

## La santé en Afrique : dynamiques et défis socio-territoriaux

### Health in Africa, dynamics and socio-territorial challenges

J.-M. Amat-Roze

Reçu le 16 décembre 2013 ; accepté le 26 juin 2014  
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

**Résumé** Parce qu'un état de santé est le produit d'une combinaison de facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, techniques, les valeurs des indicateurs de santé sont un observatoire du continent africain et de son milliard d'hommes dans toutes leurs dimensions. La lecture du programme du 9<sup>e</sup> Congrès international francophone de la Société de pathologie exotique est significative de l'état de l'Afrique en cette deuxième décennie du XXI<sup>e</sup> siècle. Les fléaux infectieux immémoriaux y côtoient des fièvres émergentes, mais le programme consacre aussi un large temps aux pathologies chroniques. Ce kaléidoscope invite à discuter le concept de *transition épidémiologique* porté en titre du Congrès. Quelle est sa signification quand les ordres de grandeur des valeurs des indicateurs de santé n'ont jamais été aussi distendus et sont devenus les plus contrastés du monde, à toutes les échelles d'observation ? Quelle est sa signification quand, en Afrique noire, à la différence des processus observés dans les pays qui formaient le Tiers monde en 1950, l'évolution observée depuis cinq décennies est chaotique, faite d'une succession d'avancées, de progrès, de blocages, voire de marches arrière, expression originale de la *transition sanitaire*, processus qui englobe l'évolution de l'état sanitaire et les réponses des Etats et des sociétés. La géographie des valeurs des indicateurs montre les dynamiques socio-territoriales à l'œuvre, qui placent les sociétés dans des systèmes plus ou moins protecteurs pour leur santé. Plus que jamais, des mondes divers côtoient une somme de défis, dont celui d'améliorer la connaissance des besoins de santé, à échelle relativement fine pour éviter généralisations et amalgames, et cibler des priorités de santé selon les contextes socio-territoriaux.

**Mots clés** Santé · Transition épidémiologique · Transition sanitaire · Afrique

**Abstract** Because health is the product of a combination of political, economic, social, cultural, technical factors, the values of the indicators of health are an observatory of the African continent and its billion people in all their dimensions. So, the reading of the program of the 9<sup>th</sup> French-speaking international Congress of the Society of Exotic Pathology is significant of the state of Africa in this second decade of the 21<sup>th</sup> century. The age-old infectious plagues go alongside to emergent fevers there, but the program also dedicates a wide time to the chronic pathologies. This kaleidoscope invites to discuss the concept of epidemiological transition chosen by the Congress. What is its meaning when the order of magnitude of the values of the indicators of health was distended never also and became the most contrasted by the world, in all the scales of observation? Which is its meaning when, in Black Africa, unlike the processes observed in the countries which formed the Third World in 1950, the evolution observed for the last five decades is chaotic, made by a succession of advances, by a progress, by blockings, even by walking back, original expression of the health transition, the process which includes the evolution of the health and the answers of States and societies. The geography of the values of indicators shows the socio-territorial dynamics in process, which place societies in more or less protective systems for their health. More than ever, diverse worlds are next to a sum of challenges, of which that to improve the knowledge of the needs for health, in relatively fine scale to avoid generalizations and amalgams, and target priorities of health according to the socio-territorial contexts.

**Keywords** Health · Epidemiological transition · Health transition · Africa

### Introduction

La Société de pathologie exotique a choisi pour son 9<sup>ème</sup> Congrès international francophone de s'appuyer sur le concept de transition épidémiologique.

J.-M. Amat-Roze (✉)  
Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne,  
61, avenue du Général de Gaulle, 94010 Créteil cedex France  
e-mail : jmjpamat@club-internet.fr

Cette communication a pour objectif d'apporter un cadrage général. Elle s'appuie ainsi sur le programme du Congrès et est articulée sur deux questions : la transition épidémiologique : où en est l'Afrique ? Quelles réponses pour les systèmes de santé ?

Voilà un peu plus de 30 ans que ce concept est usité. En 1971, le démographe Abdel Omran, professeur aux Etats-Unis, observant l'effacement massif des décès dus aux maladies infectieuses, notamment aux jeunes âges, au profit des maladies chroniques et dégénératives en lien avec l'augmentation de la longévité, définissait un processus d'évolution à valeur universelle, qui accompagnait la transition démographique, celle-ci caractérisée par le passage d'une mortalité et natalité élevées à une natalité et mortalité basses [8]. Depuis, d'autres transitions ont été définies, transition nutritionnelle, transition sanitaire, toutes associées à un schéma de convergence d'évolutions. La transition sanitaire, conceptualisée par Julio Frenk et al en 1991, est plus large que la transition épidémiologique puisqu'elle combine celle-ci avec l'ensemble des transformations en œuvre dans les sociétés humaines, dont les capacités de ripostes aux problèmes relatifs à la santé [3,5]. C'est le concept que nous adopterons, tant un état de santé est un observatoire des sociétés humaines dans toutes leurs dimensions associées et intriquées. Un état de santé est un produit, résultat d'une construction individuelle et collective.

Une remarque à la lecture du titre du Congrès : selon les documents informatifs, *transition épidémiologique* est au singulier ou au pluriel. Cette alternative est intéressante et significative de la lecture contemporaine du concept de transition, quatre décennies après Omran. Le processus garde sa valeur universelle, mais la convergence rapide vers un niveau maximum d'espérance de vie n'a pas suivi. En 1971, Abdel Omran conceptualisa la transition épidémiologique dans un contexte inédit de l'histoire de l'humanité. On ne peut pas comprendre l'émergence de ce concept sans l'adosser au contexte des années 1970 dans les premiers pays industrialisés : l'aboutissement d'un siècle de progrès scientifiques continus. Les applications, dans le sillage du cortège des découvertes de la Révolution industrielle, s'y sont traduites par une véritable révolution sanitaire et démographique voyant l'effacement des maladies infectieuses. Mais les décennies suivantes ont fracturé la théorie, conduisant même des auteurs à parler de son échec, tant elle a été contredite par des faits [20]. A sa décharge, Abdel Omran pouvait-il, en 1970, anticiper le retour des maladies infectieuses portées par des phénomènes d'émergence, dont la fulgurante pandémie du VIH sida, ou encore, les effets des choix politiques et économiques de l'Union soviétique sur la prise en charge des affections chroniques porteuses potentielles de cancers ou d'accidents cardiovasculaires ? Transition vient du latin *transitio* qui signifie passage, et sur terre tout est passage. L'histoire de l'humanité n'est qu'une succession de transitions à pas de temps varia-

bles. La transition sanitaire, des sociétés l'ont réalisée en mode accéléré, alors que le processus européen s'est déroulé sur un siècle. C'est le cas des sociétés d'Asie orientale de pays dénommés « les dragons », sociétés réceptives aux innovations des pays pionniers de la transition sanitaire, soutenues par les politiques publiques mises en œuvre, en particulier la scolarisation, des politiques sanitaires, le progrès social, l'évolution du statut de la femme. Chez d'autres, le processus s'est interrompu, ainsi dans les pays communistes paralysés par le choix d'une économie de guerre. La diversité des situations prévaut aujourd'hui. Le monde est un village mais, au regard des conditions de vie et des besoins de santé, un village fragmenté à l'extrême, d'où l'importance du choix de l'échelle d'observation pour établir des diagnostics afin d'optimiser les stratégies d'action.

### Où se situe l'Afrique ?

Nous pourrions, pour répondre à cette question nous appuyer sur des indicateurs de santé dont les valeurs sont régulièrement actualisées et diffusées dans les publications d'organismes internationaux, ou sur les données des « observatoires de populations et de santé » [4,7,20]. Les suivis de ces observatoires développés depuis les années 1980 permettent de lire des évolutions et des disparités à échelle relativement fine, et le Sénégal est bien doté en disposant de trois sites, Bandafassi, Niakhar, Mlomp. La santé maternelle et la population des moins de cinq ans y sont privilégiées. Atout, les valeurs des indicateurs de santé de ces populations sont d'excellents révélateurs des conditions politiques, économiques, sociales dans lesquelles elles vivent.

Pour répondre à la question *où se situe l'Afrique*, nous faisons le choix de nous appuyer sur un sondage grandeur nature, celui que représentent les propositions de communications adressées au comité scientifique du Congrès, en suivant les trois rubriques « maladies infectieuses », « pathologies chroniques », « systèmes de santé », soit sur 130 projets de communications. Le champ des maladies infectieuses l'emporte très largement avec plus de 60 propositions, les affections chroniques et les systèmes de santé se partageant pratiquement à égalité les 70 restants.

Dans le registre des maladies infectieuses, le paludisme est surreprésenté (plus du tiers), suivi par le VIH sida et la tuberculose. En association avec l'accès aux antirétroviraux (ARV) et le syndrome de reconstitution immunitaire, relevons que toxoplasmose et leishmaniose font chacune l'objet de deux dépôts de communications. De vieux fléaux, comme la fièvre jaune ou la lèpre, demeurent d'actualité. Notons que l'actualité de la fièvre jaune est plus le fait d'une combinaison de facteurs : niveau de la couverture vaccinale, mobilité des populations, dynamiques des modalités de contact homme vecteur, régionalement désordres politiques, comme

dans la région du grand Darfour lors de la flambée épidémique de novembre 2012, que du changement climatique, comme il est trop souvent évoqué. Les diarrhées, les helminthoses, des arboviroses émergentes, dont la dengue, les méningites aussi présentes, illustrent la largeur du spectre infectieux de l'Afrique contemporaine.

Le registre des affections chroniques attire l'attention sur de vieux fardeaux comme la malnutrition des enfants ou les hémoglobinopathies. Mais on y relève aussi l'affirmation d'affections entrées davantage dans le champ des préoccupations, en lien avec l'accès aux ARV et ce syndrome de reconstitution immunitaire, en particulier des mycoses profondes. Dans ce registre des affections chroniques, le spectre s'est aussi largement élargi, symptomatique des dynamiques démographiques et sociétales en cours avec des propositions de communications sur des cancers, broncho-pulmonaires, du sein, mais aussi le diabète, les maladies cardio-vasculaires, des pathologies iatrogènes, et des addictions, tabagisme, usages de drogues injectables dont les incidences sont fortes chez les jeunes adultes urbains.

Quant au système de santé, paludisme, VIH sida, médecine générale communautaire voisinent aussi avec des sujets plus neufs comme la surveillance sentinelle de la grippe, des enjeux : prise en charge des maladies non transmissibles, des patients du 3<sup>ème</sup> âge, des ressources humaines en santé, ou la mobilisation de moyens innovants, tels que le dispositif du réseau ouest africain des laboratoires ou l'écoute téléphonique comme moyen d'information et de communication.

Le Maghreb est présent avec 12 propositions dont 5 portent sur des dermatoses, 3 sur des abcès du foie.

Cet échantillon spontané de 130 projets de communications paraît fort éclairant. A l'échelle du continent, l'Afrique du Nord expose, mais sur un très petit nombre de propositions, des préoccupations ciblées, au contraire du très large spectre de l'Afrique noire.

L'Afrique du Nord appartient au groupe de pays à très faible mortalité (taux de mortalité générale : 5 à 6 ‰). Ces pays ont accompli leur transition sanitaire en deux générations. Leur situation actuelle est très favorable, avec des populations encore jeunes dans les tranches de vie de la bonne santé.

Avec le vieillissement démographique, ils devront, comme les vieux pays industrialisés, faire face aux problèmes de santé publique que posent les affections chroniques, les accidents cardio-vasculaires, les cancers et la croissance des affections du grand âge [18,19]. Et le vieillissement de ces pays sera brutal, comme le fut la baisse de la fécondité. Après 50 années d'évolution très positive ces Etats feront-ils face ? Lutter contre ces registres sanitaires implique de mettre en place des politiques de santé plus coûteuses et sur le long terme, et dont l'ennemi – encore plus que pour soigner une affection bactérienne — est l'instabilité politique. Cette incertitude peut s'avérer fêlure ou fracture, et créer une déviation par rapport au schéma classique de la transition sanitaire. Comment ne

pas faire un parallèle avec la fracture du processus de transition sanitaire liée aux années d'économie de guerre et d'effondrement de l'URSS, et les instabilités politiques nées du *Printemps arabe* ?

Le large spectre des communications proposées montre que l'Afrique noire doit se battre sur tous les fronts sanitaires. Ce vaste ensemble régional qui tend vers le point X, croisement des courbes de la transition, doit, de ce fait, agir simultanément sur les maladies infectieuses et l'incidence croissante des affections chroniques et leurs conséquences. La charge est double. Aux risques liés aux conditions de vie s'ajoutent des risques croissants liés aux gains de longévité et aux modes de vie.

Si l'on fait appel aux données des organismes internationaux, d'après l'OMS, en Afrique subsaharienne (les pourcentages sont arrondis) près de 64 % des 11 millions de décès sont imputables aux maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles, 27 % sont dus à des maladies non transmissibles et 7 % aux traumatismes [9]. Cette proportion est originale dans le monde à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, même si on doit poser l'hypothèse que la connaissance des affections non transmissibles est minorée faute de diagnostic et (ou) de notification. Au cours des décennies 1950 et 1960, il était admis que leurs dynamiques conduiraient les pays en développement à converger vers un rattrapage à court ou moyen terme des pays industrialisés, suivant le modèle de l'effacement des maladies infectieuses « au profit » des maladies non transmissibles. Or, le groupe de pays appelé Tiers Monde a éclaté, certains pays parcourant en 3 ou 4 décennies autant de chemin que les pays industrialisés, comme on a pu l'observer dans des pays de l'Asie orientale, au Maghreb ou à l'île Maurice. Tout en participant à ce mouvement général, l'Afrique subsaharienne a été distancée, creusant l'écart avec les autres régions du bloc Tiers monde des années 1950. Des progrès plus lents et plus irréguliers placent aujourd'hui l'Afrique noire dans une position singulière. L'irrégularité des progrès n'est pas développée ici ; les travaux de France Meslé, directrice de recherche à l'INED, font référence. Quelles que soient les latitudes subsahariennes, mais à des degrés divers selon les pays, une fracture s'est produite au cours des décennies 1970-1980-1990. Pour autant que les estimations fassent sens, les décennies 1980 et 1990 sont marquées par un ralentissement de la baisse des taux de mortalité, voire une inversion de tendance brutale dans certains pays. Ces décennies virent des agents de détérioration de l'état sanitaire briser une évolution que l'on imaginait ne devoir être que favorable quelques années auparavant [1,2].

### Facteurs de détérioration de l'état sanitaire entre 1970 et 2000

- 1970 : choléra ;
- 1976 : fièvre d'Ebola ;

- 1978 : chloroquinorésistance (façade orientale) ;
- décennie 1980 : VIH/sida en Afrique centrale, orientale, occidentale ;

Décennie 1990 :

- VIH/sida en Afrique australe ;
- recrudescence de grands fléaux historiques, trypanosomose humaine africaine, fièvre jaune ;
- bouffées épidémiques de méningites à méningocoques ;
- extension de la schistosomose intestinale ;
- chute de la couverture vaccinale ;
- déficiences des structures de soins publiques ;
- crises alimentaires ;
- instabilités politiques, conflits.

## Quelles réponses pour les systèmes de santé ?

Devant les signaux de dégradation des valeurs d'indicateurs de santé, certains portés par de puissants programmes, le Programme élargi de vaccination (PEV) par exemple, les années 2000 sont celles d'un sursaut par des engagements internationaux innovants. Ce sont les *Alliances mondiales*, pour lutter par la prévention (vaccination, dépistage) et le soin. L'Afrique subsaharienne est la première bénéficiaire de ces alliances. Les résultats sont là : gros progrès de la couverture vaccinale, accès aux ARV, etc. Mais ces programmes dits « verticaux » soulèvent, à côté de problèmes de dépendance financière et de durabilité des financements, un problème d'équilibre entre de gros financements concentrés sur une cause et d'autres besoins qui demeurent au premier plan de la morbidité, comme les maladies liées à l'eau, relevant avant tout de l'amélioration des conditions de vie et de l'éducation. Les risques sanitaires d'origine hydrique dépendent à la fois du collectif et de l'individuel et les maladies expriment des manques : déficit d'aménagements, d'assainissement, carences de gestion de la filière eau, manque d'éducation, de revenus, de soins.

Depuis 1986, s'affirme le concept de « promotion de la santé », défini comme suit par l'OMS : *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* [10]. La volonté est de rechercher des stratégies novatrices. Il se traduit par de grandes conférences mondiales et une succession de chartes et de déclarations [11-15] (Tableau 1).

Des déclinaisons régionales sont conduites sous l'égide des Comités régionaux de l'OMS ; elles font l'objet d'évaluation. En 2011 le Rapport de situation présenté lors de la 61<sup>e</sup> session du Comité régional Afrique [17] relève entre autres : « l'implication limitée des divers acteurs (groupes communautaires, société civile, universitaires, partenaires au développement), l'application limitée de la recherche

**Tableau 1** La promotion de la santé : conférences mondiales / *World conferences on health promotion.*

1986 : la Charte d'Ottawa, première conférence
1988 : les recommandations d'Adélaïde pour une politique publique saine
1991 : la Déclaration de Sundsvall (Suède) sur des environnements favorables à la santé
1997 : la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au 21 <sup>e</sup> siècle souligne le rôle de l'environnement et des cadres de vie
2000 : la Déclaration de Mexico met l'accent sur le support social, facteur de protection des individus
2005 : la Déclaration de Bangkok promeut l'action sur les déterminants en associant les acteurs du secteur public aux sociétés et l'usage des NTIC
2009 : l'Appel à l'action de Nairobi affirme l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en collaboration multisectorielle.

qualitative et quantitative pour suivre les progrès réalisés et évaluer les interventions ». Le concept de « Promotion de la santé » est porteur de grandes conférences mondiales qui tracent un chemin, mais le décalage demeure entre la théorie et la pratique.

En cette année 2013, selon le Fonds monétaire international (FMI), l'Afrique subsaharienne est l'ensemble régional qui affiche la deuxième croissance économique la plus forte au monde (derrière la Chine), mais certes de manière très contrastée. Reconnaissance de cette vigueur économique, l'Afrique du Sud fut intégrée au groupe des pays émergents au sommet des BRICS de Sanya en Chine en 2011 ; néanmoins, la moitié de la population y reste en dessous du seuil de pauvreté. Une nouvelle vague d'émergents potentiels se profile : Ghana, Botswana, Zambie, Mozambique, Zimbabwe, Nigeria avec des taux de croissance de 7 % [6]. Leurs sociétés sont en évolution rapide marquée par une urbanisation accélérée et un contraste entre les élites mondialisées et une masse qui demeure dans la pauvreté. Ces Etats ont des cartes en main pour que la croissance soit mise au service du développement humain pour le plus grand nombre. Car, comme observé sous toutes les latitudes et dans tous les territoires, ruraux comme urbains, ce sont les populations les plus démunies — qu'on dénomme « les pauvres » — et parmi les pauvres, les femmes et les enfants, qui sont le plus exposées au déficit des conditions et ressources préalables à la santé, déficit nourrissant le fardeau des maladies transmissibles. Le docteur Gro Harlem Brundtland, directrice de l'OMS de 1998 à 2006 écrivait dans le *Rapport sur la santé dans le monde* de 2002 « Le monde vit dangereusement, soit parce qu'il ne peut guère faire autrement, soit parce qu'il fait les mauvais choix en matière de consommation et

d'activités. » Les populations démunies vivent dangereusement parce qu'elles ne peuvent guère faire autrement.

Ce sont en réalité les huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) qu'il faut faire progresser ensemble pour amplifier les acquis de la décennie 2000 (Tableau 2).

L'amélioration de la santé passe par un développement global. Le soin n'en est qu'un élément. Mieux se porter passe par une stratégie multisectorielle, comme le soulignait avec insistance l'*Appel à l'action* de Nairobi en 2009 [15]. Une prévalence ou une incidence sont des observatoires des sociétés à un moment donné et en un lieu donné. Aussi, tout raisonnement portant exclusivement sur l'addition de peuplements disparates, aux évolutions et comportements disparates, trouverait très vite ses limites. Une stratégie répond à ce danger des amalgames, la territorialisation de la santé, c'est-à-dire la saisie de celle-ci à partir des réalités spatiales et des processus liés. Les géographes s'y investissent. Cela signifie changer d'échelles, mobiliser des données hors du champ médical *stricto sensu* et donc ouvrir le dialogue à d'autres voix scientifiques et développer de nouveaux protocoles d'étude — rappelons que c'est le souhait du *Rapport de situation* présenté lors de la 61<sup>e</sup> session du Comité régional Afrique en 2011 [17]. En France, une loi appliquée depuis 2010 conforte cette démarche, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Un mot lourd de sens s'est imposé, « territoire », mot clé des géographes. Il marque une rupture dans les façons d'aborder la santé, surtout dans notre pays qui baigne dans une culture de médecine curative, rupture traduite par des expressions devenues courantes : « diagnostic territorial », « contrat local de santé ». Les

municipalités s'investissent pour promouvoir ces études à grande échelle destinées à définir des stratégies d'action adaptées aux contextes socio-territoriaux. « *Small is beautiful* » loin, très loin des grandes conférences des organismes internationaux. N'opposons cependant pas ces deux échelles, il faut les associer, mais reconnaissons que dans un monde aux dynamiques socio-territoriales de plus en plus fragmentées, et ce sur de courtes distances comme on peut l'observer dans les agglomérations urbaines, les démarches à grande échelle ne peuvent que prendre de l'importance. Mieux voir, de près, pour agir mieux.

Des communications proposées au comité scientifique du Congrès vont dans ce sens. Par exemple, celle relative aux causes de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans une commune rurale du sud de la Mauritanie. Le précis travail de terrain permet de diagnostiquer les vrais facteurs de l'état de malnutrition bousculant l'association courante : déficits alimentaires entraînent malnutrition. Cet exemple montre la nécessité de travailler dans une perception globale pour établir un diagnostic avant d'engager des financements, comme le rappelle le rapport de l'OMS « Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la Région africaine (2012) [16]. Mieux voir, de près, pour agir mieux.

À l'heure des discussions pour une couverture sanitaire universelle, il est prioritaire et urgent pour que ce défi en enjeu soit soutenable, de promouvoir la prévention et la promotion de la santé, et les premières armes en sont les politiques d'amélioration des conditions de vie et d'éducation.

## Conclusion

Nouveaux pays émergents d'un côté, persistance de Pays les moins avancés (PMA) de l'autre, arc d'instabilité saharosahélien, « somalisation » de la République centrafricaine, incertitudes égyptienne, libyenne, tunisienne traduisent la diversité des dynamiques en cours sur le continent aux 54 Etats, au-delà des contrastes très clivant entre les façades nord et sud du Sahara : la transition sanitaire accomplie au nord, en cours au sud, le vieillissement démographique de l'Afrique du Nord et l'immense jeunesse de l'Afrique subsaharienne — selon les Nations unies, 36 pays d'Afrique noire comptent plus de 40 % de moins de 15 ans, jusqu'à 50 % pour quelques uns. L'Afrique est faite d'Afriques, qui se côtoient, d'une frontière à l'autre, d'une région à l'autre, d'un quartier à l'autre. Mais, partout, il n'y a qu'une conception de la santé qui vaille, celle officiellement affirmée il y a 35 ans. Où ? à Alma Ata. Cette conférence trop souvent réduite aux stratégies des soins de santé primaires promouvait la dimension globale de la santé : techniques médicales simples, accompagnées du développement des productions vivrières, de l'accès à l'eau potable, de l'instruction, de l'amélioration du statut des

**Tableau 2** Sommet du Millénaire, septembre 2000, New York. Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) / *Millennium Summit, September 2000, New York. Millennium Development Goals (MDGs)*.

- Objectif 1 : Faire disparaître l'extrême pauvreté et la faim
- Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous
- Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Objectif 4 : Réduire la mortalité des moins de 5 ans
- Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle
- Objectif 6 : Lutter contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
- Objectif 7 : Assurer un environnement durable, dont :
  - . cible 10 : réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population privée d'un accès régulier à l'eau potable et à l'assainissement
  - . cible 11 : parvenir, d'ici à 2020, à améliorer la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis
- Les OMD s'inscrivent dans le développement préalable à la durabilité

femmes. Son application demeure d'actualité pour de nombreuses sociétés subsahariennes, même si des dynamiques et des actions favorables à la santé ont été relevées en grand nombre ces dernières années, comme en témoignent de nombreuses communications proposées à ce 9<sup>e</sup> Congrès.

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Amat-Roze J-M (2012) Géographie tropicale. Chapitre 1. In: Médecine tropicale ss la dir M. Gentilini, 6<sup>e</sup> édition, Paris, Ed Lavoisier, pp 3-26
2. Amat-Roze J-M (2003) L'infection à VIH-sida en Afrique, propos géographiques. In: Tragédies africaines, n° 111, revue Hérodote, pp 117-155
3. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, et al (1991) Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev.* 1991 Apr;1(1):21-38
4. Guyavarch E (2007) En Afrique, des suivis de population sur le terrain pour mieux saisir les tendances démographiques. Ined, *Populations et Sociétés*, n° 433.
5. Meslé F, Vallin J (1998) Développement économique et espérance de vie : la transition sanitaire au tournant des années soixante. In: Congrès international de la population, Montréal 1993, vol 2, pp. 365-382. Liège, UIESP éd., 493p
6. Morel P (2012) Les pays émergents : une lecture politique. *Bulletin de l'académie des Sciences morales et politiques* 3: 45-61
7. Nations unies (2011) Division de la Population, *World Population Prospects: the 2010 Revision*
8. Omran A (2005) The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. *Milbank Q* 83(4): 731-57
9. OMS/Afro (2011) Plan stratégique pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2011 – 2015. OMS Afro, Brazzaville, Congo
10. OMS (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa, Canada
11. OMS (1991) Déclaration de Sundsvall sur des milieux favorables à la santé. OMS, Genève, Suisse
12. OMS (1997) La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI<sup>e</sup> siècle. OMS, Genève, Suisse
13. OMS (2000) La Déclaration de Mexico sur la promotion de la santé, OMS, Genève, Suisse
14. OMS (2005) La Déclaration de Bangkok sur la promotion de la santé, OMS, Genève, Suisse
15. OMS (2009) Appel à l'action de Nairobi pour combler le fossé de la mise en œuvre en matière de promotion de la santé. 7<sup>ème</sup> conférence mondiale sur la promotion de la santé. Nairobi, Kenya
16. OMS (2012) Agir sur les principaux déterminants de la santé : une stratégie pour la Région africaine (AFR/RC60/3). Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique. Brazzaville, Congo.
17. OMS (2012) Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale de promotion de la santé (document AFR/RC61/PR/4). Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, Congo
18. Pison G (2009) Atlas de la population mondiale. Faut-il craindre la croissance démographique et le vieillissement. Paris, Editions Autrement. 80p
19. Pison G (2011) Tous les pays du monde, *Population & Sociétés* 480:1-8
20. Vallin J, Meslé F (2004) Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition. *Demographic Research* S2:11-44