

**Rapport sur
la Santé
dans le Monde
1995**
Réduire les écarts

Résumé d'orientation



*Organisation mondiale de la Santé
Genève
1995*

© **Organisation mondiale de la Santé, 1995**

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Des renseignements sur ce document peuvent être obtenus auprès de:
Bureau du Rapport sur la Santé dans le Monde
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse
Fax: (41 22) 791 48 70

Conception et présentation par le service OMS de Présentation graphique
Imprimé en France
95/10434 - Sadag - 3000

Rapport sur la Santé dans le Monde, 1995

Réduire les écarts

A chacune des étapes de leur existence, de la petite enfance à la vieillesse, la plupart des habitants du monde d'aujourd'hui doivent constamment faire face à la double menace de la pauvreté et de l'inéquité et au double fléau de la souffrance et de la maladie.

Etat de la santé dans le monde

La principale cause de mortalité et de morbidité et la plus grande source de souffrances dans le monde, est mentionnée vers la fin de la Classification internationale des Maladies sous le code Z 59.5 : c'est la pauvreté extrême.

C'est essentiellement en raison de la pauvreté que les nourrissons ne sont pas vaccinés, que les populations ne disposent pas d'eau saine ni d'un assainissement adéquat, que les médicaments curatifs et autres traitements sont introuvables et que les mères meurent en couches. Elle est la cause initiale d'une faible espérance de vie à la naissance, des handicaps et incapacités et de la famine et aussi l'une des grandes responsables des maladies mentales, du stress, des suicides, de la désintégration des familles et des toxicomanies. Tous les ans, dans le monde en développement, 12,2 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent, le plus souvent de maladies qui pourraient être évitées, moyennant une dépense de quelques centimes par enfant. Cette mort, ils la doivent en grande partie à l'indifférence du reste du monde, mais la plupart meurent parce qu'ils sont pauvres.

Le temps de lire cette phrase et, quelque part dans le monde, un bébé est mort dans les bras de sa mère. Pour cette mère, savoir que le nourrisson de sa voisine vivra n'est pas une consolation. Son chagrin ne sera nullement atténué si elle sait que 8 enfants sur 10 dans le monde ont été vaccinés contre les cinq maladies les plus meurtrières de l'enfance ou que, depuis 1980, la mortalité infantile dans le monde s'est abaissée de 25 % tandis que l'espérance de vie globale s'élevait de plus de 4 ans pour atteindre environ 65 ans.

Derrière ces nouvelles encourageantes concernant le recul de la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie, ainsi que de nombreux autres progrès indiscutables, se cachent des disparités inaccep-

tables dans le domaine de la santé. Les écarts se creusent entre riches et pauvres, entre les différents groupes de population, entre les groupes d'âge et entre les sexes. A chacune des étapes de leur existence, de la petite enfance à la vieillesse, la plupart des habitants du monde d'aujourd'hui doivent constamment faire face à la double menace de la pauvreté et de l'inéquité et au double fléau de la souffrance et de la maladie.

Pour beaucoup, la perspective de vivre plus longtemps semble davantage une punition qu'un bienfait. Nous pourrions pourtant vivre à la fin de ce siècle, dans un monde sans poliomyélite, sans cas nouveaux de lèpre et sans décès dus au téta-nos néonatal ou à la rougeole. Malheureusement, certains pays en développement ont aujourd'hui moins de 4 dollars des Etats-Unis à consacrer aux soins de santé dispensés pendant toute une année à chacun de leurs habitants, soit une somme inférieure à celle que bien des gens dans les pays développés gardent au fond de leur poche ou dans leur porte-monnaie.

Selon des calculs faits en 1993, une personne habitant dans l'un des pays les moins avancés du monde a une espérance de vie de 43 ans alors que dans l'un des pays les plus développés, cette espérance de vie est de 78 ans, soit une différence supérieure à un tiers de siècle. Cela signifie qu'un homme riche et en bonne santé peut vivre deux fois plus longtemps qu'un homme pauvre et malade.

Cette seule injustice devrait suffire à donner mauvaise conscience au reste du monde mais dans certains des pays les plus pauvres, le tableau continue de s'assombrir. Dans cinq pays, l'espérance de vie à la naissance devrait diminuer d'ici l'an 2000 alors qu'elle augmente partout ailleurs. Dans les pays les plus riches, elle va atteindre 79 ans en l'an 2000 et dans les plus pauvres elle va s'abaisser à 42 ans. Le fossé va donc s'élargir entre riches et pauvres et d'ici l'an 2000, les habitants de

45 pays au moins devraient avoir une espérance de vie à la naissance inférieure à 60 ans.

En un jour, les passagers d'un avion reliant le Japon à l'Ouganda quittent le pays où l'espérance de vie est la plus élevée - près de 79 ans - pour atterrir dans celui où elle est la plus basse - à peine 42 ans. Un vol entre la France et la Côte d'Ivoire ne prend que quelques heures, mais en termes d'espérance de vie, il représente un recul de près de 26 ans. Un bref voyage aérien entre Haïti et la Floride (États-Unis d'Amérique) fait franchir un écart de plus de 19 ans dans ce domaine.

Le présent rapport a pour objet de faire la lumière sur ces inéquités et, d'une manière plus générale, de répondre à la question suivante : quelles sont les priorités sanitaires mondiales ? Il tente aussi de répondre à d'autres questions d'une importance vitale notamment : quelles sont les grandes maladies, les principales causes de décès, de handicap, d'incapacité et de réduction de la qualité de la vie ? Quelles sont les affections qui causent le plus de souffrances tout en n'étant pas nécessairement mortelles ? Quels sont les pays où, à l'intérieur de ces pays, les communautés dont les besoins sanitaires sont les plus pressants ? Où doit-on affecter les ressources sanitaires ?

Dans ce rapport, on s'est attaché pour la première fois à évaluer l'impact de la morbidité non seulement par maladie, mais aussi par âge car cet impact diffère selon le groupe d'âge. Chaque fois que cela était possible, on a analysé séparément l'état de santé des nourrissons et des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées. On a rendu compte, en outre, de ce que fait l'OMS pour réduire les écarts en matière de santé et l'on s'est efforcé de prévoir les tendances de la santé dans les années à venir ainsi que de planifier le futur de l'humanité, un futur où les bébés vivront et ne mourront pas dans les bras de leur mère.

Santé de l'enfant

Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui sont morts en 1993 - plus de 12,2 millions - est égal à la somme des populations de la Norvège et de la Suède. La grande majorité des décès d'enfants survenus dans le monde en développement, auraient pu être évités si ces pays bénéficiaient des

mêmes conditions sanitaires et sociales que les nations les plus développées. S'agissant de la survie du nourrisson et de l'enfant, le fossé entre pays développés et en développement est l'un des exemples les plus frappants d'inéquité en matière de santé.

Le taux estimatif mondial de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans s'est élevé, en 1993, à 87 décès pour 1000 naissances vivantes, soit une diminution encourageante par rapport aux 215 décès enregistrés entre 1950 et 1955 et aux 115 décès de 1980. Pourtant, si dans certains pays développés, le taux n'est que de 6 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes, il demeure supérieur à 200 pour 1000 dans 16 des pays les moins avancés et dans l'un de ces pays il est de 320 pour 1000.

La mortalité infantile - à savoir les décès d'enfants de moins d'un an - varie entre 4,8 décès pour 1000 naissances vivantes et 161 décès, soit 33 fois plus. L'écart entre les taux de mortalité infantile des pays développés et ceux du monde en développement a diminué de 50 % entre 1960 et 1993 en passant de 113 à 54 pour 1000. Toutefois, au cours de cette même période, le fossé entre les pays les moins avancés et les pays en développement s'est élargi.

La malnutrition contribue notablement à la mortalité et à la morbidité des enfants mais il est fréquent que cette influence soit ignorée. En 1990, plus de 30 % des enfants de moins de 5 ans dans le monde avaient un poids insuffisant pour leur âge. Jusqu'à 43 % des enfants du monde en développement, soit un total de 230 millions, ont une faible taille pour leur âge. On estime que 2 milliards de personnes de tous âges souffrent de malnutrition du fait d'une carence en micronutriments, mais ce sont surtout les enfants qui y sont vulnérables. Les carences en iode - problème de santé publique qui touche 118 pays - font qu'il y a chaque année au moins 30 000 morti-naissances et plus de 120 000 cas de déficience mentale, de retard de croissance, de surdi-mutité ou de paralysie à la naissance. Un quart de tous les enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement sont exposés à un risque de carence en vitamine A.

La santé des enfants s'est toutefois améliorée et, en 1993, le nombre d'enfants ayant succombé à des maladies évitables

Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui sont morts en 1993 est égal à la somme des populations de la Norvège et de la Suède.

par la vaccination a diminué par rapport à 1985 de 1,3 million, soit la population de la Trinité-et-Tobago. Toutefois, 2,4 millions environ d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année de ces maladies, notamment la rougeole, le tétanos néonatal, la tuberculose, la coqueluche, la poliomyélite et la diphtérie. Il est aussi inquiétant de noter que de récents progrès de la vaccination sont remis en question ou même annulés du fait d'une situation sociale et économique défavorable.

Chaque année, dans le monde en développement, les infections respiratoires aiguës, notamment la pneumonie, tuent plus de 4 millions d'enfants de moins de 5 ans, soit un décès toutes les 8 secondes, et constituent l'une des principales causes d'incapacité. Elles sont la cause de 30 à 50 % des visites d'enfants dans les établissements de santé où des baisses considérables de la mortalité pourraient être obtenues en traitant les infections bactériennes initiales avec des antibiotiques peu coûteux pendant quelques jours.

Les maladies diarrhéiques provoquées par une eau de boisson insalubre et par des problèmes d'assainissement dus au non-respect des règles d'hygiène lors de la manipulation des aliments sont responsables, chaque année, de 3 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement, soit un toutes les 10 secondes, et constituent un exemple frappant de la synergie mortelle qui s'opère entre la pauvreté et l'ignorance. On estime qu'il y a chaque année dans le monde 1,8 milliard d'épisodes de diarrhée chez des enfants. Un grand nombre des décès par diarrhée pourraient être évités par l'administration de sels de réhydratation orale dont le coût ne dépasse pas en moyenne 0,07 dollar des Etats-Unis.

Santé des enfants d'âge scolaire et des adolescents

Dans l'ensemble du monde, quelque 2,3 milliards de personnes, soit environ 40 % de la population totale, ont moins de 20 ans. Si les adolescents et les jeunes adultes sont généralement en bonne santé, ils figurent parmi les personnes les plus vulnérables aux problèmes de société : pauvreté, exploitation, ignorance et comportements à risque. En compromettant la santé de sa jeunesse, le monde compromet son propre avenir. Les habitudes pri-

ses dans l'adolescence, sous la forte influence du monde adulte, ont d'énormes répercussions sur la durée de vie des individus et sur la santé publique en général.

Les services de santé de nombreux pays ne répondent pas aux besoins des adolescents et l'on s'inquiète de ce que l'enseignement, la formation professionnelle et le marché de l'emploi ne sont pas adaptés à la jeunesse. L'enseignement apporte une contribution fondamentale, encore que souvent mal reconnue, au bien-être des jeunes et à l'adoption, par ces derniers, de pratiques raisonnables en matière de régulation de la fécondité car la scolarisation est étroitement liée à l'état de santé et aux taux de grossesse. Pour la protection de la santé un tableau noir et une craie peuvent avoir autant d'effet que des antibiotiques et des contraceptifs. Développer l'instruction des adolescents en général et des jeunes filles en particulier est l'un des plus sûrs moyens de garantir l'équité, d'améliorer le développement et de favoriser la santé pour tous.

Pour la plupart des jeunes, le désir d'avoir des rapports sexuels et d'entretenir des relations satisfaisantes est une puissante motivation, mais ils y sont poussés trop tôt. Nombreux sont ceux en effet qui n'ont pas l'occasion d'acquérir des connaissances, même élémentaires, sur leur propre corps ou sur les moyens de se prémunir contre les grossesses non voulues et les maladies sexuellement transmissibles (MST). C'est chez les jeunes sexuellement actifs que ces maladies sont les plus fréquentes et elles semblent progresser dans le monde entier. Les taux les plus élevés de MST soumise à déclaration s'observent généralement dans le groupe d'âge des 20-24 ans, suivi des 15-19 ans et des 25-29 ans. Dans la plupart des régions du monde, l'âge correspondant à l'incidence maximum est plus bas chez les filles que chez les garçons.

Par ailleurs, les infections à VIH et le SIDA ont un effet dévastateur chez les jeunes. Dans de nombreux pays du monde en développement, 60 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH surviennent chez des jeunes de 15 à 24 ans. On estime que globalement, la moitié du total mondial des infections à VIH frappe des moins de 25 ans et que 60 % des infections survenant chez des femmes se produisent avant l'âge de 20 ans. Ainsi, les espoirs et les vies de toute une génération où se trou-

Un grand nombre des jeunes les plus talentueux et les plus travailleurs qui auraient pu construire un monde meilleur et façonner le destin du pays où ils vivent, vont être confrontés précocement à une fin tragique du fait de l'infection à VIH.

vaient les soutiens de famille, les pourvoyeurs et les parents de demain sont compromis. Un grand nombre des jeunes les plus talentueux et les plus travailleurs qui auraient pu construire un monde meilleur et façonner le destin du pays où ils vivent, vont être confrontés précocement à une fin tragique du fait de l'infection à VIH.

Parmi les autres dangers qui menacent la santé des adolescents figurent l'abus du tabac, de l'alcool et des autres drogues, l'exploitation des jeunes qui constituent une main-d'œuvre bon marché et souvent illégale et l'augmentation inquiétante du nombre des enfants des rues. Selon de récentes estimations, il pourrait y avoir jusqu'à 100 millions d'enfants des rues particulièrement exposés à la malnutrition, aux maladies infectieuses, aux MST (y compris le VIH/SIDA) et à une exploitation de nature criminelle ou sexuelle. L'aggravation dans de nombreuses régions du monde des taux d'accidents, d'actes de violence et de suicides impliquant des jeunes est très préoccupante.

Santé des adultes

En 1993, 51 millions environ de personnes de tous âges sont mortes dans le monde, dont à peu près les trois-quarts sont des adultes. Quelque 39 millions de décès ont eu lieu dans le monde en développement et environ 12 millions dans des pays développés. Les pays pauvres ont trois fois plus de décès que les riches.

Les maladies transmissibles, telles que la tuberculose et les infections respiratoires ainsi que les affections maternelles périnatales et néonatales, sont à l'origine de 20 millions, soit environ 40 % des 51 millions de décès dans le monde; sur ce total, 99 % surviennent dans les pays en développement.

Les maladies non transmissibles, telles que le cancer et les cardiopathies, sont à l'origine d'environ 19 millions de décès, soit 36 % du total mondial qui se répartit plus ou moins également entre les pays en développement et les pays développés. La grande majorité de ces décès concernent des adultes.

Les causes externes, comme les accidents et les actes de violence, provoquent environ 4 millions de décès, soit quelque 8 % du total, là encore principalement chez des adultes. Dans les pays en déve-

loppement ces décès sont presque quatre fois plus nombreux que dans le monde développé. Les autres causes et les causes inconnues sont responsables des autres 16 % de décès dans le monde.

En outre, 508 000 décès sont dus chaque année à des complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Sur les 20 millions de décès par maladie transmissible, plus de 16 millions, soit environ 80 %, sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires. La tuberculose tue environ 3 millions de personnes, le paludisme 2 millions et l'hépatite B éventuellement 1 million.

Parmi les grandes maladies transmissibles, la tuberculose a été responsable de plus de 5 % du total mondial des décès (plus de 7000 par jour) et l'on estime qu'il y aura 8,8 millions de cas nouveaux en 1995 (plus de 1000 par heure chaque jour). Une chimiothérapie, dont le coût ne dépasse pas le plus souvent, 13 à 30 dollars par personne pour un traitement de six mois, peut guérir les malades; toutefois, fournir ces médicaments à ceux qui en ont besoin et veiller à ce qu'ils les prennent pendant la période requise pose un problème majeur aux services de santé publique.

En attendant, l'association mortelle de la tuberculose et du VIH multiplie le nombre des décès. Dans la seule Asie, on estime qu'au cours des 10 prochaines années, la somme des victimes de la tuberculose et du SIDA sera supérieure aux populations de Singapour, Beijing, Yokohama et Tokyo réunies.

Chaque année, le paludisme provoque, directement ou associé à une infection respiratoire aiguë ou une anémie, 2 millions de décès environ, la grande majorité chez des enfants, et quelque 400 millions de cas. Dans l'ensemble du monde, plus de 2 milliards de personnes sont menacées. Dans la seule Afrique, on estime que les coûts directs et indirects de la maladie vont atteindre 1,8 milliard de dollars en 1995.

Le choléra est devenu endémique dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. En 1993, on a notifié 377 000 cas nouveaux et seulement 6800 décès; toutefois, ces deux chiffres sont très supérieurs à ceux qui avaient été enregistrés auparavant.

Parmi les autres maladies transmissibles, la dengue et la dengue hémorra-

Sur les 20 millions de décès par maladie transmissible, plus de 16 millions, soit environ 80 %, sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires.

gique sont actuellement les arboviroses les plus importantes et celles qui progressent le plus rapidement dans le monde. Elles provoquent chaque année des millions de cas, 500 000 hospitalisations environ et des milliers de décès. L'antique fléau de la lèpre provoque encore 600 000 cas nouveaux par an. De 2 à 3 millions de personnes sont frappées d'invalidité du fait de cette maladie, y compris celles qui ont été guéries mais qui avaient déjà un handicap au début du traitement. L'onchocercose (cécité des rivières) atteint 18 millions de personnes dans 34 pays, tandis que la dracunculose (maladie du ver de Guinée) provoque des souffrances intolérables et de graves incapacités chez 3 millions de personnes dépourvus d'eau saine qui comptent parmi les plus défavorisées du monde. La maladie de Chagas frappe 17 millions de personnes dans 21 pays d'Amérique latine et entraîne, chaque année, 45 000 décès et 400 000 cas de maladie du coeur et de l'estomac. La trypanosomiase africaine (maladie du sommeil) tue environ 55 000 personnes par an. La schistosomiase (bilharziose) frappe 200 millions de personnes dans 74 pays des Amériques, d'Afrique et d'Asie, et pourrait en tuer 200 000. La leishmaniose touche environ 13 millions de personnes. La leishmaniose viscérale, connue aussi sous le nom de kala-azar, en est la forme la plus grave. Presque toujours mortelle si elle n'est pas soignée, elle provoque chaque année 500 000 cas et plus de 80 000 décès. La filariose lymphatique (éléphantiasis) infecte environ 100 millions de personnes tandis qu'*Ascaris* provoque des symptômes cliniques chez 214 millions de personnes, *Trichuris* chez 133 millions et les ankylostomes chez 96 millions.

Les maladies sexuellement transmissibles ont un énorme impact dans le monde. On estime que quelque 236 millions de personnes ont une trichomonase dont 94 millions de cas nouveaux sont enregistrés chaque année. Quelque 162 millions de personnes sont atteintes d'une chlamydie et le nombre annuel de cas nouveaux s'élève à 97 millions. On estime que 32 millions de cas nouveaux de condylomes vénériens se produisent chaque année et 78 millions de cas nouveaux de gonococcie. Un herpès génital survient chaque année chez 21 millions de personnes, une syphilis chez 19 millions et un chancre mou chez plus de 9 millions.

L'usage du préservatif permettrait d'éviter un grand nombre, sinon la totalité, des MST. La plupart peuvent être soignées efficacement et à moindres frais, le coût du traitement d'un chancre génital, par exemple, se situe entre 0,5 et 4 dollars par personne. Toutefois, il peut y avoir des problèmes d'approvisionnement et d'accessibilité des services qu'aggravent la crainte d'une stigmatisation et l'attitude de certains prestataires de services.

Le VIH et le SIDA continuent à se propager à un rythme inquiétant. L'OMS estime qu'en 1994, il y avait dans l'ensemble du monde plus de 13 millions de cas d'infections à VIH chez des adultes. Quelque 6000 personnes sont infectées chaque jour. Dans certaines parties d'Afrique et d'Asie, le virus progresse rapidement. En Asie du Sud et du Sud-Est, le nombre des infections à VIH a été estimé l'an dernier à 2,5 millions, soit un million de plus qu'en 1993.

En 1993, 2065 cas de peste humaine (et 191 décès), enregistrés dans 10 pays d'Afrique, d'Asie et des Amériques, ont été notifiés à l'OMS. Ce chiffre est supérieur au total de 1992 et à la moyenne annuelle des 10 années précédentes. L'épidémie est venue rappeler brutalement au monde que cette terrible maladie, souvent considérée comme un fléau du passé, existe encore.

Les maladies non transmissibles, comme celles de l'appareil circulatoire provoquent 10 millions de décès dans le monde, dont plus de 5 millions pour les cardiopathies et 4 millions pour les maladies cérébro-vasculaires (comme les accidents vasculaires cérébraux). Ces maladies non transmissibles et d'autres, qui touchent principalement les adultes, commencent à devenir une cause majeure de décès dans le monde en développement. Alors que récemment encore, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux étaient considérés comme des problèmes des pays développés, 44 % environ du total des décès dus à ces causes surviennent maintenant dans le monde en développement. Les cancers sont à l'origine de 6 millions de décès, soit 12 % du total mondial, dont la majorité (58 %) ont lieu dans le monde en développement.

Parmi les autres maladies non transmissibles, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, comme la bronchite chronique et l'emphysème, ont tué

Les maladies mentales sont au dernier rang des préoccupations médicales. Seuls les cas les plus graves, comme la schizophrénie ou les états manio-dépressifs, bénéficient du minimum de soins disponibles, même dans les pays développés.

près de 2,9 millions d'adultes en 1993, soit 6 % du total des décès. On estime à 600 millions le nombre de personnes atteintes de ces maladies dans le monde, ce qui les place au deuxième rang des catégories de malades souffrant d'une maladie unique enregistrée par l'OMS. Par ailleurs, il semblerait qu'il y ait 275 millions d'asthmatiques dans le monde, mais l'OMS n'a aucune donnée sur le nombre annuel de décès dus à cette maladie.

Le diabète sucré est un problème de santé publique qui va en s'aggravant, tant dans les pays développés que dans le monde en développement. Un récent groupe d'experts de l'OMS a estimé que plus de 100 millions de personnes auront un diabète d'ici à la fin du siècle, dont 85 à 90 % sous la forme non insulino-dépendante. En Europe, la prévalence du diabète est de 2 à 5 % de la population adulte. En Inde, un quart de la population est touché à l'âge de 60 ans et 1 Nord-Américain sur 5 aura la maladie avant 70 ans. Selon une estimation récente, les coûts tant directs qu'indirects du diabète s'élèvent, dans les seuls États-Unis d'Amérique, à 92 milliards de dollars par an.

Les maladies mentales sont au dernier rang des préoccupations médicales. Seuls les cas les plus graves, comme la schizophrénie ou les états manio-dépressifs, bénéficient du minimum de soins disponibles, même dans les pays développés. Il est troublant de constater que la société semble préférer voir ces malades, souvent sans logis, errer dans les rues plutôt que de leur dispenser les soins dont ils ont besoin. La stigmatisation de la "folie" demeure un puissant obstacle à la prise en charge des malades mentaux. On pense que quelque 500 millions de personnes souffrent de troubles névrotiques liés au stress ou somatoformes (psycho-somatiques) et que 200 autres millions ont des troubles de l'humeur, comme la dépression chronique ou la psychose maniaco-dépressive. L'arriération mentale touche quelque 83 millions de personnes, l'épilepsie 30 millions, la démence 22 millions et la schizophrénie 16 millions.

Le tabagisme est en train de devenir la principale cause évitable de morbidité et de mortalité dans le monde. L'OMS estime qu'il y a aujourd'hui approximativement 1,1 milliard de fumeurs sur la terre. Sur ce total, 800 millions environ se trouvent dans le monde en développement –

presque trois fois plus que dans les pays développés. Le tabagisme tue déjà en moyenne 3 millions d'adultes par an dans le monde et si l'évolution actuelle se poursuit, ce chiffre devrait atteindre 10 millions d'ici 2020.

Dans le domaine de la santé de la femme et de l'accouchement, les variations de la mortalité maternelle entre pays sont inacceptables. En Europe, la mortalité maternelle est de 50 décès pour 100 000 naissances vivantes alors que dans certains des pays les moins avancés, ce taux est supérieur à 700 décès pour 100 000 naissances. Dans les pays en développement, 1 décès de femme en âge de procréer sur 5 est dû à des complications de la grossesse et de l'accouchement. Un demi-million de femmes succombent chaque année à des affections aisément évitables.

Santé des personnes âgées

L'accroissement du nombre des personnes âgées dans le monde est l'un des phénomènes qui marqueront le plus profondément les services sanitaires et sociaux au cours du 21^{ème} siècle. Dans l'ensemble, la population mondiale s'est accrue au cours de la période 1990-1995 de 1,7 % par an mais le groupe d'âge des plus de 65 ans augmente de quelque 2,7 % par an. Sur un total mondial de 355 millions de personnes de plus de 65 ans en 1993, plus de 200 millions se trouvaient dans le monde en développement où elles constituaient 4,6 % de la population et plus de 150 millions dans le monde développé où cette proportion était de 12,6 %. Si les États-Unis, l'Europe et le Japon ont actuellement les populations "les plus âgées", c'est dans le monde en développement que l'évolution est la plus rapide et l'on prévoit, dans certains pays, des accroissements de la population des plus de 65 ans pouvant atteindre 400 % au cours des 30 prochaines années.

Outre l'accroissement du nombre des plus de 65 ans, il va se produire une augmentation spectaculaire de l'effectif des personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans. En 1993, elle constituait 22 % des plus de 65 ans dans les pays développés et 12 % dans les pays en développement. Le taux mondial des dépendants âgés (effectif des plus de 65 ans par rapport à celui des 20-64 ans) s'élevait en 1990 à 12 %. On estime que ce taux at-

Le tabagisme est en train de devenir la principale cause évitable de morbidité et de mortalité dans le monde.

L'OMS estime qu'il y a aujourd'hui approximativement 1,1 milliard de fumeurs sur la terre.

teindra 12,8 % en l'an 2000 et 13,2 % en 2010. En d'autres termes, si l'on estime à 17 % l'accroissement de la population entre 1990 et 2000, l'effectif des personnes âgées devrait augmenter de 30 %.

L'une des questions les plus difficiles auxquelles doivent répondre les planificateurs de la santé et les politiciens chargés de répartir les fonds, ainsi que la communauté et les individus eux-mêmes, est la suivante : l'allongement de l'espérance de vie est-il synonyme d'un surcroît de vie en bonne santé ou simplement d'années de maladie en plus ? C'est-là un point qui a été très négligé par les chercheurs et qui pourtant, revêt une importance toujours croissante.

Les soins dispensés aux personnes atteintes de démence et l'implantation de prothèses d'arthrite chez celles qui souffrent d'arthrite sont deux des problèmes qui vont se poser avec le plus d'acuité à l'avenir. L'OMS estime que 165 millions de personnes souffrent de polyarthrite rhumatoïde dans le monde. Le traitement à long terme de personnes âgées fragiles devient l'une des questions les plus vivement débattues dans les milieux médicaux et politiques de nombreux pays développés, et le monde en développement va bientôt devoir la régler à son tour. Si l'on ne veut pas que des gens se trouvent à la fin de leur existence, privés de ressources et de soins, il faut accorder une plus grande attention aux mécanismes sociaux assurant le soutien des personnes âgées, et à leur financement.

Questions générales de santé

Si ces 10 dernières années ont été marquées par une évolution mondiale vers la démocratisation des systèmes politiques, le "dividende de la paix" que l'on attendait avec impatience ne s'est pas concrétisé. La pauvreté demeure un obstacle majeur au développement sanitaire et cette situation devrait perdurer. Le nombre des pauvres s'est notablement accru, tant dans le monde en développement que dans les groupes et communautés déshérités des pays développés et en développement. Au cours de la deuxième moitié des années 1980, le nombre de personnes vivant dans une pauvreté extrême s'est accru et était estimé, en 1990, à plus d'1,1 milliard, soit plus d'un cinquième de l'humanité.

L'évolution de la démographie mondiale associée à l'urbanisation galopante aura de profondes incidences sur la prestation des services de santé. La croissance non planifiée et souvent chaotique des mégapoles du monde en développement va poser des problèmes particuliers car le manque d'hygiène et les logements insalubres y favorisent la propagation des maladies infectieuses.

Tout optimisme exagéré au sujet de l'évolution de l'économie mondiale pendant le reste de ce siècle et au-delà doit être tempéré par la constatation que de graves incertitudes demeurent. Les flux de ressources entre pays en développement et pays développés, c'est-à-dire le versement de sommes d'argent par les pays pauvres aux pays riches aux titres du service et du remboursement de la dette et parce que le prix des matières premières est fixé de manière à favoriser les seconds au dépend des premiers, ont été tout à fait excessifs. Les politiques d'ajustement structurel destinées à améliorer la performance économique des pays pauvres ont, dans de nombreux cas, fait empirer la situation. En 1980, Robert McNamara – alors Président de la Banque mondiale – disait que la recherche de la croissance et les réajustements financiers qui ne s'inspirent pas d'un souci raisonnable d'équité ont, en fin de compte, un effet déstabilisant sur la société, et cette remarque est encore vraie aujourd'hui.

L'aggravation constante du chômage est un autre sujet de préoccupation, notamment dans les pays en développement qui n'ont pas une sécurité sociale permettant d'amortir le choc pour les sans emploi. Un chômage durable crée une nouvelle classe d'"intouchables" en condamnant de nombreuses personnes à vivre en marge du progrès et de la société. Les chômeurs nous rappellent avec force combien il est dangereux de croire que la prospérité générale d'un pays va s'étendre progressivement à tous ses habitants.

On se préoccupe aussi beaucoup des conséquences défavorables pour la santé de la dégradation persistante de l'environnement, de la pollution et des décharges incontrôlées de déchets chimiques, de la diminution des ressources naturelles, de la réduction de la couche d'ozone et des changements climatiques mondiaux qui nous sont prédits.

La croissance non planifiée et souvent chaotique des mégapoles du monde en développement va poser des problèmes particuliers car le manque d'hygiène et les logements insalubres y favorisent la propagation des maladies infectieuses.

Les mœurs sociales subissent aussi de profondes transformations : la réduction de la durée des mariages et l'augmentation du nombre de divorces dans de nombreux pays entraînent une désagrégation de la famille qui a des répercussions sur les individus et sur les services sociaux souvent appelés à aider les enfants et le soutien d'une famille monoparentale.

Toute tentative d'amélioration de la santé dans le monde doit tenir compte du fait que l'accroissement de la population mondiale va mettre à rude épreuve les infrastructures sociales, politiques, environnementales et sanitaires. L'infrastructure sanitaire : bâtiments et matériels, personnels, médicaments, véhicules, joue un rôle essentiel dans la qualité des soins de santé. Les services doivent être intégrés, rentables, et situés aussi près que possible de ceux qui en ont besoin.

Le débat sur le rationnement des soins de santé qui soulève de nombreux problèmes d'éthique devrait s'intensifier car, si la demande de services augmente sans cesse en raison de l'accroissement des populations et des progrès de la science qui permettent de traiter davantage de maladies, le nombre des ressources allouées à la santé ne devrait pas dépasser largement le niveau actuel. Il va falloir faire des choix déchirants et découvrir des mécanismes beaucoup plus efficaces pour tenir compte des revendications des consommateurs de soins.

Contributions de l'OMS à la santé dans le monde

Conformément à la Constitution de l'Organisation et aux orientations qui lui sont données dans ses programmes généraux de travail périodiques, toutes les activités de l'OMS sont axées sur la résolution des problèmes prioritaires des groupes d'âge mentionnés dans le présent résumé. On ne peut pas donner ici une idée complète du travail de l'OMS aux niveaux national, régional et mondial mais seulement quelques exemples de ses différents types d'intervention.

Santé des enfants et des adolescents

L'OMS encourage les pays à faire effectuer les *vaccinations* par leurs propres services de santé de base. Elle coopère avec

l'UNICEF à l'initiative de cette dernière consistant à fournir des vaccins à plus de 100 pays. On s'attache prioritairement à maintenir au moins les acquis des années précédentes et à atteindre le but du Sommet mondial pour les Enfants de 1992, à savoir la vaccination contre les six maladies évitables par cette méthode (diphtérie, coqueluche, tétanos, rougeole, poliomyélite, tuberculose).

Pour utiliser au mieux les ressources limitées dont on dispose en vue d'éliminer le *tétanos néonatal*, l'OMS a donné la priorité aux pays où se produisent 80 % du total des cas et où la mortalité estimative est égale ou supérieure à 5 décès pour 1000 naissances vivantes. Elle a pris une série de mesures pour stopper la progression de la *diphtérie* en Europe orientale, notamment la formulation d'un plan d'action et la mise en place d'un groupe spécial européen. En 1993, les progrès réalisés dans la voie de l'objectif de l'éradication de la *poliomyélite* ont été encourageants. On s'attache à mettre au point un vaccin thermostable contre le poliovirus pouvant être distribué à travers une chaîne du froid soumise à des conditions d'entretien moins rigoureuses. L'utilisation des dons importants reçus pour l'éradication de la poliomyélite a été coordonnée avec différentes organisations. En 1994, la Région des Amériques s'est engagée à éliminer la *rougeole* d'ici l'an 2000 et l'incidence de cette maladie est maintenant à son niveau le plus bas. Si cette évolution peut être maintenue, les Amériques pourraient ouvrir la voie à l'élimination mondiale d'une maladie qui a des effets très meurtriers chez les enfants.

À la fin de 1994, presque tous les pays en développement avaient mis en oeuvre des plans d'action contre les *maladies diarrhéiques* chez l'enfant. Près de 42 % du personnel de santé dans les pays avait appris les techniques d'encadrement, à l'aide d'une documentation élaborée par l'OMS, et près de 30 % des médecins et autres agents de santé avaient été formés à la prise en charge de la diarrhée, dont un grand nombre dans les unités de formation à la lutte antidiarrhéique dont plus de 420 ont été mis en place dans au moins 90 pays. On estime qu'à la fin de 1994 près de 85 % de la population des pays avaient accès à des sels de réhydratation orale.

La formation à la prise en charge des *infections respiratoires aiguës* fait l'objet

En 1994, la Région des Amériques s'est engagée à éliminer la rougeole d'ici l'an 2000 et l'incidence de cette maladie est maintenant à son niveau le plus bas. Si cette évolution peut être maintenue, les Amériques pourraient ouvrir la voie à l'élimination mondiale d'une maladie qui a des effets très meurtriers chez les enfants.

d'une attention particulière. L'OMS appuie l'organisation de cours sur un traitement type pour les agents des établissements de santé de premier niveau et des hôpitaux d'orientation-recours et distribue un matériel de formation et une documentation technique. Ont été ainsi formés jusqu'ici plus de 190 000 administrateurs de la santé, médecins, infirmières et agents de santé communautaires dans plus de 60 pays. L'OMS participe à de nombreuses études sur les infections respiratoires aiguës en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

Des activités destinées à améliorer la **nutrition** sont soutenues dans 62 pays, principalement en collaboration avec la FAO et l'UNICEF. On a mis en place une base mondiale de données sur la croissance de l'enfant et plus de 90 pays reçoivent un appui technique et financier pour donner effet aux dispositions du Code international de Commercialisation des Substituts du Lait maternel. La récente initiative OMS/UNICEF des "hôpitaux amis des bébés" a donné d'excellents résultats en encourageant l'adoption, dès la naissance, de bonnes pratiques en matière d'alimentation des nourrissons. Elle a déjà été mise en œuvre dans les deux tiers des pays africains. Un certain nombre de pays ont adopté des politiques nationales de la nutrition avec l'appui de l'OMS.

Des programmes de l'OMS très divers portent sur les besoins des **adolescents** dans des domaines tels que la nutrition, la santé mentale, la sexualité, la prévention des maladies et des traumatismes et les toxicomanies. On a diffusé une déclaration conjointe de l'UNICEF, de l'OMS et du FNUAP sur la santé génésique des adolescents et l'OMS a appuyé l'élaboration de politiques de la santé des adolescents dans 20 pays.

Santé des adultes

D'une manière générale, les activités de l'OMS visent à améliorer et à entretenir la productivité économique et sociale des adultes en favorisant la santé et en réduisant la morbidité et la mortalité prématurées.

S'agissant des grandes maladies transmissibles, on s'emploie à mobiliser un appui financier pour lutter contre la **tuberculose** dont la résurgence récente suscite des inquiétudes. Les programmes de lutte ont été réorganisés dans plusieurs

pays et l'OMS a soutenu des études opérationnelles et autres. La recherche a déjà donné des résultats importants qui pourraient avoir des incidences majeures sur l'élaboration des politiques. Des travaux sur la rifampentine permettent de penser qu'il s'agit-là d'un nouveau médicament prometteur. On met actuellement sur pied des essais de grande envergure pour tester l'efficacité de la sparfloxacine, autre médicament nouveau contre la tuberculose polychimiorésistante. Une étude en Ouganda sur la réalisabilité d'une chimioprophylaxie de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH montre que cette intervention n'est pas aisément applicable à grande échelle dans un pays en développement. Le groupe spécial mondial de l'OMS pour la lutte contre le **choléra** continue d'appuyer des activités visant à renforcer la capacité nationale de préparation aux épidémies et de lutte. Plusieurs vaccins anticholériques sont parvenus à différents stades de développement. Les 45 pays où le **paludisme** est endémique ont reçu un appui financier de l'OMS pour la lutte. Des plans d'activités nationaux basés sur une stratégie régionale révisée ont été élaborés dans un certain nombre de pays africains. L'OMS, avec d'autres institutions et des ONG, a répondu rapidement aux demandes d'aide qui lui ont été adressées par sept pays pour lutter contre des épidémies de paludisme, y compris des flambées survenues parmi les 500 000 réfugiés rwandais. Etant donné la rapide propagation du paludisme à *P. falciparum* résistant à la chloroquine et polychimiorésistant, un programme de recherche multicentrique a été lancé pour étudier les moyens de retarder les progrès de la pharmacorésistance. En République-Unie de Tanzanie, il est apparu que le vaccin antipaludique synthétique colombien Spf66 était sans danger, induisait la production d'anticorps et réduisait d'environ 30 % le risque de paludisme clinique chez les enfants de moins de 5 ans.

En ce qui concerne les autres maladies transmissibles, la **lèpre** a fait l'objet dans tous les pays où elle est endémique de stratégies et plans nationaux destinés à l'éliminer en tant que problème de santé publique d'ici l'an 2000. Le programme de lutte contre l'**onchocercose** en Afrique de l'Ouest, exécuté par l'OMS avec l'appui du PNUD, de la FAO et de la Banque mondiale, a permis d'éliminer la maladie

Le groupe spécial mondial de l'OMS pour la lutte contre le choléra continue d'appuyer des activités visant à renforcer la capacité nationale de préparation aux épidémies et de lutte. Plusieurs vaccins anticholériques sont parvenus à différents stades de développement.

*La flambée de peste
pneumonique qui a éclaté en
Inde en 1994 est venue
rappeler brutalement que
cette maladie, que l'on
considère souvent comme un
fléau du passé, existe encore.
L'OMS est intervenue
rapidement à la demande des
autorités indiennes.*

en tant que problème de santé publique dans 11 pays d'endémie. Des progrès remarquables ont été réalisés dans l'éradication de la *dracunculose*. Des programmes nationaux d'éradication sont en cours dans les 18 pays d'endémie. Un système fiable de surveillance basé dans les villages a aussi été mis en oeuvre, et un dispositif de notifications mensuelles fonctionne dans tous les pays. L'OMS appuie une campagne d'élimination de la *maladie de Chagas* dans le Cône Sud des Amériques. Parmi les activités de cette campagne, figure la mise au point de peintures insecticides à libération lente qui se sont révélées près de deux fois plus efficaces que les pulvérisations classiques pour la lutte contre les triatomes vecteurs et environ deux fois moins coûteuses. Des traitements de sept jours à l'éflornithine ont donné de bons résultats contre la *trypanosomiase*. Étant donné le coût élevé du médicament, l'OMS a pris des dispositions pour le fournir à quatre pays sur la base d'un recouvrement des coûts, et elle participe au développement d'une méthode de synthèse et de production peu coûteuse. Un appui est accordé pour la recherche et la formation en épidémiologie de la *schistosomiase* et dans le domaine de la lutte contre cette maladie, et l'on a découvert un nouveau vaccin candidat. Des fournitures d'urgence pour le diagnostic sérologique et la chimiothérapie de la *leishmaniose* viscérale, ont été livrées par l'OMS et l'UNICEF au cours d'une récente épidémie au Soudan. La flambée de *peste* pneumonique qui a éclaté en Inde en 1994 est venue rappeler brutalement que cette maladie, que l'on considère souvent comme un fléau du passé, existe encore. L'OMS est intervenue rapidement à la demande des autorités indiennes. Des avis aux voyageurs ont été publiés sur la base du Règlement sanitaire international et une équipe internationale d'experts a été mise sur pied pour entreprendre une investigation approfondie. Les résultats montrent que le nombre de cas était très inférieur à celui qui avait été notifié. Il ne semble pas que la peste se soit propagée en dehors du foyer et aucun cas confirmé de peste importée n'a été décelé dans un autre pays.

Des programmes de lutte contre le *VIH/SIDA* sont en cours d'exécution dans la plupart des États Membres avec l'appui de l'OMS, y compris des activités de sur-

veillance du VIH dans quelque 80 pays en développement. En outre, un personnel en provenance de 80 pays est formé à la gestion des programmes anti-VIH/SIDA. Des accords ont été conclus pour l'achat en gros de coffrets de tests VIH garantissant une bonne qualité à un prix aussi économique que possible, à l'intention de pays en développement. Un essai d'innocuité, approuvé par l'OMS, d'un vaccin candidat anti-VIH a eu lieu pour la première fois dans un pays en développement. Des orientations générales sont formulées dans des domaines tels que la sécurité hématologique, les restrictions imposées aux voyageurs séropositifs et les tests VIH. Des centaines d'ONG et des réseaux d'organisations collaborent avec l'OMS à la lutte contre le VIH/SIDA.

L'OMS met en place un réseau de centres ainsi qu'une banque de données à l'appui d'un programme mondial de surveillance et de prévention des *maladies cardio-vasculaires*, et elle continue de coordonner le projet décennal MONICA pour le monitoring multinational des tendances et déterminants des maladies cardio-vasculaires et la mesure de l'efficacité des interventions auquel participent 26 pays. Des programmes nationaux pour la prévention des cardiopathies coronariennes ont été instaurés dans 41 pays. Seize projets de démonstration INTERSANTÉ ont été lancés dans le monde entier, dont 9 dans des pays en développement, pour évaluer l'efficacité des interventions communautaires intégrées. Le programme CINDI, qui y est apparenté, s'étend maintenant à 21 pays d'Europe. L'OMS soutient l'application, dans 46 pays, de politiques nationales pour le soulagement de la douleur du *cancer* et les soins palliatifs et participe à la mise en place de registres nationaux du cancer. Une liste modèle de 24 médicaments essentiels pour la chimiothérapie de cette maladie a été mise à jour. On a publié des recommandations sur les problèmes d'éthique qui se posent dans le domaine de la génétique humaine ainsi que sur la prestation de services génétiques pour la lutte contre les *maladies héréditaires*. Des programmes nationaux de lutte contre le *diabète* et les *maladies rhumatismales* ont été créés dans plusieurs pays.

Il a été publié des recommandations sur l'arriération mentale, l'épilepsie, le suicide et autres aspects de la *santé men-*

tales. En outre, on favorise l'étude de l'évolution à long terme et de l'issue de la schizophrénie et des troubles obsessionnels/compulsifs. Une enquête internationale sur la législation de la santé mentale est en cours. Dans le cadre des efforts visant à prévenir les *toxicomanies*, des recommandations ont été faites sur le contrôle international des substances psychotropes, et les Etats Membres reçoivent un appui pour revoir leur politique et leur législation dans le domaine du traitement et de la réadaptation des personnes souffrant de pharmaco- et d'alcool-dépendance.

"Afrique 2000" est une nouvelle initiative d'investissement qui a été lancée pour étendre partout la couverture des services d'*approvisionnement en eau et d'assainissement*. Un vaste programme d'enseignement de l'hygiène et de promotion de dispositifs d'assainissement peu coûteux est actuellement élaboré en collaboration avec l'UNICEF et d'autres organisations. Des modules de formation et des manuels sur la bonne exploitation, l'entretien et l'optimisation des systèmes sont en cours de préparation et l'on expérimente actuellement une documentation sur la santé dans le développement des ressources en eau. L'initiative villes-santé s'étend maintenant à plus de 650 villes du monde. Les réseaux mondiaux OMS/PNUE pour la surveillance de la qualité de l'air et de l'eau sont opérationnels dans plus de 60 pays. On a fait paraître une version révisée des directives OMS de qualité pour l'eau de boisson. L'OMS et la FAO aident la Commission du Codex Alimentarius à promouvoir l'adoption de législations nationales sur les denrées alimentaires qui aient une base scientifique. Avec la FAO, l'OMS a fixé des doses journalières admissibles pour plus de 700 additifs alimentaires, contaminants et résidus de médicaments vétérinaires présents dans les aliments.

Des déclarations conjointes de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP ont été diffusées au sujet de la promotion de la santé de la *femme*. Des plans nationaux d'action pour une maternité sans risque ont été formulés dans 10 pays. On diffuse actuellement des systèmes de base de données pour la surveillance de la situation et des tendances de la santé maternelle. Un total de 87 projets de recherche ont été financés, dont beaucoup concernent les causes des décès et incapacités mater-

nels. Un projet a été lancé pour promouvoir des méthodes simples de dépistage précoce du cancer du col et du sein dans les pays en développement.

L'un des objectifs clé de l'OMS est de permettre aux *personnes âgées* de jouir de tout leur potentiel pour en faire profiter la communauté, ainsi que d'une qualité de vie satisfaisante. De nombreux programmes de l'OMS participent à cet effort, y compris ceux de la nutrition, des maladies cardio-vasculaires, du cancer et des soins palliatifs. Une étude collective multinationale sur les facteurs prédictifs de l'arthrose a été lancée. Conformément au plan d'action international des Nations Unies sur le vieillissement, l'OMS met sur pied un programme intégré sur le vieillissement et la santé qui devrait être pleinement opérationnel en 1996.

Questions générales de santé

Une stratégie mondiale a été formulée pour la *médecine du travail* et l'OMS appuie les activités des pays dans ce domaine. Des recommandations et des monographies ont été préparées sur des sujets tels que les incidences sanitaires de l'exposition professionnelle aux poussières organiques et aux agents sensibilisants ainsi qu'à certains métaux, solvants et pesticides. Depuis 1976, l'OMS a évalué les risques pour la santé de l'exposition à quelque 200 produits chimiques industriels et autres substances. Une initiative concernant des recherches internationales et collectives sur la santé *bucco-dentaire* a été lancée en collaboration, notamment, avec la Fédération dentaire internationale. Un réseau international a été créé pour la lutte contre le noma et les autres maladies et accidents entraînant une mutilation de la face. L'utilisation de l'approche communautaire basée sur le district pour satisfaire les besoins de *réadaptation* des 35 millions de personnes frappées d'incapacité en Afrique a permis de faire des progrès considérables dans ce domaine. La mise à jour des données mondiales de l'OMS sur la *cécité* est achevée. Une formation et des recherches dans ce domaine sont soutenues par l'OMS conjointement avec des ONG. Enfin, des normes de qualité ont été préparées à l'intention des petits fabricants d'implants intra-oculaires utilisés pour les opérations de la cataracte.

L'un des objectifs clé de l'OMS est de permettre aux personnes âgées de jouir de tout leur potentiel pour en faire profiter la communauté, ainsi que d'une qualité de vie satisfaisante. De nombreux programmes de l'OMS participent à cet effort, y compris ceux de la nutrition, des maladies cardio-vasculaires, du cancer et des soins palliatifs.

Dans le cadre des activités entreprises pour favoriser des *modes de vie sains*, on a mis en place un centre et une base de données pour l'éducation sanitaire à l'école ainsi que deux réseaux régionaux d'écoles pour la promotion de la santé. En Europe, le réseau régions-santé a été étendu à 20 régions. Un appui est accordé pour des programmes nationaux de lutte contre le *tabagisme*. Les récents Jeux olympiques d'hiver ont été déclarés sans tabac dans le cadre d'une collaboration entre le Comité international olympique et l'OMS.

L'OMS fournit aux pays des informations et des indications pour la mise en place de systèmes de santé basés sur les *soins de santé primaires*. Des orientations techniques sont également données pour la formulation de nouvelles politiques et stratégies de la santé et pour la réorganisation des systèmes de financement des soins de santé.

L'OMS favorise des échanges d'informations entre les pays sur le développement des *ressources humaines pour la santé*. Elle a lancé une initiative pour déterminer les meilleures approches de la formation du personnel de santé, compte tenu de l'évolution de la situation socio-économique. Elle appuie des révisions de la formation en santé publique et de l'enseignement de la médecine et fournit des bourses d'études pour la formation dans de nombreux domaines sanitaires ou apparentés. Des plans d'action nationaux, régionaux et interrégionaux pour l'amélioration des soins infirmiers et obstétricaux sont actuellement élaborés par un réseau de centres collaborateurs de l'OMS.

Dans le domaine des *substances pharmaceutiques*, on élargit le champ d'application des directives pour la prescription des médicaments. Des systèmes nationaux d'enregistrement, de surveillance et d'assurance de la qualité des médicaments sont établis dans un certain nombre de pays avec la collaboration de l'OMS. La liste modèle OMS des médicaments essentiels est actuellement révisée et mise à jour. Travaillant en collaboration avec des institutions bilatérales, d'autres organismes des Nations Unies et des ONG, l'OMS aide 55 pays à formuler leurs politiques nationales dans des domaines tels que la sélection des médicaments et la législation pharmaceutique. Des recherches opérationnelles sont entreprises sur l'usage

rationnel des médicaments. Des orientations, instruments et matériels de formation ont été préparés sur de nombreux aspects de la gestion pharmaceutique.

La Commission mondiale de l'OMS sur la Santé de la Femme a élaboré un programme d'action sur les *femmes, la santé et le développement*. Sous les auspices de cette Commission, un système de crédits et de facilités bancaires pour les personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées a été mis en oeuvre en Afrique. A la Conférence internationale de 1994 sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire, l'OMS a joué un rôle clé en aidant à atteindre un consensus et à surmonter les différences politiques et religieuses. Ce résultat a été rendu possible par le crédit dont jouit l'Organisation dans les domaines de la médecine et de l'éthique, et par son approche globale de la santé.

Avec le PNUD, l'OMS favorise la prise en compte de la composante *santé et environnement* dans les plans nationaux pour un développement durable et à cet égard, elle a accordé un appui technique et financier à six pays. L'OMS a été désignée comme maître d'oeuvre du "chapitre santé" au cours des travaux de la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement de 1992 (CNUED). En collaboration avec plusieurs organismes des Nations Unies, elle a préparé un rapport de situation sur la santé, l'environnement et le développement durable qui met l'accent sur l'importance d'une réforme du développement communautaire, de l'hygiène de l'environnement, du processus de décision national et de la comptabilité nationale. Parmi les documents préparés par l'OMS figurent des recommandations sur l'exploitation des centres antipoisons, 15 guides sur la santé et la sécurité et plus de 200 fiches sur la sécurité chimique internationale qui donnent des renseignements de base pour le diagnostic et le traitement des intoxications. L'Organisation soutient des activités de formation et de recherche dans le domaine général de la santé et de l'environnement.

L'OMS a aidé 26 des pays les plus démunis à planifier et à exécuter des réformes sanitaires dans le cadre d'un effort général de *renforcement des capacités gestionnaires nationales*. Un troisième rapport sur les progrès réalisés dans la voie

A la Conférence internationale de 1994 sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire, l'OMS a joué un rôle clé en aidant à atteindre un consensus et à surmonter les différences politiques et religieuses.

de la santé pour tous d'ici l'an 2000 a été préparé pour être soumis en 1995 aux organes directeurs de l'OMS. On a organisé des recherches sur l'avenir de la santé et poursuivi l'évaluation de la situation sanitaire dans le monde et des tendances des maladies et affections prioritaires. Un total de 184 *organisations non gouvernementales* sont maintenant en relations officielles avec l'OMS. Les États Membres étant de plus en plus conscients de la nécessité d'améliorer leur système de prestation des soins de santé et la *Banque mondiale* se souciant de favoriser des progrès dans le secteur social, on a saisi cette occasion qui vient à point nommé pour resserrer les liens entre l'OMS, la Banque et les gouvernements. On a en outre renforcé la collaboration avec les cinq grandes banques régionales de développement. Les traditionnelles bonnes relations de travail avec l'UNICEF, le FNUAP, la FAO, l'OIT, l'UNESCO se sont poursuivies.

L'OMS continue à renforcer les capacités nationales dans le domaine de la *préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours*. Une aide technique et des fournitures médicales d'urgence ont été accordées en 1994 à un certain nombre de pays, dont l'Afghanistan, l'Angola, le Burundi, l'Iraq, le Rwanda, la Somalie, le Soudan et certains des états nouvellement indépendants. L'OMS a coopéré étroitement avec l'Union européenne pour aider les pays de l'ex-Yougoslavie. Dix missions conjointes ont été organisées avec le PAM pour mettre sur pied une aide alimentaire à l'appui du développement des ressources humaines.

Des manuels et guides ont été préparés dans divers domaines de la *technologie sanitaire* et la mise au point d'instruments de laboratoire portables, d'un matériel utilisant l'énergie solaire et d'autres types de technologie appropriée a progressé.

Une *information sanitaire* à jour et faisant autorité a été communiquée à tous les États Membres dans de nombreuses publications, dans toute une série de périodiques largement diffusés et à travers les réseaux électroniques et les services de bibliothèque. L'OMS facilite l'accès des pays à un certain nombre de bases de données contenant des informations sur des sujets tels que les maladies transmissibles et le VIH/SIDA. Pour de nombreux agents

de santé des pays en développement, les matériels de l'OMS sont souvent la seule source d'informations fiables sur la santé.

Planifier le futur

À la fin du 20^{ème} siècle, nous pourrions vivre dans un monde sans poliomyélite, sans cas nouveaux de lèpre, sans décès dus au tétanos néonatal et à la rougeole et sans dracunculose. En 1993, la rougeole a tué près d'1,2 million d'enfants et infecté plus de 45 millions; la poliomyélite a tué 5500 enfants et cette même année, 10 millions de personnes étaient handicapées du fait de cette maladie; la lèpre a tué 2400 personnes et 600 000 ont été infectées; le tétanos néonatal a tué 560 000 nouveau-nés; la dracunculose a atteint 2 millions de personnes.

D'ici à la fin du siècle, la mortalité maternelle pourrait être réduite de moitié par rapport à 1993, où plus de 500 000 femmes sont mortes en couches. Les taux de mortalité infantile pourraient ne pas dépasser 50 décès pour 1000 naissances vivantes : au moins 70 pays avaient des taux supérieurs à ce chiffre en 1993. D'ici l'an 2000, la mortalité des enfants de moins de 5 ans pourrait ne pas dépasser 70 décès pour 1000 naissances vivantes : au moins 60 pays avaient des taux supérieurs en 1992. Nous pourrions vivre dans un monde où moins de 10 % des nouveau-nés pèsent moins de 2,5 kg à la naissance : en 1990, 17 % des nouveau-nés avaient un poids inférieur à ce chiffre. L'espérance de vie des enfants nés au début du 21^{ème} siècle pourrait être d'au moins 60 ans dans chaque pays du monde. En 1993, 50 pays étaient au-dessous de cette cible.

En l'an 2000, 85 % au moins de la population du monde pourrait se trouver à moins d'une heure de trajet d'un centre de soins médicaux : en 1993, 1 milliard de personnes environ n'avait pas accès à des services de santé locaux situés à une heure de trajet. Les décès par paludisme pourraient être réduits d'un cinquième dans 75 % au moins des pays impaludés et le nombre des décès par tuberculose et des cas nouveaux de cette maladie pourrait être considérablement abaissé; le nombre des nouveaux porteurs de l'hépatite B pourrait diminuer de 80 % par suite de la

*À la fin du 20^{ème} siècle,
nous pourrions vivre dans un
monde sans poliomyélite,
sans cas nouveaux de lèpre,
sans décès dus au tétanos
néonatal et à la rougeole et
sans dracunculose.*

vaccination des enfants, et les décès par cardiopathie chez les moins de 65 ans pourraient être réduits d'au moins 15 %; en outre toutes les femmes enceintes pourraient recevoir des soins convenables.

Les gens de l'an 2000 pourraient vivre dans un monde où la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans se serait abaissée de 50 %, où les carences en vitamine A et en iode auraient été éliminées, où la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer aurait été abaissée de 33 % et où 85 % de la population aurait accès à une eau saine et 75 % à un dispositif hygiénique d'évacuation des eaux usées.

Ce ne sont pas là des cibles utopiques relevant d'une aspiration naïve à un monde parfait. Ce sont des buts réalisables à condition que le monde s'y intéresse suffisamment et mobilise les ressources nécessaires. L'OMS envisage quatre priorités principales pour son action future.

La *première priorité* est l'adoption de mesures permettant de tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles et de les réorienter vers ceux qui en ont le plus besoin. On visera ainsi à créer des situations d'auto-assistance où hommes et femmes pourront résoudre leurs propres problèmes en lançant et en entretenant un processus de développement qui garantisse à leurs enfants un avenir meilleur.

La *deuxième priorité* est la lutte contre la misère par l'amélioration de la santé. Les investissements sanitaires épargnent de l'argent ainsi que des vies. Il ne faut pas les considérer comme une ponction sur les ressources nationales mais comme la condition nécessaire du progrès économique et social. Une mauvaise santé nuit à la puissance de travail d'un individu, réduit sa capacité de gain et aggrave la pauvreté. Celle-ci doit donc être attaquée sur deux fronts : d'une part, on va s'attacher à satisfaire les besoins minimums essentiels des gens en leur donnant accès aux services de santé, à un logement et à une éducation; d'autre part, on va leur donner l'occasion de gagner leur vie et de sortir ainsi de la misère grâce à une meilleure santé et à une productivité accrue. Il existe un autre aspect, non économique, de la pauvreté contre lequel il convient de lutter : c'est la discrimination sociale et la condition inférieure imposées à certains groupes, notamment les femmes.

La *troisième priorité* est la politique de la santé publique qui, dans les années 1990, a été influencée non seulement par le mouvement en faveur de la santé pour tous, qui met l'accent sur l'équité, mais aussi par l'évolution politique et économique du monde en général. Toutefois, il faut reconnaître qu'en garantissant un même accès aux soins de santé, ce qui est l'objectif traditionnel des autorités de la santé publique, on ne réduit pas nécessairement les différences entre les états de santé dans la mesure où la maladie est déterminée par le comportement individuel ainsi que par l'environnement professionnel et le cadre de vie. Toute amélioration réelle de l'état de santé nécessitera donc une action intégrée et intersectorielle qui prenne en compte tous les déterminants de la mauvaise santé et il faudra réorienter en conséquence la formation des professionnels de la santé.

La *quatrième priorité* est le renforcement des capacités nationales en matière de secours d'urgence et d'aide humanitaire dans le secteur de la santé. La nouvelle politique de gestion des situations d'urgence pour un développement durable assurera la transition entre les secours d'urgence et le développement proprement dit, l'objectif étant d'alléger les souffrances humaines et de réduire les pertes économiques dues aux épidémies, aux situations d'urgence complexes et aux vastes déplacements de population.

Les problèmes de santé de demain sont impressionnants mais, armés de ce que nous savons déjà, nous pouvons faire beaucoup pour commencer à y apporter des solutions. Il faudra que le monde fasse preuve d'une compassion et d'une persévérance accrues, mais la situation n'est pas désespérée. Au sujet du combat pour les droits civiques qui s'est déroulé aux Etats-Unis d'Amérique dans les années 1960, Martin Luther King écrivait : "Plus encore que des mauvaises actions des méchants, c'est du silence consternant des braves gens que cette génération va devoir se repentir".

Aujourd'hui, alors qu'une nouvelle génération se prépare à aborder un nouveau siècle, il est grand temps que le silence consternant observé au sujet des inéquités sanitaires dans le monde soit enfin rompu.

Les problèmes de santé de demain sont impressionnants mais, armés de ce que nous savons déjà, nous pouvons faire beaucoup pour commencer à y apporter des solutions. Il faudra que le monde fasse preuve d'une compassion et d'une persévérance accrues, mais la situation n'est pas désespérée.

Chapitre spécial

L'évolution de l'OMS

La première Assemblée mondiale de la Santé, qui s'est tenue en juin 1948 et à laquelle assistaient 53 délégués représentant les 55 États Membres de l'OMS, a approuvé un programme de travail dont les principales priorités avaient été classées dans l'ordre suivant : paludisme, santé maternelle et infantile, tuberculose, maladies vénériennes, nutrition et hygiène de l'environnement.

Aujourd'hui, 47 ans se sont écoulés mais en dépit d'améliorations indéniables dans le domaine de la santé, le monde est encore en proie à bien des souffrances et des maladies. Les leçons d'un demi-siècle passé à éradiquer et à combattre les maladies, à étendre la couverture des soins de santé et à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles, ont guidé la communauté mondiale, y compris l'OMS, dans la voie de nouveaux progrès.

Nécessité d'une organisation mondiale de la santé

À la fin de la seconde guerre mondiale, la majorité de la population mondiale vivait encore dans une profonde misère et souffrait de malnutrition chronique, de maladies transmissibles et d'infections parasitaires pour ne mentionner que quelques-uns des fléaux de cette époque. Bien des services de santé avaient été complètement désorganisés et de vastes sections de la population en étaient exclues. On a alors reconnu la nécessité impérieuse d'un nouvel organisme mondial capable de regrouper les ressources pour la santé, de définir des buts sanitaires et d'offrir une tribune pour l'échange d'informations sur la santé. L'Organisation des Nations Unies créa donc à cet effet une institution spécialisée, l'Organisation mondiale de la Santé.

Déclaration de guerre contre la maladie

Les deux premières décennies de l'OMS ont été dominées par des campagnes de masse dirigées contre des maladies telles que la lèpre, le paludisme, la variole, la syphilis, la tuberculose et le pian. Entre

1950 et 1965, par exemple, 46 millions de malades dans 49 pays ont été traités avec succès à la pénicilline contre le pian, maladie tropicale qui a alors cessé de représenter un problème de santé publique important dans la plupart des pays en développement. En 1955, le nombre des cas de paludisme dans le monde avait chuté d'au moins un tiers mais, en 1970, il a fallu admettre que l'éradication de cette maladie n'était pas envisageable.

Il n'en a pas été de même pour la variole. Commencée en 1966, date où 2 millions de personnes mouraient chaque année de cette maladie, la campagne d'éradication s'est achevée en 1980 avec la disparition complète de ce fléau.

Ces campagnes de masse contre une maladie isolée ont fait place au programme élargi de vaccination de l'OMS qui vise à protéger, d'ici l'an 2000, tous les enfants contre six maladies évitables par la vaccination : rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite et tuberculose. La couverture vaccinale mondiale a atteint un pic en 1990, date où l'objectif consistant à vacciner 80 % de tous les enfants à l'âge d'1 an a été réalisé. Le but à long terme de l'initiative pluri-institutionnelle pour les vaccins de l'enfance, lancée en 1990, est la protection de toutes les personnes à risque contre les maladies évitables par la vaccination, si possible en une seule opération.

Santé pour tous

En 1979, l'Assemblée mondiale de la Santé a unanimement approuvé la Déclaration d'Alma-Ata selon laquelle les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

En conséquence, on a fixé des cibles mondiales pour la santé qui sont devenues les normes par rapport auxquelles tous les efforts de développement sanitaire doivent être évalués. La stratégie de la santé pour tous a été adoptée au niveau politique le plus élevé, mais un fossé demeure entre les professions de foi et les actes.

L'OMS fixe les normes

L'établissement de normes dans des domaines tels que les vaccins, les médicaments et les tests de laboratoire a toujours fait partie des activités de l'OMS. Le Comité

Les deux premières décennies de l'OMS ont été dominées par des campagnes de masse dirigées contre des maladies telles que la lèpre, le paludisme, la variole, la syphilis, la tuberculose et le pian.

OMS d'Experts de la Standardisation biologique se réunit chaque année, depuis 1951, pour formuler des normes reconnues dans le monde entier. Le crédit scientifique de l'OMS est une garantie acceptée par tous.

La formation des médecins et des agents de santé, l'amélioration du niveau des écoles et facultés de médecine dans les pays en développement et l'aide fournie aux pays pour organiser leurs écoles d'infirmières et de sages-femmes sont aussi des activités traditionnelles de l'OMS. L'adoption du concept des soins de santé primaires a conduit à consacrer une grande partie des efforts à la formation d'agents de soins de santé très divers au niveau communautaire, notamment dans les pays en développement, au lieu de se concentrer sur les seuls professionnels de la santé.

Le problème à l'avenir sera de mobiliser les Etats Membres de l'OMS pour leur faire adopter des politiques et plans qui garantissent que chacun des membres de la communauté ait à sa disposition des services de santé intégrés complets.

Perspectives d'avenir

Les programmes généraux de travail de l'OMS, qui portent maintenant sur une période de six ans, énoncent les principes et politiques de la gestion de l'Organisation. Ils constituent aussi un cadre pour l'élaboration de plans de travail et de budgets détaillés. Au fil des ans, ces programmes ont toujours répondu, souvent même à l'avance, aux principales préoccupations sanitaires des Etats Membres. Le neuvième programme (1996-2001) assigne des buts et des cibles à l'action mondiale de l'OMS. Celle-ci visera à atténuer les inéquités en matière de santé, à maîtriser les coûts croissants, à éradiquer ou éliminer certaines maladies infectieuses, à lutter contre les maladies chroniques et à promouvoir un comportement et un environnement sains.

Le problème à l'avenir sera de mobiliser les Etats Membres de l'OMS pour leur faire adopter des politiques et plans qui garantissent que chacun des membres de la communauté ait à sa disposition des services de santé intégrés complets.