



EUROPE

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

Belgrade (Serbie), 17-20 septembre 2007

Point 6 c) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC57/8
+EUR/RC57/Conf.Doc./2
30 juin 2007
73356
ORIGINAL : ANGLAIS

**Les objectifs du Millénaire pour le développement
dans la Région européenne de l'OMS : les systèmes de santé
et la santé de la mère et de l'enfant – enseignements tirés**

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) visent à lutter contre la pauvreté sous toutes ses formes. Pris dans leur ensemble, ils constituent une stratégie intégrée et synergique en vue de rompre le cercle vicieux de la misère et des problèmes sanitaires. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a non seulement participé à la définition desdits objectifs, mais s'est aussi fermement engagée à respecter la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a promu une stratégie spécifique sur les OMD dans la Région européenne. L'amélioration du bilan sanitaire de la Région, notamment la réalisation d'une grande partie des OMD, requerra la mise en place de mesures intersectorielles durables portant sur tous les déterminants de la santé, ainsi que la participation de l'ensemble des partenaires aux niveaux national et international. Cependant, l'expérience acquise sur le plan régional tend à démontrer que les capacités insuffisantes des systèmes de santé représentent un obstacle insurmontable à la réalisation des OMD en rapport avec la santé.

Lors de la cinquante-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, les débats sur les OMD permettront d'évaluer les progrès accomplis pour la réalisation des objectifs dans les 53 États membres de la Région européenne, de proposer des stratégies visant à promouvoir l'action multisectorielle et l'échange de données d'expérience et, le cas échéant, d'émettre des recommandations précises quant aux améliorations à apporter. Une attention particulière sera accordée au renforcement des systèmes de santé dans le cadre de la mise en œuvre de programmes visant la santé des mères et des enfants dans la Région européenne.

Un projet de résolution préconisant une amplification des efforts déployés en vue de réaliser les OMD dans la Région européenne est présenté au Comité régional pour examen.

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction.....	1
Perspectives de réalisation des OMD dans la Région européenne de l’OMS.....	2
La santé de la mère et de l’enfant – enseignements tirés	5
Renforcement des systèmes de santé pour améliorer la situation sanitaire de la mère et de l’enfant :	
interventions et défis	6
Dispensation de services	7
Ressources et moyens.....	8
Financement	8
Fonction de direction (« stewardship ») et gouvernance.....	9
Conclusion : les perspectives pour la Région européenne	10
Amélioration nécessaire des efforts en vue d’atteindre les OMD	10
Initiatives actuelles et futures de l’OMS en matière de santé maternelle et infantile	11
Vers la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur les systèmes de santé de 2008.....	12
Annexe. Les OMD dans la Région européenne de l’OMS : progrès réalisés	13
Références.....	16

Introduction

1. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (1) visent à lutter contre la pauvreté sous toutes ses formes. Pris dans leur ensemble, ils constituent une stratégie intégrée et synergique en vue de rompre le cercle vicieux de la misère et des problèmes sanitaires. Depuis l'adoption de la Déclaration du Millénaire (2) par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a largement accepté ces objectifs comme points de repère afin de suivre les progrès accomplis en matière de développement international.

2. L'OMS a participé à l'élaboration des OMD, et s'est fermement engagée à leur réalisation. D'une manière plus spécifique, le *Rapport sur la santé dans le monde 2003* (3) a dégagé les principes guidant les activités de l'OMS en ce qui concerne les OMD. Son engagement envers la Déclaration du Millénaire a été réaffirmé dans un contexte plus général lors de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé en 2005 par l'adoption de la résolution WHA58.30.

3. Ces dernières années, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a promu une stratégie spécifique sur les OMD dans la Région européenne de l'OMS. Les objectifs sont les suivants :

- aider les États membres à établir des priorités dans leurs actions visant à atteindre les OMD ;
- améliorer la stratégie adoptée au Bureau régional en ce qui concerne les OMD et apporter un soutien plus ciblé aux pays afin de les aider à les réaliser ;
- fournir aux États membres une évaluation continue des perspectives de réalisation des OMD, un exercice contribuant très largement à la mise en œuvre des deux objectifs susmentionnés.

4. Comme en témoigne le présent document, les priorités de la Stratégie européenne sur les OMD s'inspirent des principales approches adoptées par le Bureau régional et s'appuient sur ses activités, à savoir :

- actions adaptées aux différents pays,
- renforcement des systèmes de santé,
- interventions techniques ciblées,
- partenariat entre toutes les institutions internationales et nationales.

5. Il est évident que l'amélioration du bilan sanitaire de la Région, notamment la réalisation d'une grande partie des OMD, requerra la mise en place de mesures intersectorielles durables portant sur tous les déterminants de la santé, ainsi que la participation de l'ensemble des partenaires aux niveaux national et international. Cependant, l'expérience acquise sur le plan régional tend à démontrer que les capacités insuffisantes des systèmes de santé représentent un obstacle insurmontable à la réalisation des OMD en rapport avec la santé. Le manque d'harmonisation entre les projets de l'OMS en matière de systèmes de santé et les diverses stratégies de ses « programmes verticaux » peut porter atteinte à l'efficacité, à l'efficience et à la cohérence du soutien de l'OMS aux pays. En outre, plusieurs publications récentes¹ ont examiné et confirmé le rôle majeur des systèmes de santé dans l'amélioration, au cours de ces 25 dernières années, de la situation sanitaire des hommes et des femmes dans un certain nombre de pays de l'Union européenne (UE).

6. Reconnaisant l'importance des systèmes de santé, l'OMS accorde désormais une plus grande priorité à cette thématique dans ses programmes et ses activités. Les exemples repris ci-dessus sont éloquentes.

- Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (5) était consacré aux systèmes de santé, et une place importante y a été réservée dans les rapports publiés ultérieurement.
- Les stratégies de coopération avec les pays mettent en lumière la nécessité, pour l'OMS, d'adapter ses méthodes de travail de manière à accorder davantage d'attention aux liens existant entre les activités menées dans les pays et les systèmes de santé.
- Une nouvelle stratégie mondiale sur les systèmes de santé est aussi en cours d'élaboration à l'OMS. Elle repose sur l'important postulat selon lequel « dans la majeure partie du monde en développement,

¹ Voir par exemple McKee M, Nolte E, 2004 (4).

la faiblesse des résultats de santé est inacceptable... L'une des principales causes de ce problème est en fait la précarité des systèmes de santé concernés qui, dans nombre de pays, sont simplement incapables de fournir les médicaments, les vaccins, les informations et d'autres formes de soins à ceux qui en ont besoin, ou ne sont accessibles qu'à certains groupes de population ».

7. Grâce à la Stratégie sur les systèmes de santé, l'OMS a l'intention, conjointement avec la Banque mondiale, de mobiliser des efforts à l'échelle internationale pour triompher des défis recensés lors du Forum de haut rang sur les OMD en rapport avec la santé, avec le soutien d'autres agences et initiatives mondiales comme la GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

8. Dans la Région européenne de l'OMS, les États membres considèrent aussi le renforcement des systèmes de santé comme faisant partie intégrante des interventions du Bureau régional au niveau national (6). Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, dans sa résolution EUR/RC55/R8, a récemment accepté l'initiative du Bureau régional en vue d'accorder une grande priorité aux systèmes de santé dans les interventions menées par l'Organisation au niveau des pays.

9. La stratégie adoptée s'inspire de la vaste expérience acquise dans sa collaboration avec les pays, et analyse l'ensemble du soutien accordé par l'OMS aux États membres dans le cadre fonctionnel des systèmes de santé (financement, dispensation des services, création de ressources et fonction de direction ou « stewardship ») élaboré dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. Des efforts sont dès lors déployés au Bureau régional de l'Europe afin de consolider les liens entre, d'une part, les programmes sanitaires (par exemple, le programme de lutte contre la tuberculose, ou les programmes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant) et, d'autre part, les programmes des systèmes de santé. Le cadre des systèmes de santé de l'OMS préconise la définition de réformes spécifiques établissant un rapport entre l'évolution éventuelle des fonctions réalisées par les systèmes de santé et les objectifs spécifiques, par le biais de la formulation de politiques et d'un processus soigneusement planifié.

Perspectives de réalisation des OMD dans la Région européenne de l'OMS

10. Des efforts importants en termes de financement, de ressources humaines et d'activités spécifiques ont été consacrés à la réalisation des OMD dans la Région européenne. À moins de dix ans de la date fixée pour atteindre ces objectifs, il importe de sonder les progrès accomplis jusqu'à présent, d'en déterminer les succès et les échecs, et de tenter de comprendre et de surmonter les obstacles aux processus de développement.

11. Pour l'essentiel, la Région européenne est en bonne voie d'atteindre les OMD, si l'on en juge par les moyennes régionales.

12. Cependant, si l'on examine plus soigneusement les niveaux national et sous-national, des disparités deviennent apparentes. Des tendances évidentes ressortent du lien existant entre le niveau de revenu et les progrès réalisés pour atteindre les OMD en rapport avec la santé. En effet, les pays à plus haut revenu de l'UE et de l'Europe du Sud-Est sont beaucoup plus avancés à cet égard que les pays à revenu faible et intermédiaire de la Communauté des États indépendants (CEI), c'est-à-dire de l'ex-Union soviétique.

13. Malgré l'accélération récente de la croissance économique, les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, en particulier, peinent encore à réaliser une grande partie des OMD. Selon le dernier Rapport mondial de suivi (7), la Région européenne de l'OMS a déjà atteint trois des huit objectifs de développement, à savoir ceux relatifs à la pauvreté, à l'éducation et à l'égalité des sexes. Huit pays vont probablement réaliser cinq des huit OMD ; quatorze pays vont sans doute en atteindre sept et, si la situation n'évolue pas, un pays ne réalisera aucun des objectifs ainsi fixés (8).

14. Les nouveaux adhérents à l'UE ont soit déjà atteint la totalité des OMD au niveau national ou vont selon toute vraisemblance réaliser plus de 80 % de ces objectifs. Ce sont les États baltes qui, apparemment, doivent faire face au plus grand défi en ce qui concerne le 6^e objectif (OMD 6) relatif à la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies. Cette situation s'explique principalement par

la prévalence en hausse du VIH/sida. L'Estonie risque de ne pas atteindre l'OMD 6, ni d'ailleurs la Lettonie et la Lituanie. En ce qui concerne les OMD 2 et 7 (scolarisation et accès à l'eau, respectivement), les progrès ne peuvent être évalués de par l'insuffisance des données disponibles. Cependant, ces pays ont très vraisemblablement atteint les objectifs fixés ou sont en bonne voie de le faire (7).

15. Les pays d'Europe du Sud-Est (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Monténégro, ex-République yougoslave de Macédoine, Roumanie, Serbie et Turquie) ont réalisé à peine plus de la moitié des OMD. Les progrès en vue d'atteindre l'OMD 6 relatif au VIH/sida et d'autres maladies sont plutôt lents en Albanie, en Bulgarie et en Roumanie (ce dernier pays ne parviendra probablement pas aux résultats escomptés). Les progrès de la Turquie en ce qui concerne l'OMD 3 (égalité des sexes en matière d'éducation) ne sont pas suffisants. En outre, il n'est pas certain que l'Albanie et la Roumanie réaliseront l'OMD 7 sur l'accès à l'eau (7).

16. Plusieurs pays à revenu intermédiaire de la CEI (Biélorus, Fédération de Russie, Kazakhstan et Ukraine) vont probablement réaliser plus de 50 % des OMD. Cependant, 20 % des cibles des OMD ne seront pas atteints. Pour les 30 % qui restent, il n'est guère certain que les objectifs seront réalisés, ou les données quant aux progrès accomplis ne sont pas disponibles. Les principaux défis auxquels ces pays sont confrontés sont liés à l'OMD 6 (combattre le VIH/sida et d'autres maladies) et l'OMD 4 (mortalité infantile) (7).

17. Les progrès en vue d'atteindre les OMD ont été particulièrement lents dans les pays de la CEI à faible revenu (Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, République de Moldova et Tadjikistan). Certains de ces États vont très probablement faillir à plus de quatre cibles des OMD. Aucun d'entre eux ne réalisera l'OMD 6 à cause de la constante propagation du VIH/sida et de la tuberculose (7).

18. On estime volontiers que les États d'Europe occidentale n'ont guère de souci à se faire quant à la réalisation des OMD en rapport avec la santé, dans la mesure où ils ont déjà atteint les objectifs fixés ou sont en passe de le faire. Si c'est généralement vrai, des tendances négatives se dégagent néanmoins dans certains pays. À titre d'exemple, dix pays d'Europe occidentale s'étaient éloignés de l'objectif relatif à la mortalité maternelle en 2000². Les taux de mortalité de ces pays étaient déjà peu élevés en 1990 par rapport à la moyenne régionale. Cependant, l'OMD 5 vise une réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et ce, quelle que soit la valeur de référence. Les statistiques de 2000, comparées à celles de 1990, mettaient en évidence une évolution plus lente que celle nécessaire pour atteindre la réduction de trois quarts fixée pour 2015. Certes, ces pays possèdent déjà des taux de mortalité maternelle très peu élevés : toute diminution supplémentaire peut s'avérer difficile, et la réalisation de l'objectif fixé pour 2015 ne semble pas réaliste. Néanmoins, dans certains de ces pays à faible mortalité (par exemple, France, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse), les taux de mortalité maternelle ont en fait augmenté entre 1990 et 2000, et la situation est d'ailleurs préoccupante.

19. En ce qui concerne l'OMD 6 relatif au VIH/sida et d'autres maladies, si les taux actuels et les tendances historiques se confirment, aucun des pays à revenu faible et intermédiaire de la CEI ne pourra probablement réaliser les objectifs fixés. Parmi les nouveaux États membres de l'UE, seules l'Estonie et la Roumanie ne parviendront pas à atteindre l'ensemble des objectifs : ceux relatifs au VIH/sida ou la tuberculose dans le cas de l'Estonie, et celui relatif à la tuberculose dans le cas de la Roumanie.

20. Le tableau ci-dessous illustre d'une manière plus détaillée les progrès réalisés en vue d'atteindre sept OMD dans plusieurs pays. L'annexe présente des informations actualisées et plus précises sur chacun des objectifs visés.

² Les évaluations de l'auteur s'inspirent de la Base de données européenne de la Santé pour tous de l'OMS (9).

Tableau 1. Progrès réalisés en vue d'atteindre sept OMD
dans plusieurs États membres de la Région européenne de l'OMS
(L'OMD 8 a été omis pour cause de données insuffisantes.)

	OMD 1. Pauvreté	OMD 2. Scolarisation	OMD 3. Égalité des sexes dans l'éducation	OMD 4. Mortalité infantile	OMD 5. Mortalité maternelle	OMD 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	OMD 7. Accès à l'eau
Nouveaux adhérents à l'UE							
Bulgarie							
Estonie							
Hongrie							
Lettonie							
Lituanie							
Pologne							
République tchèque							
Roumanie							
Slovaquie							
Slovénie							
Europe du Sud-Est							
Albanie							
Bosnie-Herzégovine							
Croatie							
Ex-République yougoslave de Macédoine							
Monténégro							
Serbie							
Turquie							
Pays à revenu intermédiaire de la CEI							
Bélarus							
Fédération de Russie							
Kazakhstan							
Ukraine							
Pays à faible revenu de la CEI							
Arménie							
Azerbaïdjan							
Géorgie							
Kirghizistan							
Ouzbékistan							
République de Moldova							
Tadjikistan							
	Aucune donnée		Peu probable		Probable		Éventuellement

Source : Millennium Development Goals. Progress and Prospects in Europe and central Asia (10).

21. Il existe des disparités évidentes entre les pays de la Région européenne quant aux progrès que ceux-ci ont accomplis en vue d'atteindre les OMD en rapport avec la santé. Cependant, au-delà de ces différences interpays, il convient aussi de mentionner les importantes inégalités socioéconomiques au sein même des États à cet égard. Même dans les pays en très bonne voie d'atteindre les objectifs, et dont la réussite ne soulève quasiment aucun doute, on dénote un progrès beaucoup plus lent des indicateurs sanitaires chez certains groupes de population, voire même une détérioration de la situation au fil du temps.

22. Malheureusement, si les statistiques désagrégées sur les cibles des OMD et les indicateurs à ce sujet ne sont pas facilement disponibles dans la plupart des pays d'Europe, il semble que les minorités ethniques, les populations démunies, les migrants et les personnes déplacées dans leur propre pays sont systématiquement défavorisés et ne bénéficient pas autant des progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD. Les statistiques relatives aux différents groupes ethniques et migrants sont en effet particulièrement difficiles à obtenir car ces catégories sont souvent marginalisées, ou ont un accès limité aux services de santé.

23. D'ailleurs, quand les données sont disponibles, les disparités sont frappantes. L'une des principales raisons sous-tendant les inégalités socioéconomiques dans la réalisation des cibles des OMD en rapport

avec la santé est donc l'accès limité aux services de santé. Il existe en effet un lien direct entre le revenu des ménages et le pourcentage de la population qui ne s'adresse pas à un service de soins de santé en cas de maladie. Une étude réalisée récemment dans les pays de la CEI démontre que 61 % de la population du quintile de revenu le moins élevé ne cherche pas à se faire soigner en cas de besoin, contre 33 % dans le quintile de revenu le plus élevé (12).

24. Ces exemples témoignent de l'importance de consentir des efforts spécifiques à la lutte contre les inégalités lors de la promotion des OMD et de la réalisation de ces objectifs.

La santé de la mère et de l'enfant – enseignements tirés

25. Tous les OMD portent sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, notamment l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile de deux tiers) et l'OMD 5 (réduire la mortalité maternelle de trois quarts). Une référence particulière sera donc faite à ces deux OMD lors de la prise en compte des systèmes de santé et de la santé de la mère et de l'enfant dans la section suivante.

26. Malgré les progrès importants réalisés au cours de ces dernières décennies, il existe encore, dans la Région européenne de l'OMS, des disparités inacceptables entre les pays et au niveau national en matière de santé de la mère et de l'enfant. En effet, la mortalité observée chez les enfants de moins de 5 ans dans le pays accusant le taux le plus élevé est 40 fois supérieure à celle du pays présentant le taux le plus bas. Un enfant né dans la CEI a une probabilité trois fois plus élevée de mourir avant l'âge de 5 ans qu'un enfant né dans l'UE. Le taux de mortalité maternelle des républiques d'Asie centrale reste encore au moins deux fois supérieur à la moyenne régionale et, même si les disparités entre les pays de l'UE, les pays nordiques et d'autres groupes de pays se sont amoindries ces dernières années, les écarts sont toujours importants.

27. Les différences interpays ne constituent qu'un aspect du problème car, au sein des États même, il peut exister des déséquilibres flagrants en termes de taux de mortalité. Aujourd'hui, dans la Région européenne, certains sous-groupes et régions connaissent des taux de mortalité chez la mère et les nourrissons tout aussi graves que ceux observés en Afrique subsaharienne ou en Asie du Sud. Les populations rurales, et il s'agit là d'une règle quasi universelle, subissent une mortalité plus élevée que leurs congénères des zones urbaines. Les taux varient amplement selon le groupe ethnique, les moyens financiers et le niveau de richesse, et les régions éloignées ou isolées supportent une part disproportionnée de la charge de mortalité.

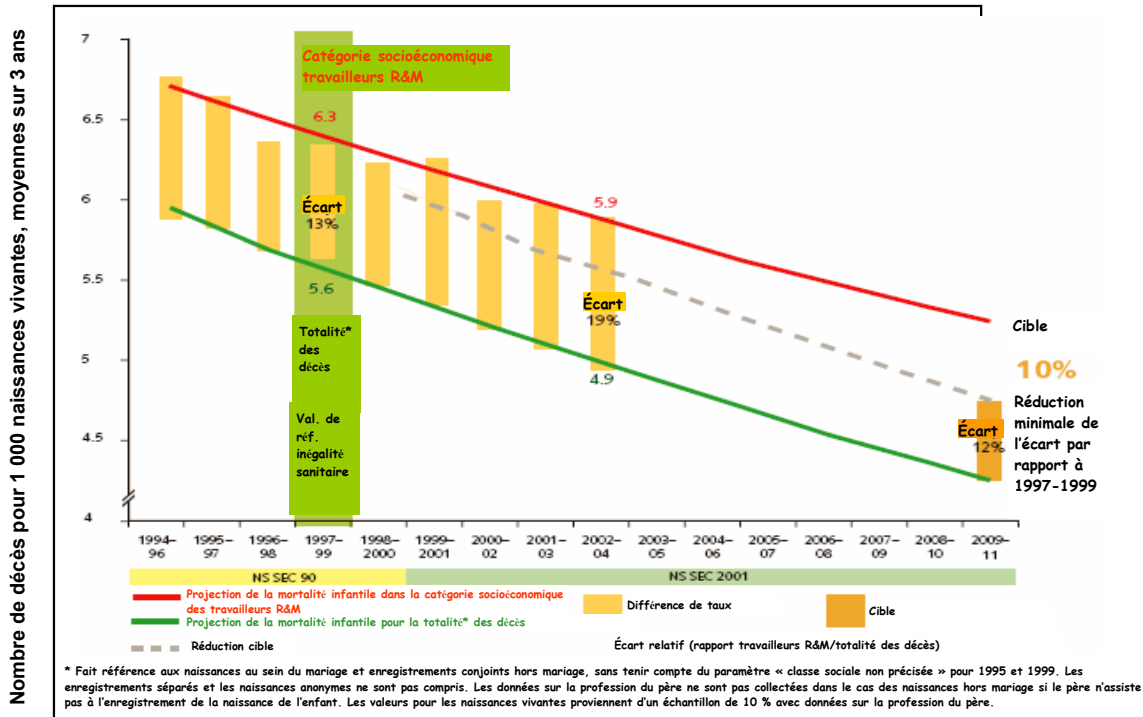
28. À titre d'exemple, et selon des données d'enquêtes démographiques et sanitaires réalisées en 2000, 18 % des femmes azerbaïdjanaises n'ayant pas terminé leurs études secondaires n'ont pas bénéficié de l'aide d'une assistante compétente lors de l'accouchement, contre seulement 1 % des femmes ayant suivi des études supérieures (13).

29. Au Royaume-Uni, alors que les taux de mortalité maternelle sont peu élevés, les femmes d'origine africaine subsaharienne courent sept fois plus le risque de décéder que les femmes d'origine européenne. Il existe souvent d'importantes différences, dans les zones urbaines, entre les quartiers plus pauvres et les banlieues plus nanties en termes de risque de mortalité maternelle et périnatale. Les populations migrantes, les réfugiés et les demandeurs d'asile récemment établis sont plus défavorisés en ce qui concerne les soins de santé, et cachent parfois leur état de grossesse aux autorités, y compris les services sanitaires.

30. Pareillement, les taux de mortalité infantile sont beaucoup plus élevés chez les groupes sociaux les plus défavorisés par rapport aux moyennes nationales en Angleterre et au pays de Galles, et ce fossé ne cesse de s'agrandir. Par exemple, en 2002-2004, le taux de mortalité infantile général était de 4,9 pour 1 000 naissances vivantes, alors que chez les travailleurs routiniers et manuels (R&M), ce taux était de 5,9. Si la mortalité infantile était généralement en baisse chez tous les groupes socioéconomiques, le déclin était plus lent chez ces catégories de travailleurs. En effet, l'écart de mortalité entre, d'une part, les travailleurs R&M et, d'autre part, la population générale est passé de 13 % en 1997 à 19 % en 2004. En Angleterre et au pays de Galles, le taux de mortalité infantile est de 10,2 pour 1 000 naissances vivantes si la mère est

d'origine pakistanaise. Il s'agit du double de la moyenne générale. Des objectifs ont d'ailleurs été fixés au niveau national afin de réduire l'écart de mortalité infantile au Royaume-Uni (figure 1).

Figure 1. Taux de mortalité infantile en Angleterre et au pays de Galles de 1994 à 2004 par catégorie socioéconomique avec projection pour l'objectif de 2010



Source : Review of the health inequalities infant mortality PSA target (11).

31. En 1999, le taux de mortalité infantile officiellement déclaré en Roumanie était de 18,58 pour 1 000 naissances vivantes (9) ; or, ce taux était de 27,1 chez les Roumains de souche, de 19,8 chez la minorité hongroise et de 72,8 chez les Roms (14). Des écarts similaires persistent encore aujourd'hui dans bon nombre de pays d'Europe orientale, sans aucun signe d'amélioration à l'horizon.

Renforcement des systèmes de santé pour améliorer la situation sanitaire de la mère et de l'enfant : interventions et défis

32. À la lumière des informations factuelles développées aux sections précédentes, l'OMS nous a rappelés ces dernières années que les systèmes de santé aidaient à la réduction de la mortalité maternelle et infantile évitable lorsque leur fonctionnement était optimal. Le Rapport sur la santé dans le monde 2005 (15) se penche particulièrement sur la santé de la mère et de l'enfant du point de vue des systèmes de santé. Pour que les familles puissent jouir d'un accès universel à un continuum de soins, selon les conclusions du rapport, les programmes sanitaires doivent collaborer, bien que la condition *sine qua non* soit le développement et le renforcement des systèmes de santé. Le rapport explique ensuite que, même si un nombre croissant de pays ont réussi à améliorer la santé et le bien-être des mères, des nourrissons et des enfants ces dernières années, les pays qui avaient le moins progressé à cet égard au cours de la décennie 1990 étaient aussi ceux qui, au départ, supportaient la plus grande charge de mortalité et de morbidité. Dans cette optique, la nécessité de mettre en place des systèmes de santé efficaces est également évidente. Les pays d'ailleurs caractérisés par une stagnation ou un inversement des indicateurs sanitaires pour les mères, les nourrissons et les enfants ont souvent été incapables de consentir un investissement suffisant dans les systèmes de santé.

33. Lors de la conception des activités de soutien aux pays, chaque programme sanitaire et des systèmes de santé du Bureau régional vise à soutenir les États membres dans leurs efforts à développer leur système de santé. Plusieurs exemples de mesures portant sur les différentes fonctions de ces systèmes, et relatives à la santé de la mère et de l'enfant, sont présentées ci-dessous.

Dispensation de services

34. La dispensation de services de santé de qualité est essentielle à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, notamment durant les stades critiques de la grossesse, de l'accouchement et de la petite enfance. Dans bon nombre de pays, cela suppose la mise en œuvre de plans de restructuration des services de santé personnels et non personnels. Les plans en question doivent inclure plusieurs composantes.

- *Des paquets d'interventions fondées sur des bases factuelles* et des normes de qualité conformes aux recommandations internationales. Ces interventions doivent prévoir la dispensation de soins compétents pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (à la mère et au nourrisson), des services de planification familiale et, lorsque ces pratiques sont autorisées légalement, des soins en cas d'avortement et post-abortum. Sont également requises des interventions visant la prise en charge des principales maladies infantiles.
- *Des mécanismes d'amélioration de la qualité* sont plus que nécessaires pour garantir la dispensation de services compétents. Ces mécanismes (vérifications obligatoires, registres appropriés et système de gestion des données particulièrement efficace, évaluation de l'efficacité, etc.) doivent incorporer des critères permettant un aiguillage adéquat, ainsi qu'une utilisation rationnelle des médicaments et des technologies. Grâce à ces activités, des mesures correctives pourront être prises le cas échéant.
- *Un système d'aiguillage des patients efficace afin d'assurer la continuité des soins.* Entre 9 et 15 % des femmes enceintes connaissent des complications dues à leur grossesse (certaines études font état d'estimations encore plus élevées) ; elles doivent être orientées sans tarder vers un service de santé disposant du personnel compétent et des équipements nécessaires. Dans environ 5 % des cas, les patientes auront besoin de soins hautement spécialisés, à forte dépendance, ainsi que des équipements et des ressources supplémentaires. Entre 10 et 20 % des nourrissons auront également besoin de soins spécialisés, 5 à 10 % nécessitant même une opération chirurgicale ou des soins de très haut niveau. Même si les services ne peuvent tous dispenser ce genre de soins, ils doivent immanquablement disposer de mécanismes efficaces afin d'en assurer l'accès.
- *Intégration des services de soins de santé maternelle et infantile* à d'autres programmes de soins de santé primaires afin d'améliorer l'efficacité. La priorité doit être accordée aux soins de premier niveau plutôt qu'aux soins hospitaliers, une condition essentielle à la mise en place de réformes probantes et à l'établissement de services de santé appropriés à l'adresse de la mère, du nourrisson et de l'enfant. En effet, l'éducation sanitaire, la santé environnementale, la vaccination, la nutrition et la planification familiale, ainsi que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (notamment la syphilis), du VIH/sida et du paludisme, peuvent être abordés d'une manière plus efficace en maximisant les contacts directs avec le personnel sanitaire avant et après la grossesse et l'accouchement, et pendant la petite enfance.
- *Gestion améliorée de la dispensation de services.* La constitution d'un environnement professionnel motivant et une gestion efficace des ressources humaines (avec notamment des conditions d'emploi favorables et une bonne supervision) sont essentielles à une meilleure dispensation de services de soins compétents. Une attention particulière doit aussi être accordée aux efforts visant à motiver et à conserver le personnel sanitaire. Les niveaux de rémunération doivent être réexaminés dans beaucoup de pays de la Région. Certains mettent d'ailleurs en œuvre des plans de restructuration d'une bonne partie de leurs services de santé personnels et non personnels.

Ressources et moyens

35. La dispensation de services de santé, pour être performante et durable, requiert des ressources solides. En effet, les systèmes de santé nationaux doivent générer, former et déployer ces ressources d'une manière efficace, notamment en s'assurant que les conditions reprises ci-dessous soient respectées.

- *Effectifs suffisants de professionnels de la santé capables de dispenser des services essentiels à chaque niveau de soins.* Il s'agit notamment des médecins de famille, de professionnels de la santé possédant des compétences dans les domaines de l'obstétrique, des soins néonataux et de la pédiatrie, ainsi que des anesthésistes, des infirmiers et des laborantins. Le nombre insuffisant de sages-femmes capables de dispenser des soins appropriés de premier niveau à domicile ou dans un service spécialisé (centre de naissance, maison de naissance, unité dirigée par des sages-femmes, poste sanitaire ou clinique) constitue une contrainte majeure dans beaucoup de pays. Les économistes sanitaires, les planificateurs de services de santé et le personnel administratif sont tout aussi importants. Ces dernières années, un grand nombre de pays de la Région ont commencé à trouver des solutions à leurs problèmes de ressources humaines.
- *Personnel disposant de l'éventail approprié de compétences.* Comme un grand nombre de pays ont entrepris une transition du modèle axé sur les soins hospitaliers vers un modèle axé sur les soins de santé primaires dans le domaine de la santé maternelle et infantile, il devient aussi nécessaire d'adapter la main-d'œuvre et le personnel afin que ceux-ci puissent opérer et fonctionner de manière efficace dans le nouveau système. Bon nombre de pays en transition ont mis en place un système de médecine familiale pour la dispensation de soins à l'enfant, remplaçant ainsi l'ancien système de soins hospitaliers. Or, le nombre de médecins de famille ainsi que leurs compétences en matière de prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant restent limités dans beaucoup de pays. Il s'agit là d'un défi particulièrement important pour la durabilité du système de santé réformé.
- *Infrastructure physique adéquate.* Afin de garantir une efficacité optimale, le personnel soignant les mères, les bébés et les enfants doivent disposer de structures appropriées. Dans certains pays, l'infrastructure physique doit être modernisée (construction ou restauration de bâtiments, installation et disposition, approvisionnement en eau et en électricité). Un investissement adéquat doit absolument être consenti dans l'infrastructure hospitalière et des services de soins de santé.
- *Disponibilité continue des technologies adéquates.* La dispensation de soins efficaces à la mère et à l'enfant dépend de la disponibilité de technologies abordables et appropriées. En effet, aucun service hospitalier ou de soins primaires ne peut apporter des soins de qualité sans un minimum de médicaments, de fournitures et d'équipements médicaux essentiels.

Financement

36. Pour qu'un système puisse assurer la continuité des soins à l'ensemble des femmes, de leurs nourrissons et de leurs enfants, ces services doivent bénéficier d'un financement adéquat. En effet, en cas d'absence de mécanismes financiers durables, les mesures prises afin de renforcer les systèmes de santé ne pourront s'avérer efficaces à cet égard. Une attention particulière doit être accordée aux points énumérés ci-dessous.

- *Une base solide de services prépayés.* Tout modèle évitant aux familles d'encourir des dépenses catastrophiques doit impérativement inclure un mécanisme d'acquisition et de mobilisation des ressources financières qui réduit au maximum les débours directs au moment de l'utilisation du service. Parmi ces ressources, il convient de mentionner l'impôt et les taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, les assurances communautaires basées sur le prépaiement et les primes des assurances privées. Pour optimiser la couverture des soins compétents et de qualité, il faudra non seulement consentir des investissements financiers supplémentaires mais aussi, et cela est plus important, réaffecter des ressources existantes à la mise en œuvre d'interventions rentables, fondées sur des bases factuelles, et censées améliorer la santé de la mère et du nourrisson.
- *Mutualiser les ressources et les risques afin de permettre la solidarité.* Le transfert des ressources financières entre les riches et les pauvres ainsi qu'entre les mères et les enfants des zones urbaines et

rurales doit nécessairement reposer sur une base solide. Une telle base de ressources peut être créée en faisant intervenir un nombre élevé de contributeurs rassemblés dans un nombre relativement restreint de programmes de financement. La couverture universelle de soins compétents et de qualité peut prévenir la majorité des cas de mortalité maternelle et périnatale, ainsi que beaucoup d'autres cas de morbidité et d'incapacité dans la Région. La disponibilité accrue des ressources financières dépend aussi d'une plus grande rentabilité administrative.

- *Allocation stratégique des ressources.* Pour assurer des soins de qualité à la mère et à l'enfant, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes efficaces d'allocation des ressources, notamment des méthodes de rémunération des professionnels de la santé. En effet, la rémunération du personnel hospitalier et des services de santé primaires doit s'effectuer sur la base d'horaires, de calendriers et de systèmes encourageant la performance et la réactivité. Dans bon nombre de pays de la Région européenne, les modes de rémunération ne sont pas très valorisants. L'application de nouveaux systèmes de rémunération et de mesures d'encouragement à l'adresse des médecins de famille ainsi que l'utilisation, lors de l'établissement du budget de la santé, d'une formule fondée sur un système par tête favorisent la dispensation de services de soins améliorés à la mère et à l'enfant.
- *Recherche de l'efficacité.* La mise en place de mécanismes de financement efficaces est le fruit d'efforts soutenus. Il importe de promouvoir la recherche permanente des meilleures pratiques et de responsabiliser davantage les institutions chargées de la gestion financière de la santé. Au fur et à mesure de la disponibilité des informations factuelles à ce sujet, celles-ci doivent être utilisées pour évaluer l'efficacité des modèles en termes d'utilisation accrue des services. Les modèles doivent aussi garantir que les populations démunies et défavorisées ont accès aux services de santé maternelle et infantile. Un grand nombre de pays de la Région ont réformé ou sont en train de réformer leurs programmes de financement de la santé, dont ceux relatifs à la mère et à l'enfant.

Fonction de direction (« stewardship ») et gouvernance

37. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant reste empreinte de complexité. D'une part, et comme le démontrent les conclusions d'études réalisées dans la Région européenne et présentées dans ce document, la dispensation de services pour tous, et en particulier à l'adresse des populations pauvres et démunies, n'est ni facile ni bon marché. D'autre part, beaucoup de déterminants sous-jacents de la morbidité maternelle et infantile dépassent le cadre des soins de santé. La condition socioéconomique des femmes, par exemple, est un important déterminant de la santé et de la survie maternelles et infantiles.

- La mise en place d'une *réglementation efficace* est essentielle pour responsabiliser les secteurs public et privé de la santé et garantir, ainsi, la dispensation généralisée de soins de qualité aux mères et aux nourrissons. La législation et les politiques dans ce domaine devront probablement être réexaminées et modifiées afin de faciliter un accès complet et équitable aux services de santé génésique, dont la planification familiale, le traitement des infections sexuellement transmissibles et, lorsque ce genre d'intervention est autorisée légalement, les soins en cas d'avortement, ainsi que l'information et l'éducation. Dans cette optique, les partenariats entre le système de santé et les ministères du Travail et des Affaires sociales devraient veiller à ce que les femmes puissent combiner maternité et activités professionnelles. Des mesures appropriées doivent être établies afin de garantir que les médicaments, les équipements et les fournitures respectant les normes de qualité internationales soient disponibles de manière équitable et en permanence.
- Un *engagement politique* est absolument nécessaire à l'élaboration d'une vision stratégique appropriée. Les programmes de santé maternelle et infantile doivent être réexaminés (ou formulés, le cas échéant) à la lumière des priorités. Cependant, les hauts taux de mortalité maternelle et infantile observés dans certains pays de la Région nous rappellent malheureusement que malgré la ratification de documents de l'OMS et des Nations Unies, l'engagement politique n'est pas toujours adéquat, et que certains États membres n'ont pas adopté une stratégie intégrée et durable à cet égard. Il importe également que l'environnement politique soit favorable sur les plans national, régional et local. L'intégration de mesures et d'initiatives politiques multisectorielles à tous les niveaux peut garantir la coordination et le suivi du cadre réglementaire.

- *Informations adéquates et utilisables.* Il est essentiel de disposer d'un système d'informations sanitaires efficace et conforme aux normes internationales pour définir les priorités, et déterminer toute disparité et amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Malheureusement, un grand nombre de pays de la Région, dont plusieurs de l'UE tels que l'Autriche, la Finlande, la France et le Royaume-Uni, ne déclarent pas la totalité des cas de mortalité maternelle et infantile dans leurs statistiques officielles. Plusieurs études laissent d'ailleurs entendre un important niveau de « sous-déclaration » de la mortalité maternelle (16,17,18). Dans d'autres États membres, comme dans la CEI, la sous-déclaration de la mortalité infantile est due aux différences en matière de définition des naissances vivantes et, dans certains cas, à la perception d'une taxe d'enregistrement des naissances qui dissuade les familles les moins privilégiées à déclarer immédiatement leur enfant. Le suivi des indicateurs de processus, notamment en ce qui concerne l'utilisation et la qualité des services ainsi que l'assistance des professionnels de la santé à la naissance, s'avère aussi important pour la formulation de politiques.
- *Transparence et responsabilité.* Malgré l'amélioration considérable de la transparence en matière de communication des données relatives à la santé maternelle et infantile depuis ces dernières décennies, des problèmes sont toujours présents. L'amélioration de la surveillance de la mortalité maternelle et néonatale constitue une priorité, en particulier lorsque les déclarations et l'enregistrement font défaut. Si les stratégies doivent être adaptées au contexte national, la réalisation d'études de cas en établissement, d'enquêtes spéciales portant sur les femmes en âge de procréer, les autopsies verbales et même les questions posées dans le cadre de recensements ont toutes donné des résultats efficaces.

Conclusion : les perspectives pour la Région européenne

Amélioration nécessaire des efforts en vue d'atteindre les OMD

38. Il ressort du présent document que la réalisation des OMD s'avère plus difficile que prévue. Contrairement à ce qui semblait évident dès le départ, à savoir que l'une des principales conditions à la réussite de cette initiative (sinon la seule) était en fait de disposer des fonds et des autres ressources nécessaires, on ne peut que constater la lenteur, voire l'absence de progrès dans de nombreux cas. La crainte de faillir à la majorité des objectifs ainsi fixés, en particulier dans les pays qui en ont le plus besoin, n'est malheureusement pas exagérée : il s'agit d'une prédiction bien fondée, à moins que la situation n'évolue considérablement au cours de ces huit prochaines années.

39. En résumé, alors que nous sommes à mi-parcours par rapport à la date fixée pour la réalisation des OMD, soit 2015, les données collectées au niveau mondial permettent de tirer les conclusions suivantes :

- la proportion de femmes aidées par un(e) soignant(e) compétent(e) lors de l'accouchement a augmenté dans certaines régions (notamment en Asie), mais cette proportion était déjà très peu élevée dès le départ ;
- l'utilisation de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide s'est accrue ;
- la couverture du traitement antituberculeux efficace s'est améliorée (19).

40. Or, en même temps :

- dans le monde en développement, aucune région n'est actuellement en passe d'atteindre l'objectif relatif à la mortalité infantile ;
- en ce qui concerne la mortalité maternelle, les études indiquent un déclin uniquement dans les pays accusant des niveaux déjà peu élevés – la situation à cet égard est en stagnation ou connaît une tendance inverse dans les pays particulièrement touchés par ce problème (20).

41. Selon le tout dernier Rapport mondial de suivi pour 2006 (7) :
- la Région européenne est généralement en très bonne voie, si l'on en juge par les moyennes régionales, mais les données recueillies aux niveaux national et sous-national dressent un tableau beaucoup plus nuancé ;
 - des tendances évidentes ressortent du lien existant entre le niveau de revenu et les progrès réalisés pour atteindre les OMD en rapport avec la santé : les pays à plus haut revenu de l'UE et de l'Europe du Sud-Est sont beaucoup plus avancés que les pays à revenu faible et intermédiaire ;
 - la Région européenne de l'OMS a déjà atteint trois des huit objectifs de développement, à savoir ceux relatifs à la pauvreté, à l'éducation et à l'égalité des sexes. Cependant, huit pays n'atteindront probablement que cinq des huit OMD, quatorze pays en réaliseront sans doute sept et, si la situation n'évolue pas, un pays ne réalisera aucun des objectifs ainsi fixés.
42. Plusieurs facteurs sont à l'origine du constat mentionné ci-dessus, dont les suivants :
- faible capacité d'absorption de la part des pays ;
 - difficulté d'atteindre les populations-cibles.
43. Cependant, le phénomène le plus intéressant observé ces quelques dernières années est l'adoption de stratégies verticales et la mise en œuvre de programmes axés sur des maladies précises, l'approche jusqu'à présent privilégiée par la communauté internationale. Il existe désormais des interventions efficaces pour contrer de nombreux problèmes de santé prioritaires ; les coûts diminuent et les ressources financières augmentent. Néanmoins, les progrès restent lents en vue d'atteindre les objectifs fixés. Les capacités insuffisantes des systèmes de santé représentent un obstacle insurmontable à la réalisation des OMD en rapport avec la santé (21).

Initiatives actuelles et futures de l'OMS en matière de santé maternelle et infantile

44. Fort de l'expérience dans ce domaine, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré plusieurs stratégies relatives à la santé maternelle et infantile afin d'aider les États membres à formuler leurs propres politiques et plans nationaux, et à définir les priorités en la matière dans les systèmes de santé. Outre les documents sur les systèmes de santé évoqués précédemment, il convient de mentionner :
- la Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, adoptée en 2005, et les instruments connexes ;
 - les stratégies Européenne et mondiale sur la santé génésique, adoptées respectivement en 2001 et 2004 ;
 - le projet de stratégie mondiale sur l'égalité des sexes, adoptée lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la santé en 2007, qui sera adapté au contexte de la Région européenne ;
 - le projet de stratégie européenne pour une grossesse à moindre risque dans le cadre des efforts d'amélioration de la santé maternelle et périnatale ;
 - la stratégie sur l'éradication de la rougeole et de la rubéole adoptée par le Comité régional en 2005 ;
 - le deuxième Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle, avec la priorité accordée à l'allaitement maternel ;
 - la Déclaration de la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, tenue en 2004.
45. Ces instruments seront mis en œuvre dans le cadre politique des systèmes nationaux de santé. Pour les États membres, le défi réside dans la traduction de ces stratégies en plans d'action pratiques et ce, à plusieurs niveaux.

46. En outre, le Bureau régional encourage actuellement un grand nombre d'initiatives intégrant les systèmes de santé et les programmes de santé maternelle et infantile, comme celles mises en œuvre en Albanie, en Bosnie-Herzégovine, en Bulgarie, en Croatie, dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, au Kazakhstan, au Kirghizistan, au Monténégro, en République de Moldova, en Roumanie et en Serbie. La République de Tchouvachie en Russie a fait état de résultats impressionnants à cet égard dans ses efforts de restructuration.

47. Les neuf pays d'Europe du Sud-Est mentionnés ci-dessus, en particulier, ont lancé une initiative concertée au niveau régional, avec le soutien du gouvernement norvégien et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'objectif est d'améliorer la santé maternelle et néonatale par le biais de réformes spécifiques et le renforcement des capacités de leur système de santé. À l'heure actuelle, les pays de l'Europe du Sud-Est réalisent une évaluation approfondie de la situation, et recensent les obstacles de leur système général de santé en vue de définir un programme de réformes.

Vers la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé de 2008

48. Les mesures mentionnées ci-dessus doivent influencer sur la manière dont les services sont dispensés aux mères et aux enfants dans bon nombre d'États membres de la Région européenne. Le Bureau régional est convaincu que, pour obtenir des résultats durables, des structures et des institutions robustes doivent être obligatoirement mises en place dans les pays concernés. Les réformes sectorielles, comme celles expliquées dans ce document, sont positives en elles-mêmes, mais elles doivent s'inscrire dans le contexte d'une réforme plus générale des systèmes de santé.

49. Dans la résolution EUR/RC55/R8 adoptée à sa cinquante-cinquième session en septembre 2005, le Comité régional de l'Europe estimait que le Bureau régional était bien placé pour examiner le rôle des systèmes de santé. Il a donc demandé au directeur régional d'organiser une conférence ministérielle européenne sur le renforcement des systèmes de santé en 2008 afin d'aborder les questions susmentionnées ainsi que d'autres points connexes. Les principaux objectifs de la Conférence sont les suivants :

- recenser les dernières bases factuelles et données scientifiques relatives à des stratégies efficaces afin d'améliorer la performance des systèmes de santé (pour atteindre certains objectifs tels que l'amélioration de la santé, l'équité et la protection financière, la réactivité, l'efficacité et la qualité), les contraintes en vue de garantir leur durabilité et le principe de solidarité étant de plus en plus lourdes ;
- faire mieux comprendre l'impact des systèmes de santé sur la santé des populations d'Europe et, par conséquent, sur la croissance économique.

50. La Conférence se tiendra à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008. Elle sera précédée par une série de réunions préparatoires auxquelles participeront tous les États membres de la Région européenne et des partenaires de l'OMS.

Annexe

Les OMD dans la Région européenne de l'OMS : progrès réalisés

51. Il existe d'importantes variations entre pays en termes de développement socioéconomique et en ce qui concerne la situation sanitaire des populations. Les OMD ne sont donc pas tous applicables de la même façon dans chacun des États membres des Nations Unies. Cependant, chaque pays, même la nation industrialisée la plus développée, peut se référer à au moins un OMD pour évaluer les progrès réalisés en matière de développement. Il existe en outre d'autres objectifs possibles, non inclus dans les OMD, qui peuvent s'avérer particulièrement importants à un grand nombre d'États membres à revenu élevé et intermédiaire, notamment dans la Région européenne de l'OMS. Chaque pays a la possibilité de sonder ses progrès en matière de développement en utilisant tout objectif supplémentaire correspondant à son contexte ; cependant, les principaux points visés par les cibles des OMD méritent une attention particulière aux niveaux mondial et national.

52. La situation de la Région européenne est décrite ci-dessous pour chacun des OMD.

53. *Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim* : la pauvreté s'est fortement accentuée dans les pays européens à revenu faible et intermédiaire (plus rapidement que dans les autres régions au cours des années 90), et constitue un problème d'actualité même dans les pays les plus riches. Les données restent insuffisantes dans beaucoup de pays, mais le peu d'informations disponibles indiquent que plusieurs États membres n'atteindront probablement pas cet objectif.

54. *Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous* : la plupart des pays européens ont atteint l'objectif de la scolarisation généralisée, ou sont en passe de le faire. Cependant, la tendance est à la stagnation, voire à la détérioration dans plusieurs pays d'Asie centrale, du Caucase et des Balkans, où d'importants efforts doivent encore être déployés pour améliorer l'accès et la qualité. Cet objectif n'est pas principalement lié à la santé.

55. *Objectif 3 : promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes* : si l'inégalité des sexes dans l'enseignement primaire n'est pas un problème dans bon nombre de régions d'Europe, les garçons abandonnent l'école plus tôt que les filles dans certains pays. En général, cet objectif sera plus probablement atteint dans la Région européenne de l'OMS que dans d'autres régions, mais n'est pas principalement lié à la santé.

56. *Objectif 4 : réduire la mortalité infantile* : la mortalité diminue lentement chez les enfants de moins de cinq ans. Cependant, plusieurs pays, notamment en Asie centrale et dans le Caucase, doivent faire face à d'importants défis. L'Europe orientale et l'Asie centrale dans leur ensemble ne sont pas en bonne voie pour atteindre l'OMD 4. Même si le taux moyen de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est le plus bas de toutes les régions en développement, la diminution de cette mortalité par rapport au niveau de 1990 est trop lente et ne suffit pas pour réaliser l'objectif visé. Pour les nouveaux adhérents à l'UE, cela signifie que ce taux doit être inférieur à la moyenne actuelle de l'UE. Les pays à revenu faible et intermédiaire de la CEI ont accompli trop peu de progrès à cet égard pour atteindre l'objectif de 2015 (10).

57. On possède peu de données officielles fiables sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans de la part des pays de la CEI. En outre, ces informations divergent amplement entre les sources. Les statistiques officielles présentent généralement des taux de mortalité bien inférieurs à ceux des données d'enquêtes. Ces différences influent sur la précision de l'évaluation des progrès accomplis et sur la réalisation de projections réalistes. Dans certains pays, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est en baisse si l'on en croit les statistiques officielles, alors que les données d'enquêtes semblent indiquer des tendances à la hausse. Ces divergences sont principalement imputables aux lacunes existant au niveau des systèmes d'informations sanitaires de ces pays. Le problème s'explique également par les différences observées, entre la CEI et l'OMS, dans la définition de « naissances vivantes » : celle généralement utilisée dans bon nombre de pays de la CEI sous-estime la mortalité néonatale. En outre, les systèmes d'enregistrement à l'état civil ne fonctionnent pas correctement dans certains pays, ce qui

entraîne une sous-déclaration des naissances et des décès. Certaines mesures mises en place localement (par exemple, droits d'enregistrement) ont un effet négatif et dissuadent la population d'effectuer ces déclarations aux bureaux officiels d'état civil.

58. *Objectif 5 : améliorer la santé maternelle* : la mortalité maternelle varie considérablement. Dans la Région européenne, les taux oscillent entre 2 pour 100 000 naissances vivantes en Suède et 210 au Kazakhstan. Il semble que la plupart des pays d'Europe occidentale et orientale et des pays de la CEI à revenu intermédiaire pourront réaliser l'OMD 5. Cependant, la situation des pays de la CEI à faible revenu n'évolue pas assez rapidement pour atteindre l'objectif de 2015. Selon des estimations récentes, les taux actuels de mortalité maternelle de certains de ces pays sont plus élevés par rapport aux valeurs de référence de 1990. À l'instar de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, un bon nombre de pays de la Région européenne, s'ils veulent respecter le délai de 2015 en matière de diminution de la mortalité maternelle, devront atteindre des niveaux de mortalité maternelle bien inférieurs à la moyenne actuelle de l'UE. Si les tendances historiques semblent indiquer qu'ils sont en bonne voie, il n'est guère certain en revanche que la situation évoluera au même rythme au cours des dix prochaines années. Deux tiers des pays atteindront l'OMD 5.

59. En outre, il est difficile de sonder les progrès accomplis dans la mesure où la mortalité maternelle n'est guère aisée à évaluer, et l'autre indicateur utilisé à cette fin, à savoir l'aide professionnelle lors de l'accouchement, porte sur l'accès à des services de maternité adéquats. Tout comme pour l'OMD 4, il existe aussi des divergences entre les statistiques officielles et les estimations externes en ce qui concerne les indicateurs de l'OMD 5.

60. *Objectif 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies* : le VIH/sida représente une menace sérieuse pour la santé publique. En moins de dix ans, les taux d'incidence de la maladie ont augmenté de neuf fois en Europe orientale et en Asie centrale. Après 40 ans de déclin, la tuberculose est réapparue dans la Région au cours des années 90, et constitue désormais un énorme problème dans beaucoup de pays. Plus de la moitié des pays à revenu faible et intermédiaire (tranche inférieure) de la Région européenne ne pourront probablement pas atteindre cet objectif.

61. Comparée à d'autres régions, la Région européenne est peu affectée par la prévalence du VIH/sida. Les taux de VIH/sida augmentent néanmoins très vite dans les pays de la CEI : l'épidémie de ce virus y est un phénomène relativement récent, et la CEI est désormais la région du monde où le VIH/sida se propage le plus rapidement. L'épidémie touche surtout les jeunes et les populations à haut risque. Les taux de prévalence et d'incidence les plus élevés s'observent chez les toxicomanes par voie intraveineuse et les travailleurs du sexe. Étant donné les caractéristiques de l'épidémie imputable à l'injection par voie intraveineuse, les taux d'infection féminine et maternelle sont moins prononcés. Par conséquent, pour sonder l'avancée du VIH/sida dans la Région européenne, on privilégiera l'indicateur des taux d'infection par million d'habitants. Après l'augmentation effrénée de l'incidence du VIH/sida ces dernières années, celle-ci semble maintenant fléchir dans certains pays. Cependant, sans statistiques fiables sur les tendances observées lors des tests, il est difficile d'affirmer si ce fléchissement est réel ou s'il dissimule une hausse des taux de cas non dépistés.

62. Les pays de la CEI sont aussi confrontés au défi de la tuberculose. L'incidence de cette maladie est en effet en augmentation dans tous les États à revenu faible et intermédiaire de la CEI. Dans certains pays, les taux ont doublé depuis 1990, alors que le reste de la Région européenne enregistre un déclin substantiel de la maladie. L'incidence accrue de la tuberculose dans certains États est directement liée à celle du VIH/sida.

63. *Objectif 7 : assurer un environnement durable* : le programme conjoint de surveillance de l'OMS et de l'UNICEF est l'instrument désigné pour sonder les progrès réalisés dans ce domaine. L'approvisionnement en eau et l'assainissement restent les principaux défis environnementaux malgré les données officielles : celles-ci indiquent en effet que d'importants pourcentages de populations ont entièrement accès à ces infrastructures. Il est prouvé scientifiquement que la qualité de l'eau, en particulier, reste un problème majeur ainsi qu'un important risque sanitaire dans de très nombreux cas.

64. L'accès à l'eau (reconnu comme un droit de l'homme universel par les Nations Unies en 2002) n'est pas encore totalement garanti dans la Région européenne de l'OMS. Il est souvent tributaire du développement, du fonctionnement et de la gestion de l'infrastructure dans des conditions de viabilité économique, et n'est donc pas une réalité dans les régions rurales pauvres et laissées à l'abandon. L'équité dans ce domaine reste un défi dans beaucoup de sous-régions ou pour de nombreuses populations locales des États membres.

65. En Méditerranée, en particulier, il est estimé qu'outre les 130 millions d'habitants vivant de façon permanente le long de la côte et fréquemment « en contact » avec l'eau, la région reçoit 100 millions de visiteurs chaque année. Les lacunes des systèmes d'assainissement (absence de systèmes, problèmes de fonctionnement et d'entretien ou absence de traitement au point de sortie) constituent un risque sanitaire et une source de préoccupations, notamment eu égard aux eaux utilisées à des fins récréatives, et aux activités de pêche et de culture marines. Selon l'OMS, pour chaque dollar des États-Unis investi dans l'assainissement de l'eau, les bénéfices économiques se chiffrent entre 3 et 34 dollars. Toute initiative dans ce domaine peut dès lors largement contribuer à la réalisation des OMD. En atteignant les objectifs d'assainissement, on pourra fléchir l'impact de l'environnement sur les masses d'eau réceptrices ce qui, par conséquent, limitera les maladies liées à la contamination du milieu marin et à la consommation de produits issus de l'aquaculture et de la pêche pratiquée à proximité du littoral.

66. *Objectif 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement* : plusieurs études menées récemment au niveau mondial indiquent que les progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD sont très inégaux, un constat assez applicable à la Région européenne. En outre, et c'est plutôt frappant, la Région européenne est la région du monde qui bénéficie le moins d'aide officielle au développement pour la santé, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Région	Aide au développement pour la santé par habitant	Aide au développement pour la santé en pourcentage de l'aide officielle au développement
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
Europe et Asie centrale	0,34	1,7
<i>MOYENNE</i>	<i>1,00</i>	<i>8,9</i>

Source : Suhrcke M, Rechel B, Michaud C (22).

Références

1. Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies [site Web]. New York, Nations Unies, 2005 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/>, consulté le 29 juin 2007).
2. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 55/2. New York, Nations Unies, 2000 (<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>, consulté le 29 juin 2007).
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2003. Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf, consulté le 29 juin 2007).
4. McKee M, Nolte E. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*. London, Nuffield Trust, 2004 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/21404avoidablemortality2.pdf>, consulté le 29 juin 2007).
5. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf, consulté le 29 juin 2007).
6. *Prochaine étape de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : renforcer les systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (document EUR/RC55/9 Rev.1).
7. Global monitoring report 2006: Strengthening mutual accountability – Aid, trade and governance. Washington, World Bank and the International Monetary Fund, 2006 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOBALMONITOR2006/0,,menuPK:2186472~pagePK:64218926~piPK:64218953~theSitePK:2186432,00.html>, consulté le 29 juin 2007).
8. *The Millennium Development Goals Report 2006*. New York, United Nations, 2006 (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>, consulté le 29 juin 2007).
9. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consultée le 29 juin 2007).
10. *Millennium Development Goals. Progress and Prospects in Europe and central Asia*. Washington, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/ECA-MDG-full.pdf>, consulté le 29 juin 2007).
11. *Review of the health inequalities infant mortality PSA target*. London, Department of Health, 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_065544, consulté le 29 juin 2007).
12. Shakarishvili G. *Poverty and equity in health care finance*. Budapest, Local Government and Public Reform Initiative, 2006.
13. *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*. Atlanta, GA and Calverton, MD, Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro, 2003.
14. *The Roma in Central and Eastern Europe: Avoiding the Dependency Trap. Regional Human Development Report*, Bratislava, United Nations Development Programme, 2002.

15. *Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr/>, consulté le 29 juin 2007).
16. Bouvier-Colle M-H et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717–721.
17. Gissler M et al. Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland 1987–2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2004, 18(6):448–455.
18. Wildman K, Bouvier-Colle M-H. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):164–169.
19. *Support in combating tuberculosis in the Caucasus (Armenia, Azerbaijan, Georgia)* [web page]. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2005 (<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-mdg-project-caucasus.pdf>, consulté le 29 juin 2007).
20. *The millennium development goals in Latin America and the Caribbean: progress, priorities and IDB support for their implementation.* Washington DC, Inter-American Development Bank, 2005 (<http://www.iadb.org/idbdocs.cfm?docnum=591088>, consulté le 29 juin 2007).
21. Travis P et al. *Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals.* *The Lancet*, 2004, 364:900–906 (<http://www.abtassociates.com/articles/lancet-paper.pdf>, consulté le 29 juin 2007).
22. Suhrcke M, Rechel B, Michaud C. *Is development assistance for health to Eastern Europe too low?* Venise, Bureau européen de l’investissement pour la santé et le développement (OMS), 2004.