Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-quatrième session
Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

EB134/17
29 novembre 2013

Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

Rapport du Secrétariat

1. En réponse aux demandes formulées dans les résolutions WHA58.31, WHA63.15, WHA63.17, WHA63.24, WHA64.13 et WHA65.7, le présent rapport résume les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et des cibles spécifiques.[1] Sont également décrits, ainsi qu'il est demandé dans la résolution WHA63.24, les progrès en vue de la réduction de la mortalité de l'enfant au moyen de la prévention et du traitement de la pneumonie ; les progrès en vue de la réduction de la mortalité périnatale et néonatale (résolution WHA64.13) ; les avancées en matière de prévention et de prise en charge des malformations congénitales (résolution WHA63.17) ; et les progrès accomplis vers la réalisation de l'accès universel aux soins de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants (résolution WHA58.31). Le document EB134/17 Add.1 avance un projet de plan d'action sur la santé du nouveau-né.

SITUATION ACTUELLE ET TENDANCES

2. D'importants progrès ont été accomplis en vue de réduire la mortalité de la mère et de l'enfant, d'améliorer la nutrition et de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à l'infection à VIH, à la tuberculose et au paludisme. Les progrès accomplis dans un grand nombre des pays qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés se sont accélérés ces dernières années, malgré des écarts sensibles persistant entre les pays et à l'intérieur des pays. Les tendances actuelles constituent une bonne base pour intensifier l'action collective et étendre les approches qui ont porté leurs fruits, en vue de résoudre les problèmes dus aux nombreuses crises et aux grandes inégalités.

---

[1] Les cibles spécifiques pertinentes sont : pour l'objectif 1, la cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim ; pour l'objectif 4, la cible 4.A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ; pour l'objectif 5, la cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, et la cible 5.B : Réaliser, d'ici à 2015, l'accès universel aux soins de santé de la procréation ; pour l'objectif 6, la cible 6.A : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle, la cible 6.B : Réaliser, d'ici à 2010, l'accès universel au traitement du VIH/sida pour tous ceux qui en ont besoin, et la cible 6.C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ; pour l'objectif 7, la cible 7.C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base, et pour l'objectif 8, la cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.

3. La malnutrition est estimée être la cause sous-jacente de 45 % de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans. La proportion des enfants dénutris dans les pays en développement a régressé de 28 à 17 % entre 1990 et 2012. Ce taux avoisine les progrès requis pour que soit atteinte la cible fixée, mais il varie selon les Régions et à l'intérieur des Régions. Dans sa résolution WHA65.6, l'Assemblée mondiale de la Santé fait sien le plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, dans lequel est fixée la nouvelle cible pour 2025 d'une réduction mondiale de 40 % du nombre des enfants présentant un retard de croissance par rapport aux chiffres de base de 2010.[1] Entre 1990 et 2012, le retard de croissance a baissé de 37 % dans le monde, passant de 257 à 162 millions. Le plan a en outre fixé des cibles de réduction de l'émaciation et de l'anémie maternelle, de prévention de la surcharge pondérale chez l'enfant et d'amélioration des taux d'allaitement au sein.

4. À l'échelle mondiale, des progrès considérables ont été accomplis au niveau de la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Entre 1990 et 2012, la mortalité des moins de cinq ans a baissé de 47 %, passant d'un taux estimatif de 90 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce recul mondial s'est accéléré, passant de 1,2 % par an entre 1990 et 1995 à 3,9 % par an entre 2005 et 2012, taux restant néanmoins insuffisant pour atteindre la cible d'une réduction de deux tiers d'ici 2015 par rapport aux niveaux de mortalité de 1990.

5. En 2012, 84 % des enfants de 12 à 23 mois dans le monde étaient vaccinés contre la rougeole. Les pays sont maintenant plus nombreux à atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale ; en 2012, 66 % des États Membres atteignaient une couverture minimale de 90 %. Entre 2000 et 2011, le nombre estimatif des décès par rougeole a diminué de 71 %, passant de 548 300 à 157 700.

6. Le nouveau Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée[2] offre à la communauté internationale une occasion historique de mettre un terme aux décès évitables chez l'enfant, en mettant un accent particulier sur la pneumonie et la diarrhée, responsables de 26 % de tous les décès des moins de cinq ans. Le plan a été lancé en avril 2013, en parallèle avec la série du *Lancet* consacrée à la pneumonie et à la diarrhée chez l'enfant. Il vise principalement à fournir une orientation aux autorités nationales et à leurs partenaires. Suite au déploiement du plan, un communiqué publié par l'UNICEF, l'OMS et l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique a été diffusé aux bureaux et aux programmes de pays. Il appelle tous les partenaires à collaborer étroitement, en tirant pleinement parti des possibilités offertes par des manifestations et initiatives nationales telles que « S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée » et la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants, pour présenter de nouveaux vaccins. Des outils et lignes directrices sont en cours d'élaboration et de diffusion dans le but de favoriser la mise en œuvre d'approches intégrées et de résoudre les problèmes de fourniture des produits essentiels (comme le zinc).[3] L'OMS actualise des notes techniques et des notes d'orientation sur la prise en charge de la pneumonie. Les partenaires contribuent aux approches stratégiques du plan en déployant à l'échelle des districts des moyens d'intervention intégrés et innovants au niveau de l'administration des vaccins, de la nutrition, de la prise en charge des cas, et de l'eau et de l'assainissement. Des études de marché sont, par exemple, en cours au Nigéria pour déterminer l'état de la demande et comment la stimuler ; en Éthiopie, en Inde, au Kenya, au Niger,

[1] Voir le document WHA65/2012/REC/1, annexe 2.

[2] UNICEF/WHO. End preventable deaths: Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea. Geneva: WHO Press; 2013.

[3] Voir http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities (consulté le 26 novembre 2013).

en République démocratique du Congo et en République-Unie de Tanzanie, des moyens sont mis en œuvre pour faire croître l'offre et la demande en sels de réhydratation oraux, en zinc et en amoxicilline, notamment à l'aide de partenariats public-privé.

7. Ces dernières années, des pays sans cesse plus nombreux des Régions africaine, des Amériques et de la Méditerranée orientale ont adopté les vaccins conjugués contre le pneumocoque avec l'appui de l'Alliance GAVI. L'introduction de nouveaux vaccins (antipneumococcique et antirotavirus) a été l'occasion de mettre en place et d'appliquer des interventions coordonnées contre la pneumonie et la diarrhée. Plusieurs pays ont utilisé les déclarations conjointes de l'UNICEF et de l'OMS sur la prise en charge clinique des enfants atteints de diarrhée et de pneumonie pour formuler des politiques destinées à accroître l'accès aux soins dispensés par des agents de santé communautaires qualifiés et bien encadrés. En 2012, 39 des 75 pays suivis dans le cadre de l'initiative du Compte à rebours 2015[1] avaient adopté la politique relative à la prise en charge dans la communauté des cas de pneumonie et huit autres pays avaient progressé vers l'adoption et l'application de cette politique.

8. Malgré la baisse remarquable du nombre des décès maternels, passés de 543 000 en 1990 à un chiffre estimé à 287 000 en 2010, un recul deux fois plus important serait nécessaire pour atteindre la cible 5.A. La diminution du taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale entre 1990 et 2010 a été de 3,1 % par an, les taux les plus bas étant ceux des Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale (2,5 et 2,6 % par an respectivement). Dans un quart environ des pays qui ont enregistré les taux de mortalité maternelle les plus élevés en 1990 (100 décès maternels ou plus pour 100 000 naissances vivantes), les progrès ont été nuls ou insuffisants. L'adoption par les pays d'une approche systématique de la surveillance des décès maternels et des mesures destinées à prévenir ces décès, telle que recommandée par la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, permet de mesurer plus précisément les décès maternels.[2]

9. La réduction du nombre de décès maternels passe par l'accès des femmes à des interventions efficaces et à des soins de santé génésique de qualité. Des études récentes sur les décès maternels ont fourni de meilleures informations sur les déterminants biomédicaux et sociaux de la mortalité maternelle. De nombreux États Membres ont appliqué des programmes destinés à éliminer ou réduire les obstacles à l'accès aux interventions efficaces. En 2012, 63,7 % des femmes de la tranche d'âge de 15 à 49 ans qui étaient mariées ou dans une union consensuelle utilisaient une certaine forme de contraception, tandis que 12 % d'entre elles souhaitaient retarder le moment d'avoir un enfant ou ne plus avoir d'enfants mais n'utilisaient aucun moyen de contraception. La proportion des femmes ayant bénéficié au moins une fois de soins prénatals pendant leur grossesse était d'environ 81 % pour la période de 2005 à 2012 mais ce chiffre tombait à environ 55 % pour le minimum recommandé, à savoir quatre visites ou plus. L'utilisation accrue des services d'accouchement a eu un effet positif sur la proportion des naissances qui se sont déroulées en présence de personnel qualifié – facteur essentiel pour réduire les décès périnatals, néonatals et maternels –, qui était supérieure à 90 % dans trois des six Régions, avec une moyenne générale de 70 % en 2012. Des améliorations sont néanmoins nécessaires, par exemple dans la Région africaine où la couverture reste inférieure à 50 %.

[1] Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival, voir http://www.countdown2015mnch.org/ (consulté le 26 novembre 2013).

[2] Voir les recommandations dans *Tenir les promesses, mesurer les résultats* à l'adresse http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/fr/index.html (consulté le 26 novembre 2013).

10. Quelque 16 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans donnent naissance chaque année. Les enfants de mères adolescentes représentent approximativement 11 % de toutes les naissances dans le monde ; 95 % de ces naissances ont lieu dans les pays en développement. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement font partie des causes principales de décès chez les adolescentes de la tranche d'âge citée. En 2008, le nombre des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité chez les jeunes filles de cette tranche d'âge a été estimé à trois millions. Les effets défavorables des grossesses chez les adolescentes touchent aussi la santé des nourrissons ; en effet, les décès périnatals sont de 50 % plus nombreux chez les enfants de mères de moins de 20 ans que chez ceux dont la mère a entre 20 et 29 ans. Les nouveau-nés de mères adolescentes ont en outre plus de chances d'avoir un petit poids de naissance, ce qui peut augmenter le taux des risques sanitaires à long terme pour les nourrissons. L'OMS a publié des lignes directrices relatives à la prévention des grossesses précoces et des issues génésiques défavorables chez les adolescentes dans les pays en développement en 2011, et elle apporte aux pays l'appui dont ils ont besoin pour inclure des activités apparentées dans les stratégies et plans d'action nationaux.

11. Le Secrétariat aide les pays à adopter les interventions critiques leur permettant d'accélérer leurs progrès vers la réalisation de l'accès universel à la santé génésique. Conformément aux engagements annoncés pendant le Sommet de Londres sur la planification familiale, l'OMS a publié des notes d'orientation sur les stratégies destinées à : optimiser les capacités des personnels de santé aux fins de la prestation de services de planification familiale objectifs ; accroître l'utilisation de méthodes de contraception à longue durée d'action ou permanentes ; étendre l'accès aux services pour adolescents ; et renforcer l'action du système de santé dans ce domaine.[1] L'OMS s'est par ailleurs engagée à : élargir le choix et l'éventail des méthodes contraceptives par la recherche-développement ; et accroître la disponibilité de produits contraceptifs de qualité moyennant la présélection des produits et des mécanismes accélérés.

12. Le nombre total des décès de nouveau-nés a baissé, passant de 4,6 millions en 1990 à 2,9 millions en 2012. Les taux de mortalité néonatale ont diminué, passant de 33 à 21 pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période – soit un recul de 37 %. Cette baisse est plus lente que celle de la mortalité des enfants en général et la proportion des décès d'enfants de moins de cinq ans survenus pendant la période néonatale a augmenté, passant de 37 % en 1990 à 44 % en 2012. La prématurité est la principale cause de décès des nouveau-nés et désormais la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. L'OMS et ses partenaires ont publié pour la première fois un rapport d'action mondial sur les naissances prématurées[2] qui décrit des moyens scientifiques éprouvés pour sauver les enfants prématurés, dispenser des soins appropriés aux enfants prématurés et réduire les taux élevés de décès et d'incapacités. Le nombre estimatif mondial des mortinaissances est tombé de 3,0 millions en 1995 à 2,6 millions en 2009, le taux de mortinatalité diminuant de 15 % environ, passant de 22 en 1995 à 19 pour 1000 naissances vivantes en 2009.

13. Les soins essentiels pendant l'accouchement et au tout début de la période postnatale sont déterminants pour la prévention et la maîtrise de maladies responsables des décès de la mère et du nouveau-né. L'OMS actualise ses lignes directrices à l'intention des personnels de santé en matière de prévention et de prise en charge des principales maladies maternelles, périnatales et néonatales, et notamment l'administration prénatale de corticostéroïdes dans les cas d'accouchements prématurés, l'appui au commencement précoce de l'allaitement et à l'allaitement exclusif, la méthode de la

[1] Voir http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (consulté le 26 novembre 2013).

[2] Born too soon: the global action report on preterm birth. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

mère « kangourou » et les visites à domicile au nouveau-né et à sa mère. L'OMS a actualisé ses lignes directrices concernant les soins postnatals pour ce qui est de la durée minimale de la prise en charge par l'établissement après l'accouchement, et du contenu, du nombre et du moment des visites de soins postnatals, en harmonisant les recommandations pour la mère et l'enfant. En outre, l'OMS commence à élaborer des antibiothérapies simplifiées pour le traitement de la septicémie néonatale en se fondant sur des études récemment conclues.

14. En collaboration avec des partenaires, l'OMS a mis en chantier le projet « Tous les nouveau-nés : plan d'action pour mettre un terme aux décès évitables »,[1] conçu pour apporter une réponse internationale au besoin urgent d'accélérer la réduction de la mortalité néonatale durant les 1000 derniers jours restants pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et au-delà. Ce plan a été élaboré au moyen d'un vaste processus de consultation avec les États Membres et les organisations fédératrices représentant les associations des professionnels de santé. À sa soixante-quatrième session (Manille, 21-25 octobre 2013), le Comité régional du Pacifique occidental a pris acte du Plan d'action pour des nouveau-nés en bonne santé dans la Région du Pacifique occidental (2014-2020),[2] élaboré par l'OMS et l'UNICEF.

15. En réponse à la résolution WHA63.17, l'OMS a publié un aide-mémoire sur les anomalies congénitales et a créé une rubrique de santé à ce sujet sur son site Web. Elle a rédigé un manuel et renforcé les capacités du Siège et des Régions pour la surveillance de ces affections, en collaboration avec les partenaires internationaux. L'OMS a actualisé les valeurs seuils des concentrations sérique et érythrocytaire en folates associées à des malformations du tube neural évitables chez la femme en âge de procréer, et a organisé des manifestations publiques de sensibilisation sur la spina bifida et l'hydrocéphalie. Le Secrétariat soutient la surveillance de la toxicité des agents antirétroviraux pendant la grossesse et en période d'allaitement au sein. L'OMS continue de collaborer avec l'UNICEF, la Fondation pour les Nations Unies, la Croix-Rouge américaine et les Centres de lutte contre la maladie des États-Unis d'Amérique, dans le cadre de l'initiative contre la rougeole et la rubéole. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est joue un rôle particulièrement actif dans le domaine de la documentation et du renforcement des capacités en matière de prévention et de détection des anomalies congénitales. Le Bureau régional des Amériques poursuit ses travaux aux côtés de l'UNICEF et d'autres partenaires sur l'initiative régionale pour l'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis congénitale de la mère à l'enfant, en Amérique latine et dans les Caraïbes.

16. L'OMS, en collaboration avec le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, l'UNICEF, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et d'autres partenaires, a joué un rôle décisif en vue de concevoir et de renforcer une approche de l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant fondée sur les droits de l'homme. L'OMS a apporté son concours à la préparation par le Comité des droits de l'enfant d'une note générale sur le droit de l'enfant à la santé ; elle a également assisté le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies dans la préparation d'un document d'orientation technique sur l'application d'une approche fondée sur les droits fondamentaux en vue d'aborder l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables. Sur l'invitation du Conseil, l'OMS a préparé un rapport sur la mortalité des moins de cinq ans en tant que préoccupation liée aux droits de l'homme, qui a conduit à l'adoption par le Conseil d'une résolution à ce sujet, et à la publication d'un appel à la formulation d'avis techniques sur l'application d'une approche reposant sur les droits fondamentaux en vue de réduire la mortalité et la morbidité évitables chez les moins de cinq ans. En mai 2013, l'OMS a publié une étude fournissant des données factuelles sur les conséquences pour la santé de la femme et de l'enfant d'une approche

[1] Le plan d'action est présenté dans le document EB134/17 Add.1.

[2] Document WPR/RC64/9.

s'articulant autour des droits de l'homme ; cette étude démontre qu'appliquer une telle approche aide les gouvernements à se conformer aux obligations contraignantes qu'ils ont contractées aux niveaux national et international, et contribue à améliorer la santé de la femme et de l'enfant.

17. Le Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a publié son deuxième rapport en septembre 2013 ; il a été présenté au Secrétaire général des Nations Unies par le Directeur général pendant la soixante-septième session de l'Assemblée générale des Nations Unies. Les recommandations suivantes ont été formulées dans le rapport : les ministres de la santé, de concert avec les partenaires, doivent 1) donner concrètement la priorité à des mécanismes de suivi qui soient dirigés par les pays, sans exclusive, transparents et participatifs, et les évaluer, en vue d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant ; 2) plaider en faveur d'un mécanisme indépendant de redevabilité en vue de suivre, d'étudier et d'améliorer continuellement les mesures visant à mettre en œuvre le programme de développement durable de l'après-2015 ; 3) ajouter un indicateur sur les adolescents à tous les mécanismes de suivi de la santé de la femme et de l'enfant, et faire participer de manière constructive les jeunes à tous les organes qui élaborent des politiques ayant une influence sur les femmes et les enfants ; 4) placer la qualité des soins au premier rang des priorités afin de renforcer les effets positifs d'une approche fondée sur les droits fondamentaux pour la santé de la femme et de l'enfant ; 5) étendre et renforcer la présence des personnels de santé, en particulier en Afrique subsaharienne, pour avoir un impact mesurable au bénéfice des femmes et des enfants ; et 6) lancer un nouveau mouvement pour l'amélioration des données, en faisant explicitement de l'existence de systèmes universels et efficaces d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil une cible de développement pour l'après-2015.

18. Un cadre mondial d'investissement pour la santé de la femme et de l'enfant est presque en place ; il répond à une recommandation formulée par le Groupe d'examen indépendant d'experts dans son premier rapport (2012).[1] Il permet d'étudier les coûts, les effets et le rendement économique des 50 interventions identifiées comme améliorant directement la santé de la femme et de l'enfant. Il révèle en outre le niveau d'investissements supplémentaires requis pour prévenir les décès chez la mère, le nouveau-né et l'enfant. La deuxième année de la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité s'est caractérisée par une transition vers l'action au niveau des pays. Parmi les 75 pays prioritaires, 66 pays ont mis sur pied des feuilles de route et des cadres nationaux de responsabilisation, et 49 pays ont reçu des subventions pour accélérer la mise en place de cadres de responsabilisation. L'objectif du renforcement des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil dispose d'un soutien politique grandissant, et des évaluations sont en cours dans 40 pays afin de guider ce processus. Actuellement, 53 pays mènent des examens réguliers du secteur de la santé au niveau national, qui, de plus en plus, mettent à contribution des partenaires multiples, y compris des représentants de la société civile. Des stratégies de cybersanté sont en place dans 27 pays, et la plupart d'entre elles comprennent un axe de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Plus de 20 pays surveillent l'utilisation des ressources à l'aide d'une approche harmonisée reposant sur le système des comptes de la santé. Des pactes ou accords équivalents ont été conclus entre 40 pays et leurs partenaires de développement. De nombreux pays disposent de systèmes d'information sanitaire renforcés et utilisent la plupart des 11 indicateurs recommandés par la Commission de l'information et de la redevabilité. Des partenaires tels que l'Union européenne, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida engagent de plus en plus d'investissements directs dans les capacités nationales en matière de suivi des résultats et

[1] Every woman, every child: from commitments to action: the first report of the independent Expert Review Group (iERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (en anglais seulement).

d'examen, notamment dans les systèmes d'information sanitaire, la qualité des données et le développement des capacités d'analyse afin de renforcer les mécanismes d'examen du secteur de la santé et le dialogue politique.

19. La moitié environ de la population mondiale est exposée au risque de paludisme et, en 2010, on a dénombré 660 000 décès sur un total estimatif de 219 millions de cas de paludisme. On estime que l'intensification sans précédent des mesures de prévention et de lutte contre le paludisme a permis de réduire, entre 2000 et 2010, le taux d'incidence de cette maladie de 17 % et son taux de mortalité de 26 % à l'échelle mondiale. Le nombre estimatif de vies sauvées pendant cette période, principalement dans les pays à forte charge de morbidité, s'élève à 1,1 million et 50 pays sont en bonne voie pour réduire de 75 % leur taux d'incidence du paludisme d'ici 2015, conformément à la cible fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA58.2. Néanmoins, 42 pays dans le monde manquent de données suffisantes pour suivre les progrès, ce qui met en relief la nécessité de redoubler d'efforts pour améliorer les dispositifs de test diagnostique et de surveillance. Les estimations disponibles pour l'année 2010 indiquent qu'environ 80 % des cas de paludisme surviennent dans 17 pays, tandis que 80 % des décès imputables à cette maladie sont concentrés dans seulement 14 pays. Il est nécessaire d'étendre et de pérenniser la couverture par les interventions telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations, les tests diagnostiques, et les traitements efficaces si l'on veut prévenir la résurgence de la maladie et des décès qui en découlent.

20. Le nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose dans le monde diminue lentement depuis 2006 ; il a baissé de 2,4 % entre 2011 et 2012. Les taux d'incidence baissent également dans les six Régions de l'OMS. La mortalité par tuberculose a régressé de 45 % depuis 1990 et les tendances indiquent que la réduction atteindra 50 % d'ici 2015. À l'échelle mondiale, les taux de guérison se sont maintenus à des niveaux élevés depuis 2007, égaux ou supérieurs à 85 % (cible initialement fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1991, dans la résolution WHA44.8). La charge de la tuberculose reste cependant élevée, puisqu'on estime le nombre de nouveaux cas en 2012 à 8,6 millions, dont 13 % environ touchaient des personnes vivant avec le VIH, et le nombre de décès à 1,3 million (dont 320 000 personnes séropositives).

21. Le nombre des nouveaux cas d'infection par le VIH dans le monde en 2012 a été estimé à 2,3 millions contre 3,4 millions en 2001, soit une baisse de 33 %. L'Afrique subsaharienne comptait 70 % de toutes les infections par le VIH dans le monde. Le nombre des personnes vivant avec le VIH en 2012 a été estimé à 35 millions, ce qui représente une hausse par rapport aux années précédentes. À mesure que progresse l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (9,7 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont bénéficié de ces traitements en 2012), le nombre des personnes vivant avec le VIH continuera d'augmenter du fait de la diminution du nombre des décès de causes liées au sida.

22. L'OMS œuvre à l'élimination d'un groupe de 17 maladies tropicales négligées, endémiques dans 149 pays. Ces infections chroniques, qui affectent plus d'un milliard de personnes dans les milieux tropicaux et sous-tropicaux, peuvent causer des infections multiples chez un seul sujet. Le nombre de cas signalés de trypanosomiase humaine africaine a atteint son niveau le plus bas en 50 ans. On vise l'éradication de deux maladies, la dracunculose et le pian, d'ici 2015 et 2020, respectivement ; l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020 ; et la lèpre a été éliminée, également en tant que problème de santé publique, dans 119 pays d'endémie sur 122. Bien que la diversité des maladies tropicales négligées pose problème, elle offre par ailleurs des occasions de renforcer les systèmes de santé et d'améliorer l'accès universel aux traitements. Des campagnes dirigées par l'OMS ont permis de traiter chaque année des centaines de millions de personnes à l'aide de médicaments préventifs. Des efforts sont en cours pour harmoniser la prévention et la lutte contre la

dengue, l'infection virale dont la propagation est la plus rapide dans le monde, dans le cadre de la nouvelle stratégie et feuille de route de l'OMS qui vise à réduire la morbidité et la mortalité imputables à cette maladie d'ici 2020. En mai 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA66.12, est convenue d'accélérer l'action pour lutter contre les 17 maladies en invitant instamment les États Membres et les partenaires internationaux à intensifier les mesures permettant de combattre, d'éliminer et d'éradiquer cet ensemble de maladies variées en mettant l'accent sur la direction et la prise en main des programmes au niveau des pays concernés.

23. Les travaux relatifs à l'eau de boisson et aux services d'assainissement de base sont couverts par la cible 7.C. Cette cible a été atteinte en 2010 pour ce qui est de l'eau de boisson, comme l'a mesuré l'indicateur de remplacement portant sur l'accès à des points d'eau améliorés. En 2011, 89 % de la population utilisait une source d'eau de boisson améliorée, contre 76 % en 1990. Des progrès impressionnants ont été accomplis, mais il subsiste des disparités entre les Régions, entre les zones urbaines et rurales, et entre les riches et les pauvres. La couverture est supérieure à 90 % dans quatre des six Régions, mais elle reste faible dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale. Au rythme actuel des progrès, ni l'une ni l'autre de ces Régions n'atteindra la cible de 2015. Pour ce qui est de l'assainissement de base, depuis 1990, près d'1,9 milliard de personnes ont acquis un accès à une installation d'assainissement améliorée, accès qui faisait néanmoins toujours défaut à plus de 2,5 milliards de personnes (soit un tiers de la population mondiale) en 2011 ; 1 milliard de personnes défèquent toujours à l'air libre. La progression actuelle est trop lente pour que la cible relative à l'assainissement soit atteinte, autant à l'échelle mondiale que dans les Régions (à l'exception de la Région du Pacifique occidental où la couverture a doublé entre 1990 et 2011). Le Secrétaire général des Nations Unies a appelé à redoubler d'efforts pour réaliser la cible 7.C concernant l'assainissement. L'OMS est engagée en faveur de la mobilisation du secteur de la santé en vue de résoudre la crise de l'assainissement au moyen d'activités de plaidoyer, d'un appui technique et d'un meilleur suivi au niveau mondial.

24. La pénurie persistante de médicaments dans le secteur public contraint de nombreuses personnes à se tourner vers le secteur privé où les prix peuvent être sensiblement plus élevés. Selon des enquêtes effectuées entre 2007 et 2012, la disponibilité moyenne de certains médicaments (génériques) essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire n'était que de 57 % dans les établissements du secteur public. Les médicaments génériques les moins chers dans le secteur privé coûtaient aux patients en moyenne cinq fois le prix international de référence (voire 16 fois ce prix dans certains pays). Même les génériques les moins chers peuvent rendre des traitements courants inaccessibles aux ménages à faible revenu dans les pays en développement. Ce sont les patients atteints de maladies chroniques qui paient le plus lourd tribut. Bien qu'il existe des traitements efficaces contre la majorité des maladies chroniques dans le monde, l'accès universel à ces traitements reste hors de portée.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

25. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du présent rapport.

= = =