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

Rapport du Secrétariat

1. En 2000, la Déclaration du Millénaire des Nations Unies a fixé un certain nombre d'objectifs à atteindre d'ici 2015. Toutefois, à mi-parcours de la date butoir il y a plusieurs exemples de succès, mais il subsiste de grandes inégalités dans les pays comme entre les pays, et les tendances actuelles donnent à penser que de nombreux pays à faible revenu n'atteindront pas les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement. Le présent rapport expose la situation actuelle en ce qui concerne les objectifs 4, 5 et 6 liés à la santé. Il décrit le rôle de l'OMS dans le suivi des progrès et dans le soutien qu'elle apporte aux efforts nationaux et internationaux pour surmonter les principaux obstacles politiques et opérationnels.

SITUATION ACTUELLE ET PROGRES

Objectifs du Millénaire pour le développement N° 4 : Réduire la mortalité des enfants

2. Toutes les Régions ont fait de grands progrès sur cet objectif, à savoir réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015, *sauf* l'Afrique subsaharienne où on recense environ la moitié des 9,7 millions de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans. On estime que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne est de 160 pour 1000 naissances vivantes, contre 83 en Asie du Sud, 29 en Asie orientale, et 27 en Amérique latine en 2006. Seulement quatre des 46 pays d'Afrique subsaharienne sont dans les temps pour atteindre l'objectif N° 4. Pourtant, on peut tirer des enseignements de plusieurs pays comme le Bangladesh, l'Erythrée, l'Ethiopie, Madagascar, le Malawi, le Mozambique, le Népal, le Niger et la République-Unie de Tanzanie, où l'on a observé des baisses spectaculaires de la mortalité des enfants de moins de cinq ans ces dernières années.

3. Les pays à forte prévalence du VIH ou en proie à des conflits sont ceux où les progrès dans la réduction de la mortalité des enfants sont les plus lents. La couverture des services de proximité, comme la vaccination, la distribution de vitamine A et des moustiquaires imprégnées d'insecticide, montre des tendances encourageantes. De plus, les tendances sont également positives pour l'allaitement exclusif dans les premiers mois de la vie. Selon des estimations basées sur les dernières tendances de la couverture de la vaccination antirougeoleuse, la mortalité due à la rougeole a diminué de 68 % à l'échelle mondiale et de 91 % en Afrique subsaharienne. En revanche, les interventions nécessitant un système de santé opérationnel (traitement des affections néonatales, diarrhées, pneumonies, paludisme et malnutrition) ont moins d'impact.

Objectif du Millénaire pour le développement N° 5 : Améliorer la santé maternelle

4. Les progrès ont été plus faibles pour cet objectif, à savoir réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015. Plus de 500 000 femmes sont décédées en 2005 de causes liées à la maternité, environ la moitié de ces décès ont eu lieu en Afrique subsaharienne et un tiers en Asie du Sud. Les taux de mortalité maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne sont les plus élevés au monde, à 920 pour 100 000 naissances vivantes, contre 8 pour 100 000 dans les pays industrialisés. Ce taux veut dire qu'à la naissance, une femme sur 22 en Afrique risque de mourir d'une cause liée à la maternité. Comme pour les interventions énumérées ci-dessus, il faut disposer d'un système de santé qui fonctionne bien pour obtenir des améliorations significatives.

Objectif du Millénaire pour le développement N° 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

5. **VIH/sida.** L'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a progressé de manière spectaculaire ces dernières années, de 240 000 bénéficiaires en 2001 à 2 millions en 2006. Mais la couverture reste insuffisante : en Afrique subsaharienne, environ un quart des 4,8 millions de personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral y ont actuellement accès. La proportion d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral et en bénéficiant a également augmenté rapidement, mais la couverture reste encore plus faible que pour les adultes (15 %). A l'échelle mondiale, la proportion de femmes enceintes séropositives pour le VIH et recevant un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant est encore faible, à 11 %. Il y a eu quelques diminutions de l'incidence de l'infection à VIH dans certains pays, que l'on peut attribuer à des changements de comportements et qui pourraient indiquer un impact croissant des interventions de prévention. Néanmoins, il y a encore, selon les estimations, 1,7 million de nouvelles infections par an en Afrique, et il subsiste un besoin urgent de repenser et de développer le travail de prévention reposant sur des bases factuelles.

6. Pour le **paludisme**, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide a progressé à partir d'un faible niveau. Dans les 20 pays africains pour lesquels on a des données pour 2000 et 2005, l'utilisation est passée de 2 à 13 % chez les enfants de moins de cinq ans et, dans 16 pays, elle a triplé. Bien que la décision politique de passer à des antipaludiques plus efficaces (dont les traitements par des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine) ait été rapide, seulement un tiers des enfants de moins de cinq ans présentant de la fièvre en Afrique reçoivent un traitement antipaludique. Des initiatives récentes ont été prises à haut niveau pour essayer de remédier à la faible couverture des interventions efficaces, mais les besoins en ressources doivent être efficacement pourvus aux niveaux national et international.

7. Pour la tuberculose, le nombre estimatif de nouveaux cas a diminué depuis 2004, quoique lentement, dans *toutes* les Régions sauf en Europe où il est stable. Si le contrôle permanent confirme ces tendances, la cible 8 de l'objectif 6 (Avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle) sera atteinte bien avant la date butoir de 2015. De plus, dans sa résolution WHA60.19 sur la lutte contre la tuberculose, l'Assemblée mondiale de la Santé a accueilli favorablement le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 du Partenariat, qui a pour cible de réduire de moitié entre 1990 et 2015 la prévalence de la tuberculose et des taux de mortalité. Quatre Régions sont dans les temps pour y parvenir, mais pas les Régions de l'Afrique et de l'Europe où les taux baissent, mais pas assez rapidement. Si les progrès ne s'accroissent pas dans ces deux Régions, les cibles concernant la prévalence et la mortalité ne seront pas atteintes à l'échelle mondiale ; il faut d'urgence améliorer rapidement le taux de succès des traitements (76 % et 70 % respectivement, en 2005) et la détection des cas dans les programmes DOTS (48 % et 39 % respectivement, en 2006).

Suivre les progrès accomplis

8. La surveillance des progrès accomplis par rapport aux indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé est un processus bien établi que coordonne la Division de Statistique de l'ONU. L'OMS participe aux travaux du groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD. Chaque année, un rapport de situation est établi sur la base des statistiques communiquées par les organisations du système des Nations Unies et les pays. Tous les organes concernés de l'ONU coordonnent leurs activités évitant ainsi que les demandes d'information soumises aux pays ne leur soient inutilement adressées en plusieurs exemplaires garantissant l'harmonisation des statistiques. En collaboration étroite avec l'UNICEF et l'ONUSIDA, l'OMS communique des statistiques sanitaires sur le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, la mortalité infantile et la nutrition de l'enfant, l'eau et l'assainissement, et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.

9. De plus, l'OMS fournit les estimations statistiques les plus récentes relatives aux OMD dans son *Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales*, publié chaque année au mois de mai, qui contient des données sur tous les indicateurs de la situation sanitaire et des indicateurs supplémentaires parmi lesquels les causes de mortalité, la couverture des interventions, les facteurs de risque et les systèmes de santé. Jusqu'à présent, des analyses plus poussées et la communication d'informations détaillées sur les progrès accomplis vers les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé n'ont fait l'objet que de publications ponctuelles ou de chapitres de rapports.

10. Dans le cadre des mesures prises pour donner suite à la réunion de haut niveau sur le sida (New York, 31 mai-2 juin 2006) convoquée en 2006 par l'Assemblée générale des Nations Unies, il a été proposé à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé que le Secrétariat soumette chaque année un rapport sur les progrès accomplis dans les pays afin d'assurer l'accès universel aux services de prévention, et de traitement du VIH/sida¹ et de soins aux malades.

11. En plus de sa contribution à l'établissement de rapports au sein de l'ONU, l'OMS envisage de renforcer sa fonction essentielle de surveillance de la situation sanitaire et de ses tendances dans le monde en créant un observatoire mondial de la santé. Cet observatoire, qui s'appuiera sur les données existantes et fournira un travail d'information au sein de l'OMS, collaborera étroitement avec les partenaires concernés et communiquera des rapports analytiques sur des sujets hautement prioritaires, comme les femmes et la santé et la santé en Afrique, par le biais de publications spéciales et d'un portail Internet intégré.

12. Cet observatoire sera notamment chargé de suivre les progrès accomplis sur la voie des OMD liés à la santé. Son travail d'analyse ira au-delà du processus de surveillance commun de l'ONU. Il accordera une attention toute particulière à l'équité, étudiant notamment dans quelle mesure les pays les plus pauvres marquent des progrès dans ce domaine, les tendances selon les sexes et les différences géographiques à l'intérieur des pays. Il étudiera également les tendances de la mortalité par cause. Par ailleurs, il suivra l'exécution d'initiatives mondiales devant contribuer à atteindre les objectifs du Millénaire liés à la santé et évaluera l'impact de différentes initiatives visant le développement des services de santé. Les différents domaines d'activités confiés à l'observatoire mondial de la santé seront introduits par étapes et le travail de surveillance des progrès accomplis en vue des objectifs du Millénaire pour le développement devrait prendre progressivement de l'ampleur dans le courant de 2008.

¹ Document WHA59/2006/REC/3, procès-verbal de la quatrième séance de la Commission A.

SURMONTER LES DIFFICULTES ET LES OBSTACLES : ETAT DES LIEUX

13. Comme on a pu le constater dans le cadre d'initiatives récentes, le développement des services de santé exige une approche beaucoup plus cohérente : les objectifs visés ne pourront être atteints si les systèmes capables d'améliorer la santé ne bénéficient pas d'investissements adéquats, et la santé devrait être considérée comme indissociable du contexte plus large de la planification du développement social et économique et d'une action plurisectorielle ; les pays ont besoin que les donateurs extérieurs leur garantissent une aide à long terme et il faut que les organismes nationaux et internationaux de financement puissent faire clairement le lien entre les fonds alloués et les résultats obtenus ; enfin, des mécanismes rendant tous les partenaires redevables de leurs actions par rapport aux accords conclus au niveau international font cruellement défaut.

14. Cette tendance croissante au consensus s'est notamment exprimée dans la pratique par les initiatives suivantes : l'accord sur des stratégies techniques essentielles comme le cadre de l'OMS, de l'UNICEF et de la Banque mondiale visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique établi à la demande de l'Union africaine ; le cadre d'action de l'OMS visant à renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires¹ établi à la suite du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ; l'élargissement de l'appui de l'Alliance GAVI en faveur des systèmes de santé ; le nouvel accord intervenu à la récente réunion du Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sur les modalités du soutien des systèmes de santé et les conditions d'un accroissement du financement des programmes (applications stratégiques nationales) ; l'engagement pris en 2007 par les pays du G8 au Sommet du G8 (Heiligendamm, Allemagne, juin 2007) concernant le renforcement de la santé en Afrique ; les partenariats établis entre l'UNITAID et d'autres acteurs clés dans le domaine de la santé mondiale pour réduire les prix des médicaments et des produits diagnostiques et améliorer la disponibilité de produits de meilleure qualité au prix le plus avantageux possible ; et, tout dernièrement, plusieurs initiatives d'origine bilatérale étroitement liées entre elles – le Partenariat international pour la santé et la campagne mondiale pour la réalisation des objectifs 4, 5 et 6 ainsi que l'initiative récemment annoncée visant à sauver un million de vies.

15. L'aide publique au développement consacrée à la santé dans le monde a doublé ces dernières années passant de US \$6 milliards en 2000 à US \$12 milliards en 2005. On a engagé de nouvelles ressources importantes – principalement pour atteindre les objectifs liés à la santé – en mettant l'accent sur des maladies particulières (notamment le sida, la tuberculose et le paludisme) et sur des interventions comme la vaccination. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI ont attiré une grande partie de ces ressources nouvelles. Les organisations du système des Nations Unies et la Banque mondiale consacrent également des investissements significatifs à la santé. Il ressort toutefois d'analyses récemment effectuées par l'OMS que le niveau du financement souple relevant directement des autorités nationales a augmenté beaucoup plus lentement.

16. Beaucoup de gouvernements donateurs et de banques de développement sont passés à un système d'appui budgétaire ou sectoriel, en réduisant leur participation dans des secteurs déterminés et de nouveaux partenaires sont apparus dans le secteur de la santé. Les fondations (en particulier la Fondation Bill & Melinda Gates), les fonds mondiaux (en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) et les programmes bilatéraux catégoriels (en particulier le plan

¹ *L'affaire de tous. Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires : cadre d'action de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le sida) peuvent désormais jouer un rôle dominant dans le financement extérieur du secteur de la santé dans certains pays. Des dispositifs novateurs (par exemple la Facilité de financement international pour la vaccination et UNITAID) attirent de nouvelles sources de financement. Les initiatives d'engagement à terme laissent augurer de nouvelles ressources et une stimulation de la recherche-développement. Bien que ces accroissements soient les bienvenus, d'importants fossés restent à combler et la composition actuelle de l'aide extérieure peut être imprévisible au niveau des pays, lesquels ont du mal à financer des frais de fonctionnement essentiels et assurer une planification à long terme pour élargir la portée de certaines interventions sanitaires vitales.

17. Les partenariats mondiaux ont réussi à mieux faire ressortir des questions critiques, ce qui a permis de promouvoir la collaboration interorganisations et d'associer la société civile et le secteur privé. Mais on compte désormais quelque 75 à 100 partenariats et initiatives mondiaux dans le domaine de la santé ; le domaine de la santé mondiale est devenu de plus en plus fragmenté et les frais occasionnés par les transactions pour les gouvernements ont augmenté. De plus, la capacité d'aider les gouvernements à élargir les programmes ne s'est pas accrue au rythme des ressources et de l'intérêt politique pour la santé mondiale. Dans le domaine du sida, des efforts ont été consentis pour promouvoir un cadre unique – les « trois principes » – afin de traiter les questions de gouvernance, les stratégies techniques et un même cadre pour la surveillance et l'évaluation ce qui permet de tirer des enseignements utiles d'une manière générale. On a reconnu qu'il fallait un cadre commun pour suivre les résultats et l'évaluation du renforcement des interventions sanitaires et les partenaires internationaux et les pays s'attachent ensemble à mettre sur pied un tel cadre et à le rendre opérationnel.

Comment aller de l'avant

18. L'accélération des progrès suppose qu'il faut non seulement améliorer sensiblement le niveau des investissements et de l'engagement politique en faveur de la santé mais aussi se préoccuper des aspects fondamentaux de la mise en oeuvre.

Il est important de renforcer les systèmes permettant d'améliorer la santé aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur sanitaire

19. Des progrès durables en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ne pourront être enregistrés sans des investissements suffisants en faveur des systèmes de santé (en ce qui concerne le financement, les ressources humaines, l'information, les achats et la logistique, la gouvernance et la fourniture de services).

20. Les objectifs sont interdépendants et les progrès en vue de la réalisation des objectifs liés à la santé sont conditionnés par les résultats obtenus concernant les autres objectifs. Des progrès plus rapides – surtout en ce qui concerne la prévention du VIH/sida, mais aussi d'autres maladies infectieuses et non transmissibles – supposent une action plurisectorielle.

La faiblesse des capacités nationales reste un obstacle au progrès ; les priorités en matière de renforcement des capacités sont claires

21. Le manque de personnel de santé qualifié pose problème dans la plupart des pays africains. Il faut des stratégies pour augmenter les effectifs, adapter la palette des compétences selon l'évolution des circonstances et des tâches (permutation des tâches), fidéliser le personnel de santé grâce à des

mesures incitatives plus efficaces et à un meilleur environnement de travail et parer à la migration du personnel.

22. Si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en Afrique, il faudra se soucier davantage des populations vivant dans des circonstances où l'Etat, pour toutes sortes de raisons, est incapable de répondre entièrement aux besoins sanitaires. L'action dans ces Etats dits fragiles exigera du système des Nations Unies qu'il soutienne les gouvernements et d'autres partenaires en matière de développement.

23. Le renforcement des capacités ne peut pas être axé ou s'appuyer uniquement sur le secteur public. Une plus grande coopération entre l'Etat et la société civile est indispensable pour réussir. Pour faire des progrès dans des domaines comme la prestation de services, il faudra créer des réseaux efficaces et durables entre les organisations publiques, privées, bénévoles, communautaires et confessionnelles, les fondations et le milieu universitaire.

Si les gouvernements et leurs partenaires en matière de développement honoraient pleinement leurs engagements financiers, bien des déficits de financement pourraient être comblés dans le secteur de la santé

24. L'aide à l'Afrique dans le domaine de la santé a beaucoup augmenté, mais elle reste inférieure aux intentions déclarées des donateurs. De plus, les ressources que les gouvernements peuvent utiliser avec souplesse pour développer les systèmes de prestation ont augmenté bien moins vite que les ressources consacrées à la lutte contre certaines maladies et à la coopération technique.

25. Il faudrait aussi inciter les dirigeants nationaux à tenir leurs engagements concernant les dépenses de santé (tels que ceux pris dans la Déclaration d'Abuja par les chefs d'Etat et de gouvernement des pays africains en 2000). Les politiques intérieures de financement de la santé devraient viser à réduire les paiements directs par les usagers et, par la répartition des risques (selon des systèmes fiscaux ou d'assurance sociale), contribuer à éviter que les gens n'encourent des dépenses catastrophiques quand ils sont malades.

En Afrique, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé est freinée par le morcellement et le manque d'efficacité de l'aide internationale : il faut mettre en oeuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005)

26. Même s'il manque encore des ressources, il n'est pas besoin de nouveaux mécanismes, circuits ou initiatives de financement. Il faut plutôt soutenir les mécanismes de coordination existants. Parmi ceux-ci figurent les mécanismes créés aux niveaux mondial et régional auxquels participent huit organismes mondiaux au titre de leur contribution au Partenariat mondial pour la santé et aux initiatives connexes, dont le cadre d'harmonisation pour la santé en Afrique.

27. La coordination au niveau des pays est cruciale. L'idée des « trois principes » – un plan national, un mécanisme de coordination et un plan de suivi et d'évaluation – imaginée pour le VIH/sida est applicable à d'autres domaines de la santé. On a entrepris de définir des critères pour déterminer les caractéristiques d'une bonne stratégie et d'un bon plan pour le secteur de la santé et de concevoir une méthode commune de suivi et d'évaluation. On étudiera, entre autres, les moyens de rapprocher davantage les actions contre le VIH/sida et celles menées dans d'autres domaines.

28. Le troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui se tiendra à Accra du 2 au 4 septembre 2008 mettra à profit les enseignements tirés de l'expérience en matière de renforcement de la coordination dans le secteur de la santé.

La volatilité des ressources extérieures empêche de bien planifier et gérer le développement des services de santé : des mesures s'imposent donc pour rendre l'aide plus prévisible au niveau des pays

29. Il y a beaucoup à faire pour rendre le financement du secteur de la santé plus prévisible, de sorte que les ministères des finances puissent anticiper avec plus de certitude les dépenses renouvelables, en particulier celles consacrées aux médicaments et aux salaires. Des accords plus solides entre les gouvernements et leurs partenaires en matière de développement, des accords qui harmonisent le financement extérieur avec les plans stratégiques fondés sur les résultats et axés sur les objectifs du Millénaire pour le développement peuvent former la base d'une responsabilité mutuelle et contribuer à garantir un financement par de multiples sources qui soit prévisible à long terme. Il faut soutenir les mécanismes qui mettent en rapport le financement et la performance tout en augmentant la prévisibilité, comme les contrats OMD proposés par la Commission européenne.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

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

= = =