



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-cinquième session**

Bucarest (Roumanie), 12–15 septembre 2005

Point 6 e) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC55/Inf.Doc./1
17 juin 2005
53700
ORIGINAL : ANGLAIS

**La stratégie du Bureau régional de l'OMS relative aux objectifs
du Millénaire pour le développement en Europe**

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été adoptés par tous les pays du monde pour lutter contre la pauvreté et ses conséquences à l'échelle planétaire. Le présent document a pour but d'exposer brièvement la façon d'améliorer la réalisation de ces objectifs dans la Région européenne de l'OMS par un examen stratégique des possibilités et des difficultés dans ce domaine. Il devrait être considéré en parallèle avec d'autres documents présentés au Comité régional, en particulier celui sur le renforcement des systèmes de santé.

Compte tenu de la nature des OMD, ce document insiste dans une certaine mesure sur les pays de la Région à revenus faibles et moyens. Toutefois, il faut souligner que ces objectifs sont également pertinents pour des pays à revenus moyens et élevés, puisque d'après des données nationales ventilées notamment par région, groupe ethnique et classe sociale, il est peu probable que ces cibles soient atteintes dans certaines zones, et ce, même dans des pays industrialisés. En d'autres termes, les OMD sont aussi utiles aux personnes démunies qui vivent dans des pays riches. Sont également exposés des domaines spécifiques dans lesquels le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe peut aider l'ensemble des pays de la Région qui s'efforcent d'atteindre de tels objectifs.

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l’OMS : état de la situation	1
Un environnement très complexe et en mutation rapide.....	1
Progrès dans la réalisation des OMD	2
Objectifs de la stratégie européenne relative aux OMD.....	3
Solution proposée par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe	4
Orientation stratégique.....	4
Nécessité d’accorder une nouvelle priorité aux OMD.....	5
Annexe 1. La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement	7
Annexe 2. Certains faits liés aux OMD dans la Région européenne.....	9
Références	14

Introduction

1. Le Sommet du Millénaire des Nations Unies, qui s'est tenu en 2000, a réuni des représentants de 189 pays et 147 chefs d'État. Il a débouché principalement sur l'adoption de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, qui comprend des engagements spécifiques et des principes d'action dans des domaines essentiels tels que la paix, les droits de l'homme, la démocratie, la sécurité, l'environnement et la bonne gouvernance (1). Huit cibles sur 18 et 18 indicateurs sur 48 sont directement en rapport avec la santé (voir Annexe 1 pour un tableau récapitulatif). Le fait que l'objectif 2 (Assurer l'éducation primaire pour tous) et l'objectif 3 (Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes) ne soient pas mesurés en termes de santé, puisque leur but principal n'est pas d'améliorer (promouvoir, restaurer ou entretenir) la santé, ne doit en aucun cas minimiser leur importance du point de vue de la santé. Les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui ont trait à la section de la Déclaration portant sur le développement et l'élimination de la pauvreté sont pertinents pour la Région européenne.

2. En 2000, parallèlement au début du processus de réalisation des OMD, l'OMS a créé la Commission sur la macroéconomie et la santé, montrant l'importance de la santé en tant que moteur du développement économique et de l'élimination de la pauvreté. En 2002, à sa Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, elle a réaffirmé son engagement dans la Déclaration du Millénaire par la résolution WHA55.19 et, dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2003*, elle a souligné les principes qui guident ses travaux liés aux OMD (2). Dans ce rapport, il était indiqué que l'OMS aiderait les pays à mettre au point et à réaliser des objectifs en matière de santé qui tiennent compte de leurs particularités et du cadre global des OMD.

3. Les OMD revêtent de l'importance pour la Région européenne de l'OMS. L'hétérogénéité économique de cette Région pose des problèmes et offre en même temps des possibilités. La pauvreté continue à exiger de l'attention dans les pays les plus riches et dans ceux les plus pauvres de la Région. La présence concomitante de pays riches et pauvres, et de personnes riches et pauvres dans ces pays, permettra de coopérer plus étroitement pour lutter contre la pauvreté et résoudre les difficultés majeures qui existent dans le domaine sanitaire.

Objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS : état de la situation

Un environnement très complexe et en mutation rapide

4. Pour aborder la question des OMD dans la Région européenne, il faut commencer par comprendre la situation particulière et relativement complexe de cette Région, dont les principales caractéristiques sont exposées ci-après.

- Environ la moitié des pays y ont subi une grande tourmente économique ces quinze dernières années, au lendemain de la chute de l'Union soviétique et de conflits armés dans les Balkans, le Caucase et certaines républiques d'Asie centrale. La pauvreté a augmenté considérablement dans un contexte de forte alphabétisation. Cette situation est difficilement comparable à aucune autre observée ces dernières décennies.
- L'accès à des soins de santé efficaces a été entravé par le dysfonctionnement des systèmes de santé de ces pays, suivi dans certains cas d'une importante migration du personnel de santé et d'une fuite des compétences dans ce domaine. Cela a aggravé les effets déjà conséquents sur la santé de la pauvreté et des déterminants connexes de la santé.
- Par conséquent, bien que certains pays à faibles revenus de la Région aient les mêmes préoccupations en matière de santé publique que d'autres pays à faibles revenus du monde, en général, s'agissant de la morbidité et des enjeux de santé publique, leur situation est très différente, les maladies non transmissibles ainsi que les lésions représentant une grande part de leur charge de morbidité. Ils enregistrent par conséquent l'un des taux de mortalité adulte les

plus élevés au monde, avec les conséquences qui en découlent sur la pauvreté des familles et des enfants.

- D'importants bouleversements géopolitiques ont continué à se produire ces dernières années, modifiant radicalement la configuration de la Région (par exemple, croissance rapide du nombre de pays dans les années 90 et expansion de l'Union européenne à partir de l'an 2000). La Région européenne de l'OMS comprend actuellement 4 pays à faibles revenus, 15 pays à revenus faibles et moyens, 8 pays à revenus élevés et moyens et 25 pays à hauts revenus.

Progrès dans la réalisation des OMD

5. Mesurer les progrès accomplis en rapport avec les OMD pose un certain nombre de problèmes méthodologiques non négligeables. À commencer par la mesure en soi et la disponibilité de renseignements fiables, puisque très peu de systèmes d'information sanitaire dans la Région fournissent des données de ce type. Afin de suivre les OMD dans les 52 pays concernés, le tableau ci-dessous doit être complété pour chaque État membre, sur l'ensemble de la période couverte par les OMD (voir l'annexe 1 pour l'identification des différents indicateurs de santé).

Tableau 1

	HI 4	HI 5	HI 13	HI 14	HI 15	HI 16	HI 17	HI 18	HI 19	HI 20	HI 21	HI 22	HI 23	HI 24	HI 30	HI 31	HI 46
Pays X																	

6. Compléter le présent tableau à partir de la dernière décennie en vue d'établir des comparaisons soulève une autre difficulté : on ne peut rassembler de données sur des pays qui n'existaient pas encore en 1990–1991 (par exemple, dans le cas de l'ex-République yougoslave de Macédoine, les informations devraient correspondre à l'année de l'indépendance, à savoir 1995 pour la Bosnie-Herzégovine, immédiatement après la guerre).

7. Se pose ensuite le problème de mesurer la pauvreté en termes relatifs (voir l'annexe 2, objectif 1 pour plus de détails).

8. Compte tenu de ces mises en garde, à l'issue d'un examen rapide des OMD dans la Région, on peut dresser le bilan suivant :

- *Objectif 1 : Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim*

Dans la Région européenne, la pauvreté a nettement augmenté dans les pays à revenus faibles et moyens (plus rapidement que dans toute autre région pendant les années 90) et demeure un problème même dans les pays les plus riches. Bien que, comme indiqué, on ne dispose pas de données adaptées pour de nombreux pays, d'après les informations limitées qui sont disponibles sur la pauvreté, plusieurs pays risquent de ne pas atteindre cet objectif.

- *Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous*

Dans la majorité des pays de la Région, les enfants sont ou seront tous scolarisés au niveau primaire. Toutefois, la situation stagne, voire se détériore dans un certain nombre de pays d'Asie centrale, du Caucase et des Balkans, où il reste beaucoup à faire pour améliorer l'accès à l'éducation et la qualité. Cet objectif n'est pas directement en rapport avec la santé.

- *Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes*

Dans la plupart des pays de la Région, l'égalité des sexes dans les établissements d'enseignement primaire est un acquis. Dans certains pays, les garçons sont plus nombreux que les filles à abandonner leurs études. Dans l'ensemble, l'objectif de l'égalité des sexes a plus de chances d'être atteint dans la Région européenne de l'OMS que dans d'autres régions. Cet objectif n'est pas directement en rapport avec la santé.

- *Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants*

La mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué lentement, mais plusieurs pays de la Région, principalement en Asie centrale et dans le Caucase, rencontrent toujours des difficultés considérables dans ce domaine. Le système d'enregistrement des données constitue une fois encore un grave problème dans beaucoup de pays de la Communauté des États indépendants (CEI).

- *Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle*

Plusieurs pays risquent de ne pas atteindre l'objectif visé, à savoir réduire la mortalité maternelle de 75 %. Il importe également de noter que, dans certains cas, des taux de mortalité maternelle élevés dans telle ou telle région ou parmi des groupes sociaux défavorisés risquent d'être masqués par des données qui sont inférieures à l'échelle nationale.

- *Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies*

Le VIH/sida constitue une grave menace pour la santé publique, avec une incidence neuf fois plus importante en Europe orientale et en Asie centrale qu'il y a à peine dix ans. Après avoir diminué régulièrement pendant 40 ans, les cas de tuberculose sont réapparus dans la Région dans les années 90 et constituent aujourd'hui un sérieux problème dans beaucoup de pays. Plus de la moitié des pays à revenus faibles et à revenus faibles et moyens de la Région risquent de ne pas parvenir à cet objectif.

- *Objectif 7 : Assurer un environnement durable*

Les difficultés majeures pour atteindre les cibles liées à l'environnement concernent l'approvisionnement en eau et les services d'assainissement. Si, d'après des données officielles, un très grand nombre de personnes ont accès à de meilleures sources d'eau et à un système d'assainissement plus sûr, des données probantes montrent que la qualité de l'eau, en particulier, demeure un grave problème et un risque important pour la santé de beaucoup d'individus.

- *Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement*

D'après des études récentes menées au niveau mondial, les progrès qui ont été accomplis à ce jour pour atteindre les OMD sont très irréguliers, ce qui se vérifie également pour la Région européenne. La communauté internationale doit donc mener des travaux préliminaires sur une base plus solide. Malgré des besoins tangibles, la Région européenne est celle qui reçoit le moins d'aide publique au développement dans le secteur de la santé (voir l'annexe 2 pour des données précises).

9. Il convient de nouveau de noter que dans le résumé ci-dessus, l'accent semble mis sur la situation des pays à faibles revenus et à revenus faibles et moyens de la Région, alors que les pays à revenus élevés et moyens et à hauts revenus ont déjà atteints – ou atteindront probablement – la plupart des cibles des OMD au niveau national. Malgré cela, comme indiqué précédemment, les OMD présentent toujours un intérêt pour ces derniers, dans la mesure où des données nationales risquent de masquer de grandes disparités au sein d'un même pays. Le Bureau régional invite donc les États membres à se pencher sur cette question et à agir en conséquence ; les OMD constituent un cadre de référence utile pour les autorités nationales, la société civile et la communauté internationale dans l'ensemble de la Région européenne.

Objectifs de la stratégie européenne relative aux OMD

10. Les objectifs axés sur la santé mettent à la fois en évidence des domaines de préoccupation dans lesquels les États membres ont rencontré des difficultés pour réaliser les OMD et des domaines dans lesquels des progrès ont été accomplis. Les progrès limités en la matière font apparaître un manque de financement et l'on s'accorde de plus en plus à reconnaître qu'il faudra augmenter considérablement les ressources affectées à la santé pour atteindre ces objectifs (3). Les limites des systèmes de santé freinent également la mise en œuvre d'importantes initiatives mondiales en faveur de la santé et la

réalisation des OMD (4). Comme l'a souligné une étude récente menée par l'OMS (5), il est indispensable d'améliorer la capacité des systèmes de santé à résoudre les problèmes de pauvreté au niveau des pays. D'après cette étude, cette capacité renforcée devrait permettre : a) d'étudier pourquoi les politiques et pratiques existantes réussissent rarement à atteindre des groupes vulnérables ; et b) de réorienter ces politiques afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les pauvres sur le plan sanitaire. Une capacité améliorée des systèmes de santé contribuerait également à renforcer les efforts des bailleurs de fonds en vue d'harmoniser les mesures prises pour réaliser les OMD.

11. Dans ce contexte, la présente proposition de stratégie européenne relative aux OMD vise les objectifs suivants :

- aider les États membres à accorder la priorité aux mesures à prendre dans leur propre pays et ailleurs en Europe pour atteindre les OMD ;
- améliorer la méthode du Bureau régional eu égard aux OMD afin de fournir une aide mieux ciblée aux pays qui œuvrent à la réalisation des OMD ;
- proposer aux États membres une évaluation dynamique et permanente des progrès accomplis dans la réalisation des OMD, et ce, en tant que contribution essentielle aux deux objectifs susmentionnés.

Solution proposée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Orientation stratégique

12. En septembre 2000, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté la résolution EUR/RC50/R5, par laquelle il a approuvé la Stratégie européenne de pays « Adapter les services aux nouveaux besoins » et défini les enjeux suivants : i) chaque État membre devrait bénéficier de services pertinents compte tenu de ses besoins, et notamment d'une assistance humanitaire si nécessaire ; ii) la prestation de ces services devrait être assurée grâce à des partenariats renforcés pour la santé avec les nombreuses organisations internationales actives dans les pays (Union européenne, Banque mondiale, organes des Nations Unies tels que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) et des organismes de la société civile ; et iii) cette prestation de services devrait être appuyée par une assistance technique en vue d'aider les pays à élaborer leurs systèmes et programmes de santé. Quelque temps plus tard, le Bureau régional a énoncé son objectif d'« aider les États membres à mettre en place leurs propres politiques de santé, systèmes de santé et programmes de santé publique ; à prévenir et à surmonter les menaces qui pèsent sur la santé ; à anticiper les défis futurs ; et à mener une action de sensibilisation en faveur de la santé publique ».

13. Il existe donc des liens évidents entre les OMD et les fondements de la Stratégie de pays du Bureau régional, qui a axé ses efforts sur l'adaptation de l'organisation de façon à mieux répondre aux besoins des États membres d'Europe orientale et occidentale, tout en continuant à œuvrer à des activités de programme sur les OMD de manière aussi intense que possible. Étant donné qu'en 2005, un tiers de la période sur laquelle portent les OMD s'est écoulé (2000–2015) et que cette date coïncide avec le nouveau mandat de son directeur régional, le Bureau accordera une nouvelle priorité à la réalisation des OMD en adoptant une démarche spécifique consistant à :

- mener des activités de pays adaptées à chaque cas ;
- œuvrer au renforcement des systèmes de santé ;
- effectuer des interventions techniques ciblées dans les domaines qui concernent les OMD ;
- nouer des partenariats entre toutes les institutions internationales et nationales.

14. Le Bureau régional souhaite avant tout s'assurer que les pays s'approprient les OMD, en veillant en particulier à améliorer la situation des groupes vulnérables dans chaque pays. Mais, comme

il ressort du *Rapport sur la santé dans le monde 2003*, il faut tenir compte des possibilités offertes et des difficultés rencontrées pour atteindre les OMD en rapport avec la santé, en menant des initiatives particulières dans des domaines tels que la santé maternelle et infantile, le contrôle des maladies transmissibles, le VIH/sida, l'eau et l'assainissement ou l'hygiène de l'environnement (dans lesquels le rôle normatif de l'OMS sera de toute évidence nécessaire), mais surtout en adoptant une démarche cohérente, systématique et viable. Cela a des incidences sur les coûts, les investissements et les ressources humaines, ainsi que sur la gestion globale et les plans d'avenir de l'OMS dans tous les États membres de la Région européenne. Afin de mieux coordonner l'ensemble des activités en rapport avec les OMD, une équipe spéciale, composée de membres de la direction exécutive, a été créée au Bureau régional.

Nécessité d'accorder une nouvelle priorité aux OMD

15. Les OMD constituent pour le Bureau un point de référence en fonction duquel donner la priorité au soutien aux États membres, dans le cadre de sa contribution globale aux stratégies de développement sanitaire des pays. Pour accomplir des progrès dans la réalisation des OMD au niveau des pays, des actions sont nécessaires de la part des États membres, de la communauté internationale et du Bureau régional.

16. Les **pays** doivent déployer de nouveaux efforts pour mettre en place leurs systèmes de santé, en insistant sur des priorités ciblées et sur l'amélioration d'activités intersectorielles en faveur de la santé. Une gouvernance renforcée et une volonté politique claire sont des facteurs essentiels à cet égard. Il est recommandé de créer, au niveau des pays, des équipes spéciales chargées de coordonner les progrès accomplis dans la réalisation des OMD, en fonction de chaque objectif.

17. La **communauté internationale** dans son ensemble devrait quant à elle mettre l'accent sur le partenariat pour prendre certaines mesures techniques qui devraient aider chaque pays à établir son propre système de santé. À cet égard, les cadres nationaux de planification connus en tant que documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)¹ sont un outil important dans certains pays. Depuis le début du processus de réalisation des OMD, environ une douzaine de pays européens à revenus moyens et faibles et à faibles revenus participent à l'élaboration de ces documents.

18. Le rôle joué par le **Bureau régional** pour aider les pays à atteindre les OMD sera défini en fonction d'un plan pluriannuel (à l'origine de cinq ans, de 2005 à 2009 compris) dans le cadre de l'application de la Stratégie de pays destinée à tous les États membres. Il consistera notamment à :

- axer les efforts du Bureau sur certaines priorités arrêtées conjointement par l'OMS et les États membres concernés (dans le cadre d'accords de collaboration biennaux, le cas échéant, et d'autres mécanismes), et notamment la fourniture d'une formation, ainsi que le partage de meilleures pratiques et de savoir-faire concernant différents aspects des OMD et leur lien avec les politiques de santé publique dans leur ensemble en Europe ;
- travailler en collaboration avec tous les États membres (dans le cadre d'une initiative menée par le bureau de pays unifié de l'OMS, s'il y a lieu) et gérer efficacement des budgets affectés à des activités de pays croissantes, avec un accent particulier sur les OMD ;
- œuvrer en partenariat avec d'autres organismes et institutions ;
- effectuer des interventions techniques bien déterminées, efficaces et ciblées afin d'aider les États membres à mettre en place leurs propres systèmes de santé.

19. Le renforcement des systèmes de santé nationaux mérite une attention particulière. Comme indiqué dans un article publié récemment, « Il existe des interventions efficaces pour résoudre nombre

¹ Les pays qui souhaitent obtenir des prêts concessionnels dans le cadre du mécanisme de facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (PRGF) ou bénéficier d'un allègement de la dette au titre du programme spécial d'allègement de la dette en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) doivent fournir un document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP).

de problèmes prioritaires dans le domaine sanitaire...les prix baissent et les fonds augmentent. Toutefois, les progrès dans la réalisation des objectifs qui ont été arrêtés en matière de santé restent lents. On admet de plus en plus que des systèmes de santé renforcés sont essentiels pour obtenir de meilleurs résultats sur le plan sanitaire » (6).

20. Le Bureau régional va donc accroître ses activités techniques avec les pays en vue de renforcer les systèmes de santé dans leur globalité selon les principes susmentionnés. De même, dans les pays à revenus moyens et faibles de la Région, en particulier, le Bureau dans son ensemble, et les bureaux de pays, continueront à intensifier leurs travaux dans ce domaine, en veillant attentivement à examiner, en collaboration avec chaque État membre, la façon dont les OMD sont corrélés dans chaque contexte spécifique. À titre d'exemple, on réduira la mortalité maternelle et infantile en intervenant dans le domaine particulier de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi en adoptant une démarche intersectorielle concernant les systèmes de santé. À cette fin, on pourrait par exemple se concentrer sur l'amélioration des soins de santé primaires en assurant la formation du personnel et en améliorant la qualité des services en milieu hospitalier, ainsi que sur les mécanismes de financement afin de renforcer l'accès des plus démunis aux services essentiels. La combinaison de toutes ces méthodes contribuera à atteindre les OMD.

21. La principale proposition faite par le Bureau régional à ses États membres afin de coordonner ses efforts avec ceux de tous les partenaires et bailleurs de fonds consiste à assurer un suivi transparent des OMD. Cette proposition repose essentiellement sur le mécanisme de suivi décrit ci-après.

- Le Bureau régional continuera à aider tous les pays de la Région en leur donnant les moyens de collecter, analyser et surtout prendre en compte l'information recueillie. Grâce à une coopération spécifique dans ce domaine, il s'attachera à suivre les progrès et à mesurer les réalisations sur la voie des OMD en rapport avec la santé, objectif par objectif et cible par cible.
- Avec l'appui adéquat du Bureau régional et des centres, les bureaux de pays de l'OMS porteront une attention accrue à la collecte des données disponibles tout en aidant les ministères de la Santé et d'autres organismes à recueillir et à valider préalablement ces données.
- Au Bureau régional (Division de l'information, du rassemblement de données et de la communication), on s'efforcera également de fournir des données ventilées de qualité qui permettent d'établir des comparaisons, et de mettre en évidence les disparités au sein d'un même pays ainsi que les questions connexes susceptibles de contribuer à mieux cibler le soutien que les pays reçoivent du Bureau, toujours en fonction de chaque objectif et de chaque cible.

22. À l'échelle mondiale, l'OMS présentera des rapports sur 17 indicateurs des OMD en matière de santé sur 18. Comme indiqué dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2003*, l'Organisation et ses bureaux régionaux suivront ces indicateurs ainsi que les autres indicateurs sanitaires de base qui portent sur des domaines de la santé publique susceptibles de mieux rendre compte des progrès accomplis par tel ou tel pays (ou de l'absence de progrès) pour un objectif donné en rapport avec la santé.

23. Le Bureau régional suivra les progrès accomplis dans la réalisation des OMD par les 52 pays de la Région européenne de l'OMS pour la période 1990–2010 et les présentera régulièrement aux États membres sous la forme du tableau 1 ci-dessus. Il conviendra de collecter des données appropriés pour les années 1990–1991, 2000 et 2005 (ou les périodes les plus récentes pour lesquelles des données sont disponibles) et sur une base annuelle par la suite.

24. L'appui de tous est nécessaire dans cette initiative capitale.

Annexe 1

La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement

Cibles en matière de santé	Indicateurs de santé
OBJECTIF 1 : RÉDUCTION DE L'EXTRÊME PAUVRETÉ ET DE LA FAIM	
Cible 1 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	
Cible 2 : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	4. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale 5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
OBJECTIF 2 : ASSURER L'ÉDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS	
Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	
OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES	
Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et en tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	
OBJECTIF 4 : RÉDUIRE LA MORTALITÉ DES ENFANTS	
Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
OBJECTIF 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE	
Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES	
Cible 7 : D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liée à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)
OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE	
Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et les programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides
Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base	30. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure (zones urbaines et rurales) 31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement (zones urbaines et rurales)
Cible 11 : Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	

OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT

Cible 12 : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire

Cible 13 : S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés

Cible 14 : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement

Cible 15 : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement, par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme

Cible 16 : En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile

Cible 17 : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

46. Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable

Cible 18 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies de l'information et de la communication soient à la portée de tous

D'après la *Liste des objectifs, cibles et indicateurs (7)*

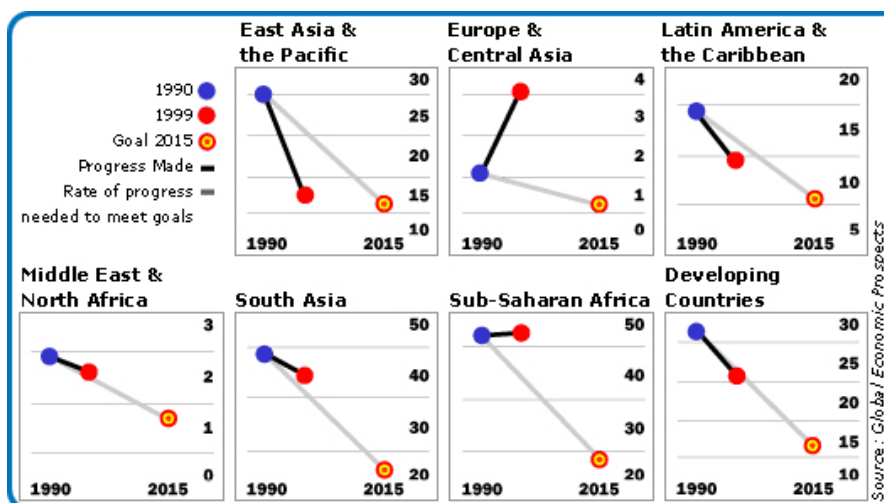
Annexe 2

Certains faits liés aux OMD dans la Région européenne

Objectif 1 : Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

En ce qui concerne la pauvreté, les tendances observées depuis 1990 montrent qu'en moyenne les pays à revenus faibles et moyens de la Région ont enregistré une hausse sensible des niveaux de pauvreté. En 1999, la Région était loin d'atteindre cet objectif (voir fig. 1). Elle était en fait encore plus loin d'y parvenir que d'autres régions du monde. À partir de 2005, la situation s'est légèrement améliorée.

Figure 1 : Situation au début du processus de réalisation des OMD.
Taux de pauvreté absolue en fonction du seuil international de pauvreté d'un dollar des États-Unis – progrès et perspectives en vue d'atteindre les OMD



Source : *Objectifs du Millénaire pour le développement (8)*

L'expression « Europe et Asie centrale » désigne les pays à revenu faible et moyen de la Région, qui sont principalement les pays situés en Europe centrale et orientale et la CEI.

Les tendances, mais aussi les niveaux de pauvreté (environ 4 % de la population), s'ils sont correctement évalués, sont sources de graves préoccupations. La référence mondiale d'un dollar par jour, au-dessous de laquelle on parle de pauvreté monétaire par habitant, est discutable pour la Région européenne, étant donné que le climat de l'Europe orientale est rude et que ses habitants doivent dépenser davantage dans les domaines suivants : logement, chauffage, habillement et nourriture. D'après des experts qui travaillent dans et sur la Région, des seuils de pauvreté de 2,15 ou 4,30 dollars des États-Unis sont plus adaptés. Si l'on utilise ces étalons, les chiffres actuels en termes de pauvreté se situent respectivement autour de 30 % et de 64 % (soit respectivement plus de 90 millions ou 210 millions de personnes dans les pays de la Région européenne pour lesquels des données récentes étaient disponibles) (9).

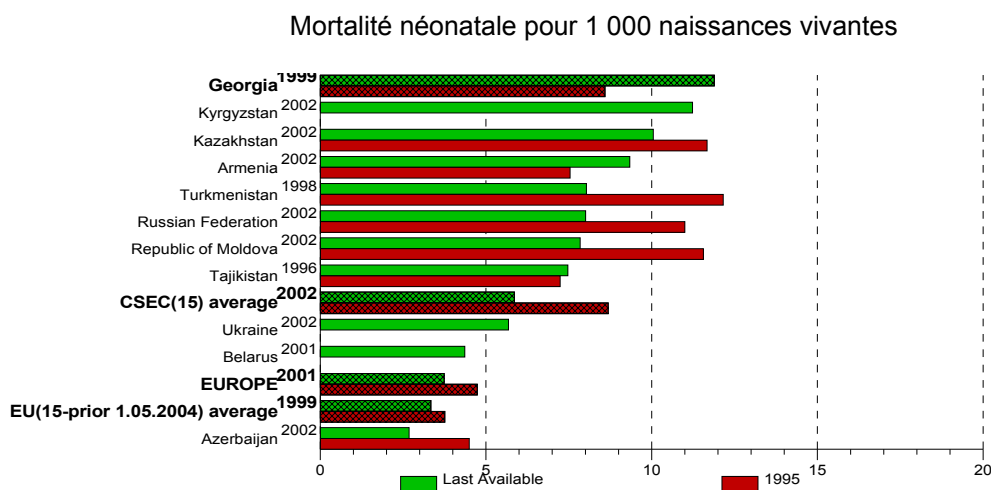
Cet objectif est censé avant tout répondre aux besoins des pays à revenu faible et moyen, où la pauvreté est la plus répandue, mais il est également pertinent dans des zones spécifiques dans certains pays occidentaux, où la pauvreté continue à retenir l'attention.

Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants, et objectif 5 : améliorer la santé maternelle

Plusieurs pays de la Région, essentiellement en Asie centrale et dans le Caucase, semblent rencontrer des difficultés considérables à réduire la mortalité infantile et maternelle. On observera par exemple

les taux de décès néonataux (enfants qui décèdent le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes) dans la figure ci-après.

Figure 2 : Décès néonataux en 1995 et données les plus récentes disponibles pour certains pays d'Europe



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (10)

En outre, dans certains pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et la CEI, les progrès dans la réalisation des objectifs 4 et 5 se sont avérés difficiles à mesurer en raison d'un manque de données fiables. Il est essentiel d'accroître les investissements dans des activités de surveillance et dans la gestion de l'information sanitaire, en mettant l'accent en particulier sur des communautés vulnérables ou marginalisées, afin d'évaluer correctement les niveaux de mortalité infantile et maternelle dans nombre de pays à faibles revenus de la Région (11).

Toutefois, l'absence de données ne devrait pas dissuader d'effectuer des interventions ; même les taux estimatifs de mortalité infantile et maternelle les plus bas pour certains pays justifient une action immédiate. Par exemple, en 2001, la Géorgie enregistrait 58,7 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, tandis que l'Italie n'en recensait que 2,07 (avec le taux le plus bas de la Région). L'incidence de la mortalité infantile et maternelle chez des groupes vulnérables tels que les Roms est plus élevée, groupes qui nécessitent donc des interventions ciblées.

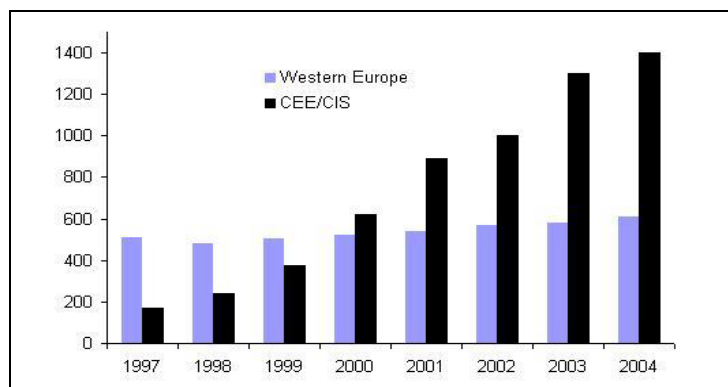
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Le VIH/sida constitue une grave menace pour la santé publique, avec une incidence neuf fois plus importante qu'il y a à peine dix ans en Europe orientale et en Asie centrale, où fin 2004, selon les estimations, 1,4 million de personnes étaient infectées par le VIH. Plusieurs épidémies de VIH se propagent dans la Région. Si la plus fermement implantée touche l'Ukraine, qui connaît une résurgence d'infections signalées, la plus vaste s'étend dans la Fédération de Russie (12). Les cas officiellement notifiés sont considérés comme une fraction seulement des infections réelles. Fondée sur des taux estimatifs et non sur des cas officiellement notifiés, la figure 2 montre que la région PECO-CEI a devancé l'Europe occidentale en ce qui concerne la prévalence estimative de personnes vivant avec le VIH/sida.

Dans les pays où le VIH se répand très vite – Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Lettonie, République de Moldova et Ukraine, notamment – ces infections ont pour la plupart été transmises par des seringues contaminées lors d'une utilisation de drogues injectables, mais il existe déjà des signes que l'épidémie s'étend à l'ensemble de la population, ce qui la rend plus difficile à stopper. Dans la

Région, le VIH touche aussi essentiellement les jeunes, davantage même que dans d'autres régions du monde. Si la prévalence du VIH est faible dans d'autres parties de la Région (par exemple en Asie centrale), on ne doit pas sous-estimer la menace ; nombre des facteurs qui ont causé l'épidémie dans les pays d'Europe orientale y sont également présents (13).

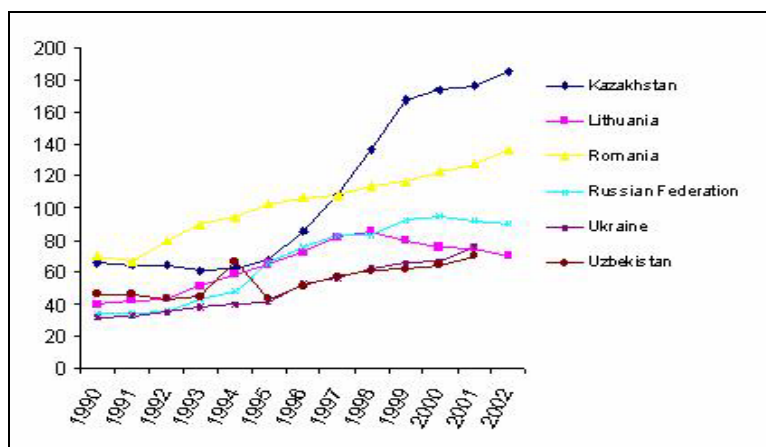
Figure 3 : Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH/sida dans les PECO et la CEI, et en Europe occidentale (en milliers).



Source : *Le point sur l'épidémie de sida (14)*

Après avoir diminué régulièrement pendant 40 ans, les cas de tuberculose sont réapparus dans la Région dans les années 90 et constituent aujourd'hui un vaste problème de plus en plus important, notamment pour la Fédération de Russie, le Kazakhstan, l'Ouzbékistan, la Roumanie et l'Ukraine, qui sont les plus touchés, englobant plus de la moitié des cas. Parmi les principaux facteurs de cette augmentation, l'inefficacité des méthodes de diagnostic et de traitement, la couverture insuffisante de traitements et de protocoles efficaces, et la détérioration et la fragilité des systèmes de santé ont été citées. D'après des statistiques officielles de l'OMS, plus de 370 000 nouveaux cas ont été signalés dans la Région en 2004 – chiffre le plus élevé des deux dernières décennies – dont 80 % se sont produits dans les pays européens et asiatiques de la CEI.

Figure 4 : Incidence de la tuberculose, nouveaux cas notifiés pour 100 000 personnes



Source : *Base de données européenne sur la Santé pour tous (10)*

Objectif 7 : Assurer un environnement durable

Le programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement rend compte de l'accès à des sources d'eau meilleures et à des systèmes d'assainissement améliorés. S'il ne couvre pas la totalité des pays de la Région, ses conclusions sont toutefois pertinentes.

- a) Seuls 85 % des habitants des pays de la zone Eur-B² ont accès à une source d'eau meilleure, contre 100 % dans la zone Eur-A³ et 96 % dans la zone Eur-C⁴. En ce qui concerne l'assainissement, seuls 76 % des habitants de la zone Eur-B ont accès à des installations améliorées, contre 100 % dans la zone Eur-A et 89 % dans la zone Eur-C.
- b) La région Eur-B enregistre une croissance négative de -1 % pour ce qui est de la couverture par les services d'approvisionnement en eau et de -7 % en ce qui concerne la couverture par les services d'assainissement pour la période 1990–2002, alors qu'une croissance positive respectivement de +7 % et de +10 % dans ces domaines est nécessaire pour satisfaire aux OMD.
- c) Dans cette région, on constate un écart entre les zones urbaines et rurales, où, respectivement, 97 % et 72 % des habitants ont accès à une source d'eau meilleure, et 90 % et 41 % à un système d'assainissement amélioré. Les populations rurales sont considérablement défavorisées et davantage exposées à des maladies véhiculées par l'eau que les citadins.

L'intégrité des services en réseau dans la région Eur-B est souvent contestable ; ceux-ci font en outre fréquemment l'objet de longues interruptions. Les taux de contamination microbiologique et chimique de l'eau potable au niveau de la consommation sont donc élevés. Bien que la collecte d'information sur la qualité de l'eau « du robinet » ne soit pas systématique, d'après des données recueillies lors de missions d'étude sur les performances en matière d'environnement, le taux de contamination microbiologique est de 71 % au Tadjikistan, 46,7 % en Serbie-et-Monténégro, d'environ 30 % en Arménie et aux alentours de 20 % en Bosnie-Herzégovine. Des données empiriques de ce type sont disponibles pour d'autres pays. Dans le cas des services qui ne sont pas fournis en réseau, caractéristiques des zones rurales, les taux de contamination sont en général plus élevés que dans les services en réseau, ce qui défavorise davantage encore leurs habitants.

Lorsque l'on compare la région Eur-B à une région voisine qui a connu le même développement économique, comme l'Afrique du Nord, sur l'ensemble de la période considérée, soit de 1994 à 2003, il semble que les fonds affectés à l'eau et à l'assainissement au titre de l'aide publique au développement (APD) soient moins importants que ceux alloués à l'Afrique du Nord. On constate une stagnation, voire une diminution, des flux de cette aide consacrés à l'eau et à l'assainissement pour la période à l'examen. Cette évolution inquiétante est en outre aggravée par les facteurs suivants :

- a) étant donné que le financement de l'APD est alloué en grande partie sous forme de prêts affectés à d'importants travaux d'infrastructure, les subventions sont minimales pour soutenir les activités de promotion de la santé telles que la formation des ressources humaines, l'amélioration des procédures d'exploitation et de gestion, et le renforcement de laboratoires d'étude de l'environnement et de biologie médicale ;
- b) puisque les investissements sont consacrés pour la plupart à des services en réseau, les services décentralisés qui sont fournis dans les communautés rurales demeurent exclus d'un soutien essentiel.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Malgré des besoins évidents, la Région européenne est celle qui reçoit le moins d'aide publique au développement dans le secteur de la santé. Dans le rapport du Projet du Millénaire des Nations Unies destiné au secrétaire général (janvier 2005), il était recommandé d'augmenter l'aide publique au développement afin de se rapprocher de l'objectif fixé, à savoir 0,7 % du produit national brut des pays donateurs. Il y était également indiqué que la plupart de l'APD consentie aux pays pauvres manque de cohérence et de cohésion. En ce qui concerne la Région européenne, l'augmentation de cette aide est une condition nécessaire, mais en soi insuffisante pour atteindre les OMD et pour renforcer l'ensemble du système de santé des pays à faible revenu. Au début du processus de

² Faible mortalité des jeunes enfants et des adultes.

³ Très faible mortalité des jeunes enfants et des adultes.

⁴ Faible mortalité infantile et mortalité adulte élevée.

réalisation des OMD, la région PECO-CEI dans son ensemble est celle qui a reçu le moins d'aide au développement dans le secteur de la santé, tant pour ce qui est du montant en termes absolus de l'aide par habitant (en dollars) affectée à la santé que de la part de l'APD allouée à la santé (voir le tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 : Aide au développement dans le secteur de la santé, par habitant, et en pourcentage des engagements consentis au titre de l'APD, par région (moyenne pour la période 1997–1999)

Région	Aide par habitant (en dollars)	Aide en % de l'APD
Océanie	9,98	4,7
Amérique centrale	4,22	19,8
Afrique subsaharienne	2,06	8,6
Amérique du Sud	1,64	16,5
Afrique du Nord	1,24	4,4
Asie du Sud	0,84	16,8
Moyen-Orient	0,52	3,4
Extrême-Orient	0,50	7,8
PECO-CEI	0,34	1,7
MOYENNE	1,00	8,9

Source : Suhrcke (15)

Références⁵

1. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. New York, Nations Unies, 2000 (A/res/55/2) (<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>).
2. Chapitre 2 : Objectifs du Millénaire pour la santé : les voies de l'avenir. In: *Le rapport sur la santé dans le monde, 2003*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003: 38–40 (<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-fr.pdf>).
3. Voir par exemple : *Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, Rapport du Secrétariat*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (A56/11) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/fa5611.pdf).
4. WHO Task Force on Health Systems Research. Informed Choices for attaining the Millennium Development Goals: towards a cooperative agenda for health systems research. *Lancet*, 2004, 364:997–1003.
5. *Poverty Reduction Strategy Papers: their significance for health: second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (WHO/HDP/PRSP/O4.1) (voir pp 15–17) (<http://www.who.int/hdp/en/prpsig.pdf>).
6. Travis P et al. Overcoming health systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364: 900–906.
7. *Liste des objectifs, cibles et indicateurs*. New York, Nations Unies, 2003 (http://unstats.un.org/unsd/mifre/pdf/mdglist_f.pdf).
8. *Objectifs du Millénaire pour le développement*. Washington, DC, Groupe de la Banque mondiale, 2004 (<http://www.developmentgoals.com>).
9. Les données sur la pauvreté et la population utilisées dans les calculs proviennent de *PovcalNet*. Washington, DC, Groupe de la Banque mondiale, 2004 (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/jsp/index.jsp>).
10. *Base de données européenne de la Santé pour tous* [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>).
11. *Social Monitor 2003*. Florence, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, 2003 (<http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monitor03/monitor2003.pdf>).
12. *Le point sur l'épidémie de sida : Europe orientale et Asie centrale*. Genève, ONUSIDA/OMS, 2004 (http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_fr/Epi04_08_fr.htm#P481_171124).
13. *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport?language=French>).
14. *Le point sur l'épidémie de sida*. Genève, ONUSIDA/OMS (diverses années).
15. Suhrcke M, Rechel B, Michaud C. *Is development assistance for health to Eastern Europe too low?* Venise, Bureau européen de l'OMS pour l'investissement pour la santé et le développement, 2004.

⁵ Tous les sites ont été consultés le 20 juillet 2005.