, Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies, 2003 (document E/CN.4/2003/58).
18. Prequalification of HIV drugs: access to generic antiretrovirals. *WHO Drug Information,* 2003, 17:160–164.

Chapitre trois

Le VIH/SIDA:
un tueur auquel il faut faire face

Le VIH/SIDA est aujourd'hui une urgence sanitaire majeure à laquelle aucune région du monde n'échappe et qui apporte mort et souffrance à des millions de gens. Mais tout le monde n'a pas, loin de là, les mêmes possibilités d'accès à la prévention et au traitement. Dans ce chapitre sont examinés les moyens de réduire ces disparités et de combattre la maladie, même dans les pays les plus pauvres. Afin d'agir au niveau mondial contre la pandémie, il est proposé d'unir les efforts de l'OMS et de ses partenaires dans de nombreux secteurs en vue de mettre en œuvre une stratégie de choc qui associe efficacement la prévention et les soins.

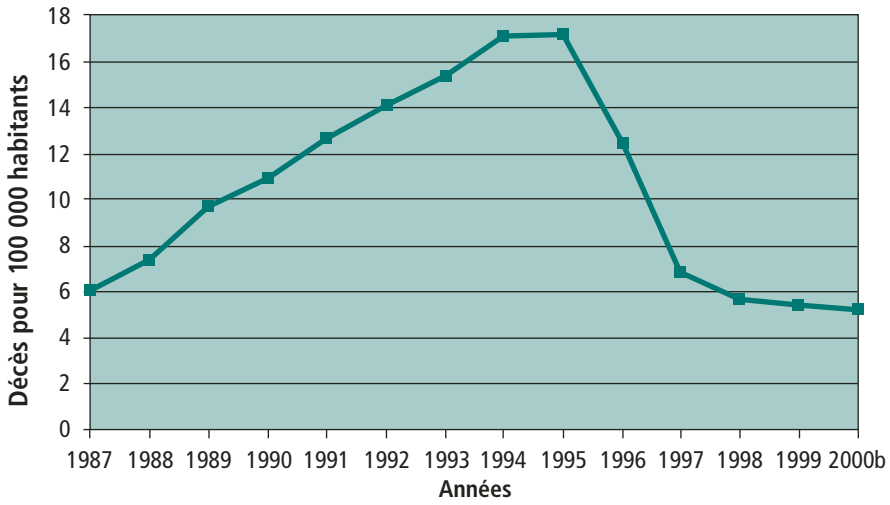
3
Le VIH/SIDA:
un tueur auquel il faut faire face

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) constitue la principale cause de décès par maladie infectieuse dans la population adulte de la planète. En l'absence de traitement, la maladie provoquée par le VIH (ou virus de l'immunodéficience humaine) a un taux de létalité de près de 100 %. Depuis la peste bubonique au XIVe siècle, aucun agent pathogène n'a eu des effets aussi dévastateurs. Le SIDA déchire les familles et cause d'indicibles souffrances dans les régions les plus affectées. Là où il sévit le plus, et notamment dans quelques-unes des régions les plus pauvres du monde, le VIH a réduit à néant le gain d'espérance de vie réalisé au cours des trois dernières décennies du XXe siècle. Au niveau mondial, le VIH/SIDA constitue une urgence sanitaire majeure.

L'infection à VIH attise également d'autres épidémies d'importance mondiale – notamment la tuberculose, qui est devenue une cause prépondérante de décès, non seulement parmi les porteurs du virus, mais aussi parmi les membres de leur famille et leurs proches séronégatifs. Cependant, le SIDA ne se présente pas partout de la même manière. L'accès aux mesures préventives et aux soins, dont dépend le sort des personnes infectées par le virus, varie dans une large proportion. Ceux qui, tout en vivant avec le VIH, sont en mesure de bénéficier des dernières avancées médicales peuvent espérer une vie normale à bien des égards: les chimiothérapies associant plusieurs antirétroviraux font du SIDA une maladie chronique et traitable qui ressemble davantage au diabète qu'aux autres viroses graves pour lesquelles il n'existe aucun traitement (voir Figure 3.1). En Australie, en Europe, au Japon et aux Etats-Unis, beaucoup de malades atteints d'un SIDA au stade avancé ont repris une vie normale. Dans les pays pauvres, en revanche, comme d'ailleurs chez les groupes démunis des sociétés prospères, l'infection à VIH est un arrêt de mort. Au cours de la décennie écoulée, les « disparités dans l'issue de la maladie » – le sort différent des riches et des pauvres – se sont fortement accentuées *(1)*.

Pourquoi n'est-on pas parvenu à endiguer le VIH/SIDA? Pourquoi les acquisitions de la médecine moderne, et en particulier les polythérapies antirétrovirales, ne bénéficient-elles pas à ceux qui en ont le plus besoin? Ces deux questions ont une seule et même réponse: le SIDA est une maladie qui fait beaucoup plus de ravages dans les milieux marqués par la pauvreté et les inégalités sociales, notamment entre les hommes et les femmes. Il n'est pas facile d'y faire face lorsque le système de santé est tellement affaibli qu'il ne peut plus remplir sa fonction, notamment auprès des minorités et des plus démunis. On voit donc que le VIH/SIDA pose d'urgents problèmes touchant aux droits de l'homme, et plus particulièrement au droit de recevoir des soins (voir Tableau 3.1).

Figure 3.1 Evolution des taux de décès par VIH corrigés de la structure d'âge, Etats-Unis d'Amérique, 1987-2000



[a] Sur la base de la population standard des Etats-Unis en l'an 2000.
[b] Données préliminaires sur la mortalité pour 2000.

Source: Centers for Disease Control and Prevention

Toutes ces raisons font que le VIH/SIDA est un véritable baromètre de l'état sanitaire actuel de la planète: face à la montée de l'incidence de la maladie et au nombre croissant de décès, l'heure n'est guère à l'optimisme. Il est indispensable que la communauté sanitaire mondiale, guidée par le souci d'assurer l'équité en matière de prévention et de soins, entreprenne une action audacieuse contre le VIH/SIDA.

Après avoir analysé les grandes tendances de l'épidémie d'infection à VIH et passé en revue les moyens de s'attaquer, sur la base de partenariats efficaces, tant à la pandémie qu'à ses causes profondes, ce chapitre examine les succès et les échecs de la lutte contre la maladie infectieuse la plus dévastatrice de la planète, puis il expose les buts à atteindre dans les prochaines années. Il s'agit, entre autres, d'atténuer les disparités dans l'issue du SIDA en permettant à 3 millions de personnes infectées dans le monde en développement d'avoir accès aux polythérapies antirétrovirales d'ici fin 2005, ce qui constitue l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 ». Dans tout cet exposé, il est entendu que les polythérapies antirétrovirales font partie des soins aux personnes atteintes d'infection à VIH/SIDA. Bien que la prévention et la prise en charge énergiques de l'infection à VIH constituent une mesure sanitaire complexe, elles sont néanmoins envisageables, même dans des situations où les ressources sont limitées, et correspondent précisément aux besoins.

L'épidémie de VIH/SIDA en quelques mots

Apparition d'une nouvelle maladie

La première description du SIDA remonte à 1981, année où de jeunes adultes jusqu'ici en bonne santé – principalement des citadins de sexe masculin habitant aux Etats-Unis – ont commencé à contracter des infections opportunistes encore jamais observées chez les sujets de cette tranche d'âge. Des infections similaires ont ensuite été décrites en Afrique, dans les Caraïbes et en Europe; la nature épidémique du SIDA n'a alors plus fait de doute. La plupart

de ces jeunes gens sont décédés, donnant lieu à toutes sortes d'hypothèses contradictoires, encore que l'existence d'un agent pathogène véhiculé par le sang ait été soupçonnée de bonne heure. En 1983, la découverte d'un nouvel agent infectieux par le Professeur Luc Montagnier et d'autres chercheurs a confirmé ces soupçons: il s'agissait d'un rétrovirus présentant un tropisme pour les cellules CD4 qui orchestrent l'immunité cellulaire et protègent l'organisme humain contre toutes sortes d'agents pathogènes viraux, mycobactériens et fongiques.

Tableau 3.1 Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les adultes des pays en développement, par Région OMS, décembre 2002

Régions OMS	Nombre de patients	Besoins estimatifs	Couverture
Région africaine	50 000	4 100 000	1%
Région des Amériques	196 000	370 000	53%
Région de la Méditerranée orientale	3 000	9 000	29%
Région européenne	7 000	80 000	9%
Région de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental	43 000	1 000 000	4%
Ensemble des Régions OMS	**300 000**	**5 500 000**	**5%**

Là où le contrôle des dons de sang était efficace, la transmission liée aux transfusions a pu être éliminée, mais le VIH ne s'est pas laissé facilement barrer la route. Si le préservatif masculin s'est montré capable de faire effectivement obstacle à la contamination par voie sexuelle, on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'à lui seul, il n'était pas suffisamment efficace dans des situations où la pauvreté et les inégalités entre hommes et femmes rendaient ces dernières particulièrement vulnérables à l'infection *(2)*. Les femmes, une fois contaminées, transmettaient à leur tour le virus aux enfants qu'elles portaient ou qu'elles allaitaient. L'utilisation de drogues par voie intraveineuse a contribué à introduire le virus dans des zones jusque-là indemnes de l'ancienne Union soviétique et ainsi que dans certaines régions d'Asie. La médiocre qualité des soins – notamment la réutilisation de seringues, aiguilles et autres accessoires médicaux – a également aidé la nouvelle épidémie à s'enraciner.

La situation actuelle

La communauté sanitaire internationale a-t-elle bien su faire face à cette nouvelle menace pour la santé dans le monde? Malgré des avancées scientifiques remarquables – élaboration de moyens de diagnostic peu coûteux vers le milieu des années 80, séquençage intégral du génome du VIH moins de 15 ans plus tard et mise au point d'une thérapie antirétrovirale efficace en 1995 – le virus a continué à se propager (voir Figure 3.2). On estime qu'au cours de l'année 2002, quelque 5 millions de personnes ont contracté l'infection et que près de 3 millions sont mortes du SIDA.

Partout dans le monde, le VIH se transmet selon un nombre assez limité de mécanismes. C'est un rétrovirus présent dans le sang dont la transmission s'effectue par contact sexuel, transfusion de sang contaminé, utilisation de drogues par voie intraveineuse, non-observation de ce que l'on appelle maintenant dans les milieux médicaux les « précautions universelles » ou encore de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

La charge de morbidité la plus lourde est supportée par le continent africain où la propagation de la pandémie s'accélère sous l'influence de divers facteurs, notamment une pauvreté générale, les inégalités entre hommes et femmes et le fléchissement des systèmes de santé sous le poids de contraintes comme la forte dette extérieure des Etats. Plus de 70 % des personnes actuellement infectées par le VIH vivent en Afrique. La majeure partie des décès imputables au SIDA, soit 28 millions pour l'ensemble du monde fin 2002, se sont produits sur ce continent *(3)*. Dans certains pays africains, l'infection à VIH attise des épidémies de tuberculose, exposant au risque toute la population, quel que soit son statut sérologique. En Afri-

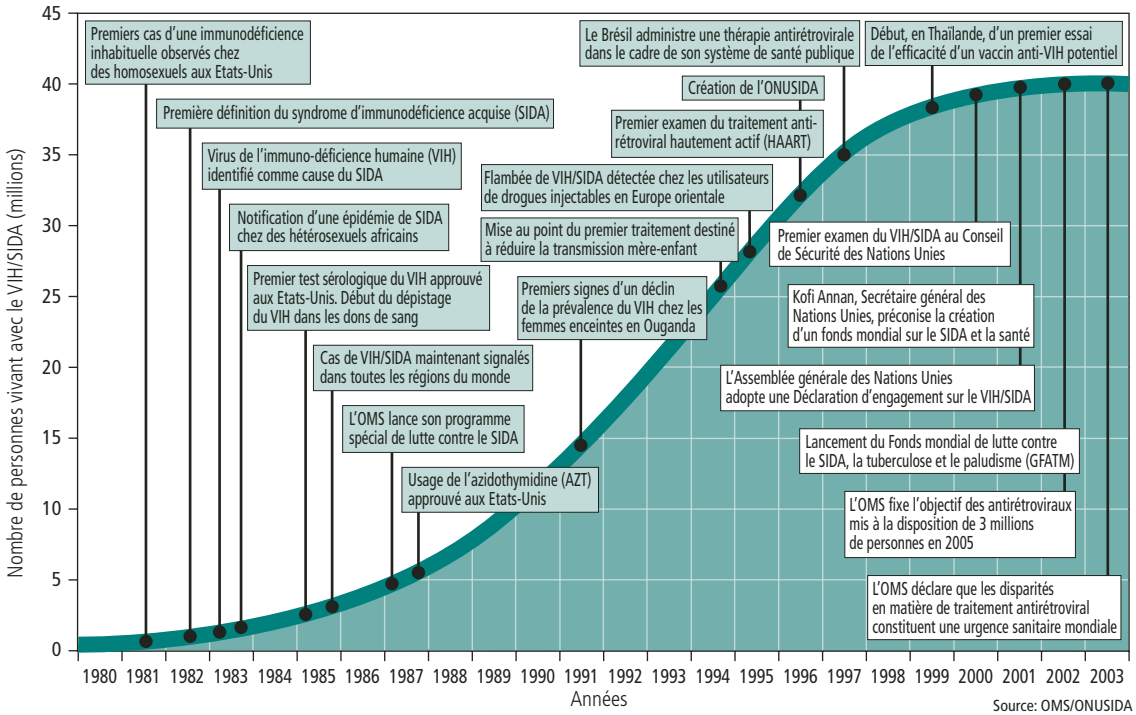
que subsaharienne, la proportion de cas de tuberculose a plus que triplé et nombreux sont ceux qui estiment que la maladie ne pourra être maîtrisée qu'au prix d'un traitement énergique des malades du SIDA *(4)*.

On continue à débattre de l'importance relative des différents modes de transmission du VIH en Afrique subsaharienne, mais les données disponibles montrent en tout cas que dans cette région, le virus se transmet principalement par voie sexuelle *(5)*. Néanmoins, il est vraisemblable que, sur le continent africain, bien des décès consécutifs au SIDA s'expliquent par les difficultés rencontrées pour faire respecter les précautions universelles dans des établissements de soins surchargés qui manquent de moyens *(6)*. Dans de nombreuses régions, la sécurité des transfusions sanguines n'est toujours pas assurée, ce qui souligne une fois de plus l'importance du contrôle des dons de sang pour l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le VIH s'est propagé avec une telle ampleur et à une telle vitesse que, dans beaucoup de pays africains, les progrès de l'espérance de vie ont été réduits à néant (voir chapitre 1). Mais le pire est encore à venir. Les régions pauvres d'Asie, et en particulier les zones à fort peuplement de l'Asie du Sud-Est, sont les dernières à avoir été touchées par l'épidémie naissante d'infection à VIH/SIDA. Au cours des deux dernières décennies, le nombre de cas s'est accru de façon alarmante; la charge de morbidité et de mortalité va prendre des proportions colossales dans la Région si l'on ne parvient pas à freiner ou à inverser la tendance épidémiologique actuelle.

Les pays industrialisés ne sont pas épargnés. C'est en Fédération de Russie et en Ukraine, ainsi que dans d'autres pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, que l'épidémie d'infection à VIH connaît l'extension la plus rapide. Dans ces pays, la maladie est davantage liée à la consommation de drogues par voie intraveineuse, phénomène lui-même tributaire de la vive

Figure 3.2 Le VIH/SIDA: évolution de l'épidémie et principales étapes de la lutte



Source: OMS/ONUSIDA

progression des inégalités sociales *(3)*. Si, en chiffres absolus, le nombre de cas de SIDA reste relativement faible dans l'ancienne Union soviétique, l'épidémie se développe rapidement en Fédération de Russie et dans les autres pays de la Région (voir Encadré 3.1). L'épidémie de tuberculose en milieu carcéral, où l'on observe la présence de souches pharmacorésistantes, va encore être attisée par la vive progression de l'incidence de l'infection à VIH déjà constatée chez les détenus de la Fédération. Seuls un effort énergique de réduction des dommages sanitaires et un meilleur traitement de la tuberculose sont susceptibles de faire obstacle à une épidémie des temps modernes caractérisée par la rencontre, depuis l'Europe occidentale jusqu'à l'océan Pacifique, de deux maladies liées l'une à l'autre *(7)*.

Le véritable bilan de l'infection à VIH/SIDA

L'épidémiologie du VIH est instructive, notamment la dynamique du risque, mais elle ne révèle qu'un aspect des choses. Une maladie dont les conséquences pour l'espérance de vie sont si négatives exerce, dans le tissu social des sociétés fortement affectées, des ravages qui dépassent encore les souffrances immédiates endurées par les malades. Donnons-en deux exemples: le SIDA a fait quelque 14 millions d'orphelins en Afrique et dans les pays les plus touchés et il va décimer le corps enseignant, le personnel soignant et les fonctionnaires *(8)*.

Les effets économiques directs de cette désorganisation du corps social sont manifestes. Selon une étude récente de la Banque mondiale, l'Afrique du Sud va connaître un effondrement économique total en l'espace de trois générations si ce pays ne prend pas des mesures efficaces pour lutter contre le SIDA *(9)*. Mais les choses vont bien plus loin que ne le révèlent les évaluations des économistes. D'autres spécialistes des sciences sociales élargissent le champ de l'analyse pour examiner l'impact de la maladie sur tout un ensemble d'événements et de processus. Quelles sont, par exemple, les conséquences sociales de la présence de millions d'orphelins? Dans quelle mesure la disparition de si nombreux parents contribue-t-elle à l'extension des conflits armés et des pathologies sociales qui accompagnent la migration vers les villes et au chômage qu'elle entraîne? Quel est le coût de l'épuisement psychologique constaté dans les professions de santé en Afrique ou dans d'autres régions où le traitement du SIDA n'est pas accessible à ceux qui en ont le plus besoin *(10)*? La science commence seulement à nous faire entrevoir les dommages socio-économiques de l'infection à VIH/SIDA, qui sont les plus lourds précisément là où l'on est le moins bien préparé à affronter cette nouvelle menace pour la santé et le bien-être.

Encadré 3.1 Le VIH/SIDA dans la Région européenne

La Région européenne est celle où l'épidémie de VIH se propage le plus rapidement, et il est probable que la situation ne va faire que s'aggraver. Entre 1995 et 2003, le nombre des infections à VIH nouvellement notifiées en Europe occidentale a doublé pour atteindre près de 170 000 et, en Europe centrale et orientale, il est passé de 27 000 à 320 000. On estime maintenant qu'au moins 1,7 millions de personnes en Europe sont déjà infectées par le VIH.

Cette épidémie de VIH est entretenue par la consommation de drogues par injection qui prend elle aussi les proportions d'une véritable épidémie. Dans l' Ex-Union soviétique, où se trouvent les deux tiers de tous les européens infectés par le VIH, 84 % de tous les cas de VIH dont on connaît le mode de transmission sont imputables à la consommation de drogues par injection. En Europe occidentale, la transmission sexuelle est le mode de transmission le plus courant et c'est chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que dans les populations d'immigrants en provenance de pays à fort taux de prévalence que l'on observe le plus grand nombre d'infections.

L'épidémie de VIH/SIDA a radicalement changé depuis ses débuts dans les années 1980. En Europe occidentale, une riposte massive, complète et durable, associée à un financement et à un soutien politique importants de la prévention, du traitement et des soins, a limité la propagation de l'épidémie. Des mesures de prévention généralisées ont contribué à stabiliser et à réduire les taux de transmission et en outre, le traitement antirétroviral est devenu largement disponible. En dépit de ces mesures, l'épidémie de VIH/SIDA fait encore peser une grave menace en Europe occidentale. En Europe orientale, l'insuffisance de l'engagement politique et du financement ainsi que la faible couverture des services de prévention limitent sérieusement l'accès au traitement et aux soins et constituent, avec la forte stigmatisation des groupes à risque, les principales raisons de l'aggravation constante de l'épidémie de VIH.

La réaction à l'infection à VIH/SIDA: les enseignements des 20 dernières années

Au cours des deux premières décennies marquées par la présence du VIH, on a beaucoup appris sur la meilleure manière de prévenir et d'atténuer les souffrances provoquées par le virus. Il y a eu de grands succès, et d'autres plus modestes, mais aussi d'incontestables échecs dont on a tiré d'importants enseignements. Un certain nombre de tendances se font jour. L'existence de variations locales importantes rend extrêmement hasardeuses les généralisations relatives à la pandémie mondiale de VIH/SIDA. Ce qui est désormais bien établi, c'est la présence d'une série de « sous-épidémies » liées les unes aux autres et qui, chacune, nécessite un train de mesures différent. Par bonheur, ceux qui s'emploient à inverser la tendance peuvent s'appuyer sur l'expérience acquise depuis une vingtaine d'années.

La nécessité d'intégrer la prévention et les soins est l'un des enseignements les plus importants de ces dernières années. Si l'on veut assurer une prévention équitable, il faut que les personnes les plus exposées au risque de contamination bénéficient, où qu'elles vivent, d'informations exactes et adaptées à leur contexte culturel, en même temps que des moyens de prévention existants. L'OMS estime qu'une prévention complète et équitable est l'un des éléments fondamentaux de son action contre le SIDA. Si un certain nombre d'études soulignent la nécessité d'un effort constant en faveur d'une sexualité sans risque et d'une bonne pratique médicale, rien ne confirme l'affirmation selon laquelle un meilleur accès aux soins serait de nature à gêner l'action préventive dans les milieux défavorisés où le VIH fait le plus de ravages. Au contraire, les informations en provenance de programmes de thérapie antirétrovirale en milieu défavorisé, notamment dans le centre d'Haïti et à Khayelitsha (Afrique du Sud), laissent penser que l'amélioration des soins va permettre un renforcement direct de la prévention selon diverses modalités: demande accrue de conseils et de tests volontaires; moindre stigmatisation et possibilité de discussions plus ouvertes sur le VIH/SIDA dans la communauté; ou encore maintien de l'intégrité et de la stabilité économique des familles, ce qui ralentira la croissance des groupes de population exposés au risque tels que les orphelins et les travailleurs du sexe *(11-15)*.

Comment expliquer cette séparation souvent très nette que l'on observe entre la prévention et les soins et qui, dans le monde en développement, a pour conséquence de priver totalement de soins médicaux décents la plupart des personnes porteuses du VIH? Qu'une thérapie antirétrovirale efficace ait été mise au point en une quinzaine d'années constitue un succès pour certains, mais pour les dizaines de millions de malades qui sont morts des suites du SIDA, la victoire quelle qu'elle soit arrive trop tard. Le fait que le virus et ses divers modes de transmission aient été largement connus bien avant la découverte d'un traitement efficace a contribué, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, à séparer les soins de l'action préventive. En Australie, aux Etats-Unis et en Europe, la prévention et les soins constituent deux activités distinctes assurées par des équipes différentes *(16)*. Dans les pays riches, les établissements de soins spécialisés dans le SIDA ne font généralement pas de prévention, alors que dans de nombreux pays pauvres, ce sont les dispensaires qui font de la prévention, même en l'absence de tout soin aux personnes infectées.

Cette séparation a eu des conséquences fâcheuses. Des victoires importantes ont certes été remportées sur le virus, mais leurs retombées ne sont pas équitablement réparties. Malgré un recul remarquable du taux de mortalité corrigé de la structure d'âge chez certains porteurs du virus, des sous-épidémies subsistent ou même s'aggravent dans les pays riches. Comme ailleurs, le taux de transmission du virus dépend de la condition sociale. Dans le sud des Etats-Unis, par exemple, le VIH touche proportionnellement davantage les minorités ethniques des conurbations. La population noire démunie qui habite des régions rurales reliées

par de grandes voies de communication commerciales est également de plus en plus affectée. Selon des recherches effectuées en Caroline du Nord, l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) est étroitement liée à la présence d'une autoroute inter-Etats *(17)*. Des tendances similaires s'observent dans les régions rurales de l'Afrique et de l'Asie. Même lorsque l'épidémiologie locale est différente, les inégalités sociales entrent toujours dans l'équation du risque d'infection et de l'accès aux soins. Dans les zones urbaines de la Fédération de Russie et de l'Ukraine, la situation contraste avec celle du sud des Etats-Unis, à savoir que l'épidémie qui tend à se développer rapidement est attribuable à la consommation de drogues par voie intraveineuse; les personnes les plus touchées sont les chômeurs et, là encore, les membres des minorités ethniques.

Intégration de la prévention et des soins

L'action préventive doit être conçue en fonction de l'épidémiologie locale. Là où le VIH est en grande partie transmis par voie sexuelle, des campagnes d'information et d'éducation peuvent sauver des vies. On estime par exemple qu'en Thaïlande, c'est en intervenant avec insistance auprès du personnel militaire et des travailleurs du sexe pour leur faire utiliser des préservatifs que l'on a pu obtenir un nombre de nouvelles contaminations sensiblement inférieur aux prévisions *(18)*. Dans les situations où la transmission du VIH est plutôt liée à la consommation de drogues par voie intraveineuse, les stratégies fondées sur la réduction des dommages (par exemple la fourniture de matériel d'injection propre ou le traitement de la dépendance) se révèlent efficaces *(19)*. Toutefois, dans tous les cas étudiés, la distinction qui est faite entre la prévention et les soins – particulièrement nette dans les pays les plus pauvres où ceux qui auraient besoin de cette prise en charge sont peu nombreux à en bénéficier – nuit à l'efficacité de l'action et accentue la stigmatisation sociale.

Malgré la grande diversité des sous-épidémies, l'intégration de la prévention et des soins est un thème permanent et unificateur de l'action menée par l'OMS. Dans les cas où le VIH/SIDA n'est pas considéré comme un problème privé mais comme une affaire publique, il est possible d'éviter de nouvelles contaminations ou la mort de ceux qui sont déjà infectés grâce à une bonne politique publique. Bien entendu, la charge de travail est beaucoup trop importante en pareil cas pour que la prévention et les soins soient confiés au même personnel. Les cliniciens doivent veiller à utiliser de manière optimale leurs compétences particulières pour le bien des malades. C'est dans le domaine de la prévention, du soutien aux malades, de l'éducation et de la sensibilisation que les militants et les membres de la communauté seront le plus utiles.

Il est difficile de dire que telle ou telle activité de terrain entre exclusivement dans la catégorie « prévention » ou dans la catégorie « soins ». Par exemple, la plupart des gens considéreraient que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME) entre dans la catégorie « prévention ». Toutefois, la mise en œuvre de programmes de ce genre nécessite souvent l'amélioration des soins prénatals: les initiatives « TME-Plus » prennent la suite de l'intervention préventive initiale avec, si cela est indiqué du point de vue clinique, un traitement antirétroviral des mères VIH-positives qui permet aux femmes non seulement de donner naissance à un enfant en bonne santé, mais encore de rester en vie et de l'élever *(20)*. De même, l'amélioration des soins aux porteurs du virus contribue à atténuer la stigmatisation des malades du SIDA. Ce recul de la stigmatisation sociale suscite un regain d'intérêt pour le conseil et le test VIH volontaires qui constituent la pierre angulaire d'une prévention et de soins efficaces *(13)*. Un certain nombre d'études récentes ont commencé à dresser un catalogue des mécanismes par lesquels un accès plus facile à des soins de qualité permet de renforcer l'action préventive *(15)*.

L'intégration de la prévention et des soins: quelques réussites

Seuls quelques pays ont pris des dispositions législatives qui garantissent les droits des personnes vivant avec le VIH, et notamment le droit à un traitement efficace. C'est le cas du Brésil, qui a su mener cette entreprise à bonne fin. Ce pays, qui connaît pourtant des inégalités sociales, a été l'un des premiers dans le monde à prendre des mesures pour assurer à tous l'accès gratuit au traitement de l'infection à VIH. Ainsi le SIDA a quitté la sphère privée, celle des familles et des individus, pour devenir une affaire publique. Grâce à une législation novatrice, le Brésil a pu mettre en œuvre le programme le plus important et le plus efficace d'Amérique latine. Il n'est pas exclu que la généralisation de l'accès au traitement antirétroviral ait contribué à faire régresser la stigmatisation des malades et, par voie de conséquence, accru la demande de conseil et de test volontaires. Certes, il est difficile de prouver l'existence d'une relation de cause à effet, mais les projections qui, il y a une dizaine d'années, prévoyaient que le Brésil connaîtrait une épidémie en expansion rapide, ne se sont pas réalisées. Maintenant que le traitement antirétroviral est largement disponible, on note depuis quelques années un recul de l'incidence des infections à VIH: seulement 7361 nouveaux cas d'infection ont été enregistrés au cours des neuf premiers mois de 2001, contre 17 504 en 2000 *(21)*. Le Ministère de la Santé estime que les économies réalisées entre 1997 et 2001 du fait de la baisse du nombre des hospitalisations et des traitements pour infections opportunistes sont de l'ordre de US $2,1 milliards. Le Brésil n'est pas un cas unique. En 2003, le Mexique a adopté une législation analogue à celle du Brésil et peut raisonnablement escompter un succès similaire *(22)*. Une politique appropriée peut donc avoir un effet thérapeutique indiscutable sur l'infection à VIH/SIDA.

Dans les pays beaucoup plus pauvres que le Brésil ou le Mexique, où l'effort doit porter sur d'autres secteurs, des résultats positifs peuvent tout de même être obtenus. En Haïti, qui est le pays le plus démuni des Amériques, un partenariat conclu entre le secteur public et le secteur privé permet d'offrir, à une population vivant dans le plus complet dénuement, des services de prévention adaptés au contexte culturel et lui fait profiter des derniers progrès en matière de soins. Sur le Plateau central d'Haïti, la prévention et les soins sont intégrés dans le cadre d'un projet parfaitement abouti, malgré sa modeste envergure, et qui a été le premier en 1998 à proposer un traitement antirétroviral dans le contexte communautaire. Comme il y a très peu de médecins et d'infirmières dans les communautés rurales d'Haïti, cette « initiative pour l'équité face au VIH » repose sur des agents de santé communautaires, appelés accom-

Encadré 3.2 *Les accompagnateurs*: un exemple de traitement du SIDA dans les zones dépourvues de ressources

L'avènement d'un traitement efficace contre le SIDA a modifié de façon spectaculaire le pronostic de l'infection à VIH dans certaines régions du monde, mais il est rarement disponible là où l'on en a le plus besoin. La plupart des décès en rapport avec le VIH dans le monde en développement d'aujourd'hui surviennent chez des personnes n'ayant jamais été traitées par une association chimiothérapie-antirétroviraux (ARV). Les raisons avancées pour cet échec sont nombreuses, mais deux sont le plus souvent citées: le coût élevé des ARV et l'absence de l'infrastructure requise pour leur utilisation. La première de ces objections devrait tomber car on dispose maintenant d'ARV génériques et le prix des produits de marque commence à chuter.

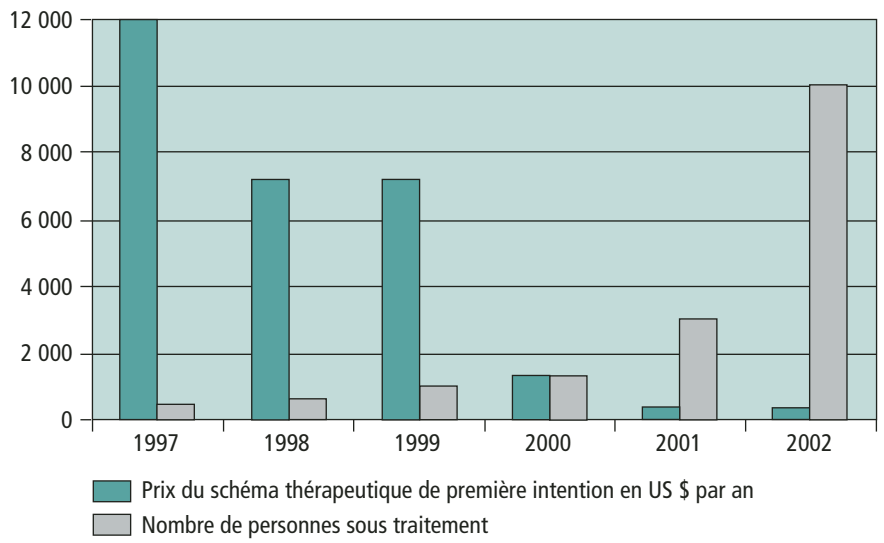
Reste le problème de l'absence d'infrastructure. L'expérience acquise à Haïti et ailleurs permet de penser qu'il s'agit davantage d'un problème de personnel que d'un problème de laboratoires ou d'infrastructures médicales. Lorsque les médecins et les infirmières font défaut, on trouve souvent un grand nombre d'agents de santé communautaire sous-employés et il arrive parfois que certaines personnes, notamment des guérisseurs traditionnels, expriment le désir de recevoir une formation « d'accompagnateurs » pour assister leurs voisins vivant avec le SIDA. La participation de ces personnes, et d'autres agents communautaires, en qualité d'*accompagnateurs* sera essentielle pour atteindre des objectifs de traitement même modestes au cours des années à venir. C'est là un important précédent pour la prise en charge communautaire d'une maladie infectieuse chronique. Les programmes de lutte contre la tuberculose qui notifient les taux de guérison les plus élevés sont souvent ceux qui reposent sur la participation de tels *accompagnateurs* ou d'autres prestataires de soins basés dans la communauté. Le degré de formation nécessaire est minime et l'encadrement de ces *accompagnateurs* peut être assuré par des infirmiers (ères) et des médecins en poste dans des dispensaires. Si ce modèle est largement adopté, des malades souffrant d'autres maladies chroniques peuvent espérer recevoir des soins médicaux de haute qualité, même en l'absence de tout médecin.

pagnateurs, qui rendent chaque jour visite aux malades de leur village. Ces accompagnateurs (dont un certain nombre vivent eux-mêmes avec le VIH) ne s'occupent pas tant d'administrer un traitement sous contrôle direct que de prendre soin de leurs voisins (voir Encadré 3.2).

Ce projet haïtien est remarquable, non seulement par les succès qu'il remporte sur le plan médical et social – réduction de la mortalité et recul de la stigmatisation – , mais aussi par la modicité de son coût. Avec l'arrivée d'antirétroviraux génériques sur le marché, l'initiative pour l'équité face au VIH est passée à l'échelle supérieure et s'étend désormais aux zones difficiles du centre d'Haïti, où il n'y a ni électricité ni routes praticables *(23)*. Les études de séroprévalence donnent à penser qu'en Haïti, l'épidémie d'infection à VIH aurait plutôt tendance à s'étioler *(24)*, encore que l'impact exact des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur la propagation de la maladie reste à déterminer.

L'Ouganda est un autre pays d'une extrême pauvreté où le taux d'infection par le VIH est également en recul. Selon certains, la baisse de la prévalence est le résultat d'une campagne énergique menée par les pouvoirs publics pour donner un coup d'accélérateur aux messages à but préventif. La campagne dite « ABC » est une initiative de marketing social visant à encourager l'abstinence (**A**), la monogamie (**B**e faithful: être fidèle) et l'usage du préservatif (**C**ondom) *(25)*. Ceci dit, le recul de la prévalence du VIH en Ouganda met en jeu bien d'autres facteurs que la volonté politique à haut niveau ou des incitations énergiques à utiliser le préservatif, si importants que soient ces deux aspects. Ce qui se passe actuellement en Ouganda découle d'une situation biosociale complexe caractérisée par l'état de guerre, les migrations et bien d'autres événements et processus (y compris, à Kampala et au-delà, un meilleur accès aux thérapeutiques antirétrovirales) qui ne sont pas forcément pris en compte dans la « campagne ABC » (voir Figure 3.3). Il semble que l'émancipation des femmes ait joué un rôle décisif dans l'adoption de comportements sexuels moins risqués. Un certain nombre de groupes appartenant aux milieux associatifs comme la TASO (The AIDS Service Organization) ont également joué un rôle déterminant. D'autre part, il faut noter qu'après la fin des conflits armés, l'Ouganda a été mesure, grâce à l'aide de la Communauté européenne et d'autres donateurs, d'investir largement dans la reconstruction de son infrastructure sanitaire *(26)*.

Figure 3.3 Evolution du coût des médicaments ARV et du nombre de personnes sous traitement, Ouganda, 1997-2002



Fixer un nouveau programme

S'appuyant sur les arguments qui, comme on l'a vu plus haut, militent en faveur d'une intégration de la prévention et des soins, le présent rapport propose une stratégie audacieuse pour l'action mondiale contre la pandémie de VIH/SIDA. Ce programme va unir les efforts de partenaires appartenant à de nombreux secteurs.

L'approche fondée sur les droits de l'homme

Certains en sont peut-être arrivés à se méfier d'expressions du genre « adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour combattre le VIH/SIDA », mais cette approche peut justement s'appuyer sur des mesures tout à fait pragmatiques dont l'effet sur la prévention et les soins sera salutaire. Les droits économiques et sociaux, et notamment le droit aux soins de santé, sont au cœur de l'action visant à créer les conditions d'un avenir où le VIH aura relâché son emprise destructrice sur la vie des gens. Il appartient aux gouvernements de donner l'exemple en encourageant la mise en place, pour le VIH/SIDA, d'un modèle de prévention et de soins inspiré par les droits de l'homme.

Encourager une approche du SIDA fondée sur les droits de l'homme ne peut toutefois plus être du ressort exclusif de l'Etat nation, d'autant plus que l'on demande aux gouvernements des pays pauvres, déjà accablés de problèmes, de faire encore plus avec de moins en moins de ressources.

Les organisations de la société civile, et notamment les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, vont continuer à jouer un rôle fondamental dans la mise en place au niveau local, national et mondial d'un programme de lutte contre le VIH/SIDA fondé sur les droits de l'homme. Pour ce qui est de la prévention, de l'éducation et de la sensibilisation, ces associations sont en première ligne – non seulement dans les pays riches, mais aussi en Afrique du Sud, au Brésil, en Haïti, en Ouganda, en Thaïlande ou ailleurs. Il importe donc de veiller à ce qu'une partie des fonds qui sont alloués à l'action dans le domaine du VIH/SIDA, grâce à des systèmes tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ou dans le cadre d'initiatives bilatérales, aille à ces organisations de la société civile, notamment aux associations communautaires gérées par et pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

Les différentes composantes d'une lutte efficace contre le VIH/SIDA

Si l'équité est la seule finalité acceptable, il est vrai néanmoins que l'établissement des priorités représente une étape déterminante dans l'élaboration d'une politique valable. On peut dégager un certain nombre de considérations de la plus haute importance pour la mise en œuvre des projets et des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA dans des situations où les ressources sont limitées.

Une fois de plus, Haïti, l'un des pays les plus pauvres de la planète, nous donne des idées intéressantes. Ni la progression vertigineuse d'épidémies interactives de tuberculose et de VIH/SIDA, ni la pire situation socio-économique des Amériques n'ont empêché ce pays d'élaborer une proposition qui a été retenue par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Dans cette proposition, qui s'inscrit dans le cadre de son plan national de lutte contre le VIH/SIDA, Haïti suggère d'élargir les services intégrés de prévention et de soins *(27)*. Le modèle haïtien propose une mise en œuvre par étape qui commence par l'amélioration du conseil et du test volontaires pour se déployer ensuite dans plusieurs directions. Il s'agit tout d'abord d'offrir un gamme complète de services et d'actions de prévention afin de réduire la transmission dans toutes les situations. Ces activités préventives s'intègrent à des services de soins améliorés destinés aux personnes déjà infectées. Les mesures de prévention comportent une action éducative communautaire adaptée au contexte culturel, la distribution de préserva-

tifs ainsi que le conseil et le test volontaires. Elles portent aussi sur la sécurité des dons de sang et l'observation des précautions universelles, notamment en ce qui concerne les injections.

Le deuxième volet concerne l'amélioration de la santé de la femme et en particulier la possibilité, pour les femmes, de disposer de services de planification familiale et d'accoucher dans de bonnes conditions de sécurité. D'ailleurs, l'amélioration générale de l'état de santé des femmes sera l'une des conséquences indirectes de l'action préventive contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De fait, si l'on dispose de meilleures possibilités d'élargissement des programmes pilotes pour la prévention de la TME, il sera plus facile de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la mortalité maternelle.

La troisième composante des services intégrés de prévention et de soins consiste dans l'amélioration du dépistage et du traitement de la tuberculose. C'est là un point important pour les communautés très touchées par les deux maladies car, en pareille situation, dont la presque totalité de l'Afrique australe offre un bon exemple, la tuberculose est la principale infection opportuniste qui frappe les personnes vivant avec le VIH. Le diagnostic et le traitement de toutes les IST – de préférence sur la base d'algorithmes prenant en compte la situation épidémiologique locale – constituent la quatrième et dernière composante de ce modèle. De nombreuses études montrent qu'une meilleure prise en charge des IST réduit le risque de contracter une infection à VIH *(28-30)*.

Les variantes épidémiologiques locales ont toujours constitué un aspect capital du VIH/SIDA, aussi faut-il examiner de près l'applicabilité de tout projet pilote. Un programme local est-il susceptible d'être étendu à l'ensemble du district ou du territoire national? Peut-on le reproduire à l'identique dans d'autres régions fortement touchées et disposant également de ressources limitées? Lorsque c'est la consommation de drogues par voie intraveineuse qui constitue par exemple le mode de transmission principal, l'effort de prévention doit porter essentiellement sur la réduction des dommages. Il est également nécessaire d'accorder une plus grande attention à l'aspect nutritionnel, qui est une composante fondamentale des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Quant au traitement antirétroviral, il va sans dire qu'il est nécessaire dans toutes les situations. On n'est guère fondé à penser que les différents clades (sous-types) de VIH réagissent différemment à la polychimiothérapie antirétrovirale. Les premières données émanant de petits projets pilotes implantés en Afrique, dans les Amériques et en Asie indiquent que les malades souffrant d'une infection par le VIH à un stade avancé réagissent bien aux antirétroviraux, quels que soient les critères – cliniques ou biologiques – retenus pour apprécier l'efficacité du traitement.

La contribution de l'OMS à la lutte contre le VIH/SIDA

Combattre les inégalités en matière de risque et d'accès aux soins est l'une des préoccupations essentielles de l'OMS dans son action contre le VIH/SIDA. Dans le rôle élargi qui est maintenant le sien, l'Organisation ne se borne pas, loin de là, à indiquer quelles sont les normes à respecter pour assurer une prévention et des soins efficaces. Aux côtés des pays et de ses partenaires, elle s'attache activement à atteindre les objectifs ambitieux qu'elle s'est fixés, à savoir assurer la prévention et l'accès aux soins dans un souci d'équité. Au sein de ce partenariat, l'OMS occupe une place particulière en ce qu'elle a aussi pour tâche d'assurer l'accès pour tous au traitement, et le 22 septembre 2003, elle a officiellement déclaré que la lutte contre l'inégalité d'accès aux thérapies antirétrovirales constituait une urgence sanitaire mondiale.

L'OMS, l'ONUSIDA et leurs principaux partenaires – les gouvernements des pays concernés, les autres organisations du système des Nations Unies, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA – sont en train de se mobiliser pour faire face à cette urgence

sanitaire. Ces groupes se sont tous ensemble engagés à assurer, d'ici fin 2005, un traitement antirétroviral à 3 millions d'habitants des pays en développement qui vivent avec le VIH/SIDA.

C'est une voie semée d'embûches qui mène à cet ambitieux objectif des « 3 millions d'ici 2005 », proposé pour la première fois en 2001 *(31)*, mais l'unité d'action est un gage de réussite. En consultation avec d'autres spécialistes, l'équipe de l'OMS en charge du VIH/SIDA a élaboré une stratégie mondiale pour atteindre cet objectif. En déclarant que la difficulté d'accès au traitement antirétroviral constituait une urgence sanitaire mondiale, l'OMS s'est totalement engagée à soutenir plus rapidement et plus vigoureusement les pays pour leur permettre de franchir l'étape critique du passage à l'échelle supérieure. Dans la ligne de sa politique d'intervention en cas d'urgence, l'OMS a décidé d'organiser comme suit son programme d'action contre le VIH/SIDA:

- Sur demande des gouvernements concernés, **des équipes d'intervention d'urgence** seront mises à la disposition des pays les plus durement touchés par le VIH/SIDA où il est nécessaire de combler sans délai les lacunes en matière de traitement. Avec le soutien et la participation des partenaires du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, ces équipes collaboreront avec les responsables du traitement et procéderont à une évaluation rapide des obstacles et des éléments favorables à la réalisation de l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 ».
- **Un dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments et produits diagnostiques pour le SIDA** sera mis sur pied pour permettre aux malades de se procurer plus facilement des médicaments et autres produits de qualité à un prix modique. Ce dispositif aidera les organismes d'exécution à négocier l'achat et le financement des médicaments et à obtenir la meilleure qualité au meilleur prix. On aura ainsi éliminé l'un des obstacles les plus importants auxquels les pays ont à faire face et économisé du temps et des efforts.
- **Des principes directeurs simplifiés pour le traitement** seront publiés en décembre 2003 afin de faciliter l'administration des antirétroviraux. Pour réaliser l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », il est nécessaire d'établir des schémas thérapeutiques standard de première et de seconde intention qui soient valables pour le monde entier.
- En même temps, **des normes universelles et des outils simplifiés** seront publiés afin d'évaluer les progrès et l'impact effectif des programmes de traitement antirétroviral tout en surveillant également l'évolution de la pharmacorésistance.
- **Un élargissement rapide de la formation et du développement des compétences des professionnels de la santé** va se mettre en place. Ces personnels apprendront à administrer un traitement antirétroviral simplifié et normalisé. L'OMS apportera un soutien à ceux de ses partenaires qui participent déjà à la formation du personnel et collaborera avec les pays à la constitution d'un corps de formateurs suffisamment nombreux et compétents pour développer la capacité nationale en matière de traitement antirétroviral.
- En ce qui concerne **les appels de fonds**, l'OMS collaborera avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Pour réaliser l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », il faut non seulement assurer le financement des médicaments, mais encore investir massivement dans la formation et dans le renforcement des services de santé des pays. Le renforcement des services de santé aura des effets bénéfiques non seulement sur l'administration du traitement antirétroviral, mais aussi sur les autres prestations sanitaires.

Investir dans de bons services de prévention et de soins

Dans bien des situations où le VIH/SIDA fait le plus de ravages, les programmes de santé publique, déjà réduits à la portion congrue, se retrouvent gravement affaiblis. Sous la conduite de l'OMS, c'est un avenir tout à fait nouveau qui va prendre forme, dans lequel l'accès à des services de haute qualité en matière de prévention et de soins ne dépendra plus de la

condition sociale. En regroupant le traitement et la prévention, et en associant l'effort de lutte contre le VIH/SIDA à ceux qui sont déjà déployés pour combattre d'autres problèmes sanitaires chroniques et complexes, l'OMS espère obtenir un « effet multiplicateur »: les investissements nécessaires à la mise en place et à l'extension de services intégrés de prévention et de soins se révéleront tout à fait bénéfiques pour d'autres actions dans le domaine de la santé publique, voire de l'éducation. Si le passage des projets thérapeutiques pilotes à l'échelle supérieure se fait dans de bonnes conditions, les retards seront comblés, des années de négligence seront rattrapées et les services de santé en sortiront renforcés. L'intégration de la prévention et des soins aura des retombées bénéfiques qui seront très utiles à la communauté sanitaire mondiale lorsqu'elle devra s'attaquer aux vieux problèmes – comme les maladies négligées des populations démunies – et affronter de nouveaux défis.

Intervenir d'urgence face à une urgence mondiale

La persistance des maladies susceptibles d'être éradiquées, qui vont de la poliomyélite à la rougeole, nous rappelle que la communauté sanitaire mondiale n'a pas su utiliser les moyens dont elle disposait pour mettre fin à des problèmes qui n'étaient pourtant pas sans solution. Les nouvelles maladies et les nouveaux défis qu'il nous faut maintenant affronter, du SIDA et du SRAS au paludisme et à la tuberculose pharmacorésistants, sont la preuve qu'en négligeant l'infrastructure sanitaire, les pays et les communautés prennent tous un risque. Il faut repenser chacune de ces maladies comme un problème de santé publique dans lequel s'attaquer aux causes de la souffrance individuelle engendre des effets bénéfiques pour une collectivité plus large.

Toutefois, il ne suffit pas de reconceptualiser la prévention et le traitement du VIH/SIDA pour trouver une issue à la crise. Au rythme actuel, la progression est insuffisante pour que les objectifs – et notamment celui des « 3 millions d'ici 2005 » – puissent être atteints. Si les besoins en matière de traitement ne font pas réagir la communauté sanitaire mondiale par des mesures exceptionnelles comme elle le fait devant d'autres urgences, on ne pourra pas triompher de ce redoutable ennemi. L'OMS a pris l'engagement de faire face à cette urgence sanitaire mondiale par une action immédiate. Face au SIDA, la routine n'est plus de mise.

Pour pouvoir s'attaquer à des problèmes de santé publique aussi pressants que le VIH/SIDA, un surcroît important de ressources est nécessaire. En affrontant plus audacieusement le problème, on sera amené à renforcer les soins de santé primaires selon les principes énoncés à Alma-Ata en 1978. Mais cela va exiger des donateurs internationaux et des pays eux-mêmes un investissement plus important dans le secteur de la santé. On dispose désormais de connaissances et de moyens suffisants pour éviter la majorité des nouvelles infections et des nouveaux décès. En faisant un meilleur usage des moyens existants et en consacrant de nouvelles ressources à la solution d'un problème nouveau qui ne cesse d'empirer, l'OMS va travailler dans l'urgence afin d'aider les pays à corriger les inégalités qui subsistent dans l'accès aux thérapeutiques confirmées.

Si elle est correctement menée, cette action d'urgence peut déboucher sur des progrès durables. Œuvrer pour l'équité dans la prévention et un meilleur accès aux soins, c'est aussi apporter une multitude d'effets bénéfiques, et notamment faire reculer les inégalités, tant sociales que médicales, qui menacent la paix et la stabilité fragiles dont jouit la communauté mondiale.

Dans le chapitre 3, nous avons montré que, s'il est trop tôt pour envisager un monde débarrassé du SIDA, il est temps en revanche d'en prendre le chemin en s'inspirant d'initiatives hardies prises par le passé. En effet, qui aurait pu croire, il y a cinquante ans, que l'on viendrait à bout de la poliomyélite? Ce sera pourtant une réalité d'ici quelques années. L'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite est justement le sujet du chapitre 4.

Bibliographie

1. Farmer P, Walton DA, Furin JJ. The changing face of AIDS: implications for policy and practice. *In:* Mayer K, Pizer H. *The emergence of AIDS: the impact on immunology, microbiology, and public health.* Washington, D.C., American Public Health Association, 2000.
2. *Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention, 20 July 2001, Herndon, VA, USA*. Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), US National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention, 2001 (http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf, consulté le 25 septembre 2003).
3. *Le point sur l'épidémie de SIDA: décembre 2002.* Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2002.
4. Williams BG, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science* [en ligne], 14 août 2003 (http://aidscience.org/Science/Williams_and_Dye_10_1126-science_1086845.htm, consulté le 25 septembre 2003).
5. *Les rapports sexuels non protégés sont le principal mode de transmission du VIH en Afrique souligne un groupe d'experts. Déclaration d'un groupe d'experts de l'OMS et de l'ONUSIDA, le 14 mars 2003.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/mediacentre/statements/2003/statement5/fr, consulté le 26 septembre 2003).
6. Brewer D et al. Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14:144–147.
7. Program in Infectious Disease and Social Change. *The global impact of drug-resistant tuberculosis*. Boston, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard Medical School et l' Open Society Institute, 1999.
8. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA.* Genève, ONUSIDA/Organisation mondiale de la Santé, 2002.
9. Bell C, Devarajan S, Gershach H. *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa.* Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_total2.pdf, consulté le 26 Septembre 2003).
10. Raviola G et al. HIV, disease plague, demoralization, and "burnout": resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2002, 26:55–86.
11. Médecins sans Frontières Afrique du Sud, Département de la Santé publique à l'Université du Cap, Administration provinciale de l'ouest du Cap, Afrique du Sud. *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
12. Farmer P et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy) [Traitement communautaire des stades avancés de l'infection à VIH: introduction du DOT-HAART (traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe]. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79 (12): 1145-1151 (résumé en français).
13. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
14. Egger M et al. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, 355:2101–2105.
15. Blower S, Farmer P. Predicting the public health impact of antiretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDScience* [en ligne], 2003, 3 (http://aidscience.org/Articles/AIDScience033.asp, consulté le 25 septembre 2003).
16. Katz MH et al. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:388–394.
17. Cook RL et al. What's driving an epidemic? The spread of syphilis along an interstate highway in rural North Carolina. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:369–373.
18. Ainsworth M et al. AIDS and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand. *Health Policy*, 2003, 64:13–37.
19. *Harm reduction approaches to injecting drug use*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/, consulté le 25 septembre 2003).
20. *MTCT plus: expanding HIV/AIDS care in resource-limited settings*. Mailman School of Public Health, Université Columbia (http://www.mtctplus.org/, consulté le 25 septembre 2003).
21. *Boletim Epidemiológico – AIDS [Bulletin épidémiologique – SIDA].* Ministère de la Santé, Gouvernement du Brésil, 2001 (http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_set_2001/tab1.htm, consulté le 25 septembre 2003).
22. *Mexico: Fox vows AIDS patient subsidies*. AIDScience [en ligne], 6 août 2003 (http://aidscience.org/Newsarticle.asp?Article=3101, consulté le 29 septembre 2003).
23. Mukherjee J et al. *Access to treatment and care: Haiti experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

24. *Fiche épidémiologique sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles: Haïti. Mise-à-jour 2000 (révisée).* Genève, ONUSIDA/Organisation mondiale de la Santé (http://www.unaids.org, consulté le 25 septembre 2003).

25. Green T. ABC or A through Z? *AIDSLink* [en ligne] 81, 1er septembre 2003 (http://www.globalhealth.org/publications/article.php3?id=1032, consulté le 25 septembre 2003).

26. Hogle J et al. *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and the national response.* Washington, D.C., Center for Population, Health and Nutrition, USAID Bureau for Global Programs, Field Support and Research, 2002 (http://www.eldis.org/static/DOC10759.htm, consulté le 25 septembre 2003).

27. *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: fact-sheet.* Genève, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (http://www.globalfundatm.org/proposals/round1/fsheets/haiti.html, consulté le 25 septembre 2003).

28. Behets FM, Desormeaux J, Joseph D. Control of sexually transmitted diseases in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in Cité Soleil shantytowns. *Journal of Infectious Diseases, 1995,* 72:764–771.

29. Smith-Fawzi MC et al. Prevalence and risk factors of STDs in rural Haiti: implications for policy and programming in resource-poor settings. *International Journal of STDs and AIDS*, 2003 (sous presse).

30. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530–536.

31. Schwartlander B et al. Resource needs for HIV/AIDS, *Science*, 2001, 292:2434–2436.

Chapitre quatre

Eradication de la poliomyélite: la dernière ligne droite

Grâce à l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, l'une des actions de santé publique les plus importantes de l'histoire, le nombre de paralytiques que cette terrible maladie fait chaque année parmi les enfants est tombé de 350 000 en 1988 à 1900 en 2002, et le nombre de pays d'endémie poliomyélitique de 125 à sept. Le présent chapitre rend compte de la phase finale de la campagne visant à éradiquer l'une des maladies les plus anciennement connues. On peut désormais entrevoir un monde débarrassé de la poliomyélite.

4 Eradication de la poliomyélite: la dernière ligne droite

En 1962, tout juste 12 mois après l'homologation, dans la plupart des pays industrialisés, du mémorable vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) mis au point par Albert Sabin, Cuba commençait à l'utiliser dans une série de campagnes de vaccination sur l'ensemble de son territoire. Peu de temps après, la transmission du virus sauvage autochtone était interrompue. En d'autres termes, cela voulait dire qu'aucun enfant de ce pays ne risquerait plus de souffrir de cette terrible maladie à la suite d'une contamination par le virus local. Rarement, sinon jamais, une technologie sanitaire nouvelle n'avait été exploitée avec un tel succès et au bout de si peu de temps pour le plus grand bien de tant de gens. Toutefois, les pays ne devaient pas être nombreux à connaître pareille réussite et la maladie avait continué à faire chaque année un demi-million de paralytiques – dans les années 90, on comptait même entre 10 et 20 millions de personnes qui, ayant survécu à la phase aiguë de la maladie, en subissaient encore les séquelles invalidantes et souvent douloureuses. Mais l'expérience cubaine, fondée sur des campagnes de masse, avait conforté Sabin dans sa conviction que le virus poliomyélitique pourrait être éliminé d'une manière si complète que, pour les générations futures, la paralysie poliomyélitique ne serait plus qu'un événement relaté par les manuels d'histoire. Sabin devait apporter sa pierre à l'édification de cet avenir sans poliomyélite en faisant don de son vaccin à l'Organisation mondiale de la Santé afin qu'il puisse être mis à la disposition de tous.

Quarante ans plus tard, ce monde débarrassé de la poliomyélite qu'avait pressenti Sabin est sur le point de devenir une réalité. Grâce à 15 ans d'efforts extraordinaires déployés par la communauté internationale, les virus poliomyélitiques autochtones ne sont plus désormais présents que dans sept pays, contre 125 lors du lancement de l'initiative *(1)* (voir Figure 4.1). Ces progrès sont l'œuvre d'un partenariat unique en son genre créé par des gouvernements, des organismes internationaux, des organisations humanitaires et le secteur privé afin de répondre à trois exigences essentielles pour la vaccination de tous les enfants du monde: obtenir l'engagement effectif des responsables politiques, trouver le financement nécessaire et disposer de ressources humaines suffisantes. Grâce à ce partenariat, au cours de la seule année 2001, plus de 10 millions de bénévoles ont vacciné contre la poliomyélite 575 millions d'enfants dans 93 des pays les plus pauvres du monde. Cette expérience et la perspective d'arriver au terme du processus d'éradication sont une source d'inspiration pour faire passer à l'échelle supérieure un certain nombre d'autres interventions sanitaires, condition essentielle à la réalisation d'objectifs sanitaires nationaux et internationaux aussi ambitieux que ceux qui figurent au nombre des objectifs du Millénaire pour le développement *(2)*.

Un partenariat d'un nouveau genre

Lorsque, il y a une vingtaine d'années, la communauté internationale a commencé à s'intéresser à une action au niveau mondial pour éradiquer la poliomyélite, on n'avait qu'une expérience limitée des initiatives sanitaires internationales de grande envergure et des partenariats. Toutefois, au milieu des années 80, devant le nombre croissant de pays d'Amérique du Sud – le Brésil surtout – qui se lançaient avec succès dans la lutte contre la poliomyélite en appliquant le modèle cubain des campagnes de masse et en accroissant la surveillance, un partenariat d'un genre nouveau s'est peu à peu constitué dans cette perspective commune.

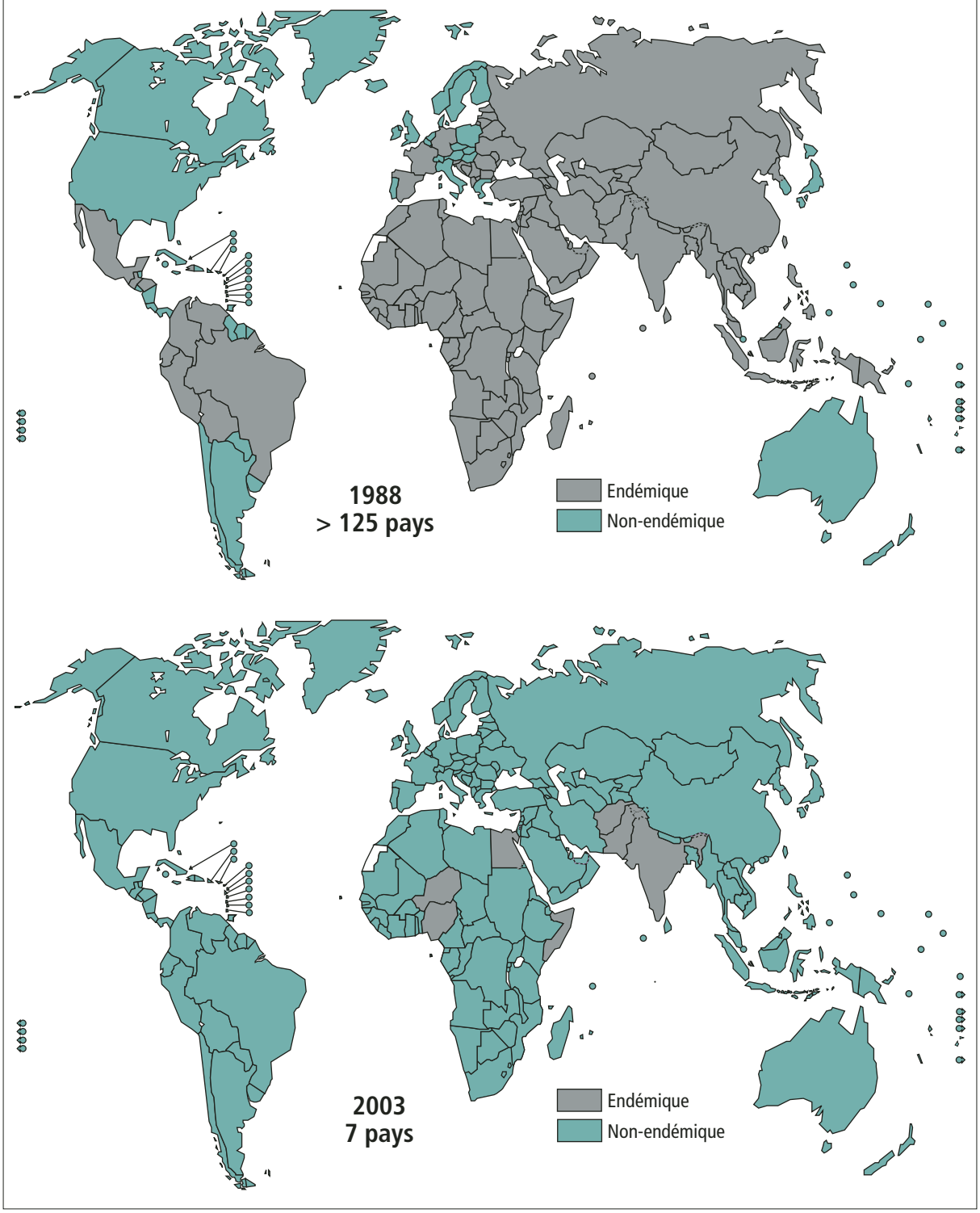
En 1988, année au cours de laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de lancer une initiative en vue d'éradiquer la poliomyélite dans le monde *(3)*, quatre organisations constituaient déjà le noyau du « partenariat contre la poliomyélite »: l'Organisation mondiale de la Santé, le Rotary International, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis. Au cours des 15 années suivantes, ce partenariat s'est développé pour devenir un vaste réseau regroupant des gouvernements, des organismes internationaux, des entreprises privées, des fondations, des donateurs bilatéraux, des organisations humanitaires, des organisations non gouvernementales et des banques de développement. Les travaux du partenariat continuent de s'effectuer dans le cadre d'un plan stratégique pluriannuel et sont surveillés par des commissions techniques internationales aux niveaux national, régional et mondial. L'existence de relations étroites entre les autorités sanitaires nationales et ce partenariat international a joué un rôle capital dans le passage des activités d'éradication à l'échelle supérieure vers le milieu des années 90, alors que l'initiative commençait à tirer parti de l'impulsion déjà donnée dans les Régions des Amériques et du Pacifique occidental et étendait son action à l'ensemble des pays de toutes les Régions. A la fin de la décennie, plus de 500 millions d'enfants de pays à revenu faible ou moyen recevaient régulièrement le VPO grâce aux efforts de 10 millions de bénévoles.

Dès le départ, ce partenariat s'est attaché à renouveler le soutien international à l'action sanitaire nationale dans le sens d'une meilleure efficacité. Il s'est largement inspiré des stratégies et des méthodes de gestion mises au point par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour éliminer la poliomyélite dans la Région des Amériques, résultat auquel elle est parvenue en 1991 lorsque Luis Fermin Tenorio, un jeune garçon péruvien, a été le dernier enfant de la Région à contracter une paralysie poliomyélitique due à un virus sauvage. Le partenariat mondial a donc adopté cette stratégie éprouvée qui comporte quatre volets: vaccination systématique par le VPO jusqu'à obtention d'une couverture élevée, organisation de journées nationales de vaccination (JNV), surveillance et étude en laboratoire des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et campagnes massives de « ratissage » porte à porte *(4)*. Le Comité de Coordination interorganisations de l'OPS (ICC) a assuré la coordination des activités des différents partenaires au niveau national en veillant à ce que les ressources disponibles soient suffisantes, les budgets transparents et l'efficacité vérifiable. Il a convié régulièrement les ministres de la santé de la Région à des réunions et pris des dispositions pour que les autorités nationales soient toujours au centre des décisions importantes concernant la mise en œuvre de la stratégie. Le partenariat mondial attache une grande importance à l'engagement politique au plus haut niveau des pays donateurs et des pays d'endémie.

Un engagement effectif des responsables politiques

Les journées nationales de vaccination (JNV) constituent l'élément le plus notoire de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans la mesure où elles impliquent la vaccination de tous les enfants de moins de 5 ans (qui représentent près de 20 % de la population des pays)

Figure 4.1 Poliomyélite endémique en 1988 et à la mi-2003



en l'espace de 1 à 3 jours, plusieurs fois par an et plusieurs années de suite. Dans beaucoup de pays, ces activités ont dépassé, en termes d'envergure et de complexité logistique, celles qui avaient été déployées lorsque les campagnes d'éradication de la variole battaient leur plein. C'est d'ailleurs pourquoi l'engagement des responsables politiques a conditionné leur succès. Pour obtenir ce soutien, il a fallu intervenir activement et inlassablement auprès de ces personnalités en leur demandant leur concours sur trois points importants: la surveillance des activités, la mise à disposition de moyens extérieurs au secteur sanitaire, et la transparence.

L'intervention des responsables politiques dans la surveillance des activités de vaccination contre la poliomyélite par les responsables politiques s'est souvent traduite, au début, par une participation à des événements retentissants comme le lancement des JNV et s'est poursuivie, dans le meilleur des cas, par un suivi effectif des progrès de la vaccination. A l'exemple de l'Amérique du Sud, c'est le chef de l'Etat ou une autre personnalité éminente qui, dans la plupart des pays, a lancé officiellement les journées nationales de vaccination. C'est ainsi qu'en Chine, le Président Jiang Zemin a vacciné lui-même le premier enfant lors de la campagne nationale de vaccination antipoliomyélitique de 1993. La même année, le Roi Sihanouk a fait de même au Cambodge. En 1996, Nelson Mandela, Président de la République d'Afrique du Sud, a lancé une campagne intitulée « La poliomyélite hors d'Afrique! » lors de la réunion de l'Organisation de l'Unité africaine qui s'est tenue à Yaoundé (Cameroun), et il a confié à l'OUA le soin d'en contrôler régulièrement les progrès *(5)*. Dans les pays donateurs, le sou-

Encadré 4.1 Progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite en Méditerranée orientale

Tous les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale progressent rapidement vers l'éradication de la poliomyélite. Le nombre de cas diminue assez régulièrement, comme en témoigne le système de surveillance bien développé et efficace qui a été mis en place. A la fin de 2002, la transmission du poliovirus était interrompue dans 18 pays de la région depuis plus de trois ans et le Soudan n'a signalé aucun cas de poliomyélite depuis avril 2001. En 2002, 110 cas confirmés de poliomyélite ont été notifiés par quatre pays seulement (Pakistan: 90; Afghanistan: 10; Egypte: 7 et Somalie: 3). Au cours des huit premiers mois de 2003, on a signalé 61 cas (Pakistan: 57; Afghanistan: 2 et Egypte: 1); il est apparu qu'un autre cas détecté au Liban avait été importé et était lié génétiquement à des souches virales de l'Inde.

L'organisation de journées mondiales de la vaccination s'est poursuivie de façon intensive en 2003, avec l'appui technique de l'OMS, tant dans les pays d'endémie (Afghanistan, Egypte, Pakistan et Somalie) qu'au Soudan actuellement indemne de poliomyélite. Tous ces pays ont mis sur pied plus de deux journées nationales de la vaccination et une ou plusieurs séries de journées intranationales par an dans les districts à haut risque, en s'attachant à atteindre tous les enfants par des vaccinations porte-à-porte. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a continué de s'améliorer dans l'ensemble de la région. Le taux de PFA non poliomyélitiques s'est encore accru en 2003, atteignant 2,39 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, tandis que la collecte des d'échantillons de selles s'est étendue à 90 % de la couverture cible.

L'initiative d'éradication de la poliomyélite entrant dans sa phase finale, les groupes techniques consultatifs mis en place pour les pays prioritaires examinent régulièrement la situation épidémiologique et les plans nationaux et donnent des avis techniques. En outre, on a créé un groupe technique consultatif régional pour prendre la direction des activités d'éradication dans les autres pays d'endémicité de la poliomyélite et pour conseiller les Etats Membres sur d'autres questions techniques. Le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, la certification de l'éradication de la poliomyélite et l'élaboration d'une politique de vaccinations post-certification font l'objet d'une attention accrue.

Des coordinateurs nationaux de l'endiguement ont été nommés dans 19 des 23 pays de la région et 16 de ces pays ont également créé des comités nationaux de l'endiguement. A la fin de 2002, 18 pays avaient préparé un plan national d'endiguement; trois des cinq autres n'ont pas encore interrompu la transmission du virus. La première phase d'endiguement a été menée à bien dans sept pays et se déroule actuellement dans 11 autres.

A l'exception de la Somalie, tous les pays de la région ont créé des comités nationaux de certification ayant une composition appropriée. Dix-huit pays où le virus ne circule pas ont soumis des rapports et une documentation nationale au Comité régional de Certification qui a déjà examiné et commenté 15 rapports. Le Comité régional examine également les mises à jour annuelles communiquées par les pays dont les rapports initiaux faisaient état d'une situation satisfaisante. Ces mises à jour annuelles seront adressées régulièrement jusqu'à l'achèvement de la certification régionale.

En dépit de progrès notables dans les autres zones d'endémicité, le programme d'éradication se heurte à un certain nombre d'obstacles et de contraintes qu'il va falloir surmonter pour atteindre l'objectif final. L'essentiel des efforts porte maintenant sur le Pakistan où plusieurs flambées ont éclaté en 2002-2003. Il semble que si l'équipe de vaccination ne comprend pas une femme, les plus jeunes enfants des populations tribales attachées à leurs traditions risquent d'échapper à la vaccination. Pour parer à ces difficultés, on met l'accent sur la mobilisation des dirigeants politiques fédéraux, provinciaux et locaux et sur l'extension de la couverture des journées intranationales de la vaccination à toutes les zones où la transmission se poursuit. Un personnel international nouveau est affecté aux districts où aucun consultant n'avait été encore nommé pour fournir l'assistance technique nécessaire à une surveillance de haute qualité dans toutes les zones.

tien à la campagne antipoliomyélitique a été du même ordre – notamment pendant le G8, lorsqu'à l'occasion des réunions de 2002 et de 2003, les chefs d'Etat et de gouvernement se sont posé la question de savoir comment ils pouvaient combler le déficit financier des activités d'éradication *(6)*.

Cette notoriété particulière des campagnes d'éradication a joué un rôle capital dans la deuxième phase – peut-être la plus importante – de la sensibilisation des responsables politiques: la possibilité de disposer de moyens et de ressources publics ou privés n'appartenant pas au secteur sanitaire. En raison du nombre très élevé de personnes et de véhicules nécessaires lors des JNV, il est certain que, dans beaucoup de pays, le secteur sanitaire ne dispose pas de moyens de communication suffisants ni de la capacité logistique requise. C'est pourquoi les pays ont largement fait appel aux ministères des transports, de l'information, de la défense, etc. pour être en mesure d'atteindre rapidement la totalité des enfants sur l'ensemble du territoire national. Les pays se sont également tournés vers le secteur privé, souvent à très grande échelle. Aux Philippines, par exemple, plus de 140 entreprises privées ont régulièrement détaché du personnel, prêté des véhicules et des locaux et apporté un soutien financier. Obtenir tous ces concours n'a été possible que lorsque les responsables politiques ont, au plus haut niveau national ou infranational, apporté publiquement leur soutien à l'initiative et pris les mesures nécessaires pour mettre ces moyens à la disposition des autorités sanitaires. Ainsi, les pouvoirs publics et le corps social se sont approprié cette action sanitaire et la responsabilité du secteur de la santé est passée de la mise en œuvre à la gestion et au suivi.

Cet engagement personnel des responsables politiques dans la surveillance et la mise en œuvre des activités nous amène tout naturellement au troisième objectif de l'action de sensibilisation des responsables politiques: améliorer la transparence, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. Seuls les responsables politiques au plus haut niveau ont des pouvoirs suffisants pour garantir cette transparence, s'agissant notamment d'autres ministères que celui de la santé, dont le personnel et les moyens sont si importants pour assurer la vaccination antipoliomyélitique de tous les enfants.

Encadré 4.2 Comment l'Asie du Sud-Est relève le défi de l'éradication de la poliomyélite

En 2002, les progrès vers l'objectif mondial de l'éradication de la poliomyélite ont été compromis par la plus importante épidémie dont l'Inde ait eu à souffrir au cours de son histoire récente: 1600 cas ont été signalés pour cette seule année, soit cinq fois plus qu'en 2001. Lorsque l'épidémie a gagné des états indiens qui avaient réussi à éliminer la maladie au cours de ces dernières années, le nombre de districts infectés a plus que doublé, passant de 63 en 2001 à 159. En raison de la longueur des frontières de l'Inde avec le Bangladesh et le Népal, l'épidémie a également menacé ces pays alors indemnes de poliomyélite. Vers la fin de 2002, la Région de l'Asie du Sud-Est supportait 84 % de la charge mondiale de la poliomyélite. Depuis lors cependant, une réaction nationale et internationale massive a de nouveau amené cette maladie au bord de l'élimination dans la Région de l'OMS la plus peuplée.

A la fin de l'an 2000, 9 des 10 Etats Membres de l'OMS dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 35 des 37 états indiens avaient interrompu la transmission du poliovirus sauvage dans le cadre de l'effort mondial d'éradication. Outre le Bangladesh et le Népal, le Myanmar est indemne de poliomyélite depuis l'an 2000. Le Bhoutan, la République populaire démocratique de Corée, l'Indonésie, les Maldives, Sri Lanka et la Thaïlande ont tous interrompu la transmission indigène avant 1999. Un tel résultat résulte de la mise en œuvre d'un programme basé sur des observations concrètes et coordonné au niveau régional qui a été lancé au début des années 1990, et dans le cadre duquel des journées nationales de la vaccination ont permis d'atteindre plus de 200 millions d'enfants. Ce programme a été souvent synchronisé entre les Etats Membres et a reçu le soutien d'organes régionaux tels que l'Association pour la Coopération régionale en Asie méridionale. Une surveillance efficace de la poliomyélite et un réseau régional de 17 laboratoires de haute qualité ont guidé cette entreprise et consolidé les résultats obtenus.

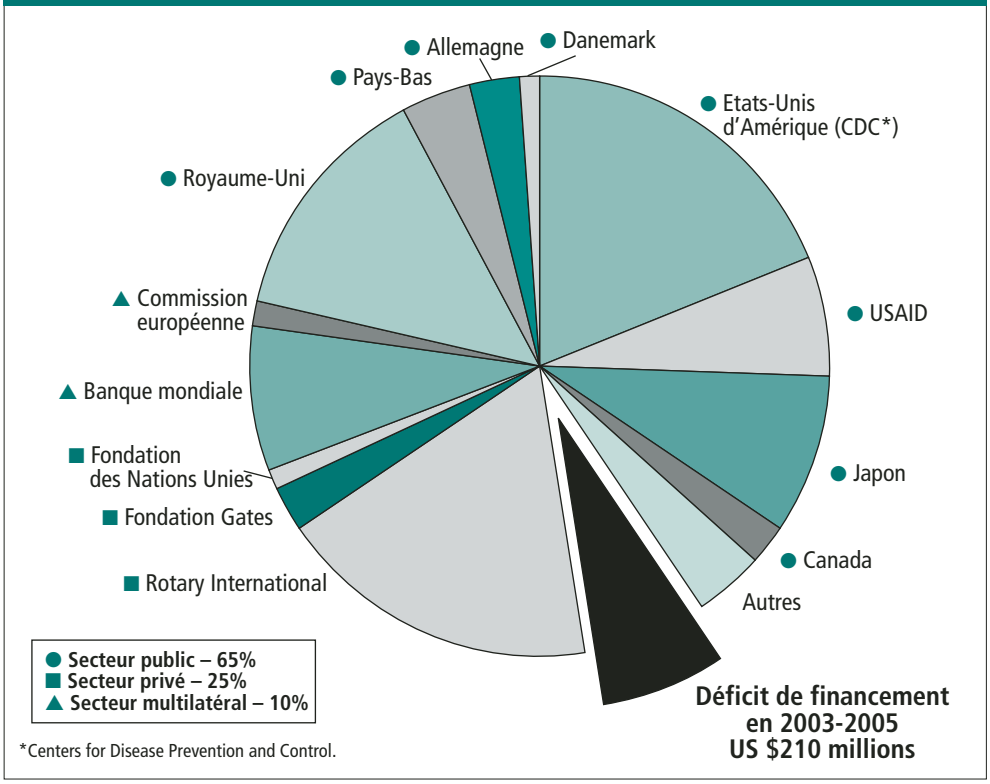
Les investigations entreprises au sujet de l'épidémie de 2002 montrent que la trop faible couverture des vaccinations systématiques associée à une insuffisance de la portée, du nombre et de la qualité des campagnes antipoliomyélitiques a entraîné une rapide augmentation du nombre d'enfants sensibles, particulièrement dans l'état de l'Uttar Pradesh. Pour remédier à cette situation, on a nettement intensifié la surveillance des opérations, porté à six par an le nombre de campagnes antipoliomyélitiques et renouvelé les efforts pour atteindre les enfants des minorités ethniques. En conséquence, la poliomyélite avait atteint à la fin de septembre 2003 le plus bas niveau jamais enregistré (132 cas) et l'on pouvait de nouveau entrevoir la réelle possibilité d'une élimination définitive de ce fléau dans l'Asie du Sud-Est d'ici à 2005.

L'engagement des responsables politiques de haut niveau a eu d'autres effets bénéfiques qui sont souvent étonnants. En avril 1995, les dirigeants de 18 pays d'Asie, d'Europe et de la Région de la Méditerranée orientale, reconnaissant que le virus poliomyélitique ignorait les frontières, ont commencé à coordonner la vaccination antipoliomyélitique de 56 millions d'enfants. Des actions du même genre ont été conduites en Afrique, où des pays comme le Gabon, mais aussi des pays en proie à des conflits comme l'Angola, la République démocratique du Congo et la République du Congo, ont, à partir de juillet 2001, synchronisé trois séries de JNV portant sur 15 millions d'enfants. Tout au long des 15 années écoulées, des pays comme l'Afghanistan, l'Angola, la Sierra Leone et le Sri Lanka ont vu leurs belligérants déposer les armes pour participer à des « journées de tranquillité », permettant ainsi aux enfants d'être vaccinés contre la poliomyélite *(7)*. Les Encadrés 4.1 et 4.2 indiquent dans le détail les progrès accomplis vers l'éradication par les pays des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est.

Trouver les financements

L'image que Sabin se faisait d'un monde sans poliomyélite supposait que tous les enfants aient pu recevoir leurs doses de VPO, ce qui impliquait des moyens financiers importants et des contributions en nature émanant de sources nationales et internationales. Pour dégager et gérer de telles ressources, le partenariat a mis au point tout un ensemble de stratégies et de mécanismes. En l'espace de 20 ans, plus de US $5 milliards ont pu être mobilisés en espèces et en nature pour le compte des activités d'éradication de la poliomyélite, ce qui témoigne du succès de la méthode *(8)*. Si la majeure partie de ces fonds a été consacrée à des activités de

Figure 4.2 Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite: soutien financier entre 1988 et 2005



durée limitée, une proportion non négligeable a tout de même été allouée au renforcement de la vaccination systématique et de la surveillance.

Quel que soit le pays, la part des dépenses couverte par des fonds d'origine nationale ou internationale est en corrélation très étroite avec le niveau de revenu et la capacité du service de santé. En Chine, par exemple, on estime que plus de 95 % des coûts ont été supportés par le pays lui-même. Même dans les pays les plus pauvres, comme la Somalie, où il n'existe pratiquement pas de véritable système de santé, la communauté prend à sa charge 25 à 50 % du coût effectif des JNV sous la forme de contributions en nature. En raison de la diversité des communautés, des gouvernements et des partenaires participant à la mise en œuvre des activités antipoliomyélitiques, il est impossible de déterminer avec exactitude à combien se monte l'ensemble des contributions en espèces et en nature. Toutefois, une estimation prudente basée sur le temps consacré par les bénévoles et les agents de santé aux JNV – la stratégie la plus consommatrice de main-d'œuvre – donne à penser que sur les plus de US $5 milliards dépensés au titre de l'initiative, au moins US $2,35 milliards auront été pris en charge par les pays d'endémie poliomyélitique, uniquement en heures de bénévolat, entre 1988 et 2005 *(8)*. D'autres sources de financement ont été trouvées au niveau du pays, des Etats ou provinces, des districts et des collectivités locales pour couvrir le coût de l'essence, de la mobilisation sociale, de la formation et autres.

Les sources extérieures de financement auront fourni au moins US $3 milliards pour aider les pays d'endémie à couvrir le coût de l'éradication de la poliomyélite. Sur plus de 100 donateurs qui se sont manifestés jusqu'ici, 26 auront apporté plus de US $1 million sur toute la durée de l'initiative, et 12 au moins US $25 millions (voir la Figure 4.2). L'une des grandes forces de l'initiative contre la poliomyélite tient au fait qu'elle repose sur un solide partenariat regroupant un certain nombre de donateurs qui ne sont pas des habitués de l'aide au développement, comme le Rotary International, par exemple (voir l'Encadré 4.3). Du fait que les budgets sont établis et les ressources gérées au niveau des pays avec, en outre, un suivi centralisé des besoins et des flux financiers, le programme est en mesure de s'adapter aux exigences des donateurs et des bénéficiaires, tout en utilisant plus judicieusement les fonds disponibles. Malgré les insuffisances de leur infrastructure, de nombreux pays à revenu faible ou moyen se sont indiscutablement montrés tout à fait capables d'utiliser les moyens mis à leur disposition et d'obtenir rapidement des résultats concrets sur le plan sanitaire.

La coordination internationale de l'action sensibilisatrice et de la gestion des ressources a certes été très fructueuse mais, ce qui est le plus remarquable eu égard au financement de

Encadré 4.3 Partenariat public-privé pour l'éradication de la poliomyélite

Le Rotary international est l'un des quatre principaux partenaires de l'initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, ayant fait sienne la notion d'effort mondial avant même que l'Assemblée mondiale de la Santé ait adopté sa résolution sur ce sujet en 1988. En 1985, le Rotary a annoncé son engagement en faveur de l'objectif international sanitaire d'un monde indemne de poliomyélite en 2005, date de son centenaire.

Des Rotariens de plus de 160 pays ont accepté de consacrer une partie de leur temps à aider les ministères de la santé des zones d'endémie à exécuter notamment la distribution des vaccins antipoliomyélitiques, le transport des agents de santé, la fourniture du matériel essentiel et la mobilisation communautaire. Dans les pays indemnes de poliomyélite, les Rotariens ont constamment souligné l'importance de l'éradication de la poliomyélite en organisant des campagnes de sensibilisation et d'information du public.

Le Rotary international a apporté à l'éradication de la poliomyélite un soutien financier d'une importance sans précédent. En 2005, le financement direct émanant du Rotary depuis 1988 aura atteint plus de US $500 millions, soit 20 % du financement extérieur total de toute l'initiative. En outre, le Rotary a été au centre d'une opération de sensibilisation interinstitutions qui a permis de recueillir US $2,4 millions à titre de financement extérieur additionnel auprès de gouvernements donateurs, de fondations, de banques de développement et du secteur privé.

Le Rotary international a fait campagne auprès de dirigeants politiques clés des pays d'endémie et des pays indemnes de poliomyélite pour les faire participer activement au programme. Cette sensibilisation de haut niveau assurée de façon suivie par un partenaire du secteur privé a permis qu'une attention particulière soit accordée dans le monde entier à l'éradication de la poliomyélite, malgré la concurrence de nombreuses autres priorités.

cette initiative pour l'éradication de la poliomyélite, c'est l'effort non négligeable que les pays et les communautés d'endémie ont eux-mêmes consenti pour que leurs enfants soient partie prenante à ce grand dessein d'un monde délivré de la poliomyélite.

Trouver le personnel

Si un ferme engagement politique et des moyens importants en espèces et en nature sont essentiels pour assurer le succès de l'initiative contre la poliomyélite, ils ne sont toutefois pas suffisants car il faut en effet disposer d'assez de personnel pour mettre en œuvre les stratégies d'éradication partout dans le monde. Dans les pays à revenu élevé ou moyennement élevé, le système de santé en avait les moyens, mais les insuffisances considérables d'un secteur capital, celui du personnel sanitaire, dont souffraient surtout les pays à revenu faible et moyennement faible, menaçaient de faire capoter toute l'entreprise au niveau mondial.

L'effectif, la composition et la répartition du personnel nécessaire à l'élimination de la poliomyélite dans les pays se sont révélés différents selon la stratégie retenue. Parmi ces stratégies, les plus gourmandes en personnel étaient celles qui comportaient des vaccinations supplémentaires massives dans un laps de temps limité, comme les JNV et les campagnes de « ratissage ». Les plus exigeantes sur le plan des compétences étaient celles qui nécessitaient la surveillance permanente de la maladie ainsi que des examens de laboratoire. Les personnels nécessaires à la mise en œuvre de ces deux types de stratégies étant très divers, ils n'ont généralement pas été recrutés de la même manière.

Les JNV ont nécessité un personnel extrêmement nombreux. Comme on l'a vu plus haut, quelque 10 millions de bénévoles et d'agents de santé ont procédé à la vaccination de 575 millions d'enfants au cours des campagnes d'éradication de 2001. Face à la nécessité de compenser le déséquilibre entre le nombre des vaccinateurs dûment formés existant dans un pays donné et l'effectif nécessaire lors des journées nationales de vaccination, deux caractéristiques de ces JNV se sont révélées d'une importance capitale. La première tient à ce qu'au cours d'une JNV, on se contente d'administrer 2 gouttes de VPO puis d'enregistrer le nombre d'enfants vaccinés, d'où la possibilité de prendre des bénévoles dans la communauté et de leur apprendre en 1 à 2 heures à assumer cette tâche sans prendre de risque. La seconde est en rapport avec la brièveté de ces journées, qui facilite la participation des bénévoles et permet aux ministères, aux organisations non gouvernementales et aux partenaires du secteur privé d'assumer le coût d'opportunité correspondant à la participation de certains membres de leur personnel. Il résulte de tout cela que, pour les autorités nationales et infranationales comme pour les différents partenaires de l'initiative, le principal problème a été de mobiliser, de former, d'équiper et de gérer tout ce personnel. Etant donné l'ampleur de cette mobilisation, on s'est attaché à profiter des JNV pour effectuer d'autres types d'interventions lorsque les conditions permettaient de le faire sans risque: on estime ainsi avoir évité la mort de 1,25 million d'enfants en procédant à une supplémentation en vitamine A lors des JNV *(9)*.

La surveillance de grande qualité, nécessaire à l'organisation des vaccinations supplémentaires et au contrôle de leur résultat, exigeait un autre genre de personnel, en nombre beaucoup plus restreint que pour les JNV, mais disposant en revanche de compétences beaucoup plus pointues lui permettant d'identifier, de notifier et d'étudier les cas de PFA et de prendre les mesures adéquates *(4)*. En outre, il fallait que ce personnel soit disponible en permanence. Le partenariat s'est donc attaché, aux côtés des autorités nationales, à étendre et à renforcer chaque fois que possible l'infrastructure nationale de surveillance existante. Lorsque cette infrastructure n'était pas en état de fonctionner, les partenaires de l'initiative ont prêté leur concours aux autorités nationales pour mettre sur pied un système fonctionnel de surveillance de la PFA. Quel que soit le pays, la stratégie mise en œuvre pour faire face à cette pénurie de

personnel dépendait plus généralement de la stratégie nationale de renforcement des services de santé. Dans certains pays, le personnel de surveillance était payé par l'administration, les dépenses de fonctionnement concernant notamment les véhicules et le matériel étant couvertes par des fonds internationaux. Dans d'autres, le personnel rétribué sur des fonds publics percevait un supplément de salaire accordé par les partenaires de l'initiative, cette mesure s'inscrivant dans le cadre de la politique menée par le gouvernement pour retenir le personnel très qualifié. Dans d'autres encore, le système de surveillance établi par l'OMS et les pouvoirs publics était géré conjointement par les deux parties. Le personnel national et international recruté et mis en place par l'OMS pour apporter une assistance technique et, le cas échéant, effectuer certaines tâches de surveillance dans les régions les moins bien pourvues, a représenté un effectif de près de 1500 personnes.

En associant ainsi différentes stratégies et méthodes pour faire face à la pénurie de personnel, on a pu administrer le VPO à la presque totalité des enfants du monde et les faire également bénéficier d'autres mesures sanitaires – comme la supplémentation en vitamine A – indépendamment de toute considération tenant à leur situation socio-économique, à leur religion, à leur appartenance à une minorité, à leur lieu de résidence ou à un éventuel état de guerre. De plus, les systèmes de surveillance et les moyens de laboratoire couvrent désormais véritablement l'ensemble de la planète de sorte qu'on est en mesure d'identifier et de combattre sans délai une flambée de poliomyélite ou de toute autre maladie importante au plan de la santé publique, comme la rougeole, le tétanos néonatal, la méningite, le choléra et la fièvre jaune, selon le pays en cause *(10)*. Dans la Région du Pacifique occidental, la communauté a pu mettre ces moyens à contribution pour faire face aux flambées de SRAS qui ont éclaté en 2002-2003.

Vers un avenir sans poliomyélite

Grâce une action énergique, mûrement réfléchie et coordonnée au niveau international, la poliomyélite qui faisait des ravages dans le monde entier est désormais confinée à sept pays. Pour en tirer tout le parti possible, un effort important est encore nécessaire de manière à interrompre les dernières chaînes de transmission, reconnaître officiellement ce résultat et réduire au minimum le risque d'une réapparition de la maladie. Tous ces défis à relever constituent les principaux objectifs du Plan stratégique d'éradication de la poliomyélite pour 2004-2008.

En premier lieu, il faut interrompre les dernières chaînes de transmission de la poliomyélite qui subsistent encore dans ces sept pays. Un effort particulier est nécessaire en Inde, au Nigéria et au Pakistan, qui représentent actuellement 99 % de la charge mondiale de morbidité poliomyélitique et sont à l'origine des cas importés dans les régions exemptes de la maladie. Cinq des 76 Etats ou provinces de ces pays sont d'une importance capitale pour l'éradication mondiale; si, dans chacun d'entre eux, les responsables politiques de haut niveau s'engagent à superviser, dans la durée et la transparence, l'organisation de JNV de bonne qualité, tous les enfants pourront être rapidement vaccinés et la transmission de la poliomyélite sera stoppée en l'espace de 12 mois.

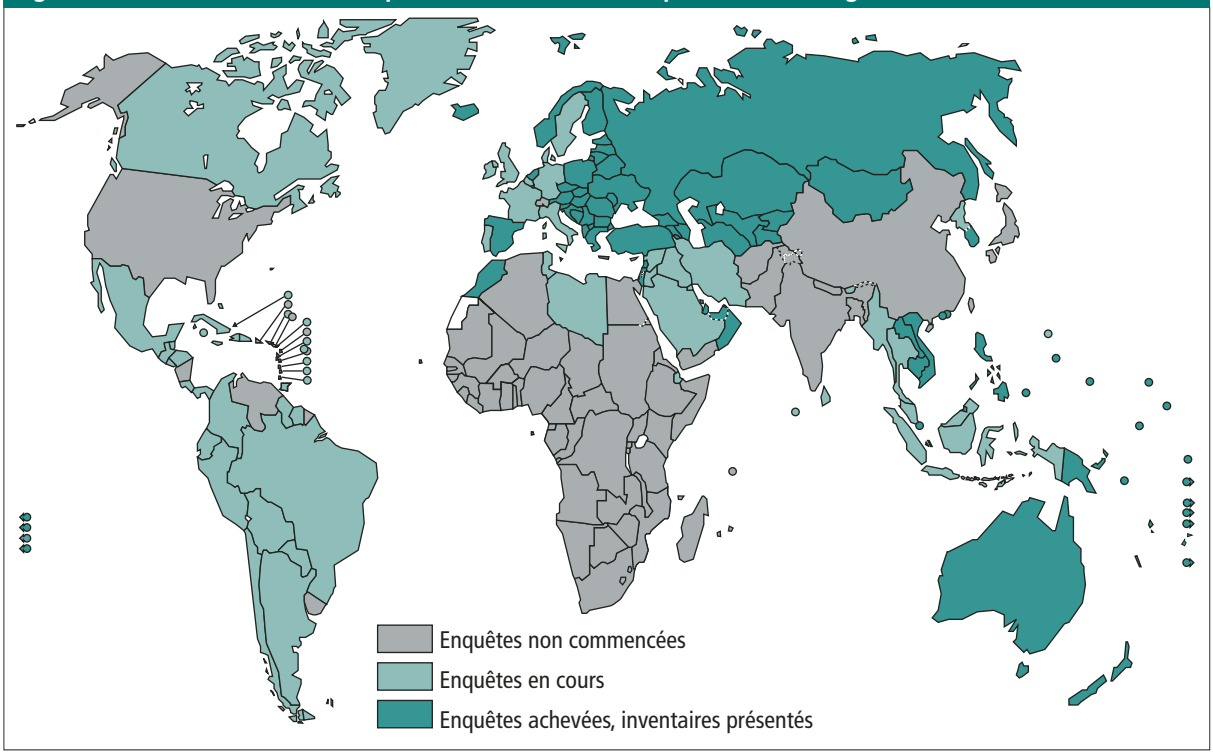
En second lieu, il faut que l'interruption dans le monde entier de la transmission du poliovirus sauvage soit vérifiée par la Commission mondiale de Certification de l'Eradication de la Poliomyélite. A cet effet, il est nécessaire que tous les pays présentent des documents qui démontrent l'absence de poliovirus circulants pendant au moins trois ans, en dépit d'une stricte surveillance, et qu'en outre tous les stocks de virus sauvages soient confinés. Pour que ce confinement soit effectif, il faut qu'un an après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, les pays aient inventorié tous les stocks de ce virus, et pris des mesures pour qu'ils soient conservés et manipulés dans des conditions de sécurité biologique appropriées (voir Figure 4.3).

En troisième lieu, une fois la certification acquise, des politiques appropriées faisant l'objet d'un accord international devront être élaborées. Elles auront pour but d'éviter tout risque de réintroduction des poliovirus sauvages et de fournir les moyens d'y faire face partout dans le monde si un tel événement venait à se produire. De telles politiques devront donc être mises sur pied dans quatre domaines: dépistage et notification des cas de poliomyélite, confinement biologique de longue durée de *toutes* les souches de poliovirus (c'est-à-dire les souches sauvages et les souches vaccinales), stocks de vaccin antipoliomyélitique et vaccination systématique *(11)*. Pour un certain nombre de raisons, l'élaboration de ces politiques sera encore plus complexe que dans le cas de la variole. On sait désormais que le risque, pour des poliovirus d'origine vaccinale, de retrouver leur virulence et de provoquer des flambées, est infime. D'un autre côté, la menace que constitue le terrorisme international rend les décideurs sensiblement plus hésitants quant à l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique systématique dans un proche avenir, malgré ses avantages sur le plan économique. En raison de la complexité de ces questions, de larges consultations avec les gouvernements et les différents partenaires dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé et d'autres tribunes viendront compléter la recherche en cours à partir de 2004 *(11)*.

Extension des prestations de services sanitaires

A ce jour, la plus grande réussite de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite tient au fait qu'elle est en mesure d'assurer un service sanitaire de base à pratiquement toutes les populations de la planète, en dehors de toute considération touchant la situation géographique, la religion, un état de guerre éventuel ou même l'efficacité du système de santé. Ce passage des prestations de services à l'échelle supérieure de manière à donner leur plein effet aux stratégies d'éradication est maintenant l'un des meilleurs atouts du programme. Ce que l'on reproche sans doute le plus souvent, si ce n'est injustement, au très remarquable programme

Figure 4.3 Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, février 2003



d'éradication de la variole, c'est de ne pas avoir laissé derrière lui une infrastructure suffisante pour s'attaquer aux autres maladies. A la vérité, si l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite laisse quelque chose derrière elle, ce sera dans la mesure où les leçons tirées de cette expérience auront été prises en compte pour l'extension des autres services de santé.

L'engagement politique ainsi qu'un système de gestion et de financement fondé sur le partenariat sont certes essentiels à l'extension des services de santé, mais ils se sont révélés insuffisants lorsque les systèmes de santé n'étaient pas à la hauteur. En pareil cas, on n'a pu passer à l'échelle supérieure qu'après avoir remédié aux insuffisances fondamentales de ces systèmes. A l'échelon central, la mise en place, au niveau régional ou national, d'instances techniques conjointes nationales et internationales à caractère consultatif, a facilité le processus décisionnel. Une fois les politiques décidées, une assistance technique internationale substantielle a permis aux pays de se doter des moyens d'exprimer ces politiques sous la forme de directives et de procédures locales, tout en aidant les administrations nationales à relancer leur mise en œuvre. Au niveau infranational, ces fonctions ont été confiées à du personnel national formé ou recruté à cet effet. En règle générale, on a adopté une approche très pragmatique pour la rémunération du travail. On a jugé particulièrement important de mettre en place au niveau national un système permettant de contrôler la mise en œuvre de la stratégie et d'en évaluer les résultats à tous les niveaux, en utilisant à cet effet des indicateurs de performance classiques et robustes pour tous les éléments du programme: collecte des échantillons de selles, dépense par enfant vacciné, etc.

En ce qui concerne les prestations de services, la principale difficulté tenait au fait qu'après avoir suscité une demande de vaccination antipoliomyélitique, il fallait être en mesure de la satisfaire. En fait, susciter cette demande n'a en général posé de réels problèmes qu'en milieu urbain; en milieu rural, le simple fait de disposer de ce service a suffit à faire naître la demande, et ce sera sans doute aussi le cas pour d'autres besoins urgents, comme le traitement de l'infection à VIH. C'est, par conséquent, la mobilisation sociale qui a constitué le principal défi à relever en milieu urbain au niveau des prestations de services alors que, dans les campagnes, c'est la logistique qui a posé le plus de problèmes. En effet, pour mobiliser les habitants des villes, il a fallu faire très largement appel à la radio et à la télévision pour diffuser des messages soigneusement testés, délivrés par des porte-parole appropriés. En milieu rural, c'est sur l'identification et l'engagement des chefs traditionnels et des responsables communautaires que reposait la nécessaire communication interpersonnelle. Les problèmes logistiques posés par la délivrance effective du vaccin oral dans les agglomérations urbaines ont souvent pu être résolus par les services de santé officiels, aidés par des paramédicaux ou des étudiants. En milieu rural, il y avait de telles lacunes dans le fonctionnement du système de santé qu'il a fallu faire intervenir des bénévoles dans presque toutes les activités du programme: aller chercher les vaccins au dépôt, vacciner les enfants, remplir les feuilles de pointage, préparer les comptes rendus, etc.

Si l'importance de tous ces éléments est partout largement reconnue, il faut admettre que ce qui a fait la force de l'initiative, c'est d'avoir été capable de traiter tous ces problèmes simultanément aux niveaux international, national et périphérique. Elle n'y est toutefois parvenue qu'en déployant un nombreux personnel technique et administratif dans les zones où les systèmes de santé présentaient le plus de faiblesses; son effectif total s'est monté à près de 3000 personnes en 2001, dont 80 % dans seulement 15 pays.

Beaucoup des nouvelles initiatives internationales de lutte contre les maladies, comme celles qui sont axées sur les maladies évitables par la vaccination, le SIDA, la tuberculose ou le paludisme, ont à procéder à des interventions sanitaires plus complexes que la vaccination par le VPO. Cependant, elles pourront s'inspirer de ce qu'a fait l'initiative d'éradication mondiale de la poliomyélite pour remédier aux insuffisances des systèmes de santé lorsqu'elles entameront l'extension des prestations de services. Pour que ces nouvelles initiatives soient

couronnées de succès, il faudra qu'une participation massive de la communauté pallie la pénurie due au manque de personnel sanitaire qualifié ou à sa répartition. Pour que la participation des bénévoles se fasse dans des conditions optimales – que ce soit pour distribuer des moustiquaires, transmettre des messages éducatifs au sujet du VIH, ou encore distribuer des médicaments et veiller à ce qu'ils soient effectivement utilisés –, il faudra mettre en place des circuits d'approvisionnement permettant à chaque communauté de disposer des moyens nécessaires dans des délais prévisibles, même si les dotations sont intermittentes.

Si l'on veut tirer le meilleur parti possible de l'infrastructure, de l'expérience et des enseignements de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, il faudra qu'elle soit plus étroitement associée aux nouveaux programmes de manière à offrir un accès plus large à ces importantes interventions sanitaires. L'OMS s'est résolument engagée à renforcer cette association au profit de tous les peuples et à conduire ses nouvelles actions sanitaires aussi hardiment que l'a fait Cuba, lorsqu'elle a rapidement étendu à tout son territoire la distribution du VPO.

Les progrès accomplis dans l'éradication de cette maladie invalidante montrent à l'évidence qu'en s'appuyant sur de solides partenariats internationaux, les gouvernements des pays sont capables d'assurer la direction politique des opérations, d'en assurer le financement et de trouver le personnel nécessaire pour faire bénéficier toute leur population des interventions sanitaires. Le succès final de l'éradication de la poliomyélite n'est toutefois pas assuré; ceux qui en détiennent désormais la clé sont un certain nombre de dirigeants de quelques rares pays d'endémie qui doivent veiller à ce que tous leurs enfants soient vaccinés, mais aussi les responsables politiques des pays riches, qui doivent passer de la parole aux actes et combler le déficit financier de ces activités. Si le monde parvient à relever ces défis, il aura créé une situation sanitaire générale favorable dont bénéficieront tous les enfants, peut-être pour toujours.

On a pu suivre dans ce chapitre la longue lutte difficilement menée contre l'une des plus anciennes maladies de l'humanité. Le chapitre 5 est le récit d'un bref mais mortel face-à-face avec l'une des plus récentes menaces pesant sur la santé du monde: le SRAS. On y verra comment une victoire capitale a été remportée et quels enseignements en tirer pour l'avenir.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite, 2002. *Relevé épidémiologique hebdomadaire,* 2003, 78:138–144.
2. *Rapport du Secrétaire général. Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire.* New York, N.Y., Nations Unies, 2001 (document A/56/326 de l'Assemblée générale des Nations Unies).
3. *Eradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1988 (Résolution WHA41.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé).
4. de Quadros CA et al. Eradication of poliomyelitis: progress in the Americas. *Pediatric Infectious Disease Journal,* 1991, 10:222–229.
5. *Déclaration de Yaoundé pour une Afrique libérée de la poliomyelite.* Yaoundé (Cameroun), Union africaine (précédemment Organisation de l'Unité Africaine), 1996 (Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement, Résolution AHG/Decl.1 (XXXII)).
6. *Plan d' Action du G8.* Ottawa (Canada), Gouvernement du Canada, 2002 (http://www.g8.gc.ca/2002Kananaskis/afraction-fr.asp, consulté le 18 août 2003).
7. Bush K. La poliomyélite entre la guerre et la paix. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* Recueil d'articles, 2000, 3:76–77.
8. Aylward RB et al. Producing a global public good: polio eradication. *In:* Beaglehole R, Smith R. *Global public goods for health*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2003:33–53.
9. Ching P et al. The impact of vitamin A supplements delivered with immunization campaigns. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1526–1529.
10. Nsubuga P et al. Polio eradication initiative in Africa: influence on other infectious disease surveillance development. *BMC Public Health*, 2002, 2:27.
11. *Report of the 8th Meeting of the Technical Consultative Group (TCG) on the Global Eradication of Poliomyelitis, Geneva, 24–25 April 2003.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (document WHO/V&B/03.13; http://www.who.int/vaccines-documents/docsPDF03/www754.pdf, consulté le 7 octobre 2003).

Chapitre cinq

SRAS:

les leçons tirées d'une nouvelle maladie

Depuis une vingtaine d'années, de nouvelles maladies apparaissent à la cadence accélérée d'une par an, tendance qui va très certainement se poursuivre. Le SRAS, qui a fait une entrée soudaine et meurtrière sur la scène internationale au début de 2003, est sans doute celle qui a le plus frappé les esprits. L'un des plus grands succès de ces dernières années dans le domaine de la santé publique est d'avoir réussi à l'endiguer rapidement. Mais quelle est la part du hasard et de la science dans ce succès? A-t-on évité de près une catastrophe sanitaire internationale? Qu'est-ce qui a fait pencher la balance? La riposte internationale au SRAS façonnera les stratégies qui seront appliquées à l'avenir pour lutter contre les épidémies de maladies infectieuses.

5 SRAS: les leçons tirées d'une nouvelle maladie

Le succès de la lutte quotidienne engagée contre la flambée épidémique de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) représente une grande victoire pour la collaboration en santé publique. Les grandes leçons tirées de cette expérience seront d'une aide inestimable pour guider à l'avenir la lutte contre les maladies infectieuses et se préparer à l'arrivée soudaine d'une nouvelle maladie. Premièrement, il est indispensable de signaler rapidement et de façon transparente tout cas d'une maladie susceptible de se propager au niveau international dans un monde interdépendant et très mobile. Deuxièmement, des alertes sanitaires mondiales déclenchées en temps utile peuvent éviter que des cas importés ne provoquent d'importantes flambées dans des zones jusque-là indemnes. Troisièmement, des recommandations pour les voyages prévoyant des mesures de dépistage dans les aéroports contribuent à freiner la propagation internationale d'une nouvelle infection. Quatrièmement, grâce aux moyens de communication électroniques, les meilleurs scientifiques, cliniciens et experts de la santé publique peuvent collaborer entre eux en vue d'établir rapidement les bases scientifiques sur lesquelles fonder les mesures de lutte. Cinquièmement, les lacunes des systèmes de santé contribuent dans une large mesure à la propagation des infections nouvelles. Sixièmement, une épidémie peut être endiguée même en l'absence d'un médicament ou d'un vaccin efficaces si les interventions sont adaptées aux circonstances et s'appuient sur un engagement politique. Enfin, la communication sur les risques des infections nouvelles et émergentes est une tâche très délicate; il est indispensable de donner au public des informations aussi exactes que possible et sans aucune ambiguïté. L'OMS met ces leçons à profit à tous les échelons pour intensifier son action face à la situation d'urgence créée par le VIH/SIDA.

Les premiers cas

Le 12 mars 2003, l'OMS a alerté la communauté internationale après avoir appris qu'une maladie respiratoire sévère de cause indéterminée se propageait rapidement au sein du personnel hospitalier dans la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et au Viet Nam. Quand, dans les deux jours qui ont suivi, des hôpitaux de Singapour et de Toronto (Canada) ont signalé des patients présentant des signes et symptômes similaires, il est apparu que la maladie se répandait également au niveau international par les principales voies aériennes. Le risque de propagation du virus dans le reste du monde par les transports aériens a d'ailleurs été clairement illustré dès le 15 mars. Le responsable des opérations d'alerte et d'action de l'OMS en cas d'épidémie a été réveillé au petit matin par un appel des autorités sanitaires de Singapour. Un médecin qui avait soigné les premiers cas de pneumonie atypique dans ce pays avait déclaré souffrir de symptômes similaires peu de temps avant de prendre l'avion à New York pour regagner Singapour. S'étant vu demander d'intervenir, l'OMS a

averti la compagnie aérienne et les autorités sanitaires en Allemagne, où le vol devait faire escale. Le médecin et sa femme sont descendus d'avion à Francfort, où ils ont été immédiatement hospitalisés et isolés. Ce furent les deux premiers cas en Europe. Au vu des circonstances, l'OMS a émis le jour même un deuxième avis d'alerte incitant à la plus grande vigilance. Elle a défini le cas, donné des conseils aux voyageurs qui développeraient des symptômes similaires et baptisé la nouvelle maladie syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). La flambée mondiale de SRAS a commencé à inquiéter sérieusement l'opinion internationale et est restée au centre des préoccupations pendant près de quatre mois.

Origines et propagation au niveau international

Le SRAS, infection humaine récemment identifiée, est provoqué par un coronavirus différent de tout autre virus humain ou animal de la même famille. Bien que l'analyse des données épidémiologiques recueillies sur les différents sites touchés ne soit pas encore terminée, il a été possible, maintenant qu'on connaît l'issue de la plupart des cas, de déterminer le taux global de létalité. Il est proche de 11 %, mais ce chiffre est très supérieur chez les personnes âgées. La transmission s'effectue principalement de personne à personne par l'exposition à des gouttelettes libérées par la toux ou les éternuements, ou par contact avec les liquides organiques lors de certains actes médicaux. Il semblerait que la contamination de l'environnement par l'excrétion fécale du virus joue un rôle dans la transmission de la maladie puisqu'à la fin du mois de mars, plus de 300 résidents d'un immeuble de Hong Kong où le système d'évacuation des eaux usées était défectueux ont été infectés presque simultanément. Il n'existe actuellement aucun vaccin, aucun traitement curatif, ni aucun test diagnostique extemporané fiable, bien qu'aient été mis au point des tests sérologiques qui peuvent confirmer de manière fiable une infection passée sur les sérums en phase aiguë et en phase de convalescence. Le traitement du SRAS est symptomatique et les stratégies de lutte reposent sur des interventions épidémiologiques classiques: identification des sujets correspondant à la définition du cas, isolement, lutte anti-infectieuse, recherche des contacts, surveillance active des contacts et recommandations aux voyageurs fondées sur des bases factuelles. Malgré les contraintes et les perturbations sociales qu'elles entraînent, en particulier lorsqu'un grand nombre de personnes sont mises en quarantaine, ces mesures classiques, appuyées par l'engagement des hautes instances politiques, se sont révélées suffisamment efficaces pour juguler l'épidémie mondiale en un peu moins de quatre mois après la première alerte.

On pense aujourd'hui que les premiers cas de SRAS sont apparus à la mi-novembre 2002 dans la province du Guangdong, dans le sud de la Chine. L'analyse rétrospective des dossiers médicaux, encore inachevée, met en évidence des petits groupes de cas, tous rattachés à un cas initial différent, qui sont survenus indépendamment les uns des autres dans au moins sept municipalités, le premier cas ayant été observé le 16 novembre 2002 à Foshan et le plus grand nombre de cas ayant été enregistré dans la ville de Guangzhou. L'analyse ne révèle aucun lien entre les cas initiaux des différents groupes. Des cas sans antécédents connus d'exposition se sont également produits *(1, 2)*. Les premières études réalisées en collaboration dans le Guangdong ont mis en évidence un virus presque identique au coronavirus du SRAS chez deux espèces animales d'élevage, la civette des palmiers et le chien viverrin, vendus vivants sur les marchés de la province, ce qui incite à penser que ces animaux jouent peut-être un rôle dans la transmission du virus à l'homme.

Après la phase initiale de la flambée du Guangdong, caractérisée par de petits groupes de cas indépendants et par des cas sporadiques, le nombre de cas a fortement augmenté pendant la première semaine de février 2003, vraisemblablement à la suite d'une amplification parmi le personnel soignant lors des hospitalisations. Il a progressivement diminué par la suite. Au total, quel-

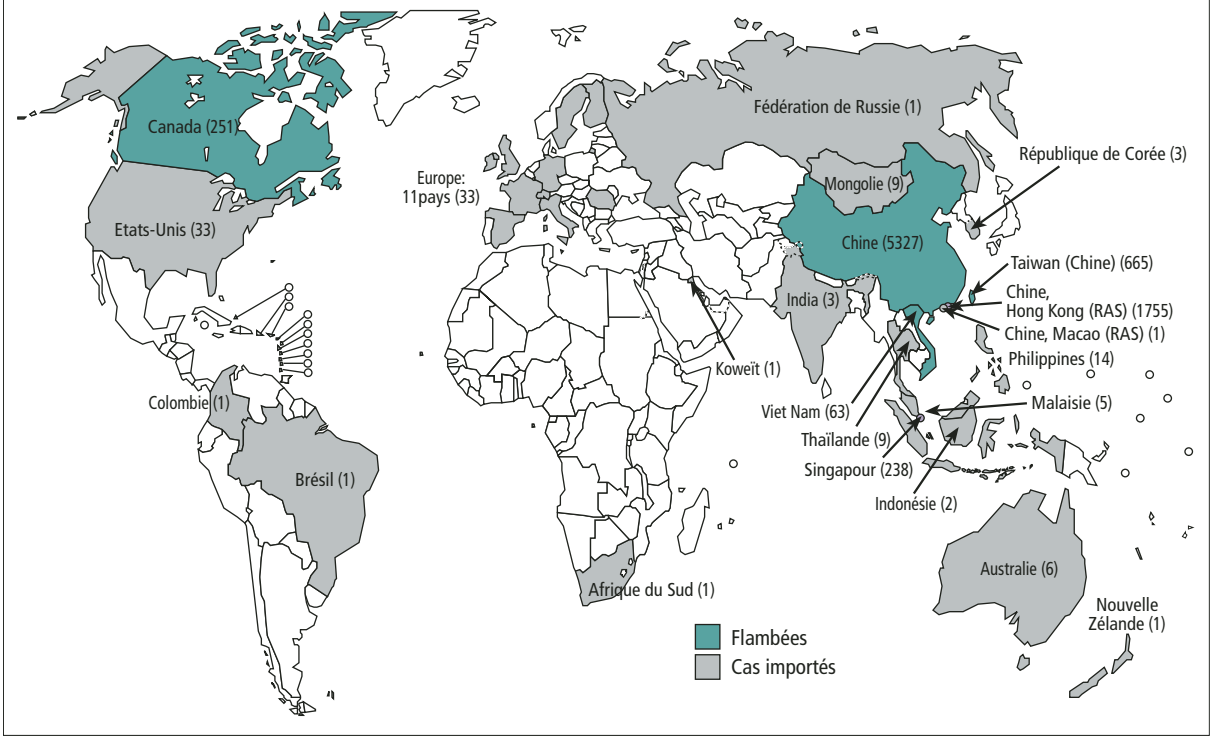
que 1512 cas cliniquement confirmés se sont produits pendant la flambée du Guangdong, dont 27 % parmi le personnel soignant des hôpitaux de ville *(1-3)*. Le même scénario s'est répété quand la maladie a gagné d'autres régions de la Chine, puis d'autres pays: apparition dans les zones urbaines avec concentration des cas dans les hôpitaux et amplification parmi le personnel hospitalier.

Le premier cas de SRAS en dehors de la Chine a été signalé le 21 février 2003, après qu'un médecin qui avait soigné des malades à Guangzhou et qui souffrait lui-même de symptômes respiratoires eut passé une nuit dans un hôtel de Hong Kong. Par contact supposé, selon un mécanisme qui n'est pas encore complètement élucidé, il a transmis le SRAS à au moins 16 autres personnes qui se trouvaient toutes au même étage de l'hôtel. Celles-ci ont ensuite propagé le virus quand elles ont été hospitalisées sur place ou ont poursuivi leur route vers Singapour, Toronto et le Viet Nam. C'est ainsi qu'a débuté une épidémie internationale qui a fini par toucher 30 pays. La Figure 5.1 montre la distribution des 8422 cas et 916 décès recensés le 7 août 2003.

Détection et riposte

Lorsque le deuxième avis d'alerte a été émis le 15 mars 2003, la cause du SRAS était encore inconnue. Les cas étaient concentrés parmi le personnel hospitalier et ne réagissaient pas aux médicaments à l'efficacité avérée contre plusieurs infections pulmonaires. L'état de nombreux malades évoluait rapidement vers une pneumonie sévère. La situation était inquiétante: aucun malade ne s'était rétabli, même parmi les agents de santé jeunes et jusque-là bien portants. Beaucoup étaient dans un état grave, plusieurs étaient sous assistance respiratoire et deux avaient succombé. Le virus s'étant répandu dans différentes grandes villes du monde, toutes les villes ayant un aéroport international étaient exposées au risque d'importation de cas.

Figure 5.1 Cas probables de SRAS dans le monde au 7 août 2003



L'objectif de l'OMS était clair dès le départ: mettre un terme à la propagation internationale et interrompre la transmission inter-humaine par une action d'ampleur mondiale et, ce faisant, empêcher autant que possible la maladie de devenir endémique (voir l'Encadré 5.1).

L'action mondiale contre le SRAS fut en fait la concrétisation d'une stratégie de détection des flambées épidémiques et d'intervention mise au point par l'OMS et ses partenaires au cours des sept années précédentes, en partie pour remédier aux importantes lacunes mises en lumière par la flambée de fièvre à virus Ebola en République démocratique du Congo en 1995 et par des épidémies de peste en Inde, et de choléra en Amérique latine. La riposte au SRAS a reposé sur la collaboration entre les plus grands spécialistes de la santé publique et experts de laboratoire et a su exploiter les moyens de communication modernes, y compris l'Internet, les conférences par téléphone et les vidéoconférences.

Deux grands partenaires du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie, réseau électronique d'experts et d'instituts officiellement créé au début de l'an 2000, ont contribué à la détection de la flambée de SRAS. Le premier est le réseau mondial de renseignements en santé publique, moteur de recherche d'application mondiale mis au point au Canada et utilisé par l'OMS depuis 1997, qui cherche systématiquement des mots clés en sept langues pour repérer les indices éventuels de flambées épidémiques. Tout au long de l'épidémie, il a fourni à l'OMS les données brutes qui lui ont permis de donner des informations récentes et de grande qualité sur les signes d'une propagation de la maladie dans des zones encore indemnes. Le deuxième partenaire était le réseau OMS de 110 laboratoires situés dans 84 pays qui tient le monde entier et les fabricants de vaccins en particulier continuellement informés des souches de virus grippal en circulation pour qu'il soit possible chaque année de fabriquer un vaccin efficace contre la grippe.

Encadré 5.1 Réaction à l'épidémie de SRAS dans la Région du Pacifique occidental

Plus de 95 % des cas de SRAS sont survenus dans la Région du Pacifique occidental. A titre de première mesure d'urgence, une équipe de préparation et de réaction aux épidémies de SRAS, composée d'experts internationaux, a été mise en place au Bureau régional. Ses principaux objectifs étaient les suivants:

- endiguer et maîtriser les flambées épidémiques;
- épauler l'infrastructure des soins de santé dans les pays atteints;
- offrir des conseils et une aide pour permettre aux pays vulnérables de se préparer à une arrivée éventuelle du virus;
- communiquer les informations les plus récentes aux officiels de la santé et répondre aux questions du grand public.

Des équipes d'épidémiologistes et d'experts de la lutte contre les infections ont été dépêchées en Chine, notamment dans la Région administrative spéciale de Hong Kong ainsi qu'aux Philippines, à Singapour, au Viet Nam et dans tout le Pacifique Sud pour former le personnel soignant aux procédures de lutte contre l'infection et pour les préparer à une arrivée éventuelle de la maladie. On a mis au point des guides pratiques et des matériels de formation à la lutte contre l'infection et à la préparation aux situations d'urgence, et la première version du guide de préparation aux situations d'urgence a été publiée au début d'avril. Une aide et un équipement logistiques (matériel de protection individuelle, y compris les masques, matériel de collecte d'échantillons de sang et de prélèvements respiratoires et emballages approuvés sur le plan international pour l'expédition des échantillons) ont été envoyés aux pays, qu'ils soient atteints par l'infection ou non, grâce à une subvention de US $3 millions émanant du Gouvernement du Japon.

Les pays ont été classés selon trois niveaux de risque et trois niveaux de capacité à réagir à l'épidémie de SRAS pour déterminer l'ordre de priorité des bénéficiaires d'une aide de l'OMS. Celle-ci a collaboré étroitement avec les pays en vue d'une surveillance plus étroite permettant de détecter rapidement les cas et de rechercher les contacts. On a élaboré des recommandations sur l'intensification de la surveillance, la lutte contre les infections hospitalières et communautaires, les voyages internationaux, les techniques et protocoles de laboratoire et la sensibilisation du public. Pour améliorer cette dernière, des contacts étroits ont été entretenus avec les points focaux des médias nationaux et le site Web du Bureau régional du Pacifique occidental a été régulièrement mis à jour.

Un réseau de laboratoires régional a été instauré pour la mise en évidence du SRAS à l'intention des pays qui ne disposent pas de moyens de laboratoire suffisants. On a désigné à cette fin des laboratoires nationaux et régionaux de référence et organisé le transport des spécimens entre les laboratoires.

La contribution des Etats Membres est venue appuyer les efforts de l'OMS. Le Viet Nam a été le premier pays à interrompre la transmission locale du virus. D'autres ont adopté une gamme étendue de mesures comprenant l'isolement, la quarantaine à domicile et la recherche approfondie des contacts. La détermination des gouvernements de la Région du Pacifique occidentale à placer les considérations sanitaires au-dessus des préoccupations économiques a joué un rôle vital dans le succès de cette collaboration.

Le 10 février 2003, le réseau mondial de renseignements en santé publique et d'autres partenaires du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie ont relevé des informations signalant une flambée: au Guangdong, des décès avaient été enregistrés parmi le personnel soignant et des hôpitaux avaient été fermés. Le lendemain, le Gouvernement chinois a déclaré officiellement à l'OMS une flambée de maladie respiratoire qui avait débuté à la mi-novembre et causé 300 cas et cinq décès dans la province du Guangdong. Un peu plus d'une semaine après, le 19 février, le laboratoire collaborateur de Hong Kong signalait une poussée de grippe aviaire au réseau OMS de laboratoires contre la grippe. Cette flambée a été détectée lorsqu'un homme de 33 ans est mort de cause inconnue après un voyage en famille dans la province du Fujian, en Chine. Sa fille de 8 ans était décédée d'une maladie semblable pendant son séjour au Fujian et son fils de 9 ans était hospitalisé à Hong Kong pour les mêmes symptômes. Le virus de la grippe aviaire a été isolé chez ce jeune garçon et signalé au réseau de laboratoires contre la grippe. Le même virus grippal avait été identifié à Hong Kong en 1997. La lutte anti-infectieuse avait alors exigé l'abattage et l'incinération de tous les poulets vendus vivants sur les nombreux marchés; la transmission inter-humaine n'a jamais été établie.

Grâce à une vigilance redoublée, un cas précoce de SRAS a été identifié au Viet Nam le 28 février 2003. Tout en rassemblant des informations en temps réel sur cette flambée, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie a dépêché une équipe internationale de partenaires auprès des autorités vietnamiennes pour étudier la maladie, et dès le 12 mars, il disposait des premiers renseignements justifiant une alerte mondiale. C'est grâce à l'échange constant et immédiat d'informations entre gouvernements, spécialistes de la santé publique, cliniciens et scientifiques des laboratoires qu'ont pu être prises progressivement des décisions fondées sur des bases factuelles qui ont permis, au bout du compte, de maîtriser le SRAS.

Au sein du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie, 11 grands laboratoires, qui correspondaient entre eux sur un site Internet sécurisé et par téléconférences quotidiennes, ont identifié l'agent étiologique du SRAS et mis au point les premiers tests diagnostiques. Cette collaboration a servi de modèle à des groupes semblables de cliniciens et d'épidémiologistes qui, reliés entre eux par moyens électroniques, ont mis en commun leurs observations cliniques et rassemblé les données épidémiologiques indispensables pour suivre l'évolution de la flambée et évaluer l'efficacité des mesures de lutte.

L'OMS a publié un bulletin quotidien sur son site Internet pour tenir le grand public, et surtout les voyageurs informés de la situation et mettre fin aux rumeurs en donnant des informations vérifiées. Elle a également diffusé sur son site une série de directives techniques et pratiques fondées sur des bases factuelles à mesure que lui parvenaient, par l'intermédiaire des groupes d'experts reliés par réseau électronique, les dernières informations et découvertes sur la maladie.

La somme d'informations recueillies grâce à la collaboration en temps réel entre experts de la santé publique a permis d'étendre la gamme de mesures de lutte fondées sur des bases scientifiques. Il est vite apparu, par exemple, que des malades du SRAS continuaient de se déplacer d'un pays à l'autre en avion après le 15 mars et que certains d'entre eux avaient contaminé les passagers assis près d'eux. De même, les contacts des malades continuaient eux aussi à voyager et tombaient malades une fois arrivés à destination. Il a donc été recommandé aux pays victimes d'importantes flambées de contrôler les passagers en partance pour s'assurer qu'ils n'avaient pas de fièvre ni d'autres signes du SRAS et qu'ils n'avaient pas eu de contact avec des malades.

En outre, alors que la flambée se poursuivait à Hong Kong, la recherche des contacts a d'abord révélé que le SRAS se transmettait en dehors du milieu confiné des établissements de santé et semblé indiquer ensuite qu'il se transmettait aussi après exposition à un facteur présent dans l'environnement, d'où un risque supplémentaire d'exposition dans la population générale.

D'autres recommandations fondées sur des bases factuelles ont donc été formulées pour les sites où la recherche des contacts ne permettait pas de rattacher tous les cas à une chaîne de transmission, car si la maladie se répandait dans l'ensemble de la communauté, le risque pour les voyageurs et les possibilités d'exportation de cas vers d'autres pays seraient bien plus importants. Les recommandations s'adressaient aux voyageurs, auxquels il était conseillé de différer tout voyage qui ne serait pas indispensable dans des zones désignées afin d'éviter la contamination. Elles étaient également nécessaires pour mettre fin à la confusion créée par les différentes recommandations faites au niveau national et qui souvent reposaient sur des critères autres que des données épidémiologiques.

Les autorités des zones où avaient lieu les flambées ont riposté au SRAS par des campagnes d'éducation de masse et en encourageant les gens à prendre quotidiennement leur température. Des services téléphoniques spéciaux et des sites Internet ont été créés pour répondre aux questions. Des contrôles ont été instaurés dans les aéroports internationaux et aux frontières, et les mesures de lutte anti-infectieuses ont été renforcées dans les hôpitaux. Singapour a fait appel aux forces armées pour rechercher les contacts tandis que Hong Kong a adapté un système de recherche prévu au départ pour les enquêtes criminelles et a dressé la carte électronique de tous les lieux où résidaient les cas. Les autorités chinoises ont ouvert des centaines de centres pour fiévreux dans le pays afin de repérer les cas présumés de SRAS. Les chefs d'Etat et les ministres de la santé des pays de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) et de l'Association de Coopération économique Asie-Pacifique (APEC) se sont réunis et ont décidé de collaborer plus étroitement en matière de surveillance et d'intervention. Partout, le personnel de santé a fait preuve de dévouement et nombreux sont ceux qui, comme le Dr Carlo Urbani, fonctionnaire de l'OMS, y ont laissé la vie.

Le 5 juillet 2003, l'OMS a annoncé que Taïwan, Chine, où le dernier cas probable connu avait été isolé 20 jours plus tôt, avait interrompu les chaînes de transmission inter-humaine. Une résurgence du SRAS n'est cependant pas exclue. Des recherches s'imposent sur de nombreuses questions restées sans réponse. Mais il existe désormais des systèmes pour détecter la maladie au cas où elle referait surface *(4)*.

Impact du SRAS

La flambée a eu un impact économique considérable qui montre l'importance que peut revêtir une nouvelle maladie grave dans un monde interdépendant et très mobile. Outre le coût direct des soins médicaux intensifs et des mesures de lutte, le SRAS a entraîné de grandes perturbations sociales et d'importantes pertes économiques. Des écoles, des hôpitaux et certaines frontières ont été fermés, et des milliers de personnes ont été mises en quarantaine. Les voyages à destination des zones atteintes ont enregistré une forte baisse (entre 50 et 70 %). La fréquentation des hôtels a chuté de plus de 60 %. Des entreprises ont fait faillite, notamment dans le secteur du tourisme, et certains grands sites de production ont dû interrompre leur activité lorsque des cas sont apparus parmi les ouvriers.

Mais le SRAS n'a pas eu que des effets négatifs: l'action engagée d'urgence et la couverture médiatique ont été d'une telle ampleur qu'elles ont certainement changé la façon dont le grand public et les responsables politiques perçoivent les risques associés aux maladies émergentes et à tendance épidémique. Le SRAS a également mis la santé publique en vedette en montrant les graves répercussions qu'un problème de santé peut avoir sur l'économie et la stabilité sociale. L'engagement qui en est résulté a joué un rôle déterminant dans la maîtrise du SRAS et en dit long sur l'aptitude des nations à protéger la santé publique même quand il n'y a ni médicaments ni vaccins pour soigner et prévenir l'infection.

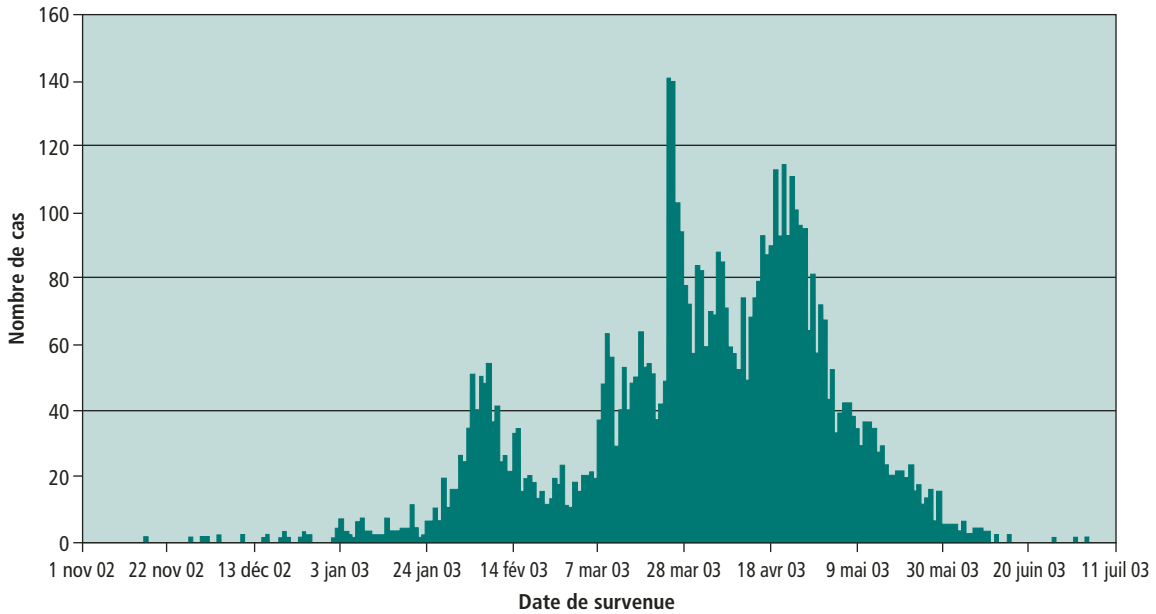
Leçons tirées de l'épidémie

Bien qu'il reste encore beaucoup à découvrir sur le SRAS – notamment sur les possibilités d'une résurgence –, par une analyse systématique des données disponibles et par des recherches ciblées en Chine, on peut déjà tirer plusieurs enseignements importants de cet épisode. L'OMS met déjà cette expérience à profit à tous les échelons pour faire face à la situation d'urgence créée par le VIH/SIDA.

La première de ces leçons est qu'il est indispensable de signaler rapidement et de façon transparente tout cas d'une maladie susceptible de se propager au niveau international. Toute tentative de dissimuler des cas de maladie infectieuse par crainte de répercussions sociales et économiques doit être considérée comme un expédient de courte durée qui, en fin de compte, coûte très cher: risque d'un lourd bilan en souffrances et en vies humaines, perte de crédibilité auprès de la communauté internationale, conséquences de plus en plus graves sur l'économie du pays, répercussions sanitaires et économiques sur les pays voisins et danger réel de ne plus pouvoir maîtriser les flambées sur le territoire même du pays. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2003 une résolution sur la révision du Règlement sanitaire international qui conforte l'OMS dans le rôle qui lui incombe de coordonner la lutte contre toute maladie infectieuse qui menace la santé publique au niveau international *(5)*. Dans une deuxième résolution portant sur le SRAS, l'Assemblée de la Santé engage tous les pays à notifier les cas rapidement et de façon transparente et à communiquer à l'OMS les informations qui pourraient aider à éviter la propagation internationale. Il y est explicitement reconnu que le renforcement généralisé des systèmes d'alerte et d'action en cas d'épidémie est le seul moyen rationnel de protéger la santé publique contre le SRAS et contre toutes les futures maladies infectieuses, y compris celles qui pourraient être causées délibérément *(6)*.

La deuxième leçon est intimement liée à la première: les alertes mondiales, déclenchées en temps utile, relayées par une presse responsable et largement diffusées par moyens électroni-

Figure 5.2 Cas probables de SRAS dans le monde[a]: 1er novembre 2002–11 juillet 2003



[a] Ce graphique ne prend pas en compte les 2527 cas probables de SRAS (dont 2521 à Pékin, Chine) dont on ne connaît pas encore la date de survenue.

ques, ont suscité une prise de conscience et encouragé une vigilance qui ont permis d'éviter que des cas importés d'une maladie infectieuse émergente ne provoquent d'importantes épidémies. Les avis d'alerte mondiale émis par l'OMS les 12 et 15 mars délimitent nettement les zones frappées par de graves flambées et celles où il n'y a aucun cas secondaire, ou quelques-uns seulement. Une fois l'alerte donnée, toutes les zones où il y avait des cas importés, à l'exception de Taïwan, Chine, ont interrompu la transmission ou fait en sorte que le nombre de cas transmis localement reste très faible. La Figure 5.2 illustre semaine après semaine la survenue des 5910 cas. La prise de conscience des risques explique également en partie que les pays en développement aient rapidement préparé leurs services de santé à une riposte et lancé des campagnes contre le SRAS, souvent avec le concours de l'OMS, pour se prémunir contre les cas importés.

La troisième leçon est que les recommandations pour les voyages prévoyant des mesures de dépistage dans les aéroports contribuent manifestement à freiner la propagation internationale d'une infection émergente. Il ressort d'une première analyse des données sur la transmission du SRAS à bord des aéronefs que quatre vols sont à l'origine de l'exposition de 27 cas probables, dont 22 se trouvaient le 15 mars à bord du même vol Hong Kong–Beijing (Chine). Certains des cas en question ont pu également être exposés ailleurs, car ils faisaient partie du même groupe de touristes. Après le 27 mars, date à laquelle il fut recommandé de prendre des mesures de dépistage dans les aéroports, aucun cas résultant d'une exposition en vol n'a été signalé; d'après les premières informations, deux cas probables de SRAS ont été identifiés lors des contrôles faits à l'aéroport de Hong Kong et immédiatement hospitalisés. Les recommandations aux voyageurs fondées sur des données épidémiologiques ont également donné aux zones atteintes un point de repère utile pour maîtriser rapidement le SRAS et convaincre le reste du monde qu'il n'y avait plus de risque de transmission du SRAS sur leur territoire. En réalité, les chiffres de fréquentation fournis par l'aéroport international de Hong Kong montrent une reprise rapide entre le moment où le nombre de passagers est tombé au plus bas (14 670), c'est-à-dire juste avant la levée des recommandations aux voyageurs, le 23 mai, et le 12 juillet, soit un peu plus d'un mois après (54 195).

La quatrième leçon concerne la collaboration internationale: lorsque la situation l'exige, les scientifiques, les cliniciens et les spécialistes de la santé publique du monde entier sont capables d'oublier leurs rivalités professionnelles pour œuvrer ensemble dans l'intérêt de la santé publique. La collaboration internationale a beaucoup fait avancer les connaissances scientifiques sur le SRAS. Un mois seulement après la création du réseau de laboratoires, les scientifiques qui en faisaient partie annonçaient collectivement avoir identifié de façon certaine le virus du SRAS; le séquençage complet de l'ADN du virus a suivi peu de temps après. Le réseau d'experts cliniciens a servi de lieu d'échange pour comparer les stratégies de prise en charge des malades et indiquer à l'ensemble du monde quels étaient les traitements et stratégies efficaces. Le réseau d'épidémiologistes a pour sa part confirmé les modes de transmission du SRAS et entamé la collaboration nécessaire à long terme pour connaître précisément la variété des manifestations cliniques de la maladie, y compris le taux de létalité, et pour obtenir les informations à la lumière desquelles vérifier et revoir régulièrement la définition du cas.

La cinquième chose à retenir est que les faiblesses des systèmes de santé favorisent l'amplification et la propagation des infections émergentes et peuvent compromettre la prise en charge des malades. Il est donc prioritaire de renforcer les systèmes de santé. Les plus exposés au SRAS sont les agents de santé, contaminés soit lors de contacts rapprochés avec les malades, soit quand ils effectuent des actes les mettant au contact de sécrétions respiratoires. Dans beaucoup de pays, le personnel de santé subalterne est essentiellement féminin; d'après les données disponibles, il y avait 2,7 fois plus de femmes que d'hommes parmi les agents de santé contaminés, alors que dans la population générale l'infection se répartissait en gros à parts égales entre les deux sexes. La forte augmentation du nombre de malades du SRAS a

pesé très lourdement sur les services de santé, qui ont dû trouver des locaux pour isoler les malades, prodiguer des soins intensifs et coûteux pendant de longues périodes et appliquer des mesures contraignantes et socialement déstabilisantes telles que le dépistage à grande échelle, la recherche et la surveillance active des contacts et, dans certains endroits, la quarantaine obligatoire. Même dans les zones où les services sociaux sont très développés, il a souvent fallu, en raison notamment du grand nombre d'hôpitaux où étaient soignés les malades et d'agents de santé qui contractaient l'infection, fermer certains hôpitaux et certains services dans d'autres. Depuis l'épidémie de SRAS, les pays ont entrepris de remédier de manière fondamentale et souvent permanente à un certain nombre de problèmes apparemment inextricables qui affaiblissaient depuis longtemps les systèmes de santé. De nouveaux systèmes de surveillance et de notification, méthodes de gestion des données, mécanismes de collaboration dans le domaine de la recherche, politiques dans les hôpitaux, mesures de lutte anti-infectieuse et moyens d'informer et d'éduquer le public font partie de l'actif que le SRAS nous a laissé en héritage et qui déterminera notre capacité à faire face aux prochaines flambées de maladies infectieuses nouvelles ou résurgentes.

Sixième enseignement: quand il n'y a pas de traitement pour guérir la maladie ni de vaccin pour la prévenir, les interventions existantes, si elles sont adaptées à la situation épidémiologique et soutenues par un engagement politique et par l'opinion publique, sont suffisamment efficaces pour endiguer une épidémie. Les réseaux virtuels de collaboration entre laboratoires, cliniciens et épidémiologistes ont régulièrement communiqué des informations dont l'OMS et ses partenaires se sont servis pour actualiser leurs recommandations. Celles-ci concernaient au départ les moyens à mettre en œuvre pour juguler les flambées au niveau national, mais, grâce aux informations recueillies par la suite, d'autres indications ont pu être données pour empêcher la propagation au niveau international. Les zones touchées par l'épidémie et les pays qui craignaient que des cas ne soient importés de ces zones ont adapté les recommandations de l'OMS. Certains pays ont opté pour une surveillance active des contacts présumés au moyen de caméras de surveillance ou en mobilisant des militaires. D'autres ont misé sur l'autosurveillance, les contacts s'isolant volontairement chez eux et vérifiant régulièrement leur température. Les mesures prises dans les aéroports sont allées du dépistage passif des voyageurs au moyen de questionnaires facultatifs, au contrôle de tous les passagers, interrogés par des agents de santé et examinés à l'aide d'un dispositif à infrarouge élaboré pour déterminer s'ils avaient de la fièvre et s'ils avaient pu être exposés. Les gouvernements ont considéré qu'en plus d'être extrêmement efficaces, ces mesures de surveillance et de dépistage étaient rassurantes pour les habitants du pays et pour les voyageurs.

La septième leçon concerne l'une des grandes difficultés rencontrées dans la lutte contre le SRAS: la communication sur les risques des infections nouvelles et émergentes, tâche particulièrement délicate. La question est actuellement à l'étude concernant le risque d'utilisation d'un agent biologique à des fins terroristes.

Le SRAS ne sera pas la dernière maladie à profiter des conditions du monde moderne pour faire son apparition. Pendant les deux dernières décennies du XXe siècle, de nouvelles maladies sont apparues à la cadence d'une par an, tendance qui va très certainement se poursuivre *(7)*. Ces infections émergentes ne se transmettront pas toutes aussi facilement que le SRAS. Certaines apparaîtront, causeront une maladie chez l'homme puis disparaîtront pour éventuellement refaire surface plus tard. D'autres apparaîtront, causeront une maladie chez l'homme et se transmettront pendant plusieurs dizaines d'années, avant de s'atténuer et de disparaître elles aussi. D'autres encore surgiront, deviendront endémiques et occuperont une place importante dans l'écologie des maladies infectieuses humaines.

La maîtrise rapide du SRAS est un succès pour la santé publique, mais aussi une mise en garde. Elle témoigne de l'efficacité de la collaboration internationale quand elle est soutenue au plus haut niveau politique et de l'utilité du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en

cas d'épidémie pour déceler et combattre les nouvelles infections qui menacent la santé publique au niveau international. Mais il y a aussi une part de chance dans ce succès. Les zones les plus gravement touchées par l'épidémie de SRAS avaient des systèmes de santé bien développés. Si le SRAS s'était implanté dans des pays où ils sont moins développés, des cas continueraient peut-être à se produire et il serait bien plus difficile, voire impossible, de maîtriser la maladie partout dans le monde.

Les mesures de lutte ont été certes efficaces, mais elles ont entraîné de très grandes perturbations et englouti tellement de ressources que celles-ci auraient pu venir à manquer à la longue. Si le SRAS resurgit pendant la saison grippale, la tâche sera écrasante pour les systèmes de santé du monde entier, car ils devront isoler tous ceux qui répondent à la définition du cas clinique jusqu'à ce que le diagnostic puisse être définitivement établi. Il faut rester extrêmement vigilant.

Nous venons de voir qu'une nouvelle maladie pouvait très vite devenir une menace planétaire. Heureusement, toutes les maladies ne se propagent pas aussi rapidement; mais il y en existe aussi de plus discrètes et de plus meurtrières. Le chapitre 6 traite de trois épidémies qui progressent à une allure différente dans les pays en développement aujourd'hui: les maladies cardio-vasculaires et autres maladies non transmissibles, le tabagisme et les accidents de la route, qui font de plus en plus de morts et de blessés.

Bibliographie

1. *Visit of WHO expert team to review the outbreak of atypical pneumonia in Guangdong Province, 24 March–9 April 2003. Final report, 30 April 2003.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (document non publié).
2. Breiman RF et al. Role of China in the quest to define and control severe acute respiratory syndrome. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:1037–1041.
3. *Overview of epidemics and responses to the severe acute respiratory syndrome (SARS) in the People's Republic of China.* Pékin, Chinese Centre for Disease Control and Prevention, 2003 (document non publié).
4. *Alert, verification and public health management of SARS in the post-outbreak period*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/csr/sars/postoutbreak/en/, consulté le 18 août 2003).
5. *Révision du Règlement sanitaire international*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (résolution WHA56.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/fa56r28.pdf, consulté le 18 août 2003).
6. *Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (résolution WHA56.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/fa56r29.pdf, consulté le 18 août 2003).
7. Woolhouse MEJ, Dye C. Population biology of emerging and re-emerging pathogens. *Philosophical Transactions of the Royal Society for Biological Sciences*, 2001, 356:981–982.

Note: Les bulletins parus quotidiennement sur l'évolution de l'épidémie mondiale de SRAS sont archivés sur les pages du site Internet de l'OMS consacrées au SRAS: http://www.who.int/csr/sars/en/index.html.

Chapitre six

Epidémies mondiales négligées: trois menaces croissantes

Dans les pays en développement, les maladies non transmissibles, en particulier les affections cardio-vasculaires, causent aujourd'hui plus de décès et d'incapacités que les maladies transmissibles qui y sévissent depuis longtemps. Pour s'attaquer à ce double fardeau avéré, il est proposé ici de mener une action double consistant à intégrer la lutte contre les maladies tant transmissibles que non transmissibles dans un système de santé complet.

Le présent chapitre traite également de l'évolution discrète mais rapide de deux autres épidémies et des moyens d'y faire face: la mondialisation des maladies liées au tabagisme peut être combattue grâce à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, de même que l'épidémie « occulte » d'accidents de la route et les risques environnementaux liés à la circulation routière feront moins de victimes si les pays en développement adaptent à leurs propres besoins les mesures de sécurité routière et autres améliorations qui ont fait leurs preuves ailleurs.

6
Epidémies mondiales négligées:
trois menaces croissantes

Maladies cardio-vasculaires: il faut agir

Lorsqu'il y a 25 ans, les délégués à la Conférence internationale d'Alma-Ata ont dressé la liste des huit éléments essentiels des soins de santé primaires, ils n'y ont pas fait figurer le traitement ou la prévention d'affections telles que les cardiopathies et l'accident vasculaire cérébral. Les priorités pour les pays les plus pauvres du monde étaient alors une bonne nutrition, une eau propre et un assainissement de base, la santé maternelle et infantile, la vaccination contre les principales maladies infectieuses, la lutte contre les maladies localement endémiques et l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Les maladies cardio-vasculaires – cardiopathies et accident vasculaire cérébral – et d'autres maladies non transmissibles étaient considérées comme des maladies des pays industrialisés, des maladies « occidentales », dues à des modes de vie complètement différents de ceux qui prévalaient dans la plus grande partie de l'Afrique, de l'Asie et dans bien d'autres régions en développement. Il est intéressant de noter cependant que, dès 1954, le délégué de l'Inde à l'Assemblée mondiale de la Santé demandait que des mesures soient prises pour prévenir les maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement.

L'action sanitaire au niveau mondial est encore régie par l'idée qu'il faut d'abord prévenir et soigner les maladies transmissibles avant de s'occuper des maladies cardio-vasculaires. L'opinion persiste que les maladies cardio-vasculaires touchent essentiellement les classes aisées et sont dues aux processus naturels de vieillissement et de dégénérescence. On considère encore souvent qu'il s'agit de maladies liées au mode de vie qui dépendent entièrement de la volonté des individus.

La réalité est tout autre. Les maladies cardio-vasculaires ont fait leur apparition dans presque tous les pays les plus pauvres, où elles ont même déjà beaucoup progressé. Ce poids de plus en plus lourd risque réellement de compromettre le développement socio-économique. Cinq des dix facteurs de risque les plus courants dans le monde, lesquels sont de bons indicateurs des futurs problèmes de santé, sont spécifiques aux maladies non transmissibles *(1)*: hypertension, tabagisme, consommation d'alcool, hypercholestérolémie et obésité ou surpoids. C'est une manifestation de la transition épidémiologique dite de la « double charge », aujourd'hui bien établie et par laquelle le groupe tout entier des maladies non transmissibles, dont les facteurs de risque sont communs, vient s'ajouter aux maladies transmissibles qui continuent de sévir. Par conséquent, les systèmes de santé doivent désormais être capables de faire face simultanément à toutes les maladies courantes, quelle que soit leur origine.

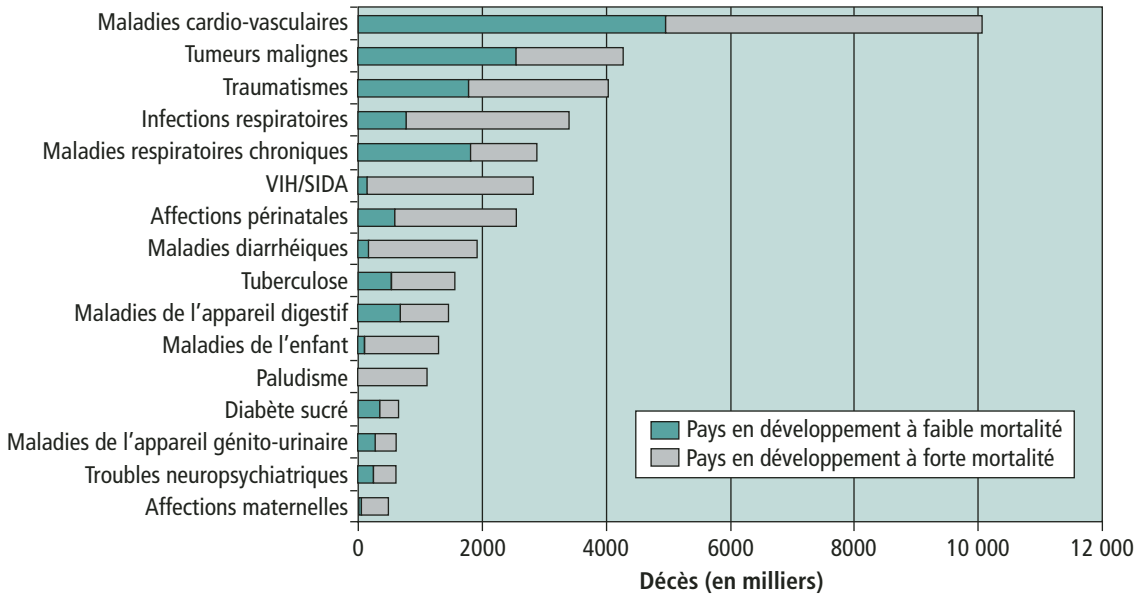
Comme on l'a vu dans le chapitre 1, la plupart des décès aujourd'hui sont dus aux maladies non transmissibles (32 millions) et un peu plus de la moitié de ceux-ci (16,7 millions) aux maladies cardio-vasculaires; plus du tiers de ces décès concernent des adultes d'âge mûr. Dans les pays développés, les cardiopathies et l'accident vasculaire cérébral sont respectivement les première et deuxième causes de décès chez les hommes et les femmes adultes. Ces faits sont bien connus et peu surprenants. Ce qui l'est plus, c'est que, dans certains pays en développement, ces maladies sont également devenues les première et deuxième causes de mortalité et sont responsables d'un tiers des décès au total (voir la Figure 6.1).

En réalité, les décès par maladie cardio-vasculaire sont désormais deux fois plus nombreux dans les pays en développement que dans les pays développés. Dans les pays en développement en général, elles se situent au troisième rang de la charge de morbidité (derrière les traumatismes et les troubles neuropsychiatriques). Même dans ceux où la mortalité est élevée, elles figurent en bonne place.

L'âge relativement jeune auquel les habitants des pays en développement meurent de maladie cardio-vasculaire par rapport à ceux des régions développées est particulièrement préoccupant *(2)*. En Inde, un décès par maladie cardio-vasculaire sur deux survient avant l'âge de 70 ans, alors que la proportion est de un sur cinq dans les pays à l'économie bien développée. Dans les zones rurales et urbaines de la République-Unie de Tanzanie, les taux de mortalité par accident vasculaire cérébral sont trois fois plus élevés qu'en Angleterre et au pays de Galles. On ignore souvent qu'à l'échelle mondiale, les maladies cardio-vasculaires tuent autant de jeunes adultes et d'adultes d'âge mûr que le VIH/SIDA.

Cela ne signifie pas pour autant que les maladies transmissibles ont subrepticement disparu, nécessitent moins de fonds ou sont maîtrisées pour de bon. La survenue du VIH/SIDA a ruiné cet espoir (voir le chapitre 3). Le paludisme et la tuberculose font partie des menaces qui continuent à peser très lourdement sur la santé et qui progressent encore. Par ailleurs, comme il est dit dans le chapitre 5, une nouvelle maladie infectieuse apparaît tous les ans depuis au moins une vingtaine d'années, la dernière en date étant le SRAS. Les responsables

Figure 6.1 Décès attribuables à 16 grandes causes de mortalité dans les pays en développement, 2001



de la santé publique ont donc raison de rester vigilants vis-à-vis des maladies infectieuses et de miser avant tout sur les soins de santé primaires, conformément à la Déclaration d'Alma-Ata. Ils ne peuvent cependant ignorer les conséquences socio-économiques de plus en plus importantes des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles.

Paradoxalement, les maladies cardio-vasculaires régressent maintenant dans les pays industrialisés qui ont été les premiers concernés. Ce paradoxe donne néanmoins des raisons d'espérer: le recul observé est largement dû au succès de la prévention primaire et, dans une moindre mesure, à celui du traitement. Ce qui fonctionne dans les pays riches, et surtout pour les classes les plus favorisées, peut être aussi efficace dans les pays pauvres.

Les données sont maintenant largement suffisantes pour entreprendre de promouvoir et de protéger la santé cardio-vasculaire aux niveaux national et mondial en prenant des mesures efficaces basées sur la population et axées sur les grands facteurs de risque communs à toutes les maladies non transmissibles. L'application des connaissances actuelles à l'échelle de toute la population peut contribuer de façon rapide, rentable et décisive à la prévention et à la lutte, et profiter à l'ensemble de la population *(3)*.

Dans les pays en développement, le principal problème pour les responsables du choix des politiques de santé publique à tous les niveaux est de faire face à l'aggravation des épidémies de maladies non transmissibles alors que les épidémies de maladies transmissibles perdurent. La tâche est plus ardue encore quand le système de santé manque déjà de ressources. Certes la politique peut être grandement améliorée à bon compte, surtout du point de vue intersectoriel, mais il faut impérativement trouver des fonds supplémentaires, en consacrant plus de ressources nationales à la santé, en utilisant mieux les ressources existantes et en trouvant de nouvelles sources de financement. Pour la plupart des pays, une taxe spéciale sur les produits du tabac au profit des programmes de prévention est un moyen commode de se procurer des fonds.

Les causes sont connues

La bonne nouvelle est qu'une somme considérable de travaux ont identifié les causes des épidémies de maladies cardio-vasculaires au sein des populations *(1)*. La mondialisation du commerce et l'essor du marketing continuent de faire évoluer la nutrition vers des régimes riches en graisses saturées, en sucre et en sel. Parallèlement, l'apport d'éléments protecteurs comme les fibres et les substances phytochimiques présentes dans les fruits et les légumes diminue progressivement. Conjuguée au tabagisme et au manque d'exercice physique, cette alimentation développe l'athérosclérose dans l'ensemble de la population et entraîne une large distribution des maladies cardio-vasculaires. Les variations des principaux facteurs de risque communs expliquent en grande partie les grands écarts de fréquence des maladies cardio-vasculaires entre les pays.

En bref, les principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire que sont le tabagisme, une mauvaise alimentation et l'absence d'exercice physique (qui se manifestent principalement par des concentrations excessives de lipides, un indice de masse corporelle élevé et une forte pression artérielle) sont à l'origine d'au moins 75 à 85 % des nouveaux cas de cardiopathie coronarienne *(4)*. Quand ces facteurs de risque n'augmentent pas, les décès par cardiopathie coronarienne sont rares. Malheureusement, la population de presque tous les pays est en très grande majorité exposée au risque de maladie cardio-vasculaire, car les principaux facteurs de risque dépassent les niveaux optimums. Dans les pays riches, les facteurs de risque sont de niveau optimal pour seulement 5 % environ des adultes qui, de ce fait, sont peu exposés. Il n'y a plus que quelques pays très démunis où ces facteurs ne sont pas encore devenus de grandes préoccupations de santé publique.

Les politiques existent

L'une des possibilités les plus intéressantes de ces dernières années en santé publique est l'intégration de la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies cardio-vasculaires dans des systèmes de santé complets basés sur les soins de santé primaires. Pour profiter de cette possibilité, il faut repenser les soins de santé primaires pour les adapter à un monde en pleine évolution, de façon à ce que tous les patients bénéficient tout au long de leur vie d'une prévention, d'un traitement et d'une prise en charge prolongée des maladies responsables de la double charge de morbidité.

L'intégration ne sera pas facile. Elle nécessitera, entre autres, une coopération entre des professions rivales qui estiment chacune que la part de la charge morbide dont elle s'occupe est plus importante que l'autre et qui se disputent des ressources limitées. Cette concurrence existe depuis longtemps sur tous les fronts de la santé publique. Pourtant, ainsi que l'indique le chapitre sur le SRAS, la collaboration interdisciplinaire n'est pas seulement possible: elle peut être extrêmement gratifiante pour tous les intéressés. On a vu à l'occasion de cette nouvelle épidémie que les meilleurs scientifiques, cliniciens et spécialistes de la santé publique du monde entier sont capables, lorsque les circonstances l'exigent, d'oublier leurs rivalités professionnelles et d'œuvrer ensemble pour le bien public. Paradoxalement, il n'en va pas de même pour certains problèmes de santé publique de plus grande ampleur, comme l'épidémie mondiale de maladies cardio-vasculaires, dont la progression rapide ne laisse pas d'inquiéter.

Autre problème crucial de politique générale, surtout pour les pays pauvres: trouver le juste équilibre entre la prévention primaire et secondaire et entre la prévention primaire dans la population en général et dans les groupes à haut risque. Si le but est que la proportion de personnes à faible risque augmente et que tous les groupes tirent profit de la prévention, la stratégie la plus indiquée est celle qui vise l'ensemble de la population et non pas seulement les personnes qui courent des risques importants ou qui sont déjà malades *(5)*. Toutes les autres stratégies ne feront au mieux qu'atténuer les épidémies et creuseront probablement les inégalités; elles n'empêcheront pas les épidémies. A cause du vieillissement de la population, les systèmes de santé devront de toute façon continuer à répondre à la demande permanente de soins coûteux, aussi bien aigus que chroniques (voir l'Encadré 1.3 au chapitre 1).

Le but ultime de la politique de santé publique est de réduire le risque pour la population. Etant donné que, dans la plupart des pays, le niveau de risque n'est pas optimal pour la population, la plupart des ressources consacrées à la prévention et à la lutte doivent viser une réduction dans l'ensemble de la population. Des données probantes attestent la rentabilité des politiques consistant à modifier légèrement, mais de manière efficace et étonnamment rapide, la distribution des risques au sein de populations tout entières afin qu'elle soit plus favorable *(1)*. De même, les décisions gestionnaires fondées sur le risque global sont plus rentables que celles qui traitent des facteurs de risque séparément.

Un nombre incalculable de personnes meurent parce que les maladies cardio-vasculaires aiguës et chroniques sont mal prises en charge alors qu'il existe des interventions relativement bon marché *(6)* et que l'on est en train de mettre au point des polythérapies associant aspirine, antihypertenseurs et hypocholestérolémiants pour traiter les maladies chroniques. Cependant, même dans les pays riches, ce type d'interventions et d'autres encore sont loin d'être pleinement exploitées pour la prévention secondaire. La situation laisse encore plus à désirer dans les pays démunis. Il y a pourtant de nombreuses possibilités de coordonner la réduction des risques, les soins et la prise en charge à long terme. Le renoncement au tabac, par exemple, ainsi que le dépistage et la prise en charge du diabète sont deux priorités parmi d'autres. Des interventions d'un bon rapport coût/efficacité telles que la prescription d'aspirine aux personnes qui souffrent de douleurs thoraciques permettraient d'éviter un quart des décès

Tableau 6.1 Approche graduelle de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre ces maladies

Niveau de ressources	Approches basées sur la population		Approches basées sur les personnes à haut risque
	Niveau national	Niveau communautaire	
Etape 1: Mesures de base	Ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans le pays. Adoption et application d'une législation antitabac conforme aux dispositions de la Convention. Elaboration et adoption par le gouvernement d'une politique nationale sur la nutrition et l'exercice physique conforme à la stratégie mondiale; une action plurisectorielle soutenue a été manifestement entreprise pour réduire l'apport de matières grasses et de sel (en veillant à ioder le sel le cas échéant) et pour promouvoir la consommation de fruits et de légumes. On évalue l'impact sanitaire des politiques publiques (par exemple dans les domaines des transports, de l'aménagement urbain, de la fiscalité et de la pollution).	Les plans locaux d'occupation des sols prévoient l'aménagement et l'entretien de sites accessibles et sans danger pour l'activité physique (par exemple, parcs publics et zones réservées aux piétons). Les projets communautaires de promotion de la santé comportent une participation à la lutte contre les facteurs de l'environnement qui prédisposent aux maladies non transmissibles: sédentarité, alimentation malsaine, usage du tabac, abus d'alcool, etc. Des programmes de promotion sanitaire énergiques axés sur les maladies non transmissibles sont mis en œuvre dans différents contextes: villages, écoles et lieux de travail.	Des directives adaptées au contexte pour la prise en charge des maladies non transmissibles ont été adoptées et sont appliquées à tous les niveaux du système de soins. On dispose d'un approvisionnement en médicaments appropriés renouvelable, accessible et d'un coût abordable pour traiter les maladies non transmissibles prioritaires. Il existe un système pour appliquer les directives cliniques systématiquement et dans des conditions garantissant la haute qualité des services ainsi que pour l'audit clinique des services proposés. On applique un système de convocation et de rappel des malades souffrant de diabète et d'hypertension.
Etape 2: Mesures élargies	La législation antitabac prévoit des augmentations graduelles des taxes sur le tabac et une certaine proportion des recettes fiscales est allouée à la promotion sanitaire. Une législation sur les normes alimentaires est adoptée et appliquée; elle prévoit l'étiquetage des produits alimentaires. Des programmes nationaux durables et bien conçus (contre-publicités) sont en place pour promouvoir l'abstinence tabagique.	Des programmes durables et bien conçus sont en place pour promouvoir: • l'abstinence tabagique, par exemple des lieux publics interdits aux fumeurs, des manifestations sportives sans publicité pour le tabac; • une alimentation saine, par exemple aliments peu coûteux et à faible teneur en matières grasses, fruits et légumes frais; • l'activité physique, par exemple mouvements de gymnastique au travail et pendant les loisirs.	Des systèmes sont en place pour une prévention sélective et ciblée portant sur les populations à haut risque et basée sur les niveaux de risque absolus.
Etape 3: Mesures optimales	Des normes nationales sont instaurées pour réglementer la commercialisation des aliments malsains auprès des enfants. On développe le potentiel de recherche sanitaire dans les pays en encourageant l'étude des maladies non transmissibles.	Des centres de loisirs et de mise en forme sont à la disposition de la communauté.	On exécute des programmes de dépistage opportuniste, de détection des cas et de traitement. On a mis en place des groupes de soutien pour l'abstinence tabagique et la réduction de l'obésité. Des interventions diagnostiques et thérapeutiques appropriées sont mises en œuvre.

Source: tiré de *(8)*.

par crise cardiaque et sont bien plus rentables que des interventions plus radicales comme la revascularisation qui ne concernent qu'une minorité des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires.

Agir maintenant et mesurer les progrès accomplis

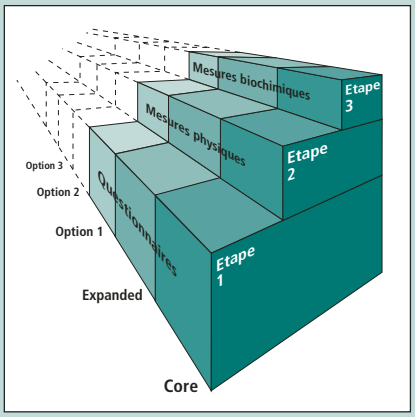
Des stratégies d'ensemble axées à la fois sur une meilleure prévention et sur la prise en charge des sujets à haut risque ont permis de faire chuter rapidement les taux de décès par maladie cardio-vasculaire dans les pays riches, surtout dans les classes les plus aisées et les plus instruites. Dans les pays en développement comme dans les pays développés, des interventions de fond peuvent donner des résultats d'une rapidité étonnante. C'est ainsi qu'à Maurice, les mesures prises par les pouvoirs publics pour encourager la consommation d'huiles qui ne nuisent pas à la santé se sont traduites par une baisse rapide de la cholestérolémie dans la population. En Finlande, les subventions de l'Etat à l'agriculture ont servi à diminuer la production laitière au profit de la production de fruits sauvages. En Pologne, une plus grande consommation de fruits et légumes frais suite à un changement d'orientation de la politique générale a eu pour effet une forte décrue des taux de décès par maladie cardio-vasculaire. Le rapport d'une consultation d'experts de l'OMS et de la FAO sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques analyse les données disponibles et fait des recommandations concernant l'apport souhaitable de nutriments pour la prévention des maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles *(7)*.

La lutte contre les maladies cardio-vasculaires demande une politique générale cohérente qui englobe la législation, la réglementation et l'éducation du public, car il est difficile, si le contexte général n'est pas propice, d'inciter les individus à changer de comportement. Le Tableau 6.1 indique, étape par étape, comment mettre en place un cadre complet pour lutter

Encadré 6.1 Mesure des progrès: surveillance intégrée des facteurs de risque de maladie non transmissible

La surveillance a pour objet de repérer les caractéristiques et tendances nouvelles des principaux facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire et autres maladies non transmissibles et de mesurer l'efficacité des mesures de prévention dans les pays. Deux instruments ont été élaborés à cet effet: la démarche « pas à pas » (STEPS) de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque de maladie non transmissible *(10)* et l'InfoBase mondiale OMS sur les maladies non transmissibles *(11)*.

L'approche STEPS est un processus séquentiel qui commence par la collecte de données sur les comportements sanitaires clés à l'aide de questionnaires (Etape 1), puis passe à des mesures physiques simples (Etape 2) et ensuite seulement au prélèvement d'échantillons de sang en vue d'une évaluation biochimique (Etape 3). Ce cadre constitue une approche commune pour la définition de variables essentielles aux fins des enquêtes, de la surveillance et du contrôle. L'objectif est d'assurer la comparabilité dans le temps et entre pays. Cette méthodologie a été élaborée en étroite collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS et peut aisément s'adapter aux besoins des Etats Membres. Elle offre un point de départ aux pays à faible ou moyen revenu pour commencer à entreprendre des activités de surveillance et de prévention des maladies non transmissibles. En développant le potentiel local, l'approche STEPS vise à obtenir des données comparables dans le temps et entre pays. De nombreux Etats Membres ont maintenant été formés à cette méthodologie. Elle est conçue pour s'appuyer sur des activités de surveillance existantes, mais peut aussi être utilisée *ex nihilo* dans les pays qui n'ont actuellement aucun système de surveillance. Les données recueillies à l'aide de l'approche STEPS sont introduites dans l'InfoBase mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles.



L'InfoBase mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles est une base de données destinée à recevoir les données nationales existantes sur les facteurs de risque de maladie non transmissible. Son avantage est que les données peuvent être affichées et utilisées pour déterminer la meilleure estimation possible de la prévalence dans un pays donné. Elle garantit la transparence des sources de données nationales, ce qui est un net progrès par rapport aux estimations antérieures de l'OMS qui, en l'absence d'une telle base relationnelle, reposaient sur des études qui pouvaient avoir négligé de nombreuses autres sources disponibles et dont la transparence laissait à désirer.

contre les maladies cardio-vasculaires, cadre qui pourra être modifié selon les besoins, les buts et les objectifs du pays.

Malheureusement, dans la plupart des pays, la lutte contre les maladies cardio-vasculaires repose encore sur le modèle suivi pour les maladies infectieuses. Par conséquent, les moyens sont très insuffisants aux niveaux mondial et national pour combattre les épidémies de maladies cardio-vasculaires. Rares sont les pays qui appliquent des politiques complètes de prévention et de lutte *(9)*, et le potentiel, notamment le potentiel de recherche sur les politiques, ne se développe pas aussi rapidement que l'exige la transition épidémiologique. L'écart entre les besoins en matière de prévention et de lutte et les moyens d'y répondre continuera de se creuser si l'on ne prend pas des mesures urgentes.

Des normes valables au plan mondial sont nécessaires pour contrebalancer l'influence d'acteurs puissants. Pour établir de telles normes, les professionnels de la santé publique doivent apprendre à peser sur les délibérations d'organes comme l'Organisation mondiale du Commerce, qui traite de plus en plus souvent de questions sanitaires, et assumer un rôle plus important dans les affaires qui concernent les produits ayant des effets sur la santé. Un assortiment de codes multipartites et intergouvernementaux et d'autres mesures non contraignantes peuvent s'avérer nécessaires. La Convention-cadre pour la lutte antitabac, dont il est question dans la prochaine section, est un exemple de norme mondiale juridiquement contraignante.

L'OMS et les gouvernements ne peuvent lutter seuls contre les maladies cardio-vasculaires. Comme pour la lutte antitabac, des partenariats et des interactions avec les groupes internationaux de défense des consommateurs et les sociétés commerciales multinationales sont indispensables. L'OMS est en train de mettre au point une stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé qui guidera la collaboration entre l'OMS et les Etats Membres dans tous les secteurs pour prévenir les maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies non transmissibles. Cette stratégie de prévention à l'échelle de la population est le fruit d'une vaste concertation avec les parties concernées: les Etats Membres, les organisations des Nations Unies et les organisations intergouvernementales, la société civile et le secteur privé.

Les avocats de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires sont encore peu nombreux sur la scène internationale et généralement isolés. Sans unité, les partisans de la promotion de la santé paraissent bien impuissants face à la domination croissante de groupes commerciaux et d'associations de consommateurs qui ont fait du traitement le thème central des débats sur les politiques de santé et une priorité du financement. Des alliances plus larges entre associations de professionnels de la santé, de consommateurs et autres sont nécessaires pour faire campagne en faveur de la prévention des principaux facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et pour mesurer le chemin parcouru sur la voie d'objectifs concertés aux niveaux national et mondial, éventuellement inspirés des objectifs du Millénaire pour le développement (voir l'Encadré 6.1). Etant donné que les déterminants des maladies cardio-vasculaires sont multisectoriels, le plaidoyer et l'action doivent eux aussi dépasser le cadre du secteur de la santé. Il est indispensable, pour obtenir un changement de cap qui, grâce à la mobilisation communautaire, profitera à l'ensemble de la population, que les organisations non gouvernementales mêlent leur voix à celles qui réclament que des politiques et programmes de lutte contre les maladies cardio-vasculaires soient rapidement mis en œuvre.

Alors que la mondialisation des principaux risques de maladie cardio-vasculaire s'accélère, la prévention et la lutte progressent lentement. Afin que les progrès soient durables, il faut que les gouvernements, les organismes internationaux, les organisations non gouvernementales et la société civile prennent conscience de la nécessité d'élargir rapidement les activités de santé publique pour y faire figurer les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque.

La difficulté consiste à tendre vers l'intégration de la lutte contre les maladies transmissibles et contre les maladies cardio-vasculaires, tout en tenant compte des différences chronologi-

ques entre les épidémies et de la concurrence à laquelle donne lieu l'affectation de ressources limitées. La lutte contre les maladies cardio-vasculaires doit être inscrite à l'ordre du jour des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. Cela n'avait pas été jugé nécessaire il y a 25 ans à Alma-Ata. Aujourd'hui, c'est indispensable.

Lutte antitabac: renforcer l'action nationale

La consommation de cigarettes et d'autres produits du tabac ainsi que l'exposition à la fumée de tabac sont la première cause évitable de décès dans le monde: elles font environ 5 millions de morts par an, pour la plupart dans les pays pauvres et dans les populations démunies. D'après les toutes dernières estimations, sur les quelque 4 millions d'hommes et 1 million de femmes disparus, plus de 2 millions d'hommes et 380 000 femmes vivaient dans les pays en développement *(12)*. Ce tragique bilan aura doublé dans 20 ans si l'on n'applique pas partout et de toute urgence les mesures que l'on sait efficaces.

La mondialisation de l'épidémie de tabagisme peut saper même les meilleurs programmes nationaux de lutte antitabac. L'épidémie est propagée et amplifiée dans le monde par un ensemble complexe de facteurs qui abolissent les frontières, notamment la libéralisation du commerce, les investissements étrangers directs ou encore la commercialisation à l'échelle planétaire, la publicité, la promotion et le parrainage transnationaux ainsi que les réseaux internationaux de contrebande et de contrefaçon. Conscients de la gravité de la situation, les 192 Etats Membres ont adopté en mai 2003 à l'Assemblée mondiale de la Santé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Premier traité négocié sous les auspices de l'OMS, la convention-cadre marque un tournant décisif dans le combat mené contre un fléau mondial des plus meurtriers: la lutte antitabac entre dans une ère nouvelle aux niveaux mondial et national. Il s'agit d'un traité fondé sur des bases factuelles qui réaffirme le droit de tout un chacun de bénéficier du meilleur état de santé possible. Elle se démarque de la stratégie habituellement suivie pour réglementer les substances dépendogènes: contrairement aux traités adoptés auparavant pour le contrôle des drogues, la convention-cadre insiste sur les stratégies de réduction de la demande et sur les questions d'offre.

L'OMS et les Etats Membres doivent s'attendre à de grandes difficultés pour appliquer l'accord dans les pays. La genèse de la convention-cadre montre également ce que coûte le temps écoulé entre l'intention et l'action. Il a fallu en effet près de 10 ans pour réaliser le projet de convention. Entre-temps, plus de 30 millions de personnes sont mortes de maladies liées au tabac, dont 70 % dans les pays à revenu faible ou moyen et la moitié avant l'âge de 70 ans. Ceux qui sont morts avant d'avoir atteint 70 ans ont perdu en moyenne 28 années de vie *(13)*. A mesure que s'approche l'entrée en vigueur de la convention-cadre, le renforcement des moyens nationaux de lutte antitabac devient une priorité de la santé publique dans tous les pays.

La présente section traite de la ratification, de l'entrée en vigueur et de la mise en œuvre prochaines de la convention-cadre ainsi que des possibilités qu'elle offre aux pays de mieux combattre le tabagisme. Les difficultés que posent le développement et le renforcement du potentiel national de lutte antitabac sur le plan politique, gestionnaire et technique sont également examinées.

Orientation de la lutte antitabac

La consommation totale de tabac augmente. Le nombre de fumeurs dans le monde, estimé à 1,3 milliard aujourd'hui, atteindra 1,7 milliard d'ici 2025 si la prévalence mondiale du tabagisme reste inchangée *(14)*. Un fumeur sur deux mourra d'une maladie due au tabac. Jusqu'à

une date récente, l'action menée au niveau mondial contre ce grand problème de santé publique demeurait insuffisante.

En mai 2003, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté par consensus la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, négociée pendant quatre ans entre les Etats Membres de l'OMS. Il s'agit d'un instrument juridique international destiné à limiter les effets nocifs des produits du tabac sur la santé. Elle couvre des aspects très divers de la lutte antitabac, notamment la publicité, la promotion et le parrainage, le conditionnement et l'étiquetage, les prix et les taxes, la vente à et par des jeunes, le tabagisme passif, les environnements sans tabac et le traitement de la dépendance tabagique. Elle constitue une norme minimale pour l'ensemble du monde et certaines de ses dispositions encouragent les futures Parties à la convention à appliquer des mesures plus strictes que celles prévues. Par ailleurs, elle continuera d'évoluer à mesure que la Conférence des Parties négociera des protocoles à la convention qui imposeront des obligations plus spécifiques dans certains domaines. La convention-cadre est un instrument savamment équilibré, adopté à l'issue de négociations difficiles lors desquelles il a été tenu compte des considérations scientifiques, économiques, sociales et politiques pertinentes.

L'adoption de la convention-cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé ouvre celle-ci à la signature et à la ratification des Etats Membres. Elle est ouverte à la signature du 16 juin 2003 au 29 juin 2004, et à la ratification à partir du 30 juin 2004.

La signature de la convention par un Etat Membre indique l'intention de celui-ci de ratifier le traité mais n'entraîne pas d'obligations importantes autres que celle de ne pas aller à l'encontre de l'objectif de la convention; en la signant, un pays s'engage toutefois politiquement à la ratifier. La ratification est l'expression du consentement d'un pays à être lié juridiquement par le traité et l'oblige à appliquer de bonne foi les dispositions du traité lorsque celui-ci entre en vigueur. La convention entrera en vigueur 90 jours après avoir été ratifiée par 40 Etats Membres. Les pays qui l'ont ratifiée seront alors juridiquement liés par ses dispositions. Les pays qui ne ratifient pas le traité ne sont pas tenus d'appliquer ses dispositions.

Tous les traités ne prévoient pas des ressources financières et une assistance technique pour leur mise en œuvre. La convention-cadre, elle, appartient à l'unique catégorie d'accords internationaux dans ce cas. Elle engage les Parties à fournir des fonds pour financer les mesures nationales de lutte antitabac, encourage le recours à des mécanismes de financement novateurs aux niveaux national, régional et international afin de consacrer davantage de ressources à la lutte antitabac, et laisse le soin à la Conférence des Parties de déterminer s'il y a lieu de créer un fonds mondial de contributions volontaires ou tout autre mécanisme de financement approprié. Preuve de l'influence qu'a eue le processus d'élaboration de la convention-cadre, la lutte antitabac figure désormais parmi les priorités des programmes de financement du développement.

Comme lors des négociations relatives à la convention-cadre, les professionnels de la santé qui militent contre le tabagisme, les organisations non gouvernementales concernées et les associations locales ont un rôle important à jouer sur la scène internationale lors du processus de ratification. Ils peuvent continuer à faire campagne pour la ratification et la mise en œuvre de la convention-cadre et pour l'adoption d'une législation nationale appropriée à l'appui de celle-ci.

Politiques et programmes nationaux

En abordant la lutte antitabac d'une manière globale, on parvient à dissuader les gens de commencer à fumer et à les faire renoncer à la cigarette, grâce à une série de mesures de santé

publique comprenant notamment une politique de prix, des restrictions à la publicité, à la promotion et au parrainage, la réglementation du conditionnement et de l'étiquetage, des campagnes d'éducation, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et des services d'aide au sevrage tabagique. Une approche globale suppose de tenir compte aussi des jeunes et des femmes et de toucher l'ensemble de la population.

Les politiques nationales doivent également résoudre les problèmes nouveaux comme la réglementation des produits du tabac qui commencent tout juste à arriver sur le marché. En outre, l'adoption de la convention-cadre a modifié la définition des stratégies complètes de lutte antitabac, qui doivent comprendre désormais des éléments transnationaux en plus des mesures nationales et locales.

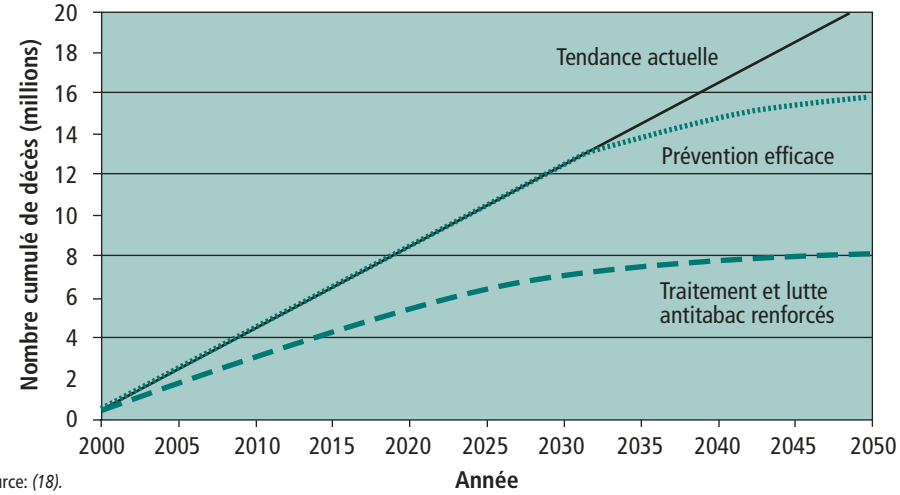
Rares sont les pays qui ont pris toutes les mesures nécessaires pour réduire sensiblement la consommation de tabac. Les mesures d'ordre général connues pour avoir les plus grands effets sur la consommation individuelle, le taux d'abandon et le pourcentage de nouveaux fumeurs supposent une volonté et un engagement politique durables et, surtout, une législation appropriée et bien appliquée.

La plupart des pays n'ont pas les moyens de lutter efficacement contre le tabac. Beaucoup d'entre eux n'ont ni l'infrastructure ni les ressources humaines nécessaires pour maintenir sur la durée un programme minimum contre le tabagisme. On constate, par exemple, que peu de gouvernements affectent du personnel à plein temps à la lutte antitabac. Dans maints pays, l'opinion publique ne s'est pas encore mobilisée, de sorte que, même quand le gouvernement est décidé à proposer des mesures antitabac, les cigarettiers n'ont pas de mal à dénoncer et à contrer ses politiques. Même lorsque le ministère de la santé est partisan d'agir, il peut être incapable de faire valoir son point de vue face à d'autres ministères plus influents.

Développement du potentiel national

Le succès de la convention dépend en grande partie des efforts que feront les pays pour ratifier le traité et prendre des mesures efficaces. Il est indispensable de développer et de renforcer le potentiel national de lutte antitabac sur le plan politique, gestionnaire et technique pour pouvoir appliquer une approche multisectorielle systématique. Seule une approche de

Figure 6.2 Projections concernant les tendances de la mortalité liée au tabac



Source: *(18)*.

ce type garantira une action communautaire et gouvernementale viable pour combattre le tabagisme sur tous les fronts, aux niveaux local, national et mondial.

Beaucoup de pays n'ont toujours pas de plan d'action national contre le tabagisme, la plupart du temps faute de consensus et de volonté politique. Lorsqu'ils en ont un, il arrive que les mesures prévues soient sans effet parce qu'elles sont mal appliquées. Il faut convaincre les pouvoirs publics et la société civile que les ressources investies pour lutter contre le tabagisme dégageront des bénéfices à moyen terme et à long terme. Il faut aussi surveiller en permanence les agissements de l'industrie du tabac pour déjouer ses manœuvres visant à saper les efforts entrepris. Une volonté et un engagement politiques fermes sont indispensables.

Le secteur de la santé soutient dans une large mesure la lutte antitabac, mais n'a pas à lui seul les ressources, les compétences et le pouvoir politique nécessaires pour faire changer les choses. Il faut pour cela le soutien et l'engagement de tous les secteurs gouvernementaux concernés. Les initiatives antitabac seront plus viables si elles sont intégrées aux structures sanitaires déjà en place au niveau du pays, de l'Etat et du district.

Le développement du potentiel national est une stratégie exhaustive, efficace et viable pour les programmes et politiques multisectoriels de lutte antitabac. Le rôle de l'OMS consiste à coordonner les travaux des spécialistes dans le monde, à montrer la voie à suivre, à soutenir les opérations menées en première ligne et à encourager les partenariats entre gouvernements et société civile qui permettent d'appliquer des stratégies plus efficaces. Il existe de nombreux exemples probants dont peuvent s'inspirer les pays; deux d'entre eux sont brièvement exposés dans l'Encadré 6.2.

Intégration de la lutte antitabac dans les systèmes de santé

Le traitement de la dépendance tabagique est une autre mesure envisageable dans les pays à revenu faible ou moyen *(17)*. Comme le montrent les projections de la Figure 6.2, le panachage de mesures préventives et thérapeutiques efficaces permettra d'éviter un nombre nettement plus important de décès liés au tabac dans les décennies à venir que la prévention seule *(18)*. Les programmes de sevrage tabagique destinés aux adultes sont indispensables pour améliorer rapidement l'état de santé de la population au cours des 20 ou 30 prochaines années car les effets de la prévention auprès des jeunes pour éviter qu'ils ne commencent à fumer ne se feront sentir qu'au bout de plusieurs dizaines d'années. L'enquête mondiale sur

Encadré 6.2 Exemples de stratégies antitabac appliquées avec succès

Taxes sur le tabac en Afrique du Sud

Au cours de ces dix dernières années, la politique antitabac de l'Afrique du Sud, qui repose sur deux piliers: la législation et l'augmentation des droits d'accise, a considérablement évolué. Le Gouvernement élu en 1994 a déclaré qu'il allait augmenter la taxe sur les produits du tabac pour lui faire atteindre 50 % du prix de détail (à cette date, les droits d'accise s'élevaient à 21 % du prix de détail et l'ensemble des taxes représentait 32 % de ce prix). En 1997, le Ministre des Finances a annoncé que la cible de 50 % avait été atteinte. Les augmentations ultérieures de taxes ont été conçues pour maintenir ce pourcentage. Au cours de la dernière décennie, le prix de détail en termes réels a plus que doublé: de ce fait, les cigarettes sont devenues très chères comparativement à divers autres biens et services. Bien que, conjuguées à d'autres interventions destinées à lutter contre le tabagisme, ces taxes aient entraîné une réduction de 33 % de la consommation du tabac, les recettes effectives de l'Etat résultant de cet impôt ont plus que doublé *(15)*.

Mises en garde sanitaires en Thaïlande

La Thaïlande a commencé à faire apposer des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes en 1974. Depuis 1989, ces messages ont subi de nombreux changements et sont l'un des éléments importants d'une politique couvrant tous les aspects de la lutte. Les mises en garde ont été améliorées par étapes, et l'on a ainsi progressivement augmenté la diversité et l'effet dissuasif. Le nombre de mises en garde apparaissant à tour de rôle sur les paquets est passé de un à 12. Quant à la surface occupée par ces messages sur les paquets et les cartouches de cigarettes, elle a atteint un tiers de la surface principale. Une nouvelle série de messages sanitaires illustrés, couvrant la moitié des faces avant et arrière des paquets, a été préparée et soumise au Ministère de la Santé en 2003 et attend maintenant l'agrément du Gouvernement thaïlandais. Grâce à la politique de lutte antitabac de la Thaïlande, la consommation de cigarettes par habitant diminue dans ce pays depuis le milieu des années 90 *(16)*.

Encadré 6.3 Le tabac et les écoliers dans la Région du Pacifique occidental

Les données émanant du premier groupe de pays de la Région à avoir mené à bien l'Enquête mondiale sur le tabac et les jeunes révèlent des taux de tabagisme et d'exposition au tabagisme passif extrêmement élevés chez les écoliers de 13 à 15 ans dans le Pacifique occidental. Un grand nombre de ces enfants ont commencé à fumer avant l'âge de 10 ans et la très grande majorité désire s'arrêter mais en est empêchée par une dépendance nicotinique.

Ont participé à cette enquête la Chine, Fidji, les Marianne du Nord, les Palaos, les Philippines et Singapour. Il est apparu que, dans certaines régions de Chine, 20 à 40 % des enfants commencent à fumer avant l'âge de 10 ans contre 14 % aux Philippines, 22 % environ à Fidji et à Singapour et 31 à 32 % dans les Mariannes du Nord et les Palaos. Globalement, 35 à 65 % des enfants avaient été exposés à la fumée d'autres personnes à leur domicile.

Jusqu'à 87 % des enfants fumeurs en Chine et 85 % aux Philippines, et au moins 62 % du total des enfants de l'enquête ont exprimé le désir de cesser de fumer. Ces chiffres montrent qu'il est urgent de mettre sur pied des interventions axées sur les enfants et les adolescents afin de leur donner les moyens de dire non au tabagisme. Pour ceux qui sont déjà en état de dépendance, il est impératif de concevoir des stratégies de sevrage adaptées à ce groupe d'âge. En outre, il est manifestement urgent de prendre des mesures efficaces pour que les enfants et les jeunes soient protégés des effets du tabagisme environnemental. Afin que les enfants soient correctement protégés, l'OMS invite instamment les gouvernements à mettre en place des programmes complets de lutte antitabac conformes aux principes énoncés dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

les jeunes et le tabac a révélé que la plupart des jeunes fumeurs de la Région du Pacifique occidental souhaitaient arrêter de fumer (voir l'Encadré 6.3).

De nombreux obstacles empêchent la plupart des pays d'offrir un traitement d'un bon rapport coût/efficacité contre la dépendance tabagique, notamment le fait que le traitement ne soit pas intégré aux systèmes de soins de santé, le manque de compétences du personnel soignant, le prix élevé des produits nicotiniques de substitution et des services d'aide au sevrage tabagique, et la réglementation stricte dont ces produits font l'objet. Les systèmes de soins de santé pourraient venir en aide aux populations déshéritées les plus enclines à fumer en leur offrant un appui et des facilités d'accès au traitement *(19)*. Tout le personnel soignant doit être impliqué, y compris les professionnels de la santé bucco-dentaire qui, dans de nombreux pays, sont au contact d'une grande partie de la population en bonne santé. Les programmes de sevrage tabagique doivent se dérouler dans un contexte favorable, lequel exige une action énergique de l'Etat, par exemple la promotion d'environnements sans tabac ou des campagnes de communication et de sensibilisation conçues pour que le tabagisme soit moins bien accepté socialement *(20)*.

La Nouvelle-Zélande, où 50 % de la population autochtone fume, assure, au niveau de la population, une gamme de services de sevrage tabagique parmi les plus avancés *(21)*, dont une permanence téléphonique nationale, le remboursement des substituts nicotiniques, des services spécialement destinés aux Maori (par exemple une aide au sevrage tabagique et un traitement pour les femmes et leur famille) et un service hospitalier pour ceux qui veulent arrêter de fumer. On peut difficilement mettre en place des programmes prévoyant une aide au sevrage tabagique sans mener des campagnes médiatiques, sans un lobby antitabac influent, sans des analystes politiques qui anticipent les événements, et sans le soutien du gouvernement; l'augmentation des taxes est un moyen supplémentaire d'inciter les gens à ne plus fumer.

La convention-cadre est une arme de portée mondiale contre la mortalité et la morbidité dues à la pandémie de tabagisme. L'ouverture de la convention à la signature et à la ratification donne aux pays une occasion unique de renforcer leur potentiel national de lutte contre le tabagisme. Le succès de la lutte antitabac dépend d'un engagement politique suivi et de l'apport de ressources supplémentaires aux niveaux mondial et national. L'amélioration de la santé qui s'ensuivra, notamment chez les populations les plus démunies, sera, pour les services de santé publique, une réalisation de toute première importance.

Circulation routière: les épidémies occultes

Chaque année, plus de 20 millions de personnes sont tuées ou grièvement blessées sur les routes du monde. Le bilan est particulièrement lourd dans les pays en développement et ne peut que s'y aggraver compte tenu de l'augmentation rapide du nombre de véhicules.

En plus des traumatismes et des décès qui en résultent directement, l'augmentation du nombre de véhicules et certaines politiques de transport ont d'autres conséquences graves sur la santé et d'importantes répercussions sociales, économiques et écologiques *(22)*. Dans certains pays, la pollution de l'air par les véhicules à moteur fait plus de morts encore que les accidents de la circulation *(23)*. Outre leur contribution directe aux maladies respiratoires et cardiaques, les transports routiers sont à l'origine d'un quart environ des émissions anthropogéniques de gaz responsables du changement climatique *(24)*. Ces épidémies « occultes » retiennent bien peu l'attention aux niveaux national et international par rapport aux principales maladies transmissibles et non transmissibles.

Or les accidents de la route sont, dans une large mesure, évitables. Il existe de nombreuses interventions économiquement abordables pour prévenir les traumatismes et épargner des vies: mais, jusqu'à présent, leur efficacité a surtout été étudiée dans les pays développés et d'autres études sont nécessaires dans les pays en développement. On redouble actuellement d'efforts pour, partout dans le monde, sensibiliser au problème, faire connaître les solutions possibles et encourager l'adoption de politiques et mesures de sécurité routière. Plusieurs pays appliquent des stratégies intégrées pour réduire les risques liés à la circulation et mieux tirer parti des politiques de transport et d'aménagement du territoire qui favorisent l'exercice physique et les projets cohérents de développement communautaire *(25)*.

L'épidémie de traumatismes dus aux accidents de la route ne fait que commencer dans les pays en développement, mais pourrait devenir exponentielle si l'on tarde à agir *(26)*. Les pays à faible ou moyen revenu sont déjà les plus durement touchés avec 90 % de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) que représentent les traumatismes et les décès dus aux collisions. Alors qu'ils sont en baisse dans les pays à haut revenu, les taux de létalité augmentent rapidement dans le monde en développement, surtout en Asie *(27)*. La situation est si grave que, d'ici à 2020, les accidents de la route seront sans doute la troisième cause d'AVCI perdues dans le monde *(28)*. On estime que le nombre de morts sur les routes aura alors augmenté de 92 % en Chine, de 147 % en Inde et de 80 % en moyenne dans beaucoup d'autres pays en développement *(29)*.

Outre ce bilan humain inacceptable, on estime à US $518 milliards par an environ le coût économique des accidents de la circulation dans le monde, dont US $65 milliards dans les pays en développement *(27)*. Il est évident que les pays qui s'efforcent de se développer économiquement ne peuvent absorber une telle perte et que celle-ci se ressent sur les systèmes de santé nationaux. Les blessures représentent un tiers environ des cas aigus dans de nombreux hôpitaux des pays à revenu faible ou moyen, et entre 30 % et 86 % de toutes les hospitalisations pour traumatismes *(30);* la majorité de ces hospitalisations sont consécutives à un accident de la circulation.

Bien que plus de 3000 personnes meurent chaque jour sur les routes, le problème n'est pas reconnu dans toute son ampleur parce que les collisions ne font généralement que peu de victimes à la fois et qu'il n'en est guère question dans la presse, ce qui contribue à occulter l'épidémie.

Contrairement à d'autres épidémies, les traumatismes dus aux accidents de la route dépendent dans une large mesure de décisions et de choix tant collectifs qu'individuels, de sorte

qu'il est possible d'agir sur le problème. On sait que, dans les pays en développement, les accidents mortels sont bien plus fréquents que dans les pays qui ont un parc automobile important, la mortalité étant parfois jusqu'à 200 fois supérieure *(27)*. Le nombre d'automobiles augmente rapidement dans les pays en développement et, de ce fait, les routes deviennent beaucoup plus dangereuses; ce moyen de transport étant appelé à se développer, le nombre de décès et de traumatismes parmi les usagers vulnérables va augmenter en conséquence. Un engagement au niveau mondial peut permettre de maîtriser cette épidémie à condition de s'appuyer sur une collaboration intersectorielle, des politiques ciblées et des plans d'action nationaux. Environ 1,3 million de personnes meurent chaque année sur les routes. Il faut impérativement profiter des possibilités qui s'offrent d'éviter cette hécatombe.

Faire de la sécurité une responsabilité partagée

Dans les pays développés, les faits montrent que les accidents sont évitables et que les interventions ont déjà permis de sauver des vies par centaines de milliers. Les données font ressortir la nécessité d'aborder la sécurité routière en considérant le conducteur, le véhicule et le cadre bâti comme trois éléments d'un système dynamique au sein duquel la sécurité est une responsabilité partagée. La démarche consiste ainsi à recenser toutes les sources d'erreurs et tous les défauts de conception qui contribuent aux collisions pour essayer d'en atténuer les conséquences *(31)*.

Depuis quelques décennies, la sécurité des véhicules, des routes et des conducteurs a fait beaucoup de progrès dans les pays développés. Les innovations à bord des automobiles comprennent notamment les pare-chocs amortisseurs, les colonnes de direction télescopiques, les ceintures de sécurité, les appuis-tête fixes, les airbags et les sièges auto pour enfants. Les chaussées ont été aménagées afin de séparer par des barrières les voies de circulation en sens contraire et de supprimer les intersections. Les piétons sont protégés des véhicules par des barrières, l'éclairage public s'est amélioré et des ralentisseurs ont été installés pour ralentir la circulation. Le port de la ceinture de sécurité par le conducteur et les passagers et celui du casque par les motocyclistes sont devenus obligatoires. Les excès de vitesse et la conduite en état d'ivresse sont sanctionnés par une législation sévère. Ces mesures ont permis de sauver des centaines de milliers de vies, comme l'illustre l'exemple des Etats-Unis, où le nombre de décès causés par les véhicules à moteur a chuté de plus de 40 % entre 1966 et 1997.

Les interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui ont fait leurs preuves dans les pays développés peuvent aussi donner de bons résultats dans les pays à faible revenu. Pour un impact maximum, toutes les stratégies de prévention doivent aller de pair avec une répression pénale efficace *(32)*.

Les données prouvent de manière convaincante l'utilité des mesures de sécurité, mais il faut adapter le savoir acquis pour concevoir des interventions efficaces dans les pays en développement. Les conditions propres à chaque pays et à chaque région en matière de sécurité routière sont un important sujet de recherche. Il convient également de mieux étudier les facteurs, notamment ceux liés au mode de vie, qui expliquent les différences entre pays pauvres et pays riches concernant les accidents. Dans les pays privilégiés, par exemple, la plupart des blessés se trouvent à l'intérieur d'un véhicule lors de la collision tandis que, dans les pays démunis, les victimes sont généralement les usagers les plus vulnérables, c'est-à-dire les piétons, les cyclistes et les passagers des transports publics *(33)*.

Dans beaucoup de pays, les véhicules à deux roues, qui circulent parmi les automobiles, les autocars et les camions, sont le moyen de transport le moins cher et le plus dangereux *(34)*. La vitesse et une mauvaise visibilité sont les plus grands dangers pour les cyclistes, les motocyclistes et leurs passagers, qui sont d'autant plus exposés quand ils n'ont pas de casque ni d'autres protections. Les lésions cérébrales sont une cause fréquente de décès lors des colli-

sions avec des deux-roues. Rouler feux allumés pendant la journée est une bonne solution pour les cyclistes et les motocyclistes car les autres usagers les voient mieux.

Mobilisation

Nombre de dirigeants politiques ne mesurent pas pleinement l'ampleur et la gravité du problème des accidents de la route. Il faut entreprendre de longues campagnes de sensibilisation qui les inciteront à agir dès maintenant et pendant longtemps pour améliorer la sécurité routière dans les pays et dans l'ensemble du monde. Depuis quelques années, l'OMS s'investit de plus en plus dans la prévention des accidents de la route. En 2001, elle a élaboré une stratégie quinquennale pour guider les chercheurs, les praticiens et les responsables du choix des politiques et pour mobiliser l'opinion publique *(35)*. Cette stratégie, qui privilégie l'épidémiologie, la prévention et la sensibilisation, est actuellement appliquée par un certain nombre de pays, dont le Cambodge, l'Ethiopie, le Mexique, la Pologne et le Viet Nam, avec la participation active de l'OMS.

En 2004, la Journée mondiale de la Santé, qui a lieu tous les ans le 7 avril, sera consacrée à la sécurité routière et marquera la sortie du *Rapport mondial sur la prévention des accidents de la route*, publié par l'OMS en collaboration avec la Banque mondiale. Ce rapport présentera des données exhaustives sur les déterminants et sur l'importance des accidents de la route et suggérera des solutions scientifiquement fondées. En mai 2003, l'Assemblée générale des Nations Unies a estimé que les traumatismes dus aux accidents de la circulation étaient une épidémie mondiale, et il est prévu qu'elle tienne une session extraordinaire en avril 2004 à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé pour promouvoir la sécurité routière et encourager les pays à adopter des plans d'action nationaux. L'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement, le Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organismes encore concourent à l'action de sensibilisation.

Il faut faire prendre conscience aux dirigeants et à la société civile du nombre de morts et de blessés sur les routes pour qu'ils s'engagent à réduire ce fléau. Les programmes nationaux destinés à améliorer la sécurité routière n'exigeront pas seulement la participation des secteurs de la santé publique et des transports, mais aussi l'appui des responsables de la justice, de la police, de la santé, de l'éducation et de l'urbanisme. Les pouvoirs publics devront en outre être soutenus par les organisations non gouvernementales et les organismes professionnels.

Une analyse exhaustive du système de sécurité routière de chaque pays permettra de se faire une idée exacte de la situation (qui est blessé ou tué, où, quand et comment les accidents ont lieu), des solutions envisageables, des acteurs de différents secteurs qu'il est possible d'associer et de former, et des problèmes propres aux pays. Les catégories de personnel qualifié nécessaire pour prévenir et soigner les traumatismes dus aux accidents de la circulation dépendront de la capacité actuelle du pays et des ressources supplémentaires qu'il parviendra à obtenir.

L'une des forces dont la santé publique peut depuis longtemps se prévaloir est la surveillance des maladies, c'est-à-dire le recueil et l'utilisation d'informations sur les caractéristiques, les facteurs de risque et l'efficacité des interventions en vue de prévenir une maladie et d'en atténuer les effets. On peut se servir du potentiel de surveillance et de recherche pour les accidents de la route et élargir les évaluations généralement effectuées en santé publique pour prendre en considération d'autres éléments cruciaux des systèmes en vigueur dans un pays. Une fois l'évaluation et l'analyse achevées, tous les secteurs peuvent collaborer à l'élaboration et à l'exécution d'un plan visant à modifier tout à la fois les routes, la conception des véhicules, les lois et les comportements afin de sauver des vies. Les pays démunis auront besoin d'une aide extérieure pour appliquer des mesures de sécurité routière.

Prévention des traumatismes, sécurité et traitement

Prévention, sécurité et traitement sont les trois axes de tout plan national contre les accidents de la route. Tous trois nécessitent une planification à court et à long terme ainsi qu'une surveillance pour connaître les résultats et mesurer les progrès accomplis. La législation et l'efficacité avec laquelle elle est appliquée seront déterminantes.

Le plus important pour commencer est d'empêcher les accidents. Certains pays ont déjà fait des progrès en matière de prévention en séparant les piétons des automobiles et des camions, en érigeant des barrières et des clôtures, en installant des glissières de sécurité, en élargissant les bas côtés et en aménageant les endroits dangereux où il y a le plus de risques d'accidents. Au nombre des mesures efficaces figurent aussi les dispositifs destinés à ralentir la circulation tels que les bandes rugueuses et les dos-d'âne (voir l'Encadré 6.4), les limitations de vitesse et une législation qui réprime sévèrement l'alcool au volant *(32)*.

Deuxièmement, quand un accident survient, les blessures sont moins graves si les conducteurs sont protégés par un casque ou par une ceinture de sécurité. Il est possible de construire ou d'importer des véhicules qui résistent aux chocs, équipés par exemple de dispositifs de sécurité qui protègent les passagers en cas de retournement. Troisièmement, les pays ont besoin de bons systèmes de prise en charge des traumatismes afin que les victimes puissent être transportées et soignées sans retard et suivent une rééducation. Des services d'urgence rapides et efficaces peuvent réduire la morbidité et la mortalité. Pour être complets, les plans de prise en charge des blessés doivent prévoir une rééducation de qualité *(36)*.

Il est impossible d'améliorer la sécurité routière si les pouvoirs publics ne s'engagent pas fermement à mettre en place, financer et maintenir les programmes nécessaires. La collaboration avec d'autres acteurs intéressés aux niveaux mondial, national et local permettra de progresser plus vite et aidera à adopter des solutions plus viables pour les transports publics et privés. Les pays peuvent d'abord s'employer à faire davantage d'études et à constituer une base de données exhaustive pour suivre et évaluer les plans nationaux. A mesure que l'on en apprend davantage sur les accidents de la route, les possibilités de collaboration entre pays, disciplines et organismes se multiplient. La collaboration sera déterminante pour organiser rapidement une riposte à l'épidémie, en particulier dans les pays démunis, et atténuer l'impact sur l'environnement à l'échelle mondiale.

Etant donné que les pays pauvres supportent l'essentiel de la charge de morbidité et de mortalité, il est important d'avoir pour objectif l'équité de la sécurité dans le monde, soit l'accès universel aux moyens de sécurité. Pour atteindre cet objectif, les pays en question devront développer les infrastructures et les ressources humaines avec l'aide des pays développés. Les gouvernements peuvent être incités à considérer la sécurité routière et la prévention des traumatismes comme un moyen important de favoriser un développement économique, social et

Encadré 6.4 Stratégie peu coûteuse de sécurité routière: ralentisseurs au Ghana

Les accidents de la circulation posent un grave problème au Ghana, où le taux de létalité pour 10 000 véhicules est environ 30 à 40 fois plus élevé que dans les pays à haut revenu. La vitesse excessive des usagers sur les autoroutes interurbaines et dans les agglomérations étant considérée comme l'un des principaux facteurs d'accidents, des ralentisseurs ont été installés sur certains tronçons autoroutiers où le risque d'accident est particulièrement élevé afin de ralentir les véhicules et d'améliorer ainsi les conditions de circulation pour les autres usagers de la route tels les piétons et les cyclistes. Des bandes rugueuses d'un coût modique ont été placées sur l'autoroute principale Accra-Kumasi à un endroit particulièrement dangereux. En freinant la vitesse des véhicules, on réduit l'énergie cinétique (qui cause les lésions et décès au moment du choc) et donc la distance de freinage, ce qui évite de nombreuses collisions.

L'utilisation de ralentisseurs, sous la forme de bandes rugueuses et de dos d'âne, a donné de bons résultats sur les routes ghanéennes. Entre janvier 2000 et avril 2001, soit une période de 16 mois, on a pu réduire de 35 % le nombre d'accidents de la circulation, de 55 % celui des morts et de 76 % celui des blessés graves. Ces mesures de réduction de la vitesse ont aussi permis d'éliminer certains types d'accidents et d'améliorer la sécurité des piétons.

environnemental durable et de mobiliser les forces nécessaires pour combattre efficacement une épidémie qui, encore en grande partie occultée aujourd'hui, deviendra de plus en plus visible si l'on ne fait rien.

Intégration de la sécurité routière dans les politiques générales

Dans la plupart des pays, aussi bien riches que pauvres, l'opinion publique s'inquiète de l'effet le plus insidieux de la circulation routière: la pollution de l'air. Les estimations relatives aux conséquences de la pollution atmosphérique sur la santé montrent que cette inquiétude est justifiée. En Autriche, en France et en Suisse, la pollution de l'air par les véhicules à moteur fait deux fois plus de morts que les accidents de la route *(23)*. De plus, on s'attend à ce que les gaz responsables du changement climatique, dont un quart sont émis par les véhicules à moteur *(24)*, provoquent, avec d'autres facteurs, des catastrophes telles qu'inondations et sécheresses et des changements dans l'habitat des vecteurs de maladies, les moustiques par exemple, qui auraient de graves conséquences sur la santé *(37)*.

Les transports ont aujourd'hui beaucoup d'autres effets sur la santé *(22)*, notamment les nuisances sonores permanentes, la hausse des taux de maladies cardio-vasculaires, de diabète, d'obésité et de certains cancers chez des usagers que rien n'incite à se déplacer à bicyclette et à pied *(38)*, et les entraves au développement de réseaux locaux de soutien. Les pauvres des villes sont de loin les plus exposés à ces effets car les zones urbaines sont plus polluées et souvent moins propices à l'exercice physique *(39)*.

Les traumatismes dus aux accidents de la route sont également plus fréquents chez les citadins défavorisés car ceux-ci vivent généralement dans des zones où le trafic est plus dense et où les véhicules sont proportionnellement plus nombreux à dépasser les limitations de vitesse *(40, 41)*. Il y a en outre un lien manifeste entre le degré de dénuement socio-économique et le risque de traumatisme chez les enfants *(42, 43)*, notamment parce que les enfants de familles qui n'ont pas de voiture sont obligés de traverser plus souvent la rue que les enfants de familles qui en ont une *(44)*. Ces inégalités en milieu urbain peuvent être une bonne cible car la réduction des risques sanitaires dans les populations défavorisées est un moyen efficace de faire reculer la pauvreté *(45)*.

D'ordinaire, les politiques adoptées pour réduire la pollution de l'air par les véhicules à moteur ne tiennent pas compte des autres effets de la circulation routière sur la santé tels que les accidents de voiture, et vice versa *(46)*. Les systèmes de santé ont un rôle important à jouer dans l'élaboration de stratégies de transports intégrées qui prennent en considération toutes les retombées sanitaires *(25)*. On peut recourir aux méthodes d'étude de l'impact sur la santé[1] pour anticiper les conséquences sanitaires des politiques de transport et suggérer des modifications qui amplifieront leurs effets bénéfiques et réduiront les inégalités en santé *(47)*.

Tous les sujets abordés dans les chapitres précédents ont un point en commun: il s'agit de problèmes fondamentaux qu'il est impossible de résoudre sans un système de santé efficace. En effet, le sort d'un enfant atteint de paludisme en Afrique, d'un diabétique d'âge mûr en Amérique latine et d'une mère VIH-positive en Asie dépend vraisemblablement de l'efficacité du système de santé national. Le chapitre 7 montre que, malheureusement, la plupart des systèmes de santé nationaux sont aujourd'hui incapables de relever le défi, mais suggère des initiatives qui leur permettront d'affronter l'avenir.

[1] Voir le site Internet http://www.who.in/hia.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. Yusuf S et al. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors and impact of urbanization. *Circulation,* 2001, 104:2746–2753.
3. Beaglehole R. Global cardiovascular disease prevention: time to get serious. *Lancet,* 2001, 358:661–663.
4. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemic: time to end the "Only-50%" myth. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:2657–2660.
5. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1992.
6. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet*, 2002, 360:2–3.
7. *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 916) (sous presse).
8. *Tonga commitment to promote healthy lifestyles and supportive environment*. Manille, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 2003.
9. Alwan A, MacLean D, Mandil A. *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
10. Armstrong T, Bonita R. Capacity building for an integrated noncommunicable disease risk factor surveillance system in developing countries. *Ethnicity and Disease*, 2003, 13(Suppl 2):S2–13;S2–18.
11. Strong K, Bonita R. *Rapport SurF 1. Surveillance des facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles: état actuel des données mondiales.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
12. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362:847–852.
13. Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000.* Deuxième édition. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Clinical Trial Service Unit (http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/, consulté le 2 septembre 2003).
14. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (HNP Discussion Paper No.6, Economics of Tobacco Control Paper No. 6).
15. Van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.4).
16. Chitanondh H. *Thailand country report on tobacco advertising and promotional bans*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.9).
17. *Maîtriser l'épidémie: l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.* Washington, D.C., Banque mondiale, 1999.
18. Henningfield JE, Slade J. Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issues. *Food, Drug and Law Journal*, 1988, 53(Suppl):75–114.
19. Friend K, Levy D. Smoking treatment interventions and policies to promote their use: critical review. *Nicotine and Tobacco Research,* 2001, 3:299–310.
20. *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
21. Price L, Allen M. *Effective access to tobacco dependence treatment, New Zealand*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.8).
22. Dora C, Phillips M. *Transport, environment and health*. Copenhague, Bureau OMS régional de l'Europe, 2000 (OMS, Publications régionales, Série européenne, No. 89; http://www.euro.who.int/transport/publications/20021008_1, consulté le 23 septembre 2003).
23. Kunzli N et al. Public health impacts of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet,* 2000, 356:795–801 (http://www.euro.who.int/transport/HIA/20021107_3, consulté le 23 septembre 2003).
24. Metz B et al. *Climate change 2001. Mitigation*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press pour le Groupe intergouvernemental de l'évolution du Climat (IPCC), 2001.
25. Dora C, Racioppi F. Including health in transport policy agendas: the role of health impact assessment analyses and procedures in the European experience [Inclure la santé dans les programmes d'élaboration des politiques des transports: le rôle des analyses et méthodes d'évaluation de l'impact sanitaire dans l'expérience européenne]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:399–403 (résumé en français).
26. Rosenberg ML, Rogmans W. The global challenge of road traffic injuries. Foreword. *Injury Control and Safety Promotion,* 2003, 10:1.
27. Jacobs G, Aaron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities.* Londres, Transport Research Laboratory, 2000 (TRL Report No. 445).

28. Murray CJL, Lopez A. *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, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard School of Public Health [pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale], 1999 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
29. Kopits E, Cropper M. *Traffic fatalities and economic growth*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3035).
30. Odero W, Garner P, Zwi A. Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiological studies. *Tropical Medicine and International Health* 1997; 2:445–460.
31. Ward D. *The UN can make a special contribution to road safety*. New York, N.Y., Nations Unies, 29 mai 2003.
32. Forjuoh S. Traffic-related injury prevention interventions for low-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:109–118.
33. Nantulya VM, Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:13–20.
34. McCormac D. *Traffic in Vietnam*. Fulbright Economics Teaching Program case study (http://www.fetp.edu.vn/Research_casestudy/display.cfm?fileid=43, consulté le 23 septembre 2003).
35. *Stratégie quinquennale de l'OMS pour la prévention des accidents de la circulation.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/NMH/VIP/01.03).
36. Mock C, Arriola-Risa C, Quansah R. Strengthening care for injured persons in less developed countries: a case study of Ghana and Mexico. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:45–51.
37. McMichael AJ et al. *Climate change and human health: risks and responses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
38. Racioppi F et al. *A physical active life through everyday transport: with a special focus on children and older people*. Copenhague, Bureau OMS régional de l'Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf, consulté le 15 september 2003).
39. *Road transport and health*. Londres, British Medical Association, 1997.
40. Mueller B et al. Environmental factors and risks for childhood pedestrian-motor vehicle collision occurrence. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:550–560.
41. Stevenson M et al. A case control study of traffic risk factors and child pedestrian injury. *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24:957–964.
42. *Safety of vulnerable road users*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 1999.
43. Joly M et al. Geographical and socio-ecological variations of traffic accidents among children. *Social Science and Medicine*, 1991, 33:765–769.
44. DiGiuseppi C et al. Influence of changing travel patterns on child death rates from injuries: trend analysis. *British Medical Journal*, 1977, 314:710–713.
45. *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé Pour le Développement Economique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
46. Tiwari G. Transport and land-use policies in Delhi [Politiques des transports et d'utilisation des sols à Delhi]. *Bulletin of the World Health Organization,* 2003, 81:444–450 (résumé en français).
47. Berensson K, Millar S. *Focusing on health – HIA. How can the health impact of policy decisions be assessed?* (http://www.who.int/hia/tools/toolkit/whohia038/en/, consulté le 23 septembre 2003).

Chapitre sept

Les systèmes de santé:

des soins intégrés fondés sur des principes

Pour relever les redoutables défis décrits plus haut, le présent chapitre préconise un renforcement des systèmes de santé fondés sur les principes de base des soins de santé primaires énoncés à Alma-Ata en 1978, à savoir: un accès universel et une couverture adaptée aux besoins, l'équité en santé dans le cadre d'un développement soucieux de justice sociale, la participation communautaire à la définition et à l'application des programmes de santé et, enfin, des approches intersectorielles de la santé. Ces principes demeurent valides, mais doivent être réinterprétés à la lumière des changements spectaculaires survenus depuis 25 ans dans le domaine de la santé. Quatre questions importantes auxquelles les systèmes de santé sont confrontés font l'objet du présent chapitre: la crise mondiale du personnel de santé, les lacunes de l'information sanitaire, la pénurie de ressources financières et les problèmes gestionnaires que pose la mise en œuvre de politiques sanitaires équitables dans un environnement pluraliste.

7
Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes

Compte tenu des problèmes de santé mondiaux examinés dans les précédents chapitres, les objectifs sanitaires décrits dans le rapport ne pourront être atteints que si l'on renforce les systèmes de santé. Il convient d'appliquer les leçons du passé, y compris les compétences et stratégies acquises au cours de la lutte contre la poliomyélite et le SRAS, à la situation d'urgence causée par l'épidémie de VIH/SIDA ainsi qu'à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Toutefois, on ne pourra pas atteindre durablement ces objectifs et d'autres encore si l'on ne fixe pas des cibles sanitaires spécifiques – y compris la cible des 3 millions de personnes traitées dans les pays en développement avec une thérapie antirétrovirale associée contre le VIH/SIDA d'ici à la fin de 2005 – pour étayer un large développement horizontal des capacités des systèmes de santé.

En dépit des réformes sanitaires de ces dernières décennies, on n'a pas suffisamment progressé vers la mise en place de systèmes de santé favorisant une amélioration collective de la santé. Aujourd'hui, toutefois, de nouvelles occasions s'offrent à nous. La santé occupe un rang élevé dans les programmes internationaux de développement et de nouveaux fonds sont dégagés pour les activités sanitaires dans les pays pauvres. L'instauration de conditions favorables à la santé et de soins de qualité pour tous est absolument impérative pour tous les systèmes de santé.

Le présent chapitre examine la manière dont les valeurs et pratiques des soins de santé primaires, adaptées aux réalités de l'environnement sanitaire complexe d'aujourd'hui, pourraient servir de base à une amélioration des systèmes de santé. Il passe en revue les notions fondamentales des soins de santé primaires et explique le concept de développement de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Il examine ensuite quatre des grands problèmes auxquels les systèmes de santé sont confrontés: la crise mondiale du personnel de santé, le manque de bases factuelles appropriées et actualisées, la pénurie de ressources financières, et les problèmes gestionnaires que pose la mise en œuvre de politiques sanitaires équitables dans un environnement pluraliste. La dernière section examine la manière dont l'OMS collabore avec les pays pour définir clairement les objectifs des systèmes de santé et renforcer ces systèmes conformément aux principes des soins de santé primaires.

Un système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé *(1)*. Le système de soins de santé est

l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé. Le présent chapitre concerne essentiellement les systèmes de soins de santé. Toutefois, le personnel soignant participe souvent à des activités de promotion, dans la communauté, de conditions favorables à la santé. C'est d'ailleurs cette relation entre les fonctions de soins aux patients et de santé publique qui est l'une des caractéristiques essentielles de la démarche des soins de santé primaires.

Le cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé, élaboré par l'OMS vers la fin des années 90, visait à prendre en compte l'équité des issues sanitaires dans la population qu'exigent les principes des soins de santé primaires, en fournissant un outil analytique qui permettra de déterminer si cette exigence est effectivement satisfaite. Ce cadre permet d'appeler l'attention des décideurs sur des questions telles que les dépenses de santé catastrophiques qu'encourent un certain nombre de pays. Si ce rapport n'applique pas directement le cadre en question, il part cependant de l'hypothèse que les décideurs vont l'utiliser, ainsi que d'autres outils appropriés, pour mesurer le succès d'une approche du développement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires.

Au cours de ces dernières années, on a acquis des connaissances utiles sur la manière dont fonctionne un système de santé et sur les raisons d'un échec éventuel. Des initiatives telles que l'Observatoire européen des systèmes de soins de santé donnent d'intéressantes indications (voir l'Encadré 7.1), mais quelques questions fondamentales demeurent non résolues. Le présent rapport ne propose pas un modèle complet de développement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, ce qui serait impossible en l'état actuel des connaissances. Il vise à suggérer les axes de recherche qui seront utiles aux pays et aux partenaires internationaux de la santé pour évaluer les options et prendre des mesures en vue de renforcer les systèmes et de les rendre capables de répondre aux besoins et aux demandes de tous, notamment les pauvres.

Encadré 7.1 L'Observatoire européen des systèmes de soins de santé

Les pays de la Région européenne, dont les langues, les évolutions et les ressources sont extrêmement diverses, ont adopté des modes d'organisation différents pour leurs systèmes de santé. L'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé vise à diffuser des informations sur les leçons tirées de plus d'une décennie de changements en analysant les réformes et en indiquant ce qui fonctionne dans tel ou tel contexte et pourquoi. Il permet ainsi aux responsables des politiques nationales européennes de confronter leurs propres expériences à celle des autres, de profiter des conclusions d'une analyse thématique et comparative des principaux problèmes auxquels ils font face et d'avoir accès à des données claires et pratiques.

L'Observatoire est un partenariat regroupant le Bureau régional OMS de l'Europe, des gouvernements nationaux (Espagne, Grèce et Norvège), des organismes internationaux et non gouvernementaux (la Banque européenne d'Investissement, l'Open Society Institute et la Banque mondiale) et des organismes universitaires (la London School of Economics and Political Science et la London School of Hygiene and Tropical Medicine). Toutes les publications de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web.[1]

Information et suivi. La série de 70 profils de pays intitulée Health System in Transition (anglais seulement) apporte des réponses analytiques à une gamme type de questions et utilise des définitions claires pour créer une base d'information en soulignant ce qui est propre à chaque pays. L'Observatoire recouvre l'ensemble de la Région européenne et quelques autres pays de l'OCDE pour permettre des comparaisons systématiques ainsi qu'un examen des réformes dans le temps.

Analyses. L'Observatoire publie des études complètes sur des questions clés en rapport avec les systèmes et politiques de santé telles que les hôpitaux, le financement, la réglementation, l'élargissement de l'Europe, l'assurance-maladie obligatoire, les achats, les soins de santé primaires, les substances pharmaceutiques, la santé mentale, les ressources humaines et les objectifs sanitaires. Il utilise la recherche indirecte ou méta-analyse et réunit des experts venus de tous les pays d'Europe pour synthétiser les données existantes, placer les expériences des pays dans un cadre conceptuel et en tirer des leçons et des options pratiques.

Diffusion de l'information. La participation des décideurs et de leurs conseillers permet de s'assurer qu'ils pourront utiliser l'information et les analyses. L'Observatoire organise des séminaires et des ateliers pour de petits groupes de décideurs de haut niveau, souvent en partenariat avec des organismes appuyant les réformes des systèmes et politiques de santé, sur des questions telles que les formules de financement, les incidences de l'adhésion de nouveaux Etats Membres à l'Union européenne ou l'équité.

[1] www.observatory.dk.

Principes fondamentaux des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont devenus en 1978 l'une des politiques clés de l'OMS lors de l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata et de la stratégie de la « santé pour tous en l'an 2000 ». Vingt-cinq ans plus tard, le soutien international aux valeurs des soins de santé primaires demeure considérable. Des résultats préliminaires d'une étude de grande envergure indiquent que nombreux sont ceux qui, dans le monde de la santé, estiment essentiel de privilégier les soins de santé primaires pour une progression équitable de la santé *(2)*.

Aucune définition uniforme et universellement applicable n'existe pour les soins de santé primaires. Des ambiguïtés étaient déjà présentes dans le document d'Alma-Ata, qui est considéré à la fois comme un niveau de soins et comme une approche globale de la politique sanitaire et des prestations de services. Dans les pays à haut ou moyen revenu, les soins de santé primaires s'entendent essentiellement du premier niveau de soins. Par contre, dans les pays à bas revenu, où l'accès aux soins de santé se heurte encore à de graves difficultés, on les considère davantage comme une stratégie applicable à l'échelle du système.

Il est utile de considérer que les soins de santé primaires couvrent à la fois des principes clés et une série variable d'activités de base. Aux fins du présent examen, c'est aux principes que nous allons principalement nous intéresser *(3)*, et notamment:

– l'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins;
– l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;
– la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé;
– l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Encadré 7.2 Soins de santé primaires dans un environnement en pleine mutation: les « maisons de santé » en République islamique d'Iran

Le Gouvernement de la République islamique d'Iran a beaucoup investi dans la formation de personnels soignants. Les centres de soins de santé primaires, connus familièrement sous le nom « maisons de santé », constituent un réseau actif animé par des agents de santé communautaires, les *behvarzes*, formés et régulièrement encadrés par un personnel des centres de santé des districts. Les *behvarzes* dispensent des soins de santé de base et donnent des avis sur de nombreux aspects de la santé maternelle et infantile ainsi que sur les maladies transmissibles courantes. Ils enregistrent aussi les informations sanitaires locales à l'aide d'un système de données dit « horoscope vital » qui contient les renseignements recueillis au cours de visites annuelles au domicile des patients. Ce système permet de disposer d'informations utiles pour planifier les services sur les plans local et national. La participation des communautés à la prestation de soins de santé à assise communautaire est élevée; 90 % de la population souscrit à un système d'assurance-maladie, et certains systèmes sont expressément conçus pour protéger les pauvres.

Aujourd'hui, la République islamique d'Iran doit faire face à plusieurs obstacles pour préserver ces acquis dans un environnement en pleine évolution. Le profil épidémiologique du pays s'est modifié, grâce en partie au succès de la stratégie basée sur les soins de santé primaires. Le gros de la charge morbide est dû aux maladies et lésions non transmissibles, mais il existe quelques différences entre provinces riches et pauvres. L'urbanisation s'étend, ce qui entraîne une modification du mode de vie, et le secteur sanitaire privé se développe. La prise en charge clinique des cas ne repose pas aussi souvent qu'il le faudrait sur des bases factuelles et une récente étude du financement de la santé montre que le système n'est pas aussi équitable qu'on l'avait pensé: les paiements directs sont trop élevés et les pauvres sont moins bien protégés qu'auparavant contre le risque de dépenses de santé catastrophiques.

Le Gouvernement prend des mesures pour relever ces nouveaux défis. Il a déjà commencé à réorienter les activités de soins de santé primaires dispensés dans les maisons de santé. En vue d'améliorer la qualité des soins, on revoit les directives techniques applicables aux interventions et à la formation de différentes catégories de personnels de santé. On envisage aussi l'instauration d'une gamme de prestations communes, et l'on cherche à déterminer ce qui doit y figurer, qui devra les dispenser et comment faire participer plus efficacement les prestataires à la mise en œuvre des interventions préventives et curatives critiques, par exemple par la voie d'appels d'offres. Les différents régimes d'assurance sont réexaminés dans le cadre d'une étude générale de l'ensemble du système de financement de la santé, et l'on se demande quels sont les types de dispositions organisationnelles qui permettraient d'améliorer la qualité et l'efficacité des prestataires publics.

Maintien des principes dans un environnement en évolution

L'environnement mondial, national et local dans lequel les valeurs des soins de santé primaires doivent être appliquées ont radicalement changé au cours de ces 25 dernières années. Parmi les principales mutations démographiques et épidémiologiques figurent le vieillissement des populations, l'explosion du VIH/SIDA et la double charge morbide qui va croissant dans les pays à bas ou moyen revenu (voir l'exemple de l'Encadré 7.2). Les progrès de la technologie sanitaire ont transformé de nombreux aspects de l'exercice de la médecine et suscité des attentes concernant les types de fonctions et de services que les systèmes de santé doivent assurer.

Le contexte institutionnel de la définition des politiques sanitaires et des prestations de services de santé a également évolué. On a redéfini les responsabilités et objectifs des pouvoirs publics dans le secteur de la santé, et des entités du secteur privé à but lucratif ou non jouent un rôle de plus en plus évident dans la prestation des soins de santé. Les raisons des diverses formes de collaboration varient, mais le sous-financement chronique des services de santé financés par le budget de l'Etat joue souvent un rôle important. Les processus de décentralisation et la réforme du secteur de la santé ont eu des effets divers sur la performance des systèmes de soins *(4)*.

Les idées et activités associées aux soins de santé primaires ont elles-mêmes subi des changements. Dans les années 80, la démarche appelée « soins de santé primaires sélectifs » a eu un certain succès. En mettant l'accent sur les problèmes techniques posés par la mise en œuvre d'interventions de base limitées dans les régions déshéritées, cette stratégie encourageait des structures programmatiques « verticales ». Ces programmes ont entraîné d'importants progrès, par exemple en matière de couverture vaccinale et de réduction de la mortalité infantile, mais ils étaient contraires à la conception globale des soins de santé primaires élaborée à Alma-Ata, qui donnait notamment la priorité à la lutte contre les déterminants socio-économiques d'une mauvaise santé. Dans les années 90, la Banque mondiale a recommandé une série d'interventions clés pour les services de santé publique et un ensemble de services cliniques essentiels influencés par des modèles de soins de santé primaires, mais les critiques se sont alors demandé si ces stratégies étaient bien conformes aux messages d'équité et de participation communautaire qui avaient émané d'Alma-Ata *(5)*.

A l'origine, les soins de santé primaires et le mouvement de la santé pour tous avaient pour objet de modifier les pratiques et structures du secteur de la santé en se fondant sur des critères relatifs à la santé de la population. Par la suite, les réformes du secteur de la santé ont souvent été régies par des critères largement étrangers à la santé (par exemple, des engagements généraux en faveur d'une décentralisation ou d'une réforme de la fonction publique, ou encore la nécessité de réduire les dépenses de l'Etat). La réaffirmation des principes des soins de santé primaires par les acteurs du monde de la santé montre qu'ils reconnaissent la nécessité de refonder les décisions concernant l'organisation, le financement et la prestation des services de soins de santé sur des critères de santé des populations.

Les principes considérés dans une optique systémique

Le présent rapport encourage une importante évolution conceptuelle vers le modèle de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Dans une optique systémique, on peut remédier à la contradiction potentielle entre des soins de santé primaires considérés comme un niveau distinct et ces mêmes soins envisagés en tant qu'approche générale d'une presta-

tion de services de santé souples et équitables. Cette évolution intègre les soins de santé primaires dans un ensemble plus vaste de manière que leurs principes puissent orienter le fonctionnement du système général.

Un système de santé basé sur les soins de santé primaires:

– s'appuie sur les principes d'équité, d'accès universel, de participation communautaire et d'approches intersectorielles exposés à Alma-Ata;
– tient compte de questions générales en rapport avec la santé des populations, en prenant en compte et en renforçant les fonctions liées à la santé publique;
– crée des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes de déshérités et d'exclus;
– organise des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux du système de santé;
– évalue en permanence et cherche constamment à améliorer la performance.

Pour dispenser les soins complets vers lesquels tend un tel système, il faut intervenir à tous les stades de la lutte contre la maladie. Si l'on veut s'attaquer à la charge croissante de maladies chroniques, tant transmissibles que non transmissibles, il faut promouvoir la santé en amont et prévenir la maladie dans la communauté tout en traitant la maladie en aval au sein des services de santé. Deux modèles de soins intégrés, le modèle de soins aux malades chroniques et son prolongement, le cadre novateur de l'OMS pour le traitement des maladies chroniques, mettent en évidence des notions de base des soins de santé primaires: des partenariats intersectoriels, la participation communautaire et des soins homogènes basés sur la population. L'expérience justifie l'utilisation de ces modèles intégrés pour mettre en œuvre les principes des soins de santé primaires, en montrant qu'ils réduisent les coûts des soins de santé, abaissent l'usage des services de soins et améliorent l'état général de santé *(6-9)*.

L'établissement d'un lien entre l'extension du traitement du VIH/SIDA et le développement du système de soins de santé pose un problème majeur. Il n'existe aucun modèle, mais on commence à avoir connaissance de quelques exemples utiles. Depuis mai 2001, Médecins sans Frontières dispense une thérapie antirétrovirale pour le VIH/SIDA dans des centres de soins de santé primaires du township de Khayelitsha (Afrique du Sud) *(10)*. Le traitement du VIH/SIDA dans une structure de soins de santé primaires met en évidence les possibilités d'intégration des différents types de soins et permet de commencer à voir comment l'extension du traitement pourrait s'inscrire dans un renforcement du système de santé basé sur les principes des soins de santé primaires et l'orienter. Le programme antirétroviral de Khayelitsha s'appuie sur un modèle de service animé par des infirmières et repose sur une forte mobilisation communautaire pour le soutien des malades. Il est apparu que le traitement du VIH/SIDA est optimal lorsque les conditions suivantes sont remplies:

– l'ensemble du système de santé est mobilisé et les activités de traitement du VIH/SIDA sont intégrées dans le module de base de prestations sanitaires;
– les services de traitement sont décentralisés pour garantir une bonne couverture ainsi que la participation de la communauté;
– le traitement et les soins sont conformes au principe de la continuité des soins et s'appuient sur un système de soins à domicile rattaché à un établissement de soins et sur un système d'orientation-recours.

Les ressources additionnelles devant être allouées aux secteurs de la santé des pays pour soutenir la lutte contre le VIH/SIDA, y compris l'objectif des 3 millions de personnes sous antirétroviraux d'ici 2005, peuvent être utilisées de manière à renforcer une intégration horizontale des systèmes de santé. La mise au point de stratégies propres à chaque contexte pour parvenir à un tel résultat s'inscrira dans la collaboration technique de l'OMS avec les pays. De

même, si les recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé tendant à accroître fortement des investissements mondiaux consacrés à la santé sont suivies par la communauté internationale, les années à venir vont offrir une occasion unique de mettre en place des systèmes de santé régis par les soins de santé primaires.

L'extension de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires se heurte encore à de formidables obstacles. Dans certains pays, de violents conflits et autres situations d'urgence ont terriblement dégradé les systèmes de santé (voir l'Encadré 7.3). Ceux-ci peuvent également être fragilisés par divers facteurs d'inefficacité tels qu'un montant disproportionné de dépenses publiques de santé consacré à des soins et programmes du niveau tertiaire qui ne portent pas sur une charge morbide significative *(11)*. La pénurie de ressources financières demeure un problème fondamental. Dans près de 20 % des Etats Membres de l'OMS, le total des dépenses de santé est encore inférieur à US $15 par habitant. Nombreux sont les pays, notamment parmi les plus pauvres, où les personnes ayant besoin d'un traitement pour elles-mêmes ou leur famille doivent encore en payer l'essentiel de leur propre poche.

Tous les efforts déployés dans les pays en développement pour améliorer les systèmes de soins de santé se heurtent à plusieurs obstacles majeurs: développement et maintien en poste du personnel de santé; gestion de l'information sanitaire; financement; et enfin, rôle de tutelle de l'Etat dans un environnement sanitaire pluraliste. Les sections suivantes du présent chapitre passent ces problèmes en revue. Il est bien d'autres domaines où les systèmes de

Encadré 7.3 Iraq: remise sur pied d'un secteur de la santé sinistré

La Guerre du Golfe de 1991 et les sanctions économiques ont marqué le début du déclin d'un système de prestations sanitaires qui avait servi de modèle à la région au cours des années 80. Les indicateurs sanitaires ont atteint des niveaux comparables à ceux de certains des pays les moins avancés: en 1996, les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle étaient estimés respectivement à 100 pour 1000, 120 pour 1000 et 300 pour 100 000 naissances vivantes, soit un doublement par rapport aux niveaux de 1990. Le programme « Pétrole contre nourriture » a entraîné une amélioration relative de la santé des Iraquiens mais celle-ci est loin d'être revenue aux niveaux d'avant 1990. Les issues sanitaires en Iraq sont maintenant parmi les pires de la région.

L'Iraq est au-dessous de la moyenne régionale pour le nombre de médecins par rapport à la population (5,3 médecins pour 10 000 habitants en 2002); il y a trop de spécialistes mais trop peu de médecins de soins de santé primaires et d'infirmiers/ères. A la suite de la guerre de 2003, l'infrastructure sanitaire, qui n'était plus entretenue depuis des années, a encore terriblement souffert des pillages, des carences de l'alimentation en électricité et en eau, et de l'instabilité institutionnelle.

Avant la guerre de 2003, le système de santé était basé sur les hôpitaux et axé sur les soins curatifs, et il ne répondait pas convenablement aux besoins sanitaires de la population. Les décideurs iraquiens et la communauté des bailleurs de fonds doivent maintenant rétablir les services de base à bref délai et transformer des services de santé inefficaces et inadéquats en un système basé sur les soins de santé primaires, sur la prévention et sur une politique réaliste. Le nouveau système doit s'attaquer à la charge morbide du peuple iraquien tout en demeurant abordable, compte tenu des ressources du budget national.

Le secteur de la santé se heurte à des problèmes majeurs, et notamment: la capacité limitée du Ministère de la Santé (et des directions de la santé dans les gouvernorats) à assumer les fonctions essentielles de santé publique; l'absence d'une gamme de services de santé comprenant des soins d'urgence en cas de catastrophe, les fonctions de santé publique essentielles et des moyens diagnostiques et de laboratoire; un exode des cerveaux qui ponctionne les ressources humaines; l'absence d'un système d'information permettant de prendre des décisions éclairées pour l'élaboration des politiques et leur exécution; la pénurie de ressources financières et l'absence de mécanismes bien établis pour assurer un apport régulier de capitaux permettant de couvrir les dépenses d'investissement et les coûts opérationnels du système; et, enfin, la nécessité de mieux coordonner les contributions de toutes les parties prenantes du secteur de la santé afin d'optimiser les apports de ressources.

Des hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, des responsables de l'Autorité provisoire de la Coalition et des représentants d'organisations du système des Nations Unies, d'organismes non gouvernementaux et de donateurs se sont réunis à Bagdad en août 2003 pour définir les priorités immédiates et à moyen terme qui permettront au secteur de la santé de dispenser des services accessibles, équitables, abordables et d'une qualité suffisante.

Pour que le secteur de la santé retrouve en Iraq son niveau d'avant-guerre, il faut pouvoir financer les salaires et les autres dépenses renouvelables prioritaires. On estime que les fonds nécessaires pour les services de santé de l'Iraq en 2004 – en provenance du budget de l'Etat et des contributions des bailleurs de fonds – seront de l'ordre de US $0,8-1,6 milliard (soit US $33-66 par habitant). Dans l'hypothèse d'une progression suivie des recettes, les projections pour la période 2004-2007 se situent dans une fourchette de US $3,7 à 7,8 milliards, ce qui, à la fin de la période, donne un montant de dépenses publiques par habitant de US $40 à US $84. Toutefois, prévoir la performance économique du pays, ses recettes fiscales et la volonté des donateurs de soutenir l'Iraq entre 2004 et 2007 est un exercice des plus aléatoires.

santé éprouvent des difficultés, mais les quatre obstacles susmentionnés nécessitent des mesures urgentes si l'on veut suffisamment développer un système pour lui permettre d'atteindre les objectifs sanitaires fixés. S'ils ne sont pas surmontés, on ne progressera guère dans l'amélioration de l'accès aux soins pour les plus pauvres.

Crise mondiale du personnel de santé

Le problème le plus aigu auquel les systèmes de soins de santé doivent faire face est celui de la pénurie du personnel qui les fait fonctionner. Ce sont les pays en développement qui souffrent le plus de cette crise, notamment l'Afrique subsaharienne, mais elle touche aussi tous les autres. Elle entrave sérieusement les mesures prises pour faire face à la situation d'urgence créée par le SIDA ainsi que pour mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, alors que les ravages du SIDA réduisent l'effectif du personnel disponible. L'engagement du Botswana à dispenser un traitement antirétroviral à tous ceux qui en ont besoin est compromis non par l'insuffisance du financement, mais par une grave pénurie de personnels de santé *(12)*.

Malheureusement, les gouvernements nationaux et les organismes internationaux accordent encore assez peu d'importance aux questions de personnel. Pourtant, un renforcement rapide et considérable des effectifs du personnel de santé s'impose d'urgence si l'on veut profiter des fonds et des substances pharmaceutiques actuellement disponibles.

Cette crise du personnel de santé éclate dans un environnement économique et politique très différent de ce qu'il était il y a 25 ans. Les modèles traditionnels dans lesquels le gouvernement recrute, forme, engage et déploie les professionnels de la santé ne reflètent plus la situation réelle de la plupart des pays en développement. Ils ont pour la plupart entrepris de décentraliser et de réformer leur fonction publique et leur secteur de la santé. De ce fait, les rôles des organisations non gouvernementales et des prestataires privés dans le domaine des soins de santé se sont considérablement élargis. En outre, tous les pays font maintenant partie d'un marché mondial des professionnels de la santé, et les effets du déséquilibre entre la demande et l'offre ne pourront que s'accroître à mesure que les échanges de services de santé augmentent *(13)*. Il convient donc d'élaborer et d'évaluer de nouveaux modèles de renforcement du personnel de santé *(14)*.

Effectif, composition et distribution du personnel de santé

Le nombre d'agents de santé d'un pays est un indicateur clé de sa capacité à étendre la couverture des prestations. La crise atteint son point culminant en Afrique subsaharienne où l'on reconnaît maintenant que les problèmes de dotation en personnel sont un obstacle majeur à la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et des OMD *(15)*. En République-Unie de Tanzanie et au Tchad, par exemple, l'effectif actuel du personnel de santé est tout à fait insuffisant pour que les interventions prioritaires aient lieu sur une grande échelle *(16)*. Les pays en butte à une pénurie de personnels de santé aussi extrême doivent augmenter de toute urgence leurs effectifs pour s'acquitter de ces tâches, notamment la prestation de services au niveau communautaire dans les zones sous-desservies.

Le nombre d'agents de santé d'un pays n'est pas le seul déterminant de l'accès aux soins de santé primaires. La Figure 7.1 montre que le nombre de naissances assistées par un personnel qualifié n'est que partiellement lié à l'effectif des professionnels de santé d'un pays.[1] La Guinée, l'Indonésie et le Paraguay ont des effectifs similaires, mais les taux de couverture y sont

[1] Le terme « professionnels de la santé », au sens de la base de données de l'OMS, désigne les médecins, infirmiers/ères, sages-femmes, dentistes et pharmaciens.

très différents en raison de plusieurs facteurs, notamment la composition des équipes de santé, leur distribution géographique et fonctionnelle, et leur productivité. Ces données montrent qu'il importe d'utiliser plus efficacement les personnels existants.

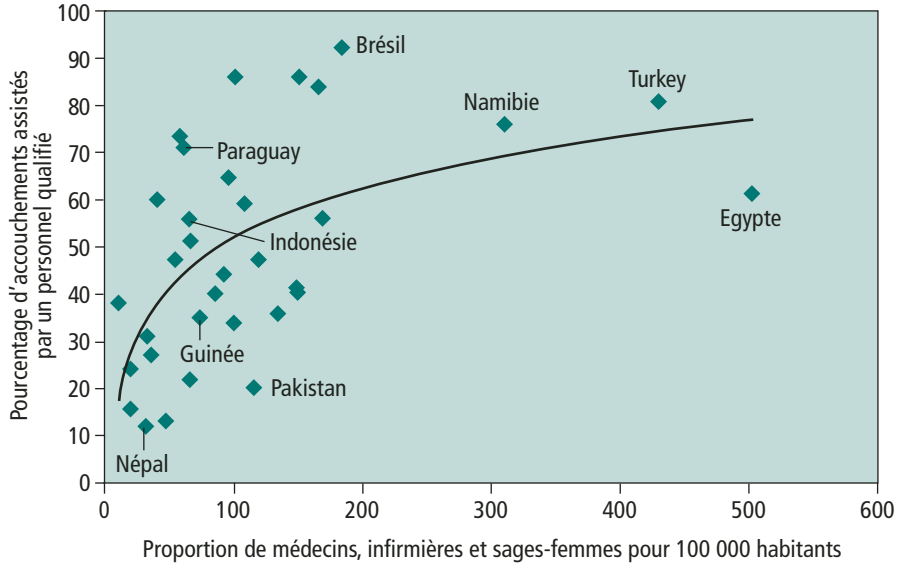
La discrimination sexuelle dans les professions de la santé a de nombreuses incidences graves sur l'efficacité à long terme du système de soins de santé, notamment sur les prestations destinées aux populations pauvres et déshéritées. La sous-représentation des femmes parmi les administrateurs et directeurs des services, alors que le personnel soignant est presque exclusivement féminin, pose un problème particulier. On voit aussi qu'en Afrique du Sud, par exemple, les hommes qui ne représentent que 29 % du personnel administratif occupent 65 % de tous les postes de direction *(17)*. Sans une représentation convenable des femmes aux niveaux supérieurs, leurs besoins en tant qu'employées du système de santé continueront d'être négligés. D'une manière plus générale, les politiques et les plans de dotation en personnel doivent prendre en considération les questions de sexe et de cycle de vie professionnelle, non seulement dans un souci d'équité, mais aussi pour permettre la mise en place efficace d'un système de soins de santé répondant aux besoins particuliers des femmes.

Formation du personnel

Pour régler les problèmes sanitaires urgents tout en renforçant les bases du système de santé, les planificateurs doivent décider de la composition du personnel de santé en déterminant la distribution des niveaux de formation et des catégories de compétence. Dans les pays développés, l'obligation d'endiguer les coûts tout en maintenant la qualité des soins amène à tester de nouvelles catégories d'agents de santé. Dans les pays en développement, une telle expérimentation vise directement à remédier à l'insuffisance de l'offre.

Pour atteindre les objectifs de systèmes basés sur les soins de santé primaires, il convient d'envisager de nouveaux modes de formation théorique et professionnelle des agents de santé

Figure 7.1 Relation entre les naissances assistées par des soignants qualifiés et le nombre de professionnels de la santé,[a] dans 33 pays en développement ou en transition



[a]Dernières estimations de l'OMS/UNICEF.

qui permettent de disposer d'un personnel mieux adapté aux besoins du pays. La formation d'étudiants de pays en développement dans une institution prestigieuse d'un pays développé n'est utile que lorsqu'il n'existe aucune solution de rechange au niveau local ou régional. Alors qu'à l'échelle du globe, il y a environ deux fois plus d'écoles d'infirmiers/ères que d'écoles de médecine, on trouve dans la Région africaine 38 écoles d'infirmiers/ères pour 64 écoles de médecine, ce qui incite à conclure que trop de professionnels de la santé coûteux sont formés là où l'on pourrait avoir davantage besoin de nouveaux types de prestataires dont la formation soit plus axée sur les soins de santé primaires. Il faut également renforcer le personnel de santé publique à l'aide d'une nouvelle approche de la formation nationale ou régionale mettant l'accent sur la prise en charge des problèmes de santé au niveau du district *(18)*.

On complète souvent l'effectif des médecins en formant des infirmières praticiennes, des « médecins assistants » et des professionnels de niveau intermédiaire. Ces professionnels de santé peuvent assumer un grand nombre de fonctions précédemment réservées aux titulaires d'un doctorat en médecine (voir l'Encadré 7.4). De nombreuses études menées dans les pays développés montrent, par exemple, que les infirmières praticiennes peuvent réduire les coûts des soins sans nuire aux issues sanitaires, et parfois même en les améliorant *(21, 22)*. Dans les îles du Pacifique, des praticiennes de niveau intermédiaire portant divers titres (« medex », assistant sanitaire ou officier de santé) jouent un rôle important dans le domaine des soins curatifs et préventifs, notamment en zone rurale ou dans les régions écartées *(23)*. Dans d'autres pays, des agents de santé communautaires sont formés à des activités hautement prioritaires et très spécifiques, ce qui leur permet de desservir des populations hors d'atteinte des services de santé classiques.

Dans le passé, il a été difficile de mettre en œuvre des stratégies des soins de santé primaires basés sur des agents de santé communautaires ou autres prestataires de soins de santé *(24)*. Toutefois, l'expérience montre que de telles stratégies peuvent être efficaces à condition que soit dispensée une formation appropriée *(25, 26)*. Pour donner de bons résultats, la création de nouveaux types d'agents de santé exige que ces personnels soient jugés en fonction de leur contribution spécifique et non traités comme des prestataires de deuxième ordre. Il faut donc leur offrir des perspectives de carrière, les faire bénéficier d'un système de roulement entre les zones rurales et sous-desservies et le reste du pays ainsi que de bonnes conditions de travail, leur permettre de travailler au sein d'une équipe avec d'autres professionnels et les rémunérer convenablement. Ces nouvelles catégories doivent être considérées non seulement comme un moyen de parer aux pénuries actuelles, mais aussi comme une cohorte dont les compétences peuvent être constamment améliorées grâce à une formation en cours d'emploi, ce qui conduit éventuellement à les incorporer ensuite dans des catégories professionnelles plus qualifiées. Il apparaît de plus en plus que des membres de la communauté peuvent s'acquitter de toute une série de tâches en rapport avec les soins de santé, y compris le traitement d'affections relativement complexes *(10, 25-28)*.

Encadré 7.4 Formation de médecins assistants: les « *técnicos* » du Mozambique

En 1984, un programme de trois ans a été lancé pour la création d'un cadre de médecins assistants (*técnicos de cirurgia*) chargés d'effectuer des opérations chirurgicales assez avancées dans des régions écartées où l'on ne dispose pas de spécialistes *(19)*. Le programme forme des agents de santé de niveau intermédiaire aux techniques requises dans trois grands domaines prioritaires: les complications de la grossesse, les complications des traumatismes et les urgences inflammatoires. Deux années de cours et de travaux pratiques à l'Hôpital central de Maputo sont suivies d'une année d'internat à un hôpital provincial, sous la surveillance directe d'un chirurgien.

Quarante-six médecins assistants ont été formés entre 1984 et 1999 et l'évaluation de leur influence sur la qualité des soins incite à l'optimisme. C'est ainsi qu'une comparaison entre 1000 césariennes consécutives confiées à des *técnicos de cirurgia* et un même nombre de ces opérations effectuées par des obstétriciens ou des gynécologues ne fait apparaître aucune différence entre les issues de ce type d'accouchement et des interventions chirurgicales connexes *(20)*. Ce rapport coût/efficacité a incité de nombreux pays à lancer des programmes similaires ou à envisager leur mise en place. Toutefois, il faut continuer à évaluer l'impact potentiel de ces agents de santé sur la qualité et l'efficacité des soins.

Migration des travailleurs de santé

Les responsables des politiques de santé sont partout préoccupés par l'exode des cerveaux, tant entre pays qu'entre régions d'un même pays, mais la recherche sur ce sujet n'en est encore qu'à ses débuts *(29)*. Les mouvements des professionnels de santé suivent les axes de migration de tous les autres professionnels. Si les médecins et infirmières ne constituent qu'une faible proportion des professionnels migrants, leur départ n'en constitue pas moins une lourde perte pour les systèmes de santé.

Les mouvements internes de la main d'œuvre en direction des zones urbaines sont communs à tous les pays. Dans une même région, on observe des mouvements entre pays pauvres et pays riches, par exemple de la Zambie à l'Afrique du Sud ou de la République-Unie de Tanzanie au Botswana. La forme d'exode des cerveaux la plus controversée est la migration professionnelle internationale qui s'opère entre pays pauvres et pays riches *(30)*. Le départ des médecins est celui qui marque le plus les esprits, mais l'exode des infirmières et autres professionnels de santé peut aisément paralyser un système de santé. Les infirmières sont très demandées dans les pays développés du fait, en partie, du vieillissement de leurs populations. On s'attache à faire respecter des règles d'éthique en matière de recrutement international, mais les résultats de ces efforts n'ont pas encore été évalués *(31)*.

La mobilité du personnel crée un déséquilibre supplémentaire au moment précis où certains pays en développement commencent à recevoir des ressources financières accrues. Il leur faut mieux planifier leurs dotations en personnel, prendre en considération les questions de traitement et autres formes de rémunération, et améliorer la gestion du personnel.

Rémunérer davantage et rémunérer différemment

En augmentant les traitements, on peut accroître le nombre et la productivité des agents de santé et obtenir de bons résultats dans les pays où les agents de santé sont moins payés que les membres de professions comparables. Toutefois, les résultats risquent d'être moins convaincants là où les traitements du secteur de la santé sont plus élevés que ceux de professions équivalentes. Les traitements étant le poste le plus important du budget de la santé, on doit soigneusement évaluer les effets de leur augmentation sur la disponibilité et la productivité des agents de santé ainsi que sur l'ensemble du budget. Le rôle des syndicats du secteur public dans les négociations salariales avec les gouvernements rend ce problème encore plus complexe.

Outre l'augmentation des traitements, d'autres stratégies permettent d'améliorer la productivité: il s'agit, notamment, d'avantages non financiers comme la gratuité du logement, de l'électricité et des communications téléphoniques, la formation en cours d'emploi sous la surveillance d'un personnel professionnel et les occasions de rotation et de promotion. Dans les régions rurales du Sénégal, on a mis des motocyclettes à la disposition des infirmières/ères, ce qui a permis non seulement d'accroître la couverture vaccinale, mais aussi d'améliorer les possibilités d'accès de ces personnels à une aide technique et de réduire leur isolement *(32)*.

Des incitations financières et non financières peuvent aussi réduire les déséquilibres géographiques dans la distribution des agents de santé. C'est ainsi qu'en Indonésie, un bonus pouvant atteindre 100 % du traitement normal a attiré des médecins diplômés de Jakarta vers les îles périphériques *(33)*. On a aussi proposé de recruter et de former des personnes provenant de zones écartées qui s'engagent à travailler dans leur région d'origine.

Enfin, dans la plupart des pays, les organisations non gouvernementales s'occupant de questions de santé et les prestataires privés sont nombreux et de plus en plus présents. Les gouvernements doivent donc envisager l'instauration de partenariats au sein desquels le secteur

public apporterait un soutien financier et les organisations non gouvernementales gèreraient et dispenseraient directement les services. Il arrive souvent que des agents de santé privés soient disponibles dans des zones que le secteur public a du mal à desservir. En pareil cas, la solution la plus réaliste peut consister à mettre en place des programmes structurés permettant, soit de recruter des prestataires privés, soit de rembourser les services qu'ils dispensent. Au milieu des années 90, le Gouvernement du Guatemala a été forcé d'étendre ses services de soins de santé aux populations sous-desservies dans le cadre des négociations de paix qui ont eu lieu à cette époque. Il a passé des contrats avec plus de 100 organisations non gouvernementales pour qu'elles dispensent des soins de santé de base à quelque 3 millions d'habitants, principalement des autochtones et des ruraux qui n'avaient précédemment aucun accès aux services *(34)*. Récemment, le Cambodge a expérimenté avec succès la passation de contrats avec des organisations non gouvernementales et des prestataires privés pour la prestation de services de base à des groupes sous-desservis *(35)*.

Amélioration de la qualité: travailleurs et systèmes

Tous les systèmes de santé doivent créer un environnement favorable à un apprentissage efficace en équipe pour l'amélioration de la qualité. Alors que la qualité des soins dépend dans une certaine mesure des caractéristiques individuelles du personnel soignant, les niveaux de performance sont bien davantage fonction de l'organisation du système de soins de santé où s'effectue le travail. De nombreuses organisations dispensant des soins cessent de faire systématiquement retomber sur les individus la responsabilité des carences et procèdent plutôt à des recyclages en équipe en vue d'une amélioration collective de la qualité.

Reconnaître que la qualité des soins de santé est essentiellement liée au système est le premier pas vers l'amélioration du déroulement et des issues des soins de santé. Pour relever le niveau de qualité à l'échelle du système, il faut clairement définir ce que l'on considère comme des soins optimaux et adopter les grandes lignes de l'évolution du système. Parmi les composantes essentielles de soins optimaux figurent des aides à la décision destinées au personnel soignant avec des instructions écrites pour les soins et des algorithmes de diagnostic et de traitement, ainsi que les fournitures, le matériel médical, l'accès au laboratoire et les médicaments nécessaires. Les composantes comprennent aussi des systèmes d'information clinique (informatisés ou sur papier), des indications pour des visites planifiées et un suivi actif, et un soutien systématique aux malades pour l'auto-prise en charge de leurs affections et l'orientation-recours vers les structures communautaires. L'expérience montre que les meilleurs résultats sont obtenus dans des systèmes de santé dotés de services de soins de santé primaires intégrés et efficaces, probablement parce qu'ils permettent d'assurer des services longitudinaux plus complets et coordonnés *(36)*.

Il faut aussi mettre au point une méthode permettant au personnel soignant d'améliorer son travail *(37)*. Les équipes de soins de santé doivent pouvoir concevoir et tester des changements sur leur lieu de travail pour améliorer systématiquement les différentes phases de leurs activités. On peut utiliser à cet effet le modèle d'amélioration *(38)* qui permet à des équipes de personnels soignants de tester et d'évaluer rapidement les améliorations potentielles. Le travail en groupes d'équipes facilite la communication et fait parvenir les innovations à des groupes plus étendus *(39, 40)*.

Comment faire face à la crise du personnel

Prendre des mesures pour résoudre la crise du personnel n'est guère facile et oblige à tenir compte de tous les aspects des besoins dans ce domaine, de la formation au maintien d'un bon moral et des facteurs locaux aux déterminants mondiaux. L'OMS a un rôle majeur à jouer en faisant prendre durablement conscience de l'importance de la crise.

Certaines mesures peuvent être adoptées immédiatement, tandis que d'autres nécessitent un délai et une planification (voir l'Encadré 7.5). Dans les cas les plus urgents, par exemple pour étendre le traitement du VIH/SIDA, les pays peuvent mobiliser des ressources communautaires, des bénévoles et des guérisseurs traditionnels afin d'élargir l'accès aux soins de santé primaires (voir l'Encadré 3.2 du chapitre 3). On peut aussi augmenter la productivité du personnel soignant en améliorant l'encadrement, le soutien et le maintien d'un bon moral. Dans l'immédiat, les pouvoirs publics peuvent lancer des programmes de mobilisation des ressources non gouvernementales et privées en passant des marchés pour les prestations de services, en perfectionnant le personnel et en s'assurant que celui-ci dispose des médicaments et des fournitures médicales nécessaires à son travail.

A moyen terme, les pouvoirs publics peuvent apporter des changements qui nécessitent une planification plus poussée, une réorientation du personnel administratif et une nouvelle budgétisation, par exemple pour réviser les politiques de rémunération, instaurer des incitations non financières et développer les capacités de formation. Ils peuvent aussi adopter des directives et politiques nouvelles, étendre la collaboration avec les communautés et les gouvernements locaux, et tirer d'importantes leçons des expériences d'autres pays, que celles-ci aient été probantes ou non *(14)*. Les décideurs pourront proposer que lors de l'élaboration de tout nouveau projet ou politique, on fasse une évaluation de l'impact sur les ressources humaines, et des organismes internationaux ainsi que des bailleurs de fonds pourraient participer à ce processus *(41)*.

Enfin, les responsables politiques doivent tenir compte des conditions nécessaires à la prestation de services de santé de bonne qualité, c'est-à-dire ne pas perdre de vue le caractère dynamique des marchés du travail et prendre en compte les limites et les attentes des agents de

Encadré 7.5 Formation d'une main-d'œuvre qualifiée pour demain

La préparation d'une main-d'œuvre motivée et convenablement qualifiée doit commencer sans délai à l'aide des budgets et du personnel existants. Ces activités obligent à s'y consacrer et à les diriger en permanence et supposent que les agents de santé et les communautés participent à la planification et à la gestion de leur propre avenir.

Parmi les actions qui s'imposent dans l'immédiat figurent: la mobilisation des communautés et des agents communautaires; l'engagement de guérisseurs traditionnels et de bénévoles; l'amélioration de la productivité des agents de santé actuels grâce à un meilleur encadrement et à un soutien accru; et, enfin, l'évaluation de la qualité des services avec une information en retour.

Le recyclage du personnel d'encadrement pour lui permettre d'assumer de nouvelles fonctions nécessite du temps et une bonne planification. Ce processus comprend:

- la mise au point et l'exécution d'une formation en cours d'emploi pour améliorer les compétences;
- la passation de contrats avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales;
- la conception de nouvelles formes de contrats souples pour un travail à temps partiel; l'amélioration des conditions de travail ainsi que de la distribution des médicaments et des autres fournitures médicales essentielles;
- le renforcement de la collaboration entre les agents de santé, les guérisseurs traditionnels, les bénévoles et les membres de la communauté.

Pour préparer les changements à apporter aux institutions, aux politiques et à la législation, il faut entreprendre sans délai des études et une analyse. La conception, l'approbation et l'application de ces changements prennent toutefois du temps et auront une incidence à moyen terme. Parmi les mesures à envisager figurent:

- l'instauration d'un ensemble d'incitations financières et autres pour améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel;
- l'élaboration d'un plan pour améliorer la capacité de formation et les méthodes de gestion;
- la coordination des contributions des donateurs pour le développement de la main-d'œuvre; la conception et l'application de règles de sécurité, de protocoles cliniques et de politiques non discriminatoires pour améliorer les conditions de travail;
- l'instauration d'un large partenariat avec la société civile.

Les problèmes les plus pressants doivent être résolus d'urgence mais il ne faut pas que les gouvernements perdent de vue les besoins à long terme du système de santé. Tout en parant au plus pressé, ils peuvent poser les bases de politiques du personnel efficaces:

- en analysant le marché du travail, les salaires respectifs, et les tendances de l'offre afin de pouvoir élaborer des politiques appropriées en matière de recrutement, de fidélisation et de salaires;
- en élaborant des plans à long terme pour obtenir des dosages de compétences appropriés ainsi qu'une distribution géographique convenable des professionnels de la santé;
- en créant davantage d'occasions de dispenser une formation à la gestion et d'améliorer les méthodes gestionnaires;
- en mettant au point des stratégies pour renforcer les liens entre les prestataires publics et privés et les sources de financement.

soins de santé. Il leur faut aussi définir clairement les rôles que devront assumer les prestataires publics et privés dans un futur système de couverture universelle. L'OMS travaille activement avec les pays à la mise au point de solutions à long et à court terme. Un exemple émanant de la Région des Amériques figure à l'Encadré 7.6.

L'information sanitaire: en progrès, mais encore insuffisante

Evolution de l'information sanitaire

Les carences de l'information sanitaire et la pénurie de personnel placent certains systèmes de soins de santé dans une situation périlleuse et menacent la viabilité à long terme de quelques autres. Des systèmes de santé fondés sur les principes des soins de santé primaires doivent disposer d'éléments d'information sanitaire suffisamment robustes pour que les besoins sanitaires des populations, et notamment ceux des groupes déshérités et marginalisés, soient convenablement pris en compte, pour que les programmes atteignent ceux qui en ont le plus besoin, pour mesurer les effets des interventions et pour évaluer et améliorer la performance. Comme on l'a noté plus haut, il est indispensable de disposer d'outils et de structures permettant de recueillir, d'organiser et d'échanger l'information afin d'améliorer le travail de chaque membre du personnel soignant et de relever la qualité des soins dans l'ensemble du système.

Au moment de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les décideurs et planificateurs du secteur de la santé ne disposaient que d'une information limitée. Les principales sources d'information sanitaire en population étaient les registres d'état civil, les recensements, les enquêtes nationales et divers travaux de recherche. Cette information figurait dans les rapports des divers établissements, mais elle était rarement collectée et utilisée au niveau national et il n'existait pas de mécanisme de rétroinformation vers le niveau local.

Depuis lors, l'information sanitaire a fait des progrès substantiels. Grâce à des enquêtes sanitaires en population, on dispose d'un volume croissant de données sur la situation sanitaire, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé. Nombre de pays ont maintenant accès à de bonnes données, ventilées par sexe, sur les niveaux et tendances de la morta-

Encadré 7.6 L'Observatoire des ressources humaines pour les réformes du secteur de la santé

L'Observatoire est une initiative commune lancée par l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional OMS des Amériques. Il vise à produire et à communiquer aux pays de la Région une information destinée à étayer leurs décisions de politique générale sur les ressources humaines et à améliorer le développement du personnel dans le secteur des services de santé.

Cette initiative favorise la création de groupes nationaux interinstitutions (réunissant, par exemple, le ministère de la santé, des universités et des associations professionnelles) chargés de recueillir des informations sur les ressources humaines pour la santé et d'analyser les déséquilibres et les tendances, d'établir l'ordre de priorité des questions devant être traitées et de donner des avis sur l'élaboration d'une politique à long et moyen terme. Les 19 pays qui participent à cette initiative ont des préoccupations et des priorités qui dépendent de leur situation nationale. On s'attache particulièrement à rendre les expériences de certains pays applicables dans d'autres contextes en installant des bases de données et en diffusant les enseignements tirés de ces expériences. A ce jour, les principales leçons sont les suivantes:

- L'Observatoire permet d'améliorer le rôle de direction des ministères de la santé dans le domaine des ressources humaines.
- Les groupes interinstitutionnels de l'Observatoire peuvent aider à poursuivre l'exécution du programme de ressources humaines pendant la transition entre deux gouvernements.
- Il est nécessaire d'intégrer tous les acteurs clés: universités, ministères de la santé et associations professionnelles, même si cette cohabitation pose des problèmes.
- On doit puiser des données à des sources statistiques suffisamment fiables et stables (par exemple, l'Organisation internationale du Travail et les enquêtes domiciliaires).
- Il convient de trouver de nouvelles méthodes d'utilisation de l'information pour élaborer des politiques visant, par exemple, à améliorer la distribution géographique et à corriger les déséquilibres publics/privés.

On trouvera des informations générales sur le réseau et ses réunions ainsi que des références utiles sur le site suivant: http://observatorio_rh.tripod.com/.

lité infantile, de la couverture de certaines interventions sanitaires et de l'incidence et de la prévalence de certaines maladies. Ils ont aussi souvent quelques informations limitées sur l'équité en matière de santé. Toutefois, de nombreuses lacunes demeurent sur des questions importantes. Les niveaux de la mortalité des adultes sont mal mesurés dans la plupart des populations et l'on ne dispose généralement pas de données exactes sur les causes de décès. La morbidité due à la plupart des infections n'est pas convenablement mesurée. La couverture et les coûts de nombreuses interventions ne sont pas suivis de façon adéquate et l'on n'a pas d'informations suffisantes pour bien contrôler l'équité. La qualité de l'information sanitaire est souvent très variable et mal documentée, et les définitions et méthodologies ne sont pas bien harmonisées.

Plus grave encore, l'information sanitaire est trop peu souvent utilisée pour la gestion des services de santé au niveau local ainsi que pour l'élaboration et la planification des politiques de santé au niveau national. Très rares sont les pays qui sont dotés de systèmes d'information sanitaire efficaces et efficients leur permettant de tenir compte des besoins des usagers aux niveaux local, national et mondial. Une grande partie de la collecte et de l'analyse de l'information dépend de programmes sanitaires verticaux et s'effectue souvent dans le cadre d'initiatives internationales, de sorte que leur intégration laisse à désirer.

Un système d'information régi par les soins de santé primaires

Dans le contexte des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, on peut définir un système d'information sanitaire comme un processus intégré de collecte, de traitement, de notification et d'utilisation de l'information et des connaissances sur la santé pour influencer l'élaboration des politiques, l'exécution des programmes et la recherche.

Les systèmes d'information sanitaire utilisent toute une gamme d'outils et de méthodes de collecte et d'analyse des données. Recueillir en permanence des données statistiques exactes sur les faits démographiques de base est indispensable pour l'élaboration de politiques sanitaires et publiques rationnelles. Les registres nationaux de l'état civil (considérés comme la source d'information par excellence) couvrent actuellement moins d'un tiers du nombre estimatif de décès dans le monde, avec d'importantes disparités régionales, leur couverture s'échelonnant entre 90 % de la totalité des décès dans la Région européenne et moins de 10 % dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique *(42, 43)* (voir le Tableau 7.1). On note cependant une lente amélioration. On a fait des efforts considérables pour mettre en place des formules moins coûteuses et plus fiables que l'enregistrement systématique des certificats de décès, par exemple en enregistrant des données recueillies sur des échantillons de population et en posant des questions sur les décès de membres de la fratrie ou du ménage au cours d'enquêtes ou de recensements. Utilisées seules ou dans le cadre d'un système d'enregistrement de l'état civil, les enquêtes sur échantillons peuvent améliorer la couverture des faits démographiques lorsque les ressources sont limitées. De telles méthodes ont été adoptées en Chine et en Inde, pour ne citer que ces deux exemples, et peuvent s'appliquer dans d'autres pays démunis de ressources (voir l'Encadré 1.1 au chapitre 1).

Tableau 7.1 Disponibilité des données d'enregistrement des décès – nombre de pays dans chaque Région OMS

Région	Données utilisables	Couverture complète	Nb total de pays
Afrique	4	1	46
Amériques	32	14	35
Asie du Sud-Est	4	0	11
Méditerranée orientale	7	4	22
Europe	48	39	51
Pacifique occidental	22	8	27
World	**117**	**66**	**192**

Les enquêtes sur les ménages sont devenues la principale source d'information sanitaire. Toutefois, une grande partie de l'in-

formation qui en émane se fonde sur les déclarations des sujets interrogés, ce qui laisse planer un doute sur la fiabilité et la validité des données ainsi que sur leur comparabilité d'une population à l'autre. Pour déterminer la morbidité et évaluer les interventions, il faut envisager d'urgence des enquêtes permettant de recueillir des données biologiques et cliniques beaucoup plus complètes et variées *(44)*. Dans la plupart des pays, les considérations éthiques ne sont pas encore pleinement prises en compte dans les systèmes d'information sanitaire.

Au moins quatre activités distinctes, mais néanmoins connexes, peuvent tirer profit de l'information sanitaire: la prise de décision stratégique, l'exécution ou la gestion des programmes, le suivi des issues ou réalisations, et l'évaluation de ce qui est efficace et de ce qui ne l'est pas. La prise de décision stratégique par les responsables des politiques sanitaires doit être basée sur les meilleures données disponibles. Celles qui proviennent de systèmes d'enregistrement de l'état civil, d'études épidémiologiques, d'enquêtes sur les ménages, de recensements et des prestataires de services de santé ne donnent souvent qu'une idée imparfaite de la véritable valeur d'un indicateur sanitaire en population. L'évaluation d'un indicateur sanitaire doit se fonder sur la prise en compte de toute l'information correspondante et sur l'application de critères tels que la cohérence interne et la connaissance préalable de l'historique de la maladie pour améliorer les estimations établies à partir de données incertaines ou incohérentes.

Outre les modèles utilisés systématiquement pour estimer les tables de survie dans les zones où les systèmes d'enregistrement de l'état civil n'ont pas une couverture suffisante, des modèles explicites permettant de tirer les meilleures estimations possibles de données incertaines, incomplètes ou contradictoires sur la population sont de plus en plus utilisés pour les estimations de l'incidence, de la prévalence et de la létalité des maladies. L'accent est mis sur les niveaux national, régional et mondial, mais des estimations relatives à des zones locales, y compris les districts, sont de plus en plus disponibles.

Les problèmes et lacunes des statistiques courantes des services de santé sont bien connus *(45)*. Plusieurs pays ont maintenant bien progressé dans la mise en place de systèmes réguliers d'information sanitaire utilisant, notamment, les meilleures technologies disponibles ainsi que la cartographie, et plus axés sur les besoins des usagers locaux. L'introduction d'une nouvelle technologie dans un système bien conçu permet de mieux surveiller les maladies clés et de suivre l'exécution du programme avec plus de précision et en temps voulu.

Amélioration des systèmes de santé

Au cours de ces dernières années, on s'est employé activement à réformer l'ensemble des systèmes de santé en accordant une attention croissante à la décentralisation des ressources et du processus de décision au profit du district. Une telle réforme nécessite de meilleurs systèmes d'information sanitaire au niveau local. En outre, on se rend de plus en plus compte que les individus et les familles concernés doivent être impliqués dans la production, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire. Faire participer les gens à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui leur sont destinés est l'un des principes fondamentaux d'Alma-Ata et ses incidences sur le fonctionnement des systèmes d'information sanitaire demeurent importantes.

L'équité en matière de santé est un autre principe clé des soins de santé primaires. Pour l'appliquer, il faut pouvoir mesurer les inégalités concernant l'accès aux services de santé et leur utilisation, les facteurs de risque et les principales issues sanitaires, et identifier les personnes les plus désavantagées (souvent des pauvres, des groupes ethniques ou des femmes). La collecte de ce type d'information impose une charge additionnelle considérable aux systèmes d'information sanitaire et n'est pas normalement effectuée dans de nombreux pays. Les en-

quêtes sont actuellement le principal mode de recueil d'une information sur l'équité en santé, mais des travaux beaucoup plus poussés sont encore nécessaires pour intégrer le suivi de l'équité dans les systèmes d'information sanitaire, tant au moyen d'enquêtes que par d'autres méthodes de collecte et d'analyse des données. L'Enquête sur la santé dans le monde, lancée par l'OMS en 2001, a pour objet de recueillir des données valables, fiables et comparables sur la santé des populations et sur la performance des systèmes de santé dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages. Ce programme met l'accent sur le suivi des OMD et des principales issues sanitaires chez les populations pauvres.

Il est nécessaire d'améliorer les systèmes d'information sanitaire aux niveaux local, national et international et de réaliser une meilleure intégration entre ces niveaux pour faire face aux menaces mondiales qui pèsent sur la santé et suivre l'évolution des connaissances (voir l'Encadré 7.7). Si ces systèmes sont basés sur un plan national comportant un cadre de référence, des indicateurs et des stratégies pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données, les pays ne peuvent qu'y gagner. Ce plan stratégique doit indiquer aussi bien comment les différents instruments et méthodes s'appliquent et se complètent, la manière dont on satisfait les besoins d'information aux niveaux infranational, national et mondial, et les types d'investissement nécessaires. Parmi ces derniers figurent les ressources humaines, l'infrastructure (technologie, laboratoires, etc.) et les budgets d'exploitation des systèmes de collecte de données sur la santé. Des organes nationaux devront orienter et contrôler l'application des plans nationaux en collaboration avec diverses parties prenantes, des usagers des différents niveaux de service et des experts techniques.

Encadré 7.7 Une information fiable et d'actualité pour la santé

L'InterRéseau-Santé (HIN), dirigé par l'OMS, est une initiative du Plan d'action du Millénaire des Nations Unies visant à répondre aux besoins d'information des professionnels de la santé, des chercheurs et des décideurs des pays en développement.[1] Depuis ses débuts (septembre 2000), HIN a amélioré la santé en utilisant le réseau Internet pour accroître le flux d'informations sanitaires et en mettant l'accent sur le contenu de l'information, la connectabilité à l'Internet et le développement du potentiel.

HIN propose une vaste bibliothèque sanitaire en ligne au personnel des départements ministériels, aux établissements d'enseignement et de recherche et aux organisations sans but lucratif. Des organismes internationaux, des organisations nationales ainsi que le monde universitaire et le secteur privé contribuent à l'alimenter et HIN travaille avec des partenaires locaux pour publier l'information sanitaire locale. Les cinq sujets prioritaires sont les suivants: revues scientifiques et biomédicales, ressources en matière d'enseignement et de formation, information pour les politiques et activités sanitaires, données statistiques et logiciels de santé publique pour l'administration de la santé publique et la gestion clinique.

Au cours de sa première année, HIN a permis de faire des progrès décisifs dans la communication de l'information sanitaire. En vertu d'un accord entre l'OMS et les principales maisons d'éditions biomédicales dans le monde, plus de 2200 publications médicales et scientifiques sont maintenant proposées en ligne au grand public et à des institutions sans but lucratif dans 113 pays en développement. L'initiative d'accès aux recherches de HIN (HINARI) permet de consulter les revues en ligne, gratuitement ou à un prix très réduit, selon la capacité de paiement du pays concerné.

La deuxième phase de l'activité d'HIN consiste à produire l'information actualisée nécessaire pour former le personnel de santé et améliorer ses compétences. Elle permet d'avoir accès en ligne à des cours et références sur la santé publique, la médecine et les soins infirmiers ainsi que sur des sujets spécialisés pour les praticiens des pays en développement.

Le personnel de santé doit disposer d'un accès commode, fiable et abordable à l'Internet pour l'utiliser dans son travail. L'infrastructure et les coûts sont des obstacles importants et l'utilisation de l'Internet est limitée en dehors des capitales où, trop souvent, les sources d'énergie sont peu fiables et les prestataires de services rares. HIN-Inde a été mis en place pour tester des modèles de logistique, de coûts et de partenariat en vue d'améliorer le flux d'informations en direction et en provenance des zones écartées. HIN-Inde permet d'accéder par l'Internet à des sites situés dans les hôpitaux, les dispensaires, les institutions de recherche et d'enseignement et les établissements de santé publique de deux Etats. Les partenaires locaux jouent un rôle clé en assurant la fourniture, l'installation et l'entretien du matériel et des logiciels informatiques et en assurant les connexions à l'Internet. Un développement du potentiel est essentiel et HIN propose un matériel de formation dont les institutions peuvent se servir pour inculquer aux agents de santé, aux décideurs et aux chercheurs les compétences qui leur permettront de trouver, d'utiliser et d'échanger l'information sur la santé publique disponible en ligne.

Les stratégies bien documentées et efficaces qui permettent de combler le fossé numérique en matière d'information sanitaire sont l'exception plutôt que la norme. Comme le disait un coordinateur du programme antituberculeux sur le terrain en Inde: « sans ordinateurs et sans l'Internet, nous nous attaquons à des problèmes de santé du XXIe siècle avec les outils du XIXe siècle ».

[1] Web site: www.healthinternetwork.net.

Réseau de métrologie sanitaire

Le renforcement de ces systèmes nécessite un effort de collaboration. Le réseau de métrologie sanitaire, qui sera lancé en 2004, s'attachera à améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires fiables pour la formulation et la planification des politiques, le suivi et l'évaluation des programmes, le suivi des objectifs internationaux et l'évaluation de l'équité en matière de santé. En faisant collaborer de nombreux partenaires et en élaborant soigneusement des objectifs clairs, le réseau vise à renforcer la capacité des systèmes d'information sanitaire à produire en temps opportun une information de qualité sous une forme utile pour les activités de santé publique aux niveaux national, infranational et mondial. Il s'agit d'un vaste partenariat regroupant l'OMS, d'autres organisations internationales, des organismes bilatéraux, des fondations, des ministères de la santé, des services de statistiques, des institutions universitaires et des organisations représentant la société civile. Ce type de réseau est nécessaire pour améliorer l'efficience et l'efficacité de l'aide apportée par ceux qui investissent dans l'information sanitaire. Le réseau de métrologie sanitaire devrait aussi pouvoir accélérer l'élaboration et la diffusion de méthodes nouvelles pour le suivi et l'évaluation de la situation sanitaire et des programmes de santé. La standardisation et l'amélioration des méthodes permettant d'évaluer la qualité de l'information sanitaire faciliteront grandement l'évaluation des progrès réalisés sur la voie d'objectifs mondiaux tels que les OMD.

Financement des systèmes de santé

Nombre de fonctions des systèmes de soins de santé dépendent d'un financement adéquat. Sans la mise en place de mécanismes de financement viables, les idées novatrices appliquées au renforcement de l'infrastructure des soins de santé primaires qui sert de base aux systèmes de santé ne donneront aucun résultat.

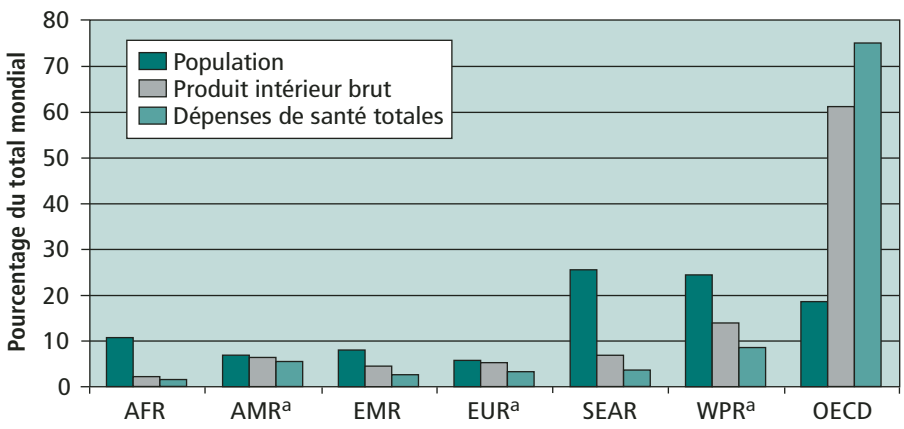
Sur le plan mondial, les dépenses de santé ont beaucoup augmenté au cours des 25 dernières années en raison, principalement, des rapides progrès de la technologie et de la complexité croissante des institutions de financement et de prestation des soins, mais dans les pays les plus pauvres du monde, cette augmentation est très lente, voire inexistante. C'est pourquoi la comparaison des dépenses de santé dans le monde d'aujourd'hui fait apparaître de grandes inégalités (voir la Figure 7.2). En l'an 2000, les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, qui représentaient moins de 20 % de la population mondiale, étaient à l'origine de près de 90 % du total mondial des dépenses de santé, alors que la Région africaine, sur laquelle pèse 25 % environ de la charge morbide mondiale, n'effectue qu'approximativement 2 % des dépenses de santé dans le monde (voir les Tableaux 4 et 5 de l'annexe).

Si les niveaux de dépenses ont changé, les modes de financement des systèmes de santé restent les mêmes. En 1978, les débats de l'OMS portaient déjà sur les sources de financement envisagées aujourd'hui, à savoir l'impôt, les taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, le financement communautaire, les paiements directs et l'aide extérieure *(46)*, mais on n'a pas encore fait assez de recherches sur les politiques de financement. Une récente analyse de 127 études sur des régimes communautaires d'assurance-maladie a permis de constater que seuls deux d'entre elles avaient une validité interne suffisante pour que l'on puisse en tirer des conclusions concernant l'effet de ces régimes sur l'utilisation des services ou la protection financière qu'ils confèrent *(47)*. Sans une information fiable, les politiques de financement de la santé continuent de reposer sur des impressions et non sur des faits concrets.

Mise en place d'un financement durable

Les décisions relatives aux mécanismes de financement ont des effets multiples. Elles influent sur les montants pouvant être mobilisés, sur l'équité des mesures prises pour collecter et

Figure 7.2 Inégalité des dépenses de santé et des revenus par région, 2001



[a] Sans les pays de l'OCDE.

utiliser les ressources, et sur l'efficacité des services ou interventions qui en résultent. Le contexte dans lequel il se situe agit incontestablement sur les effets du financement de la santé, mais les principes à observer pour l'améliorer sont à peu près les mêmes partout: réduire la mesure dans laquelle les gens doivent régler eux-mêmes une grande partie des dépenses au moment où ils se font soigner; accroître la transparence des institutions responsables de la gestion des assurances et des prestations de soins; mieux répartir la charge des contributions aux dépenses de santé entre riches et pauvres, et entre personnes en bonne santé et malades; et enfin, mobiliser des fonds en prenant des mesures administratives efficaces. Toutefois, les grandes questions soulevées par le financement de la santé diffèrent nettement selon que l'on a affaire à des pays riches ou pauvres. C'est pourquoi, dans les paragraphes ci-après, on va examiner séparément les pays à haut, moyen et bas revenu.

Dans les pays à haut revenu, où le revenu par habitant est supérieur à US $8000, les ressources allouées à la santé sont relativement importantes mais pas nécessairement distribuées de façon équitable. On y consacre en moyenne 8 % du revenu national à la santé. Dans ces pays, les dépenses annuelles de santé sont comprises entre US $1000 et plus de US $4000 par habitant. Les questions qui dominent le débat sur le financement de la santé concernent, dans une large mesure, l'efficacité des dépenses, la maîtrise des coûts et l'équité.

Dans les pays à moyen revenu, où le revenu par habitant s'échelonne entre US $1000 et US $8000, les ressources sont plus limitées et les services de santé moins largement accessibles. Ces pays consacrent 3 % à 7 % de leur revenu national à la santé, soit une dépense annuelle comprise entre US $75 et US $550 par habitant. Le système de financement de la santé y constitue souvent un obstacle insurmontable lorsque l'on cherche à rendre les interventions sanitaires accessibles à tous. Il arrive fréquemment que la population soit partagée entre les travailleurs du secteur public ou du secteur structuré de l'économie qui bénéficient de plans d'assurance-maladie relativement bien financés et les personnes qui dépendent de services gérés par le ministère de la santé et moins richement dotés ou qui doivent payer de leur poche des soins privés. Nombre de ces pays, notamment en Asie, ne mobilisent que très peu de ressources dans le cadre du secteur public.

Dans les pays à bas revenu, où le revenu par habitant est inférieur à US $1000, le débat sur le financement de la santé est dominé par les énormes problèmes que pose la pénurie de res-

sources. Dans la plupart de ces pays, 1 à 3 % seulement du produit intérieur brut est consacré à la santé, et du fait de la modicité du revenu par habitant, les dépenses sanitaires par habitant se situent entre US $2 et US $50. Même si ces pays dépensaient 10 % de leur revenu pour les services de santé, un tel investissement équitablement réparti entre les habitants suffirait à peine pour financer des soins de santé très rudimentaires.

La politique publique doit empêcher que l'obligation de verser des honoraires sur place fasse obstacle à l'obtention des soins nécessaires ou constitue pour les ménages une charge financière catastrophique. Dans la pratique, les approches adoptées à cet égard dépendent de la capacité de paiement de la population, de l'impact sur la consommation, des types de services proposés et de l'effet des paiements directs sur la qualité et la disponibilité des services. Dans les cas où elle est compatible avec le maintien, voire l'amélioration de la qualité des services, l'élimination des paiements directs peut élargir l'accès. C'est, semble-t-il, ce qui vient de se produire en Ouganda où l'on a pu mettre fin aux paiements directs lorsque l'Etat a augmenté son soutien tant financier que gestionnaire. Dans les cas où il n'est pas possible de maintenir ou d'améliorer la qualité des services par d'autres moyens, les paiements directs peuvent constituer des incitations et des ressources d'une importance primordiale pour la viabilité des services. Il semble qu'il en soit allé ainsi avec l'initiative de Bamako: le maintien des paiements directs a alors contribué à assurer la disponibilité des médicaments, même lorsque les autres programmes étaient inefficaces *(48)*. La politique publique adoptée en matière de paiements directs doit donc être pragmatique et prendre pleinement en considération le contexte ainsi que l'impact sur l'accès de la population à des services de santé de bonne qualité.

Pour entretenir le système de santé sans imposer une trop lourde charge aux usagers, il faut mobiliser d'autres sources, notamment l'impôt et les taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, les primes des assurances privées ou les assurances communautaires basées sur le prépaiement. Dans la pratique, l'utilisation de telle ou telle source dépend de la solvabilité de la population, de la capacité des services administratifs à collecter les fonds, des types de services rendus disponibles et de leur qualité, et de l'efficacité des institutions et des formes de financement existantes.

Dans les pays à bas revenu, l'impôt est un moyen intéressant de renforcer le rôle des pouvoirs publics dans la prestation des services de santé, car sa gestion est plus commode que celle de régimes d'assurance ou de réglementations complexes. Toutefois, cet impôt ne fonctionne que si son assiette est suffisamment large, si l'administration fiscale est efficace et si les fonds recueillis sont effectivement alloués aux services de santé et convenablement utilisés. En l'absence de l'une de ces conditions, la solution de rechange la plus efficace consiste à nommer un administrateur indépendant de la sécurité sociale ou à encourager la création de programmes d'assurance communautaires. Il convient de faire preuve de pragmatisme lorsque l'on cherche à mobiliser et à utiliser les ressources requises pour l'amélioration de la santé.

Déblocage des goulets d'étranglement

Depuis l'adoption du programme type d'interventions minimums, au début des années 90, on a beaucoup progressé dans la rationalisation du choix des interventions prioritaires. De nouveaux outils sont maintenant disponibles. Le projet WHO-CHOICE (choix d'interventions rentables), par exemple, est une base de données sur l'impact sanitaire et les coûts d'un grand nombre d'interventions sanitaires de prévention, de promotion, de traitement et de réadaptation *(49)*. Il est particulièrement important de privilégier les interventions rentables lorsque le secteur de la santé dispose de nouvelles ressources financières. On doit veiller à ce que le financement extérieur complète, sans le remplacer, le financement national, mais aussi à ce que les fonds provenant de sources extérieures n'entraînent pas une (plus grande) fragmentation du système national de santé.

L'arrivée de nouvelles ressources n'élimine que l'un des obstacles à des prestations sanitaires équitables et universelles. Les institutions publiques ou non gouvernementales qui reçoivent un financement accru doivent améliorer l'exécution des programmes. L'effectif du personnel qualifié, les systèmes d'information, les mécanismes d'audit et les contrôles financiers doivent être renforcés pour faire face à l'accroissement du flux financier.

Alors que leur mobilisation continue de poser des problèmes, l'allocation des ressources en fonction des résultats suppose aussi de nouvelles stratégies. Pour gérer efficacement les nouveaux fonds que l'on commence à percevoir dans le secteur de la santé, notamment dans les pays de l'Afrique subsaharienne, il faut adopter des approches novatrices de la budgétisation à moyen terme. Des solutions doivent être trouvées pour débloquer les goulets d'étranglement du système – dans le domaine des ressources humaines et dans d'autres – qui rendent difficile l'utilisation du surcroît de ressources pour améliorer les issues sanitaires. La budgétisation marginale des goulets d'étranglement, basée sur les travaux entrepris dans un certain nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest, est une démarche prometteuse. A mesure que les ministères de la santé élaborent leurs programmes de dépenses à moyen terme, ils doivent clairement identifier les goulets d'étranglement du système et mettre au point des stratégies pour les débloquer. Cette démarche a donné des résultats encourageants au Mali et en Mauritanie et doit maintenant être mise en œuvre dans plusieurs états indiens *(50)*.

Des systèmes de santé équitables: rôle primordial de l'Etat

L'une des fonctions essentielles d'un système de santé consiste à remédier au défaut d'équité, ce qui est aussi un principe fondamental des soins de santé primaires. Dès lors, l'un des critères d'évaluation des stratégies de développement du personnel doit être la mesure dans laquelle elles favorisent l'équité.

On comprend de mieux en mieux comment la pauvreté et la mauvaise santé se renforcent mutuellement, et les preuves de l'inégalité et de l'inéquité de la distribution des ressources, des efforts et des issues sanitaires sont toujours plus nombreuses. Les études sur l'incidence des avantages montrent régulièrement que les personnes vivant dans la pauvreté reçoivent une part du financement public de la santé proportionnellement inférieure à celle qui revient aux nantis *(51-55)*. Le revenu n'est pas le seul facteur qui entre en ligne de compte. La pauvreté est essentiellement un état qui rend les individus incapables de satisfaire leurs besoins, de réaliser leurs aspirations, et de participer pleinement à la vie en société *(56)*. C'est pourquoi le défaut d'émancipation politique et d'éducation sont des facteurs d'exclusion pour l'accès aux soins de santé. Les discriminations sexuelles, raciales et ethniques contribuent aussi de façon importante aux inéquités en matière de santé et d'accès aux soins.

Les politiques qui améliorent globalement les indicateurs sanitaires d'un pays ne sont pas nécessairement justes ou équitables. Dans les cas où des pays ont réussi à améliorer les issues sanitaires et à réduire les inégalités, leurs politiques de développement du système de la santé ont dû « nager à contre-courant » en contrant une tendance à favoriser les nantis *(57-60)*. Quelle que soit la configuration du secteur de la santé d'un pays, il est essentiel, pour obtenir des résultats équitables, que les pouvoirs publics exercent dans l'ensemble de ce secteur des fonctions de tutelle efficaces englobant la supervision, la surveillance et le renforcement des politiques sanitaires *(61)*.

Formes d'accès inéquitable aux soins

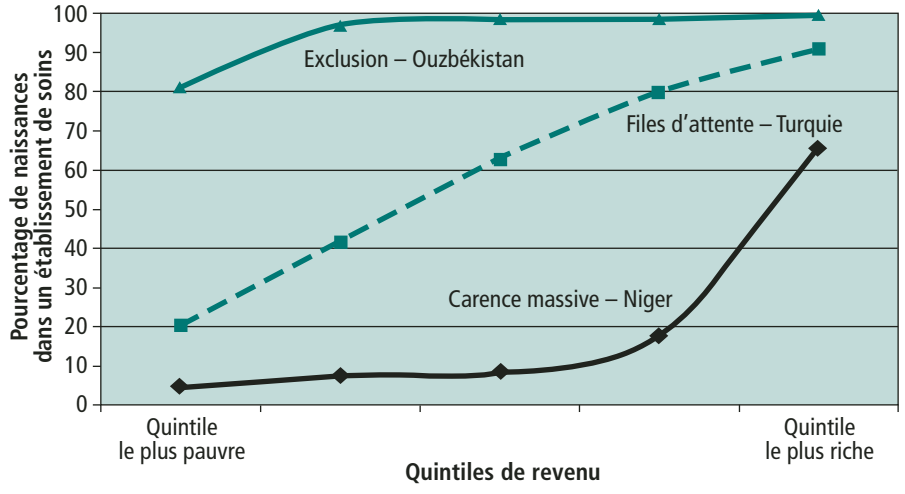
Les stratégies de soins de santé axées sur l'équité varient selon le contexte national. La principale différence entre les pays concerne le type d'accès inéquitable aux soins qui prend trois

formes distinctes. Dans les pays les plus pauvres, il se caractérise par des carences massives: la majorité de la population est dans une situation similaire – très défavorable – pour l'accès aux soins tandis qu'un petit groupe de privilégiés a les moyens d'obtenir les soins dont il a besoin. Dans les pays relativement aisés, ces inégalités se manifestent sous la forme d'un phénomène de file d'attente, c'est-à-dire que l'accès général aux services de santé y est meilleur, mais que les groupes à revenu intermédiaire ou élevé sont ceux qui en profitent le plus, les autres devant attendre leur tour pour accéder à des services qui ne leur sont offerts qu'après coup. Dans d'autres pays enfin, l'inéquité réside dans l'exclusion d'une minorité pauvre alors que la majorité de la population jouit d'un accès raisonnable aux services. On peut se faire une idée de ces diverses formes en considérant le pourcentage de naissances qui ont lieu dans un établissement de santé (indicateur indirect de l'accès général aux services de santé), d'après le quintile de revenu (voir la Figure 7.3).

La manière dont on va instaurer un système basé sur les soins de santé primaires varie selon ces divers contextes. Dans certains cas, il est urgent de mettre en place des programmes axés sur certains groupes de population pour obtenir des issues équitables et, dans d'autres, c'est à un large renforcement de l'ensemble du système qu'il va falloir procéder en priorité. Ces deux approches peuvent aussi être associées.

Dans les pays caractérisés par l'exclusion, un ciblage sera probablement nécessaire pour remédier aux injustices sociales et aux inégalités en matière d'accès aux services de santé. Une telle stratégie pourrait s'appliquer dans des pays tels que le Chili et l'Ouzbékistan, mais elle pourrait être aussi appropriée dans des pays plus riches où des populations marginales demeurent privées de services à vocation universelle en raison de discriminations raciales, ethniques ou sexuelles, d'une pauvreté monétaire ou d'une stigmatisation sociale. Des progrès sont alors impossibles sans une intervention de l'Etat consistant à fournir ou financer des services, ou encore à concevoir des incitations appropriées pour le secteur non gouvernemental. Des exemples d'un tel ciblage nous sont donnés par le Chili et la Nouvelle-Zélande qui se sont récemment attachés à rendre leurs services de santé mieux adaptés culturellement et plus accessibles aux populations autochtones *(62)*, ainsi que par l'Australie qui a mis en œuvre un programme de renforcement des soins de santé primaires chez les populations autochtones des Iles Tiwi (voir l'Encadré 7.8).

Figure 7.3 Mode de distribution des carences en matière de soins de santé en Ouzbékistan, en Turquie et au Niger



On recourt communément à trois types de stratégies de ciblage: le ciblage direct, le ciblage spécifique et l'auto-ciblage. Ces trois formes ne s'excluent pas mutuellement et, de fait, sont souvent associées. Le ciblage direct vise à ce que seuls les pauvres profitent des avantages prévus. L'une des méthodes utilisées consiste à instaurer la gratuité des soins pour ceux qui ne peuvent pas les payer. L'application d'une telle stratégie oblige à faire une évaluation des ressources (c'est-à-dire de la capacité de paiement du patient). Des moyens administratifs importants sont alors nécessaires pour accorder des dispenses basées sur une telle évaluation. Les pouvoirs publics peuvent aussi verser des allocations aux familles pauvres qui adoptent certains comportements, par exemple à celles qui font régulièrement examiner leurs enfants dans des centres de santé. Là encore, il faut disposer d'une capacité institutionnelle considérable. Dans certaines parties de l'Amérique latine, de telles formules ont permis d'accroître la participation aux programmes de prévention des maladies *(64)*.

Le ciblage spécifique tend à favoriser certains groupes de personnes pauvres ayant des caractéristiques particulières qui entraînent une aggravation des carences. Parmi les critères de sélection peuvent figurer le lieu de résidence, le sexe, l'ethnie, la maladie dont souffre l'intéressé (par exemple le VIH/SIDA) ou d'autres facteurs. Quant à l'auto-ciblage, il repose sur la tendance des nantis à se passer de services dont ils jugent la qualité insuffisante, soit parce qu'ils imposent des délais d'attente prolongés, soit encore parce qu'ils sont mal équipés.

Les pays et régions caractérisés par la forme d'accès inéquitable aux soins de santé dite de la file d'attente comprennent la Turquie et les Etats et provinces les plus riches de la Chine et de l'Inde. Dans ces contextes, les politiques équitables doivent trouver un juste équilibre entre le développement de l'infrastructure existante de manière à réduire efficacement les obstacles qui provoquent des files d'attente et des mesures permettant d'identifier et de cibler les groupes qui seraient exclus s'ils ne faisaient pas l'objet d'une attention particulière. Là encore, une participation active des pouvoirs publics est nécessaire.

En 2001, la Thaïlande a lancé un programme de couverture sanitaire universelle consistant à assurer les personnes n'ayant pas accès aux services de santé. Dans le cadre de ce nouveau programme, appelé le « plan de santé à 30 baht », les bénéficiaires se font enregistrer auprès de prestataires locaux de soins de santé et peuvent alors obtenir tous les soins médicaux dont ils ont besoin contre le versement d'une somme de 30 baht (environ US $0,35). Le système est cofinancé par des taxes et par les cotisations des travailleurs et des employeurs, et les

Encadré 7.8 Réformes de la santé communautaire dans les Iles Tiwi

Les Iles Tiwi, situées en mer d'Arafura à 60 km au nord de la côte australienne, ont une population de plus de 2000 habitants composée principalement d'autochtones. Le taux de chômage y est élevé et les conditions de logement sont généralement précaires. On y a enregistré des taux très élevés de maladies chroniques, notamment le diabète et les affections des reins et des voies respiratoires. En 1997, le Gouvernement du Commonwealth d'Australie et le Gouvernement du territoire ont négocié avec le Conseil communautaire de Tiwi pour réformer les services de soins de santé primaires existants dans le cadre d'une étude coordonnée ayant quatre grands objectifs:

- placer les services de santé sous la responsabilité de la communauté de Tiwi grâce à la mise en place d'un conseil sanitaire de zone chargé d'administrer l'ensemble des fonds du secteur de la santé;
- améliorer l'efficacité de mesures préventives basées sur une participation locale à des programmes communautaires;
- améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé en allouant des ressources accrues à un système mixte de services de soins de santé primaires coordonnés et de services de santé basés sur la population;
- améliorer le niveau des soins conformément à des directives et protocoles correspondant aux meilleures pratiques.

L'étude a duré trois ans. Les issues sanitaires n'ont pas pu être mesurées au cours d'une phase aussi brève, mais on a pu noter quelques bons résultats, *(63)* notamment:

- une gestion communautaire par la mise en place du Conseil sanitaire de Tiwi qui décide désormais des politiques et des dépenses de santé;
- une meilleure prise de conscience des problèmes de santé chez les habitants de Tiwi et une contribution accrue de la communauté à la prestation des services;
- une amélioration des services de prévention, notamment ceux qui portent sur les problèmes locaux urgents;
- des services de soins de santé primaires plus nombreux et de meilleure qualité;
- la réduction du nombre d'hospitalisations évitables.

prestataires de soins sont rémunérés sur la base d'une somme forfaitaire par patient. Ce programme n'est pas sans rencontrer des problèmes, mais il représente néanmoins un effort louable pour remédier aux inégalités en matière de santé *(65)*. La réforme de l'assurance-maladie en Colombie au milieu des années 90 est une autre tentative de couverture de la population pauvre qui a été couronnée de succès. Entre 1995 et 2001, le nombre de cotisants à l'assurance-maladie obligatoire est passé de 9,2 à 18,2 millions de personnes. Parallèlement, le système a été réformé en vue d'instaurer un système de subventions croisées qui profite aux pauvres et aux chômeurs. En 1995, 3 millions de personnes ont bénéficié de ces mesures et, en 2001, leur nombre atteignait 11 millions. Ainsi, des millions de non-cotisants ont eu accès à une gamme de prestations similaire à celle qui est offerte aux cotisants, dans l'établissement public ou privé de leur choix, et dans les mêmes conditions que les personnes plus aisées qui cotisent régulièrement *(66, 67)*.

Les pays souffrant de carences massives font face aux problèmes les plus ardus. La plupart des habitants y sont privés de soins de santé et seuls les plus riches peuvent les payer. Parler de ciblage en de telles circonstances n'aurait aucun sens. La mesure essentielle est alors le « passage à l'échelle supérieure », c'est-à-dire un développement et un renforcement de l'ensemble du système de santé. Les pays qui figurent dans cette catégorie doivent rapidement étendre la couverture et la capacité de leurs établissements de soins de santé primaires et de leurs hôpitaux, tout en investissant davantage dans d'autres secteurs tels que l'éducation, l'eau et l'assainissement. En corrigeant les déséquilibres entre les régions d'un même pays ainsi qu'entre les zones rurales et urbaines, on peut largement contribuer à accélérer les progrès. Toutefois, l'insuffisance des ressources publiques oblige aussi à adopter des formules novatrices qui s'appuient, en les favorisant, sur la participation locale et communautaire ainsi que sur le secteur non gouvernemental, conformément aux principes des soins de santé primaires.

Certaines approches novatrices ont permis d'étendre la couverture des soins de santé aux pauvres en dépit de problèmes de ressources, d'infrastructure et de personnel. C'est ainsi que le Bangladesh, dans le cadre de son programme élargi de vaccination, utilise des services périphériques en zone rurale et mobilise un secteur non gouvernemental actif pour dispenser des services dans les zones urbaines afin de surmonter les difficultés liées à l'infrastructure et aux ressources humaines *(68)*. Le passage à l'échelle supérieure a été associé à des mesures privilégiant la prestation des services en zone rurale et chez les pauvres, et l'on a pu ainsi considérablement réduire les taux de mortalité infantile. Toutefois, cette intervention ne doit pas s'accompagner d'une augmentation parallèle du nombre de naissances assistées par un personnel qualifié, car il faudrait alors adopter une approche très différente de la prestation des services en raison de la nécessité de développer l'infrastructure et de mettre en place un effectif accru de personnel qualifié. Ces deux conditions supposent l'existence d'importantes ressources additionnelles et d'une capacité à les utiliser efficacement. Il apparaît ainsi clairement que, si une amélioration équitable de la santé ne se conçoit pas sans une direction responsable de la part des pouvoirs publics, il est également impossible d'obtenir des résultats vraiment satisfaisants dans les pays faisant face à des carences massives sans un accroissement considérable de l'aide internationale.

Le but: un accès universel

La mise en place de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires doit avoir pour objectif un accès universel à des services de soins de qualité. En accélérant le mouvement historique vers une couverture universelle, on veillera à ce que l'amélioration générale des systèmes de santé ne masque pas un élargissement des inégalités sanitaires, et surtout n'y contribue pas.

De nombreux obstacles se dressent sur la voie de cet objectif, notamment la pénurie de ressources financières, le défaut d'éducation et le manque de personnel qualifié. Toutefois, une

direction énergique aidera, dans une large mesure, à surmonter ces obstacles. La vitesse à laquelle les pays progressent vers une couverture universelle dépend de l'attitude des pouvoirs publics: ou bien ils se contentent d'une situation dans laquelle les avantages sanitaires ne passent que très progressivement des riches aux couches les plus modestes de la population sous forme de retombées, ou ils décident d'accélérer l'application de mesures visant à garantir une distribution équitable des ressources et avantages du secteur de la santé entre tous les groupes sociaux.

Fonction de tutelle des pouvoirs publics et participation communautaire

Pour mettre en place et entretenir des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, il est essentiel que les pouvoirs publics exercent une direction responsable et s'engagent en faveur de l'équité. Toutefois, cette direction ne sera efficace que si des relations bilatérales s'instaurent avec les communautés. La participation communautaire, qui suppose à la fois une appropriation et une émancipation, est l'un des éléments clés de la demande de services de santé sans lequel on ne peut pas améliorer la transparence et l'efficacité.

La Déclaration d'Alma-Ata reconnaît l'importance d'une participation communautaire pour la définition des objectifs de santé et l'exécution des stratégies. Elle affirme que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » *(3)*. Cette notion de participation communautaire n'a pas été facile à mettre en pratique. Dans certains cas, une telle participation a joué un rôle clé dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Dans les centres de santé communautaires du Mali, par exemple, le fait que les traitements du personnel du centre sont payés par la communauté a entraîné une évolution spectaculaire des relations entre infirmières et clients *(69)*. Dans un village soudanais, un projet à assise communautaire a permis de dégager un revenu et de renforcer le capital social, ce qui a eu des effets positifs

Encadré 7.9 Mise en place de partenariats pour la santé au Soudan

Le Programme soudanais pour la satisfaction des besoins fondamentaux en matière de développement (BDN) a été lancé en 1998 à Kosha, village de l'Etat du Nord dont la population s'élève à environ 2500 habitants. Une enquête pour l'évaluation des besoins a réglé de multiples problèmes sociaux, économiques et sanitaires. Une grande majorité des ménages n'avait pas de latrines et 99 % de la population utilisait l'eau puisée directement dans la rivière. Chez de nombreuses femmes enceintes, la corvée d'eau provoquait sans doute des fausses couches, et les mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène étaient à l'origine de nombreux problèmes de santé, notamment maladies diarrhéiques, malnutrition et infections oculaires. La couverture vaccinale des enfants et des mères était très faible et la planification familiale à peu près inexistante alors que le taux de fécondité était l'un des plus élevés du pays. La plupart des gens étaient extrêmement pauvres et le chômage sévissait partout.

Peu après l'instauration du programme, on a noté d'importants changements dans le mode de vie de la population. La communauté a remis elle-même en état le centre de santé, pris en charge financièrement l'assistant médical et adopté un régime communautaire d'assurance-maladie autofinancé grâce au fonds de développement communautaire. Tous les ménages ont maintenant accès à l'eau potable à l'intérieur des habitations et plus de 60 % des logements ont des latrines hygiéniques. Il en a résulté une amélioration très nette des indicateurs sanitaires et une réduction des maladies les plus fréquentes (diarrhées, infections aiguës des voies respiratoires, paludisme et dysenteries), une meilleure couverture de la vaccination et des soins prénatals et une réduction du taux de malnutrition qui est passé à moins de 1 %.

La participation de la population locale à ces activités a eu d'autres effets positifs: la scolarisation des garçons et des filles s'est accrue et des adultes ont aussi participé à des classes informelles d'alphabétisation; on a ouvert une école maternelle et rénové le club de jeunes; en outre, un comité des femmes a été mis sur pied pour lancer et soutenir des activités en rapport avec l'amélioration de la condition féminine. Les revenus d'une majorité de familles ont fortement augmenté grâce à la culture de légumes et d'arbres fruitiers et à des petits prêts consentis par le comité de développement du village. Le village est maintenant alimenté en électricité, ce qui permet à la communauté d'acquérir des postes de télévision et des antennes satellites pour se distraire pendant les veillées. En dehors de l'OMS, la communauté a réussi à établir des liens solides avec l'UNICEF, le FNUAP, le Gouvernement des Pays-Bas, l'Agence canadienne de Développement international, le gouvernement local et de nombreuses organisations non gouvernementales.

Le succès du village de Kosha a incité cinq villages voisins à s'organiser eux-mêmes sans aucune intervention du programme national. Deux de ces villages ont déjà achevé l'enquête initiale et la formation d'un personnel communautaire à l'aide de leurs propres ressources. La population du village de Kosha est persuadée de pouvoir améliorer sa santé et sa qualité de vie en menant seule des opérations suivies d'autoassistance.

sur la santé (voir l'Encadré 7.9). Toutefois, il arrive trop souvent que la « participation communautaire » se limite à la création de comités sanitaires qui servent d'intermédiaires pour le recouvrement des coûts. D'ailleurs, dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, l'expression « participation communautaire » est synonyme, sur le terrain, de « ticket modérateur ».

Au cours de ces dernières années, on est passé d'une acceptation étroite de la communauté et de la participation communautaire (fondée, par exemple, sur des comités sanitaires) à une notion plus large englobant l'implication des organisations de la société civile. Ces organisations sont très diverses. Elles peuvent gérer ou cogérer des établissements de santé (comme la Fédération des Associations de Santé communautaire au Mali), favoriser l'auto-assistance et l'auto-responsabilité, se faire les défenseurs des oubliés ou des exclus (comme dans le cas des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA) ou protéger le consommateur (comme la Fondation des Consommateurs de Thaïlande).

L'un des rôles clés des organisations de la société civile consiste à demander des comptes aux prestataires de soins de santé et aux pouvoirs publics sur ce qu'ils font et sur la manière dont ils le font. Lorsque la société civile est active, les organisations peuvent contrôler les choix de politique générale et exercer une action de sensibilisation. En tant qu'autorité de tutelle du système de santé, le ministère de la santé est tenu de protéger la santé de la population et de veiller à ce que des soins de santé de qualité soient dispensés à tous ceux qui en ont besoin. A cet effet, il lui faut faire les meilleurs choix possibles sur la base des données disponibles et veiller systématiquement à ce que l'intérêt public prime sur toute autre considération. Cette responsabilité incombe en dernier ressort aux pouvoirs publics, même lorsque la décentralisation masque quelque peu la structure hiérarchique, mais, en l'absence de mécanismes de responsabilisation, les pouvoirs publics risquent de faillir à leurs obligations. Pour exercer des pressions suffisantes en vue d'une véritable transparence, il faut qu'une information exacte sur la santé et la performance des systèmes de santé soit diffusée dans toute la société civile. C'est aux pouvoirs publics qu'il appartient de rendre cette information accessible à tous. Le Secrétariat de la Santé du Mexique, par exemple, a publié sous une forme conviviale un rapport complet sur la situation sanitaire du pays et sur la performance du système de santé mexicain *(70)*. Certains groupes de la société civile peuvent eux-mêmes, dans l'exercice de leurs fonctions de surveillance, générer et échanger des informations en vue d'améliorer la transparence: c'est ce qu'ont fait les forums nationaux thaïlandais pour la réforme des soins de santé *(71)*.

Lorsque des structures appropriées sont en place, une direction efficace et une participation communautaire énergique s'étayent mutuellement. La budgétisation participative de Porto Alegre (Brésil) est un exemple de la recherche d'un consensus avec la communauté sur ce qui est normalement une fonction régalienne des gouvernements. Lancé en 1988, ce processus est maintenant régi en grande partie par les consommateurs auxquels un organisme d'exécution rend compte de ses opérations. En adaptant les dotations aux besoins exprimés par la communauté, on a pu obtenir des améliorations mesurables de l'accès aux services sociaux *(72)*.

Pour parvenir à une véritable participation communautaire, il faut surmonter de nombreux obstacles dont deux posent un problème particulier. Premièrement, les communautés risquent, notamment dans les zones rurales pauvres, de ne pas être informées des mécanismes de participation. Deuxièmement, il arrive souvent que des groupes sociaux relativement aisés et influents dominent le débat politique au niveau communautaire, surtout, là encore, en milieu rural. Lorsque de riches notables sont habilités à « représenter » l'ensemble de la communauté dans les discussions sur la planification et la mise en œuvre, on court le risque que les couches relativement aisées de la population accaparent les avantages aux dépens des déshérités. Ces deux phénomènes limitent la capacité des pauvres à participer pleinement aux processus conçus pour favoriser l'implication de la communauté dans le système de santé.

Dès lors, l'application de politiques destinées à surmonter ces obstacles constitue l'un des principaux aspects de la fonction de tutelle de l'Etat dans le domaine de la santé.

Mise en place de systèmes basés sur des principes: coopération de l'OMS avec les pays

Les objectifs sanitaires décrits dans le présent rapport ne seront atteints que si l'on renforce considérablement les systèmes de santé dans les pays à bas ou moyen revenu. Cette observation vaut à la fois pour la réalisation des OMD, l'extension des services de prévention et de traitement du VIH/SIDA, la gestion de la double charge et la poursuite des autres objectifs clés de la santé.

Le renforcement des systèmes de santé et la définition des priorités en vue de leur extension peuvent revêtir des formes multiples. Dans le présent chapitre, il est proposé que les efforts entrepris par les pays pour développer leurs systèmes de santé au cours de ces prochaines années s'inspirent des principes des soins de santé primaires. On a souligné qu'en dépit de l'évolution spectaculaire des politiques de la santé dans le monde au cours du dernier quart de siècle, les principes clés des soins de santé primaires sont toujours valables.

Les systèmes de santé vont devoir relever à l'avenir des défis encore plus redoutables. Au cours de ces prochaines années, les changements de l'environnement vont exercer sur la santé des populations une influence que nous avons encore du mal à imaginer. Les systèmes de santé doivent déjà faire face aux effets de la mondialisation économique, notamment les migrations et l'impact de la structure des échanges et des pratiques commerciales sur la santé. De nouvelles pressions vont s'exercer sur eux à mesure que des instances internationales débattent de problèmes tels que les droits de propriété intellectuelle et le commerce des services. Dans ce contexte, un engagement résolu en faveur des valeurs fondamentales des soins de santé primaires que sont l'équité, l'accès universel aux soins, la participation communautaire et l'action intersectorielle sera plus important que jamais.

Au début du présent chapitre, on a examiné comment, en se fondant sur les soins de santé primaires, les systèmes de santé peuvent s'attaquer à quelques problèmes clés: développement et maintien en place de la main d'œuvre, gestion de l'information, financement de la santé et respect de l'équité dans le domaine de la santé. Il va de soi que cet examen doit être poussé plus loin. On ne comprend encore très bien comment fonctionne un système de santé, pourquoi il réagit mal ou pas du tout à certaines crises et comment intégrer les principes de soins de santé primaires dans des politiques réalistes qui entraîneront des améliorations de la santé dans les communautés. L'intensification de la collecte et de l'échange d'informations sur les systèmes de santé doit occuper un rang élevé parmi les priorités de la communauté sanitaire mondiale.

La promotion de la recherche sur les systèmes de santé est l'une des composantes du programme de l'OMS visant à améliorer la collaboration avec les pays. L'OMS va aussi travailler étroitement avec les pays afin d'exploiter pleinement les connaissances actuelles sur les systèmes de santé et les résultats des recherches en cours. Les priorités de cette activité sont les suivantes:

- renforcer la qualité de la recherche sur les politiques et améliorer l'accès international aux données disponibles sur l'efficacité des modèles et interventions de soins de santé primaires;
- mettre en place de nouveaux réseaux qui faciliteront l'échange des meilleures pratiques et des expériences;
- élaborer un programme de travail cohérent en matière de soins de santé primaires qui s'intègre efficacement à tous les niveaux de l'OMS;

- améliorer la communication et la collaboration avec les autres organismes internationaux pour éviter d'émettre des messages contradictoires sur le développement des systèmes de santé;
- élaborer un cadre d'évaluation et un processus d'examen pour aider les Etats Membres à passer en revue les politiques de soins de santé primaires existantes et à planifier les changements nécessaires *(2)*.

Surtout, l'OMS s'engage à favoriser la mise en place de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires en passant le plus rapidement possible de la défense des grands principes au soutien de leur mise en œuvre dans le cadre de sa coopération technique avec les Etats Membres. Les consultations mondiales en cours sur les soins de santé primaires vont donner l'occasion d'échanger des observations pratiques et de comparer les expériences des pays. Vu l'urgence des problèmes de santé dans le monde, ces connaissances doivent être rapidement exploitées pour améliorer les systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires.

L'engagement à coopérer avec les pays au développement de leurs systèmes de santé s'inscrit dans une réforme générale du mode de fonctionnement de l'OMS. A une époque où de nouveaux défis appellent de nouvelles solutions, l'OMS modifie son approche et réoriente ses ressources. Elle renforce sa collaboration technique et soutient les personnes qui œuvrent pour la santé dans la fonction publique, dans le secteur privé et au sein de la société civile. Ce soutien va émaner de tous les niveaux de l'OMS et s'exercera dans le cadre de stratégies de coopération spécifiques à chaque pays. Le renforcement de la présence et de la collaboration de l'OMS dans les pays est le meilleur garant de l'accélération des progrès vers la réalisation des objectifs communs de la communauté sanitaire mondiale: des améliorations mesurables de la santé qui profitent à tous et une action énergique destinée à mettre fin aux inégalités.

Le présent rapport s'ouvre sur une description des contrastes qui caractérisent la situation sanitaire dans le monde. Toute approche basée sur les soins de santé primaires doit tenir compte de la nécessité de s'attaquer aux racines de ces disparités sur un plan intersectoriel, d'où l'importance des OMD et du pacte mondial sur lequel ils se fondent. En renforçant les systèmes de soins de santé, le secteur de la santé peut apporter la contribution la plus efficace à la réalisation des OMD, des cibles du traitement du VIH/SIDA et des autres objectifs. S'ils travaillent ensemble à la mise en place de systèmes de santé efficaces, réactifs et équitables, l'OMS, ses Etats Membres et leurs partenaires façonneront un avenir plus juste, plus sûr et plus sain pour tous.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un service de santé plus performant.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
2. *Primary health care: a framework for future strategic directions.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).
3. Déclaration d'Alma-Ata. *In: 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; http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf, consulté le 3 octobre 2003).
4. Altenstetter C, Bjorkman JW. *Health policy reform: national variations and globalization.* New York, N.Y., St. Martin's, 1997.
5. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé.* Washington, D.C., Banque mondiale, 1993.
6. *Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs: rapport mondial.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
7. Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness – the chronic care model, part 2. *JAMA*, 2002, 288:1909–1914.
8. Coleman R et al. Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa [Prise en charge des maladies non transmissibles en milieu défavorisé: un modèle sud-africain de soins de santé primaires]. *Bulletin of the World Health Organization,* 1998, 76:633–640 (résumé en français).

9. Unwin N et al. Tackling the emerging pandemic of non-communicable diseases in Sub-Saharan Africa: the essential NCD health intervention project. *Public Health*, 1999, 113:141–146.
10. *Antiretroviral therapy in primary health care: South African experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/HIV/2003.04).
11. Hunter D. *Public health policy*. Cambridge (Royaume-Uni), Polity Press, 2003.
12. *Situation assessment*. Gaborone (Bostwana), African Comprehensive HIV/AIDS Partnership, 2001.
13. Ranson MK et al. The public health implications of multilateral trade agreements. *In:* Lee K, Buse K, Fustukian S. *Health policy in a globalising world*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2002:18–40.
14. Narasimhan V et al. The next frontier: responding to the global human resources crisis. *Lancet* (sous presse).
15. *The health sector human resources crisis in Africa: an issues paper*. Washington, D.C., AID, 2003.
16. Kurowski C et al. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling up priority interventions. Case studies from Tanzania and Chad. 2002 (Rapport présenté au Département du développement international du Royaume-Uni).
17. Van Rensburg D, Van Rensburg N. *South African health review 1999 briefing summary: distribution of human resources*. Durban (Afrique du sud), Health Systems Trust, 1999 (http://www.hst.org.za/sahr/99/summary/bshuman.htm, consulté le 3 octobre 2003).
18. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, 2003, 1:4.
19. Vaz F et al. Training medical assistants for surgery [Formation en chirurgie d'assistants médicaux]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688–691 (résumé en français).
20. Pereira C et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 1996, 193:508–512.
21. Buchan J, Ball J, O'May F. If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research and Policy,* 2001, 6:233–238.
22. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 2002, 324:819–823.
23. Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: models and issues. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2001.
24. *Pour une meilleure santé en Afrique: les leçons de l'expérience*. Washington, D.C., Banque mondiale, 1994.
25. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
26. Maher D. The role of the community in the control of tuberculosis. *Tuberculosis*, 2003, 83:177–182.
27. Farmer P et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy) [Traitement communautaire des stades avancés de l'infection à VIH: introduction du DOT-HAART (traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe)]. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;**79**:1145-1151 (résumé en français).
28. Nsutebu EF. Scaling-up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:240–247.
29. Dovlo D, Nyonator F. Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999, 3:34–37.
30. Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet*, 2000, 356:245–246.
31. *Commonwealth code of practice for international recruitment of health workers*. Londres, Secrétariat du Commonwealth, 2002 (www.commedas.org/files/COP/COP.pdf, consulté le 3 octobre 2003).
32. Issakha D, Abdoulaye L, Cheikhou S. La "tontine motos" des comités de santé sénégalais. *Forum mondial de la santé*, 1995, 16:267–269.
33. Chomitz K. *What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*. Washington, D.C., Banque mondiale, 1998 (Policy Research Working Paper No. 1888).
34. Nieves I, La Forgia G, Ribera J. Large-scale government contracting of NGOs to extend basic health services to poor populations in Guatemala. *In:* Rosenmöller M. *Challenges of health reform: reaching the poor*. Barcelone (Espagne), Estudios y Ediciones IESE, 2000:117–132 (http://www.worldbank.org/lachealth, consulté le 3 octobre 2003).
35. Loevinsohn B. *Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia: Design and initial experience of a large pilot test*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2001.
36. Starfield B. Primary care and health: an international comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266: 2268-2271.
37. The National Coalition on Health Care and The Institute for Healthcare Improvement. Curing the system: stories of change in chronic illness care. *Accelerating Change Today*, mai 2002 (http://www.qualityhealthcare.org/qhc/uploads/ACT3finalChronic.pdf, consulté le 3 octobre 2003).

38. Langley G et al. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organisational performance*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Jossey-Bass, 1996.
39. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA,* 2003, 289:1969–1975.
40. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001:64–78.
41. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
42. Mathers CD et al. The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54) (http://www.who.int/evidence, consulté le 3 octobre 2003).
43. Lopez AD et al. Mortalité mondiale en 2000: tables de mortalité pour 191 pays. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www3.who.int/whosis/life/life_tables/life_tables.cfm?path=evidence,life,life_tables&language=english, consulté le 3 octobre 2003).
44. Boerma JT, Holt E, Black RE. Biological and clinical data collection in surveys in less developed countries. *Population and Development Review*, 2001, 27:303–314.
45. Lippeveld C, Sauerborn R, Bodart C. *Design and implementation of health information systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
46. *Le financement des services de santé. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 625).
47. OIT-Programme Universitas. *Extending social protection through community based health organizations: evidence and challenges.* Genève, Organisation internationale du Travail, 2002.
48. Uzochukwu, BS, Onwujekwe OE, Akpala CO. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Health Policy and Planning*, 2002, 17:378–383.
49. Hutubessy RC et al. Generalized cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy,* 2002, 1:39–46.
50. Soucat A, Van Lerberghe W, Knippenberg R. *Buying results, budgeting for bottlenecks: the new performance frontier.* Washington, D.C., Banque mondiale, 2002 (projet de document de travail, World Bank Policy and Sector Analysis Support Team—Africa Region Human Development (AFTHD)). Washington, D.C., Banque mondiale, 2002.
51. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2002 (HNP Discussion Paper).
52. Filmer D, Hammer J, Pritchett L. Weak links in the chain II: a prescription for health policy in poor countries. *World Bank Research Observer*, 2002, 17:47–66.
53. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
54. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K, Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? [Les dépenses publiques relatives aux soins de santé en Afrique: les pauvres en profitent-ils?]. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(1): 66-74 (résumé en français).
55. Victora CG et al. The impact of health interventions on inequalities: infant and child health in Brazil. *In:* Leon D, Walt G. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2001:125–136.
56. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. *In:* de Brouwere V, Van Lerberghe W. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. *Studies in Health Services Organisation and Policy,* 2001, 17:297–317.
57. Sen A. Capability and well-being. *In:* Nussbaum M, Sen A. *The quality of life*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1993:330–353.
58. Birdsall N, Hecht R. Swimming against the tide: strategies for improving equity in health. *In:* Colclough C. Marketising education and health in developing countries: miracle or mirage? Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1997.
59. Delamonica E, Minujin A, Vandemoortele J. Economic growth, poverty and children. *Environment & Urbanization*, 2002, 14:23-43.
60. Victora CG et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362:233–241.
61. *Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD: Pauvreté et santé.* Paris: Organisation de Coopération et de Développement économiques/Organisation mondiale de la Santé, 2003.
62. Durie M. Providing health services to indigenous peoples, *BMJ*, 2003, 327:408–409.
63. Primary health care review project: region specific report. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2002.

64. Rawlings L, Rubio G. *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: lessons from Latin America*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (World Bank Policy Research Working Paper 3119).

65. Jongudomsuk P, Thammatuch-aree J, Chittinanda P. Pro-equity health financing schemes in Thailand: a review of country experience. Bangkok (Thaïlande), Ministère de la Santé (sous presse).

66. Sanchez F, Núñez J. La ley 100/93 sí llegó a las personas de menores ingresos [la loi N° 100/93 a eu un effet sur les personnes à bas revenu]. *Revista Vía Salud*, 1999, 9:6–12 (http://www.cgh.org.co/revista/, consulté le 6 octobre 2003).

67. *Indicadores de Coyuntura Macroeconómica [Indicateurs de conjoncture macroéconomique]*. Departamento de Planeación Nacional, République de Colombie (http://www.dnp.gov.co, consulté le 6 octobre 2003).

68. Khan MM, Yoder RA. *Expanded program on immunization in Bangladesh: cost, cost-effectiveness*, Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Partnerships for Health Reform, 1998 (http://www.childrensvaccine.org/files/Abt-PNACH278.pdf, consulté le 6 octobre 2003).

69. Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. La réforme du secteur santé au Mali 1989–1996. Anvers (Belgique), ITGPress, 1999 (*Studies in Health Services Organisation and Policy,* No. 12).

70. *Salud México 2002: Información para la rendición de cuentas [la santé au Mexique en 2002: compte rendu]*. Mexico, D.F., Secrétariat à la Santé, 2002.

71. *Forum on Health Care Reform*. Bangkok (Thaïlande), Moh-Chao Ban Publishing House, 2000.

72. Programme des Nations Unies pour le Développement. *Rapport mondial sur le développement humain 2003.* Paris, Economica pour le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2003 (http://www.undp.org/hdr2003/, consulté le 3 octobre 2003).

Annexe statistique

Les six tableaux de la présente annexe donnent des informations actualisées sur les mesures synthétiques de la santé des populations, sur la mortalité et sur la charge de morbidité dans les Etats Membres et Régions de l'OMS, ainsi que les chiffres globaux de certains comptes nationaux de la santé pour 1997-2001. Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé ainsi que les chiffres globaux des comptes nationaux de la santé ont été revus afin de tenir compte de nouvelles données et, pour de nombreux Etats Membres, ne sont pas directement comparables à ceux publiés dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*. Les travaux ayant permis d'établir ces tableaux ont été entrepris essentiellement par le programme mondial de l'OMS Bases factuelles à l'appui des politiques de santé, en collaboration avec ses homologues dans les bureaux régionaux de l'OMS et avec les représentants de l'OMS dans les Etats Membres. Lorsque les données sont présentées par pays, les estimations et explications techniques initiales de l'OMS ont été adressées aux Etats Membres pour recueillir leurs observations. Les données présentées ici doivent cependant être considérées comme les meilleures estimations de l'OMS et non comme l'expression du point de vue officiel des Etats Membres.

Annexe statistique
Notes explicatives

Les tableaux de la présente annexe technique donnent des informations actualisées sur les mesures synthétiques de la santé des populations, sur la mortalité et sur la charge de morbidité dans les Etats Membres et Régions de l'OMS, ainsi que les chiffres globaux de certains comptes nationaux de la santé pour 1997-2001. Les estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé ainsi que les chiffres globaux des comptes nationaux de la santé ont été revus afin de tenir compte de nouvelles données et, pour de nombreux Etats Membres, ne sont donc pas directement comparables à ceux publiés dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*. Les travaux ayant permis d'établir ces tableaux ont été entrepris essentiellement par le programme mondial de l'OMS Bases factuelles à l'appui des politiques de santé, en collaboration avec ses homologues dans les bureaux régionaux de l'OMS et avec les représentants de l'OMS dans les Etats Membres. Ces notes donnent une vue générale des concepts, des méthodes et des sources de données utilisées et renvoient à une documentation plus détaillée.

On espère qu'un examen attentif et l'utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer les réalisations sanitaires et le financement du système de santé dans les futures éditions du *Rapport sur la santé dans le monde*. Les principaux résultats figurant dans les tableaux sur les réalisations sanitaires sont donnés avec des intervalles d'incertitude afin que l'utilisateur dispose d'un éventail plausible d'estimations pour chaque pays et chaque mesure. Lorsque les données sont présentées par pays, les estimations et explications techniques initiales de l'OMS ont été adressées aux pays pour recueillir leurs observations. Ces observations et les données obtenues en retour ont fait l'objet de discussions avec les Etats Membres et ont été, dans la mesure du possible, incorporées dans le rapport. Il reste que les données présentées ici doivent être considérées comme les meilleures estimations de l'OMS et non comme l'expression du point de vue officiel des Etats Membres.

Tableau 1 de l'annexe

Pour évaluer le niveau général des réalisations sanitaires, il est indispensable de mettre au point la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration de nouvelles tables de mortalité pour les 192 Etats Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles provenant d'enquêtes, de recensements, de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires de population et de registres d'état civil sur les niveaux et tendances de la mortalité infanto-juvénile et de la mortalité des adul-

tes *(1)*. Cet examen a largement tiré profit d'une évaluation collective, par l'OMS et l'UNICEF, des niveaux de la mortalité infanto-juvénile pour 2001 et d'analyses du United States Census Bureau *(2)* et de la Division de la Population de l'ONU *(3)* sur la mortalité générale.

Toutes les estimations de la taille et de la structure des populations pour 2002 sont basées sur l'évaluation démographique pour 2002 établie par la Division de la Population de l'ONU *(3)*. Ces estimations se réfèrent à la population effective et non à la population légale dans chaque Etat Membre. Pour faciliter l'analyse démographique et les analyses des causes de décès et de la charge de morbidité, on a réparti les 192 Etats Membres en cinq strates de mortalité sur la base de leurs taux de mortalité des enfants et des adultes de sexe masculin. La matrice définie pour les six Régions OMS et les cinq strates de mortalité donne 14 sous-régions car toutes les strates de mortalité ne sont pas représentées dans chacune des Régions. Ces sous-régions sont définies aux pages 192–193 et utilisées dans les Tableaux 2 et 3 pour la présentation des résultats.

En raison de l'hétérogénéité croissante des schémas de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point un système de tables de mortalité utilisant un modèle logit à deux paramètres basé sur une norme mondiale, avec des paramètres additionnels tenant compte de l'âge de manière à corriger les erreurs systématiques qui résultent de l'application d'un système à deux paramètres *(4)*. Ce système a été largement utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité des Etats Membres dépourvus d'un système adéquat d'enregistrement des données d'état civil et pour les projections sur 2002 lorsque les données disponibles les plus récentes portaient sur des années antérieures.

Afin d'évaluer le degré de complétude des données sur la mortalité enregistrées dans les pays dotés de registres d'état civil, on a appliqué des techniques démographiques appropriées (méthode de Preston-Coale, méthodes de Brass – équilibre d'accroissement et équilibre d'accroissement généralisé – et méthode de Bennett-Horiuchi). Pour les Etats Membres dépourvus de tels registres, on a évalué toutes les données provenant d'enquêtes, de recensements et de registres d'état civil en les ajustant et en les uniformisant pour estimer l'évolution probable de la mortalité infantile depuis quelques dizaines d'années. Cette évolution a été ensuite projetée pour estimer les taux de mortalité infantile en 2002. En outre, on a analysé des données sur la survie de fratries adultes tirées des analyses de population disponibles pour obtenir des informations plus poussées sur la mortalité des adultes.

L'OMS utilise une méthode standardisée pour les estimations et les projections des tables de mortalité de tous les Etats Membres dont les données sont comparables, ce qui peut conduire à des différences mineures par rapport aux tables de mortalité officielles établies par les Etats Membres. On a également modifié les chiffres du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* concernant les espérances de vie en 2000 et 2001 dans de nombreux Etats Membres pour prendre en considération des données sur la mortalité plus récentes.

Pour déterminer l'incertitude résultant de l'échantillonnage, de la technique d'estimation indirecte ou de la projection sur 2002, on a établi un total de 1000 tables de mortalité pour chaque Etat Membre. Dans le Tableau 1 de l'annexe, on a indiqué les limites de confiance en donnant les valeurs clés des tables de mortalité au 2,5^{e} percentile et au 97,5^{e} percentile. Cette analyse de l'incertitude a été facilitée par la mise au point de méthodes et logiciels nouveaux *(5)*. Dans les pays où l'épidémie de VIH/SIDA a des effets notables, de récentes estimations de l'ampleur de cette épidémie et la marge d'incertitude correspondante ont été prises en compte pour analyser l'incertitude des tables de mortalité.

Tableaux 2 et 3 de l'annexe

On a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions et pour l'ensemble du monde en se basant sur des données tirées de 112 registres nationaux d'état civil correspondant à un total annuel d'environ 18,6 millions de décès, soit un tiers de tous les décès survenus dans le monde. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, on s'est servi d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires de population et d'analyses épidémiologiques portant sur des infections particulières *(6-16)*. Ces données sont utilisées pour estimer les taux de mortalité par âge et par sexe correspondant aux causes initiales de décès définies par les règles de classification de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM).

On a soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et de différences probables dans les causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes. Pour cette analyse, on a élaboré des techniques basées sur l'étude de la charge mondiale de morbidité *(17)* que l'on a affinées en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus robustes *(18)*.

Une attention particulière a été accordée aux problèmes posés par les erreurs d'attribution ou de codage des causes dans les catégories maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatismes et affections et symptômes mal définis. On a mis au point un algorithme de correction pour reclassifier les codes des affections cardio-vasculaires mal définis *(19)*. La mortalité due au cancer par localisation a été évaluée à l'aide de données de registres d'état civil et de registres de l'incidence du cancer dans la population. Les données extraites de ces derniers ont été analysées pour chaque Région au moyen d'un modèle complet de survie au cancer par âge, par période et par cohorte *(15)*.

Le Tableau 3 de l'annexe donne des estimations de la charge de morbidité des 14 sous-régions épidémiologiques en utilisant les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). Une AVCI peut être considérée comme une année de vie en bonne santé perdue, et la charge de morbidité comme la mesure de la différence entre l'état de santé actuel d'une population et une situation idéale où chaque membre de cette population atteindrait un âge avancé en pleine santé *(20, 21)*. Pour déterminer les AVCI correspondant à une maladie ou un état morbide, on calcule la somme des années de vie perdues dans la population du fait d'un décès prématuré (AVP) et des années perdues du fait d'une incapacité (API) pour les cas nouveaux de la pathologie considérée. Les AVCI pour 2002 ont été estimées sur la base d'informations concernant les causes de décès pour chaque sous-région, ainsi que d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections incapacitantes. Aux fins du présent rapport, les estimations de la charge morbide ont été actualisées pour un grand nombre de catégories de causes figurant dans l'étude sur la charge mondiale de la morbidité en 2000, sur la base des très nombreuses données relatives aux principales maladies et lésions traumatiques qui ont été recueillies par les programmes techniques de l'OMS et dans le cadre de la collaboration avec des scientifiques du monde entier *(16)*. Ces données, ainsi que des estimations nouvelles ou révisées des décès par cause, par âge et par sexe pour tous les Etats Membres ont servi à établir des estimations cohérentes de l'incidence, de la prévalence, de la durée et des AVCI pour plus de 130 causes majeures de morbidité dans 14 sous-régions du monde. La participation de l'OMS au calcul de ces estimations et ses consultations avec les Etats Membres garantissent que ces estimations reflètent toutes les informations et connaissances disponibles à l'OMS. On trouvera des

estimations de l'incidence et de la prévalence ponctuelle de certaines causes majeures de morbidité par sous-région sur le site Web de l'OMS: www.who.int/evidence/bod.

Tableau 4 de l'annexe

Le Tableau 4 de l'annexe indique le niveau moyen de santé de la population dans tous les Etats Membres de l'OMS en termes d'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS). L'EVCS est basée sur l'espérance de vie à la naissance (Tableau 1 de l'annexe), mais elle est corrigée du *temps passé en mauvaise santé*. On dira plus simplement que c'est l'équivalent du nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en pleine santé compte tenu des taux actuels de morbidité et de mortalité *(22, 23)*.

Les méthodes utilisées par l'OMS pour calculer l'EVCS ont été mises au point de manière à obtenir une comparabilité maximum entre populations. L'analyse par l'OMS des résultats de plus de 50 enquêtes sanitaires nationales pour le calcul de l'espérance de vie en bonne santé a révélé de graves problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé correspondant à différentes populations, même lorsque l'on utilise des instruments et méthodes d'enquête identiques *(24)*. Ces problèmes de comparabilité résultent de différences non mesurées entre les attentes et les normes sanitaires, qui font que les populations donnent aux formules utilisées pour les réponses aux questions sur l'auto-évaluation (telles que léger, modéré ou grave) des sens qui varient largement *(25)*. Pour surmonter ces difficultés, l'OMS a entrepris en 2000-2001 une étude multipays en collaboration avec les Etats Membres, en utilisant à cet effet un instrument d'enquêtes standardisées sur l'état de santé ainsi que de nouvelles méthodes statistiques permettant de corriger les distorsions auxquelles donnent lieu les notifications spontanées *(25, 26)*.

Pour l'étude multipays, on a procédé à 71 enquêtes auprès de ménages représentatifs dans 61 Etats Membres en 2000 et 2001 à l'aide d'un nouvel instrument de mesure de l'état de santé basé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé *(27)*, qui permet d'obtenir des informations auprès d'un échantillon représentatif d'enquêtés sur leur état de santé actuel dans sept domaines clés. Pour remédier aux problèmes de comparabilité des données sur l'auto-évaluation de la santé, l'instrument d'enquête de l'OMS utilise des tests de performance et des vignettes afin d'étalonner les notifications dans chacun des domaines clés *(26)*. Les réponses étalonnées servent à évaluer la prévalence des différents états de santé en fonction de l'âge et du sexe. En s'appuyant sur les conclusions de l'étude multipays, l'OMS effectue maintenant, en collaboration avec les Etats Membres, l'enquête sur la santé dans le monde (on trouvera de plus amples détails sur ce sujet sur le site Web de l'OMS: www.who.int/evidence/whs). Au cours de la première moitié de 2003, 73 Etats Membres ont participé à l'enquête sur la santé dans le monde, dont les résultats contribueront aux futures analyses de l'espérance de vie en bonne santé.

La mesure du temps passé en mauvaise santé est basée sur une méthode qui associe les estimations relatives à chaque affection contenues dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité en 2000 à des estimations de la prévalence des différents états de santé par âge et par sexe tirées de l'étude multipays, et pondérées au moyen d'appréciations de l'état de santé *(28)*. On a utilisé les données provenant de l'étude de 2000 sur la charge mondiale de morbidité pour estimer les prévalences corrigées de la gravité des états morbides par âge et par sexe pour les 192 Etats Membres de l'OMS en 2002. Pour estimer séparément les prévalences corrigées de la gravité par âge et par sexe, on s'est servi des données de 62 enquêtes réalisées dans le cadre de l'étude multipays. Enfin, on a calculé les prévalences postérieures pour tous les Etats Mem-

bres pour 2002 à l'aide de prévalences basées sur l'étude de 2000 sur la charge mondiale de morbidité et des prévalences des enquêtes.

Des enquêtes auprès des ménages utilisant un module d'appréciations ont été effectuées dans 14 pays: Chine, Colombie, Egypte, Géorgie, Inde, Indonésie, République islamique d'Iran, Liban, Mexique, Nigéria, République arabe syrienne, Singapour, Slovaquie et Turquie. Des données sur près de 500 000 appréciations de l'état de santé, recueillies auprès de plus de 46 000 enquêtés, ont été utilisées pour élaborer des évaluations mondiales moyennes de l'état de santé afin de calculer l'EVCS *(29)*.

Les méthodes utilisées par l'OMS pour calculer l'espérance de vie en bonne santé ont été examinées en 2001 et 2002 par le Groupe d'examen scientifique collégial créé par le Directeur général à la demande du Conseil exécutif de l'OMS. Le rapport final du Groupe au Directeur général *(30)* indique que la mise au point de la méthodologie qui doit servir à mesurer l'EVCS est en bonne voie, et fait une série de recommandations techniques qui ont été suivies pour les calculs dont les résultats figurent au Tableau 4 de l'annexe. Des mesures ont été prises, notamment pour prendre en compte les pensionnaires d'établissements de santé et la comorbidité dépendante. Les échantillons de l'enquête multipays ne comprenaient pas de personnes âgées pensionnaires d'une maison de retraite ou autres établissements de santé. Etant donné que ces personnes sont généralement en plus mauvaise santé que celles qui résident à leur domicile, on a fait un ajustement basé sur la proportion estimative de la population âgée de 60 ans et plus qui réside dans un établissement de santé.

La sommation des prévalences par maladie pour toutes les causes de morbidité figurant dans l'étude de 2000 sur la charge mondiale de morbidité entraînerait une surestimation de la prévalence des états de santé en raison d'une comorbidité entre les pathologies. Dans les précédentes éditions du *Rapport sur la santé dans le monde*, des ajustements ont été faits pour tenir compte de la comorbidité indépendante *(22)*. A la suite de l'examen scientifique collégial, d'autres travaux ont été entrepris pour prendre convenablement en compte la comorbidité dépendante. Les données de cinq grandes enquêtes sanitaires nationales ont été analysées par âge et par sexe pour estimer le degré de comorbidité dépendante dans des couples d'affections. Les résultats des cinq enquêtes sont étonnamment cohérents et ont été utilisés par tous les Etats Membres pour prendre en compte la comorbidité dépendante dans la sommation des prévalences par maladie *(16)*.

Le Tableau 4 de l'annexe donne, pour 2002 et pour tous les Etats Membres, les informations suivantes: EVCS moyenne à la naissance, EVCS à l'âge de 60 ans, perte prévue d'années de vie en bonne santé (PAVS) à la naissance, pourcentage du total de l'espérance de vie (EV) perdu, et limites de confiance à 95 %. La PAVS est l'espérance de vie moins l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EV–EVCS), c'est-à-dire l'équivalent du nombre d'années de vie en pleine santé qui devrait être perdu en raison d'un état de santé inférieur à celui correspondant à une pleine santé. La PAVS, exprimée en pourcentage de l'EV totale, représente la proportion de l'espérance de vie totale perdue du fait d'un état de santé inférieur à celui correspondant à une pleine santé. Pour de nombreux Etats Membres, les espérances de vie en bonne santé de 2002 diffèrent de celles publiées pour 2001 dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* car elles tiennent compte de nouvelles informations épidémiologiques, de nouvelles données provenant d'enquêtes sanitaires et de nouvelles informations sur les taux de mortalité ainsi que du perfectionnement des méthodes décrites plus haut. L'application, notamment, de méthodes améliorées pour tenir compte de la comorbidité a entraîné une réduction de la proportion estimative des années de vie en bonne santé perdues dans la suite de l'existence comparativement aux estimations publiées les années précédentes.

Tableau 5 de l'annexe

Les comptes nationaux de la santé (CNS) sont la synthèse des flux de financement et de dépenses enregistrés au cours du fonctionnement d'un système de santé et donnent la possibilité de contrôler toutes les transactions, des sources de financement à la répartition des dotations en fonction de considérations géographiques, démographiques, socio-économiques et épidémiologiques. Les CNS sont en rapport avec les comptes macroéconomiques et macrosociaux dont ils empruntent la méthodologie.

Le Tableau 5 de l'annexe donne des estimations pour chacun des 192 Etats Membres. Les pays qui recueillent des données sur leurs dépenses de santé sont de plus en plus nombreux, mais seuls quelques-uns ont établis des CNS complets. On a compilé, pour chaque pays, les informations qui ont pu être recensées et obtenues sur le plan national et international. Des techniques normalisées d'estimation comptable et d'extrapolation ont été appliquées pour obtenir des séries chronologiques appropriées. On a aussi procédé à une ventilation des données utile pour les décideurs (dépenses publiques/privées). Chaque année, des projets de modèles sont adressés aux ministères de la santé pour qu'ils les commentent et aident, si nécessaire, à obtenir des informations supplémentaires. Les réponses constructives des ministères ont constitué une précieuse source d'information pour les estimations des CNS dont il est rendu compte ici.

Il existe maintenant une importante aide méthodologique à la préparation des comptes nationaux de la santé, le *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries (31)*. Ce guide est basé sur le Système de comptes de la santé de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) *(32)*. Les deux instruments sont conformes aux principes du système de comptabilité nationale de l'Organisation des Nations Unies (communément désigné sous le sigle SNA93) *(33)*.

Les principales références internationales utilisées pour la préparation des tableaux sont les suivantes: Fonds monétaire international (FMI): *Government Finance Statistics Yearbook, 2002 (34), International Financial Statistics Yearbook, 2003 (35)* et *International Financial Statistics* (septembre 2003) *(36);* Banque asiatique de Développement: *Key indicators 2002 (37); données sanitaires de l'OCDE, 2003 (38)* et *Statistiques sur le développement international (39);* et Organisation des Nations Unies: *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000 (40)*. Les organisations chargées de la publication de ces rapports ont bien voulu aider l'OMS à en obtenir des versions préliminaires et apporter des éclaircissements complémentaires; qu'elles en soient remerciées ici.

Parmi les sources nationales figurent: des rapports sur les comptes nationaux de la santé, des rapports sur les dépenses publiques, des annuaires statistiques et autres périodiques, des documents sur les budgets, des rapports sur les comptes nationaux, des données statistiques figurant sur les sites Web officiels, des rapports d'organisations non gouvernementales, des études théoriques, et enfin des rapports et données fournis par des bureaux centraux de statistique, des ministères de la santé, des ministères des finances et du développement économique, des bureaux de planification et des associations professionnelles et commerciales.

Le Tableau 5 de l'annexe donne des chiffres actualisés et révisés pour 1997-2000 et de nouvelles données pour 2001. Les chiffres ont été actualisés lorsque l'on a reçu de nouvelles informations modifiant les estimations initiales. Figurent dans cette catégorie les révisions des critères de référence dans les cas où une révision complète a été entreprise dans un pays à la suite d'un changement de méthodologie, où l'on a procédé à une élaboration plus poussée des comptes nationaux de la santé et où le dénominateur est passé de SNA68 à SNA93. La Colombie en est un exemple.

Le total des dépenses de santé a été défini comme la somme des dépenses publiques générales de santé (DPGS) et les dépenses privées pour la santé (DPS). Toutes les estimations sont calculées en millions d'unités de la monnaie nationale (millions d'UMN). Les estimations sont présentées en proportion du produit intérieur brut (PIB), du total des dépenses de santé (TDS), du total des dépenses publiques générales (DPG) ou du total des dépenses privées pour la santé (DPS).

Le PIB est la valeur de tous les biens et services fournis dans un pays par des résidents ou non-résidents, qu'ils soient imputés sur des créances nationales ou étrangères. Ceci correspond (avec quelques ajustements) au total des dépenses (de consommation et d'investissement) des agents économiques privés et publics au cours de l'année de référence. La principale source d'information pour les estimations du PIB est la publication de l'ONU: *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000 (40)*, tableau 1.1. Pour les 30 pays membres de l'OCDE, les comptes macroéconomiques ont été tirés des *Comptes nationaux des pays de l'OCDE 1990/2001, édition 2003, volume II (41)* tableau 1. Des arrangements de collaboration passés entre l'OMS et la Division de statistique de l'ONU ainsi que la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies ont permis d'obtenir des renseignements préliminaires sur 2001.

Lorsqu'il a été impossible d'obtenir des informations de l'Organisation des Nations Unies, on a utilisé des données sur le PIB communiquées par le FMI (*International Financial Statistics*, septembre 2003), et dans les rares cas où aucune des institutions susmentionnées n'avait publié d'informations à jour sur le PIB, l'OMS a utilisé des données émanant d'autres institutions ou des statistiques nationales. Ces dernières ont été utilisées pour les pays suivants: Andorre, Etats fédérés de Micronésie, Iles Salomon, Nicaragua, Nioué, Palaos, Samoa et Tonga. Les chiffres de Kiribati ont été communiqués par la Banque asiatique de Développement. Les estimations concernant l'Afghanistan, l'Iraq, la République populaire démocratique de Corée, la Somalie et le Timor-Leste proviennent de rapports de politique générale, car aucune source officielle de statistiques ne disposait d'informations sur ces pays.

Les données de la Chine n'englobent pas les estimations concernant la Région administrative spéciale de Hong Kong et la Région administrative spéciale de Macao. Les données sur les dépenses de santé de Jordanie ne tiennent pas compte des contributions de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) qui a dispensé des services de santé de base aux réfugiés palestiniens résidant sur le territoire jordanien, mais incluent les dépenses encourues par l'UNRWA dans les dispensaires de l'Office. Les données sur les dépenses de santé de la Serbie-et-Monténégro pour 1997 et 1998 incluent les provinces du Kosovo et de Metohia, mais pour 1999 et 2000, ces données n'en tiennent pas compte car ces territoires ont été placés sous l'administration des Nations Unies. Les estimations pour 2001 ont été aussi extrapolées en excluant le Kosovo et Metohia.

Les dépenses publiques générales (DPG) incluent des dépenses consolidées directes et indirectes (par exemple, subventions aux producteurs, versements aux ménages, etc.), y compris les dépenses en capital à tous les échelons administratifs (autorités territoriales: centrales/fédérales, provinciales/régionales/ étatiques/districales, municipales/locales), des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et des fonds extrabudgétaires. Les *Comptes nationaux des pays de l'OCDE: tableaux détaillés 1990/2001, édition 2003, volume II*, tableau 12, ligne 51 donnent des informations sur 27 pays membres. Le *Government Finance Statistics Yearbook* du FMI donne des chiffres globaux pour 133 administrations centrales/fédérales avec des données complémentaires pour 23 autorités régionales et 45 autorités locales/muni-

cipales (ainsi que quelques informations sur des dépenses de sécurité sociale pour la santé communiquées par le FMI). Cette même Organisation indique les chiffres des dépenses des administrations centrales dans: *International Financial Statistics*, ligne 82. Pour vérifier le total des dépenses publiques, on a consulté plusieurs autres audits de finances publiques, budgets exécutés, plans budgétaires, annuaires statistiques, sites Web, rapports de la Banque mondiale et des Banques régionales de Développement, et études théoriques. On a extrapolé à partir de séries chronologiques incomplètes en se fondant, notamment, sur la différence entre les dépenses actuelles, augmentées des économies figurant dans les Comptes nationaux des Nations Unies jusqu'en 1995, et le montant des dépenses des administrations centrales indiqué par le FMI. Plusieurs autorités nationales ont aussi confirmé les statistiques des dépenses publiques générales au cours du processus de consultation.

Les dépenses publiques générales de santé (DPGS) comprennent les dotations destinées à améliorer l'état de santé de tranches de la population et/ou à dispenser des biens et services de soins médicaux à des tranches de la population et provenant:

- d'autorités centrales/fédérales, étatiques/provinciales/régionales, locales/municipales;
- d'organismes financés par des fonds extrabudgétaires, notamment les systèmes de sécurité sociale qui opèrent dans plusieurs pays;
- de sources de financement extérieures (principalement des subventions et des crédits englobant une forte proportion de subventions aux gouvernements).

Les chiffres des dépenses de sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires pour la santé comprennent les sommes affectées à l'achat de biens et services de santé par des régimes d'assurance obligatoires, gérés par l'Etat et couvrant une partie substantielle de la population. L'une des principales difficultés a résidé dans la recherche des doubles comptages ainsi que des prestations en espèces pour maladie et/ou perte d'emploi pouvant figurer dans les estimations car ce type de prestation doit être classé parmi les indemnités au titre de la garantie de ressources.

Toutes les dépenses doivent être prises en compte, y compris la consommation finale, les subventions aux producteurs, les versements aux ménages (principalement pour le remboursement de factures de frais médicaux et pharmaceutiques), les investissements et les aides à l'investissement (aussi appelés transferts de capitaux). La classification des fonctions de l'Etat, proposée par l'ONU, le FMI, l'OCDE et d'autres institutions, a été utilisée pour les délimitations. Il arrive souvent que les données contenues dans les publications se limitent à celles communiquées par les ministères de la santé. Or, les dépenses de santé devraient inclure tout ce qui est principalement destiné à la santé, quelle que soit l'entité d'exécution. On s'est donc attaché à obtenir des données sur les dépenses de santé auprès d'autres ministères ainsi que des forces armées, des administrations pénitentiaires, des écoles, des universités et autres sources pour prendre en compte la totalité des ressources consacrées à la santé. Des informations sur les ressources extérieures ont été aimablement communiquées par le Comité d'Action pour le Développement de l'OCDE (DAC/OCDE). Un quart des Etats Membres contrôlent effectivement les ressources extérieures de leur système de santé, et cette information a été utilisée pour valider ou modifier les ordres de grandeur tirés des données du DAC.

Les *Health data 2003* de l'OCDE indiquent les dépenses publiques générales de santé des Etats Membres de cette Organisation, avec certaines lacunes pour l'année 2001. Les données pour 2001 concernant l'Autriche, la Belgique, l'Islande, le Japon, le Luxembourg, la République de Corée et la Turquie ont été établies en grande partie par l'OMS sur la base de projec-

tions car l'OCDE n'était pas encore en mesure de les communiquer. Des études sur les comptes nationaux de la santé concernant une ou plusieurs années existaient pour 54 pays non membres de l'OCDE. Les informations détaillées figurant dans ces rapports ont permis de disposer d'une base d'estimation plus fiable que pour les autres années. Les *Government Finance Statistics* du FMI indiquent les dépenses de santé des administrations centrales de 122 pays, les dépenses de santé des autorités régionales de 23 pays, et les dépenses de santé des autorités locales de 45 pays. Ces statistiques ne donnent pas de séries chronologiques continues pour tous les pays, mais elles indiquent qu'un système de notification existe dans les 122 pays. Des recherches approfondies ont été entreprises pour consulter les publications nationales appropriées de ces pays. Dans certains cas, on a observé que les dépenses indiquées à l'aide du système de classification des finances publiques des statistiques du FMI se limitaient à celles du ministère de la santé et n'incluaient pas l'ensemble des dépenses de santé indépendamment de l'entité d'exécution. En pareil cas, on a eu recours à d'autres statistiques pour compléter cette source. Des données sur les finances publiques et sur les ressources extérieures, des annuaires statistiques, des rapports sur les finances publiques et des analyses rendant compte de l'application des politiques de santé ont servi de base aux estimations des dépenses publiques générales de santé pour la plupart des Etats Membres de l'OMS. Les renseignements concernant le Brunéi Darussalam, par exemple, proviennent de sources nationales mais aussi des recueils de données d'une fondation médicale internationale au Japon *(42)*. Cette source a permis de vérifier les données sur leur budget de la santé de sept pays.

Plusieurs procédés ont été utilisés pour apprécier la validité des données. C'est ainsi que l'on a comparé les dépenses totales calculées à des données sur les dépenses d'hospitalisation, les dépenses pharmaceutiques et d'autres informations (y compris les coûts d'administration des programmes et autres contenus dans les classifications du Système de comptes de la santé) pour recouper l'information disponible en s'assurant: que les dépenses dont les détails ont été regroupés constituent l'essentiel des dépenses publiques de santé; que les transferts intragouvernementaux sont consolidés; enfin, que les estimations obtenues sont jugées plausibles au regard des descriptions du système. Les chiffres globaux des dépenses publiques de santé ont été comparés au total des dépenses publiques générales, ce qui a permis de disposer d'un autre moyen de recoupement. Il arrive parfois que les dépenses publiques générales de santé et, par conséquent, les chiffres globaux des dépenses de santé soient sous-évalués lorsqu'il n'est pas possible d'estimer les dépenses des administrations locales, des organisations non gouvernementales et des régimes d'assurance. C'est ainsi que les dépenses globales de santé de l'Inde peuvent ne pas tenir compte de certains agents économiques, d'où un risque de sous-évaluation de 0,3 % à 0,6 % du PIB. Les informations concernant l'Afghanistan et l'Iraq ont été communiquées par le Bureau régional de la Méditerranée orientale et celles concernant le Cambodge par le Bureau OMS dans le pays.

Les dépenses de santé privées ont été définies comme la somme des dépenses correspondant aux entités et rubriques suivantes:

- Systèmes de prépaiement et de répartition des risques: dépenses des régimes d'assurance privés et des régimes d'assurance sociale privés (pour lesquels l'Etat n'a aucun contrôle sur les taux de cotisation et les prestataires participants mais donne quelques orientations générales), des régimes d'assurance privés avec ou sans but lucratif (mutuelles), des réseaux de santé et autres agents économiques qui gèrent des systèmes de prestations médicales et paramédicales prépayées (y compris les coûts d'exploitation de ces systèmes).
- Dépenses de santé des entreprises: dépenses d'entreprises publiques et privées concernant des soins médicaux et des services destinés à améliorer la santé, autres que les cotisations à un régime de sécurité sociale.

- Institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages: ressources utilisées pour acheter des biens et services de santé par des entités dont le statut interdit que ceux-ci soient une source de revenu, de profit ou autre avantage financier pour les unités qui les créent, les gèrent ou les financent. Ces ressources englobent des fonds provenant de sources internes ou externes.
- Dépenses directes des ménages: honoraires et autres versements en espèce reçus par des praticiens de la santé et des fournisseurs de substances pharmaceutiques, d'appareillages thérapeutiques et d'autres biens et services ayant principalement pour objet de contribuer à restaurer ou à promouvoir la santé d'individus ou de groupes de population. Elles comprennent les sommes versées par les ménages à des services publics, des institutions sans but lucratif ou des organisations non gouvernementales et les participations aux coûts, franchises, tickets modérateurs et rémunérations à l'acte non remboursables. Ne sont pas compris les versements effectués par des entreprises qui offrent des médicaments et des prestations paramédicales, imposés ou non par la loi, à leurs employés et les dépenses encourues pour des traitements à l'étranger.

L'essentiel de l'information concernant les dépenses de santé privées est tiré de rapports sur les comptes nationaux de la santé, d'annuaires statistiques et autres publications périodiques, de données statistiques publiées sur les sites Web officiels, de rapports d'organisations non gouvernementales, d'enquêtes sur les dépenses des ménages, d'études théoriques, et de rapports et informations émanant de bureaux centraux de statistique, de ministères de la santé et d'associations professionnelles et commerciales. Pour les 30 pays membres de l'OCDE, l'information provient des données sanitaires de l'OCDE. Pour obtenir les chiffres des années manquantes, on a utilisé des techniques standard d'extrapolation et d'estimation.

Tableau 6 de l'annexe

Le Tableau 6 de l'annexe présente le total par habitant des dépenses de santé et des dépenses publiques générales de santé. La méthodologie et les sources utilisées pour déterminer le total des dépenses de santé et des dépenses publiques générales de santé sont passées en revue dans les notes concernant le Tableau 5 de l'annexe. Les ratios par habitant sont obtenus en divisant les chiffres des dépenses par l'effectif de la population. Ces chiffres par habitant sont d'abord exprimés en dollars des Etats-Unis au taux de change annuel moyen (nombre annuel moyen d'unités contre lequel une monnaie s'échange dans le système bancaire) ou en dollars internationaux obtenus en divisant les unités de la monnaie locale par une estimation de leur parité de pouvoir d'achat vis-à-vis du dollar des Etats-Unis, c'est-à-dire par un taux ou une mesure qui gomme les effets des différences de coûts de la vie entre les pays.

La publication de l'OCDE *Health data 2003* est la principale source des estimations concernant l'effectif de la population des 30 membres de l'OCDE ainsi que les autres dépenses de santé et variables macroéconomiques. Toutes les estimations de l'effectif et de la structure des populations des pays autres que ceux de l'OCDE sont basées sur des évaluations démographiques établies par la Division de la Population de l'ONU *(3)*. Le présent rapport utilise des estimations de la population effective et non de la population légale dans chacun des Etats Membres. Font exception les chiffres des dépenses concernant la Serbie-et-Monténégro pour 2001, car ils ne tiennent pas compte des provinces du Kosovo et de Metohia qui sont devenues des territoires sous administration des Nations Unies. Les estimations concernant la Serbie-et-Monténégro, non comprises les populations du Kosovo et de Metohia, ont été tirées du *Statistical yearbook of Yugoslavia 2002*, ce qui garantit la cohérence du numérateur et du dénominateur.

Les trois quarts des taux de change (moyenne de l'année) ont été tirés des *Statistiques financières internationales* du FMI, septembre 2003, rangée rf. Lorsque cette information fait défaut, on a utilisé des données communiquées par l'ONU ou la Banque mondiale ou figurant dans des rapports de donateurs (par exemple dans le cas de l'Afghanistan). Le taux de change euro: dollar des Etats-Unis a été appliqué pour Andorre, Monaco et Saint-Marin. Le taux de change dollar de Nouvelle-Zélande: dollar des Etats-Unis a été appliqué pour Nioué et le taux du dollar australien pour Nauru et Palaos. L'Equateur a dollarisé son économie en 2000, mais toute la série des données le concernant a dû être recalculée en dollars pour la période de cinq ans considérée.

Pour les pays membres de l'OCDE, on a utilisé les parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour le calcul des dollars internationaux. Pour les pays membres de la CEE-ONU mais non de l'OCDE, on a calculé les parités de pouvoir d'achat de la CEE-ONU sur la même base que celles de l'OCDE. Les autres calculs en dollars internationaux ont été faits par l'OMS à l'aide de méthodes similaires à celles utilisées par la Banque mondiale.

Bibliographie

1. Lopez AD et al. *Mortalité mondiale en 2000: tables de mortalité pour 191 pays.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. *International database*. Washington, D.C., United States Census Bureau (disponible sur le site internet à l'adresse suivante: http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html, consulté le 9 octobre 2003).
3. *World population prospects – the 2002 revision.* New York, N.Y., Division de la population, Nations Unies, 2003.
4. Murray CJL et al. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Salomon JA et al. *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (GPE Discussion Paper No. 10; http://www.who.int/evidence, consulté le 9 octobre 2003).
6. Dye C et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*, 2002, 282:677–686.
7. Salomon JA, Murray CJL. Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics [Modélisation des épidémies de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne à partir des données de séroprévalence des dispensaires de soins anténatals]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:596–607 (résumé en français).
8. UNAIDS Reference Group on Estimates Modelling and Projections. Improved methods and assumptions for estimation and projection of HIV/AIDS epidemics. *AIDS*, 2002, 16:1–16.
9. Boschi-Pinto C et al. Diarrhoea mortality in under-fives in the developing world. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).
10. Stein C et al. The global burden of measles in the year 2000 – a model using country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases* (sous presse).
11. Crowcroft NS et al. How to best estimate the global burden of pertussis? *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3:413–418.
12. Williams BG et al. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet*, 2002, 2:25–32.
13. Snow RW et al. Evaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2000, **2:** 64-80.
14. OMS/UNICEF/FNUAP. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA.* Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).
15. Mathers CD et al. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: I. Application of regional cancer survival model to estimate cancer mortality distribution by site. *BMC Cancer,* 2002, 2:36.
16. Mathers CD et al. *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54; http://www.who.int/evidence, consulté le 10 octobre 2003).
17. Murray CJL, Lopez AD. *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, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), 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. 1).
18. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review, 2002*, 28:205–228.
19. Lozano R et al. *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (GPE Discussion Paper No. 12).
20. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD. Examen critique des mesures synthétiques de l'état de santé des populations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 2001, 4: 166-179.
21. Murray CJL et al. Health gaps: an overview and critical appraisal. *In:* Murray CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/pub/smph/en/index.html, consulté le 10 octobre 2003).
22. Mathers CD et al. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 2001, 357:1685–1691.
23. Mathers CD et al. Healthy life expectancy: comparison of OECD countries in 2001. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2003, 27:5–11.
24. Sadana R et al. Comparative analysis of more than 50 household surveys of health status. *In:* Murray CJL et al. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/pub/smph/en/index.html, consulté le 10 octobre 2003).

25. King G et al. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of survey research. *American Political Science Review*, 2003 (sous presse).
26. Ustün TB et al. WHO multi-country survey study on health and responsiveness, 2000–2001. *In:* Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/health-systems-performance, consulté le 10 octobre 2003).
27. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
28. Mathers CD, Murray CJL, Salomon JA. Methods for measuring healthy life expectancy. *In:* Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/health-systems-performance, consulté le 10 octobre 2003).
29. Salomon JA et al. Health state valuations in summary measures of population health. *In:* Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/health-systems-performance, consulté le 10 octobre 2003).
30. Anand S et al. Report on the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment. *In:* Murray CJL, Evans D. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/health-systems-performance, consulté le 10 octobre 2003).
31. OMS/Banque mondiale/AID des Etats-Unis d'Amérique. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf, consulté le 13 octobre 2003).
32. *Systèmes de comptes de la santé.* Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2000 (http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf, consulté le 13 octobre 2003,).
33. Organisation de Coopération et de Développement économiques/Fonds monétaire international/Banque mondiale/Nations Unies/Eurostat. *Système de comptabilité nationale 1993*. New York, N.Y., Nations Unies, 1994.
34. *Government finance statistics yearbook 2002*. Washington, D.C., Fonds monétaire international, 2002.
35. *International financial statistics yearbook 2003*. Washington, D.C., Fonds monétaire international, 2003.
36. *International financial statistics*. Washington, D.C., Fonds monétaire international, 2003.
37. *Key indicators 2002*. Manille, Banque asiatique de Développement, 2002.
38. *Données sanitaires de l'OCDE 2003*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2003.
39. *Statistiques sur le développement international*, Organisation de Coopération et de Développement économiques, Comité d'aide au développement (http://www1.oecd.org/dac/htm/online.htm, consulté le 15 octobre 2003).
40. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000.* New York, NY, Nations Unies, 2002.
41. *Comptes nationaux des pays de l'OCDE: Tableaux détaillés 1990/2001. Edition 2003. Volume II.* Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2003.
42. *Southeast Asian Medical Information Center Health Statistics 2002*. Tokyo, The International Medical Foundation of Japan, 2003.

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNÉES)
		Population totale (000)	Taux d'acroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Hommes et femmes
		2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002
1	Afghanistan	22 930	3,8	88	86	4,7	4,7	7,0	6,8	42,6
2	Afrique du Sud	44 759	1,5	70	59	5,2	6,1	3,4	2,6	50,7
3	Albanie	3 141	-0,4	60	53	7,9	9,5	2,9	2,3	70,4
4	Algérie	31 266	1,8	82	60	5,7	6,1	4,2	2,8	69,4
5	Allemagne	82 414	0,2	46	48	20,5	24,0	1,3	1,3	78,7
6	Andorre	69	1,8	48	46	20,0	21,6	1,4	1,3	80,3
7	Angola	13 184	2,9	97	101	4,6	4,4	7,2	7,2	39,9
8	Antigua-et-Barbuda	73	1,2	63	56	9,2	10,5	1,8	1,6	71,4
9	Arabie saoudite	23 520	3,0	80	72	3,4	4,3	5,8	4,6	70,8
10	Argentine	37 981	1,3	64	59	13,0	13,5	2,8	2,5	74,4
11	Arménie	3 072	-1,3	57	44	10,5	13,1	2,2	1,2	70,0
12	Australie	19 544	1,2	50	48	15,6	16,7	1,9	1,7	80,4
13	Autriche	8 111	0,3	48	47	19,9	21,3	1,5	1,3	79,4
14	Azerbaïdjan	8 297	1,1	63	57	7,6	9,2	2,8	2,1	65,8
15	Bahamas	310	1,5	58	53	6,8	8,5	2,6	2,3	72,1
16	Bahreïn	709	3,0	51	47	3,7	4,0	3,5	2,7	73,2
17	Bangladesh	143 809	2,3	81	71	4,8	5,1	4,4	3,5	62,6
18	Barbade	269	0,4	55	43	15,0	13,1	1,6	1,5	74,3
19	Bélarus	9 940	-0,4	52	46	17,4	19,3	1,7	1,2	68,3
20	Belgique	10 296	0,3	50	53	20,9	22,2	1,6	1,7	78,4
21	Belize	251	2,5	91	73	6,0	5,9	4,4	3,2	69,7
22	Bénin	6 558	2,8	105	93	4,6	4,1	6,5	5,7	51,2
23	Bhoutan	2 190	2,3	88	86	6,1	6,5	5,8	5,1	61,3
24	Bolivie	8 645	2,2	81	77	6,1	6,6	4,8	3,9	63,2
25	Bosnie-Herzégovine	4 126	0,4	43	40	11,1	15,3	1,6	1,3	72,8
26	Botswana	1 770	2,1	89	74	3,7	4,4	4,5	3,7	40,4
27	Brésil	176 257	1,4	63	51	6,8	8,1	2,6	2,2	68,9
28	Brunéi Darussalam	350	2,6	57	51	4,1	4,5	3,1	2,5	76,1
29	Bulgarie	7 965	-0,8	50	45	19,9	21,7	1,5	1,1	71,9
30	Burkina Faso	12 624	2,9	108	106	4,5	4,0	7,1	6,7	41,7
31	Burundi	6 602	1,3	97	99	4,6	4,4	6,8	6,8	40,8
32	Cambodge	13 810	2,8	98	81	4,4	4,6	5,5	4,8	54,6
33	Cameroun	15 729	2,4	94	86	5,5	5,6	5,7	4,7	48,1
34	Canada	31 271	1,0	47	45	15,8	17,1	1,7	1,5	79,8
35	Cap-Vert	454	2,2	103	80	6,6	6,3	4,8	3,4	70,1
36	Chili	15 613	1,4	57	54	9,2	10,7	2,5	2,4	76,7
37	Chine	1 302 307	0,9	49	44	8,6	10,0	2,0	1,8	71,1
38	Chypre	796	1,2	58	51	14,8	16,1	2,3	1,9	77,3
39	Colombie	43 526	1,8	66	59	6,4	7,1	3,0	2,6	71,8
40	Comores	747	3,0	95	82	4,0	4,2	5,9	4,9	63,3
41	Congo	3 633	3,2	96	99	4,8	4,6	6,3	6,3	53,1
42	Costa Rica	4 094	2,4	68	56	7,1	7,9	3,0	2,3	77,1
43	Côte d'Ivoire	16 365	2,1	94	82	4,4	5,2	6,1	4,8	45,3
44	Croatie	4 439	-0,6	46	49	18,3	21,7	1,6	1,6	74,8
45	Cuba	11 271	0,4	45	44	11,9	14,5	1,6	1,6	77,1
46	Danemark	5 351	0,3	48	50	20,2	20,4	1,7	1,8	77,2
47	Djibouti	693	2,3	85	86	4,6	5,1	6,3	5,7	49,6
48	Dominique	78	0,7	63	56	9,2	10,5	2,0	1,8	73,3
49	Egypte	70 507	1,9	80	66	6,3	6,9	4,1	3,3	67,1
50	El Salvador	6 415	1,9	78	68	6,6	7,5	3,6	2,9	69,7
51	Emirats arabes unis	2 937	2,8	42	37	1,8	2,4	3,9	2,9	72,5
52	Equateur	12 810	1,8	73	62	6,3	7,3	3,6	2,8	70,6
53	Erythrée	3 991	2,4	93	91	3,6	3,6	6,2	5,5	57,6
54	Espagne	40 977	0,4	48	46	20,0	21,6	1,3	1,2	79,6
55	Estonie	1 338	-1,4	51	48	17,8	21,5	1,7	1,2	71,1

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)				PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)							
					Avant 5 ans				Entre 15 ans et 60 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude
1	41,9	32,0 - 49,5	43,4	31,3 - 53,2	258	208 - 310	256	205 - 306	494	335 - 731	413	192 - 705
2	48,8	45,5 - 52,0	52,6	50,0 - 55,0	86	61 - 108	81	55 - 105	598	404 - 818	482	321 - 653
3	67,3	65,9 - 68,7	74,1	73,0 - 75,0	27	13 - 41	23	11 - 34	167	137 - 199	94	79 - 111
4	67,5	66,2 - 69,1	71,2	69,8 - 72,5	54	43 - 64	43	35 - 52	170	152 - 187	128	112 - 146
5	75,6	75,2 - 75,9	81,6	81,4 - 81,7	5	5 - 6	4	4 - 4	118	114 - 123	60	59 - 62
6	76,8	76,0 - 77,8	83,7	83,0 - 84,3	5	5 - 6	4	4 - 5	113	101 - 125	43	39 - 48
7	37,9	29,5 - 44,1	42,0	32,8 - 50,6	279	248 - 312	247	219 - 275	594	425 - 824	481	255 - 726
8	69,0	67,5 - 70,5	73,9	72,3 - 75,4	22	11 - 33	18	9 - 28	195	173 - 216	125	111 - 141
9	68,4	64,0 - 72,3	73,9	70,9 - 76,5	30	23 - 37	25	19 - 31	192	120 - 298	112	74 - 163
10	70,8	70,4 - 71,2	78,1	77,9 - 78,3	20	18 - 21	16	15 - 17	177	170 - 184	90	88 - 93
11	67,0	66,2 - 67,9	73,0	72,1 - 73,8	39	22 - 56	35	19 - 46	204	184 - 225	98	85 - 115
12	77,9	77,6 - 78,1	83,0	82,7 - 83,2	6	6 - 7	5	5 - 6	91	89 - 94	52	50 - 54
13	76,4	76,1 - 76,7	82,2	81,8 - 82,4	6	5 - 7	4	4 - 5	117	113 - 121	59	56 - 63
14	63,0	61,7 - 64,2	68,6	67,5 - 69,8	80	64 - 98	70	56 - 83	231	199 - 261	122	103 - 144
15	69,0	67,9 - 70,0	75,2	74,3 - 76,2	13	10 - 17	11	8 - 15	248	225 - 275	153	142 - 163
16	72,1	70,7 - 73,6	74,5	73,2 - 75,8	13	8 - 22	10	6 - 15	113	96 - 130	82	68 - 98
17	62,6	61,3 - 63,9	62,6	61,4 - 63,7	71	68 - 75	73	70 - 77	251	223 - 282	258	232 - 284
18	70,5	69,6 - 71,4	77,9	76,8 - 79,0	17	13 - 22	15	9 - 23	189	171 - 206	103	91 - 115
19	62,6	62,0 - 63,2	74,3	73,7 - 74,9	14	11 - 16	10	8 - 13	371	347 - 397	134	120 - 148
20	75,2	74,9 - 75,5	81,5	81,3 - 81,8	6	5 - 7	5	4 - 6	126	122 - 130	67	64 - 69
21	67,4	66,0 - 68,7	72,4	71,4 - 73,4	44	33 - 56	34	25 - 42	189	172 - 211	123	117 - 129
22	50,1	42,9 - 56,5	52,4	43,0 - 60,1	166	163 - 170	158	155 - 161	424	253 - 634	360	176 - 611
23	60,2	52,3 - 67,6	62,4	53,5 - 69,0	93	74 - 111	92	73 - 111	272	111 - 474	226	102 - 428
24	61,8	54,6 - 69,3	64,7	56,2 - 70,9	78	74 - 82	73	70 - 77	260	101 - 445	209	91 - 402
25	69,3	67,9 - 71,0	76,4	75,2 - 77,6	20	15 - 25	15	11 - 19	192	162 - 220	90	76 - 105
26	40,2	37,3 - 43,3	40,6	37,7 - 44,1	104	89 - 121	102	86 - 118	786	718 - 842	745	676 - 801
27	65,7	65,2 - 66,2	72,3	71,8 - 72,7	42	36 - 49	34	29 - 40	246	235 - 257	136	128 - 145
28	74,8	73,5 - 76,3	77,4	76,6 - 78,2	14	12 - 16	12	11 - 14	112	94 - 128	85	73 - 98
29	68,7	68,1 - 69,3	75,3	74,7 - 75,9	18	16 - 21	16	13 - 18	219	205 - 234	97	88 - 106
30	40,6	34,3 - 46,6	42,6	34,7 - 49,8	232	211 - 251	217	197 - 235	597	417 - 793	522	334 - 736
31	38,7	33,0 - 44,5	43,0	36,0 - 50,2	189	152 - 224	177	142 - 216	692	541 - 834	563	393 - 750
32	51,9	44,8 - 57,4	57,1	49,1 - 63,4	149	138 - 159	124	115 - 132	400	261 - 604	298	165 - 487
33	47,2	41,1 - 53,9	49,0	41,4 - 56,7	162	151 - 174	158	147 - 169	519	344 - 697	454	273 - 658
34	77,2	77,0 - 77,4	82,3	82,1 - 82,4	6	6 - 6	5	5 - 5	95	93 - 97	58	57 - 60
35	66,6	62,4 - 71,0	72,9	69,6 - 75,8	42	33 - 50	30	24 - 36	210	125 - 312	120	76 - 178
36	73,4	72,7 - 74,0	80,0	79,7 - 80,3	16	14 - 18	13	12 - 14	134	124 - 144	67	64 - 70
37	69,6	69,0 - 70,3	72,7	72,0 - 73,5	31	29 - 33	41	38 - 44	165	154 - 175	104	93 - 112
38	75,5	74,8 - 76,2	79,1	77,2 - 80,9	7	6 - 9	7	6 - 9	102	93 - 111	48	38 - 63
39	67,5	66,8 - 68,2	76,3	75,4 - 77,1	27	24 - 29	19	17 - 21	236	220 - 251	99	87 - 113
40	61,6	53,7 - 68,9	64,9	56,4 - 71,3	80	64 - 96	72	57 - 86	260	100 - 464	207	91 - 405
41	51,6	44,6 - 58,9	54,5	46,7 - 61,6	109	82 - 135	101	75 - 125	474	309 - 651	410	263 - 611
42	74,8	74,5 - 75,0	79,5	79,3 - 79,8	12	11 - 13	10	9 - 11	127	122 - 131	74	70 - 78
43	43,1	36,4 - 50,1	48,0	40,8 - 54,7	192	154 - 232	143	114 - 169	577	400 - 757	502	353 - 694
44	71,0	70,6 - 71,4	78,6	78,1 - 79,0	8	7 - 10	7	7 - 8	178	169 - 187	72	67 - 77
45	75,0	74,6 - 75,4	79,3	79,1 - 79,5	8	7 - 10	7	6 - 7	138	132 - 145	89	86 - 91
46	74,8	74,6 - 75,0	79,5	79,4 - 79,7	6	5 - 7	5	4 - 6	123	120 - 127	76	73 - 78
47	48,6	42,4 - 56,1	50,7	43,0 - 58,2	156	132 - 179	144	121 - 166	481	290 - 657	431	259 - 639
48	71,0	69,7 - 72,2	75,8	74,2 - 77,2	13	11 - 15	14	10 - 18	206	182 - 235	120	94 - 155
49	65,3	65,0 - 65,6	69,0	68,7 - 69,3	38	34 - 42	39	35 - 43	240	231 - 248	157	151 - 164
50	66,5	65,4 - 67,8	72,8	72,1 - 73,5	36	31 - 42	34	28 - 39	257	227 - 289	142	129 - 155
51	71,3	71,0 - 71,5	75,1	74,9 - 75,3	10	9 - 11	10	9 - 10	169	165 - 174	122	120 - 125
52	67,9	67,3 - 68,5	73,5	72,9 - 74,2	34	28 - 39	30	25 - 34	216	204 - 229	132	120 - 143
53	55,8	47,2 - 65,8	59,3	51,0 - 66,8	117	107 - 127	102	93 - 111	350	176 - 496	286	137 - 484
54	76,1	75,6 - 76,7	83,0	82,8 - 83,3	5	5 - 6	5	4 - 5	120	111 - 128	47	45 - 49
55	65,1	64,8 - 65,5	77,1	76,8 - 77,4	10	7 - 12	6	4 - 7	322	313 - 331	112	105 - 118

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNÉES)
		Population totale (000)	Taux d'acroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Hommes et femmes
		2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002
56	Etats-Unis d'Amérique	291 038	1,1	52	51	16,4	16,2	2,0	2,1	77,3
57	Ethiopie	68 961	2,8	94	94	4,4	4,6	6,8	6,2	48,0
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	2 046	0,6	50	48	12,2	14,7	1,8	1,9	72,0
59	Fédération de Russie	144 082	-0,3	50	42	16,3	18,3	1,6	1,2	64,8
60	Fidji	831	1,2	67	57	5,0	6,0	3,4	2,9	67,3
61	Finlande	5 197	0,3	49	49	18,7	20,3	1,8	1,7	78,2
62	France	59 850	0,4	52	53	19,5	20,5	1,7	1,9	79,7
63	Gabon	1 306	2,6	92	83	7,4	6,2	5,2	4,0	59,2
64	Gambie	1 388	3,3	84	80	5,1	5,8	5,7	4,8	57,1
65	Géorgie	5 177	-0,5	52	49	15,6	18,9	1,9	1,4	71,7
66	Ghana	20 471	2,4	92	77	4,6	5,2	5,4	4,2	57,6
67	Grèce	10 970	0,7	48	49	20,7	23,8	1,4	1,3	78,4
68	Grenade	80	-0,5	63	56	9,2	10,5	4,0	3,5	67,4
69	Guatemala	12 036	2,7	96	87	5,2	5,3	5,4	4,5	65,9
70	Guinée	8 359	2,4	93	88	4,4	4,5	6,4	5,9	52,3
71	Guinée-Bissau	1 449	3,0	95	101	5,4	4,9	7,1	7,1	47,2
72	Guinée équatoriale	481	2,6	87	91	6,4	5,9	5,9	5,9	53,4
73	Guyana	764	0,4	67	54	6,8	7,0	2,6	2,3	64,3
74	Haïti	8 218	1,4	91	76	5,7	5,9	4,9	4,0	50,1
75	Honduras	6 781	2,8	91	80	4,6	5,4	5,0	3,8	67,2
76	Hongrie	9 923	-0,4	49	45	19,2	20,0	1,7	1,2	72,6
77	Iles Cook	18	-0,2	71	65	6,2	7,2	4,0	3,2	71,6
78	Iles Marshall	52	1,3	70	68	6,2	7,0	6,3	5,5	62,7
79	Iles Salomon	463	3,2	93	84	4,4	4,4	5,6	4,5	65,4
80	Inde	1 049 549	1,8	68	62	6,9	7,7	3,8	3,1	61,0
81	Indonésie	217 131	1,4	64	54	6,4	7,9	3,1	2,4	66,4
82	Iran (République islamique d')	68 070	1,4	93	59	5,9	6,4	4,5	2,4	68,9
83	Iraq	24 510	2,9	88	79	4,4	4,6	5,7	4,8	61,0
84	Irlande	3 911	1,0	60	47	15,3	15,3	2,0	1,9	77,1
85	Islande	287	1,0	55	53	14,8	15,3	2,2	2,0	80,1
86	Israël	6 304	2,7	66	61	12,6	13,1	2,9	2,7	79,4
87	Italie	57 482	0,1	45	49	21,7	24,5	1,3	1,2	79,7
88	Jamahiriya arabe libyenne	5 445	2,0	81	54	4,5	6,0	4,3	3,1	72,6
89	Jamaïque	2 627	0,9	73	61	9,9	9,6	2,8	2,4	72,8
90	Japon	127 478	0,2	43	48	18,6	24,4	1,5	1,3	81,9
91	Jordanie	5 329	3,9	91	69	4,4	4,8	5,0	3,6	70,8
92	Kazakhstan	15 469	-0,9	59	51	9,4	11,5	2,5	2,0	63,6
93	Kenya	31 540	2,3	104	82	4,1	4,2	5,5	4,1	50,9
94	Kirghizistan	5 067	1,3	75	64	8,4	8,7	3,5	2,7	64,5
95	Kiribati	87	1,5	70	68	6,2	7,0	4,7	4,1	64,1
96	Koweït	2 443	2,1	56	38	2,1	2,7	3,3	2,7	76,2
97	Lesotho	1 800	1,1	94	81	6,7	6,9	4,8	3,9	35,7
98	Lettonie	2 329	-1,3	51	48	18,4	21,8	1,7	1,1	70,3
99	Liban	3 596	2,3	65	56	8,3	8,6	2,9	2,2	69,8
100	Libéria	3 239	4,6	97	96	3,9	3,7	6,9	6,8	41,8
101	Lituanie	3 465	-0,6	51	51	16,9	19,7	1,8	1,3	71,9
102	Luxembourg	447	1,5	44	49	18,1	18,3	1,6	1,7	78,8
103	Madagascar	16 916	2,9	92	91	4,8	4,7	6,2	5,7	56,3
104	Malaisie	23 965	2,4	67	60	5,8	6,7	3,7	2,9	72,0
105	Malawi	11 871	1,9	94	99	4,8	5,2	6,8	6,1	40,2
106	Maldives	309	3,0	99	86	5,4	5,2	6,2	5,4	66,1
107	Mali	12 623	2,8	103	107	3,9	3,8	7,0	7,0	44,8
108	Malte	393	0,7	51	47	15,1	17,5	2,0	1,8	78,1
109	Maroc	30 072	1,7	73	57	6,0	6,6	3,6	2,8	70,8
110	Maurice	1 210	1,1	52	46	8,4	9,0	2,3	2,0	71,9

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)				PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)							
					Avant 5 ans				Entre 15 ans et 60 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude
56	74,6	74,2 - 75,1	79,8	79,7 - 80,0	9	8 - 9	7	7 - 7	140	134 - 148	83	81 - 84
57	46,8	39,3 - 54,0	49,4	41,3 - 57,2	185	148 - 220	168	138 - 196	487	316 - 693	422	244 - 628
58	69,0	68,3 - 69,7	75,1	74,4 - 75,8	17	16 - 19	15	13 - 16	195	180 - 212	89	81 - 99
59	58,4	58,2 - 61,5	72,1	71,4 - 72,6	21	20 - 22	16	15 - 17	464	413 - 510	168	150 - 187
60	64,6	63,7 - 65,7	70,3	69,3 - 71,4	30	27 - 33	27	24 - 29	281	260 - 301	176	159 - 193
61	74,8	74,5 - 75,0	81,5	81,2 - 81,8	4	4 - 5	3	3 - 3	135	131 - 140	60	56 - 64
62	75,9	75,5 - 76,2	83,5	83,2 - 83,7	5	5 - 6	4	4 - 5	133	128 - 138	60	58 - 62
63	57,3	49,9 - 64,6	61,4	52,9 - 68,9	100	91 - 108	79	72 - 86	342	171 - 557	281	133 - 499
64	55,4	47,5 - 62,3	58,9	50,2 - 66,7	132	112 - 152	117	99 - 135	330	159 - 552	265	110 - 467
65	68,4	67,2 - 69,6	75,0	73,1 - 76,7	26	23 - 28	20	18 - 22	207	181 - 237	86	67 - 109
66	56,3	49,0 - 64,4	58,8	50,1 - 66,0	106	92 - 123	99	87 - 112	354	171 - 557	303	153 - 529
67	75,8	75,6 - 76,0	81,1	80,7 - 81,5	7	6 - 7	5	4 - 6	118	115 - 120	48	45 - 51
68	65,9	64,8 - 67,1	68,8	67,8 - 70,0	25	18 - 30	21	15 - 27	261	238 - 283	222	204 - 239
69	63,1	61,9 - 64,3	69,0	67,7 - 70,1	57	52 - 63	50	45 - 55	283	247 - 324	162	131 - 199
70	50,9	44,0 - 57,5	53,7	45,0 - 61,0	163	148 - 179	153	138 - 168	401	232 - 596	332	159 - 559
71	45,7	37,9 - 51,6	48,7	39,8 - 56,8	215	194 - 237	198	179 - 217	462	311 - 681	383	186 - 615
72	51,9	44,4 - 58,8	54,8	46,0 - 61,7	157	132 - 181	144	125 - 166	383	217 - 596	318	152 - 548
73	61,5	58,9 - 64,5	66,9	63,8 - 70,0	61	30 - 90	50	26 - 76	299	268 - 328	202	170 - 233
74	49,1	42,8 - 55,5	51,1	43,6 - 57,3	138	119 - 157	128	111 - 145	493	345 - 660	438	309 - 615
75	64,2	60,3 - 67,8	70,4	67,2 - 73,2	44	42 - 46	42	40 - 44	269	195 - 362	150	102 - 214
76	68,4	67,9 - 68,9	76,8	76,3 - 77,2	10	9 - 11	8	7 - 9	256	241 - 272	112	104 - 119
77	69,2	68,2 - 70,3	74,2	73,4 - 75,0	21	10 - 31	19	10 - 27	173	150 - 193	109	98 - 123
78	61,1	59,5 - 62,9	64,6	63,2 - 66,2	46	34 - 57	36	27 - 45	340	310 - 368	286	264 - 307
79	63,6	61,5 - 66,2	67,4	65,7 - 69,0	86	73 - 99	75	64 - 86	199	160 - 238	147	127 - 168
80	60,1	59,4 - 60,8	62,0	61,1 - 62,8	87	81 - 92	95	86 - 106	291	268 - 314	220	197 - 243
81	64,9	64,1 - 65,8	67,9	67,1 - 68,8	45	40 - 50	36	33 - 40	244	226 - 261	208	194 - 224
82	66,5	65,4 - 67,8	71,7	70,5 - 72,8	42	33 - 50	36	29 - 43	213	194 - 230	132	121 - 145
83	59,1	57,1 - 60,9	63,1	61,3 - 64,9	119	101 - 139	110	94 - 127	252	228 - 278	176	155 - 197
84	74,4	73,8 - 75,0	79,8	79,3 - 80,1	8	7 - 9	6	5 - 7	113	105 - 121	66	62 - 71
85	78,4	77,8 - 79,0	81,8	81,4 - 82,2	4	4 - 5	3	3 - 3	85	79 - 92	55	51 - 60
86	77,3	77,1 - 77,5	81,4	81,2 - 81,5	7	6 - 8	6	6 - 7	98	95 - 101	53	50 - 56
87	76,8	76,4 - 77,1	82,5	82,2 - 82,8	5	5 - 6	5	4 - 5	96	92 - 100	49	46 - 51
88	70,4	66,3 - 73,8	75,5	73,0 - 77,8	19	16 - 21	17	15 - 20	173	110 - 263	99	65 - 142
89	71,1	69,9 - 72,5	74,6	73,6 - 75,6	16	13 - 19	14	11 - 17	162	137 - 184	121	107 - 134
90	78,4	78,4 - 78,4	85,3	85,2 - 85,3	4	4 - 4	4	4 - 4	95	95 - 96	46	45 - 46
91	68,6	67,7 - 69,8	73,3	72,6 - 74,0	28	23 - 32	26	22 - 30	191	171 - 210	121	113 - 130
92	58,7	58,0 - 59,4	68,9	68,1 - 69,7	38	29 - 48	28	21 - 36	426	385 - 462	195	177 - 213
93	49,8	43,8 - 57,4	51,9	44,8 - 59,3	119	108 - 129	113	104 - 122	509	328 - 684	448	285 - 642
94	60,4	59,5 - 61,4	68,9	68,1 - 69,8	63	50 - 76	55	44 - 66	345	314 - 371	163	146 - 180
95	61,8	60,8 - 62,8	66,7	65,6 - 67,6	80	74 - 88	69	60 - 79	293	260 - 327	190	167 - 215
96	75,8	74,7 - 77,1	76,9	74,8 - 79,0	14	10 - 19	11	8 - 15	81	72 - 91	63	48 - 80
97	32,9	29,3 - 38,5	38,2	33,0 - 44,9	166	133 - 201	160	128 - 191	902	791 - 965	742	599 - 853
98	64,6	64,3 - 64,9	75,8	75,6 - 76,1	15	12 - 17	12	10 - 14	327	320 - 334	118	113 - 122
99	67,6	66,4 - 68,8	72,0	71,1 - 73,1	35	31 - 39	29	26 - 32	201	177 - 225	139	123 - 154
100	40,1	32,2 - 47,0	43,7	34,8 - 51,7	242	197 - 293	222	178 - 262	582	435 - 773	471	283 - 690
101	66,2	65,2 - 67,0	77,6	77,0 - 78,2	11	9 - 13	9	7 - 11	303	272 - 341	103	94 - 112
102	75,7	75,3 - 76,2	81,7	81,1 - 82,3	5	4 - 7	5	4 - 6	119	113 - 125	64	58 - 70
103	54,4	46,8 - 61,0	58,4	49,5 - 65,0	145	126 - 164	125	110 - 141	333	177 - 543	262	123 - 474
104	69,6	69,1 - 70,1	74,7	74,4 - 75,1	10	8 - 11	8	7 - 10	192	181 - 202	106	100 - 111
105	39,8	35,0 - 45,2	40,6	35,0 - 47,1	197	183 - 210	190	178 - 203	657	509 - 803	610	449 - 769
106	66,5	65,7 - 67,4	65,6	64,9 - 66,5	38	33 - 42	43	38 - 49	205	179 - 231	202	174 - 229
107	43,9	35,8 - 49,7	45,7	36,8 - 54,0	233	211 - 256	224	200 - 244	487	328 - 718	417	210 - 662
108	75,9	75,2 - 76,5	80,3	79,3 - 81,2	7	6 - 9	6	4 - 8	87	82 - 94	51	44 - 59
109	68,8	67,4 - 70,3	72,8	71,6 - 74,1	43	36 - 49	41	35 - 47	160	138 - 185	104	88 - 120
110	68,4	67,6 - 69,2	75,5	75,0 - 76,0	20	16 - 25	14	11 - 19	222	202 - 243	116	109 - 123

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNÉES)
		Population totale (000)	Taux d'acroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Hommes et femmes
		2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002
111	Mauritanie	2 807	2,8	89	87	5,3	5,3	6,1	5,8	52,1
112	Mexique	101 965	1,7	71	61	6,0	7,2	3,2	2,5	74,4
113	Micronésie (Etats fédérés de)	108	0,7	92	74	5,5	5,1	4,8	3,8	66,5
114	Monaco	34	1,1	52	53	19,5	20,5	1,7	1,8	81,2
115	Mongolie	2 559	1,1	81	59	5,9	5,6	3,5	2,4	62,9
116	Mozambique	18 537	2,6	96	89	5,2	5,1	6,2	5,7	42,6
117	Myanmar	48 852	1,5	69	59	6,8	6,9	3,8	2,9	58,9
118	Namibie	1 961	2,7	87	88	5,4	5,6	5,6	4,6	49,3
119	Nauru	13	2,5	70	68	6,2	7,0	4,5	3,9	62,7
120	Népal	24 609	2,3	81	78	5,6	5,8	5,0	4,3	60,1
121	Nicaragua	5 335	2,8	95	82	4,4	4,7	4,8	3,8	70,1
122	Niger	11 544	3,5	108	108	3,6	3,3	8,0	8,0	42,6
123	Nigéria	120 911	2,8	96	91	4,7	4,8	6,4	5,5	48,8
124	Nioué	2	-1,2	71	65	6,2	7,2	3,6	2,9	70,3
125	Norvège	4 514	0,5	55	54	20,6	19,6	1,9	1,8	79,1
126	Nouvelle-Zélande	3 846	1,1	53	53	15,3	15,9	2,1	2,0	78,9
127	Oman	2 768	3,3	82	65	3,0	3,5	6,5	5,0	73,1
128	Ouganda	25 004	3,0	105	111	4,1	3,9	7,1	7,1	49,3
129	Ouzbékistan	25 705	1,8	81	65	6,5	7,0	3,7	2,5	68,2
130	Pakistan	149 911	2,5	86	82	5,5	5,7	5,9	5,1	61,4
131	Palaos	20	2,3	70	68	6,2	7,0	2,8	2,4	68,5
132	Panama	3 064	2,0	65	59	7,3	8,3	2,9	2,7	75,4
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 586	2,6	79	77	4,2	4,0	5,1	4,1	59,8
134	Paraguay	5 740	2,5	84	74	5,3	5,5	4,6	3,9	71,7
135	Pays-Bas	16 067	0,6	45	48	17,5	18,5	1,6	1,7	78,6
136	Pérou	26 767	1,7	71	63	6,2	7,4	3,7	2,9	69,7
137	Philippines	78 580	2,1	77	67	5,0	5,7	4,2	3,2	68,3
138	Pologne	38 622	0,1	54	44	15,2	16,6	1,9	1,3	74,7
139	Portugal	10 049	0,2	49	48	19,5	21,1	1,5	1,5	77,1
140	Qatar	601	2,0	39	39	2,1	3,1	4,2	3,3	74,3
141	République arabe syrienne	17 381	2,6	98	70	4,2	4,6	4,8	3,4	71,2
142	République centrafricaine	3 819	2,1	89	89	6,1	6,1	5,6	5,0	42,9
143	République de Corée	47 430	0,8	43	39	8,2	11,8	1,7	1,4	75,5
144	République démocratique du Congo	51 201	2,4	100	98	4,4	4,2	6,7	6,7	43,5
145	République démocratique populaire lao	5 529	2,4	91	84	5,9	5,5	5,9	4,8	55,1
146	République de Moldova	4 270	-0,2	57	45	12,9	13,8	2,2	1,4	67,8
147	République dominicaine	8 616	1,7	70	59	5,6	6,9	3,2	2,7	68,0
148	République populaire démocratique de Corée	22 541	0,9	47	48	8,0	10,6	2,3	2,0	65,8
149	République tchèque	10 246	-0,1	50	42	17,8	18,8	1,7	1,2	75,8
150	République-Unie de Tanzanie	36 276	2,6	96	91	3,7	3,9	6,1	5,2	46,5
151	Roumanie	22 387	-0,3	50	45	16,3	18,9	1,6	1,3	71,4
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	59 068	0,3	54	53	21,1	20,8	1,8	1,6	78,2
153	Rwanda	8 272	3,2	98	91	3,8	4,0	6,7	5,8	44,4
154	Sainte-Lucie	148	0,9	75	57	8,6	7,8	3,2	2,3	72,2
155	Saint-Kitts-et-Nevis	42	0,0	63	56	9,2	10,5	2,7	2,4	70,4
156	Saint-Marin	27	1,4	45	49	21,7	24,5	1,3	1,2	80,6
157	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	119	0,6	79	61	8,7	9,2	2,9	2,2	69,8
158	Samoa	176	0,8	81	81	6,3	6,5	4,7	4,2	68,2
159	Sao Tomé-et-Principe	157	2,6	104	83	6,6	6,4	5,0	4,0	62,7
160	Sénégal	9 855	2,4	95	85	4,1	4,0	6,1	5,0	55,8

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)				PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)							
					Avant 5 ans				Entre 15 ans et 60 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude
111	49,8	41,7 - 56,1	54,5	44,7 - 61,3	186	158 - 214	155	132 - 178	393	245 - 603	304	156 - 536
112	71,7	71,0 - 72,3	77,0	76,5 - 77,4	30	26 - 34	24	21 - 27	170	160 - 183	97	92 - 103
113	64,9	63,0 - 67,1	68,1	66,1 - 70,2	63	44 - 81	51	35 - 67	211	184 - 236	176	151 - 202
114	77,8	77,6 - 77,9	84,5	84,0 - 85,0	5	4 - 5	3	3 - 4	109	108 - 111	47	44 - 50
115	60,1	59,8 - 60,5	65,9	65,5 - 66,3	75	73 - 78	66	64 - 68	319	310 - 327	219	210 - 227
116	41,2	35,3 - 47,5	43,9	36,8 - 51,3	212	185 - 240	201	176 - 226	613	479 - 741	519	375 - 665
117	56,2	48,4 - 64,0	61,8	52,6 - 69,6	118	88 - 151	94	66 - 122	335	175 - 539	236	107 - 444
118	48,1	43,3 - 54,3	50,5	44,0 - 56,8	97	86 - 107	93	83 - 103	605	479 - 733	529	404 - 691
119	59,7	55,6 - 64,0	66,5	63,1 - 70,3	18	14 - 21	12	10 - 15	448	326 - 564	303	211 - 389
120	59,9	58,9 - 61,0	60,2	59,2 - 61,1	81	77 - 85	87	83 - 91	301	277 - 325	290	271 - 310
121	67,9	67,2 - 68,6	72,4	71,6 - 73,2	38	31 - 45	32	27 - 38	213	199 - 226	143	126 - 163
122	42,6	31,9 - 50,6	42,7	30,9 - 51,6	249	199 - 299	256	206 - 307	497	327 - 755	443	232 - 744
123	48,0	41,2 - 54,6	49,6	40,7 - 57,1	183	162 - 205	181	159 - 202	453	287 - 632	392	217 - 612
124	67,6	63,9 - 70,8	73,3	70,4 - 76,1	38	14 - 91	24	12 - 48	191	124 - 261	132	89 - 182
125	76,4	75,8 - 76,9	81,7	81,4 - 81,9	5	4 - 6	4	4 - 4	100	93 - 106	60	57 - 63
126	76,6	76,2 - 77,1	81,2	80,8 - 81,6	7	6 - 8	6	4 - 7	98	94 - 104	63	59 - 67
127	71,0	67,1 - 74,5	76,3	73,8 - 78,7	15	13 - 18	14	12 - 16	165	105 - 249	93	60 - 136
128	47,9	42,3 - 53,2	50,8	43,6 - 56,5	148	142 - 154	136	130 - 142	505	370 - 661	431	306 - 606
129	65,6	64,8 - 66,3	70,8	70,1 - 71,6	37	36 - 39	26	25 - 28	243	224 - 263	152	136 - 169
130	61,1	59,3 - 62,9	61,6	59,7 - 63,7	105	89 - 120	115	98 - 134	227	201 - 254	201	176 - 225
131	66,4	65,9 - 66,9	70,9	70,0 - 71,9	24	17 - 30	22	16 - 27	236	224 - 246	202	184 - 223
132	72,8	72,0 - 73,8	78,2	77,4 - 78,9	25	23 - 28	21	19 - 23	146	132 - 159	84	76 - 94
133	58,4	56,5 - 60,4	61,5	59,7 - 63,4	98	78 - 117	92	73 - 108	311	284 - 337	249	227 - 272
134	68,7	67,9 - 69,7	74,7	74,0 - 75,4	37	31 - 42	26	22 - 31	171	155 - 189	120	109 - 132
135	76,0	75,7 - 76,3	81,1	80,8 - 81,3	6	6 - 7	5	5 - 6	94	91 - 97	65	63 - 68
136	67,5	66,4 - 68,5	72,0	71,1 - 72,9	38	33 - 44	34	29 - 39	205	182 - 229	144	127 - 163
137	65,1	64,3 - 65,8	71,7	70,9 - 72,5	39	33 - 45	33	28 - 38	258	238 - 279	133	118 - 151
138	70,6	70,2 - 71,0	78,7	78,4 - 79,0	9	8 - 10	8	7 - 9	204	194 - 215	82	78 - 86
139	73,6	73,1 - 74,0	80,5	80,3 - 80,8	7	6 - 7	5	5 - 6	154	147 - 163	65	62 - 68
140	74,8	73,9 - 75,8	73,8	71,8 - 75,5	14	11 - 18	12	10 - 14	93	84 - 101	77	61 - 98
141	68,8	68,0 - 69,7	73,6	73,0 - 74,3	26	24 - 29	20	18 - 22	190	175 - 205	127	117 - 137
142	42,1	36,2 - 48,4	43,7	36,7 - 50,2	187	156 - 219	173	142 - 201	620	474 - 780	566	418 - 740
143	71,8	71,3 - 72,3	79,4	79,2 - 79,6	8	7 - 9	7	7 - 8	166	156 - 176	61	59 - 63
144	41,0	34,7 - 47,1	46,1	38,0 - 52,8	221	190 - 252	198	169 - 225	585	432 - 749	449	298 - 655
145	54,1	51,4 - 56,7	56,2	53,5 - 58,8	146	120 - 174	131	106 - 158	338	303 - 373	306	278 - 333
146	64,0	63,3 - 64,8	71,6	71,1 - 72,2	31	23 - 39	23	17 - 29	294	274 - 316	144	132 - 156
147	64,9	63,9 - 65,9	71,5	70,5 - 72,4	37	32 - 41	30	26 - 35	256	231 - 279	150	132 - 171
148	64,4	56,5 - 72,3	67,1	57,9 - 75,2	56	29 - 83	54	30 - 80	236	83 - 416	191	70 - 386
149	72,4	72,1 - 72,8	79,0	78,7 - 79,3	5	4 - 6	4	4 - 5	163	157 - 170	72	69 - 76
150	45,5	44,3 - 46,9	47,5	46,2 - 49,0	163	149 - 177	144	132 - 156	561	534 - 585	512	484 - 536
151	68,0	67,2 - 68,9	75,0	74,2 - 75,7	22	21 - 24	19	17 - 20	235	212 - 259	108	96 - 121
152	75,8	75,3 - 76,3	80,5	79,9 - 81,0	7	6 - 8	6	5 - 6	107	101 - 113	67	61 - 72
153	41,9	36,5 - 48,1	46,8	39,7 - 53,9	186	170 - 203	170	157 - 184	605	431 - 774	474	283 - 695
154	69,8	68,7 - 70,9	74,4	73,0 - 75,7	14	11 - 17	15	12 - 20	211	185 - 238	145	114 - 177
155	68,7	67,8 - 69,5	72,2	71,0 - 73,3	20	17 - 23	24	18 - 30	206	188 - 225	148	123 - 175
156	77,2	75,8 - 78,6	84,0	82,5 - 85,7	5	4 - 9	3	3 - 3	85	72 - 99	31	25 - 37
157	67,8	66,5 - 69,1	71,9	70,6 - 73,2	25	21 - 30	20	13 - 30	238	207 - 272	184	160 - 207
158	66,8	66,0 - 67,7	69,7	68,6 - 70,8	27	22 - 31	21	16 - 26	235	219 - 251	203	186 - 221
159	61,7	54,2 - 68,8	63,6	54,5 - 70,6	80	62 - 98	82	60 - 104	259	108 - 454	217	95 - 414
160	54,3	46,7 - 60,6	57,3	48,3 - 64,5	139	122 - 157	129	112 - 145	349	187 - 560	284	131 - 512

Tableau 1 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNÉES)
		Population totale (000)	Taux d'acroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		Hommes et femmes
		2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002
161	Serbie-et-Monténégro	10 535	0,2	50	49	16,0	18,4	2,0	1,7	72,3
162	Seychelles	80	1,0	52	46	8,4	9,0	2,1	1,8	71,5
163	Sierra Leone	4 764	1,5	87	89	5,0	4,7	6,5	6,5	34,0
164	Singapour	4 183	2,8	38	40	8,7	11,1	1,8	1,4	79,6
165	Slovaquie	5 398	0,2	54	43	15,0	15,5	1,9	1,3	74,0
166	Slovénie	1 986	0,2	44	42	17,4	19,8	1,4	1,2	76,7
167	Somalie	9 480	2,8	102	101	4,2	3,8	7,3	7,3	44,3
168	Soudan	32 878	2,3	81	76	5,1	5,6	5,3	4,4	57,1
169	Sri Lanka	18 910	0,9	58	47	8,8	10,2	2,4	2,0	70,3
170	Suède	8 867	0,2	56	55	22,4	22,9	2,0	1,6	80,4
171	Suisse	7 171	0,3	46	49	19,4	22,1	1,5	1,4	80,6
172	Suriname	432	0,7	66	58	7,1	8,0	2,5	2,5	67,6
173	Swaziland	1 069	1,9	97	89	4,5	5,1	5,7	4,6	38,8
174	Tadjikistan	6 195	1,2	89	73	6,3	6,7	4,5	3,1	63,7
175	Tchad	8 348	3,1	96	99	5,2	4,9	6,7	6,7	47,7
176	Thaïlande	62 193	1,1	53	46	6,7	8,8	2,1	1,9	69,3
177	Timor-Leste	739	-0,7	77	73	3,6	5,2	4,8	3,9	57,5
178	Togo	4 801	2,9	94	89	4,8	4,9	6,2	5,4	51,7
179	Tonga	103	0,3	78	74	7,4	8,2	4,5	3,8	70,7
180	Trinité-et-Tobago	1 298	0,5	64	43	8,8	10,0	2,2	1,6	69,9
181	Tunisie	9 728	1,3	71	52	7,4	8,4	3,2	2,0	71,6
182	Turkménistan	4 794	2,1	79	64	6,2	6,5	4,1	2,7	62,7
183	Turquie	70 318	1,6	67	57	7,2	8,2	3,2	2,5	70,0
184	Tuvalu	10	1,4	71	65	6,2	7,2	3,5	2,9	60,6
185	Ukraine	48 902	-0,6	51	45	18,5	20,8	1,7	1,2	67,2
186	Uruguay	3 391	0,7	60	61	16,7	17,3	2,5	2,3	75,2
187	Vanuatu	207	2,7	90	80	5,3	4,9	4,9	4,2	67,7
188	Venezuela (République bolivarienne du)	25 226	2,1	70	60	5,9	6,9	3,3	2,7	73,9
189	Viet Nam	80 278	1,5	76	59	7,3	7,4	3,4	2,3	69,6
190	Yémen	19 315	3,9	114	104	3,5	3,6	7,9	7,0	60,4
191	Zambie	10 698	2,1	94	98	4,4	4,7	6,3	5,7	39,7
192	Zimbabwe	12 835	1,5	96	87	4,5	5,1	5,2	4,0	37,9

[a] Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)				PROBABILITE DE DECES (POUR 1000)							
					Avant 5 ans				Entre 15 ans et 60 ans			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude	2002	Intervalles d'incertitude
161	69,7	69,3 - 70,1	74,9	74,5 - 75,2	17	16 - 19	13	12 - 15	186	177 - 195	98	93 - 103
162	67,0	66,1 - 67,9	77,2	76,1 - 78,3	15	11 - 18	10	8 - 13	243	219 - 268	113	91 - 138
163	32,4	22,7 - 39,9	35,7	25,0 - 45,4	332	286 - 380	303	255 - 351	682	497 - 898	569	323 - 836
164	77,4	76,4 - 78,4	81,7	81,3 - 82,1	4	4 - 4	3	3 - 3	90	80 - 101	53	49 - 56
165	69,8	69,2 - 70,3	78,3	77,9 - 78,7	9	8 - 11	7	6 - 9	206	195 - 219	79	73 - 84
166	72,8	72,3 - 73,2	80,5	80,2 - 80,8	5	4 - 6	4	4 - 5	163	154 - 172	71	67 - 76
167	43,0	35,9 - 48,5	45,7	35,3 - 53,0	218	198 - 239	223	199 - 245	534	388 - 738	418	232 - 676
168	54,9	48,3 - 62,5	59,3	50,6 - 65,6	111	104 - 120	106	97 - 113	379	202 - 559	278	148 - 495
169	67,2	65,1 - 69,6	74,3	73,3 - 75,4	20	17 - 23	16	14 - 19	238	186 - 286	121	106 - 136
170	78,0	77,7 - 78,3	82,6	82,4 - 82,9	4	4 - 5	3	3 - 3	83	80 - 85	53	51 - 55
171	77,7	77,2 - 78,2	83,3	83,1 - 83,6	6	5 - 7	5	4 - 6	92	87 - 98	51	49 - 53
172	64,4	63,0 - 65,9	70,8	69,6 - 72,3	33	29 - 37	28	24 - 31	281	247 - 313	164	137 - 187
173	36,9	34,2 - 40,7	40,4	35,8 - 44,5	150	132 - 169	142	124 - 159	818	743 - 877	707	627 - 804
174	61,0	59,2 - 62,7	66,5	64,8 - 68,0	68	47 - 90	57	40 - 72	283	231 - 339	172	137 - 216
175	46,1	38,3 - 53,1	49,3	40,9 - 57,6	202	168 - 235	180	149 - 210	477	305 - 684	402	203 - 618
176	66,0	64,8 - 67,1	72,7	71,7 - 73,8	32	28 - 37	26	22 - 30	279	250 - 311	153	131 - 178
177	54,8	46,4 - 62,1	60,5	50,5 - 67,7	142	108 - 178	108	81 - 134	326	162 - 533	242	111 - 463
178	50,0	43,4 - 55,7	53,3	46,0 - 59,8	149	131 - 166	127	110 - 143	459	316 - 636	394	265 - 569
179	70,0	69,5 - 70,5	71,4	70,8 - 72,0	23	20 - 27	15	12 - 18	171	166 - 177	181	174 - 188
180	67,1	66,1 - 68,1	72,8	72,2 - 73,4	24	20 - 28	18	15 - 21	246	221 - 272	153	138 - 169
181	69,5	68,7 - 70,3	73,9	73,0 - 74,7	31	28 - 34	24	21 - 26	167	154 - 180	115	102 - 128
182	58,8	58,3 - 59,3	66,9	66,1 - 67,7	63	56 - 69	47	42 - 52	369	349 - 385	193	172 - 215
183	67,9	67,1 - 68,8	72,2	71,1 - 73,4	44	40 - 48	42	38 - 46	177	162 - 192	112	94 - 130
184	60,0	58,4 - 61,8	61,4	59,7 - 62,9	72	54 - 91	56	43 - 69	298	247 - 345	280	234 - 342
185	61,7	61,0 - 62,4	72,9	72,0 - 73,8	22	19 - 24	16	15 - 18	378	343 - 417	139	120 - 161
186	71,0	70,5 - 71,6	79,3	79,0 - 79,7	18	15 - 21	13	12 - 14	182	172 - 192	88	84 - 92
187	66,4	64,7 - 68,5	69,1	67,4 - 70,9	40	30 - 51	40	30 - 50	217	185 - 245	175	150 - 200
188	71,0	70,2 - 71,8	76,8	76,5 - 77,2	23	21 - 26	19	17 - 21	182	168 - 197	97	92 - 103
189	67,1	66,3 - 68,1	72,2	71,4 - 73,1	41	36 - 46	33	28 - 37	200	184 - 215	129	117 - 140
190	58,7	51,1 - 65,5	62,2	53,8 - 68,7	106	93 - 119	94	82 - 106	286	130 - 498	228	103 - 421
191	39,1	34,5 - 43,6	40,2	35,2 - 45,4	191	170 - 214	176	155 - 195	700	590 - 810	654	546 - 768
192	37,7	35,7 - 40,2	38,0	35,8 - 40,8	115	104 - 125	107	97 - 116	821	776 - 856	789	739 - 828

Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS,[a] estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[b] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Causes[d]	SEXE[c]						AFRIQUE		AMERIQUES		
							Strates de mortalité		Strates de mortalité		
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	*6 224 985*		*3 131 052*		*3 093 933*		*311 273*	*360 965*	*333 580*	*445 161*	*73 810*
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Nombre total de décès	**57 027**	**100**	**29 949**	**100**	**27 078**	**100**	**4 634**	**6 144**	**2 720**	**2 691**	**547**
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	**18 416**	**32,3**	**9 477**	**31,6**	**8 938**	**33,0**	**3 222**	**4 557**	**167**	**475**	**233**
Maladies infectieuses et parasitaires	11 122	19,5	5 968	19,9	5 154	19,0	2 238	3 549	69	188	137
Tuberculose	1 605	2,8	1 055	3,5	550	2,0	121	182	1	25	18
IST, hormis VIH	180	0,3	91	0,3	89	0,3	41	52	0	1	1
Syphilis	157	0,3	84	0,3	72	0,3	39	50	0	1	0
Chlamydiose	9	0,0	0	0,0	9	0,0	1	0	0	0	0
Gonococcie	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	2 821	4,9	1 532	5,1	1 290	4,8	456	1 747	14	46	43
Maladies diarrhéiques	1 767	3,1	924	3,1	844	3,1	341	354	2	33	20
Maladies de l'enfant	1 360	2,4	679	2,3	681	2,5	426	295	0	1	6
Coqueluche	301	0,5	151	0,5	151	0,6	101	71	0	0	6
Poliomyélite	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Diphtérie	5	0,0	3	0,0	3	0,0	1	1	0	0	0
Rougeole	760	1,3	379	1,3	382	1,4	261	178	0	0	0
Tétanos	292	0,5	147	0,5	146	0,5	64	45	0	0	0
Méningite	173	0,3	90	0,3	83	0,3	8	12	1	8	9
Hépatite B[e]	103	0,2	71	0,2	32	0,1	10	10	1	3	2
Hépatite C[e]	53	0,1	35	0,1	18	0,1	4	4	5	2	0
Paludisme	1 222	2,1	585	2,0	637	2,4	538	549	0	1	0
Maladies tropicales	130	0,2	79	0,3	50	0,2	28	28	0	12	4
Trypanosomiase	48	0,1	31	0,1	17	0,1	24	23	0	0	0
Maladie de Chagas	14	0,0	8	0,0	7	0,0	0	0	0	11	4
Schistosomiase	15	0,0	10	0,0	5	0,0	1	1	0	1	0
Leishmaniose	51	0,1	30	0,1	21	0,1	4	4	0	0	0
Filariose lymphatique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Onchocercose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Lèpre	6	0,0	4	0,0	2	0,0	0	0	0	1	0
Dengue	19	0,0	8	0,0	10	0,0	0	0	0	1	1
Encéphalite japonaise	14	0,0	7	0,0	7	0,0	0	0	0	0	0
Trachome	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Infections à nématodes intestinaux	12	0,0	6	0,0	6	0,0	1	2	0	0	1
Ascaridiose	3	0,0	1	0,0	2	0,0	0	1	0	0	0
Trichocéphalose	3	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Ankylostomiase	3	0,0	2	0,0	1	0,0	1	1	0	0	0
Infections des voies respiratoires	3 845	6,7	1 931	6,4	1 914	7,1	533	538	72	107	49
Infections des voies respiratoires inférieures	3 766	6,6	1 890	6,3	1 875	6,9	525	531	72	105	47
Infections des voies respiratoires supérieures	75	0,1	38	0,1	37	0,1	7	6	0	1	2
Otite moyenne	4	0,0	3	0,0	1	0,0	1	1	0	0	0
Affections maternelles	510	0,9	…	…	510	1,9	102	129	1	9	7
Affections périnatales	2 464	4,3	1 368	4,6	1 096	4,0	284	270	17	132	26
Carences nutritionnelles	475	0,8	210	0,7	264	1,0	65	72	8	38	14
Malnutrition protéino-énergétique	250	0,4	125	0,4	125	0,5	48	50	5	29	8
Carence en iode	7	0,0	3	0,0	3	0,0	0	2	0	0	0
Carence en vitamine A	23	0,0	11	0,0	12	0,0	10	7	0	0	0
Anémie ferriprive	137	0,2	47	0,2	90	0,3	6	11	3	7	5

Causes[d]	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, Très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible, chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	*142 528*	*360 296*	*415 323*	*222 846*	*239 717*	*298 234*	*1 292 598*	*155 400*	*1 562 136*
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Nombre total de décès	**706**	**3 462**	**3 926**	**1 866**	**3 689**	**2 191**	**12 428**	**1 146**	**10 786**
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	**92**	**1 654**	**242**	**166**	**159**	**625**	**5 105**	**136**	**1 565**
Maladies infectieuses et parasitaires	38	921	50	62	100	398	2 570	24	770
Tuberculose	7	124	5	19	50	157	533	5	355
IST, hormis VIH	0	23	0	0	0	3	55	0	2
Syphilis	0	21	0	0	0	1	42	0	1
Chlamydiose	0	1	0	0	0	1	7	0	0
Gonococcie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	1	49	6	1	36	59	315	0	46
Maladies diarrhéiques	14	236	2	13	2	41	559	1	148
Maladies de l'enfant	0	204	0	7	0	38	328	0	53
Coqueluche	0	61	0	0	0	1	60	0	2
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diphtérie	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Rougeole	0	84	0	7	0	31	167	0	32
Tétanos	0	59	0	0	0	6	98	0	19
Méningite	2	23	2	10	4	9	64	0	20
Hépatite B[e]	1	9	2	2	1	7	30	1	25
Hépatite C[e]	1	4	3	1	0	3	11	4	10
Paludisme	2	55	0	0	0	12	53	0	11
Maladies tropicales	0	15	0	0	0	0	36	0	5
Trypanosomiase	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiase	0	9	0	0	0	0	0	0	4
Leishmaniose	0	5	0	0	0	0	36	0	2
Filariose lymphatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Onchocercose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	0	1	0	0	0	1	2	0	1
Dengue	0	1	0	0	0	3	9	0	4
Encéphalite japonaise	0	2	0	0	0	0	8	0	3
Trachome	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infections à nématodes intestinaux	0	1	0	0	0	1	4	0	1
Ascaridiose	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Trichocéphalose	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Ankylostomiase	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Infections des voies respiratoires	20	345	174	60	39	108	1 285	108	403
Infections des voies respiratoires inférieures	19	339	171	59	37	105	1 267	107	377
Infections des voies respiratoires supérieures	0	6	3	2	2	3	17	1	26
Otite moyenne	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Affections maternelles	3	65	0	2	1	11	160	0	21
Affections périnatales	28	275	10	39	17	82	930	2	348
Carences nutritionnelles	4	48	7	3	2	26	161	2	24
Malnutrition protéino-énergétique	2	22	3	1	1	10	56	1	13
Carence en iode	0	2	0	0	0	0	1	0	0
Carence en vitamine A	0	3	0	0	0	0	2	0	0
Anémie ferriprive	1	9	3	2	1	13	67	1	8

Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS,[a] estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[b] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Causes[d]	SEXE[c]						AFRIQUE		AMERIQUES		
							Strates de mortalité		Strates de mortalité		
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	*6 224 985*		*3 131 052*		*3 093 933*		*311 273*	*360 965*	*333 580*	*445 161*	*73 810*
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Affections non transmissibles	**33 424**	**58,6**	**16 992**	**56,7**	**16 432**	**60,7**	**1 068**	**1 184**	**2 380**	**1 895**	**268**
Tumeurs malignes	7 106	12,5	3 963	13,2	3 144	11,6	194	216	641	408	66
Bouche et oropharynx	317	0,6	220	0,7	97	0,4	8	10	10	12	2
Œsophage	446	0,8	284	0,9	161	0,6	5	17	16	15	1
Estomac	849	1,5	523	1,7	326	1,2	16	18	17	44	13
Côlon/rectum	620	1,1	321	1,1	299	1,1	10	10	74	31	4
Foie	619	1,1	428	1,4	191	0,7	22	23	17	17	3
Pancréas	229	0,4	121	0,4	109	0,4	3	5	33	17	2
Trachée/bronches/poumon	1 239	2,2	886	3,0	353	1,3	7	10	179	49	3
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	66	0,1	35	0,1	31	0,1	4	4	12	6	1
Sein	477	0,8	3	0,0	474	1,8	21	14	52	33	4
Col de l'utérus	239	0,4	…	…	239	0,9	15	23	5	19	7
Corps de l'utérus	71	0,1	…	…	71	0,3	1	1	9	10	1
Ovaire	134	0,2	…	…	134	0,5	3	5	16	7	1
Prostate	268	0,5	268	0,9	…	…	24	17	42	31	5
Vessie	178	0,3	125	0,4	53	0,2	6	5	16	8	1
Lymphome, myélome multiple	334	0,6	168	0,6	165	0,6	17	16	45	18	5
Leucémie	264	0,5	146	0,5	117	0,4	7	6	27	18	3
Autres néoplasmes	148	0,3	74	0,2	74	0,3	4	5	17	11	1
Diabète sucré	987	1,7	440	1,5	547	2,0	35	45	86	151	16
Troubles nutritionnels et endocriniens	243	0,4	108	0,4	135	0,5	12	14	33	25	4
Affections neuropsychiatriques	1 105	1,9	570	1,9	535	2,0	43	47	174	56	10
Dépression unipolaire majeure	13	0,0	6	0,0	7	0,0	0	0	1	0	0
Trouble affectif bipolaire	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Schizophrénie	23	0,0	11	0,0	12	0,0	0	0	1	0	0
Epilepsie	125	0,2	70	0,2	55	0,2	18	20	2	6	2
Troubles liés à la consommation d'alcool	86	0,2	73	0,2	13	0,0	3	4	8	14	2
Maladie d'Alzheimer et autres démences	395	0,7	146	0,5	249	0,9	3	4	106	11	1
Maladie de Parkinson	98	0,2	50	0,2	48	0,2	2	3	19	4	1
Sclérose en plaques	16	0,0	6	0,0	10	0,0	0	0	4	1	0
Troubles liés à la consommation de drogues	88	0,2	72	0,2	16	0,1	2	0	5	2	0
Etat de stress post-traumatique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trouble obsessionnel compulsif	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trouble panique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Insomnie (primaire)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Migraine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Maladies des organes des sens	3	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0
Glaucome	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Cataracte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Perte de vision, liée à l'âge et autre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Perte d'audition, survenue chez l'adulte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Maladies cardio-vasculaires	16 655	29,2	8 074	27,0	8 581	31,7	496	540	1 031	803	93
Cardiopathie rhumatismale	328	0,6	138	0,5	190	0,7	12	8	4	6	0
Cardiopathie hypertensive	907	1,6	418	1,4	489	1,8	27	33	47	73	15
Cardiopathie ischémique	7 168	12,6	3 779	12,6	3 389	12,5	160	172	574	318	28
Maladie cérébrovasculaire	5 494	9,6	2 540	8,5	2 954	10,9	172	187	187	239	26
Cardiopathie inflammatoire	402	0,7	209	0,7	192	0,7	20	22	35	31	1

Causes[d]	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, Très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible, chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	*142 528*	*360 296*	*415 323*	*222 846*	*239 717*	*298 234*	*1 292 598*	*155 400*	*1 562 136*
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Affections non transmissibles	**501**	**1 529**	**3 495**	**1 590**	**3 027**	**1 341**	**6 082**	**924**	**8 076**
Tumeurs malignes	76	196	1 040	291	491	267	893	354	1 961
Bouche et oropharynx	2	18	24	9	17	16	133	7	50
Œsophage	4	12	28	7	13	4	78	12	233
Estomac	12	9	61	28	67	12	51	54	447
Côlon/rectum	5	10	138	30	60	28	35	46	139
Foie	6	9	40	12	15	31	30	36	358
Pancréas	2	3	53	12	22	6	13	22	35
Trachée/bronches/poumon	10	17	207	61	94	43	131	65	361
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	1	1	15	4	6	1	2	3	4
Sein	4	23	89	21	40	25	68	14	68
Col de l'utérus	1	6	8	7	12	14	87	3	31
Corps de l'utérus	1	1	15	5	11	3	3	3	6
Ovaire	1	5	25	7	13	8	19	5	17
Prostate	3	5	69	11	13	8	19	12	9
Vessie	2	17	37	10	13	6	27	6	24
Lymphome, myélome multiple	5	15	54	11	10	17	79	15	26
Leucémie	7	13	36	11	14	13	33	9	65
Autres néoplasmes	9	15	30	4	4	3	16	10	18
Diabète sucré	15	40	92	29	20	72	191	17	174
Troubles nutritionnels et endocriniens	5	24	28	3	3	16	23	9	43
Affections neuropsychiatriques	22	67	185	25	40	53	214	22	143
Dépression unipolaire majeure	0	1	2	0	0	1	8	0	0
Trouble affectif bipolaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schizophrénie	0	1	1	0	1	1	13	0	4
Epilepsie	2	8	6	4	4	5	29	1	18
Troubles liés à la consommation d'alcool	2	2	13	4	6	3	12	1	11
Maladie d'Alzheimer et autres démences	2	9	96	3	5	9	79	10	56
Maladie de Parkinson	2	2	22	2	1	1	9	4	26
Sclérose en plaques	0	0	4	1	2	0	1	0	1
Troubles liés à la consommation de drogues	7	24	7	2	11	3	20	1	3
Etat de stress post-traumatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trouble obsessionnel compulsif	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trouble panique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Insomnie (primaire)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Migraine	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies des organes des sens	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Glaucome	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataracte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perte de vision, liée à l'âge et autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perte d'audition, survenue chez l'adulte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies cardio-vasculaires	284	796	1 614	1 051	2 192	600	3 311	369	3 448
Cardiopathie rhumatismale	4	20	10	7	14	12	121	3	107
Cardiopathie hypertensive	30	67	67	68	40	56	96	8	276
Cardiopathie ischémique	143	396	673	464	1 201	265	1 774	126	864
Maladie cérébrovasculaire	54	172	414	283	734	162	897	151	1 807
Cardiopathie inflammatoire	11	26	28	30	41	10	66	7	73

Tableau 2 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS,[a] estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[b] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Causes[d]	SEXE[c]						AFRIQUE		AMERIQUES		
							Strates de mortalité		Strates de mortalité		
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	*6 224 985*		*3 131 052*		*3 093 933*		*311 273*	*360 965*	*333 580*	*445 161*	*73 810*
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Affections des voies respiratoires	3 696	6,5	1 909	6,4	1 788	6,6	124	133	199	175	23
Bronchopneumopathie obstructive chronique	2 746	4,8	1 411	4,7	1 334	4,9	52	65	141	90	10
Asthme	239	0,4	121	0,4	118	0,4	12	14	6	10	2
Maladies de l'appareil digestif	1 963	3,4	1 091	3,6	872	3,2	75	82	99	153	31
Ulcère peptique	265	0,5	155	0,5	110	0,4	7	8	6	11	3
Cirrhose du foie	783	1,4	501	1,7	282	1,0	26	28	31	61	13
Appendicite	21	0,0	12	0,0	10	0,0	1	1	1	2	1
Maladies de l'appareil uro-génital	847	1,5	442	1,5	405	1,5	51	55	66	55	15
Néphrite/néphrose	677	1,2	345	1,2	332	1,2	47	52	47	43	12
Hypertrophie bénigne de la prostate	31	0,1	31	0,1	…	…	1	1	1	2	0
Maladies de la peau	69	0,1	26	0,1	43	0,2	10	9	5	6	2
Maladies ostéomusculaires	106	0,2	38	0,1	69	0,3	4	3	17	10	2
Arthrite rhumatoïde	25	0,0	7	0,0	18	0,1	1	0	3	2	1
Arthrose	5	0,0	2	0,0	3	0,0	0	0	1	1	0
Anomalies congénitales	493	0,9	255	0,9	238	0,9	21	35	13	40	5
Affections de la cavité buccale	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Caries dentaires	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Maladie périodontale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Edentation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
III. Traumatismes	**5 188**	**9,1**	**3 480**	**11,6**	**1 708**	**6,3**	**344**	**403**	**173**	**321**	**46**
Non intentionnels	3 562	6,2	2 317	7,7	1 245	4,6	258	230	120	167	33
Accidents de la route	1 192	2,1	869	2,9	323	1,2	96	99	49	76	10
Empoisonnements	355	0,6	229	0,8	126	0,5	21	18	14	2	1
Chutes	393	0,7	237	0,8	156	0,6	11	9	18	12	1
Incendies	311	0,5	120	0,4	191	0,7	24	20	4	3	1
Noyades	385	0,7	264	0,9	121	0,4	36	29	4	15	3
Autres traumatismes non intentionnels	928	1,6	599	2,0	329	1,2	71	56	30	58	18
Intentionnels	1 626	2,9	1 164	3,9	462	1,7	86	173	53	154	13
Auto-infligés	877	1,5	549	1,8	328	1,2	15	19	35	26	2
Violence	559	1,0	444	1,5	114	0,4	57	77	17	119	10
Fait de guerre	178	0,3	161	0,5	18	0,1	14	77	0	8	0

[a] Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.

[b] Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

[c] Les chiffres globaux incluent les populations qui résident dans les territoires d'outre-mer ou hors des Etats Membres de l'OMS.

[d] La somme des estimations relatives à des causes spécifiques peut ne pas correspondre aux chiffres indiqués pour un groupe de causes, en raison de l'omission de catégories résiduelles.

[e] A l'exclusion des décès par cancer du foie et cirrhose, imputables à une infection chronique par le virus de l'hépatite.

… Données non disponibles ou sans objet.

Causes[d]	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, Très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible, chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	***142 528***	***360 296***	***415 323***	***222 846***	***239 717***	***298 234***	***1 292 598***	***155 400***	***1 562 136***
	(000)	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**
Affections des voies respiratoires	27	128	220	72	106	153	721	59	1 550
Bronchopneumopathie obstructive chronique	15	80	140	45	72	100	556	22	1 354
Asthme	2	14	12	9	20	20	77	6	37
Maladies de l'appareil digestif	22	130	182	77	126	87	415	44	435
Ulcère peptique	2	10	17	9	14	15	84	5	75
Cirrhose du foie	8	59	65	39	63	34	170	14	171
Appendicite	0	1	1	0	1	1	7	0	5
Maladies de l'appareil uro-génital	21	62	63	25	24	57	149	27	175
Néphrite/néphrose	9	56	42	20	14	45	124	24	141
Hypertrophie bénigne de la prostate	1	2	1	1	2	2	11	0	6
Maladies de la peau	1	4	9	0	3	5	10	1	3
Maladies ostéomusculaires	1	2	20	2	4	7	10	6	20
Arthrite rhumatoïde	0	0	4	1	1	1	3	2	5
Arthrose	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Anomalies congénitales	19	64	11	13	14	20	129	4	104
Affections de la cavité buccale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caries dentaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie périodontale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edentation	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III, Traumatismes	**112**	**279**	**190**	**110**	**503**	**225**	**1 242**	**86**	**1 145**
Non intentionnels	98	196	137	77	334	149	931	48	779
Accidents de la route	57	75	46	22	60	72	224	14	290
Empoisonnements	3	12	6	6	103	8	87	1	74
Chutes	6	17	47	9	25	15	106	8	108
Incendies	7	24	3	3	17	14	170	2	18
Noyades	5	21	4	6	30	14	84	6	126
Autres traumatismes non intentionnels	19	47	32	30	99	26	261	17	162
Intentionnels	15	83	53	33	170	76	310	38	366
Auto-infligés	9	25	48	23	93	37	209	37	296
Violence	5	22	4	8	60	28	85	1	65
Fait de guerre	0	35	0	2	17	10	11	0	3

Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en AVCI par cause, sexe et strate de mortalité, dans les Régions OMS,[a] estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[b] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Causes[d]	SEXE[c]						AFRIQUE		AMERIQUES		
							Strates de mortalité		Strates de mortalité		
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	*6 224 985*		*3 131 052*		*3 093 933*		*311 273*	*360 965*	*333 580*	*445 161*	*73 810*
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Nombre total d'AVCI	**1 491 416**	**100**	**775 331**	**100**	**716 085**	**100**	**159 496**	**204 605**	**46 868**	**81 429**	**17 323**
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	**612 194**	**41,0**	**299 497**	**38,6**	**312 696**	**43,7**	**114 397**	**153 843**	**3 106**	**16 167**	**7 404**
Maladies infectieuses et parasitaires	356 824	23,9	184 338	23,8	172 486	24,1	77 530	115 544	1 228	6 549	4 074
Tuberculose	35 361	2,4	22 274	2,9	13 087	1,8	3 277	4 953	12	502	388
IST, hormis VIH	11 348	0,8	3 855	0,5	7 493	1,0	1 930	2 444	75	487	69
Syphilis	4 200	0,3	1 970	0,3	2 230	0,3	1 028	1 417	2	56	20
Chlamydiose	3 571	0,2	302	0,0	3 269	0,5	364	428	55	241	15
Gonococcie	3 365	0,2	1 473	0,2	1 892	0,3	520	573	16	183	31
VIH/SIDA	86 072	5,8	45 249	5,8	40 824	5,7	13 966	52 806	454	1 472	1 294
Maladies diarrhéiques	61 095	4,1	31 943	4,1	29 152	4,1	11 270	11 722	106	1 481	706
Maladies de l'enfant	49 844	3,3	24 817	3,2	25 027	3,5	15 315	10 663	54	180	255
Coqueluche	13 052	0,9	6 500	0,8	6 552	0,9	3 948	2 841	52	165	237
Poliomyélite	152	0,0	77	0,0	75	0,0	11	4	3	6	1
Diphtérie	184	0,0	96	0,0	88	0,0	24	24	0	2	7
Rougeole	27 058	1,8	13 450	1,7	13 607	1,9	9 250	6 317	0	0	0
Tétanos	9 398	0,6	4 694	0,6	4 704	0,7	2 081	1 477	0	8	10
Méningite	6 195	0,4	3 087	0,4	3 108	0,4	394	497	43	356	280
Hépatite B[e]	2 177	0,1	1 465	0,2	712	0,1	302	280	20	55	38
Hépatite C[e]	1 001	0,1	668	0,1	333	0,0	120	122	77	29	1
Paludisme	44 716	3,0	21 499	2,8	23 217	3,2	19 429	19 736	0	86	24
Maladies tropicales	12 255	0,8	8 278	1,1	3 978	0,6	2 939	2 752	9	604	178
Trypanosomiase	1 535	0,1	971	0,1	563	0,1	744	750	0	0	0
Maladie de Chagas	667	0,0	343	0,0	324	0,0	0	0	8	483	171
Schistosomiase	1 702	0,1	1 021	0,1	681	0,1	621	713	0	74	0
Leishmaniose	2 090	0,1	1 249	0,2	840	0,1	208	175	1	38	5
Filariose lymphatique	5 777	0,4	4 413	0,6	1 364	0,2	976	1 035	0	9	1
Onchocercose	484	0,0	280	0,0	204	0,0	390	80	0	1	1
Lèpre	199	0,0	117	0,0	82	0,0	12	11	0	18	0
Dengue	616	0,0	279	0,0	337	0,0	1	4	0	31	38
Encéphalite japonaise	709	0,0	338	0,0	371	0,1	0	0	0	0	0
Trachome	2 329	0,2	597	0,1	1 732	0,2	486	726	0	162	2
Infections à nématodes intestinaux	2 951	0,2	1 490	0,2	1 461	0,2	809	329	1	66	101
Ascaridiose	1 817	0,1	910	0,1	907	0,1	714	144	0	23	39
Trichocéphalose	1 006	0,1	519	0,1	488	0,1	78	155	1	42	29
Ankylostomiase	59	0,0	31	0,0	27	0,0	17	29	0	0	0
Infections des voies respiratoires	90 252	6,1	45 945	5,9	44 306	6,2	16 569	16 134	390	1 872	1 120
Infections des voies respiratoires inférieures	87 022	5,8	44 316	5,7	42 707	6,0	16 218	15 802	337	1 717	1 055
Infections des voies respiratoires supérieures	1 795	0,1	875	0,1	920	0,1	229	191	14	43	41
Otite moyenne	1 434	0,1	755	0,1	680	0,1	122	141	38	112	24
Affections maternelles	33 625	2,3	…	…	33 625	4,7	5 200	6 549	215	1 153	544
Affections périnatales	97 423	6,5	53 265	6,9	44 158	6,2	10 869	10 485	781	5 537	1 098
Carences nutritionnelles	34 070	2,3	15 949	2,1	18 121	2,5	4 229	5 131	493	1 054	569
Malnutrition protéino-énergétique	16 565	1,1	8 430	1,1	8 135	1,1	2 629	2 906	36	649	258
Carence en iode	3 519	0,2	1 759	0,2	1 760	0,2	261	868	7	97	33
Carence en vitamine A	793	0,1	364	0,0	428	0,1	347	248	0	0	1
Anémie ferriprive	12 224	0,8	4 998	0,6	7 226	1,0	975	1 089	446	274	268

Causes[d]	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, Très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible, chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	*142 528*	*360 296*	*415 323*	*222 846*	*239 717*	*298 234*	*1 292 598*	*155 400*	*1 562 136*
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Nombre total d'AVCI	**24 079**	**115 449**	**51 734**	**37 701**	**60 340**	**62 451**	**363 035**	**16 343**	**248 256**
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	**4 444**	**60 373**	**2 551**	**6 177**	**5 442**	**18 521**	**165 042**	**1 011**	**53 118**
Maladies infectieuses et parasitaires	1 523	31 197	891	2 106	3 142	10 915	78 252	322	23 258
Tuberculose	140	2 736	47	444	1 162	3 530	12 199	41	5 907
IST, hormis VIH	144	1 327	79	149	125	479	3 475	34	515
Syphilis	3	706	3	6	5	35	860	1	54
Chlamydiose	100	309	61	95	79	262	1 251	25	281
Gonococcie	39	296	15	43	39	164	1 261	7	172
VIH/SIDA	43	1 557	201	40	1 379	1 502	9 332	8	1 957
Maladies diarrhéiques	564	7 800	110	485	108	1 481	18 695	44	6 481
Maladies de l'enfant	58	7 330	66	320	29	1 464	11 821	34	2 224
Coqueluche	39	2 420	64	61	25	155	2 572	33	429
Poliomyélite	4	13	1	3	0	9	56	0	43
Diphtérie	0	16	0	1	1	7	96	0	6
Rougeole	9	2 979	1	254	2	1 102	5 958	1	1 169
Tétanos	5	1 903	0	1	1	191	3 138	0	577
Méningite	84	1 134	67	326	89	219	1 906	11	781
Hépatite B[e]	24	166	17	54	24	143	576	18	459
Hépatite C[e]	12	69	36	19	11	67	212	34	189
Paludisme	92	2 112	1	18	0	502	2 253	0	433
Maladies tropicales	45	601	0	7	0	251	4 334	0	516
Trypanosomiase	0	39	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiase	30	197	0	1	0	3	4	0	55
Leishmaniose	16	232	0	6	0	6	1 352	0	50
Filariose lymphatique	0	122	0	1	0	242	2 977	0	411
Onchocercose	0	10	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	0	25	0	0	0	13	105	0	13
Dengue	10	20	0	0	0	89	292	0	131
Encéphalite japonaise	0	83	0	0	0	29	277	0	320
Trachome	91	283	0	0	0	0	168	0	400
Infections à nématodes intestinaux	1	225	0	1	0	135	669	2	611
Ascaridiose	0	158	0	0	0	63	346	1	325
Trichocéphalose	0	60	0	0	0	63	305	1	272
Ankylostomiase	0	2	0	0	0	8	1	0	1
Infections des voies respiratoires	559	10 458	690	1 437	625	1 499	30 286	372	8 165
Infections des voies respiratoires inférieures	511	10 140	626	1 340	534	1 382	29 635	350	7 302
Infections des voies respiratoires supérieures	10	202	27	62	66	45	301	9	552
Otite moyenne	38	116	37	35	24	72	350	13	310
Affections maternelles	412	4 104	167	371	265	1 004	10 390	67	3 146
Affections périnatales	1 319	10 817	499	1 592	681	3 414	35 733	123	14 321
Carences nutritionnelles	631	3 798	304	671	730	1 688	10 381	128	4 229
Malnutrition protéino-énergétique	174	1 807	24	109	55	698	5 338	18	1 846
Carence en iode	121	623	3	241	449	81	571	0	163
Carence en vitamine A	0	90	0	1	0	1	100	0	5
Anémie ferriprive	334	928	271	297	200	891	3 959	106	2 171

Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en AVCI par cause, sexe et strate de mortalité, dans les Régions OMS,[a] estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[b] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Causes[d]	SEXE[c]						AFRIQUE		AMERIQUES		
							Strates de mortalité		Strates de mortalité		
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	*6 224 985*		*3 131 052*		*3 093 933*		*311 273*	*360 965*	*333 580*	*445 161*	*73 810*
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Affections non transmissibles	**696 632**	**46,7**	**355 416**	**45,8**	**341 216**	**47,7**	**30 124**	**34 727**	**39 217**	**51 833**	**8 030**
Tumeurs malignes	75 407	5,1	40 432	5,2	34 975	4,9	2 238	2 517	5 830	4 554	749
Bouche et oropharynx	3 560	0,2	2 563	0,3	997	0,1	83	111	97	135	16
Œsophage	4 247	0,3	2 762	0,4	1 486	0,2	52	178	136	140	9
Estomac	8 087	0,5	5 037	0,6	3 050	0,4	174	196	132	403	123
Côlon/rectum	5 802	0,4	3 111	0,4	2 691	0,4	118	102	654	295	40
Foie	7 146	0,5	5 046	0,7	2 100	0,3	301	305	141	164	32
Pancréas	1 962	0,1	1 104	0,1	858	0,1	34	56	247	149	17
Trachée/bronches/poumon	11 189	0,8	7 915	1,0	3 274	0,5	71	112	1 398	453	28
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	688	0,0	380	0,0	308	0,0	34	44	135	66	7
Sein	6 165	0,4	23	0,0	6 142	0,9	258	164	687	439	55
Col de l'utérus	3 284	0,2	…	…	3 284	0,5	185	282	102	299	101
Corps de l'utérus	1 121	0,1	…	…	1 121	0,2	12	16	161	178	16
Ovaire	1 632	0,1	…	…	1 632	0,2	44	68	156	102	18
Prostate	1 621	0,1	1 621	0,2	…	…	147	109	281	167	27
Vessie	1 473	0,1	996	0,1	476	0,1	55	41	135	56	7
Lymphome, myélome multiple	4 303	0,3	2 295	0,3	2 008	0,3	291	262	368	246	68
Leucémie	4 680	0,3	2 650	0,3	2 030	0,3	104	109	251	361	76
Autres néoplasmes	1 746	0,1	910	0,1	835	0,1	74	86	114	139	20
Diabète sucré	16 191	1,1	7 605	1,0	8 586	1,2	529	586	1 455	1 836	224
Troubles nutritionnels et endocriniens	7 966	0,5	3 560	0,5	4 406	0,6	570	720	854	1 160	224
Affections neuropsychiatriques	193 136	12,9	94 119	12,1	99 017	13,8	8 242	9 655	13 888	18 966	2 934
Dépression unipolaire majeure	67 295	4,5	26 743	3,4	40 551	5,7	2 011	2 316	5 237	5 863	898
Trouble affectif bipolaire	13 952	0,9	7 049	0,9	6 903	1,0	795	936	531	1 063	177
Schizophrénie	16 144	1,1	8 232	1,1	7 912	1,1	777	899	537	1 268	210
Epilepsie	7 327	0,5	3 883	0,5	3 443	0,5	701	880	175	745	143
Troubles liés à la consommation d'alcool	20 247	1,4	17 168	2,2	3 079	0,4	241	672	2 502	3 514	333
Maladie d'Alzheimer et autres démences	10 383	0,7	3 983	0,5	6 400	0,9	166	175	1 300	658	76
Maladie de Parkinson	1 554	0,1	772	0,1	783	0,1	35	40	252	53	7
Sclérose en plaques	1 475	0,1	637	0,1	838	0,1	56	45	120	105	16
Troubles liés à la consommation de drogues	7 413	0,5	5 807	0,7	1 606	0,2	660	656	787	839	232
Etat de stress post-traumatique	3 335	0,2	923	0,1	2 412	0,3	149	173	184	209	32
Trouble obsessionnel compulsif	4 923	0,3	2 116	0,3	2 808	0,4	393	459	227	558	87
Trouble panique	6 758	0,5	2 292	0,3	4 466	0,6	360	427	278	512	85
Insomnie (primaire)	3 477	0,2	1 494	0,2	1 983	0,3	141	161	269	326	49
Migraine	7 666	0,5	2 078	0,3	5 588	0,8	193	254	508	754	150
Maladies des organes des sens	69 380	4,7	32 452	4,2	36 928	5,2	4 289	4 649	1 950	3 638	528
Glaucome	3 866	0,3	1 716	0,2	2 150	0,3	451	481	35	219	11
Cataracte	25 251	1,7	11 051	1,4	14 200	2,0	2 483	2 670	123	1 156	248
Perte de vision, liée à l'âge et autre	14 191	1,0	6 303	0,8	7 889	1,1	437	440	414	1 116	119
Perte d'audition, survenue chez l'adulte	26 034	1,7	13 364	1,7	12 669	1,8	918	1 058	1 377	1 144	148
Maladies cardio-vasculaires	147 541	9,9	79 427	10,2	68 114	9,5	5 187	5 724	6 847	7 427	901
Cardiopathie rhumatismale	5 872	0,4	2 560	0,3	3 313	0,5	300	207	40	107	11
Cardiopathie hypertensive	7 622	0,5	3 846	0,5	3 776	0,5	260	327	322	581	126
Cardiopathie ischémique	58 334	3,9	34 138	4,4	24 196	3,4	1 461	1 564	3 304	2 685	230
Maladie cérébrovasculaire	49 118	3,3	25 347	3,3	23 770	3,3	1 757	1 911	1 654	2 534	288
Cardiopathie inflammatoire	5 818	0,4	3 410	0,4	2 408	0,3	400	467	382	437	27

Causes[d]	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, Très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible, chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	*142 528*	*360 296*	*415 323*	*222 846*	*239 717*	*298 234*	*1 292 598*	*155 400*	*1 562 136*
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Affections non transmissibles	**14 872**	**42 361**	**45 110**	**27 461**	**41 718**	**35 713**	**150 663**	**13 675**	**159 791**
Tumeurs malignes	983	2 835	8 557	3 295	5 173	3 231	10 511	2 782	22 035
Bouche et oropharynx	24	226	264	109	204	198	1 407	59	624
Œsophage	34	133	234	72	121	34	764	95	2 242
Estomac	117	124	422	283	633	114	516	373	4 469
Côlon/rectum	58	138	1 029	287	533	295	365	390	1 488
Foie	63	113	282	115	146	347	431	265	4 432
Pancréas	17	32	378	111	205	65	131	152	365
Trachée/bronches/poumon	98	183	1 670	619	920	419	1 324	429	3 452
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	10	21	147	47	70	12	28	24	40
Sein	76	348	939	278	479	367	835	197	1 029
Col de l'utérus	20	97	111	112	167	226	1 171	43	364
Corps de l'utérus	13	21	206	91	155	44	32	63	111
Ovaire	16	75	238	90	160	129	225	58	250
Prostate	25	37	370	70	95	49	116	70	56
Vessie	19	178	243	81	109	50	277	40	178
Lymphome, myélome multiple	76	326	428	168	131	236	1 161	117	416
Leucémie	147	328	316	196	193	257	791	94	1 450
Autres néoplasmes	128	240	185	36	62	49	281	67	261
Diabète sucré	412	843	1 106	566	516	1 245	3 562	386	2 873
Troubles nutritionnels et endocriniens	209	633	631	174	173	449	637	218	1 278
Affections neuropsychiatriques	4 342	10 680	13 733	7 058	8 431	8 340	39 974	3 795	42 722
Dépression unipolaire majeure	1 259	3 754	4 117	2 626	2 598	2 897	17 671	1 007	14 926
Trouble affectif bipolaire	380	869	618	479	449	704	2 994	237	3 697
Schizophrénie	471	1 037	593	577	437	1 047	3 683	231	4 348
Epilepsie	123	502	245	191	186	367	1 883	65	1 105
Troubles liés à la consommation d'alcool	55	44	2 227	636	1 715	325	1 623	488	5 836
Maladie d'Alzheimer et autres démences	101	242	1 989	399	535	369	1 213	764	2 374
Maladie de Parkinson	40	59	289	71	84	36	211	108	268
Sclérose en plaques	35	75	157	63	86	63	276	29	347
Troubles liés à la consommation de drogues	562	812	774	192	515	159	827	57	322
Etat de stress post-traumatique	84	192	208	127	130	181	719	81	860
Trouble obsessionnel compulsif	191	349	257	275	277	172	837	62	765
Trouble panique	186	428	322	248	239	363	1 494	124	1 680
Insomnie (primaire)	35	161	348	119	158	118	861	130	595
Migraine	136	421	742	258	236	340	1 727	151	1 781
Maladies des organes des sens	2 108	5 016	2 465	1 589	2 166	6 151	16 217	809	17 655
Glaucome	216	512	107	91	102	209	195	16	1 207
Cataracte	570	1 873	112	149	167	3 479	7 562	29	4 581
Perte de vision, liée à l'âge et autre	757	1 127	390	588	633	813	1 418	141	5 755
Perte d'audition, survenue chez l'adulte	564	1 497	1 855	760	1 261	1 648	7 029	623	6 109
Maladies cardio-vasculaires	2 952	9 115	8 847	8 172	16 815	6 576	36 411	2 472	29 868
Cardiopathie rhumatismale	101	476	71	123	202	242	2 376	18	1 594
Cardiopathie hypertensive	254	642	307	522	358	518	1 138	37	2 209
Cardiopathie ischémique	1 376	3 956	3 572	3 380	8 511	2 804	17 930	737	6 732
Maladie cérébrovasculaire	576	1 954	2 656	2 518	5 540	1 681	8 714	1 225	16 048
Cardiopathie inflammatoire	133	423	265	360	651	173	1 338	72	678

Tableau 3 de l'annexe Charge de morbidité en AVCI par cause, sexe et strate de mortalité, dans les Régions OMS,[a] estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[b] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

Causes[d]	SEXE[c]						AFRIQUE		AMERIQUES		
							Strates de mortalité		Strates de mortalité		
	Hommes et femmes		Hommes		Femmes		Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	*6 224 985*		*3 131 052*		*3 093 933*		*311 273*	*360 965*	*333 580*	*445 161*	*73 810*
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Affections des voies respiratoires	55 060	3,7	30 198	3,9	24 862	3,5	2 505	2 978	3 239	4 062	668
Bronchopneumopathie obstructive chronique	27 708	1,9	15 275	2,0	12 433	1,7	514	668	1 743	1 420	195
Asthme	15 325	1,0	8 233	1,1	7 092	1,0	952	1 260	792	1 576	278
Maladies de l'appareil digestif	46 300	3,1	25 279	3,3	21 022	2,9	2 377	2 727	1 589	3 313	645
Ulcère peptique	4 644	0,3	2 938	0,4	1 706	0,2	151	176	52	136	37
Cirrhose du foie	13 909	0,9	8 587	1,1	5 322	0,7	447	510	485	1 099	206
Appendicite	393	0,0	227	0,0	166	0,0	23	26	15	39	16
Maladies de l'appareil uro-génital	15 214	1,0	8 577	1,1	6 637	0,9	986	1 101	631	1 091	244
Néphrite/néphrose	8 390	0,6	4 441	0,6	3 948	0,6	620	681	265	496	148
Hypertrophie bénigne de la prostate	2 460	0,2	2 460	0,3	…	…	113	126	88	210	29
Maladies de la peau	3 749	0,3	1 854	0,2	1 895	0,3	395	452	79	323	68
Maladies ostéomusculaires	30 168	2,0	13 242	1,7	16 926	2,4	1 080	1 151	1 751	2 223	311
Arthrite rhumatoïde	4 867	0,3	1 385	0,2	3 482	0,5	133	143	332	550	86
Arthrose	14 861	1,0	5 797	0,7	9 065	1,3	595	641	860	857	102
Anomalies congénitales	27 402	1,8	14 142	1,8	13 260	1,9	1 384	2 072	682	2 277	364
Affections de la cavité buccale	7 372	0,5	3 618	0,5	3 754	0,5	269	311	308	824	150
Caries dentaires	4 769	0,3	2 414	0,3	2 355	0,3	186	216	183	715	132
Maladie périodontale	302	0,0	152	0,0	150	0,0	15	17	13	21	3
Edentation	2 185	0,1	1 015	0,1	1 170	0,2	64	72	109	80	13
III. Traumatismes	**182 591**	**12,2**	**120 418**	**15,5**	**62 172**	**8,7**	**14 974**	**16 034**	**4 545**	**13 429**	**1 889**
Non intentionnels	133 468	8,9	84 434	10,9	49 033	6,8	11 621	9 918	3 133	6 810	1 451
Accidents de la route	38 660	2,6	27 218	3,5	11 441	1,6	3 654	3 537	1 368	2 579	348
Empoisonnements	7 519	0,5	4 928	0,6	2 591	0,4	577	490	333	64	16
Chutes	16 232	1,1	9 956	1,3	6 276	0,9	612	456	371	645	131
Incendies	11 481	0,8	4 609	0,6	6 872	1,0	1 090	897	100	132	37
Noyades	10 893	0,7	7 502	1,0	3 391	0,5	1 065	853	116	455	81
Autres traumatismes non intentionnels	48 682	3,3	30 221	3,9	18 461	2,6	4 623	3 686	844	2 936	838
Intentionnels	49 123	3,3	35 984	4,6	13 139	1,8	3 353	6 116	1 412	6 619	437
Auto-infligés	20 836	1,4	12 403	1,6	8 432	1,2	391	505	772	652	77
Violence	21 427	1,4	17 499	2,3	3 928	0,5	2 343	2 952	629	5 659	358
Fait de guerre	6 505	0,4	5 792	0,7	713	0,1	619	2 659	1	283	2

[a] Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.

[b] Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

[c] Les chiffres globaux incluent les populations qui résident dans les territoires d'outre-mer ou hors des Etats Membres de l'OMS.

[d] La somme des estimations relatives à des causes spécifiques peut ne pas correspondre aux chiffres indiqués pour un groupe de causes, en raison de l'omission de catégories résiduelles.

[e] A l'exclusion des décès par cancer du foie et cirrhose, imputables à une infection chronique par le virus de l'hépatite.

… Données non disponibles ou sans objet.

Causes[d]	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, Très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible, chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	***142 528***	***360 296***	***415 323***	***222 846***	***239 717***	***298 234***	***1 292 598***	***155 400***	***1 562 136***
	(000)	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**	**(000)**
Affections des voies respiratoires	840	2 877	3 407	1 552	1 718	2 620	13 010	1 034	14 469
Bronchopneumopathie obstructive chronique	346	989	1 745	674	1 001	1 420	6 740	403	9 820
Asthme	280	1 006	700	358	288	614	3 821	365	3 007
Maladies de l'appareil digestif	687	3 353	2 415	1 903	2 905	2 534	11 671	650	9 448
Ulcère peptique	34	230	129	149	227	229	1 809	33	1 249
Cirrhose du foie	124	1 021	909	651	1 108	666	3 676	174	2 814
Appendicite	6	16	16	10	20	18	94	5	89
Maladies de l'appareil uro-génital	375	1 175	547	540	638	905	3 180	220	3 529
Néphrite/néphrose	112	785	197	261	205	549	1 984	95	1 978
Hypertrophie bénigne de la prostate	59	138	123	65	75	125	539	51	714
Maladies de la peau	67	270	90	67	174	332	745	21	659
Maladies ostéomusculaires	518	1 278	2 197	1 513	1 925	1 593	5 334	877	8 359
Arthrite rhumatoïde	101	228	427	277	345	122	880	142	1 090
Arthrose	216	548	1 187	828	1 073	893	2 302	526	4 208
Anomalies congénitales	942	3 464	553	686	707	1 170	7 540	204	5 294
Affections de la cavité buccale	312	583	378	311	315	517	1 590	142	1 341
Caries dentaires	197	382	201	194	163	253	1 088	75	771
Maladie périodontale	5	19	17	11	13	15	100	6	47
Edentation	106	174	157	105	138	239	376	59	488
III. Traumatismes	**4 763**	**12 714**	**4 073**	**4 062**	**13 180**	**8 217**	**47 330**	**1 656**	**35 347**
Non intentionnels	4 214	9 768	3 036	3 127	8 716	5 866	37 872	947	26 732
Accidents de la route	1 836	2 732	1 227	643	1 747	2 415	7 601	302	8 595
Empoisonnements	74	266	126	126	2 004	156	1 668	36	1 572
Chutes	509	1 212	615	482	971	669	5 037	176	4 316
Incendies	292	1 091	57	153	439	459	6 095	25	603
Noyades	154	651	73	167	706	397	2 343	63	3 751
Autres traumatismes non intentionnels	1 350	3 815	937	1 558	2 848	1 770	15 128	345	7 895
Intentionnels	549	2 946	1 037	935	4 464	2 351	9 459	709	8 614
Auto-infligés	261	749	889	533	1 981	961	6 230	668	6 152
Violence	244	1 031	134	256	1 876	936	2 644	38	2 260
Fait de guerre	26	1 115	14	130	605	437	437	2	139

Tableau 4 de l'annexe Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Espérance de vie en bonne santé (EVCS) (années)								Nombre d'années de vie en bonnne santé perdues attendu à la naissance		Pourcentage de l'espérance de vie totale perdue	
		Population totale	Hommes				Femmes						
		A la naissance	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1	Afghanistan	35,5	35,3	26,7 - 40,4	8,6	8,0 - 9,1	35,8	26,3 - 43,5	9,5	9,0 - 10,2	6,6	7,7	15,8	17,7
2	Afrique du Sud	44,3	43,3	39,8 - 46,8	10,6	10,0 - 12,0	45,3	39,8 - 50,8	12,1	11,5 - 13,1	5,5	7,3	11,3	13,8
3	Albanie	61,4	59,5	58,0 - 60,8	10,5	9,6 - 11,2	63,3	61,7 - 63,9	13,9	13,1 - 14,6	7,8	10,8	11,6	14,6
4	Algérie	60,6	59,7	58,2 - 61,1	12,5	12,2 - 12,8	61,6	60,4 - 63,2	13,3	12,9 - 13,6	7,9	9,6	11,7	13,5
5	Allemagne	71,8	69,6	68,9 - 70,4	15,9	15,6 - 16,2	74,0	73,4 - 74,8	19,0	18,8 - 19,3	5,9	7,6	7,8	9,3
6	Andorre	72,2	69,8	68,5 - 70,7	16,6	15,9 - 16,9	74,6	73,7 - 75,5	19,9	19,4 - 20,3	7,0	9,1	9,2	10,8
7	Angola	33,4	31,6	25,0 - 36,4	8,1	7,6 - 8,7	35,1	28,1 - 42,1	9,6	9,2 - 10,6	6,3	6,9	16,6	16,4
8	Antigua-et-Barbuda	61,9	60,1	58,6 - 61,7	11,6	11,3 - 12,0	63,6	62,4 - 65,3	13,8	13,4 - 14,3	8,9	10,3	12,8	13,9
9	Arabie saoudite	61,4	59,8	56,5 - 63,1	11,2	10,2 - 12,5	62,9	60,7 - 65,2	13,0	12,2 - 13,9	8,6	11,0	12,6	14,9
10	Argentine	65,3	62,5	61,8 - 63,2	13,0	12,8 - 13,2	68,1	67,5 - 68,8	16,5	16,3 - 16,7	8,3	10,0	11,7	12,8
11	Arménie	61,0	59,4	58,3 - 60,5	10,9	10,5 - 11,3	62,6	61,1 - 63,1	13,3	12,3 - 13,8	7,6	10,4	11,3	14,2
12	Australie	72,6	70,9	70,2 - 71,4	16,9	16,6 - 17,1	74,3	73,7 - 75,1	19,5	19,2 - 19,8	7,0	8,7	9,0	10,4
13	Autriche	71,4	69,3	68,6 - 70,0	16,2	16,0 - 16,5	73,5	72,9 - 74,3	19,3	19,0 - 19,6	7,1	8,6	9,3	10,5
14	Azerbaïdjan	57,2	55,8	54,5 - 57,2	10,6	10,3 - 10,9	58,7	57,0 - 59,4	12,4	11,8 - 12,9	7,2	10,0	11,4	14,6
15	Bahamas	63,3	60,9	59,6 - 62,0	13,3	13,0 - 13,7	65,7	64,6 - 66,9	15,6	15,0 - 16,3	8,1	9,5	11,7	12,6
16	Bahreïn	64,3	64,2	63,2 - 65,5	11,5	10,6 - 12,7	64,4	63,6 - 65,8	11,6	11,1 - 12,6	7,9	10,1	10,9	13,6
17	Bangladesh	54,3	55,3	54,0 - 56,7	11,1	10,8 - 11,5	53,3	52,2 - 54,7	11,1	10,8 - 11,4	7,3	9,3	11,7	14,8
18	Barbade	65,6	62,9	61,9 - 64,1	13,1	12,8 - 13,5	68,2	67,0 - 69,5	16,6	16,1 - 17,2	7,6	9,8	10,7	12,5
19	Bélarus	60,7	56,6	55,7 - 57,5	10,5	10,1 - 10,9	64,9	63,6 - 65,5	14,6	14,3 - 14,9	6,1	9,4	9,7	12,6
20	Belgique	71,1	68,9	68,3 - 69,5	15,7	15,4 - 15,9	73,3	72,8 - 74,1	19,1	18,9 - 19,4	6,3	8,2	8,3	10,1
21	Belize	60,3	58,4	57,0 - 59,8	11,5	11,2 - 11,8	62,2	61,2 - 63,4	13,3	13,0 - 13,6	9,0	10,2	13,3	14,1
22	Bénin	44,0	43,4	37,6 - 48,5	9,7	8,8 - 10,8	44,5	37,4 - 50,9	10,4	9,5 - 11,6	6,6	7,9	13,3	15,0
23	Bhoutan	52,9	52,9	46,3 - 58,8	10,8	9,6 - 12,6	52,9	45,5 - 57,5	11,3	10,0 - 12,3	7,3	9,5	12,1	15,2
24	Bolivie	54,4	53,6	47,5 - 59,2	10,9	9,5 - 12,6	55,2	47,8 - 59,6	12,1	10,6 - 13,3	8,2	9,4	13,2	14,6
25	Bosnie-Herzégovine	64,3	62,3	60,8 - 63,9	12,4	12,0 - 13,0	66,4	64,7 - 67,2	15,4	15,0 - 16,0	7,0	10,0	10,2	13,1
26	Botswana	35,7	36,0	34,4 - 40,0	10,9	10,7 - 13,0	35,4	33,9 - 39,5	11,9	11,7 - 13,5	4,2	5,2	10,4	12,9
27	Brésil	59,8	57,2	56,3 - 58,0	11,6	11,4 - 11,8	62,4	61,7 - 63,3	13,7	13,4 - 13,9	8,5	9,8	13,0	13,6
28	Brunéi Darussalam	65,3	65,1	63,8 - 66,4	13,1	12,5 - 13,8	65,5	64,7 - 66,6	13,3	13,0 - 13,7	9,7	11,9	13,0	15,4
29	Bulgarie	64,6	62,5	61,6 - 63,3	12,4	12,1 - 12,7	66,8	66,0 - 67,7	14,9	14,6 - 15,3	6,2	8,5	9,1	11,3
30	Burkina Faso	35,6	34,9	30,3 - 40,3	8,6	8,1 - 9,7	36,3	30,2 - 42,4	9,7	9,2 - 10,8	5,6	6,3	13,9	14,8
31	Burundi	35,1	33,4	29,3 - 38,8	8,6	7,9 - 10,0	36,8	32,0 - 43,9	10,4	9,5 - 12,0	5,3	6,2	13,7	14,4
32	Cambodge	47,5	45,6	39,5 - 49,9	9,7	8,7 - 10,7	49,5	42,5 - 54,0	11,0	10,0 - 12,0	6,3	7,6	12,1	13,3
33	Cameroun	41,5	41,1	36,8 - 47,2	9,7	8,9 - 11,6	41,8	36,3 - 48,4	10,4	9,6 - 12,0	6,0	7,3	12,8	14,8
34	Canada	72,0	70,1	69,5 - 70,7	16,1	15,8 - 16,3	74,0	73,4 - 74,6	19,3	19,0 - 19,5	7,1	8,3	9,2	10,0
35	Cap-Vert	60,8	58,8	55,1 - 62,6	11,8	10,7 - 13,1	62,9	60,5 - 65,5	13,4	12,5 - 14,3	7,9	10,0	11,8	13,7
36	Chili	67,3	64,9	64,2 - 65,7	13,9	13,5 - 14,3	69,7	69,2 - 70,5	16,8	16,6 - 17,1	8,5	10,3	11,5	12,9
37	Chine	64,1	63,1	62,2 - 63,9	13,1	12,9 - 13,4	65,2	64,3 - 66,2	14,7	14,4 - 15,0	6,5	7,6	9,3	10,4
38	Chypre	67,6	66,7	65,9 - 67,5	14,2	13,8 - 14,6	68,5	67,1 - 70,0	15,0	14,1 - 16,0	8,8	10,6	11,7	13,4
39	Colombie	62,0	57,8	57,7 - 59,1	12,6	12,4 - 12,8	66,3	65,6 - 67,4	15,4	15,0 - 15,8	9,7	10,0	14,4	13,1
40	Comores	54,6	53,9	47,3 - 59,4	10,8	9,4 - 12,6	55,3	48,2 - 60,0	11,5	10,1 - 12,6	7,8	9,6	12,6	14,8
41	Congo	46,3	45,3	39,9 - 51,7	10,4	9,3 - 12,6	47,3	41,4 - 53,7	11,5	10,4 - 13,6	6,3	7,2	12,2	13,2
42	Costa Rica	67,2	65,2	64,4 - 66,0	14,4	13,7 - 15,1	69,3	68,6 - 70,0	16,7	16,1 - 17,3	9,5	10,3	12,8	12,9
43	Côte d'Ivoire	39,5	37,6	32,6 - 44,2	9,5	8,8 - 11,1	41,3	36,2 - 47,7	10,7	9,9 - 12,4	5,4	6,7	12,6	13,9
44	Croatie	66,6	63,8	63,2 - 64,6	12,5	12,4 - 12,9	69,3	68,4 - 70,0	16,1	15,5 - 16,2	7,2	9,3	10,1	11,8
45	Cuba	68,3	67,1	66,1 - 67,9	15,2	14,8 - 15,4	69,5	68,8 - 70,3	16,7	16,4 - 16,9	7,9	9,8	10,5	12,4
46	Danemark	69,8	68,6	68,0 - 69,1	15,2	15,0 - 15,4	71,1	70,6 - 71,8	17,2	16,9 - 17,4	6,3	8,4	8,4	10,5
47	Djibouti	42,9	42,5	37,8 - 48,9	9,8	9,0 - 11,7	43,2	37,7 - 49,7	10,6	9,6 - 12,2	6,1	7,4	12,6	14,7
48	Dominique	63,7	61,9	60,5 - 63,1	13,8	13,4 - 14,1	65,6	64,3 - 67,2	15,3	14,9 - 15,7	9,1	10,2	12,9	13,5
49	Egypte	59,0	57,8	57,0 - 58,2	9,9	9,7 - 10,1	60,2	59,6 - 60,9	11,3	11,0 - 11,4	7,4	8,8	11,4	12,8
50	El Salvador	59,7	57,2	55,9 - 58,5	12,6	12,4 - 12,9	62,3	61,5 - 63,3	14,1	13,8 - 14,3	9,3	10,4	14,0	14,3

	Etats Membres	Population totale	Espérance de vie en bonne santé (EVCS) (années)								Nombre d'années de vie en bonnne santé perdues attendu à la naissance		Pourcentage de l'espérance de vie totale perdue	
			Hommes				Femmes							
		A la naissance	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
51	Emirats arabes unis	63,9	63,5	62,6 - 64,0	12,0	11,8 - 12,2	64,2	63,6 - 65,0	12,5	12,3 - 12,7	7,8	10,9	10,9	14,5
52	Equateur	61,9	59,8	58,9 - 60,6	13,2	13,0 - 13,5	64,1	63,3 - 65,1	15,2	14,9 - 15,4	8,1	9,4	11,9	12,8
53	Erythrée	50,0	49,3	39,0 - 53,3	10,6	8,9 - 12,0	50,8	43,7 - 56,4	11,3	9,9 - 12,7	6,5	8,6	11,7	14,5
54	Espagne	72,6	69,9	69,1 - 70,7	16,4	16,1 - 16,8	75,3	74,6 - 76,1	19,9	19,6 - 20,2	6,2	7,7	8,2	9,3
55	Estonie	64,1	59,2	58,6 - 59,8	11,9	11,4 - 12,2	69,0	67,5 - 70,5	16,5	16,3 - 16,9	6,0	8,1	9,2	10,5
56	Etats-Unis d'Amérique	69,3	67,2	66,6 - 67,8	15,3	15,0 - 15,5	71,3	70,8 - 72,0	17,9	17,7 - 18,1	7,4	8,5	9,9	10,7
57	Ethiopie	41,2	40,7	34,6 - 46,7	9,7	8,9 - 11,0	41,7	35,6 - 48,2	10,2	9,5 - 11,6	6,1	7,7	13,0	15,6
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	63,4	61,9	61,0 - 62,8	12,2	11,9 - 12,7	65,0	63,7 - 65,6	14,0	13,6 - 14,5	7,2	10,2	10,4	13,5
59	Fédération de Russie	58,6	52,8	51,9 - 54,0	10,1	7,0 - 13,2	64,3	63,6 - 65,4	14,2	13,9 - 14,4	5,6	7,8	9,6	10,8
60	Fidji	58,8	56,9	56,4 - 58,6	10,4	10,1 - 10,7	60,6	60,1 - 62,4	11,9	11,5 - 12,4	7,7	9,7	12,0	13,8
61	Finlande	71,1	68,7	68,0 - 69,3	15,7	15,4 - 15,9	73,5	72,7 - 74,1	18,9	18,5 - 19,1	6,1	8,0	8,1	9,9
62	France	72,0	69,3	68,6 - 70,0	16,5	16,2 - 16,8	74,7	74,0 - 75,4	20,3	20,0 - 20,6	6,6	8,8	8,7	10,6
63	Gabon	51,4	50,2	44,5 - 56,4	10,6	9,4 - 12,7	52,6	45,9 - 58,6	11,6	10,2 - 13,5	7,1	8,8	12,4	14,3
64	Gambie	49,5	48,5	42,0 - 54,1	10,4	9,3 - 11,7	50,5	43,1 - 56,2	11,2	10,1 - 12,4	6,9	8,4	12,5	14,2
65	Géorgie	64,4	62,2	61,1 - 63,3	12,6	12,3 - 13,0	66,6	64,8 - 67,7	14,6	13,3 - 15,1	6,2	8,4	9,1	11,2
66	Ghana	49,8	49,2	43,3 - 55,8	10,5	9,3 - 12,4	50,3	43,8 - 56,3	11,2	10,0 - 12,8	7,2	8,5	12,7	14,4
67	Grèce	71,0	69,1	68,4 - 69,7	16,0	15,8 - 16,3	72,9	72,3 - 73,8	18,1	17,7 - 18,4	6,7	8,1	8,9	10,0
68	Grenade	59,2	58,4	57,0 - 59,7	11,1	10,8 - 11,5	60,0	58,8 - 61,3	12,6	12,3 - 12,9	7,5	8,9	11,4	12,9
69	Guatemala	57,4	54,9	53,6 - 56,2	12,3	11,9 - 12,7	59,9	58,6 - 61,4	13,3	13,0 - 13,6	8,2	9,1	13,0	13,2
70	Guinée	44,8	43,9	38,2 - 49,0	9,6	8,7 - 10,7	45,6	38,9 - 51,7	10,5	9,6 - 11,6	7,0	8,2	13,7	15,2
71	Guinée équatoriale	45,5	44,7	38,7 - 50,3	9,7	8,8 - 10,9	46,3	39,7 - 52,2	10,5	9,7 - 11,7	7,2	8,5	13,9	15,5
72	Guinée-Bissau	40,5	39,6	33,1 - 44,1	9,2	8,5 - 10,0	41,5	34,3 - 48,0	10,1	9,4 - 11,0	6,1	7,2	13,4	14,7
73	Guyana	55,2	53,1	50,6 - 55,9	10,2	9,9 - 10,6	57,2	54,6 - 59,9	12,2	11,8 - 12,7	8,4	9,7	13,6	14,5
74	Haïti	43,8	43,5	38,1 - 48,7	10,3	9,2 - 11,9	44,1	37,9 - 49,1	11,7	10,5 - 12,9	5,6	6,9	11,4	13,6
75	Honduras	58,4	56,3	53,1 - 59,2	11,4	10,4 - 12,6	60,5	58,1 - 62,9	13,1	12,3 - 14,0	7,9	9,9	12,4	14,0
76	Hongrie	64,9	61,5	60,9 - 62,2	12,2	12,0 - 12,3	68,2	67,6 - 69,0	15,9	15,7 - 16,2	6,9	8,6	10,0	11,2
77	Iles Cook	61,6	60,6	58,9 - 61,2	11,5	11,0 - 12,0	62,7	61,7 - 63,8	12,6	12,1 - 12,7	8,6	11,5	12,5	15,5
78	Iles Marshall	54,8	53,9	52,3 - 55,7	9,8	9,6 - 10,1	55,7	54,4 - 57,3	10,7	10,4 - 10,9	7,2	8,9	11,7	13,8
79	Iles Salomon	56,2	55,4	53,4 - 57,6	10,9	10,5 - 11,4	57,1	55,7 - 58,8	11,6	11,2 - 11,9	8,3	10,3	13,0	15,3
80	Inde	53,5	53,3	52,5 - 54,1	10,8	10,6 - 11,0	53,6	52,7 - 54,6	11,4	11,0 - 11,8	6,8	8,4	11,3	13,6
81	Indonésie	58,1	57,4	56,6 - 58,4	10,7	10,5 - 11,0	58,9	58,1 - 59,9	11,5	11,3 - 11,8	7,5	9,1	11,5	13,4
82	Iran (République islamique d')	57,6	56,1	54,9 - 57,3	10,4	10,2 - 10,7	59,1	58,2 - 60,5	11,9	11,6 - 12,2	10,4	12,5	15,7	17,5
83	Iraq	50,1	48,8	47,0 - 50,4	9,2	8,9 - 9,5	51,5	50,1 - 53,4	10,6	10,3 - 10,9	10,3	11,6	17,5	18,4
84	Irlande	69,8	68,1	67,3 - 68,9	14,8	14,4 - 15,2	71,5	70,8 - 72,3	17,5	17,2 - 17,8	6,3	8,2	8,5	10,3
85	Islande	72,8	72,1	71,2 - 72,9	17,5	17,1 - 17,9	73,6	72,7 - 74,2	18,7	18,2 - 18,9	6,3	8,2	8,1	10,0
86	Israël	71,4	70,5	69,4 - 71,2	16,8	16,4 - 17,2	72,3	71,6 - 73,1	18,2	17,6 - 18,8	6,9	9,0	8,9	11,1
87	Italie	72,7	70,7	70,0 - 71,5	16,4	16,0 - 16,7	74,7	74,0 - 75,5	19,4	19,1 - 19,8	6,0	7,8	7,8	9,5
88	Jamahiriya arabe libyenne	63,7	62,3	59,1 - 65,2	12,0	10,9 - 13,3	65,0	63,2 - 67,2	13,8	13,0 - 14,7	8,1	10,5	11,5	13,9
89	Jamaïque	65,1	64,2	62,8 - 65,6	13,0	12,6 - 13,5	65,9	64,9 - 67,2	14,5	14,1 - 14,9	6,9	8,6	9,7	11,5
90	Japon	75,0	72,3	71,5 - 73,1	17,5	17,2 - 17,8	77,7	76,9 - 78,1	21,7	21,4 - 22,0	6,1	7,5	7,8	8,8
91	Jordanie	61,0	59,7	58,2 - 60,3	11,1	10,8 - 11,4	62,3	61,4 - 63,0	12,9	12,5 - 13,1	9,0	10,9	13,1	14,9
92	Kazakhstan	55,9	52,6	51,6 - 53,7	9,7	8,1 - 12,0	59,3	58,0 - 60,0	12,5	12,2 - 12,8	6,1	9,6	10,4	13,9
93	Kenya	44,4	44,1	39,8 - 51,2	10,7	9,5 - 13,2	44,8	39,9 - 51,6	11,5	10,3 - 13,5	5,7	7,1	11,5	13,7
94	Kirghizistan	55,3	52,2	51,2 - 53,3	9,8	9,4 - 10,2	58,4	56,9 - 59,1	12,6	12,3 - 12,9	8,2	10,6	13,5	15,3
95	Kiribati	54,0	52,3	51,1 - 53,4	11,5	11,2 - 11,9	55,6	54,7 - 57,0	11,6	11,3 - 11,9	9,5	11,0	15,4	16,5
96	Koweït	67,0	67,4	66,3 - 68,7	14,2	13,3 - 15,1	66,6	65,0 - 68,4	13,6	12,3 - 14,8	8,4	10,2	11,1	13,3
97	Lesotho	31,4	29,6	27,1 - 35,2	9,9	9,3 - 12,9	33,2	29,9 - 40,0	11,0	10,1 - 13,4	3,3	5,0	10,1	13,1
98	Lettonie	62,8	58,0	57,2 - 59,2	11,3	10,9 - 11,7	67,5	66,7 - 68,5	15,7	15,5 - 16,1	6,6	8,3	10,2	10,9
99	Liban	60,4	59,2	57,9 - 60,4	11,3	10,9 - 11,6	61,6	60,7 - 62,9	12,6	12,3 - 13,0	8,4	10,4	12,5	14,5

Tableau 4 de l'annexe Espérance de vie en bonne santé (EVCS) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 2002

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

		Espérance de vie en bonne santé (EVCS) (années)								Nombre d'années de vie en bonnne santé perdues attendu à la naissance		Pourcentage de l'espérance de vie totale perdue	
		Population totale	Hommes				Femmes						
	Etats Membres	A la naissance	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
100	Libéria	35,3	33,6	27,4 - 38,7	7,9	7,3 - 8,6	37,0	29,8 - 43,2	9,7	9,2 - 10,7	6,5	6,7	16,1	15,4
101	Lituanie	63,3	58,9	58,1 - 60,1	12,0	11,8 - 12,3	67,7	67,0 - 68,6	16,2	15,9 - 16,5	7,2	9,9	10,9	12,8
102	Luxembourg	71,5	69,3	68,6 - 69,9	16,0	15,7 - 16,3	73,7	73,1 - 74,7	19,2	18,9 - 19,6	6,4	8,0	8,4	9,8
103	Madagascar	48,6	47,3	40,8 - 52,3	10,1	9,1 - 11,1	49,9	42,5 - 54,8	11,1	10,0 - 12,0	7,2	8,4	13,1	14,4
104	Malaisie	63,2	61,6	60,8 - 62,5	10,9	10,7 - 11,1	64,8	64,1 - 65,6	12,0	11,8 - 12,3	8,0	10,0	11,4	13,3
105	Malawi	34,9	35,0	31,6 - 40,5	9,7	9,0 - 11,4	34,8	30,8 - 40,7	10,4	9,7 - 11,9	4,8	5,8	12,1	14,3
106	Maldives	57,8	59,0	58,1 - 60,5	10,5	10,3 - 10,7	56,6	55,7 - 57,7	9,4	9,2 - 9,6	7,5	9,0	11,3	13,8
107	Mali	37,9	37,5	31,0 - 42,0	8,8	8,2 - 9,4	38,3	31,4 - 44,7	9,5	8,9 - 10,3	6,4	7,4	14,6	16,1
108	Malte	71,0	69,7	68,9 - 70,5	15,3	14,8 - 15,7	72,3	71,4 - 73,4	17,6	17,0 - 18,3	6,2	8,0	8,1	10,0
109	Maroc	60,2	59,5	58,2 - 60,7	11,4	11,0 - 11,8	60,9	59,9 - 62,2	12,7	12,3 - 13,1	9,4	11,9	13,6	16,4
110	Maurice	62,4	60,3	59,2 - 61,3	11,7	11,4 - 12,0	64,6	63,8 - 65,6	13,8	13,6 - 14,1	8,1	10,9	11,9	14,5
111	Mauritanie	44,5	42,8	36,0 - 47,5	9,5	8,6 - 10,2	46,3	38,4 - 51,4	10,5	9,7 - 11,4	6,9	8,2	14,0	15,1
112	Mexique	65,5	63,4	62,6 - 64,1	14,5	14,2 - 14,8	67,6	67,0 - 68,4	16,3	16,0 - 16,5	8,4	9,3	11,6	12,1
113	Micronésie (Etats fédérés de)	57,7	57,0	55,2 - 59,0	10,9	10,6 - 11,3	58,4	56,6 - 60,4	11,5	11,2 - 11,9	7,9	9,6	12,2	14,2
114	Monaco	72,9	70,7	70,0 - 71,4	17,3	17,1 - 17,6	75,2	74,4 - 76,0	20,5	20,1 - 20,9	7,1	9,3	9,1	11,0
115	Mongolie	55,6	53,3	52,4 - 54,4	10,2	10,0 - 10,4	58,0	57,1 - 58,9	12,4	12,2 - 12,6	6,8	8,0	11,3	12,1
116	Mozambique	36,9	36,3	29,5 - 39,2	9,8	9,0 - 11,1	37,5	30,1 - 41,3	10,4	9,7 - 11,7	4,9	6,4	11,9	14,5
117	Myanmar	51,7	49,9	43,2 - 55,9	10,1	9,1 - 11,6	53,5	45,5 - 58,8	11,3	10,0 - 12,5	6,3	8,4	11,2	13,5
118	Namibie	43,3	42,9	39,8 - 49,1	11,2	9,9 - 14,8	43,8	39,2 - 49,7	12,1	10,6 - 14,8	5,2	6,7	10,8	13,3
119	Nauru	55,1	52,7	49,6 - 56,2	8,7	8,1 - 9,6	57,5	55,0 - 60,5	10,5	10,0 - 11,4	6,9	9,0	11,6	13,5
120	Népal	51,8	52,5	51,3 - 53,6	10,5	10,3 - 10,8	51,1	50,2 - 52,3	10,8	10,5 - 11,0	7,4	9,1	12,4	15,1
121	Nicaragua	61,4	59,7	58,4 - 60,3	13,0	12,8 - 13,3	63,1	61,9 - 64,0	14,5	14,3 - 14,9	8,2	9,3	12,0	12,9
122	Niger	35,5	35,8	26,8 - 41,3	8,5	7,9 - 9,2	35,2	26,2 - 42,5	9,3	8,9 - 10,0	6,8	7,5	15,9	17,5
123	Nigéria	41,5	41,3	35,2 - 45,6	9,3	8,5 - 10,4	41,8	34,9 - 47,7	10,0	9,3 - 11,2	6,8	7,8	14,1	15,6
124	Nioué	60,4	58,9	55,7 - 61,4	11,6	10,5 - 12,7	62,0	59,9 - 64,3	12,8	12,0 - 13,6	8,6	11,3	12,8	15,5
125	Norvège	72,0	70,4	69,5 - 71,3	16,2	15,7 - 16,6	73,6	72,8 - 74,4	18,9	18,5 - 19,1	5,9	8,1	7,8	9,9
126	Nouvelle-Zélande	70,8	69,5	68,8 - 70,2	16,0	15,7 - 16,3	72,2	71,5 - 73,0	18,2	17,8 - 18,5	7,2	9,0	9,3	11,1
127	Oman	64,0	62,7	59,9 - 65,3	11,9	10,7 - 13,1	65,3	63,4 - 67,1	13,7	12,9 - 14,6	8,3	11,1	11,8	14,5
128	Ouganda	42,7	41,7	37,1 - 46,1	9,8	8,9 - 11,1	43,7	37,5 - 48,0	10,9	9,8 - 11,9	6,2	7,2	12,9	14,1
129	Ouzbékistan	59,4	57,9	56,9 - 58,9	10,8	10,6 - 11,1	60,9	59,4 - 61,4	12,6	12,3 - 12,9	7,6	10,0	11,6	14,1
130	Pakistan	53,3	54,2	52,5 - 56,0	11,4	11,0 - 11,7	52,3	50,7 - 54,4	11,4	11,1 - 11,7	6,9	9,3	11,3	15,0
131	Palaos	59,6	58,7	57,9 - 59,7	10,2	10,0 - 10,4	60,5	59,6 - 61,7	12,0	11,8 - 12,4	7,7	10,4	11,5	14,7
132	Panama	66,2	64,3	63,2 - 65,4	14,9	14,5 - 15,4	68,0	67,2 - 69,2	16,8	16,4 - 17,2	8,5	10,2	11,7	13,0
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	51,9	51,4	49,7 - 53,6	10,1	9,8 - 10,3	52,4	50,9 - 54,4	10,6	10,3 - 10,9	7,0	9,1	12,0	14,8
134	Paraguay	61,9	59,6	58,5 - 60,6	11,7	11,2 - 12,0	64,2	63,3 - 65,1	14,6	14,1 - 14,7	9,1	10,5	13,2	14,0
135	Pays-Bas	71,2	69,7	69,1 - 70,4	15,5	15,2 - 15,8	72,6	72,0 - 73,4	18,4	18,1 - 18,7	6,3	8,5	8,3	10,4
136	Pérou	61,0	59,6	58,4 - 60,7	12,7	12,4 - 13,1	62,4	61,4 - 63,6	14,4	14,1 - 14,7	7,9	9,6	11,7	13,3
137	Philippines	59,3	57,1	56,2 - 58,1	10,6	10,4 - 10,8	61,5	60,6 - 62,6	12,1	11,9 - 12,4	8,0	10,2	12,4	14,3
138	Pologne	65,8	63,1	62,4 - 63,8	12,8	12,6 - 13,0	68,5	67,9 - 69,2	16,1	15,8 - 16,3	7,5	10,2	10,6	13,0
139	Portugal	69,2	66,7	66,0 - 67,4	14,9	14,7 - 15,2	71,7	71,1 - 72,5	17,7	17,4 - 17,9	6,9	8,8	9,4	10,9
140	Qatar	65,2	66,7	65,6 - 67,6	13,7	13,1 - 14,4	63,8	62,4 - 65,4	11,2	10,2 - 12,3	8,2	10,0	10,9	13,6
141	République arabe syrienne	61,7	60,4	59,3 - 61,5	11,3	11,0 - 11,6	63,1	62,3 - 64,1	12,9	12,6 - 13,2	8,5	10,5	12,3	14,2
142	République centrafricaine	37,4	37,0	32,5 - 42,9	9,6	8,9 - 11,2	37,7	32,5 - 43,6	10,4	9,7 - 11,9	5,1	6,1	12,0	13,8
143	République de Corée	67,8	64,8	64,1 - 65,6	13,2	13,0 - 13,5	70,8	70,1 - 71,6	17,1	16,8 - 17,3	6,9	8,6	9,7	10,8
144	République de Moldova	59,8	57,2	56,2 - 58,2	11,0	10,8 - 11,1	62,4	61,2 - 62,9	13,2	12,9 - 13,4	6,8	9,2	10,6	12,9
145	République démocratique du Congo	37,1	35,0	29,6 - 39,5	8,6	7,9 - 9,4	39,1	32,6 - 44,4	10,2	9,5 - 11,1	6,0	7,0	14,7	15,1
146	République démocratique populaire lao	47,0	47,1	44,8 - 49,6	9,6	9,4 - 9,9	47,0	44,7 - 49,5	10,1	9,8 - 10,4	7,0	9,2	12,9	16,4
147	République dominicaine	59,6	57,2	54,7 - 59,7	11,3	11,1 - 11,6	61,9	60,9 - 63,1	13,7	13,4 - 13,9	7,7	9,6	11,9	13,4
148	République populaire démocratique de Corée	58,8	58,0	50,9 - 64,2	12,1	10,5 - 14,4	59,7	51,6 - 65,7	13,2	11,4 - 14,9	6,4	7,4	10,0	11,0
149	République tchèque	68,4	65,9	65,2 - 66,5	13,5	13,3 - 13,7	70,9	70,2 - 71,7	16,8	16,5 - 17,1	6,6	8,1	9,1	10,3

	Etats Membres	Population totale A la naissance	Espérance de vie en bonne santé (EVCS) (années)								Nombre d'années de vie en bonnne santé perdues attendu à la naissance		Pourcentage de l'espérance de vie totale perdue	
			Hommes				Femmes							
			A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	A la naissance	Intervalle d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalle d'incertitude	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
150	République-Unie de Tanzanie	40,4	40,0	38,7 - 41,5	9,6	9,4 - 9,8	40,7	39,6 - 42,3	10,1	9,9 - 10,3	5,5	6,8	12,1	14,3
151	Roumanie	63,1	61,0	59,9 - 62,1	12,3	12,1 - 12,6	65,2	64,3 - 66,3	14,6	14,2 - 15,0	7,0	9,7	10,3	13,0
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	70,6	69,1	68,5 - 69,9	15,7	15,4 - 16,1	72,1	71,3 - 73,0	18,1	17,7 - 18,4	6,7	8,4	8,8	10,4
153	Rwanda	38,3	36,4	33,0 - 42,5	9,0	8,3 - 10,4	40,2	35,6 - 47,4	10,5	9,7 - 11,8	5,6	6,6	13,3	14,1
154	Sainte-Lucie	62,7	61,2	60,0 - 62,5	12,5	12,2 - 12,8	64,2	63,0 - 65,7	14,4	14,1 - 14,8	8,6	10,2	12,3	13,7
155	Saint-Kitts-et-Nevis	61,5	59,9	59,0 - 61,0	11,9	11,6 - 12,2	63,1	61,9 - 64,3	13,5	13,2 - 13,8	8,7	9,1	12,7	12,7
156	Saint-Marin	73,4	70,9	69,4 - 72,3	16,2	15,3 - 17,1	75,9	75,0 - 78,0	19,9	19,5 - 21,6	6,3	8,1	8,2	9,6
157	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	61,0	59,9	58,6 - 61,3	12,6	12,4 - 12,9	62,2	61,0 - 63,6	14,2	13,6 - 14,8	7,9	9,8	11,7	13,6
158	Samoa	59,7	59,2	58,1 - 60,3	10,9	10,7 - 11,2	60,3	59,3 - 61,6	11,6	11,3 - 11,9	7,6	9,4	11,3	13,5
159	Sao Tomé-et-Principe	54,4	54,2	47,7 - 59,7	11,0	9,6 - 12,7	54,7	46,7 - 59,5	11,4	10,1 - 12,6	7,5	9,0	12,2	14,1
160	Sénégal	48,0	47,1	41,0 - 52,1	9,9	8,9 - 11,1	48,9	41,9 - 54,4	10,7	9,8 - 11,9	7,3	8,4	13,4	14,7
161	Serbie-et-Monténégro	63,8	62,7	62,0 - 63,5	12,1	11,8 - 12,4	64,9	63,7 - 65,3	13,9	13,7 - 14,2	7,0	10,0	10,1	13,3
162	Seychelles	61,2	57,4	56,4 - 58,4	9,9	9,6 - 10,1	64,9	63,8 - 66,2	14,0	13,6 - 14,5	9,6	12,3	14,3	15,9
163	Sierra Leone	28,6	27,2	19,4 - 32,6	7,8	7,4 - 8,3	29,9	21,7 - 37,7	9,2	8,9 - 10,0	5,1	5,8	15,9	16,2
164	Singapour	70,1	68,8	67,7 - 70,0	14,5	14,0 - 15,1	71,3	70,6 - 72,1	16,3	15,9 - 16,5	8,6	10,4	11,1	12,7
165	Slovaquie	66,2	63,0	62,3 - 63,8	12,3	12,1 - 12,5	69,4	68,7 - 70,2	16,1	15,9 - 16,4	6,7	8,9	9,6	11,4
166	Slovénie	69,5	66,6	65,8 - 67,4	14,3	14,0 - 14,5	72,3	71,6 - 73,1	18,1	17,8 - 18,3	6,1	8,2	8,4	10,2
167	Somalie	36,8	36,1	30,5 - 40,4	8,3	7,6 - 9,0	37,5	29,6 - 43,3	9,4	8,9 - 10,2	6,9	8,1	16,1	17,7
168	Soudan	48,5	47,2	41,8 - 52,7	9,8	8,7 - 11,5	49,9	43,0 - 54,6	10,7	9,5 - 11,8	7,8	9,4	14,1	15,9
169	Sri Lanka	61,6	59,2	57,3 - 61,0	10,5	9,9 - 11,1	64,0	63,0 - 65,1	12,7	12,3 - 13,0	8,0	10,3	11,8	13,9
170	Suède	73,3	71,9	71,2 - 72,5	17,1	16,8 - 17,4	74,8	74,0 - 75,5	19,6	19,3 - 19,9	6,2	7,9	7,9	9,5
171	Suisse	73,2	71,1	70,3 - 71,8	17,1	16,7 - 17,5	75,3	74,5 - 76,0	20,4	20,1 - 20,7	6,6	8,1	8,5	9,7
172	Suriname	58,8	56,7	55,3 - 58,3	10,6	10,2 - 11,0	60,8	59,7 - 62,4	12,8	12,3 - 13,2	7,6	10,0	11,8	14,1
173	Swaziland	34,2	33,2	30,9 - 36,5	10,2	9,1 - 12,1	35,2	31,5 - 38,9	10,9	9,7 - 12,5	3,7	5,2	10,1	12,9
174	Tadjikistan	54,7	53,1	51,7 - 55,0	9,5	9,3 - 9,7	56,4	54,5 - 57,6	11,0	10,7 - 11,2	7,9	10,1	13,0	15,2
175	Tchad	40,7	39,7	33,2 - 45,2	9,2	8,5 - 10,2	41,7	35,1 - 48,5	10,0	9,3 - 11,2	6,4	7,6	13,9	15,5
176	Thaïlande	60,1	57,7	56,5 - 58,9	12,7	12,4 - 13,0	62,4	61,5 - 63,5	13,2	13,0 - 13,5	8,4	10,2	12,7	14,1
177	Timor-Leste	49,8	47,9	40,8 - 53,6	10,0	9,0 - 11,2	51,8	43,5 - 56,9	11,1	10,0 - 12,2	6,9	8,7	12,7	14,4
178	Togo	44,6	43,5	38,0 - 48,1	9,8	8,8 - 11,0	45,7	39,6 - 50,6	10,7	9,7 - 11,9	6,5	7,7	12,9	14,3
179	Tonga	61,8	61,9	61,0 - 62,7	11,9	11,7 - 12,1	61,8	61,0 - 62,7	12,0	11,8 - 12,2	8,2	9,6	11,7	13,5
180	Trinité-et-Tobago	62,0	59,8	58,8 - 60,8	11,9	11,6 - 12,1	64,2	63,4 - 65,1	14,1	13,9 - 14,4	7,3	8,6	10,8	11,9
181	Tunisie	62,5	61,3	60,4 - 62,4	12,0	11,7 - 12,3	63,6	62,7 - 64,8	13,3	13,0 - 13,7	8,2	10,3	11,8	13,9
182	Turkménistan	54,4	51,6	50,8 - 52,5	9,2	8,9 - 9,5	57,2	55,9 - 57,8	11,5	11,4 - 11,8	7,1	9,7	12,2	14,5
183	Turquie	62,0	61,2	60,3 - 62,2	12,8	12,5 - 13,0	62,8	61,7 - 64,0	14,2	13,8 - 14,6	6,7	9,3	9,8	12,9
184	Tuvalu	53,0	53,0	51,3 - 54,7	9,7	9,5 - 9,8	53,1	51,1 - 54,9	10,3	9,4 - 11,8	7,0	8,3	11,7	13,6
185	Ukraine	59,2	54,9	54,1 - 55,9	10,3	9,7 - 11,1	63,6	62,8 - 64,7	13,7	13,4 - 14,0	6,8	9,4	11,0	12,8
186	Uruguay	66,2	63,0	62,1 - 63,9	13,0	12,8 - 13,3	69,4	68,6 - 70,2	17,1	16,8 - 17,4	8,0	9,9	11,3	12,5
187	Vanuatu	58,9	58,5	56,9 - 60,3	11,1	10,7 - 11,5	59,4	57,9 - 61,2	11,7	11,3 - 12,1	8,0	9,8	12,0	14,1
188	Venezuela (République bolivarienne du)	64,2	61,7	60,8 - 62,6	13,9	13,6 - 14,2	66,7	66,0 - 67,6	15,7	15,4 - 15,9	9,3	10,1	13,1	13,1
189	Viet Nam	61,3	59,8	58,7 - 60,9	11,4	11,2 - 11,7	62,9	62,0 - 64,2	13,1	12,8 - 13,4	7,4	9,3	11,0	12,9
190	Yémen	49,3	48,0	42,3 - 52,6	8,7	7,7 - 9,9	50,7	44,2 - 55,2	10,4	9,2 - 11,4	10,8	11,5	18,4	18,5
191	Zambie	34,9	34,8	30,8 - 38,7	9,8	8,9 - 11,0	35,0	30,8 - 39,4	10,4	9,6 - 11,6	4,3	5,3	11,0	13,1
192	Zimbabwe	33,6	33,8	31,9 - 36,0	9,7	9,4 - 9,9	33,3	31,5 - 36,0	10,6	10,4 - 10,9	3,9	4,7	10,4	12,3

[a] Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

Tableau 5 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé pour 1997-2001

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
1	Afghanistan	5,6	5,5	5,5	5	5,2	50	52,8	53,1	53,8	52,6	50	47,2	46,9	46,2	47,4	14	14,6	14,8	13,5	11,8
2	Afrique du Sud	9	8,7	8,8	8,7	8,6	46,1	42,4	42,6	41,8	41,4	53,9	57,6	57,4	58,2	58,6	12,4	11,3	11,1	11,2	10,9
3	Albanie	3,8	3,4	3,6	3,8	3,7	61,2	61,9	62,3	63,9	64,6	38,8	38,1	37,7	36,1	35,4	7,8	6,9	6,9	7,7	7,3
4	Algérie	3,4	3,6	3,6	3,8	4,1	71,7	70,5	69,6	70,6	75	28,3	29,5	30,4	29,4	25	7,9	8,2	8,5	9,3	9,9
5	Allemagne	10,7	10,6	10,7	10,6	10,8	75,3	74,8	74,8	75	74,9	24,7	25,2	25,2	25	25,1	16,3	16,3	16,3	17,3	16,6
6	Andorre	5,7	7,8	5,9	5,5	5,7	71,5	78,6	71,6	70,1	71	28,5	21,4	28,4	29,9	29	32,5	39,2	31,8	32	26,3
7	Angola	3,9	3,5	3,3	3,5	4,4	45,2	39,8	44,3	55,8	63,1	54,8	60,2	55,7	44,2	36,9	4,6	2,5	2,4	3,3	5,5
8	Antigua-et-Barbuda	5,4	5,3	5,3	5,5	5,6	61,9	62,5	61,3	59,9	60,9	38,1	37,5	38,7	40,1	39,1	14,2	14,5	13,9	14,1	13
9	Arabie saoudite	5,3	5,2	4,5	4,4	4,6	77,3	76,3	73,7	74,4	74,6	22,7	23,7	26,3	25,6	25,4	11,4	11,5	11	9,9	10
10	Argentine	8,1	8,2	9	8,9	9,5	55,5	55,2	56,2	55,2	53,4	44,5	44,8	43,8	44,8	46,6	22,9	22,6	23,3	22	21,3
11	Arménie	7,1	7,1	7,9	8	7,8	35,2	36,8	41	40,2	41,2	64,8	63,2	59	59,8	58,8	9,4	10,8	10,5	10,6	11,5
12	Australie	8,5	8,6	8,7	8,9	9,2	67,8	68,2	69,1	68,9	67,9	32,2	31,8	30,9	31,1	32,1	15,8	16,2	16,8	16,5	16,8
13	Autriche	8	8	8	8	8	70,9	71,4	70	69,7	69,3	29,1	28,6	30	30,3	30,7	10,4	10,5	10,4	10,6	10,7
14	Azerbaïdjan	2,2	2,3	2	1,7	1,6	73,4	73,1	70,3	67,9	66,9	26,6	26,9	29,7	32,1	33,1	8,8	11	8	7,3	7,2
15	Bahamas	5,4	5,6	5,4	5,7	5,7	55,6	57,6	57,4	56,8	57	44,4	42,4	42,6	43,2	43	13,7	15,3	15	15,9	15,1
16	Bahreïn	4,8	5	4,8	4,1	4,1	70,5	69,7	69,3	69,1	69	29,5	30,3	30,7	30,9	31	11,9	11,5	11,4	10,8	10,8
17	Bangladesh	2,9	2,9	3,1	3,6	3,5	33,7	36	36,9	45,3	44,2	66,3	64	63,1	54,7	55,8	5,6	5,9	6,3	8,6	8,7
18	Barbade	5,9	5,9	6,1	6,2	6,5	65,2	65,6	65,7	65,9	66,3	34,8	34,4	34,3	34,1	33,7	11,7	11,8	12	12	11,5
19	Bélarus	6,1	5,7	5,8	5,4	5,6	87,2	86,1	85,5	85,4	86,7	12,8	13,9	14,5	14,6	13,3	11,6	11,9	11,7	13,1	14,2
20	Belgique	8,4	8,4	8,5	8,6	8,9	71,5	72	72,2	72,1	71,7	28,5	28	27,8	27,9	28,3	11,7	11,9	12,3	12,6	13
21	Belize	4,7	4,9	5,1	5	5,2	51	51,7	48,6	48	45,1	49	48,3	51,4	52	54,9	5,6	5,6	5,5	5,3	5
22	Bénin	3,7	3,8	3,9	4,2	4,4	34	36,5	38,6	43,3	46,9	66	63,5	61,4	56,7	53,1	6,7	8,5	8,7	8,9	10,9
23	Bhoutan	3,6	3,8	3,5	3,9	3,9	90,4	90,3	89,6	90,6	90,6	9,6	9,7	10,4	9,4	9,4	10,1	9,6	8,3	9,2	7,5
24	Bolivie	4,7	5	5,2	5,2	5,3	63,9	65,6	66,1	67	66,3	36,1	34,4	33,9	33	33,7	9,1	10	10,4	10,3	10,3
25	Bosnie-Herzégovine	6,7	7,9	7,7	7,7	7,5	52,4	40,2	39,4	39,7	36,8	47,6	59,8	60,6	60,3	63,2	12,6	11,7	9,4	9,1	9,6
26	Botswana	5,7	5,5	6	6	6,6	58,8	59,7	60,6	62	66,2	41,2	40,3	39,4	38	33,8	7,8	7,2	7,4	8,4	7,6
27	Brésil	7,4	7,4	7,8	7,6	7,6	43,5	44	42,8	40,8	41,6	56,5	56	57,2	59,2	58,4	9,1	9	9,3	8,4	8,8
28	Brunéi Darussalam	2,8	3	3,2	3,1	3,1	79,4	81,3	79,4	80	79,4	20,6	18,7	20,6	20	20,6	4,5	5,1	5,1	5,2	5,1
29	Bulgarie	4,7	3,9	5	4,8	4,8	82,8	79,4	83,7	82,5	82,1	17,2	20,6	16,3	17,5	17,9	10	8,1	10,5	9,3	9,3
30	Burkina Faso	3,5	3,5	3,8	3,5	3	67,1	65,3	66,6	63,5	60,1	32,9	34,7	33,4	36,5	39,9	9,6	9,6	8,8	8,1	8,1
31	Burundi	3,1	3,2	3,2	3,5	3,6	50,3	53,8	55,3	55,6	59	49,7	46,2	44,7	44,4	41	7,5	7,7	8,4	7,1	8,1
32	Cambodge	10,9	10,8	10,8	11,8	11,8	10,2	10,1	10,1	14,2	14,9	89,8	89,9	89,9	85,8	85,1	12,5	11,8	11,3	15,7	16
33	Cameroun	3,7	3,4	3,1	3,1	3,3	21,2	19,2	22,8	33,7	37,1	78,8	80,8	77,2	66,3	62,9	5,2	4,1	4,4	7,9	7,8
34	Canada	8,9	9,1	9,1	9,1	9,5	70	70,7	70,4	70,9	70,8	30	29,3	29,6	29,1	29,2	13,9	14,4	15	15,5	16,2
35	Cap-Vert	3,1	3,5	3	3,1	3,7	68,5	73	69,8	70	74,2	31,5	27	30,2	30	25,8	5	7,1	5,6	6,1	8,8
36	Chili	6,6	6,9	6,8	6,8	7	37,8	39,6	40,8	42,6	44	62,2	60,4	59,2	57,4	56	12,1	12,4	11,8	11,9	12,7
37	Chine	4,6	4,8	5,1	5,3	5,5	40	39	38	36,6	37,2	60	61	62	63,4	62,8	14,2	13,3	11,8	10,8	10,2
38	Chypre	8,3	8,1	7,6	8	8,1	50,3	52	50,6	48,7	47,7	49,7	48	49,4	51,3	52,3	11,4	11,4	10,9	10,7	10,2
39	Colombie	7,7	5,8	6,4	5,5	5,5	47,7	60,2	62	67,3	65,7	52,3	39,8	38	32,7	34,3	14,5	13	12,9	12,7	10,8
40	Comores	3,1	3	3,1	3,1	3,1	60,3	58,6	59,6	59,7	60	39,7	41,4	40,4	40,3	40	5,9	5,1	5,8	5,7	5,8
41	Congo	3	3,1	2,6	2	2,1	70,3	76,9	70,6	73,3	63,8	29,7	23,1	29,4	26,7	36,2	5,7	5,6	5,7	5,6	5,7
42	Costa Rica	6,7	6,7	6,5	6,9	7,2	70,7	67,6	68,5	68,5	68,5	29,3	32,4	31,5	31,5	31,5	20,8	20,5	20,1	20,4	19,5
43	Côte d'Ivoire	6,2	6,4	6,3	6,2	6,2	19	19,2	20	15,4	16	81	80,8	80	84,6	84	5,4	5,9	6,4	5,3	6
44	Croatie	8,1	8,8	8,9	9,4	9	80,5	81,8	82,6	83,2	81,8	19,5	18,2	17,4	16,8	18,2	13,2	13,7	13,4	14,4	12,8
45	Cuba	6,6	6,6	7,1	7,1	7,2	83,7	84,7	85,5	85,8	86,2	16,3	15,3	14,5	14,2	13,8	10	10,3	11,1	10,8	11,4
46	Danemark	8,2	8,4	8,5	8,2	8,4	82,3	82	82,2	82,5	82,4	17,7	18	17,8	17,5	17,6	11,7	11,9	12,4	12,6	12,8
47	Djibouti	7,3	7,2	7,1	7,1	7	58,1	58	58,4	58,4	58,8	41,9	42	41,6	41,6	41,2	11,8	12,5	12,4	12,5	13,7
48	Dominique	5,9	5,7	6,2	5,8	6	75	74,7	74,3	71,5	71,3	25	25,3	25,7	28,5	28,7	11,8	11,8	12,8	12,8	10,5
49	Egypte	3,9	3,9	3,9	3,8	3,9	45,9	46	46,4	46,1	48,9	54,1	54	53,6	53,9	51,1	5,9	6,5	6,2	6,5	7,4
50	El Salvador	8,1	8,2	8	8	8	38,7	42,5	43,5	45,1	46,7	61,3	57,5	56,5	54,9	53,3	22,6	24,2	25,1	25	24
51	Emirats arabes unis	3,6	4	3,7	3,5	3,5	76,7	77	75,8	75,9	75,8	23,3	23	24,2	24,1	24,2	28,9	28,8	27,9	31,5	32,3
52	Equateur	4,4	4,4	3,7	4,1	4,5	53,3	50,3	55,6	55,2	50,3	46,7	49,7	44,4	44,8	49,7	10,4	10,7	9	9,3	9,6
53	Erythrée	4,4	5	5,4	5,6	5,7	65,8	66,1	67,6	67,2	65,1	34,2	33,9	32,4	32,8	34,9	5,3	4,5	4,5	4,5	4,5
54	Espagne	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	72,5	72,2	72,1	71,7	71,4	27,5	27,8	27,9	28,3	28,6	13	13,1	13,4	13,4	13,6
55	Estonie	5,5	6	6,5	5,9	5,5	86,7	86,4	80,4	76,8	77,8	13,3	13,6	19,6	23,2	22,2	12,6	13,4	12,7	12,4	12,1

	Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
1	Afghanistan	9,1	3,7	4,4	14,8	11,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
2	Afrique du Sud	0,2	0,2	0,1	0,4	0,4	0	0	0	0	0	19,7	21,9	21,7	21,8	22,1	78,3	76,4	76,7	76,6	72,2
3	Albanie	9,4	7,4	5,1	7	3,4	20,6	24,2	22,5	18,5	19,3	65,1	61,2	63,3	65	65,3	34,1	38	36	34,3	33,9
4	Algérie	0,2	0	0,1	0,1	0,1	46,9	45,2	43,5	39,9	37,4	91,9	91,6	92	91,1	89,9	4,1	4,2	4	4,2	5,1
5	Allemagne	0	0	0	0	0	90,7	91,4	91,5	91,6	91,8	43,9	44,5	43,2	42,2	42,4	32	31,7	32,5	33,3	33,5
6	Andorre	0	0	0	0	0	78,6	60	87,5	88,1	86,2	95,5	95,2	95,6	96,1	92,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
7	Angola	9,4	5,6	8,7	14,3	14,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
8	Antigua-et-Barbuda	2,4	3,4	3,2	3,1	2,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
9	Arabie saoudite	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42,2	44,3	42,2	38,9	38	33,4	32,1	33,4	35,4	36,8
10	Argentine	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	61	60,2	59	59,5	58,6	63,2	63,8	64	63,3	62,4	33,4	32	31,9	32,6	31,1
11	Arménie	4,5	5,2	2,2	2	3,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
12	Australie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53,7	57,6	59,3	60,4	59,6	27,8	24	21,3	23,4	24,2
13	Autriche	0	0	0	0	0	59,8	59,8	60,6	61	61,7	59,4	58,7	60,7	61,3	61,3	26,6	25,6	23,8	23,2	23,3
14	Azerbaïdjan	1,5	1,7	2,5	4,7	7,7	0	0	0	0	0	100	100	100	90,5	97,7	0	0	0	0	2,3
15	Bahamas	0	0	0	0	0,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
16	Bahreïn	0	0	0	0	0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	70,7	70,1	70,1	70	69,3	25,4	26,2	26	26,3	27,2
17	Bangladesh	10	12,6	11,8	13,8	13,3	0	0	0	0	0	94	93	93,2	93,2	93,2	0	0	0	0	0
18	Barbade	4,9	4,5	4,2	4	4,6	0	0	0	0	0	75,8	76,3	77	77,3	76,6	24,2	23,7	23	22,7	23,4
19	Bélarus	0,1	0	0	0	0	19	20,8	19,9	22,8	24,8	100	100	100	99,6	99,7	0	0	0	0,4	0,3
20	Belgique	0	0	0	0	0	89,5	89,3	86,6	82,2	77,6	48,8	50,6	49,6	58,4	58,8	7,1	7,4	7,3	7,1	6,8
21	Belize	5,5	3,6	3,1	2,9	6,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
22	Bénin	20,9	20,1	20,4	21,3	21,5	0	0	0	0	0	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
23	Bhoutan	32,1	30,6	29,2	42	38,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
24	Bolivie	6	5,2	9,6	12,1	12,2	65,3	64,8	62	66,7	66,3	85,7	85,7	85,5	85,4	85,7	7,8	7,8	8,1	7,9	7,7
25	Bosnie-Herzégovine	15	8	6,2	7,9	2,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
26	Botswana	1,8	1,4	1,4	1,3	0,4	0	0	0	0	0	26,3	28,8	30,3	30,8	35,3	24,1	23,8	22,7	20,8	20,5
27	Brésil	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5	0	0	0	0	0	66,9	66,9	67,1	64,9	64,1	33,1	33,1	32,9	35,1	35,9
28	Brunéi Darussalam	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
29	Bulgarie	0,1	0	0,2	2,5	2,1	7,7	11,3	7,8	9,7	30,1	100	100	100	100	98	0	0	0	0	0
30	Burkina Faso	32,5	24,7	26,4	23,9	25,6	0	0	0	0	0	99,6	97,3	97,4	97,4	97,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
31	Burundi	30,5	35,2	39,6	40,4	43,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
32	Cambodge	13,5	12	13,4	18,8	19,7	0	0	0	0	0	89,9	90,2	90,1	85,4	84,6	0	0	0	0	0
33	Cameroun	5,9	6	6,1	5,7	6,3	0	0	0	0	0	87	85,5	84,1	81,9	81,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
34	Canada	0	0	0	0	0	1,8	1,8	1,9	2	2	56	55,2	55,3	54,3	52,3	36,5	38,4	37,6	39,1	39,3
35	Cap-Vert	12,9	13,5	7,2	9,7	20,3	0	0	0	0	0	99,9	99,9	99,8	99,9	99,8	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
36	Chili	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	83,6	75,7	77,3	71,8	71,8	66,2	66,2	65,5	59,7	59,6	33,7	33,7	34,5	40,2	40,3
37	Chine	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	58	53	51,4	50,7	50,7	94,2	94	94,9	95,2	95,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4
38	Chypre	0	0	0	0	2,3	44,7	44,6	47,3	48,1	48,2	98,2	98,8	98,4	97,9	98	1,8	1,2	1,6	2,1	2
39	Colombie	0,3	0,5	0,5	0,4	0,2	16,7	22,8	20,2	19,6	25	85	76,2	73,2	65,1	65,2	15	23,8	26,8	34,8	34,8
40	Comores	58,5	44	44,5	42,9	39,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
41	Congo	3,1	3,6	4,7	4	3,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
42	Costa Rica	1,7	1,7	1,6	1,3	1,3	88,1	89,8	89,6	90,2	90,8	90,1	91,5	91,6	91,8	92,1	2,1	1,8	1,6	1,6	1,5
43	Côte d'Ivoire	2,6	3,1	6	2,1	3,2	0	0	0	0	0	87	88,1	88,1	89,2	89,7	13	11,9	11,9	10,8	10,3
44	Croatie	0,2	0,2	0,4	0,3	0,1	86,6	91,7	97,9	97,8	94,9	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
45	Cuba	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0	0	0	0	0	72,8	78,5	76	75,6	76,8	0	0	0	0	0
46	Danemark	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	92,1	92	90,4	90,9	90,8	7,9	8	9,6	9,1	9,2
47	Djibouti	29,3	29,2	29,4	29,5	30	0	0	0	0	0	53,7	54,5	54,1	53,9	55,2	0	0	0	0	0
48	Dominique	3,2	2,3	2,1	1,3	0,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
49	Egypte	1,9	2,1	1,8	1,8	2	28	28,4	29,5	29,5	29,7	91,5	91,6	91,9	92	92,2	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5
50	El Salvador	3,4	2,9	1,5	0,9	0,9	43,3	41,7	44	44,2	44,5	95,4	94	90,2	95,6	94,9	4,4	5,8	9,6	4,2	4,9
51	Emirats arabes unis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69,4	69,5	67	66	65,6	16,4	16,9	19	19,1	19,1
52	Equateur	2,1	1,8	3,2	3,2	1,9	32,8	36	37,9	38,7	45,3	74,3	74,3	71,6	72,7	73,8	7,8	7,8	9,4	8,3	9,5
53	Erythrée	48,1	41,5	49,8	51,1	52,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
54	Espagne	0	0	0	0	0	13,4	11,8	9,4	9,6	9,2	83,9	83,6	83,3	83,1	82,8	12,8	13,1	13,5	13,7	14,1
55	Estonie	1,7	1,5	3,5	0,9	0	84,6	77,1	82	85,9	86	97,9	96,6	71,3	84,9	84,7	0	0	4,1	4,1	4,8

Tableau 5 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé pour 1997-2001

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
56	Etats-Unis d'Amérique	13	13	13	13,1	13,9	45,3	44,5	44,2	44,2	44,4	54,7	55,5	55,8	55,8	55,6	16,8	16,9	16,9	17,2	17,6
57	Ethiopie	3,4	3,6	3,5	3,2	3,6	37,9	39,3	37,7	34,5	40,5	62,1	60,7	62,3	65,5	59,5	5,8	5,9	4,3	3,2	4,9
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	6,1	7,6	6,4	6	6,8	83,9	87,1	85,4	84,5	84,9	16,1	12,9	14,6	15,5	15,1	14,5	19	16,3	15,6	17,4
59	Fédération de Russie	5,8	5,8	5,4	5,3	5,4	72,9	68,9	64,7	69,9	68,2	27,1	31,1	35,3	30,1	31,8	9,3	9,8	9,4	10,8	10,7
60	Fidji	3,9	4,1	3,7	3,9	4	66,7	65,4	65,2	65,2	67,1	33,3	34,6	34,8	34,8	32,9	7,4	6,9	7,5	7,2	6,9
61	Finlande	7,3	6,9	6,9	6,6	7	76,1	76,3	75,3	75,1	75,6	23,9	23,7	24,7	24,9	24,4	9,8	10	10	10,3	10,7
62	France	9,4	9,3	9,3	9,4	9,6	76,2	76	76	75,8	76	23,8	24	24	24,2	24	13	13,1	13,2	13,4	13,7
63	Gabon	2,9	3,7	3,5	3,3	3,6	65,6	66,8	64,9	50,2	47,9	34,4	33,2	35,1	49,8	52,1	5,9	7,4	7,5	7,2	7,3
64	Gambie	6,1	7,1	6,7	6,3	6,4	47,2	42,9	46,9	46,8	49,4	52,8	57,1	53,1	53,2	50,6	11,3	13,2	13,8	13,3	13,6
65	Géorgie	2,9	2,4	2,5	3,4	3,6	39,9	45,4	37,6	33,5	37,8	60,1	54,6	62,4	66,5	62,2	5,3	5,1	4,3	5,9	6,7
66	Ghana	4,1	4,3	4,2	4,3	4,7	47,6	53,8	53,9	55,9	59,6	52,4	46,2	46,1	44,1	40,4	9,4	9	9,2	8,1	8,6
67	Grèce	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4	52,8	52,1	53,4	56,1	56	47,2	47,9	46,6	43,9	44	10,8	10,5	11	10,8	11,2
68	Grenade	4,7	4,8	4,8	4,9	5,3	66,1	65,8	69,7	70,1	71,9	33,9	34,2	30,3	29,9	28,1	10,6	11,3	12,3	12,3	12,4
69	Guatemala	3,8	4,4	4,7	4,7	4,8	37,2	47,4	48,3	47,6	48,3	62,8	52,6	51,7	52,4	51,7	11,3	14	15,5	16,3	15,7
70	Guinée	3,6	3,3	3,6	3,4	3,5	56,3	51,4	55,3	53,4	54,1	43,7	48,6	44,7	46,6	45,9	9,3	9,6	9,4	10,9	11,3
71	Guinée équatoriale	3	4,1	2,8	2,1	2	63,1	62	61,9	62,5	60,4	36,9	38	38,1	37,5	39,6	10,4	8,3	9,9	10	10
72	Guinée-Bissau	5,4	5,5	5,9	6,1	5,9	43,2	44,5	48,5	55,3	53,8	56,8	55,5	51,5	44,7	46,2	7,3	9,8	9,1	7,7	7,4
73	Guyana	4,8	5	4,8	5,1	5,3	83,5	83,4	84	82,7	79,9	16,5	16,6	16	17,3	20,1	9,3	9,3	9,1	9,3	9,3
74	Haïti	4,9	5,1	4,9	4,8	5	51,7	49,9	51	50,7	53,4	48,3	50,1	49	49,3	46,6	12	11,7	11	12,3	14,1
75	Honduras	5,4	5,6	5,6	6	6,1	53	53,8	51,8	53,5	53,1	47	46,2	48,2	46,5	46,9	13,7	14,6	13,7	13,6	13,8
76	Hongrie	7	6,9	6,8	6,7	6,8	81,3	79,4	78,1	75,5	75	18,7	20,6	21,9	24,5	25	11,4	10,1	11,4	11,7	11,5
77	Iles Cook	5,1	5,1	4,8	4,6	4,7	72,7	71,9	65,1	64,4	67,6	27,3	28,1	34,9	35,6	32,4	9,5	9,2	9,1	8,6	8,9
78	Iles Marshall	9,9	9,7	9,5	9,8	9,8	70,5	66,4	65,2	65	64,7	29,5	33,6	34,8	35	35,3	10,7	10,9	10,8	9,6	9,6
79	Iles Salomon	3,7	4,5	4,9	4,9	5	92	93	93,4	93,4	93,5	8	7	6,6	6,6	6,5	11,4	11,4	11,1	11,4	11,5
80	Inde	5,3	5	5,2	5,1	5,1	15,7	18,4	17,9	17,6	17,9	84,3	81,6	82,1	82,4	82,1	3,2	3,5	3,3	3,1	3,1
81	Indonésie	2,4	2,5	2,6	2,7	2,4	23,7	27,2	28	23,7	25,1	76,3	72,8	72	76,3	74,9	2,8	3,2	3,6	3,2	3
82	Iran (République islamique d')	5,9	6	6,5	6,4	6,3	45	43,9	41,9	41,5	43,5	55	56,1	58,1	58,5	56,5	10,5	10,8	11,2	11,8	12
83	Iraq	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2	32,7	31,7	31	31,2	31,8	67,3	68,3	69	68,8	68,2	4,2	4,3	4,5	4,5	4,6
84	Irlande	6,4	6,2	6,2	6,4	6,5	74,6	76,5	72,8	73,3	76	25,4	23,5	27,2	26,7	24	12,9	13,6	13,1	14,6	14
85	Islande	8,2	8,6	9,5	9,3	9,2	83,1	83	84	83,7	82,9	16,9	17	16	16,3	17,1	16,3	16,8	18,3	18	17,5
86	Israël	8,1	8,1	8,2	8,2	8,7	74	72	71	69,8	69,2	26	28	29	30,2	30,8	12,1	11,4	11,8	12,1	11,5
87	Italie	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4	72,2	71,8	72	73,4	75,3	27,8	28,2	28	26,6	24,7	10,9	11,1	11,5	12,8	13
88	Jamahiriya arabe libyenne	3,4	3,7	3,5	2,8	2,9	47,9	49,6	49,1	51,5	56	52,1	50,4	50,9	48,5	44	6,2	5,3	5,6	4,9	5
89	Jamaïque	6,5	6,5	6,1	6,2	6,8	56,2	59,5	50,9	47	42,1	43,8	40,5	49,1	53	57,9	7,7	7,7	5,9	5,3	4,4
90	Japon	6,8	7,1	7,5	7,7	8	77,2	77,4	78,1	77,7	77,9	22,8	22,6	21,9	22,3	22,1	14,9	13,2	15,3	15,5	16,4
91	Jordanie	8,2	8,1	8,6	9,2	9,5	54,5	57	50,8	46,5	47	45,5	43	49,2	53,5	53	11,7	12,4	12,4	12,5	12,8
92	Kazakhstan	3,2	3,5	3,5	3,3	3,1	72,9	70	63,5	62,9	60,4	27,1	30	36,5	37,1	39,6	8,9	9,4	9,6	9	8
93	Kenya	8	8,4	7,9	8,7	7,8	21,7	24,1	18,7	23,8	21,4	78,3	75,9	81,3	76,2	78,6	6,1	7,2	5,1	8,6	6,2
94	Kirghizistan	4,1	4,7	4,4	4,2	4	67,9	59,5	53,9	48,3	48,7	32,1	40,5	46,1	51,7	51,3	10,5	10,1	10,2	9,5	9
95	Kiribati	8,7	8,3	7,8	8,3	8,6	99,1	99	98,9	98,8	98,8	0,9	1	1,1	1,2	1,2	11,2	10,9	9,7	10	9,3
96	Koweït	3,7	4,4	3,9	3,5	3,9	79,5	78,8	78,7	78,7	78,8	20,5	21,2	21,3	21,3	21,2	8,4	8	8,2	8,9	8,1
97	Lesotho	5,3	5,9	6,1	6,1	5,5	76	78,3	80,9	80,8	78,9	24	21,7	19,1	19,2	21,1	12,4	11,5	11,9	12	12
98	Lettonie	6,8	6,8	6,9	6,3	6,4	56,8	60,7	59,7	55,8	52,5	43,2	39,3	40,3	44,2	47,5	10,1	10,6	10	8,8	9,1
99	Liban	11,8	12,4	12,1	12,6	12,2	31,1	27,2	26,7	29,3	28,1	68,9	72,8	73,3	70,7	71,9	8,6	9,8	9	8,3	9,5
100	Libéria	3,2	3,5	4	4,2	4,3	69,1	73,4	76,5	76,2	75,9	30,9	26,6	23,5	23,8	24,1	9,3	10,1	10,8	10,7	10,6
101	Lituanie	6	6,4	6,3	6,2	6	76,2	75,1	73,5	70,7	70,5	23,8	24,9	26,5	29,3	29,5	13,6	14,8	11,7	13,9	14
102	Luxembourg	6	5,9	6	5,5	6	91,1	90,9	89,4	89,3	89,9	8,9	9,1	10,6	10,7	10,1	12,5	12,7	12,9	12,3	13,3
103	Madagascar	1,8	2,7	2,5	2,4	2	78,4	64,4	58,5	64,8	65,9	21,6	35,6	41,5	35,2	34,1	9	10,3	8,4	9,2	7,7
104	Malaisie	2,8	3	3,1	3,3	3,8	53,5	51,6	52,9	53,1	53,7	46,5	48,4	47,1	46,9	46,3	6,1	5,1	6	6,1	6,5
105	Malawi	8,7	8,5	8,7	8,2	7,8	35,6	35,5	37,8	36,9	35	64,4	64,5	62,2	63,1	65	12,2	12,9	13,9	12,2	12,3
106	Maldives	6,5	6,4	6,8	6,9	6,7	81,9	81,8	82,5	84	83,5	18,1	18,2	17,5	16	16,5	10,9	10,1	10,4	10,9	10,3
107	Mali	4,2	4,2	4,1	4,7	4,3	43,3	37,5	32,6	38,9	38,6	56,7	62,5	67,4	61,1	61,4	8,2	7	5,7	7,8	6,8
108	Malte	8,6	8,4	8,3	8,8	8,8	67,9	69,3	67,5	68,5	68,5	32,1	30,7	32,5	31,5	31,5	11,7	11,9	11,8	13,2	12,8
109	Maroc	4,3	4,4	4,4	4,7	5,1	26	28,3	29,1	34	39,3	74	71,7	70,9	66	60,7	3,7	4	3,9	4,7	5,3
110	Maurice	3	3,2	3,1	3,3	3,4	61,2	62,6	62	58,7	59,5	38,8	37,4	38	41,3	40,5	6,8	7	7,2	6,6	7,6

	Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
56	Etats-Unis d'Amérique	0	0	0	0	0	32,1	33,3	33,3	33,9	32,9	27,6	28	27,6	27,2	26,5	61,2	61	61,7	62,8	64,1
57	Ethiopie	9,3	23,5	27,6	29,6	34,3	0,7	0,7	0,8	1	0,8	86,2	85,7	85,4	84,6	84,7	0	0	0	0	0
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	2,6	2,6	2,6	3,1	3,5	96,3	96,8	94,8	91,9	87,5	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
59	Fédération de Russie	0,4	1,2	3,8	3,1	3,1	33,8	36,3	36,9	24,5	21,8	77,7	80,5	84,8	85,2	84,4	6,7	5,6	4,6	4,6	4,5
60	Fidji	4,2	7,7	11,1	10,9	10,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
61	Finlande	0	0	0	0	0	18,7	19,4	19,8	20,5	20,8	82,4	81,9	82,2	81,9	82,7	11	11,1	10,8	10,5	8,3
62	France	0	0	0	0	0	96,8	96,8	96,7	96,7	96,5	43,5	43,1	43	43,1	42,6	52,2	52,6	52,6	52,6	53,1
63	Gabon	3,7	4	4,6	1,3	1,8	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
64	Gambie	29,4	25	28,2	26,1	26,6	0	0	0	0	0	89,2	86,3	88,6	88,9	90	0	0	0	0	0
65	Géorgie	5,4	7,1	7,3	3,1	5,1	54,3	39,3	54,4	47,9	41,5	99,7	99,5	99,5	99,7	99,7	0,3	0,5	0,5	0,3	0,3
66	Ghana	6,8	8,2	8,6	13,2	23,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
67	Grèce	0	0	0	0	0	26,9	37,5	35,4	31,9	35	72,1	71	69,5	74,5	73,9	4,3	4,2	4,1	4,4	4,4
68	Grenade	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
69	Guatemala	3,2	5,4	5,3	4,6	1,4	49	55,3	54,8	57,1	54,1	92,2	93,2	85,6	86,2	85,7	3,8	4,5	5,4	5,2	5,3
70	Guinée	14	14	14,3	19,1	20,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
71	Guinée équatoriale	23,6	29,2	14,9	17,2	10,6	0	0	0	0	0	95,1	95,1	89,3	70,5	52,3	0	0	0	0	0
72	Guinée-Bissau	22	29,4	30	39,8	38,6	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
73	Guyana	4,7	3,6	4	3,1	2,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
74	Haïti	36,5	36,6	38,3	39,2	42,9	0	0	0	0	0	43,2	40,2	43,3	43,3	45,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
75	Honduras	12,1	10,4	10,1	8,7	7,5	16,7	15,4	16,6	16,5	17,3	89,3	89	89,1	88,9	88,9	7,5	7,5	7,5	7,6	7,5
76	Hongrie	0	0	0	0	0	82,8	83,4	83,8	83,9	83,2	n.d.	84,9	86,3	87	85,5	n.d.	0,2	0,5	0,8	1,3
77	Iles Cook	0,2	33,4	26,8	25,4	23,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
78	Iles Marshall	13,7	13,5	38,2	36,5	25,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
79	Iles Salomon	7	7,7	7,1	16,5	15,9	0	0	0	0	0	47	45,8	47,1	48,3	49,2	0	0	0	0	0
80	Inde	2,3	2,4	2,2	2,2	0,4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
81	Indonésie	2,9	6,4	9,5	8,3	6,5	14,1	9	7,3	7,5	7,5	95,7	93,3	89,6	91,8	91,8	4,3	6,7	10,4	8,2	8,2
82	Iran (République islamique d')	0	0	0	0,1	0,1	38,8	40,8	41	40,6	40,8	94,5	93,7	94,4	94,8	94,2	2,5	3	2,5	2,3	2,6
83	Iraq	0	0	0,1	0	0,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
84	Irlande	0	0	0	0	0	1,1	1,1	1,1	1,2	1	53,1	45,6	51,4	50,5	55,2	34,1	38,1	29,3	28,4	28,4
85	Islande	0	0	0	0	0	31,5	29,8	27,7	29,6	28,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
86	Israël	0	0	0,3	0,4	0,1	33,1	34,3	34,9	36,4	37,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
87	Italie	0	0	0	0	0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,3	86,7	86,9	85,6	84,9	82,1	3,6	3,3	3,4	3,3	3,6
88	Jamahiriya arabe libyenne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
89	Jamaïque	2,3	2,5	2,5	2	3	0	0	0	0	0	69,4	66,7	70,3	65,6	73,4	25	27,2	24,3	29,5	22,5
90	Japon	0	0	0	0	0	87,1	84,5	84	83,5	83,6	74,8	78,2	77,8	74,5	74,9	2,5	2,6	2,6	2,8	1,4
91	Jordanie	1,5	4,1	3,5	4,5	4,4	0,7	0,6	0,8	0,8	0,7	78,5	77,9	75,8	74,1	73,9	5,8	5,9	5,7	5,6	7,4
92	Kazakhstan	0,5	0,4	3,5	4	3,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
93	Kenya	7,3	7,9	9,6	9,7	9,8	0	0	0	0	0	70	70,7	68,5	69,6	67,6	7,3	6,6	9,1	8,7	9,5
94	Kirghizistan	8,4	8,8	14,3	17	n/a	0,6	4,4	8,4	10,1	10,3	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
95	Kiribati	n.d.	n.d.	n.d.	2,2	4,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
96	Koweït	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
97	Lesotho	5,3	3,9	3,2	4,7	6	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
98	Lettonie	0	0,8	0,8	0,7	0,7	28,4	29,9	29,9	31,8	27,4	100	100	100	100	99,7	0	0	0	0	0,3
99	Liban	0,6	1,9	0,7	0,2	0,2	42,3	45,6	47,7	43	50,6	80,9	81	81,8	81,1	81,2	16,7	16,7	15,8	16,4	16,5
100	Libéria	59,4	65,5	66,2	61,9	57,2	0	0	0	0	0	86,2	87,7	88,4	84	84,2	0	0	0	0	0
101	Lituanie	0	0	1,1	1,4	1	82,7	89,9	92,2	90,7	88,3	91,9	92	91,5	92,1	91,7	0	0	0	0	0
102	Luxembourg	0	0	0	0	0	86	82,7	77	82,9	77,6	81,9	82,4	73,9	73,2	74,6	18,1	17,6	13,4	13,8	14,6
103	Madagascar	35,8	28,6	36,3	38,1	36,8	0	0	0	0	0	73,2	89,2	89,7	87,7	85	26,8	10,8	10,3	12,3	15
104	Malaisie	0,9	1,1	1	0,8	0	0,8	0,9	1	0,9	1,1	n.d.	94,2	93,9	93,4	92,8	n.d.	5,8	6,1	6,6	7,2
105	Malawi	22,8	20,4	22,9	32,3	26,5	0	0	0	0	0	40,3	40,4	41,3	39,7	43,7	1,4	1,8	1,5	1,7	1,6
106	Maldives	4,2	3,6	2,6	2,2	1,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
107	Mali	32	24,2	18,8	24,2	20,8	0	0	0	0	0	77,5	77,6	75,6	73,5	72,4	12,4	13,2	15,3	17,8	18,7
108	Malte	0	0	0	0	0	64,5	68,9	68	59,9	58,7	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
109	Maroc	2,6	2,2	1,5	1,7	1,4	9,8	9	9	7,6	5,8	74,3	74,4	74,3	74,3	74,1	22,8	22,5	22,7	22,6	22,7
110	Maurice	1,6	1,4	1,2	1,1	1,6	5,2	6,1	6,5	7,8	8,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0

Tableau 5 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé pour 1997-2001

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
111	Mauritanie	3,4	3,6	3,6	3,7	3,6	74,5	71,1	71,9	73,5	72,4	25,5	28,9	28,1	26,5	27,6	10,2	10,1	10,5	11	10,3
112	Mexique	5,5	5,6	5,7	5,7	6,1	45,3	46,6	46,9	45,7	44,3	54,7	53,4	53,1	54,3	55,7	15	16,8	17,2	16,6	16,7
113	Micronésie (Etats fédérés de)	8,3	8	7,9	7,9	7,8	73,7	72,6	71,8	71,8	72	26,3	27,4	28,2	28,2	28	9,8	7,9	7,9	8,5	8,5
114	Monaco	7	7,2	7,4	7,4	7,6	54,7	53,6	52,7	54,5	56,1	45,3	46,4	47,3	45,5	43,9	15,9	16,1	16,3	16,8	17,7
115	Mongolie	5	6,2	6,1	6,3	6,4	62,7	65,4	66,5	70,3	72,3	37,3	34,6	33,5	29,7	27,7	9,1	9	9,8	10,5	10,5
116	Mozambique	5	4,9	5	5,7	5,9	60,5	62	64	66,6	67,4	39,5	38	36	33,4	32,6	15,1	15,5	16,5	18,2	18,9
117	Myanmar	2,1	2	2	2	2,1	14,3	10,6	11,7	17,1	17,8	85,7	89,4	88,3	82,9	82,2	2,7	2,5	3	5	5,7
118	Namibie	6,9	6,8	7	6,9	6,7	71,1	72,2	73,2	68,9	69,3	28,9	27,8	26,8	31,1	30,7	13	13	13,1	12,4	12,2
119	Nauru	7,6	7,9	7,7	7,7	7,5	89,1	89	89,1	88,9	88,7	10,9	11	10,9	11,1	11,3	9,1	9,1	9,2	9,2	9,1
120	Népal	5,4	5,5	5,3	5,2	5,2	31,3	33,3	29,8	30,1	29,7	68,7	66,7	70,2	69,9	70,3	9,3	9,9	9	9	8,1
121	Nicaragua	6,2	6	5,8	7,1	7,8	53,8	60,3	54	52,5	48,5	46,2	39,7	46	47,5	51,5	18,7	20,2	13,8	17	17,9
122	Niger	3,4	3,3	3,2	3,6	3,7	41,7	43	43,6	43,1	39,1	58,3	57	56,4	56,9	60,9	8,9	8,3	7,8	8,6	7,7
123	Nigéria	2,8	3,1	3	3	3,4	11,7	15,4	16	14,1	23,2	88,3	84,6	84	85,9	76,8	2,1	2,3	1,7	1,7	1,9
124	Nioué	7,6	7,4	7,9	8	7,7	97,1	97	97	97	97	2,9	3	3	3	3	13	13,9	15,3	15,4	14,8
125	Norvège	7,8	8,5	8,5	7,6	8	84,3	84,7	85,2	85,2	85,5	15,7	15,3	14,8	14,8	14,5	14	14,5	15,1	14,9	15,2
126	Nouvelle-Zélande	7,5	7,9	8	8	8,3	77,3	77	77,9	78	76,8	22,7	23	22,1	22	23,2	12,7	13,5	14,1	14,5	14,8
127	Oman	3,4	3,8	3,5	3	3	81,9	82,3	82,2	81,1	80,7	18,1	17,7	17,8	18,9	19,3	7,4	7,6	7,7	7	6,5
128	Ouganda	3,9	4	4,1	5,6	5,9	29,1	38	40,9	56,1	57,5	70,9	62	59,1	43,9	42,5	6,5	8,1	8,4	16,4	16,4
129	Ouzbékistan	4,2	3,9	3,6	3,7	3,6	72,7	75,1	74	74,9	74,5	27,3	24,9	26	25,1	25,5	9,3	8,8	8,6	9,6	9,2
130	Pakistan	3,8	3,9	4	4,1	3,9	27,2	29,1	25,6	24,5	24,4	72,8	70,9	74,4	75,5	75,6	3,8	4,2	3,7	3,3	3,5
131	Palaos	8,5	8,9	9	9	9,2	91,6	92,9	91,4	91,7	92	8,4	7,1	8,6	8,3	8	10,7	11,3	11,3	11,3	11,6
132	Panama	7,4	7,4	7,6	7,6	7	68,3	70,2	69,9	69,2	69	31,7	29,8	30,1	30,8	31	18,7	18,5	18,5	18,4	18,4
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,2	3,8	4,2	4,3	4,4	89	90,9	89,9	89,7	89	11	9,1	10,1	10,3	11	9,6	12,3	13,3	12,9	13
134	Paraguay	7,6	7,3	7,9	7,9	8	32,8	37,4	39,4	38,3	38,3	67,2	62,6	60,6	61,7	61,7	13,6	14,9	17,4	16,8	16,9
135	Pays-Bas	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9	67,8	64,4	63,3	63,4	63,3	32,2	35,6	36,7	36,6	36,7	11,5	11,7	11,7	12,1	12,2
136	Pérou	4,4	4,6	4,9	4,7	4,7	51,4	54,8	55,9	55,4	55	48,6	45,2	44,1	44,6	45	11,6	12,9	13	12,7	12,1
137	Philippines	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	43,4	43,4	44,8	48,2	45,2	56,6	56,6	55,2	51,8	54,8	6,7	6,6	6,5	7,1	6,2
138	Pologne	6,1	6,4	6,2	5,8	6,1	72	65,4	71,1	70	71,9	28	34,6	28,9	30	28,1	9,5	9,4	10,6	10,2	10,9
139	Portugal	8,6	8,6	8,7	9,1	9,2	64,8	65,5	67,6	68,5	69	35,2	34,5	32,4	31,5	31	12,4	12,8	13	13,7	13,7
140	Qatar	3,9	4,5	3,8	2,8	3,1	76,8	76,9	76	74,2	73,5	23,2	23,1	24	25,8	26,5	7	7,6	7,5	6,7	6,5
141	République arabe syrienne	2,5	2,7	2,8	3,1	3,4	59,5	57,5	57,1	51,8	53,1	40,5	42,5	42,9	48,2	46,9	5,2	5,1	5,2	5,3	5,3
142	République centrafricaine	3,6	4	4,1	4,3	4,5	37,9	44,4	48	49,2	51,2	62,1	55,6	52	50,8	48,8	8,4	9	10,1	13,9	18,5
143	République de Corée	5	5,1	5,6	5,9	6	41	46,2	43,1	44,4	44,4	59	53,8	56,9	55,6	55,6	9	9,3	9,7	10,7	9,5
144	République de Moldova	8,3	7,2	5,3	5,2	5,1	73	60,3	54,4	55,9	55,8	27	39,7	45,6	44,1	44,2	14,6	12,1	9,8	9,9	10,6
145	République démocratique du Congo	3,3	3	3,1	3,2	3,5	47,1	41,7	41,5	44,7	44,4	52,9	58,3	58,5	55,3	55,6	10,3	8,3	8,7	9,7	10,3
146	République démocratique populaire lao	2,9	2,5	3	2,9	3,1	62,1	48,6	49,4	53,3	55,5	37,9	51,4	50,6	46,7	44,5	9,8	5,7	8,8	7,6	8,7
147	République dominicaine	5,8	5,8	5,7	6,2	6,1	32	31,4	32,2	35,4	36,1	68	68,6	67,8	64,6	63,9	12,2	11,8	11,3	14,6	13,5
148	République populaire démocratique de Corée	2,2	2,8	2,6	2,4	2,5	71,4	76,9	75,3	73,5	73,4	28,6	23,1	24,7	26,5	26,6	3,5	3,3	3,2	2,9	3
149	République tchèque	7,1	7,1	7,1	7,1	7,4	91,7	91,9	91,5	91,4	91,4	8,3	8,1	8,5	8,6	8,6	14	13,6	13,9	13,9	14,1
150	République-Unie de Tanzanie	4,1	4,4	4,3	4,4	4,4	45,9	47,1	43,4	47,1	46,7	54,1	52,9	56,6	52,9	53,3	14,4	13,1	12,4	12,1	12,1
151	Roumanie	5	6,6	6,8	6,6	6,5	66,7	74,2	77,8	78,9	79,2	33,3	25,8	22,2	21,1	20,8	9,9	13,7	14,1	14,2	15,9
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6	80,1	80,2	80,5	80,9	82,2	19,9	19,8	19,5	19,1	17,8	13,4	13,9	14,8	15	15,4
153	Rwanda	5	5	5,5	5,6	5,5	48,8	51,3	54	52,9	55,5	51,2	48,7	46	47,1	44,5	12,5	13,8	13,5	14,8	14,2
154	Sainte-Lucie	4,2	4,3	4,1	4,2	4,5	62,3	65,6	65,3	65,2	64,6	37,7	34,4	34,7	34,8	35,4	9	8,8	8,3	8,2	8
155	Saint-Kitts-et-Nevis	4,8	4,8	4,7	4,7	4,8	66,3	66,7	66,2	66,3	66,3	33,7	33,3	33,8	33,7	33,7	10,9	11	10,6	10,6	10,9
156	Saint-Marin	5,9	6,1	6,3	6,7	6,8	75,1	75,4	75,8	77,1	78	24,9	24,6	24,2	22,9	22	11	12	12,4	13,4	13,8
157	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	6,1	5,9	6	6	6,1	63,8	62,5	62,7	65,1	63,5	36,2	37,5	37,3	34,9	36,5	9,2	8,7	9,1	9,3	9,3
158	Samoa	5,4	5,8	6,2	5,8	5,8	73,6	73,5	74,1	76,9	82,2	26,4	26,5	25,9	23,1	17,8	11,5	13,1	12,9	14,7	15,7
159	Sao Tomé-et-Principe	3	2,9	2,3	2,4	2,3	66,7	67,9	67,9	67,8	67,7	33,3	32,1	32,1	32,2	32,3	2,9	3,6	3,6	3,6	3,5
160	Sénégal	5,1	4,9	4,7	4,6	4,8	54,8	57,5	56,1	56,6	58,8	45,2	42,5	43,9	43,4	41,2	14,4	15	13	13,6	12,9

	Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
111	Mauritanie	24,8	19,7	21,5	24,4	23,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
112	Mexique	0,2	0,8	0,7	0,6	0,5	68,5	68,1	69,2	67,7	66,5	92,5	92,5	92,4	92,3	92,4	3,9	3,9	4,1	4,7	4,9
113	Micronésie (Etats fédérés de)	n.d.	n.d.	22,5	22,1	16,2	0	0	0	0	0	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	0	0	0	0	0
114	Monaco	0	0	0	0	0	94,3	94,6	94,9	95,2	95,7	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
115	Mongolie	4,2	9	18,9	17,2	15,4	36,8	39,9	39,3	40,2	40,3	73,3	74,5	74,1	73,9	73,4	0	0	0	0	0
116	Mozambique	53,1	44,2	40,3	38,2	36,9	0	0	0	0	0	42,8	40,5	39,2	39,3	39,3	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
117	Myanmar	0,4	0,4	0,3	0,4	0,2	3,6	3	2,1	2	1,8	99,6	99,7	99,8	99,6	99,6	0	0	0	0	0
118	Namibie	4,4	4,5	4,6	3,8	3,9	1,5	1,4	1,2	1,8	2	21,8	21,8	21,2	18,1	18,7	75,2	74,5	74,3	77,2	75,7
119	Nauru	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
120	Népal	10,6	9,9	10,2	8,3	9,4	0	0	0	0	0	94,2	94,1	94,2	93,8	93,3	0	0	0	0	0
121	Nicaragua	10,8	11,1	10	7,7	7,7	24,3	23	31,5	27	31,3	97,1	96,9	93,9	91,9	93,1	0,9	1,7	0,7	2,7	4
122	Niger	13,7	17,7	9,2	20,9	16,9	0	0	0	0	0	84,5	83,4	82,7	83,4	85,4	3,4	2,9	3,2	3,2	2,9
123	Nigéria	1,3	1,2	3,8	7,2	7,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
124	Nioué	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
125	Norvège	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96,6	96,6	96,6	96,7	96,8	0	0	0	0	0
126	Nouvelle-Zélande	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68,8	70,8	70,1	69,9	72	29,8	27,7	28,1	28,5	26,5
127	Oman	0	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0	46,4	51,1	47,5	41,7	42,9	0	0	0	0	0
128	Ouganda	24,4	41,7	22,9	41,2	24,8	0	0	0	0	0	54	54	55,4	55,6	53,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
129	Ouzbékistan	1	1,3	1,5	0,9	1,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
130	Pakistan	2,7	2,2	2	3,8	1,9	43,9	41,6	44,9	39,6	43,3	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
131	Palaos	12,5	13,5	11,9	11,4	11,8	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
132	Panama	1,4	1,3	1,3	1,2	0,6	60,6	66,2	58,9	57,2	57,9	82,7	82	81,8	81,3	81,2	17,2	18	18,2	18,7	18,7
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	26,8	29	18,5	22,1	21,2	0	0	0	0	0	88,7	86,4	83,4	83,9	83,3	2	4,8	9,4	9,3	9,4
134	Paraguay	1,6	1,9	2	2	2	47,8	44,9	46,7	48,3	48,2	68,4	76,3	72,9	72,7	71,6	31,6	23,7	27,1	27,3	28,4
135	Pays-Bas	0	0	0	0	0	93,6	93,3	93,2	93,6	93,8	23,8	24,7	25	24,5	24,1	59,1	43,5	42,7	41,6	42,4
136	Pérou	2,3	2,4	2	1,4	1,7	43	43,1	48,3	47,2	51,9	82,8	81,7	80	81,7	81,7	15,3	16,5	18	16	16,1
137	Philippines	2	2,8	3,7	3,5	3,5	11,8	8,8	11,4	14,7	17,2	82,9	82,6	79,5	79,2	78,2	15,6	15,9	18,6	18,6	19,8
138	Pologne	0	0	0	0	0	0	0	83,4	82,4	76,7	92,7	92,8	92,3	92,4	92,4	7,3	7,2	7,7	7,6	7,6
139	Portugal	0	0	0	0	0	6,7	7,7	7,1	6,7	6,8	55,5	57,7	60,6	59,4	58,5	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
140	Qatar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25,3	24,7	26,8	31,9	33,7	0	0	0	0	0
141	République arabe syrienne	0,6	0,5	0,3	0,2	0,5	0	0	0	0	0	66,5	67,9	72,4	61,9	57,3	0	0	0	0	0
142	République centrafricaine	14,7	25,4	28,4	30,8	32,4	0	0	0	0	0	95,2	95,3	95,1	95,5	95,4	0	0	0	0	0
143	République de Corée	0	0	0	0	0	71,9	74,5	75,2	77,3	77,2	78,2	77,4	75,7	74,2	74,3	11,3	12,9	13,6	15,6	17,2
144	République de Moldova	0,4	1	4,1	7,8	8,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	97,6	0	0	0	0	2,4
145	République démocratique du Congo	11	12,6	5,7	6,6	18	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
146	République démocratique populaire lao	15,8	20,4	19,5	19,7	21,1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	80,1	80	80	80	80	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
147	République dominicaine	1,5	3,2	3,2	2,5	1,8	26,8	21,4	20,3	22,4	22,6	88,6	88,4	88,4	88,4	88,4	0,1	0,4	0,4	0,4	0,4
148	République populaire démocratique de Corée	n.d.	0,2	0,2	0,3	0,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
149	République tchèque	0	0	0	0	0	89,5	90,2	89,4	89,4	86,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
150	République-Unie de Tanzanie	16	22	35,3	30	29,5	0	0	0	0	0	87	87,5	83,5	83	83,1	0	0	4,5	4,4	4,4
151	Roumanie	1	2,1	3	2	1	87,1	87	87	88,6	88,3	79,4	78,8	86,7	89,2	92,1	20,6	21,2	13,3	10,8	7,9
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53,5	55,1	54,7	55	55,3	17	17,2	16,7	16,7	17,2
153	Rwanda	30,1	25,6	26,5	33,2	24,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	66,2	67	64,6	61,3	66,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
154	Sainte-Lucie	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	35,2	17,7	14,6	24	25,5	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
155	Saint-Kitts-et-Nevis	7,2	6,8	6,7	6,2	5,6	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
156	Saint-Marin	0	0	0	0	0	54,8	55,7	54,9	52,7	51,7	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
157	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	1,8	1,7	1,6	1,6	0,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
158	Samoa	6,1	15,8	13,8	19,1	15,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,2	78,1	79,4	80,1	81,7	87,5	0	0	0	0	0
159	Sao Tomé-et-Principe	45,3	48,6	64,1	57,8	56,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
160	Sénégal	11,7	11,1	12,4	14,1	20,2	0	0	0	0	0	91,3	90,6	91,2	91,3	91,6	8,7	9,4	8,8	8,7	8,4

Tableau 5 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé pour 1997-2001

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Total des dépenses de santé en % du PIB					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé					Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
161	Serbie-et-Monténégro	11	9,9	9,2	7,6	8,2	74	71,3	70,9	77,6	79,2	26	28,7	29,1	22,4	20,8	21,1	17,5	15,9	14,7	15
162	Seychelles	6,7	6,4	6,2	5,9	6	72,3	69,4	68,8	66,5	68,2	27,7	30,6	31,2	33,5	31,8	8,1	7,5	7,4	6,7	7
163	Sierra Leone	3,3	3	3,7	4,3	4,3	46,8	44,2	53,8	60,4	61	53,2	55,8	46,2	39,6	39	8,9	9,4	9,4	9,3	9,4
164	Singapour	3,7	4,2	4	3,6	3,9	39	41,6	38,3	35,2	33,5	61	58,4	61,7	64,8	66,5	8,4	8,7	8,2	6,7	5,9
165	Slovaquie	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7	91,7	91,6	89,6	89,4	89,3	8,3	8,4	10,4	10,6	10,7	8,5	8,8	9,2	8,2	8,9
166	Slovénie	7,8	8,3	8,2	8	8,4	79,2	75,7	75,5	76	74,9	20,8	24,3	24,5	24	25,1	14,3	14,3	14	14,5	14,6
167	Somalie	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	45,5	46,1	45	44,8	44,6	54,5	53,9	55	55,2	55,4	4,4	4,4	4,2	4,2	4,2
168	Soudan	3,5	3,7	3,7	3,9	3,5	19,6	24,4	22,9	28,7	18,7	80,4	75,6	77,1	71,3	81,3	9,1	12	9,5	9,3	4,6
169	Sri Lanka	3,2	3,4	3,5	3,6	3,6	49,5	51,3	49	49,2	48,9	50,5	48,7	51	50,8	51,1	6	5,8	5,7	6,1	6,1
170	Suède	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7	85,8	85,8	85,7	85	85,2	14,2	14,2	14,3	15	14,8	11,2	11,8	12	12,4	13
171	Suisse	10,4	10,6	10,7	10,7	11	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	44,8	45,1	44,7	44,4	42,9	15,3	15,4	11,9	12,5	13,2
172	Suriname	9,5	9,9	9,8	9,9	9,4	52,4	61,7	59,6	63,3	60,2	47,6	38,3	40,4	36,7	39,8	17,1	18,2	17,6	18,9	17
173	Swaziland	3,1	3,2	3,3	3,4	3,3	71,6	70,8	67,7	69,9	68,5	28,4	29,2	32,3	30,1	31,5	7,9	7,7	7	7,8	7,5
174	Tadjikistan	5,4	3,6	3,4	3,1	3,4	36	32,4	30,6	29,7	28,9	64	67,6	69,4	70,3	71,1	10,6	7,5	5	5,3	5,5
175	Tchad	2,8	2,3	2,7	3,1	2,6	78,1	72,7	75	78,7	76	21,9	27,3	25	21,3	24	12,5	10,8	11,2	12,2	15,2
176	Thaïlande	3,7	3,9	3,7	3,6	3,7	57,2	61,2	57,6	56,8	57,1	42,8	38,8	42,4	43,2	42,9	10,2	13,3	11,6	11,6	11,6
177	Timor-Leste	9,4	6,4	9,6	7,4	9,8	90,5	85,4	88,6	74	59,5	9,5	14,6	11,4	26	40,5	9	5,8	9	5,8	9
178	Togo	3	3,5	4	3	2,8	50,2	59,6	62,8	48,7	48,6	49,8	40,4	37,2	51,3	51,4	8,3	9,7	12,8	7,9	9,3
179	Tonga	5,5	5,5	5,4	5,3	5,5	59,8	61,2	60,7	60,5	61,6	40,2	38,8	39,3	39,5	38,4	7,8	9,6	12,7	11,6	10,9
180	Trinité-et-Tobago	4,5	4,8	4,5	3,9	4	43	46,5	46,5	45,9	43,3	57	53,5	53,5	54,1	56,7	6,6	6,7	6,7	6,7	6,4
181	Tunisie	6,4	6,3	6,3	6,2	6,4	77,7	76,7	75,9	74,3	75,7	22,3	23,3	24,1	25,7	24,3	15,5	15	14,9	14,2	15,1
182	Turkménistan	4,7	5	5	4	4,1	75,6	70,3	68	74,5	73,3	24,4	29,7	32	25,5	26,7	12	14,4	17,5	11,5	18,2
183	Turquie	4,2	4,8	4,9	5	5	71,6	71,9	71,1	71,1	71	28,4	28,1	28,9	28,9	29	10,8	11,5	9,1	9	9,1
184	Tuvalu	5,3	5,2	5,4	5,5	5,4	59,1	59,3	57,3	53,5	53,4	40,9	40,7	42,7	46,5	46,6	5,4	3,7	3,6	3,3	2,9
185	Ukraine	5,4	5	4,3	4,2	4,3	75	71,7	68,3	68,2	67,8	25	28,3	31,7	31,8	32,2	9,3	8	8,3	7,6	7,6
186	Uruguay	10	10,2	10,7	10,9	10,9	40,8	41	48,2	46,6	46,3	59,2	59	51,8	53,4	53,7	12,1	12,5	14,9	14,9	14,9
187	Vanuatu	3,4	3,5	3,7	3,8	3,8	65,5	65,4	63,6	60,9	59,2	34,5	34,6	36,4	39,1	40,8	10,2	8,7	10,3	10,1	9,7
188	Venezuela (République bolivarienne du)	5,4	5,4	5,6	5,9	6	57,1	54,4	53,9	57,1	62,1	42,9	45,6	46,1	42,9	37,9	12,5	12,4	13,6	13,8	14,7
189	Viet Nam	4,4	4,9	4,9	5,2	5,1	31,5	32,7	32,7	28,5	28,5	68,5	67,3	67,3	71,5	71,5	5,6	7,1	6,7	6,1	6,1
190	Yémen	3,8	4,4	4	4	4,5	30,4	39,5	32,5	34,6	34,1	69,6	60,5	67,5	65,4	65,9	3,5	4,8	4,8	3,9	4
191	Zambie	6	6	5,7	5,5	5,7	55,1	56,9	54,8	52,5	53,1	44,9	43,1	45,2	47,5	46,9	13,1	12,5	13,7	13,6	13,5
192	Zimbabwe	9,3	11,4	7,9	7,4	6,2	59,1	55,9	48,9	50,7	45,3	40,9	44,1	51,1	49,3	54,7	15,4	12,2	10	7,1	8

[a] Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

La mention « n.d. » signifie qu'il devrait y avoir une donnée mais qu'on n'a pu en obtenir aucune estimation.

Le chiffre zéro signifie que l'on n'a pas connaissance du système auquel se rapporte l'entrée correspondante ou que l'estimation correspond à une proportion du total inférieure à 0 4 %.

	Etats Membres	Dépenses de santé financées par des ressources extérieures en % des dépenses totales de santé					Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses publiques générales de santé					Paiements directs en % des dépenses privées de santé					Assurances privées par prépaiement en % des dépenses privées de santé				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
161	Serbie-et-Monténégro	0	0,1	0,3	2,2	1,4	92,7	92	92,6	92,4	89,4	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
162	Seychelles	13,7	12,9	12,4	11,8	11,9	0	0	0	0	0	77,8	75,3	75	74,6	75	0	0	0	0	0
163	Sierra Leone	19,3	18,8	22,2	25,4	25,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
164	Singapour	0	0	0	0	0	20,2	17,6	19	23,3	24,5	97,5	97,3	97,4	97,2	97	0	0	0	0	0
165	Slovaquie	0	0	0	0	0	96,7	96,6	94,2	94,4	95,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
166	Slovénie	0	0	0	0	0	87,8	87,9	87,5	87,5	77,5	48,8	44,4	39,3	38,6	41,7	51,2	55,6	60,7	61,4	58,3
167	Somalie	4,3	5,3	6,1	9	9,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
168	Soudan	1,4	2,4	4,1	2,4	2,7	0	0	0	0	0	99,4	99,3	99,4	99,3	99,3	0	0	0	0	0
169	Sri Lanka	3,2	2,8	2,7	2,7	3,1	0	0	0	0	0	95	94,9	95,1	95	95	1	1	1	1,1	1,1
170	Suède	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
171	Suisse	0	0	0	0	0	71,6	72,3	72,1	72,6	70,4	72	72,6	74,5	74,1	73,9	25,7	25,2	23,3	23,6	23,8
172	Suriname	9	9,5	17,6	9,8	12,4	32,2	34,9	33,3	28,1	22,8	30,5	33,7	32,7	39,9	57	1,7	1,4	1,3	1	0,7
173	Swaziland	9,3	1,5	5,1	0,9	7,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
174	Tadjikistan	4,1	6,2	3,1	12,4	5,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
175	Tchad	66,9	58,7	65,2	59,7	62,9	0	0	0	0	0	80,4	80,6	82	81,6	80,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
176	Thaïlande	0,3	0,4	0,5	0,5	0,1	30,2	25,8	26,9	27	26,8	86,2	84,9	84,9	85	85	8,6	9,6	9,6	9,6	9,6
177	Timor-Leste	41,8	66,7	87,2	64,6	53,8	0,9	1,2	n.d.	n.d.	n.d.	93	88,6	75,8	43,1	20,8	0	0	0	0	0
178	Togo	8,1	9,8	5,3	31,2	8,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
179	Tonga	6,3	5,9	8,8	10,2	20,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
180	Trinité-et-Tobago	5,2	4,6	4,4	4,2	3,8	0	0	0	0	0	86,9	87,1	86,4	85,7	86,5	6,2	6,2	6,7	7,6	7,1
181	Tunisie	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	45,3	52,7	54,9	57,3	53,4	77,2	76	77,1	78	77,6	22,8	24	22,9	22	22,4
182	Turkménistan	2,1	2,6	1,4	0,9	0,6	8,4	16,2	23,5	26,4	26,8	71,4	76,6	78,1	72,6	73,7	28,6	23,4	21,9	27,4	26,3
183	Turquie	0,4	0,4	0,1	0,1	0	38,8	43,8	28,4	28,4	28,6	99,6	99,6	99,8	99,9	98,8	0,2	0,2	0,2	0,1	1,2
184	Tuvalu	6,9	7,1	6,4	6,4	29,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
185	Ukraine	0,6	0,4	0,3	0,7	0,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
186	Uruguay	0,6	0,6	0,1	0,5	0,8	45,6	46,8	37,6	34,7	35,8	33,5	32,9	33,2	31,2	30,4	66,5	67,1	66,8	68,8	69,6
187	Vanuatu	20	30,4	28,7	28,5	8,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
188	Venezuela (République bolivarienne du)	1,3	1,2	1	0,4	0,1	20,9	18,6	25	24,7	20,2	78,6	77,9	79,9	73,8	95,4	4,6	4,8	4,4	4	4,6
189	Viet Nam	5,6	2,8	3,4	2,7	2,6	13	11,5	9,5	10,9	10,9	93,5	89,7	86,5	87,7	87,6	0	3,4	3,7	4,2	4,2
190	Yémen	6,2	5,2	5,1	4,1	3,7	0	0	0	0	0	87,4	87,9	88,2	87,8	88,7	0	0	0	0	0
191	Zambie	23,5	26,1	40,1	33,5	48,7	0	0	0	0	0	70,9	74,1	70,7	71,1	71,8	0	0	0	0	0
192	Zimbabwe	2,3	17,2	13	12,5	7,8	0	0	0	0	0	67	75,2	44,9	48	52,2	21	16,4	39,6	39,2	34,8

Tableau 6 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé par habitant pour 1997-2001

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
1	Afghanistan	n.d.	n.d.	n.d.	9	8	34	35	38	40	34	n.d.	n.d.	n.d.	5	4	17	19	20	22	18
2	Afrique du Sud	315	270	264	253	222	622	604	623	633	652	145	114	113	106	92	287	256	265	265	270
3	Albanie	28	34	43	46	48	108	108	125	144	150	17	21	27	30	31	66	67	78	92	97
4	Algérie	57	59	59	68	73	122	133	138	151	169	41	42	41	48	55	87	94	96	106	127
5	Allemagne	2753	2773	2731	2408	2412	2458	2515	2621	2766	2820	2073	2075	2043	1807	1807	1851	1882	1961	2075	2113
6	Andorre	1328	1670	1285	1200	1233	1601	2021	1610	1723	1821	950	1313	920	841	875	1145	1589	1152	1208	1292
7	Angola	26	19	17	26	31	56	51	48	55	70	12	8	7	14	19	25	20	21	30	44
8	Antigua-et-Barbuda	448	464	485	509	531	484	496	526	581	614	278	290	297	305	323	300	310	322	348	374
9	Arabie saoudite	432	368	340	376	375	680	680	583	565	591	334	281	251	280	280	526	519	430	421	441
10	Argentine	668	680	700	683	679	1014	1065	1140	1099	1130	371	376	394	377	363	563	588	641	607	604
11	Arménie	36	42	46	49	54	171	190	224	246	273	13	16	19	20	22	60	70	92	99	112
12	Australie	1909	1709	1870	1808	1741	1978	2093	2230	2363	2532	1293	1165	1293	1246	1182	1341	1427	1542	1629	1718
13	Autriche	2027	2100	2086	1873	1866	1881	1972	2070	2236	2259	1438	1500	1461	1305	1293	1334	1409	1450	1559	1566
14	Azerbaïdjan	11	13	11	11	11	44	50	46	46	48	8	9	8	8	8	32	37	32	31	32
15	Bahamas	701	754	807	863	864	829	922	1057	1117	1220	390	434	463	490	492	461	531	606	635	695
16	Bahreïn	484	480	479	484	500	702	715	670	568	664	341	335	332	334	345	495	498	464	393	458
17	Bangladesh	10	10	11	13	12	40	41	47	56	58	3	4	4	6	5	13	15	17	26	26
18	Barbade	495	531	569	603	613	775	783	839	881	940	323	348	374	397	406	505	514	551	581	623
19	Bélarus	82	67	63	56	68	375	391	415	424	464	71	58	54	48	59	327	337	355	362	402
20	Belgique	2016	2059	2095	1916	1983	1988	1969	2105	2272	2481	1441	1481	1512	1382	1421	1422	1417	1519	1639	1778
21	Belize	130	133	149	156	167	228	236	257	257	278	66	69	72	75	75	116	122	125	123	125
22	Bénin	14	15	15	15	16	28	29	31	35	39	5	5	6	7	8	9	11	12	15	18
23	Bhoutan	8	8	8	9	9	48	52	52	61	64	7	7	7	8	8	43	47	47	55	58
24	Bolivie	48	53	53	52	49	104	114	120	122	125	31	35	35	35	33	66	75	79	81	83
25	Bosnie-Herzégovine	69	89	94	87	85	192	237	241	259	268	36	36	37	34	31	100	95	95	103	99
26	Botswana	169	158	164	173	190	260	260	294	309	381	100	95	100	107	126	153	155	178	192	252
27	Brésil	362	348	246	265	222	528	526	560	556	573	157	153	105	108	92	229	231	240	227	238
28	Brunéi Darussalam	429	463	484	479	453	525	570	607	617	638	340	376	384	383	359	416	464	482	493	507
29	Bulgarie	58	60	80	75	81	227	200	272	283	303	48	47	67	62	67	188	159	227	233	248
30	Burkina Faso	7	8	8	6	6	25	26	30	29	27	5	5	5	4	4	17	17	20	18	16
31	Burundi	5	5	4	4	4	15	17	16	18	19	2	3	2	2	2	8	9	9	10	11
32	Cambodge	30	25	28	30	30	146	142	152	174	184	3	3	3	4	4	15	14	15	25	27
33	Cameroun	23	23	19	19	20	45	38	36	39	42	5	4	4	7	8	9	7	8	13	16
34	Canada	1864	1835	1949	2102	2163	2187	2288	2433	2580	2792	1305	1297	1372	1490	1533	1532	1617	1713	1828	1978
35	Cap-Vert	38	45	41	38	46	88	106	99	109	134	26	33	29	27	34	60	77	69	76	100
36	Chili	371	369	331	336	303	643	699	686	681	792	140	146	135	143	133	243	277	280	290	348
37	Chine	33	36	40	45	49	135	155	176	200	224	13	14	15	17	18	54	60	67	73	83
38	Chypre	909	991	862	909	932	938	948	917	905	941	457	516	436	443	445	472	493	464	441	449
39	Colombie	205	140	133	108	105	497	373	395	350	356	98	84	82	73	69	237	225	245	236	234
40	Comores	10	10	10	9	9	28	27	27	26	29	6	6	6	5	6	17	16	16	16	17
41	Congo	23	19	19	18	18	33	34	28	20	22	16	14	13	13	12	23	26	20	15	14
42	Costa Rica	236	254	268	280	293	445	477	496	533	562	167	171	184	192	201	315	323	339	365	385
43	Côte d'Ivoire	48	54	51	42	41	107	117	119	123	127	9	10	10	6	7	20	22	24	19	20
44	Croatie	373	429	402	388	394	569	637	651	715	726	300	351	332	323	322	458	521	538	595	593
45	Cuba	137	143	163	175	185	166	170	188	193	229	114	121	139	150	160	139	144	161	166	198
46	Danemark	2629	2725	2769	2474	2545	2099	2238	2344	2398	2503	2163	2234	2276	2042	2097	1727	1835	1927	1979	2063
47	Djibouti	60	59	58	58	58	90	89	88	89	90	35	34	34	34	34	52	52	51	52	53
48	Dominique	190	193	214	200	203	274	278	305	291	312	143	144	159	143	145	205	208	227	208	222
49	Egypte	47	48	52	52	46	121	125	134	139	153	21	22	24	24	22	56	57	62	64	75
50	El Salvador	153	165	163	169	174	332	347	348	364	376	59	70	71	76	81	128	148	151	164	175
51	Emirats arabes unis	703	724	729	821	849	727	754	710	781	921	539	557	552	623	643	558	580	538	593	698
52	Equateur	88	85	50	52	76	168	167	131	149	177	47	43	28	29	38	89	84	73	82	89
53	Erythrée	9	10	11	9	10	25	29	31	32	36	6	7	7	6	6	17	19	21	22	23
54	Espagne	1067	1115	1140	1048	1088	1273	1347	1428	1505	1607	773	805	822	751	778	922	973	1030	1078	1148
55	Estonie	182	223	244	222	226	430	494	548	551	562	158	193	196	170	176	373	427	440	423	438

	Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
56	Etats-Unis d'Amérique	3939	4095	4287	4540	4887	3939	4095	4287	4540	4887	1784	1824	1895	2005	2168	1784	1824	1895	2005	2168
57	Ethiopie	4	4	3	3	3	12	11	11	11	14	1	1	1	1	1	5	4	4	4	6
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	114	135	117	106	115	263	340	303	302	331	96	118	100	90	98	221	296	259	255	281
59	Fédération de Russie	167	112	71	95	115	390	382	378	420	454	122	77	46	66	78	284	263	245	293	310
60	Fidji	106	82	85	80	79	187	189	184	213	224	71	54	56	52	53	125	124	120	139	150
61	Finlande	1737	1734	1713	1550	1631	1543	1528	1614	1696	1845	1322	1323	1290	1164	1233	1174	1165	1215	1274	1395
62	France	2261	2307	2285	2067	2109	2028	2079	2204	2382	2567	1723	1754	1738	1568	1603	1546	1581	1676	1806	1951
63	Gabon	131	137	131	130	127	178	228	204	176	197	86	91	85	65	61	116	152	132	88	94
64	Gambie	22	24	23	20	19	62	74	73	73	78	10	10	11	9	9	29	32	34	34	39
65	Géorgie	19	16	13	20	22	71	60	65	95	108	8	7	5	7	8	28	27	25	32	41
66	Ghana	15	17	17	11	12	44	49	49	52	60	7	9	9	6	7	21	26	27	29	36
67	Grèce	1092	1087	1149	1015	1001	1326	1407	1523	1553	1522	577	566	614	570	560	701	732	813	872	852
68	Grenade	179	205	225	245	262	298	331	372	416	445	118	135	157	171	188	197	218	259	291	320
69	Guatemala	64	78	78	79	86	140	167	186	190	199	24	37	38	38	41	52	79	90	90	96
70	Guinée	18	15	16	13	13	54	52	58	57	61	10	8	9	7	7	31	27	32	30	33
71	Guinée équatoriale	37	44	42	56	76	59	99	73	65	106	23	27	26	35	46	36	61	45	40	64
72	Guinée-Bissau	12	9	10	10	8	44	31	36	41	37	5	4	5	5	5	19	14	18	23	20
73	Guyana	48	48	44	48	50	176	182	184	196	215	40	40	37	40	40	147	152	154	162	171
74	Haïti	20	23	24	22	22	51	54	53	56	56	10	11	12	11	12	26	27	27	28	30
75	Honduras	42	48	48	54	59	126	134	130	145	153	22	26	25	29	31	67	72	67	78	81
76	Hongrie	309	315	320	305	345	684	731	771	813	914	251	251	250	231	258	556	581	602	614	686
77	Iles Cook	258	216	214	196	198	430	452	442	444	598	188	155	139	126	134	312	325	288	286	404
78	Iles Marshall	186	187	182	188	190	332	331	327	340	343	131	124	118	122	123	234	220	213	221	222
79	Iles Salomon	45	40	42	39	40	100	106	113	141	133	41	37	39	37	37	92	99	106	132	124
80	Inde	23	22	23	23	24	64	65	71	74	80	4	4	4	4	4	10	12	13	13	14
81	Indonésie	26	11	17	20	16	82	72	76	85	77	6	3	5	5	4	19	20	21	20	19
82	Iran (République islamique d')	149	172	243	310	350	326	342	382	390	422	67	76	102	129	152	147	150	160	162	183
83	Iraq	146	170	199	214	225	63	70	80	91	97	48	54	62	67	72	21	22	25	28	31
84	Irlande	1404	1451	1591	1586	1714	1417	1439	1625	1797	1935	1047	1110	1159	1162	1303	1057	1101	1183	1317	1470
85	Islande	2190	2509	2877	2759	2441	2003	2226	2563	2607	2643	1820	2084	2417	2309	2025	1665	1848	2154	2182	2192
86	Israël	1551	1505	1492	1612	1641	1656	1674	1725	1748	1839	1148	1084	1059	1124	1135	1226	1206	1224	1219	1272
87	Italie	1570	1606	1605	1518	1584	1682	1786	1876	2047	2204	1133	1154	1155	1114	1193	1214	1283	1351	1502	1660
88	Jamahiriya arabe libyenne	250	249	177	175	143	274	301	282	233	239	120	124	87	90	80	131	149	138	120	134
89	Jamaïque	177	179	169	173	191	227	226	215	224	253	100	107	86	82	80	128	135	110	105	106
90	Japon	2337	2216	2634	2890	2627	1734	1730	1852	2002	2131	1803	1715	2056	2245	2046	1338	1339	1445	1555	1660
91	Jordanie	129	135	143	154	163	323	324	350	383	412	70	77	73	72	76	176	185	178	178	194
92	Kazakhstan	44	48	37	39	44	150	163	174	186	204	32	34	24	24	27	109	114	110	117	123
93	Kenya	29	33	28	30	29	110	116	111	124	114	6	8	5	7	6	24	28	21	30	24
94	Kirghizistan	15	16	11	12	12	93	109	107	108	108	10	10	6	6	6	63	65	58	52	53
95	Kiribati	53	47	49	45	40	141	141	144	148	143	53	46	48	44	40	139	140	143	146	141
96	Koweït	596	562	536	553	537	638	750	617	540	612	474	443	422	435	423	507	591	486	425	482
97	Lesotho	31	30	31	29	23	94	98	105	109	101	24	23	25	24	18	71	77	85	88	80
98	Lettonie	157	171	190	191	210	385	412	439	446	509	89	104	113	107	110	219	250	262	249	267
99	Liban	532	594	587	607	500	642	701	719	794	673	165	162	157	178	141	200	191	192	232	189
100	Libéria	1	1	2	2	1	91	99	110	114	127	1	1	1	1	1	63	73	84	87	97
101	Lituanie	165	197	190	200	206	401	454	431	454	478	126	148	140	141	146	306	341	317	321	337
102	Luxembourg	2496	2611	2756	2411	2600	2238	2402	2631	2659	2905	2274	2374	2463	2152	2336	2039	2184	2352	2374	2611
103	Madagascar	4	7	6	6	6	16	24	23	23	20	3	4	4	4	4	12	15	13	15	13
104	Malaisie	129	99	109	129	143	237	237	257	297	345	69	51	58	69	77	127	122	136	158	185
105	Malawi	21	15	14	12	13	41	41	42	42	39	8	5	5	4	4	15	14	16	15	14
106	Maldives	83	85	95	104	98	180	190	219	272	263	68	70	78	87	82	147	155	181	228	220
107	Mali	10	11	10	10	11	25	25	25	32	30	5	4	3	4	4	11	9	8	13	12
108	Malte	738	784	760	807	808	739	759	782	804	813	501	543	513	553	554	502	526	528	551	557
109	Maroc	52	56	54	54	59	147	160	159	171	199	13	16	16	18	23	38	45	46	58	78
110	Maurice	109	114	113	127	128	227	256	259	288	323	67	72	70	74	76	139	160	160	169	192

Tableau 6 de l'annexe Sélection d'indicateurs des comptes nationaux de la santé : niveau mesuré des dépenses de santé par habitant pour 1997-2001

L'OMS a calculé ces chiffres de manière à les rendre comparables.[a] Ils ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des Etats Membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes tout aussi rigoureuses.

	Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
111	Mauritanie	15	14	13	13	12	38	40	43	45	45	11	10	9	9	9	28	29	31	33	33
112	Mexique	231	244	277	327	370	418	446	471	501	544	105	114	130	150	164	190	208	221	229	241
113	Micronésie (Etats fédérés de)	170	167	169	169	172	315	304	302	296	319	125	121	121	121	124	232	221	217	212	230
114	Monaco	1689	1783	1812	1610	1653	1516	1608	1751	1863	2016	924	956	955	878	927	829	862	923	1016	1131
115	Mongolie	22	24	21	23	25	84	106	110	118	122	14	16	14	16	18	52	69	73	83	88
116	Mozambique	10	11	11	12	11	29	32	35	40	47	6	7	7	8	8	18	20	23	27	32
117	Myanmar	81	109	147	162	197	21	21	22	23	26	12	12	17	28	35	3	2	3	4	5
118	Namibie	143	128	127	126	110	308	307	323	330	330	101	92	93	87	76	219	221	236	227	229
119	Nauru	719	640	705	643	588	981	987	941	921	1015	640	570	628	571	521	874	878	839	819	900
120	Népal	12	11	12	12	12	58	60	59	61	63	4	4	3	4	3	18	20	18	18	19
121	Nicaragua	45	44	44	55	60	117	110	113	147	158	24	27	24	29	29	63	66	61	77	77
122	Niger	6	7	6	6	6	21	22	22	21	22	3	3	3	2	2	9	9	9	9	9
123	Nigéria	35	37	10	12	15	23	26	26	26	31	4	6	2	2	3	3	4	4	4	7
124	Nioué	344	330	335	290	289	945	910	990	1068	1041	334	321	325	281	280	917	883	961	1036	1010
125	Norvège	2797	2867	3025	2817	2981	2193	2438	2550	2755	2920	2357	2428	2576	2400	2550	1848	2065	2172	2347	2497
126	Nouvelle-Zélande	1301	1125	1169	1054	1073	1357	1440	1534	1611	1724	1005	867	911	822	823	1049	1109	1195	1257	1323
127	Oman	229	219	221	230	225	348	392	357	316	343	187	180	182	187	181	285	322	294	256	277
128	Ouganda	12	11	11	14	14	32	32	37	52	57	3	4	5	8	8	9	12	15	29	33
129	Ouzbékistan	27	24	25	21	17	89	85	82	88	91	19	18	19	15	12	65	64	60	66	68
130	Pakistan	19	19	18	18	16	73	77	80	85	85	5	6	5	4	4	20	22	20	21	21
131	Palaos	498	502	447	454	426	695	789	823	835	886	456	466	408	416	392	636	733	753	766	816
132	Panama	231	244	252	260	258	398	411	434	452	458	158	171	176	180	178	272	289	303	313	316
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	32	29	28	27	24	107	121	144	145	144	28	26	25	24	21	95	110	129	130	128
134	Paraguay	143	121	115	112	97	320	305	326	323	332	47	45	45	43	37	105	114	129	124	127
135	Pays-Bas	1968	2151	2191	2012	2138	1951	2164	2305	2358	2612	1335	1385	1386	1275	1354	1323	1393	1458	1495	1654
136	Pérou	106	105	99	97	97	207	216	231	228	231	54	57	55	54	53	107	118	129	126	127
137	Philippines	41	31	36	34	30	168	162	165	169	169	18	14	16	16	14	73	70	74	81	77
138	Pologne	228	264	249	245	289	461	543	558	572	629	164	173	177	171	208	332	355	397	400	452
139	Portugal	903	956	986	938	982	1339	1370	1457	1512	1618	586	626	666	642	677	868	898	985	1036	1116
140	Qatar	813	819	824	860	885	842	1006	874	720	782	624	630	626	638	650	647	773	665	534	574
141	République arabe syrienne	27	29	31	36	41	194	217	233	251	266	16	17	18	19	22	116	125	133	130	141
142	République centrafricaine	10	12	12	12	12	41	47	50	55	58	4	5	6	6	6	16	21	24	27	30
143	République de Corée	520	352	484	577	532	657	628	762	893	948	213	163	209	256	236	270	290	329	396	421
144	République de Moldova	37	28	15	16	18	154	125	92	94	100	27	17	8	9	10	112	76	50	53	56
145	République démocratique du Congo	4	4	8	10	5	13	12	11	11	12	2	2	4	5	2	6	5	5	5	5
146	République démocratique populaire lao	10	6	8	9	10	39	33	43	45	51	6	3	4	5	6	24	16	21	24	29
147	République dominicaine	111	114	121	145	153	262	279	298	345	353	35	36	39	51	55	84	88	96	122	127
148	République populaire démocratique de Corée	10	16	19	21	22	27	47	54	41	44	7	12	14	15	16	19	36	40	30	32
149	République tchèque	364	392	380	358	407	930	944	972	1031	1129	334	360	347	327	372	853	867	889	942	1031
150	République-Unie de Tanzanie	10	11	11	11	12	21	23	23	25	26	4	5	5	5	5	9	11	10	12	12
151	Roumanie	79	124	108	109	117	320	409	424	428	460	53	92	84	86	93	214	303	330	338	365
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	1563	1683	1792	1783	1835	1516	1573	1704	1827	1989	1253	1349	1442	1444	1508	1214	1261	1371	1479	1634
153	Rwanda	16	15	14	13	11	39	39	41	43	44	8	8	8	7	6	19	20	22	23	24
154	Sainte-Lucie	169	187	192	195	199	240	257	254	263	272	105	123	125	127	129	150	169	166	171	176
155	Saint-Kitts-et-Nevis	304	323	335	364	393	464	495	507	535	576	202	216	222	241	260	307	330	336	355	382
156	Saint-Marin	1188	1252	1286	1196	1222	1275	1391	1511	1610	1711	892	944	974	922	953	957	1049	1145	1240	1334
157	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	155	161	170	170	178	295	302	324	341	358	99	101	106	111	113	188	189	203	222	227
158	Samoa	79	76	84	80	74	167	185	210	218	199	58	56	62	61	61	123	136	156	168	164
159	Sao Tomé-et-Principe	10	8	8	7	7	26	25	21	22	22	6	6	5	5	5	17	17	14	15	15
160	Sénégal	25	25	24	22	22	53	53	56	58	63	14	14	14	12	13	29	30	31	33	37

	Etats Membres	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux					Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US$)					Dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux				
		1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
161	Serbie-et-Monténégro	198	149	189	89	103	621	542	613	528	616	147	106	131	69	82	460	386	426	409	488
162	Seychelles	490	500	491	444	450	732	752	746	733	770	355	347	338	295	307	529	522	513	487	525
163	Sierra Leone	7	5	6	6	7	23	21	23	25	26	3	2	3	4	4	11	9	13	15	16
164	Singapour	936	902	851	826	816	834	926	947	925	993	365	375	327	291	274	325	385	363	326	333
165	Slovaquie	230	235	218	208	216	608	636	664	642	681	211	215	196	186	192	558	583	595	574	608
166	Slovénie	712	813	829	765	821	1097	1223	1299	1421	1545	564	616	626	582	615	868	927	981	1080	1157
167	Somalie	5	6	7	6	6	14	15	15	15	n.d.	2	3	3	3	3	7	7	7	7	n.d.
168	Soudan	13	14	12	14	14	31	39	38	41	39	2	3	3	4	3	6	9	9	12	7
169	Sri Lanka	27	29	30	32	30	91	102	112	121	122	13	15	15	16	15	45	52	55	60	60
170	Suède	2300	2336	2395	2268	2150	1855	1903	2053	2195	2270	1975	2005	2053	1929	1832	1592	1633	1760	1866	1935
171	Suisse	3762	3909	3881	3574	3774	2841	2952	3080	3160	3322	2075	2145	2148	1986	2156	1567	1619	1704	1758	1897
172	Suriname	207	194	104	186	153	371	404	402	407	398	108	120	62	118	92	194	249	239	258	240
173	Swaziland	45	43	43	45	41	137	146	152	163	167	32	30	29	31	28	98	103	103	114	115
174	Tadjikistan	8	8	6	5	6	52	36	36	36	43	3	3	2	1	2	19	12	11	11	12
175	Tchad	6	5	5	5	5	17	14	16	19	17	5	4	4	4	4	13	10	12	15	13
176	Thaïlande	95	73	75	73	69	247	234	233	241	254	54	45	43	41	39	141	143	134	137	145
177	Timor-Leste	46	32	30	28	42	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	41	27	27	20	25	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
178	Togo	11	12	13	8	8	40	51	55	45	45	5	7	8	4	4	20	30	34	22	22
179	Tonga	97	87	87	81	73	192	194	203	209	223	58	53	53	49	45	115	119	123	126	138
180	Trinité-et-Tobago	203	229	238	248	279	332	378	379	360	388	87	106	111	114	121	143	175	176	165	168
181	Tunisie	132	133	139	126	134	360	367	398	417	463	102	102	106	94	101	280	282	302	310	350
182	Turkménistan	28	34	42	42	57	170	195	226	222	245	21	24	29	31	42	129	137	153	166	180
183	Turquie	125	149	137	148	109	272	301	291	311	294	90	107	98	105	77	195	217	207	222	209
184	Tuvalu	71	68	75	74	66	495	558	566	553	673	42	41	43	39	35	293	330	324	296	359
185	Ukraine	53	42	27	27	33	179	166	145	156	176	40	30	19	18	22	134	119	99	107	120
186	Uruguay	662	696	675	653	603	894	965	988	986	971	270	286	326	304	279	364	396	477	459	450
187	Vanuatu	47	43	44	44	42	102	105	109	109	107	31	28	28	27	25	67	69	70	66	63
188	Venezuela (République bolivarienne du)																				
189	Viet Nam	16	18	18	21	21	92	108	113	128	134	5	6	6	6	6	29	35	37	36	38
190	Yémen	16	16	17	19	20	52	63	58	59	69	5	6	5	7	7	16	25	19	21	24
191	Zambie	24	20	19	18	19	51	48	47	47	52	13	12	11	10	10	28	28	26	25	27
192	Zimbabwe	66	59	35	42	45	221	275	192	182	142	39	33	17	22	20	131	154	94	92	64

[a] Les sources et les méthodes sont indiquées dans les notes explicatives.

La mention « n.d. » signifie qu'il devrait y avoir une donnée mais qu'on n'a pu en obtenir aucune estimation.

Le chiffre zéro signifie que l'on n'a pas connaissance du système auquel se rapporte l'entrée correspondante ou que l'estimation correspond à une proportion du total inférieure à 0,04%.

Liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité

Pour faciliter les analyses des causes de décès et de la charge morbide, on a divisé les 192 Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé en cinq strates de mortalité sur la base de leurs taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans (5q0) et des sujets masculins âgés de 15 à 59 ans (45q15). Cette classification utilise les estimations démographiques pour 1999 (données de la Division de la Population de l'ONU) et les estimations de 5q0 et 45q15 basées sur les analyses OMS des taux de mortalité pour 1999.

Les quintiles de la distribution de 5q0 (deux sexes confondus) ont été utilisés pour définir un groupe de pays à ***très faible mortalité infantile*** (1er quintile), un groupe à ***faible mortalité infantile*** (2e et 3^{e}quintiles) et un groupe à ***forte mortalité infantile*** (4e et 5e quintiles). On a fait régresser la mortalité des adultes 45q15 en 5q0 et utilisé la courbe de régression pour diviser les pays à forte mortalité infantile en pays à ***forte mortalité des adultes*** (strate D) et en pays à ***très forte mortalité des adultes*** (strate E). La strate E comprend les pays de l'Afrique subsaharienne où l'impact du VIH/SIDA a été particulièrement important.

Le tableau ci-dessous récapitule les cinq strates de mortalité. En subdivisant les six Régions OMS sur la base de ces strates de mortalité, on obtient les 14 sous-régions utilisées pour la présentation des résultats dans l'ensemble du rapport et dans les tableaux de l'annexe.

Définition des strates de mortalité utilisées pour définir les sous-régions

Strate de mortalité	Mortalité infantile	Mortalité des adultes
A	Très faible	Faible
B	Faible	Faible
C	Faible	Forte
D	Forte	Forte
E	Forte	Très forte

Les Etats Membres de l'OMS de chaque Région sont regroupés par sous-région selon la liste ci-après. Ce classement n'est pas officiel et ne sert qu'aux fins d'analyses.

Le nombre d'Etats Membres de l'OMS est passé à 192 au total, avec l'ajout, dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003*, du Timor-Leste, qui est classé dans la région Sear-D, région en développement à forte mortalité. En 2003, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le transfert de Chypre de la Région européenne à la Région de la Méditerranée orientale.

Dans le chapitre 1, les pays sont répartis en trois grands groupes définis d'après la géographie, le stade de développement économique et démographique, et la mortalité. Il s'agit des pays développés (Amr-A, Eur-A, Eur-B, Eur-C et Wpr-A), des pays en développement à forte mortalité (Afr-D, Afr-E, Amr-D, Emr-D et Sear-D) et des pays en développement à faible mortalité (Amr-B, Emr-B, Sear-B et Wpr-B).

Etats Membres de l'OMS par Région et par strate de mortalité

Région et strate de mortalité	Description	Grand groupe	Etats Membres
Afrique Afr-D	Afrique – forte mortalité infantile et forte mortalité des adultes	Pays en développement à forte mortalité	Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo
Afr-E	Afrique – forte mortalité infantile et très forte mortalité des adultes	Pays en développement à forte mortalité	Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland, Zambie, Zimbabwe
Amériques Amr-A	Amériques – très faible mortalité infantile et très faible mortalité des adultes	Pays développés	Canada, Cuba, Etats-Unis d'Amérique
Amr-B	Amériques – faible mortalité infantile et faible mortalité des adultes	Pays en développement à faible mortalité	Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)
Amr-D	Amériques – forte mortalité infantile et forte mortalité des adultes	Pays en développement à forte mortalité	Bolivie, Equateur, Guatemala, Haïti, Nicaragua, Pérou
Asie du Sud-Est Sear-B	Asie du Sud-Est – faible mortalité infantile et faible mortalité des adultes	Pays en développement à faible mortalité	Indonésie, Sri Lanka, Thaïlande
Sear-D	Asie du Sud-Est – forte mortalité infantile et forte mortalité des adultes	Pays en développement à forte mortalité	Bangladesh, Bhoutan, Inde, Maldives, Myanmar, Népal, République populaire démocratique de Corée, Timor-Leste
Europe Eur-A	Europe – très faible mortalité infantile et très faible mortalité des adultes	Pays développés	Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Slovénie, Suède, Suisse
Eur-B	Europe – faible mortalité infantile et faible mortalité des adultes	Pays développés	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Pologne, Roumanie, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie
Eur-C	Europe – faible mortalité infantile et forte mortalité des adultes	Pays développés	Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova, Ukraine
Méditerranée orientale Emr-B	Méditerranée orientale – faible mortalité infantile et faible mortalité des adultes	Pays en développement à faible mortalité	Arabie saoudite, Bahreïn, Emirats arabes unis, Iran (République islamique d'), Jamahiriya arabe lybienne, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Tunisie
Emr-D	Méditerranée orientale – forte mortalité infantile et forte mortalité des adultes	Pays en développement à forte mortalité	Afghanistan, Djibouti, Egypte*, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan, Yémen
Pacifique occidental Wpr-A	Pacifique occidental – très faible mortalité infantile et très faible mortalité des adultes	Pays développés	Australie, Brunéi Darussalam, Japon, Nouvelle-Zélande, Singapour
Wpr-B	Pacifique occidental – faible mortalité infantile et faible mortalité des adultes	Pays en développement à faible mortalité	Cambodge,** Chine, Fidji, Iles Cook, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Malaisie, Micronésie (Etats fédérés de), Mongolie, Nauru, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée,** Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao,** Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

* Grâce à un recul de la mortalité infantile ces dernières années, l'Egypte répond aux critères d'inclusion dans la sous-région Emr-B – faible mortalité infantile et faible mortalité des adultes. Elle figure cependant dans la région Emr-D pour la présentation de la mortalité et de la charge de mortalité totales dans les sous-régions à des fins de comparaison avec les éditions précédentes du *Rapport sur la santé dans le monde* et avec d'autres publications de l'OMS.

** Bien que le Cambodge, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique populaire lao répondent aux critères de forte mortalité infantile, on les a fait figurer, dans la sous-région Wpr-B aux côtés d'autres pays en développement de la Région du Pacifique occidental à des fins de notification.

Index

La numérotation en **gras** indique la référence principale.

"3 millions d'ici 2005" objectif pour
  la thérapie antirétrovirale 56, 57, 111, 115-116
abus d'alcool et maladies cardio-vasculaires 89
accompagnateurs, Haïti 52
Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle
  qui touchent au commerce (ADPIC) 34
adultes âgés, mortalité et morbidité **19**
aéroports, mesures de dépistage 77, 79-8112, 83-84, 85-86
affections
  dues à l'abus d'alcool 21-22, 23
  musculosquelettiques 22, 23
  périnatales, cause de mortalité juvéno-infantile 12-13
  respiratoires chroniques 22
Afghanistan
  mortalité juvéno-infantile 8
  poliomyélite 66, 68
Afrique (AFR)
  causes de mortalité juvéno-infantile 13
  dépenses de santé vs charge de morbidité 128
  enregistrement des données d'état civil 124-125
  espérance de vie 3, 4, 14-15
  formation du personnel de santé 118-119
  migration des personnels de santé 120
  mortalité des adultes 17
  mortalité juvéno-infantile xii-xiii, 3, 8, 9, 10, 13
  taux de mortalité 5
  vaccination contre la poliomyélite 68
  VIH/SIDA 47-57
  voir aussi Afrique subsaharienne
Afrique du Sud
  disparités selon le sexe dans les professions de santé 118
  taxes sur le tabac 99
  VIH/SIDA
    prévention et soins 50, 115
    impact socio-économique 49
Afrique subsaharienne
  accès aux ARV vii
  cause de mortalité juvéno-infantile 13
  fragilité de la situation sanitaire 3
  mortalité des adultes xii-xiii
  Objectifs du Millénaire pour le développement 29
  pénurie de personnel de santé 117
  VIH/SIDA xiii, 3, 32
agents de santé communautaires
  formation 118-119
  Iran 113
  mobilisation 121-122
  VIH/SIDA, prévention et soins 52-53
aide au développement **34**
alertes mondiales, déclenchées en temps utile 83-84
algorithmes de diagnostic et de traitement 121
allaitement 32
Amérique du Nord
  espérance de vie 3-4
Amérique latine
  espérance de vie 3-4
  mortalité juvéno-infantile 10, 12, 36
  SIDA, programme 52
Amériques
  mortalité juvéno-infantile 8, 9, 10, 12
  Observatoire des ressources humaines
  pour les réformes du secteur de la santé **123**
  voir aussi Amérique latine; Amérique du Nord;
  Etats-Unis d'Amérique
Angola, vaccination contre la poliomyélite 68
années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) 5, 145
années perdues 5, 145
années perdues du fait d'une incapacité (API) 145
années vécues avec une incapacité (AVI) 5
antihypertenseurs 92
antirétroviraux (ARV)
  "3 millions d'ici 2005" objectif vii, 47, 56, 57, 111, 115-116
  assurance de la qualité 38
  coût 53
  dans les pays en développement vii, 47-48
  disponibilité vii, xiii, 38, 45, 56-57
  intégration dans une structure de soins de santé primaires 115
  Khayelitsha, programme de 115
Asie du Sud-Est
  enregistrement des données d'état civil 125
  éradication de la poliomyélite **67**
Asie
  causes de mortalité juvéno-infantile 10-11
  circulation routière, décès 101
  espérance de vie 4
  vaccination contre la poliomyélite 67
  VIH/SIDA 47
aspirine 92, 94
Assemblée mondiale de la Santé (1954) 89
Assemblée mondiale de la Santé (1988) 64, 69
Assemblée mondiale de la Santé (2002) 37
Assemblée mondiale de la Santé (2003) xv, 83, 96, 97

Association de Coopération économique Asie-Pacifique (APEC) 82
Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) 82
Associations de consommateurs 95, 96
athérosclérose 91
attaque cérébrale (accidents vasculaires cérébraux), charge de morbidité 15, 20
Australie
  espérance de vie 3-4, 19
  HIV, prévention et soins 50
Autriche, décès dus à la pollution de l'air 105

Bamako, Initiative de 129
Bangladesh
  mortalité juvéno-infantile et pauvreté 9
  Programme élargi de Vaccination 133
  un avenir sans poliomyélite 67
Banque mondiale, recommandations pour la santé publique 112
behvarzes, Iran 113
bénévoles
  accès aux soins de santé primaires 122
  éradication de la poliomyélite xv, 63, 64, 68, 69, 70
  initiatives de lutte contre les maladies 73
Bhoutan, un avenir sans poliomyélite 67
bilan commun de pays 40
Bolivie, mortalité juvéno-infantile 9, 12
Botswana
  espérance de vie 17
  pénurie de personnel de santé 117
Brésil
  budgétisation participative 135
  éradication de la poliomyélite 64
  mortalité juvéno-infantile 32
  vieillissement de la population 19
  VIH/SIDA prévention et soins xiii, 52
budgétisation marginale des goulets d'étranglement 130

cadre pour le traitement des maladies chroniques 115
Cambodge
  campagne nationale contre la poliomyélite 66
  circulation routière, prévention des traumatismes 103
  prestations de services de santé de base 121
Campagne du Millénaire 40
Canada
  réseau mondial de renseignements en santé publique 80
  SRAS, flambée 77, 79-80
cancer
  colorectal, décès 21
  décès 20-21
  de l'estomac, décès 21
  données sur la mortalité 145
  du foie, décès 21
  du poumon, décès 20
  du sein 21
cardiopathie coronarienne, facteurs de risque 91
cardiopathies ischémiques
  charge de morbidité 15, 20
  voir aussi maladies cardio-vasculaires
carences massives 130, 131, 132
causes de décès
  adultes 14, 89-91
  différences régionales 13-14
  données 123-124, 144-146, *Annexe Tableaux 2 et 3*
  enfants 12-13
  erreur d'attribution ou de codage 145
  principales 3
certificat de décès 124
changement climatique, émissions de gaz 101, 105
charge de morbidité
  évaluation **5-6**, 145
  principale causes 14
chien viverrin 78
Chili
  accès aux soins de santé 131
  réduction de la mortalité juvéno-infantile 12
Chine
  accès aux soins de santé 132-133
  accidents de la circulation, décès 101
  disparités selon le sexe 9
  enfants fumeurs 100
  enquêtes auprès des ménages 147
  enregistrement des données d'état civil 125
  mortalité juvéno-infantile 9, 13
  Objectifs du Millénaire pour le développement 29
  poliomyélite 66, 67
  SRAS épidémie 80, 81, 82, 83
  taux de mortalité 5
  vieillissement de la population 19
cholestérol
  baisse de la cholestérolémie dans la population 94
  facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires 89
cigarettiers 98
circulation routière, accidents/traumatismes
  accroissement xv
  coût économique mondial 101
  dirigeants politiques et campagnes de sensibilisation 103
  disparité selon le sexe 21
  épidémies moins visibles xi, xvi
  épidémies occultes **101-105**
  prévention 101, 103, 104-105
  principale cause de morbidité 21
  surveillance et recherche 103-104
  voir aussi traumatismes
civette des palmiers 78
Classification international du fonctionnement, du handicap et de la santé 146
Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) 145
collaboration interdisciplinaire 92
collecte et analyse des données 124-125
Colombie
  assurance-maladie 133
  enquêtes auprès des ménages 147
  vieillissement de la population 19
commerce et développement **34**
Commission Macroéconomie et santé 29, 34, 40, 115-116
Commission mondiale de Certification de l'Éradication de la Poliomyélite 71
comorbidité 147
comptes nationaux de la santé (CNS) **148-153**, *Annexe Tableau 5*
conducteurs
  mesures de sécurité 102-103
  voir aussi circulation routière
Conférence internationale sur la Population et le développement, Le Caire, Egypte, (1994) 37
Congo, République démocratique du, journées nationales de vaccination (JNV) 68
Congo, République du, journées nationales de vaccination (JNV) 68
Consensus de Monterrey sur le Financement du Développement, Mexique (2002) 28, 34
conséquences écologiques xii, 101, 105
consommation d'huiles, et santé 94
contrôle de l'équité 124, 132

Corée, République populaire démocratique de,
un avenir sans poliomyélite 67
coronavirus, SRAS xiv, 78
Costa Rica, réduction de la mortalité juvéno-infantile 12
Cuba
mortalité juvéno-infantile 12
poliomyélite, vaccination 63

Déclaration d'Alma-Ata (1978) viii, xvi, 89, 113
déficit auditif 22
démarche « pas à pas » (STEPS) pour la surveillance
des facteurs de risque **94**
démence 22
dépendance tabagique, traitement 99-100
dépenses de santé
données **148-153**, *Annexe Tableau 6*
inégalités régionales 127
paiements directs 113, 116, 128-129, 151-152
privées 149, 151-152
publiques (gouvernement) 149, 154
publiques générales 149, 154
dette, pays en développement 34, **35**
développement
et santé **28-29**
humain, définition 28
nouvelles conceptions 28
diabète, dépistage et prise en charge 92
discrimination raciale et ethnique 131
disparité entre les sexes
accès aux soins de santé 130, 131
dans les professions de santé 84-85, 118
décès prématurés 15
élimination 29
et VIH/SIDA 45, 46, 53
mortalité juvéno-infantile 9-10
traumatisme 15, 21
Djibouti, mortalité des adultes 18
Doha, Déclaration de 34
donateurs qui ne sont pas des habitués 69
double charge de morbidité x-xi, 14-15, 89, 92
voir aussi charge de morbidité
drogues, consommation par injection
et VIH/SIDA 47, 48-49, 55
région européenne 49, 51
droits de l'homme
et VIH/SIDA 54
et les Objectifs du Millénaire pour le développement 38
santé xi-xii, 38

eau, potable 29
Egypte
enquêtes auprès des ménages 147
poliomyélite 66
Enquête
mondiale sur le tabac et les jeunes 100
sur la santé dans le monde 126, 146-147
enquêtes 143-144
basées sur des échantillons 124
auprès des ménages 124-125, 147
nationales 124-125
sanitaires en population 123
enregistrement des décès
par cause 7
voir aussi causes de décès
enregistrement des données d'état civil 7, 124, 143-144
disparité régionale 124-125

éradication de la poliomyélite x, xiv, 61-74
Asie du Sud-Est **67**
financement **68-70**
contributions en espèces et en nature 69
infrastructure 74
partenariats **64**, 71
personnel **70-71**
raisons du succès 71-73
région de la méditerranée orientale **66**
vers un avenir sans poliomyélite **71-72**
espérance de vie
Afrique 4
corrigée de l'état de santé (EVCS) 22-23, **146-147**,
Annexe Tableau 4
différences régionales 12-13
inégalités ix, x, xiii, 4
tendances mondiales **3–4**
mesures synthétiques 143
état sanitaire
des adultes, disparités **14-24**
des populations
niveau moyen 146
statistiques 5
Etats-Unis d'Amérique
décès causés par les véhicules à moteur 102
infections sexuellement transmissibles (IST) 50-51
VIH/SIDA 46, 50-51
Ethiopie, circulation routière, prévention des accidents 103
étude multipays 146
étude sur la charge mondiale de morbidité 146-147
Europe
enregistrement des données d'état civil 124
espérance de vie 3-4
mortalité des adultes 18
SRAS, épidémie 77-78
vaccination contre la poliomyélite 68
VIH/SIDA 49
voir aussi Europe de l'Est
Europe de l'Est
espérance de vie 4, 14, 19
morbidité et taux de mortalité xii, 17, 21
mortalité juvéno-infantile 10, 12
objectifs du Millénaire pour le développement 36
évaluation des ressources 132
exclusion de l'accès aux soins de santé 131
exercices physiques 91
exode des cerveaux, national et international 120

facteurs de risque, maladies non transmissibles 89, 91
facteurs socio-économiques *voir* pauvreté
Fédération de Russie
drogues, consommation par injection 51
espérance de vie pour les adultes âgés 19
VIH/SIDA 49
Fermin Tenorio, Luis 64
fibres, régime alimentaire 91
Fiji, écoliers fumeurs 100
file d'attente pour les soins de santé 131-132
Finlande, subventions à l'agriculture 94
Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) 39, 64, 103
Fond mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose
et le Paludisme 34, 54, 56
France, décès dus à la pollution de l'air 105
fruit et légumes dans les régimes alimentaires 91, 94
Fujian, province de, Chine 81

Gabon
journées nationales de vaccination (JNV) 68
réduction de la mortalité juvéno-infantile 11
Gambie, réduction de la mortalité juvéno-infantile 11
Géorgie, enquêtes auprès des ménages 147
Ghana
réduction de la mortalité juvéno-infantile 11
stratégie de sécurité routière 104
goulets d'étranglement, et financement des systèmes de santé 129-130
grossesse
plus sûre **33**
voir aussi santé génésique
Groupe d'examen scientifique collégial 147
Guangdong, Chine, épidémie de SRAS 78, 79, 81
Guatemala
mortalité juvéno-infantile 36
soins de santé, services 121
guérisseurs traditionnels 122
Guinée, personnel de santé 117-118

Haïti
mortalité juvéno-infantile 12
VIH/SIDA prévention et soins 50, 52-53, 54
Health System in Transition, profils de pays 112
Hongrie, espérance de vie pour les adultes âgés 19
hypertension, facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires 89
hypocholestérolémiants 92

Iles des Mariannes du Nord, tabagisme chez les écoliers 100
Iles du Pacifique, praticiennes de niveau intermédiaire 119
Iles Tiwi, accès aux soins de santé 132
Inde
accès aux soins de santé 132
budgétisation marginale des goulets d'étranglement 130
circulation routière, décès 101
décès prématurés dus aux maladies cardio-vasculaires 89
disparité selon le sexes 8
enquêtes auprès des ménages 147
enregistrement des données d'état civil 124
mortalité juvéno-infantile 8, 12
Objectifs du Millénaire pour le développement 29
poliomyélite 67, 71
indicateurs, identification 39
indices plurifactoriels 28
Indonésie
bonus pour les médecins diplômés 120
enquêtes auprès des ménages 147
personnel de santé 117-118
poliomyélite, un avenir sans 67
vieillissement de la population 19
inégalités sociales
drogues, consommation par injection 47
et impact sur le VIH/SIDA 45
infections respiratoires basses, cause de décès 3, 12
infections sexuellement transmissibles (IST)
Etats-Unis d'Amérique 50-51
et VIH/SIDA 55
infirmières praticiennes 119
infirmières
forte demande 120
motocyclettes mises à la disposition des, Sénégal 120
InfoBase mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles 94
informations sanitaires
amélioration des systèmes **125-127**
basées sur la population 123-124
disponibilité 135
insuffisantes **123-127**
utilisation 124-125
infrastructures, accès à Internet 126
Initiative d'accès aux recherches de HIN (HINARI) 126
Initiative pour l'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) 34-35
Initiative pour l'éradication de la poliomyélite xiv, 70
Initiative pour une grossesse à moindres risques 33
instructions écrites pour le personnel soignant 121
intérêts commerciaux 95, 96, 98-99
Internet *voir* moyens électroniques
InterRéseau-santé (HIN) **126**
interventions
maladies cardio-vasculaires 94-96
pour réduire la mortalité juvéno-infantile 29
priorité 129-130
surveillance 124
invalidités, pathologies maternelles 15
investissements mondiaux consacrés à la santé 116
Iran, République islamique d'
enquêtes auprès des ménages 147
maisons de santé **113**
Iraq, remise sur pied du secteur de la santé **116**
Islande, mortalité juvéno-infantile 8
issues sanitaires non mortelles **21-23**

Japon
espérance de vie ix, 3, 19
financement, réaction à l'épidémie de SRAS 80
Jiang Zemin, Président 66
Journée mondiale de la Santé 103
Journées nationales de vaccination (JNV) xiii, 64-65, 66-67, 69-70, 71

Kenya, vieillissement de la population 19
Khayelitsha, thérapie antirétrovirale 115
Koweït, mortalité des adultes 18

"La poliomyélite hors d'Afrique" campagne 66
laboratoires de population 143-144
Lesotho, espérance de vie 17
Liban
cas de poliomyélite 66
enquêtes auprès des ménages 147

maisons de santé, en Iran **113**
maladies cardio-vasculaires
causes 91
charge de morbidité 14-15, 20
dans les pays développés 91, 92
dans les pays en développement xv, 22-23
épidémie xi, **89-96**
interventions à faible coût 92
interventions des politiques 92-94
liées au mode de vie 89
prévention et lutte 94-95
principale cause de décès 89
stratégies d'ensemble 94
voir aussi cardiopathies ischémiques
maladies diarrhéiques, cause de mortalité juvéno-infantile 3, 12
maladies non transmissibles
apport souhaitable de nutriments 94

cause de décès 14, 89
charge croissante **20-21**
"double charge" 89
facteurs de risques 89, 91, 94-95
maladies « occidentales » liées à des modes de vie 89
pays en développement xv
politiques et santé publique 92-94
stratégie de lutte et de prévention **84**, 95
maladies transmissibles
cause de décès
chez les adultes 14
chez les enfants 12
éradication x-xi
Maldives, un avenir sans poliomyélite 67
Mali
budgétisation marginale des goulets d'étranglement 130
centres de santé communautaires 134
malnutrition, cause de mortalité chez les enfants 12
Mandela, Nelson, Président 66
Maurice, baisse des niveaux de cholestérol dans la population 94
Mauritanie, budgétisation marginale des goulets d'étranglement 130
mauvaise santé, incidences sur l'économie 29
mécanisme international de financement 34
mécanismes de financement, décisions des politiques **127-130**
médecins assistants 119
Médecins Sans Frontières 115
médicaments antituberculeux, assurance de la qualité 38
médicaments
accès aux 34
assurance de la qualité 38
essentiels 38
Mexique
circulation routière prévention des accidents 103
enquêtes auprès des ménages 147
information sanitaire 135
VIH/SIDA, soins 52
Millennium Challenge Account des Etats-Unis d'Amérique 34
ministère de la santé, responsabilités 135
modes de transition épidémiologique 15
mondialisation, économie xi, 95, 117, 136
morbidité
des adultes, nature complexe et diverse 23
niveaux mal mesurés 124
mortalité des adultes
Afrique subsaharienne xii-xiii
changements mondiaux 14-15
le fossé se creuse **18**
mal mesurée 124
pays en développement 6, 7
tendances **16–18**, 143-144
mortalité juvéno-infantile **7-14**
Afrique 3
Amérique latine 36
causes de décès **12-14**
comme indicateur du développement 30-32
différences socio-économiques **10**
disparités vii, **7-12**
selon le sexe **9**
et VIH/SIDA 10
évolution par région **9-12**
interventions à faible coût **33**
niveaux et tendances 143-144
Objectifs du Millénaire pour le développement 29-31
pays en développement vii, xii, 7, 11
mortalité maternelle
inégalités 32, 33
pays en développement 14
mortalité prématurée
inégalité entre les sexes 16
variations régionales 16
voir aussi mortalité des adultes; mortalité juvéno-infantile
mortalité, tendances dans le monde **5-8**
moyens électroniques 80, 81, 83-84
Mozambique, *técnicos de cirurgia* **119**
Myanmar, un avenir sans poliomyélite 67

naissances assistées par un personnel qualifié 32, 33, 117-118
Nations Unies
Assemblée Générale 103
Charte xi
comptabilité nationale (SNA93) 148
Déclaration du Millénaire 27
Département des Affaires économiques et sociales 103
Division de la Population 39, 144
équipes de pays 40
Objectifs du Millénaire pour le développement
voir Objectifs du Millénaire pour le développement
plan cadre pour l'aide au développement 40
Plan d'Action pour le Millénaire 126
Programme pour le Développement 28, 39, 103
Rapporteur spécial sur le droit à la santé 38
Népal
mortalité juvéno-infantile, disparités selon le sexe 9
un avenir sans poliomyélite 67
Nicaragua, réduction de la mortalité juvéno-infantile 12
Niger
accès aux soins de santé 131
mortalité juvéno-infantile et pauvreté 9
Nigeria
enquêtes auprès des ménages 147
poliomyélite, charge de morbidité 71
niveau tertiaire, montant disproportionné de dépenses publiques 116
normes au plan mondial pour les produits ayant
des effets sur la santé 95
notification rapide et transparente 83-84
nouvelles maladies x-xi, xiv-xv
communication sur les risques 85
SRAS **715-86**
Nouvelle-Zélande
accès aux soins de santé 131
espérance de vie 3
service de sevrage tabagique 100
nuisances sonores, transports 105
nutrition
apports souhaitables 94
carences nutritionnelles 22
fruits frais et légumes 91, 92
personnes atteintes par le VIH/SIDA 55
régimes riches en graisses saturées,en sucre et en sel 89

obésité, facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires 89
Objectifs du Millénaire pour le développement
apparentés et interdépendants 27
dans la pratique **35-37**
égalité 36-37
engagements des gouvernements 27, 28
engagement mondial 40
et la santé viii, xiii, **25-42**, 38-39, 111
et les droits de l'homme 37-38
et l'OMS **33-41**
Europe orientale 36
mortalité maternelle 55

objectifs, cibles et indicateurs **30**, 35-36, 37
pays donateurs 27, **33-35**, 41
progrès ix, x, 29, **29-33**, **40-41**
stratégie de base 40
Observatoire des ressources humaines pour les réformes du secteur de la santé **123**
Observatoire européen des Systèmes et politiques de soins de santé **112**
Oman, réduction de la mortalité juvéno-infantile 11-12
OMS/FAO consultation d'experts sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques 94
ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) 39, 55-56, 52
Organisation de l'Unité africaine (OUA) 66-67
Organisation mondiale de la Santé (OMS)
activités normatives et techniques 39
circulation routière, prévention des accidents 103
collaboration technique 39, 115-116, 136-137
Constitution xi
contribution à la lutte contre le VIH/SIDA 55-56
Convention-cadre pour la lutte antitabac xv, 96-98
coopération avec les pays **136-137**
Objectifs du Millénaire pour le développement **38-40**
partenariat contre la poliomyélite 64
programme mondial de l'OMS Bases factuelles à l'appui des politique de santé 143
projet WHO/CHOICE 129
réforme du mode de fonctionnement vii, xvi, 137
rôle de coordination 83
source d'information sanitaire 39
stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé 95
Organisation mondiale du Commerce (OMC) 95
Doha, Qatar (2001) 34
organisations non gouvernementales
Bangladesh 133
lutte contre les maladies cardiovasculaires 120-121
lutte contre le tabagisme 97
secteur de la santé 117, 120-121
VIH/SIDA 56
Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 64, 123
Organisation pour la Coopération économique et le développement (OECD)
cibles du développement international 28
Système de comptes de la santé, 148
orphelins 32, 49, 50
Ouganda
mettre fin aux paiements directs 129
Objectifs du Millénaire pour le développement **31**
VIH/SIDA prévention et soins 53
Ouzbékistan, carence des soins de santé 131

paiement pour les soins de santé 128-129
Pakistan
disparités selon le sexe 9
mortalité juvéno-infantile 9, 32
poliomyélite 66, 71
Palaos, tabagisme chez les écoliers 100
paludisme
cause de décès 3, 12
médicaments, assurance de la qualité 38
Paraguay, personnel de santé 117-118
paralysie flasque aiguë (PFA) surveillance 64, 66, 70-71
partenariats
et éradication de la poliomyélite **64**, 71-72
pour le développement **34-35**
participation communautaire dans les systèmes de soins de santé **134-136**
pathologies invalidantes non mortelles **21-23**
pathologies maternelles, principale causes de charge de morbidité 15
patients, soutien systématique et orientation recours 121
pauvreté
accidents de la route 105
affections périnatales 3
définition 9
humaine, définition 28
impact sur le VIH/SIDA 45
mortalité juvéno-infantile 7-8, 9
nouveau concept 28-29
réduction x-xi, **28-29**
santé 3, 130
voir aussi inégalités sociales
pays développés
espérance de vie 3-4
maladies cardio-vasculaires 90-91, 92
mesures de sécurité routière 102-103
pays donateurs
engagement pour l'éradication de la poliomyélite 66-67
objectifs du Millénaire pour le Développement **33-35**, 41
pays en conflits 68, 116
vaccination contre la poliomyélite 69
pays en développement
accidents de la circulation, décès et traumatismes dus aux xvi, 21, 101, 102
causes de décès 22-23, 89-90
dette 34, **35**
double charge de morbidité xi, 23
espérance de vie xii-xiii
maladies cardio-vasculaires 89-90
maladies non transmissibles xv, 20
mortalité
des adultes 6
juvéno-infantile vii, xii-xiii, 7-8, 10
maternelle 15
pathologies invalidantes 22
systèmes des soins de santé 117
taux de mortalité **5-8**
thérapie antirétrovirale vii, 47
vieillissement de la population 19
Pérou, réduction de la mortalité juvéno-infantile 12
personnel de santé
crise mondiale **117-123**
discrimination selon le sexe 84-85, 118
éducation et formation 125-126
effectif, composition et distribution 117-118
formation 118-119
préparation **122**
personnes vivant avec le VIH/SIDA 51, 52, 53, 54, 55, 135
organisations 135
Philippines
éradication de la poliomyélite 67
mortalité juvéno-infantile 32
SRAS, réactions à l'épidémie 80
tabagisme chez les écoliers 100
pneumonie *voir* infections respiratoires basses
pneumopathie chronique obstructive 22
poliomyélite
systèmes de surveillance et moyens de laboratoire 71
zones endémiques xiv, 65, 70-71
poliovirus sauvages
autochtones 63

confinement 671-72
transmission 71
pollution de l'air, transports routiers 101, 105
Pologne
circulation routière, prévention des accidents 103
espérance de vie, adultes âgés 19
nutrition 94
population
enquêtes sur les ménages 125
réduction du risque 92
taille et structure 144
potentialités économiques, effet sur la santé 28-29
prestataires privés
et système de soins 113, 117, 121
VIH/SIDA et équipes d'intervention d'urgence 56
voir aussi intérêts commerciaux
prise en charge intégrée des maladies de l'enfant 32
produits nicotiniques de substitution 100
professionnels de la santé bucco-dentaire 100
professions de la santé *voir* personnel de santé
Projet du Millénaire 40
promotion de la santé, plaidoyer 95-96
publications médicales scientifiques en ligne, disponibilité 126

Rapport mondial sur la prévention des accidents de la route 103
recensement 123, 124
régime *voir* nutrition
régimes d'assurance-maladie 127, 129, 133
Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine),
épidémie de SRAS 77, 78, 81
Région de l'Asie du Sud-Est
mortalité juvéno-infantile 10
Région de la Méditerranée orientale
éradication de la poliomyélite **66**, 68
espérance de vie 4
mortalité des adultes 18
mortalité juvéno-infantile 10, 12
Région du Pacifique occidental
cancer du foie, décès 21
mortalité juvéno-infantile 10
réaction au SRAS **80**
tabagisme chez les écoliers 100
Règlement sanitaire international 83
République arabe syrienne, enquêtes auprès des ménages 147
réseau de laboratoires contre la grippe 81
Réseau de métrologie sanitaire 39, **127**
Réseau mondial de renseignements en santé publique 80
Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie 80, 81
responsables politiques, rôle dans l'éradication
de la poliomyélite **64-68**
rôle de l'état
dans l'établissement des systèmes de santé 121
fonction de tutelle et participation communautaire **134-136**
systèmes de santé équitables **130-136**
rôle des syndicats du secteur public 120
Rotary International, partenaire dans la lutte contre la
poliomyélite 64, 68, 69
rougeole, mortalité chez les enfants 13

Sabin, Albert 63, 68
santé
cibles et indicateurs 37, 125
droits fondamentaux de tout être humain xi
et développement **28-29**
inégalités ix
objectifs, nationaux et mondiaux **xi–xii**
santé cardio-vasculaire, promotion et protection 91
santé des femmes
amélioration 55
voir aussi disparité entre les sexes
santé génésique, objectifs et cibles **37**
santé publique
concurrence pour les ressources 92
impact du SRAS 82-83
internationale 83-84
statistiques 123-124
sécurité des dons de sang 47, 55
sécurité des véhicules 102-103, 104
sécurité routière 102-103
engagement des gouvernements 105
équité dans le monde 104
politiques et pratiques 101
programmes nationaux 103
responsabilités 102
stratégie peu coûteuse 104
Sénégal, motocyclettes mises à la disposition des infirmières 120
services de santé, et commerce 34
SIDA *voir* VIH/SIDA
Sierra Léone
espérance de vie ix
mortalité juvéno-infantile 8
vaccination contre la poliomyélite 68
Sihanouk, Roi 66
Singapour
enquêtes auprès des ménages 147
mortalité juvéno-infantile 8
SRAS, réaction 77, 79, 80, 82
tabagisme chez les écoliers 100
situation sanitaire mondiale
éthique xi
évaluation xii
urgence, VIH/SIDA vii, xiii
Slovaquie, enquêtes auprès des ménages 147
société civile 54, 135
soins de santé
accès aux **130-134**
inégalités vii, ix, **133**
organisation et prestation des services 115
pratiques à risque 46-47
stratégies 132
voir aussi soins de santé primaires
soins de santé primaires
basés sur l'expérience 115
comme base des systèmes de santé ix, xi, 112-113
définition 113
environnement en évolution 114
importance vii
information sanitaire **123-125**
paiements directs 113, 129
principes 111-112, **113-117**
d'Alma-Ata 115
renforcement 57
sélectifs 114
voir aussi systèmes de santé
Somalie, poliomyélite 66, 67
Sommet du Millénaire (2000) **27-28**
Sommet mondial pour le développement durable,
Johannesburg, Afrique du Sud (2002) 28
Soudan
éradication de la poliomyélite 66

Programme pour la satisfaction des besoins fondamentaux en matière de développement 134, 135
SRAS
action engagée d'urgence et couverture médiatique 83
aéroports, mesures de dépistage 77, 79-82, 83-84, 85-86
alerte mondiale 83-84
cas dans le monde 79, 84
charge sur les systèmes de santé 84-85
définition du cas 77-78
détection et riposte **79-82**
impact économique 82
leçons tirées xiv, **83-86**
mesures de lutte 81-82, 84, 85-86
nouvelle maladie **73-86**
origines et propagation xiv, **78-79**
possible résurgence 82, 85-86
premiers cas **77-78**
réaction dans la Région du Pacifique occidental **80**
recherche des contacts et surveillance 81-82, 85
taux global de létalité 78
traitement et stratégies de lutte 78-79
transmission 78-79, 81-82
Sri Lanka, un avenir sans poliomyélite 67
statistiques sanitaires, amélioration de la qualité 39
stratégies fondées sur la réduction des dommages 51, 55
substances phytochimiques 91
Suède, espérance de vie pour les adultes âgés 19
suicides 20, 21
Suisse, décès dus à la pollution de l'air 105
surpoids *voir* obésité
survie des enfants 10
Swaziland, espérance de vie 17
syndrome respiratoire aigu sévère *voir* SRAS
Système d'enregistrement des échantillons 124, 143-144
systèmes d'information clinique 121
systèmes de santé
amélioration de la qualité **121**
basés sur les soins de santé primaires ix, x, xvi, 113, **114-117**
cadre d'évaluation de la performance 112
conditions minimales **x–xi**
décentralisation 125
définition 111
développement vii
équitables x, **130-136**
extension des prestations **72-74,** 133-134
extension du traitement du VIH/SIDA 115
financement **127-130**
voir aussi dépenses de santé
formation à la gestion 118-119, 122
inefficacité 116
modèle pour l'amélioration 121
organisations non gouvernementales 121
prestataires privés 114, 117, 121
recherche 136-137
réforme et décentralisation 114, 115, 116-117
renforcement xvi, **37-38,** 56, 84-85, 109-140
travail en équipe 121-122
voir aussi soins de santé primaires
systèmes des soins de santé *voir* systèmes de santé

tabac
augmentation de la consommation 97-98
contrebande/contrefaçon 96
épidémie mondiale xi, xv, 20, **96-100**
lutte 96-100
taxes 91, 99
tabagisme
facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires (CVD) 89, 91
mortalité due au 96-97, 100
sevrage 99-100
voir aussi tabac
tables de mortalité, 143-144, *Annexe Tableau 1*
Taïwan, Chine, SRAS 82, 84
Tanzanie, République unie de
accident vasculaire cérébral, taux de mortalité 90
enregistrement des données d'état civil 7
pénurie de personnel de santé 117
tarifs douaniers et subventions 34
taux de scolarisation dans le primaire 29
taxes
financement des soins de santé 127-130
tabac 91, 99
Tchad, pénurie de personnel de santé 117
techniques démographiques 144
técnicos de cirurgia, au Mozambique **119**
terrorisme 72, 85
tétanos, mortalité chez les enfants 12
Thaïlande
accès aux soins de santé 132-133
Fondation des Consommateurs 135
Forums nationaux pour la réforme des Soins de santé 135
mises en garde sur les paquets de cigarettes 99
un avenir sans poliomyélite 67
vieillissement de la population 19
VIH/SIDA activités de prévention 54
The AIDS Service Organization (TASO) 53
thérapie antirétrovirale vii, 47, 56, 57, 111, 115-116
traumatismes
augmentations xvi
causes de décès 14, 18
charges de morbidité chez les jeunes hommes **21**
disparités selon le sexe 14, 21
dispositifs de sécurité 104
intentionnels 21
travailleurs de santé
aides à la décision 121
amélioration de la productivité 120, 122
incitations financières et non financières **120-121**
migration **120,** 122-123
praticiens de niveau intermédiaire 119
SRAS, risques liés au 80-81, 84-85
travailleurs du sexe 50, 51
travaux de recherche, information sanitaire 123
troubles de l'acuité visuelle 22
troubles dépressifs
principale cause de charge de morbidité 15
voir aussi troubles neuropsychiatriques
troubles mentaux *voir* troubles neuropsychiatriques
troubles neuropsychiatriques 21, 22
tuberculose
dans les pays africains 47-48
épidémie en milieu carcéral 49
infection opportuniste 54
principale cause de décès 45
Turquie
accès aux soins de santé 131, 132
enquêtes auprès des ménages 147

Ukraine
drogues, consommation par injection 51
VIH/SIDA 49

United States Census Bureau 144
United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 64
Urbani, Dr Carlo 82
usage du préservatif 33-34, 47, 51
usagers de la route, vulnérabilité 101, 102-103

vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) 63
véhicules à deux roues 102
vieillissement de la population
  coût des soins 92
  dans les pays en développement **19**
  forte demande pour des infirmières 120
Viet Nam
  circulation routière, prévention des accidents 103
  épidémie de SRAS 77, 79, 80, 81
VIH/SIDA
  Afrique xii-xiii, 3, 31-32, 47-57
  approche fondée sur les droits de l'homme 54-55
  Asie 48
  charge de morbidité 15, **19**
  conseil et test volontaires 51, 54-55
  disparités dans l'issue de la maladie xiii, 45-46
  épidémiologie **46-49**
  équité dans la prévention et les soins 49-50
  espérance de vie et invalidité 17, 22-23
  Etats-Unis, tendances 46
  facteurs socio-économiques 49, 51
  historique de l'épidémie **46-49**
  mortalité x, 3, 19, 45
    juvéno-infantile 11, 12-13
  orphelins 32, 49-50
  personnes vivant avec le 51, 52, 53, 54, 55, 135
  politique de lutte 54-55
  prévention et soins xiii, **43-59**
  région européenne 49
  rôle élargi de l'OMS 55-57
  stigmatisation 51-52
  traitement
    dans une structure de soins de santé primaires 115
    dans les zones dépourvues de ressources 52
    extension des prestations ix, 122
  transmission 31, 46, 47, 48, 49, 51, 54-55
  urgence sanitaire mondiale vii, ix, 31-32, 45, **55-57**
  variations locales et sous-épidémies 50, 51, 54-56
  voir aussi antirétroviraux (ARV)
violence *voir* traumatismes
vitamine A, supplémentation en 70, 71
voyageurs
  conseils 77, 81, 83-84, 85-86
  dépistage dans les aéroports 77, 79-82, 83-84, 85-86

WHO/CHOICE, projet 129

Zimbabwe, mortalité des adultes et espérance de vie 17
zones urbaines, autres effets sur la santé 105