

MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Les maladies non transmissibles

Actualités 2024

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Mise à jour le 29/11/2024.

www.medecineticale.com

Synonymes : maladies chroniques, maladies dégénératives, maladies non contagieuses, maladies des pays industrialisés, maladies de société, maladies de la civilisation, maladies liées au mode de vie, maladies sans microbe.

1. Introduction

Les quatre principales maladies non transmissibles (MNT) sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires chroniques.

1.1. Un peu d'histoire

En 1971, la théorie de la transition épidémiologique d'Omran a constitué la première tentative d'explication des progrès de la santé publique réalisés depuis le XXIII^e siècle dans les pays du nord. Selon Omran, le processus de modernisation se déroule dans toutes les sociétés en « trois âges » : « l'âge des pestes et de la famine » au cours duquel la mortalité est forte et fluctuante, avec une espérance de vie moyenne inférieure à 30 ans, « l'âge du recul des pandémies » au cours duquel l'âge de vie augmente considérablement, passant de moins 30 à plus de 50 ans, et « l'âge des maladies dégénératives et des maladies de société » au cours duquel le rythme de la baisse de la mortalité s'amortit en même temps que la disparition des maladies infectieuses augmente la visibilité des maladies dégénératives et que les maladies de société deviennent de plus en plus fréquentes.

Sans remettre en question sur le fond la théorie de la transition épidémiologique d'Omran, Olshansky et Ault ont introduit en 1986 l'idée d'une quatrième phase, « l'âge du report des maladies dégénératives », au cours de laquelle le niveau du maximum vers lequel convergent les espérances de vie augmenterait du fait de progrès dans le traitement des maladies cardiovasculaires. En 1990, Olshansky et Ault ont fixé ce nouveau maximum à 85 ans, identique à celui que les Nations Unies ont retenu à la fin des années 1980 pour tous les pays.

En 2000, Meslé et Vallin ont proposé de fondre la troisième phase d'Omran avec la quatrième phase d'Olshansky et Ault en une nouvelle phase, dite de l'« âge de la conquête de l'étendue de la vie », le concept de transition épidémiologique pouvant être remplacé par la notion plus large de transition sanitaire.

Dans les pays industrialisés, l'essentiel des progrès a été obtenu jusqu'en 1970 par la chute de la mortalité infantile qui était due aux maladies infectieuses, grâce en particulier aux vaccinations, mais aussi aux progrès de l'hygiène et de l'alimentation. Ce progrès considérable dans l'espérance de vie a été étendu au XX^e siècle au reste du monde. Le programme élargi de vaccinations a été lancé par l'OMS en 1974. Des campagnes d'éradication ciblées sur les principales endémies ont été organisées, permettant l'éradication de la variole en 1979. Grâce aux mesures de lutte contre les vecteurs et à la protection médicamenteuse des populations, des succès ont été observés dans l'éradication du paludisme autochtone, comme à La Réunion en 1979.

Une fois, les maladies infectieuses « jugulées » dans les pays les plus avancés, les politiques de

santé se sont attaquées au contrôle des maladies dites dégénératives, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers. Cette mutation sanitaire n'a pu se réaliser que grâce au développement économique et social qui a été atteint à partir des années 1970 dans la plupart des pays du nord. Le développement économique et social a ensuite débuté dans certains pays du Sud, en particulier en Asie, mais a été freiné au milieu des années 80 en Afrique sub-saharienne par l'épidémie du sida.

1.2. Les MNT, un des grands défis du XXI^e siècle

L'espérance de vie a augmenté de 5 ans et demi entre 2000 et 2015, soit la hausse la plus rapide depuis les années 1960. À l'échelle mondiale, l'espérance de vie pour les enfants nés en 2015 était de 71,4 ans, elle était d'au moins 80 ans dans les pays à haut revenu alors qu'elle n'était que de 60 ans en Afrique, bien que l'espérance de vie ait gagné 9,4 ans en Afrique entre 2000 et 2015. Dans ce contexte d'allongement de la durée de vie, les MNT sont devenues l'un des grands défis du XXI^e siècle. Elles sont devenues la première cause de décès, à l'origine en 2012 de 38 millions (68 %) des 56 millions de décès dans le monde. Plus de 40 % de ces décès (16 millions) étaient prématurés, c'est-à-dire qu'ils survenaient avant 70 ans. Près des trois quart des décès (28 millions), ainsi que la majorité des décès prématurés (82 %) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'évolution apparemment inexorable des MNT a conduit l'OMS à établir un Plan d'action mondial 2013-2020 pour réduire la charge des MNT avec cinq cibles volontaires à atteindre d'ici 2025 :

- réduction relative de 25 %, d'ici 2015, de la mortalité globale imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques,
- arrêt de l'augmentation du diabète et de l'obésité,
- au moins 50 % des personnes remplissant les critères reçoivent un traitement médicamenteux (y compris pour le contrôle de la glycémie) et des conseils pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux,
- disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels, y compris génériques, nécessaires pour traiter les principales MNT (y compris le diabète) dans les établissements publics et privés,
- et réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus.

En 2019, avant la pandémie de la COVID-19, on notait une diminution notable de la prévalence des maladies chroniques, particulièrement des maladies cardio-vasculaires, des pathologies respiratoires chroniques et de certains cancers, D'autres MNT, comme la maladie d'Alzheimer, étaient par contre, en augmentation.

La COVID-19 a, dès 2020, gravement perturbé les services de prévention et de traitement des MNT, et si l'impact a été mondial, ce sont les pays à faible revenu qui ont été les plus touchés.

En 2022, après plus de deux ans à se consacrer presque exclusivement à la pandémie de la COVID 19, l'OMS s'est consacrée à d'autres problèmes sanitaires et notamment aux MNT. L'OMS a décidé de « balayer » un champ plus large en ajoutant pour la première fois la santé bucco-dentaire. Mais, son programme le plus ambitieux concerne la lutte contre le diabète et contre l'obésité.

2. La transition sanitaire en Afrique.

Même si les progrès sanitaires concernent actuellement l'ensemble de la planète, les inégalités en matière de santé demeurent, voire s'aggravent. Les pays du Sud, en particulier ceux situés en Afrique sub-saharienne, ont connu, à la fin du XX^e siècle, un rythme plus lent d'accroissement de l'espérance de vie que les pays du Nord. Pour certains d'entre eux, la mortalité s'est même remise à augmenter, souvent de façon dramatique, sous l'effet de l'épidémie de sida.

Dans les pays industrialisés, l'essentiel des progrès en matière de santé était dû à la quasi-éradication de la mortalité infectieuse, dans un contexte général de développement économique et social. Puis, la baisse de la mortalité s'est poursuivie dans les pays les plus avancés grâce au

contrôle des maladies chroniques, ou maladies non transmissibles ;

Dans les pays en développement, et surtout en Afrique, malgré des succès dans la lutte contre les maladies infectieuses et notamment les maladies tropicales, comme le paludisme, l'irruption du sida a conduit à l'effondrement brutal de l'espérance de vie. Tel a été le cas, par exemple de la Zambie qui a perdu 11 ans d'espérance de vie entre 1980-1985 et 1995-2000 ou du Zimbabwe, qui, dans le même temps en a perdu presque 17.

Aucun pays d'Afrique sub-saharienne n'a connu une forte élévation de son espérance de vie, à l'instar d'autres pays en développement comme les pays d'Afrique du Nord. La crise économique qui a frappé de plein fouet l'Afrique subsaharienne à partir des années 1980 ; le terrorisme au Sahel depuis 2012 (Mali, Burkina-Faso, Nord du Nigeria), puis plus récemment en RDC et au Mozambique ; font que ces pays n'ont pas achevé la transition sanitaire et que la situation est très hétérogène selon les pays.

Ainsi, dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, les maladies chroniques s'ajoutent aux maladies infectieuses et la gravité de l'émergence rapide des maladies chroniques font que la situation sanitaire, aggravée par la pandémie de la COVID-19, est de plus en plus préoccupante.

3. Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) tuent chaque année 41 millions de personnes, ce qui représente 74 % des décès dans le monde. Chaque année, 17 millions de personnes, âgées de 30 à 69 ans, meurent d'une MNT. 77% de ces décès « prématurés » surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les maladies cardiovasculaires sont responsables du plus grand nombre de décès dus aux MNT (17,9 millions par an), suivies des cancers (9,3 millions), des maladies respiratoires (4,1 millions) et du diabète (2,0 million). Ces quatre groupes de maladies représentent plus de 80 % de tous les décès prématurés dus aux MNT. Or, ces maladies sont évitables. On peut agir sur les facteurs de risque : le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool, le poids et le mode d'alimentation qui ont un impact sur l'espérance de vie et sur l'apparition des maladies chroniques. La détection, le dépistage et le traitement, ainsi que les soins palliatifs, sont des éléments clés de la riposte face aux MNT.

3.1. Les maladies cardiovasculaires

L'épidémiologie montre que les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont au centre de la transition sanitaire. Elles sont la première cause de mortalité dans le monde. Les chiffres de l'OMS datent de 2017. Le nombre de décès imputables aux MCV était estimé en 2017 à 17,7 millions, soit 31 % de la mortalité mondiale totale, alors qu'au début du XX^e siècle elles étaient responsables de moins de 10 % des décès. Plus des ¾ des décès liés aux MCV interviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ces pays, la mortalité par MCV représente actuellement plus de 20 % de la mortalité générale et le taux de prévalence de la maladie coronaire et des accidents vasculaires cérébraux rejoint celui des maladies infectieuses et nutritionnelles. L'Asie, qui connaît une forte croissance économique, est particulièrement concernée. L'Inde en particulier doit faire face à une rapide augmentation des MCV, devenues la première cause de mortalité dans ce pays. Il y a une modification de la répartition nosologique des MCV dans les pays à revenu moyen ou faible. Si les cardiopathies rhumatismales restent importantes, l'hypertension artérielle représente 20 à 30 % des admissions hospitalières, la maladie coronaire, longtemps considérée comme rare chez les populations noires d'Afrique, connaît une progression régulière et les cardiomyopathies primitives occupent une place importante. Ce profil épidémiologique a de nombreuses explications : l'urbanisation rapide et mal contrôlée, le triptyque « obésité, syndrome métabolique, diabète », l'excès de sel dans l'alimentation, le tabagisme. De plus, l'accès aux structures de soins reste difficile, la prévention est insuffisante comme en témoigne la persistance des cardiopathies rhumatismales.

Les cinq facteurs de risque modifiables permettant d'éviter la moitié des MCV sont : l'indice de masse corporelle, la pression artérielle systolique, le taux de cholestérol des lipoprotéines de basse densité, le tabagisme et le diabète. Les associations entre les facteurs de risque et les MCV varient selon la zone géographique, l'âge et le sexe.

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur dans le monde. Les PED sont particulièrement concernés : en 2025, les trois-quarts de la population mondiale hypertendue vivra dans les pays du sud. Sa prévalence y est croissante et parallèle à l'urbanisation, aux changements de mode de vie et à ses conséquences. L'HTA est un problème de santé publique en raison de sa fréquence et de ses complications cardiaques (insuffisance cardiaque par cardiomyopathie hypertensive), neurologiques (accidents vasculaires cérébraux), rénales (insuffisance rénale terminale).

Les mesures hygiéno-diététiques (régime hyposodé avec moins de 6 g de sel par jour, lutte contre l'obésité, suppression de l'alcool, du tabac) et l'activité physique sont des objectifs prioritaires.

D'après un rapport de l'OMS, l'alcool tue 2,6 millions de personnes dans le monde chaque année, soit 4,7 % des décès. Les hommes représentent les trois quart de ces décès. Dans le monde, 209 millions de personnes sont dépendantes de l'alcool. La consommation annuelle individuelle est de 5,5 litres d'alcool par an; en légère baisse depuis 2010. Elle est la plus forte en Europe (9,2 litres) et en Amérique (7,5 litres) et logiquement faible dans les pays musulmans.

Une consommation adéquate de fruits, légumes, légumineuses, noix, poisson et produits laitiers entiers est associée à un risque diminué de mortalité et de maladies cardiovasculaires. Des consommations modérées de viande non transformée (1 portion par jour) sont tout à fait compatibles avec une bonne santé cardiovasculaire au sein d'une alimentation équilibrée, mais n'augmentent pas non plus le risque de mortalité.

L'exemple des îles du sud-ouest de l'océan Indien est démonstratif de l'importance des facteurs de risque dans l'éclosion des MCV, comme l'a montré une étude déjà ancienne menée en 2014. Ces îles présentent de fortes disparités au plan des indicateurs démographiques et économiques. La mortalité par MCV est très élevée aux Seychelles (32 %), à Maurice (31 %) et à La Réunion (29 %), îles qui ont terminé leur transition épidémiologique. Cette mortalité par MCV reflète une haute prévalence des facteurs de risque ainsi que le vieillissement de la population. A l'opposé, la mortalité par MCV dans les îles en phase de transition épidémiologique est basse : 15 % aux Comores, 18 % à Madagascar, cependant la prévalence des facteurs de risque est élevée dans ces 2 îles en ce qui concerne l'hypertension artérielle et le diabète, laissant présager d'une augmentation rapide de la mortalité par MCV, d'où la nécessité de mesures de prévention et de contrôle pour prévenir les MCV.

3.2. Les maladies métaboliques : surpoids, obésité, diabète.

Le nombre de personnes atteintes de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014. La prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. En 2019, le diabète a entraîné environ 2 millions de décès.

Le diabète de type 2 est une maladie de la nutrition lié au surpoids et à l'obésité. Il représente 90 % des diabètes rencontrés dans le monde.

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'indice de masse corporelle (IMC) de Quételet. L'IMC est le poids (en kg) divisé par la taille (en cm) élevée au carré. L'IMC du sujet normal est compris entre 18 et 25; en cas de surpoids, elle va de 25 à 30 et en cas d'obésité elle est supérieure à 30. L'OMS considère surpoids, obésité et diabète comme l'épidémie du siècle : on parle d'épidémie de « diabésité ».

L'obésité pèse de plus en plus lourdement sur les systèmes de santé dans la plupart des pays. Selon une étude publiée dans le Lancet en 2024, 1 038 millions de personnes (879 millions d'adultes et 159 millions d'adolescents et d'enfants), soit un huitième de la population mondiale, souffrait d'obésité en 2022. En 1990, on ne comptait que 226 millions (195 millions d'adultes et 31 millions d'adolescents et d'enfants) d'obèses dans le monde, soit une augmentation de 360 %, quand la population mondiale n'a elle augmenté que de 66 %. Si les femmes sont majoritaires (57 %), c'est chez les hommes que la croissance a été la plus rapide, l'obésité a triplé chez les hommes depuis 1990 et seulement doublé chez les femmes. Chez les enfants et adolescents, les

garçons sont davantage touchés (59 % des cas, 94 millions d'enfants) et la prévalence a quadruplé chez les garçons comme chez les filles). L'obésité n'est plus seulement l'apanage des pays les plus riches et industrialisés, et touche désormais également les pays en voie de développement. L'Inde est le symbole de ce basculement du trop peu de nourriture au trop plein.

Le surpoids et l'obésité expliquent l'augmentation de l'incidence annuelle des cas de diabète de l'enfant et de l'adolescent de moins de 20 ans. Il s'agit surtout de type 2. Mais, la prévalence de l'obésité au cours du diabète de type 1 a aussi progressivement augmenté ces dernières années. Une forme clinique nouvelle dite « double diabète » est en train d'émerger, combinant les caractéristiques du diabète de type 1 et celles du diabète de type 2 et cumulant les facteurs de risque cardiovasculaire.

Le tableau ci-dessous donne la prévalence et le nombre de diabétiques adultes selon les Régions OMS (d'après le Rapport mondial sur le diabète).

| Régions OMS | Prévalence en 1980 | Prévalence en 2014 | Nombre de millions en 1980 | Nombre de millions en 2014 |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Région africaine | 3,1 % | 7,1 % | 4 | 25 |
| Région des Amériques | 5 % | 8,3 % | 18 | 62 |
| Région de la Méditerranée orientale | 5,9 % | 13,7 % | 6 | 43 |
| Région de l'Asie du Sud-Est | 4,1 % | 8,8 % | 17 | 96 |
| Région du Pacifique occidental | 4,4 % | 8,4 % | 29 | 131 |
| Région européenne | 5,3 % | 7,3 % | 33 | 64 |
| Total | 4,7 % | 8,5 % | 108 | 422 |

Ce tableau montre que la prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les Régions où les pays à revenu faible ou intermédiaire sont les plus nombreux. Il s'agit essentiellement du diabète de type 2 (90 % des cas)

Selon l'OMS, ce phénomène reconnaît plusieurs causes, en particulier le vieillissement de la population et l'urbanisation accélérée, à l'origine de la sédentarité. Mais, il y a surtout l'apparition du surpoids et de l'obésité. L'apparition massive du surpoids et de l'obésité a débuté dans les années 1970-80 en Amérique latine, a gagné ensuite l'Asie et frappe fortement l'Afrique depuis quelques années. Près de la moitié des enfants de moins de 5 ans en surpoids ou obèses vivaient en Asie en 2016. En Afrique, le nombre d'enfants en surpoids ou obèses a augmenté de près de 50 % depuis 2000. Ceci est dû à la transition nutritionnelle, définie comme une modification progressive des régimes alimentaires, avec notamment une nette augmentation de la consommation de matières grasses d'origine animale.

Le diabète augmente le risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral. Il est cause de rétinopathie, d'insuffisance rénale, d'ulcérations au niveau des pieds. Le pied diabétique est une complication fréquente et grave dans les PED avec un risque élevé d'amputation et de mortalité après amputation. La fréquence du pied diabétique atteint 15 % et plus dans les études limitées au pied diabétique menées en milieu hospitalier en Afrique sub-saharienne.

Le diabète de type 2 est rarement diagnostiqué et, vu la complexité des études destinées à

évaluer le nombre de nouveaux cas, il n'existe quasiment pas de données sur son incidence réelle. Le traitement de diabète de type 2 repose sur les antidiabétiques oraux, dont la metformine, pierre angulaire du traitement chez la grande majorité des diabétiques de type 2. Son action permet de diminuer la résistance à l'insuline ce qui aide l'organisme à utiliser plus efficacement le glucose, sans risque d'hypoglycémie. Une valeur d'HbA1c $\leq 7\%$ est généralement considérée comme la valeur cible à obtenir dans le suivi des diabétiques de type 2. Mais, l'adhésion thérapeutique est faible, y compris dans les pays développés (taux d'adhésion de 75 % aux USA). En zone tropicale, une bonne communication entre malades et personnels de santé est indispensable pour faire comprendre l'importance de l'adhésion thérapeutique. Il faut dire aux malades que le diabète est une maladie chronique et qu'un traitement à vie est nécessaire. Il faut insister sur la pratique régulière d'une activité physique, à défaut d'une alimentation mieux adaptée à la maladie, mais excluant au minimum les sucres d'absorption rapide et les graisses d'origine animale. Des mesures simples modifiant le mode de vie sont efficaces pour prévenir ou retarder le diabète de type 2 : poids corporel normal, exercice physique régulier, régime alimentaire réduisant l'apport de sucre et de graisses saturées, arrêt du tabac.

Une « épidémie » de diabète de type 2 (DT2) a lieu dans les DROM-TOM : le diabète est estimé à 12% aux Antilles et en Guyane, à 13,6% à La Réunion, alors qu'il est de 5,7% en France métropolitaine. La proportion des femmes y est plus élevée ainsi que l'âge moyen et une population significativement plus défavorisée. Parmi les facteurs de risque, on retrouve l'obésité, ainsi qu'une activité physique insuffisante et une faible consommation de fruits et de légumes. On découvre aussi plus de personnes au profil atypique : jeunes, corpulence normale qu'en métropole (BEH, 2023)

3.3. Les cancers

À l'origine de près de 10 millions de décès en 2020, soit presque un décès sur six, le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. D'ici à 2030, 13 à 17 millions de personnes vont mourir de cancer chaque année. Plus de 70 % des décès surviennent dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

En 2020, les cancers les plus courants, en termes de nombre de cas recensés, étaient, en millions de cas, les suivants : cancer du sein (2,26), cancer du poumon (2,21), cancer colo-rectal (1,93), cancer de la prostate (1,41), cancer de la peau [non mélanome] (1,20) et cancer de l'estomac (1,09).

Les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès étaient en 2020 : le cancer du poumon (1,80 million de décès), le cancer colo-rectal (916 000 décès), le cancer du foie (830 000 décès), le cancer de l'estomac (769 000 décès), le cancer du sein (685 000 décès).

Au cours des 25 dernières années, deux des facteurs de risque les plus importants de cancer ont suivi des tendances opposées : la prévalence du tabagisme a diminué, mais, inversement le surpoids et l'obésité, facteurs de risque indépendants de cancer, ont augmenté. Une analyse menée au Royaume Uni et portant sur la tranche d'âge des 35-69 ans a montré une diminution importante de la mortalité dans les deux sexes, mais une incidence qui a augmenté d'environ 15% sur les 25 dernières années. Cette tendance est dominée par une augmentation de l'incidence des cancers de la prostate et du sein. Les progrès des diagnostics précoces, des traitements ou des deux, ont un effet positif sur la majorité des patients atteints de cancer.

Cette vision globale ne rend pas compte des particularités régionales, notamment en Afrique et en Asie, où la cancérologie est davantage dominée par les cancers viro-induits que par les « cancers occidentaux », comme le cancer du poumon.

Parmi les facteurs de risque des cancers, on retient : le tabagisme, la consommation d'alcool, une alimentation déséquilibrée et, spécialement dans les PED, les infections chroniques liées aux virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) et à certains types de papillomavirus (HPV). C'est dans les PED que les infections virales entraînent le plus haut pourcentage de décès : on impute jusqu'à 20 % des décès par cancer lié aux infections virales : virus des hépatites B et C, papillomavirus humain, virus Epstein-Barr.

Le cancer primitif du foie ou carcinome hépatocellulaire (CHC) est, en Afrique, la deuxième cause de cancer chez l'homme et la troisième cause chez la femme. Le VHB est le plus fréquemment en cause, le taux de prévalence du portage chronique de l'AgHBs étant supérieur à 8 %. La filiation hépatites chroniques actives à virus B - cirrhoses - CHC amène à traiter les hépatites chroniques actives afin de stopper la multiplication virale grâce aux antiviraux. Ces traitements sont souvent difficiles à appliquer en zones tropicales. Il faut donc développer un programme de vaccination de masse dès la naissance contre le VHB.

Le cancer du col de l'utérus lié aux HPV est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes dans les pays à faible revenu et la première chez la femme africaine. On dénombre 530 000 nouveaux cas par an dans le monde et 266 000 décès, dont 80 % dans les pays du sud. Le cancer du col de l'utérus représente 12 % des cancers féminins dans les régions les moins développées *versus* <1 % dans les régions les plus développées. Le dépistage actif du cancer du col de l'utérus est souvent difficile à réaliser dans les PED, d'où l'intérêt de la prévention grâce à la vaccination anti-HPV.

Pour combien de temps encore, les cancers viro-induits vont dominer la cancérologie en Afrique et en Asie ? Quarante pour cent des cancers du poumon sont désormais rapportés dans les PED, où l'amélioration régulière des conditions socio-économiques s'accompagne d'une augmentation de l'espérance de vie et favorise à la fois l'accès au tabac et l'émergence d'une population cible du cancer du poumon.

Les cancers n'ont pas encore livré leur secret, mais la mise en évidence de facteurs carcinogènes, comme le tabac, le surpoids, l'alcool, les virus des hépatites B et C et l'HPV, la pollution de l'air permettent leur prévention. Le dépistage doit reposer sur un test facile à réaliser, peu coûteux, acceptable et accessible pour la majorité de la population exposée. Des guérisons sont obtenues pour certains cancers s'ils sont diagnostiqués précocement, en particulier pour les cancers pédiatriques.

L'OMS estime que les cas de cancer augmenteront de 81 % d'ici à 2040 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en raison de l'insuffisance des ressources consacrées à la prévention.

3.4. La broncho-pneumopathie chronique obstructive et le tabagisme.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la troisième cause de décès dans le monde. Elle a entraîné 3,23 millions de décès en 2019. Plus de 90 % de ces décès chez les moins de 70 ans surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

La BPCO est due à une exposition prolongée à des gaz nocifs et à des particules, associée à des facteurs personnels, y compris des événements qui influent sur le développement des poumons pendant l'enfance et des facteurs génétiques ;

La BPCO est souvent associée à d'autres pathologies chroniques. Il s'agit notamment de l'obésité, du reflux gastro-oesophagien, de l'ostéoporose et du cancer du poumon. Il faut donc, lors de la prise en charge d'une BPCO, évaluer les multimorbidités et les risques d'effets indésirables des traitements associés. L'association BPCO et diabète est aussi à prendre en compte, l'ancienneté du diabète semble en outre augmenter la mortalité de la BPCO.

Les principaux facteurs de risque sont la fumée du tabac, due au tabagisme actif et passif, la pollution de l'air dans les habitations et de l'air atmosphérique, les allergies, l'exposition à des risques professionnels, tels que des poussières ou des produits chimiques. Certains cas de BPCO sont dus à l'asthme chronique.

Il faut lutter contre la pollution domestique. La 5^{ème} édition du rapport State of Global Air (SoGA) le 19 juin 2024 cite 500 000 décès chez les enfants de moins de 5 ans liés à la pollution de l'air domestique en 2021 avec un taux 100 fois plus élevé en Afrique que dans les pays à revenu élevé.

Le passage de combustibles domestiques polluants aux comestibles gazeux semble réduire significativement la morbidité et la mortalité associée à la pollution domestique.

En Inde, il y a des épisodes de pollution atmosphérique intenses à New-Delhi. Le taux de particules fines est 25 à 30 fois supérieur à celui considéré comme nocif par l'OMS. Ces épisodes de pollution sont dus aux brûlis agricoles

Il y a une association significative entre tabagisme passif et BPCO, a fortiori en cas d'exposition prolongée à ce dernier.

Le nombre total de décès par BPCO devrait augmenter de 30% dans les 10 ans à venir si on ne prend pas des mesures d'urgence pour réduire les facteurs de risque, en particulier le tabagisme.

La consommation de tabac ou tabagisme est une des plus graves menaces qui pèse sur la santé publique mondiale. Le tabagisme représente plus de 70 % des cas de BPCO dans les pays à revenu élevé. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il représente 30 à 40 % des cas de BPCO et la pollution de l'air intérieur est un facteur de risque majeur.

Le tabac tue plus de 8 millions de personnes chaque année. Plus de 6 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et environ 1,3 million des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée de tabac. En 2020, 22,3 % de la population mondiale consommait du tabac : 36,7 % étaient des hommes et 7,8 % des femmes. Le tabagisme représente un poids économique majeur, en particulier dans les pays en développement. En 2012, les dépenses directes de santé liées au tabagisme se sont élevées à 422 milliards dans le monde, soit 5,7 % de l'ensemble des dépenses de santé.

Le sevrage tabagique est le traitement le plus efficace de la BPCO pour les fumeurs. D'où l'importance de la lutte antitabac. Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme publié le 19 juillet 2017 conclut à une extension spectaculaire en 10 ans des politiques anti-tabac. 4,7 milliards de personnes, soit 63% de la population mondiale, sont protégés par des mesures anti-tabac telles que les mises en garde illustrées sur les paquets de tabac, les lieux non-fumeurs, les interdictions de publicité en faveur du tabac, la hausse des taxes. En 2007, seulement 1 milliard de personnes et 15 % de la population étaient protégées, le chiffre a quadruplé.

La Convention-cadre de l'OMS sur la lutte anti-tabac, entrée en vigueur le 27 février 2005, est le premier traité mondial en matière de santé ratifié par 182 pays.

D'après l'OMS, la prévalence du tabagisme est passée de 22,8 % en 2007 à 17 % en 2021, grâce au déploiement des différentes politiques de lutte contre le tabagisme depuis 2008 (programme MPOWER) : surveillance de la consommation, limitation de l'exposition au tabagisme passif, soutien au sevrage, campagne de prévention, respect des mesures d'interdiction de la publicité et taxation majeure. Le prix serait le meilleur levier pour freiner le tabagisme.

Il n'y a pas de lois anti-tabac en Afrique, mais il a peu de fumeurs : la prévalence du tabagisme est de l'ordre de 5 % au Ghana, au Liberia et au Niger. Elle est, par contre, de 16 % à l'Ile Maurice, qui est le premier pays d'Afrique à faire partie des leaders de MPOWER. La prévalence est de 10 % au Brésil. Elle est de 26 % en Turquie, de 28 % en France qui est l'un des pays les plus mauvais en matière de tabagisme, avec pourtant un niveau de taxe parmi les plus élevés au monde (83,8 %).

Le traitement de la BPCO repose sur une bithérapie associant un β_2 mimétique de longue durée d'action (LABA) + un anticholinergique de longue durée d'action (LAMA) ou une trithérapie : LABA+ LAMA+ Corticothérapie inhalée (CSI). La trithérapie n'a un effet significatif sur la réduction des exacerbations uniquement si les PNE sont d'au moins 300 cellules/ μ L, et le risque de pneumonie est significativement augmenté uniquement si les PNE étaient inférieurs à 300 cellules/ μ L.

4. Conclusion

Les limites de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays du sud sont dues à la grande faiblesse des systèmes de santé, à l'accès difficile aux soins, aux coûts dissuasifs de certains médicaments et au déficit en personnel de santé. La grande majorité des populations est dépourvue de couverture du risque sanitaire.

Si les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2 et les cancers sont devenus de véritables problèmes de santé publique, d'autres maladies non transmissibles, comme les maladies rénales, les maladies chroniques obstructives pulmonaires, les syndromes dépressifs unipolaires entre autres, voient leur incidence en forte augmentation dans les PED.

Beaucoup de malades qui ont besoin d'un traitement contre les MNT, comme le cancer, les cardiopathies et le diabète n'ont pas pu bénéficier des services de santé et des médicaments qui leur sont nécessaires pendant la pandémie de la COVID-19 partout dans le monde, mais surtout dans les pays à faible revenu.

Références

- Omran A - The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, 49, 509-538.
- Olshansky J, Ault B - The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 1986, 64, 355-391.
- Meslé F, Vallin J - De la transition épidémiologique à la transition sanitaire. *Med Trop*, 2007, 67, 545-551.
- OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2013.
- Fourcade L. Transition épidémiologique et développement : l'essor des maladies non transmissibles est-il une fatalité? *Méd. Trop.*, 2007, 67, 543-544.
- Touze J.E. Les maladies cardiovasculaires et la transition épidémiologique du monde tropical. *Méd. Trop.*, 2007, 67, 541-542.
- Hossain P., Kavar B., Nahas M.E. Obesity and diabetes in the developing world. A growing challenge. *N. Engl. J. Med.*, 2007, 356, 213-215.
- Ly A. Progression des cancers en Afrique : caractéristiques, altérité, nouvelles approches de santé publique. In : *Santé Internationale. Les enjeux de santé au sud*. Dominique Kerouedan (dir.). Paris. Presses de Sciences PO, 2011, pp. 121-140.
- de Martel C., Ferlay J., Franceschi S., Vignat J., Bray F., Forman D., Plummer M. Global burden of cancers attributable to infections: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology*. Early Online Publication. May 9, 2012.
- OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2014. Une masse d'informations sur la santé publique dans le monde.
- Aubry P., Bovet P., Gaüzère B-A. Les maladies non transmissibles dans les îles du sud-ouest de l'océan Indien. Communication aux XXèmes Actualités du Pharo, Marseille, 11-12 septembre 2014.
- OMS. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014.
- OMS. L'espérance de vie a progressé de 5 ans depuis 2000, mais des inégalités sanitaires persistent. Communiqué de presse. 19 mai 2016.
- OMS. Rapport mondial sur le diabète 2016. Résumé d'orientation
- Picheral H. La transition sanitaire dans le monde. *Bull Assoc Géogr Franç*, Paris, 1996, 2 : 75-85
- Meslé F. La transition sanitaire. Progrès et résistance en Afrique. INED, France, 200 ; 1-20.3.
- OMS. Maladies cardio-vasculaires. Principaux faits, 17 mai 2017.
- OMS. La COVID-19 a de graves répercussions sur les services de santé soignant les maladies non transmissibles. Communiqué de presse, 1^{er} juin 2020.
- OMS. Cancer. Principaux faits, 2 février 2022.
- OMS. Maladies non transmissibles. Principaux faits. 16 septembre 2023.
- OMS. Obésité et surpoids. Principaux faits. 20 août 2020.
- OMS. Diabète. Principaux faits .5 avril 2023.
- OMS. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Principaux faits 16 mars 2023.
- OMS. Tabac. Principaux faits. 31 juillet 2023.

- Mente A, Dehghan M, Rangarajan S et col. Diet, cardiovascular disease and mortality in 80 countries. *European Heart Journal* 2023 ; 44 : 2560-2579.
- Chen P et coll. Second hand smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease : a systematic review and meta-analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2023 ; 18 : 1067-1076.
- Jian Su MM, Mengyo Li, Xinglin Wan et coll. Associations of diabetes, prediabetes and diabetes duration with the risk of chronic obstructive pulmonary disease : a prospective UK Biobank study. *Diabetes Obes Metab* 2023. 25 : 2575-2585.
- NCD Risk Factor (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3 663 population representative studies of with 222 million children, adolescents and adults. *The Lancet* 2024 ; 403 : 1027-1050.
- Shelton J, Zotow E, Smith L et coll. 25 year trends in cancer incidence and mortality among adults aged 35-69 years in the UK, 19993-2018 : retrospective secondary analysis. *BMJ* 2024, Mar 13; 384:e076962. doi: 10.1136/bmj-2023-076962.
- Suissa S. Single-inhaler triple versus dual bronchodilator therapy for GOLD group E and other exacerbating patients with COPD : real-world comparative effectiveness and safety. *Eur Respir J* 2023; 62(3):2300883.doi: 10.1183/13993003.00883-2923.
- Cho ER, Brill HK, Gram IT et coll. Smoking cessation and short-and longer- term mortality. *NEJM* 2024. Doi:10.1056/EVIDoa2300272.