Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB136/14**
Cent trente-sixième session **30 décembre 2014**
Point 7.1 de l'ordre du jour provisoire

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

Rapport du Secrétariat

1. Les objectifs du Millénaire pour le développement sont censés être atteints en 2015. Au cours de la dernière décennie, on a constaté de grands progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, à l'échelle mondiale.[1] On a aussi constaté, au cours de la même période, une baisse sans précédent de la mortalité de l'enfant. Les épidémies de VIH/sida, de paludisme et de tuberculose ont été jugulées grâce à la généralisation des interventions préventives et thérapeutiques qui ont permis de faire baisser le nombre de nouveaux cas et les taux de mortalité par rapport à 1990 et à 2000.

2. Toutefois, les progrès ont été inégaux. La mortalité de l'enfant et la mortalité maternelle ont baissé à une vitesse similaire depuis 1990 mais la mortalité néonatale et le nombre de mortinaissances ont diminué beaucoup plus lentement car les interventions spécifiquement destinées aux nouveau-nés ont suscité relativement moins d'intérêt et d'investissements, et leur couverture reste faible.

3. Le présent rapport fait la synthèse des domaines dans lesquels des progrès ont été accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.[2] Il présente également chaque but et cible et décrit, 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 prévention et 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).

---

[1] Aux fins du présent rapport, l'année de référence pour mesurer les progrès accomplis est 1990.

[2] Pour consulter la liste des cibles pertinentes et les statistiques concernant les progrès accomplis dans l'atteinte de ces cibles, voir l'Observatoire mondial de la santé : http://www.who.int/research/fr/ et http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/ (consultés le 13 novembre 2014). Pour avoir une vue d'ensemble et connaître les buts et les cibles qui ne sont pas mentionnés dans le présent rapport, voir Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport 2014, à l'adresse http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2014/pdf/MDG_report2014_FR.pdf (consulté le 16 décembre 2014).

Objectif 1, cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

4. On estime que la malnutrition contribue à 45 % des décès d'enfants de moins de cinq ans. Entre 1990 et 2013, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale dans les pays en développement a été ramenée de 28 % à 17 % et le nombre de cas de retard de croissance a baissé de 37 % dans le monde, passant de 257 millions à 161 millions.

Objectif 4, cible 4.A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

5. À l'échelle mondiale, des progrès considérables ont été accomplis dans la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Entre 1990 et 2013, la mortalité des moins de cinq ans a baissé de 49 %, passant d'un taux estimatif de 90 à 46 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce recul mondial s'est considérablement accéléré, passant de 1,2 % par an entre 1990 et 1995 à 4,0 % par an entre 2005 et 2013. On déplorait environ, chaque jour, 17 000 décès d'enfants de moins en 2013 qu'en 1990. Ces progrès restent néanmoins insuffisants pour atteindre la cible d'une réduction de deux tiers d'ici 2015 par rapport aux niveaux de mortalité de 1990.

6. Le nombre total des décès de nouveau-nés a baissé, passant de 4,7 millions en 1990 à 2,8 millions en 2013. Les taux de mortalité néonatale ont diminué, passant de 33 à 20 pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période – soit un recul de 39 %. 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 2013. Les principales causes de mortalité avant cinq ans sont la prématurité (15 %), les infections respiratoires aiguës (15 %), l'asphyxie périnatale (11 %), la diarrhée (9 %), le paludisme (7 %) et les infections néonatales (7 %). Près de la moitié des décès survenant avant cinq ans sont liés à la sous-nutrition alors que le faible poids de naissance est associé à 80 % de la mortalité néonatale.[1]

7. En 2013, 84 % des enfants de 12 à 23 mois dans le monde étaient vaccinés contre la rougeole et le nombre de pays ayant atteint des niveaux élevés de couverture vaccinale avait augmenté ; (66 % des États Membres étant parvenus à une couverture minimale de 90 %, contre seulement 44 % des États Membres en 2000). Entre 2000 et 2013, le nombre estimatif mondial de décès dus à la rougeole parmi les enfants de moins de cinq ans a diminué de 75 %, passant de 544 200 à 145 700. Pendant cette période, on estime que la vaccination antirougeoleuse a permis d'éviter 15,6 millions de décès.

8. En 2014, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action pour la santé du nouveau-né,[2] qui propose plusieurs mesures stratégiques en vue de prévenir les décès de nouveau-nés et qui contribuera également à réduire la mortalité maternelle et le nombre de mortinaissances. Depuis, plusieurs pays ont finalisé leurs plans d'action nationaux pour la santé du nouveau-né (le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, la Mongolie, le Myanmar et le Pakistan), organisé des manifestations nationales sur le thème des nouveau-nés (le Ghana, l'Inde, l'Indonésie et le Nigéria), défini plus précisément leur approche concernant la santé génésique, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant, en fixant des objectifs nouveaux et plus ambitieux (par exemple, l'Ouganda, les Philippines et la République-Unie de Tanzanie), ou ont pris part à des manifestations régionales (dans les

[1] Voir l'Observatoire mondial de la santé à l'adresse http://www.who.int/gho/child_health/en/index.html (consulté le 17 décembre 2014). Pour la sous-nutrition : Black et al. Lancet, 2013

[2] Résolution WHA67.10.

Amériques et en Asie du Sud-Est). D'autres pays élaborent des plans d'action nationaux pour la santé du nouveau-né (le Bangladesh, l'Éthiopie, le Malawi et le Népal) ou avaient prévu d'organiser en 2014 des manifestations sur ce thème (par exemple, le Bangladesh, la Chine, le Malawi et le Pakistan).

9. Le plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée[1] met l'accent sur deux des principales causes de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans, responsables de 24 % de tous les décès des moins de cinq ans.[2] Après le lancement de ce plan en avril 2013, plusieurs pays ont intégré les objectifs stratégiques dans leurs stratégies nationales et locales en faveur de la santé de l'enfant et leurs plans de mise en œuvre (le Bangladesh, l'Ouganda et la Zambie). L'Inde a organisé un atelier pour certains districts à forte charge de morbidité, dans quatre États, en vue de prendre plus vite des mesures coordonnées pour lutter contre la pneumonie et la diarrhée chez l'enfant. Dans de nombreux pays, l'introduction de nouveaux vaccins, par exemple le vaccin antirotavirus et le vaccin antipneumococcique, ont permis de promouvoir l'application de mesures plus larges en faveur de la santé de l'enfant, y compris par la diffusion de messages sur la demande de soins et de traitement pour la pneumonie et la diarrhée, et de promouvoir des interventions en faveur de la nutrition, de l'eau potable et de l'assainissement.

Objectif 5, cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

10. Le nombre de femmes qui meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement a baissé de 45 % entre 1990 et 2013, passant de 523 000 à 289 000. Cette diminution considérable est toutefois encore bien loin de la cible. La diminution du taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale entre 1990 et 2013 a été de 2,6 % par an et s'est accélérée au cours de la dernière décennie. Parmi les 89 pays qui ont enregistré les taux de mortalité maternelle les plus élevés en 1990 (100 décès maternels ou plus pour 100 000 naissances vivantes), 13 ont fait des progrès insuffisants ou n'ont pas progressé du tout. En effet, la baisse annuelle moyenne dans ces pays a été inférieure à 2 % entre 1990 et 2013. Les causes obstétricales directes, notamment les hémorragies (27 %), les troubles hypertensifs gravidiques (14 %) et les septicémies (11 %), restent les principales causes de décès maternel. Cependant, les décès survenant au cours de la grossesse sont de plus en plus attribués à d'autres pathologies. Plus d'un décès maternel sur quatre est dû à des affections susceptibles d'être aggravées par la grossesse, telles que le diabète, l'infection à VIH, le paludisme, les cardiopathies et l'obésité.[3]

11. L'OMS et ses partenaires ont mis au point les éléments d'un cadre conceptuel destiné à éliminer la mortalité maternelle évitable après 2015, intitulé « Ending preventable maternal mortality : Forging a consensus »,[4] après des consultations avec les États Membres et différents acteurs publics.[5] Une

[1] UNICEF/OMS. End preventable deaths: Global action plan for prevention and control of pneumonia and diarrhoea. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1 (consulté le 4 décembre 2014)).

[2] Liu L, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2013, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet. 2014) 1er octobre 2014. doi:10.1016/S0140-6736(14)61698-6 (consulté le 3 novembre 2014).

[3] Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun;2(6):323-33.

[4] Voir Ending preventable maternal mortality: Forging a consensus, à l'adresse http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consulté le 25 novembre 2014).

[5] Voir http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consulté le 16 décembre 2014).

déclaration consensuelle comportant des résultats, des cibles et des objectifs a été publiée.[1] Cette déclaration indiquait notamment pour la mortalité maternelle une cible mondiale moyenne de moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030, étant entendu qu'aucun pays ne devait présenter un taux de mortalité maternelle plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale. Pour atteindre cette cible après 2015 et contribuer à la réalisation du but ultime, à savoir mettre un terme à la mortalité maternelle évitable, cinq objectifs stratégiques ont été définis :[2] 1) lutter contre les inégalités concernant l'accès aux services de soins de santé sexuelle, génésique, maternelle et néonatale ; 2) assurer la couverture sanitaire universelle pour des soins complets de santé sexuelle, génésique, maternelle et néonatale ; 3) lutter contre toutes les causes de mortalité maternelle, de morbidité maternelle et génésique, et d'incapacités connexes ; 4) renforcer les systèmes de santé pour répondre aux besoins et aux priorités des femmes et des filles ; 5) veiller à la responsabilisation pour améliorer la qualité des soins et l'équité.

Objectif 5, cible 5.B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

12. La réduction du nombre de décès maternels et l'amélioration de la santé des mères passent par l'accès des femmes à des interventions efficaces et à des soins de santé génésique de qualité. De nombreux États Membres ont appliqué des programmes destinés à accroître l'accès à des interventions efficaces. La prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, dans les pays en développement, est passée de 52 % en 1990 à 63 % en 2012, mais 12 % encore souhaitaient arrêter d'avoir des enfants ou retarder une grossesse mais n'utilisaient aucun moyen de contraception. La proportion de femmes bénéficiant de soins prénatals est très élevée pour une seule consultation, mais tombe malheureusement à 56 % pour le nombre minimum recommandé de quatre consultations. Dans la Région africaine (qui enregistre les taux de mortalité maternelle les plus élevés), un peu moins de 50 % des accouchements sont pratiqués par du personnel qualifié mais les enquêtes récentes commencent à montrer que la situation s'améliore dans plusieurs pays.

13. Quelque 16 millions d'adolescentes accouchent chaque année. Les effets défavorables des grossesses chez les adolescentes touchent aussi la santé des nourrissons, en raison d'une plus forte incidence d'un faible poids de naissance. Suite à la recommandation formulée en 2013 par le Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, tendant à accorder davantage d'importance à la santé des adolescents, et à la résolution sur les risques pour la santé des jeunes adoptée en 2011,[3] l'OMS a présenté à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé un rapport intitulé « Health for the world's adolescents ».[4] Ce rapport, disponible en ligne, contient des données régionales et nationales sur la santé des adolescents, des liens vers l'ensemble des orientations de l'OMS concernant toutes les questions de santé touchant aux adolescents et des informations sur la couverture sanitaire universelle pour les adolescents.

---

[1] Voir la déclaration consensuelle à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1 (consulté le 12 décembre 2014).

[2] Voir le projet de document relatif aux stratégies visant à mettre un terme aux décès évitables de mères, rédigé par le groupe de travail chargé de ce sujet, à l'adresse http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/french_epmm.pdf?ua=1 (consulté le 4 décembre 2014).

[3] Résolution WHA64.28.

[4] Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://apps.who.int/adolescent/second-decade (consulté le 8 décembre 2014)).

14. L'OMS propose des orientations normatives et aide les pays à progresser plus vite vers l'accès universel à la santé génésique. Par exemple, elle 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,[1] des lignes directrices pour promouvoir des programmes de planification familiale fondés sur une approche conforme aux droits de l'homme[2] et des notes d'orientation sur les principaux thèmes relatifs à la santé génésique.[3]

15. Les soins essentiels pendant l'accouchement et au tout début de la période postnatale sont déterminants pour la prévention et la prise en charge des maladies responsables des décès de la mère et du nouveau-né. Les lignes directrices actualisées et fondées sur des bases factuelles que publie l'OMS à l'intention des agents de santé couvrent de nombreux domaines, dont : la prématurité, la prolongation de la phase de travail, le déclenchement de la phase de travail, et la prévention et la prise en charge des principales affections maternelles, périnatales et néonatales. D'importants travaux de recherche sont menés dans des domaines soutenus par l'OMS, dont : l'efficacité de la prise en charge simplifiée de la suspicion de septicémie chez le nouveau-né dans les situations où l'orientation vers un spécialiste est impossible ; l'efficacité d'interventions nouvelles pour réduire la mortalité néonatale ; l'effet du début précoce de l'allaitement au sein sur la mortalité, indépendamment de son effet sur l'augmentation de l'allaitement au sein exclusif ; l'utilisation de corticostéroïdes pendant la période prénatale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; et le recours à des interventions pour les mères et les nouveau-nés au niveau mondial. L'OMS coordonne actuellement des travaux de recherche destinés à mieux surveiller la phase de travail pour améliorer l'issue de la grossesse, à généraliser certaines interventions (telles que la méthode kangourou), à prendre en charge les affections néonatales graves, à prendre en charge les cas de pneumonie et de diarrhée dans les communautés et à traiter à domicile la malnutrition aiguë sévère.

16. En 2014, troisième année de la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, on a constaté une transition vers l'action au niveau des pays. Parmi les 75 pays ciblés : 65 ont mis en œuvre des cadres nationaux de redevabilité à l'aide de fonds catalytiques destinés à soutenir les recommandations de la Commission ; 51 ont évalué leur système d'enregistrement de l'état civil en vue de le renforcer ;45 disposent désormais de politiques en matière de notification des décès maternels ; 58 organisent chaque année un examen du secteur de la santé, auquel participe un large éventail de parties concernées ; 18 ont contrôlé les dépenses consacrées à la santé génésique, maternelle, néonatale et de l'enfant et 15 devraient être en mesure de le faire d'ici 2015 ; et 44 ont conclu un accord de partenariat pour officialiser les débats, la coordination et la prise de décisions concernant les priorités et les investissements en matière de santé.

17. La quasi-totalité des pays utilisent les onze indicateurs recommandés par la Commission de l'information et de la redevabilité. Il est toutefois inquiétant de constater que seuls huit des 75 pays ciblés disposaient de données récentes pour tous les indicateurs de couverture en 2011-2012 et que 37 pays disposaient de données d'enquête récentes pour l'un d'entre eux uniquement.

---

[1] WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

[2] Pour plus d'informations sur les lignes directrices pertinentes, voir : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en (consulté le 16 décembre 2014).

[3] Voir : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (consulté le 17 décembre 2014).

18. En septembre 2014, le Groupe d'examen indépendant a publié son troisième rapport, intitulé « Chaque femme, chaque enfant : un cadre conceptuel pour l'après-2015 »,[1] qui comporte six recommandations. Ce rapport a été présenté lors d'une manifestation en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies à New York, en septembre 2014 et les recommandations qui y figurent ont été examinées plus en détail lors d'une réunion des parties intéressées organisée à Genève en novembre 2014. Ensuite, plusieurs recommandations ont été formulées tendant à l'élaboration d'une nouvelle stratégie, plus large et plus participative, en faveur de la santé des enfants et des adolescents ; à l'étude de la création d'un dispositif de financement axé sur les résultats pour soutenir la stratégie mondiale ; et à promouvoir le dialogue avec la société civile pour renforcer la redevabilité politique pour la santé des femmes et des enfants. Des activités ont commencé à être entreprises pour mettre en œuvre ces trois recommandations. La nouvelle stratégie mondiale sera élaborée par le biais d'une large consultation avec les dirigeants des pays, en vue de présenter un document en septembre 2015, parallèlement aux objectifs de développement durable.

Objectif 6, cible 6.A : D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle, et cible 6.B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida

19. On estime qu'en 2013, 2,1 millions de personnes ont contracté l'infection à VIH, contre 2,5 millions en 2009.[2] Plusieurs interventions préventives contribuent à cette baisse, y compris la promotion de changements de comportement et des interventions biomédicales.

20. Fin 2013, 12,9 millions de personnes environ, dont 11,7 millions dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral. Ces 11,7 millions de bénéficiaires d'un traitement représentent 36 % des 32,6 millions de personnes qui vivent avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Si la tendance actuelle se poursuit, la cible mondiale de 15 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici 2015 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sera dépassée.

21. La baisse du nombre de nouvelles infections et la plus grande disponibilité des traitements antirétroviraux ont entraîné une diminution du nombre de décès attribuables à l'infection à VIH, qui est passé de 2,3 millions en 2005 à 1,5 million environ en 2013. Le nombre de personnes vivant avec le VIH continue à augmenter car on enregistre moins de décès liés au sida.

Objectif 6, cible 6.C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle

22. On estime qu'il y eu, en 2012, 207 millions de cas de paludisme et 627 000 décès dus à cette maladie. L'extension de la couverture par des 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 ont contribué à faire baisser l'incidence du paludisme de 29 % à l'échelle mondiale entre 2000 et 2012. Par ailleurs, les taux de mortalité ont baissé de 42 %.[3]

---

[1] Le troisième rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, intitulé « Chaque femme, chaque enfant : un cadre conceptuel pour l'après-2015 », est disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132673/1/9789241507523_eng.pdf (consulté le 8 décembre 2014).

[2] Pour plus de précisions, voir le document A67/19, paragraphe 22.

[3] Pour plus d'informations, voir : http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/ (consulté le 13 novembre 2014).

23. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde a baissé en moyenne de 1,5 % par an entre 2000 et 2013. Les taux d'incidence baissent également dans toutes les Régions de l'OMS, ce qui signifie que la cible consistant à avoir maîtrisé le paludisme et à avoir inversé la courbe de l'incidence a été atteinte. Depuis 1990, la mortalité due à la tuberculose a régressé de 45 % et la prévalence de la maladie a baissé de 41 %. Trois des six Régions de l'OMS ont atteint les trois cibles relatives à la réduction de la charge de la tuberculose (incidence, prévalence et mortalité) ou sont en voie d'y parvenir. Pour les trois autres Régions, les taux baissent mais pas assez rapidement pour que toutes les cibles soient atteintes. 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 2013 à 9 millions, dont 12 % environ touchaient des personnes vivant avec le VIH, et le nombre de décès à 1,5 million (dont 360 000 personnes séropositives pour le VIH).

24. La cible 6.C englobe les maladies tropicales négligées, un groupe hétérogène de maladies infectieuses causées par divers agents pathogènes. Parmi ces maladies, la trypanosomiase humaine africaine, dont l'élimination en tant que problème de santé publique est escomptée d'ici 2020, a atteint son niveau d'incidence le plus bas en 50 ans, avec 6314 nouveaux cas notifiés en 2013. L'OMS a toujours comme objectif d'interrompre la transmission de la dracunculose d'ici fin 2015 mais de nouvelles difficultés au Mali, au Soudan du Sud et au Tchad, où la transmission se poursuit, appellent des solutions locales. L'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique est prévue d'ici 2020. Des plans en vue d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici 2020 ont été établis et leur mise en œuvre progresse. Dans le cadre de campagnes de prévention, plus de 807 millions de personnes ont reçu un traitement préventif contre l'une au moins de ces maladies en 2012. Pour la dengue – l'arbovirose qui se propage le plus vite dans le monde – les mesures efficaces de lutte antivectorielle et de prévention à long terme (y compris les futurs vaccins) exigent des programmes et des stratégies nationaux solides et le soutien de partenaires dans le monde de la santé publique afin de réduire la morbidité et la mortalité d'ici 2020. Les fièvres hémorragiques virales ne sont pas considérées comme faisant partie des maladies tropicales négligées « classiques », mais elles ont beaucoup de caractéristiques communes avec celles-ci. En 2014, la plus importante flambée de maladie à virus Ebola de l'histoire s'est déclarée, principalement dans trois pays d'Afrique de l'Ouest.

Objectif 8, cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

25. 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 2013, la disponibilité moyenne de certains médicaments (génériques) essentiels dans 21 pays à revenu faible ou intermédiaire n'était que de 55 % dans les établissements du secteur public. Les prix à payer par les patients augmentent au fur et à mesure que la richesse du pays s'accroît : les patients qui achetaient des médicaments dans le secteur public dans les pays à revenu faible payaient en moyenne le double du prix international de référence alors que, dans les pays à revenu moyen inférieur ou à revenu intermédiaire, les patients payaient plus du triple du prix international de référence.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

26. Le Conseil est invité à prendre note du rapport.

= = =