



---

## Rapport de situation sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé et les objectifs sanitaires mondiaux après 2015

### Introduction

1. Le présent rapport résume les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6<sup>1</sup> dans la Région de la Méditerranée orientale.

### Situation et progrès

#### *Objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5*

2. Dans la Région, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de 40 % pour les garçons (passant de 102 à 61 décès pour 1000 naissances vivantes) et de 42 % pour les filles (passant de 95 à 55 décès pour 1000 naissances vivantes) entre 1990 et 2011, des chiffres comparables aux réductions mondiales de 41 % pour les garçons et pour les filles respectivement. En 2012, le taux moyen de réduction de la mortalité des moins de cinq ans dans la Région a été de 2,5 %, tandis que le taux annuel de réduction nécessaire pour atteindre l'OMD 4 d'ici 2015 était de 14,1 %.

3. Dix pays (Afghanistan, Djibouti, Égypte, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud, Soudan et Yémen) représentent plus de 95 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région, mais il existe des variations importantes dans leurs progrès vers la réalisation de l'OMD 4. La réduction de la mortalité des moins de cinq ans dans les différents pays entre 1990 et 2011 est comprise entre une réduction quasi-nulle en Somalie et une réduction de 75 % en Égypte. Six pays de la Région (Arabie saoudite, Égypte, Émirats arabes unis, Liban, Oman et Tunisie) ont dépassé la cible liée à l'OMD 4 pour la mortalité des moins de cinq ans et cinq autres (République islamique d'Iran, Libye, Maroc, Qatar et République arabe syrienne) sont en bonne voie pour atteindre cette cible.

4. Dans six pays de la Région (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Liban, Oman et Qatar) le taux de mortalité des moins de cinq ans, compris entre 7 et 10 décès pour 1000 naissances vivantes, compte parmi les plus faibles au monde, et le Koweït atteindra bientôt un taux aussi faible.

5. Pour les enfants nés dans les ménages les plus pauvres, la probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans est près de deux fois plus élevée que pour leurs camarades les plus riches et ce risque est aggravé lorsque l'enfant est né dans une zone rurale ou si sa mère n'est pas éduquée.<sup>2</sup> Dans de nombreux pays de la Région, les conflits et la fragilité politique constituent des risques supplémentaires pour la santé des enfants.

---

<sup>1</sup> Cibles spécifiques pour l'Objectif 4, Cible 4.A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; pour l'Objectif 5, Cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, et Cible 5.B : Rendre l'accès aux soins de santé procréative universel d'ici à 2015 ; pour l'Objectif 6, Cible 6.A : d'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle, Cible 6.B : d'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida ; et cible 6.C : d'ici 2015, avoir enrayé le paludisme et d'autres maladies graves et commencé à inverser la tendance actuelle.

<sup>2</sup> *Objectifs du Millénaire pour le développement* – Rapport de 2013. New York, Nations Unies, 2013. Disponible à l'adresse <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2013/French2013.pdf> (consulté le 16 juillet 2013)

6. Une action renforcée et coordonnée est nécessaire pour cibler les principales causes des décès infantiles (pneumonie, diarrhée, paludisme et dénutrition). Douze pays de la Région ont introduit les vaccins conjugués antipneumococciques avec le soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), et l'OMS travaille en partenariat avec l'UNICEF et d'autres parties prenantes pour accroître la disponibilité de l'amoxicilline orale pour le traitement de la pneumonie et des sels de réhydratation orale et du zinc pour la diarrhée. La mise en œuvre de la stratégie de la Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME) s'est avérée accélérer le rythme de réduction de la mortalité des moins de cinq ans lorsque la couverture atteint des niveaux élevés, comme en Égypte. La couverture par la PCIME a été adoptée par 72 % des centres de soins de santé primaires dans 13 pays et plus de 60 facultés de médecine de la Région ont intégré la PCIME à leurs programmes d'enseignement.

7. La mortalité néonatale représente une proportion considérable de la mortalité infantile globale. Au niveau mondial, la part des décès néonataux dans la mortalité des moins de cinq ans a augmenté, passant de 36 % en 1990 à 43 % en 2011.<sup>2</sup> Le taux de mortalité infantile de la Région a diminué de 39 % entre 1990 et 2011 (passant de 72,5 à 44,1 décès pour 1000 naissances vivantes), chiffres identiques aux taux de recul mondiaux au cours de cette période. Des interventions simples et à faible coût, telles que les visites postnatales à domicile, peuvent être efficaces pour sauver la vie des nouveau-nés. La Somalie et le Soudan, avec le soutien de l'OMS et conformément à la stratégie PCIME, ont lancé des initiatives de soins communautaires pour les enfants malades et pour la lutte contre la pneumonie et la diarrhée et la prévention de ces affections.

8. La mortalité maternelle a reculé de 42 % dans la Région entre 1990 et 2010. À l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle a diminué de 47 % au cours des deux dernières décennies, passant de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 210 en 2010. Sept pays de la Région (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Koweït, Liban et Qatar) ont un taux de mortalité maternelle inférieur à 25 décès pour 100 000 naissances vivantes. Sept autres pays (Afghanistan, Égypte, Maroc, Oman, République arabe syrienne, Tunisie et Yémen) sont en bonne voie pour atteindre les cibles liées à l'OMD 5. Toutefois, les progrès sont lents dans les pays restants, particulièrement dans les six pays (Djibouti, Iraq, Pakistan, Somalie, Soudan et Soudan du Sud) qui représentent plus de 70 % de l'ensemble des décès maternels dans la Région.

9. Une réunion de haut niveau intitulée « Sauver les vies des mères et des enfants - Relever le défi » a été organisée en 2013 par l'OMS, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Elle a donné lieu à la Déclaration de Dubaï, qui précise la voie à suivre pour accélérer les progrès en vue de sauver les vies des mères et des enfants, en se concentrant sur les dix pays de la Région où le fardeau de la mortalité maternelle et infantile est élevé. Un cadre pour l'information et la redevabilité en matière de santé de la femme et de l'enfant a été lancé par le Bureau régional, et huit pays ont reçu un soutien pour élaborer des feuilles de route en vue de renforcer la redevabilité et l'action nationales pour l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant. La prise en charge de la malnutrition sévère a été renforcée dans trois pays (Afghanistan, Pakistan et Yémen) par le biais de la mise en place de plus de 60 unités de formation et de stabilisation dans les principaux hôpitaux pédiatriques et centres de santé.

#### *Objectif du Millénaire pour le développement 6*

10. Si, à l'échelle mondiale, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a reculé de 21 % entre 2001 et 2012, dans la Région, le pourcentage de personnes nouvellement infectées par le VIH est le plus élevé au monde. Près de 560 000 personnes vivent avec le VIH dans la Région, et le nombre de décès imputables au sida a presque doublé au cours de la dernière décennie, tant chez les adultes que chez les enfants, atteignant au total 38 400 en 2011. Selon les estimations, la couverture du traitement contre le VIH n'est que de 13 % dans la Région. Au niveau mondial, la couverture du traitement contre le VIH est de 55 %, la couverture du traitement antirétroviral étant plus élevée chez les femmes (63 %) que chez les hommes (46 %) et plus faible chez les enfants éligibles de moins de

15 ans (28 %) dans les régions en développement. Le Bureau régional, en collaboration avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires, a lancé une initiative régionale pour « mettre un terme à la crise du traitement contre le VIH », dans le but d'inciter les pays à prendre des mesures urgentes pour accélérer l'intensification des tests et du traitement et se rapprocher des cibles mondiales.

11. Entre 2000 et 2010, les taux de mortalité imputable au paludisme ont chuté de plus de 25 % à l'échelle mondiale, ce qui a permis d'éviter 1,1 million de décès, selon les estimations. Le paludisme aurait causé le décès d'environ 15 000 personnes dans la Région en 2010. Six pays (Afghanistan, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen) représentaient plus de 99,5 % des cas confirmés dans la Région en 2011. Au total, 6 789 460 cas de paludisme ont été notifiés, dont 16,8 % ont été confirmés par un examen parasitologique. À l'intérieur des pays, la prévalence la plus élevée de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est observée dans les populations pauvres et celles vivant dans les zones rurales. L'Iraq a acquis le statut de pays exempt d'endémie palustre après trois années au cours desquelles aucun cas de transmission locale n'a été signalé et l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran ont atteint la cible d'une couverture de plus de 80 % pour les interventions de lutte antipaludique et d'élimination du paludisme.

12. Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne la couverture des interventions relatives au paludisme telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, mais plusieurs pays de la Région n'ont pas encore atteint la cible d'une couverture de 80 %. En 2009, le Soudan a présenté une augmentation significative du pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action par rapport à 2005 (41 % contre 22 %) et au Soudan du Sud, 53 % des habitants en possédaient au moins une. Début 2013 au Soudan, la couverture opérationnelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, calculée à partir du nombre de ces moustiquaires distribuées aux populations cibles, avait augmenté et dépassait 50 %. En Afghanistan, le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action a augmenté, passant de 9,9 % en 2009 à 43,4 % en 2011. Au cours de la même période, le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action au cours de la nuit précédant l'enquête a augmenté de 2 % à 32 %. Les pays fortement touchés rencontrent des difficultés pour fournir un diagnostic parasitologique accessible et de qualité et ces difficultés sont aggravées par la résistance croissante aux médicaments antipaludéens dans les pays où le paludisme à *P. falciparum* est endémique. L'insécurité, le changement climatique et les catastrophes naturelles, ainsi que la faiblesse de la surveillance, du suivi et de l'évaluation et le faible taux de respect des directives thérapeutiques nationales par les prestataires privés constituent des défis supplémentaires pour la lutte antipaludique.

13. Une base de données sur la résistance aux insecticides dans la Région est en cours de création et un appui est actuellement fourni pour renforcer la capacité des programmes nationaux relatifs au paludisme en termes de planification, gestion, microscopie et assurance qualité, PCR et élimination. Des initiatives sont également en cours pour tester de nouveaux outils de dépistage du paludisme dans les zones de faible endémie, en coordination avec le programme de lutte antipaludique en République islamique d'Iran et la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la mise en œuvre du cadre d'action régional pour une gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique en Jordanie, au Liban et en Tunisie et des progrès ont été accomplis dans la réalisation d'études de démonstration en faveur d'alternatives viables au DDT en République islamique d'Iran, au Maroc, au Soudan et au Yémen, ainsi que dans le renforcement des capacités nationales de lutte antivectorielle à Djibouti, en Égypte et en Jordanie.

14. La Région a enregistré un léger déclin de l'incidence de la tuberculose en 2011 par rapport à 2010. Elle devrait parvenir à diminuer de moitié la mortalité imputable à cette maladie, mais non sa prévalence, d'ici à 2015, par rapport aux chiffres de 1990. La Région a atteint en 2006 un taux de succès thérapeutique cible de 85 % qu'elle maintient depuis cette date. La prévalence de la tuberculose

dans la Région a été estimée en 2011 à 1 million de cas, parmi lesquels 600 000 nouveaux cas. Pour cette même année, le nombre de décès imputables à la tuberculose a été estimé à 99 000. En 2011, 11 pays de la Région ont atteint un taux de dépistage de la tuberculose de 70 % et 13 pays ont atteint un taux de succès thérapeutique de 85 %.

15. Dix pays contribuent à hauteur de 95 % à la charge de morbidité tuberculeuse dans la Région, le Pakistan représentant 62 % de cette charge. En 2011, la Région a été en mesure de dépister 62 % du nombre total estimé des cas de tuberculose et les cas restants ont été soit sous-notifiés, soit sous-diagnostiqués. La plupart des cas de tuberculose multirésistante, estimés à 16 000 chez les patients de la Région ayant fait l'objet d'une notification, ne sont pas diagnostiqués et traités conformément aux directives internationales.

16. Douze pays ont achevé leurs plans stratégiques nationaux pour la période 2011-2015. Le réseau de laboratoires a été étendu, particulièrement pour les cultures et les tests de susceptibilité aux médicaments. Huit pays ont introduit les tests moléculaires rapides en 2012. Le Système nominal d'enregistrement et de notification par voie électronique est aujourd'hui utilisé dans cinq pays et un système de surveillance régional basé sur le Web a été mis en place dans plusieurs pays. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont été révisés en Afghanistan, en Arabie saoudite, en Iraq, au Maroc, en Palestine et au Qatar. Le renforcement des capacités a bénéficié d'un soutien dans plusieurs pays pour le suivi, l'évaluation et la surveillance de la tuberculose multirésistante. Onze pays ont reçu un soutien pour mener des enquêtes visant à évaluer la charge de morbidité de la tuberculose pharmacorésistante. Le Pakistan et le Soudan ont bénéficié d'un appui technique pour la réalisation de leurs enquêtes sur la prévalence de la maladie. D'autres pays ont reçu un appui technique pour réaliser des études d'inventaire afin d'estimer l'ampleur de la sous-notification des cas de tuberculose, ainsi que la charge de morbidité tuberculeuse.

### **Objectifs sanitaires mondiaux après 2015**

17. Il est essentiel que le programme de développement post-2015 s'attaque avec fermeté aux défis de santé publique persistants et émergents. De plus, le Bureau régional doit maintenir et intensifier son soutien aux pays qui rencontrent des difficultés pour réaliser les OMD liés à la santé. Les États Membres sont indispensables pour dynamiser le programme de développement post-2015 et montrer combien il est important de poursuivre et d'élargir l'action liée aux OMD.

18. Un rapport distinct<sup>3</sup> sur la santé dans le programme de développement post-2015 des Nations Unies sera présenté lors de la soixantième session du Comité régional.

---

<sup>3</sup> Document n°EM/RC60/6