

1987

WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL

ANNUAIRE DE STATISTIQUES SANITAIRES MONDIALES

6 8 0 2205697887
2 22 5 6 3929282837
575 4 92 7858482837
67573782819 305 8 6 142 4822395
57481929394856 79605020 2934 767542
0460 5724657457347 5 991 63
4576024784517 475 2 2
38462525436734 376472
872945624912450 78367838
881934745647 28189 44
0203967473891 846371
64176208457601275620
450764872417564576
4754219045845645
56474012475465
8 24875 2
0480 1
6406 502
784786 40
1920 7
58 8
8421181828
35224133645
574626163758
01014504508545
840108494594237830
939487574823900329
0504939486757372
465374858678349
5574318128384
256567568656
8897908957
415071450
54982001
7612985
702404
88473
320
7850
56
72

67 9 576 0
6374438291230468685832923040
64 8 7 6 63856079694827172475679593928
43019193 8 8684339 203495967979658328183756643
785 273 39405024872017384671383763726547210 2
1200 2 727556256477582012572578284747566201 20
39 7 634371010347175647214857125945394756924
9 2 66723847658658320956834721040502403576242569 8
9 0203948585736166756958427161375697807009918283
350457454508884852 02 5224925570451445605712051 54
85078 40 4576 127 5614745150507257217626045178 2
725 4 7 517124508 084598459814459014854945 1 826
8 95 6 1 4574783466834802476084045081505 0
5617408 454871524012405010845012084875601
04529598484857564 36228 848576736265346567980050309
676230560489845934 61411 8685777364535311030050
84459346030403560406 40350357 00087457 34551307
102938456564737219934 585858 61626 49596 9
1427656012762474560742 458 821 25560 17
145714504501505405134501 038 7 12 2
53544572727348586798907609 3 7 0 0
761626475687992919293986 8 8 5 0 8
67260296839385 1 0 405 2
715601745 857 41 4581 05 2
889938464839 9 82 2 38858 5
3727162744 7347 7
47261627486 277 7 4 2
993944456556 3 384 9
3960500929 64 23587 60
50258672 06 93567576847
34545678 9 07045601407407
078135 260713078350810
10561 401458241582456
47 84841094570485
733105
002
65
725
4 72
60



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE 1987

WORLD HEALTH STATISTICS
ANNUAL

ANNUAIRE
DE STATISTIQUES SANITAIRES
MONDIALES

1987

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1987

ISBN 92 4 067870 0

ISSN 0250-3794

© World Health Organization 1987

Publications of the World Health Organization enjoy copyright protection in accordance with the provisions of Protocol 2 of the Universal Copyright Convention. For rights of reproduction or translation of WHO publications, in part or *in toto*, application should be made to the Office of Publications, World Health Organization, Geneva, Switzerland. The World Health Organization welcomes such applications.

The designations employed and the presentation of material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Where the designation "country or area" appears in the headings of tables, it covers countries, territories, cities or areas.

The statistics which relate to the Federal Republic of Germany and the German Democratic Republic include the relevant statistics regarding Berlin for which separate data have not been supplied. This is without prejudice to any question of status which may be involved.

© Organisation mondiale de la Santé 1987

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication 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.

Lorsque l'appellation «pays ou zone» apparaît dans le titre des tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

Les statistiques se rapportant à la République démocratique allemande et à la République fédérale d'Allemagne comprennent les statistiques pertinentes concernant Berlin pour lequel des données séparées n'ont pas été fournies. Toute question de statut demeure réservée.

PRINTED IN ENGLAND

87/7351 — Computaprint/SB Datagraphics — 4800

INTRODUCTION

Information support to the Global Strategy for Health for All by the year 2000

In May 1977, the Thirtieth World Health Assembly adopted a resolution which specified that the main social goal of governments and the World Health Organization (WHO) in the coming decades would be the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. This resolution has come to be popularly known as "health for all by the year 2000". In the following year, at an International Conference on Primary Health Care held in Alma-Ata, USSR, a Declaration was issued to the effect that this goal is to be attained through primary health care. The declaration urged all governments to formulate national health policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive health system, and in coordination with other sectors. It also called for urgent and effective national and international action to develop and implement health systems based on primary health care throughout the world, but particularly in developing countries, in a spirit of technical cooperation and in keeping with a new international economic order.

The Global Strategy for Health for All by the year 2000 was launched at the Thirty-second World Health Assembly in 1979 through the adoption of a resolution which endorsed the Declaration of Alma-Ata and invited Member States of WHO to formulate their own strategies. Member States subsequently agreed to introduce a continuing process of monitoring and evaluation of their strategies that would be appropriate to their needs, as part of their managerial process for national health development.

Monitoring and evaluation are essential elements of the Global Strategy for Health for All. Monitoring implies the continuous follow-up of activities during their implementation to ensure that they are proceeding as planned and are on schedule. Evaluation is a systematic way of learning from experience and using the lessons learned to improve current activities and promote better planning by careful selection of alternatives for further action. Whereas monitoring makes it possible to identify deviations so that activities can be reorientated accordingly, evaluation ensures that health activities are made more relevant, more efficient and more effective. Monitoring and evaluation are thus integral components of a country's managerial process for health development — to carry out the process, national mechanisms for monitoring and evaluation will need to be fully exploited and strengthened as necessary.

INTRODUCTION

Appui au plan de l'information pour la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000

En mai 1977, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution qui spécifiait que le principal objectif social des gouvernements et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au cours des prochaines décennies serait de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Cette résolution a été désignée par l'expression désormais consacrée: «La santé pour tous d'ici l'an 2000». L'année suivante, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (URSS), a publié une Déclaration affirmant que les soins de santé primaires étaient le moyen qui permettrait d'atteindre ce but. La Déclaration invitait instamment tous les gouvernements à formuler au niveau national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. Elle demandait également que soit lancée d'urgence, aux niveaux national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires dans le monde entier, mais plus particulièrement dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international.

La Trente-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a donné le coup d'envoi en 1979 à la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 en adoptant une résolution dans laquelle elle approuvait la Déclaration d'Alma-Ata et invitait les Etats Membres de l'OMS à formuler leurs propres stratégies. Les Etats Membres ont décidé par la suite d'appliquer un processus continu de surveillance et d'évaluation de leurs stratégies qui correspondrait à leurs besoins dans le cadre de leur processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

La surveillance continue et l'évaluation sont les composantes essentielles de la Stratégie mondiale de la santé pour tous. La surveillance continue implique qu'on suive en permanence les activités durant leur exécution pour faire en sorte qu'elles se déroulent selon les plans et le calendrier. L'évaluation est un moyen systématique de tirer les leçons de l'expérience et de s'en servir pour améliorer les activités en cours et promouvoir une planification plus efficace par un choix judicieux entre les actions ultérieures possibles. Alors que la surveillance continue permet de repérer les déviations et de remettre les activités sur la bonne voie, l'évaluation aide à rendre les activités de santé plus pertinentes, plus efficaces et plus efficaces. La surveillance continue et l'évaluation font donc partie intégrante du processus gestionnaire pour le développement sanitaire et ne doivent pas constituer une activité distincte. Pour mener à bien le processus, les mécanismes nationaux de surveillance continue et d'évaluation devront être pleinement utilisés et renforcés s'il en est besoin.

Monitoring and evaluation of the strategy is also taking place at the regional and global levels, and to this end, a list of 12 global indicators with a specific reference value for each of them was agreed upon at the Thirty-fourth World Health Assembly in 1981. Since variations within and among countries are likely to be considerable, indicators for use at the global level will hence be presented according to the number of countries which have attained the specified reference value of the indicator. These reference values were set so that all countries could aim at achieving them collectively, even though some countries may wish to set more stringent targets for their own national strategy.

Any selection of indicators for use at the global level implies the commitment of countries individually, as well as collectively in regional groupings, to use at least these indicators. The list, at global level, has therefore to be kept very short.

The 12 global indicators for monitoring progress towards health for all have been developed with this in mind. Four categories of indicators are represented: health policy indicators, social and economic indicators, indicators of the provision of health care, and indicators of health status. The indicators are the number of countries in which:

1. *Health for all has received endorsement as policy at the highest official level, e.g. in the form of a declaration of commitment by the head of state; allocation of adequate resources equitably distributed; a high degree of community involvement; and the establishment of a suitable organizational framework and managerial process for national health development.*

2. *Mechanisms for involving people in the implementation of strategies have been formed or strengthened, and are actually functioning, i.e. active and effective mechanisms exist for people to express demands and needs; representatives of political parties and organized groups such as trade unions, women's organizations, farmers' or other occupational groups are participating actively; and decision-making on health matters is adequately decentralized to the various administrative levels.*

3. *At least 5% of the gross national product is spent on health.*

4. *A reasonable percentage of the national health expenditure is devoted to local health care, i.e. first-level contact, including community health care, health centre care, dispensary care and the like, excluding hospitals. The percentage considered "reasonable" will be arrived at through country studies.*

5. *Resources are equitably distributed, in that the per capita expenditure as well as the staff and facilities devoted to primary health care are similar for various population groups or geographical areas, such as urban and rural areas.*

La surveillance continue et l'évaluation de la Stratégie se poursuivront aussi aux niveaux régional et mondial et, à cette fin, la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en 1981 une liste de 12 indicateurs mondiaux auxquels sont assignées des valeurs cibles spécifiques. En raison des variations vraisemblablement considérables à l'intérieur des pays et entre ceux-ci, les indicateurs destinés à être utilisés au niveau mondial seront donc présentés en fonction du nombre de pays qui ont atteint la valeur cible assignée à l'indicateur. Ces cibles ont été fixées de manière à ce que tous les pays puissent viser à les atteindre collectivement, même si certains pays souhaitent proposer des cibles plus rigoureuses à leur stratégie nationale.

Le choix d'indicateurs utilisables au niveau mondial implique que les pays s'engagent, individuellement aussi bien que collectivement dans le cadre de groupements régionaux, à utiliser au moins ces indicateurs. Au niveau mondial, la liste doit donc être très succincte.

C'est dans cet esprit qu'ont été établis les 12 indicateurs mondiaux pour suivre les progrès réalisés vers la santé pour tous. Quatre catégories d'indicateurs sont proposées: indicateurs de la politique sanitaire, indicateurs sociaux et économiques, indicateurs de la prestation des soins de santé, indicateurs de l'état de santé. Les indicateurs correspondent au nombre de pays où:

1. *La politique de la santé pour tous a reçu la sanction officielle la plus élevée, par exemple déclaration d'engagement formulée par le chef de l'Etat; allocation de ressources adéquates réparties équitablement; degré élevé de participation de la collectivité; établissement d'un cadre organisationnel et d'un processus gestionnaire appropriés pour le développement sanitaire au niveau national.*

2. *Les mécanismes destinés à associer la population à la mise en œuvre de stratégies ont été mis en place ou renforcés, et fonctionnent effectivement, par exemple, mécanismes actifs et efficaces pour permettre à la population d'exprimer ses exigences et ses besoins; participation active de représentants des partis politiques et des groupes organisés tels que les syndicats, les organisations féminines, associations d'agriculteurs et autres associations professionnelles; décentralisation correcte, aux différents échelons administratifs, des organes de décision du secteur sanitaire.*

3. *Au moins 5% du produit national brut est consacré à la santé.*

4. *Un pourcentage raisonnable des dépenses nationales de santé est consacré aux soins de santé locaux, à savoir contacts de premier niveau, y compris les soins de santé communautaires, les soins donnés dans les centres de santé, les soins en dispensaires, etc., mais non compris les hôpitaux. Le pourcentage jugé «raisonnable» sera fixé à l'issue d'études dans les pays.*

5. *Les ressources sont équitablement réparties, en ce sens que les dépenses par habitant ainsi que le personnel et les installations consacrés aux soins de santé primaires sont analogues pour les différents groupes de population ou secteurs géographiques, villes et campagnes par exemple.*

6. *The number of developing countries with well-defined strategies for health for all, accompanied by explicit resource allocations, whose needs for external resources are receiving sustained support from more affluent countries.*

7. *Primary health care is available to the whole population, with at least the following:*

- safe water in the home or within 15 minutes' walking distance, and adequate sanitary facilities in the home or immediate vicinity;
- immunization against diphtheria, tetanus, whooping-cough, measles, poliomyelitis, and tuberculosis;
- local health care, including availability of at least 20 essential drugs, within one hour's walk or travel;
- trained personnel for attending pregnancy and childbirth, and caring for children up to at least 1 year of age.

8. *The nutritional status of children is adequate, in that:*

- at least 90% of newborn infants have a birth weight of at least 2 500 g;
- at least 90% of children have a weight-for-age that corresponds to the standard reference values adopted by WHO.

9. *The infant mortality rate for all identifiable subgroups is below 50 per 1 000 live births.*

10. *Life expectancy at birth is over 60 years.*

11. *The adult literacy rate for both men and women exceeds 70%.*

12. *The gross national product per head exceeds US\$ 500.*

It may be mentioned here that while the information on these indicators may be useful for obtaining a global overview, or for regional analyses, or even for comparisons between countries at a similar level of socioeconomic or health development, much more detailed information would be required for the management of national health systems. In particular, national strategies intended to achieve greater social equity in health would require the disaggregation of carefully selected indicators according to geographical areas, ethnic groups and/or socioeconomic categories. Countries may therefore wish to use additional indicators, depending on their needs and capacities.

The content of the *World Health Statistics Annual* is being progressively altered to better meet the information requirements associated with strategies for health for all. It is expected that the content of the *Annual* will continue to be adapted to accommodate the changing priorities of information support to the Global Strategy and to reflect progress with its implementation as ascertained by the monitoring process.

As the mechanisms for providing such information support are still being developed in many Member States, the amount of health

6. *Le nombre de pays en développement ayant formulé des stratégies de la santé pour tous bien définies et assorties d'allocations de ressources explicites dont les besoins de ressources extérieures sont satisfaits de façon suivie par des pays plus riches.*

7. *Les soins de santé primaires sont à la disposition de l'ensemble de la population, avec au minimum:*

- eau saine à domicile ou à 15 minutes de marche, avec mesures d'assainissement suffisantes au domicile ou dans le voisinage immédiat;
- vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose;
- soins de santé locaux, y compris la possibilité de se procurer au moins 20 médicaments essentiels, à une heure de marche ou de voyage;
- personnel qualifié pour les grossesses et les accouchements, et soins aux enfants jusqu'à l'âge d'un an au minimum.

8. *L'état nutritionnel des enfants est satisfaisant en ce sens que:*

- au moins 90% des nouveau-nés ont un poids à la naissance égal ou supérieur à 2 500 g;
- au moins 90% des enfants ont, par rapport à leur âge, un poids correspondant à des normes basées sur les valeurs de référence types adoptées par l'OMS.

9. *Le taux de mortalité infantile pour tous les sous-groupes identifiables est inférieur à 50 pour 1 000 naissances vivantes.*

10. *L'espérance de vie à la naissance est supérieure à 60 ans.*

11. *Le taux d'alphabétisation des adultes hommes et femmes dépasse 70%.*

12. *Le produit national brut par habitant est supérieur à US\$ 500.*

Ce peut être le lieu d'indiquer que si les informations sur ces indicateurs peuvent être utiles pour obtenir un aperçu mondial, ou pour des analyses régionales, voire des comparaisons entre pays parvenus à des niveaux analogues de développement socio-économique ou sanitaire, des informations beaucoup plus détaillées seraient nécessaires pour la gestion des systèmes de santé nationaux. Des stratégies nationales visant à améliorer l'équité sociale en matière de santé exigeraient en particulier la ventilation d'indicateurs soigneusement choisis, par zones géographiques, par groupes ethniques et/ou par catégories socio-économiques. Aussi, les pays souhaiteront peut-être utiliser des indicateurs supplémentaires selon leurs besoins et leurs capacités.

Le contenu de l'*Annuaire de statistiques sanitaires mondiales* est modifié progressivement en fonction des besoins en informations associés aux stratégies de la santé pour tous. Dans l'avenir on compte poursuivre ces modifications pour tenir compte de l'évolution des priorités de l'appui informationnel de la Stratégie mondiale et pour refléter les progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette Stratégie tels qu'ils auront été déterminés par la surveillance continue.

Comme les mécanismes assurant l'appui informationnel sont encore en cours d'élaboration dans de nombreux Etats Membres, la quantité d'informa-

statistical information available on the global indicators is necessarily limited. Consequently, the contents of the current edition of the *Annual* only partially reflect the information requirements for adequately monitoring the progress of the global strategy. The information which is available mainly refers to health status indicators. However, even for these indicators the coverage of countries is far from complete. Clearly, if the global indicators are to be a useful tool for monitoring progress towards the goal of health for all, then Member States must assume the responsibility for ensuring adequate information support for the monitoring and evaluation of their own health strategies.

WHO has also been reviewing its mechanisms and procedures for obtaining data in order to ensure that only information of direct relevance to national, regional and global health-for-all strategies is being requested from countries. As a result, the collection of information on health manpower, health establishments and morbidity from communicable diseases through annual questionnaires was discontinued in 1982. These data were last published in the 1983 *World Health Statistics Annual*.

All of the information presented in the tables has been arranged according to WHO Regions. For a list of the Member States comprising each Region, see *Annex II*.

In accordance with WHO regulations, Member States are expected to comply as far as possible with the recommendations made by the World Health Assembly as regards classification, coding procedures, age groupings, territorial areas to be identified and other relevant definitions and standards (World Health Organization, *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Ninth Revision (1975)*, Geneva, WHO, 1977, Volume 1, p. 771). The Ninth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-9), adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly in 1976, came into effect on 1 January 1979. For classifying data according to this Revision, the "Basic Tabulation List" has been used (WHO, op. cit., pp. 746-755), while for the data based on the Eighth Revision (ICD-8) the "List of 150 Causes for Tabulation of Morbidity and Mortality" (List A) has been used.

Where data have been presented separately for developed and developing countries, the classification used by the United Nations Population Division has been adopted. Under this grouping, the developing countries include all of Africa, Asia (excluding Japan), Latin America and Oceania (excluding Australia and New Zealand). The developed countries include all of Europe, the Union of Soviet Socialist Republics, the United States of America, Canada and the countries just cited as being outside the developing category.

tions statistiques sanitaires sur les indicateurs mondiaux est nécessairement limitée. De ce fait, le contenu de la présente édition de l'*Annuaire* ne reflète que partiellement les informations nécessaires pour surveiller convenablement les progrès de la Stratégie mondiale. Les informations disponibles ont essentiellement trait aux indicateurs sur l'état de santé. Mais même pour ceux-ci, la couverture par pays est loin d'être complète. De toute évidence, les indicateurs mondiaux ne constitueront un instrument utile pour suivre les progrès réalisés vers la santé pour tous que si les Etats Membres assurent un appui informationnel adéquat pour la surveillance continue et l'évaluation de leurs propres stratégies de santé.

L'OMS a également passé en revue ses mécanismes et ses méthodes de collecte de données afin de s'assurer qu'elle ne demande aux pays que les informations qui présentent un intérêt direct pour les stratégies nationales, régionales et mondiale de la santé pour tous. Ainsi elle a cessé depuis 1982 de recueillir des données relatives aux personnels de santé, aux établissements de santé et à la morbidité par maladies transmissibles au moyen de questionnaires annuels. Ces données ont été publiées pour la dernière fois dans l'*Annuaire de statistiques sanitaires mondiales* 1983.

Toutes les données présentées dans les tableaux ont été classées par Région OMS. On trouvera une liste des Etats Membres de chaque Région à l'*annexe II*.

Conformément aux règlements de l'OMS, les Etats Membres sont censés respecter dans toute la mesure du possible les recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé concernant la classification, les procédés de codage, la structure des groupes d'âge, les divisions territoriales et diverses définitions et normes pertinentes (*Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Neuvième Révision (1975)*, Genève, OMS, Vol. 1, 1977, page 779). La Neuvième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM), adoptée par la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 1976, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1979. Pour les données classées selon cette Révision, on s'est servi de la «Liste de base pour la mise en tableaux» (voir OMS, op. cit., pp. 754-764), et pour les données en référence à la Huitième Révision de la «Liste de 150 rubriques pour la mise en tableaux des causes de morbidité et mortalité» (Liste A).

Quand les données sont présentées séparément pour les pays développés et les pays en développement, la classification adoptée est celle de la Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies. Selon ce classement, les pays en développement sont tous les pays d'Afrique, d'Asie (à l'exception du Japon), d'Amérique latine et d'Océanie (à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande). Les pays développés sont tous les pays d'Europe, l'Union des Républiques socialistes soviétiques, les Etats-Unis d'Amérique, le Canada et les pays dont on vient d'indiquer qu'ils ne sont pas compris dans la catégorie des pays en développement.

This publication is the result of a joint effort by the national health and statistical administrations of many countries, the United Nations, and WHO. Some of the data included can be more fully analysed in conjunction with statistics given in the *Demographic Yearbook* of the United Nations.

Arrangement of contents

Section A: Global overview

The purpose of this section is to provide an overview of selected aspects of the world health situation in a convenient format. In view of the wide range of topics which are of global importance, several of them are selected in turn for each issue of the *Annual*.

This year's *Annual* deals with health of the elderly, AIDS, onchocerciasis, leprosy control, ischaemic heart disease, cancer incidence and alcohol consumption. In selecting these topics, emphasis has been given to subjects of particular current interest to Member States.

For each topic covered by one of the colour illustrations, additional information can be found in the accompanying text beginning on page 11.

Fig. 1 shows the projected growth in the size of the elderly population (aged 60 years or more) between 1960 and 2020, according to major world regions. *Figs. 2 & 3* deal with the rapid spread of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). As *Fig. 2* shows, well over 100 countries have already reported AIDS cases to WHO, with a substantial proportion reporting more than 100 cases. The gravity of the AIDS epidemic is clear from *Fig. 3* which shows the rapid rise in the number of reported cases since 1979. The actual number of cases is undoubtedly much higher.

Figs. 4 & 5 are also concerned with communicable diseases. *Fig. 4* provides an epidemiological assessment of trends in onchocerciasis in the Volta river basin of Western Africa following vector control operations, while *Fig. 5* illustrates the progressive implementation of multidrug therapy for leprosy.

Figs. 6, 7 & 8, on the other hand, deal with aspects of chronic disease epidemiology. The trends in mortality from ischaemic heart disease among men in the developed countries over the last decade or so are summarized in *Fig. 6*. The global incidence of another chronic disease of major public health importance, namely cancer, is shown in *Fig. 7* for the six leading sites of the disease in 1980. *Fig. 8* presents an overview of levels and trends in alcohol consumption, an important risk factor for some chronic diseases and traffic accidents. Not only is global alcohol consumption increasing, but the rate of increase appears to be higher in developing countries.

Cette publication est le résultat des efforts conjugués des administrations sanitaires et statistiques de nombreux pays, de l'Organisation des Nations Unies et de l'OMS. Pour une analyse plus complète de certaines données, on se reportera aux statistiques publiées dans l'*Annuaire démographique* de l'Organisation des Nations Unies.

Disposition de l'Annuaire

Section A: Aperçu mondial

Le but de cette section est de donner sous une forme commode un aperçu de certains aspects de la situation sanitaire mondiale. Compte tenu de la grande diversité des questions importantes à l'échelle mondiale, chaque numéro de l'*Annuaire* en traite tour à tour un certain nombre.

Cette année, les thèmes de l'*Annuaire* sont la santé des personnes âgées, le SIDA, l'onchocercose, la lutte antilépreuse, les cardiopathies ischémiques, l'incidence du cancer et la consommation d'alcool. Dans le choix de ces sujets, l'accent a été mis sur des questions qui présentent un intérêt particulier pour les Etats Membres.

Pour chaque sujet faisant l'objet d'une illustration en couleurs, on pourra se reporter au texte commençant à la page 11 où l'on trouvera des renseignements supplémentaires.

La *figure 1* montre une projection de la croissance du nombre des personnes âgées (de 60 ans ou plus) entre 1960 et 2020, pour chacune des grandes régions du monde. Les *figures 2 & 3* sont consacrées à la propagation rapide du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Comme le montre la *figure 2*, plus de 100 pays ont déjà notifié des cas de SIDA à l'OMS et une proportion importante d'entre eux ont signalé plus de 100 cas. La gravité de l'épidémie de SIDA apparaît clairement au vu de la *figure 3* qui montre la rapide augmentation du nombre de cas signalés depuis 1979. Le nombre réel est sans doute encore beaucoup plus élevé.

Les *figures 4 & 5* concernent aussi des maladies transmissibles. La *figure 4* fournit une évaluation épidémiologique des tendances de l'onchocercose dans le bassin de la Volta en Afrique occidentale après des opérations de lutte antivectorielle, cependant que la *figure 5* illustre l'introduction progressive de la polychimiothérapie antilépreuse.

Les *figures 6, 7 & 8* traitent en revanche de différents aspects de l'épidémiologie de maladies chroniques. Les tendances de la mortalité par cardiopathies ischémiques chez les hommes dans les pays développés au cours des 10 dernières années sont résumées à la *figure 6*. Les taux d'incidence mondiale d'une autre maladie chronique qui revêt une importance majeure du point de vue de la santé publique, à savoir le cancer, sont indiqués à la *figure 7* pour les six principales localisations en 1980. La *figure 8* présente un aperçu du niveau et des tendances de la consommation d'alcool, qui constitue un facteur de risque important pour certaines maladies chroniques et les accidents de la circulation. Non seulement la consommation d'alcool augmente dans le monde, mais le taux d'augmentation paraît être plus élevé dans les pays en développement.

Section B: Oral health

Since 1984, it has been the practice to devote a special section of the *World Health Statistics Annual* to a particular topic of public health interest. Successive editions of the *Annual* have presented detailed statistics and reports on the diseases of interest to the WHO Expanded Programme on Immunization (1984), the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade (1985), and the first evaluation of the Global Strategy for Health for All (1986).

As emphasized at the beginning of this section, changes in caries prevalence and periodontal diseases have necessitated a reorientation of oral health services towards preventive self-care, complemented by high-quality restorative and rehabilitative services, concentrated increasingly at the higher ages. *Table 1* presents data on the average number of decayed, missing and permanent filled teeth per person, while the overall status of periodontal disease is shown in *Table 2* according to various indices developed for the assessment of oral health. In *Table 1*, data prior to 1970 are shown in italics since this year marked the development of standard measures for the epidemiological assessment of oral health and the introduction of data collection in WHO according to these indices. In *Table 2*, all data recorded using methods other than CPITN (see text and *Table 2* for definition) appear in the left-hand columns.

Section C: Vital statistics and life tables

The tables in this section summarize the demographic situation of countries in terms of those parameters likely to be of most relevance for health management. For larger countries, the United Nations demographic estimates are given for vital rates, and population size and composition, thus providing a common source for these data. For those populations for which the United Nations does not prepare demographic estimates, the latest available data reported to the United Nations and based on reasonably complete coverage of events are shown. This should be kept in mind when using the two sources of data simultaneously, particularly since the reference year may not be identical for all countries or areas.

Table 3 shows population size and age structure, crude birth and death rates, as well as the rate of natural (population) increase based on latest available estimates. Summary values are provided at the end of the table for continents and WHO Regions.

Tables 4 & 5 are based entirely on official national information either reported or made

Section B: Santé bucco-dentaire

Depuis 1984, il est de règle de consacrer une section distincte de l'*Annuaire de statistiques sanitaires mondiales* à un sujet présentant un intérêt particulier du point de vue de la santé publique. C'est ainsi qu'ont été présentés des statistiques et des rapports détaillés sur les maladies visées par le Programme élargi de vaccination (1984), la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1985) et la première évaluation de la Stratégie mondiale de la santé pour tous (1986).

Ainsi qu'il est souligné au début de cette section, l'évolution des taux de prévalence des caries et des parodontopathies a imposé de réorienter les services de santé bucco-dentaire vers la prévention individuelle complétée par des soins de restauration et de réadaptation de haute qualité de plus en plus fréquemment axés sur les groupes d'âge supérieurs. Le *tableau 1* contient des données sur le nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées par personne, cependant que la situation générale des parodontopathies est illustrée au *tableau 2* en fonction des différents indices mis au point pour l'évaluation de la santé bucco-dentaire. Au *tableau 1*, les données relatives à la période ayant précédé 1970 sont en italique car cette année a marqué la mise au point de mesures normalisées pour l'évaluation épidémiologique de l'état de santé bucco-dentaire et l'introduction de la collecte des données en fonction de ces indices à l'OMS. Au *tableau 2*, toutes les données enregistrées à l'aide de méthodes autres que l'Indice communautaire des parodontopathies et des besoins en traitement (voir le texte et le *tableau 2* pour la définition) apparaissent dans les colonnes de gauche.

Section C: Mouvement de la population et tables de survie

Les tableaux de cette section résument la situation démographique des pays au moyen de paramètres censés être particulièrement intéressants pour la gestion de la santé. Pour les grands pays, les taux démographiques ainsi que la composition et la taille de la population sont tirés des estimations démographiques de l'Organisation des Nations Unies, ce qui permet d'avoir une source unique pour ces données. En ce qui concerne les populations pour lesquelles l'Organisation des Nations Unies n'établit pas d'estimation démographique, on a indiqué les dernières données disponibles dont l'Organisation des Nations Unies ait eu connaissance, dans la mesure où elles se fondaient sur une couverture raisonnablement complète des événements. Il convient de tenir compte de ce qui précède lorsque l'on utilise simultanément les deux sources de renseignements, d'autant plus que l'année de référence peut ne pas être identique pour tous les pays ou territoires.

Le *tableau 3* indique la population et sa structure par âge, les taux bruts de natalité et de mortalité ainsi que le taux d'accroissement naturel de la population basé sur les estimations disponibles les plus récentes. Les valeurs sont résumées au bas du tableau pour les continents et les Régions de l'OMS.

Les *tableaux 4 & 5* sont fondés entièrement sur les informations nationales officielles communiquées à

available to WHO. *Table 4* shows the number of late fetal deaths, the number and percentage distribution of infant deaths by age, as well as the reported infant mortality rate. The relatively small number of countries for which these data are available emphasizes the difficulties experienced at the national level in obtaining valid health information. Similarly, the countries for which life tables by cause can be computed, as shown in *Table 5*, are limited to those which report cause-of-death information in an appropriate format to WHO. For these countries, life expectancy at birth and at selected ages is shown for the latest available year, together with the number of survivors out of a synthetic cohort of 100 000 persons. The probability of dying from selected causes at each of these ages is also given. The numbers in parentheses underneath the cause of death define the composition of each category in terms of the Basic Tabulation List of ICD-9.

Although comparative mortality analyses could also be carried out using life tables computed by countries themselves, WHO has decided to regularly publish selected life-table functions calculated from the application of a uniform methodology to national mortality data. This enhances their value for international comparisons. Moreover, not all countries which report mortality data to WHO publish life tables which are readily accessible for comparative mortality studies. It should be pointed out, however, that the life-table procedure used by WHO may often lead to discrepancies with national figures published by countries, due to differences in methodology or degree of age detail maintained in the calculations. The life tables computed by WHO are *abridged* life tables using conventional five-year age intervals; many national life tables are *complete* life tables in which life-table functions are computed for each single year of life.

Section D: Causes of death

This section contains detailed statistics of deaths according to sex, age and cause. Unless otherwise indicated, the data are official national statistics in the sense that they have been transmitted to WHO by the competent authorities of the countries concerned. The statistics are based on the concept of the underlying cause of death, defined as "the disease or injury which initiated the train of morbid events leading directly to death, or the circumstances of the accident or violence which produced the fatal injury" (*Manual of the International Classification of Disease, Injuries and Causes of Death, Ninth (1975) Revision*, Vol. 1, 1977, p. 763).

Table 6 shows the number of deaths and death rates per 100 000 population, for selected causes of the Basic Tabulation List of ICD-9 and for selected causes of List A of ICD-8. The

l'OMS ou mises à sa disposition. Le *tableau 4* indique le nombre de décès fœtaux tardifs, le nombre et la distribution en pourcentage des décès de nourrissons par âge, ainsi que le taux de mortalité infantile notifié. Le nombre relativement faible de pays pour lesquels ces données existent témoigne des difficultés que rencontrent les pays pour obtenir des informations sanitaires valables au niveau national. De même, des tables de survie en fonction des causes de décès, comme le *tableau 5*, ne peuvent être établies que pour les pays communiquant à l'OMS des informations sur la cause de décès sous une forme appropriée. Pour ces pays, on présente donc l'espérance de vie à la naissance et à des âges donnés selon les dernières informations disponibles, en même temps que le nombre de survivants dans une cohorte synthétique de 100 000 personnes. On indique aussi la probabilité de décès par certaines causes à chacun de ces âges. Les chiffres entre parenthèses sous «causes de décès» définissent la composition de chaque catégorie en fonction de la Liste de base pour la mise en tableaux de la CIM-9.

Bien que l'on puisse effectuer également des analyses comparatives de la mortalité en utilisant les tables de survie calculées par les pays eux-mêmes, l'OMS a décidé de publier régulièrement certaines fonctions de la table de mortalité calculées en appliquant une méthodologie uniforme aux données de mortalité nationales, en vue de faciliter les comparaisons internationales. De plus, tous les pays qui notifient des données de mortalité à l'OMS ne publient pas de tables de survie facilement accessibles pour les études comparatives de la mortalité. Il convient toutefois de signaler que la méthode des tables de survie utilisée par l'OMS donne souvent lieu à des divergences avec les chiffres nationaux publiés par les pays, en raison des différences de méthode ou du degré de décomposition par âges utilisé pour les calculs. Les tables de mortalité calculées par l'OMS sont des *tables abrégées* utilisant des intervalles conventionnels de cinq ans; beaucoup de tables de mortalité nationales sont des tables de mortalité *complètes* où les fonctions sont calculées pour chaque année.

Section D: Causes de décès

Cette section contient des statistiques détaillées sur les décès selon le sexe, l'âge et la cause. Sauf indications contraires, les données sont constituées par les statistiques nationales officielles, en ce sens qu'elles ont été transmises à l'OMS par les autorités compétentes des pays concernés. Les statistiques sont basées sur le concept de la cause initiale de décès définie comme «la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel» (*Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Neuvième Révision (1975)*, Vol. 1, 1977, p. 771).

Le *tableau 6* indique le nombre de décès et le taux de mortalité pour 100 000 habitants pour certaines causes de la Liste de base pour la mise en tableaux de la CIM-9 et pour certaines causes de la Liste A de la

population data by sex and age used to calculate the death rates are given at the bottom of the table in each case. The presentation of these data differs in a number of ways from the format reported in previous years. Whereas in the past, cause-of-death data for a particular country/year were published on six pages, economy measures now necessitate that the same data appear on only four pages. To achieve this, the rates and absolute numbers for each cause are shown together, rather than on facing pages as was the practice in the past. Different print types have been used to distinguish rates from absolute numbers. Furthermore, it has been necessary to delete the data for both sexes combined. Cause-of-death data for ICD-8 and ICD-9 have now been consolidated into a single table (Table 6).

For the first time in the *Annual*, cause-of-death statistics by age and sex have been presented for smaller populations. In order to minimize the effect of random variation arising from small numbers of deaths in some cells, data have been presented as the annual average of deaths over the period shown. Absolute numbers of deaths have been rounded to the nearest integer, wherever necessary.

In the interest of disseminating the most recent mortality statistics available to WHO, provisional cause-of-death data are occasionally published in the *Annual*. Every effort is made to obtain the final statistics as quickly as possible and to publish or otherwise disseminate them in a timely fashion.

Table 7 presents age-standardized death rates for leading causes of death. Two standard age populations have been employed, the "world" standard and the "European" standard. The composition of the standard populations is given in the *Notes* which follow the *Introduction*. The age-standardized death rates are useful for the purpose of making an overall comparison of the level of mortality among countries, as they control for the effect of differences in the age structure. They may be used also in a chronological comparison, when the age structure of the population of a country has undergone considerable changes with time. For more detailed comparisons, the use of age-specific death rates provided in Table 6 is appropriate. The crude death rates appearing in the column for all ages of this table should, however, not be used for this purpose, as these rates have not been age-adjusted.

Table 8 presents mortality data according to birth cohorts. The cohorts have been reconstructed on the basis of quinquennial mortality data for the periods 1950-54, 1955-59, ..., 1980-84 and for the age groups 30-34, 35-39, ..., 70-74, since it is at these ages that the majority of deaths from the causes listed in the table will occur. The higher ages have been omitted because of the uncertain diagnosis of the cause of death in many cases. On this basis, the central years of birth of each cohort can be determined. In fact, each cohort determined by this

CIM-8. Les chiffres de population par sexe et par âge utilisés pour calculer le taux de mortalité sont indiqués au bas du tableau dans chaque cas.

La présentation de ces données diffère à plusieurs égards du modèle adopté les années précédentes. Alors qu'autrefois, les données sur les causes de décès pour un pays/année particulier étaient publiées sur six pages, des raisons d'économie obligent maintenant à publier ces mêmes données sur quatre pages seulement. Pour cela, il a fallu faire apparaître les taux et les nombres absolus pour chaque cause ensemble et non plus sur des pages opposées. Des caractères différents ont été utilisés pour distinguer les taux des nombres absolus. Par ailleurs, il a fallu supprimer les données concernant les deux sexes confondus. Les données sur les causes de décès pour la CIM-8 et la CIM-9 sont maintenant présentées dans un seul tableau (Tableau 6).

Pour la première fois dans l'*Annuaire*, on a présenté des statistiques des causes de décès par âge et par sexe pour des populations réduites. Afin de minimiser l'effet des variations aléatoires résultant du faible nombre de décès dans certains groupes, on a pris la moyenne annuelle des décès pendant la période considérée. Chaque fois que cela était nécessaire, on a arrondi le nombre absolu des décès au nombre entier le plus proche.

En vue de diffuser les statistiques de mortalité les plus récentes dont dispose l'OMS, on publie occasionnellement dans l'*Annuaire* des données provisoires sur les causes de décès. Tous les efforts sont faits pour obtenir dès que possible les statistiques définitives et pour les publier ou les diffuser de tout autre manière en temps voulu.

Le tableau 7 présente les taux de mortalité corrigés selon l'âge pour les principales causes de décès. Deux populations d'âge standard ont été employées, le standard « mondial » et le standard « européen ». La composition des populations standard est indiquée dans les *Notes* qui suivent l'*Introduction*. Les taux de mortalité corrigés selon l'âge sont utiles pour une comparaison globale du niveau de mortalité dans les pays, puisqu'ils oblitérent l'effet des différences dans la structure par âge. Ils peuvent aussi être utilisés dans une comparaison chronologique quand la structure par âge de la population d'un pays a subi des modifications considérables avec le temps. Pour des comparaisons plus détaillées, il convient d'utiliser les taux de mortalité par âge du tableau 6. On évitera toutefois d'employer à cette fin les taux de mortalité bruts figurant dans la colonne pour « tous âges » de ce tableau, du fait qu'ils n'ont pas été ajustés pour tenir compte de l'âge.

Le tableau 8 présente des données de mortalité en fonction de cohortes de naissances. Ces cohortes ont été reconstituées sur la base de statistiques quinquennales de mortalité pour les périodes 1950-54, 1955-59, ..., 1980-84 et pour les tranches d'âge 30-34, 35-39, ..., 70-74, puisque c'est à ces âges que surviendront la majorité des décès dus aux causes énumérées dans le tableau. On a laissé de côté les groupes les plus âgés en raison du diagnostic incertain de la cause du décès dans de nombreux cas. Sur cette base, il est possible de déterminer les années centrales de naissance de chaque cohorte. En fait,

method would consist of persons born in 10 consecutive years centred around the two years indicated in the table. However, it is these two years which contribute the most person-years of exposure for each cohort. Generation or cohort mortality rates are particularly useful for analysing mortality trends for causes where the level of exposure to certain factors affecting health status (e.g. cigarette smoking) has altered over time (and thus affects generations differently).

Trends in maternal mortality rates, based on the routine reporting of mortality data to WHO, are shown in *Table 9* for each of the quinquennia between 1950-54 and 1980-84. This is a more appropriate presentation than for single calendar years in view of the extremely low levels of maternal mortality prevailing in the majority of countries for which data are available.

Table 10 shows the number and age distribution of infant deaths, and the infant mortality rate per 100 000 live births, by sex, according to selected causes of the Basic Tabulation List of ICD-9 and for selected causes of List A of ICD-8. As for *Table 6*, the data for ICD-8 and ICD-9 have been incorporated into one table.

Annexes

Annex I provides a users' guide to standardized computer tape transcripts. *Annex II* lists the Member States of WHO according to the WHO Region to which they belong.

Validation of information

Except where otherwise indicated, all of the information published in the *Annual* is information made available to WHO by national health or statistical offices. The dissemination of this information will hopefully encourage countries to use these data to identify health needs and to improve the management of their health systems. Part of this process is to ensure that the information used is valid, and in this respect WHO would urge countries to verify that the data presented here on vital statistics, mortality and other health indicators are correct in every detail.

chaque cohorte ainsi constituée serait composée de personnes nées au cours des 10 années consécutives centrées autour des deux années indiquées dans le tableau. Toutefois, ce sont ces deux années qui fournissent le nombre le plus élevé de personnes/années d'exposition pour chaque cohorte. Les taux de mortalité de générations ou cohortes sont particulièrement utiles pour analyser les tendances de la mortalité due à des causes où le taux d'exposition à certains facteurs qui affectent l'état de santé (usage de la cigarette par exemple) s'est modifié avec le temps (et affecte donc différemment les générations).

Les tendances des taux de mortalité maternelle établis à partir de la notification systématique des données de mortalité à l'OMS sont présentées au *tableau 9* pour chacune des périodes quinquennales entre 1950-54 et 1980-84. Ce choix a été jugé préférable à celui d'une seule année civile en raison des taux extrêmement faibles de mortalité maternelle enregistrés dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles.

Le *tableau 10* indique le nombre et la distribution par âge des décès infantiles et le taux de mortalité pour 100 000 naissances vivantes, par sexe, selon certaines causes de la Liste de base pour la mise en tableaux de la CIM-9 et certaines causes de la Liste A de la CIM-8. Comme pour le *tableau 6*, on a incorporé dans un même tableau les données pour la CIM-8 et la CIM-9.

Annexes

L'*annexe I* contient un Aide-mémoire destiné aux usagers du service de transcriptions normalisées sur bandes d'ordinateur. L'*annexe II* présente la liste des Etats Membres de l'OMS par Région de l'OMS.

Validation des informations

Sauf indications contraires, toutes les informations publiées dans l'*Annuaire* sont fournies à l'OMS par des bureaux nationaux de santé ou de statistiques. On espère que la diffusion de ces informations incitera les pays à utiliser ces données pour identifier leurs besoins sanitaires et améliorer la gestion de leurs services de santé. Un des buts est de faire en sorte que les informations utilisées soient valables et, à cet égard, l'OMS demande instamment aux pays de vérifier que les données présentées ici sur le mouvement de la population, la mortalité et autres indicateurs de santé sont en tout point correctes.

NOTES

- ¹ With the exception of figures shown in italics, the data are estimates prepared by the United Nations Population Division and published in: United Nations, *World population prospects: estimates and projections as assessed in 1984*. Population studies, No. 98, United Nations, New York 1986. The remaining data (shown in italics) are figures reported to the United Nations Statistical Office and published in: United Nations, *1985 Demographic Yearbook* (Thirty-seventh issue). United Nations, New York, 1987.
- ² Where the three percentages do not add to 100, the difference represents the percentage of the population for which age was not known, or is due to rounding.
- ³ Wherever a symbol or footnote appears immediately after a calendar year or years, it refers to all information shown for that period.
- ⁴ Figures appearing in italics are based on registered data which are considered to be incomplete according to the code used by the Statistical Office of the United Nations. The threshold value for completeness of coverage of vital events is taken as 90%.
- ⁵ Including Agalega, Rodrigues and St. Brandon.
- ⁶ Including Ascension and Tristan da Cunha.
- ⁷ Including Cocos (Keeling) Islands, Christmas Island, and Norfolk Island.
- ⁸ Also includes Canton and Enderbury Islands.
- ⁹ Estimates based on the results of a sample survey.
- ¹⁰ Late fetal deaths are those of 28 or more completed weeks of gestation. Data include fetal deaths of unknown gestational age.
- ¹¹ Where the numbers of deaths in the specified age groups do not sum to the total, the difference represents infant deaths for which age was not known.
- ¹² Excluding live-born infants dying before registration of birth.
- ¹³ Including an upward adjustment for under-registration.
- ¹⁴ Excluding infants born alive after less than 28 weeks' gestation, of less than 1 000 g in weight and 35 cm in length, who died within seven days of birth.
- ¹ A l'exception des chiffres indiqués en italique, les données figurant ici sont des estimations préparées par la Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies et publiées dans: United Nations, *World population prospects: estimates and projections as assessed in 1984*. Population studies, No. 98, United Nations, New York, 1986. Les autres données (en italique) sont des chiffres communiqués au Bureau de Statistique de l'Organisation des Nations Unies et publiés dans: Organisation des Nations Unies, *Annuaire démographique pour 1985* (Trente-septième édition). Organisation des Nations Unies, New York, 1987.
- ² Lorsque le total des trois pourcentages est inférieur à 100, la différence représente le pourcentage de la population pour lequel l'âge n'a pu être établi, ou est due à des chiffres arrondis.
- ³ Tout signe ou toute note qui suit immédiatement une ou plusieurs années civiles concerne toutes les données indiquées pour cette période.
- ⁴ Les chiffres imprimés en italique reposent sur des données statistiques jugées incomplètes selon le code utilisé par le Bureau de statistique de l'Organisation des Nations Unies. Le seuil de couverture des événements démographiques est fixé à 90%.
- ⁵ Y compris Agalega, Rodrigues et St. Brandon.
- ⁶ Y compris Ascension et Tristan da Cunha.
- ⁷ Y compris les Iles Cocos (Keeling), l'île Christmas et l'île Norfolk.
- ⁸ Comprend aussi les îles Canton et Enderbury.
- ⁹ Estimations d'après les résultats d'une enquête par échantillonnage.
- ¹⁰ Les morts fœtales tardives sont celles des produits de conception d'une durée de gestation égale ou supérieure à 28 semaines. Ces données englobent les morts fœtales pour lesquelles la durée de gestation n'est pas connue.
- ¹¹ Lorsque le nombre des décès dans les groupes d'âge indiqués ne correspond pas au nombre total des décès, la différence représente les décès de nourrissons pour lesquels l'âge n'a pu être établi.
- ¹² Non compris les enfants nés vivants décédés avant l'enregistrement de la naissance.
- ¹³ Augmenté pour compenser les sous-enregistrements.
- ¹⁴ Non compris les enfants nés vivants après moins de 28 semaines de gestation, pesant moins de 1 000 g et mesurant moins de 35 cm et décédés dans les sept jours suivant la naissance.

¹⁵ The two standard populations used to compute the age-standardized death rates shown in *Table 7* are as follows:

¹⁵ Les deux populations de référence utilisées pour le calcul des taux de mortalité corrigés selon l'âge donnés au *tableau 7* sont les suivantes:

Age (in years) Age (en années)	World Mondiale	European Européenne
0	2 400	1 600
1-4	9 600	6 400
5-9	10 000	7 000
10-14	9 000	7 000
15-19	9 000	7 000
20-24	8 000	7 000
25-29	8 000	7 000
30-34	6 000	7 000
35-39	6 000	7 000
40-44	6 000	7 000
45-49	6 000	7 000
50-54	5 000	7 000
55-59	4 000	6 000
60-64	4 000	5 000
65-69	3 000	4 000
70-74	2 000	3 000
75-79	1 000	2 000
80-84	500	1 000
85 and over 85 et plus	500	1 000
Total	100 000	100 000

Source: *Cancer Incidence in Five Continents, Volume III*. Edited by J. Waterhouse, P. Correa, C. Muir and J. Powell. Lyon, IARC, 1976, p. 456.

Symbols

- .. Category not applicable^a
- ... Data not available^b
- * Provisional
- Magnitude zero
- 0.0 Magnitude not zero, but less than half of unit employed
- T Total
- M Male
- F Female

^a In *Tables 3 & 4* this symbol denotes that the corresponding birth or death rate would have been based on 30 or fewer events.

^b In *Tables 3 & 4* this symbol denotes that data referring to 1980 or later were not available.

Signes

- .. Catégorie non applicable^a
- ... Données non disponibles^b
- * Chiffres provisoires
- Zéro
- 0.0 Chiffre inférieur à la moitié de l'unité employée
- T Total
- M Masculin
- F Féminin

^a Dans les *tableaux 3 & 4*, ce signe indique que le taux de natalité ou de mortalité correspondant aurait été établi à partir de 30 événements ou moins.

^b Dans les *tableaux 3 & 4*, ce signe indique que l'on ne disposait pas des données relatives à 1980 ou à une date ultérieure.

TABLE OF CONTENTS

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	VI
NOTES	XV
SYMBOLS	XVII

SECTION A: GLOBAL OVERVIEW

Fig. 1 Population aged 60 years and over, by major world regions, 1960-2020.....	3
Fig. 2 Countries reporting on AIDS to WHO as of 1 September 1987	4
Fig. 3 AIDS: cumulative number of cases reported to WHO by 1 September 1987.....	5
Fig. 4 Onchocerciasis control: trends in community microfilarial load (CMFL) in Western Africa	6
Fig. 5 Implementation of multidrug therapy (MDT) for leprosy	7
Fig. 6 Trends in mortality from ischaemic heart disease, males, 1972-74 to 1982-84	8
Fig. 7 Cancer incidence in 1980 for leading sites ...	9
Fig. 8 Alcohol consumption around 1977 and trends in beer consumption for selected regions 1960-1981.....	10
Health of the elderly.....	11
AIDS epidemiology and impact	15
Twelve years of onchocerciasis control in Western Africa.....	19
Multidrug therapy in leprosy control	23
Mortality from ischaemic heart disease in industrialized countries	25
Cancer incidence.....	30
Alcohol consumption and its effects on health ..	33

SECTION B: SPECIAL TOPIC

Oral health and care: changing perspectives	39
Table 1. Mean number of decayed, missing and filled (DMF) permanent teeth per person....	60
Table 2. Status of periodontal diseases	68

SECTION C: VITAL STATISTICS AND LIFE TABLES

Table 3. Population, natality, general mortality and natural increase	75
Table 4. Reported late fetal and infant mortality...	80
Table 5. Life expectancy, number of survivors, and chances per 1 000 of eventually dying from specified causes, at selected ages, by sex, latest available year.....	82

SECTION A: APERÇU MONDIAL

Fig. 1 Population âgée de 60 ans et plus, par grandes régions du monde, 1960-2020	3
Fig. 2 Pays ayant signalé des cas de SIDA à l'OMS au 1 ^{er} septembre 1987.....	4
Fig. 3 SIDA: nombre cumulé de cas signalés à l'OMS au 1 ^{er} septembre 1987	5
Fig. 4 Lutte contre l'onchocercose: tendances des charges microfilariennes dans la communauté (CMFC) en Afrique occidentale.....	6
Fig. 5 Mise en œuvre de la polychimiothérapie (PCT) pour la lutte antilépreuse.....	7
Fig. 6 Tendances de la mortalité par cardiopathie ischémique, sexe masculin, 1972-74 à 1982-84	8
Fig. 7 Incidence du cancer en 1980 pour les principales localisations	9
Fig. 8 Consommation d'alcool vers 1977 et tendances de la consommation de bière dans certaines régions, 1960-1981	10
Santé des personnes âgées	11
Epidémiologie et impact du SIDA	15
Bilan de douze années de lutte contre l'onchocercose en Afrique occidentale	19
Polychimiothérapie antilépreuse.....	23
Mortalité par cardiopathie ischémique dans les pays industrialisés	25
Incidence du cancer	30
La consommation d'alcool et ses effets sur la santé	33

SECTION B: SUJET SPÉCIAL

Santé et soins bucco-dentaires: des perspectives nouvelles	39
Tableau 1. Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées (CAO), par personne	60
Tableau 2. Etat des parodontopathies	68

SECTION C: MOUVEMENT DE LA POPULATION ET TABLES DE SURVIE

Tableau 3. Population, natalité, mortalité générale et accroissement naturel	75
Tableau 4. Mortalité foetale tardive et infantile selon notifications	80
Tableau 5. Espérance de vie, nombre de survivants et probabilité pour 1 000 de décéder par certaines causes, à certains âges, selon le sexe, dernière année disponible	82

SECTION D: CAUSES OF DEATH

Table 6. Causes of death, by sex and age

WHO AFRICAN REGION

Mauritius 1986	92
----------------------	----

WHO REGION OF THE AMERICAS

Argentina 1982	98
Bahamas 1980-81	102
Belize 1982-84	106
Canada 1985	110
Chile 1984	114
Costa Rica 1984	118
Cuba 1984	122
Cuba 1985	126
Dominica 1980-84	130
Ecuador 1982	134
Ecuador 1984	138
Guatemala 1984	142
Martinique 1985	146
Saint Vincent and the Grenadines 1982-85	150
Suriname 1984	154
Suriname 1985	158
Trinidad and Tobago 1981	162
Trinidad and Tobago 1982	166
Trinidad and Tobago 1983	170
United States of America 1984	174
Uruguay 1985	178

WHO SOUTH-EAST ASIA REGION

Sri Lanka 1981	184
----------------------	-----

WHO EUROPEAN REGION

Austria 1986	190
Bulgaria 1985	194
Czechoslovakia 1985	198
Denmark 1985	202
Finland 1985	206
Finland 1986	210
France 1985	214
German Democratic Republic 1985	218
Germany, Federal Republic of 1986	222
Greece 1985	226
Hungary 1986	230
Iceland 1985	234
Ireland 1984	238
Israel 1985	242
Italy 1982	246
Italy 1983	250
Luxembourg 1986	254
Malta 1985	258
Malta 1986	262
Netherlands 1985	266
Norway 1985	270
Poland 1985	274
Poland 1986	278
Portugal 1986	282
Spain 1981	286
Sweden 1985	290
Switzerland 1986	294
United Kingdom	
England and Wales 1985	298
Scotland 1986	302
Yugoslavia 1983	306

WHO EASTERN MEDITERRANEAN REGION

Kuwait 1986	312
-------------------	-----

SECTION D: CAUSES DE DÉCÈS

Tableau 6. Causes de décès, par sexe et âge

RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

Maurice 1986	92
--------------------	----

RÉGION DES AMÉRIQUES DE L'OMS

Argentine 1982	98
Bahamas 1980-81	102
Belize 1982-84	106
Canada 1985	110
Chili 1984	114
Costa Rica 1984	118
Cuba 1984	122
Cuba 1985	126
Dominique 1980-84	130
Equateur 1982	134
Equateur 1984	138
Guatemala 1984	142
Martinique 1985	146
Saint-Vincent-et-Grenadines 1982-85	150
Suriname 1984	154
Suriname 1985	158
Trinité-et-Tobago 1981	162
Trinité-et-Tobago 1982	166
Trinité-et-Tobago 1983	170
Etats-Unis d'Amérique 1984	174
Uruguay 1985	178

RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST DE L'OMS

Sri Lanka 1981	184
----------------------	-----

RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS

Autriche 1986	190
Bulgarie 1985	194
Tchécoslovaquie 1985	198
Danemark 1985	202
Finlande 1985	206
Finlande 1986	210
France 1985	214
République démocratique allemande 1985	218
Allemagne, République fédérale d' 1986	222
Grèce 1985	226
Hongrie 1986	230
Islande 1985	234
Irlande 1984	238
Israël 1985	242
Italie 1982	246
Italie 1983	250
Luxembourg 1986	254
Malte 1985	258
Malte 1986	262
Pays-Bas 1985	266
Norvège 1985	270
Pologne 1985	274
Pologne 1986	278
Portugal 1986	282
Espagne 1981	286
Suède 1985	290
Suisse 1986	294
Royaume-Uni	
Angleterre et pays de Galles 1985	298
Ecosse 1986	302
Yougoslavie 1983	306

RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE DE L'OMS

Koweït 1986	312
-------------------	-----