



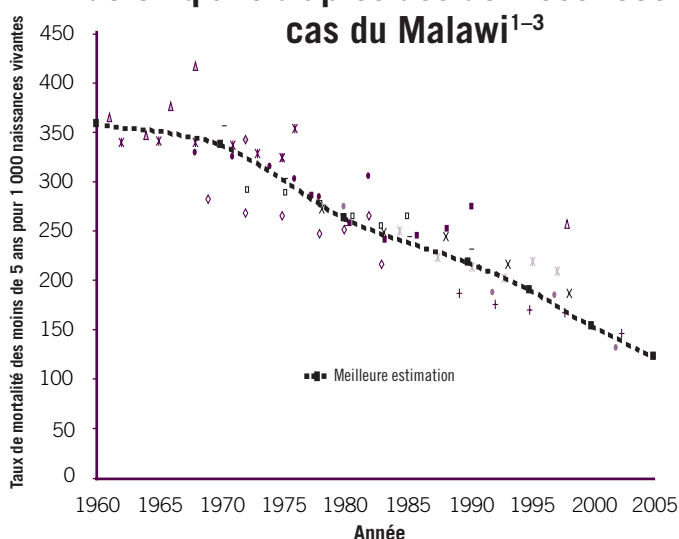
Partie 1

Santé publique dans le monde : 10 points clés en chiffres



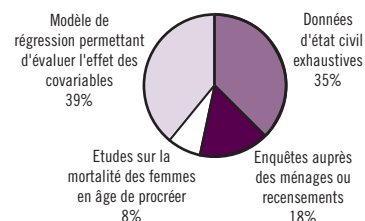
1. Améliorer le suivi des progrès suppose un bon usage des statistiques sanitaires

Estimation des taux de mortalité chez les moins de cinq ans d'après des données récentes: cas du Malawi¹⁻³



Note : chaque point de la figure correspond à un taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (taux de mortalité des moins de 5 ans), déterminé à partir des réponses fournies par des enquêtes auprès des ménages ou par des recensements concernant la survie des enfants (méthode directe) ou encore à partir de questions portant sur les enfants encore en vie dans les ménages (méthode indirecte).

Modalités d'estimation du taux de mortalité maternelle en 2000⁴



Note : le taux de mortalité maternelle a été estimé pour 173 pays.

La possibilité de suivre les progrès en direction des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dépend principalement de la disponibilité des données. Il existe une forte différence entre la disponibilité des données permettant d'évaluer les taux de mortalité des moins de cinq ans (indicateur pour l'OMD 4) et de celles renseignant sur les taux de mortalité maternelle (indicateur pour l'OMD 5).

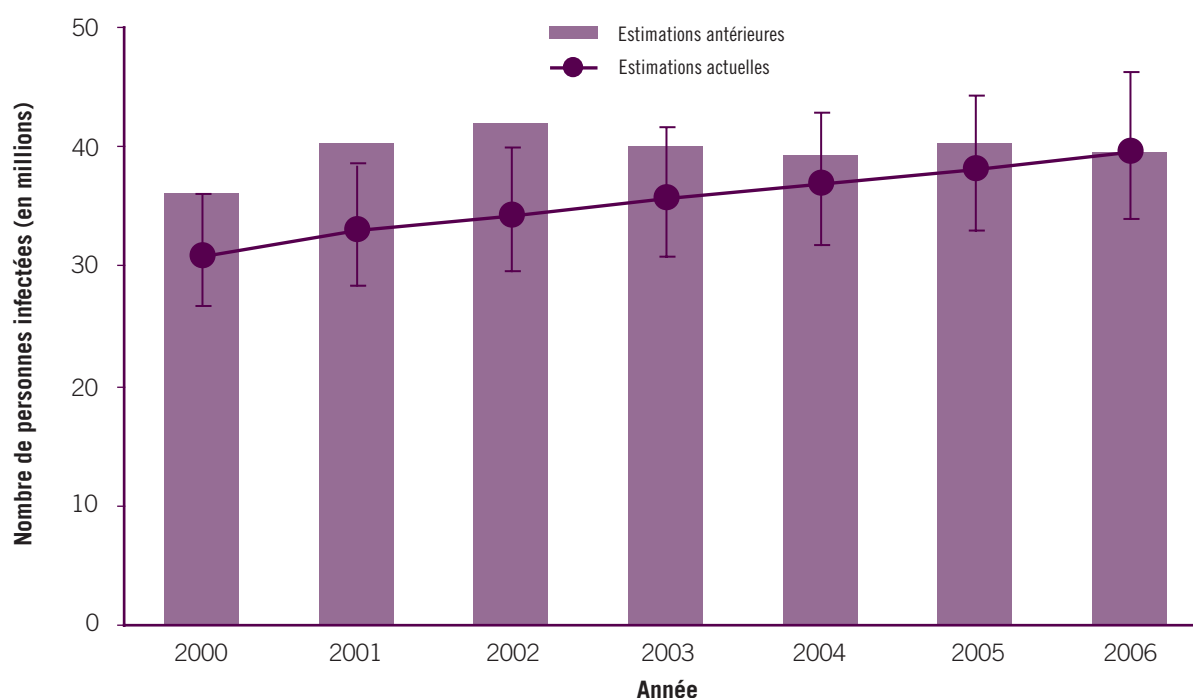
Les taux de mortalité des moins de 5 ans sont déterminés à partir des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil, des recensements et des enquêtes auprès des ménages¹. Dans la plupart des pays, on dispose de données ponctuelles sur une période de temps, qui sont analysées pour obtenir la meilleure estimation pour cette période. Une incertitude s'introduit lorsqu'on doit projeter des estimations pour l'année en cours car les données les plus récentes concernent généralement des faits datant de quelques années. La détermination des taux de mortalité maternelle a posé plus de difficultés du fait de la rareté des décès maternels par rapport aux décès infantiles. Dans les pays où le système d'enregistrement et de certification médicale des décès ne couvre pas la totalité de la population, on estime les taux de mortalité maternelle à partir d'enquêtes auprès des ménages de grande ampleur ou des recensements utilisant des méthodes d'autopsie verbale, car les statistiques produites par les établissements de soins sont par nature biaisées. Même si l'on procède ainsi, les chiffres obtenus restent entachés d'une grande incertitude. C'est pourquoi on ne publie que tous les cinq ans une estimation du taux de mortalité maternelle mondial et en 2000, 40% des pays avaient fourni des estimations reposant sur des chiffres prédits par régression⁴. Les possibilités d'évaluation fiable des tendances de la mortalité maternelle sont donc limitées.

Pour suivre les progrès vers les objectifs fixés, il importe de faire la distinction entre statistiques corrigées et prédites^{5,6}. Les statistiques corrigées ont subi des ajustements pour tenir compte de biais connus et, le cas échéant, ont été obtenues à partir d'une réconciliation systématique de données provenant de plusieurs sources, par des procédés établis et transparents. Les statistiques prédites reposent sur une série d'hypothèses sur les associations entre d'autres facteurs et sur l'intérêt qu'il y a, comme pour la mortalité maternelle, à combler les lacunes en matière de données dans le temps (projection dans le passé ou dans l'avenir) ou dans l'espace (à partir d'une population pour laquelle on dispose de données vers une autre pour laquelle les données sont limitées ou inexistantes). Les statistiques prédites ne conviennent pas bien au suivi des progrès. Malheureusement, le processus de suivi des progrès en direction des OMD s'appuie fortement sur des statistiques prédites⁵. Cette inadéquation des chiffres est due, pour une part, à la demande en statistiques dans un délai plus court et, pour une autre part, au manque de données et de stratégies de mesure rigoureuses pour certaines statistiques. Il est essentiel que la communauté internationale investisse dans la collecte des données et l'utilisation d'indicateurs valides, fiables et comparables. Elle doit aussi disposer de stratégies métrologiques bien définies pour le suivi des progrès et l'évaluation des programmes sanitaires.⁷



2. Personnes vivant avec le VIH : de meilleures données permettront d'obtenir de meilleures estimations

**Nombre de personnes vivant avec le VIH: comparaison des estimations
antérieures et actuelles⁸⁻¹⁴**



Le nombre exact de personnes vivant avec le VIH est inconnu malgré la facilité du dépistage de l'infection par ce virus par un test sérologique d'usage courant. Pour être sûr à 100% du nombre de personnes dans le monde vivant avec le VIH, il faudrait chaque année soumettre chaque personne dans le monde à un dépistage du VIH. Néanmoins, il est possible d'estimer ce nombre en utilisant des données provenant de différentes sources, comme par exemple la surveillance des femmes enceintes se présentant dans les dispensaires de soins prénataux, les enquêtes auprès des ménages avec dépistage du VIH et la surveillance sentinelle parmi les populations à haut risque de contamination par le VIH.

L'ONUSIDA et l'OMS, en consultation étroite avec les pays, utilisent une méthode normalisée pour obtenir des estimations de la prévalence du VIH chez les hommes et les femmes. De plus en plus de pays adoptent ces méthodes pour établir leurs propres estimations nationales. Néanmoins, la qualité d'une estimation ne peut excéder celle des données utilisées pour l'obtenir. Lorsqu'on parvient à obtenir des données plus complètes, il peut être nécessaire d'ajuster les estimations antérieures. C'est le cas pour l'épidémie de VIH. Les bâtons du diagramme ci-dessus représentent l'estimation du nombre de personnes infectées par le VIH au moment de la publication annuelle du *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* depuis 2000⁸⁻¹⁴. La ligne représente les meilleures estimations pour chaque année, obtenues en 2006 lors de la dernière mise à jour. Elle révèle non seulement que l'ampleur de l'épidémie a été surestimée dans le passé, mais aussi qu'elle est encore en expansion. La largeur de la plage encadrant les estimations reflète le degré d'incertitude sur l'estimation mondiale de la prévalence de l'infection à VIH concernée.

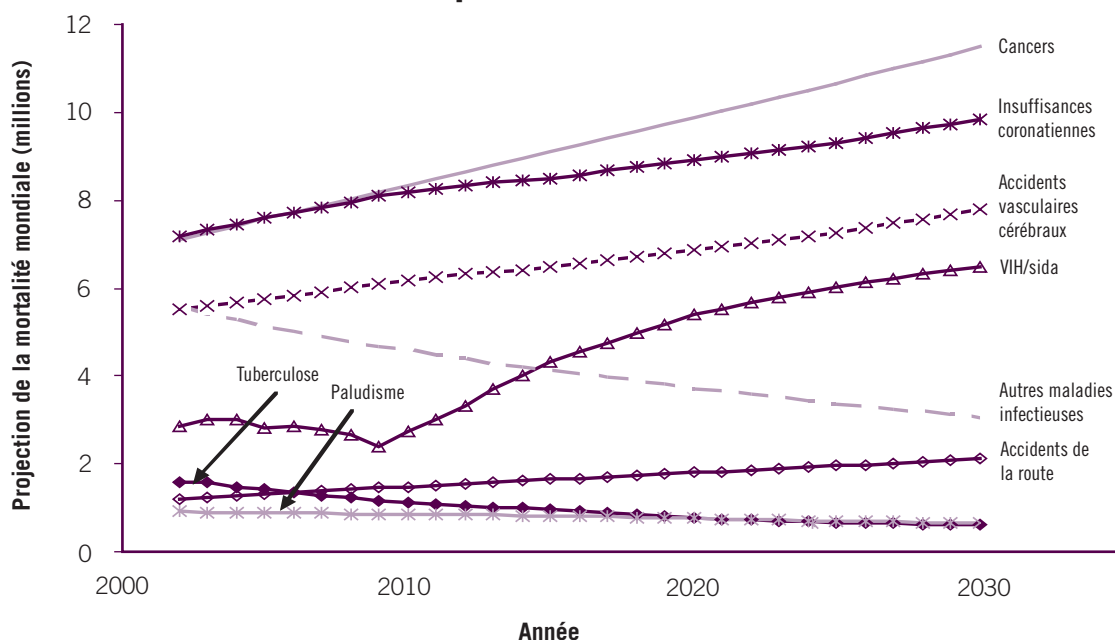
L'amélioration des estimations récentes est le fruit de révisions utilisant des données de meilleure qualité. Ces révisions ont fait appel à des données provenant d'enquêtes nationales en population et ont bénéficié de perfectionnements de la qualité et de la couverture des systèmes de surveillance de nombreux pays.

Les dernières estimations ne peuvent faire l'objet de comparaisons directes avec des estimations publiées antérieurement. Il n'est pas possible de déduire correctement une tendance en comparant les tailles des bâtons sur la figure. Les estimations obtenues en 2006 pour l'année 2006 et un certain nombre d'années antérieures (représentées par la ligne) ont été établies en utilisant des méthodes plus perfectionnées et davantage de données que les estimations précédentes. Une grande prudence s'impose la plupart du temps lorsqu'on compare des estimations mondiales relatives au sida.



3. Santé de la population mondiale dans l'avenir : projections pour 2030 de la mortalité pour certaines causes de décès

Projections de la mortalité mondiale (en millions d'individus) pour certaines causes de décès (période 2002–2030)¹⁵



Les statistiques prédites constituent une base importante et utile pour la planification et la prise de décisions stratégiques et le classement par priorité des thèmes de recherche et développement. D'après les projections établies par l'OMS et publiées début 2006¹⁵, le monde subira au cours des 25 années à venir un déplacement de la distribution des décès des tranches d'âges les plus jeunes vers les tranches d'âges supérieures et des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles. L'OMS prévoit d'importants déclin de la mortalité entre 2002 et 2030 pour l'ensemble des principales causes de décès d'origine infectieuse, obstétricale, périnatale et nutritionnelle, sauf le VIH/sida. La mortalité mondiale due à cette dernière maladie devrait passer de 2.8 millions en 2002 à 6.5 millions en 2030 sida selon un scénario de référence supposant un taux de couverture par les antirétroviraux atteignant 80% d'ici 2012.

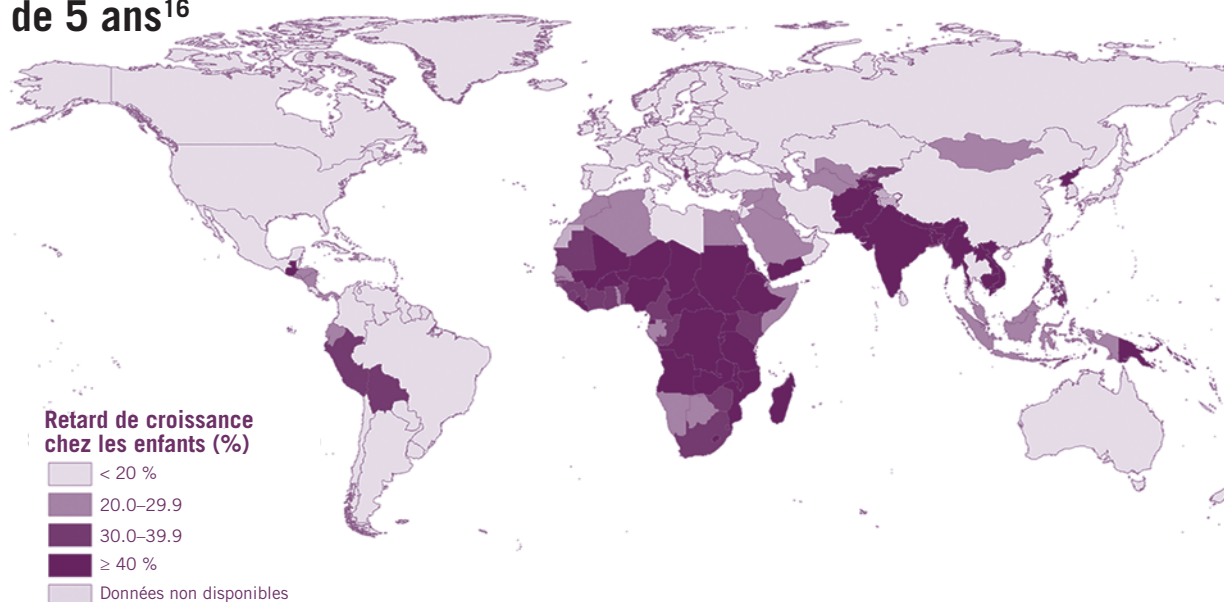
S'il est prévu que les taux de mortalité par âge diminuent pour la plupart des maladies non transmissibles, le vieillissement de la population mondiale entraînera des augmentations notables des nombres totaux de décès imputables à la plupart des maladies non transmissibles sur les 30 années à venir. Globalement, les affections non transmissibles représenteront près de 70% de la mortalité totale en 2030 selon le scénario de référence. L'augmentation de 40% prévue pour la mortalité mondiale par traumatisme entre 2002 et 2030 résultera principalement de l'accroissement du nombre des décès dus à des accidents de la route.

D'après les projections pour 2030, les principales causes de décès à l'échelle mondiale seront les insuffisances coronariennes, les maladies cérébrovasculaires (AVC), le VIH/sida et les bronchopneumopathies chroniques obstructives. Il est prévu que le nombre total de décès attribuables au tabac passe de 5.4 millions en 2005 à 6.4 millions en 2015, puis à 8.3 millions en 2030. En 2015, le tabac devrait tuer deux fois plus de personnes en 2015 que le VIH/sida et être responsable de 10% de la mortalité totale.



4. Le point sur la dénutrition chez l'enfant

Schéma de distribution géographique de l'émaciation chez les moins de 5 ans¹⁶



Les nouvelles normes de croissance de l'enfant récemment publiées par l'OMS (<http://www.who.int/childgrowth/en>) ont un impact sur les estimations de la dénutrition chez l'enfant. Les estimations mondiales, régionales et nationales ont été recalculées en se fondant sur les nouvelles normes, qui intègrent les données issues de 388 enquêtes nationales menées dans 139 pays¹⁶.

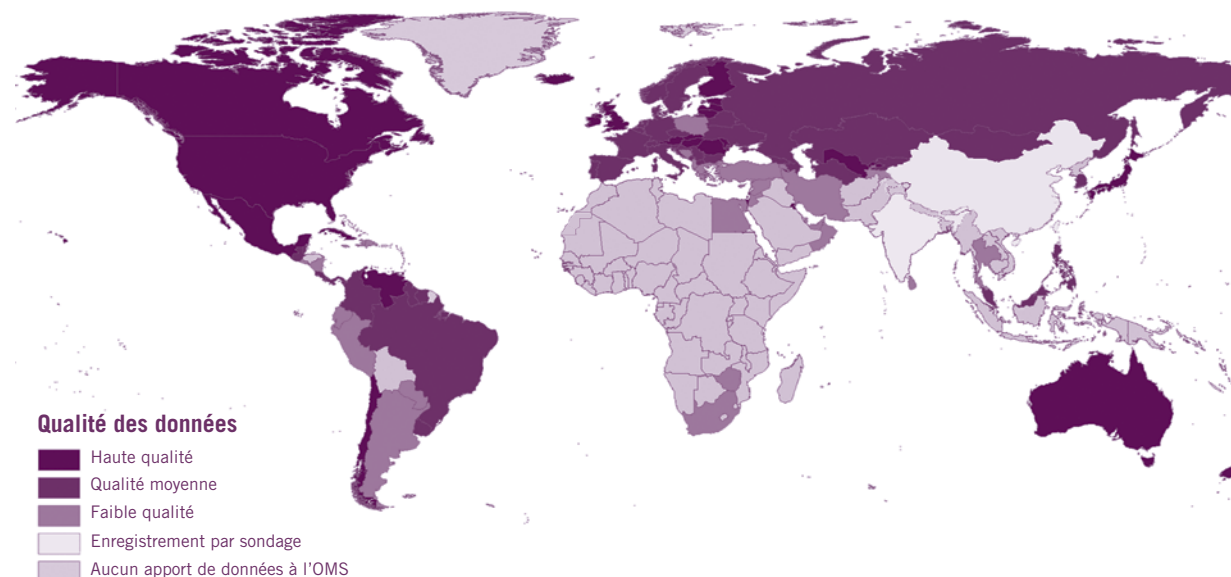
En 2005, dans l'ensemble des pays en développement, 32% des enfants de moins de 5 ans (soit 178 millions d'enfants) ont été jugés comme présentant un retard de croissance (c'est-à-dire une taille inférieure à -2 écarts-types depuis la taille médiane de l'âge de la population de référence). Cette année, on a relevé un taux de retard de croissance de 40% chez les moins de 5 ans des régions Afrique et Asie du Sud-est de l'OMS, d'environ 25% dans la région de la Méditerranée orientale et de 10 à 15% dans les régions des Amériques et du Pacifique occidental. Parmi les 39 pays dans lesquels la prévalence des retards de croissance est ≥ 40%, 22 se situent dans la région africaine de l'OMS, 7 dans la région de l'Asie du Sud-est, 4 dans la région de la Méditerranée orientale, 4 dans la région du Pacifique occidental et 1 dans chacune des régions européenne et des Amériques. Parmi les 35 pays dans lesquels la prévalence des retards de croissance est < 20%, 13 se situent dans la région des Amériques, 11 dans la région de l'Europe, 6 dans la région de la Méditerranée orientale, 3 dans la région du Pacifique occidental et 2 dans la région de l'Asie du Sud-est.

L'émaciation (définie comme un rapport poids/taille inférieur à -2 écarts-types depuis la valeur médiane de ce rapport) est un signe de malnutrition aiguë et un facteur prédictif fort de mortalité chez l'enfant. L'application des nouvelles normes de croissance de l'OMS conduit à estimer à 10% (soit 55 millions de cas) parmi les moins de 5 ans du monde entier. On estime que c'est dans la partie centre-sud de l'Asie que vit le plus grand nombre d'enfants touchés. On relève un schéma de distribution régionale analogue pour l'émaciation sévère (définie comme un rapport poids/taille inférieur à -3 écarts-types depuis la valeur médiane de ce rapport), avec une prévalence totale estimée à 4% (soit 19 millions d'enfants touchés). Beaucoup de ces enfants mourront probablement avant l'âge de 5 ans. Par rapport aux estimations établies d'après des documents de référence internationaux plus anciens, les estimations des taux d'émaciation et d'émaciation sévère obtenues en utilisant les nouvelles normes OMS sont généralement plus élevées pour toutes les tranches d'âges. En outre, les prévalences de l'émaciation et de l'émaciation sévère déterminées à partir des nouvelles normes sont plus fortes pendant les 6 premiers mois de vie que celles obtenues sur la base de documents antérieurs et au-delà de 6 mois, les taux d'émaciation sévère demeurent 1.5 à 2.5 fois plus élevés que les valeurs de référence antérieures.



5. Mortalité et causes de décès : combler les lacunes parmi les données

Qualité des données relatives aux causes de décès provenant des registres nationaux d'enregistrement des faits d'état civil, évaluée d'après les dernières statistiques fournies par les Etats Membres autour de l'année 2003^{17,19}



Note: les critères servant à évaluer la qualité des données relatives aux causes de décès sont applicables aux données fournies par les systèmes nationaux d'enregistrement des faits d'état civil. Ils ne s'appliquent pas à la Chine et à l'Inde, car ces pays rapportent des données obtenues par des systèmes d'enregistrement par sondage, qui couvrent moins de 10% de leurs populations.

Il est essentiel de disposer en temps utile de données exactes sur les nombres de décès et leurs causes, attestés médicalement. L'OMS recueille chaque année des données de mortalité auprès de ses Etats Membres. Cependant, pour plus d'un quart de la population mondiale, vivant surtout en Afrique, en Asie du Sud-est et au Moyen Orient, l'OMS ne dispose pas de données récentes, alors que ces zones supportent une grande part de la charge de morbidité mondiale. Au total, 115 Etats Membres utilisent diverses formes de systèmes d'enregistrement des décès connues de l'OMS, y compris la Chine et l'Inde, qui disposent aussi de systèmes d'enregistrement par sondage des faits d'état civil.

Il faut un certain temps pour que les données soient compilées et analysées et que les statistiques soient publiées: en 2007, l'OMS a reçu des rapports pour l'année 2004 ou 2005 de la part de 64 pays (56%). Une évaluation par l'OMS de la qualité des informations sur les causes de décès laisse à penser que seuls 29 de ces 115 pays lui ayant fourni des statistiques utilisaient des systèmes optimaux. Or ces pays représentent moins de 13% de la population mondiale¹⁷. Dans les autres pays, la qualité des statistiques de mortalité souffre d'un ou plusieurs des problèmes suivants: enregistrement incomplet des naissances et des décès, rapport des causes de décès par des personnes non qualifiées sur le plan médical, couverture insuffisante et erreurs dans l'enregistrement des âges.

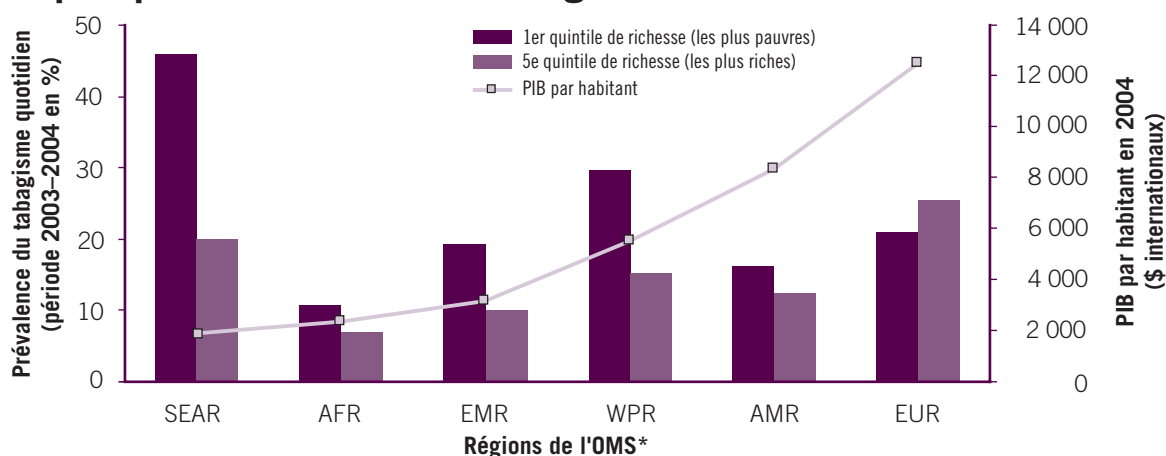
L'objectif final est de mettre en place dans tous les pays un enregistrement complet des faits d'état civil, avec établissement d'un certificat médical de décès. Les gouvernements nationaux doivent, avec l'aide des organisations internationales, poursuivre leurs efforts pour améliorer la qualité et la couverture des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil.

Ces progrès vers un enregistrement exhaustif des décès doit s'accompagner en même temps d'efforts pour répondre en temps utile à la demande de données et pour évaluer les performances des systèmes eux-mêmes. L'OMS, en collaboration avec ses partenaires, intensifie ses actions pour améliorer la qualité des données à la base de ses estimations globales de la mortalité par âge, par sexe et par cause¹⁸. Il s'agit notamment de mieux exploiter les résultats des enquêtes auprès des ménages et des recensements, de mettre en place des instruments normalisés d'autopsie verbale et d'exploiter les données fournies par des systèmes incomplets d'enregistrement des faits d'état civil et les autres sources de ce type de données.



6. Tabagisme et pauvreté : forte prévalence de la consommation de tabac parmi les fractions les plus pauvres de la population mondiale

Consommation quotidienne de tabac chez les adultes de 18 ans et plus par quintile de richesse et région OMS²⁰



SEAR, Région de l'Asie du sud-est; AFR, Région africaine; EMR, Région de la Méditerranée orientale; WPR, Région du Pacifique occidental; AMR, Région des Amériques; EUR, Région européenne.

Les inégalités en matière de santé désignent les différences d'état de santé ou de répartition des déterminants sanitaires entre des populations. La charge de morbidité imputable au tabagisme pèse beaucoup plus fortement sur les populations des pays en développement. D'après les dernières projections, plus de 80% des décès qui seront attribuables au tabac en 2030 interviendront dans des pays à revenu faible ou moyen¹⁵.

Les données sur la prévalence du tabagisme chez les adultes des pays en développement sont limitées. L'enquête sur la santé dans le monde donne une bonne idée de la prévalence comparée chez les adultes de 18 ans et plus²⁰. Les résultats de l'enquête 2003–2004 indiquent que les plus fortes prévalences du tabagisme se relèvent dans les foyers les plus pauvres des pays en développement, c'est-à-dire parmi les plus pauvres des pauvres. En effet, c'est parmi les pauvres que la prévalence du tabagisme est la plus élevée dans toutes les régions de l'OMS, excepté la Région européenne. La différence de prévalence entre les pauvres et les (relativement) riches est maximale parmi le groupe des pays d'Asie du sud-est étudiés, dans lequel le revenu moyen par habitant est le plus faible.

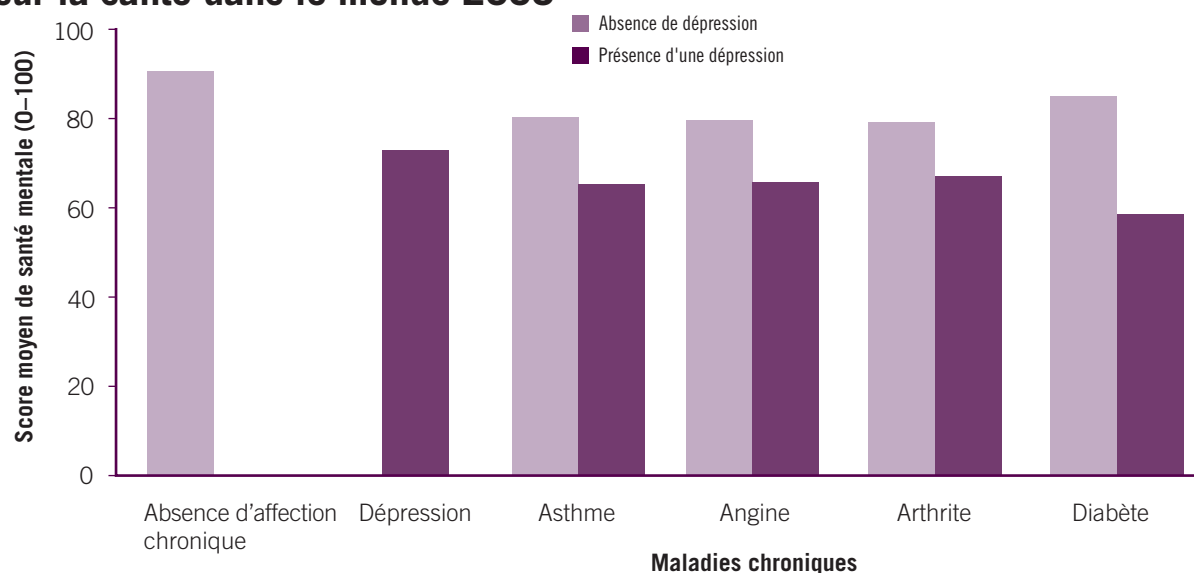
L'association d'une forte prévalence du tabagisme et d'un accès restreint aux ressources destinées à la santé se traduit par de fortes inégalités dans le domaine sanitaire et risque de perpétuer le cercle vicieux maladie/pauvreté. Les inégalités entre les pays ou au sein d'un même pays quant au risque de contracter une maladie infectieuse se sont élargies aux facteurs de risque de maladies non transmissibles, évolution qui a des implications à tous les niveaux des systèmes de santé.

* Les pays pour lesquels des enquêtes ont été menées, par région de l'OMS: Région africaine (AFR): Afrique du Sud, Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Sénégal, Swaziland, Tchad, Zambie, Zimbabwe; Région des Amériques (AMR): Brésil, Equateur, Guatemala, Mexique, Paraguay, République Dominicaine, Uruguay; Région de la Méditerranée orientale (EMR): Emirats Arabes Unis, Maroc, Pakistan, Tunisie; Région européenne (EUR): Bosnie-Herzégovine, Croatie, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Lituanie, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Ukraine; Région de l'Asie du sud-est (SEAR): Bangladesh, Inde, Myanmar, Népal, Sri Lanka; Région du Pacifique occidental (WPR): Chine, Laos, Malaisie, Philippines, Viet Nam.



7. Maladies mentales : la dépression aggrave l'état de santé des personnes déjà atteintes de maladies chroniques

Score de santé mentale moyen par état pathologique, Enquête mondiale sur la santé dans le monde 2003²⁰



La dépression est un problème de santé publique majeur dans le monde entier, car sa fréquence d'apparition au cours d'une vie humaine est relativement élevée. Elle peut entraîner une incapacité importante. En 2002, la dépression a représenté 4,5% de la charge de morbidité mondiale totale (en termes d'années de vie corrigées de l'incapacité). Elle est aussi responsable de la plus forte proportion de charge de morbidité attribuable à des événements de santé non mortels, soit près de 12% du nombre total d'années vécues avec une incapacité dans le monde²¹. En l'absence de traitement, la dépression a tendance à devenir chronique, à réapparaître et à s'accompagner avec le temps d'une incapacité grandissante.

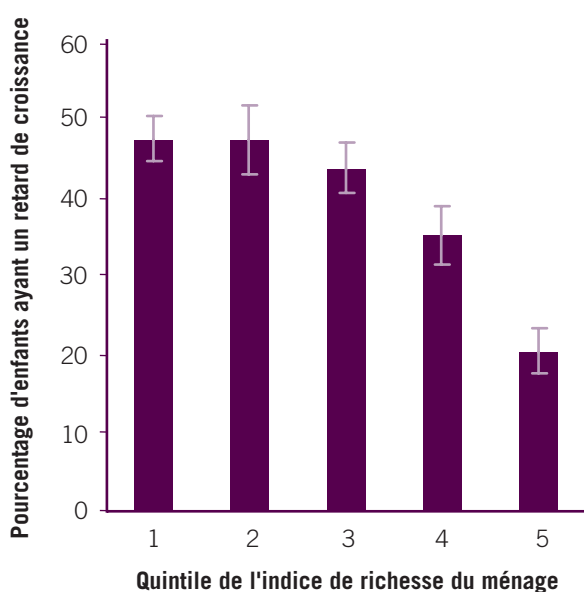
L'Enquête sur la santé dans le monde de l'OMS a recueilli des données sur la santé et les événements de santé, ainsi que sur leurs déterminants parmi des échantillons d'adultes de plus de 18 ans²⁰. La prévalence de la dépression a été estimée d'après les critères de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10). Celles de quatre maladies physiques chroniques, angine, arthrite, asthme et diabète, ont aussi été établies. La figure présente le score de santé moyen, ce score valant de 0 pour l'état de santé le plus dégradé à 100 pour le meilleur état de santé pour chaque maladie, s'accompagnant ou non d'une dépression. Les individus exempts de dépression et d'autres affections obtenaient un score de santé moyen de 90. Le score de santé moyen pour les personnes interrogées atteintes d'une seule maladie chronique était d'environ 80. Les personnes interrogées souffrant de dépression, mais sans maladie chronique, présentaient le score de santé moyen le plus faible (73). Les personnes dépressives et atteintes d'une autre affection chronique obtenaient un score de santé moyen nettement inférieur à celui des personnes interrogées ne souffrant que d'une maladie chronique. Ces schémas sont restés cohérents après ajustement pour des paramètres sociodémographiques.

L'analyse n'indique pas si les personnes sont davantage déprimées parce qu'elles souffrent d'une autre maladie chronique concomitante. Il est essentiel de diagnostiquer et de traiter sans délai les troubles dépressifs, quelle qu'en soit la cause. Dans nombre d'établissements de soins de santé primaire qui accueillent des patients présentant plusieurs troubles incluant une dépression, celle-ci reste souvent non diagnostiquée et, même si elle l'est, le traitement se concentre en règle générale surtout sur les autres maladies chroniques. La dépression peut être traitée dans les établissements de soins de santé primaire ou communautaires par des interventions localement disponibles et offrant un bon rapport coût/efficacité.



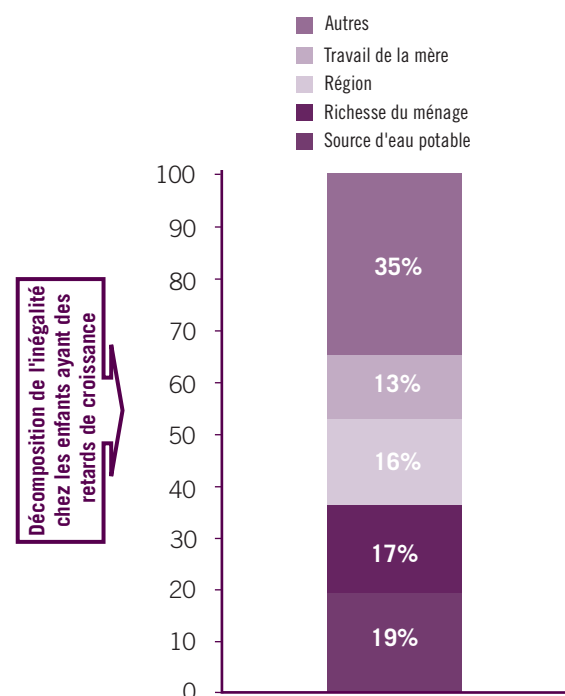
8. Inégalités en matière de santé : compréhension de leurs déterminants

Retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, par quintile de richesse du ménage, au Mozambique, sur la période 1999– 2003²³



Note: l'indice de richesse du ménage est basé sur les biens durables, les types des matériaux de revêtement du sol du logement, et le nombre de chambres divisé par le nombre des membres dans le ménage.

Qu'est-ce qui contribue à l'inégalité en matière de croissance chez les enfants?²³



Il importe de mesurer les inégalités socioéconomiques affectant l'état de santé d'une population car les moyennes nationales masquent souvent des différences entre des sous-groupes ou au sein d'un même sous-groupe.

Pour orienter les décisions politiques, il est particulièrement utile de comprendre pourquoi il existe des inégalités injustes et évitables (inéquités) et quelles actions peuvent être prises pour parvenir à améliorer l'équité. L'analyse de décomposition fait partie des approches utilisées pour quantifier la contribution apportée par différents facteurs aux inéquités en matière de santé²². Cette analyse peut servir de point de départ à la mise au point de politiques reposant sur une base factuelle et visant un contexte ou un pays particulier, en vue d'y réduire les inéquités.

Par exemple, l'analyse de décomposition pratiquée à partir des données de l'enquête démographique et sanitaire menée au Mozambique de 2003 montre que les quatre principaux facteurs contribuant à l'insuffisance de croissance des enfants (définie comme une taille en fonction de l'âge inférieure de 2 écarts-types à la médiane de cette valeur dans la population), stratifiée selon le revenu et le patrimoine des ménages sont: l'eau de boisson (19%), le revenu et le patrimoine des ménages (17%), les différences géographiques (16%) et la profession de la mère (13%)²³. Dix autres facteurs identifiés dans le cadre de l'enquête contribuent à eux tous pour 35%. L'utilisation de cette technique pour déceler les inéquités fait apparaître que les stratégies visant ces facteurs nécessiteront probablement des interventions en collaboration et multisectorielles n'impliquant pas seulement les autorités sanitaires ou le système de santé.

La description des inéquités en matière de santé et la compréhension de leurs déterminants exige des données sur les processus et les événements qui puissent être désagrégées selon différents paramètres socioéconomiques ou démographiques, ainsi que la capacité à relier des données provenant de divers secteurs d'un pays. L'OMS contribue à ces efforts en fixant des normes et des critères et en apportant une assistance technique aux Etats Membres.



9. Lutte contre la tuberculose : progrès en direction des buts et des objectifs

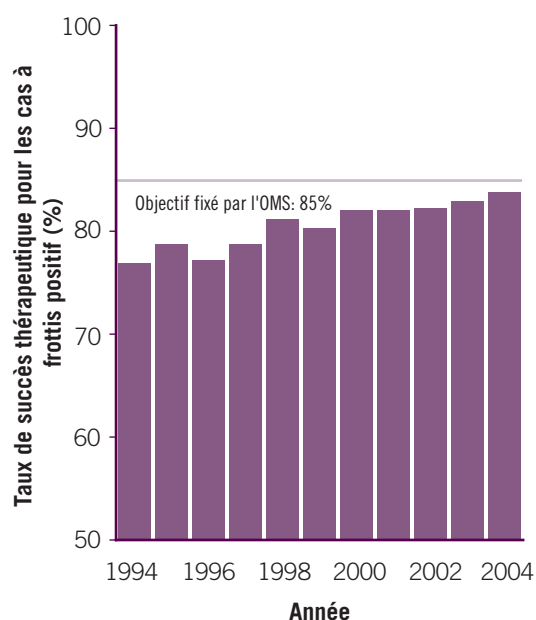
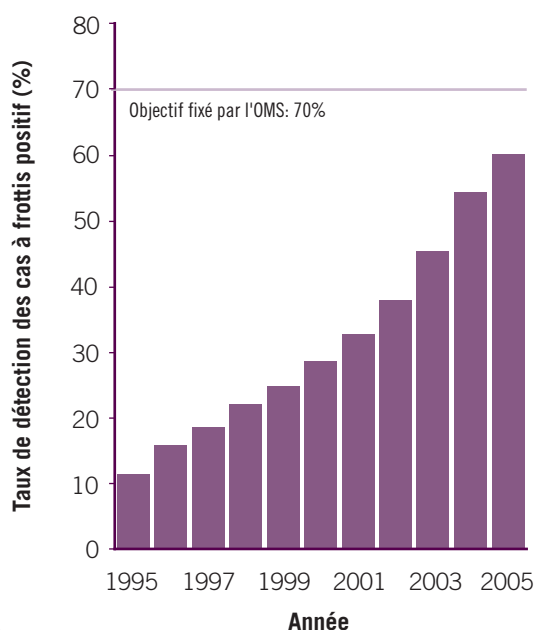
26 millions de tuberculeux traités: les objectifs mondiaux pour 2005 ne sont pas tout à fait remplis²⁴

Taux mondial de détection des cas 60% en 2005

Objectif atteint dans la Région du Pacifique occidental

Taux mondial de succès thérapeutique: 84% en 2004–2005

Objectif atteint dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du sud-est



On estime à 8.8 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose (TB) apparus dans le monde en 2005, dont 7.4 millions en Asie et en Afrique sub-saharienne. Au total, la tuberculose a fait cette année-là 1.6 million de victimes, dont 195 000 personnes infectées par le VIH. L'étude *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing* à Genève a tiré des données de surveillance quatre conclusions principales à propos des programmes de lutte antituberculeuse.²⁴

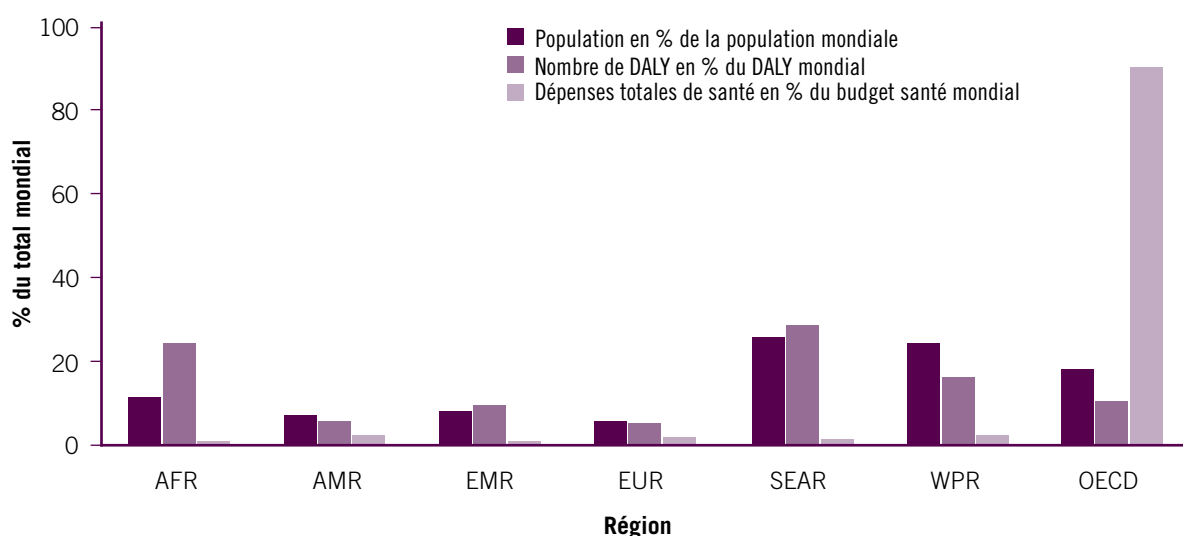
Premièrement, même si plus de 26 millions de personnes atteintes de TB ont pu être traitées dans le cadre de la Stratégie DOTS de l'OMS, le Programme mondial de lutte contre la tuberculose a manqué de peu ses objectifs pour 2005 en matière de détection des cas (proportion de cas de TB détectés: 60% au lieu de l'objectif fixé: 70%) et de guérison (taux de guérison obtenu: 84% au lieu de l'objectif fixé: 85%). Néanmoins, ces deux objectifs ont été réalisés dans la Région OMS du Pacifique occidental et dans 26 pays, dont la Chine, les Philippines et le Viet Nam. Deuxièmement, si le nombre total de malades diagnostiqués et traités en 2005 dans le cadre de la stratégie DOTS est proche de l'objectif, le nombre de personnes reconnues comme séropositives pour le VIH ou porteuses d'une souche multirésistante de TB (TB-MR) est nettement plus faible que le chiffre auquel le *Plan mondial Halte à la tuberculose pour la période 2006–2015*²⁵ s'attendait. Des efforts de grande ampleur s'imposent donc pour intensifier les activités de collaboration entre les programmes de lutte contre la TB et contre le VIH/sida et pour prendre en charge les TB à bacilles multirésistants et les TB fortement pharmacorésistants. Troisièmement, l'épidémie mondiale de TB semble au seuil du déclin. Le taux d'incidence de la tuberculose est maintenant stable ou en diminution dans toutes les Régions de l'OMS, y compris les Régions africaine et européenne.

Ces résultats, s'ils sont robustes, signifient que la cible 8 de l'OMD 6 («d'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies [y compris la TB] et avoir commencé à inverser la tendance actuelle») devraient être atteints avant 2015. Cependant le nombre total de nouveaux cas augmentait encore lentement en 2005 dans les Régions Afrique, Méditerranée orientale et Asie du sud-est de l'OMS. Pour des raisons qui ne sont pas encore pleinement comprises, dans certains pays d'Asie qui signalent des taux élevés de détection des cas et de succès thérapeutique, l'incidence de la TB n'a pas baissé aussi rapidement qu'escompté. Cette observation amène à la quatrième conclusion: la charge mondiale de tuberculose ne diminue pas suffisamment vite pour remplir les objectifs les plus exigeants du Partenariat Halte à la tuberculose. Au rythme actuel, les taux de prévalence et de mortalité de 1990 pour cette maladie seront réduits de 50% d'ici 2015.



10. Dépenses de santé : les besoins sont-ils satisfaits?

Répartition de la population, nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) et dépenses totales de santé pour chaque Région OMS et pour les membres de l'Organisation internationale pour la coopération et le développement économiques (OCDE), données pour 2004



AFR, Région africaine; AMR, Région des Amériques; EMR, de la Méditerranée orientale; EUR, Région européenne; SEAR, Région de l'Asie du sud-est; WPR, Région du Pacifique occidental.
Note: Les chiffres totaux pour les Régions AMR, EUR et WPR ont été calculés en faisant abstraction des 30 pays de ces Régions appartenant à l'OCDE. Le nombre de DALY est pour 2002.

En 2004, le monde a dépensé au total pour la santé US\$ 4.1 billions, soit 4.9 billions de dollars internationaux (les dollars internationaux sont utilisés pour représenter le pouvoir d'achat de différentes monnaies nationales). La répartition géographique des moyens financiers affectés à la santé est irrégulière.²⁶ On constate un rapport très inégal, de l'ordre de 20/90, entre les ressources consacrées à la santé par les 30 pays Membres de l'Organisation internationale pour la coopération et le développement économiques (OCDE), qui représentent moins de 20% de la population mondiale, mais totalisent 90% des dépenses mondiales consacrées à la santé d'une part, et le budget santé du reste du monde, d'autre part.

Les pays de l'OCDE consacrent à la santé une large part de leur produit intérieur brut, soit en moyenne plus de 11%, tandis que ce pourcentage n'est que de 4.7% pour les pays des Régions Afrique et Asie du sud-est. Ces chiffres se traduisent par une dépense par habitant d'environ 3080 dollars internationaux (US\$ 3170) dans les pays de l'OCDE, à comparer aux 102 dollars internationaux (US\$ 36) par habitant que dépensent pour la santé certains pays d'Afrique et d'Asie du sud-est, beaucoup plus pauvres. Si l'on confronte ces montants aux données épidémiologiques, on constate que les régions de l'OMS pourtant les plus démunies, comme l'Afrique et l'Asie du sud-est, qui supportent la plus forte proportion de la charge de morbidité mondiale (plus de 50% de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité) et abritent 37% de la population mondiale, ne dépensent que 2% environ du budget mondial consacré à la santé. La Région OMS du Pacifique occidental, à l'exception de l'Australie, du Japon, de la Nouvelle Zélande et de la République de Corée, compte pour 24% de la population mondiale (ce chiffre étant dû principalement à la Chine), pour environ 18% de la charge de morbidité mondiale, mais pour 2% seulement des ressources consacrées à la santé. La Région OMS des Amériques et la Région européenne de l'OMS, si l'on exclut les pays de l'OCDE, totalisent environ 12% de la population mondiale, 11% de la charge de morbidité mondiale et dépensent à peine moins de 5% du budget mondial de la santé.

Les pays riches, dont les populations sont moins nombreuses et en meilleure santé, dépensent plus pour la santé que les pays pauvres, plus peuplés et supportant des charges de morbidité plus lourdes. Cette contradiction fait clairement apparaître l'absolue nécessité de ressources supplémentaires pour nombre de pays pauvres et soulève des interrogations quant à l'efficacité des dépenses en matière de santé des pays riches.



Références

1. Hill K et al. Trends in child mortality in the developing world: 1990 to 1996. New York, UNICEF, 1998.
2. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *State of the world's children 2007*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2006.
3. ORC Macro. *Demographic and health survey: Malawi 2007*. Calverton, MD, ORC Macro, 2007.
4. Mortalité maternelle 2000: estimations de l'OMS, de l' UNICEF et de la FNPUA. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
5. Murray CJ. Towards good practice for health statistics: lessons from the Millennium Development Goal health indicators. *Lancet*, 2007, 369:862–873.
6. *Comité consultatif sur la surveillance et les statistiques sanitaires: meeting report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/healthinfoachmsreport20061214-15.pdf>, consulté le 4 Avril 2007).
7. Boerma JT, Stansfield SK. Health statistics now: are we making the right investments? *Lancet*, 2007, 369:779–786.
8. *Le Point sur l'épidémie de sida: Décembre 2000*. Genève. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9).
9. *Le Point sur l'épidémie de sida: Décembre 2001*. Genève. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2).
10. *Le Point sur l'épidémie de sida: Décembre 2002*. Genève. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (UNAIDS/02.58E).
11. *Le Point sur l'épidémie de sida, décembre 2003*. Genève. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (UNAIDS/03.39E).
12. *Le Point sur l'épidémie de sida: Décembre 2004*. Genève., Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
13. *Le Point sur l'épidémie de sida: Décembre 2005*. Genève. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (UNAIDS/05.19E).
14. *Le Point sur l'épidémie de sida: Décembre 2006*. Genève. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (UNAIDS/06.29E).
15. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* [revue en ligne], 2006, 3(11):e442 (<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030442>, consulté le 4 Avril 2007).
16. *Base de données mondiale de l'OMS sur la croissance et la malnutrition de l'enfant* [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en>, consultée le 4 avril 2007).
17. Mathers CD et al. Recensement des décès et des causes de décès: une évaluation de l'état des données relatives aux causes de décès dans le monde. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2005, 83:171–177.
18. Shibuya K. Counting the dead is essential for Health. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2006, 84:170–171.
19. Base de données OMS sur la mortalité: tables de survie [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/mortables/en/index.html>, consultée le 4 avril 2007)
20. *WHO survey data centre: World Health Survey*. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2007 (<http://surveydata.who.int/>, consulté le 4 avril 2007.)
21. *Revised global burden of disease (GBD) 2002 estimates*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. (<http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>, consulté le 4 avril 2007)
22. Hosseinpoor AR et al. Decomposing socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:1211–1219.
23. *A WHO report on inequities in maternal and child health in Mozambique*. Geneva, World Health Organization, 2007.
24. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2007*. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO/HTM/TB/2007.376).
25. *Plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015*. Genève, Partenariat Halte à la tuberculose, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).
26. *National health accounts*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/nha>, consultés le 4 avril 2007).