



Rapport sur la santé dans le monde, 1998
La vie au 21^e siècle – Une perspective pour tous

Résumé

Le présent document résume le *Rapport sur la santé dans le monde, 1998* qui sera rendu public le 11 mai 1998. Il s'agira de la quatrième parution de cette étude depuis la décision EB93(6) relative à un rapport annuel sur la situation sanitaire dans le monde qui soit, en même temps, un rapport sur les activités de l'OMS.

A l'occasion du cinquantième anniversaire de l'Organisation, célébré cette année, le rapport contient, outre une analyse de l'évolution récente et de la situation sanitaire existante, une rétrospective du demi-siècle écoulé. On s'y efforce aussi de prédire, à partir des tendances actuelles, l'évolution probable de cette situation au cours des 25 premières années du XXI^e siècle.

INTRODUCTION

Les perspectives sanitaires

1. Le XXI^e siècle nous apporte la promesse d'une meilleure santé pour tous. Non seulement vivrons-nous plus longtemps mais, en outre, nous jouirons d'une meilleure qualité de vie et serons moins exposés à un risque d'incapacité et de maladie. A l'approche du nouveau millénaire, les perspectives sanitaires n'ont jamais été aussi favorables pour la population mondiale.
2. Sur la base de l'expérience passée et présente, le *Rapport sur la santé dans le monde, 1998* montre que l'humanité a de bonnes raisons d'espérer en l'avenir. Cet optimisme doit cependant être tempéré par la prise en compte de certaines réalités incontournables, mais les percées sans précédent réalisées au cours du XX^e siècle dans le domaine de la santé ouvrent la voie à d'autres succès spectaculaires dans les années à venir.
3. Le présent rapport expose les toutes dernières estimations d'experts sur la situation sanitaire mondiale et en déduit des tendances qu'il projette à l'horizon 2025. Prenant en considération toutes les phases de la vie humaine et exploitant les données recueillies au cours de ces 50 dernières années, il étudie le bien-être des nourrissons et des enfants, des adolescents et de l'adulte, des personnes âgées et très âgées et, pour chaque tranche d'âge, indique les domaines dans lesquels des mesures doivent être prises en priorité. La santé des femmes fait l'objet d'une attention particulière. L'avenir de la santé humaine au XXI^e siècle dépend en effet largement de notre volonté d'investir dans la santé des femmes du monde d'aujourd'hui, car leur santé détermine dans une grande mesure celle de leurs enfants qui seront les adultes de demain.

4. L'observation la plus inquiétante est la suivante : en dépit de l'augmentation de l'espérance de vie, les deux cinquièmes de tous les décès qui surviendront cette année dans le monde peuvent être considérés comme prématurés, car plus de 20 millions de personnes meurent chaque année avant l'âge de 50 ans, alors que l'espérance moyenne de vie a atteint 66 ans. Dix millions de ces décès concernent des enfants de moins de 5 ans et 7,4 millions d'autres des adultes de 20 à 49 ans.

5. Malgré tout, la tendance principale qui se dégage aujourd'hui est celle d'une incontestable évolution vers une vie plus longue et plus saine. Cette constatation, basée sur de solides preuves scientifiques d'un déclin des incapacités chez les personnes âgées de certaines régions, aura de très importantes conséquences pour les individus et les sociétés.

6. L'explication réside dans les progrès socio-économiques de la fin du XX^e siècle, progrès qui ont entraîné une amélioration des niveaux de vie, mais hélas pas pour tous. Le monde a connu entre 1950 et 1973 une prospérité sans précédent, mais cet âge d'or a été suivi d'un marasme économique qui a duré 20 ans. Depuis 1994, on observe un redressement économique mondial dont les effets à long terme commencent à se manifester. S'ils sont surtout évidents dans le monde industrialisé, ils se matérialisent aussi, lentement mais sûrement, dans de nombreux pays pauvres.

7. C'est ainsi que la production de denrées alimentaires a plus que doublé au cours des 40 dernières années, beaucoup plus rapidement que l'accroissement de la population. Le PIB par habitant, en termes réels, est au moins deux fois et demie supérieur à celui d'il y a 50 ans, et les taux d'alphabétisation ont augmenté de plus de 50 % depuis 1970. La proportion d'enfants scolarisés s'est également élevée, tandis que celle des personnes chroniquement sous-alimentées diminuait.

8. Ces tendances sont en train de changer radicalement nos conditions de vie. Il n'est pas douteux que le monde de 2025 sera très différent de celui d'aujourd'hui et n'aura presque aucun rapport avec celui de 1950. Les percées impressionnantes de la technologie au cours de ces dernières années, notamment dans le domaine des télécommunications mondiales, font paraître notre planète plus petite que jamais. En 2025, il est probable qu'elle aura encore rapetissé et, si l'accroissement de la population se poursuit, elle sera certainement beaucoup plus surpeuplée. A bien des égards, notre monde est en pleine mutation.

9. Deux grandes tendances, l'allongement de l'espérance de vie et la chute des taux de fécondité, font qu'en 2025 :

- La moyenne mondiale de l'espérance de vie, qui est actuellement de 66 ans, atteindra 73 ans, soit une amélioration de 50 % sur la moyenne de 1955 qui ne dépassait pas 48 ans.
- La population mondiale, d'environ 5,8 milliards d'habitants en 1997, passera à 8 milliards d'habitants. En 1997, il y a eu chaque jour environ 365 000 naissances et 140 000 décès, ce qui donne un accroissement naturel d'environ 220 000 personnes par jour.
- Il n'y aura jamais eu autant de personnes âgées et relativement aussi peu de jeunes.
- L'effectif des plus de 65 ans atteindra 800 millions et leur proportion par rapport à la population totale 10 % contre, respectivement, 390 millions et 6,6 % en 1997.
- La proportion des jeunes de moins de 20 ans se sera abaissée, en passant à 32 % de la population totale contre 40 % en 1997, mais leur effectif atteindra 2,6 milliards, soit une augmentation en termes réels de 252 millions.

10. Ces tendances démographiques, qui auront de profondes répercussions sur la santé de toutes les tranches d'âge, sont le prolongement des nombreux changements favorables survenus au cours des 50 dernières années. Les personnes ayant accès à des soins de santé essentiels, à un approvisionnement en eau potable et à un dispositif

d'assainissement sont plus nombreuses que jamais. La plupart des enfants du monde sont maintenant vaccinés contre les six grandes maladies de l'enfance : rougeole, poliomyélite, tuberculose, diphtérie, coqueluche et tétanos néonatal.

11. Pendant cette même période, la lutte contre les autres maladies ainsi que le développement des vaccins et médicaments, du fait des progrès réguliers et parfois spectaculaires, et un nombre incalculable d'innovations médicales et scientifiques ont vu le jour. Au cours de ces dernières décennies, la variole, qui est l'une des maladies les plus anciennes de l'humanité, a été finalement vaincue, et plusieurs autres fléaux comme la lèpre et la poliomyélite ont reculé et sont sur le point d'être éliminés.

Franchir le seuil du XXI^e siècle

12. Ces réalisations et d'autres progrès dans des domaines apparentés devraient nous aider à franchir en toute confiance le seuil de ce nouveau siècle. Toutefois, de nombreux problèmes, nouveaux ou permanents, vont encore se poser à l'avenir.

13. Au XXI^e siècle, la guerre contre la mauvaise santé devra être menée simultanément sur deux fronts principaux : celui des maladies infectieuses et celui des maladies chroniques non transmissibles. Nombre de pays en développement devront se battre avec encore plus d'acharnement sur ces deux fronts, car les cardiopathies, les cancers, le diabète et les autres affections en rapport avec le mode de vie y gagnent du terrain alors que les maladies infectieuses n'ont pas encore été vaincues. Parmi ces dernières, le VIH/SIDA demeurera une très sérieuse menace.

14. Ce double combat oblige à prendre des décisions difficiles au sujet de la répartition de ressources trop rares. L'expérience montre qu'en réduisant les dépenses consacrées à la lutte contre les maladies infectieuses, on risque de les voir revenir en force à une époque où la mondialisation – et notamment l'essor des voyages et échanges internationaux, y compris le transport des denrées alimentaires – favorise leur propagation dans le monde entier. Par ailleurs, les effets, même imperceptibles, des maladies chroniques minent aussi les forces d'un pays. Cette évolution va retenir de plus en plus l'attention dans les pays industrialisés, mais elle ne devrait pas les inciter à se relâcher dans leur combat contre les maladies infectieuses.

15. Depuis quelques décennies, la pauvreté et la malnutrition ont une incidence croissante sur la santé, le fossé entre riches et pauvres s'élargit, de "nouvelles" maladies comme le VIH/SIDA ont émergé, les infections antibiorésistantes posent un problème croissant et les maladies dues au tabagisme provoquent de véritables épidémies.

16. Or, ce ne sont là que quelques-uns des problèmes de santé publique qui n'ont pas encore été résolus à la fin de ce siècle et qui devront être traités d'urgence au début du prochain.

17. Le rapport examine les incidences sanitaires de ces tendances dans toutes les tranches d'âge : nourrissons et jeunes enfants de moins de 5 ans, enfants d'âge scolaire et adolescents (5-19 ans), adultes (20-64 ans) et personnes âgées (plus de 65 ans). On trouvera ci-après quelques-unes des principales conclusions du rapport classées par tranche d'âge.

Jeunes enfants et nourrissons

18. On trouvera ci-après les principales observations concernant cette tranche d'âge.

a) La réduction spectaculaire de la mortalité des moins de 5 ans obtenue au cours de ces dernières décennies devrait se poursuivre, voire s'accélérer. En 1997, il y a eu environ 10 millions de décès chez les moins de 5 ans, contre 21 millions en 1955.

- b) Le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, qui est passé de 148 en 1955 à 59 en 1995, devrait tomber à 29 en 2025.
- c) Pour ces mêmes années, les taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes sont respectivement 210, 78 et 37.
- d) En 2025, il y aura encore un total annuel de 5 millions de décès chez les moins de 5 ans, dont 97 % dans le monde en développement, et la plupart seront dus à des maladies infectieuses, comme la pneumonie et la diarrhée, associées à la malnutrition.
- e) La plupart de ces décès d'enfants de moins de 5 ans sont évitables. Les vaccins existants devraient permettre d'en prévenir au moins 2 millions par an.
- f) Chaque année naissent quelque 24 millions d'enfants ayant un faible poids à la naissance. Ces enfants risquent davantage de décéder précocement et ceux qui survivent peuvent tomber malades, subir un retard de développement ou avoir d'autres problèmes de santé, même à l'âge adulte.
- g) Si la plupart des enfants prématurés et de faible poids à la naissance voient le jour dans le monde en développement, un grand nombre de ceux qui naissent dans des pays industrialisés doivent leur survie à des soins néonataux d'une haute technicité. Ces soins peuvent soulever de plus en plus des problèmes d'éthique complexes.
- h) Les jeunes enfants de demain seront exposés à une "nouvelle morbidité" liée aux changements économiques et sociaux ainsi qu'à l'urbanisation galopante. Cette morbidité comprend les effets des abandons, des sévices sexuels et de la violence, notamment chez les enfants des rues qui sont de plus en plus nombreux.
- i) L'un des principaux dangers auxquels les enfants seront confrontés au XXI^e siècle est l'épidémie de VIH/SIDA qui continuera à se propager. En 1997, 590 000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH. Cette maladie pourrait remettre en question certaines des percées majeures réalisées dans le domaine de la santé des enfants depuis une cinquantaine d'années.
- j) Il est probable que certaines maladies héréditaires chez les jeunes enfants feront l'objet d'une meilleure prévention et d'un traitement plus efficace.

Grands enfants et adolescents

19. Cette tranche d'âge, généralement considérée comme correspondant à la phase la plus saine de l'existence, n'a pas toujours reçu l'attention nécessaire de la part des services de santé publique. Le moment est venu d'encourager ces jeunes, par une promotion sanitaire appropriée, à adopter des comportements sains qui influenceront sur leur développement et leur santé dans la suite de leur existence.

- a) Il sera encore plus nécessaire qu'aujourd'hui de les éduquer et de les informer au sujet d'habitudes malsaines telles qu'une alimentation déséquilibrée, un exercice insuffisant, une activité sexuelle dangereuse et le tabagisme, qui provoquent toutes des maladies à l'âge adulte mais qui prennent naissance au cours de ces années formatrices.
- b) Les recherches montrent que le stress, un cadre de vie misérable et un entourage négligent pendant la petite enfance favorisent un comportement violent et la délinquance à un stade ultérieur. Or, les enfants qui grandissent dans de telles conditions sont plus nombreux que jamais.
- c) Dans les années à venir, la transition entre l'enfance et l'âge adulte sera marquée, pour de nombreux adolescents, par des "rites de passage" potentiellement mortels comme la violence, la délinquance, la

drogue, l'abus d'alcool et les comportements dangereux à bord de véhicules à moteur ainsi que sur le plan sexuel. Pour nombre d'enfants, notamment ceux qui grandissent dans des zones urbaines défavorisées, l'adolescence sera la phase la plus dangereuse de leur existence.

d) La sexualité et l'activité sexuelle, qui jouent un rôle clé dans l'affirmation de la maturité et du statut d'adulte, deviennent plus dangereuses en raison du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles, et ce d'autant plus que les jeunes du monde entier, notamment les garçons adolescents, sont encore très ignorants dans ce domaine.

e) En 1995, 17 millions d'enfants sont nés de femmes âgées de 15 à 19 ans. Ce chiffre ne devrait s'abaisser que légèrement en 2025 (16 millions). La grossesse et l'accouchement au cours de l'adolescence exposent mère et enfant à des risques accrus. Chez la femme, une activité sexuelle précoce est un danger pour la santé.

Adultes

20. Si, dans l'ensemble du monde, les adultes survivent aujourd'hui plus longtemps, c'est en grande partie parce qu'au cours de ces 50 dernières années, lorsqu'ils étaient enfants, des épidémies de maladies infectieuses telles que la tuberculose et les infections de l'appareil respiratoire ont pu être mieux maîtrisées. Les progrès que l'on continue à observer dans la survie des nourrissons et des jeunes enfants vont provoquer une augmentation de la population adulte.

a) Actuellement, la population active, c'est-à-dire les 20-64 ans, représente un peu plus de la moitié du total; en 2025, cette proportion atteindra 58 %.

b) La proportion des personnes âgées nécessitant un soutien de la part d'adultes en âge de travailler sera passée de 10,5 % en 1955 à 12,3 % en 1995 et à 17,2 % en 2025.

c) La santé des adultes en âge de travailler sera d'une importance vitale si cette population doit entretenir un nombre croissant de personnes à charge, aussi bien jeunes qu'âgées.

d) Toutefois, plus de 15 millions d'adultes de 20 à 64 ans meurent chaque année. Or, la plupart de ces décès sont évitables.

e) Parmi ces décès, ceux des 585 000 jeunes femmes qui meurent chaque année au cours d'une grossesse ou d'un accouchement sont particulièrement tragiques.

f) Deux à trois millions d'adultes meurent chaque année de la tuberculose, malgré l'existence d'une stratégie qui permettrait de guérir complètement tous les cas.

g) Environ 1,8 million d'adultes sont morts du SIDA en 1997 et ce chiffre annuel devrait encore augmenter.

21. Les succès enregistrés depuis 50 ans dans la lutte contre les maladies microbiennes et parasitaires sont imputables à un environnement plus sain résultant d'une amélioration de l'hygiène et de l'assainissement, au traitement de ces maladies avec des antibiotiques et des antiparasitaires efficaces et d'un coût abordable, et, enfin, à la disponibilité de vaccins. Malheureusement, on ne pourra plus à l'avenir compter sur les médicaments autant qu'auparavant en raison de la propagation de souches d'agents pathogènes de la pneumonie, de la tuberculose et du paludisme résistants aux médicaments les plus actifs. En témoignent les augmentations régulières des cas de tuberculose et de décès dus à cette maladie.

a) A l'avenir, la lutte contre les maladies infectieuses va sans doute reposer davantage sur les vaccins que sur les médicaments.

b) D'une manière générale, les maladies non transmissibles comme les cardiopathies ischémiques, le cancer, le diabète et les troubles mentaux sont plus fréquentes que les maladies infectieuses dans les pays industrialisés. Depuis quelques années, les cardiopathies ischémiques et l'accident vasculaire cérébral sont en recul comme causes de décès dans ces pays, alors que la mortalité due à certains cancers y a augmenté.

c) Dans les pays en développement, les maladies non transmissibles vont devenir plus fréquentes à mesure que l'économie se développe, en raison surtout de l'adoption des modes de vie occidentaux et des facteurs de risque qui y sont associés : tabagisme, alimentation à haute teneur en graisses et manque d'exercice. Toutefois, les maladies infectieuses vont continuer à dominer la scène, et tout particulièrement le VIH/SIDA.

d) Le cancer va demeurer l'une des principales causes de décès dans le monde. En dépit des progrès considérables de la recherche, de la prévention et du traitement, seul un tiers de tous les cas de cancer peut être guéri par un dépistage précoce associé à un traitement efficace. Un grand nombre des autres cas pourraient toutefois être évités par une série de mesures, dont l'abstinence tabagique et la promotion d'une alimentation plus saine.

22. Quelques-unes des tendances probables jusqu'en 2025 sont indiquées ci-après.

a) Le risque de cancer va, dans l'ensemble, continuer à augmenter dans les pays en développement tandis que, dans les pays industrialisés, les taux resteront stables ou s'abaisseront. Dans chaque pays, certains cancers deviendront plus fréquents, d'autres moins.

b) Les cas de cancer du poumon et de cancer colorectal et les décès dus à ces deux maladies seront en augmentation, en raison surtout du tabagisme et d'une mauvaise alimentation. Les décès par cancer du poumon chez la femme augmenteront dans pratiquement tous les pays industrialisés.

c) Le cancer de l'estomac sera moins fréquent, surtout en raison d'une meilleure conservation des aliments, de l'évolution des habitudes alimentaires et de la baisse du nombre d'infections alimentaires.

d) Le cancer du col devrait encore reculer dans les pays industrialisés grâce au dépistage; le développement d'un vaccin serait tout à fait souhaitable, tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

e) Le cancer du foie va aussi régresser du fait des progrès actuels et futurs de la vaccination contre le virus de l'hépatite B dans de nombreux pays et du dépistage de l'hépatite C.

f) Les cas de diabète chez l'adulte vont plus que doubler dans le monde, en passant de 143 millions en 1997 à 300 millions, principalement en raison des habitudes alimentaires et d'autres facteurs liés aux modes de vie.

Personnes âgées

23. On trouvera ci-après les principales prévisions concernant les plus de 65 ans.

a) D'ici à 2025, il y aura plus de 800 millions de personnes de plus de 65 ans dans le monde, dont les deux tiers dans des pays en développement.

b) Dans la seule Chine, il y aura 274 millions de personnes de plus de 60 ans – plus que la population totale actuelle des Etats-Unis d'Amérique.

c) On s'attend à ce que, dans beaucoup de pays en développement, notamment en Amérique latine et en Asie, l'effectif des personnes âgées augmente jusqu'à 300 % au cours des 30 prochaines années.

- d) Le vieillissement de la population a de très importantes répercussions dans tous les pays. Au XXI^e siècle, l'un des principaux problèmes sera la détermination du meilleur moyen de prévenir et retarder les maladies et incapacités ainsi que de préserver la santé, l'autonomie et la mobilité des individus dans une population vieillissante.
- e) Même dans les pays riches, la plupart des personnes âgées et fragiles ne peuvent financer qu'une faible part du coût des soins de santé dont elles ont besoin. Au cours de ces prochaines décennies, rares sont les pays qui pourront dispenser des soins spécialisés à leur vaste population de personnes âgées.
- f) Dans certains pays d'Europe, on reconnaît déjà que des mesures appropriées n'ont pas été prises pour satisfaire convenablement les besoins des plus de 75 ans, chez qui la consommation de services médicaux et sociaux est plusieurs fois supérieure à ce qu'elle est chez les moins de 75 ans.
- g) En raison de leurs difficultés économiques, de la rapidité du vieillissement de leur population, de l'absence d'une infrastructure sociale et du déclin des soins traditionnellement assurés par des membres de la famille, les pays en développement vont devoir faire face à des problèmes encore plus graves.
- h) Un grand nombre d'infections chroniques de la vieillesse peuvent être décelées, évitées et traitées avec succès, sous réserve de ressources suffisantes et d'un accès convenable aux soins.
- i) Dans l'ensemble du monde, les maladies de l'appareil circulatoire sont la principale cause de décès et d'incapacités chez les plus de 65 ans, mais les possibilités de traitement sont excellentes.

Les femmes

24. La santé des femmes est indissociable de leur statut dans la société. L'égalité leur est bénéfique et elles souffrent de la discrimination. Aujourd'hui, le piètre statut social et l'absence de bien-être qui sont le lot de millions et de millions de femmes dans le monde font de leur vie une véritable tragédie. Toute la société en souffre, et l'horizon des générations futures en est assombri.
25. Dans de nombreuses parties du monde, la discrimination contre les femmes commence avant leur naissance et les poursuit jusqu'à leur mort. L'histoire de l'humanité offre de nombreux exemples de sociétés où les fillettes, non désirées à leur naissance, sont ainsi désavantagées dès le départ. Aujourd'hui, les fillettes et les femmes ne jouissent pas encore des mêmes droits et privilèges que leurs frères à la maison, au travail, en classe ou dans les services de santé. Elles pâtissent davantage de la pauvreté et d'un statut social peu enviable et sont exposées aux nombreux dangers inhérents à leur rôle de reproductrice. Ainsi, elles doivent supporter, souvent toute leur vie, plus que leur part d'inconvénients et de souffrances.
26. Le vieillissement de la population mondiale entraîne une évolution vers des sociétés composées en majeure partie de femmes. Or, si les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, le surcroît de vie qui leur est accordé ne comporte souvent aucun avantage réel dans la mesure où il ne s'agit pas d'années de vie supplémentaires sans incapacité.
27. La santé de la femme âgée est déterminée pendant toute sa vie par des facteurs qu'elle ne maîtrise guère. Pour que la vieillesse chez la femme soit synonyme de qualité de vie, il faut mettre en oeuvre des politiques visant à lui garantir la meilleure santé possible à mesure qu'elle vieillit. Ces politiques devront traiter les problèmes qui commencent à se poser dès la petite enfance et l'enfance et porter sur toute l'existence jusqu'à la vieillesse, en passant par l'adolescence et l'âge adulte.
28. **Enfance et petite enfance.** La santé des parents, et notamment celle de la mère avant et pendant la grossesse, ainsi que les services dont elle dispose pendant sa grossesse, et plus particulièrement au moment de l'accouchement, sont d'importants déterminants de l'état de santé des enfants. Des nourrissons dont la santé est compromise à la naissance sont plus vulnérables à divers problèmes dans la suite de leur existence. Une mauvaise

alimentation des fillettes pendant l'enfance peut réduire la capacité intellectuelle, retarder la puberté, et entraîner des problèmes de fertilité et de développement qui augmentent le risque de complication pendant l'accouchement. Les mutilations génitales des femmes auxquelles 2 millions de fillettes sont soumises chaque année ou les sévices sexuels subis pendant l'enfance compromettent la santé physique et mentale aux stades ultérieurs de la vie.

29. **Adolescence.** La plupart des programmes de santé génésique et de planification familiale ne prennent pas suffisamment en compte les besoins particuliers des adolescentes. Des relations sexuelles prématurées, un comportement sexuel à haut risque, un faible niveau d'instruction et l'absence d'une information et de services sanitaires de base peuvent tous nuire au bien-être présent et futur des jeunes filles dans cette tranche d'âge.

30. Les adolescentes sont en effet davantage exposées à un risque de maladie sexuellement transmissible, y compris le VIH/SIDA, de grossesse et de maternité précoces, et d'avortement dangereux. En effet, elles ne sont pas armées physiquement pour donner naissance à un enfant et le risque de décès maternel est beaucoup plus élevé chez elles que chez des femmes de 20 à 30 ans. Un régime alimentaire inapproprié au cours de l'adolescence peut compromettre la santé et le développement physique des jeunes filles, et cela de façon permanente. L'anémie ferriprive est particulièrement courante dans cette tranche d'âge.

31. **Age adulte.** Les effets d'une mauvaise santé au cours de l'enfance et de l'adolescence, y compris la malnutrition, se font sentir au cours de l'âge adulte, notamment lorsque la femme est en âge de procréer. C'est là une période particulièrement dangereuse dans la vie de nombreuses femmes des pays en développement où les services de soins de santé, notamment les services de santé génésique, laissent souvent à désirer et où la société exerce des pressions sur les couples pour qu'ils aient de nombreux enfants. Plus de 50 % des femmes enceintes dans ces pays sont anémiques.

32. Environ 585 000 femmes succombent chaque année à des affections en rapport avec la grossesse. Lorsqu'une femme a de nombreuses grossesses, le risque de décès associé à la grossesse augmente d'autant. Il est d'une chance sur 1400 en Europe, d'une sur 65 en Asie et d'une sur 16 en Afrique.

33. On estime à 50 millions le nombre de femmes adultes dans les pays en développement qui présentent une grave insuffisance pondérale et à environ 450 millions le nombre de celles qui ont un goitre.

34. **Femmes âgées.** Des millions et des millions de femmes sont vieilles prématurément par des conditions de vie excessivement rigoureuses et par les inégalités dont elles sont victimes dès l'enfance. Une alimentation inappropriée, une mauvaise santé génésique, des conditions de travail dangereuses, la violence et les maladies en rapport avec le mode de vie sont autant de facteurs qui accroissent le risque de cancer du sein et du col, d'ostéoporose et d'autres affections chroniques après la ménopause. Au cours de la vieillesse, la pauvreté, la solitude et l'aliénation sont des maux fréquents.

DIRIGER ET REAGIR

L'OMS, de 1948 à 1998

35. Le rapport examine d'abord les origines de l'OMS, y compris les organisations qui l'ont précédée au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, les discussions internationales qui ont eu lieu à la fin de la Seconde Guerre mondiale pour décider s'il y avait lieu de créer une nouvelle organisation internationale de la santé, et la création de l'OMS en 1948. Il décrit comment l'Organisation s'est attaquée aux problèmes de santé de l'époque, comment, ayant compris la nécessité de décentraliser ses activités, elle a créé les six Régions OMS, et comment elle a défini ses méthodes de travail.

36. Jusqu'à la fin des années 60, l'accent avait été mis sur la lutte contre les maladies infectieuses dangereuses. Dans les années 70, on a accordé plus d'importance à l'évaluation du progrès du développement en général et du progrès social en particulier, y compris à la notion de développement sanitaire par opposition à la simple

prestation de soins médicaux. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui a eu lieu en 1978 à Alma-Ata, a marqué une étape importante dans l'élaboration de la politique sanitaire; à la suite de cette Conférence, il a été universellement reconnu que la santé était un puissant levier du développement socio-économique et de la paix. En 1981, l'Assemblée de la Santé a adopté la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 qui régit depuis l'action sanitaire de l'Organisation et de ses Etats Membres.

37. Au cours de la période qui s'est écoulée depuis la fin des années 80, le monde a subi des bouleversements politiques et économiques : des guerres civiles et des conflits armés locaux ont éclaté dans les pays, l'accent a été mis davantage sur les économies de marché et sur les réformes démocratiques, et les ressources disponibles pour les activités internationales de développement ainsi que pour le financement national des problèmes sanitaires et sociaux se sont amenuisées. Ces changements mondiaux se sont accompagnés d'autres mutations (environnementales, démographiques), qui ont eu d'importantes répercussions sur la santé.

Comment l'OMS travaille et ce qu'elle fait

38. Le rapport décrit la manière dont l'Organisation fonctionne pour s'acquitter du mandat énoncé dans sa Constitution. Elle se livre par exemple à des activités normatives très variées. On citera, à titre d'exemples, la Classification internationale des Maladies, le Règlement sanitaire international, les dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques, les Directives OMS de qualité pour l'eau de boisson, le Codex Alimentarius, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les activités de l'Organisation dans le domaine de la standardisation biologique.

39. Les programmes généraux de travail fixent les objectifs à moyen terme pour une période déterminée (4 à 6 ans), tandis que les budgets programmes définissent les objectifs immédiats des activités à entreprendre au cours d'une période biennale. L'importance des rôles et fonctions de l'OMS a varié dans le temps selon la situation sanitaire mondiale. Les fonctions ont toujours été classées en deux catégories : direction et coordination, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, et coopération technique avec les pays. Dans ce cadre, les activités de l'OMS visaient à produire des résultats qui soient probants aux yeux des gouvernements. Les activités étaient donc précédées d'une analyse approfondie des besoins effectuée en collaboration avec les pays pour appuyer leurs stratégies. Parmi les grandes orientations et objectifs des programmes ont figuré le renforcement des services nationaux de santé, la promotion et la protection de la santé, la lutte contre certains problèmes de santé et la promotion de la recherche médicale et sanitaire.

40. L'une des principales tâches de l'Organisation consiste à recueillir des informations essentielles. On peut mentionner dans ce contexte les services statistiques et la surveillance des maladies. Une fois recueillie, l'information doit être traitée et diffusée. Pour cela, l'OMS a mis en place des services d'information, de bibliothèque et de publication qui utilisent diverses méthodes, et notamment les techniques de communication les plus récentes.

EVALUATION DE LA SANTE

41. Faute de moyens permettant d'évaluer effectivement la santé au sens où elle est définie dans la Constitution de l'OMS, l'évaluation des tendances sanitaires contenue dans le rapport repose sur des indicateurs conventionnels tels que l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité. Cela dit, on s'efforce actuellement de formuler des indicateurs de la santé au sens positif du terme, tels que l'espérance de santé et ses variantes, mais ils ne sont pas encore utilisables pour l'évaluation des tendances au stade actuel en raison des difficultés posées par la normalisation des définitions et du fait que les valeurs dérivées sont difficilement comparables.

Evolution de la mortalité

42. En ce qui concerne le nombre de décès à différents âges, la tendance générale est à la baisse (tant pour les pays développés à économie de marché que pour les pays les moins avancés), excepté dans le groupe d'âge des 65 ans et plus. Dans l'ensemble, le nombre de décès à l'échelle mondiale est resté pratiquement inchangé de 1955 à 1995, avec toutefois un recul important d'environ 50 % chez les enfants de moins de 5 ans et d'environ 30 %

dans le groupe d'âge des 5-19 ans. La population active du groupe d'âge 20-64 ans a augmenté d'environ 5 %. Par contre, la population de femmes en âge de procréer du groupe d'âge 15-49 ans a diminué d'environ 18 %.

43. Dans les pays les moins avancés, toutefois, la proportion de décès chez les enfants a tendance à diminuer alors qu'elle s'accroît rapidement chez les personnes plus âgées. La proportion de décès chez les adultes – parmi la population active – a augmenté, passant de 25 à 29 % entre 1975 et 1995, et elle devrait atteindre près de 36 % en 2025.

Evolution des maladies

44. Près d'un tiers des décès enregistrés dans le monde en 1997 (plus de 50 millions) sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires telles que les infections aiguës des voies respiratoires inférieures, la tuberculose, la diarrhée, le VIH/SIDA et le paludisme, près de 30 % à des maladies de l'appareil circulatoire telles que les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires, et environ 12 % à des cancers. Si les décès consécutifs à des maladies de l'appareil circulatoire ne représentaient plus que 45 % des décès dans les pays développés en 1997 contre 52 % en 1985, cette proportion est passée de 16 à 25 % dans le même intervalle dans les pays en développement. La proportion de décès dus au cancer s'est accrue, passant de 6 à 9 % dans les pays en développement, et elle est restée de l'ordre de 21 % dans les pays développés. La part des maladies infectieuses et parasitaires a reculé, passant de 5 à 1 % du total des décès dans les pays développés et de 45 à 43 % dans les pays en développement.

45. Depuis quelques décennies, des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre quelques-unes des principales maladies infectieuses. Cependant, alors que certaines ont disparu ou sont pratiquement éliminées en tant que problème de santé publique, d'autres représentent toujours de graves menaces.

46. L'éradication mondiale de la **varirole** a été déclarée en 1980 à l'issue d'une campagne d'éradication qui avait débuté en 1967.

47. Le **pian**, une maladie tropicale qui se manifeste principalement au niveau de la peau et des os, a pratiquement disparu.

48. Le **choléra** a resurgi sous forme d'une nouvelle pandémie depuis les années 60 dans de nombreux endroits du monde, et cette maladie est toujours endémique dans près de 80 pays.

49. Depuis 40 ans, la **peste** représente une menace de moins en moins sérieuse pour l'humanité, en raison principalement de l'utilisation des antibiotiques et insecticides et des autres mesures de lutte; cependant, des épidémies se produisent encore de façon cyclique.

50. La plus vaste épidémie de **fièvre jaune** a été enregistrée en Ethiopie dans les années 1960-1962 et a fait près de 30 000 morts. Ce même chiffre représente le nombre de décès annuel dans le monde sur un total de quelque 200 000 cas chaque année, et ce progrès est dû en grande partie à la vaccination. Cela dit, depuis la fin des années 80, on assiste à une recrudescence importante de la fièvre jaune en Afrique et dans les Amériques.

51. Grâce aux progrès intervenus en matière d'assainissement et d'hygiène depuis quelques décennies, les flambées de **fièvre récurrente** transmise par les poux sont rares aujourd'hui. Elles sont favorisées par la promiscuité et la précarité des conditions d'hygiène dans lesquelles vivent certaines populations lors de conflits ou de catastrophes naturelles.

52. A la faveur des modifications récemment intervenues dans l'environnement, qui sont étroitement liées à la mise en valeur des ressources en eau, et de l'augmentation des densités de population, la **schistosomiase** s'est étendue à des régions dans lesquelles elle n'était pas endémique ou ne l'était que faiblement, et elle demeure endémique dans 74 pays en développement, principalement en Afrique.

53. Le programme de lutte contre l'**onchocercose**, lancé en Afrique de l'Ouest en 1974, a depuis protégé un total estimatif de 36 millions de personnes contre la maladie. Le nouveau programme africain de lutte contre l'onchocercose a commencé ses opérations en janvier 1996 et porte sur 19 nouveaux pays. Dans les Amériques, le programme d'élimination de l'onchocercose a démarré en 1991 dans six pays latino-américains et vise à éliminer les graves manifestations pathologiques de la maladie et à réduire la morbidité dans cette Région grâce à la distribution d'ivermectine. On escompte que l'onchocercose sera éliminée de la surface du globe en tant que problème de santé publique avant l'an 2008.
54. La **maladie de Chagas** ne se rencontre que sur le continent américain, du Mexique à l'Argentine, et l'objectif actuel est d'éliminer la transmission de cette maladie dans les pays du Cône Sud en Amérique latine d'ici à l'an 2003.
55. On a observé une recrudescence significative de la **maladie du sommeil** (trypanosomiase africaine), notamment en Afrique centrale, où le nombre des cas signalés a plus que doublé en quelques années. En 1997, l'Assemblée de la Santé a reconnu le danger d'épidémies dans un certain nombre de pays africains.
56. Depuis l'introduction des premiers vaccins injectables efficaces contre la **poliomyélite** en 1955, cette maladie a été progressivement éliminée dans de nombreux pays du monde. Le nombre de cas à l'échelle mondiale a reculé de plus de 90 % depuis le lancement en 1988 de la campagne d'éradication mondiale d'ici à l'an 2000.
57. En ce qui concerne la **lèpre**, l'OMS a mis au point et lancé une polychimiothérapie, qu'elle a commencé à recommander en 1981. Depuis lors, l'impact mondial de la lèpre a fortement diminué. L'objectif de l'OMS est d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici à l'an 2000.
58. Des progrès spectaculaires ont été réalisés dans la lutte contre la **dracunculose** (maladie du ver de Guinée) depuis une dizaine d'années : le nombre de cas a en effet considérablement diminué dans le monde et la maladie est maintenant limitée à 17 pays, dont 16 en Afrique subsaharienne.
59. La perspective d'une maîtrise et d'une élimination de la **filariose** est encourageante et, en 1997, l'Assemblée de la Santé a lancé un appel pour l'élimination mondiale de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique.
60. En ce qui concerne le **trachome**, l'objectif est d'éliminer cette maladie cécitante d'ici à l'an 2020 par l'utilisation d'antibiotiques à action prolongée.
61. La **rougeole**, que l'on espère éliminer d'ici à l'an 2000, tue encore près d'un million d'enfants chaque année.
62. Le **tétanos** du nouveau-né est la troisième des maladies de l'enfance les plus meurtrières (après la rougeole et la coqueluche) parmi les six maladies évitables par la vaccination que le Programme élargi de Vaccination a prises pour cibles, et cette maladie est préoccupante dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception de l'Europe.
63. Le **paludisme**, que l'on avait cru un certain temps en voie d'éradication, demeure une grave menace et cette maladie est endémique dans 100 pays. L'objectif actuel de la stratégie mondiale de lutte antipaludique est d'abaisser la mortalité d'au moins 20 % d'ici à l'an 2000 dans au moins 75 % des pays touchés.
64. Depuis une trentaine d'années, un excès d'optimisme à l'égard de la **tuberculose** a conduit à une diminution des programmes de lutte antituberculeuse dans de nombreux pays. Il en est résulté une vive recrudescence de cette maladie qui, selon les estimations actuelles, fait 2,9 millions de victimes chaque année. Depuis cinq ans, un tiers de l'incidence peut être attribué à une co-infection avec le VIH.

65. La **méningite** épidémique est un problème récurrent dans la “zone de la méningite” en Afrique, qui s’étend du Sénégal à l’Ethiopie et englobe au moins 15 pays ayant une population estimative totale de 300 millions de personnes.

66. Au cours de ces dernières décennies, l’urbanisation croissante a entraîné une augmentation de la prévalence de la **dengue** et de la **dengue hémorragique**. Ces maladies se rencontrent dans plus de 100 pays dans toutes les Régions de l’OMS, à l’exception de l’Europe. La dengue et, notamment, la dengue hémorragique potentiellement mortelle donnent souvent lieu à des épidémies massives. La stratégie de l’OMS continue d’être basée sur la prévention de la transmission par la lutte antivectorielle.

67. On observe une augmentation inquiétante du nombre des cas de **leishmaniose**. Cette maladie est associée au développement et aux modifications de l’environnement qui accroissent l’exposition aux phlébotomes vecteurs. Plus récemment, la propagation de la pandémie de SIDA a provoqué une augmentation des co-infections à leishmaniose viscérale-VIH.

68. L’infection par le virus de l’**hépatite B** (VHB) est un problème à l’échelle mondiale, puisque 75 % de la population du monde vit dans les régions où on relève des taux d’infection élevés. Plus de 2 milliards de personnes dans le monde ont été ou sont actuellement infectées par le VHB et 350 millions sont des porteurs chroniques du virus.

69. Identifié pour la première fois en 1989, le virus de l’**hépatite C** (VHC) pose aujourd’hui un problème de santé publique majeur. On ne connaît pas bien l’incidence de l’infection à VHC dans le monde; toutefois, l’OMS estime que 30 % de la population mondiale est infectée et que 170 millions d’individus sont des porteurs chroniques exposés à un risque de cirrhose du foie et de cancer du foie.

70. L’allongement de l’espérance de vie ces dernières décennies et l’évolution des modes de vie due au développement socio-économique ont, paradoxalement, favorisé certaines **maladies non transmissibles**, en particulier les troubles de la circulation, le cancer et d’autres formes de maladies mentales. Les **cardiopathies ischémiques** et les **accidents vasculaires cérébraux** représentent 12 millions de décès par an, le cancer fait 6 millions de morts, et 3 millions de décès sont dus aux bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Ces maladies ainsi que d’autres maladies non transmissibles sont actuellement responsables de près de 40 % de l’ensemble des décès dans les pays en développement, où elles frappent des personnes plus jeunes que dans les pays industrialisés. La transition épidémiologique, caractérisée par le double impact des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles, concerne de nombreux pays en développement, dans lesquels 64 % des décès sont dus à des maladies de l’appareil circulatoire, 60 % au cancer et 67 % à des BPCO.

71. Dans de nombreuses régions du monde, on observe une augmentation inquiétante de l’incidence du **cancer**. Dans plusieurs régions nouvellement industrialisées, le cancer est devenu en un temps record l’une des principales causes de décès. Le cancer du sein, celui du côlon et celui de la prostate sont apparus dans plusieurs pays où ils étaient à peine connus il y a 20 ou 30 ans. Dans tous les pays, le cancer du poumon est le plus fréquent chez l’homme, suivi dans les pays développés par le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer de l’estomac. Dans les régions en développement, le cancer de l’estomac arrive au deuxième rang, suivi du cancer du foie et des cancers de la bouche et du pharynx. Chez les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent dans les pays à hauts revenus, suivi du cancer colorectal, puis des cancers du poumon et de l’estomac. Dans les pays en développement, le cancer du col de l’utérus est le plus répandu, mais le cancer du sein l’est presque autant, suivi du cancer de l’estomac et de celui du poumon. Par rapport à la situation d’il y a 10 ans, les changements les plus remarquables dans cette classification sont la forte tendance à la hausse du cancer de la prostate (qui s’explique en partie par la mise en place de programmes de dépistage précoce), l’augmentation des cas de cancer du sein, surtout dans les pays en développement, et l’accroissement des cas de cancer du poumon dans le monde entier.

72. Le vieillissement de la population, de mauvaises habitudes alimentaires, l’obésité et un mode de vie sédentaire sont les principaux facteurs qui expliquent la tendance alarmante à la hausse du **diabète sucré**.

73. Avec l'accroissement de la longévité et le développement socio-économique, certaines formes de **troubles mentaux** sont de plus en plus fréquentes depuis une vingtaine ou une trentaine d'années. Il convient de mentionner certains facteurs sociaux et environnementaux qui expliquent notamment la progression de l'alcoolisme et de la toxicomanie, du nombre des suicides, de la violence et d'autres problèmes comportementaux.

74. De nouvelles maladies infectieuses sont apparues et d'autres sont réapparues dans de nombreuses régions du monde depuis une vingtaine d'années. C'est le cas notamment du VIH, l'agent responsable du **SIDA**, qui a eu de loin les plus graves répercussions sur l'ensemble de la planète. On citera aussi la maladie du légionnaire, la fièvre hémorragique Ebola, la fièvre de la Vallée du Rift, l'orthopoxvirus simien et la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

75. L'apparition chez l'homme d'un nouveau virus de la grippe, A(H5N1), identifié à Hong Kong à la fin de l'année 1997, et dont la source animale est probablement la volaille, a rappelé la nécessité de poursuivre les activités de surveillance mondiale intensive de la **grippe**.

Espérance de santé

76. Pendant longtemps, on a considéré que le fait de connaître l'espérance de vie à différents âges, le taux de mortalité infantile et la distribution des causes de décès en fonction des principales maladies permettait d'évaluer l'état sanitaire des populations et de définir les priorités nationales de santé publique. Depuis une vingtaine d'années, toutefois, l'allongement de l'espérance de vie consécutif à la chute de la mortalité chez les personnes âgées et la prise en compte de la qualité de la vie, en particulier au cours des dernières années d'existence, ont conduit à envisager l'adoption d'un nouveau type d'indicateur.

77. Du fait que l'on ne connaît guère les limites de la longévité chez l'homme, les indicateurs de l'espérance de santé – qui fournissent des renseignements sur l'état fonctionnel de la population et la vitalité, ainsi que sur sa qualité de vie – sont bien adaptés aux conditions nouvelles.

78. L'espérance de santé sans incapacité grave chez l'homme, à l'âge de 65 ans, a suivi pratiquement la même évolution que l'espérance de vie totale. Quel que soit le pays examiné, l'augmentation de l'espérance de vie ne s'est pas accompagnée d'une augmentation du nombre d'années passées avec de graves incapacités. On observe tout au plus une pandémie d'incapacités légères et modérées.

LA SANTE A TOUS LES STADES DE L'EXISTENCE

79. Les principales conclusions du rapport sont résumées dans l'introduction. On trouvera ci-après les réponses apportées par l'OMS aux problèmes recensés.

Nourrissons et jeunes enfants

80. L'OMS a contribué aux remarquables améliorations apportées à la santé des enfants au cours de ces 50 dernières années. Des progrès ont été faits dans l'élimination du tétanos néonatal par la vaccination des mères et dans la promotion de l'allaitement au sein et des hôpitaux "amis des bébés". L'OMS a montré que l'on pouvait réduire de 30 % la mortalité périnatale et néonatale en pratiquant une série d'interventions de base sur la mère au cours de la grossesse et de l'accouchement et sur le nouveau-né après la naissance.

81. Pour réduire la mortalité infantile, l'OMS est passée des programmes des années 70 axés sur une maladie unique à la stratégie actuelle de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. Elle a favorisé un large emploi de la thérapie de réhydratation orale pour réduire la mortalité due à la diarrhée aiguë et à la malnutrition qui y est associée. Vers la fin des années 80, il est apparu que les infections respiratoires aiguës, surtout la pneumonie, étaient les principales responsables des décès d'enfants de moins de 5 ans. La prise en charge type simplifiée est devenue l'élément de base des efforts entrepris par l'OMS pour réduire la mortalité due à la

pneumonie. Les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et contre les infections aiguës des voies respiratoires ont fusionné en 1990. Il était alors évident que la plupart des décès d'enfants étaient provoqués par un nombre réduit d'affections : diarrhée, pneumonie, rougeole, paludisme et malnutrition. En 1992, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré des directives cliniques portant sur ces cinq affections. La stratégie qui en résulte a été dénommée prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

82. En 1992, on a adopté la Déclaration mondiale et le plan d'action sur la nutrition, qui comprend neuf objectifs pour l'an 2000 et neuf stratégies axées sur des mesures concrètes pour améliorer la nutrition. En 1997, plus de 160 pays avaient reçu une aide technique et/ou financière de l'OMS pour élaborer et appliquer leurs politiques et leurs plans nationaux de lutte contre les problèmes d'alimentation et de nutrition. La base de données mondiale de l'OMS sur la malnutrition et la croissance de l'enfant couvre maintenant plus de 90 % des moins de 5 ans dans le monde, et sa base de données sur l'allaitement maternel s'étend à 65 pays. L'initiative des hôpitaux "amis des bébés" a été mise en oeuvre dans plus de 170 pays.

83. Le Programme élargi de Vaccination de l'OMS a été lancé en 1974 et, en 1995, 80 % des enfants du monde avaient été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose, contre moins de 5 % en 1974. Après l'éradication complète de la variole, la poliomyélite est devenue la deuxième maladie cible d'une éradication à l'échelle mondiale. A peu près tous les pays d'endémicité ont maintenant commencé à appliquer les stratégies d'éradication de la poliomyélite recommandées par l'OMS. En 1996, la morbidité et la mortalité estimatives de la rougeole avaient chuté respectivement de 78 % et de 88 % dans le monde par rapport à la période ayant précédé la campagne de vaccination.

Grands enfants et adolescents

84. L'adolescence est une étape cruciale du cycle du développement humain qui a des incidences à la fois sur la santé individuelle et sur la santé publique. L'approche générale de l'OMS vise principalement à développer la somme de connaissances dont on dispose sur la santé et le développement de l'adolescent, à mieux comprendre la signification, les paramètres et l'état de la santé physique, psychologique et sociale des adolescents, et à déterminer les mesures particulières qui favorisent la santé et le développement des jeunes dans toutes les sociétés. Les principaux résultats de cette action ont été jusqu'ici la diffusion de renseignements essentiels et la publication des besoins prioritaires.

85. En 1989, l'Assemblée de la Santé a vivement engagé ses Etats Membres à mobiliser des ressources et à élaborer des programmes pour répondre aux besoins sanitaires des jeunes. On a mis en place un certain nombre de bases de données sur les principaux problèmes de santé des adolescents, y compris les aspects sexuels de la santé génésique.

86. Pour promouvoir la santé des enfants d'âge scolaire et des adolescents, l'éducation scolaire constitue une arme de choix. L'initiative mondiale OMS de la santé à l'école recommande un environnement scolaire qui comporte des distributions d'eau potable et des installations sanitaires, qui préserve des maladies infectieuses, qui protège contre la discrimination, le harcèlement, les sévices et la violence, et qui fasse renoncer à l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites. Chaque école doit permettre aux enfants et aux adolescents de tous niveaux d'apprendre les règles d'hygiène et les compétences de base essentielles qui les mettront en mesure, toute leur vie, de faire des choix favorables à la santé et d'adopter des modes de comportement sains.

Adultes

87. Depuis 1971, l'OMS met particulièrement l'accent sur la famille considérée comme l'unité de base des soins de santé, ce qui l'a amenée à adopter la notion de santé de la famille. En préservant la santé des mères et des travailleurs, la cellule familiale protège du même coup la santé des enfants et des personnes âgées qui sont à leur charge.

88. Vers la fin des années 80 et au début des années 90, il devenait évident que, favorisée par le nombre croissant de co-infections avec le VIH et par la propagation de souches polychimiorésistantes, l'épidémie de **tuberculose** s'aggravait. En 1991, l'Assemblée de la Santé a préconisé le renforcement des programmes antituberculeux basés sur le district et une large application du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). En 1993, l'Assemblée de la Santé a déclaré que la tuberculose créait une situation d'urgence mondiale. La stratégie du DOTS sert actuellement à documenter et traiter les cas de tuberculose, ce qui permet de réduire les sources d'infection dans la communauté.

89. Dans les années 80, l'OMS a été le fer de lance des mesures prises pour alerter les autorités sanitaires mondiales lors des épidémies nationales de **VIH/SIDA**. Depuis 1986, elle collabore avec les Etats Membres pour mettre en place ou renforcer leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA, effectuer des évaluations rapides, améliorer les moyens dont ils disposent pour le diagnostic, la confirmation en laboratoire et les examens de sang, et planifier les activités nationales ainsi que la mise en oeuvre d'une réaction à long terme basée sur des projections fiables. Le développement d'un vaccin bon marché, sûr et efficace constitue une priorité, mais on ne peut guère l'envisager avant au moins 10 ans. En collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS remplit trois rôles principaux dans ce domaine : soutenir et coordonner la recherche; négocier avec l'industrie pour veiller à ce que les produits de la recherche soient mis à la disposition de ceux qui en ont le plus besoin; et rechercher les moyens d'encourager la recherche sur les vaccins, beaucoup moins intéressante commercialement que la recherche sur de nouveaux médicaments.

90. La majorité des maladies professionnelles peuvent être évitées par des mesures adoptées dans l'environnement professionnel, par l'amélioration des conditions de travail et par la réduction des risques d'exposition à des substances nocives. Les travaux de l'OMS en **médecine du travail** remontent à 1950, date où elle a créé avec l'OIT un comité mixte sur ce sujet. Au début des années 90, l'OMS a établi un nouveau programme sur le travail, le développement et la santé qui a débouché sur la stratégie mondiale de la médecine du travail pour tous. Les Etats Membres sont instamment priés de concevoir des programmes nationaux dans ce domaine en veillant particulièrement à mettre en place des services de médecine du travail complets. Avec la notion d'entreprise-santé ou d'organisation-santé, l'OMS favorise la santé sur le lieu de travail pris au sens large.

91. De nombreux programmes de l'OMS visent maintenant à satisfaire les **besoins spécifiques des femmes**, et l'Organisation met au point une politique sur les différences liées au sexe et à la santé qui devrait faciliter cet aspect de ses activités. Certains bureaux régionaux recueillent des données qui permettront de mettre au point des profils sanitaires des femmes par pays. En 1997, l'OMS a préparé des modules d'information contenant les données les plus récentes sur la prévalence et elle a collaboré avec des associations professionnelles pour sensibiliser l'opinion aux problèmes de santé des femmes. Une étude plurinationale a été lancée au sujet de la violence domestique dont sont victimes les femmes; elle porte notamment sur la prévalence de cette forme de violence, sur ses conséquences sanitaires et sur les facteurs de risque et de protection, et elle concerne des pays de toutes les Régions.

92. La Commission mondiale de l'OMS sur la Santé des Femmes s'intéresse à trois domaines clés : l'éducation pour la santé des fillettes et des femmes; la violence dirigée contre les femmes; la morbidité et la mortalité maternelles. Les activités entreprises au niveau des pays et des Régions ont porté sur la collecte de données, les analyses documentaires et les recherches dans des domaines où les connaissances sur la santé des femmes comportent des lacunes.

93. Parmi les activités de 1997 concernant la santé génésique figurent l'élargissement du champ d'application de l'initiative de recherche sur le rôle des hommes en santé génésique, la publication de données tirées de l'étude collective sur les maladies cardio-vasculaires et les contraceptifs hormonaux, l'achèvement de la collecte de données – et les débuts de leur analyse finale – en vue d'une vaste étude postcommercialisation de surveillance des implants contraceptifs Norplant, et le lancement de plusieurs initiatives régionales sur les mutilations génitales des femmes, l'accroissement des taux de césarienne et la qualité des soins prénatals.

Personnes âgées

94. En 1979, l'Assemblée de la Santé a adopté sa première résolution concernant expressément les soins de santé pour les personnes âgées, ce qui a entraîné la création d'un programme mondial. L'OMS a organisé des réunions scientifiques sur des questions liées au vieillissement, comme l'état nutritionnel, les maladies cardiovasculaires, la santé mentale, la prévention des infections respiratoires, la vie familiale et le soutien apporté par la famille, la prévention des accidents et la promotion de la santé. Publiées en 1984, les *Applications de l'épidémiologie à l'étude du vieillissement* ont favorisé l'adoption de nouvelles approches pour les recherches sur ce sujet. Les activités qui se sont déroulées entre la fin des années 80 et le milieu des années 90 portaient sur les déterminants d'un vieillissement sain, l'ostéoporose et les démences associées à l'âge. En 1994, le programme a été réorienté et rebaptisé "vieillissement et santé".

95. Le programme de l'OMS traite à la fois des personnes âgées et du vieillissement. Il met l'accent sur la promotion de la santé, et notamment sur un vieillissement sain ou sur les moyens de bien vieillir. Il tient compte des différences liées au sexe qui ont des répercussions évidentes sur la santé et sur le mode de vie, et des cadres culturels qui déterminent aussi la santé vers la fin de la vie. Il traite aussi des stratégies permettant de maintenir une cohésion entre les générations et des nombreuses questions d'éthique que soulève le vieillissement de la population.

UN MONDE EN MUTATION

96. Trois grands types de tendances mondiales influent sur la santé : l'économie, la démographie et les tendances sociales.

97. Sous le titre **Tendances économiques**, le rapport examine la croissance économique au cours de trois périodes : 1950-1973, années marquées par une prospérité sans précédent; 1973-1993, où l'économie mondiale est demeurée le plus souvent en dessous de son potentiel; et la période qui s'est écoulée depuis 1993, date de la renaissance économique. Il expose les inégalités croissantes et le fardeau mondial de la dette et analyse les mutations sectorielles et les nouvelles perspectives.

98. Les questions figurant sous le titre **Tendances démographiques** sont les suivantes : taille et accroissement de la population; migrations internationales et réfugiés; composition par âge et rapports de dépendance; et fécondité – avec un examen de la prévalence de la contraception, de la fécondité des adolescents et de la stérilité.

99. Sous le titre **Tendances sociales**, le rapport examine l'urbanisation – 45 % environ de la population mondiale vit maintenant en zone urbaine –, puis l'environnement et le logement. Le logement joue un rôle de premier plan dans la qualité de la vie et la question de la pauvreté du logement est abordée. Dans la plupart des pays, des gens souffrent de la faim et de la malnutrition, de sorte que l'alimentation et la nutrition, y compris la sécurité alimentaire, l'agriculture urbaine et l'état nutritionnel, sont examinées. L'éducation a un impact direct sur la santé, la qualité de la vie et les perspectives d'emploi, et le rapport met donc l'accent sur les efforts actuellement déployés pour améliorer les taux de la scolarisation des garçons et des filles. Les problèmes étroitement imbriqués du chômage (y compris le chômage des jeunes et le besoin d'une main-d'oeuvre éduquée) et de la pauvreté (y compris la nécessité de programmes de lutte contre la pauvreté) font aussi l'objet d'un examen approfondi.

MISE EN OEUVRE DE LA SANTE POUR TOUS

100. En 1977, l'Assemblée de la Santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, ce qui signifie qu'au minimum, tous les habitants de tous les pays du monde devraient accéder au moins à un niveau de santé tel qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie. La troisième

évaluation des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (effectuée en 1997) montre que tant l'état de santé que l'accès aux soins de santé se sont considérablement améliorés dans le monde. Un nombre croissant d'Etats Membres procèdent à intervalles réguliers à un contrôle et à une évaluation de leur stratégie de la santé pour tous; pour la première évaluation, en 1985, 147 Etats Membres sur 166 ont envoyé un rapport concernant au moins les indicateurs mondiaux. En 1997, 158 des 191 Etats Membres en ont fait autant, encore que certains indicateurs aient été plus largement traités que d'autres – par exemple 90 % des pays ont rendu compte des vaccinations, mais seulement 30 % de l'accès aux services de santé locaux.

101. On a noté d'une manière générale un ferme engagement politique en faveur des objectifs de la santé pour tous, et la plupart des pays ont approuvé au plus haut niveau les politiques et stratégies nécessaires. Les services de santé existants sont réorientés vers un système de santé basé sur les soins de santé primaires et tenant compte du rôle de l'individu, de la famille, de la communauté, des organisations non gouvernementales locales et du personnel de santé. Une attention considérable est accordée à la santé des femmes et à leur rôle dans le développement.

102. Dans l'ensemble du monde, les éléments suivants des soins de santé primaires ont notablement progressé depuis la première évaluation en 1985 : vaccination contre les six maladies cibles du Programme élargi de Vaccination; accouchements en présence d'un personnel qualifié; services de santé locaux; et installations pour l'approvisionnement en eau et l'évacuation des excréta. Les écarts entre pays en développement et pays développés ont été fortement réduits, encore que les améliorations notées dans les pays les moins avancés soient peu satisfaisantes.

103. Les taux de couverture des divers éléments des soins de santé primaires se sont améliorés dans les pays en développement où 65 % des femmes enceintes ont accès à des services de santé prénatals et 53 % accouchent en présence d'un personnel qualifié. Dans les zones rurales, 75 % de la population a accès à une source d'eau potable et environ 34 % à un dispositif d'assainissement adéquat.

104. Le rapide développement de la couverture des programmes de vaccination, passée de 5 % dans les années 70 à plus de 80 % en 1996, a eu un impact indéniable sur l'état de santé des enfants. Les améliorations sont toutefois moins nettes dans les pays les moins avancés que dans les autres pays en développement.

105. On estime qu'en 1997 les habitants de 106 pays représentant 64 % de la population mondiale avaient une espérance de vie à la naissance de plus de 60 ans; dans ces mêmes pays, le taux de mortalité infantile était inférieur à 50 décès pour 1000 naissances vivantes et la mortalité des moins de 5 ans à 70 décès pour 1000 naissances vivantes. En 1975, 69 pays représentant 30 % de la population mondiale avaient atteint ces cibles.

106. Devant l'augmentation des coûts des services de santé, on s'est inévitablement préoccupé des ressources disponibles pour la santé. Les pays utilisent diverses méthodes pour financer leurs systèmes de santé, mais, même parmi les plus riches, rares sont ceux qui jugent satisfaisante la répartition des ressources financières entre les services de promotion et les services curatifs. En outre, la mise en place des ressources humaines pour la santé se heurte aussi à de nombreux problèmes qui ont trait à l'éducation et à la formation professionnelle ainsi qu'à la distribution du personnel.

107. A mesure que les systèmes de santé deviennent plus complexes et coûteux et que l'application des technologies nouvelles et existantes s'affine, il devient plus difficile de prendre des décisions appropriées au sujet de l'affectation de ressources souvent rares. La reproductibilité et la comparabilité des méthodes d'épreuve et des résultats sont essentielles pour le bon fonctionnement des laboratoires de santé. En outre, la notion d'assurance de la qualité, qui englobe l'évaluation externe de la qualité et les contrôles internes, a été lancée par l'OMS et acceptée dans le monde entier. L'Organisation a également mis l'accent sur l'installation de services radiologiques pour le diagnostic et le traitement et sur l'amélioration de leur qualité, domaines qui ont progressé de façon spectaculaire.

L'OMS DANS LE MONDE

108. Pour chacune des six Régions OMS, le rapport résume les tendances sanitaires qui se dessinent à partir de 1948 ainsi que les activités ou problèmes actuels dans des domaines particuliers comme le développement du secteur de la santé, les ressources humaines pour la santé, la santé maternelle et infantile, les systèmes de surveillance épidémiologique, les maladies nouvelles et émergentes, la qualité de l'eau et sa distribution, et le paludisme. Pour chaque Région, il passe en revue les perspectives et les défis du XXI^e siècle.

PARTENARIATS MONDIAUX POUR LA SANTE

109. L'OMS a toujours travaillé en partenariat avec l'Organisation des Nations Unies ainsi qu'avec les autres organismes du système des Nations Unies. On peut citer à cet égard la coopération qui s'est instaurée de longue date avec l'ONU dans le domaine de la pharmacodépendance et la participation plus récente de l'OMS à l'initiative spéciale pour l'Afrique qui s'étend à l'ensemble du système. Une coopération très étroite a toujours existé entre l'OMS et l'UNICEF, notamment dans le domaine de la vaccination. Parmi les autres partenaires du système des Nations Unies figurent l'OIT (pour la médecine du travail), l'UNESCO (pour la santé scolaire) et la FAO (pour la nutrition).

110. L'OMS travaille aussi avec la Banque mondiale, les banques régionales de développement, l'Union européenne et des organisations non gouvernementales très diverses dont certaines s'intéressent à une branche particulière de la médecine et d'autres à un domaine plus général.

111. Pour faire face aux situations d'urgence – catastrophes naturelles et autres –, l'OMS collabore avec ses Etats Membres, le HCR et d'autres organisations internationales. Elle rapporte sa politique de gestion des situations d'urgence au développement afin de coopérer avec les pays touchés pour améliorer durablement leur système de santé publique – condition préalable d'un développement viable.

112. Dans le domaine de la recherche, le CIRC, placé sous l'autorité générale de l'OMS, étudie l'écobiologie et l'épidémiologie du cancer. Depuis 1972, l'OMS coparraine, avec le PNUD, le FNUAP et la Banque mondiale, un Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine. Un arrangement similaire a été conclu avec le PNUD et la Banque mondiale pour le Programme spécial OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales qui a été créé en 1975.

113. Avec ses groupes régionaux, le Comité consultatif OMS de la Recherche en Santé continue de guider et soutenir l'action de l'OMS dans les domaines de la recherche et du développement technologique. Dans le contexte de la politique de la santé pour tous au XXI^e siècle, une stratégie de recherche est élaborée en fonction des progrès rapides des techniques de communication qui pourront resserrer l'écart qui sépare les pays développés et les pays en développement du point de vue de l'accès à l'information scientifique et technique et à ses applications dans les pays.

L'ACTION SANITAIRE AU XXI^e SIECLE

114. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1998* et les trois rapports qui l'ont précédé permettent de dresser un tableau complet des grands problèmes qui ont marqué l'évolution de la santé dans le monde au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle. Les priorités de l'action internationale recommandée dans ces quatre rapports permettent de planifier l'action sanitaire au XXI^e siècle.

115. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1995 – Réduire les écarts* voyait dans la pauvreté la principale cause des souffrances humaines et montrait comment le fossé séparant les riches des pauvres dans le domaine de la santé s'élargissait. Il recommandait d'utiliser les ressources disponibles aussi efficacement que possible et de les réorienter vers les personnes qui en ont le plus besoin.

116. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1996 – Combattre la maladie, promouvoir le développement* définissait trois grandes priorités : achever l'action entreprise pour éradiquer et éliminer certaines maladies; s'attaquer à des maladies "anciennes", comme la tuberculose et le paludisme, ainsi qu'au problème de la résistance aux antibiotiques; et combattre les maladies émergentes.

117. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 1997 – Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité* soulignait l'importance de l'espérance de santé par rapport à l'espérance de vie dans le contexte des maladies non transmissibles chroniques. Sa principale recommandation concernait l'intégration des interventions axées sur une maladie déterminée dans un ensemble complet de mesures de lutte contre les maladies chroniques englobant la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et l'amélioration de la formation des professionnels de la santé.

118. Le rapport de cette année expose les événements et les réalisations les plus marquants de ces 50 dernières années dans le domaine de la santé et décrit les tendances économiques, démographiques et sociales qui influenceront sur la santé au début du XXI^e siècle. Des progrès substantiels ont été réalisés dans les domaines de l'espérance de vie et de la lutte contre les maladies infectieuses, et il convient de ne pas les compromettre.

119. La pauvreté demeure le principal **problème à résoudre** pour protéger la santé. On doit s'attacher en priorité à l'alléger dans les pays les plus pauvres du monde et à éliminer les poches de misère qui existent encore à l'intérieur des autres pays. Des politiques visant à améliorer la santé et à garantir l'équité sont les clés de la croissance économique et de la lutte contre la pauvreté.

120. Le **maintien des acquis** en matière de santé dépend largement d'un partage des connaissances, de l'expertise et de l'expérience médicales à l'échelle de la planète. Les pays industrialisés peuvent jouer un rôle vital en aidant à résoudre les problèmes de santé du monde : ils y ont tout autant intérêt que les pays en développement.

121. Une coopération internationale accrue dans le domaine de la santé peut être facilitée par un réseau mondial bien géré faisant usage des techniques de communication les plus récentes. Il est essentiel d'instaurer une surveillance mondiale pour dépister les maladies infectieuses émergentes et y réagir. Du fait de l'essor des échanges et des voyages dans le monde, la prévention des infections d'origine alimentaire, notamment, revêt une importance croissante. Les guerres, les conflits, les mouvements de réfugiés, la dégradation de l'environnement facilitent aussi la propagation des infections, tout en étant eux-mêmes des risques pour la santé.

122. Pour **renforcer le potentiel sanitaire** dans les années à venir, il faudra prévenir et réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités prématurées. A cet effet, on devra permettre aux gens de tous âges de réaliser au fil des ans tout leur potentiel intellectuel et physique par l'éducation, l'acquisition des compétences de base et l'adoption de modes de vie sains.

123. La notion de **vieillesse saine** suppose une meilleure connaissance des caractéristiques physiques et mentales de la personne âgée et des problèmes qui y sont associés. Des recherches beaucoup plus poussées seront nécessaires pour réduire les incapacités dans les tranches d'âge supérieures.

124. Le souci du bien-être des membres âgés de la société d'aujourd'hui s'inscrit dans le cadre des rapports entre générations qui devront s'instaurer au XXI^e siècle. Ces rapports, d'une importance vitale pour la cohésion sociale, devront être basés sur l'équité, la solidarité et la justice sociale.

125. Jeunes et vieux doivent apprendre à mieux connaître leurs aspirations et besoins réciproques et à accepter leurs différences. Les jeunes ont les compétences et l'énergie nécessaires pour améliorer la qualité de la vie de leurs aînés. Quant aux anciens, ils ont la sagesse que confère l'expérience et peuvent la transmettre aux enfants d'aujourd'hui et aux générations futures.

= = =