

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

Rapport du Secrétariat

1. La santé est au coeur des objectifs du Millénaire pour le développement. Les objectifs 4, 5 et 6 en particulier sont axés sur la santé, mais tous les autres objectifs ont des aspects liés à la santé ; il ne sera pas possible de les réaliser sans obtenir des progrès dans les domaines de la sécurité alimentaire, de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes, sans un plus large accès à l'éducation et une meilleure administration générale de l'environnement. A l'horizon 2015 et au-delà, les défis que représentent des systèmes de santé fragiles, la transition épidémiologique et les nouvelles menaces pour la santé deviendront de plus en plus cruciaux.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

2. D'une manière générale, la proportion des enfants âgés de moins de cinq ans souffrant de dénutrition (selon les normes OMS de croissance de l'enfant) a diminué pour passer de 27 % en 1990 à 20 % en 2005. Toutefois, les progrès ont été irréguliers et le nombre des enfants présentant une insuffisance pondérale est estimé à 112 millions. La dénutrition est une cause sous-jacente de plus d'un tiers des décès chez l'enfant.

3. En 2006, le nombre des décès d'enfants était de 9,5 millions, soit nettement inférieur aux 12,4 millions enregistrés en 1990, avec une baisse de 27 % du taux de mortalité chez les moins de cinq ans au cours de cette période, lequel se situe à 71 pour 1000 naissances vivantes en 2006. Réduire la mortalité infantile dépend de plus en plus fréquemment de la capacité à combattre la mortalité néonatale ; à l'échelle mondiale, 37 % des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans surviennent au cours du premier mois de vie, et pour la plupart au cours de la première semaine. Les pays où les progrès sont les moindres sont généralement ceux qui sont touchés par des niveaux élevés de VIH/sida, en proie à de graves difficultés économiques ou à des conflits.

4. Les progrès obtenus dans la réduction de la mortalité infantile peuvent en grande partie être attribués à l'augmentation de la couverture vaccinale, à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, à l'accès aux traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et aux efforts visant à supprimer l'infection à *Haemophilus influenzae* type b. Toutefois, parce que la disponibilité et l'utilisation des interventions qui ont fait leurs preuves restent faibles au niveau communautaire, la pneumonie et la diarrhée continuent à tuer 3,8 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans chaque année.

5. Ce sont chaque année près de 536 000 femmes qui meurent de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement, dont 99 % dans les pays en développement. Le taux mondial de mortalité maternelle qui était de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2005 a à peine changé depuis 1990. La plupart de ces décès surviennent dans la Région africaine, où le taux de mortalité maternelle est de 900 pour 100 000 naissances vivantes, sans qu'aucune amélioration n'ait pu être constatée entre 1990 et 2005.

6. Pour réussir à faire reculer la mortalité et la morbidité maternelles, il faut des services de santé maternelle et génésique de bonne qualité qui soient davantage accessibles et mieux utilisés. La proportion de femmes enceintes qui, dans le monde en développement, ont bénéficié d'au moins une visite prénatale a légèrement progressé pour passer d'à peine plus de la moitié de ces femmes au début des années 1990 à près des trois quarts d'entre elles une décennie plus tard. Au cours de la période 2000-2006, 65 % des naissances dans le monde avaient lieu en présence de personnel de santé qualifié, soit 4 % de plus qu'au cours des années 1990-1999.

7. A l'échelle mondiale, le taux de prévalence de la contraception a progressé pour passer de 59 % en 1990-1995 à 63 % au cours de la période 2000-2006. Néanmoins, dans certaines Régions, il reste très difficile de mieux répondre à la demande de planification familiale qui est considérable et de faire baisser les taux élevés de fécondité des adolescentes. Il y a eu, dans le monde, 48 naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2006, soit une légère baisse par rapport aux 51 pour 1000 de l'année 2000.

8. En 2006, on estimait à 3,3 milliards le nombre des personnes menacées par le paludisme. Parmi celles-ci, près de 1,2 milliard se situaient dans la catégorie à haut risque (car vivant dans des régions où l'on constate plus d'un cas de paludisme pour 1000 habitants par année). Bien qu'il soit encore trop tôt pour enregistrer les changements mondiaux en termes d'impact, 27 pays (dont 5 en Afrique) ont constaté une réduction des cas notifiés de la maladie et/ou de décès résultant du paludisme atteignant 50 % entre 1990 et 2006. La portée des interventions visant à la prévention et au traitement du paludisme s'est élargie. Il y a eu une nette augmentation de la production et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, bien que les cibles mondiales ne soient pas encore été atteintes. En juin 2008, l'ensemble des pays et territoires où la charge de mortalité est élevée, à l'exception de quatre d'entre eux, avaient adopté le traitement par association médicamenteuse comportant de l'artémisinine en tant que traitement de première intention pour le paludisme à *falciparum*, et l'utilisation de ce traitement par association médicamenteuse est transposée à une plus grande échelle.

9. La cible de l'objectif du Millénaire pour le développement consistant à avoir maîtrisé l'incidence de la tuberculose et commencer à inverser la tendance a été atteinte à l'échelle mondiale en 2004. Depuis lors, le taux a baissé lentement.¹ Les taux de prévalence de la tuberculose et de décès dus à celle-ci pour 100 000 habitants ont diminué pour passer de 294 en 1990 à 219 en 2006 pour le premier, et de 28 en 1990 à 25 en 2006 pour le second. A l'échelle mondiale, le taux de détection des cas de tuberculose dans le cadre de l'approche DOTS a progressé pour passer d'un chiffre estimé à 11 % en 1995 à 61 % en 2006. L'amélioration dans la détection des cas s'est ralentie après 2004, en grande partie du fait des succès obtenus précédemment dans les pays comptant le plus grand nombre de cas. Les données relatives aux taux de guérison dans le cadre de l'approche DOTS indiquent une amélioration constante, ces taux passant de 79 % en 1990 à 85 % en 2006. La tuberculose à bacilles

¹ *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

multirésistants et la tuberculose associée au VIH posent des problèmes particuliers dans certaines Régions.

10. De nouvelles estimations indiquent que 2,7 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH au cours de l'année 2007 et que le nombre de décès liés au sida s'est élevé à 2 millions ; le nombre total de personnes vivant avec le VIH est estimé à 33 millions. Le pourcentage d'adultes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale est resté stable depuis 2000. L'utilisation de la thérapie antirétrovirale a progressé ; au cours de 2007, 950 000 personnes supplémentaires vivant avec le VIH ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale.¹ Toutefois, malgré ces chiffres, sur le nombre, estimé à 9,7 millions, des personnes ayant besoin d'un traitement dans les pays en développement, seules 3 millions recevaient les médicaments requis. Des progrès ont été faits dans le domaine de la prévention mais, à la fin de 2007, seules 30 % des femmes infectées par le VIH avaient accès à la prévention de la transmission mère-enfant.

11. On estime à 1,2 milliard le nombre de personnes souffrant de maladies tropicales négligées, d'infections incapacitantes chroniques qui prolifèrent là où sévit la pauvreté et où les systèmes de santé sont médiocres. En 2007, 546 millions de personnes étaient traitées pour prévenir la transmission de la filariose lymphatique et seuls 9585 cas de dracunculose ont été constatés dans les cinq pays où la maladie est endémique, par comparaison au chiffre estimé à 3,5 millions qui représentait le nombre de cas notifiés dans les 20 pays d'endémie en 1985. Au début de 2008, la prévalence mondiale de la lèpre se situait à 212 802 cas notifiés, en net recul par rapport aux 5,2 millions de cas de 1985.

12. L'absence d'eau potable et l'insuffisance de l'assainissement sont des facteurs de risque importants pour la mortalité et la morbidité, y compris les maladies diarrhéiques, le choléra, les infestations par les vers et l'hépatite. A l'échelle mondiale, la proportion de la population ayant accès à des sources d'eau potable de meilleure qualité est passée de 76 % à 86 % entre 1990 et 2006. Depuis 1990, le nombre des habitants des régions en développement utilisant des installations d'assainissement de meilleure qualité a progressé de 1,1 milliard. Néanmoins, en 2006, dans 54 pays pour lesquels on dispose d'informations, moins de la moitié de la population utilisait des installations d'assainissement améliorées.

13. Bien que presque tous les pays en développement publient une liste des médicaments essentiels, la disponibilité des médicaments dans les établissements de santé publique est souvent insuffisante. Des études menées dans près de 30 pays en développement indiquent que la disponibilité de certains médicaments dans les établissements de santé n'était que de 35 % dans le secteur public et de 63 % dans le secteur privé. La pénurie de médicaments dans le secteur public oblige les patients à acheter ceux-ci dans le privé. Dans ce dernier secteur, toutefois, les médicaments génériques sont souvent vendus à un prix plusieurs fois supérieur au prix international de référence, tandis que les spécialités pharmaceutiques sont généralement encore plus coûteuses.

ACCELERER LES PROGRES

14. A mi-chemin entre 2000 et 2015, l'analyse révèle des signes de progrès encourageants, en particulier dans le domaine de la santé de l'enfant. Elle laisse apparaître les domaines où les avancées actuelles doivent être soutenues, en particulier pour ce qui est du VIH/sida, de la tuberculose et du

¹ *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : rapport de situation 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

paludisme, et indique ceux où il y a eu peu d'améliorations, voire aucune, notamment dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né. Des données plus précises, qui ne sont pas rapportées ici, montrent que des différences majeures dans les progrès réalisés existent d'un pays et d'une Région à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'un même pays ou d'une même Région.

15. Les stratégies visant à accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ont reçu l'attention du Groupe de pilotage pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique, présidé par le Secrétaire général des Nations Unies ; elles ont également été au coeur du Cadre de Toyako pour l'action en matière de santé mondiale (présenté lors du Sommet du G8 qui s'est tenu à Hokkaido, au Japon, du 7 au 9 juillet 2008), et lors de la réunion de haut niveau sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (New York, 25 septembre 2008).

16. **Reposant sur la Déclaration du Millénaire, les objectifs du Millénaire pour le développement** sont un moyen de veiller à ce que les avantages de la mondialisation soient partagés de manière égale et équitable. Les valeurs qu'ils soutiennent se font l'écho de celles de la Déclaration d'Alma-Ata (1978). Dans un tel contexte, l'engagement renouvelé en faveur des soins de santé primaires offre un cadre et une orientation pour les travaux futurs sur les objectifs du Millénaire pour le développement en mettant l'accent sur les points suivants : l'équité, la santé en tant que critère de jugement des politiques dans tous les secteurs, et des systèmes de santé qui permettent de progresser vers l'accès universel et de satisfaire les besoins des populations.

17. **Axer davantage les travaux sur l'équité, la solidarité et les spécificités de chaque sexe.** Une analyse détaillée des tendances révèle que les moyennes régionales et nationales masquent d'importantes disparités au sein des pays, au sein des Régions et entre les sexes. Par exemple, les plus grandes réductions dans la mortalité infantile ont été enregistrées parmi les foyers les plus riches et dans les zones urbaines ; c'est parmi les populations défavorisées ou les populations rurales que ces améliorations sont obtenues avec le plus de lenteur. De même, les plus nets fléchissements dans la dénutrition ont été obtenus chez les garçons plutôt que chez les filles. En outre, le lourd fardeau de la mortalité maternelle résulte de nombreux facteurs, parmi lesquels figurent le faible niveau d'accès aux soins, l'échec dans la prévention des grossesses non désirées et le faible statut social des femmes dans de nombreuses sociétés. Dans les Régions où les résultats sont généralement médiocres, certains pays ont néanmoins fait des progrès rapides ; ainsi, cinq pays en Afrique ont réussi à réduire la mortalité infantile de 40 % au moins. On estime qu'un tiers des personnes vivant dans des conditions de pauvreté absolue résident dans les Etats dits fragiles qui reçoivent jusqu'à 40 % moins d'aide par habitant que les autres pays à faible revenu.

18. **Promouvoir la santé en tant que critère de jugement de toutes les politiques.** D'ici 2030, huit des dix principales causes de décès seront liées aux maladies non transmissibles et à des affections telles que les troubles mentaux, aux traumatismes et à la violence.¹ Réussir à s'attaquer aux facteurs de risque tels que la consommation de tabac, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool, ainsi qu'à réduire l'impact socio-économique des maladies cardio-vasculaires, des cancers, des maladies respiratoires chroniques et du diabète passe non seulement par des services de soins efficaces, mais aussi par l'adoption de mesures dans une grande variété de domaines politiques. Bien que les maladies non transmissibles soient fréquemment considérées comme la principale cible des mesures intersectorielles, bon nombre d'autres résultats en matière de santé sont déterminés par des interventions politiques allant au-delà du secteur sanitaire – qu'il s'agisse des droits de douane à l'importation sur les médicaments et les technologies essentiels, des politiques d'emploi et de

¹ *The global burden of disease: 2004 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

logement ayant une incidence sur le développement infantile précoce, des lois établissant une discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/sida, ou encore des restrictions aux déplacements des populations ou du bétail afin de prévenir la propagation des épidémies.

19. Construire des systèmes de santé plus solides reposant sur les soins de santé primaires.

Tous les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé sont tributaires pour leur réalisation de systèmes de santé plus solides. Comme il est indiqué dans le cadre d'action de l'OMS dans ce domaine,¹ pour que des progrès soient faits, il faut travailler sur l'ensemble des principales conditions préalables à l'existence de systèmes de santé efficaces, à savoir : des systèmes équitables de financement qui protègent de l'appauvrissement ; un personnel bien formé et correctement rémunéré ; l'utilisation de systèmes d'information afin de soutenir les politiques et la gestion ; des mécanismes d'achat et de distribution des médicaments et des technologies essentiels fiables ; des systèmes d'orientation-recours et de prestation des services efficaces ; et la capacité de concevoir et de mettre en oeuvre des politiques qui servent à guider l'ensemble des principales parties prenantes. Les valeurs essentielles des soins de santé primaires orientent vers les activités suivantes en vue de réformer les systèmes de santé : promouvoir un accès universel afin de favoriser l'équité ; veiller à une approche qui soit centrée sur les populations pour la prestation des services ; élargir la portée des questions de santé à d'autres domaines politiques ; établir un système de gouvernance pour orienter ces réformes. Bien qu'il soit important de mesurer l'efficacité de l'investissement réalisé pour le renforcement des systèmes de santé, la création de systèmes solides reste un moyen qui permettra d'arriver à une fin ; le principal objectif est de réduire la mortalité maternelle et d'obtenir d'autres résultats essentiels dans le domaine de la santé.

20. Ces orientations politiques ont des incidences pour les nombreuses parties prenantes qui soutiennent la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Trois orientations de ce type qui revêtent une importance particulière pour l'OMS sont mises en lumière ci-après.

21. **Suivre les évolutions.** Au niveau mondial, suivre les progrès obtenus vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement est un processus clairement établi, coordonné par la Division des statistiques des Nations Unies. L'OMS participe au Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD. En outre, l'Organisation donnera les estimations les plus récentes pour ce qui est des statistiques liées aux objectifs du Millénaire dans sa publication annuelle, *Statistiques sanitaires mondiales*, qui paraît en mai chaque année. L'OMS renforce sa fonction essentielle qui consiste à surveiller la situation sanitaire mondiale et à évaluer les tendances dans ce domaine en établissant un observatoire mondial de la santé. L'observatoire permettra un meilleur accès aux données sanitaires dans toute l'Organisation et améliorera la qualité des informations concernées.

22. **Accroître la quantité et la qualité des ressources pour la santé.** Bien que des augmentations significatives et durables du financement au niveau national et de l'aide extérieure au développement soient nécessaires, il est aussi urgent d'améliorer l'alignement entre le nombre croissant d'initiatives internationales cherchant à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. A cet égard, l'OMS encouragera la mise en oeuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005) ainsi que du Programme d'action d'Accra. Le soutien de l'OMS aux initiatives internationales visant à un renforcement des systèmes de santé – le Partenariat international

¹ *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

pour la santé et l'Initiative assurer la santé – favorisera, pour ce qui est de la première, l'élaboration et l'utilisation de stratégies et de plans sanitaires au niveau national en tant que moyens d'améliorer l'alignement avec les priorités nationales, et pour ce qui est de la seconde, des conseils plus cohérents sur les politiques de financement nationales. Afin d'accroître et de protéger l'aide destinée à la santé, le Directeur général se joindra à un groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé.

23. **Travailler en partenariat.** L'OMS continuera à travailler en partenariat avec tous les acteurs préoccupés par l'amélioration de la santé des populations. L'engagement de l'Organisation dans ce domaine passe notamment par la construction d'un réseau de plus en plus important de liens avec la société civile et le secteur privé. L'OMS soutient énergiquement les réformes des Nations Unies afin d'accroître l'efficacité du soutien fourni par l'intermédiaire du système des Nations Unies pour le développement au niveau des pays. Les partenariats mondiaux dans le domaine de la santé ont montré leur importance en tant que fournisseurs d'aide – en particulier les partenariats qui offrent un financement appréciable aux pays, tels que le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI. Outre leur lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et leurs efforts en vue de l'accroissement de la couverture vaccinale, les deux partenariats jouent désormais un rôle majeur en apportant un financement pour renforcer les systèmes de santé.

24. Le renouvellement de l'engagement en faveur des soins de santé primaires offre un cadre qui permettra des progrès plus rapides et plus équitables vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les stratégies visant à accélérer la réalisation des objectifs liés à la santé évoqués dans le présent rapport vont dans le sens des conclusions du *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*¹ ainsi que du rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.²

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

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

= = =

¹ *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

² « *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* » (document WHO/IER/CSDH/08.1).