



LES MALADIES TRANSMISSIBLES



Introduction

Depuis le début du XX^{ème} siècle, l'espérance de vie de la population mondiale a connu une augmentation spectaculaire. Né en Europe, le processus s'est poursuivi à la fin du XIX^{ème} siècle dans tous les pays que l'on considère aujourd'hui comme développés. Dans ces pays, l'espérance de vie était d'environ 40 ans à la fin du XIX^{ème}, elle est de 80 ans au début du XXI^{ème} siècle. La révolution industrielle et agricole, l'augmentation des niveaux de revenus ont engendré une amélioration de la nutrition, de l'accès à l'eau potable et de l'hygiène. Ces facteurs positifs ont à leur tour entraîné une baisse importante de la mortalité, puis une baisse de la natalité et une stabilisation de la population. La majorité des autres pays du monde a suivi un chemin similaire dans le courant du XX^{ème} siècle.

Certes, l'évolution n'est ni linéaire ni exempte d'exceptions locales.

Si certains pays tirent profit de la mondialisation en alliant croissance économique et amélioration de la situation sanitaire (Chine, Costa Rica, pays émergents d'Asie orientale), d'autres n'obtiennent pas les résultats économiques attendus et connaissent des progrès sanitaires plus lents et parfois même des régressions. Les crises économiques (Argentine, Mexique, Russie) freinent l'investissement dans les services sociaux et réduisent l'accès des populations défavorisées aux médicaments essentiels.

Globalement, le continent africain - et notamment l'Afrique subsaharienne - est la dernière grande région du monde, où les taux de mortalité, particulièrement de mortalité infantile, demeurent encore très élevés et l'espérance de vie faible¹. Cette situation nécessiterait d'explorer plus précisément les conditions et l'environnement de la santé des populations d'Afrique subsaharienne, notamment leurs conditions nutritionnelles et sanitaires, les infrastructures et le personnel de santé auxquels elles ont accès et les politiques de santé dont elles bénéficient au niveau national et régional. L'objet de ce présent chapitre est un préalable à cette étude et dresse un panorama des principales maladies qui affectent la population subsaharienne et ouest-africaine, des progrès accomplis dans la lutte contre ces maladies et des enjeux restants.

L'atlas de l'intégration régionale est une initiative de la CEDEAO et du CSAO / OCDE, financée par les coopérations française, suisse et luxembourgeoise. Classés en quatre séries (population, espaces, économie, environnement), les chapitres de l'atlas sont produits graduellement et mis en ligne sur le site

www.atlas-ouestafrique.org

1. Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest/CEDEAO (2007) *Les dynamiques démographiques*. Atlas de l'Intégration Régionale en Afrique de l'Ouest.

I. Quelques repères

1.1 Au niveau mondial

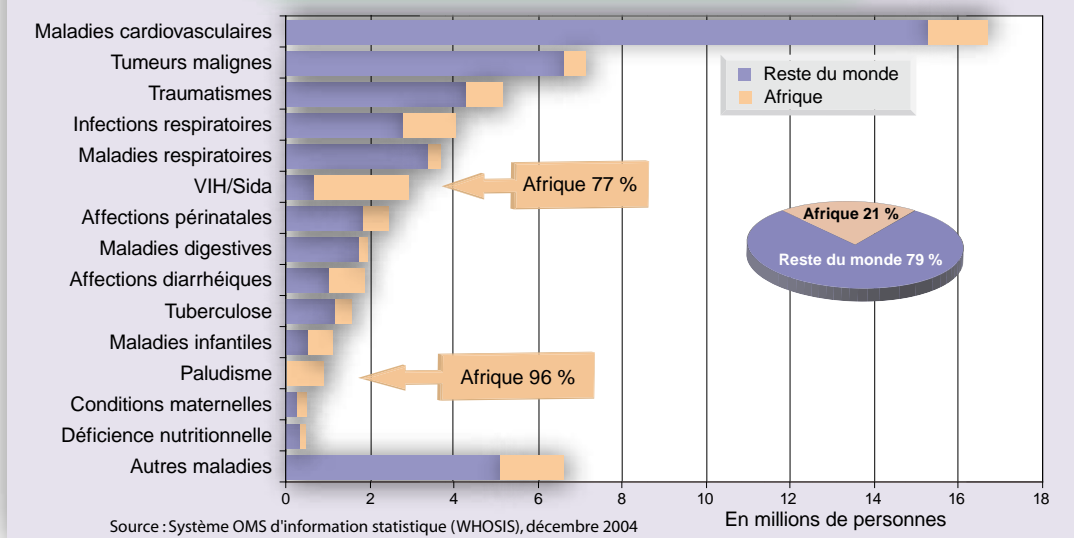
En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recense 57 millions de décès dans le monde ; parmi eux, 17 millions (soit près d'un tiers) sont dus aux maladies cardiovasculaires. Les maladies infectieuses constituent la seconde cause de décès (11 millions), particulièrement les infections respiratoires (4 millions), le Sida (Syndrome d'immuno-déficience acquise, 2,9 millions) et le paludisme (0,9 million). Viennent ensuite les tumeurs malignes responsables de plus de 7 millions de décès, tandis que les traumatismes causent plus de 5 millions de décès en 2002.

Alors que la plupart des pays du monde bénéficient d'une augmentation soutenue de l'espérance de vie à la naissance, de nombreux pays africains voient cette tendance ralentir et même s'inverser dans certains cas du fait du Sida.

Définition

L'espérance de vie en bonne santé est un indicateur de la santé globale de la population basée sur l'état de santé et sur la mortalité en fonction de l'âge et du sexe. Cet indicateur représente le nombre d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé, en se basant sur l'expérience moyenne d'une population.

Graphique 1. Principales causes de mortalité dans le monde et poids de l'Afrique en 2002



1.2 Au niveau africain

Le Sida reste la cause principale de décès sur le continent africain, avec 2,3 millions de décès estimés en 2002, suivie par les infections respiratoires, les maladies cardiovasculaires et le paludisme, chacun avec environ un million de décès. Une attention spéciale est à porter aux maladies diarrhéiques qui causent environ 800 000 décès en Afrique.

En Afrique australe, où le niveau de prévalence du VIH (Virus de l'Immuno-déficience Humaine menant à plus ou moins long terme au Sida) est le plus élevé, l'espérance de vie est tombée de 62 ans en 1990-1995 à 48 ans en 2000-2005. Elle devrait encore se réduire pour tomber à 43 ans au cours de la prochaine décennie, avant d'amorcer une lente reprise.



La croissance démographique de la région sera probablement nulle entre 2005 et 2020. Pour le Botswana, le Lesotho et le Swaziland, les projections indiquent une diminution de la population. On peut néanmoins prévoir que l'introduction des ARV (antirétroviraux) et les mesures préventives de plus en plus répandues et s'enracinant dans le comportement des populations, permettront une baisse significative de la mortalité par le Sida dans les décennies à venir.

Les démographes prévoient encore une augmentation significative de l'espérance de vie au niveau mondial, incluant l'Afrique, sous réserve pour ce continent, de la continuité des efforts dans la lutte non seulement contre le VIH/Sida mais aussi contre les fléaux que sont le paludisme, la tuberculose et les maladies infectieuses de la petite enfance.

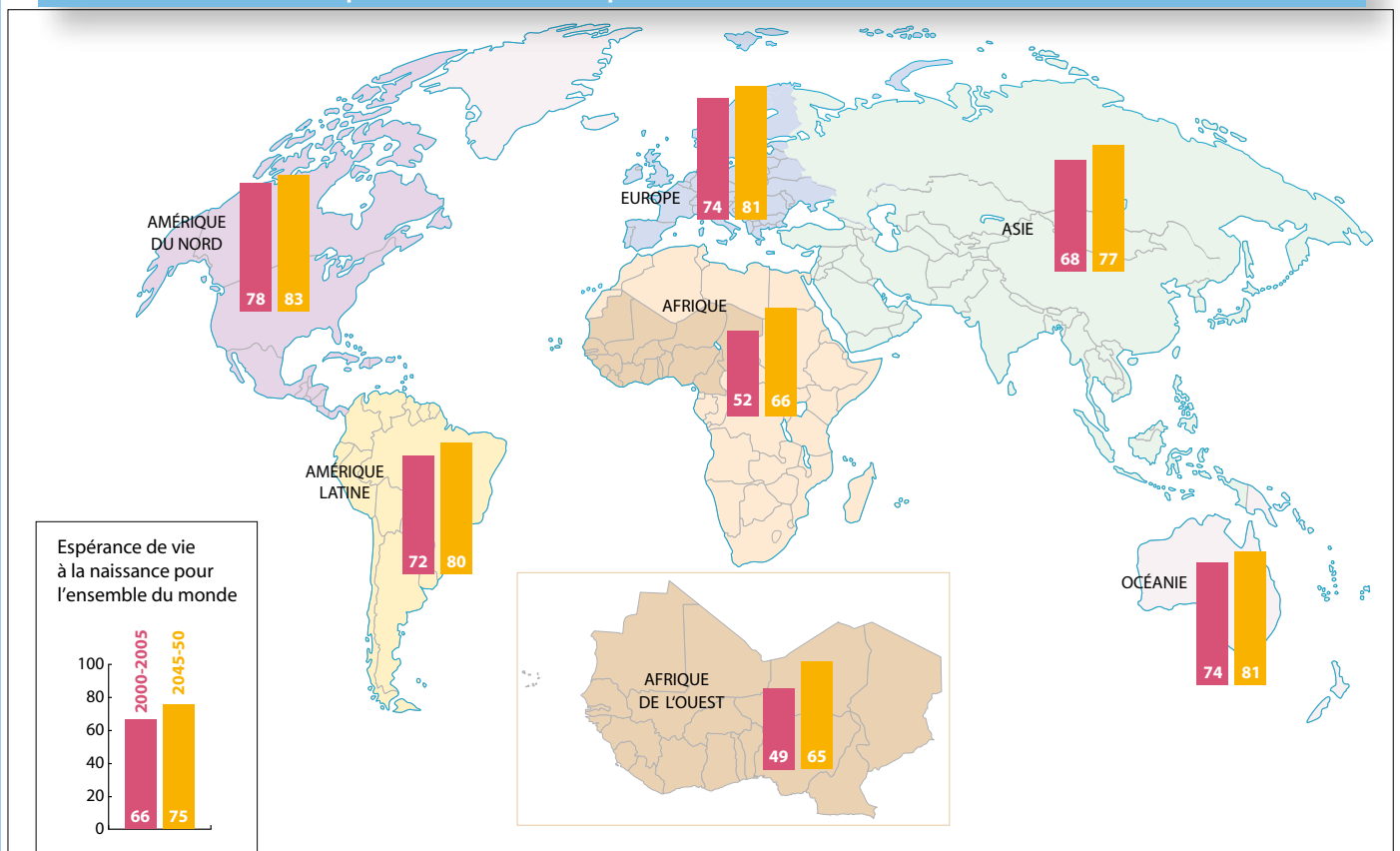
1.3 Au niveau ouest-africain

► L'espérance de vie

À l'exception notable du Cap-Vert, les populations ouest-africaines disposent d'une espérance de vie à la naissance en deçà de la moyenne mondiale et très inférieure à celle des pays développés qui est désormais de l'ordre de 80 ans (cf. carte 1).

Par ailleurs, si de nombreux pays développés présentent des espérances de vie en bonne santé et des espérances de vie à la naissance relativement similaires, la situation est très différente en Afrique, et par conséquent

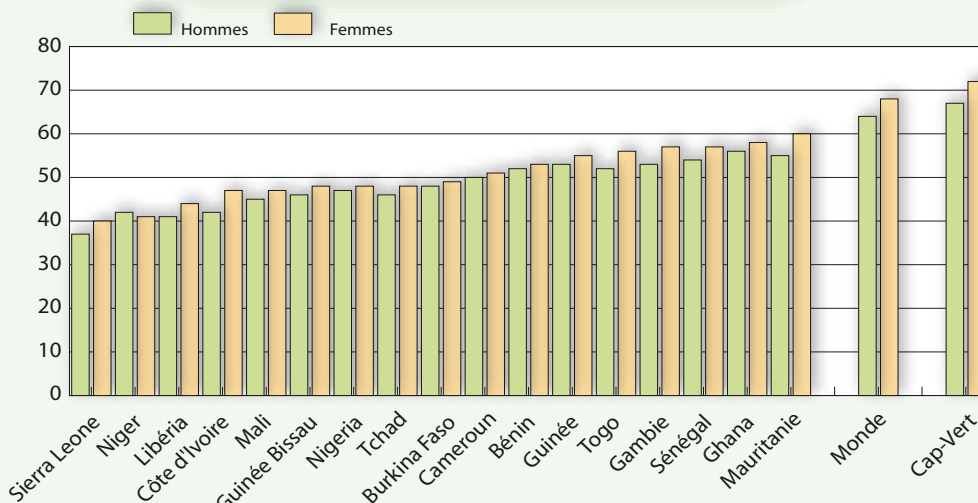
Carte 1. Évolution prévisionnelle de l'espérance de vie à la naissance entre 2000-2005 et 2045-2050



Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2007) World Population Prospects: The 2006 Revision.

© Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest/OCDE 2007

Graphique 2. Espérances de vie à la naissance des hommes et femmes d'Afrique de l'Ouest



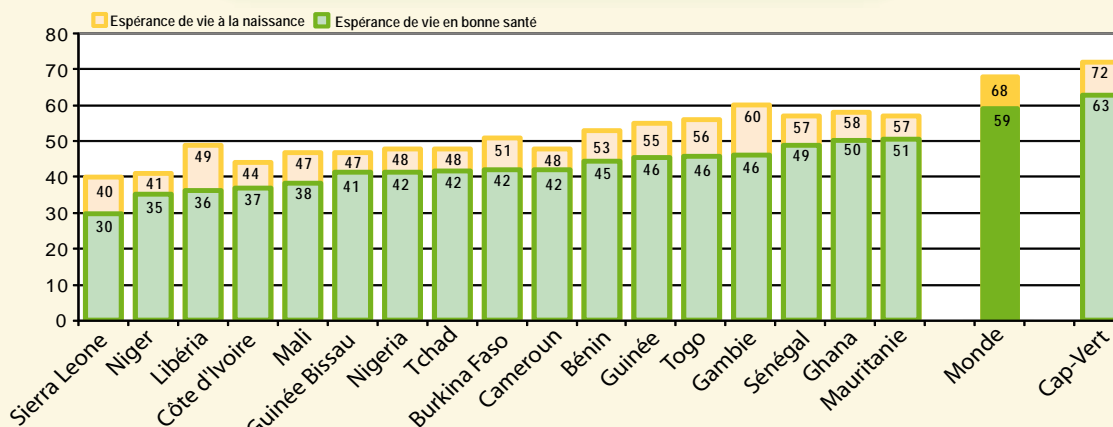
Source : OMS, World Health Statistics 2007 Highlights and Tables

en Afrique de l'Ouest, où la santé des populations est beaucoup plus précaire. Des pays comme le Burkina Faso, le Niger, le Libéria et la Sierra Leone subissent des pertes d'années de vie en bonne santé pouvant aller jusqu'à 25 % de l'espérance de vie totale (cf. graphique 2). Si les années 50 à 70 ont connu une augmentation rapide de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, les dernières décennies du XX^{ème} siècle ont été témoins d'un ralentissement du progrès, dû notamment au Sida et aux autres maladies transmissibles.

► La mortalité infantile

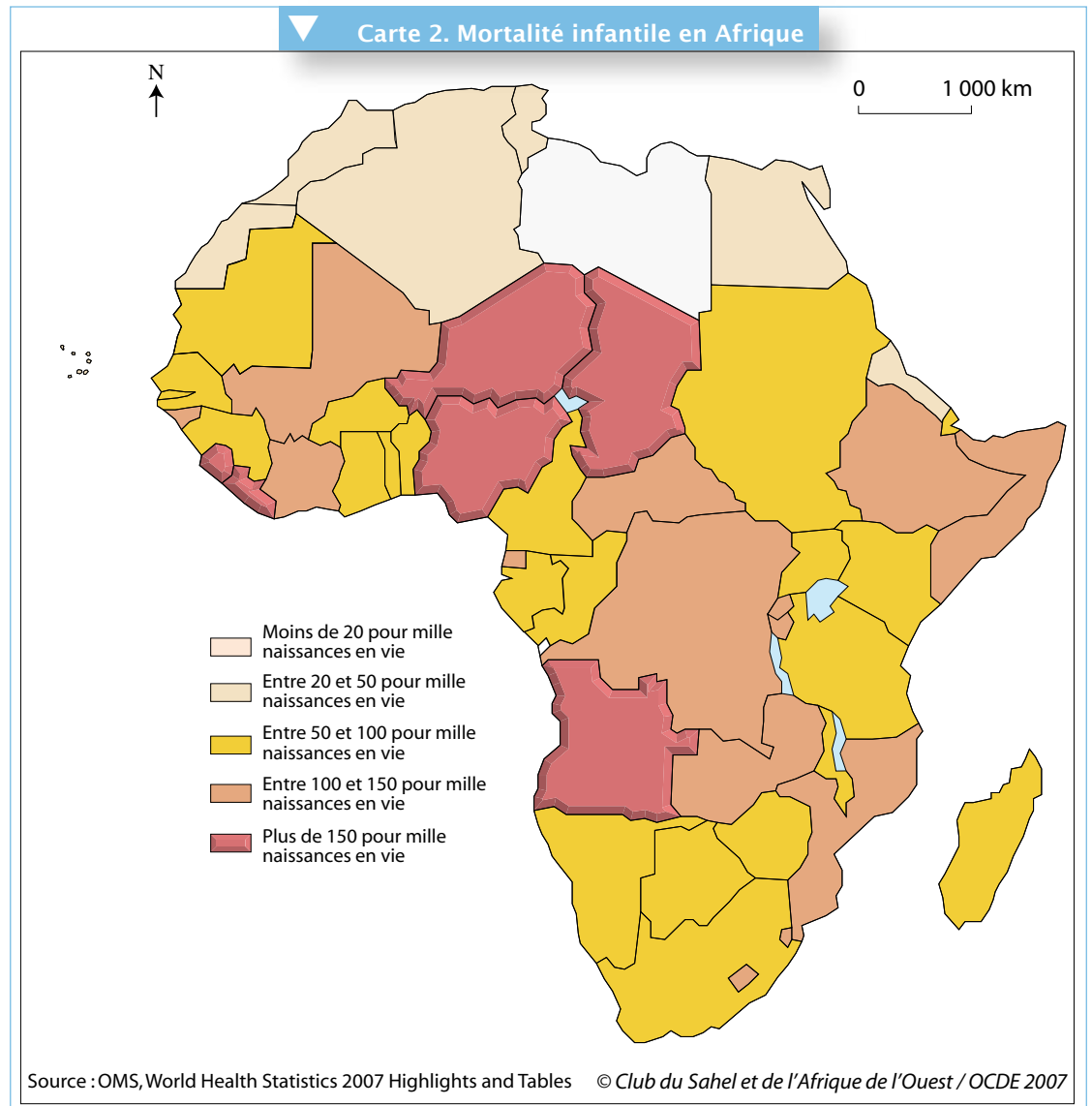
La forte mortalité infantile explique en grande partie l'écart d'espérance de vie à la naissance entre l'Afrique subsaharienne et le reste du monde.

Graphique 3. Espérances de vie à la naissance et en bonne santé des femmes en Afrique de l'Ouest



Source : OMS, World Health Statistics 2007 Highlights and Tables





Le **taux de mortalité infantile** en Afrique subsaharienne est environ 5 à 6 fois supérieur à ce qu'il est en Europe ou en Amérique du nord.

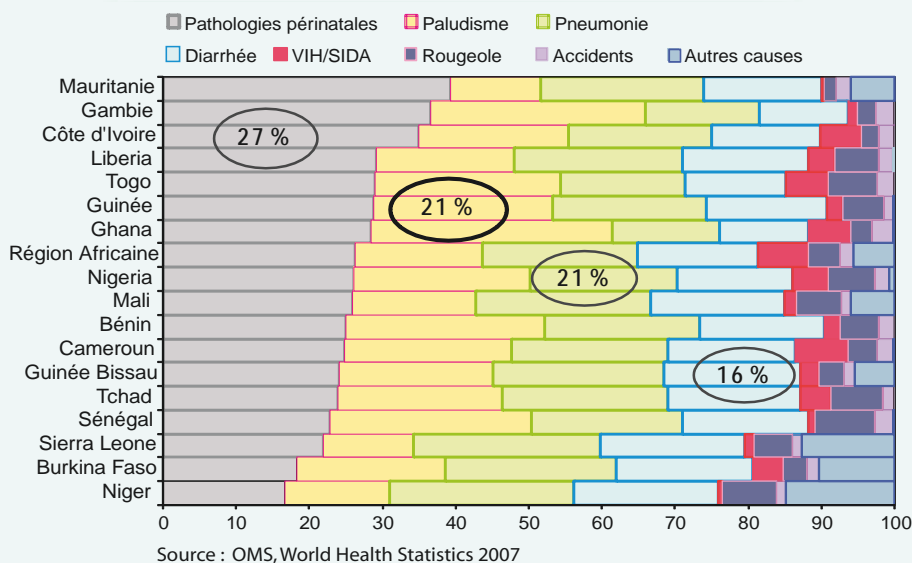
Malgré des efforts et des progrès importants (depuis les années 70, la mortalité infantile a diminué de moitié), les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont toujours très élevés ; un enfant subsaharien sur dix n'atteint pas l'âge de 1 an (contre 1 sur 25 000 en Allemagne par exemple) et un autre sur dix n'atteint pas l'âge de 5 ans. En Afrique de l'Ouest, la Sierra Leone, le Libéria et le Niger ont des taux supérieurs à 150 pour mille, tandis que le Cap-Vert est, avec 26 pour mille, en dessous de la moyenne mondiale (51 pour mille) mais toujours éloigné des taux des pays développés autour de 5 pour mille.

En dehors des pathologies périnatales (expliquant plus d'un quart des décès des enfants de moins de 5 ans), les principales causes de mortalité de ces enfants sont le paludisme (21 %), les infections respiratoires aiguës (21 %), la diarrhée (16 %), la rougeole et la malnutrition - et souvent une association de plusieurs de ces maladies (cf. graphique 4).

Définition

Le **taux de mortalité infantile** est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

Graphique 4. Principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans en Afrique de l'Ouest



II. Géographie ouest-africaine des maladies

L'Afrique dispose d'un climat chaud et d'une biosphère riche et variée, particulièrement dans les régions tropicale et équatoriale. Malheureusement, cette richesse se traduit aussi par la présence d'une grande variété de maladies touchant de nombreuses populations.

Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité en Afrique de l'Ouest. Parmi les autres pathologies tropicales affectant gravement la population, on peut citer la méningite, le choléra, l'onchocercose, la trypanosomiase (100 % des cas mondiaux), la dracunculose, la schistosomiase, la lèpre, la fièvre jaune (90 % des cas mondiaux) ainsi que les maladies diarrhéiques autres que le choléra. Les affections respiratoires aiguës et la malnutrition complètent le paysage des principales pathologies.

Certaines affections sont présentes au sein d'un environnement géographique spécifique : ainsi la région soudano-sahélienne est particulièrement atteinte par l'onchocercose et des épidémies annuelles de méningite. D'autres affections restent circonscrites à quelques pays comme la fièvre Lassa en Côte d'Ivoire et en Guinée et l'ulcère Buruli aux pays côtiers, entre la Côte d'Ivoire et le Ghana.

2.1 Les résultats encourageants

► La poliomyélite : en voie de disparition

La poliomyélite, aussi appelée simplement polio, est une maladie infectieuse aiguë qui s'attaque à la substance grise de la moelle épinière.

Définition

La **morbidité** indique le niveau d'atteinte d'une maladie donnée au sein d'une population donnée pendant un temps donné (en général 1 an).

Tableau 1. Nombre de cas de poliomyélite en Afrique de l'Ouest

| Pays | 2006 | 2007 |
|----------|-------|------|
| Tchad | 1 | 20 |
| Cameroun | 2 | 0 |
| Niger | 11 | 11 |
| Nigeria | 1 122 | 286 |
| Total | 1 136 | 317 |

Source : www.polieradication.org

Encadré 1. Vaccination : de remarquables progrès

L'Afrique de l'Ouest a fait de remarquables progrès en matière de couverture vaccinale au cours des deux dernières décennies, le Tchad demeurant en retrait. C'est le cas en particulier de la vaccination anti-coqueluche, tuberculose, tétanos, diphtérie et poliomyélite - à l'exception notable du Nigeria pour cette dernière.

Entre 1990 et 2003, plusieurs pays ont significativement amélioré leur pratique vaccinale : le Niger et la Mauritanie, avec une augmentation de près de 3 % par an, ont atteint des couvertures vaccinales anti rougeole de 74 % et 64 % respectivement. Toutefois, l'Afrique de l'Ouest dans son ensemble conserve de loin, la couverture la plus faible du monde. En 2004, seulement 54 % des enfants sont vaccinés contre la rougeole. Entre 1990 et 2003, la couverture vaccinale a même baissé au Nigeria, ainsi qu'au Burkina Faso, au Cap-Vert et au Togo. Seuls le Ghana et la Gambie devraient atteindre en 2010 une couverture de vaccination rougeole supérieure à 90 %.

Si l'incidence des maladies transmissibles de l'enfance a diminué significativement ces dernières décennies, les taux de vaccination encore trop modestes ne permettent cependant pas d'envisager leur éradication dans un avenir proche.

Elle est causée par un virus, le poliovirus qui se transmet par voie féco-orale ou par la propulsion dans l'air des postillons.

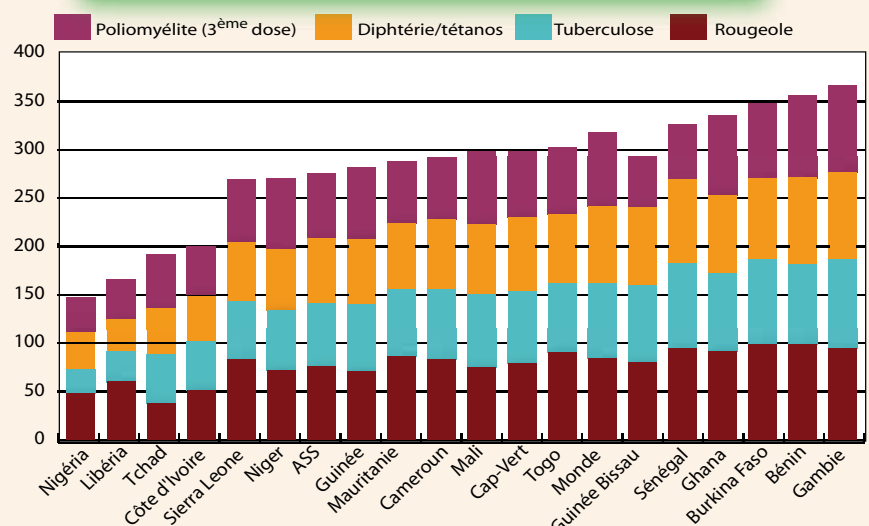
Depuis la résolution de l'OMS de 1988, visant l'éradication de la poliomyélite, des progrès importants ont été obtenus partout dans le monde, y compris en Afrique de l'Ouest. De nombreuses campagnes de vaccination ont réduit le nombre de pays avec poliomyélite endémique de 122 en 1988 à seulement 7 pays en 2003. Par contre depuis 2003, l'interruption de la vaccination, pour des raisons religieuses, notamment au Nigeria, cause l'augmentation du nombre de cas dans ce pays et au Niger, ainsi que la réapparition de cas dans des pays auparavant libres de cette maladie. Ainsi, en 2004, des cas sont déclarés au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Tchad, en Côte d'Ivoire, au Ghana et au Togo. En 2005, suite à des efforts de vaccination, le Niger connaît à nouveau une réduction importante du nombre de cas. Même si le nombre de cas a baissé de façon importante au Nigeria (de 1 122 cas en 2006 à 286 en 2007), ce pays maintient une transmission intense du virus sauvage.

► La rougeole : en forte diminution

La rougeole est une infection éruptive aiguë, due à un virus de la famille des Paramyxovirus, atteignant essentiellement les enfants à partir de l'âge de 5-6 mois. La contamination s'effectue par la propulsion des gouttelettes de salives dans l'air. La rougeole est définitivement immunisante.

En 2000, 396 000 Africains sont morts de la rougeole, soit 50 % des décès dus à cette maladie dans le monde. En 2006, le chiffre tombe à

Graphique 5. Couverture vaccinale 2004 tuberculose, diphtérie/tétanos, poliomyélite et rougeole



Source : La situation des enfants dans le monde, statistiques, UNICEF 2007

36 000 décès (15 % des décès mondiaux dus à la rougeole). 80 % des décès surviennent en Afrique centrale et de l'Ouest. Cette baisse remarquable de la mortalité due à la rougeole est liée à la mise en place d'un système de surveillance, de prévention vaccinale et de traitement qui, en 2005, est opérationnel dans 29 pays, dont dix pays ouest-africains. Au cours des dernières années, moins d'un quart des pays concernés par ce système a été touché par des épidémies : Cameroun (2003 - 2005), Togo et Bénin (2004 - 2005), et Mali (2004).

► Le tétanos néonatal : presque éliminé

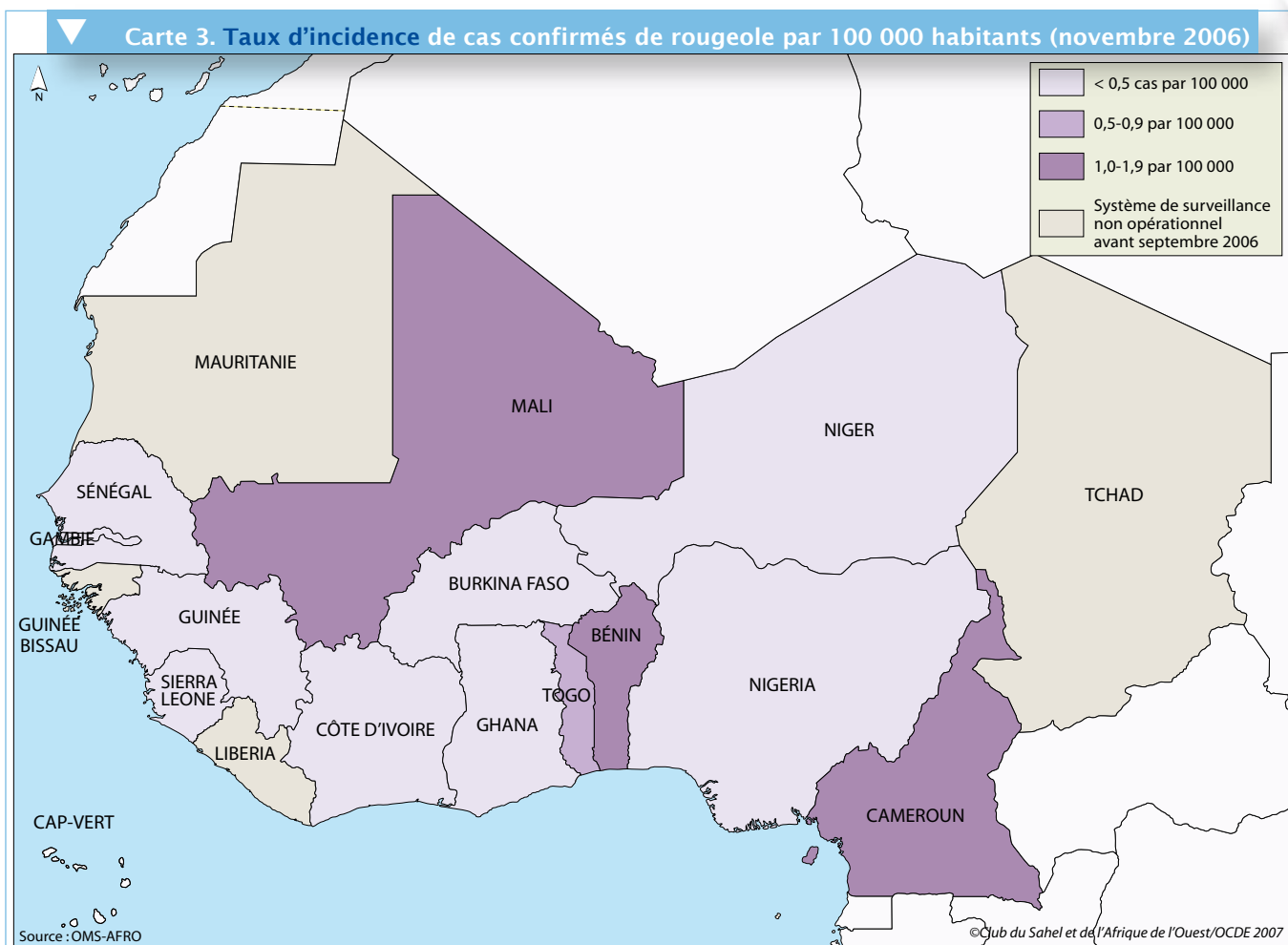
Le tétanos néonatal et maternel est causé par une infection avec la bactérie *Clostridium tetani*, lors des accouchements survenus dans des milieux insalubres.

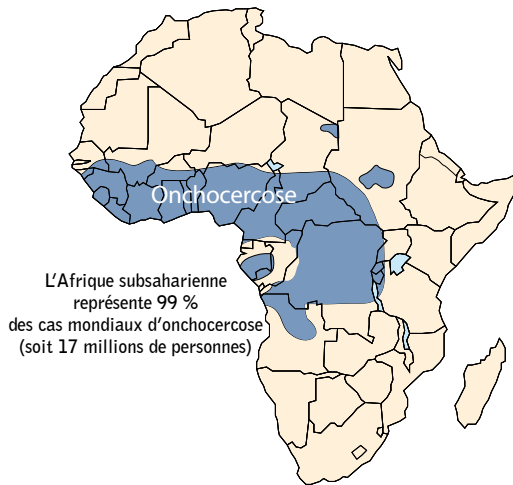
Le tétanos néonatal et maternel reste une des causes principales de décès des nouveau-nés et des mères en Afrique. Il peut être prévenu par une hygiène rigoureuse, la vaccination et l'administration d'anticorps lors d'une contamination.

Vingt-huit pays regroupent 90 % des cas mondiaux. Seize d'entre eux sont en Afrique, 12 en Afrique de l'Ouest. Face à une persistance du nombre de cas rapportés, l'OMS lance en 2000 une campagne d'élimination du tétanos néonatal. Jusqu'en 2005, des progrès importants sont

Définition

L'incidence ou le **taux d'incidence** est la fréquence des cas nouveaux ; elle représente le nombre de cas de malades apparus dans une période donnée dans une population donnée. C'est un des indicateurs de la morbidité.





enregistrés, notamment l'élimination de la maladie dans plusieurs pays, y compris le Togo. D'autres pays, incluant le Bénin, le Ghana, la Guinée et le Mali, ont de bonnes chances d'éliminer cette maladie à très court terme.

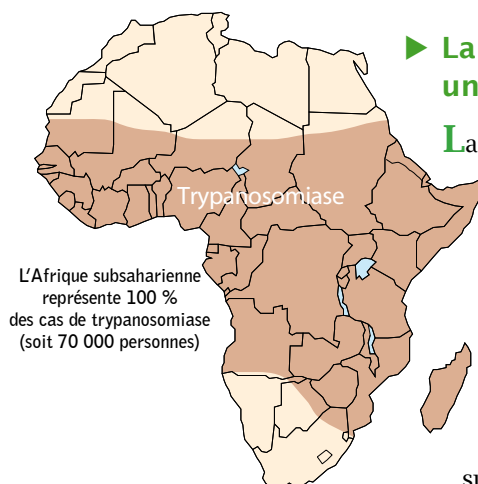
► L'onchocercose : des progrès considérables

L'onchocercose ou «cécité des rivières» est une maladie parasitaire transmise par la piqûre d'une mouche, la simulie. L'onchocercose entraîne de sérieuses lésions cutanées et dans sa phase finale, une cécité irréversible.

L'onchocercose sévit particulièrement en Afrique de l'Ouest et du centre ; on estime à 120 millions de personnes les populations exposées à cette maladie.

Son impact est important sur l'économie des pays affectés, car elle diminue la capacité de travail de la population et empêche l'exploitation agricole de vallées fluviales fertiles. La lutte contre l'onchocercose débute dans les années 70, en Afrique occidentale. Entre 1974 et 2002 dans 11 pays de la région, le programme d'élimination de l'onchocercose (OCP) permet, selon l'OMS, d'éviter 600 000 nouveaux cas. Plus de 20 millions d'hectares de terres cultivables en bordure des rivières sont ainsi libérés.

Capitalisant sur l'expérience de l'OCP, un programme panafricain débute en 1995 et permet la protection de dizaines de millions de personnes et la repopulation d'importantes zones agricoles grâce à la prévention par le biais des traitements antivectoriels des eaux stagnantes, avec des larvicides biologiques.



► La trypanosomiase : une diminution sensible des cas

La trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) est causée par un parasite transmis à l'homme par la piqûre d'une glossine (mouche tsé-tsé) infectée.

La trypanosomiase figure parmi les maladies les plus négligées dans le monde. Elle affecte les populations déshéritées dans les zones rurales reculées de l'Afrique subsaharienne. Vers le milieu des années 60, la maladie était presque éliminée mais, avec le relâchement de la surveillance et l'abandon des programmes de lutte anti-

vectorielle, on assiste, depuis une trentaine d'années, à sa résurgence dans plusieurs régions. En 1998, près de 40 000 cas ont été notifiés, mais on estime que 300 000 à 500 000 autres cas n'ont pas été diagnostiqués, ni traités. 60 millions de personnes sont à risque dans 36 pays.

La prévalence varie d'un pays à l'autre, et d'une région à l'autre, au sein d'un même pays. En 2005, des flambées majeures sont observées en Angola, en République démocratique du Congo et au Soudan. La transmission semble avoir été interrompue dans des pays comme le

Définition

La **prévalence** représente le nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée. C'est un des indicateurs de la morbidité.

Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, la Gambie, la Guinée Bissau, le Libéria, la Namibie, le Niger, le Sénégal, la Sierra Leone et le Swaziland, où aucun nouveau cas n'y est signalé depuis plusieurs décennies. Mais il est difficile d'évaluer la situation actuelle dans plusieurs pays endémiques, faute de moyens de surveillance et de diagnostics suffisants.

La maladie est aussi difficile à prévenir et à traiter. La détection et la prise en charge des patients exigent un personnel bien formé et des centres de santé bien équipés. En l'absence de traitement, la maladie provoque inévitablement la mort. En 2000, l'OMS met en place une surveillance dans les pays endémiques et un approvisionnement en médicaments gratuits.

En 2005, la surveillance se renforce et l'incidence, sur l'ensemble du continent, diminue sensiblement : de 27 240 en 2001 à 17 620 en 2004.

Tableau 2. Nouveaux cas de trypanosomiase dépistés en 2004 en Afrique de l'Ouest

| Pays | |
|---------------|------------|
| Burkina Faso | 2 |
| Nigeria | 10 |
| Cameroun | 17 |
| Guinée | 17 |
| Côte d'Ivoire | 72 |
| Tchad | 483 |
| Total | 601 |

Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire
24 février 2006, 81^e année - No. 8, 2006, 81, 69-80

2.2 Trois maladies épidémiques encore très actives

► La méningite méningococcique

La méningite à méningocoques est une infection bactérienne des méninges, causée par la bactérie *Neisseria meningitidis*, qui se transmet d'une personne à l'autre par des gouttelettes de sécrétions nasales et orales contaminées, souvent émises par des porteurs asymptomatiques.

En Afrique de l'Ouest, chaque début d'année est marqué par des épidémies de méningite qui touchent particulièrement les enfants et les adolescents. Malgré l'existence d'un vaccin efficace, l'immunisation de routine ne se fait pas. Du fait de la protection limitée entre 3 et 5 ans et de l'absence d'une immunité de groupe, il est plutôt pratiqué des campagnes réactives lors des flambées épidémiques.



Les pays les plus affectés sont ceux situés dans la « ceinture de la méningite », qui s'étend de l'Éthiopie au Sénégal, soit les pays subsahariens avec climat chaud et sec. Les épidémies sont annuelles, mais suivent un cycle de 3 à 5 ans, avec des années qui connaissent des nombres de cas très élevés alternant avec des années moins intenses. Ainsi, 1997 et 2002 ont été des années de haute épidémie avec, respectivement, 60 000 et plus de 33 000 cas déclarés et un taux de **létalité** de 13 % en 2002 au Burkina Faso. 2005 et 2006 ont compté moins de cas (moins de 6 000 en 2006). En revanche, 2007 a été de nouveau une année de forte épidémie, avec plus de 38 000 cas recensés, dont plus de 26 000 au Burkina Faso. La létalité a été de 8 %, variant beaucoup, entre moins de 3 % en Éthiopie et 25 % en Côte d'Ivoire. Les dernières années ont témoigné de l'émergence d'une souche de *Neisseria* hautement agressive, le NM W135, qui aurait pu être un des facteurs responsables des hautes létalités enregistrées dans ces pays.

Définition

Le taux de **létalité** est le rapport entre le nombre de décès dus à une maladie et le nombre de personnes atteintes de cette maladie.

De nouveaux vaccins polyvalents contre la méningite méningococcique promettent d'être efficaces à plus long terme et pourraient être utilisés dans le programme de vaccination de routine, ce qui permettrait, dans un avenir relativement proche, d'éliminer ces grandes épidémies de méningite.

► Le choléra

Le choléra est une maladie diarrhéique due à un bacille le *Vibrio cholerae*, ou bacille virgule, découvert en 1883. La forme la plus aigüe est fatale dans plus de la moitié des cas, en l'absence de traitement (de quelques heures à trois jours). La contamination est orale, d'origine fécale, par l'eau de boisson ou des aliments souillés.

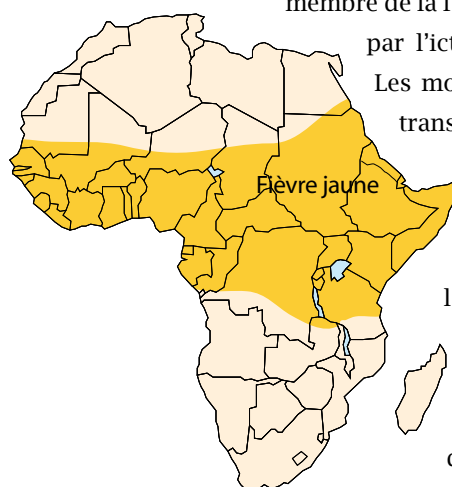


En 2005, l'OMS recensait 130 000 cas de choléra dans le monde dont 95 % en Afrique et 60 % en Afrique de l'Ouest. Lié à la pauvreté et à de mauvaises conditions sanitaires, la maladie sévit chaque année, particulièrement pendant les saisons pluvieuses.

Caractérisée par des diarrhées profuses et de la déshydratation sévère, le choléra est responsable du décès d'environ 1 % des personnes infectées, particulièrement des jeunes enfants et des personnes âgées, plus fragiles. Un vaccin est disponible, mais ne donne qu'une immunité partielle et de courte durée. Depuis 1970, l'Afrique de l'Ouest subit des flambées épidémiques périodiques. Les premières années du XXI^{ème} siècle ont connu des épisodes plus importants dans la plupart des pays de la région et 2007 a été caractérisée par des flambées importantes de l'épidémie au Sénégal, en Sierra Leone et en Guinée, entre autres, à cause des inondations sévères qui ont touché la région.

► La fièvre jaune

La fièvre jaune est une maladie virale hémorragique due au virus amaril, membre de la famille des Flaviviridae. Le qualificatif « jaune » s'explique par l'ictère (« jaunisse ») qui s'observe chez certains malades. Les moustiques sont le vecteur principal de la maladie qui se transmet des singes à l'homme et d'homme à homme.



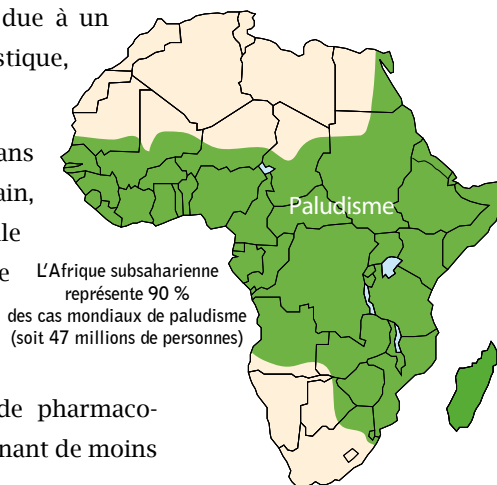
Elle affecte chaque année approximativement 200 000 personnes de part le monde et entraîne environ 30 000 décès, très majoritairement en Afrique. Malgré l'existence d'un vaccin efficace, pratiquement tous les pays de la région ouest-africaine sont à risque d'épidémie. Après une résurgence importante de la maladie dans les années 80, l'introduction du vaccin anti-fièvre jaune dans le calendrier de vaccinations de routine et l'intensification de la surveillance, ont permis de diminuer sensiblement le nombre de cas. Néanmoins, des flambées épidémiques reviennent régulièrement : en 2005 le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana et la Guinée ont rapporté des cas confirmés de fièvre jaune.

2.3 Des fléaux persistants

► Le paludisme : une maladie qui ne fléchit pas

Le paludisme appelé aussi malaria est une parasitose due à un organisme transmis par la piqûre de la femelle d'un moustique, l'anophèle, provoquant des fièvres intermittentes.

Le paludisme a fait, en 2005, plus d'un million de morts dans le monde, dont plus de 90 % sont sur le continent africain, où l'on retrouve la forme la plus sévère de paludisme, celle causée par le parasite plasmodium falciparum, ainsi que les espèces de moustiques les plus redoutables pour transmettre la maladie.



C'est aussi sur ce continent qu'on constate le plus de pharmacorésistance, les médicaments classiques, moins chers, devenant de moins en moins efficaces dans la plupart des pays africains.

Enfin, la plupart des pays d'Afrique sont privés des infrastructures et des ressources nécessaires pour organiser des campagnes antipaludiques efficaces et durables.

Le paludisme est une des principales causes de mortalité chez les enfants africains de moins de 5 ans (21 %). Il est aussi responsable de 40 % des dépenses de santé publique, de plus de 30 % des admissions dans les hôpitaux et de 50 % des consultations externes dans les zones de forte transmission.

Le paludisme a également des incidences économiques. La croissance économique des pays à forte transmission a toujours été inférieure à celle des pays sans paludisme. Les économistes lui imputent un déficit de croissance annuelle pouvant atteindre 1,3 %.

L'Afrique de l'Ouest abrite près d'un tiers des cas de malaria rapportés. Leur distribution montre une très forte concentration de cas au Nigeria et au Ghana qui, à eux deux, rassemblent 40 % des cas ouest-africains rapportés.

Des décennies de lutte contre le paludisme, incluant des traitements prophylactiques et curatifs, des mesures de lutte anti-vectorielle (larvicides, insecticides, moustiquaires) et d'éducation continue, n'ont pas réussi à alléger le bilan de cette maladie. Récemment, la chimiorésistance croissante des parasites, l'arrêt de l'utilisation du DDT (insecticide moderne) et la création des barrages artificiels pour l'agriculture ont maintenu le paludisme aux premiers rangs des maladies africaines. En parallèle, les efforts pour la création d'un vaccin se sont avérés vains, les derniers résultats donnant seulement une protection partielle et de courte durée. Ces dernières années, l'approche intégrée et extensive de lutte contre le paludisme du Fonds mondial, incluant la réintroduction du DDT, ainsi que l'arrivée de nouveaux médicaments efficaces permettent d'espérer un possible contrôle du paludisme, sinon son éradication.

Encadré 2. Le Fonds mondial (Global Fund) de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

a été créé pour augmenter considérablement les ressources et la lutte contre trois des maladies les plus dévastatrices du monde, et pour diriger ces ressources vers les régions les plus nécessiteuses. Suite à l'identification par de nombreux experts en santé publique d'un certain nombre d'interventions efficaces pour prévenir et traiter le Sida, la tuberculose et le paludisme, qui, portées à grande échelle, pourraient faire changer l'évolution de ces maladies, les dirigeants des pays du G8 ont initié en 2000, la création d'un Fonds mondial pour la collecte et l'acheminement de ressources. En 2002, le Conseil du Fonds mondial a approuvé la première Série d'octroi de subventions à 36 pays.

Définition

Le *Bacillus thuringiensis* var. *israelensis* H-14 ou **Bti** est une bactérie qui produit une toxine mortelle pour les larves d'insectes, mais qui est sans danger pour les humains et l'environnement.

Le **neem** est un arbre déjà connu pour ses propriétés anti-malariques : la décoction de feuilles ou de racines de neem s'emploie dans la prévention et le traitement du paludisme.

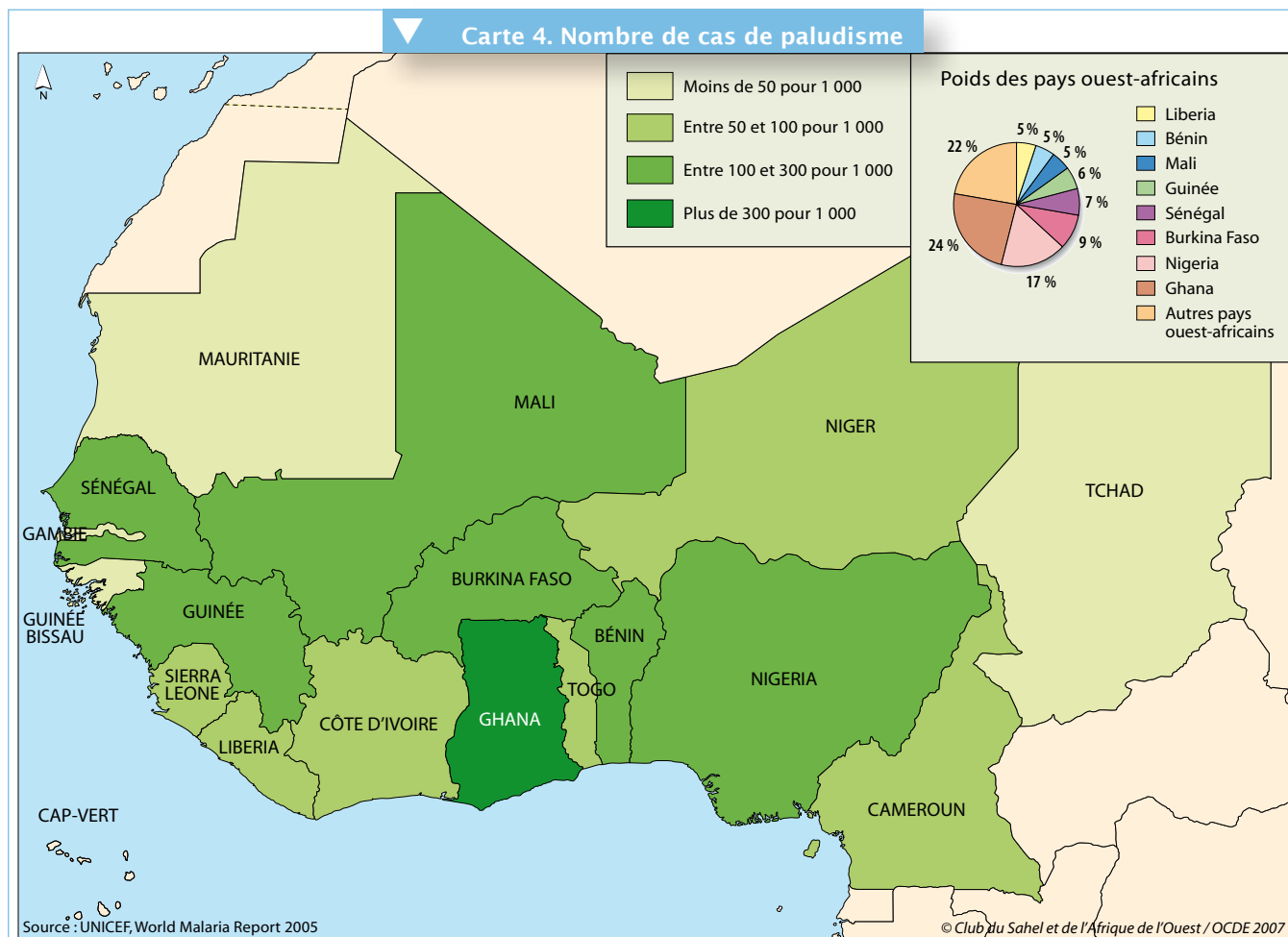
De nouvelles pistes dans la lutte contre le paludisme incluent les moustiques génétiquement modifiés pour détruire le plasmodium, les agents larvicides biologiques tels que le **Bti** ou le **neem**, etc.

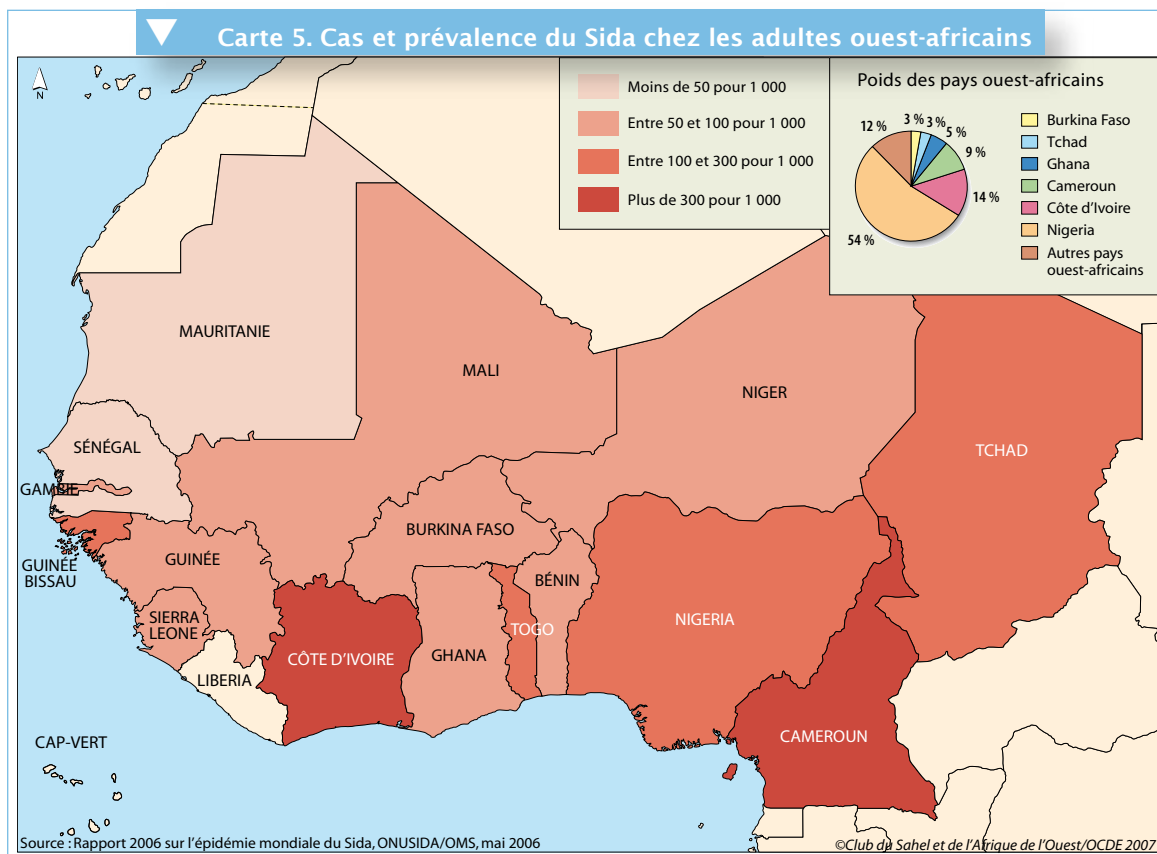
► Le VIH/Sida : une certaine stabilisation

Le VIH désigne le virus de l'immunodéficience humaine. Ce virus détruit certaines cellules responsables de la défense de l'organisme contre les micro-organismes et contre les cellules cancéreuses. L'immunité n'est plus efficace. Des maladies infectieuses opportunistes et certains cancers peuvent alors se développer. Lorsqu'une personne a une série de ces maladies, on dit qu'elle a le Sida, le Syndrome d'immunodéficience acquise. Une personne séropositive est une personne ayant développé des anticorps suite à l'infection par le VIH. Une personne séropositive n'a pas forcément développé le Sida.

Le VIH peut se transmettre lors des rapports sexuels, et d'échanges sanguins, et de la mère à l'enfant lors de l'accouchement ou de l'allaitement.

L'impact dévastateur du Sida n'a pas de précédent en Afrique : l'espérance de vie est profondément réduite, des millions d'orphelins apparaissent, les professionnels de santé sont décimés par la maladie. Malgré l'introduction des antirétroviraux hautement actifs et la baisse





significative de leur prix, ces traitements bénéficient encore principalement aux pays développés et seule une fraction des séropositifs africains y accèdent. Sur 6,5 millions de personnes en besoin d'anti-rétroviraux, en juin 2006, seuls 25 % y ont accès dans les pays à bas et moyen revenus.

Contrairement aux pays développés, en Afrique, ce sont les femmes et les jeunes filles qui sont les plus touchées et la transmission prédominante de l'infection est par voie hétérosexuelle.

L'Afrique de l'Ouest reste moins touchée que les zones australes et orientales du continent ; néanmoins, aucun des pays de cette région n'est indemne ; la Côte d'Ivoire étant le pays le plus affecté : 7,1 % de sa population adulte serait séropositive.

Le dépistage et la prise en charge des personnes séropositives sont encore largement insuffisants ; la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est un facteur démotivant fortement le dépistage. Le coût des traitements antirétroviraux le plus souvent hors de la portée des malades.

Des campagnes de prévention ont lieu sensibilisant les populations sur l'adoption de comportements sexuels plus sécuritaires et la prévention de la transmission de mère à l'enfant. Enfin, la baisse significative du prix des antirétroviraux et le financement des programmes de distribution élargie permettent au moins un accès amélioré si ce n'est généralisé aux médicaments.

L'Afrique subsaharienne représente
67 % des cas de VIH
(soit 22,5 millions de personnes)



Ces dernières années, une stabilisation de l'épidémie a pu être observée dans la plupart des pays de la région, et une baisse de la prévalence du VIH au Burkina Faso et dans les zones urbaines du Togo a même pu être observée. La même tendance est observée dans d'autres pays africains, notamment en Ouganda, au Kenya et au Zimbabwe. Cette baisse touche particulièrement les adultes en âge de procréer. De même, des études de surveillance auprès des travailleuses du sexe d'Afrique de l'Ouest démontrent une baisse de la prévalence et l'adoption de plus en plus fréquente de comportements sexuels plus sécuritaires.

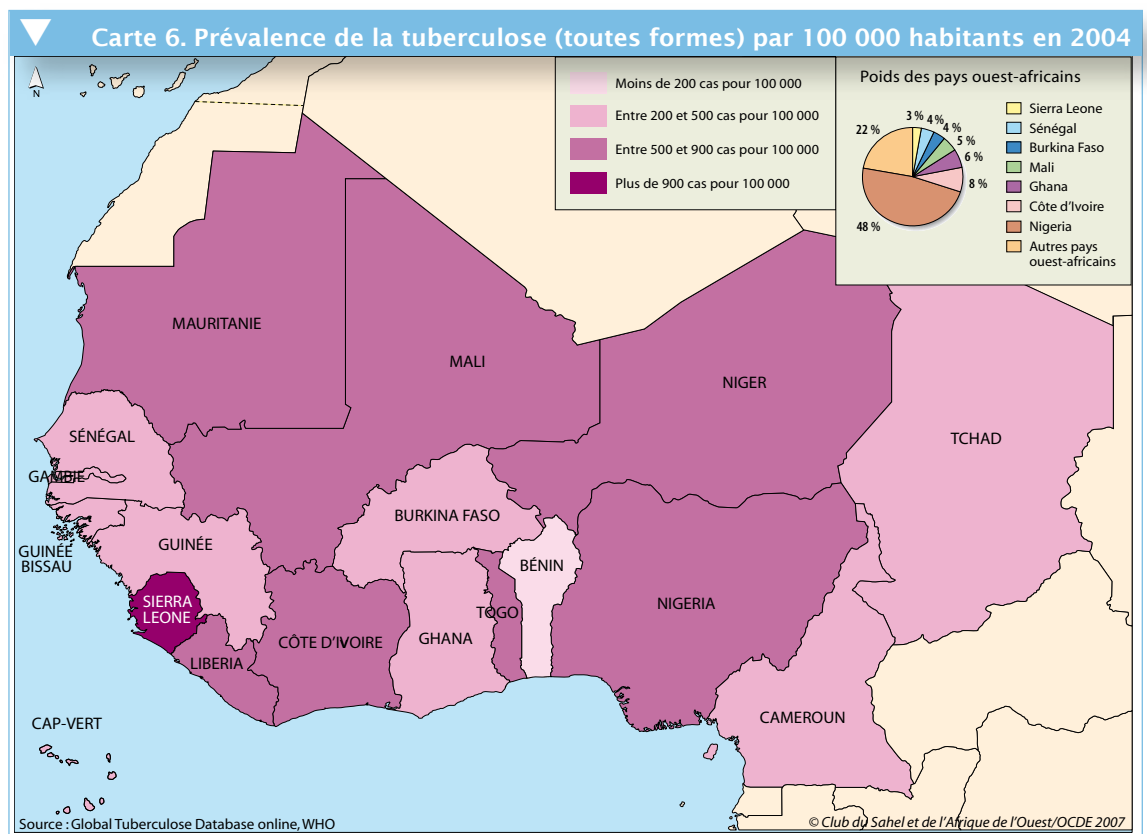
Le préservatif est devenu un objet banal et les pays prennent des mesures pour protéger les jeunes filles, potentielles victimes du Sida du fait de mariages précoces et de pratiques sexuelles traditionnelles dangereuses.

► La tuberculose : un accroissement permanent du nombre de cas

La tuberculose est une maladie infectieuse chronique provoquée par une mycobactérie, principalement *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacille de Koch (BK). L'infection touche particulièrement les poumons mais peut affecter d'autres organes aussi.

Maladie de la pauvreté, partiellement contrôlée par la vaccination, la tuberculose ressurgit en Afrique, particulièrement à cause de l'infection au VIH et l'immunodéficience conséquente. On constate sur ce continent un accroissement du nombre de cas de tuberculose de 10 % chaque année et, en 1999, sur deux millions de nouveaux cas de tuberculose, deux tiers des personnes atteintes étaient également infectées par le VIH.

L'Afrique subsaharienne représente 25 % des cas de tuberculose (soit 2,4 millions de personnes et 0,5 million de décès par an).



A l'inverse, en Afrique subsaharienne, près de 50 % des personnes vivant avec le VIH développent la tuberculose. Par ailleurs, les personnes atteintes par le VIH développent plus facilement des formes pharmaco-résistantes de tuberculose. A l'échelle mondiale, le Sida est la seule maladie infectieuse qui tue plus d'adultes que la tuberculose.

2.4 Les maladies émergentes

► La dengue

La dengue, maladie infectieuse virale transmise par des moustiques, sévit dans les régions tropicales et subtropicales de la planète avec une prédilection pour les zones urbaines et périurbaines. Environ 2,5 milliards de personnes, soit 2/5 de la population mondiale, sont désormais à risque. Selon les estimations actuelles de l'OMS, il pourrait y avoir chaque année dans le monde 50 millions de cas de dengue, avec une létalité d'environ 5 %. La dengue, qui peut prendre une forme hémorragique, complication potentiellement mortelle, est aujourd'hui active dans plus de 100 pays dont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Nigeria et le Sénégal. Cependant, jusqu'à présent, la dengue n'a pas causé de grandes épidémies en Afrique.

► La fièvre de Lassa

La fièvre de Lassa est une fièvre hémorragique aiguë d'Afrique occidentale. La maladie a été découverte en 1969, à Lassa, au Nigeria. La fièvre de Lassa est causée par un virus, endémique dans quelques régions d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Libéria, Sierra Leone, Nigeria), mais elle peut s'étendre sur l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest, où les espèces de rongeurs porteurs de ce virus sont trouvées. La plupart des infections (environ 80 %) sont asymptomatiques. Le nombre annuel d'infections au virus de Lassa en Afrique occidentale est estimé à plus de 300 000, avec environ 5 000 décès par année. En Sierra Leone et au Libéria, plus de 10 % des personnes admises aux hôpitaux souffrent de la fièvre de Lassa. Le taux de létalité de cette fièvre est d'environ 15 % pour les patients hospitalisés. Les taux de mortalité sont particulièrement hauts pour des femmes enceintes, notamment au troisième trimestre de la grossesse, et pour les fœtus dont plus de 80 % meurent in utero si infectés.

► La grippe aviaire

Le premier pays africain à rapporter des cas de grippe aviaire avec la souche H5N1 a été le Nigeria, en 2006, où le virus a été isolé dans de nombreuses régions, dont les régions frontalières avec le Niger, le Cameroun et le Bénin. Suivirent le Niger et le Cameroun, pays qui ont confirmé la présence de la souche H5N1 dans des régions frontalières avec le Nigeria, puis le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire. En 2007 le Ghana, le Togo et le Bénin se sont ajoutés à la liste des pays ouest-africains touchés. Si, en Afrique, la pénétration du virus s'est faite par des oiseaux sauvages, il semble que ce soit les activités commerciales qui soient



la cause de sa dissémination. Toutefois, l'infection semble limitée aux oiseaux et les mesures énergiques prises lors de chaque flambée ont réussi à limiter l'expansion de l'épizootie.

Les habitudes de vie et les conditions d'habitation (cohabitation étroite avec la volaille) prédisposent aux infections au H5N1 chez l'humain, et principalement chez les femmes et les enfants qui sont très souvent en contact direct avec la volaille, ce qui les rend plus vulnérables. Même lorsque les meilleures conditions de soins sont assurées, ces infections ont un taux élevé de létalité (plus de 50 %).

► L'ulcère Buruli

L'ulcère de Buruli est une infection des tissus sous-cutanés, provoquée par le *Mycobacterium ulcerans*, qui cause des ulcérations profondes et des nécroses. L'ulcère Buruli a un énorme impact socio-économique sur les populations touchées et pose un véritable problème de santé publique en termes de morbidité, de traitement et d'incapacité fonctionnelle. Même si la guérison spontanée est possible, elle se produit après des mois d'attente et laissent des cicatrices profondes, des rétractions et des déformations chez le patient atteint.

Depuis 1980, le taux de détection de la maladie a augmenté de façon importante. La maladie survient souvent dans des régions éloignées et touche particulièrement les jeunes de 10 à 14 ans. L'ulcère Buruli a été rapporté dans 30 pays tropicaux, y compris l'Australie, mais l'Afrique occidentale reste la région la plus touchée : 5 700 cas entre 1989 et 2003 au Bénin, 17 000 cas entre 1978 et 2003 en Côte d'Ivoire, où la prévalence atteint 16 % dans certains villages, et 5 600 au Ghana détecté lors d'une enquête nationale en 1999.

III. Progrès et espoirs ☒

Surveillance épidémiologique accrue, accès amélioré aux soins de santé et aux conditions de vie saines, éducation pour la prévention des maladies dont l'éducation des jeunes filles et des femmes, vaccination des enfants, priorité accordée aux services de soins périnataux et pédiatriques : voici autant de mesures qui permettent de changer l'image de l'Afrique dans le domaine de la santé. Parmi les nombreuses maladies qui décimaient la population africaine, beaucoup deviennent rares voire sont en voie de disparaître dans plusieurs pays. Ainsi, la poliomyélite n'est plus significativement présente qu'au Nigeria. La fièvre jaune semble, elle aussi, en voie de disparition, la plupart des épidémies déclarées récemment sont rares et de faible ampleur. La lèpre, maladie qui faisait des ravages en Afrique, est presque éliminée (moins de 1 cas/100 000 habitants rapportés par pays). L'onchocercose, elle aussi, est sous contrôle. Quant au VIH/Sida, des dizaines d'années de prévention et de mobilisation mondiale ont finalement réussi à ralentir l'épidémie.

Ces progrès accomplis dans la lutte contre les maladies transmissibles et dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé se sont



concrétisés par une importante réduction de la mortalité infantile, qui a été divisée par deux depuis les années 70. Le maintien des efforts des pays africains et de la communauté internationale est une condition nécessaire pour maintenir et renforcer ces acquis et permettre aux Africains de vivre dans des conditions dignes.

Il faut cependant rester vigilant car la lutte contre les grandes maladies transmissibles n'est pas terminée - la résurgence de certaines maladies, comme la tuberculose, le montre bien. Des interruptions dans les campagnes de vaccination (poliomyélite au Nigeria), l'émergence du Sida, l'arrêt de la lutte anti-vectorielle (trypanosomiase) sont autant de facteurs déstabilisateurs qui peuvent facilement annihiler les fragiles victoires des dernières décennies.

Parmi les facteurs de lutte contre les maladies, le renforcement du personnel de santé en nombre et en compétence est essentiel : on estime que l'Afrique de l'Ouest compte en moyenne **0,12 médecin pour 1 000 habitants** contre par exemple 2,3 au Royaume-Uni ou 5,9 à Cuba (record du monde). Formulé autrement, en moyenne, **1 médecin est disponible en Afrique de l'Ouest pour 8 300 habitants** contre 1 pour 435 au Royaume-Uni.

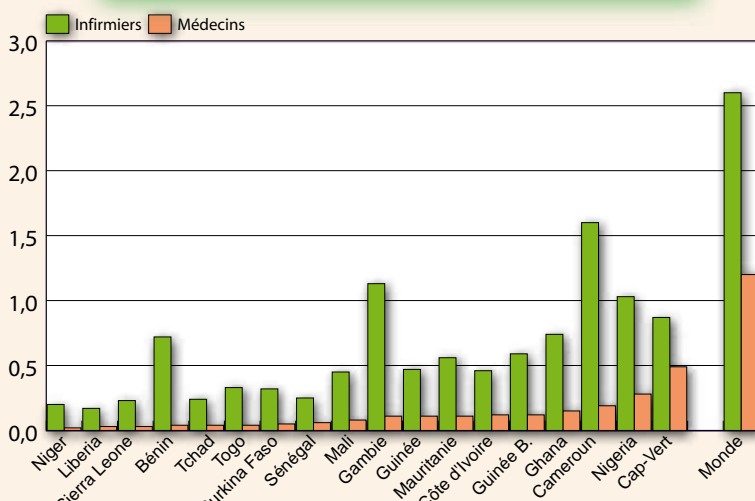
Les disparités régionales sont très importantes. Le Nigeria qui abrite 45 % de la population régionale regroupe à lui seul 70 % des médecins ouest-africains. Le Cap-Vert est de loin dans la meilleure position (1 médecin pour 2 000 personnes) alors que la situation de pays comme le Niger, le Liberia, la Sierra Leone est critique (moins de 1 médecin pour 33 300 habitants) ; certains progrès ont été enregistrés au Cameroun ou au Sénégal mais la situation est encore à améliorer.

L'accès à des conditions de vie saine et à l'eau potable constitue aussi des facteurs essentiels. En Afrique, seulement 60 % de la population

Encadré 3. Les tradipraticiens

Les tradipraticiens (guérisseurs) restent omniprésents et appréciés par la population. Ainsi, au Ghana, il existe 1 tradipraticien pour 200 personnes, tandis qu'il y a seulement 1 médecin pour 2 000 personnes. Les tradipraticiens sont moins coûteux et plus proches culturellement de la population, ce qui leur permet d'offrir des soins de santé de haute qualité. Cependant, l'illégalité, de la médecine traditionnelle, empêche de corriger cette tendance en promouvant la reconnaissance des pratiques de traitement traditionnelles, ainsi que sur l'utilisation de plantes médicinales. S'ils sont soutenus, les guérisseurs traditionnels peuvent être une source importante aussi d'information, d'éducation et de compétences. L'utilisation de plantes médicinales et d'autres ressources naturelles peut avoir des retombées positives sur la réduction du coût et d'accessibilité des soins, mais nécessite une approche communautaire et de protection du savoir.

Graphique 6. Médecins et personnel infirmier pour 1 000 habitants par pays

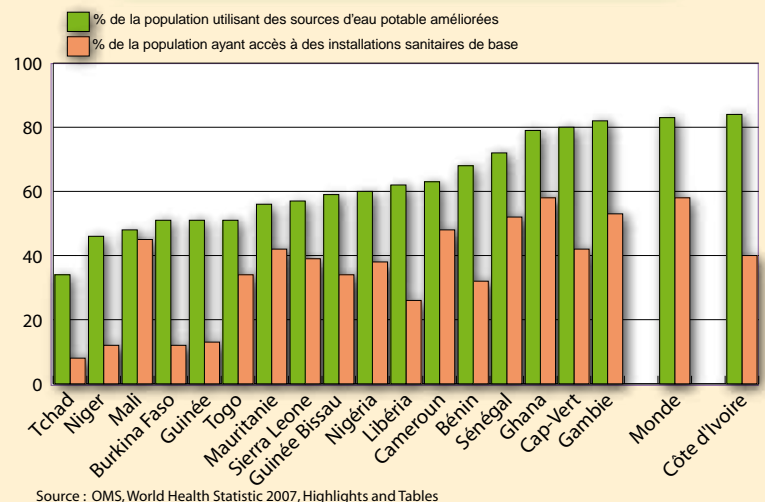


Source : OMS, World Health Statistics 2007 Highlights and Tables



iniprésents et leurs services sont utilisés
 e un tradipraticien pour 200 habitants,
 0 000 habitants. Les soins traditionnels
 curellement de la population. Le souci
 é a causé la marginalisation, et même
 De nouveaux mouvements tentent de
 recherche scientifique sur les méthodes
 es diverses ressources naturelles telles
 enus et formés de manière scientifique,
 e d'excellents agents de santé, mais
 munication. Par ailleurs, l'utilisation des
 s naturelles, lorsqu'elles sont efficaces,
 population, non seulement en termes
 s aussi en termes de développement
 traditionnel.

Graphique 7. Taux d'accès à l'eau potable et aux ressources sanitaires de base



totale a accès à l'eau potable (85 % de la population urbaine et 45 % de la population rurale), taux cependant en légère amélioration par rapport à 1990, particulièrement en Afrique de l'Ouest.

Les maladies diarrhéiques y compris le choléra tuent chaque année à peu près 800 000 personnes en Afrique dont 90 % sont des enfants de moins de cinq ans. 88 % de ces maladies sont imputables à la mauvaise gestion de la qualité de l'eau, d'un assainissement insuffisant et d'une hygiène défectueuse. On estime que l'accès à une eau de qualité pourrait baisser de 30 % le taux de morbidité en Afrique.

► La santé : une affaire régionale et mondiale

Chaque pays est responsable de la mise en place des conditions minimales pour l'épanouissement de sa population et le maintien d'un environnement propice à une meilleure santé : investissement dans des infrastructures et un personnel sanitaires de bonne qualité et en nombre suffisant, eau potable et assainissement du milieu, système éducatif et bonne gouvernance. Cependant, certaines actions doivent être coordonnées au niveau régional, comme l'éradication des maladies évitables par la vaccination (poliomyélite, rougeole, fièvre jaune) ou la lutte contre des maladies endémiques (onchocercose, trypanosomiase) pour éviter que les efforts d'un pays soient anéantis par la négligence du voisin. La production de médicaments génériques ou d'autres produits médicaux doit être coordonnée aussi au niveau régional. Enfin, la lutte contre des pandémies à portée mondiale comme le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme nécessitent des programmes mondiaux, notamment pour établir des accords commerciaux qui assurent l'accès aux médicaments à des coûts acceptables. La santé est donc aussi une affaire régionale et mondiale.





Bibliographie

- Awases, M. ; Gbary, A. ; Nyoni, J. et Chatora, R.** (2004) *Migration de professionnels de la santé dans six pays*. Rapport de synthèse. OMS Brazzaville, 82 p.
- Basics II and the Ghana Health Service** (2003) *The Status of Referrals in Three Districts in Ghana: Analysis of Referral Pathways for Children Under Five*. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (Basics II) for the USAID. Arlington, Virginia, 69 p.
- Cornia Giovanni, A.** (2001) *Globalization and health: results and options*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (09), pp. 834-841.
- Fauci, AS.** (2006) *Emerging and Re-emerging Infectious Diseases: The Perpetual Challenge*. Milbank Memorial Fund. January.
- Garene, M. et Gakusi, E.** (2006) *Health transition in sub-Saharan Africa: Overview of mortality trends in children under 5 years old (1950-2000)*. Bulletin of the World Health Organization, 84 (6), pp. 470-78.
- Gobbers, D. et Pichard, É.** (2000) *L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest : santé publique et pays pauvres*. ADSP No 30, mars 2000, pp. 35-42.
- Mingat, A.** (2004) *L'ampleur des disparités sociales dans l'enseignement primaire en Afrique : sexe, localisation géographique et revenu familial dans le contexte de l'éducation pour tous (EPT)*. Banque Mondiale, Octobre 2004.
- Preker, A.** (2004) *Voluntary Health Insurance in Development*. Review of Role in Africa Region and Other Selected Developing Country Experiences. World Bank, March 2004, 41 p.
- UNFPA** (2003) *Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Developments and Indicators 2003*. UNFPA, 92 p.
- World Health Organization** (2002) *Child Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development*. Child Health Epidemiology Reference Group Meeting Report. La Mainaz Gex, France, March, 2002.

Sites internet

**Centre de coopération internationale
en santé et développement (CCISD)**

<http://www.ccisd.org>

Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)

<http://www.cnls-senegal.org>

Global Polio Eradication Initiative

<http://www.polioeradication.org>

Roll Back Malaria (RBM)

<http://www.rollbackmalaria.org>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

<http://www.who.org>

UNAIDS

<http://www.unaids.org>

UNICEF

<http://www.unicef.org>

Chapitre réalisé par Eniko Edit Akom (CCISD) avec l'appui éditorial de Marie-Christine Lebreton (GRET) sous la direction de Laurent Bossard
Cartes : Hélène Gay (GRET)

Assistante : Sylvie Letassey ; graphisme : Marie Moncet.

Photos : Banque mondiale R. Witlin, C. Carnemark, Y. Hadar, A. Vitale, E. Miller ; USAID R. Nyberg, R. Zurba, K. Burns, L. Lartigue, M. Camara ; Wikipedia

