

mourront, dont 97 % appartiendront au monde en développement. Environ 5 % des décès de ce type sont liés à la malnutrition et au moins 2 millions d'entre eux pourraient être évités par la vaccination (il existe des vaccins pour 6 maladies infantiles : la polio, la diphtérie, la tuberculose, le tétanos, la coqueluche et la rougeole)³. Ces décès pourraient être évités, mais la triste réalité est que le taux de mortalité infantile est 15 fois plus élevé dans les pays les moins développés que dans les pays développés (statistiques 1991-1993). On pense que, du fait de l'épidémie du sida, les progrès accomplis en matière de survie infantile vont être remis en cause, annihilant l'effort des donateurs en faveur de la vaccination des enfants et de la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

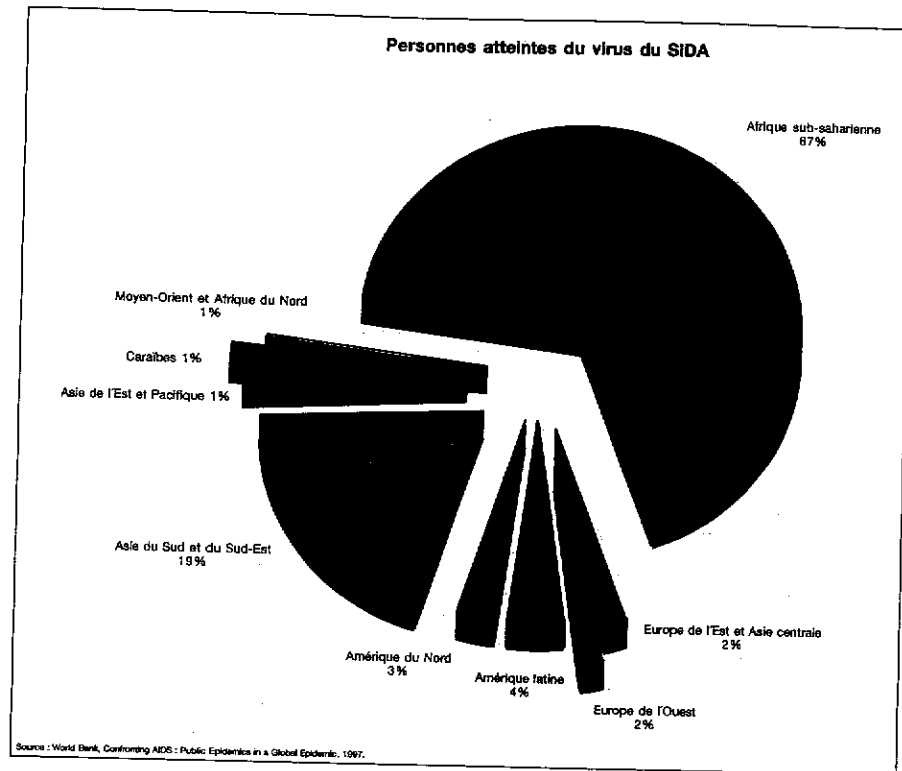
Alors que les pays en développement ont déjà bien du mal à offrir à leur population un minimum de couverture sanitaire avec leurs maigres budgets de santé, ils vont devoir faire face à un fardeau supplémentaire, celui des maladies chroniques résultant de l'accroissement progressif de l'espérance de vie de leur population. En 2025, l'espérance de vie ne devrait être inférieure à 50 ans dans aucun pays. L'Asie et l'Amérique latine doivent se préparer à un triplement de leur population âgée. Les malades non contagieux, tels que les diabétiques, dont le nombre devrait doubler entre 1997 et 2025, passant de 143 à 300 millions, vont représenter un terrible fardeau pour les pays pauvres qui ont déjà bien du mal à faire

face aux besoins de leurs populations enfantine et âgée en matière de santé. Au Bangladesh, par exemple, où, selon les statistiques 1980-1989, 86 % de la population urbaine et rurale vit au-dessous du seuil absolu de pauvreté, les infrastructures médicales ne pourront supporter la surcharge que provoquera le vieillissement de la population.

Paradoxalement, ce sont les maladies liées au style de vie et associées aux pays développés qui ont peut-être les plus graves implications mondiales. Le tabac est la cause d'une perte économique mondiale dont l'ampleur, selon les estimations les plus prudentes, est supérieure aux dépenses de santé de l'ensemble des pays en développement. Selon une étude de la Banque mondiale, cette perte nette mondiale serait de 200 milliards de dollars par an, dont la moitié pour les pays en développement⁴.

Dans de nombreux pays pauvres, où le taux de mortalité des mères au moment de l'accouchement était cent fois supérieur à celui constaté dans les pays riches, l'absence de soins périnataux adéquats devient une question relevant des droits de l'homme. L'absence de moyens médicaux qui cause chaque année 585 000 décès de mères pendant la grossesse ou à l'accouchement a des conséquences directes sur l'équilibre financier et affectif de leur famille.

Le meilleur indicateur de la survie et du bien-être futurs des enfants est le niveau d'alphabetisation et d'éducation de la mère. Si la mère décède d'un accident périnatal, les



chances de productivité économique et sociale futures de l'enfant sont réduites. Prenons le cas du Niger. En 1960, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans y était de 320 pour 100 000 naissances d'enfants vivants. En 1994 ce taux n'avait pas baissé. Pour l'aide au développement en faveur des plus pauvres, le refrain est toujours le même : plus ça change, plus c'est la même chose !

1. World Health Organization, *Fact Sheet*, n° 145, février 1997.
2. UNAIDS, *Report on the Global HIV-AIDS Epidemic*, décembre 1997.
3. « Life in the 21st Century : A Vision for All », *The World Health Report*, 1998.
4. « Tobacco Epidemic : Much More than a Health Issue », *Fact Sheet*, n° 155, mai 1998.

SANTÉ MONDIALE : LES NOUVELLES MENACES

par Elizabeth Levine
New York Aids Coalition

Tout comme la maladie, la santé ne résulte pas du hasard, mais de l'interaction de facteurs démographiques, sociaux et économiques qui déterminent l'état de santé des groupes sociaux. En étudiant les indicateurs sanitaires, on en voit clairement les dimensions démographiques, financières et politiques tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Les pays fournisseurs d'aide publique au développement (APD) devraient noter que ce sont la mobilité et l'urbanisation croissantes des populations qui conduisent à une internationalisation des problèmes de santé publique dont les conséquences se font sentir jusque chez eux. Les infrastructures sanitaires, pas plus que l'adduction d'eau et l'assainissement n'arrivent à suivre le rythme galopant de l'urbanisation dans les pays en développement.

L'investissement sanitaire dans les pays pauvres, notamment la vaccination des enfants de moins de cinq ans et la prévention des maladies contagieuses, non seulement s'impose pour des raisons humanitaires mais encore constitue une bonne stratégie de développement, favori-

sant la stabilité et l'essor économiques. La France qui consacre 0,55 % de son produit intérieur brut à l'aide bilatérale (dont un petit tiers consacré aux pays francophones), s'approche de l'objectif de 0,7 % proclamé par les Nations unies et devance les autres pays développés, entre autres les États-Unis dont l'effort relatif est 16 fois moindre. Mais, en fixant cet objectif quantitatif, l'ONU n'a pas spécifié que cet effort devait bénéficier aux secteurs de la santé et de l'éducation. En fait, une part importante de l'aide bilatérale est consacrée à l'équipement de forces armées, ce qui contribue à des situations comme celle du Mozambique où 5 % des dépenses de l'État sont consacrées à la santé et 35 % à la défense !

Les taux de morbidité et de mortalité ne sont pas les seuls indicateurs de l'état de santé d'une population. Il est utile de s'intéresser aux années de production perdues du fait de la maladie et des handicaps. L'espérance moyenne de vie des pays développés est supérieure de 22 ans à celle des pays en développement. Prenons le cas de la tuberculose : c'est la maladie qui provoque le plus de décès chez les femmes (1 million de morts et 2,5 millions de cas en 1996) et il est

établi qu'elle cause 8,7 millions d'années d'incapacité de travail.

Au vu de ces chiffres, il est clair que tous, donateurs comme pays en développement, ont financièrement intérêt à accroître l'investissement en faveur de la santé. Un autre exemple des implications socio-économiques de la maladie est celui de la cécité. Les coûts indirects entraînés par cet handicap sont énormes. Une étude réalisée en Inde en 1989 montre que les coûts cumulés de la cécité pour l'économie du pays se montent à environ 4,6 milliards de dollars par an, en prenant en compte la minime allocation de subsistance versée aux aveugles. Une autre recherche réalisée en Asie du Sud a étudié les suites des opérations de la cécité et montré non seulement que 85 % des hommes et 58 % des femmes qui avaient retrouvé la vue reprenaient un travail mais encore que la rentabilité financière de l'opération était énorme, le gain étant quinze fois supérieur à la dépense dès l'année suivante¹. Le meilleur exemple des conséquences économiques de l'incapacité à financer les activités de prévention de santé publique est donné par le sida. En décembre 1997, on évaluait à 30,6 millions le nombre de personnes atteintes par le virus HIV (29,5 millions d'adultes et 1,1 million d'enfants de moins de 15 ans) et l'on estime actuellement qu'en l'an 2000 ce chiffre atteindra 40 millions². L'impact économique du sida est plus lourd que celui des autres maladies du fait qu'il frappe des adultes en pleine vie active. Or, les ennuis de

santé affectent plus gravement les pauvres qui, souvent, ne peuvent s'offrir les soins médicaux ou n'y ont pas accès. Pour un pays en développement moyen, un accroissement de 2 000 dollars du revenu par habitant permettrait une réduction d'environ 4 % du taux d'infection des adultes urbains. Ces chiffres montrent qu'une croissance économique rapide et également répartie ferait beaucoup pour le ralentissement de l'épidémie du sida. Les actions de prévention coûtent habituellement beaucoup moins que le traitement du sida et sont de bons investissements en termes économiques tant pour les gouvernements que pour les individus.

Notons encore que le déclenchement d'épidémies comme le sida, la fièvre ébola, la fièvre dengue et la tuberculose résistante aux antibiotiques peut réduire à néant le fruit des investissements sanitaires consentis jusque-là par un pays en développement. Certains facteurs sociaux peuvent également bloquer les progrès réalisés dans le domaine de la prévention d'une maladie contagieuse. L'ampleur de la diffusion de la malaria, par exemple, qui tue entre 1,5 et 2,7 millions de personnes par an, est fortement influencée par les guerres civiles, les difficultés économiques et les problèmes d'environnement.

Il est pourtant difficile aux ministres de la Santé des pays en développement de dégager sur leurs maigres ressources les moyens nécessaires à la prévention de la malaria, du sida ou de la tuberculose alors qu'en 2025, 5 millions d'enfants de moins de cinq ans en