



## Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

### Rapport du Secrétariat

1. Les dirigeants du monde entier se sont rassemblés lors de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New-York, 20-22 septembre 2010) pour faire le point et déterminer l'action à mener.<sup>1</sup> Le document final de la Réunion est la dernière déclaration en date des États Membres reflétant un consensus sur les moyens d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).<sup>2</sup> Le présent rapport rend compte des dernières tendances concernant les OMD liés à la santé.<sup>3</sup> De plus, en application de la résolution WHA63.24, il dresse un bilan des efforts entrepris pour réduire la mortalité de l'enfant moyennant la prévention et le traitement de la pneumonie ; et il donne un aperçu de la contribution de l'OMS à la Réunion plénière de haut niveau sur les OMD et aux suites qui y sont données.

### SITUATION ACTUELLE ET TENDANCES

2. Les progrès accomplis dans la réalisation des OMD liés à la santé varient d'un pays à l'autre et d'un objectif à l'autre.

3. La **dénutrition** demeure fréquente chez les enfants de moins de cinq ans : selon de récentes estimations, elle concerne 115 millions d'enfants dans le monde. Il ressort des données que la prévalence diminue au niveau mondial, mais les progrès sont inégaux. En Afrique, la stagnation de la prévalence couplée à la croissance démographique s'est traduite par une augmentation du nombre d'enfants ayant une insuffisance pondérale, qui est passé de 24 millions en 1990 à 30 millions en 2010. Mais c'est l'Asie qui compte le plus grand nombre d'enfants en déficit pondéral : environ 71 millions en 2010.

---

<sup>1</sup> La Réunion plénière de haut niveau fait suite à la Déclaration du Millénaire et au Consensus de Monterrey, adopté à la Conférence internationale sur le financement du développement (Monterrey, Mexique, 18-22 mars 2002).

<sup>2</sup> Voir la résolution 65/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies, intitulée « Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ».

<sup>3</sup> Comme demandé, entre autres, dans la résolution WHA63.15.

4. La **mortalité de l'enfant** continue à décroître dans le monde. Le nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans est passé de 12,4 millions en 1990 à 8,1 millions en 2009. La mortalité des moins de cinq ans est passée de 89 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 60 pour 1000 en 2009, diminuant d'un tiers environ, et la baisse s'est accélérée pendant la période 2000-2009 par rapport aux années 1990. Malgré ces chiffres, il faudra faire bien plus d'efforts encore pour la cible 4.A d'une réduction des deux tiers de la mortalité entre 1990 et 2015. La pneumonie et les maladies diarrhéiques sont les deux premières causes de mortalité chez les moins de cinq ans, avec respectivement 18 % et 15 % de l'ensemble des décès. Ces chiffres comprennent les décès qui surviennent pendant la période néonatale. Les décès néonataux représentent une part de plus en plus importante des décès enregistrés chez les moins de cinq ans, environ 40 %.

5. En 2009, le taux de couverture de la vaccination antirougeoleuse était de 82 % chez les enfants de 12 à 23 mois dans l'ensemble du monde, alors qu'elle n'était que de 73 % en 1990. Mais la couverture d'**interventions** cruciales **contre des maladies de l'enfant** souvent mortelles reste insuffisante. Au nombre de ces interventions figurent la thérapie de réhydratation orale et la supplémentation en zinc pour traiter la diarrhée et l'antibiothérapie contre la pneumonie. La plupart des décès d'enfants dus à la pneumonie pourraient être évités si les interventions efficaces étaient appliquées à grande échelle et si la plupart des populations vulnérables en bénéficiaient.

6. **Mortalité maternelle.** D'après les estimations, le nombre de femmes qui meurent de complications pendant la grossesse ou à l'accouchement a diminué de 34 % : de 546 000 en 1990, il est passé à 358 000 en 2008, selon les nouvelles estimations des Nations Unies publiées en 2010. Les progrès sont notables, mais le taux de baisse annuel de 2,3 % ne représente pas même la moitié des 5,5 % nécessaires pour atteindre la cible 5.A d'une réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Presque tous les décès maternels (99 %) recensés en 2008 se sont produits dans des pays en développement.

7. La couverture des interventions destinées à réduire la mortalité maternelle, y compris les services de planification familiale et l'accès de toutes les femmes à des soins prodigués par un personnel qualifié pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, a augmenté. Les dernières estimations montrent que, dans les pays en développement, 63 % des femmes de 15 à 49 ans mariées ou vivant en union utilisaient un moyen de contraception. Si 78 % des femmes enceintes ont bénéficié de soins prénatals au moins une fois au cours de la période 2000-2010, seules 53 % ont bénéficié du minimum de quatre consultations recommandées par l'OMS. Le pourcentage d'accouchements se déroulant en présence de personnel qualifié est passé de 58 % en 1990 à 68 % en 2008.

8. Un nombre croissant de pays ont enregistré une diminution du nombre de cas confirmés de **paludisme** et/ou d'hospitalisations et de décès dus à cette maladie depuis 2000.<sup>1</sup> Les efforts mondiaux de lutte ont entraîné une réduction du nombre estimé des décès qui a été ramené de près de 1 million en 2000 à 781 000 en 2009. Le nombre estimé de cas de paludisme est passé de 233 millions en 2000 à 244 millions en 2005, pour retomber ensuite à 225 millions en 2009. On a constaté une réduction de plus de 50 % des cas confirmés de paludisme et des hospitalisations et décès entre 2000 et 2009 dans 11 pays et un territoire de la Région africaine au total. Dans les autres Régions de l'OMS, le nombre signalé de cas confirmés de paludisme a baissé de plus de 50 % dans 32 pays.

9. À l'échelle mondiale, le nombre annuel de cas de **tuberculose** continue à augmenter légèrement, car le lent recul du taux d'incidence par habitant est compensé par la croissance

---

<sup>1</sup> *World malaria report 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

démographique. En 2009, le nombre de cas était compris, d'après les estimations, entre 12 et 16 millions, et le nombre de cas nouveaux était estimé à 9,4 millions. On estime que 1,3 million de personnes VIH-négatives sont mortes de la tuberculose en 2009. La mortalité imputable à cette maladie a chuté de plus d'un tiers depuis 1990. En 2009, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont déclaré 5,8 millions de cas. En 2008, le taux de succès thérapeutique atteignait 86 % pour l'ensemble du monde et 87 % dans les pays fortement touchés par la maladie ; c'est la deuxième année consécutive où la cible de 85 % (demandée à l'origine par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1991)<sup>1</sup> a été dépassée. Toutefois, la tuberculose multirésistante continue à poser problème.

10. En 2009, on estimait à 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le **VIH**, à 2,6 millions le nombre de nouvelles infections et à 1,8 million le nombre de décès liés au VIH/sida. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde a continué à augmenter et était de 23 % plus élevé en 2009 qu'en 1999. Mais il semble que la progression globale de l'épidémie mondiale se soit stabilisée, car le nombre annuel de nouvelles infections diminue régulièrement. En 2009, le nombre estimatif de nouvelles infections était presque de 20 % inférieur à celui de 1999. L'augmentation du nombre de personnes VIH-positives tient en partie à l'allongement de l'espérance de vie sous l'effet de la thérapie antirétrovirale, dont, en décembre 2009, plus de 5 millions de personnes bénéficiaient dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Malgré ces progrès à l'échelle mondiale, le taux de couverture du traitement reste faible : en 2009, seulement 36 % des personnes qui en avaient besoin bénéficiaient du traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La même année, d'après les estimations, 1,4 million de femmes VIH-positives ont accouché et environ 370 000 des enfants qu'elles ont mis au monde ont été contaminés pendant la période périnatale et l'allaitement, pour la plupart en Afrique subsaharienne.

11. Les **maladies tropicales négligées** touchent plus d'un milliard de personnes, principalement au sein de populations pauvres vivant sous des climats tropicaux ou subtropicaux. D'après les données communiquées par 121 pays, la prévalence de la lèpre dans le monde était de 213 036 début 2009 et, en 2008, 249 007 nouveaux cas avaient été dépistés. En 2009, la filariose lymphatique était endémique dans 81 pays, dont 53 appliquaient des programmes de traitement de masse ; le nombre de personnes traitées est passé de 10 millions en 2000 à 546 millions en 2007. Depuis 1989, le nombre de nouveaux cas de dracunculose a chuté, passant de 892 055 dans 12 pays d'endémie à 3190 dans quatre pays d'endémie en 2009, soit une diminution de plus de 99 %.<sup>2</sup> Malheureusement, les flambées épidémiques de dengue se multiplient et s'étendent géographiquement ; actuellement, des cas de dengue sont signalés dans cinq des six Régions de l'OMS.

12. La proportion de la population mondiale qui a accès à des points d'**eau de boisson** améliorés est passée de 77 % à 87 % entre 1990 et 2008. L'un des éléments de la cible 7.C du septième objectif du Millénaire pour le développement consiste à réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable. Compte tenu du taux enregistré actuellement, cette cible sera probablement atteinte. Néanmoins, en 2008, quelque 884 millions de personnes, dont 84 % vivant en zone rurale, se contentaient encore de points d'eau non améliorés. L'autre élément de la cible 7.C consiste à réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à des services d'assainissement de base. Les progrès actuellement réalisés sont insuffisants pour atteindre cette cible. En 2008, 2,6 milliards de personnes n'utilisaient pas de systèmes d'assainissement améliorés et plus de 1,1 milliard d'entre elles n'avaient pas accès à des

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA44.8.

<sup>2</sup> Voir le document EB128/15 pour plus de précisions.

toilettes ni à un quelconque système d'assainissement. Si les tendances actuelles se maintiennent, cet élément de la cible 7.C ne sera pas atteint.

13. Dans les pays en développement, les **médicaments essentiels** restent chers et peu disponibles. D'après des enquêtes effectuées dans plus de 40 pays, pour la plupart à revenu faible ou intermédiaire, certains médicaments génériques ne sont disponibles que dans 42 % des centres de santé du secteur public et 64 % des centres de santé du secteur privé. Le manque de médicaments dans le secteur public oblige les patients à les acheter dans le secteur privé, où le prix des génériques est en moyenne de 630 % supérieur à leur prix de référence international, les marques d'origine étant généralement plus chères encore.

## **Pneumonie**

14. Suite à l'adoption de la résolution WHA63.24 sur la prévention et le traitement de la pneumonie, plusieurs pays ont mis en place la prise en charge communautaire intégrée, qui est l'une des stratégies reconnues pour élargir l'accès à des soins de qualité. Des pays comme l'Éthiopie et le Malawi ont montré que ces stratégies pouvaient contribuer à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

15. Les déclarations conjointes de l'UNICEF et de l'OMS sur la prise en charge des enfants atteints de diarrhée et de pneumonie ont servi de base à un certain nombre de pays pour entamer un dialogue politique sur les moyens d'élargir l'accès aux soins. Ceux-ci peuvent être fournis par des agents de santé communautaires formés et encadrés. Sur les 68 pays suivis dans le cadre de l'Initiative « Countdown to 2015 »,<sup>1</sup> 29 ont changé de politique pour permettre une prise en charge communautaire de la pneumonie. Le Népal et le Sénégal ont étendu les programmes communautaires et obtenu de bons résultats.

16. Afin d'encourager et de faciliter l'application d'interventions coordonnées et élargies contre la pneumonie et la diarrhée chez les moins de cinq ans dans les pays en développement, l'OMS prévoit quatre ateliers régionaux (trois dans la Région africaine et un dans la Région de l'Asie du Sud-Est) en 2011-2012, en collaboration avec les ministères de la santé, l'UNICEF et d'autres partenaires. Ce sont les Régions qui enregistrent la plus forte mortalité par pneumonie et par diarrhée et elles abritent un grand nombre de pays qui ne sont pas en voie d'atteindre le quatrième objectif du Millénaire pour le développement (réduire la mortalité des enfants).

17. Un nombre sans précédent de pays de la Région africaine, de la Région des Amériques et de la Région de la Méditerranée orientale vont introduire les vaccins antipneumococciques conjugués dans l'année qui vient, avec l'appui de l'Alliance GAVI. Les essais cliniques effectués dans des pays en développement (ainsi que l'expérience des pays industrialisés qui ont utilisé le vaccin) indiquent que ces vaccins, associés au vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b déjà en usage dans ces pays, auront un effet sensible sur la morbidité et la mortalité causées par la pneumonie. En 2010, la Gambie et le Rwanda, qui utilisent le vaccin antipneumococcique heptavalent, passeront au nouveau vaccin 13-valent qui protège contre 13 sérotypes pneumococciques, y compris les sérotypes très répandus dans les pays en développement. Début 2011, le Kenya introduira un vaccin décavalent, tandis que le Guyana, le Honduras et le Nicaragua adopteront le vaccin 13-valent. Le Rwanda a déjà profité de l'introduction des vaccins antipneumococciques conjugués pour étendre d'autres stratégies de lutte

---

<sup>1</sup> *Countdown to 2015 decade report (2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, 2010.

contre la pneumonie et le Kenya projette de faire de même. Les autres pays qui introduisent les vaccins recevront un appui afin d'en faire autant. Le Cameroun, le Congo, le Mali, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la Sierra Leone et le Yémen se préparent à introduire le vaccin 13-valent en 2011, tandis que le Bénin, le Burundi, l'Éthiopie, Madagascar, le Malawi et le Pakistan ont prévu d'adopter les vaccins en 2012.

## **RÉUNION PLÉNIÈRE DE HAUT NIVEAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES SUR LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT – ET SUITE À DONNER**

18. Le document final adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies définit une série de mesures qui, si elles sont appliquées à suffisamment grande échelle et adaptées à la situation propre à chaque pays, permettront d'atteindre les OMD. La Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement a également permis de déterminer les engagements importants que peut prendre la communauté internationale, notamment ceux figurant dans le document final, et incité à prendre des initiatives audacieuses, comme la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant. Élaborée avec l'appui et le concours du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (dont l'OMS est membre), cette Stratégie a été initialement envisagée lors de réunions d'information techniques organisées pendant la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2010.

19. Le document final s'appuie sur dix années d'efforts et de progrès ainsi que sur une série de résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et de l'Assemblée générale des Nations Unies, et de rapports qui entérinent les mesures consensuelles prioritaires à prendre pour atteindre certains OMD liés à la santé et résoudre des problèmes de fond dans les systèmes de santé.<sup>1</sup> Les conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé et de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé guident l'OMS et les pays dans les efforts qu'ils font pour renforcer les liens entre santé, lutte contre la pauvreté, équité hommes-femmes et droits humains et pour remédier aux inégalités en santé, initiatives qu'encourage aussi le document final. Aux termes de sa Constitution, l'OMS a pour but « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Une série d'interventions techniques sont nécessaires pour y parvenir. Par contraste, l'exécution des programmes de santé repose sur l'interconnexion avec d'autres secteurs et sur la résolution de problèmes relevant de la politique étrangère<sup>2</sup> et dont s'occupent les décideurs nationaux : développement économique et social, action humanitaire, allocation des ressources, commerce, transfert de technologie, propriété intellectuelle, efficacité de l'aide, responsabilité mutuelle, qualité de la gouvernance, souveraineté nationale et notions de sécurité des individus. Ces initiatives contribuent à maintenir la santé au premier rang des préoccupations politiques. Dans ses déclarations de 2009 et de 2010, le G8 a confirmé son adhésion aux OMD et est resté fidèle à ses engagements.

20. Les initiatives spécifiques prises par l'OMS en lien direct avec les OMD sont aussi exposées dans d'autres documents soumis à l'Assemblée de la Santé, notamment ceux qui portent sur le

---

<sup>1</sup> Parmi lesquels la Déclaration ministérielle sur les objectifs et les engagements internationaux concernant la santé publique mondiale adoptée lors de l'examen ministériel annuel de 2009 du Conseil économique et social des Nations Unies.

<sup>2</sup> Voir par exemple les résolutions 63/33 et 64/108 de l'Assemblée générale des Nations Unies et le rapport 64/365, qui encouragent à impliquer davantage les acteurs de la politique étrangère dans l'action sanitaire et à assurer une plus grande cohérence des politiques de santé et des politiques étrangères.

renforcement des systèmes de santé, le financement futur de l'OMS, la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015, le paludisme, la stratégie mondiale de vaccination, la nutrition du nourrisson et du jeune enfant et le plan d'application en la matière, l'éradication de la dracunculose et la gestion sans risque de l'eau de boisson.<sup>1</sup>

21. L'OMS a beaucoup collaboré avec d'autres organismes du système des Nations Unies et avec le Bureau du Secrétaire général pour préparer la Réunion plénière de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, et elle a participé activement à plus de 20 manifestations organisées parallèlement à la Réunion (un tiers de ces manifestations étaient consacrées à la santé), dont plusieurs ont jeté les bases de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (qui doit se tenir en septembre 2011).<sup>2</sup> Il est ressorti des déclarations faites à l'Assemblée générale que la santé restait au premier rang des préoccupations nationales.

### **Suite à donner à la Stratégie mondiale du Secrétaire général pour la santé de la femme et de l'enfant**

22. Avant la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA et la Banque mondiale (réunis au sein du groupe H4+) ont, à la demande du Bureau du Secrétaire général, animé les consultations sur le projet de stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant dans les 25 pays à très faible revenu qui enregistrent une forte mortalité. Le but était de mettre en lumière les engagements des pays à mener l'action jugée prioritaire pour la santé de la femme et de l'enfant, dans le cadre des processus existants au niveau des pays et des mécanismes de coordination des Nations Unies. Le groupe H4+ a mené les discussions avec les gouvernements et les acteurs nationaux. Les engagements mis en lumière ont été soulignés lors de la Réunion et annexés à la Stratégie mondiale.

23. Suite à la Réunion plénière de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, les engagements spécifiques pour les 25 pays à lourde charge de mortalité ont été regroupés et analysés afin de déterminer les mesures à prendre, les activités à mener et l'appui nécessaire à leur concrétisation. L'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies s'aident de ces résultats pour fixer leurs priorités concernant l'appui technique et autre à fournir aux pays. Le cadre analytique servira aussi à obtenir une justification de l'action menée.

24. Dans les 24 pays restants à très faible revenu, on a entrepris de déterminer les engagements spécifiques à prendre dans les domaines cruciaux où un surcroît d'efforts et de ressources pourrait avoir des effets importants. L'approche suivie est semblable à celle ayant permis de mettre en lumière les engagements avant la Réunion plénière de haut niveau.

### **Cohérence des plans, politiques et stratégies sanitaires nationaux**

25. La réalisation des objectifs exige des politiques sanitaires nationales et mondiales cohérentes. Le Secrétariat a fourni un appui supplémentaire aux pays pour qu'ils coordonnent mieux leurs stratégies, politiques et plans sanitaires nationaux, de sorte que le système de santé assure un ensemble intégré de services pour combattre toutes les maladies et rassemble tous les acteurs. Pareille approche nécessite un engagement politique de haut niveau et l'appui continu des partenaires de développement.

---

<sup>1</sup> Documents A64/12 et A64/13 ; A64/4 ; A64/15 ; A64/19 ; A64/14 ; A64/22 ; A64/20 et A64/24.

<sup>2</sup> Voir les documents A64/21 et A64/21 Add.1.

26. En prévision du Quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (qui se tiendra à Busan, en République de Corée, du 26 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2011), l'OMS continuera à contribuer à la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005) et du Programme d'action d'Accra (2008). Elle continuera à soutenir les engagements internationaux en faveur du renforcement des systèmes de santé en préconisant l'élaboration et l'utilisation de stratégies, de politiques et de plans sanitaires nationaux pour une plus grande concordance avec les priorités nationales et une plus grande cohérence des avis donnés sur les politiques de financement nationales. De même, l'OMS collabore avec la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI à la mise en place d'une base commune de financement, conformément aux recommandations du Groupe spécial de haut niveau sur le financement international novateur des systèmes de santé.

27. L'harmonisation et une plus grande cohérence au niveau des pays requièrent la collaboration d'un vaste ensemble d'acteurs, comme le souligne à plusieurs reprises le document final. Par conséquent, l'OMS intensifie ses efforts dans ce domaine, par exemple en collaborant avec le Partenariat international pour la santé et les initiatives apparentées (IHP+) et en renouvelant son engagement en faveur des soins de santé primaires.

### **Des systèmes de santé plus solides**

28. La réalisation des objectifs liés à la santé dépendra beaucoup de la mesure dans laquelle les programmes de santé peuvent être intégrés et les systèmes de santé renforcés (notamment en termes de personnel de santé, de financement et d'organisation de la prestation des services). La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé,<sup>1</sup> qui doit maintenant être appliqué. Les stratégies de financement de la santé sont récapitulées dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*.

29. Pour agir de façon plus énergique au niveau national, les bureaux de pays de l'OMS devront augmenter leurs capacités et être plus efficaces, surtout dans leur rôle de mobilisation, de facilitation et de fournisseur d'appui aux autorités nationales afin qu'elles soient mieux à même de faire figurer la santé en bonne place parmi les priorités nationales, d'assurer la coordination entre les nombreux acteurs, d'adopter des plans nationaux mesurables et d'améliorer ainsi la cohérence des politiques, la coordination et la collaboration.

30. L'OMS collabore avec différents partenaires pour trouver les moyens d'intensifier l'action sanitaire intersectorielle, y compris d'utiliser des indicateurs pour mesurer l'impact de différentes stratégies. La Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (qui se tiendra à Rio de Janeiro, au Brésil, du 19 au 21 octobre 2011) offrira un espace de discussion pour définir ces stratégies.

### **Mobiliser les ressources nécessaires**

31. La mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs liés à la santé, combler les déficits de financement et renforcer les systèmes de santé reste un sujet de préoccupation. D'après de récentes statistiques sur les tendances de l'aide publique au développement consacrée à la santé par habitant dans les 46 pays de la Région africaine, le financement a sensiblement augmenté pour le sixième objectif (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) mais est resté inchangé

<sup>1</sup> Voir la résolution WHA63.16.

pour les autres objectifs. De plus, un tiers des indigents vivent dans des États qui reçoivent jusqu'à moins de 40 % d'aide par habitant que les autres pays à faible revenu.

32. La Réunion plénière de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement a suscité plusieurs engagements en faveur des objectifs liés à la santé. Plus de US \$40 milliards de dons ont été promis sur une période de cinq ans pour financer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. La Réunion plénière de haut niveau a également eu une influence sur le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : pour la troisième reconstitution volontaire du Fonds organisée à la deuxième réunion (New York, 4 et 5 octobre 2010), les donateurs se sont engagés à verser une somme record de US \$11,7 milliards pour 2011-2013. L'Alliance GAVI a tenu une réunion similaire. Des initiatives comme UNITAID (qui collecte quelque US \$300 millions par an) et la Facilité internationale de financement pour la vaccination contribuent aussi de façon importante à financer l'action menée pour atteindre les objectifs liés à la santé.

### **Une plus grande responsabilisation et une meilleure information**

33. Vu combien il est important d'assumer les engagements pris à la Réunion plénière de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, le Secrétaire général des Nations Unies a demandé au Directeur général de diriger l'élaboration d'un cadre de responsabilisation, afin qu'il soit rendu compte des engagements pris et des résultats obtenus concernant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. L'OMS est en train de constituer une commission à durée limitée sur l'information et la responsabilisation dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant, composée de dirigeants et d'experts des États Membres, du système multilatéral, du milieu universitaire, de la société civile et du secteur privé ; des informations sur les progrès réalisés seront présentées à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. La commission déterminera les principes garantissant l'efficacité d'une structure mondiale d'information et de responsabilisation en matière de santé. En outre, elle examinera un cadre destiné à être utilisé par tous les pays qui définit des indicateurs essentiels des ressources pour la santé et les résultats attendus. Le but n'est pas de créer une infrastructure et un système d'information entièrement nouveaux, mais d'harmoniser les dispositifs existants. La commission étudiera aussi les possibilités d'utiliser les technologies d'information sanitaire innovantes dans ce contexte.

34. Il faut des systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs liés à la santé et dans celle d'autres objectifs nationaux se rapportant à la santé et à l'équité. Il faut aussi évaluer l'efficacité des systèmes pour fournir des informations qui aident à prendre des décisions aux niveaux national et international. Les systèmes d'information sanitaire doivent rassembler des informations provenant de différentes sources – enquêtes, centres de santé et organes administratifs, par exemple. Les systèmes d'information sanitaire ont progressé dans de nombreux pays grâce à des dispositifs d'enregistrement des faits d'état civil, à l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès, mais il reste d'importantes lacunes, surtout dans le domaine de la surveillance. L'OMS collabore avec des partenaires et avec le Réseau de métrologie sanitaire afin d'apporter aux pays l'appui dont ils ont besoin pour disposer de données plus nombreuses et de meilleure qualité sur les OMD et d'autres indicateurs.

35. L'OMS continuera à communiquer les estimations les plus récentes concernant la santé dans sa publication annuelle *Statistiques sanitaires mondiales*, qui indique notamment les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs liés à la santé. Ce rapport fournit des estimations comparées pour les principaux indicateurs sanitaires. Mais la qualité des estimations mondiales dépend de la disponibilité et de la qualité des données des pays, qui restent insuffisantes pour de nombreux indicateurs.



36. Les systèmes d'information électroniques et les applications de cybersanté peuvent élargir l'accès à des soins de qualité s'il est fait bon usage des dossiers médicaux électroniques et des dispositifs mobiles. Ces technologies sont aussi en train de modifier le modèle sur lequel est fondée l'information sanitaire en favorisant l'engagement local et en permettant d'accéder aux données à tous les niveaux des systèmes de santé. L'OMS jouera un rôle crucial en veillant à ce que des normes appropriées et des politiques nationales progressives soient appliquées pour exploiter au mieux ces technologies.

37. À sa cent vingt-huitième session en janvier 2011, le Conseil exécutif a examiné une version antérieure du présent rapport<sup>1</sup> et adopté la résolution EB128.R1.

### **MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ**

38. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter la résolution recommandée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB128.R1.

= = =

---

<sup>1</sup> Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbaux de la troisième séance, section 3, et de la cinquième séance.