



## Analyse de la situation sanitaire dans les Amériques, 1999-2000

Dr. Carlos Castillo-Salgado, Chef  
Programme Spécial pour l'Analyse de la Santé  
Organisation Panaméricaine de la Santé

Ce document présente un récapitulatif de la situation et des tendances sanitaires dans les Amériques, basé sur des données issues de l'initiative *Données de base/profils de pays* de l'OPS et de diverses analyses nationales.

### Tendances démographiques et de l'urbanisation

Pendant la seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle, une transition démographique importante a eu lieu dans la Région des Amériques. La baisse des taux de mortalité pendant les 30 dernières années a porté les démographes à utiliser le terme "transition démographique". En 1950, la population de la Région des Amériques était de 331 millions d'habitants. En 1999, elle était estimée à 823 millions d'habitants, représentant près de 14 pour cent de la population mondiale. Environ un tiers de cette population habite aux Etats-Unis, un autre tiers couvrant deux autres pays : le Mexique et le Brésil. Le tiers restant est réparti entre 45 pays et territoires de la Région.

La transition démographique des Amériques, et en particulier de l'Amérique latine et des Caraïbes, s'est amorcée avec la baisse de la mortalité infantile et juvénile. Entre les périodes 1980-1986 et 1990-1996, la plupart des pays ont réduit de moitié leurs taux de mortalité causée par les maladies transmissibles chez les enfants âgés de moins d'un an.

En Amérique latine, l'espérance de vie moyenne pendant la période 1995-1999 était de 70 ans, cible fixée pour la fin du centenaire dans la Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. L'espérance de vie pour la Région varie de 54,1 à 79,2 ans. Il existe un écart de plus de 25 ans entre les deux pays extrêmes de la Région. Dans de nombreux pays, les taux intérieurs sous-nationaux présentent des écarts plus marqués, traduisant ainsi des différences considérables dans le risque relatif et absolu de décès prématuré.

Entre 1950-1955 et 1995-2000, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes est passé de 3,3 à 5,7 ans pour l'Amérique latine, de 2,7 à 5,2 ans pour les Caraïbes et de 5,7 à 6,6 ans pour l'Amérique du Nord. Ce changement du

profil démographique a entraîné le vieillissement de la population générale, s'accompagnant d'une hausse concomitante des maladies chroniques et dégénératives, ainsi que des incapacités qui affectent plus fréquemment les femmes.

La transition démographique des Amériques se caractérise par le niveau de croissance démographique, assorti de taux de mortalité et de fécondité divers. Quatre typologies ont été appliquées pour identifier le niveau de cette transition dans les pays correspondants :

- Groupe 1. Transition émergente (taux de naissance élevé, mortalité élevée, croissance naturelle modérée (2,5%) : Bolivie et Haïti.
- Groupe 2. Transition modérée (taux de naissance élevé, mortalité modérée, croissance naturelle élevée (3,0%) : El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Paraguay.
- Groupe 3. Transition complète (taux de naissance modéré, mortalité modérée ou faible, croissance naturelle modérée (2,0%) : Brésil, Colombie, Costa Rica, Equateur, Guyane, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité et Tobago, et Venezuela.
- Groupe 4. Transition avancée (taux de naissance et de mortalité modérés ou faibles, croissance naturelle faible (1,0%) : Argentine, Bahamas, Barbade, Canada, Chili, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Jamaïque, Martinique, Porto Rico, et Uruguay.

Il est devenu clair que les moyennes ne disent pas tout ; les mesures de distribution des indicateurs de mortalité et de morbidité, par conséquent, deviennent de plus en plus courantes. Ce qui suit est un exemple de travaux dans cette direction qui fait intervenir les coefficients de Gini<sup>1</sup>.

1. Le coefficient de Gini est basé sur la courbe de Lorenz, représentation graphique d'une variable avec sa distribution uniforme (c'est-à-dire, situation d'égalité) dans la population. Une ligne diagonale représente cette distribution uniforme. Plus la distance est grande entre la courbe de Lorenz et la ligne diagonale, plus l'inégalité est marquée. Les valeurs possibles du coefficient de Gini vont de zéro à un. L'indicateur serait égal à zéro dans les conditions de parfaite égalité.

Les Figures 1a et 1b présentent les coefficients de Gini pour deux pays avec des niveaux de transition démographique différents (transition modérée et avancée). Le degré d'inégalité dans la mortalité infantile, tel qu'il est mesuré par le coefficient de Gini correspondant, est plus du double dans un pays qui à présent se trouve au stade de la transition démographique modérée que dans un pays au stade de la transition démographique complète. Il est important de noter les différences marquées dans l'ampleur des inégalités de santé entre les populations de l'Amérique latine qui traversent le même stade de transition démographique.

D'après les estimations, la population urbaine moyenne de la Région pour l'an 2000 est de 76,0%. Néanmoins, la moyenne pour le Cône Sud est de 85,3 % et elle est de 48,3 % pour l'Amérique centrale. La Figure 2 illustre la distribution de la population urbaine de la Région par unités géographiques sous-régionales, variant de 11% à 99%. La croissance de l'urbanisation dans les Amériques a eu des répercussions sur la santé dans la mesure où elle a augmenté les risques absolus de problèmes sociaux importants, tels que la violence et les accidents.

### Situation sanitaire et polarisation épidémiologique

La plupart des analyses de la situation de santé des pays des Amériques ont mis en valeur les progrès remarquables réalisés pendant le XXe siècle pour prolonger la vie et accroître la durée de vie en bonne santé de certains groupes de population. D'un autre côté, ces analyses ont aussi souligné les disparités importantes qui existent toujours entre la longévité moyenne nationale et celle des groupes défavorisés. Bien que de grands progrès aient été effectués pour lutter

contre les maladies infectieuses et parasitaires, ces dernières sont toujours des causes de décès importantes, enregistrant des taux similaires à ceux des maladies non transmissibles.

Vers la fin du XXème siècle, les taux de mortalité ont baissé dans pratiquement tous les pays du continent américain. En Amérique latine, la longévité moyenne a augmenté de 18 ans en quatre décennies. Cependant, un schéma particulier de mortalité est apparu dans la Région, traduisant une polarisation épidémiologique. Cette polarisation épidémiologique se caractérise par la coexistence prolongée de deux schémas de mortalité, l'un caractéristique des sociétés développées (maladies chroniques et dégénératives), et l'autre caractéristique des conditions de vie des sociétés pauvres (maladies infectieuses et parasitaires), assortis d'une mortalité élevée causée par les accidents et la violence. La part relative des maladies chroniques dans le schéma de mortalité est tout aussi importante que celle des maladies transmissibles. Cette polarisation se dégage de la distribution des causes de décès présentées à la Figures 3.

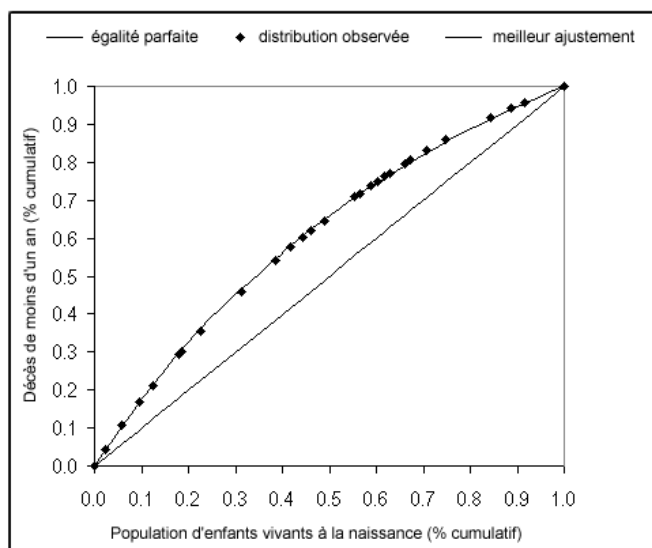
Ce profil indique la persistance de différences importantes dans les conditions de santé entre les divers groupes sociaux et régions à l'intérieur des pays. Les sous-groupes de population n'ont pas tous obtenu accès aux conditions de santé et de vie convenables qui sont nécessaires pour maintenir les changements marqués intervenant dans les causes de décès. Les écarts croissants dans les inégalités sociales et le revenu suscitent toujours des préoccupations en raison de leur effet sur l'élargissement des différences dans les taux de mortalité de la Région.

**Figure 1: Inégalités dans la mortalité infantile**

Courbe de Lorenz et coefficient de Gini. Distribution cumulative des décès chez les moins d'un an parmi la population cumulative d'enfants vivants à la naissance, classés suivant le taux de mortalité infantile.

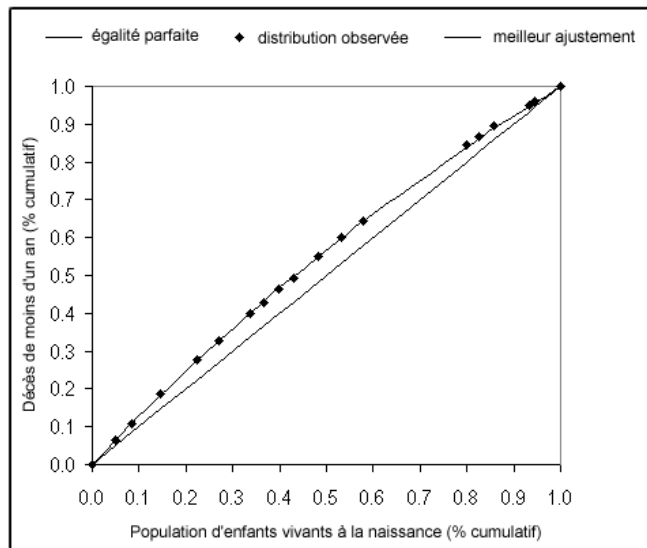
**Figure 1a:**

Pays sélectionné en transition démographique modérée (Phase II), 1998.  
Coefficient de Gini = 0,216

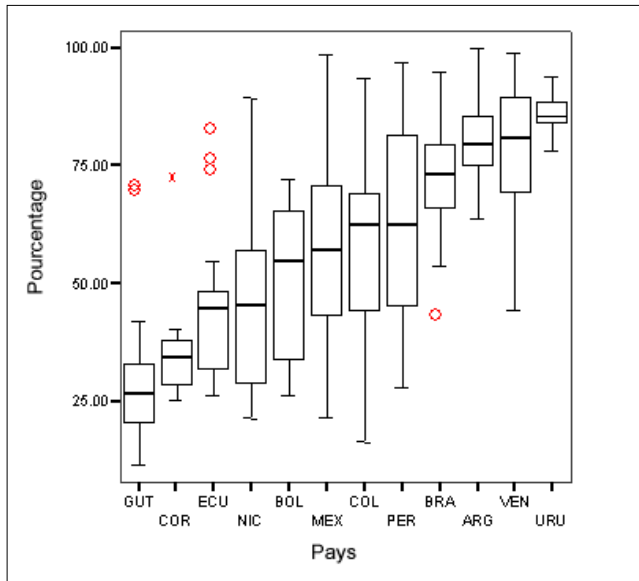


**Figure 1b:**

Pays sélectionné en transition démographique avancée (Phase IV), 1997.  
Coefficient de Gini = 0,090



**Figure 2: Population urbaine des Amériques, 1995-2000**  
Distributions par unités sous-nationales et par pays.



En appliquant des moyennes nationales, une baisse du nombre d'années de vie potentielle perdues (AVPP) a été observée entre 1980 et 1999 pour l'ensemble de la Région. Bien que ce changement peut être en partie attribué au vieillissement de la population, la cause principale a été l'abaissement de la mortalité dans les premières années de la vie. Cependant, l'intensité et la rapidité de cet abaissement n'étaient pas analogues dans tous les pays ou même dans différentes zones d'un même pays.

Les inégalités dans le risque de tomber malade ou de mourir prématurément sont en corrélation avec les inégalités de la distribution des ressources. Par exemple, les taux de mortalité infantile varient d'un pays à l'autre et au sein d'un pays donné. Dans plusieurs pays enregistrant un niveau de revenu relativement élevé, cet indicateur varie de 13,4 à 109,8 pour 1000 enfants vivants à la naissance au niveau sous-national. La répartition sous-nationale des informations devient alors très importante et fort pertinente étant donné que, comme il a été mentionné précédemment, les moyennes nationales d'indicateurs de santé ne traduisent pas l'hétérogénéité qui existe dans la distribution de fréquence des indicateurs de santé au sein d'un pays donné. Les inégalités régionales et nationales observées en matière de santé se retrouvent avec une plus grande intensité aux niveaux sous-nationaux et locaux.

Les maladies non transmissibles représentaient 49,7% de la mortalité de la population adulte des Amériques, alors que les causes externes représentaient 13,8% des décès. Au cours de la période 1990-1995, 89 % des victimes d'homicide étaient du sexe masculin, d'après les informations signalées par un nombre considérable de pays. Ce pourcentage représentait

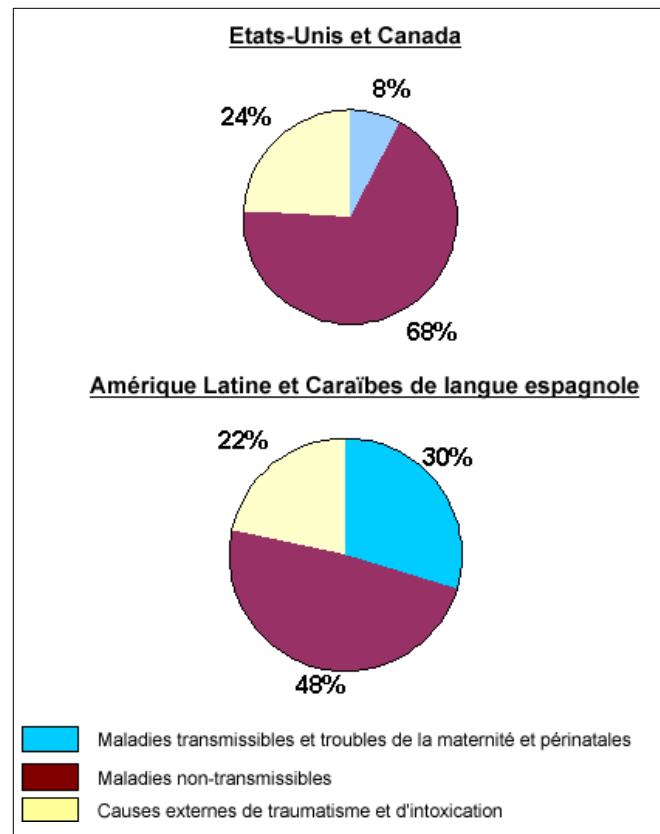
une augmentation de 65% pour les victimes du sexe masculin, et de 30% pour les victimes du sexe féminin, par rapport à la période 1980-1985. Dans toutes les sous-régions, près de trois fois plus d'hommes que de femmes sont morts d'accidents de la route entre 1980 et 1996.

Des informations sur des groupes de population différents, en plus des moyennes nationales, devraient être utilisées pour formuler des politiques de santé. En outre, un effort soutenu s'avère nécessaire pour permettre la répartition des informations au niveau local à des fins d'analyse de la santé. Un besoin pressant d'amélioration des informations empiriques sur la santé publique se fait sentir, pour faciliter l'évaluation périodique de la situation et des tendances sanitaires, non seulement au niveau des moyennes nationales, mais aussi au niveau de tous les groupes démographiques et zones géographiques.

### Réponse de l'OPS

L'une des responsabilités essentielles de l'Organisation est de faciliter la collecte et la diffusion des informations sanitaires et la participation de l'OPS est depuis longtemps fructueuse dans ce domaine au niveau des Etats

**Figure 3: Années de vie potentielle perdues pour chaque groupe général, par région et pour la dernière année disponible, autour de 1995**



Membres. En 1995, l'OPS a lancé son initiative *Données sanitaires de base/profils de pays* qui visait à utiliser la technologie moderne pour systématiser la collecte, l'analyse et la diffusion des données sanitaires essentielles. Il est indispensable de disposer de données désagrégées par zone géographique pour détecter les disparités et acheminer les ressources de manière à combler les différences qui peuvent être qualifiées d'inévitables. Grâce à cette initiative, 20 ministères de la Santé ont établi des systèmes de collecte, d'analyse et de publication des données de base sous une présentation assez uniforme.

Le problème qui se pose maintenant à l'Organisation est de continuer à améliorer la compatibilité, la validité et la fiabilité des informations sanitaires afin d'identifier et de quantifier les inégalités qui affectent de manière disproportionnée certains segments des sociétés, tout en reconnaissant les facteurs importants qui déterminent les inégalités en matière de santé. L'OPS collabore actuellement avec les administrations sanitaires nationales, les établissements universitaires

et les groupements de la société civile afin de continuer à perfectionner les instruments méthodologiques et opérationnels pour l'exécution d'évaluations sanitaires sous-nationales et locales, ainsi que pour la sélection d'indicateurs et d'indices utiles et appropriés. Une importance particulière est accordée aux instruments et indices de base qui sont pratiques et utiles et qui peuvent être appliqués et produits à l'échelle nationale.

L'Organisation a pris l'engagement d'oeuvrer à la consolidation des systèmes d'information sanitaire et des plateformes de communication dans les Etats Membres. Cette stratégie contribuera à documenter l'impact des interventions en matière de santé et à atténuer les disparités dans ce domaine qui sont si caractéristiques de la situation sanitaire de la Région.

Ce document a été présenté pendant le 42ème Conseil Directeur de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (52ème Session du Comité Régional). Document No. CD42/6 (Fr.)

---

## Définition de Cas *Syphilis*

### Justification de la surveillance

Depuis l'introduction de la pénicilline en 1946, l'incidence de la syphilis a chuté mais la maladie est réapparue à la fin des années 1960 pour se maintenir à des niveaux d'incidence élevés dans les pays en développement. Les pays développés connaissent désormais également des flambées et l'on observe une large recrudescence dans les pays en économie de transition. La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes renseigne sur les formes latentes et symptomatiques de la maladie dans ce groupe et minimise les problèmes associés à la notification générale des syndromes liés aux MST. Sous réserve de modifications en matière du comportement en ce qui concerne la recherche des soins, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes peut être considérée comme une approximation de la prévalence générale dans la population.

### Définition de cas recommandé

#### *Description clinique*

Les signes et les symptômes de la syphilis sont multiples. Le stade primaire comporte habituellement – mais pas toujours – une ulcération des organes génitaux externes et une lymphadénopathie locale : la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire ont surtout des manifestations dermatologiques et systémiques. Pour la surveillance, seuls les cas confirmés (voir ci-dessous) seront pris en compte.

#### *Cas confirmé*

Personne à sérologie positive confirmée pour la syphilis (RPR – recherche rapide de la réagine plasmatique, ou test VDRL confirmé par le test de l'hémagglutination du *Treponema pal-*

lidum (TPHA) ou par le test FTA-ABS d'immunofluorescence absorbée du tréponème).

### Classification des cas

***Syphilis congénitale*** : Nourrisson à sérologie positive, que la mère ait ou non présenté une sérologie positive au cours de la grossesse.

***Syphilis acquise*** : Tous les autres cas.

### Surveillance recommandée

Seuls les cas confirmés doivent être notifiés vers les niveaux intermédiaires et central par :

- les rapports réguliers de la surveillance périodique
- la notification systématique individuelle de chaque cas ou la notification cumulée.

- Surveillance par les laboratoires au moyen du dépistage chez les femmes enceintes

- Notification systématique par les services de santé prénatale et par réseau sentinelle de ces services

- Dépistage actif des cas à partir des études de prévalence chez les femmes enceintes.

### Minimum d'informations à recueillir

#### *Données cumulatives*

- nombre de cas à sérologie positive par groupe d'âge, mois, zone géographique
- nombre de cas de syphilis congénitale par groupe d'âge, année, zone géographique et rapporté au nombre de femmes enceintes.

### *Indicateurs de résultats*

taux de faux positifs signalés par les sites du réseau sentinelle par rapport au nombre de tests TPHA/FTA-ABS effectués.

### **Principales utilisations des données dans le processus décisionnel**

- documenter la prévalence de la syphilis en dépistant les femmes enceintes, comme indicateur de la population générale
- suivre les tendances de l'incidence
- plaider en faveur de la lutte contre la syphilis et des interventions
- identifier les zones à haut risque pour cibler davantage les interventions
- identifier les zones et les populations où il conviendrait d'intensifier les activités de prévention de l'infection par le VIH.

---

La version intégrale du Bulletin Épidémiologique de l'Organisation Panaméricaine de la Santé est publiée chaque trimestre en anglais et en espagnol.

Cette publication est cataloguée et indexée par la Bibliothèque Nationale de Médecine des Etats-Unis.

Internet: <http://www.paho.org/english/sha/beindexe.htm> et  
<http://www.paho.org/spanish/sha/bsindexs.htm>



**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**

*Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the*

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**

525 Twenty-Third Street, N.W.

Washington, DC 20037