

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'essor des maladies non transmissibles dans les pays en développement : nouveau destin, nouvelles priorités

SANNI H. YAYA
ANDRÉ P. KENGNE

L'état de santé des populations dans les pays en développement a toujours été un sujet de préoccupation. Au cours des dernières années, d'importants efforts ont été consacrés au développement d'infrastructures de santé et à la disponibilité de personnels et de médicaments. Mais en dépit des progrès réalisés, l'état de santé d'une frange importante de la population reste préoccupant selon la plupart des travaux consacrés à la situation sanitaire dans ces pays. Toutefois, le diagnostic montre aussi certains signes d'espoir, avec quelques belles réussites et des initiatives encourageantes. Néanmoins, à une époque marquée à la fois par l'interdépendance et la rupture et où la santé apparaît comme un impératif à la fois éthique, social, politique et économique, force est de constater que le tiers-monde en général, et l'Afrique en particulier, offre incontestablement le meilleur exemple de ce que sont des systèmes de santé déficients, incapables d'endiguer, de traiter et de prévenir les maladies (Braveman, 2000). Entre péril infectieux et maladies cardiovasculaires, le continent ne cesse, malgré lui, d'élargir le spectre des pathologies qui l'assaillent. Fléaux modernes (sida, cancer, diabète, hypertension, etc.) côtoient pandémies et épidémies anciennes (Banque mondiale, 1998) (paludisme, dengue, onchocercose, tuberculose, poliomyélite, maladies de la faim ou maladies diarrhéiques, etc.).

Il est vrai que le cortège mortuaire des maladies infectieuses et parasitaires a régressé dans le monde entier. Mais cette réalité cache des évolutions très

diverses, alors qu'il y a cinq décennies, les dynamiques des pays en développement semblaient devoir toutes converger vers un rattrapage à court terme des pays développés, en suivant le modèle de l'effacement des maladies infectieuses au profit des maladies circulatoires, tumorales et chroniques. Mais, dans les faits, les décalages d'évolution semblent se renforcer depuis deux décennies (Deaton, 2004). Les pays africains ont régressé comme le montre le niveau de santé des populations. Alors que certains pays ont parcouru au cours des trente dernières années autant de chemin que les pays industrialisés au cours d'un siècle, d'autres traînent la patte (Whitehead, 1992). En effet, l'Afrique supporte à elle seule le fardeau du quart des maladies dans le monde et ne compte sur son territoire que 3 % des professionnels de la santé à l'échelle internationale. Les données concordantes de l'Organisation mondiale de la santé, du PNUD, de l'ONU et de l'UNICEF suggèrent que l'Afrique, comparée à toutes les autres régions du monde, occupe le bas du classement dans le domaine de la santé. L'espérance de vie à la naissance ne dépasse guère les 45 ans et, des 40 pays dans le monde avec l'espérance de vie la plus courte, 38 sont africains. En plus d'être détentrice du record de mortalité infantile, l'Afrique reste la région du monde où il fait le moins bon naître.

Confrontés à l'émergence d'une véritable épidémie des maladies cardiovasculaires, les gouvernements africains ont adopté à Durban en Afrique du Sud, en 2001, des résolutions soulignant la nécessité de prendre en considération l'hypertension artérielle et le contrôle du risque cardiovasculaire en Afrique. Les résultats issus de plusieurs travaux indiquent que l'hypertension représente aujourd'hui en Afrique un problème de santé non négligeable. En effet, les changements démographiques et de modes de vie ont entraîné au cours des dernières décennies une très forte augmentation des facteurs de risque communs pour les maladies non transmissibles (Union africaine, 2013). Si l'épidémie de maladies non transmissibles touche tous les pays, elle affecte particulièrement ceux à revenus faible et intermédiaire dans la mesure où leur système de santé dispose de moins de ressources pour la prévention, le dépistage rapide et les soins de santé complets. Les groupes sociaux les plus défavorisés courent un risque plus grand non seulement parce qu'ils ont moins accès aux services de santé, mais aussi parce que leurs moyens sont plus limités (en termes d'instruction, d'emploi, d'habitat, de participation à la société civile et de maîtrise de leur propre existence) pour les aider à effectuer des choix de modes de vie sains.

De nombreuses voix se sont élevées au cours de la dernière décennie pour mettre en relief le hiatus qui existe actuellement entre la charge de plus en plus lourde que représentent à l'échelle mondiale les conséquences sanitaires, économiques et sociales des maladies non transmissibles et l'attention

insuffisante qu'on accorde à leur prévention, notamment dans les pays en développement. Un rapide coup d'œil aux statistiques sanitaires mondiales permet de saisir l'ampleur du problème posé par ces maladies à l'échelle internationale. Il faut souligner qu'une fausse idée quoique très répandue, selon laquelle le problème des maladies non transmissibles ne se poserait pas dans le monde en développement, ce fléau n'affectant que les sociétés d'abondance, n'a pas véritablement permis d'inscrire l'hypertension dans les priorités de santé publique. Avec une prévalence qui ne cesse de croître, l'hypertension sévit en Afrique aussi bien dans les zones urbaines que rurales. Les estimations suggèrent qu'environ 5% de l'ensemble des décès dans le continent peuvent être dus à l'hypertension. Bien que le coût de la prise en charge de la maladie soit au-delà de la portée de nombreuses populations, une estimation plus exhaustive de l'analyse coût-avantage permet de dissiper toute ambiguïté sur la nécessité d'assurer des traitements aux personnes qui en ont besoin d'autant plus que la maladie représente un important fardeau socioéconomique pour les pays d'Afrique (Zabsonre *et al.*, 2002; Wone et Anta Tal-Dia, 2012).

Le continent africain subit un double fardeau sanitaire avec les maladies infectieuses (paludisme, sida, tuberculose et autres) qui semblent lui coller à la peau depuis la nuit des temps et les maladies chroniques non transmissibles qui émergent peu à peu et qui nécessiteront le déploiement d'importantes ressources. Dans un contexte où la grande majorité des pays africains font face à des défis que d'aucuns qualifieraient de plus urgents (conflits armés, famine, pauvreté), le risque est de voir la lutte contre les maladies cardiovasculaires reléguée aux oubliettes dans un environnement où la culture sociale et médicale repose fondamentalement sur la prise en charge des pathologies aiguës. Les populations sont habituées à des traitements symptomatiques au bénéfice thérapeutique immédiat. L'aspect asymptotique de l'hypertension et la déconnexion totale entre la réelle contrainte d'un traitement et son éventuel bénéfice ne correspondent malheureusement pas aux réalités thérapeutiques en place dans le continent (Seedat, 2000). Et pourtant, l'épidémiologie de l'hypertension montre que les populations noires-africaines présentent une prévalence forte et très élevée. Cette maladie atteint les adultes jeunes qui développent très précocement des complications cardiaques et vasculaires. Ces formes précoces et leurs complications ont été également observées au sein de la population afro-américaine (Amah et Bernard, 2007). Les conclusions des études indiquent que les Noirs-Africains sont exposés à un risque plus important et souffrent particulièrement d'une forme grave. Les différences de morbi-mortalité cardiovasculaire et rénale sont plus accentuées chez les personnes de moins de 65 ans (Kearney *et al.*, 2005). Les décès

d'origine cérébro-vasculaire sont majorés de 80% chez les Afro-Américains. Toutes proportions gardées, l'affection est plus importante dans les communautés noires comparativement aux autres groupes ethniques (Saunders, 2004).

En près de trois décennies, les pays industrialisés ont observé une réduction importante de la pression artérielle systolique moyenne en population (plus de 7 mmHg pour certains pays), alors qu'à la même période, les pays les plus pauvres ont observé une augmentation de la pression artérielle systolique de plus de 3 mmHg. En 2008, les différences de pression artérielle systolique entre les différents pays étaient tout à fait importantes puisque l'on avait par exemple en moyenne 138 mmHg dans certains pays africains alors qu'aux États-Unis, elle était à la même période de 116 mmHg en moyenne. C'est un euphémisme que d'affirmer que l'évolution rapide de la charge de la morbidité liée aux maladies chroniques expose les populations pauvres des pays à revenu faible ou moyen à un risque plus grand de pénurie de services et à une hausse des coûts des soins de santé qui pourrait les enfoncer encore plus dans la pauvreté. Mais les gains en termes de longévité, de qualité de vie, de baisse de la fréquence et de la durée des hospitalisations, etc., obtenus grâce à l'utilisation des médicaments dans le cadre du traitement de l'hypertension peuvent amplement justifier leur utilisation ou leur recommandation. Malheureusement, l'insuffisance des ressources économiques fait que l'accès aux produits pharmaceutiques n'est pas encore à la portée de tous.

Pour résoudre ces problèmes, les pays africains, en collaboration avec l'OMS, se sont engagés dans une vaste campagne de valorisation du patrimoine médical traditionnel (OMS, 2002). En dépit du fait que peu d'essais randomisés portant sur des thérapies non pharmacologiques ont été entrepris dans le cadre de la prise en charge de l'hypertension en Afrique, il n'y a pas de raison de penser que l'expérience par le biais de ces méthodes sera moins probante. Les implications de l'utilisation de thérapies non pharmacologiques en tant que complément de traitement ou thérapie initiale pour traiter les formes légères et modérées d'hypertension sont évidentes (Dozon, 1987; Cooper *et al.*, 1997). Malgré le scepticisme affiché par plusieurs, certaines indications montrent que les remèdes à base de plantes offerts par la médecine traditionnelle seraient non seulement à la portée de toutes les bourses, mais également d'une grande efficacité. L'Afrique en particulier regorge de plantes médicinales qui permettent aux plus démunis d'assurer les soins de santé primaires. Ainsi, des quelques 6400 espèces de plantes utilisées, plus de 4000 ont un usage thérapeutique et plus de 80% de la population compte sur ces médicaments traditionnels (OMS, 2002). Les enquêtes ethnobotaniques issues de certains pays africains démontrent qu'il existe plusieurs plantes

médicinales efficaces dans le traitement de l'hypertension artérielle. Cette accessibilité à la pharmacopée traditionnelle peut rendre possible l'accessibilité financière et géographique des populations à des traitements de qualité. Cette richesse constitue un avantage scientifique et son exploitation peut contribuer à la fabrication de médicaments utiles dans la prise en charge de plusieurs pathologies. Cependant, le principal problème auquel est confronté l'usage de la médecine traditionnelle repose sur l'existence des preuves sur l'efficacité des composantes actives contenues dans les plantes médicinales.

Malheureusement, l'efficacité du meilleur traitement disponible continue de dépendre d'une véritable observance thérapeutique. Au-delà de l'impressionnant arsenal thérapeutique, on notera que les problèmes d'observance thérapeutique se rencontrent dans la grande majorité de maladies chroniques (Girerd *et al.*, 2001 ; Adoubi, Diby, Nguetta, Yangni-Angate et Adoh, 2006). Le caractère asymptomatique de l'hypertension contribue largement à ce problème. De nombreux patients croient encore que l'HTA est une maladie curable et qu'une fois la pression normalisée, il est possible d'arrêter ou de diminuer son traitement. Dans un contexte où les priorités des malades consistent avant tout à satisfaire leurs besoins vitaux tels que manger, se vêtir et se loger dans des conditions souvent bien éloignées des exigences requises pour une prise en charge thérapeutique optimale des pathologies cardiovasculaires observées, on mesure l'ampleur du défi. Ces enjeux rendent difficiles le dépistage précoce et/ou la correction des facteurs de risque cardiovasculaire, tout comme le traitement des complications viscérales souvent présentes lors des premières consultations (Steichen, 2010). De telles particularités, chez les patients en situation de précarité, imposent donc un abord qui associe à la fois une prise en charge sociale efficace et une approche médicale globale par des professionnels de santé polyvalents formés à ces pratiques.

L'évolution inexorable des maladies non transmissibles dans les pays en développement constitue bien une réalité, malgré les actions ciblées de santé publique menées depuis quelques années par l'OMS qui vise à diminuer de 2% chaque année le taux des décès liés aux maladies non transmissibles. Pour l'instant, le principal défi que constitue la prise en charge de l'hypertension en Afrique au 21^e siècle sera de fournir les meilleurs soins indépendamment du statut socioéconomique. La bonne nouvelle, c'est qu'il est possible de prévenir l'exposition aux facteurs de risque par des mesures relativement peu onéreuses axées sur les populations telles que des initiatives législatives ou financières susceptibles de créer un environnement propice à l'adoption de saines habitudes de vie favorables à la santé (Lemogoum *et al.*, 2003 ; Jolles, Clark et Braam, 2012). Ces mesures de fond peuvent être appuyées par des programmes d'éducation sanitaire qui font partie de ce qu'il est désormais

convenu d'appeler la prévention primordiale. Ceci est d'autant plus crucial que l'environnement sanitaire africain se caractérise par une asymétrie d'information. De façon générale, les populations disposent soit de mauvaises informations, soit d'une mauvaise éducation sur les problèmes de santé publique (de Guise, 1995). Les responsables de la planification et de l'action publiques devront également prendre conscience de la menace grave que représente l'hypertension en matière de santé publique (Cecchi, 2008 ; Muggli et Martina, 2009).

Au Nord comme au Sud, les systèmes de santé sont sous tension. Une grande part de la pression trouve sa source du côté des besoins et de la demande. L'avenir des systèmes de santé dans les pays en développement passe par un renforcement des structures existantes et ceci ne sera possible que si l'on concède qu'il y a une impérieuse nécessité de réforme des institutions qui déterminent l'offre de soins de qualité de base au plus grand nombre et aux plus pauvres en particulier. Contrairement aux pays industrialisés où la médecine moderne s'est trouvée piégée par ses propres succès, nombre de pays en développement doivent composer avec le fardeau des pathologies sans pouvoir mobiliser les ressources appropriées (Bitran, 1995). C'est toujours un exercice périlleux d'essayer de trouver le juste équilibre entre une meilleure gestion des coûts de la santé, et l'obligation que doit se donner tout gouvernement responsable de faire en sorte que les ressources dédiées à ce secteur sont suffisantes (Vogel, 1993). Le défi ultime des pays du Sud, c'est d'assumer leurs responsabilités dans le domaine sanitaire, à une époque où les problèmes, mais aussi les occasions d'agir, sont exceptionnels. S'ils parviennent à relever ce défi, ils pourront contribuer à l'évolution du monde dans le sens d'une plus grande justice où les valeurs d'humanisme et d'équité prédomineront face à l'insensibilité et aux intérêts égoïstes de certains. Autrement, ils ne serviront pas à grand-chose.

Nous avons essayé dans ce collectif d'ouvrir une réflexion sans aridité aucune sur les réalités de l'hypertension en Afrique. L'étude et la compréhension des enjeux sanitaires dans le tiers-monde constituent des enjeux éminemment pluridisciplinaires et exigent conjointement une maîtrise des cadres et outils d'analyse pertinents ainsi qu'une connaissance du terrain, dans le but d'appréhender au mieux les réalités économiques, sociales et politiques s'y référant. La contribution de ce collectif est double. D'une part, elle dégage des perspectives plausibles et concrètes dans la lutte contre l'hypertension et débouche sans prétention sur des pistes de solutions susceptibles d'améliorer son traitement ainsi que sa prise en charge. D'autre part, elle tente de démontrer qu'il existe des solutions en santé publique qui peuvent donner des résultats concluants dans le contexte africain. Nous espérons que les réflexions

développées ici contribueront à renforcer cette impression, aussi bien dans les milieux universitaires que chez les décideurs et les praticiens de la santé publique. Notre dessein en proposant cette œuvre est de contribuer, à notre façon et sans trop d'illusions ni de prétention, avec les risques que cela comporte et l'humilité que cela requiert, à ce vaste mouvement qui milite pour une transformation profonde des modes de faire, de penser et d'agir, afin que l'Afrique puisse, en dépit des hypothèques qui pèsent sur sa capacité à assurer la direction de sa trajectoire dans un environnement contrariant, s'acheminer vers ce renouveau si indispensable à la maîtrise de son propre devenir et si nécessaire à l'équilibre de la configuration d'un avenir meilleur qui ne soit pas seulement réservé à quelques-uns. Car il y a sans doute encore bien des monographies à rédiger, des thèses à compléter et d'innombrables archives à dresser pour espérer réunir, en quelques pages, les enjeux et défis de la lutte contre les maladies cardiovasculaires dans le vieux continent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adoubi, K.A., Diby, K.F., Nguetta, R., Yangni-Angate, K.H., Adoh, A.M. (2006). Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en Côte d'Ivoire. *Rev. Int. Sc. Méd.*, 8, 18-22.
- Amah, G., Bernard, I.L. (2007). Particularités de l'hypertension artérielle du sujet noir-africain. *STV*, 10, 519-525.
- Banque Mondiale. (1998). *Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*. Luxembourg, Communautés européennes.
- Bitran, R. (1995). Health financing research in developing countries: Synthesis of results from applied field research under the HFS Project. *In: HFS Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD*, 1989-1995.
- Braveman, P. (2000). Health inequalities and social inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(2), 232-234.
- Cecchi, C. (2008). La place de l'information dans la décision en santé publique. *Santé publique*, 20, 387-394.
- Cooper R., Rotimi C., Ataman S., *et al.* (1997). The prevalence of hypertension in seven populations of West African origin. *Am J Public Health*, 87(2), 160-168.
- De Guise, J. (1995). Marketing social et stratégies de communication dans le domaine de la santé. Supplément à *Recherches en communication*, 4.
- Deaton, A.S. (2004). Health in an Age of Globalization. *NBER Working Paper 10669*, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Dozon, J.P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire, *Politique africaine*, 28. Karthala.

- Erdine, S. (2001). How well is hypertension controlled in Europe? European Society of Hypertension Scientific. *Newsletter*, 3, 1-2.
- Girerd, X., Hanon, O., Anagnostopoulos, K., Cirepek, L., Mourad, J.J., Consoli, S. (2001). Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Med*, 30(21), 1044-1048.
- Kearney, P.M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P.K., He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365(9455), 217-223.
- Lemogoum, D., Seedat, Y.K., Mabadeje, A.F.B., et al. (2003). Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. *J Hypertens*, 21, 1993-2000.
- Muggli, F., Martina, B. (2009). Mesure de la tension artérielle et classification de l'hypertension. *Forum Med Suisse*, 9(35), 606.
- OMS. (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. Organisation Mondiale de la Santé, 74 p.
- Saunders, E. (2004). Managing hypertension in African-American patients. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 6(4 Suppl 1), 19-25.
- Seedat, Y.K., (2000). Hypertension in developing nations in Sub-Saharan Africa. *J Hum Hypertens*, 14(10-11), 739-747.
- Steichen, O. (2010). Hypertension artérielle du sujet noir. *La revue du praticien*, 60, 654-659.
- Union africaine (2013). État de l'hypertension en Afrique. *conférence des ministres de la santé de l'UA*.
- Vogel, R.J. (1993). Financing Health Care in Sub-Saharan Africa. *Greenwood Press*.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22, 429-45.
- Wone, I., Anta, T.D. (2012). défis et perspectives pour la recherche en santé en Afrique. *Santé Publique*, 24, 3-4.
- Zabsonre, P., Sanou, G., Avanzini, F., Tognoni, G. (2002). Connaissance et perception des facteurs de risque cardio-vasculaires en Afrique sub-saharienne. *Arch Mal Cœur Vaiss*, 95, 23-28.