

TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DÉVELOPPEMENT : L'ESSOR DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES EST-IL UNE FATALITÉ ?

L. FOURCADE

Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du Service de cardiologie, Hôpital d'Instruction des armées Laveran, Marseille.

Med Trop 2007 ; 67 : 543-544

Le phénomène de transition épidémiologique consiste schématiquement en un recul des maladies infectieuses et de la malnutrition au profit des maladies non transmissibles, au premier rang desquelles les maladies cardiovasculaires et les cancers. Dans les pays développés, la maîtrise de la plupart des maladies infectieuses (hygiène, vaccinations, antibiothérapie) a progressivement permis ce glissement vers les maladies chroniques et dégénératives, alors que parallèlement l'espérance de vie s'allongeait au cours du siècle passé. Une telle mutation sanitaire n'a pu se réaliser que grâce au développement industriel et technologique, et aux transformations économiques et sociales qui en ont découlé. Ce même phénomène est désormais largement amorcé dans les pays en développement (PED), actuellement situé à différents stades d'avancement selon les niveaux respectifs de développement de ces pays.

L'épidémiologie montre que les maladies cardiovasculaires sont au centre de ces mutations. On estime qu'au début du 20^{ème} siècle, elles étaient responsables de moins de 10 % de la mortalité dans le monde. Actuellement, elles représentent approximativement 30 % de cette mortalité globale, et environ 80 % de ces décès surviennent d'ores et déjà dans les PED (1). Les explications sont multiples, principalement liées au vieillissement de la population et au changement de style de vie qui accompagne le développement socio-économique et l'urbanisation intensive. Les PED de la zone tropicale connaissent actuellement ces changements fondamentaux, avec un processus d'urbanisation qui concerne tous les continents. Un rapport de l'ONU rédigé en 2004 estimait qu'en 2030, 60 % de la population mondiale vivrait dans des villes, soit environ 5 milliards de citoyens parmi lesquels seulement 28 millions vivront dans les « pays riches ». Ce même rapport estimait qu'environ 1 million de personnes migrent chaque semaine vers les villes, mouvement tout particulièrement marqué dans la zone Asie-Pacifique. Cette rupture avec les modes de vie ruraux traditionnels n'est pas sans conséquences. Changement d'habitudes alimentaires, développement de l'obésité, sédentarité et forte implantation du tabagisme sont parmi les clés de cette évolution épidémiologique. Il en résulte l'émergence des grands facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, dyslipidémies), qui constituent le lien entre l'essor de ces maladies et le développement (2). Dans ce contexte, peut-être vaudrait-il mieux parler de « mal développement »,

tant les leçons apprises dans le monde occidental n'ont pas servi d'exemple.

L'Asie qui connaît une forte croissance économique est particulièrement concernée, et l'Inde en particulier doit déjà faire face à une rapide et impressionnante augmentation des maladies cardiovasculaires qui sont devenues la première cause de mortalité dans ce pays, responsables de 29 % du total des décès en 2005 (3). La prévalence de la maladie coronarienne y a été multipliée par quatre au cours des 40 dernières années, pour atteindre un taux de 10 % dans la population adulte. Depuis peu, les zones rurales n'échappent plus à cette évolution catastrophique (4).

L'expansion des maladies non transmissibles n'est pas limitée aux maladies cardiovasculaires. Le diabète et les maladies rénales, les maladies chroniques obstructives pulmonaires, certains cancers, et les syndromes dépressifs unipolaires entre autres voient leur incidence en forte augmentation, dans les PED. Les épidémiologistes ont pourtant annoncé de longue date l'évolution en cours, nuancée en Afrique subsaharienne par l'épidémie de VIH/sida qui maintient une mortalité et une morbidité d'origine infectieuse élevées. Cependant, même en Afrique noire confrontée à l'épidémie de VIH/sida, inexorablement les maladies non transmissibles continuent d'augmenter. Les prévisions épidémiologiques établissent ainsi une progression de la mortalité cardiovasculaire en Afrique de 15 % en 1995 à 35 % en 2015 (5).

Les projections globales les plus récentes confirment en effet la diminution de la mortalité infantile et un glissement de l'âge moyen des décès vers un âge avancé, ainsi que la diminution des causes transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles de mortalité, au profit des maladies non transmissibles. La proportion des décès par maladies non transmissibles dans le monde devrait passer de 59 % en 2002 à 69 % en 2030 (6). Les décès attribuables au tabac devraient parallèlement augmenter de 5,4 millions en 2005 à 6,4 millions en 2015, et 8,3 millions en 2030. En 2015, le tabagisme tuera 50 % de sujets de plus que le VIH/sida, et sera directement responsable de 10 % des décès dans le monde, dont une forte proportion dans les PED qui voient augmenter régulièrement leur consommation de tabac (6).

L'épidémie de maladies non transmissibles dans les PED implique en outre un coût économique qui pourrait rapidement constituer un frein au développement débutant ou fragile de ces pays. Si rien n'est fait pour réduire le risque, on

estime à plus de 84 milliards de dollars US la perte de production économique liée seulement aux maladies cardiaques, aux AVC et au diabète entre 2006 et 2015 (1). Ainsi, pauvreté et maladies cardiovasculaires ont une relation de réciprocité : la pauvreté est un facteur fort de promotion des maladies cardiovasculaires, tandis que l'essor des maladies cardiovasculaires contribue grandement à la pauvreté (7).

Cette monographie tente de dresser un tour d'horizon des maladies non transmissibles et de leur évolution dans les PED, avec un regard tout particulier pour l'Afrique subsaharienne. Le concept de transition épidémiologique y est détaillé et actualisé. Les maladies cardiovasculaires sont largement abordées avec une réflexion sur l'évolution des facteurs de risque fondée sur l'analyse de l'étude Interheart, et une mise au point sur l'hypertension artérielle qui est le plus prévalent des facteurs de risque et cause majeure de morbidité en Afrique noire. Une étude dakaroise étudie le profil des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde à l'Hôpital Principal, et donne un aperçu des difficultés rencontrées dans la prise en charge de cette urgence médicale. Un travail vietnamien original évalue les facteurs de risque associés à l'athérome de l'aorte thoracique dans une capitale d'Asie du Sud-Est. Les causes non infectieuses d'insuffisance cardiaque en milieu tropical font l'objet d'une revue exhaustive, et les premières observations africaines de non compaction du ventricule gauche sont rapportées. Les cardiopathies rhumatismales, d'origine initialement infectieuse ne sont pas abordées ici. Une revue de la littérature est consacrée au grave problème des AVC dans le contexte africain, événements qui touchent des sujets relativement jeunes, cause importante de mortalité et de handicap. L'épilepsie, fréquente mais souvent négligée, est abordée dans ses particularités tropicales, avec la possibilité d'intégrer son dépistage et sa prise en charge dans le système de soins de santé primaire. Le diabète sucré en augmentation constante justifie la présence de deux revues dédiées au contexte de l'Afrique subsaharienne où plus qu'ailleurs les difficultés de prise en charge sont criantes. La pathologie cancéreuse est abordée par l'intermédiaire de l'étude des cancers bronchiques en Afrique, illustrant les difficultés de diagnostic et surtout de prise en charge thérapeutique de ces affections étroitement liées à l'intoxication tabagique. Le vieillissement des populations est abordé au travers de l'exemple de la cataracte, première cause de cécité dans le monde, illustrant l'enjeu d'un traitement basé sur le transfert et la diffusion des techniques chirurgicales modernes. La drépanocytose, hémoglobinopathie transmise génétiquement, continue d'affecter lourdement enfants et adultes jeunes à l'intérieur de la zone tropicale, et voit son pronostic amélioré par les modalités thérapeutiques récentes. L'idéal de beauté et sa quête suivant parfois des chemins détournés, les complications de la dépigmentation cosmétique en Afrique font l'objet d'un travail richement documenté. Enfin, les maladies liées à l'environnement et à la pollution sont illustrées par l'analyse de l'affaire des déchets toxiques déversés à Abidjan en 2006. Il s'agit d'un sujet d'importance

capitale au travers duquel sont intimement mêlées des questions tenant à l'écologie et à la préservation de l'environnement, et la santé des populations humaines. De plus en plus de preuves nous sont actuellement apportées, qui permettent d'établir un lien entre la pollution du milieu naturel et certaines maladies telles que les cancers ou les affections respiratoires et cardiovasculaires.

L'évolution apparemment inexorable des maladies non transmissibles constitue-t-elle une fatalité ? Des actions ciblées de santé publique sont certainement possibles et dépendent très largement d'une prise de conscience et d'une volonté des acteurs politiques. A cet égard, l'OMS a établi en 2005 un projet visant à diminuer de 2 % chaque année le taux des décès liés aux maladies non transmissibles. Par exemple, l'impact pour les PED d'une réduction de 15 % des apports en sel, et la mise en pratique des mesures préconisées par la convention de l'OMS pour le contrôle du tabagisme ont fait l'objet d'une modélisation. Sur une période de 10 ans (2006-2015), 13,8 millions de décès pourraient être évités par l'application de ces simples mesures (8). Le coût d'un tel programme est dérisoire au regard de l'enjeu : pour obtenir ce résultat, la somme modique de 0,40 dollar US par personne et par an devrait être investie dans les PED (8). La réalisation de l'objectif OMS de réduction additionnelle de 2 % chaque année des maladies non transmissibles permettrait d'éviter 24 millions de décès au cours des 10 années à venir. Des actions coordonnées efficaces sont donc envisageables pour essayer d'enrayer l'expansion des maladies non transmissibles qui accompagnent malheureusement le développement économique des pays les moins avancés, et tenter ainsi de freiner une évolution que Darwin et ses tenants n'avaient pas envisagée.

Ce travail est dédié à la mémoire du Docteur Mohamadou SANE

RÉFÉRENCES

- 1 - ABEGUNDE DO, MATHERS CD, ADAM T *et Coll* - The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007 ; **370** : 1929-38.
- 2 - GAZIANO T - Cardiovascular disease in the developing world and its cost-effective management. *Circulation* 2005 ; **112** : 3547-53.
- 3 - REDDY KS, SHAH B, VARGHESE C, RAMADOSS A - Responding to the challenge of chronic diseases in India. *Lancet* 2005 ; **366** : 1744-49.
- 4 - REDDY KS - India wakes up to the threat of cardiovascular diseases. *JACC* 2007 ; **50** : 1370-2.
- 5 - ZABSONRÉ P, SANOU G, AVANZINI F *et Coll* - Connaissance et perception des facteurs de risque cardiovasculaire en Afrique subsaharienne. *Arch Mal Cœur* 2002 ; **95** : 23-8.
- 6 - MATHERS CD, LONCAR D - Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006 ; **3** : e442.
- 7 - BEAGLEHOLE R, REDDY S, LEEDER S - Poverty and human development. The global implications of cardiovascular disease. *Circulation* 2007 ; **116** : 1871-73.
- 8 - ASARIA P, CHISHOLM D, MATHERS C *et Coll* - Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet* 2007 ; **370** : 2044-53.