



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 WHA63.15, WHA63.24 et WHA58.31, le présent rapport résume les tendances les plus récentes concernant les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et de 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 ; et, ainsi qu'il est demandé dans la résolution WHA58.31, les progrès accomplis en vue de la mise en place d'un accès universel aux soins de santé destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. À sa cent trente-deuxième session, le Conseil exécutif a examiné une première version du présent rapport.²

SITUATION ACTUELLE ET TENDANCES

2. Plus d'une décennie après l'adoption par les dirigeants mondiaux des objectifs du Millénaire pour le développement et des cibles spécifiques, des progrès importants ont été accomplis vers la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de la nutrition, et la réduction de la morbidité et de la mortalité dues 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 l'intensification de l'action collective et l'extension des approches qui ont effectivement permis 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.

² Document EB132/11.

3. On estime que la dénutrition (y compris l'insuffisance pondérale, l'allaitement maternel sous-optimal, et les carences en vitamines et en sels minéraux) est la cause sous-jacente de 35 % 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 2011. 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 concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, dans lequel est fixée une nouvelle cible pour 2025, à savoir la réduction de 40 %, à l'échelle mondiale, du nombre d'enfants présentant un retard de croissance, par rapport aux chiffres de base de 2010.¹ Entre 1990 et 2011, le retard de croissance a baissé de 35 % dans le monde, le nombre d'enfants concernés passant de 253 à 165 millions.

4. À l'échelle mondiale, la réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a considérablement progressé. Entre 1990 et 2011, la mortalité des moins de cinq ans a baissé de 41 %, passant d'un taux estimatif de 87 décès pour 1000 naissances vivantes à 51 décès. Ce recul mondial s'est accéléré au cours de cette dernière décennie, passant de 1,8 % par an entre 1990 et 2000 à 3,2 % par an entre 2000 et 2011 ; ce taux reste néanmoins insuffisant pour atteindre la cible de réduction de deux tiers d'ici à 2015, par rapport aux niveaux de mortalité de 1990. À l'échelle mondiale, 44 des 144 pays à revenu faible ou intermédiaire auront atteint cette cible d'ici à 2015 si les progrès se poursuivent au même rythme que pendant la période de 2005 à 2011.

5. En 2011, 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 2011, 64 % des États Membres atteignaient une couverture minimale de 90 %. Entre 2000 et 2011, le nombre estimatif de décès dus à la rougeole a diminué de 71 %.

6. Afin de soutenir et de faciliter la mise en œuvre d'interventions élargies et coordonnées contre la pneumonie et la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans vivant dans les pays en développement, l'OMS a organisé quatre ateliers régionaux (trois dans la Région africaine et un dans la Région de l'Asie du Sud-Est) et un atelier national au Soudan, en collaboration avec les ministères de la santé de 34 pays, l'UNICEF et d'autres partenaires. Il s'agit des Régions qui supportent la plus lourde charge de mortalité due à la pneumonie et à la diarrhée et qui incluent des pays qui sont encore loin d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement (Réduire la mortalité des enfants). Des activités de suivi ont été menées dans plusieurs pays pour faire le point sur les progrès accomplis. L'OMS et l'UNICEF, en collaboration avec divers acteurs concernés, ont élaboré un plan d'action mondial pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée, qui a été mis en place en avril 2013.

7. L'OMS s'emploie avec l'UNICEF et d'autres acteurs à rendre plus accessibles l'amoxicilline par voie orale pour le traitement de la pneumonie, ainsi que les sels de réhydratation orale et le zinc pour le traitement de la diarrhée, conformément aux recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants.² Près de 20 % des décès d'enfants de moins de cinq ans – imputables pour la plupart à la pneumonie et aux maladies diarrhéiques – restent évitables par la vaccination.

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

² Voir <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (consulté le 12 avril 2013).

8. Comme le demande l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA63.24, des mesures sont actuellement prises pour étendre l'accès aux interventions destinées à prévenir et traiter la pneumonie, et à combattre les maladies diarrhéiques. Des pays de plus en plus nombreux des Régions africaine, des Amériques et de la Méditerranée orientale ont adopté ces dernières années les vaccins conjugués contre le pneumocoque avec l'appui de l'Alliance GAVI. 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. À la fin de 2012, 39 des 75 pays suivis dans le cadre de l'initiative du Compte à rebours 2015¹ avaient adopté la politique de prise en charge des cas de pneumonie dans les communautés et huit autres pays avaient progressé vers l'adoption et l'application de cette politique.

9. Le nombre de décès maternels a reculé de manière notable, passant de 543 000 en 1990 à 287 000 – selon les estimations – en 2010 ; néanmoins, il faudrait presque un doublement de ce taux de réduction pour atteindre la cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. 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 enregistraient les taux de mortalité maternelle les plus élevés en 1990 (100 décès maternels ou plus pour 100 000 naissances vivantes), les progrès ont été inexistantes 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, recommandée par la Commission de l'Information et de la Redevabilité, permet de mesurer plus précisément les décès maternels.²

10. 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 2010, 63 % des femmes de la tranche d'âge de 15 à 49 ans, qui étaient mariées ou vivaient en union consensuelle, utilisaient une forme 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 2005 à 2012, mais ce chiffre tombait à environ 55 % pour le minimum recommandé, à savoir quatre visites ou plus. Le nombre d'accouchements ayant lieu dans un établissement de santé a augmenté. Cette évolution a eu un effet positif sur la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié – facteur essentiel pour réduire les décès périnataux, néonataux et maternels –, laquelle dépassait 90 % dans trois des six Régions pendant la période 2005-2012. Des améliorations sont néanmoins nécessaires, par exemple dans la Région africaine, où la couverture reste inférieure à 50 %.

11. 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 sont la principale cause de décès chez les adolescentes de la tranche d'âge citée. En 2008, le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité chez les jeunes filles de cette tranche d'âge était estimé à 3 millions.

¹ Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival, voir <http://www.countdown2015mnch.org/> (consulté le 12 avril 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/en/ (consulté le 12 avril 2013).

Les effets défavorables des grossesses chez les adolescentes touchent aussi la santé des nourrissons. Le nombre de décès périnataux chez les enfants de mères de moins de 20 ans est supérieur de 50 % à ce qu'il est chez ceux dont la mère a entre 20 et 29 ans. Les nouveau-nés dont les mères sont des adolescentes ont 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 concernés. L'OMS a publié des lignes directrices sur la prévention des grossesses précoces et des incidences défavorables sur la santé génésique des adolescentes dans les pays en développement en 2011, et elle apporte aux pays l'appui dont ils ont besoin pour inclure des activités portant sur cette question dans les stratégies et plans d'action nationaux.

12. L'OMS a collaboré avec ses partenaires pour aider les pays à adopter les interventions essentielles leur permettant d'accélérer les progrès vers la mise en place d'un accès universel à la santé génésique. Dans le cadre des 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 personnels de santé pour offrir de meilleurs services de planification familiale ; 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 par la recherche-développement en matière de méthodes contraceptives ; et à accroître la disponibilité de moyens contraceptifs de qualité moyennant la présélection des produits et des mécanismes accélérés.

13. Le nombre total de décès de nouveau-nés est passé de 4,4 millions en 1990 à 3,0 millions en 2011. Sur la même période, le taux de mortalité néonatale a été ramené de 32 pour 1000 naissances vivantes à 22 pour 1000 naissances vivantes, ce qui représente une diminution de plus de 30 %. Cette baisse est plus lente que celle de la mortalité de l'enfant en général et la proportion de décès d'enfants de moins de cinq ans survenant au cours de la période néonatale a augmenté, passant de 36 % en 1990 à 43 % en 2011. La prématurité, principale cause de décès de nouveau-nés, est désormais la deuxième cause de décès d'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 dans lequel il est décrit des moyens scientifiques éprouvés permettant de sauver les enfants prématurés, de leur dispenser des soins appropriés et de réduire les taux élevés de mortalité et d'incapacité. Le nombre estimé de cas de mortinatalité dans le monde a été ramené de 3,0 millions en 1995 à 2,6 millions en 2009, avec un taux de 22 pour 1000 naissances en 1995 contre 19 pour 1000 naissances en 2009, ce qui correspond à une diminution de l'ordre de 15 %.

14. Les soins essentiels pendant l'accouchement et au début de la période postnatale sont déterminants pour la prévention et la prise en charge des affections à l'origine de décès de mères et de nouveau-nés. L'OMS et ses partenaires soutiennent le renforcement des capacités des agents de santé afin de prévenir et de prendre en charge les principales affections maternelles, périnatales et néonatales, et notamment l'administration prénatale de corticostéroïdes en cas de travail prématuré, l'appui au commencement précoce de l'allaitement et à l'allaitement exclusif, la méthode de la « mère kangourou » et les visites à domicile au nouveau-né et à sa mère. L'OMS recueille actuellement des données supplémentaires concernant les interventions les plus efficaces au regard de leur coût, et notamment les antibiothérapies simplifiées pour le traitement de la septicémie néonatale.

¹ Voir http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (consulté le 12 avril 2013).

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

15. Il arrive trop souvent que des médicaments efficaces d'un prix abordable et des fournitures sanitaires simples n'atteignent pas les femmes et les enfants qui en ont besoin. La Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants a formulé 10 recommandations visant à développer l'accès aux médicaments et aux fournitures sanitaires d'importance vitale pour les personnes les plus vulnérables dans le monde. Il a été établie une liste initiale de 13 produits d'importance vitale, efficaces et d'un prix abordable, mais sous-utilisés.¹ L'action ultérieure associera toutes les parties prenantes à la Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant et elle visera à infléchir les marchés mondiaux et locaux, à renforcer la qualité, à rendre la réglementation plus efficace, à augmenter l'offre et la demande, et à instaurer des mécanismes de financement innovants. L'OMS a conçu des plans d'application pour trouver des voies réglementaires apparentées et traiter des questions liées à la qualité des produits, notamment la présélection, et pour élargir l'accès à certains produits sanitaires essentiels.

16. La moitié environ de la population mondiale est exposée au risque de contracter le paludisme et, en 2010, sur les 219 millions de cas de paludisme dénombrés d'après les estimations, 660 000 ont été mortels. D'après les estimations, le taux d'incidence de la maladie dans le monde a reculé de 17 % entre 2000 et 2010, et le taux de mortalité de 26 %. Les estimations disponibles au niveau des pays pour 2010 montrent que 80 % environ des cas de paludisme surviennent dans 17 pays et que 80 % des décès ont lieu dans 14 pays seulement. La couverture d'interventions, telles que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, a considérablement augmenté et il est important de la maintenir pour prévenir la résurgence de la maladie et des décès qui y sont liés.

17. Le nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose dans le monde diminue lentement depuis 2006 ; il a baissé de 2,2 % entre 2010 et 2011. En 2011, on estime que le nombre de nouveaux cas était de 8,7 millions, les personnes vivant avec le VIH représentant 13 % environ de ces cas. La mortalité par tuberculose a reculé de 41 % depuis 1990 et, d'après la tendance observée, la réduction atteindra 50 % d'ici à 2015. Les taux d'incidence baissent également dans les six Régions. À l'échelle mondiale, les taux de guérison ont été maintenus à des niveaux élevés, égaux ou supérieurs à la cible de 85 % au cours de ces quatre dernières années (cible initialement fixée par l'Assemblée de la Santé en 1991).

18. En 2011, il y a eu, selon les estimations, 2,5 millions de nouvelles infections par le VIH dans le monde, soit 20 % de moins qu'en 2001, année où l'on en avait dénombré 3,2 millions. L'Afrique subsaharienne comptait près de 70 % des personnes infectées par le VIH dans le monde. On estime que 34 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2011, c'est-à-dire plus que les années précédentes. Le nombre des personnes vivant avec le VIH continuera d'augmenter, puisque les décès dont la cause est liée au sida sont moins nombreux à mesure que progresse l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (où 8 millions de personnes ont bénéficié de ces traitements en 2011).

19. L'expression « maladies tropicales négligées » désigne un groupe de 17 maladies qui touchent plus d'un milliard de personnes dans le monde.² Si ces maladies sont rarement responsables de flambées épidémiques (à l'exception de la dengue et de la leishmaniose), elles se développent dans les communautés les plus démunies et les plus marginalisées, entraînant pour des millions de personnes

¹ Voir <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities> (consulté le 12 avril 2013).

² Voir le document A66/20. Les maladies concernées sont la dengue, la rage, le trachome, l'ulcère de Buruli, le pian, la lèpre, la maladie de Chagas, la trypanosomiase humaine africaine, la leishmaniose, la cysticercose, la dracunculose, l'échinococcose, les trématodes d'origine alimentaire, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase et les géohelminthiases.

des souffrances considérables, une incapacité permanente et la mort. Moyennant une approche coordonnée et intégrée depuis 2007, l'OMS a démontré qu'il était possible de combattre, d'éliminer et même d'éradiquer ces maladies. La dracunculose, par exemple, avec moins de 1058 cas notifiés en 2011, est en passe d'être éradiquée sans médicament ni vaccin.

20. Les travaux relatifs à l'eau de boisson et aux services d'assainissement de base sont couverts par la cible 7.C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base. Cette cible a été atteinte pour l'eau potable ; en 2011, 89 % de la population utilisaient 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. 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 fixée pour 2015. Pour ce qui est de l'assainissement de base, depuis 1990, près de 1,9 milliard de personnes ont désormais accès à des installations d'assainissement améliorées ; néanmoins, en 2011, 2,5 milliards de personnes en étaient toujours privées. Les progrès en cours sont trop lents pour que la cible soit atteinte en ce qui concerne l'assainissement, tant à l'échelle mondiale que dans les Régions (sauf dans la Région du Pacifique occidental où la couverture a été multipliée par deux entre 1990 et 2011).

21. 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 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire n'était que de 57 % dans le secteur public. Les médicaments génériques les moins chers dans le secteur privé coûtaient aux patients en moyenne plus de 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.

LA SANTÉ DANS LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT AU-DELÀ DE 2015

22. Il reste peu de temps avant la fin de 2015 et il apparaît clairement que, malgré les progrès accomplis, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé nécessite encore bien des efforts, et qu'il y aura beaucoup à faire au-delà de 2015. Par ailleurs, le monde est confronté à de nouveaux défis qu'il faudra prendre en compte dans la façon de mesurer les progrès au-delà de 2015. La contribution des États Membres est essentielle pour aider à structurer le débat sur ce sujet afin de garantir que les efforts déployés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé seront maintenus dans le cadre du programme mondial de développement.¹

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

23. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

¹ Voir le document EB132/12.