



CAHIERS DU CRPS

CENTRE DE RECHERCHE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE



Volume IV, N°2
Juillet– Décembre 2016
Page : 9-11

EDITORIAL

DE LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE A LA TRANSITION SANITAIRE

Prof Kashongwe Munogolo MD, PhD

Le concept « Transition épidémiologique » court depuis près de 50 ans. Il est issu du constat de la réduction de la mortalité et l'amélioration de l'espérance de vie dans les pays développés. On y relève, en effet, une réduction des infections pendant qu'apparaissent les maladies non transmissibles.

Pendant longtemps, l'espérance de vie des hommes n'a sans doute pas dépassé 25 à 30 ans jusqu'au 18^e siècle (1). Les historiens de la santé évoquent une succession des périodes avec une dynamique épidémiologique particulière. Le concept de « transition épidémiologique » renvoie ainsi à ce déclin de la période dominée par les infections pendant que les maladies non transmissibles prennent de l'ampleur. Aujourd'hui, on préfère plutôt le concept « Transition sanitaire » plus globalement, qui tient compte des maladies et des systèmes sanitaires (2).

Comment est-on passé de la « transition épidémiologique » à la transition sanitaire ?

Dans le passé, on assiste à une mortalité élevée influencée par les épidémies et les famines (1). Au milieu du 18^e siècle, en France, la mortalité se situait entre 30 et 50 pour mille. En Finlande, la famine de 1868 porte le taux brut de mortalité à 80 pour mille (1). En deux siècles, on assiste en France, à une réduction sensible autour de 10 pour mille et les fluctuations ne s'observent plus (3). Les progrès économiques ne sont pas les seuls facteurs. Car cela n'expliquerait pas la grande différence qui existe entre la Russie et le Japon, ou l'Afrique du Sud et le Costa Rica (4).

Qu'en est-il de la théorie d'Omran ?

Abdel Omran (5) a tenté de couler en théorie la dynamique de ce changement en proposant un modèle d'évolution en trois âges :

- L'âge de la peste et de la famine avec une mortalité élevée, une médecine inefficace et une espérance de vie en dessous de 30 ans. Cette période est dominée par les maladies infectieuses ;*

- *L'âge du recul des pandémies où grâce aux progrès de la médecine, l'espérance – vie passe de moins de 30 ans à plus de 50 ans. Les épidémies se raréfient et les maladies infectieuses reculent ;*
- *L'âge des maladies dégénératives et des maladies de société où la mortalité tend à se stabiliser à un niveau très bas liées surtout aux maladies chroniques.*

La vision d'Omran a soulevé beaucoup de réserves. A titre d'exemple, il ne parle pas des effets du tabagisme et de l'alcoolisme (2).

Qu'en est-il alors de la transition sanitaire ?

En 1991, J. Cadwell publie « Health transition review » avec un article de Frejka T et Lozano R intitulé « Elements of the health transition ». Cette nouvelle approche prend en compte l'ensemble des transformations observées dans les sociétés humaines. M. Lerner en 1973 utilisait déjà le terme « transition sanitaire ». Julio Franck et al (4) ont surtout tenté de jeter les bases d'une théorie alternative à celle d'Abdel Omran en combinant les changements épidémiologiques et ceux qui affectent les populations à différents niveaux : systémiques, sociétaux, institutionnels et individuelles. La santé et la mortalité font intervenir la démographie, l'environnement, l'organisation sociale et le génome humain. Des spécialistes évoquent déjà une quatrième période (ou âge) dominée par les maladies mentales (4).

Qu'en est – il de l'Afrique ?

La plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne forment une exception à la généralisation de la première étape de la transition sanitaire dans le monde. On y observe les conflits armés internes et externes qui influencent la mortalité.

Trois groupes de faits renforcent les divergences avec les pays développés :

- *Croissance positive mais inférieure à celle des pays développés ;*
- *Crise économique mondiale des années 1970 et des années suivantes ;*
- *Epidémies du sida, du paludisme, de la tuberculose.*

On y retrouve ainsi entremêlés les éléments des 3 âges avec une superposition des infections, des maladies non transmissibles et des insuffisances dans les systèmes de santé. Des efforts doivent être déployés dans un cadre multisectoriel pour espérer résorber le retard cumulé par rapport aux pays développés.

Références

1. *Henri PICHERAL : Géographie de la transition épidémiologique, Annales de géographie, 546-XC VIII année, 1989 ;*
2. *J. Vallin, F. Meslé : De la transition épidémiologique à la transition sanitaire, INED 2010, 23-26 novembre ;*
3. *F. Mesmé, J. Vallin : Développement économique et espérance de vie : la transition sanitaire au tournant des années soixantes, in UIESP (éd), Congrès international de la population, Montréal 1993, vol 2, p365-382 ;*
4. *J. Freuk, J. L. Bobadila, C. Stern & al Elements for a theory of health transition, health transition, 1991, 1, 21-38;*
5. *R. Omran Abdel: the epidemiological transition : a theory of the epidemiology of population change, the Midbank Memorial Fund Quartely, 1971, 49, (4) 509-538*