

ALLOCUTIONS DU
DR HIROSHI NAKAJIMA
DIRECTEUR GENERAL
AU CONSEIL EXECUTIF ET
A L'ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

1998

ALLOCUTIONS DU
DR HIROSHI NAKAJIMA
DIRECTEUR GENERAL
AU CONSEIL EXECUTIF ET
A L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
1998

TABLE DES MATIERES

1

ALLOCUTION DU
DIRECTEUR GENERAL
AU CONSEIL EXECUTIF A SA
CENT UNIEME SESSION
Genève, 19 janvier 1998

9

ALLOCUTION DU
DIRECTEUR GENERAL
A LA CINQUANTE ET UNIEME
ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE
Genève, 11 mai 1998

ALLOCUTION DU DIRECTEUR GENERAL AU CONSEIL EXECUTIF A SA CENT UNIEME SESSION

Genève, 19 janvier 1998

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil, Mesdames et Messieurs,

L'OMS a 50 ans cette année. Alors que nous célébrons ce cinquantième anniversaire, nous pouvons tirer une fierté légitime des nombreux acquis qu'ensemble nous avons obtenus pour la santé de tous les peuples du monde. En même temps, pleinement conscients de nos responsabilités vis-à-vis des générations présentes et futures, nous devons évaluer les nouveaux défis pour la santé dans le monde, nous assurer que nos politiques et nos structures sont bien adaptées et qu'elles nous permettront de répondre aux attentes des populations que nous servons.

En mai 1998, en réaffirmant les principes et les valeurs énoncés il y a cinquante ans dans la Constitution de l'OMS, nous adopterons une nouvelle déclaration sur la santé dans le monde et une nouvelle politique de la santé pour tous. Celles-ci fourniront un cadre pour les activités de l'OMS au XXI^e siècle où, me semble-t-il, la coopération internationale devra privilégier de plus en plus les aspects de la santé liés au développement. Tout notre processus de réforme est en fait guidé par le souci de répondre plus efficacement aux besoins en évolution constante de nos Etats Membres afin que la santé et le développement socio-économique se renforcent mutuellement.

Il y a cinquante ans, les grandes priorités de l'OMS étaient la vaccination, les maladies infectieuses et parasitaires, la malnutrition, l'hygiène et l'assainissement, les infrastructures sanitaires de base, l'éducation et la formation des personnels de santé, et le développement ou la reconstruction des services de santé. Elles restent, dans une large mesure, d'importants domaines de préoccupation et d'activité de l'Organisation. Mais l'ampleur

des défis auxquels nous devons faire face, de même que nos approches, ont considérablement changé.

Dans le domaine de la vaccination contre les maladies de l'enfance, nous avons accru les taux de couverture mondiaux des enfants de moins d'un an de moins de 5 % en moyenne en 1974 à environ 80 % en 1994. En 1980, nous avons pu déclarer la variole éradiquée. Nous avons ensuite entrepris d'autres actions, ambitieuses mais réalisables. Nous nous sommes fixé pour cibles l'éradication de la poliomyélite et l'élimination d'autres maladies évitables telles que la rougeole et le tétanos du nouveau-né. En 1996, l'incidence mondiale de la rougeole était réduite d'environ 70 %. La poliomyélite a été éradiquée dans la Région des Amériques et elle le sera prochainement dans la Région du Pacifique occidental, cependant que d'énormes progrès sont faits en Afrique et en Asie du Sud-Est.

Nous disposons d'outils et de stratégies efficaces, et des journées nationales de vaccination sont organisées régulièrement dans tous les pays et toutes les Régions concernés. Il nous incombe maintenant d'assurer la pérennité de ces efforts et de promouvoir la mise au point de vaccins polyvalents qui seront à la fois plus faciles à utiliser et d'un coût abordable pour ceux qui en ont le plus besoin. Ainsi, le programme élargi de vaccination, dont la réussite a été considérable, est maintenant complété par l'initiative pour les vaccins de l'enfance, qui mobilise le soutien conjoint de divers organismes relevant aussi bien du secteur public que du secteur privé. En étendant la couverture vaccinale, nous devons trouver les moyens d'atteindre des populations défavorisées ou exclues par la pauvreté. Là aussi, les solutions doivent être élaborées avec d'autres secteurs.

L'OMS a appuyé la formation de coalitions mondiales et la coopération intersectorielle contre plusieurs autres maladies telles que la lèpre, la dracunculose, l'onchocercose et la maladie de Chagas. Les résultats sont impressionnants. Entre 1985 et 1996, la prévalence mondiale de la lèpre a été réduite de 82 %. Pendant à peu près la même période, la prévalence mondiale de la dracunculose est passée de 3,5 millions de cas à 130 000 seulement. L'onchocercose a été éliminée dans 11 pays d'Afrique occidentale et 1,5 million de personnes précédemment infestées ne risquent plus la cécité. Lancée en 1991, l'élimination de la transmission de la maladie de Chagas progresse de façon remarquable en Amérique latine.

Depuis de nombreuses années, l'OMS met en garde la communauté internationale contre les conséquences désastreuses que peut avoir sur le

développement humain et économique des pays le fait de négliger les besoins dans le domaine de la santé. Nous avons soutenu qu'il fallait créer un environnement sain pour attirer les investissements étrangers ou nationaux en faveur du développement socio-économique.

L'OMS a alerté l'opinion publique et conduit la mobilisation mondiale contre des fléaux tels que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. L'OMS, qui coparraine activement l'ONUSIDA, apporte aussi aux pays un soutien spécifique pour la surveillance épidémiologique, la recherche, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, l'éducation et l'information pour la santé, la sécurité transfusionnelle et l'accès aux antirétroviraux et à d'autres médicaments et produits. Le lancement d'une initiative africaine basée sur la stratégie mondiale révisée de lutte contre le paludisme et la mise au point du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) contre la tuberculose sont d'autres exemples du leadership de l'OMS dans la lutte contre les maladies infectieuses.

Il y a cinquante ans, il semblait aller de soi que science et technologie étaient synonymes de progrès, et que le progrès était irréversible. Aujourd'hui, de telles certitudes ne sont plus possibles face à l'émergence de nouveaux agents infectieux, de nouveaux risques environnementaux pour la santé et de phénomènes de résistance aux médicaments. Nous assistons à des flambées de maladies telles que la peste, le choléra, la dysenterie, les infections à *E. coli* O157, les fièvres hémorragiques virales du type dengue, Ebola et Hantaan, la fièvre jaune et la fièvre de la Vallée du Rift, les méningites bactérienne et virale, les encéphalopathies spongiformes transmissibles et, plus récemment, la grippe aviaire A(H5N1) chez l'être humain. Ce sont autant de défis supplémentaires pour l'OMS. Nous avons considérablement développé les réseaux pour améliorer la préparation mondiale aux épidémies et nous avons su renforcer notre capacité de fournir aux pays en situation d'urgence l'aide qu'ils nous demandent. La révision en cours du Règlement sanitaire international a pour objectif d'assurer un maximum de protection sanitaire moyennant un minimum de contraintes sociales et économiques.

La santé de la mère et de l'enfant a toujours occupé une place prépondérante dans le programme de l'OMS. Au fil des années, les taux de morbidité et de mortalité infantiles et juvéniles ont, en moyenne, beaucoup régressé dans le monde. Tout en nous acquittant de nos engagements pris lors du Sommet mondial pour les enfants, nous avons décidé de privilégier une approche élargie de la santé qui ne s'appuie plus sur des groupes d'âge et des

maladies étroitement définis, mais sur la famille et la communauté. Cette approche se fonde sur notre souci de donner à tous accès à un continuum de soins essentiels et de soutien, à travers les différentes étapes de leur vie, chez eux, à l'école, au travail et dans leur communauté.

Une telle approche intégrée couvre des problèmes tels que les maladies de l'enfance, la santé des adolescents et des femmes, la santé reproductive, la nutrition, les toxicomanies, les maladies non transmissibles, la santé des personnes âgées et les incapacités. Elle est conforme à la définition globale de la santé donnée par notre Constitution. Elle peut aussi être considérée comme le prolongement direct de la stratégie des soins de santé primaires de l'OMS, définie il y a vingt ans à Alma-Ata. Si, dans l'ensemble, la terminologie utilisée aujourd'hui reste la même, je crois que la perspective est fondamentalement différente et que nous ne mesurons pas encore toutes les conséquences de ce changement. Comme je vois les choses, avec cette nouvelle approche des soins de santé primaires intégrés, le centre de gravité est en train de se déplacer des structures et des systèmes vers les personnes. Dans les années qui viennent, un effort encore accru devra être fait pour comprendre les besoins des usagers, leurs attentes et leur capacité de collaborer tant à la définition qu'à la mise en oeuvre des priorités et des interventions pour la santé.

Ce changement de perspective traduit la sensibilisation croissante à la nécessité d'un dialogue ouvert, empreint de respect mutuel, entre les professionnels de la santé et le public. Donner aux gens, quelles que soient leur culture et leur appartenance sociale, les informations et les opportunités nécessaires pour qu'ils puissent contribuer de façon autonome au développement sanitaire est un impératif à la fois éthique et technique.

Les maladies non transmissibles telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les troubles mentaux augmentent partout et elles sont une cause majeure de souffrances et d'incapacités. Elles sont influencées par un ensemble de facteurs qui incluent le style de vie, les risques liés à l'environnement, la prédisposition génétique et le vieillissement général de la population mondiale. Quantité de données épidémiologiques sur ces maladies ont été obtenues dans le monde grâce aux recherches coordonnées par l'OMS. Il existe des interventions et des stratégies d'un bon rapport coût/efficacité. Il nous faut maintenant et de toute urgence les intégrer dans les politiques de santé nationales, spécialement dans les pays en développement, pour que soient mises en place des activités de promotion de la santé et d'éducation sanitaire et des services de dépistage, de prise en

charge des cas, de réadaptation et de soutien social. Notre réussite dépendra de plus en plus de notre aptitude à convaincre le public de la nécessité d'adopter des modes de vie favorables à la santé.

La Constitution faisait déjà le lien entre santé, mode de vie et environnement dans le contexte de ce qu'on appelait alors "l'hygiène du milieu". Depuis toujours, l'OMS a affirmé ses compétences dans des domaines tels que la nutrition, l'assainissement et la lutte antivectorielle. Nous continuons de participer activement à des initiatives telles que Afrique 2000, pour le développement de l'assainissement de base, y compris les systèmes d'adduction d'eau et d'élimination des déchets. Mais la salubrité de l'environnement est apparue, surtout au cours de ces vingt dernières années, comme un domaine entièrement nouveau, étroitement lié aux questions de développement durable et de justice, et suscitant une profonde préoccupation dans le monde. La Commission Santé et Développement de l'OMS a, sur ce sujet, joué un rôle décisif lors de la Conférence de Rio. Aujourd'hui, la pollution de l'air et de l'eau, le développement urbain et industriel, les risques professionnels, les changements climatiques, et la sécurité chimique et la salubrité des aliments sont l'objet de discussions passionnées dans le public et au niveau des gouvernements.

La nature et la portée des risques pour la santé liés à l'environnement ou dus à l'homme ayant changé, l'OMS a redéfini sa capacité à apporter des secours d'urgence. Elle met davantage l'accent sur la nécessité de se préparer aux catastrophes naturelles et dues à l'homme pour en atténuer les conséquences sur la santé. Elle assure aussi un appui technique pour les aspects sanitaires de l'action humanitaire et de reconstruction.

Cinquante ans après sa fondation, l'OMS a toujours pour responsabilité essentielle de favoriser l'accès de tous à la santé par le biais de la coopération internationale. Pour ce faire, elle travaille avec les pays à formuler de bonnes politiques et stratégies de santé et à instaurer et gérer des services de santé efficaces et durables. La pérennité de l'action exige le renforcement des capacités locales. Au-delà du développement des ressources humaines, cela nécessite des mesures de soutien financier et institutionnel permettant aux services de santé d'être pleinement opérationnels.

A une époque de mutations sociales, politiques et économiques, pratiquement tous les pays du monde sont obligés de redéfinir leur stratégie de développement et de réformer leur système de santé national. La nouvelle politique de la santé pour tous de l'OMS offre un soutien à nos Etats

Membres dans leur effort pour assurer la pertinence, l'efficacité et la pérennité de leur action en faveur du développement sanitaire. La définition des fonctions essentielles de la santé publique peut servir de base pour l'organisation et la gestion des services de santé nationaux. Ces services de santé, à l'avenir, continueront d'exercer des activités de prévention et de lutte selon les méthodes classiques, mais ils devront aussi mettre en oeuvre les applications à la santé publique des connaissances et des technologies nouvelles telles que la génétique, la biologie moléculaire, l'immunologie et l'imagerie diagnostique.

Il est particulièrement important dans ce contexte de renforcer les recherches en collaboration, en se fondant sur les besoins réels en santé publique et en assurant la diffusion des résultats pertinents aux usagers potentiels. Il est tout aussi important d'évaluer soigneusement le développement et la mise en oeuvre de la recherche, de la technologie et des services de santé, qui doivent être guidés par des principes techniques et éthiques sûrs. La science et la pratique médicale connaissent une évolution accélérée dans des domaines tels que les greffes d'organes, le clonage, le génie génétique et la recherche clinique, qui ont des incidences éthiques et sociales majeures pour l'humanité. L'OMS offre un lieu de réflexion et de débat pour construire un consensus international sur toutes ces questions cruciales.

Le souci éthique est aussi au coeur de notre politique de la santé pour tous. Le but de l'OMS, qui est de promouvoir l'accès équitable de tous aux services de santé, y compris aux soins et aux médicaments essentiels, repose sur le principe de justice et sur l'affirmation que tous les êtres humains doivent jouir des mêmes droits et des mêmes opportunités. Nos nouveaux partenariats pour la santé stimuleront l'innovation et encourageront la participation aux niveaux national et international de toutes les institutions et de tous les secteurs concernés, y compris la société civile et les organisations non gouvernementales.

Pendant l'année 1997, le processus de réforme de l'OMS s'est poursuivi, privilégiant une plus grande transparence et une efficacité accrue. En préparant le dixième programme général de travail, nous avons veillé en particulier à assurer sa cohérence avec la réforme de la politique de santé et les orientations budgétaires stratégiques. Les principaux éléments de la réforme que le Conseil examinera pendant cette session ont trait à l'examen de la Constitution et aux arrangements régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi qu'aux mécanismes révisés proposés pour la représentation

et la coopération de l'OMS dans les pays. Parmi d'autres points importants inscrits à votre ordre du jour figurent la désignation du prochain Directeur général et l'examen des projets de nouvelle déclaration sur la santé et de nouvelle politique de la santé pour tous que l'Assemblée de la Santé adoptera en mai 1998.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les membres du Conseil, chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Pendant ces cinquante années d'existence au sein du système des Nations Unies, dont elle est un élément vital, l'OMS a fait un travail considérable pour la santé et la paix dans le monde. C'est avec un sentiment tout à la fois de fierté, de gratitude et d'humilité que nous devons célébrer l'anniversaire de notre Organisation. Fierté d'avoir été appelés à prendre part à cette noble entreprise que conduit l'OMS. Gratitude pour tous ceux qui, aujourd'hui comme par le passé, nous ont permis de mener à bien notre travail. Humilité, enfin, devant l'immensité de la tâche qu'il nous reste à accomplir. Cela doit nous inciter à agir avec une détermination renouvelée, à mobiliser nos ressources et notre énergie pour servir notre but commun qui est de rendre la santé accessible pour tous. Combattre la maladie et soulager la souffrance humaine continueront d'exiger le dévouement de chacun et la coopération de tous. C'est dans cet esprit que j'invite le Conseil à passer à l'examen des importantes questions inscrites à l'ordre du jour de cette session.



ALLOCUTION DU
DIRECTEUR GENERAL
A LA CINQUANTE ET UNIEME
ASSEMBLEE MONDIALE
DE LA SANTE
Genève, 11 mai 1998

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs les délégués,
Mesdames et Messieurs,

Le 7 avril 1948, la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé entrainait en vigueur après son acceptation par 26 Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies. C'était il y a cinquante ans, et le taux de mortalité infantile dans le monde dépassait alors 160 pour 1000 naissances vivantes; il est aujourd'hui de 57 pour 1000. L'espérance de vie moyenne était alors de 46 ans environ; elle est maintenant de 66 ans. La variole était encore un fléau redouté; il y a aujourd'hui vingt ans qu'est morte la dernière victime de cette maladie. La paralysie due à la poliomyélite frappait indifféremment les riches et les pauvres; cette maladie est aujourd'hui sur le point d'être éradiquée dans le monde. Nous sommes aussi en voie d'éliminer la lèpre, la rougeole, la dracunculose, la maladie de Chagas, le tétanos du nouveau-né et les carences en micronutriments. D'autres initiatives sont lancées contre l'onchocercose, la filariose lymphatique et le trachome. La masse de connaissances acquises sur les liens entre la santé, les modes de vie et l'environnement nous a permis d'élaborer des stratégies de prévention et de lutte efficaces. A juste titre, le *Rapport sur la santé dans le monde, 1998* nous promet un avenir où nous vivrons plus longtemps et où nous bénéficierons en outre d'une meilleure qualité de vie, avec moins de maladies et d'incapacités.

Pour l'ensemble du monde, la santé s'est améliorée au cours de ces cinquante dernières années plus qu'à tout autre moment dans l'histoire. C'est le résultat des progrès remarquables dans le secteur de la santé en même temps que du processus général de développement économique et social. L'Organisation mondiale de la Santé, qui compte aujourd'hui 191 Etats

Membres, peut être fière d'avoir rendu ces progrès possibles par son rôle directeur dans la coopération internationale.

Il y a cinquante ans, l'OMS se voyait confier comme responsabilité principale, au sein du système des Nations Unies, la tâche de diriger et coordonner, dans le domaine de la santé, les travaux ayant un caractère international. Sa finalité était de faire en sorte que tous les peuples, dans tous les pays, aient accès au niveau de santé le plus élevé possible, défini par notre Constitution en termes de bien-être physique, mental et social. Ainsi était proclamé le droit de tout être humain non seulement à une sécurité sanitaire de base, mais aussi à la possibilité de développer pleinement son potentiel propre. En même temps, les fondateurs de l'OMS soulignaient l'interdépendance des peuples et des pays du monde dans leurs efforts pour établir une santé, une paix et une prospérité durables. Comme l'affirmait le Dr Scheele, "Surgeon-General" des Services de Santé publique des Etats-Unis d'Amérique et Président de l'Assemblée de la Santé en 1951, "le monde ne peut continuer à vivre à moitié bien portant et à moitié malade sans que cela menace son équilibre économique, moral et spirituel".

Dans la période de l'après-guerre, il fallait tout construire ou reconstruire dans de nombreux pays : politiques, infrastructures, services publics, personnels et formation, pratiquement tout était à mettre en place. Pendant ses dix premières années, l'OMS, avec l'appui de toute la communauté scientifique, a largement contribué à ce travail de reconstruction. Dès les années 60, cependant, les limites d'une approche exclusivement biomédicale de la santé publique apparaissaient clairement. De même, il devenait manifeste que la coopération internationale ne pouvait se réduire à un simple transfert de technologies et de politiques conçues pour d'autres sociétés et d'autres situations.

Ces observations ont finalement trouvé leur expression en 1978 dans la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires comme moyen d'atteindre la santé pour tous. Cette Déclaration marquait un tournant dans l'histoire de l'OMS et de la coopération sanitaire. Elle dessinait une nouvelle approche des soins de santé, spécialement dans les pays en développement, et appelait l'attention sur le fait que le développement de la santé exigeait des efforts bien plus importants dans le domaine social et économique. Sentant la nécessité de s'éloigner des politiques d'aide traditionnelles, elle mettait l'accent sur un développement autonome et sur les systèmes de santé nationaux. Elle soulignait la responsabilité des gouvernements à cet égard.

Elle insistait sur l'importance de la participation des communautés locales, d'une technologie appropriée, et d'un accès aux médicaments et vaccins essentiels.

Cette approche a recueilli l'adhésion des ministères de la santé nationaux, mais ceux-ci ont rencontré des obstacles majeurs. Parmi ceux-ci, il faut citer une forte pénurie de personnels qualifiés, en particulier dans les pays ayant récemment accédé à l'indépendance, le manque de données de base pour pouvoir planifier et évaluer les activités de santé, et l'importance excessive toujours donnée aux hôpitaux et à la haute technologie, avec l'inflation des coûts qui s'y rattachent. En outre, au niveau national comme au niveau international, la plupart des institutions et des processus décisionnels restaient résolument centralisés. Cela ne laissait guère de place, ni de moyens à la participation des communautés locales au niveau de la définition des priorités et des interventions de santé. De nombreux pays, enfin, rencontraient de grandes difficultés liées à la conjoncture internationale, à la crise de la dette et aux graves conséquences sociales des mesures d'ajustement structurel. L'OMS elle-même, depuis 1986, doit fonctionner avec un budget à croissance zéro en valeur réelle alors que les demandes qui lui sont adressées ne cessent d'augmenter.

Ainsi, à la fin des années 80, en dépit d'une nette amélioration des indicateurs de santé dans le monde, les inégalités se creusaient, qu'il s'agisse de l'état de santé ou de l'accès réel aux soins. Avec le VIH/SIDA, une nouvelle menace émergeait pour la santé publique, et des maladies telles que le paludisme et la tuberculose, dont la puissance avait été sous-estimée, se manifestaient avec une virulence renouvelée.

Face à des problèmes d'une telle ampleur et d'une telle complexité, les services de santé ne pouvaient, seuls, apporter une réponse efficace. Il fallait redéfinir le secteur de la santé de façon plus large et instaurer de nouveaux partenariats pour la santé afin de mobiliser et coordonner les efforts d'autres organisations, du secteur privé et d'organisations non gouvernementales.

Susciter de tels partenariats est devenu un rôle essentiel de l'OMS. Le Programme mondial de Lutte contre la Tuberculose, le Forum intergouvernemental sur la sécurité chimique et le Programme mondial des Vaccins et Vaccinations sont des exemples des partenariats nouveaux que nous avons créés au cours de ces dix dernières années, mettant à profit l'expérience acquise dans des domaines tels que la recherche sur le cancer,

la santé maternelle et infantile, la reproduction humaine, les maladies tropicales, la salubrité des aliments et l'aide humanitaire. L'OMS a aussi mis en place des réseaux novateurs pour la surveillance épidémiologique et les actions concertées en cas de maladie émergente, de résistance aux antimicrobiens et d'épidémie. Le rôle des centres collaborateurs de l'OMS à l'intérieur de ces réseaux et de ces partenariats est de première importance.

Les campagnes spéciales menées contre des maladies telles que la lèpre, la poliomyélite et l'onchocercose ont rassemblé services de santé nationaux, fondations privées, organisations locales et internationales et la population en général. Ces campagnes, qui ont souvent été l'occasion d'un premier point de contact entre les agents de santé et les groupes défavorisés, ont aussi permis d'ouvrir un dialogue et de consolider l'approche des soins de santé primaires. Notre expérience au sein du Programme mondial de Lutte contre le SIDA a amplement démontré la nécessité de reconnaître les usagers du système de santé comme des partenaires clés pour le développement de la santé et la responsabilisation locale.

Accepter de partager beaucoup plus largement avec les personnes et les communautés locales les informations et les compétences nécessaires pour leur permettre de prendre soin de leur propre santé aiderait dans une grande mesure à réduire certaines des inégalités qui existent encore dans le domaine de la santé. La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a été ramenée de 21 millions en 1955 à 10 millions en 1997, mais ce chiffre élevé reste inacceptable. Pour un certain nombre de pays, qui totalisent plus de 50 millions d'habitants, l'espérance de vie moyenne demeure inférieure à 45 ans. Quelque 585 000 femmes meurent encore chaque année de causes liées à la grossesse, 99 % d'entre elles dans les pays en développement. Le risque de décès maternel est de 1 pour 1400 en Europe, 1 pour 65 en Asie et 1 pour 16 en Afrique. Entre deux et trois millions d'adultes meurent chaque année de tuberculose alors qu'existe un traitement efficace, d'un coût abordable, contre cette maladie. Les maladies infectieuses et parasitaires restent une menace majeure pour tous, et plus encore dans les pays en développement. Nous nous félicitons de l'engagement pris par les ministres des affaires étrangères du Groupe des Huit, la semaine dernière à Londres, d'aider l'OMS à développer les réseaux de surveillance mondiaux et la capacité des pays à combattre ces maladies.

La pauvreté demeure un facteur important de maladie et d'exclusion des services de santé, mais de nouvelles approches du développement de la santé

et de la coopération peuvent sensiblement réduire ce problème par une utilisation plus efficace des ressources et du potentiel humain existants. Notre analyse des succès et des carences dans la mise en oeuvre de la politique de la santé pour tous nous a aidés à définir certaines de ces approches. Ce sont : premièrement, la fourniture de soins intégrés tout au long de la vie; deuxièmement, la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire; et, troisièmement, le plaidoyer en faveur de la santé dans le développement social et économique. Les nouveaux partenariats, à différents niveaux et dans différents domaines d'activité, ouvrent la voie à ces trois approches complémentaires.

1) La fourniture de soins intégrés tout au long de la vie est nécessaire pour aller au-delà d'une approche fragmentée axée sur les maladies, les services et les groupes d'âge. En assurant cette continuité des soins pour tous, nous améliorerons non seulement les chiffres correspondant à tel ou tel indicateur, mais aussi l'état de santé réel et le bien-être des personnes.

La santé est multifactorielle : infections, problèmes nutritionnels et psychologiques, allergies et prédisposition génétique peuvent coexister et renforcer ou déclencher d'autres troubles. Dans ce domaine, les progrès peuvent être remis en cause à tout moment si l'accès aux médicaments essentiels et à des soins et des conditions de vie adéquats n'est plus assuré. Ainsi, dans un passé récent, 16 pays totalisant quelque 300 millions d'habitants ont enregistré jusqu'en 1995 une réduction effective de leur espérance de vie. De même, l'infection par le VIH pourrait annuler certains des principaux acquis de ces cinquante dernières années dans le domaine de la santé infantile; on estime à 590 000, pour la seule année 1997, le nombre des moins de 15 ans infectés par le VIH.

En outre, la santé de chacun est influencée par des événements liés à la santé et remontant à une étape antérieure de sa vie ou à la génération précédente. La santé des femmes et leur accès aux soins et aux conseils en matière de procréation déterminent dans une large mesure l'état de santé des nouveau-nés. Des soins et une nutrition appropriés pendant les premières années de la vie renforcent non seulement la résistance aux maladies de l'enfance, mais favorisent aussi une meilleure santé pendant l'adolescence et l'âge adulte. Les toxicomanies et autres comportements à risque chez les jeunes ont de lourdes conséquences pour l'avenir de leur santé. Par exemple, le tabagisme précoce et prolongé a quadruplé les cas de cancer du poumon chez les femmes au cours de ces trente dernières années dans de nombreux

pays industrialisés, et les chiffres sont aussi en augmentation dans les pays en développement.

Le vieillissement et l'évolution des modes de vie s'accompagnent dans le monde entier d'une augmentation des maladies non transmissibles telles que le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les troubles mentaux. Ce phénomène souligne l'urgence pour tous les pays de mettre en place des soins intégrés et une promotion de la santé tout au long de la vie.

Dans les trente années qui viennent, on prévoit une augmentation du nombre des personnes âgées dans de nombreux pays en développement, spécialement en Amérique latine et en Asie, avec des taux pouvant atteindre jusqu'à 300 %. En 2025, plus de 800 millions de personnes dans le monde auront plus de 65 ans – deux fois le nombre actuel – dont les deux tiers dans les pays en développement. L'un des plus grands défis, dans tous les pays, sera de trouver le meilleur moyen de prévenir et de différer la maladie et l'incapacité, et de protéger la santé et l'autonomie d'une population vieillissante.

Dans ce contexte, tous les pays s'emploient actuellement à améliorer l'efficacité du financement et de la prestation des soins de santé, et un grand nombre d'entre eux ont entrepris de réformer leur système de santé pour le rendre fonctionnel et durable. La maîtrise des coûts des soins de santé est un objectif nécessaire, mais il ne doit pas entraîner le rationnement des soins et des services de santé essentiels. Une grande part des maladies et incapacités qui absorbent les budgets de santé peuvent être évitées par des investissements rationnels en faveur des soins préventifs. Des tendances récentes enregistrées dans les pays industrialisés montrent l'efficacité de la promotion de la santé pour prévenir, différer ou réduire la gravité des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. La prévention des maladies doit être reconnue comme une composante essentielle de toutes les stratégies de maîtrise des coûts.

2) Quant à notre deuxième approche du développement de la santé – la collaboration intersectorielle et interdisciplinaire –, elle traduit la reconnaissance croissante du fait que de nombreux déterminants importants de la santé échappent au contrôle direct du secteur de la santé. Les partenariats permettent de suivre les changements dans d'autres secteurs et disciplines, de prévoir les risques et les opportunités qu'ils peuvent

représenter pour la santé, et de fournir en conséquence des avis techniques sur les politiques et les activités concernées.

Ainsi, le travail de l'OMS sur la salubrité de l'environnement, la sécurité chimique, le logement, l'assainissement, la médecine du travail et la prévention de la violence et des toxicomanies a été effectué en partenariat avec des secteurs tels que l'enseignement, l'agriculture, l'ingénierie, l'urbanisme et avec les associations de consommateurs et les médias. Cette collaboration est indispensable pour combattre non seulement les épidémies, mais aussi les maladies non transmissibles et les conséquences pour la santé des catastrophes naturelles ou dues à l'homme.

L'incidence de nombreuses maladies infectieuses telles que le paludisme, la fièvre hémorragique type Ebola, la schistosomiase et la fièvre de la Vallée du Rift est étroitement liée à divers facteurs tels que les migrations, le climat et les modes d'utilisation de l'eau et des sols. Ceux-ci doivent être analysés et traités de façon coordonnée. Le cloisonnement et le défaut de communication entre experts et institutions peuvent entraîner des problèmes majeurs, comme l'ont montré les épidémies d'encéphalopathie spongiforme bovine et d'infections à *E. coli* O157. L'année dernière, l'Assemblée de la Santé a instamment demandé que l'OMS continue à diriger et à coordonner le travail d'évaluation des risques chimiques, en veillant spécialement aux polluants organiques persistants, à leurs effets possibles au niveau endocrinien et leur implication éventuelle dans l'étiologie des cancers ou de troubles immunologiques, neurologiques ou de la reproduction.

La collaboration intersectorielle est aussi déterminante pour la recherche sur le développement de la santé. L'importance de la recherche biomédicale fondamentale doit être réaffirmée avec force, mais il est tout aussi indispensable de mobiliser d'autres disciplines pour prendre en compte les aspects comportementaux, sociaux, anthropologiques, technologiques, économiques et juridiques du développement de la santé.

3) Un aspect important et complémentaire de la responsabilité de l'OMS consiste à défendre les exigences liées à la santé dans un environnement mondial qui évolue rapidement. Ceci définit notre troisième approche, celle du plaidoyer en faveur de la santé dans le développement social et économique.

En fait, le plaidoyer en faveur du développement de la santé a toujours été l'une des responsabilités de l'OMS en tant qu'organe intergouvernemental

et nous l'avons mis en pratique en participant à la recherche, à l'échange d'informations, à l'élaboration des politiques, à la coopération technique, au développement des capacités et à la définition de normes. Mais, tout récemment encore, le travail de l'OMS dans ce domaine se faisait essentiellement avec les professions de santé et les ministères de la santé, pour leur usage immédiat et celui de leurs partenaires "naturels" dans les domaines apparentés à la santé. S'adressant principalement au secteur de la santé, le plaidoyer de l'OMS a été mené au sein de ses comités d'experts et de ses organes directeurs et, dans une certaine mesure, dans le cadre des comités de coordination internes du système des Nations Unies.

Depuis dix ans, les approches du développement et de la coopération internationale ont considérablement changé. Un signe de ce changement est l'enchaînement de conférences "au sommet" sur pratiquement tout l'éventail des activités du système des Nations Unies : l'environnement (Rio), la population (Le Caire), le développement social et économique (Copenhague), les femmes (Beijing), l'alimentation (Rome) et les établissements humains (Istanbul). Il est intéressant de noter que toutes ces réunions, quel qu'ait pu être leur mandat technique initial, ont finalement traité du **développement durable**, c'est-à-dire du développement pour toute l'humanité, sur l'ensemble de la planète, et pour les générations futures. L'OMS a été activement engagée dans ces conférences, dans leur préparation et elle participe maintenant à leur suivi.

Une autre caractéristique importante de ces conférences mondiales, qui tranche avec le passé, est leur ouverture aux très nombreuses organisations non gouvernementales qui sont apparues et se sont multipliées dans le monde, témoignant d'une volonté nouvelle au sein de la société civile d'être associée non seulement au développement local, mais aussi à la prise des décisions politiques aux niveaux national et mondial. Ce besoin profond de démocratisation accrue dans l'action de santé et le développement façonne aussi la nouvelle politique de l'OMS et ses partenariats pour la santé. Les réformes en cours à l'OMS visent à accroître l'efficacité dans les pays précisément en élargissant ce partage des connaissances et des responsabilités.

La nature et l'ampleur de l'activité normative et de plaidoyer de l'OMS doivent être redéfinies pour aussi prendre en compte des phénomènes tels que la privatisation dans le secteur de la santé et la mondialisation qui touche l'économie, les flux financiers, le commerce, le travail, la technologie et les

systèmes d'information. D'importants forums internationaux et groupes d'intérêts se sont constitués aux niveaux mondial et régional et leurs décisions retentissent sur la santé et le développement de nos Etats Membres.

L'OMS a pour devoir de représenter les intérêts de la santé – la santé de **tous les peuples** – dans ces forums et auprès de ces groupes d'intérêts, et de défendre les conditions techniques et politiques d'un développement de la santé qui puisse être équitable et durable. L'OMS a l'autorité morale et scientifique voulue pour le faire, et sa Constitution lui en donne l'obligation, même si l'environnement dans lequel elle doit s'en acquitter a changé.

Dès sa création, l'Organisation a participé à la fixation de normes techniques et proposé des directives et des codes de pratique dans de nombreux domaines importants de la santé, y compris les produits pharmaceutiques, les substituts du lait maternel, les greffes d'organes et la standardisation biologique. Depuis quelque temps, les pays et les groupes régionaux s'adressent à l'OMS pour obtenir des avis scientifiques sur les normes mondiales pour l'assurance de la salubrité et de la qualité dans le commerce des aliments et des produits et services de santé. Nous travaillons sur ces questions avec différents partenaires tels que la CNUCED, l'Organisation mondiale du Commerce, le Groupe des Huit, l'Organisation de l'Unité africaine, l'Union européenne, l'ASEAN et le MERCOSUR. Dans ces activités, le rôle de l'OMS doit être de protéger la santé des consommateurs tout en permettant que le commerce se développe au bénéfice de toutes les populations dans le monde. Nous devons faire entendre le point de vue que le commerce et la production d'un revenu économique ne doivent pas sacrifier l'exigence de sécurité et de justice.

Nous devons en effet toujours garder à l'esprit que notre responsabilité n'est pas seulement technique. La recherche et les soins de santé soulèvent des questions éthiques majeures dans des domaines tels que les essais cliniques sur des sujets humains, le clonage, les xéno greffes, les droits des malades, la génétique, la confidentialité des données et les questions de propriété intellectuelle. Dans tous les cas, c'est le souci de la santé des personnes, de leur sécurité et de leur autonomie qui doit prévaloir. Dans notre engagement pour la santé et la coopération internationale, le principe qui doit nous guider est le respect de l'égale valeur et dignité de tous les êtres humains.

La Déclaration mondiale sur la santé qui vous est présentée pour adoption reprend ce principe et les valeurs inscrites dans la Constitution de l’OMS. Elle souligne l’interdépendance de tous les peuples et de toutes les nations et leur responsabilité commune dans l’action en faveur de la santé pour tous. La nouvelle politique de la santé pour tous, qui vous est aussi proposée pour adoption, trace les grandes orientations de notre travail au XXI^e siècle. Elle fait partie d’un processus de planification en cours et doit être considérée comme un point de départ, un cadre flexible, et non comme un programme définitif. D’abord, et avant tout, elle est l’occasion de réaffirmer notre engagement vis-à-vis de la coopération internationale pour le développement de la santé fondé sur l’équité, la solidarité et le respect.

En cinquante années d’existence, l’Organisation mondiale de la Santé a fait un travail remarquable et elle détient un formidable potentiel pour servir l’humanité dans le siècle à venir. J’ai pleine confiance dans la force et la capacité d’adaptation de notre Organisation, et dans la sagesse et la compétence de ses futurs dirigeants.

L’essentiel de ma vie professionnelle a été consacré à l’OMS et au travail avec les Etats Membres pour atteindre le but de la santé pour tous. Je suis profondément reconnaissant de cette expérience qui m’a été offerte, pendant ces nombreuses années, d’un travail parfois difficile mais toujours gratifiant. Je souhaite rendre un hommage particulier aux personnels de l’OMS, mes collègues, à la qualité de leur travail et à leur dévouement aux buts et aux valeurs de l’Organisation. Je les remercie tous du soutien qu’ils m’ont apporté au cours de ces années.

Monsieur le Président,

Servir les Etats Membres de l’Organisation a été pour moi un très grand honneur. L’engagement des pays vis-à-vis de la santé – depuis les responsables politiques au plus haut niveau jusqu’aux travailleurs de terrain dans les communautés les plus éloignées – a toujours été et restera toujours l’élément essentiel de notre réussite. Je remercie chaleureusement tous ceux d’entre vous qui, à des titres divers, ont travaillé à nos côtés, dans l’amitié et avec la volonté d’améliorer la santé des populations du monde, pour la paix et la prospérité au XXI^e siècle.

