

2000-2020:

Deux décennies de mutations de la santé dans le monde

19 janvier 2024

Ce document de diagnostic du Think tank « Santé mondiale 2030 » a été plus particulièrement rédigé par certains de ses membres : François Dabis, Agnès Soucat, Eric Fleutelot, Annabel Desgrées du Lou, Marie-Paule Kieny, ainsi que ses coordinatrices Stéphanie Tchiombiano et Clara Ruault. Ont également contribué Anne Bekelynck, Margaux Chavardès, Mathias Altman, Fatoumata Faye et Zeinabou Niame Daf

Table des matières

Introduction2
Résumé exécutif3
1. Des progrès démographiques fragiles et inégaux5 1.1. Une baisse importante de la mortalité maternelle, néonatale, et infanto- juvénile dans le monde
1.2. Démographie : Une population mondiale croissante et vieillissante15
2 - Maladies transmissibles et non transmissibles : des acquis fragiles
2.2. Les maladies non transmissibles (MNT) en forte augmentation partout dans le monde
3. La santé mondiale sous la pression de la crise climatique et environnementale34 3.1. L'impact de la crise climatique et environnementale sur la santé et ses déterminants35
3.2. Les zoonoses, marqueur du lien entre santé humaine, animale en environnementale
4. Des progrès vers la Couverture Universelle en Santé qui stagnent voire régressent depuis 201538
4.1. Le progrès dans la couverture des services de santé à un niveau plateau
4.2. Une protection financière des populations toujours insuffisante41
4.3. Des financements de la santé en constante augmentation sur vingt ans mais répartis de manière très inégal/45
4.4. Des produits de santé encore insuffisamment accessibles, malgré des avancées historiques
4.5. Les professionnels de santé, un enjeu central, entre pénurie et révolution technologique
Conclusion56
Perspectives57
Bibliographie59

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, l'évolution de la santé mondiale a été caractérisée par des transformations profondes, confrontant la communauté internationale à une série de défis complexes. L'émergence et la résurgence de maladies infectieuses, amplifiées par la mondialisation des échanges et des déplacements, ont souligné la nécessité d'une coopération internationale accrue. Les conséquences du changement climatique ont également exercé une pression croissante sur la santé mondiale, affectant les déterminants environnementaux et augmentant la fréquence des événements climatiques extrêmes.

Face à ces défis, la communauté internationale a réagi de manière significative. Une nouvelle architecture institutionnelle a émergé, accompagnée d'une mobilisation financière sans précédent dédiée à la santé mondiale. Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (1)¹, mis en œuvre entre 2000 et 2015, ont marqué une première étape cruciale, suivis des Objectifs de Développement Durable (ODD) (2)² à partir de 2015. Ces initiatives ont guidé l'effort global, visant à améliorer l'accès aux soins de santé, à réduire les inégalités et à relever les défis sanitaires mondiaux.

Toutefois, malgré des avancées indéniables, des défis persistants demeurent. La pandémie de COVID-19, survenue à la fin de la décennie 2010-2020, a mis en évidence la vulnérabilité des systèmes de santé mondiaux et la nécessité d'une préparation accrue aux menaces sanitaires émergentes. La résistance croissante aux antimicrobiens et les inégalités persistantes dans l'accès aux soins de santé soulignent l'urgence d'une action continue.

Ce document propose une synthèse de deux décennies de mutation de la santé dans le monde. Cette analyse n'a pas vocation à être exhaustive, elle entend proposer une vision globale des principales tendances, et mettre en lumière les progrès accomplis sur ces deux décennies, pour mieux identifier les lacunes, les marges de progression, et les points d'alerte qui remettent en cause une partie des avancées. Nous avons souhaité regrouper des données éparpillées, trop souvent analysées « en silo », par thématique, pour les faire dialoguer et poser les fondements d'une réflexion plus globale sur les enjeux de santé mondiale.

Sur le plan méthodologique, les deux décennies 2000-2009 et 2010-2019 constituent la période de référence de nos analyses. Il nous est apparu indispensable de prolonger l'examen de certaines statistiques disponibles pour les années 2020 et 2021 lorsque cela faisait sens, mais de manière générale, il nous a semblé qu'il était plus pertinent de considérer principalement l'évolution des indicateurs jusqu'en 2019, fin de la deuxième décennie. La pandémie de COVID-19 est en effet venue interrompre voire inverser certaines tendances observées sur près de vingt ans, marquant possiblement la fin d'un cycle en santé mondiale.

Ce bilan est essentiellement fondé sur des informations tirées des bases de données et rapports produits par les organisations internationales - notamment Onusiennes - et par les agences statistiques nationales, qui nous semblent constituer la source la plus consensuelle et la mieux documentée pour analyser les tendances séculaires sur cette période. Nous avons également mobilisé des résultats publiés dans la littérature scientifique, ainsi que - lorsque nous

¹ Trois des 8 objectifs des OMD visaient spécifiquement la santé (santé infantile, santé maternelle, lutte contre les trois grandes pandémies (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme).

² Les OMD ont été remplacés en 2015 par les 17 Objectifs du développement durable (ODD), universels et ambitieux, qui fixent un agenda d'ici 2030. L'objectif numéro 3, « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », est spécifiquement dédié aux enjeux de santé.

n'avions pas d'autres sources disponibles - des données de modélisations produites par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, Seattle, Etats-Unis).

Résumé exécutif

Les deux dernières décennies ont été marquées par d'importants progrès en matière de santé à l'échelle mondiale. L'espérance de vie a connu une hausse significative, passant de 66,8 à 73,4 ans, traduisant un gain remarquable de 6,6 années. Des avancées notables ont également été enregistrées dans la réduction de la mortalité maternelle, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, et de manière encore plus frappante dans la mortalité des enfants de moins de cinq ans, avec une baisse globale de 52% au cours de la période.

Les résultats impressionnants en matière de mortalité due à certaines maladies infectieuses ont été des catalyseurs majeurs de ces progrès. Parmi eux, une baisse significative de 68% du nombre de décès liés au VIH/Sida et l'éradication du paludisme dans 11 pays au cours des deux dernières décennies sont à souligner. Cependant, une tendance au ralentissement des progrès en santé s'est manifestée au cours de la deuxième décennie (2010-2020), soulevant des inquiétudes quant à leur universalité et leur pérennité. Ces progrès se déploient en effet de manière inégale entre les pays et les populations, et leur réversibilité est une préoccupation constante.

Ce document offre un diagnostic approfondi des principales tendances en santé, mettant en évidence les avancées réalisées tout en analysant les causes de leur fragilité.

- → La première partie du document met en évidence des progrès notables en termes d'espérance de vie et de mortalité maternelle et infantile, tout en pointant des indicateurs mondiaux montrant des signes de régression. Les progrès demeurent fortement inégaux sur le plan géographique. La situation en Afrique sub-saharienne demeure préoccupante puisqu'il est certain que cette région n'atteindra pas les cibles fixées par les ODD pour 2030. En termes de transition démographique, la fécondité y reste élevée, et la population africaine devrait doubler d'ici 2050 et dépasser 2 milliards d'habitants. Dans le reste du monde, le vieillissement global de la population crée par ailleurs de nouveaux besoins (maladies chroniques, accroissement du nombre d'années de vie avec incapacité, notamment).
- → La deuxième partie propose un état des lieux de l'évolution des principales causes de morbidité et de mortalité. En effet, si les maladies infectieuses et périnatales restent les principales causes de décès dans les pays à bas revenu, plusieurs tendances globales sont à noter. Des progrès incontestables sont visibles sur les vingt dernières années au niveau du taux de mortalité due aux trois grandes pandémies (VIH/sida, tuberculose et paludisme) avec cependant des inégalités entre les pays. On enregistre une baisse de 66% de la mortalité liée au VIH/Sida, mais l'incidence de l'infection augmente par ailleurs dans des pays historiquement moins ciblés et donc moins dotés de mécanismes de contrôle, à savoir l'Europe de l'Est et l'Asie centrale. La tuberculose provoque encore 1,6 million de décès par an, loin des objectifs fixés par les ODD. Le paludisme reste un problème principalement africain, avec quatre pays concentrant la moitié des cas dans le monde (Nigéria, Niger, RDC, Tanzanie). Environ 350 millions de personnes vivent avec une hépatite chronique et des inégalités d'accès aux traitements et aux diagnostics persistent.

Le concept de "double fardeau" (maladies infectieuses et maladies non-transmissibles) dans les pays à revenu limité complexifie la notion de transition épidémiologique. En effet, alors qu'on a observé dans les pays à revenu élevé une transition des maladies infectieuses vers les maladies chroniques au cours des 20 dernières années, cette évolution est loin d'être uniforme dans le monde. Les décès dus aux maladies cardio-vasculaires, la première cause mondiale de mortalité, sont en majorité concentrés dans les pays à revenu limité, qui sont généralement moins équipés de systèmes de détection précoce et continuent à faire face au fardeau des maladies infectieuses. La prévalence du diabète a triplé en deux décennies, une tendance particulièrement

préoccupante dans le Pacifique et en Asie du Sud-Est. Cette augmentation est en grande partie attribuée à la transition alimentaire mondiale vers des produits ultra-transformés et au manque de moyens de traitement des pathologies liées à la surcharge pondérale.

- → La troisième partie du document se concentre sur les effets des crises climatique et environnementale sur la santé. Les bouleversements climatiques et environnementaux accroissent les risques de maladies infectieuses émergentes, telles que les zoonoses, en perturbant les écosystèmes et les interactions homme-animal. Ils ont également des répercussions sur tous les déterminants de santé, allant de la qualité de l'air et de l'eau à l'exposition aux catastrophes naturelles et à la disponibilité d'une alimentation saine et suffisante. Ils sont ainsi responsables de certaines maladies chroniques, telles que cancers et affections respiratoires, liées à la pollution atmosphérique généralisée. Le nombre de décès liés aux fortes chaleurs pourrait être multiplié par cinq d'ici 2050, essentiellement dans les régions les plus pauvres, et déjà les plus chaudes du globe.
- → La quatrième partie montre que la couverture des systèmes de santé a connu une amélioration au cours des dernières décennies, mais que la couverture santé universelle (CSU) est loin d'être atteinte. La CSU suppose un accès équitable aux services de santé et la protection face aux conséquences dramatique de la prise en charge des coût des soins par les ménages. Mais aujourd'hui moins de la moitié de la population mondiale a accès aux services de santé les plus essentiels. Des inégalités importantes persistent en termes de couverture des services à la fois entre les pays à niveaux de revenu différents et à l'intérieur même des pays entre les différents groupes socio-économiques. En effet, les plus pauvres sont moins vaccinés et ont moins accès aux services de santé maternelle et infantiles que les plus riches. Par ailleurs, la population qui encourt des dépenses de santé catastrophiques a augmenté de façon continue dans le monde depuis 2000 et a dépassé le milliard en 2019. Il existe également une nette augmentation de l'appauvrissement dû aux dépenses de santé dans les populations en situation de pauvreté relative. Le COVID-19 a exacerbé ces insuffisances, manifestées souvent par des renoncements aux soins.

L'accès aux médicaments a connu une progression historique, stimulée par les efforts de la société civile en faveur de l'accessibilité des médicaments antirétroviraux contre le VIH. Cependant, l'accès global et équitable aux produits de santé est entravé par le coût croissant des innovations (en particulier dans le domaine de l'oncologie) l'utilisation du droit de propriété intellectuelle pour tirer les prix vers le haut, les monopoles, la faiblesse des États dans les négociations de prix, et la concentration de la production dans les pays riches.

Le défi de la pénurie des ressources humaines en santé est un phénomène global. Il existe cependant de très fortes inégalités (2,3 médecins pour 10 000 habitants en Afrique subsaharienne, contre 39,4 en Europe) attribuables à la fois à des problèmes de formation et de qualification, et à une pénurie de professionnels face à de nouveaux besoins (liés aux changements démographiques, à la transition épidémiologique et aux crises environnementales, notamment).

→ Pour finir, la conclusion du document ainsi que nos perspectives fournissent des orientations pour alimenter la réflexion autour de la notion de santé mondiale, de ses acteurs et de ses pratiques, notamment en matière de gouvernance, de déterminants de santé, et de participation des sociétés dans la promotion d'une santé universelle durable.

1. Des progrès démographiques fragiles et inégaux

L'analyse des dynamiques démographiques de la population mondiale (vieillissement, fécondité) permet de mieux comprendre l'évolution des besoins en matière de santé. Cette première partie retrace l'évolution des principaux indicateurs de santé qui sont liés à ces dynamiques et en particulier la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, ainsi que l'espérance de vie.

ENCADRE 1 - POINTS CLES SUR LES EVOLUTIONS DEMOGRAPHIQUES

- En 20 ans, la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile a globalement diminué de manière importante dans le monde, même si les indicateurs restent loin des ODD pour l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne
- Dans certains pays à revenus élevés comme les Etats-Unis, on observe des tendances inquiétantes en termes d'augmentation de la mortalité maternelle et de baisse de l'espérance de vie, notamment.
- En Afrique, l'espérance de vie a augmenté de manière particulièrement importante, avec en moyenne un gain de 10 ans en deux décennies, mais elle reste encore faible (63 ans) par rapport à la moyenne mondiale (73 ans).
- En matière de vieillissement et de fécondité, les situations sont contrastées, entre les pays à revenu élevé et intermédiaire qui font face à un vieillissement important de la population et les pays à revenu faible où l'on observe une fécondité importante et une population très jeune. 42% de la population féminine en Afrique a moins de 15 ans.

1.1 Une baisse importante de la mortalité maternelle, néonatale, et infanto-juvénile dans le monde

Au début du XXIème siècle, la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile (voir définitions en Encadré 2) était encore très élevée dans de nombreuses régions du monde, surtout dans les pays d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne, en contraste avec les pays les plus riches qui avaient beaucoup investi sur ces enjeux depuis les années 50. Durant les deux premières décennies du XXIème siècle, la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile a diminué de manière importante dans ces deux régions du monde, permettant d'influer de manière conséquente sur les tendances mondiales.

ENCADRE 2 - LES DIFFERENTS TYPES DE MORTALITE

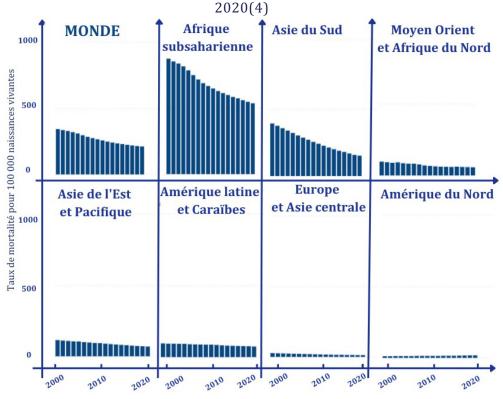
On distingue quatre types de mortalité :

- Mortalité maternelle : décès de femmes pendant la grossesse et les 42 jours suivant l'accouchement
- Mortalité néonatale : décès d'enfants âgés de moins de 28 jours
- Mortalité infantile : décès d'enfants de moins d'un an
- Mortalité infanto-juvénile : décès d'enfants de moins de cinq ans

1.1.1 Des tendances mondiales à la baisse, stimulées par des progrès importants, bien qu'insuffisants en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud

Entre 2000 et 2020, les progrès obtenus en matière de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) sont incontestables (Graphique 1), avec une baisse du taux de mortalité maternelle d'environ 34 % dans le monde.

Le niveau de mortalité maternelle est très inégal entre les différentes régions du monde. En 2020, le taux de mortalité maternelle dans les pays à revenu faible était de 430 pour 100 000 naissances vivantes, contre 12 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à revenu élevé et près de 95 % des décès maternels, dont la plupart auraient pu être évités, sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (3). Bien qu'elle ait enregistré le plus fort recul global du taux de mortalité maternelle (33%), et malgré un potentiel de progression qui reste aujourd'hui très important, l'Afrique subsaharienne a connu une baisse annuelle moyenne de la mortalité maternelle plus faible que l'Asie du Sud, avec un rythme annuel moyen de diminution de 3% contre 5,4%. Cette situation est en partie liée à l'évolution du nombre de naissances dans ces deux parties du monde, l'Asie du Sud ayant enregistré presque deux fois moins de naissances que l'Afrique subsaharienne entre 2000 et 2020.



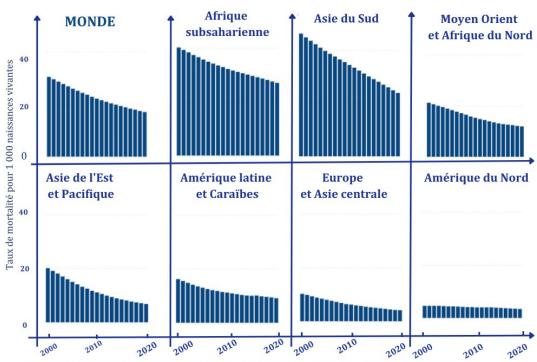
GRAPHIQUE 1 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITE MATERNELLE PAR REGION DU MONDE, 2000-

Source : d'après les données de l'article 10 (février 2022) du Lancet Global Health, graphique réalisé par les auteurs,

Cependant, si ces tendances se poursuivent, les cibles fixées dans les ODD pour l'amélioration de la santé des mères, soit moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (ODD3), vont être difficilement atteignables d'ici 2030 pour ces deux régions. En Asie du Sud, on estime que la cible pourrait être atteinte d'ici 2033, tandis qu'en Afrique subsaharienne, il faudrait encore attendre plus de 50 ans.

La diminution de la mortalité néonatale a également été importante sur cette même période, avec un taux de mortalité néonatale qui a presque été divisé par deux entre 2000 et 2019 dans le monde, passant de 30 à 17,5 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes. En l'an 2000, c'était en Asie du Sud que la mortalité néonatale était la plus élevée (46 décès pour 1 000 naissances vivantes), une situation en partie expliquée par la forte prévalence de l'insuffisance pondérale à la naissance dans cette région. La situation était à peine meilleure en Afrique subsaharienne où cet indicateur atteignait alors 40 décès pour 1 000 naissances vivantes. Depuis 2014, les taux les plus élevés sont observés sur le continent africain, mais ils restent encore beaucoup trop élevés dans ces deux régions (Graphique 2). La cible de moins de 12 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes (cible 3.2 des ODD3) (5) a quant à elle déjà été atteinte partout ailleurs dans le monde.

GRAPHIQUE 2 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITE NEONATALE PAR REGION DU MONDE, 2000-2020 (6)



Source : d'après les données du volume 11 de Global Health Action (2018), graphique réalisé par les auteurs,

Si l'on examine les évolutions de la mortalité infanto-juvénile sur ces vingt années, on peut constater que les gains sont nettement plus marqués que pour la mortalité néonatale (Graphique 3) et que cette tendance est assez homogène dans toutes les régions du monde. On arrive ainsi à un gain de 52% sur la période, notamment lié à l'amélioration de la couverture vaccinale et à la lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques. Cependant, la cible des ODD qui avait été fixée à moins de 25 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2030 (cible 3.2 des ODD3 (5)) sera extrêmement difficile à atteindre sur le continent africain, car des pays très peuplés comme le Nigéria ou très fragiles comme le Tchad, la République Centrafricaine ou la Somalie n'enregistrent plus de progrès en la matière ou déclarent même des inversions de tendance.

Moyen Orient Afrique Asie du Sud MONDE subsaharienne et Afrique du Nord 200 Taux de mortalité pour 1 000 naissances vivantes 50 Amérique du Nord Asie de l'Est Amérique latine et Asie centrale et Pacifique et Caraïbes 100 50 2000 2000 2020 2020 2010 2000

GRAPHIQUE 3 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE PAR REGION DU MONDE, 2000-2020 (4)

Source : d'après les données de l'article 10 (février 2022) du Lancet Global Health, graphique réalisé par les auteurs.

1.1.2 Des ruptures de tendance inquiétantes dans les pays à revenu élevé

Ces résultats décevants ne sont pas l'apanage des pays les plus pauvres. En matière de mortalité maternelle, si l'on peut se féliciter que huit pays seulement ont vu leur situation se dégrader en 20 ans, on y retrouve cependant les Etats-Unis qui, pendant le cycle des OMD 2000-2015 (1), ont eu l'augmentation la plus forte de tous. Entre 2000 et 2020, la mortalité maternelle de la première puissance économique mondiale est passée de 12 à 21 pour 100 000 naissances vivantes, soit une augmentation inédite de 78%, avec de très fortes disparités territoriales, raciales et socio-économiques.

La France n'est pas totalement épargnée non plus si l'on examine la tendance de la mortalité infantile parmi les pays industrialisés. Si la France avait connu des succès inédits depuis les années 70 dans la réduction de sa mortalité infantile, la tendance baissière de la mortalité infantile (de la naissance au premier anniversaire) s'est inversée depuis 2012 et semble largement influencée par l'évolution défavorable de la mortalité néonatale précoce, au cours de la première semaine de vie (Graphique 4). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène : élévation de l'âge maternel, augmentation de la prévalence du surpoids et du tabagisme, ainsi que pauvreté et précarité des femmes migrantes.

Nombred confants decedes bour 1000 naissances vivantes

2
2
2
2
2006 2008 2010 2012 2014 2016 2018 2020

Points d'inflexion de la pente

Baisse

Augmentation

GRAPHIQUE 4 - ÉVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE EN FRANCE, 2000-2019 (7)

Source : d'après les données du Lancet Regional Health Europe 2022, graphique repris par les auteurs.

Ainsi, dans les pays à tous niveaux de revenus, si des politiques publiques ambitieuses visant à diminuer les inégalités sociales et à investir durablement dans la santé maternelle et infantile ne sont pas mises en place, il existe un risque important que les résultats positifs observés jusqu'alors ne soient pas pérennes.

1.1.3 L'essor de la vaccination : un facteur décisif dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile

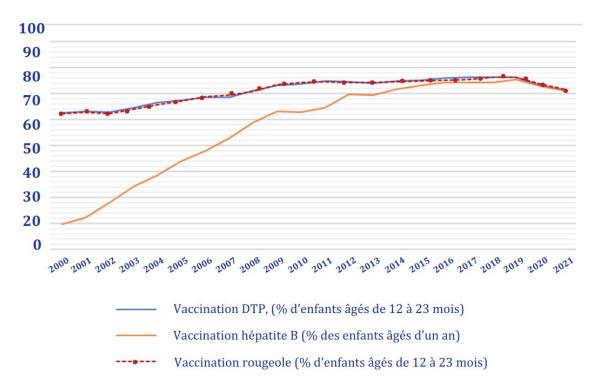
Les programmes de réduction de la mortalité infanto-juvénile évitables qui avaient été amorcés depuis les années 1950 dans les pays à revenu élevé ont été poursuivis, amplifiés et étendus à d'autres régions du monde. Ces programmes ont combiné des interventions biomédicales ciblées et diversifiées, le plus souvent dans le cadre de programmes verticaux (planification familiale, lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques, vaccination, notamment), avec des investissements structurels dans les systèmes de santé (soins prénataux et néonataux notamment). L'augmentation du niveau d'éducation des jeunes filles et des femmes, ainsi que l'amélioration générale des conditions de vie pendant cette période ont également eu un effet positif sur ces différents indicateurs.

Au cœur de ces dispositifs, la vaccination est reconnue comme l'une des mesures de santé publique les plus efficaces, ayant fortement contribué aux évolutions favorables de la mortalité infanto-juvénile. Durant les deux dernières décennies, la couverture vaccinale a globalement connu une forte augmentation, bien que montrant une stagnation et révélant certaines fragilités à partir des années 2010, ainsi qu'une cassure liée à la crise du COVID-19 à partir de 2020. Par exemple, la proportion d'enfants ayant été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche

(DTP) ainsi que contre la rougeole est passé de 73% à 86% entre 2000 et 2019 et le taux de vaccination contre l'hépatite B des enfants de moins de 1 an a enregistré une augmentation spectaculaire, passant de 30% à 86% durant cette même période (Graphique 5). Par conséquent, cette tendance se retrouve également dans l'évolution du nombre d'enfants « zéro dose », c'est-à-dire des enfants qui n'ont reçu aucun vaccin de routine, qui a connu une baisse importante jusqu'en 2019, avant de repartir à la hausse de manière préoccupante à partir de 2020 (Graphique 6).

Ainsi, les épidémies de rougeole, diphtérie ou fièvre jaune ont connu une recrudescence ces dernières années, tout comme le nombre de cas de paralysie attribués à la poliomyélite, obligeant à réviser la stratégie d'éradication, pour l'instant repoussée à l'horizon 2026. L'épidémie de COVID-19 a également révélé les problèmes chroniques de production et d'approvisionnement, les fabricants s'étant détournés de la production de vaccins moins rentables pour faire face à la demande colossale des vaccins anti-Covid, et mettant en péril la lutte contre certaines maladies telles que le choléra.

GRAPHIQUE 5 - ÉVOLUTION DU TAUX DE VACCINATION COMBINEE CONTRE DIPHTERIE-TETANOS-PERTUSIS (DTP), L'HEPATITE B ET LA ROUGEOLE DANS LE MONDE (2000-2021) (8)



Source : d'après les données de l'OMS/UNICEF (site de la Banque Mondiale), figure reprise par les auteurs.

25 22,3 18,2 19,4 15,4 15,4 15,4 10 20 10 2010 2010 2010 2010

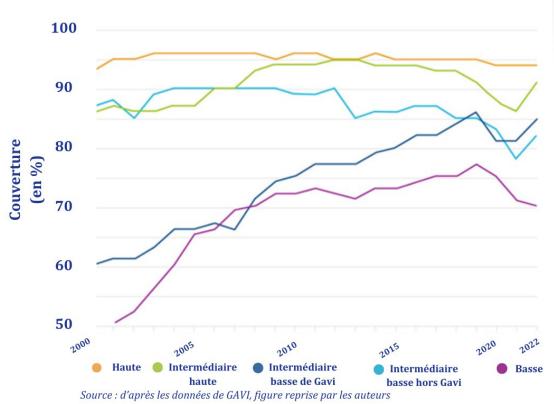
GRAPHIQUE 6 - NOMBRE D'ENFANTS « ZERO DOSE » DANS LE MONDE (2000-2021) (8)

Source : d'après les données de l'Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Estimations de l'OMS/l'UNICEF relatives à la couverture vaccinale nationale, révision 2021 », juillet 2022., figure reprise par les auteurs

La couverture vaccinale reste également marquée par de fortes inégalités, inter- et intrapays. Par exemple, en 2022, la couverture vaccinale du vaccin DTP était de plus de 90% dans les pays à revenus élevé ou intermédiaire élevé, de plus de 80% dans les pays à revenu intermédiaires bas et à peine plus de 70% pour les pays à revenu faible, ces derniers ayant été davantage affaiblis par la crise du COVID-19 (Graphique 7). En termes d'inégalités socio-économiques au sein d'un même pays, les exemples de l'Angola, du Nigeria ou de la Papouasie-Nouvelle Guinée montrent qu'un enfant issu de la classe sociale la plus aisée a cinq fois plus de chances d'être vacciné qu'un enfant issu de la classe sociale la plus pauvre.

GRAPHIQUE 7 - COUVERTURE VACCINALE DE BASE (DTP-3EME DOSE) DES PAYS PAR GROUPES

DE REVENU (9)

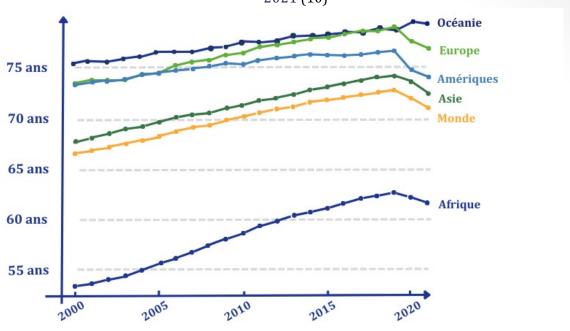


1.1.4 Une espérance de vie globalement à la hausse, bien que très inégale et fragile

Au niveau mondial, l'espérance de vie a augmenté de 6,6 années entre 2000 et 2019, passant de 66,8 à 73,4 années, tandis que l'espérance de vie en bonne santé a augmenté plus faiblement, de 5,4 années. Ainsi, le gain en termes de réduction de la mortalité ne s'est pas accompagné d'un gain comparable en années vécues sans incapacité. Globalement, on observe les mêmes tendances dans toutes les régions du monde (sauf en Océanie), avec une augmentation globale de l'espérance de vie de 2000 à 2019, suivie d'une diminution entre 2019-2021 liée à l'épidémie de COVID-19 (avec une perte de 1,8 ans au niveau mondial) (Graphique 8).

Cette augmentation est plus ou moins importante selon les pays, avec une quasistagnation pour le continent américain, un gain de cinq années de vie en Europe et une augmentation de près de 10 ans pour le continent africain sur la même période. Cependant, l'Afrique était également le continent avec l'espérance de vie la plus faible en 2000 (53 ans). En effet, l'épidémie de VIH/Sida y était alors non contrôlée, avec des effets dévastateurs très importants, tandis que les effets des programmes de réduction de la mortalité maternelle et infantile étaient encore limités.

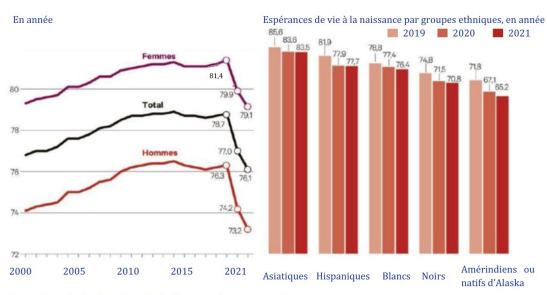
GRAPHIQUE 8 - ÉVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE PAR REGION DU MONDE, 2000-2021 (10)



Source : d'après les données de UN WPP (2022 et al (2015), Riley (2005), OUR WORLD IN DATA CC by, graphique repris par les auteurs

Aux Etats-Unis, la situation est particulièrement préoccupante. Fin 2021, l'espérance de vie à la naissance était tombée à 76,4 ans, avec une baisse de 2,7 années en deux ans, avec d'importantes inégalités sociales entre groupes ethniques, au détriment des amérindiens, des natifs de l'Alaska et des afro-américains (Graphique 9). Si cette dégradation est attribuable en partie au COVID-19 et à sa gestion déficiente, elle est également liée aux fortes inégalités socioéconomiques et raciales, à la faiblesse de la protection sociale, à l'impact de l'obésité sur la santé, à l'augmentation de la violence et à la hausse importante des décès par overdose pendant l'épidémie.

GRAPHIQUE 9 - ÉVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE AUX ÉTATS-UNIS PAR SEXE ET PAR GROUPES ETHNIQUES (11)



 $Source: d'après\ les\ données\ du\ Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ auteurs proposed de la connées du Center\ for\ health\ statistics, figure\ reprise\ par\ les\ par$

1.2 Démographie : Une population mondiale croissante et vieillissante

1.2.1 Des équilibres démographiques en mouvement

Si le nombre d'êtres humains vivants vient tout juste de dépasser huit milliards, les dynamiques démographiques sont loin d'être homogènes à l'échelle de la planète (12). La population de certains pays continue à croitre à des rythmes parfois très importants, comme en Afrique subsaharienne où la population devrait presque doubler d'ici 2050, tandis que d'autres voient leur population stagner comme par exemple en Europe et en Amérique du Nord (augmentation de 0,4 % anticipée d'ici 2050), voire décliner comme en Chine, dont la population devrait diminuer de 110 millions entre 2022 et 2050 (soit près de 8%), rattrapée progressivement par l'Inde (Graphique 10).

L'augmentation de la population mondiale, qui reste fortement dépendante de quelques pays (République démocratique du Congo, Égypte, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, Philippines, Tanzanie, par ordre décroissant d'augmentation attendue) devrait atteindre son point culminant à 10,4 milliards d'habitants en 2080 (12).

Projection 3,0 Nombre de personnes en milliards Asie centrale et australe 2,5 Asie du sud-est 2,0 1,5 Europe et Amérique du nord 1,0 Amérique latine et caraïbes Afrique du nord et Moven-0,5 Orient Océanie hors Australie 0 et Nouvelle-Zélande 1970 2020 2010 2050 2040 1960 1950 1980 1990 2000

GRAPHIQUE 10 - ESTIMATIONS DEMOGRAPHIQUES SUR LA PERIODE 1950-2022 ET PROJECTIONS PAR REGION JUSQU'A 2050 (12)

1.2.2 Une population mondiale vieillissante

Source : d'après les données du rapport World Population Prospect 2022 de l'ONU, graphique repris par les auteurs

La population mondiale n'a jamais été aussi âgée, et cette dynamique devrait s'amplifier dans les années à venir. D'ici 2050, une personne sur six dans le monde aura plus de 65 ans (16%), contre une sur 10 en 2022 (10%). De fortes disparités régionales peuvent être constatées, avec 41% de la population féminine d'Europe et d'Amérique du Nord qui a plus de 50 ans, tandis que cette tranche d'âge ne représente que 10% des femmes d'Afrique subsaharienne (Graphique 11). Si le vieillissement de la population évolue à des rythmes différents selon les régions et les pays, il est devenu un enjeu central pour les politiques publiques, avec des répercussions importantes sur les besoins de santé et sur l'organisation des systèmes de santé.

0-14 ans **50-64** ans 15-49 ans 65 et plus 25 50 15 MONDE 42 48 Afrique subsaharienne 34 51 Océanie hors Australie et N.Z. 52 30 Afrique du nord et Asie orientale 27 54 Asie centrale et du sud 23 15 Amérique latine et caraïbes 52 49 19 19 Asie de l'est et du sud-est 19 46 18 Australie et Nouvelle Zélande 43 20 16 Europe et Amérique du nord 0 25 50 75 100

GRAPHIQUE 11 - DISTRIBUTION DE LA POPULATION FEMININE, PAR AGE, EN 2020 (13)

Source : d'après les données de santé mondiale 2019 de l'OMS, graphique repris par les auteurs

Le taux de fécondité mondial est passé de 2,7 enfants par femme en 2000 à 2,3 en 2020 et devrait encore reculer à 2,1 en 2050. Le nombre d'enfants par femme reste particulièrement important dans certaines régions, notamment en Afrique subsaharienne (4,6 en moyenne) et dans certains pays comme le Niger (7,8). La transition démographique³ est ainsi loin d'être achevée dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

A l'inverse, le taux de fécondité demeure en dessous du seuil de reproduction de la population⁴ dans la quasi-totalité des pays à revenu élevé, qui sont soumis à des phénomènes de vieillissement importants, avec toutes les conséquences sociales, économiques et sanitaires que cela engendre, avec notamment l'augmentation des maladies chroniques et non transmissibles. Or, les risques sanitaires liés à ces dynamiques des populations sont souvent insuffisamment pris en compte par les politiques publiques.

³ La transition démographique désigne le passage d'un régime démographique de mortalité et fécondité élevées à un régime démographique de mortalité et fécondité basses.

⁴ Seuil de reproduction de la population : les démographes estiment qu'un taux de 2,1 enfant par femme est un minimum pour qu'une population se renouvelle et maintienne son effectif.

2 Maladies transmissibles et non transmissibles : des acquis fragiles

ENCADRE 3 - POINTS CLES SUR L'EVOLUTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

- Les principaux indicateurs de suivi épidémiologique montrent que la lutte contre les maladies infectieuses priorisées par la communauté internationale (infection à VIH, tuberculose, paludisme) a connu des progrès majeurs durant ces 20 dernières années, avec cependant une rupture liée à l'épidémie de COVID-19.
- La lutte contre de l'épidémie de VIH/Sida est un succès incontestable de ces deux décennies, avec une baisse de 54% de l'incidence et de 66% de la mortalité attribuable au VIH/Sida, mais ces progrès sont insuffisants pour espérer atteindre le contrôle de l'épidémie d'ici 2030.
- En 2021, la tuberculose était toujours responsable de 1,6 millions de décès par an, soit trois fois plus que pour le VIH/Sida.
- En 20 ans, 11 pays ont pu éradiquer le paludisme. En 2021, l'Afrique représentait 95% des cas de paludisme dans le monde. La moitié des décès dus au paludisme était concentrée dans quatre pays (Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, Tanzanie)
- Environ 296 millions de personnes vivent avec une hépatite B chronique et 58 millions avec une hépatite C chronique (2019). D'importants progrès ont été réalisés, avec l'amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B ou encore la découverte d'un traitement curatif contre l'hépatite C en 2014. Cependant, l'accès au diagnostic et aux traitements est encore extrêmement faible, étant respectivement de 21% et 13% parmi les personnes infectées par le virus de l'hépatite C et de 10% et 2% par le virus de l'hépatite B.
- Les maladies infectieuses émergentes ou ré-émergeantes sont (re)devenues des problèmes de santé globale depuis le début du XXIème siècle, en raison de l'évolution des agents pathogènes, des modifications environnementales et de l'impact des comportements humains.
- L'épidémie de COVID-19 a causé près de 7 millions de décès en trois ans.
- La mortalité liée aux maladies non transmissibles (MNT) a augmenté de 30% en 20 ans, représentant 41 millions de décès par an en 2020.
- Durant ces vingt dernières années, la prévalence du diabète a triplé, tandis que le nombre de décès liés aux cancers est passé de 6 à 10 millions par an.

2.1 Les maladies infectieuses : des inflexions majeures depuis le début du XXIème siècle

Aujourd'hui, les maladies infectieuses ne représentent plus la principale cause de mortalité dans le monde, mais demeurent encore responsables de plusieurs millions de décès chaque année dans les pays en développement où six décès sur 10 restent d'origine infectieuse.

2.1.1 Le VIH/Sida : deux décennies de lutte avec d'importants succès

Le Tableau 1 résume les trois principaux indicateurs épidémiologiques que sont la prévalence, l'incidence et la mortalité attribuable au VIH/Sida en début et fin de période à l'échelle mondiale.

TABLEAU 1 - ESTIMATIONS SUR LE VIH/SIDA DANS LE MONDE EN 2000 ET 2020 (14,15)

	2000	2020
Nombre de Personnes vivant avec le VIH (PvVIH)	26,6 M	37,7 M
Nombre de nouvelles infections par an (en millions)	2,8 M	1,5 M
Nombre annuel de décès liés au VIH/Sida	1,7 M	680.000
Nombre de PvVIH connaissant leur statut sérologique	<10%5	84%
Nombre (%) de PvVIH sous traitement antirétroviral	~ 3%	73%
Nombre (%) de PvVIH avec une charge virale contrôlée	ND	66%

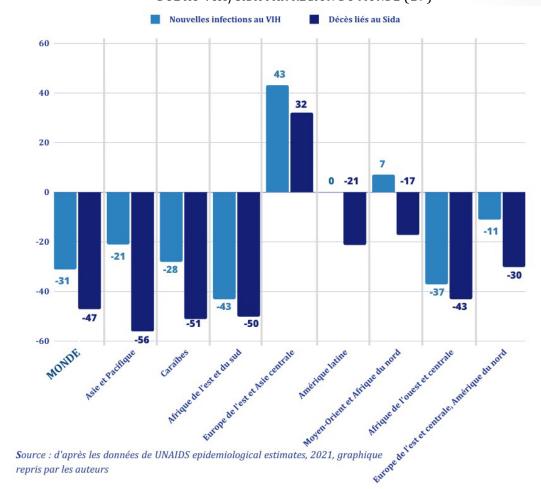
La dynamique de la transmission du VIH a atteint son pic en 1997, avec une incidence de 3,7 millions de nouvelles infections par an. Depuis, la courbe s'est inversée, pour retomber à 1,5 millions de nouvelles infections à VIH en 2020, soit une baisse de 54%. Si cette inflexion majeure démontre le succès de la lutte contre le VIH/Sida, l'incidence des nouvelles infections demeure trois fois plus élevée que celle fixée dans les ODD puisque l'objectif 3.3 anticipait qu'en 2020 il n'y aurait plus que 500.000 nouvelles infections par an pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. De plus, l'épidémie de COVID-19 a eu un impact négatif important dans la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/Sida, tant en termes de prévention, de dépistage que d'accès aux traitements, dans un contexte inflationniste et de stagnation de l'aide internationale dédiée au VIH/Sida avec des besoins en traitement toujours plus importants. Le contrôle effectif et durable de l'épidémie d'ici la fin de cette décennie semble ainsi peu probable.

⁵ Peu de données fiables existent sur le nombre de personnes vivant avec le VIH et qui connaissaient leur statut en 2000. Cet indicateur est estimé à 5-7% en Afrique subsaharienne en 2000. (16)

En termes de mortalité attribuable au VIH/Sida, les résultats sont sensiblement meilleurs que pour la transmission du VIH. Le pic des décès liés au VIH/Sida a été observé en 2004 (2 millions par an) et en 2020, ce sont 680.000 décès qui ont été comptabilisés, soit une baisse de 66%. La cible intermédiaire des ODD fixée à 500.000 décès en 2020 a ainsi presque été atteinte. Ce net progrès peut être attribuable à la gratuité et à la mise à échelle de l'accès aux antirétroviraux dans la plupart des pays particulièrement affectés, qui permet aux patients infectés par le VIH de vivre plus longtemps en bonne santé. En 2000, seules 685.000 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement antirétroviral tandis qu'en 2020, elles étaient 27,4 millions. Cependant, la réduction du nombre annuel de décès est de moins en moins marquée, année après année, ce qui laisse présager que les cibles de 2025 et de 2030 seront difficilement atteintes.

L'analyse des tendances d'incidence et de mortalité par région du monde entre 2010 et 2020 fait apparaître des contrastes marqués en termes de contrôle de l'épidémie (Graphique 12). Dans les régions historiquement les plus affectées, la réduction des nouvelles infections a été la plus importante, à savoir de 43% en Afrique de l'Est et australe et 37% en Afrique de l'Ouest et du Centre. A l'inverse, durant cette même période, l'incidence a augmenté de 43% en Europe de l'Est et en Asie centrale, la seule région au monde où l'épidémie, concentrée dans les « populations clés » - particulièrement parmi les usagers de drogue qui représentaient 43% des nouvelles infections en 2021 - a continué de flamber. Des tendances assez comparables ont été observées en termes de mortalité liée au VIH/Sida, avec une augmentation d'un tiers en Europe de l'Est et en Asie Centrale, alors qu'elle a diminué de 47% au niveau mondial.

GRAPHIQUE 12 - VARIATION DECENNALE (2010-2020) DE L'INCIDENCE DU VIH ET DE LA MORTALITE DUE AU VIH/SIDA PAR REGION DU MONDE (17)



En une vingtaine d'années, des succès sans précédents ont ainsi été obtenus dans le contrôle de l'épidémie à VIH/Sida, pouvant être directement liés à l'engagement politique international massif et aux efforts financiers consentis à l'échelle mondiale⁶. Des interventions très efficaces avec un niveau de preuve élevé ont pu être mises à échelle dans les pays affectés par l'épidémie. La conjugaison d'approches de prévention combinée (comportementale et biomédicale) avec la généralisation du dépistage du VIH/Sida et du traitement antirétroviral a permis cette baisse massive de l'incidence et de la mortalité liée au VIH/Sida. Néanmoins, la dynamique de l'épidémie reste forte. L'incidence toujours élevée couplée à une mortalité en baisse conduit à une augmentation constante de la population vivant avec le VIH à l'échelle mondiale, actuellement d'environ 38 millions. En l'absence d'un vaccin préventif et/ou d'une guérison possible une fois l'infection contractée, une prise en charge immédiate et continue, notamment via la mise sous traitement antirétroviral reste un impératif pour poursuivre la réduction de la transmission du virus et le contrôle durable de l'épidémie. Les inégalités géographiques, de genre, d'âge ou sociales observées nécessitent des réponses adaptées aux différentes populations

⁶ Au début des années 2000, des programmes verticaux largement financés ont été créés, avec notamment le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme (2002), le Plan d'urgence présidentiel de lutte contre le VIH/Sida américain (Pepfar, 2003) et Unitaid (2006). La réponse a pu être coordonnée au niveau international (OMS, Onusida) et renforcée par l'investissement dans des systèmes d'information sanitaire permettant de guider au fur et à mesure les politiques publiques.

concernées. Ceci suppose des investissements nationaux et internationaux de plus en plus importants et garantis dans la durée.

Enfin, les tendances délétères constatées en Europe de l'Est et en Asie Centrale, montrent à quel point les acquis de la lutte contre l'épidémie sont fragiles et combien il est nécessaire de maintenir une action solide et sans relâche pour éviter tout regain épidémique.

2.1.2 La tuberculose : des progrès importants, mais pas assez rapides

Les indicateurs épidémiologiques mondiaux relatifs à la tuberculose en début et en fin de période sont rapportés dans le Tableau 2.

TABLEAU 2 - ESTIMATIONS SUR LA TUBERCULOSE DANS LE MONDE EN 2000 ET 2020 (18)

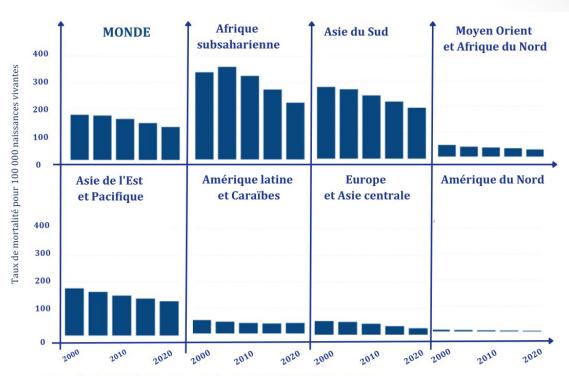
	2000	2020
Nombre de cas de TB par an (en million)	11	9,9
Incidence de la TB (Taux annuel pour 100.000 habitants)	184	127
Nombre de décès liés à la TB par an (en million)	1,7	1,5

La tuberculose demeure un problème de santé publique mondial, malgré une baisse remarquable du taux d'incidence ces vingt dernières années, d'environ 2% par an à l'échelle mondiale, passant de 184 à 127 cas pour 100,000 habitants entre 2000 et 2020 (19).

Cette amélioration sur le long terme est plus marquée encore en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud où les taux d'incidence ont toujours été les plus élevés dans le monde (Graphique 13). En 2020, les régions d'Asie du Sud et de l'Est notamment l'Inde, l'Indonésie, la Chine, les Philippines, le Pakistan et le Bengladesh concentraient 43% des nouveaux cas de tuberculose tandis que l'Afrique subsaharienne comptait 25% des nouveaux cas. Dans le cadre de l'ODD 3.3, l'objectif fixé de réduire de 20% le taux d'incidence entre 2015 et 2020 a été atteint par les régions d'Europe, d'Asie centrale et d'Amérique du Nord, tandis que les régions d'Afrique, du Moyen Orient/Afrique du Nord et d'Asie du Sud ont respectivement connu une baisse de l'incidence de 19%, 15% et 10%.

GRAPHIQUE 13 - INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE (TAUX ANNUEL POUR 100 000 HABITANTS)

PAR REGIONS DU MONDE DE 2000 A 2020 (19)



Source : d'après les données du rapport sur la tuberculose 2022 de l'OMS, réalisé par les auteurs

Cependant, à la différence du VIH/Sida, c'est surtout en termes de mortalité que la lutte contre la tuberculose semble obtenir ses moins bons résultats. Bien que les indicateurs clés (nombre annuel de décès et taux de mortalité) aient enregistré une baisse constante entre 2000 et 2019, ils sont repartis à la hausse à partir de 2020, avec le début de la pandémie de COVID-19. Surtout, la réduction de la mortalité n'est pas assez rapide, puisqu'elle n'a été que de 5,9% entre 2015 et 2021, alors que l'objectif de l'OMS vise une réduction de 75% des décès entre 2015 et 2025, ce qui est désormais hors d'atteinte. Ainsi on comptait encore 1,5 millions de décès attribuables à la tuberculose en 2020, soit trois fois plus que pour l'infection à VIH. L'Inde enregistre environ 1/3 des décès liés à la tuberculose dans le monde.

Ces progrès sans précédent de la lutte contre la tuberculose au cours des deux dernières décennies ont été obtenus grâce à la découverte d'innovations techniques majeures (tests de diagnostic moléculaires rapides en remplacement des analyses au microscope de frottis d'expectoration, raccourcissement des traitements, disponibilité de schémas thérapeutiques oraux contre la tuberculose pharmaco-résistante, traitement préventif), conjuguée à la mise en œuvre de différentes stratégies opérationnelles à large échelle (décentralisation des services, recherche active des cas et des flambées ciblant les populations clés et vulnérables et les milieux à forte prévalence de la maladie, gestion des comorbidités).

La lutte contre la tuberculose a particulièrement souffert de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 et tarde depuis à regagner la direction fixée pour atteindre les ODD en 2030. Par exemple, le diagnostic et la notification des cas de tuberculose se sont effondrés pendant la crise sanitaire, passant de 7,1 millions de cas en 2019, à 5,8 millions en 2020, et remontant

⁷ Les programmes de lutte contre la tuberculose ont considérablement bénéficié de l'organisation et du financement apportés par le Fonds mondial depuis le début des années 2000, qui assurait 76 % du financement international des programmes de lutte contre la tuberculose en 2022.

seulement à 6,4 millions de cas en 2021. Ceci suggère que le nombre de cas non diagnostiqués et non traités a augmenté, aggravant d'une part les risques de transmission de l'infection et d'autre part les risques de maladie tuberculeuse et de décès parmi les personnes infectées. La déclaration politique adoptée lors de la réunion de haut niveau en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies de septembre 2023 redonne un cadre plus stimulant et plus ambitieux pour les cinq prochaines années (20).

2.1.3 Le paludisme : une maladie qui demeure essentiellement africaine

Les indicateurs épidémiologiques mondiaux relatifs au paludisme en début et en fin de période sont rapportés dans le Tableau 3.

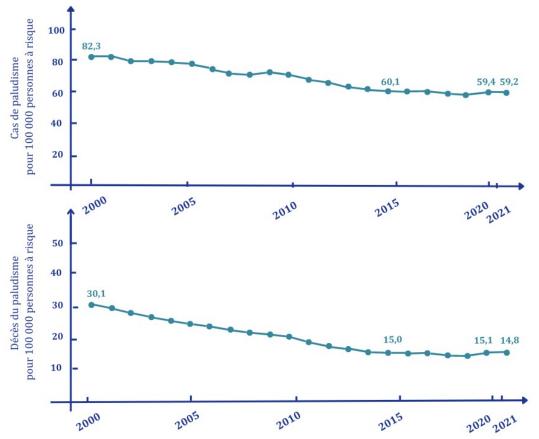
Tableau 3 - Estimations sur le paludisme dans le monde en 2000 et 2020

	2000	2020
Nombre de cas de paludisme par an (en million)	245 M	245 M
Taux d'incidence pour 1.000 personnes à risque	82,3	59,4
Nombre de décès liés au paludisme par an	897.000	625.000
Taux de mortalité pour 100.000 personnes à risques	30,1	15,1

Entre 2000 et 2020, les indicateurs clés concernant le paludisme ont montré des progrès importants dans le monde. Le taux d'incidence est passé de 82,3 pour 1.000 personnes à risque en 2000 à 59,4 en 2020, soit une baisse de 28% en 20 ans, incluant un léger regain lié à la COVID-19 en 2019-2020 (Graphique 14.a).

En ce qui concerne la mortalité, la décroissance a été régulière de 2000 à 2015, permettant une division par deux du taux de décès sur la période pour les personnes à risque. Cette tendance s'est ensuite atténuée pour aboutir à une mortalité stable entre 2015 et 2021 (Graphique 14.b).

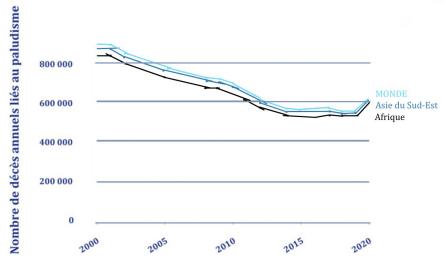
GRAPHIQUE 14 - A) INCIDENCE DU PALUDISME (TAUX ANNUEL POUR 1.000 PERSONNES A RISQUE), B) TAUX DE MORTALITE (POUR 100.000 PERSONNES A RISQUE) DE 2000 A 2021(21)



Source : d'après les données du Rapport mondial de l'OMS sur le paludisme de 2022, graphique repris par les auteurs

Si aujourd'hui, le paludisme est endémique dans 91 pays du monde, cette maladie reste incontestablement un problème majeur pour l'Afrique subsaharienne (Graphique 15). Entre 2000 et 2020, 11 pays ont complètement éliminé le paludisme, à savoir les Émirats Arabes Unis, le Maroc, le Turkménistan, l'Arménie, le Kirghizstan, le Sri Lanka, l'Ouzbékistan, l'Algérie, l'Argentine, le Paraguay et la Chine. Le continent africain regroupe désormais 95% des cas estimés dans le monde. La baisse de l'incidence a pourtant été conséquente en Afrique, avec une baisse de 40% en 20 ans, permettant d'avoir un impact considérable sur la mortalité infanto-juvénile, bien que 80% des décès liés au paludisme sur le continent concernent encore les enfants de moins de cinq ans (2021). L'Afrique occidentale et centrale enregistrent les taux d'incidence les plus élevés de la région, avec des taux supérieurs à 300 pour 1.000 personnes à risque dans de nombreux pays (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Libéria, Mali, Nigeria, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sierra Leone), alors que le taux d'incidence moyen en Afrique subsaharienne est de 220 (22). En termes de mortalité, quatre pays enregistrent un peu plus de la moitié des décès annuels liés au paludisme dans le monde, avec le Nigeria (31%), la République démocratique du Congo (13%) la République unie de Tanzanie (4%) et le Niger (4%).

GRAPHIQUE 15 - DECES LIES AU PALUDISME DANS LE MONDE PAR REGION (2000-2020) (21)



Source : d'après les données de GAVI, figure reprise par les auteurs

Durant ces deux décennies, des avancées scientifiques substantielles ont été obtenues et mises en application à très large échelle⁸ tant en matière de prévention que de diagnostic et de prise en charge, telles que la nouvelle génération de moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides ou encore la chimio-prévention du paludisme saisonnier pour les enfants de moins de cinq ans. Les recommandations récentes de l'OMS pour l'utilisation des vaccins RTS,S/AS01 - Mosquirix (2021) et du vaccin R21/Matrix-M (2023) chez les enfants vivant dans les régions où la transmission est modérée à élevée sont venues compléter cet arsenal. L'amélioration des conditions socio-économiques a aussi compté pour beaucoup dans l'élimination de cette affection dans de nombreux pays, bien qu'il soit difficile de faire la part des choses entre les facteurs liés aux progrès économiques et sociaux et les effets directs de la lutte antipaludique.

Les évolutions récentes moins favorables, avec une tendance à la stagnation, voire à la hausse des principaux indicateurs épidémiologiques, peuvent s'expliquer par différents facteurs. Il s'agit notamment des changements de pratique de l'usage des tests de diagnostic rapide (TDR) dans un contexte de modifications génétiques du parasite9, de l'augmentation de la résistance à l'artémisinine, de la moindre efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides ou encore des modifications des comportements vectoriels. La pandémie de COVID-19 a également profondément affecté l'offre des services antipaludiques et notamment la distribution de moustiquaires imprégnées, avec par exemple 25% des moustiquaires qui n'ont pas pu être distribuées en 2021 (23).

⁸ La lutte contre le paludisme a substantiellement progressé grâce au cadre de gouvernance et de financement mis en place au début des années 2000, et en particulier la création successive de l'initiative *Roll Back Malaria* en 1998 (aujourd'hui le Partenariat RBM) et du Fonds mondial en 2002, ce dernier représentant aujourd'hui 65% des financements internationaux dédiés à cette maladie.

⁹ Les professionnels de santé font moins confiance aux tests rapides et de ce fait l'utilisent moins ou différemment suite à des modifications génétiques du arasite qui semblent perturber le rendu des résultats des tests rapides.

2.1.4 Les hépatites virales : une maladie oubliée

TABLEAU 4 - ESTIMATIONS SUR LES HEPATITES VIRALES EN 2019 (24)

	VHB	VHC
Nombre de personnes atteintes	296 M	58 M
Nombre de nouvelles infections par an	1,5 M	1,5 M
Prévalence adulte moyenne	8 %	1 %
Décès liés à l'hépatite par an	820 000	290 000
Taux de vaccination des enfants de 1 an	30 %	
	(2000)	
	85%	
	(2020)	

En raison du peu de données épidémiologiques disponibles sur les hépatites virales dans le monde au début des années 2000, il est difficile de retracer les tendances de ces deux dernières décennies. Le tableau 4 rapporte les estimations les plus récentes pour les hépatites virales B et C.

Aujourd'hui, on estime qu'environ 296 millions de personnes sont atteintes d'une hépatite B chronique et que 58 millions souffrent d'une hépatite C chronique. Ces deux types d'hépatites virales (parmi les cinq existantes) sont à l'origine de la plupart des maladies (cirrhose, cancer) et des décès. Au niveau de leur transmission, on estime que chaque année, 1,5 millions de personnes sont nouvellement atteintes pour chacune des hépatites B et C, soit 3 millions au total, ce qui est deux fois plus que le nombre de nouvelles infections au VIH (cf. 2.1.1). En termes de mortalité, environ 1,1 million de personnes décèdent chaque année de ces deux hépatites, en raison des dommages hépatiques qu'elles provoquent.

La répartition géographique des hépatites virales B et C est très différente, le VHB étant davantage présent dans la région du Pacifique occidental (116 millions), d'Afrique (82 millions) et d'Asie du Sud Est (60 millions), tandis que ce sont les régions d'Europe et de la Méditerranée orientale qui comptent le nombre le plus important d'infections au VHC dans le monde (Tableau 5).

TABLEAU 5 - PERSONNES VIVANT AVEC UNE INFECTION CHRONIQUE AU VHB OU AU VHC EN POPULATION GENERALE, PAR REGION DANS LE MONDE, EN MILLIONS, 2019 (24)

Région	VHB	VHC
Amérique	5	5
Europe	14	12
Méditerranée orientale	18	12
Pacifique occidental	116	9
Afrique	82	9
Asie du Sud Est	60	10

La lutte contre les hépatites virales connaît des retards très importants, en comparaison aux progrès importants réalisés durant ces deux dernières décennies dans les domaines du VIH/Sida, de la tuberculose ou du paludisme, malgré l'existence de dispositifs efficaces, tels que le vaccin contre le VHB découvert dans les années 1970 et le traitement curatif pour l'hépatite C disponible depuis 2014. Actuellement, 80% des personnes infectées par le virus de l'hépatite ne

peuvent obtenir les services dont elles ont besoin pour prévenir, dépister et traiter la maladie. En particulier, seuls 21 % des personnes infectées par une hépatite C sont diagnostiquées et seuls 13 % reçoivent un traitement curatif, alors même que cette maladie peut être guérie et que le prix des traitements médicamenteux sont aujourd'hui abordables pour les pays à faible revenu (60 USD pour un traitement permettant dans plus de 95% des cas la guérison définitive¹0). Concernant les personnes vivant avec une infection chronique par le virus de l'hépatite B, le constat est encore plus alarmant, puisque seuls 10 % d'entre elles sont diagnostiquées et 2 % des personnes infectées sont traitées. En Afrique subsaharienne, ces taux tombent à 2% de personnes vivant avec le VHB qui connaissent leur statut et 5% pour le VHC, avec un taux de traitement catastrophique de moins de 1% pour le VHB et de 0% pour le VHC (24).

2.1.5 L'essor des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes

Les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes sont devenues des problèmes cruciaux pour la santé mondiale depuis le début du troisième millénaire. La liste des infections considérées s'est progressivement allongée, les zones géographiques concernées se sont élargies et la rapidité de propagation des différents phénomènes épidémiques s'est accélérée (Carte 1). Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : l'évolution des agents pathogènes, notamment les virus à ARN, les modifications environnementales favorisant le développement de vecteurs et de réservoirs (déséquilibre des écosystèmes, érosion de la biodiversité, sécheresses, inondations, modifications de l'usage des sols, en particulier), et l'impact des comportements humains (déforestation, mobilité accrue, grands rassemblements humains, modes d'élevage ou proximité avec le monde animal notamment).

La préparation de la réponse internationale et la réponse elle-même ont montré de graves signes de dysfonctionnement, notamment par rapport au choix de qualifier (ou non) certaines épidémies naissantes comme des Urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) sous l'égide de l'OMS afin de prendre les décisions afférentes.

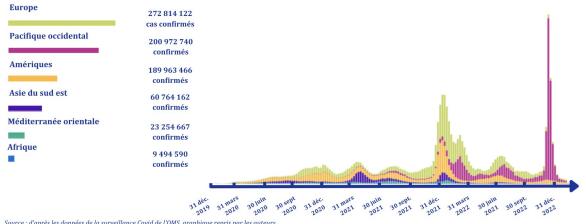
 $^{^{10}}$ Ce traitement par antiviraux à action directe (AAD) coûtait plus de 90 000 USD au moment de son introduction en 2014 dans les pays à haut revenu



CARTE 1 - MALADIES EMERGENTES (EN VIOLET) ET RE-EMERGENTES (EN VERT) EN 2021 (25)

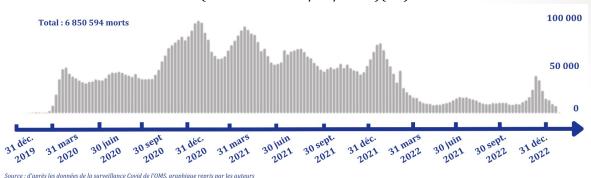
Avec la pandémie de COVID-19, la menace planétaire est devenue une réalité : en moins de trois ans, plus de 757 millions de cas ont été confirmés partout dans le monde (OMS), avec une distribution spatio-temporelle faite de rebondissements multiples et peu prévisibles (Graphique 16). Au total, ce sont plus de 6,8 millions de décès attribués au Covid-19 qui ont été rapportés (Graphique 17) alors que plus de 13 milliards de doses de vaccin ont été administrées.

GRAPHIQUE 16 - NOTIFICATION DES CAS DE COVID-19 A L'OMS PAR REGION DU MONDE (SITUATION AU 21 FEVRIER 2023) (26)



Source : d'après les données de la surveillance Covid de l'OMS, graphique repris par les auteu

GRAPHIQUE 17 - NOTIFICATION MONDIALE A L'OMS DES DECES PAR COVID-19 (SITUATION AU 22/02/2023)(26)



La situation est paradoxale aux Etats-Unis, pays dans lequel la majorité des vaccins ont été développés et produits. En effet, les Etats-Unis comptent le plus grand nombre de décès déclarés, supérieur à 1,1 millions en 2023. Cette situation s'explique en partie par la prévalence des maladies non transmissibles (et du diabète en particulier) qui ont aggravé la maladie, ainsi que d'importantes inégalités en termes de déterminants de la santé et d'accès aux services de santé des populations.

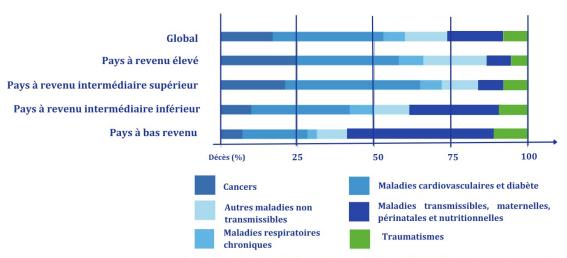
2.2 Les maladies non transmissibles (MNT) en forte augmentation partout dans le monde

Tandis qu'en 2000, les maladies non transmissibles¹¹ (MNT) ne représentaient que quatre des 10 principales causes de décès dans le monde, elles comptaient pour sept des 10 principales causes de décès en 2020, avec une mortalité liée aux MNT augmentant d'environ 30% sur ces deux décennies. Aujourd'hui, les MNT représentent environ 41 millions de décès par an. Les quatre principales causes de décès liés aux MNT sont les maladies cardiovasculaires (17,9 millions par an), le cancer (9,3 millions), les maladies respiratoires chroniques (4,1 millions) et le diabète (2 millions).

Les MNT constituent la cause principale de décès dans les pays à revenu élevé, et ce de manière décroissante en fonction du niveau de revenu des pays. En effet, les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles sont encore la cause majoritaire des décès dans les pays à revenu bas (Graphique 18).

¹¹ Le champ des maladies non transmissibles (MNT) est aujourd'hui composé de cinq groupes de maladies, composant l'« agenda des 5X5 MNT » de l'ONU, avec les maladies du cœur et des vaisseaux, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et la santé mentale.

GRAPHIQUE 18 - DISTRIBUTION DES CAUSES DE DECES (EN %) DANS LE MONDE, PAR GROUPES DE PAYS SELON LEUR NIVEAU DE REVENU, 2019 (27)



Source : d'après les données des 10 principales causes de décès en 2019 de l'OMS, graphique repris par les auteurs

Nous développons dans cette section des éléments concernant certaines des maladies non transmissibles qui nous semblent particulièrement importantes.

2.2.1 Les maladies cardiovasculaires : la première cause de mortalité dans le monde

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde, avec environ 18 millions de décès par an. Plus de 4 décès sur 5 consécutifs à une maladie cardiovasculaire sont liés à des crises cardiaques et à des accidents vasculaires cérébraux, et un tiers de ces décès surviennent prématurément chez des personnes de moins de 70 ans. Les 3/4 de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les habitants de ces pays ont moins accès aux programmes de détection précoce et de traitement des personnes à risque par rapport aux habitants des pays à revenu élevé et meurent donc plus jeunes.

2.2.2 Le diabète : une augmentation fulgurante de la mortalité

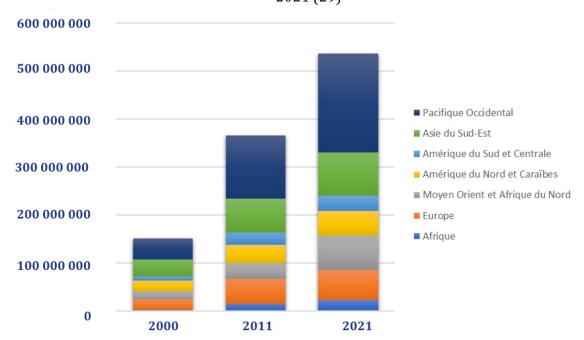
Parmi les MNT, l'évolution de la prévalence du diabète sur les vingt dernières années est particulièrement inquiétante, ayant plus que triplé entre 2000 et 2021, en passant de 151 millions à 537 millions de personnes atteintes chez les 20-79 ans. Ainsi, entre 6,1-9,8 % de la population mondiale est atteinte par cette maladie selon les estimations du Lancet¹². Le diabète tue chaque année environ deux millions de personnes (Fédération internationale du diabète), dont 96% sont atteintes de diabète de type 2. Les causes de cette maladie sont complexes, mais la majeure partie du fardeau est imputable à des facteurs de risque sociaux, alimentaires, environnementaux et professionnels, et notamment au tabagisme, à la consommation d'alcool et au manque d'activité physique, avec pour conséquence l'augmentation de l'indice de masse corporelle des individus (28).

La prévalence de la maladie augmente de manière particulièrement importante dans les régions du Pacifique Occidental (notamment sous l'impulsion de la Chine) et de l'Asie du Sud Est,

¹² Dans l'article publié dans le Lancet par GBD Diabete Collaborators en 2023, la prévalence mondiale du diabète est estimée à 6,1%, tandis que la Fédération internationale du diabète l'estime à 9,8% en 2021.

qui comptent à elles deux 55% des cas de diabète en 2021 (Graphique 19). La situation est également préoccupante au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, région qui a connu une augmentation de sa prévalence de 7,7 à 18,1% en deux décennies, tandis que le continent africain est pour l'instant relativement préservé, ne représentant que 4% des cas de diabète à l'échelle mondiale, en raison d'une plus faible urbanisation, de la malnutrition et de taux inférieurs de surpoids et d'obésité.

GRAPHIQUE 19 - PERSONNES VIVANT AVEC LE DIABETE DANS LE MONDE, PAR REGIONS, 2000-2021 (29)



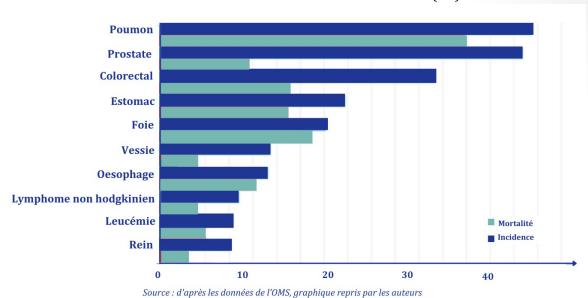
Source : d'après les données de Diabetes Atlas, figure reprise par les auteurs

Les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire sont de plus en plus touchées en raison de la transition alimentaire vers les produits ultra-transformés et de leur manque de moyens de traitement du surpoids. L'ampleur de la maladie est globalement sous-estimée, sur le plan politique comme sur le plan financier, avec des inégalités flagrantes d'accès aux traitements adaptés.

2.2.3 Cancers : des facteurs de risque et des populations de plus en plus diversifiés

Aujourd'hui, le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans le monde, avec six millions de décès en 2000 et près de 10 millions de décès en 2020 (soit presque un décès sur six). Chez les femmes, les cancers les plus courants et les plus mortels sont ceux du sein, du poumon, le cancer colorectal et du col de l'utérus, tandis que chez l'homme il s'agit des cancers du poumon, de la prostate, du cancer colorectal, de l'estomac et du foie (Graphique 20).

GRAPHIQUE 20 - ESTIMATION DES TAUX DE MORTALITE ET D'INCIDENCE DES CANCERS DANS LE MONDE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES EN 2020 (27)



Source . a apres les données de l'OMS, graphique repris par les duceurs

D'après deux rapports de l'OMS et du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) publiés en février 2020, 18 millions de cancers ont été diagnostiqués en 2018, soit une augmentation de 20% par rapport à 2012 (30), tandis que la Fondation pour la recherche médicale indiquait en 2015 une augmentation de 30% du nombre de cas depuis 2005 (31). Cette augmentation est étroitement liée au vieillissement de la population mondiale et à la croissance démographique.

Les causes des cancers diffèrent en fonction des régions du monde. D'après l'OMS, les principaux déterminants universels et modifiables de cancer sont le tabagisme, la consommation de d'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité. D'autres facteurs de risque de cancer, notamment du sein, de la vessie et du poumon (32) sont désormais clairement identifiés comme en rapport avec le milieu de vie et l'environnement, et en particulier à l'exposition à la pollution. L'OMS estime que 19% des cancers - soit près d'un nouveau cas sur cinq - sont liés à des facteurs environnementaux. Au cours des dernières décennies, la croissance démographique, l'urbanisation, l'industrialisation et l'intensification du transport routier dans les pays dits émergents ont contribué à la dégradation de la qualité de l'air respiré. En Afrique, une partie de la recrudescence des cas de cancer du poumon est attribuée à l'industrie du pétrole et à l'exposition aux métaux lourds (33). En 2022, un rapport de l'Agence européenne pour le développement estimait qu'en Europe - où vit moins de 10% de la population mondiale et où on enregistre 23% des cas de cancers (34) - 10% des cancers étaient dus à l'exposition à des substances toxiques (pollution atmosphérique, radon, rayonnements ultraviolets, fumée de tabac ambiante et substances chimiques) dans le lieu de vie, y compris le milieu professionnel. En France, les décès liés aux cancers du poumon attribuables aux particules fines ont augmenté de 29,3 % entre 1990 et 2017 (35). Les déterminants environnementaux font donc bien partie de la liste des déterminants modifiables qu'on trouve dans toutes les régions du monde. Leur prévalence est susceptible de varier au cours du temps en fonction des populations et des politiques publiques de prévention. Enfin, il existe un lien fort entre le fardeau des maladies transmissibles décrit dans la section précédente et le cancer. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, trois cancers sur dix sont imputables à des infections par les virus des hépatites virales ou par les papillomavirus humains (HPV) contre lesquelles il existe des moyens extrêmement efficaces et accessibles de prévention (vaccin contre l'hépatite B et les HPV) ou de traitement (hépatite C).

Les inégalités entre les régions du monde et les inégalités sociales à l'intérieur des pays sont manifestes quant à l'accès et l'utilisation des moyens de dépistage et de diagnostic précoce des cancers. Elles induisent un véritable fossé dans l'accès aux traitements anti-cancéreux. Une enquête internationale conduite en 2019 estimait que les patients atteints de cancer pouvaient bénéficier d'un traitement complet dans plus de 90 % des pays à revenu élevé, contre moins de 15 % des pays à faible revenu. La journée mondiale contre le cancer en 2023 avait pour thème et slogan « Pour des soins plus justes », indiquant la prise de conscience récente sur ce sujet (36).

L'OMS a publié un plan d'action mondial¹³ commun à quatre des cinq MNT (excluant la santé mentale) mais il n'existe pas, à notre connaissance, d'initiative internationale de financement de la lutte contre le cancer. L'Europe a développé un plan¹⁴ et investit de manière coordonnée sur cette priorité de santé publique.

2.2.4 La santé mentale : des maladies encore largement négligées

La prévalence globale des problèmes de santé mentale est restée stable (autour de 13%) au cours des vingt dernières années (environ 1 personne sur 8) mais a augmenté d'un quart en valeur absolue du fait de la croissance démographique, soit 970 millions de personnes affectées en 2019, avant que les effets de la pandémie de COVID-19 n'aggravent la situation (37). Des inégalités géographiques importantes sont observées en termes de prise en charge. En effet, plus de 75% des personnes atteintes de troubles mentaux vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement. De manière plus générale, la conception des soins de santé mentale évolue très peu dans la majeure partie du monde, rendant les problèmes de santé mentale très pénalisants dans la vie des personnes concernées. Plusieurs facteurs empêchent les personnes vivant avec un trouble psychique de chercher de l'aide : faible qualité des services, méconnaissance de la santé mentale, stigmatisation ou encore discrimination.

Aujourd'hui, on estime que 280 millions de personnes souffrent de dépression dans le monde, soit 5% des adultes (4% des hommes et 6% des femmes). Le suicide demeure l'une des principales causes de décès, avec 700 000 personnes qui se sont suicidées en 2019, soit 1 décès sur 100. Cependant, l'évolution est plutôt positive, puisqu'entre 2000 et 2019, le taux mondial de suicide a diminué de 36 %, avec de fortes disparités régionales. Il a reculé de 17 % dans la région de la Méditerranée orientale, de 47 % en Europe et de 49 % dans le Pacifique occidental, tandis qu'il a augmenté de 17% sur le continent américain. À l'échelle mondiale, les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes et le suicide représente la quatrième cause de décès parmi les jeunes de 15 à 29 ans.

Certains indicateurs de santé mentale sont particulièrement préoccupants, même s'ils sont pour l'instant limités à certains pays. Un exemple très significatif est celui de la courbe quasi-exponentielle des décès par overdose aux Etats-Unis, où le nombre de cas a été multiplié par cinq en un peu plus de vingt ans, dépassant 106 000 décès en pleine épidémie de COVID-19 en 2021 et explosant en particulier chez les hommes (Graphique 21).

¹³ En 2019, l'Assemblée mondiale de la Santé a prolongé jusqu'en 2030 le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ; et a préconisé l'élaboration d'une feuille de route 2023-2030 pour la mise en œuvre du Plan afin d'accélérer les progrès en matière de lutte contre les MNT.

¹⁴ « Healthier Together » - l'initiative de l'UE sur les maladies non transmissibles - a été lancée en décembre 2021 pour aider les pays de l'UE à réduire le fardeau des MNT et à améliorer la santé et le bien-être des citoyens en renforçant le soutien à l'action des pays de l'UE et des parties prenantes concernées dans ce domaine.

1999-2021 (38) 120 000 Total 106 699 **Femmes Hommes** 120 000 91 799 80 000 70 630 60 000 40 000 20 000 2014 2011 2012 2013

GRAPHIQUE 21 - DECES ATTRIBUES AUX OVERDOSES, GLOBALEMENT ET PAR SEXE AUX ETATS-UNIS,

2.2.5 Une nécessité d'investir aujourd'hui dans la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles

Source : d'après les données de CDC WONDER Online Database, 01/2023, graphique repris par les auteurs.

La reconnaissance des MNT comme problème de santé mondiale est relativement récente puisque la première session de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée au sujet a été organisée en 2011. Une MNT sur deux pourrait être évitée, étant liée à trois groupes de facteurs sur lesquels il est possible d'intervenir : facteurs comportementaux (tabagisme, régimes alimentaires déséquilibrés, consommation excessive d'alcool, sédentarité), facteurs environnementaux (pollution atmosphérique) et facteurs biologiques (pression artérielle excessive et non contrôlée, surpoids et obésité, hyperglycémie, hypercholestérolémie).

Les MNT sont désormais au cœur des enjeux du développement durable. Il existe un consensus international sur le fait que d'une part, les MNT induisent des coûts de santé qui explosent et vont encore augmenter dans la plupart des régions du monde, et que d'autre part elles ont des conséquences économiques indirectes majeures en réduisant notamment la capacité à travailler des adultes et donc la productivité. L'investissement dans la prévention et la prise en charge des MNT apparaît très rentable tant du point de vue individuel que sociétal, à l'échelle nationale et internationale mais cet investissement ne représente aujourd'hui que 5% de l'aide publique au développement en santé. La cible 3.4 des ODD vise à réduire d'un tiers les décès prématurés dus aux MNT d'ici 2030. Cependant, en l'absence d'un engagement politique et financier international estimé à 18 milliards USD par an jusqu'en 2030, il est peu probable que des résultats significatifs soient obtenus en dehors d'une poignée de pays selon les estimations de l'OMS en 2022 (13).

La santé mondiale sous la pression de la crise climatique et environnementale

Trois problèmes interdépendants majeurs affectent l'environnement aujourd'hui: le changement climatique, la pollution et la perte de biodiversité. C'est la «triple crise environnementale » ou « triple crise planétaire ». Chacun de ces problèmes a ses propres causes et effets et doit être résolu pour un avenir viable sur la terre.

Le Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat (GIEC) a établi sans équivoque que le changement climatique est une menace pour le bien-être humain et la santé de la planète (information bénéficiant du niveau de confiance le plus élevé du GIEC)(39). Le changement climatique a en effet un impact direct et indirect sur la santé, selon une chaine causale complexe qui tient compte des voies d'exposition et des facteurs de vulnérabilité, décrite par un schéma publié par l'OMS dans son rapport spécial sur climat et santé publié pour la COP 26 :

> CLIMATIQUES, VOIES D'EXPOSITION ET FACTEURS DE VULNERABILITE CHANGEMENT CLIMATIQUE Risques sanitaires Risques liés au climat extrêmes Exposition Facteurs de vulnérabilité Personnes et communautés Pollution de l'air Facteurs démographique Personnel de santé

GRAPHIQUE 22 (40): LA SANTE HUMAINE FACE AUX INTERCONNEXIONS ENTRE RISQUES



Source : d'après l'OMS, figure traduite et reprise par les auteurs

On notera que le changement climatique accroit la pression sur les systèmes de santé à travers l'augmentation des besoins de santé : augmentation de la morbidité et de la prévalence des maladies sensibles au climat, augmentation des coûts des soins et des difficultés dans l'accès aux services. Un recours accru aux soins de santé peut de plus générer une augmentation des émissions de carbone car les services de santé ont eux-mêmes une empreinte climatique importante, qui équivaut à environ 5% des émissions mondiales de gaz à effet de serre (41) en raison de la production et du transport des matériaux, de la consommation d'énergie et du traitement des déchets. Si le secteur de la santé était un pays, il serait le cinquième plus gros émetteur de la planète. Les trois plus gros émetteurs, les États-Unis, la Chine, et les pays de l'Union européenne, représentent plus de la moitié de l'empreinte carbone mondiale du secteur de la santé (56 %)(42).

3.1 L'impact de la crise climatique et environnementale sur la santé et ses déterminants

Le fardeau des maladies humaines provoquées par le changement climatique à l'échelle mondiale est encore difficile à évaluer de façon précise, mais de nombreux éléments doivent nous alerter, et notamment la hausse du nombre de décès dus à la chaleur, la modification de la répartition des maladies d'origine hydriques (telles que le choléra, la dysenterie, l'hépatite A et la poliomyélite), l'augmentation des niches écologiques de certains vecteurs de maladies infectieuses, la perturbation globale des moyens de subsistance (désignant l'ensemble des ressources et des capacités physiques, sociales et financières assurant la satisfaction des besoins élémentaires), l'aggravation de l'insécurité alimentaire ou encore l'appauvrissement des ressources en eau ainsi que la baisse de sa qualité dans les régions subtropicales arides. Ainsi, selon le dernier rapport du Lancet Countdown (40) publié en novembre 2023, le nombre de décès liés aux fortes chaleurs pourrait être multiplié par cinq d'ici 2050, essentiellement dans les régions les plus pauvres, et déjà les plus chaudes du globe.

Exacerbant les problèmes de santé existants, le réchauffement climatique devrait donc avoir une influence de plus en plus forte sur la santé dans les années à venir au niveau mondial et aucun des grands déterminants de la santé ne sera épargné. En particulier, l'aggravation des pressions exercées sur les ressources hydriques déjà lourdement sollicitées par leur surexploitation et leur dégradation feront face à l'avenir à une demande accrue. L'évolution des températures et des précipitations moyennes et de leur variabilité engendrera des variations de l'incidence et de l'extension géographique des maladies à transmission vectorielle ou d'origine hydrique.

Entre 2030 et 2050, l'OMS s'attend à ce que le changement climatique entraîne près de 250 000 décès supplémentaires par an, dus à la malnutrition, au paludisme, à la diarrhée et au stress liés à la chaleur¹⁵. Ce type de projection reste cependant fragile, du fait de la complexité des facteurs de changement et de la révision permanente des hypothèses. Il semble toutefois établi que le changement climatique expose dès à présent des millions de personnes à des inondations à haut risque (Carte 2).

¹⁵ Selon l'OMS, le coût des dommages directs pour la santé (l'exclusion des coûts dans des secteurs déterminants pour la santé tels que l'agriculture et l'eau et l'assainissement) se situe entre 2 et 4 milliards de dollars (US\$) par an d'ici 2030 (43).

Forte pluie
Tempête tropicale

O,5 million de personnes exposées
UK - 27 décembre 2015

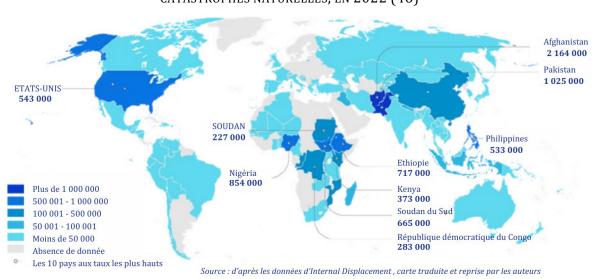
O,5 million de personnes exposées
USA- 6 mai 2003

Source : d'après les données de l'IDMC, carte reprise par les auteurs

CARTE 2 - INONDATIONS MONDIALES PAR TYPE ET PAR POPULATION TOTALE EXPOSEE (44)

L'Asie du Sud présente ainsi une très forte concentration de population exposée aux inondations. La population totale résidant dans les endroits où des inondations ont été observées par satellite a augmenté de 58 à 86 millions de personnes entre 2000 et 2015. Cela représente une augmentation de 20 à 24 % de la proportion de la population mondiale exposée aux inondations, soit dix fois plus que les estimations de 2010 (45).

Depuis 2008, 22,5 millions de personnes par an (en moyenne) ont été déplacées de force par des phénomènes météorologiques soudains - tels que les inondations, les tempêtes, les incendies de forêt et les températures extrêmes. Pour la seule année 2022, 8,7 millions de personnes ont été déplacées à au sein de leur pays dans 88 pays du fait de catastrophes naturelles, soit 45% de plus qu'en 2021 (Carte 3).



CARTE 3 – NOMBRE DE PERSONNES DEPLACEES AU SEIN DE LEUR PAYS, DU FAIT DE CATASTROPHES NATURELLES, EN 2022 (46)

Mais les déplacements de populations ne sauraient être exclusivement attribuables ou associés aux catastrophes naturelles. Il faut donc aussi apprécier l'impact croissant des crises humanitaires et des conflits sur la santé des populations, notamment dans les pays considérés comme des États fragiles pour avoir une image plus fidèle des déplacements de populations (47).

Sur le plan de l'environnement, le degré d'exposition à des agents toxiques et leur impact font l'objet de nombreuses recherches. La deuxième édition du rapport du Lancet Planetary Health publié en 2017 estimait que 16% des maladies non transmissibles et des décès prématurés sont attribuables à l'exposition à un air, de l'eau, ou des sols toxiques, causant la mort de neuf millions de personnes chaque année. L'OMS estime que 91% de la population mondiale vit dans des endroits où les niveaux de pollution de l'air dépassent les limites fixées par ses directives établies en 2022. C'est notamment le cas de la Chine, où les niveaux de pollution ont fortement augmenté au cours des deux dernières décennies et dépassent les seuils fixés (35). D'après une étude menée par l'OMS entre 2008 et 2015, l'Asie du Sud-Est et la Méditerranée orientale dépassaient entre cinq et 10 fois les limites fixées fixée par l'OMS (48). Par exemple, 74mg de particules fines par m³ d'air ont été observés au Bangladesh, pour une limite supérieure fixée à 5mg.

Enfin, certains facteurs récemment identifiés comme les perturbateurs endocriniens participent à l'augmentation des maladies chroniques (49).

3.2 Les zoonoses, marqueur du lien entre santé humaine, animale et environnementale

D'après la définition de l'OMS, « une zoonose est une maladie infectieuse qui est passée de l'animal à l'homme. Les agents pathogènes zoonotiques peuvent être d'origine bactérienne, virale ou parasitaire, ou peuvent impliquer des agents non conventionnels et se propager à l'homme par contact direct ou par les aliments, l'eau ou l'environnement » (50). On peut donner comme exemple les coronavirus, les grippes aviaires et porcines, la salmonellose ou la rage. L'impact des évolutions environnementales sur les zoonoses, notamment liée à la destruction des habitats naturels des animaux et à leur proximité plus grande avec les hommes, est relativement mal documenté sur la période 2000-2010, mais on peut toutefois noter quelques évolutions importantes :

- La déforestation s'est intensifiée depuis 1990 avec la perte de plus de 420 millions d'hectares de forêts dans le monde, dont plus de 90 % dans les zones tropicales (51). Audelà de ses effets sur la biodiversité, cette déforestation participe à la destruction des habitats naturels des animaux sauvages et renforce la proximité entre les hommes et les animaux, facilitant la transmission des zoonoses.
- L'augmentation des températures est un autre facteur de multiplication des zoonoses. Elle est par exemple susceptible de provoquer une expansion globale de la distribution des moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, les principaux vecteurs de la dengue, de la fièvre jaune, du chikungunya et du Zika. À l'échelle mondiale, la population exposée à la transmission de maladies par l'un de ces vecteurs devrait donc augmenter de manière significative et cette croissance devrait être intensifiée par d'autres facteurs tels que l'urbanisation (52).

4 Des progrès vers la Couverture Universelle en Santé qui stagnent voire régressent depuis 2015

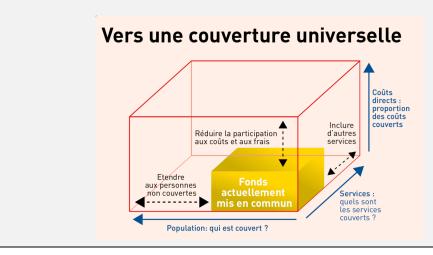
La Couverture Universelle en Santé (CSU) est définie comme « l'accès de l'ensemble de la population aux services de santé de qualité promotionnels, préventifs, curatifs et palliatifs dont elle a besoin, sans difficulté financière pour les usagers » (OMS 2010).

ENCADRE 4: LA COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTE

Atteindre la Couverture Sanitaire Universelle en santé implique :

- 1) un accès équitable aux services de santé qui suppose de faire tomber les barrières financières, sociales, géographiques et juridiques qui entravent l'accès aux soins de tous, y compris des populations les plus vulnérables,
- 2) une couverture par des services de santé de qualité pour améliorer durablement la santé des populations et
- 3) une protection financière qui minimise l'exposition des usagers aux conséquences négatives du paiement direct des soins par eux-mêmes.

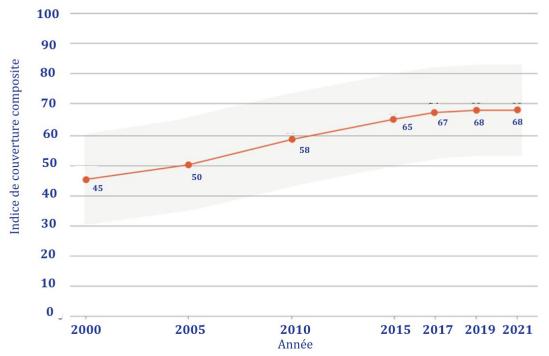
La CSU est souvent représentée par un cube qu'il faudrait agrandir dans toutes ses dimensions : il faut que le plus grand nombre de personnes soient couvertes (axe horizontal), que la participation des individus aux frais soit réduite (axe vertical) et que l'accès aux paniers de services de santé soit le plus large possible, incluant notamment la santé sexuelle et de la reproduction ainsi que les services de promotion et de prévention de la santé (axe perpendiculaire aux deux premiers).



L'atteinte de la couverture universelle en santé est un des objectifs de développement durable (Objective 3.8) Le progrès dans la couverture santé universelle se mesure à travers deux indicateurs : la couverture des services de santé (ODD 3.8. 1) et la protection financière (ODD 3.8.2).

4.1 Le progrès dans la couverture des services de santé bloqué à un plateau

GRAPHIQUE 23 : ÉVOLUTION DE L'INDICE GLOBAL DE COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTE, 2000-2021 (53)



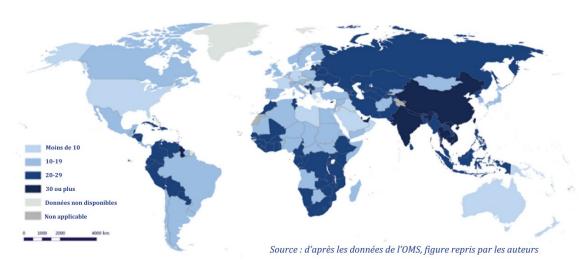
Source : d'après les données données pays reportées lors du processus de suivi des ODD des Nations Unies, figure repris par les auteurs

La couverture des services de santé a fortement augmenté au cours des deux premières décennies du XXIème siècle. La couverture de santé des services (ODD 3.8.1) est mesurée par un indice composite, l'Indice de Couverture des Services (ICS)¹⁶. Selon l'OMS et la Banque mondiale (54), l'indice global de couverture des services (ICS) est ainsi passé de 45 en 2000 à 68 en 2021, ce qui montre une dynamique globale positive à l'échelle de la planète. En 2000, 68 pays avaient des niveaux de couverture de services considérés comme faibles ou très faibles (ICS <40), contre 14 pays en 2021. La couverture par les services de santé a fortement augmenté entre 2000 et 2017, puis s'est stabilisée. Les progrès récents ont ainsi été plus lents que ceux antérieurs à 2015, l'ICS n'augmentant que de trois points d'indice entre 2015 et 2021 et suggérant que la couverture des services de santé a atteint un plateau sur le plan mondial.

La proportion de la population non couverte par les services de santé essentiels n'a par ailleurs diminué que de 15 points d'indice entre 2000 et 2021, avec un ralentissement clair des progrès après 2015. De fait, plus de la moitié de la population mondiale (environ quatre milliards et demi de personnes) n'est toujours pas couverte en termes d'accès aux services de santé les plus essentiels, notamment en zones rurales ou parmi les ménages les plus pauvres des différents pays, y compris dans les pays à revenu élevé. Ainsi, même aux Etats-Unis, les femmes afro-américaines ont trois fois plus de risque de mourir d'une cause liée à la grossesse que les femmes se reportant

¹⁶ L'ICS est élaboré à partir de 14 indicateurs tirés de sources diverses et organisés autour de quatre composantes de couverture des services, à savoir : 1) santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SRMNE),, 2) maladies infectieuses, 3) maladies non transmissibles (MNT),, et 4) capacité et accessibilité des services. Ces composantes sont révélatrices de l'état de la couverture des services dans la région. Il est bien sûr pondéré en fonction de la population.

comme « caucasiennes », et ce du fait de leur moindre accès aux services prénataux et d'accouchement (55).



CARTE 4 - GAINS SUR LA COUVERTURE DES SERVICES DE SANTE, DE 2000 A 2021, EN POURCENTAGE (54)

Les gains les plus importants en matière de couverture des services de santé ont été observés en Asie. La couverture a également augmenté en Afrique, où la couverture initiale était particulièrement basse en 2000. L'indice composite comprend des sous-indices couvrant quatre domaines clés de la santé : 1) santé reproductive, sexuelle maternelle, néo-natale et infantile, 2) maladies infectieuses, 3) maladies non transmissibles, et 4) la capacité des services de santé. Les valeurs des indicateurs relatifs aux maladies non transmissibles, à la santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi qu'à l'accès aux services de santé ou aux capacités des systèmes de santé n'ont augmenté que de façon mesurée et progressive avant 2015, avec des améliorations minimes, voire inexistantes, de 2015 à 2020 (54).

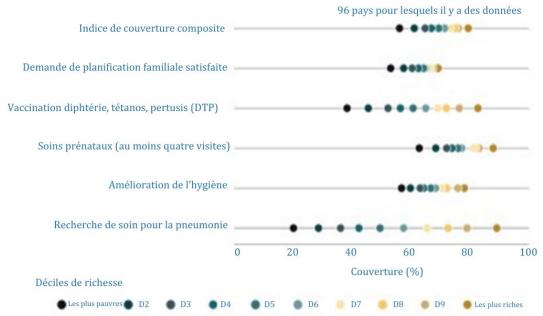
Les améliorations de l'indice de couverture des services de santé entre 2000 et 2021 sont donc principalement (à hauteur de 60 % environ) attribuables aux interventions dédiées aux maladies infectieuses, et notamment au traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH (54). Si des gains très importants ont été observés au début de la période, marquée par la disponibilité nouvelle des trithérapies à l'échelle de la planète, et notamment pour le continent africain qui concentre les deux tiers de l'épidémie de VIH/Sida, le « rattrapage » a maintenant eu lieu, et cet effet a peu de probabilité de se répéter, avec la même ampleur, dans les années à venir. La dynamique de la courbe ascendante de la couverture par les services est donc essentiellement liée à la dynamique de l'accès aux traitements VIH. Dans le futur, une autre dynamique sera nécessaire pour la progression de l'accès à une large gamme de services de santé.

Malgré cette dynamique positive de progrès sur le front de la pandémie du VIH/Sida et des maladies infectieuses infantiles, la couverture des services de santé reste ainsi encore basse dans les pays les plus pauvres, avec des perspectives d'augmentation qui sont aujourd'hui relativement limitées sans un plus grand investissement dans l'expansion des systèmes de santé et l'amélioration des stratégies d'accès aux services pour les groupes les plus pauvres.

En ce qui concerne l'accès et la capacité des systèmes de santé en particulier, le sous-indice est très élevé et à un niveau stable dans les pays à revenu élevé (entre 95 et 96) depuis 2000. Les pays les plus pauvres n'ont enregistré que peu de progrès au cours des 20 dernières années. Les pays dépendant de l'aide ont ainsi moins développé leurs systèmes de santé que les pays à revenu moyen qui disposent de plus grandes ressources domestiques.

De surcroit, des inégalités dans l'accès aux services persistent à l'intérieur même des pays et des sociétés. A tous les niveaux de revenu et pour la plupart des services, les plus pauvres utilisent moins les services de santé que les plus riches. La couverture des services de santé de la reproduction et de santé maternelle et infantile est plus basse dans les ménages les plus pauvres que dans les ménages les plus riches. La vaccination infantile en particulier reste très inégalitaire bien que très investie par l'aide au développement. (Graphique 24)

GRAPHIQUE 24 (56): LES DISPARITES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE ESSENTIELS EN FONCTION DES NIVEAUX DE RICHESSE PAR PAYS



Source : d'après Primary Health Care on the road to Universal Health Coverage : UHC Global Monitoring Report 2019 figure traduite et reprise par les auteurs

4.2 Une protection financière des populations toujours insuffisante

Le deuxième objectif de la Couverture Santé Universelle est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. La couverture universelle en santé est donc également définie à travers une deuxième dimension : la protection financière contre le risque de « dépense catastrophique¹¹ » et de dépense appauvrissante. De fait la proportion de la population confrontée à des niveaux catastrophiques de dépenses de santé à la charge des patients a augmenté au cours des deux premières décennies du XXIème siècle, amenant à un recul du progrès vers la couverture santé universelle. La croissance économique et la chute de la pauvreté ont augmenté la demande pour les services de santé, financée par l'accroissement de la contribution des ménages à ces dépenses. Avec les difficultés financières

¹⁷ Il existe plusieurs indicateurs qui permettent d'évaluer la protection financière des ménages. Celle-ci peut être appréhendée par l'incidence des dépenses catastrophiques elles-mêmes définies par rapport à un seuil. Une dépense est dite « catastrophique » si elle excède 10% (ou 25%) du revenu ou du budget de consommation du ménage. L'objectif 3.8.2 des ODD utilise cet indicateur. Un second indicateur consiste à mesurer la part de la population poussée à la pauvreté ou appauvri davantage à cause des dépenses de santé ; on parle alors de dépenses de santé appauvrissantes. Les seuils de pauvreté absolus utilisés sont alors 1.90 US\$ et 3.20 US\$ (en Parité du pouvoir d'achat de 2011). Il est en existe un troisième, un seuil de pauvreté relatif estimé à 60% de la consommation quotidienne médiane ou du revenu quotidien médian par habitant.

associées à ces contributions, la protection financière ¹⁸ s'est globalement dégradée au fil du temps. Face à ces difficultés, les politiques publiques se sont adaptées plus lentement que les dynamiques de marché et tardent à mettre en place les mécanismes de prise en charge collective du risque maladie à la hauteur de la demande des ménages.

ENCADRE 5 : ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SERVICES DE SANTE

- De 2000 à 2019, l'incidence mondiale des dépenses de santé catastrophiques19 n'a cessé d'augmenter, passant de 9,6 % de la population mondiale en 2000 à 12,6 % en 2015, puis 13,5 % en 2019.
- La part de la population mondiale appauvrie ou davantage appauvrie au niveau du seuil d'extrême pauvreté (2,15 USD par jour et par personne en parité de pouvoir d'achat de 2017) par les dépenses de santé à la charge des patients a diminué, passant de 22,2 % en 2000 à 15,6 % en 2015 et à 4,4 % en 2019. Toutefois, dans le même temps, la part de la population mondiale appauvrie ou encore plus appauvrie au niveau du seuil de pauvreté relative (60 % de la consommation médiane par habitant d'un pays) par les dépenses de santé du ménage a augmenté, passant de 11,8 % en 2000 à 15,6 % en 2015 et à 16,7 % en 2019.
- Entre 1,3 et 2 milliards de personnes ont connu des difficultés financières en 2019 dans le monde, dont 1 milliard ont dû faire face à des dépenses de santé catastrophiques et 344 millions à des dépenses de santé appauvrissantes au niveau du seuil d'extrême pauvreté (soit près de la moitié de la population mondiale vivant dans l'extrême pauvreté en 2019).
- Des données provenant de 29 pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur indiquent qu'avant la pandémie, les raisons financières représentaient 18,5 % des renoncements aux soins.

Source: OMS-Banque Mondiale, 2022.

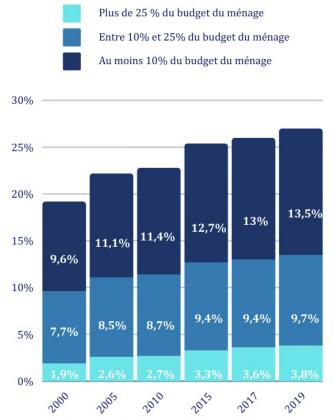
La population qui encourt des dépenses de santé catastrophiques a ainsi augmenté de façon continue dans le monde depuis 2000 et a dépassé le milliard en 2019 (57). La part des ménages consacrant plus de 25 % de leur budget aux dépenses de santé au comptant est passée de 1,9 % en 2000 à 3,3 % en 2015 et à 3,8 % en 2019, soit une augmentation annuelle moyenne de 0,1 point de pourcentage. La crise du COVID-19 a de plus contribué à une aggravation des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes et à une augmentation des renoncements aux soins en raison d'obstacles financiers 20. La proportion des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques a augmenté au cours des deux dernières décennies.

¹⁸ Selon les pays, on peut avoir différentes approches pour faire avancer la CSU: système assuranciel général (comme la sécurité sociale) ou approche ciblée vers des groupes ou des communautés particulièrement vulnérables (exemples politiques santé des moins de 5 ans) ou des populations exclues, telles que les plus pauvres, les moins éduqués et/ ou celles qui vivent dans les zones rurales.

 $^{^{19}}$ Cet indicateur est défini comme le pourcentage de la population dont le budget des ménages consacré à la santé dépasse 10~% (indicateur 3.8.2 des objectifs de développement durable),

²⁰ Si le principe de la CSU semble aujourd'hui faire l'unanimité, il fait l'objet d'interprétations, et de modalités de mise en œuvre très différentes d'un pays à l'autre, notamment en termes de financement (régime contributif ou non, volontaire ou obligatoire, privé, public, communautaire ou mutualiste) et d'organisation du système (public / privé, général / spécifique par population). Ce principe est particulièrement difficile à appliquer dans les pays les plus pauvres (secteur informel rendant plus difficile la collecte de l'impôt, ressources domestiques moins importantes, etc.).

Graphique 25 : Incidence des depenses de sante catastrophiques- Proportion mondiale de la population dont les depenses de sante en acces libre depassent 10~% ou 25~% du budget du menage (2000-2019).



Source : d'après les données de l'OMS et de la banque mondiale, figure reprise par les auteurs

Le nombre de pays disposant d'une assurance maladie sociale (SHI) a dans le même temps augmenté depuis 2000, pour atteindre 126 pays en 2017 (sur 195 pays en tout), soit 13 pays de plus qu'en 2000. De façon générale il y a cependant peu de preuves scientifiques sur les bénéfices spécifiques liés à la mise en place de mécanismes d'assurance sociale dans la construction de la CSU (58). En revanche, le rôle du financement public direct ou à travers ces assurances sociales apparaît comme essentiel et se révèle protecteur des chocs économiques liés aux dépenses de santé des ménages (59). Aucun pays n'a jamais atteint la couverture santé universelle sans un niveau important de subvention publique pour assurer l'accès aux plus pauvres et la protection contre les difficultés financières liées au risque maladie.

A l'entrée de la troisième décennie du XXIème siècle, les principes fondateurs de la couverture santé universelle sont donc bien reconnus : i) inclusion des services de promotion, de prévention, curatifs et palliatifs ii) importance de la qualité iii) inclusion et équité et iv) protection financière.

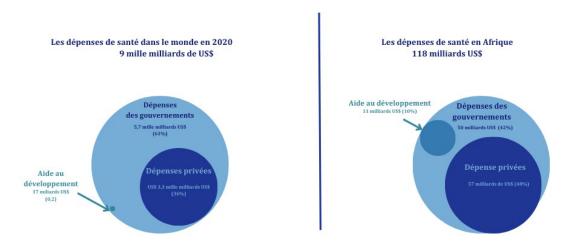
La progression vers les objectifs de 2030 est cependant bien insuffisante et s'est fortement ralentie depuis 2015. Plus de la moitié de la population mondiale, la plus pauvre et la plus vulnérable, n'a pas accès aux services de santé de qualité. Les populations économiquement défavorisées ont un accès moindre aux services de santé dans tous les pays quel que soit leur niveau de développement économique. La couverture des services reste largement inéquitable, les groupes les plus pauvres restant exclus de l'accès aux services de santé les plus essentiels, la qualité des services reste faible (plus de la moitié des décès prématurés dans les pays en développement sont liés à une faible qualité des services(60)) et la proportion des ménages qui

rencontrent des difficultés financières est en augmentation. Cet essoufflement des progrès vient en contraste des progrès des indicateurs de santé en matière de mortalité infantile tiré par la croissance économique et la chute de la pauvreté. Un nouvel élan et de nouvelles directions stratégiques doivent donc être initiées dans la plupart des pays, et surtout dans les pays les plus pauvres, pour retrouver des trajectoires de progrès dans l'accès aux services de santé.

4.3 Des financements de la santé en constante augmentation sur vingt ans, mais répartis de manière très inégale

Si le rythme de progression s'est ralenti après les crises économiques de 2008-2009, les dépenses mondiales de santé ont augmenté durant ces deux décennies, atteignant un sommet de 9 210 milliards de dollars (9,21 trillions), soit 10,3 % du PIB mondial en 2021 avec des différences très importantes selon le niveau de revenu des pays (61). Les trois quarts des dépenses de santé mondiales sont en effet réalisées dans les pays d'Amérique et d'Europe. Le volume global des dépenses en santé est tiré vers le haut par les pays de l'OCDE et des pays émergent comme la Chine, l'Inde et le Brésil (62). Les dépenses de santé restent comparativement très basses dans les pays à revenu faible, n'augmentant que de manière modique sur les 20 dernières années. Au niveau mondial, en 2019, le continent africain concentre 16 % de la population mais seulement 1 % des dépenses de santé (63).

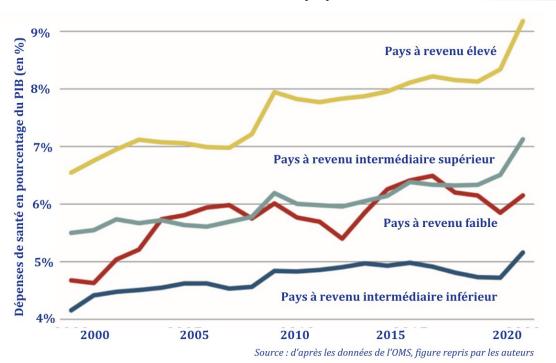
GRAPHIQUE 26 – LA DEPENSE DE SANTE EN AFRIQUE : UN ROLE PLUS IMPORTANT DU SECTEUR PRIVE ET DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT



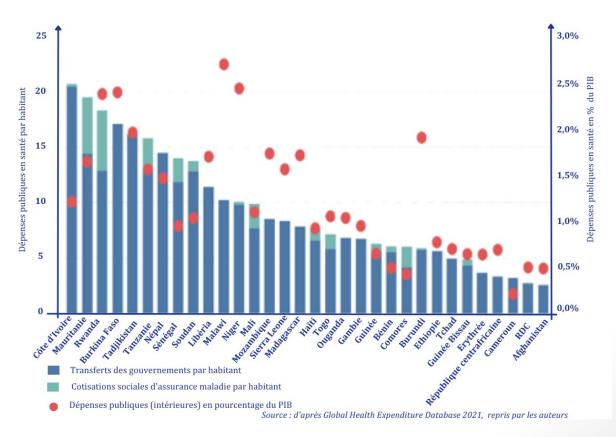
Source : d'après les données du rapport Global Health Explosure Database 2021, repris par les auteurs.

Les sources de financement de la santé varient fortement en fonction du niveau de revenu des pays. Au niveau mondial, les deux tiers des dépenses de santé proviennent des gouvernements (63%) suivies des ménages (36%), tandis que l'aide en santé ne représente que 0,2 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2018. En Afrique, les financements privés des ménages sont plus importants (57%) et les montants de l'aide extérieure représentent 10% de la dépense totale de santé (61). Ces montants sont particulièrement importants pour les 20 pays les plus pauvres qui en dépendent. Dans les pays à revenu faible, en 2020, le paiement direct des ménages représente la part la plus importante des dépenses de santé, devant les dépenses publiques domestiques et l'aide internationale. L'aide représente en moyenne 25% des dépenses de santé dans ces pays.

GRAPHIQUE 27 – ÉVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE, 2000 A 2020, PAR NIVEAU DE REVENU DES PAYS (64)



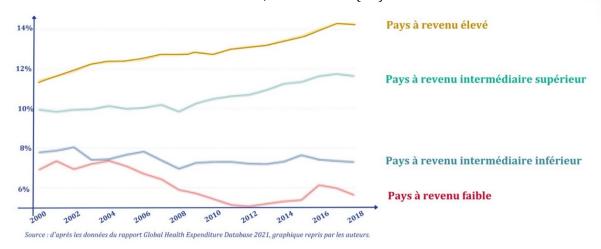
GRAPHIQUE 28 - DEPENSES PUBLIQUES EN SANTE PAR HABITANT ET EN POURCENTAGE DU PIB DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE, 2018 (43)



En 2018, dans près de deux tiers des 32 pays à revenu faible, les dépenses publiques en santé étaient inférieures à 10 US\$ par habitant et par an (Graphique 28). Non seulement ce niveau

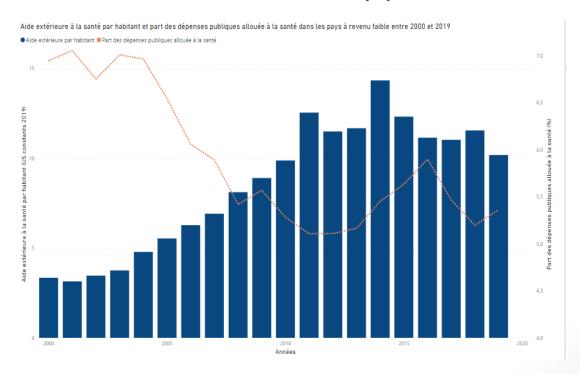
de dépense publique est très bas, mais surtout, l'importance accordée aux dépenses de santé par les gouvernements des pays à revenu faible décroit, sur la période, alors qu'elle augmente dans les pays à revenu élevé (en jaune dans le graphique 29).

GRAPHIQUE 29 - PART DES DEPENSES PUBLIQUES CONSACREES A LA SANTE, PAR GROUPE DE PAYS, 2000 – 2018 (64)



Si les volumes globaux ont augmenté, le pourcentage de la part des dépenses publiques consacrés à la santé diminue clairement sur la période dans les pays à revenu faible. Cette diminution de l'importance accordée aux questions de santé par les pouvoirs publics dans leurs budgets nationaux peut être liée à un effet de substitution. En effet la part de l'aide extérieure allouée au secteur de la santé a augmenté (64) sur la même période.

Graphique 30 - Aide exterieure et depenses publiques allouees a la sante dans les pays a faible revenu (64)



Au niveau mondial, et face au déséquilibre entre les besoins et les financements de l'aide en santé, les pays de l'Union africaine ont pris un engagement en 2001 : affecter au moins 15 %

de leurs budgets nationaux à la santé publique (Déclaration d'Abuja). En 2019, seuls trois pays avaient respecté cet engagement : l'Éthiopie, la Guinée et le Malawi (63).

Dans les pays à revenu élevé, les dépenses publiques représentaient au moins 65% des dépenses totales de santé entre 2000 et 2019, ce qui explique l'évolution globale des dépenses publiques dans le monde. Dans les pays à revenu intermédiaire, sur la période étudiée, on observe une baisse de la part des paiements des ménages, que ce soit dans la tranche supérieure (de 39% à 31%) ou dans la tranche inférieure (de 44% à 38%). Dans la tranche supérieure, cette diminution des dépenses privées est essentiellement due à l'augmentation des dépenses publiques domestiques, tandis que dans la tranche inférieure, elle, est notamment liée à l'augmentation de l'aide au développement qui a presque doublé sur la période.

Si la première décennie du XXIème siècle a été l'occasion d'une mobilisation internationale exceptionnelle en matière d'aide en santé (avec une augmentation annuelle de 10% en moyenne entre 2000 et 2010), le volume des financements internationaux stagne depuis la crise financière de 2013 (graphique 31).

Australie Chine Espagne 50 milliards Dollars américains 2021 Fondation Gat France dette 40 milliards Allemagne 30 milliard Autre fondations privées Pays-Bas Royaume-Uni philanthropiques 20 milliards Norvège Dons d'entreprise Non attribuable 10 milliard Autre Autres gouvernements Etats-Unis

GRAPHIQUE 31 - SOURCES DE FINANCEMENTS DE L'AIDE EN SANTE, (2021 ET 2022 SONT DES ENGAGEMENTS) 1990-2022 (65)

L'importance des financements américains (USAID, PEPFAR notamment), qui représentent en moyenne 40% de l'ensemble des financements annuels de l'aide en santé sur la période est notable, ainsi que la place prise par les acteurs philanthropiques et notamment la Fondation Bill et Melinda Gates (la Fondation BMGF est le deuxième financeur de l'aide en santé après les Etats-Unis en 2019, représentant plus de 10% de l'aide totale).

2015

2010

Source : d'après les données de l'IHME, Financing Global Health, graphique repris par les auteurs

De manière globale sur les deux décennies, l'aide en santé est allée en majoritairement aux pays à revenu intermédiaire. Ce constat est également valable pour la France, malgré la fixation d'une liste de pays prioritaires de l'APD dans laquelle figuraient exclusivement des pays à revenu faible jusqu'en 2023. Des pays comme l'Egypte, le Liban ou la Côte d'Ivoire figurent parmi les 10 premiers pays récipiendaires de l'aide française en santé en 2020 (66).

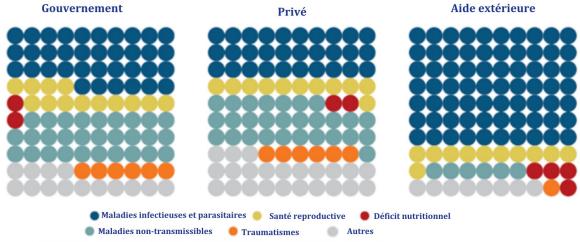
BENEFICIAIRES, 2000-2020 (65) 50 US\$ 40 US\$ Pays à bas revenu à revenu intermédiaire faible 30 US\$ revenu intermédiaire supérieur 20 US\$ 10 US\$ 2004 2010 2012

2014

GRAPHIQUE 32 - ÉVOLUTION DE L'AIDE EN SANTE PAR NIVEAU DE REVENU DES PAYS

Cette allocation prioritaire de l'aide en santé vers les pays à revenu intermédiaire s'explique notamment par la priorité accordée à la lutte contre le sida, notamment en Afrique australe, jusqu'en 2013. Si l'aide en santé est depuis 2013 (moment de crise économique mondiale) plus équitablement répartie entre les pays à revenu limité et les pays à revenu intermédiaire, son volume global stagne depuis.

GRAPHIQUE 33 - REPARTITION DES DEPENSES DES GOUVERNEMENTS, DES MENAGES ET DE L'AIDE INTERNATIONALE EN SANTE DANS LES PAYS A REVENU FAIBLE ET INTERMEDIAIRE EN 2019 (65)



Source : d'après les données du rapport Global Health Expenditure Database 2021, graphique repris par les auteurs.

2006

2008

Source : d'après les données du rapport Global Health Expenditure Database 2021, graphique repris par les auteurs.

De fait, sur l'ensemble de la période, plus du tiers des dépenses gouvernementales, un tiers des dépenses des ménages et plus de deux tiers de l'aide en santé ont été dédiées à la lutte contre les maladies infectieuses dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ce qui laisse peu de place au renforcement des systèmes de santé, qui ne représenterait que 12% des financements de l'aide allouée sur les deux décennies (65).

Le financement mondial de la santé a donc augmenté de façon significative au cours des 20 dernières années pour atteindre aujourd'hui plus de 10% du PIB mondial. Dans une économie mondiale de plus en plus globalisée, cette dépense de santé mondiale est essentiellement tirée vers le haut par le financement public des pays de l'OCDE mais aussi, et de façon croissante, des pays émergents. Le financement de la santé dans les pays les plus pauvres est lui dominé par le financement privé des ménages, dont la demande pour la santé a augmenté rapidement au cours des dernières décennies, en lien avec la croissance économique (augmentation du revenu des

ménages) et la chute de la pauvreté. La dépense publique de santé a en revanche évolué plus lentement que la croissance économique, confirmant la difficulté des pays les plus pauvres à mettre en place des institutions de financement public de la couverture santé universelle. L'aide au développement en santé représente une proportion très faible des dépenses de santé dans le monde. Elle est essentiellement concentrée en Afrique subsaharienne. Cette aide, programmatique et concentrée sur le financement des produits de santé, a largement bénéficié aux pays d'Afrique Australe pour répondre à l'épidémie de SIDA dans cette région. Mais une proportion très faible de ces financements a été investie dans le renforcement des systèmes de santé. L'aide en santé a également contribué à un effet d'éviction de la dépense publique en santé dans les pays les plus pauvres (67) Au Bangladesh, un dollar additionnel d'aide au développement a déplacé environ le même montant de dépense publique de santé (68,69). Cette faiblesse des systèmes de financement de la santé a été mise en lumière par la crise du COVID-19. Pour renouer avec une trajectoire positive vers la CSU, un réinvestissement sera nécessaire dans la construction des institutions nationales de financement de la santé et la mobilisation des ressources domestiques publiques. La réflexion est entamée aujourd'hui sur une meilleure utilisation des subventions publiques, en particulier les subventions aux énergies fossiles qui représentent aujourd'hui 6 000 milliards de dollars (US\$6 trillions) par an. De nombreux pays engagent également un dialogue de politiques publiques sur de nouveaux mécanismes de taxation incitative à la santé (tabac, alcool, sucre, sel, notamment) et en lien avec l'environnement (pollution de l'air, taxe méthane, par exemple).

4.4 Des produits de santé encore insuffisamment accessibles, malgré des avancées historiques

L'accès à des médicaments et produits de santé sûrs, efficaces, de qualité et à un prix abordable est une condition indispensable pour progresser vers la couverture santé universelle. Les produits de santé doivent bénéficier d'une réglementation et d'une régulation spécifiques et d'une accessibilité facilitée pour que les innovations bénéficient au plus grand nombre.

La période 2000-2019 a été marquée par des avancées considérables en matière d'accès aux médicaments, vaccins et diagnostics, notamment liées aux mobilisations des acteurs de la lutte contre le SIDA²¹. La déclaration de Doha sur les aspects des droits de propriété intellectuelle (ADPIC), en novembre 2001, a été un tournant majeur, en autorisant un pays à octroyer des "licences obligatoires" permettant de « copier » pour son usage interne, un médicament étranger en cas de situation d'urgence sanitaire nationale soulignant que l'accord « n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les gouvernements membres d'agir pour protéger la santé publique (70) ». ». Une dérogation au droit des brevets reconnus par l'OMC le 30 août 2003 met en application l'article 6 de la Déclaration de Doha et autorise les pays producteurs de médicaments génériques, comme l'Inde, le Canada ou le Brésil, à vendre des génériques de produits brevetés à des pays incapables d'en fabriquer eux-mêmes. De fait, au fil de ces deux décennies, le prix des traitements ARV est passé de 10 000 dollars pour traiter une personne pendant un an en 2000 à moins de 100 dollars par an aujourd'hui. On peut citer d'autres succès importants qui ont marqué la période 2000-2020 : l'accès aux traitements combinés à base d'artémisinine (ACT) pour le paludisme (2008), la baisse des prix du vaccin antipneumococcique conjugué (2010) et des médicaments contre l'hépatite C (2013), ou encore le lancement du fexinidazole, un traitement par voie orale pour la maladie du sommeil (2018). Ces vingt années ont également été marquées par la création

²¹ En 2001, le procès de Pretoria a vu s'opposer 39 firmes pharmaceutiques à l'État d'Afrique du Sud, l'accusant d'avoir organisé l'accès à des médicaments génériques contre le VIH, en contradiction avec les règles internationales de propriété intellectuelle.

de plusieurs initiatives dédiées à l'accès aux produits de santé comme les fondations Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI)²² en 2003 et Medicines Patent Pool (MPP)²³ en 2010, ce dernier largement soutenu financièrement par Unitaid ²⁴.

Les accords ADPIC de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) prévoient des dérogations au droit de la propriété intellectuelle pour permettre aux pays de faciliter l'accès à des produits de santé jugés nécessaires à la santé de leur population. Cependant, les flexibilités prévues dans ces accords sont rarement mises en œuvre pour différentes raisons, telles que des pressions politiques exercées par les laboratoires pharmaceutiques sur les gouvernements ou l'insuffisance des compétences techniques dans les bureaux des brevets. Il s'agit bien d'un enjeu inhérent à la santé mondiale que de permettre l'accès effectif aux produits de santé, y compris les plus récents, pour tous ceux qui en ont besoin.

Malgré ces progrès importants, la situation reste en effet très problématique. Un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux médicaments essentiels dont elle a besoin. Dans les régions les plus pauvres d'Afrique ou d'Asie, ce chiffre peut monter jusqu'à 50 % de la population (71) et cette iniquité ne concerne pas seulement l'accès à des traitements de maladies peu fréquentes. En effet, alors qu'elle existe depuis plus d'un siècle, l'insuline reste hors de portée de la moitié des personnes atteintes de diabète dans le monde (72). De nombreux produits de santé sont ainsi inabordables²⁵.

Monopoles et concentration de la production ont pour conséquences de limiter l'accès à des produits de santé et outils diagnostics vitaux dans les pays à revenus faible et intermédiaire, mais également dans les pays à revenu élevé. L'opacité des prix, de la structure de la tarification et des passations de marché public pour l'achat des produits de santé créent également une asymétrie d'information majeure entre acteurs publics et citoyens d'une part et industrie pharmaceutique de l'autre. Les marges bénéficiaires de l'industrie du produit de santé sont plus élevées que dans la plupart des secteurs économiques, et les contributions publiques à la recherche et au développement sont peu prises en compte dans le processus de fixation du prix. La distorsion des mécanismes de fixation des prix des produits de santé a également des conséquences majeures sur la chaine d'approvisionnement et sur leur accès, favorisant les pénuries de médicaments et autres produits de santé essentiels.

Les pays à revenu faible ne sont pas les seuls qui sont confrontés à une crise de l'accès aux produits de santé. La crise du COVID-19 a montré à quel point le monde entier pouvait être tributaire de quelques chaines de production. Depuis, et en raison de l'abandon par les grandes firmes pharmaceutique de produits génériques bon marché, les difficultés d'approvisionnement ont augmenté, à tel point que de nombreuses voix s'élèvent en Afrique comme en Europe, réclamant le développement de plus de souveraineté sanitaire, y compris via une relocalisation de la production.

²³ https://medicinespatentpool.org/fr

²² https://dndi.org/

²⁴ Unitaid est une agence de santé mondiale créée en 2006 sous l'égide de l'OMS et engagée dans la recherche de solutions innovantes pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies (en particulier les trois grandes pandémies - VIH/Sida, tuberculose, paludisme) plus rapidement, à moindre coût et plus efficacement, dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

²⁵ On peut faire ici référence aux antiviraux utilisés pour combattre l'hépatite C : Solvadi® (Sofosbuvir DC) et Harvoni® (Sofosbuvir DC, Ledipasvir DC) (73)

4.5 Les professionnels de santé, un enjeu central, entre pénurie et révolution technologique

La question des ressources humaines en santé a été mise sur l'agenda en santé mondiale dès les années 2000, et en particulier en 2006 avec la publication du rapport de l'OMS « Travailler ensemble pour la santé » (74), puis en 2016 avec le rapport de la Commission de haut niveau sur les ressources humaines en santé, intitulé « S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé » (75) qui, tous les deux, montraient que les ressources humaines en santé doivent être considérées comme la colonne vertébrale des systèmes sanitaires et comme le pilier principal de l'accès à la santé.

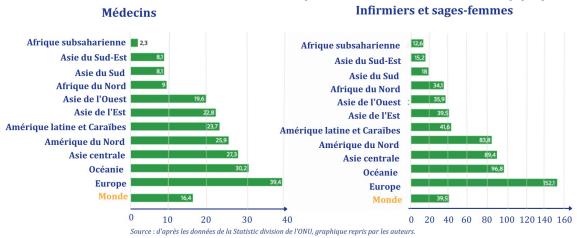
Malgré les appels contenus dans ces rapports à des réformes structurelles profondes dans la façon dont les gouvernements forment et gèrent leur « capital humain » dans le domaine de la santé, l'analyse des évolutions sur les 20 dernières années mettent en évidence trois défis de plus en plus prégnants : le défi du nombre, le défi des inégalités et le défi de la formation.

Le défi du nombre de professionnels de santé, largement insuffisant pour répondre aux besoins globaux, est certainement le plus criant :

- Dans tous les pays, y compris les pays à revenu faible, il y a une pénurie de plus en plus importante de personnels de santé. Ce constat a été particulièrement criant durant l'épidémie de COVID-19. La pénurie est particulièrement forte au niveau des services hospitaliers, des soins dentaires et de la santé mentale (76).
- Dans la plupart des pays à revenu faible, le nombre de personnels de santé qualifiés est bien trop faible pour la population à couvrir. Que ce soit en termes de soignants formés ou de nombre de postes à pourvoir, il faudrait augmenter drastiquement les capacités de formation pour permettre un meilleur accès aux soins.
- L'Organisation mondiale de la santé estime qu'il manquera au moins 18 millions de professionnels de la santé d'ici à 2030, à l'échelle de la planète.
- Les raisons de cette pénurie sont nombreuses :
 - La demande augmente avec la croissance économique et l'augmentation des dépenses de santé privées et publiques,
 - La population mondiale est à la fois en augmentation constante et vieillissante (12), y compris chez les soignants en activité, avec une augmentation des maladies chroniques qui sont un poids de plus en plus important pour les systèmes de santé,
 - La participation croissante des femmes au marché du travail et les changements sociétaux de mode de travail. Nombre de tâches du soin et de la prise en charge (comme s'occuper des plus âgés ou des personnes handicapées) sont souvent et historiquement assumées gratuitement par des femmes et de nouveaux modèles économiques et sociaux sont nécessaires pour faire face aux défis de l'économie sociale de la prise en charge de la dépendance

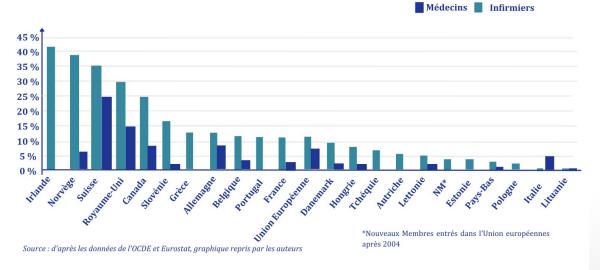
Un deuxième défi porte sur l'inégalité de l'accès aux personnels de santé à l'échelle de la planète.

GRAPHIQUE 34 - DENSITE DE CERTAINS PROFESSIONNELS DE LA SANTE POUR 10.000 PERSONNES DANS LE MONDE, 2014-2020 (DERNIERES DONNEES DISPONIBLES) (77)



- La densité des personnels de santé varie fortement entre les pays. Ainsi, et malgré une augmentation constante de la densité globale de médecins dans le monde, les disparités entre les régions demeurent élevées. On estime ainsi que l'Europe compte 39,4 médecins pour 10 000 personnes, contre seulement 2,3 en Afrique subsaharienne (78)
- La question de la mobilité des professionnels de santé (souvent attribuée au phénomène du « brain drain ») interroge sur l'insuffisance des institutions de formation de personnels de santé, les modèles de formation, l'attractivité, les conditions d'exercice et la fidélisation des personnels pour les métiers de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par exemple, un médecin sur six exerçant dans les pays de l'OCDE a obtenu son diplôme en dehors de l'espace de l'OCDE (graphique 35). Dans les pays à revenu faible, 84% de la population rencontre des difficultés d'accès aux soins à cause notamment d'un manque de personnel de santé, comparé à 23% dans les pays à revenu intermédiaire supérieur (79).

GRAPHIQUE 35 - PROPORTIONS DE MEDECINS ET D'INFIRMIERS FORMES A L'ETRANGER EN 2018 DANS LES PAYS DE L'OCDE (47)



• Ce problème d'inégalité d'accès est central dans la plupart des pays et se traduit par l'augmentation de « déserts médicaux » avec une concentration des personnels de santé dans les zones urbaines. Plus de la moitié de la population mondiale en zone rurale (52%)

manque d'accès aux soins à cause du manque de professionnels de la santé, comparé à 24% en zone urbaine (77). Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le manque de personnel de santé peut être considéré comme le plus grand obstacle à l'accès aux soins (80), avec 77% de la population rurale qui n'a pas d'accès aux soins en raison d'absence de personnel de santé (81).

Le troisième défi est celui des compétences et de l'évolution des métiers face à l'émergence de nouveaux enjeux. Les capacités de formation des pays sont insuffisantes par rapport aux besoins, en quantité ainsi qu'en qualité. Aussi, les personnels de santé de demain doivent acquérir de nouvelles compétences pour répondre à de nouveaux enjeux :

- Enjeux sanitaires, avec 1) une place croissante des multi-morbidités et l'accroissement du poids des maladies non transmissibles, en lien notamment avec le vieillissement des populations, 2) l'émergence, la persistance et/ou la réémergence de pathologies infectieuses et 3) les impacts des changements environnementaux et climatiques, auxquels répond l'émergence de l'approche *Une seule santé* qui intègre le continuum entre la santé des hommes, la santé des animaux et l'environnement.
- Enjeux technologiques, avec l'apparition de nouvelles technologies qui réclament de nouvelles compétences, plus spécialisées : biologie moléculaire, génétique, e-santé, télémédecine, intelligence artificielle, etc.
- Enjeux éthiques, avec l'avènement d'une démocratie sanitaire plus forte et des aspirations nouvelles des patients (recherche d'autonomisation), qui demandent un renouvellement des pratiques du personnel de santé, avec notamment le développement nécessaire d'une approche par les droits. Certaines pratiques évoluent, surtout dans les pays à revenu élevé, vers le remplacement d'une médecine essentiellement curative et réactive par une nouvelle médecine, davantage prédictive, centrée sur la personne, et axée sur la prévention et la promotion de la santé.

Des progrès certains dans l'accès universel aux services de santé et la construction des systèmes de santé ont donc été enregistrés dans les deux premières décennies du XXIème siècle. Ces progrès sont cependant plus modestes que ceux, rapides, des indicateurs de santé des populations auraient pu laisser penser. Une grande partie de l'amélioration des indicateurs de santé a ainsi été tirée par la diffusion des technologies (ainsi des moustiquaires imprégnées, de la réhydratation par voie orale ou des antibiotiques) mais surtout par des déterminants économiques et sociaux forts tels que l'éducation, la croissance économique et la chute historique de la pauvreté dans le monde. Dans ce contexte, le plateau atteint de moins de la moitié de la population mondiale ayant accès aux services de santé les plus essentiels apparaît comme une déception en regard des objectifs d'universalité d'accès aux services de santé. Les inégalités entre les pays et entre riches et pauvres à l'intérieur même des sociétés restent fortes. L'accès aux services pour les plus pauvres reste inchangé depuis la fin du XXème siècle, et les difficultés financières entrainées par le coût des soins augmentent dans la plupart des pays en développement. Bien que la dépense publique augmente dans le monde, tirée par la dépense des pays les plus riches, ce sont toujours les ménages qui financent largement leurs besoins de services de santé dans les pays les plus pauvres L'aide en santé a, quant à elle, certainement permis des progrès dans l'accès aux services contre le VIH/Sida, mais n'a pas permis de catalyser l'investissement structurant dans des mécanismes de mutualisation des ressources et de construction institutionnelle de la Couverture Santé Universelle. Enfin, l'accent des politiques de santé mondiale sur l'accès aux technologies et aux produits de santé a porté des fruits mais a le plus souvent occulté la problématique des ressources humaines en santé, dont la pénurie freine aujourd'hui de plus grandes avancées dans l'accès aux services. L'agenda de l'accès et du droit aux

services de santé reste ainsi encore à réaliser et appelle à repenser l'ensemble des modalités d'investissement dans le secteur.

Conclusion

Les deux décennies s'étendant de 2000 à 2009 et de 2010 à 2020 ont été caractérisées par d'importants avancements en matière de santé à l'échelle mondiale. Parmi les réalisations notables, on observe une nette augmentation de l'espérance de vie, une diminution significative de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et des progrès remarquables dans la réduction du nombre de décès liés au VIH/Sida. De plus, plusieurs pays ont réussi à éradiquer le paludisme au cours de ces deux décennies, marquant ainsi des succès notoires dans la lutte contre cette maladie. Il faut néanmoins constater que :

... ces progrès sont fragiles et parfois réversibles

Une nette décélération des progrès se profile depuis 2015, en particulier pour le taux de mortalité maternelle. Les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies infectieuses sont également fragiles, avec une incidence et une mortalité qui restent élevées et un risque constant que les indicateurs repartent à la hausse. La crise engendrée par la pandémie de COVID-19 et celle des opioïdes ont cruellement mis en lumière la possibilité d'une régression de l'espérance de vie, même au sein de nations à revenu élevé, à l'instar des États-Unis. En France, la hausse de la mortalité infantile depuis 2012 suscite des inquiétudes grandissantes.

... ces progrès sont inégaux

Au cœur des préoccupations sanitaires, des dynamiques complexes façonnent le paysage mondial de la santé, révélant des disparités frappantes.

Les progrès notables dans le domaine des maladies infectieuses - particulièrement pour le VIH/Sida et le paludisme – sont à mettre en regard de la montée en puissance alarmante des maladies non transmissibles et des enjeux de santé mentale. Parallèlement, le rythme de progrès dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive demeure lent

Les disparités entre les nations définissent une autre dimension cruciale des enjeux sanitaires. Les pays à revenu élevé et intermédiaire font face à un défi démographique majeur avec un vieillissement marqué de la population. En revanche, dans de nombreux pays à revenu faible, la fécondité reste élevée, créant des populations en moyenne beaucoup plus jeunes. Les pays africains restent notamment confrontés à des défis considérables : espérance de vie dix fois inférieure à la moyenne mondiale, « double fardeau » des maladies infectieuses et non transmissibles.

À l'échelle nationale, les inégalités économiques et sociales s'accentuent, jetant une ombre sur l'accès universel aux services de santé et créant des fractures profondes au sein des sociétés. L'augmentation de ces disparités souligne l'urgence d'aborder les déterminants sociaux de la santé et de promouvoir des politiques inclusives visant à garantir des conditions de vie et d'accès aux services de santé équitables pour tous.

Ces progrès sont aussi remis en question par l'accroissement des besoins. En effet, la croissance démographique et le vieillissement de la population créent une demande toujours croissante en matière de soins de santé. Parallèlement, l'augmentation alarmante des maladies non transmissibles, alimentée par des comportements préjudiciables tels que la sédentarité, la consommation alimentaire déséquilibrée, le tabagisme et l'urbanisation, constitue un défi majeur.

Les contextes mondiaux de crise, tels que les conflits armés, les guerres et les migrations forcées, exercent également une pression accrue sur la santé des populations. L'impact des crises climatique et environnementale, de l'effondrement de la biodiversité et de l'augmentation des pollutions est dévastateur sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé à travers la détérioration des écosystèmes (par exemple la qualité de l'air, de l'eau et des sols) ou la propagation des maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes.

On observe un ralentissement du progrès dans l'accès aux services de santé essentiels depuis 2015 avec moins de la moitié de la population dans le monde ayant accès aux services de

santé essentiels. Dans de nombreux pays l'indice général de couverture des services de santé stagne, sauf pour les indicateurs liés aux maladies infectieuses. La protection financière s'est dégradée, avec des ménages qui paient de plus en plus leurs dépenses de santé et des dépenses catastrophiques de santé qui se sont aggravées.

Les systèmes de santé, intrinsèquement fragiles, sont confrontés à des défis majeurs qui entravent leur efficience. Les dépenses publiques en santé sont inférieures à 10 dollars par habitant dans près de deux tiers des pays à bas revenu. La pénurie généralisée de professionnels de la santé à l'échelle mondiale et l'inaccessibilité des médicaments et autres technologies médicales essentielles affectent une grande partie de la population du globe, soulignant une inégalité flagrante dans l'accès aux soins de santé.

Dans cette réalité complexe, les avancées de la santé dans le monde sont inextricablement liées à des défis multiples, mettant en lumière la nécessité d'approches innovantes et globales pour surmonter ces obstacles et garantir une santé mondiale durable.

Perspectives

Depuis son émergence au début des années 2000, le concept de « santé mondiale » a permis une prise de conscience de la nécessité d'une réponse globale, collective et multisectorielle pour faire face aux maladies et aux agressions diverses qui menacent la santé dans le monde. Deux décennies se sont écoulées. Il est aujourd'hui temps de revoir les idées qui ont nourri nos visions de la santé mondiale et l'efficience des solutions mises en œuvre par les institutions nationales et internationales.

Notre analyse des évolutions des vingt dernières années fait état d'un net ralentissement des progrès en santé dans le monde depuis le milieu des années 2010. Ces progrès sont de plus fragiles, réversibles, inégalement répartis. La crise du COVID-19 a été un révélateur important de faiblesses structurelles des systèmes de santé de pays à tous niveaux de ressources économiques, ainsi que de leur manque de résilience et de préparation pour affronter un choc sanitaire inattendu.

L'examen des stratégies mises en œuvre ces dernières années est une condition essentielle pour atteindre les Objectifs du développement durables (ODD). Le risque de recul est d'autant plus élevé qu'apparaissent de nouveaux déterminants - notamment environnementaux, sociaux, politiques et économiques - de la santé qui nécessitent de nouvelles approches de la santé mondiale pour pallier la fragilité des progrès de la santé dans le monde.

Enfin, des polarisations internationales inédites se dessinent dans les domaines de la gouvernance, du financement et de la fourniture de l'aide en santé mondiale. Les tensions géopolitiques se sont renforcées pendant la pandémie de COVID-19, se traduisant par une insuffisance de la coopération politique globale. La montée des populismes, de nouvelles alliances (par exemple l'évolution des BRICS), des polarisations politiques dont celles entre le « nord » et le « sud global », ainsi que la multiplication des conflits armés pèsent sur la diplomatie sanitaire et la santé dans le monde. Il faut aussi mentionner ici la remise en cause des droits sexuels et reproductifs, les nationalismes sanitaires et des concurrences dans la production et l'accès aux médicaments, vaccins ou autres technologies médicales innovantes.

Ce constat nous conduira à élaborer, dans la suite de nos travaux, quelques pistes pour proposer vision renouvelée de la santé mondiale, suivant trois grandes priorités :

- 1) Revoir ses approches, ses polarisations et ses paradigmes :
 - Intégrer la diversité des déterminants environnementaux, sociaux, politiques et économiques pesant sur les risques sanitaires, en particulier le changement climatique, la dégradation de la biodiversité et les pollutions, les évolutions défavorables des systèmes alimentaires (tant sur le plan de la production que de la consommation), les faiblesses des systèmes éducatifs, ainsi que la pauvreté et les inégalités économiques,
 - Abandonner l'opposition entre maladies infectieuses et maladies non-transmissibles, dont on perçoit de plus en plus clairement les interconnexions,
 - S'appuyer sur des systèmes de santé adaptés aux nouveaux défis sanitaires et répondant aux besoins des populations qu'ils doivent servir,
 - Promouvoir des politiques de santé favorisant l'intégration, l'inclusivité et l'équité pour tous, indépendamment de l'âge des personnes, de leur origine ou de leur place dans la société,
 - Sortir du paradigme biomédical et abolir la dichotomie entre la priorité qui serait donnée à la prévention dans les pays à revenu limité et à la médecine curative innovante dans les pays plus riches. La promotion de la santé, la prévention des maladies évitables, ainsi que l'accès équitable aux soins médicaux doivent être des priorités universelles, indépendamment du niveau de revenu et d'organisation du système de santé de chaque pays.

- 2) Réformer la gouvernance de la santé mondiale qui vise à réduire la fragmentation institutionnelle et qui s'appuie sur la révision du Règlement sanitaire international et l'adoption d'un Accord international sur les pandémies. De façon générale, la gouvernance doit favoriser l'indépendance et la transparence de la science dans les mécanismes de production des choix nationaux et intergouvernementaux afin d'éviter les polarisations et les concurrences politiques observées pendant la période de la COVID-19.
- 3) Impliquer les citoyens et tenir compte du rôle essentiel de l'adhésion et de la participation des populations aux politiques de santé. Ceci passe par une plus grande implication des individus, des familles et des réseaux associatifs et communautaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes. Les moyens pour y arriver doivent être adaptés aux contextes socioculturels dans lesquels vivent les populations. A cet égard, les organisations de la société civile et les organisations non-gouvernementales ont une responsabilité particulière, car elles ont souvent une bonne connaissance de la diversité des milieux sociaux et un accès privilégié aux populations les plus vulnérables.

Ces pistes seront explorées plus en détail lors d'une nouvelle publication à venir du Think tank Santé mondiale 2030, visant à déboucher sur des propositions d'action.

Bibliographie

- 1. ONU, OECD. Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) [Internet]. 2000. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/cad/33976662.pdf
- 2. ONU. Objectifs de Développement Durable (ODD) [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.bing.com/search?q=objectifs+du+développement+durable+2005&cvid=ed76fd bd6e02407eae1ef6d11050cedd&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIECAEQADIECAIQADIE CAMQADIECAQQADIECAUQADIECAYQADIECAcQADIECAgQADIHCAkQRRj8VdIBCDQ5NTNq MGo0qAIAsAIA&FORM=ANAB01&DAF0=1&PC=U531
- 3. OMS. Mortalité maternelle [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
- 4. David Sharrow et al. Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario-based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Interagency Group for Child Mortality Estimation [Internet]. Lancet Global Health; 2022. Disponible sur: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00515-5/fulltext
- 5. ODD3 Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [Internet]. ONU; 2022. Disponible sur: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/Goal-03?utm medium=email&utm source=transaction
- 6. Yan Jin et al. Cause-specific child mortality performance and contributions to all-cause child mortality, and number of child lives saved during the Millennium Development Goals era: a country-level analysis Yan Jin ORCID Icon,Paul Mansiangi Mankadi [Internet]. Global Health Action; 2018. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2018.1546095
- 7. Nhung T.H. Trinh et al. Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019 [Internet]. The Lancet Regional Health; 2022. Disponible sur: https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(22)00032-1/fulltext
- 8. OMS U. Vaccination hépatite B [Internet]. Banque mondiale; 2021. Disponible sur: https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.IMM.HEPB?end=2021&start=2000
- 9. Gavi. Huit choses à savoir sur l'état de la vaccination mondiale [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/huit-choses-retenir-etat-vaccination-mondiale
- 10. Max Roser et al. Life Expectancy [Internet]. Our World In Data; 2019. Disponible sur: https://ourworldindata.org/life-expectancy
- 11. Elizabeth Arias et al. Provisional Life Expectancy Estimates for 2021 [Internet]. Vital Statistics Rapid Release; 2022. Disponible sur: https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr023.pdf
- 12. World Population Prospects 2022: Summary of Results | NATIONS UNIES [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: https://www.un.org/development/desa/pd/fr/content/World-Population-Prospects-2022
- 13. OMS. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319
- 14. UNAIDS. FACT SHEET: Global HIV statistic [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- 15. UNAIDS. UNAIDS DATA 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En. pdf

- 16. Guiguère K et al. Trends in knowledge of HIV status and efficiency of HIV testing services in sub-Saharan Africa 2000–20: a modelling study using survey and HIV testing programme data. Lancet HIV [Internet]. 2021; Disponible sur: https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018%2820%2930315-5/fulltext
- 17. AIDSinfo [Internet]. UNAIDS; Disponible sur: https://aidsinfo.unaids.org/
- 18. OMS. Rapport sur la tuberculose dans le monde 2020.
- 19. OMS. Rapport sur la tuberculose dans le monde 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240037021
- 20. World leaders commit to new targets to end TB [Internet]. OMS; 2023. Disponible sur: https://www.who.int/news/item/22-09-2023-world-leaders-commit-to-new-targets-to-end-tb
- 21. World malaria report 2022 [Internet]. OMS; 2022. Disponible sur: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2022
- 22. Banque mondiale. Population database [Internet]. 2022. Disponible sur: https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SP.POP.TOTL
- 23. ONU. Malgré la Covid-19, les cas de paludisme et les décès sont restés stables en 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: https://news.un.org/fr/story/2022/12/1130437
- 24. OMS. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. [Internet]. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact.; 2021. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/342813
- 25. Choumet V. Faire face à l'apparition de maladies virales infectieuses, un défi contemporain. Actualités Pharmaceutiques; 2021.
- 26. OMS. 2022. Disponible sur: https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-2019-nCoV-surveillance_aggr_CRF-2022.1
- 27. Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. OMS; 2020. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
- 28. Diabetes: a defining disease of the 21st century [Internet]. The Lancet; 2023. Disponible sur: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01296-5/fulltext
- 29. Diabetes Atlas. Diabetes Data Portal [Internet]. 2021. Disponible sur: https://diabetesatlas.org/data/en/
- 30. Le Monde. Le cancer est en forte progression dans le monde [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/02/04/le-cancer-est-en-forte-progression-dans-le-monde_6028298_3244.html
- 31. Fondation pour la recherche médicale. Les cancers en chiffres [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.frm.org/recherches-cancers/cancers-en-chiffres
- 32. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Rapport d'activité de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/269541-agence-de-securite-sanitaire-anses-2018
- 33. Pierre Aubry. Les cancers dans les pays en développement [Internet]. Médecine tropicale; 2022. Disponible sur: http://medecinetropicale.free.fr/cours/cancer.pdf
- 34. European Environement Agency. Beating cancer the role of Europe's environment [Internet]. Disponible sur: https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-burden-of-cancer

- 35. La pollution de l'air [Internet]. Agir pour la transition; 2021. Disponible sur: https://agirpourlatransition.ademe.fr/particuliers/particuliers/entreprises/particuliers/poll ution-lair
- 36. OMS U. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319
- 37. OMS. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. 2022. Disponible sur: Mental Health Report WHO 2022.pdf
- 38. CDC Wonder Online database. Drug Overdose Deaths in the United States, 1999–2020 [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db428.pdf
- 39. GIEC. Agir sans attendre pour le climat: la clé d'un avenir vivable. 2023; Disponible sur: https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/downloads/press/IPCC_AR6_SYR_PressRelease_fr.pdf
- 40. The Lancet. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. 2023.
- 41. The Lancet. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(22)01540-9/fulltext
- 42. Health Care Without Harm, Arup. Healthcare without Harme et ARUP, "L'empreinte climatique du secteur de la santé" [Internet]. 2019. Disponible sur: https://noharmeurope.org/sites/default/files/documents-files/6718/French_HealthCaresClimateFootprint_091619_web.pdf
- 43. OMS. Changement climatique et santé [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health
- 44. 2023 Global Report on Internal Displacement [Internet]. IDMC; 2023. Disponible sur: https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2023/#:~:text=There%20were%2071.1%20million%20internally,as%20a%20re sult%20of%20disasters
- 45. Tellman B. et al. Satellite imaging reveals increased proportion of population exposed to floods [Internet]. Nature; 2021. Disponible sur: https://www.nature.com/articles/s41586-021-03695-w
- 46. Global Report on Internal Displacement, 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2023/#:~:text=There%20were%2071.1%20million%20internally,as%20a%20re sult%20of%20disasters
- 47. Fragile states index. Global data [Internet]. 2020. Disponible sur: https://fragilestatesindex.org/data/
- 48. OMS. Les niveaux de pollution atmosphérique en hausse dans un grand nombre de villes parmi les plus pauvres au monde [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news/item/12-05-2016-air-pollution-levels-rising-in-many-of-the-world-s-poorest-cities
- 49. Cicolella André. Santé environnementale et maladies chroniques, le coût de l'inaction [Internet]. L'Économie politique; 2018. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-leconomie-politique-2018-4-page-17.htm
- 50. OMS. Zoonoses. 2020; Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses#:~:text=Une%20zoonose%20est%20une%20maladie%20infectieus e%20qui%20est%20pass%C3%A9e%20de,'eau%20ou%20l'environnement

- 51. GIEC. Sixième rapport du GIEC « Changements climatiques 2022 : impacts, adaptation et vulnérabilité ». [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.unep.org/fr/resources/rapport/sixieme-rapport-devaluation-du-giec-changement-climatique-2022
- 52. Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. [Internet]. IPCC; 2022. Disponible sur: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/
- 53. WHO global service coverage database. 2023;
- 54. WHO, World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2023. Global monitoring report. 2023; Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379
- 55. Petersen EE et al. Vital signs: pregnancy-related deaths, United States, 2011-2015, and strategies for prevention, 13 states, 2013-2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019 68 423-29.
- 56. Primary Health Care on the road to Universal Health Coverage: UHC Global Monitoring Report 2019. OMS [Internet]. 2019; Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240004276
- 57. Cometto G, Witter S. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. Bull World Health Organ. 1 nov 2013;91(11):881-5.
- 58. Yazbeck A, Soucat A, et al. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance For Low- And Low-Middle-Income Countries. Health Aff Millwood [Internet]. 2020; Disponible sur: https://www.bing.com/search?pglt=2081&q=The+Case+Against+Labor-Tax-Financed+Social+Health+Insurance+For+Low-+And+Low-Middle-Income+Countries.&cvid=14729e021269465e8babc2267047ed6b&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyB ggAEEUYOTIGCAEQRRhAMgcIAhBFGPxV0gEHMjg2ajBqMagCALACAA&FORM=ANNAB1&DA F0=1&PC=U531
- 59. Wagstaff A et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Health [Internet]. 2018; Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29248367/
- 60. Krul Me et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. Lancet. 2018;
- 61. OMS. Global spending on health: Weathering the storm. 2020; Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788
- 62. Soucat A, Kutzin J et al. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. [Internet]. OMS; 2018. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-18.3
- 63. Emeline Wuilbercq. Etats, ménages, secteur privé : qui doit financer les soins en Afrique ?

 Le Monde.fr [Internet]. 2019; Disponible sur:

 https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/09/04/etats-menages-secteur-prive-quidoit-financer-les-soins-en-afrique_5506451_3212.html
- 64. OMS. Global spending on health Rising to the pandemic's challenge [Internet]. Global Health Expenditure; 2021. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365133/9789240064911-eng.pdf
- 65. IHME FGH. Financing Global Health [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.healthdata.org/data-visualization/financing-global-health
- 66. OECD. Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr

- 67. Nonvignon J, Soucat A, Afra Ofori Adu P, Adeyu O. Making development assistance work for Africa: from aid-dependent disease control to the New Public Health order. Health Policy Plan Forthcom. A venir;
- 68. Sweeney R, Suhrcke M, Joo Jeon Y, Mortimer D. The Impact of SWAps on Health Aid Displacement of Domestic Health Expenditure. J Dev Stud. 2018;(54:4):719-37.
- 69. Dieleman JL, Graves CM. The Fungibility of Health Aid: Reconsidering the Reconsidered ,. J Dev Stud. 2013;(49:12):1755-62.
- 70. OMC. Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique. Conférence Ministérielle L'OMC Doha [Internet]. 2001; Disponible sur: https://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.pdf
- 71. Médecins sans frontières. Campagne d'accès aux médicaments essentiels [Internet]. Disponible sur: https://www.msf.ch/a-propos/campagne-dacces-aux-medicaments-essentiels
- 72. The Lancet Diabetes & Endocrinology. The Lancet Diabetes & Endocrinology. Insulin for all: a hope yet to be realised. 2021;
- 73. Barber M, Khwairakpam G, Gotham D, Hill A. The Price of a hepatitis C cure: Cost of production and current prices for direct-acting antivirals in 50 countries. J Virus Erad [Internet]. 2020;(Sept 2020;). Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33251019/
- 74. World Health Organization. Rapport sur la situation dans le monde : 2006 : travailler ensemble pour la santé. World Health Rep 2006 Work Together Health [Internet]. 2006 [cité 18 févr 2022]; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433
- 75. Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé [Internet]. 2016. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250100/9789242511307-fre.pdf?sequence=3
- 76. Eurohealthobservatory. Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic [Internet]. 2022. Disponible sur: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/addressing-backlogs-and-managing-waiting-lists-during-and-beyond-the-covid-19-pandemic
- 77. World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas: web annexes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/341112
- 78. ONU. Rapport sur les objectifs de développement durable [Internet]. 2022. Disponible sur: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_French.pdf
- 79. The future of work in the health sector [Internet]. ILO; 2019. Disponible sur: https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_669363/lang--en/index.htm
- 80. Anyangwe SCE, Mtonga C. Inequities in the Global Health Workforce: The Greatest Impediment to Health in Sub-Saharan Africa. Int J Environ Res Public Health. févr 2007;4(2):93-100.
- 81. International Labour Office, Sectoral Policies Department. The future of work in the health sector. Geneva: ILO; 2019. (Sectoral Policies Department). Report No.: 325.

Sources générales

Gavi. L'Alliance du vaccin. Rapport annuel 2021. https://www.gavi.org/fr/rapport-annuel

IHME, Financing Global Health : https://www.healthdata.org/data-visualization/financing-global-health

International Labour Office, Sectoral Policies Department. The future of work in the health sector. Geneva: ILO; 2019. (Sectoral Policies Department). Report No: 325.

Nations Unies. Objectifs de Développement Durable. https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/

Nations Unies: Rapport sur objectifs du développement durable 2022: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022 French.pdf

Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le Développement. https://www.un.org/fr/millenniumgoals/

Nations Unies. World Population Prospects 2022: Summary of Results. https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022

Onusida. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida. https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet

Our World in data. Life expectancy. https://ourworldindata.org/life-expectancy

<u>Trinh NTH, de Visme S, Cohen JF, et al. Recent historic increase of infant mortality in France: a time-series analysis, 2001-2019. The Lancet Regional Health Europe. 2022.</u> https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100339

Unicef. The state of the world's children 2023. For every child, vaccination. https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023

World Health Organization. Global tuberculosis report 2022. https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022

World Health Organization. Invisible numbers. The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them. https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/invisible-numbers

World Health Organization. World malaria report 2022. https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2022

World Health Organization. World mental health report. Transforming mental health for all. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bang Group, UNDESA / Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas: https://apps.who.int/iris/handle/10665/341139