



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 6¹ 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 45 % (passant de 103 à 57 décès pour 1000 naissances vivantes) entre 1990 et 2012, chiffres qui sont comparables aux réductions mondiales de 47 %. Le taux annuel moyen de réduction de la mortalité des moins de cinq ans dans la Région est actuellement de 2,7 %, tandis que le taux de diminution nécessaire pour atteindre la cible de l'OMD 4 d'ici 2015 est de 7,6 %.²

3. Neuf pays (Afghanistan, Djibouti, Égypte, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) comptent pour plus de 93,6 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région, mais il existe d'importantes variations dans leurs progrès vers la réalisation de l'OMD 4. La diminution de la mortalité des moins de cinq ans par rapport au taux de référence entre 1990 et 2012 se situe entre 17 % en Somalie et 81 % en Arabie saoudite. Sept pays de la Région ont atteint la cible liée à l'OMD 4 pour la mortalité des moins de cinq ans (Arabie saoudite, Égypte, République islamique d'Iran, Liban, Oman, Qatar et Tunisie). Cinq autres États Membres ont déjà réduit leur taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, passant à 15 décès ou moins pour 1000 naissances vivantes (Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Libye et République arabe syrienne).

4. La mortalité néonatale constitue un facteur décisif dans la mortalité infanto-juvénile globale ; en effet, la part des décès de nouveau-nés dans la mortalité des enfants moins de cinq ans a augmenté, passant de 38 % en 1990 à 46 % en 2012. Le taux de mortalité infantile dans la Région a diminué de 42 % entre 1990 et 2012 (passant de 76 à 44 décès pour 1000 naissances vivantes).

5. La mortalité maternelle a reculé de 50 % dans la Région entre 1990 et 2013. À l'échelle mondiale, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % au cours de la même période, passant de 380 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 210 en 2013. Le Liban et Oman ont déjà réalisé la cible de l'OMD 5 liée à la réduction de la mortalité maternelle. Neuf États Membres ont un taux de mortalité maternelle inférieur à 25 décès pour 100 000 naissances vivantes (Arabie

¹ 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 cinq 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 à la médecine procréative universel d'ici à 2015 ; pour l'Objectif 6, Cible 6.A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir 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 maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle.

² Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. The United Nations Children's Fund, 2013.

saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Koweït, Liban, Libye, Oman et Qatar). Tous les États Membres où la charge de la mortalité maternelle est élevée, comptant pour plus de 96,3 % de l'ensemble des décès maternels, font des progrès pour atteindre les cibles liées à l'OMD 5 (Afghanistan, Djibouti, Égypte, Iraq, Maroc, Pakistan, Soudan et Yémen), à l'exception de la Somalie.

6. L'Égypte, l'Iraq et le Maroc sont des pays à revenu intermédiaire qui ont moins de difficultés à atteindre les cibles fixées pour les OMD 4 et 5 que les autres États Membres ayant une charge élevée de mortalité maternelle et infanto-juvénile. L'Égypte par exemple a atteint les cibles fixées pour l'OMD 4 et est en bonne voie d'atteindre les cibles de l'OMD 5. Quant au Maroc, il est en passe d'atteindre les cibles liées aux OMD 4 et 5. Les pays restants où la charge est élevée sont confrontés à des difficultés pour atteindre les OMD 4 et 5, du fait du manque de ressources, de l'instabilité politique et de problèmes de développement complexes.

7. Afin d'intensifier les efforts visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans la Région, l'initiative « Sauver les vies des mères et des enfants » a été lancée par l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF, conjointement avec les États Membres, lors d'une réunion de haut niveau qui s'est tenue à Dubaï (Émirats arabes unis) en janvier 2013. La réunion s'est conclue par la Déclaration de Dubaï dans laquelle les États Membres ont affirmé leur engagement à : élaborer et mettre en œuvre des plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant ; prendre des mesures pouvant être évaluées pour consolider les éléments y relatifs de leurs systèmes de santé ; instaurer des mécanismes de financement durables ; mobiliser les ressources nationales et internationales au moyen d'approches traditionnelles et innovantes ; et améliorer la coordination et la redevabilité entre tous les partenaires. La Déclaration a été approuvée par la soixantième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale en octobre 2013.

8. Le Bureau régional a mis en route un vaste soutien technique aux États Membres à forte charge de mortalité, en collaboration avec l'UNFPA, l'UNICEF et les bureaux de pays. Tous les États Membres dans lesquels la charge de mortalité maternelle et infanto-juvénile est élevée, ont élaboré et mettent actuellement en œuvre des plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant. Les plans de travail et de budgets conjoints des pays et de l'OMS pour 2014-2015 ont été alignés sur les plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant. Les autorités nationales des neuf pays éligibles ont alloué des fonds afin de couvrir le coût de certaines activités prévues. L'UNFPA, l'UNICEF ainsi que d'autres parties prenantes et donateurs ont également financé quelques activités.

9. Les plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant portent sur des questions qui sont essentielles pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles, notamment la vaccination et la nutrition, la mise en œuvre d'interventions fondées sur des bases factuelles aux niveaux de la communauté, des soins de santé primaires et des premiers niveaux d'orientation-recours.

Objectif du Millénaire pour le développement 6

Cible 6.A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

10. Le nombre global de nouvelles infections à VIH dans la Région continue d'augmenter. On estime à 63 165 le nombre de nouvelles infections en 2012, comparé aux 39 593 nouvelles infections en 2002.³ La prévalence globale du VIH demeure faible.

³ Estimations de l'ONUSIDA 2013

11. L'épidémie de VIH dans la Région est toujours considérée comme émergente, et se concentre grandement dans une partie de la population exposée à un risque plus élevé. Des épidémies concentrées sont confirmées chez les consommateurs de drogues injectables en Afghanistan, en Égypte, en République islamique d'Iran, en Libye, au Maroc et au Pakistan. On observe également ces épidémies chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Égypte, au Soudan et en Tunisie. Des épidémies d'infection à VIH concentrées ont été enregistrées chez les professionnelles du sexe à Djibouti, au Maroc, au Pakistan et au Soudan. Des interventions ciblées adressées aux populations à haut risque ont été un succès mais la couverture de ces programmes est toujours insuffisante.

12. La plupart des personnes vivant avec le VIH dans la Région ne connaissent pas leur statut et ne bénéficient pas des interventions. Le faible taux de prévalence dans la population générale et la stigmatisation associée aux comportements qui entraînent un risque accru, rendent difficile la fourniture de services de conseils et le dépistage aux personnes qui en bénéficieraient le plus.

Cible 6.B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès universel aux traitements contre le VIH/sida

13. Le nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral qui permet de sauver des vies a augmenté rapidement dans la Région, mais l'accès au traitement augmente moins rapidement que les besoins en termes de traitement. Entre 2006 et 2013, il y a eu une multiplication par sept du nombre de personnes bénéficiant du traitement antirétroviral, soit 39 101 personnes⁴. Cependant, en 2012, seule la Tunisie avait atteint une couverture par le traitement antirétroviral de 50 % pour la population estimée remplissant les critères, et la couverture régionale demeure à 15 %.⁵

14. Témoignant de la situation d'ensemble de l'épidémie, le nombre de cas de transmission mère-enfant du VIH augmente toujours dans la Région. En 2012, le Bureau régional, en collaboration avec l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'UNFPA, ont lancé un cadre régional pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

15. Afin de faire face à la faible couverture pour le dépistage et le traitement du VIH, l'OMS a lancé en 2013 une initiative régionale pour « mettre un terme à la crise en matière de traitement contre le VIH ». L'objectif de cette initiative est de catalyser l'accélération du traitement contre le VIH dans les pays prioritaires. De plus, l'OMS et l'ONUSIDA ont élaboré un document de plaidoyer conjoint pour l'accélération du traitement qui a été présenté à la soixantième session du Comité régional. Les ministres de la Santé ont adopté une résolution qui demande instamment aux États Membres de fixer des objectifs annuels ambitieux en matière de dépistage et de traitement du VIH et de prendre des mesures urgentes pour accélérer l'accès au traitement, et demande le soutien de l'OMS. Le Bureau régional a élaboré des outils et des orientations pour permettre aux pays de mener une analyse en cascade « tester-traiter-retenir », suivi du développement de plans d'accélération du traitement.

Cible 6.C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves, et commencer à inverser la tendance actuelle

16. Près de 45 % de la population régionale vit dans des zones où il existe un risque de contracter le paludisme. On estime que la charge régionale du paludisme en 2012 représentait 13 millions de cas et 18 000 décès. La tendance régionale a indiqué une diminution progressive de l'incidence estimée du paludisme au cours de la période 2000-2012, passant de plus de 30 cas pour 1000 habitants en 2000 à moins de 20 cas pour 1000 habitants en 2012.

⁴ ONUSIDA, OMS. Outil de données du rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2014, non validé.

⁵ Calculée sur la base des estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA.

17. Le Pakistan et le Soudan représentent plus de 80 % de la charge de cas confirmés ; le reste des cas surviennent en Afghanistan, en Somalie et au Yémen. De ces pays, l'Afghanistan est en bonne voie de réaliser les cibles de l'OMD 6 liées au paludisme, avec une réduction de plus de 50 % des cas confirmés en 2012, comparé à 2000. Les données sur le paludisme des pays restants sont peu concluantes eu égard à la réduction des cas.
18. Quatre pays (l'Iraq, le Maroc, Oman et la République arabe syrienne) ont éliminé le paludisme au cours des dix dernières années et deux pays progressent sur la voie de l'élimination de la maladie (l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran).
19. On a assisté ces dernières années à une augmentation significative du financement de la lutte contre le paludisme, passant de moins de 100 millions de dollars US en 2008 à près de 250 millions de dollars US en 2012, et ces fonds proviennent principalement des ressources émanant des donateurs. L'augmentation du financement a entraîné une amélioration de l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à action durable, aux diagnostics et au traitement ; cependant, la couverture est loin d'être universelle.
20. La faiblesse des systèmes de diagnostic représente le défi principal de la lutte contre le paludisme dans la Région ; en effet, environ 80 % des cas signalés ne sont confirmés ni par la microscopie ni par les tests diagnostiques rapides. Les systèmes d'information et de surveillance pour le paludisme sont également fragiles dans plusieurs pays et actuellement, ces systèmes ne peuvent dépister que 10 % des cas estimés. Le faible taux de respect des directives thérapeutiques par les prestataires privés constitue un défi majeur qui contribue à la propagation de la résistance aux médicaments antipaludéens et aux insecticides. Parmi les autres défis dans la lutte contre le paludisme figurent l'insuffisance des infrastructures de santé, en particulier dans les zones reculées et frontalières, le risque croissant dû à des facteurs sociopolitiques et environnementaux, et le recours à des ressources externes non viables.
21. L'OMS continue de soutenir les États Membres pour ce qui concerne le renforcement des capacités nationales en vue de l'élimination du paludisme. Les efforts seront intensifiés conformément au projet de stratégie technique mondiale 2016-2025 sur le paludisme.
22. Le nombre de décès dus à la tuberculose dans la Région a diminué, passant de 34 décès pour 100 000 habitants en 1990 à 16 décès pour 100 000 habitants en 2009 (53 %). L'incidence estimée de la tuberculose a également baissé, passant de 121 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 109 cas pour 100 000 habitants en 2012 (9 %). En résumé, les cibles de l'OMD 6 prévoyant de commencer à inverser la tendance de l'incidence de la tuberculose et de mettre fin à la mortalité due à la tuberculose ont déjà été atteintes au niveau régional.
23. La baisse de la prévalence de la tuberculose a été plus notable, passant de 268 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 180 cas pour 100 000 habitants en 2012 (32,8 %).
24. En 2012, sur les 616 591 cas estimés de tuberculose dans la Région, 430 789 cas au total ont été notifiés. La Région compte pour 7 % de l'ensemble des cas de tuberculose notifiés dans le monde.
25. L'Afghanistan, le Pakistan, le Maroc, la Somalie et le Soudan comptent pour 84, 5 % de la charge de la tuberculose dans la Région, le Pakistan à lui seul représentant 63 % de cette charge.
26. La Région a pu maintenir à 88 % le taux de succès thérapeutique pour la tuberculose pulmonaire à frottis positif, et ce taux est pour la sixième année consécutive supérieure à la cible mondiale.

27. Dans plusieurs pays de la Région (Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Liban, Oman), l'incidence de la tuberculose se rapproche du seuil fixé pour l'élimination de la maladie (incidence de la tuberculose de 10 à 20 cas pour 100 000 habitants), tandis que d'autres pays ont déjà une incidence de la tuberculose inférieure à 10 cas pour 100 000 habitants (Émirats arabes unis, Jordanie, Territoire palestinien occupé). Les pays restants nécessitent une aide supplémentaire pour éliminer la tuberculose d'ici 2035.

28. Le dépistage sous-optimal des cas de tuberculose constitue le principal obstacle à la réalisation des cibles de l'OMD 6 liées à la tuberculose. Cette situation est essentiellement le résultat de l'adoption partielle des nouvelles technologies et de l'accès limité aux services de diagnostic, ainsi qu'aux environnements réglementaires dépassés. De plus, il faut mettre davantage l'accent sur les groupes à haut risque, parmi lesquels les patients atteints de tuberculose multirésistante et co-infectés par la tuberculose et le VIH, les contacts des patients tuberculeux et les enfants atteints de tuberculose.

29. La stratégie de lutte antituberculeuse dans le monde vise à dépister les cas passés inaperçus par le biais d'une approche sur plusieurs fronts : garantir l'adoption rapide de nouveaux diagnostics ; renforcer l'implication de l'ensemble des parties prenantes dans les soins de la tuberculose et la lutte contre la maladie ; améliorer l'environnement réglementaire en ce qui concerne la notification des cas de tuberculose et l'utilisation rationnelle des antituberculeux ; renforcer la prise en charge de la maladie dans les populations à haut risque, notamment les populations mobiles, les enfants, les contacts et les patients atteints de tuberculose multirésistante et co-infectés par le VIH et la tuberculose.

Objectifs sanitaires mondiaux après 2015

30. L'OMS aidera les États Membres à maintenir un haut niveau d'engagement, à investir dans le partenariat étroit et la coordination avec l'UNFPA, l'UNICEF et des partenaires clés, et apportera son soutien aux efforts visant la mobilisation des ressources pour remédier aux problèmes rencontrés dans l'appui aux plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant. Un tel appui comprend le renforcement de la capacité des pays à lancer ces plans et en suivre la mise en œuvre, à veiller à l'obtention de résultats optimaux et à appliquer les mécanismes de coordination avec les partenaires afin de faire le suivi des progrès réalisés et surmonter les obstacles rencontrés.

31. Il est indispensable que le programme de développement post-2015 relève avec fermeté les défis de santé publique persistants et émergents. Le rôle des États Membres est essentiel pour dynamiser le programme de développement post-2015 et veiller à ce que les questions prioritaires soient abordées.