Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-huitième session
Point 7.1 de l'ordre du jour provisoire

EB138/13
15 janvier 2016

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 étaient censés être atteints en 2015. Il est généralement admis que le concept des objectifs du Millénaire pour le développement a été un succès. Ils ont sans nul doute eu plus d'impact et obtenu une plus large reconnaissance publique que toute autre tentative de fixer des cibles internationales dans le domaine du développement. La période sur laquelle ils se sont étendus – 2000 à 2015 – a également été, notamment au cours de la première décennie, une période d'amélioration notable du financement pour le développement, en particulier pour la santé : l'aide au développement destinée à la santé a plus que triplé entre 2000 et 2013, et s'est accompagnée d'une forte croissance du financement d'origine interne.

2. Le succès des objectifs du Millénaire pour le développement est généralement attribué au fait qu'ils ont galvanisé les efforts communs autour d'un nombre restreint d'objectifs limités dans le temps, mesurables et sur lesquels il était facile de communiquer. Bien que critiquées pour avoir laissé de côté de nombreux aspects du développement (notamment la croissance économique durable et le renforcement des systèmes de santé) et privilégié des résultats cumulés plutôt qu'équitables, les cibles des objectifs ont néanmoins été largement acceptées comme éléments de mesure des progrès dans le monde en développement.

3. La question de savoir dans quelle mesure les progrès remarquables accomplis dans les résultats en matière de santé au cours des 15 dernières années, et l'augmentation des ressources qui a permis de rendre possible ces réalisations, peuvent être directement attribués à l'existence des objectifs, elle-même prête à débat.[1] Toutefois, les progrès ont été importants. À l'échelle mondiale, les cibles des objectifs relatifs au VIH, à la tuberculose et au paludisme ont été atteintes. La mortalité de l'enfant a diminué de 53 % et la mortalité maternelle de 44 %. Même si ces chiffres sont en deçà des baisses respectives des deux tiers et des trois quarts qui étaient visées, il est néanmoins légitime de se réjouir des résultats.[2]

---

[1] Voir par exemple : Kenny C, Sumner A. 2011. More money or more development: what have the MDGs achieved? CGD Working Paper 278. Washington, DC: Centre for Global Development (http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1425806, consulté le 17 décembre 2015).

[2] On trouvera un exposé plus détaillé des réalisations dans le document de l'OMS intitulé : Health in 2015: from MDGs to SDGs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015, disponible à l'adresse http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/ (consulté le 17 décembre 2015).

4. Il est difficile d'isoler de manière spécifique les liens de causalité, mais il semble raisonnable de supposer que l'intensité de l'attention accordée (et de l'investissement) a été un moteur essentiel de l'innovation, permettant la transposition à grande échelle de nouvelles interventions, telles que la thérapie antirétrovirale, les moustiquaires à imprégnation durable, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine, les vaccins contre la pneumonie et les maladies diarrhéiques, et de nouveaux tests diagnostiques plus efficaces pour de nombreuses maladies.

5. Il est également possible d'avancer que sans l'influence qu'ont eue les objectifs du Millénaire pour le développement sur l'amélioration des capacités de mesure et des systèmes de suivi, le monde ne serait pas capable de suivre les progrès avec le degré de précision qui est aujourd'hui possible. En outre, l'accent mis sur les mesures a encouragé les responsables politiques de plusieurs pays à prendre publiquement des engagements en faveur de cibles précises dans des domaines tels que la mortalité de la mère et de l'enfant. Non seulement ces engagements ont mis la pression sur les ministères de la santé mais ils ont aussi fourni un moyen à la société civile, aux parlements et aux médias de tenir les prestataires dans le domaine de la santé pour responsables des résultats obtenus.

6. Au-delà du secteur de la santé, des améliorations similaires ont été constatées pour les déterminants de la santé au sens large. L'extrême pauvreté, mesurée par le nombre de personnes vivant avec moins de US $1,25 par jour, a été plus que divisée par deux. La proportion de personnes sous-alimentées dans le monde a reculé de manière significative. Le taux de scolarisation dans le primaire, chez les garçons comme chez les filles, a dépassé 90 % et, en 2015, 91 % de la population mondiale utilise une source d'eau potable améliorée.

7. Il subsiste cependant plusieurs cibles pour lesquelles les progrès ont été limités (par exemple l'utilisation de la planification familiale et de l'assainissement amélioré) et il reste un « programme inachevé » pour que soient atteints les objectifs du Millénaire pour le développement actuels. Il est aussi manifeste que les progrès à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre sont très variables. Le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement a été transposé dans les objectifs de développement durable du Programme de développement durable à l'horizon 2030[1] et amélioré pour inclure de nouvelles cibles plus ambitieuses telles que mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme, et éliminer les décès évitables de mères et d'enfants en mettant davantage l'accent sur l'équité.

8. Le présent rapport résume l'état d'avancement des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et de cibles spécifiques.[2] Il présente également chaque objectif et cible, et décrit les progrès en vue de la réduction de la mortalité de l'enfant au moyen de la prévention et du traitement de la pneumonie, ainsi qu'il est demandé dans la résolution WHA63.24 (2010) (Progrès accélérés en vue d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant : prévention et traitement de la pneumonie) ; la prévention et la réduction de la mortalité périnatale et néonatale (résolution WHA64.13 (2011) Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale) ; la prévention et la prise en charge des malformations congénitales (résolution

[1] Résolution 70/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 », disponible à l'adresse http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F (consulté le 17 décembre 2015).

[2] Pour obtenir une liste des cibles spécifiques pertinentes et des statistiques sur les cibles, voir l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS : http://www.who.int/gho/en/ et http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/ (consulté le 17 décembre 2015). Pour plus de détails et une synthèse des objectifs et cibles qui ne sont pas mentionnés dans le présent rapport, voir le rapport 2015 des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf (consulté le 17 décembre 2015).

WHA63.17 (2010) Malformations congénitales) ; et la réalisation de la couverture universelle des soins de santé destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants (résolution WHA58.31 (2005) Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants).

Objectif 1 (Éliminer l'extrême pauvreté et la faim), cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

9. Entre 1990 et 2015, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale a été ramenée de 25 % à 14 % ; le nombre de cas de retard de croissance a baissé de 39 % dans le monde, passant de 254 millions à 156 millions.

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

10. 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 2015, la mortalité des moins de cinq ans a baissé de 53 %, passant d'un taux estimatif de 91 décès pour 1000 naissances vivantes à 43 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce recul mondial s'est considérablement accéléré, passant de 1,8 % par an entre 1990 et 2000 à 3,9 % par an entre 2000 et 2015. On déplorait chaque jour environ 19 000 décès de moins en 2015 qu'en 1990. Ces progrès sont restés néanmoins insuffisants pour atteindre en 2015 la cible d'une réduction de deux tiers par rapport aux niveaux de mortalité de 1990.

11. Le nombre total de décès de nouveau-nés a baissé, passant de 5,1 millions en 1990 à 2,7 millions en 2015. Les taux de mortalité néonatale ont été ramenés de 36 pour 1000 naissances vivantes à 19 pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période – soit un recul de 47 %. 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 survenus au cours de la période néonatale a augmenté, passant de 40 % en 1990 à 45 % en 2015. Les principales causes de mortalité avant cinq ans sont la prématurité (18 %), les infections respiratoires aiguës (16 %), les complications inter-partum (12 %), la diarrhée (9 %), le paludisme (7 %) et les anomalies congénitales (8 %). Selon les estimations, la sous-nutrition est responsable de 45 % de tous les décès survenant chez les enfants de moins de cinq ans.[1]

12. En 2014, 85 % des enfants de 12 à 23 mois dans le monde étaient vaccinés contre la rougeole, et les pays sont maintenant plus nombreux à atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale ; 63 % des États Membres étaient parvenus à une couverture minimale de 90 %, alors qu'ils n'étaient que 44 % en 2000. Entre 2000 et 2015, le nombre estimatif de décès dus à la rougeole dans le monde parmi les enfants de moins de cinq ans a diminué de plus de 75 %.

13. En 2014, l'Assemblée de la Santé a, dans sa résolution WHA67.10, approuvé le Plan d'action pour la santé du nouveau-né, 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. Par la suite, plusieurs pays ont élaboré des plans nationaux relatifs à la santé du nouveau-né ou affiné les plans existants. Au niveau mondial, un mécanisme de coordination a été mis en place afin de promouvoir la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation ainsi que la sensibilisation par les pays.[2]

[1] Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet,* 2013 ; 382:427-51.

[2] Voir le document A68/36, section H, pour plus de précisions, disponible à l'adresse http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_36-fr.pdf (consulté le 18 décembre 2015).

14. 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 conjointement de 24 % de tous les décès dans cette tranche d'âge.[2] Après le lancement de ce Plan en avril 2013, plusieurs pays ont intégré les objectifs stratégiques du Plan dans leurs stratégies nationales et locales en faveur de la santé de l'enfant et leurs plans de mise en œuvre. Le renouvellement des engagements en vue de mettre fin aux décès évitables d'ici à 2030 a incité davantage les pays à mettre au point des plans d'action détaillés pour lutter contre la diarrhée et la pneumonie, et à utiliser ce processus pour trouver synergies et complémentarité entre les programmes liés à la santé de l'enfant tels que ceux ayant trait à la vaccination, à la nutrition, et à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène. Dans de nombreux pays, l'introduction de nouveaux vaccins, par exemple le vaccin antirotavirus et le vaccin antipneumococcique, a permis de promouvoir l'application de mesures plus larges en faveur de la santé de l'enfant, y compris notamment 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. Le rapport mondial sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé, publié en 2015, met en lumière l'importance d'une coordination des actions pour garantir la qualité des soins dans les établissements de santé.[3]

Objectif 5 (Améliorer la santé maternelle), cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

15. Le nombre de femmes qui meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement a baissé de 44 %, et le nombre de décès sera de 303 000 en 2015. Cette diminution remarquable est toutefois encore bien loin de la cible. La diminution du taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale s'est aussi accélérée au cours de la décennie écoulée, passant de 1,2 % au cours de la période 1990-2000 à 3,0 % entre 2000 et 2015. Les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, où les diminutions ont parfois été de plus de 60 % entre 1990 et 2015, ont été les principaux moteurs de cette baisse. 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.[4]

---

[1] OMS, UNICEF. *Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025 : le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013, disponible à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/fr/, (consulté le 18 décembre 2015).

[2] Global health estimates: deaths by cause, age and sex 2000-2012. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015, disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, et Liu L et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis, *The Lancet,* 2015, 385:430-440, DOI, disponible à l'adresse http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6, et à l'adresse http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61698-6/abstract (consulté le 18 décembre 2015).

[3] OMS, UNICEF. *L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015, disponible à l'adresse http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/fr/ (consulté le 18 décembre 2015).

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

16. Suite aux consultations menées auprès des États Membres et de différents acteurs publics, l'OMS et ses partenaires ont mis au point les éléments d'un cadre conceptuel destiné à « éliminer la mortalité maternelle évitable » après 2015.[1] Une déclaration consensuelle comportant des résultats, des cibles et des objectifs a été publiée.[2] Cette déclaration indique notamment, pour la mortalité maternelle, une cible mondiale moyenne de moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030, étant entendu que dans aucun pays ce chiffre ne doit pas être plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale. Reconnaissant qu'il convient de favoriser les synergies dans les méthodes pour mettre un terme à la mortalité maternelle et néonatale évitable, la communauté mondiale travaille à des mesures conjointes et à des objectifs stratégiques communs. Concrètement, l'OMS dirige les efforts mondiaux en vue d'élaborer des normes pour la qualité des soins maternels et néonatals, assorties de lignes directrices pour la mise en œuvre, ainsi que d'un cadre de mesure qui permettra d'évaluer les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à l'échelle mondiale et dans les pays.

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

17. 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 reproductive de qualité. De nombreux États Membres ont appliqué des programmes destinés à accroître l'accès à des interventions efficaces. La prévalence de la contraception par une méthode moderne chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, est passée de 48 % à 58 % entre 1990 et 2015 ; toutefois elles sont encore 24 % à souhaiter arrêter d'avoir des enfants ou retarder une grossesse mais à n'utiliser aucun moyen moderne de contraception. La proportion de femmes bénéficiant de soins prénatals est très élevée pour une seule consultation (88 %), mais tombe malheureusement à 64 % pour le nombre minimum recommandé de quatre consultations. Dans la Région africaine (qui enregistre les taux de mortalité maternelle les plus élevés), 54 % des accouchements sont pratiqués par du personnel qualifié, mais les enquêtes récentes commencent à montrer que la situation s'améliore dans plusieurs pays.

18. 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 publiée 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, pour que davantage d'importance soit accordée à la santé des adolescents, et à la résolution WHA64.28 sur les risques pour la santé des jeunes adoptée en 2011, l'OMS a présenté un rapport intitulé *Health for the world's adolescents* lors de la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.[3] 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. Afin d'accélérer l'action menée dans les pays, le Secrétariat propose d'élaborer un cadre

[1] Voir « Strategies toward ending preventable maternal mortality », disponible à l'adresse http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consulté le 18 décembre 2015).

[2] Voir la déclaration consensuelle « Cibles et stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables », disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130777/1/WHO_RHR_14.21_fre.pdf?ua=1 (consulté le 18 décembre 2015).

[3] Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014, disponible à l'adresse http://apps.who.int/adolescent/second-decade, (consulté le 18 décembre 2015).

mondial qui servirait de base à des plans nationaux cohérents et d'harmoniser les contributions des acteurs pertinents pour la mise en œuvre.[1]

19. 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 directives visant à prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement,[2] des lignes directrices pour promouvoir des programmes de planification familiale fondés sur une approche conforme aux droits de l'homme[3] et des notes d'orientation sur les principaux thèmes relatifs à la santé reproductive.[4]

20. 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, parmi lesquels 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 continue à coordonner 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.

21. En 2015, quatrième et dernière 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 des Nations Unies, l'action au niveau des pays s'est poursuivie dans les domaines prioritaires clés, 17 pays passant à une deuxième phase de financement ciblé. Parmi les 75 pays prioritaires, 68 ont mis en œuvre des cadres nationaux de redevabilité à l'aide de fonds catalytiques destinés à soutenir les recommandations de la Commission ; 55 ont réalisé des études sur les décès maternels en milieu hospitalier et 30 ont mené ces études au sein des communautés ; 33 pays ont tenu pendant au moins une année complète les comptes nationaux de la santé ; dans 21 pays, la société civile, les parlements et les médias se sont engagés en faveur d'un contrôle des dépenses budgétaires ; et les parlements de 30 pays ont pris des mesures législatives en faveur des femmes et des enfants, notamment pour une augmentation des budgets alloués.

---

[1] Voir le document A68/15, dont la Commission A de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a pris note lors de ses dixième et onzième séances (section 3), disponible à l'adresse http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-A-B-PSR/A68_APSR11-en.pdf (consulté le 18 décembre 2015).

[2] *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011, disponible à l'adresse http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/, note d'orientation en français (consulté le 18 décembre 2015).

[3] Pour de plus amples renseignements sur les lignes directrices pertinentes, voir http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/ (consulté le 18 décembre 2015).

[4] Voir http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/ (consulté le 18 décembre 2015).

22. Cette année, pour la première fois, les membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques ont utilisé un nouveau marqueur pour mieux saisir les données sur l'aide à l'appui de la santé reproductive, de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les notifications ont été limitées au cours de cette première période d'utilisation de ce marqueur, mais il devrait permettre d'obtenir des résultats plus complets au cours des années ultérieures.

23. Le mécanisme de financement mondial, hébergé par le Groupe de la Banque mondiale, est apparu comme un instrument important de l'alignement des investissements dans les domaines de l'enregistrement des données d'état civil et des statistiques d'état civil, ainsi que pour d'autres futures priorités liées à la redevabilité. Le Gouvernement canadien a promis Can $100 millions pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des données d'état civil et des statistiques d'état civil par l'intermédiaire du mécanisme de financement mondial et pour appuyer l'initiative Chaque femme, chaque enfant.

24. En septembre 2015, le Groupe d'examen indépendant a publié son rapport final, intitulé « Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent : réalisations et perspectives », qui a été présenté lors d'une manifestation en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies à New York. Le rapport a souligné que, bien que des progrès aient été accomplis pour l'ensemble des 10 recommandations initiales de la Commission de l'information et de la redevabilité, seul un petit nombre d'entre elles avaient été pleinement mises en œuvre, laissant ainsi des possibilités de progrès au titre du prochain cadre de redevabilité qui accompagnera la Stratégie mondiale 2015-2030.[1] Ces conclusions, ainsi que les recommandations du Groupe d'examen indépendant d'experts pour la phase suivante, ont été examinées de manière plus approfondie lors d'une réunion des parties intéressées sur la redevabilité (Genève, 16-17 novembre 2015).

25. Dans le même temps, la communauté mondiale a célébré le lancement d'une nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent par le Secrétaire général des Nations Unies. La Stratégie mondiale s'intéresse au programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé pour les femmes et les enfants, mais nourrit une ambition beaucoup plus grande : faire en sorte que les femmes, les enfants et les adolescents soient en mesure de posséder le meilleur état de santé possible. Les objectifs de la Stratégie mondiale comprennent 17 cibles qui découlent des objectifs de développement durable du Programme de développement durable à l'horizon 2030, et sont particulièrement pertinentes pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. L'OMS suivra à l'avenir les progrès accomplis pour atteindre ces cibles et fournira une assistance technique aux pays pour qu'ils mettent en pratique la Stratégie mondiale (voir aussi le document EB138/15 portant sur un plan opérationnel pour faire avancer la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent).

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2015/en/, résumé d'orientation en français (consulté le 18 décembre 2015).

Objectif 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies), 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

26. On estime qu'en 2014, 2 millions de personnes ont contracté l'infection à VIH, contre 3,1 millions en 2000. De multiples interventions préventives contribuent à ce recul, y compris la promotion de changements de comportement et des interventions biomédicales.

27. Fin 2014, quelque 14,9 millions de personnes dans le monde avaient reçu un traitement antirétroviral, alors qu'elles n'étaient que 690 000 en 2000. Ce chiffre ne représente cependant que 40 % des 36,9 millions de personnes qui, selon les estimations, vivent avec le VIH. Or les recommandations figurant dans l'ensemble des lignes directrices de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux, publiées en 2013,[1] se sont traduites par une recrudescence du nombre de personnes infectées à traiter. Par conséquent, l'accès universel au traitement sera plus difficile dans un avenir proche. Néanmoins, à la mi-2015, la cible mondiale de 15 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici à 2015 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avait été dépassée.

28. 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 millions en 2005 à 1,2 million environ en 2014. 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

29. Au niveau mondial, la cible concernant expressément le paludisme a déjà été atteinte. En ce qui concerne les progrès réalisés au niveau des pays, sur les 106 pays où la transmission du paludisme se poursuivait en 2000, 102 devraient avoir atteint la cible consistant à inverser l'incidence de la maladie. En 2015, on estime que 214 millions de cas ont entraîné 438 000 décès dans le monde. L'extension de la couverture par des interventions telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation d'insecticide 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 37 % à l'échelle mondiale entre 2000 et 2015. Par ailleurs, les taux de mortalité ont reculé de 60 %. De gros défis demeurent toutefois. En 2013, 278 millions sur les 840 millions de personnes exposées au risque de contracter la maladie en Afrique subsaharienne vivaient dans des foyers ne disposant pas d'une seule moustiquaire imprégnée d'insecticide ; sur les 35 millions de femmes enceintes, 15 millions ne recevaient aucun traitement préventif ; et entre 56 et 69 millions d'enfants atteints de la maladie ne bénéficiaient pas des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

30. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose dans le monde a baissé en moyenne de 1,5 % par an entre 2000 et 2014, ce qui signifie que la cible consistant à avoir maîtrisé la tuberculose et à avoir inversé la courbe de l'incidence a été atteinte. Les taux d'incidence baissent également dans toutes les Régions de l'OMS et dans 16 des 22 pays où la charge de morbidité est la plus élevée. Entre 1990 et 2015, la mortalité due à la tuberculose a régressé de 47 % et la prévalence de la maladie a baissé

[1] OMS. *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Recommandations pour une approche de santé publique.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 disponible à l'adresse http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/fr/ (consulté le 18 décembre 2015).

de 42 %. À l'échelle mondiale, les taux de guérison pour les nouveaux cas se sont maintenus à des niveaux élevés depuis 2005, à près de 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 2014 à 9,6 millions et le nombre de décès à 1,5 million (dont 400 000 personnes séropositives pour le VIH).

31. La cible 6.C englobe les maladies tropicales négligées, un groupe hétérogène de maladies infectieuses causées par divers agents pathogènes. La trypanosomiase humaine africaine ayant atteint, par le nombre de cas notifiés, son niveau d'incidence le plus bas en 50 ans, avec moins de 4000 cas en 2014, son élimination en tant que problème de santé publique est maintenant escomptée d'ici à 2020. La dracunculose est sur le point d'être éradiquée avec 126 cas recensés en 2014 – un record historique ; l'OMS a toujours comme objectif d'interrompre sa transmission d'ici la fin de 2015. En Éthiopie, au Mali, au Soudan du Sud et au Tchad, où des cas de dracunculose apparaissent toujours, des solutions locales doivent être trouvées à brève échéance pour résorber les difficultés actuelles. Des plans en vue d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique d'ici à 2020 ont été établis et leur mise en œuvre progresse. L'élimination de la leishmaniose viscérale en tant que problème de santé publique à l'horizon 2020 sur le sous-continent indien est en bonne voie puisque le nombre de cas a reculé de plus de 75 % depuis le lancement du programme d'élimination en 2005. Plus de 5 milliards de traitements ont été administrés depuis 2000 afin d'arrêter la propagation de la filariose lymphatique, dont l'élimination en tant que problème de santé publique est prévue d'ici à 2020. Sur les 73 pays d'endémie connus, 39 sont en passe d'atteindre la cible relative à l'élimination. Grâce à des campagnes de prévention, plus de 845 millions de personnes ont reçu un traitement préventif contre l'une au moins de ces maladies en 2014. Pour la dengue – l'infection à transmission vectorielle qui se propage le plus vite dans le monde –, les mesures novatrices, efficaces et durables de lutte antivectorielle et de prévention (y compris les vaccins, pour autant qu'ils soient homologués) exigent des stratégies et des programmes nationaux solides et bien financés, et le soutien de partenaires dans le monde de la santé publique afin de réduire la morbidité et la mortalité d'ici à 2020.

Objectif 7 (Préserver l'environnement), 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 potable ni à des services d'assainissement de base

32. Les interventions tendant à améliorer l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base relèvent de la cible 7.C. Cette cible a été atteinte en 2010 pour l'eau potable, mesurée par l'indicateur indirect d'accès à des sources d'eau potable améliorées. En 2015, la population en bénéficiait à 91 % contre 76 % en 1990. La couverture est d'au moins 90 % dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception de la Région africaine. Malgré des progrès impressionnants, des disparités existent d'une Région à l'autre, entre les zones urbaines et les zones rurales, les nantis et les défavorisés. S'agissant des services d'assainissement de base, 2,1 milliards de personnes ont obtenu un accès à une installation d'assainissement améliorée depuis 1990 ; néanmoins, en 2015, près de 2,4 milliards de personnes (environ le tiers de la population mondiale) en étaient toujours privées. Pour 700 millions de personnes, la cible mondiale relative à l'assainissement n'a pas été atteinte. Le Secrétaire général des Nations Unies a appelé à redoubler d'efforts pour réaliser la cible 7.C portant sur l'assainissement. L'OMS s'est engagée à mobiliser le secteur de la santé afin de résoudre la crise de l'assainissement moyennant une sensibilisation, une assistance technique et un meilleur suivi mondial.

Objectif 8 (Mettre en place un partenariat mondial pour le développement), cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

33. 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 les données issues de 26 enquêtes menées dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure – générées en utilisant la méthode normalisée OMS/ Health Action International – la disponibilité des médicaments génériques était de 58 % et 67 % dans les établissements du secteur public et du secteur privé. 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 intermédiaire de la tranche inférieure, les patients payaient plus du triple du prix international de référence.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

34. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport.

= = =