

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظِمَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC58/INF.DOC.3
Juillet 2011

Cinquante-huitième session

Original: arabe

Point 2 d) de l'ordre du jour

Rapport de situation
Réalisation des objectifs du Millénaire
pour le développement

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Progrès dans les pays prioritaires de la Région	2
3.	Défis et conclusions	6
4.	Prochaines étapes	7

1. Introduction

En septembre 2010, les chefs de gouvernement et les représentants de 192 États Membres se sont réunis à l'occasion de la soixante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies et ont réaffirmé leur engagement à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ils ont également confirmé l'importance de la liberté, de la paix et de la sécurité, du respect des droits de l'homme, y compris le droit au développement, de la primauté du droit, de l'égalité entre les sexes et de l'engagement général envers des sociétés démocratiques pour le développement. À l'heure actuelle, plus d'un milliard de personnes dans le monde vivent dans la pauvreté extrême et en connaissant la faim et les inégalités entre les pays et au sein de ceux-ci demeurent un enjeu considérable. La pauvreté est la raison essentielle qui explique le fait que les OMD n'ont pas été réalisés dans de nombreux pays dans le monde, y compris ceux de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

L'OMS et les États Membres collaborent étroitement et se sont engagés à déployer tous les efforts possibles pour réaliser les OMD d'ici 2015. Toutefois, les crises multiples qui ont des liens étroits, telles que la crise financière mondiale, le changement climatique et les catastrophes naturelles et d'origine humaine que le monde a connues en 2010, ont augmenté les vulnérabilités et les inégalités et ont eu des conséquences négatives sur les gains en matière de développement, notamment dans les pays à faible revenu dans la Région.

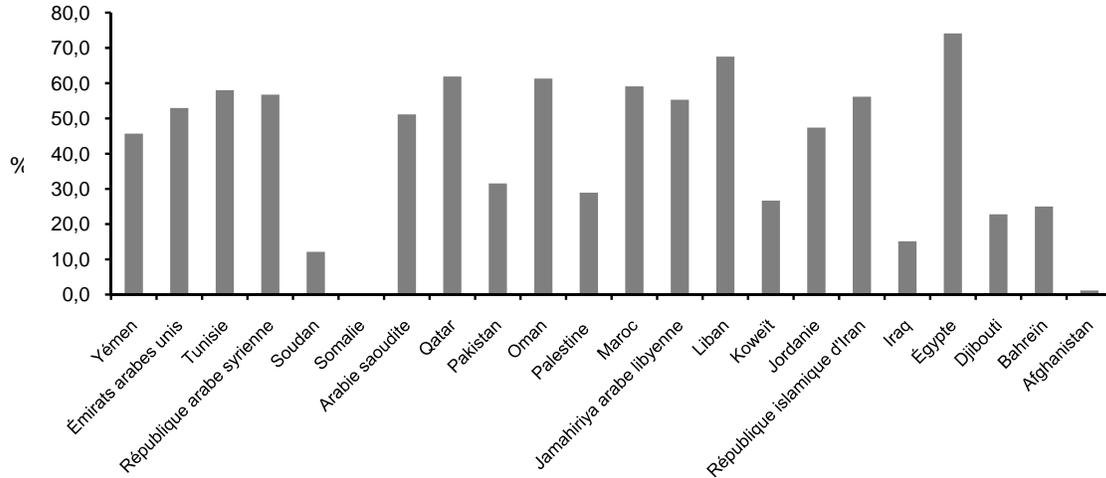
Le présent rapport porte plus particulièrement sur les cibles des OMD liés à la santé, et notamment l'objectif 4 (réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans), l'objectif 5 (réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle) et l'objectif 6 (d'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose). La plupart des pays de la Région continuent de bien progresser vers la réalisation des cibles fixées pour 2015. Toutefois, 10 pays, à savoir l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, l'Iraq, le Maroc, le Pakistan, la Palestine, la Somalie, le Soudan et le Yémen, ne sont pas en voie d'atteindre tout ou partie des objectifs liés à la santé. Le Tableau 1 montre les progrès accomplis vers la réalisation des OMD dans neuf de ces pays prioritaires.

Il sera difficile de réaliser les OMD dans les pays à faible revenu et dans certaines parties des pays à revenu intermédiaire dans la Région du fait de certains défis communs, tels que ceux qui sont énumérés ci-après : l'insuffisance de l'engagement politique ; le manque d'appropriation par la communauté ; la répartition inéquitable des ressources humaines qualifiées dans le pays ; la pauvreté extrême ; les situations d'urgence complexes ; l'inefficacité de la coordination et des partenariats ; le manque d'accès universel aux services de soins de santé primaires ; et la faiblesse des systèmes d'enregistrement, de surveillance et de notification.

Tableau 1. Progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans les pays prioritaires (2011)

Question de santé (No de l'objectif correspondant)	Afghanistan	Djibouti	Égypte	Iraq	Maroc	Pakistan	Somalie	Soudan	Yémen
Malnutrition (1)	R	R	P/R	R	PC	P/R	R	R	PC
Santé infantile (4)	PC	P/R	A	P/R	V	P/R	PC	PC	P/R
Santé maternelle (5)	PC	P/R	V	V	P/R	P/R	P/R	R	V
Tuberculose (6)	P/R	P/R	A	R	A	V	P/R	P/R	A
Paludisme (6)	P/R	P/R	A	A	A	P/R	P/R	P/R	P/R
Sida (6)	P/R	P/R	P/R	P/R	P/R	P/R	P/R	P/R	P/R
Eau/Assainissement (7)	R	R	V	R	P/R	P/R	R	P/R	R

R : en retard, P/R : progresse mais en retard, PC : pas de changement, V : en voie de réalisation, A : atteint

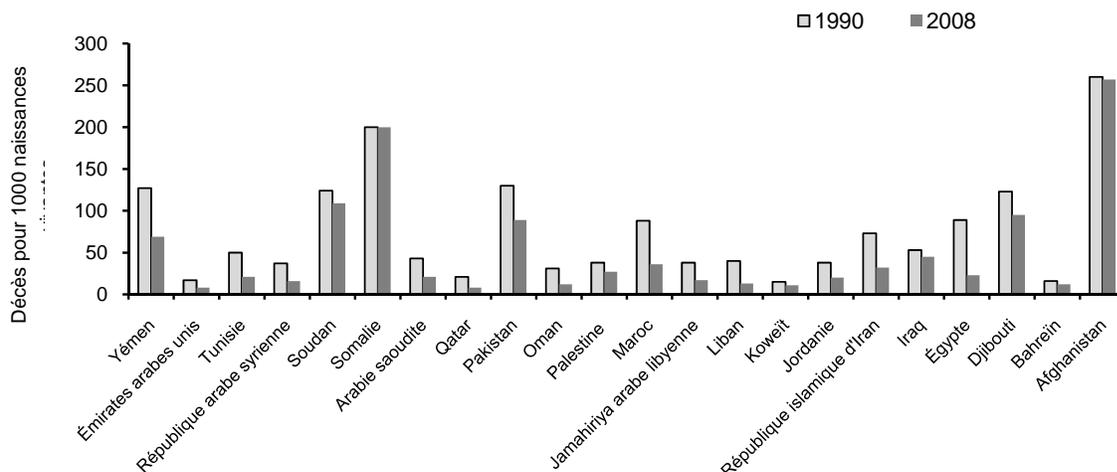


Sources : Statistiques sanitaires mondiales 2010 et Groupe interinstitutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité de l'enfant.

Figure 1. Pourcentage de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, 1990–2008

2. Progrès dans les pays prioritaires de la Région

Fin 2009, le taux de mortalité régional des enfants de moins de 5 ans avait diminué de 30 % par rapport à 1990 (Figure 1). L'Égypte, le Liban et Oman ont déjà dépassé la cible du quatrième objectif du Millénaire pour le développement, et les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, le Maroc, la République arabe syrienne et la Tunisie sont en voie de l'atteindre (Figure 2). Toutefois, les efforts visant à atteindre la cible dans d'autres pays sont remis en cause par de nombreux facteurs, dont ceux mentionnés ci-dessus. Si la même tendance se poursuit au cours des cinq prochaines années pour la réduction de la mortalité, la Région devrait encore être loin d'atteindre la cible de l'objectif 4. Les écarts de mortalité sont évidents entre les quintiles les plus pauvres et les plus riches, ce qui constitue un signe d'inéquité en santé.

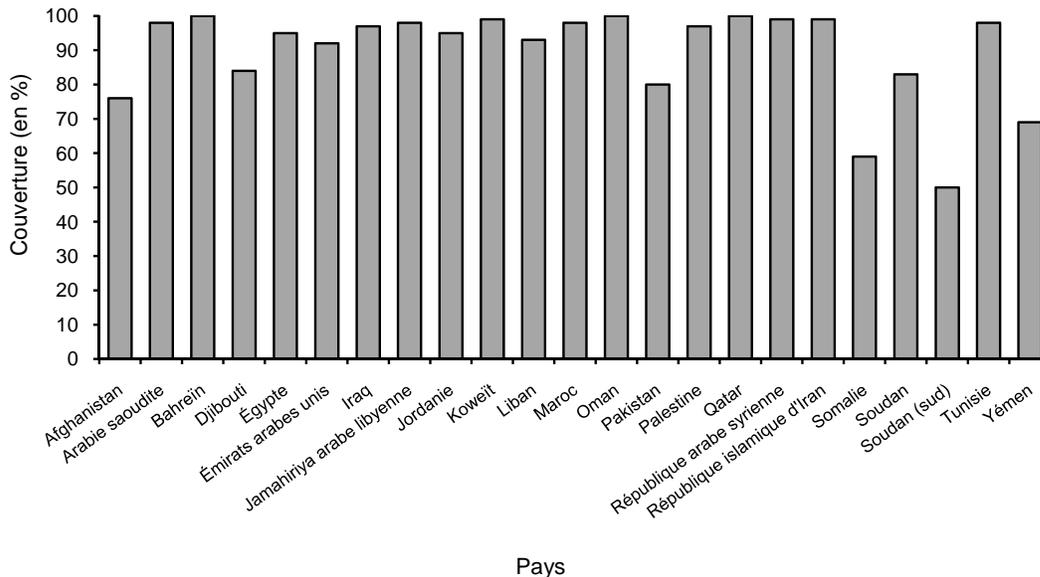


Source : Statistiques sanitaires mondiales 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2010.

Figure 2. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans par pays, 1990 et 2008

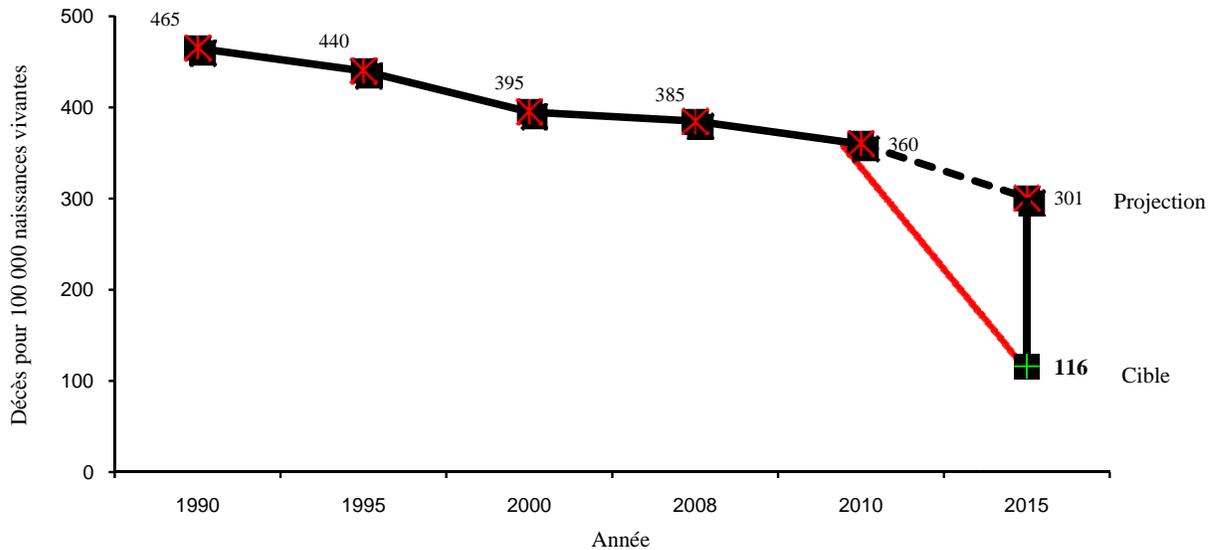
L'intensification de la vaccination infantile est essentielle pour réaliser l'objectif 4 puisque les maladies évitables par la vaccination sont responsables de plus de 20 % de la mortalité des moins de 5 ans. La majorité de ces maladies peuvent être évitées grâce aux vaccins antirotavirus, antipneumococcique et contre *Haemophilus influenza* de type b (Hib). La Région a obtenu une réduction de 93 % de la mortalité due à la rougeole en 2008 par rapport à 2000. Seize pays ont réalisé une couverture vaccinale de 90 % pour la première dose du vaccin antirougeoleux chez les enfants de moins d'un an, et trois pays sont proches d'atteindre ce niveau (Figure 3). Le nombre de pays qui introduisent des nouveaux vaccins a augmenté considérablement en 2009 et 2010, notamment grâce au soutien de l'Alliance GAVI. Néanmoins, la diminution de la mortalité due à la rougeole est menacée du fait de l'insuffisance des ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre les campagnes de vaccination antirougeoleuse de suivi. De plus, l'adoption de nouveaux vaccins demeure faible, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Actuellement, le vaccin contre le Hib n'est pas utilisé dans quatre pays qui représentent 34 % de la cohorte annuelle des naissances dans la Région. En outre, les vaccins antipneumococcique et antirotavirus ne sont pas proposés à 93 % et 96 % des nourrissons nés dans la Région, respectivement.

On estime que 52 000 femmes et 510 000 nouveau-nés décèdent chaque année dans la Région du fait de complications survenant pendant la grossesse ou l'accouchement. Cinquante pour cent des nouveau-nés de la Région naissent toujours hors d'un établissement de soins de santé, et 40 % des accouchements ne bénéficient pas de l'assistance de personnel de santé qualifié. Entretemps, seulement 31,1 % des couples mariés en moyenne utilisent des contraceptifs modernes dans la Région, le taux de fécondité total étant de 4,0 enfants par femme. La Région a toujours le



Source : données fournies par les pays

Figure 3. Couverture par la première dose de vaccin antirougeoleux, 2009



Source : rapports de pays

Figure 4. Tendence du taux de mortalité régional, 1990–2015

deuxième taux de mortalité maternelle le plus élevé de toutes les régions de l'OMS, avec 360 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'Afghanistan a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, estimé à 1600 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La Figure 4 montre la tendance de la mortalité maternelle régionale depuis 1990.

La réalisation de l'objectif 6 est essentielle puisque la tuberculose, le paludisme et le sida tuent près de 264 000 personnes chaque année dans la Région. En 2009, un nombre estimatif de 75 000 personnes dans la Région ont été infectées par le VIH, et 24 000 décès liés au sida se sont produits, dont 4400 enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la Région est estimé à 460 000. Alarmés par les études qui montrent une augmentation de la prévalence du VIH dans les populations ayant des pratiques sexuelles et d'injection de drogues à haut risque dans certains pays, d'autres pays investissent maintenant dans des études sur la prévalence du VIH et les comportements dans ces groupes. Les données montrent des épidémies concentrées dans les populations qui ont le plus grand risque, et il est généralement reconnu que l'épidémie ne peut être inversée si l'on n'offre pas de services à ces populations et si l'on ne les adapte pas à leurs besoins.

Tous les pays ont déployé des efforts pour augmenter l'accès au traitement antirétroviral qui permet de sauver des vies. Entre 2007 et 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui étaient sous traitement antirétroviral a augmenté de 70 %, passant d'environ 7867 à 15 511. Plus de 80 % des personnes vivant avec le VIH et ayant besoin d'un traitement antirétroviral qui sont identifiées et connues du système de santé reçoivent en réalité un traitement de ce type. Toutefois, l'écart entre le nombre estimé et connu de personnes vivant avec le VIH et le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est important. La couverture régionale du traitement antirétroviral sur la base des besoins estimés demeurent environ à 10 %, ce qui constitue le plus faible taux au niveau mondial.

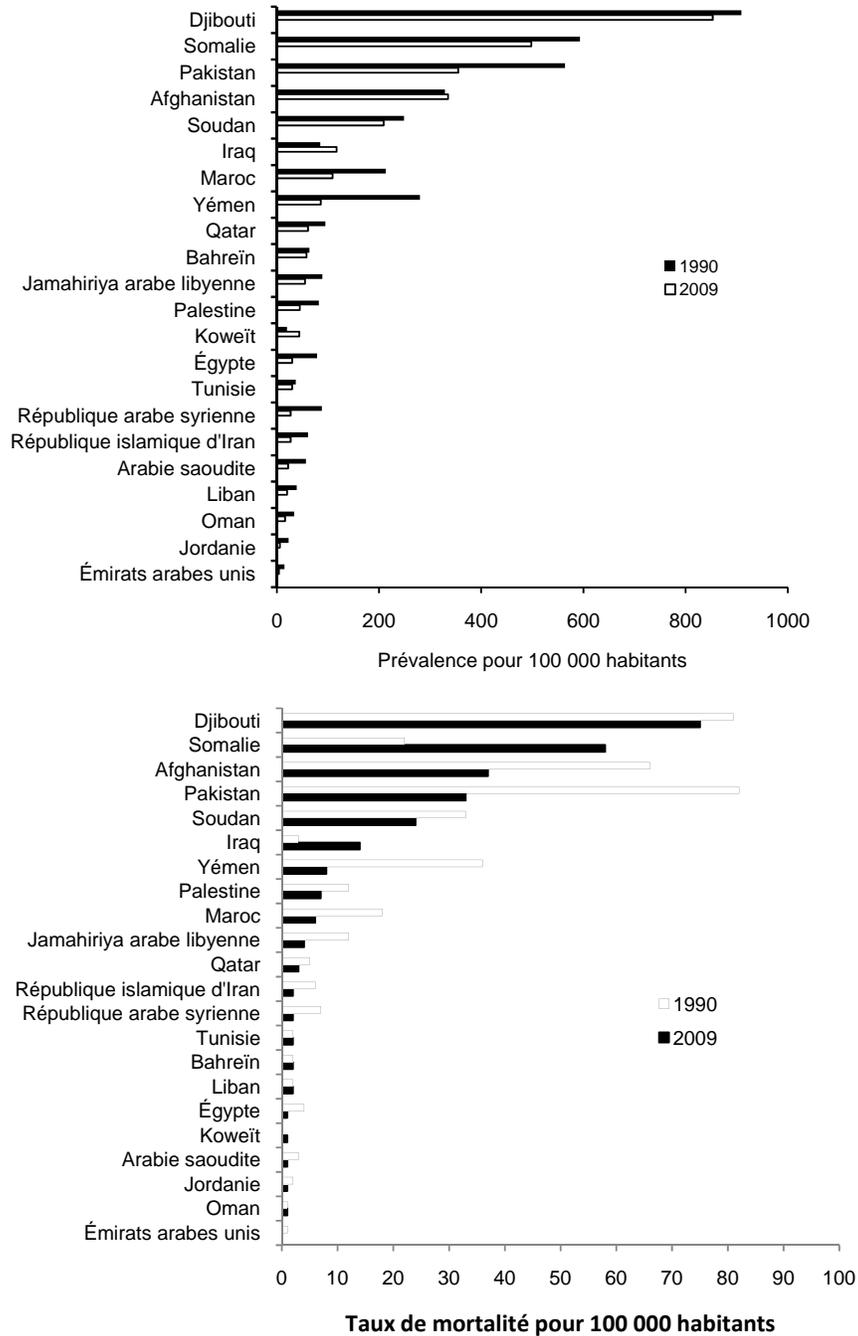
Bien que tous les pays de la Région proposent certains services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ces services restent fragmentés et limités dans de nombreux environnements. En 2009, selon les estimations, moins de 500 (seulement 20 %) des 20 500 femmes enceintes infectées par le VIH et ayant besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficiaient. Certains pays, tels que Djibouti et Oman, ont intégré un test VIH volontaire dans l'ensemble de services fournis dans le cadre des soins prénatals.

En ce qui concerne le paludisme, il est toujours endémique dans neuf pays de la Région. Les données provenant des systèmes d'information sanitaire de routine montrent une diminution de 44 % de la charge palustre par rapport à 2000. Selon les estimations publiées dans le Rapport mondial sur le paludisme 2009, la charge majeure de morbidité est supportée par le Soudan (62 %) et le Pakistan (18 %), suivis par la Somalie (9 %), l'Afghanistan (8 %) et le Yémen (3 %). Les données sur la prévalence issues d'une enquête réalisée en 2009 dans 10 états septentrionaux du Soudan ont montré une diminution de la prévalence du parasite s'élevant à 38 % par rapport à la même enquête en 2005 (de 3,7 % à 2,3 %). La prévalence du paludisme dans la région de Tihama au Yémen diminue progressivement, passant de 21,9 % en 2000 (enquête scolaire) à 4,5 % en 2009 (enquête dans les ménages). En 2009, l'Iraq a notifié une transmission locale nulle, l'Arabie saoudite n'a notifié que 58 cas locaux et la République islamique d'Iran a fait savoir que le nombre de cas locaux avait diminué de plus de 70 % par rapport à l'année 2000.

En 2009, des enquêtes nationales sur le paludisme réalisées au Soudan ont montré que la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action avait augmenté pour atteindre 40,3 %, et que 43 % des cas de fièvre étaient traités au moyen d'associations médicamenteuses contenant de l'artémisinine ; 43 % seulement des installations avaient un appareillage de microscopie fonctionnel et 10,5 % disposaient de tests diagnostiques rapides. Au Yémen, seulement 15 % des foyers avaient au moins une moustiquaire à imprégnation durable. Ces chiffres montrent qu'il y a un énorme déficit à combler pour atteindre la couverture universelle dans les pays prioritaires.

En 2009, un nombre estimatif de 660 000 de cas de tuberculose est apparu dans la Région. Sur ce nombre, 418 149 ont été dépistés, sur un nombre de 5,8 millions de cas dépistés au niveau mondial durant la même année. La Région supporte donc 7 % de la charge mondiale de tuberculose. L'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie et le Soudan contribuent pour 86 % à la charge régionale de tuberculose, le Pakistan supportant à lui seul 64 % de cette charge régionale. On estime que 24 000 patients tuberculeux ont développé une forme multirésistante de la maladie en 2009.

En 2009, l'incidence de la tuberculose a diminué pour atteindre 111 nouveaux cas pour 100 000 habitants, par rapport aux 121 pour 100 000 habitants de 1990 (diminution de 8 %). Une diminution plus importante de la prévalence a été observée en 2009 lorsqu'elle est passée à 179 cas pour 100 000 habitants, en diminution de 33 % par rapport au chiffre de 268 cas pour 100 000 habitants de 1990. La mortalité due à la tuberculose a diminué, passant de 34 décès pour 100 000 habitants en 1990 à 18 pour 100 000 en 2009 (47 %) (Figure 5). En outre, des pays ont pu maintenir le taux de guérison pour la tuberculose pulmonaire à frottis positif à 88 %, ce qui est supérieur à la cible mondiale, pendant trois années consécutives.



Source : Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

Figure 5. Progrès réalisés dans la réduction de la charge tuberculeuse, 1990–2009

3. Défis et conclusions

Les pays ont rencontré des défis liés au manque de capacités productives pour assurer une croissance économique durable, globale et équitable ainsi qu'un développement durable. Des opportunités existent en vue d'inscrire la santé au centre du programme politique national en matière de santé et de développement et pour la première fois, tous les niveaux du gouvernement travaillent ensemble pour aboutir à des solutions novatrices et efficaces permettant d'atténuer les

risques sanitaires et d'augmenter les avantages pour la santé. Par le biais de son appel en faveur du renouvellement des soins de santé primaires, l'OMS fait progresser son programme d'action basé sur les engagements internationaux tels que le programme Action 21, la Déclaration d'Alma-Ata et le Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé afin de s'attaquer aux inégalités en santé inacceptables induites aux niveaux politique, social et économique. En 2010, l'OMS a lancé une campagne sur une année pour faire mieux connaître les questions de santé urbaine et engager les dirigeants municipaux dans un combat contre les inégalités en santé en milieu urbain, avec une attention particulière pour les pauvres urbains.

L'autonomisation des communautés dans la prise de décisions locale et l'implication active de la société civile pour s'attaquer aux inéquités en santé, notamment celles qui sont liées aux objectifs 4, 5 et 6, font partie des principaux défis que tous les États Membres doivent relever.

La nécessité de disposer de données ventilées par sexe, par âge, par emplacement géographique afin de permettre de cibler efficacement les politiques et programmes en vue de s'attaquer à la discrimination et les besoins des groupes défavorisés et marginalisés devraient être pris en compte dans la planification commune à venir. L'égalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et le plein exercice par les femmes de tous les droits de la personne sont des éléments essentiels au développement économique et social.

L'accès universel aux services sociaux et sanitaires, y compris la protection sociale des pauvres, constitue un moyen de maintenir la santé des groupes vulnérables de la communauté, et il a été encouragé pour soutenir les pays qui observent le plus grand retard.

En conclusion, il existe une nécessité urgente de mobiliser des ressources internes et d'accélérer le mouvement mondial en faveur de la réduction de la pauvreté car le soutien fourni actuellement aux pays les plus pauvres n'est pas suffisant pour changer la situation sur le terrain. Le renforcement des systèmes de santé, les partenariats efficaces et la rationalisation des mécanismes de surveillance et de notification sont nécessaires pour progresser dans la réalisation des OMD dans le monde entier.

4. Prochaines étapes

De 2011 à 2015, le Bureau régional poursuivra son soutien aux États Membres en s'attachant plus particulièrement aux pays à revenu faible et intermédiaire pour renforcer la collaboration intersectorielle et l'engagement de la société civile à réduire la mortalité maternelle et infantile, et à rationaliser la collecte, l'analyse et l'utilisation des données ventilées. Le Bureau régional est en train de mettre en place un mécanisme d'achat groupé de vaccins pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins salvateurs dans les pays à revenu intermédiaire. Les pays seront encouragés à mettre en œuvre des politiques visant l'égalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes, le plein exercice par les femmes de tous les droits de la personne et l'éradication de la pauvreté. Les États Membres bénéficieront d'un soutien pour la fourniture d'un ensemble de pratiques familiales en matière de services de santé et de nutrition, y compris la couverture universelle par des intervention d'un bon rapport coût-efficacité bien connues aux mères et aux enfants, telles que la prise en charge de la santé de l'enfant et la maternité sans risque.

Le Bureau régional continuera à aider les États Membres à intensifier et améliorer la prévention, le traitement, les soins et les interventions de soutien pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme de sorte à parvenir à l'accès universel notamment pour les populations gravement touchées et les groupes vulnérables. Il soutiendra également les États Membres pour faire avancer la recherche dans ces domaines, éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux interventions et entravent leur utilisation et gênent leur qualité, et pour contribuer au renforcement généralisé des systèmes de santé.