



Rapport de situation sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs mondiaux en matière de santé après 2015

1. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies se sont avérés avoir un rôle à la fois stimulant et catalyseur, ce qui était l'intention des 189 chefs de gouvernement qui ont adopté la Déclaration du Millénaire à l'aube du XXI^e siècle. En signant cette déclaration, les dirigeants des pays à revenu faible et intermédiaire s'engageaient à intensifier de manière significative leurs efforts pour réduire la pauvreté et améliorer la qualité de vie de leurs populations les plus vulnérables, tandis que les représentants des pays à revenu élevé promettaient de renforcer le soutien à leurs efforts.
2. Les ministères de la santé se sont engagés dans une série d'actions aux niveaux national et international, visant à accélérer la progression vers la réalisation des OMD. Ces actions consistent notamment à promouvoir les partenariats intersectoriels, intensifier l'action pour le développement sanitaire et la protection sociale au niveau national, renforcer les mesures et le suivi des progrès en matière d'OMD et inciter la société civile à s'engager davantage dans les efforts pour faire progresser les OMD.
3. Le présent rapport porte sur les OMD liés à la santé, à savoir 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). Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, l'Iraq, le Maroc, le Pakistan, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud, le Territoire palestinien occupé et le Yémen ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre tout ou partie des objectifs liés à la santé. Le Tableau 1 montre les progrès accomplis vers la réalisation des OMD dans dix de ces pays prioritaires.

Tableau 1. Progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans les pays prioritaires, 2010-2011

Question de santé (N° de l'objectif correspondant)	Afghanistan	Djibouti	Égypte	Iraq	Maroc	Pakistan	Somalie	Soudan	Territoire palestinien occupé	Yémen
Malnutrition (1)	R	R	P/R	R	R	P/R	R	R	V	R
Santé infantile (4)	P/R	P/R	A	P/R	V	P/R	R	P/R	P/R	P/R
Santé maternelle (5)	V	P/R	A	P/R	A	P/R	P/R	V	V	V
Tuberculose (6)	P/R	P/R	A	V**	A	V	P/R	P/R	V	A
Paludisme (6)	P/R	P/R	A	A	A	P/R	P/R	P/R	A	P/R
Sida (6)	P/R	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	V	R

R : en retard (la cible ne sera pas atteinte d'ici à 2015) ; P/R : progresse mais en retard (la cible ne sera vraisemblablement pas atteinte d'ici à 2015 du fait du taux de progression actuel) ; V : en voie de réalisation (la cible devrait être atteinte d'ici à 2015) ; A : atteint (la cible a été atteinte)

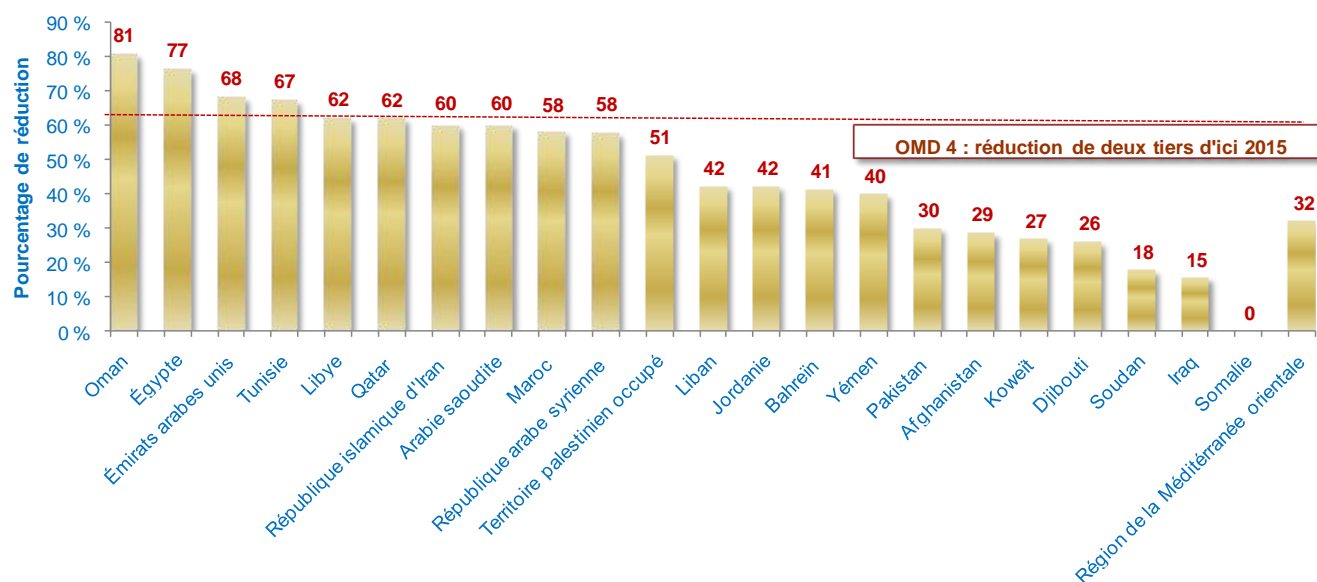
* Y compris le Soudan du Sud ; des données ventilées pour le Soudan et le Soudan du Sud ne sont pas disponibles pour la période 2010-2011.

** L'incidence y estimée a été révisée de 64 à 45 pour 100 000 habitants pendant la période 2010-2011 en fonction des résultats d'une étude rapportée en 2011. Les indicateurs y relatifs ne sont pas encore finalisés. Toutefois, compte tenu de la baisse de l'incidence, les progrès sont considérés comme étant en voie de réalisation.

4. De toute évidence, la couverture universelle pourra être atteinte uniquement si toutes les populations, qu'elles soient riches ou pauvres, vivant dans des zones urbaines ou rurales, bénéficient d'un accès équitable à des services de santé de qualité. En outre, selon un rapport de l'UNICEF en 2010 intitulé *Narrowing the gaps to meet the Goals*, le fait d'axer les investissements sur les populations défavorisées permettra d'atteindre plus rapidement les OMD 4 et 5. Le présent rapport montre notamment qu'une approche axée sur l'équité pourrait engendrer de bien meilleurs retours sur investissement en évitant un nombre nettement plus important de décès d'enfants et de mères et d'épisodes de malnutrition et en élargissant sensiblement la couverture des principales interventions en matière de santé et de nutrition.

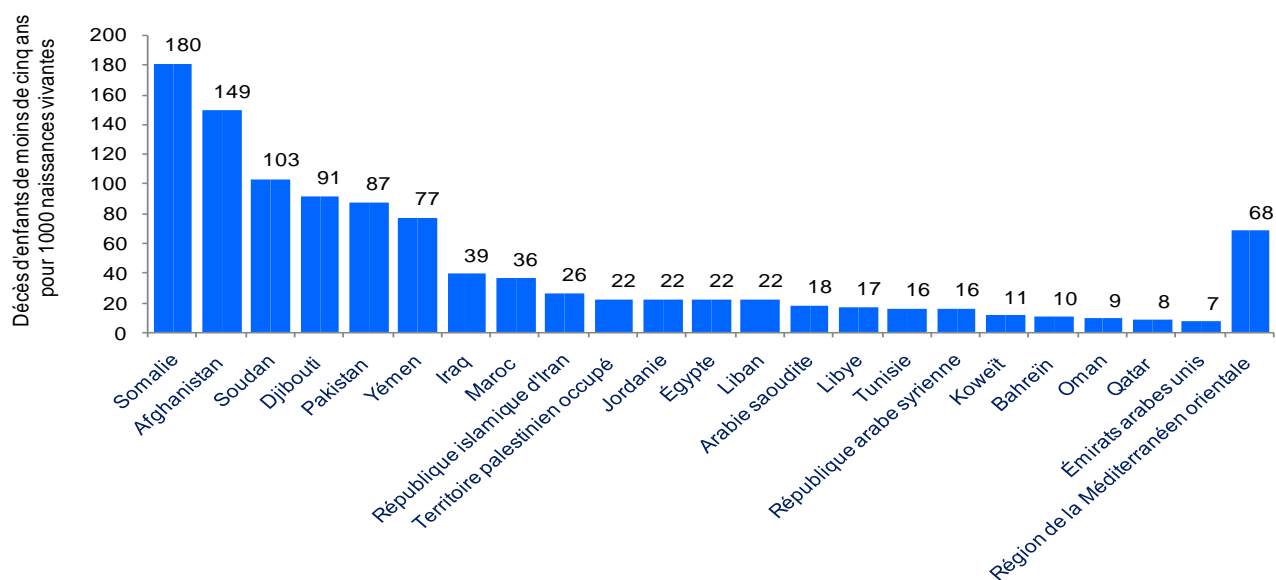
Progrès dans les pays de la Région

5. En ce qui concerne l'OMD 4, on estime que la Région de la Méditerranée orientale a réduit la mortalité des moins de 5 ans de 32 % entre 1990 et 2010, avec un taux annuel moyen de réduction de 1,9 %. Selon les dernières estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations en matière de mortalité infantile publiées en septembre 2011, l'Égypte, les Émirats arabes unis, Oman et la Tunisie ont déjà réduit de plus de deux tiers la mortalité des moins de cinq ans, la cible de l'OMD 4, et six autres pays sont en passe d'atteindre cette cible (Figure 1). En tant que sous-région, les pays nord-africains de la Région¹ ont obtenu les meilleurs résultats dans le monde sur la période 1990-2010, avec une réduction de 72 % de la mortalité des moins de cinq ans et un taux de réduction moyen de 6,3 % par an. Toutefois, les autres pays, y compris tous ceux ayant un taux de mortalité des moins de cinq ans élevé, ont peu de chance d'atteindre l'objectif au rythme actuel de la mise en œuvre des interventions d'un bon rapport coût-efficacité. Le retard de croissance et l'émaciation sont encore très répandus dans de nombreux pays. La Région a un taux de retard de croissance de 30 %, allant de 6 % en Tunisie à plus de 55 % en Afghanistan et au Yémen. Le retard de croissance est irréversible s'il persiste et doit donc être ciblé dès le plus jeune âge (dès six mois). Les taux d'allaitement au sein exclusif demeurent bas, ce qui contribue à augmenter la malnutrition.



Source: Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations en matière de mortalité, septembre 2011

¹ Égypte, Libye, Maroc et Tunisie



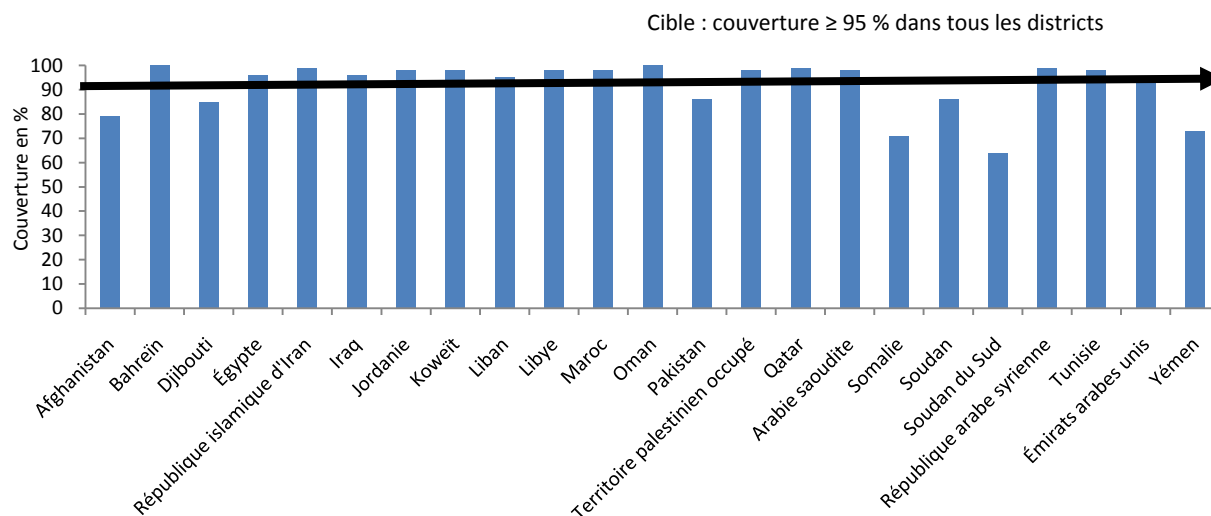
Source : Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations en matière de mortalité infantile, septembre 2011

Figure 2. Taux de mortalité des moins de cinq ans dans les pays, 2010

6. La mise en œuvre d'interventions dans le cadre de la stratégie de la Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME), qui prévoit entre autres le dépistage précoce systématique et le traitement de la pneumonie et autres causes majeures de mortalité infantile, a probablement contribué à la forte baisse du taux de mortalité des moins de cinq ans observé dans certains pays (Figure 2).

7. Ces dernières années, plusieurs pays de la Région ont considérablement amélioré la couverture vaccinale systématique. La couverture moyenne avec trois doses de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) dans la Région a atteint les 90 % en 2010. Malgré ce progrès, environ 1,5 million de nourrissons n'ont pas reçu leur troisième dose de DTC en 2010 et les enfants n'ayant pas été complètement vaccinés selon le calendrier national peuvent être encore plus nombreux. Seize pays de la Région ont atteint une couverture par le vaccin antirougeoleux de 90 % avec la première dose avant l'âge d'un an et huit pays sont sur le point d'atteindre l'élimination de la rougeole. Toutefois, les progrès accomplis (Figure 3) en matière de réduction de la mortalité due à la rougeole risquent d'être compromis si les efforts d'élimination et de lutte contre la maladie ne se poursuivent pas. L'introduction des nouveaux vaccins salvateurs s'est accélérée ces dernières années avec le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) dans 19 pays, le vaccin antipneumococcique dans neuf pays et le vaccin antirotavirus dans cinq pays, ce qui représente un accès pour environ 75 %, 12 % et 19 % des naissances annuelles dans la Région, respectivement.

8. L'introduction de nouveaux vaccins constitue le principal défi auquel sont confrontés les pays à revenu intermédiaire. Afin de renforcer l'accès à des services de soins de qualité pour les enfants de moins de cinq ans, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a élaboré un ensemble d'interventions de santé infantile à mettre en place par les agents de santé communautaires pendant les campagnes de vaccination. Cet ensemble est actuellement mis en œuvre au Soudan et au Yémen. En outre, un mécanisme régional d'achat groupé de vaccins est en cours d'établissement afin d'aider à l'introduction de nouveaux vaccins salvateurs dans les pays à revenu intermédiaire



Source: formulaire conjoint de notification OMS/UNICEF

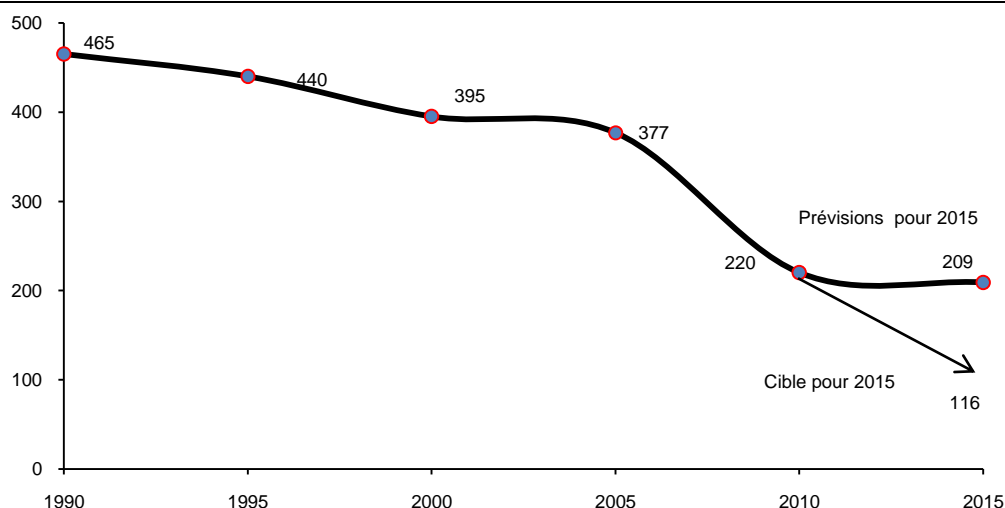
Figure 3. Vaccination systématique contre la rougeole signalée, 2010

9. En ce qui concerne l'OMD 5, on estime que 35 000 femmes et 450 000 nouveau-nés décèdent chaque année dans la Région du fait de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.² Les niveaux de mortalité maternelle varient fortement entre les pays de la Région. Le taux de mortalité maternelle est inférieur à 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Arabie saoudite, à Bahreïn, en Égypte, en République islamique d'Iran, en Iraq, en Jordanie, au Koweït, au Liban, en Libye, à Oman, dans le Territoire palestinien occupé, en République arabe syrienne et en Tunisie. Cinq pays ont un taux de mortalité maternelle situé entre 100 et 500 décès pour 100 000 naissances vivantes : Afghanistan, Maroc, Pakistan, Soudan et Yémen. Trois pays ont un taux de mortalité maternelle supérieur à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes : Djibouti, Somalie et Soudan du Sud. En 2006, le taux de mortalité maternelle au Soudan du Sud a été calculé à 2054 pour 100 000 naissances vivantes ; c'est l'un des taux les plus élevés au monde. En 2010, 47 % des nouveau-nés de la Région naissaient encore en dehors des établissements de soins et 35 % des accouchements se déroulaient en l'absence de personnel qualifié.³ La figure 4 montre la tendance en matière de mortalité maternelle depuis 1990.

10. Il est essentiel de réaliser l'Objectif 6 ; en effet, chaque année, environ 264 000 personnes meurent de la tuberculose, du paludisme et du sida dans la Région. En 2010, la Région a connu le plus grand nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH – estimées à 82 000, soit 48 % de plus que les 43 000 estimées en 2011. Dans la même période, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH a considérablement augmenté, passant de 320 000 à 560 000, tout comme le nombre de personnes décédées de causes liées au sida, qui est passé de 22 000 en 2001 à 38 000 en 2010. La Région présentait le taux de couverture par le traitement antirétroviral le plus bas de toutes les régions de l'OMS : 10% pour le traitement antirétroviral chez l'adulte et 5 % chez l'enfant.

² Base de données OMS régionale sur l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, 2011.

³ Enquête dans les ménages au Soudan, 2006.



Source: base de données pour une Grossesse à moindre risque, 2011

Figure 4. Tendances régionales en matière de mortalité maternelle, 1990–2015

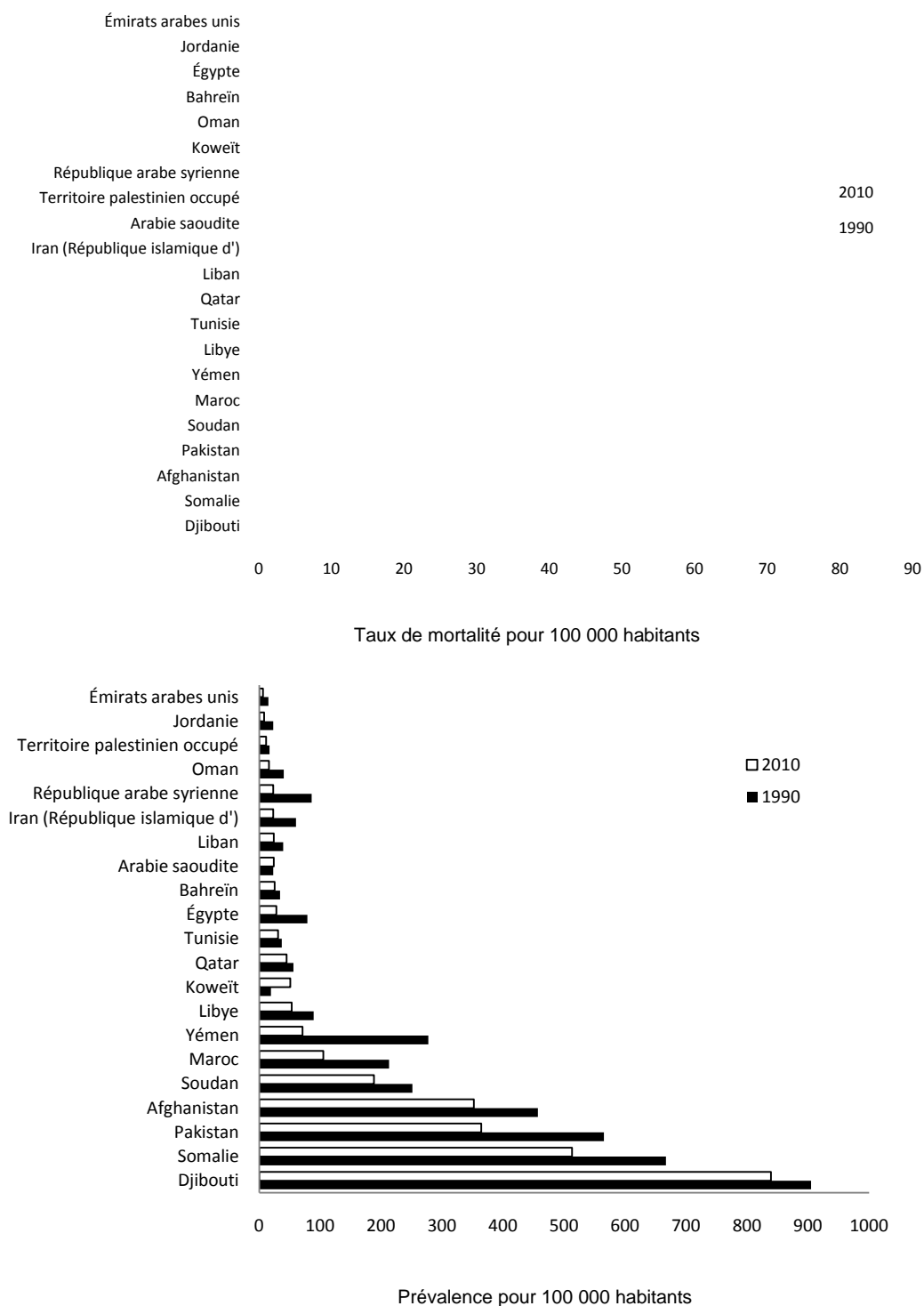
11. En 2010, on estimait que 47 % de la population de la Région vivaient dans des zones à risque de paludisme. Cette même année, 7 277 848 cas de paludisme au total ont été signalés dans la Région, parmi lesquels seulement 28,5 % ont été confirmés sur le plan parasitologique. Ces chiffres représentent une baisse de 28 % par rapport au total des cas signalés en 2000. Cinq pays représentaient 98 % des cas confirmés en 2010 : Soudan du Sud 43 %, Soudan 35 %, Pakistan 12 %, Yémen 5 % et Afghanistan 3 %. Selon les estimations, la mortalité due au paludisme dans la Région représentait 2 % de la mortalité mondiale due à cette maladie en 2010 ; environ 60 % des décès concernaient des enfants de moins de cinq ans. En 2010, 94 % des décès dus au paludisme signalés ont eu lieu au Soudan et Soudan du Sud.⁴

12. La hausse des investissements a permis d'élargir la couverture de la population par les interventions de prévention et de traitement dans les sept pays de la Région qui ont une forte charge de paludisme (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen). Toutefois, elle reste encore loin de la cible de 80 %. L'accès limité à un diagnostic de qualité, des systèmes de surveillance peu performants et la propagation de la résistance des parasites aux antipaludéens ainsi que la résistance des vecteurs aux insecticides sont les principaux problèmes qui doivent être résolus d'urgence.

13. En 2010, on estimait le nombre de cas de tuberculose à 650 000, ce qui représentait 7 % de la charge mondiale de la maladie. Neuf pays contribuent à 95 % de la charge de tuberculose dans la Région : Afghanistan, Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen. Le Pakistan à lui seul supporte 61 % de la charge de tuberculose dans la Région. En 2010, on estimait le nombre de décès dus à la tuberculose à 95 000.⁵ Dix pays ont réduit de moitié les taux de prévalence et/ou de mortalité en 2010 par rapport à 1990. Les autres pays progressent diversement vers les cibles. Le principal problème réside dans les faibles taux de dépistage pour la tuberculose sensible et résistante aux médicaments, qui étaient respectivement de 63 % et 6 % en 2010. Cette situation est principalement due à la faible notification des cas de tuberculose par les dispensateurs de soins de santé publics et privés, à un diagnostic insuffisant et un manque de connaissances sur la maladie de la part de la communauté. La prévalence de la tuberculose dans la Région a diminué considérablement depuis 1990, et cette diminution semble s'être accélérée en 2000. Néanmoins, les prévisions actuelles laissent penser que la cible fixée pour 2015 ne sera pas atteinte. Le taux de mortalité due à la tuberculose au niveau régional a baissé de moitié entre 1990 et 2010 (figure 5).

⁴ Rapport mondial sur le paludisme 2011, Organisation mondiale de la Santé

⁵ *Global tuberculosis control 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Document WHO/HTM/TB/2011.16)



Source : *Global tuberculosis control 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.

Figure 5. Progrès en matière de réduction de la charge de tuberculose, 1990 et 2010

Défis et conclusions

14. De nombreux changements sociaux, politiques et économiques ont eu lieu dans la Région ces deux dernières années. Qui plus est, des catastrophes naturelles et d'origine humaine ont altéré les acquis en matière de développement et ont entraîné une augmentation des vulnérabilités et inégalités. Outre l'incidence sur la santé, ces changements ont également entraîné des modifications parmi les parties prenantes et les partenaires qui travaillent avec la communauté internationale. Certains pays à revenu intermédiaire ont été affectés, ainsi que des pays en développement en situation d'urgence complexe. Les changements politiques peuvent être l'occasion de collaborer avec de nouveaux dirigeants susceptibles d'être plus disposés à remettre en cause le statu quo et veiller à ce que l'équité et la justice sociale pour les services sanitaires et sociaux deviennent les principes directeurs pour les activités de développement, y compris les OMD liés à la santé.

15. La crise financière mondiale et les changements climatiques ainsi que les conséquences économiques dans de nombreux pays risquent de compromettre davantage la réalisation des OMD dans les prochaines années, même dans les pays qui sont actuellement en bonne voie.

16. Il est possible de placer la santé au premier plan des préoccupations politiques, et il est temps pour tous les niveaux du gouvernement de travailler ensemble vers des solutions innovantes et efficaces qui atténuent les risques et augmentent les bénéfices pour la santé. En appelant au renouveau des soins de santé primaires, l'OMS va de l'avant avec un programme fondé sur les engagements internationaux tels que la Déclaration d'Alma-Ata, Action 21 et la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé pour lutter contre les inégalités inacceptables reposant sur des causes politiques, sociales et économiques.

17. Il faut continuer à privilégier la planification conjointe pour les données ventilées par sexe, âge et situation géographique, afin de garantir un ciblage efficace des politiques et programmes pour prendre en compte la discrimination et les besoins des groupes défavorisés et marginalisés. L'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et la possibilité des femmes de jouir pleinement de tous les droits fondamentaux sont essentiels pour le développement économique et social.

18. L'accès universel aux services sanitaires et sociaux, y compris la protection sociale des pauvres, est un moyen de préserver la santé des groupes les plus vulnérables de la communauté et doit être encouragé pour aider les pays qui sont le plus en retard.

19. L'OMS aidera les pays à appuyer la prestation de programmes de services et de pratiques de santé et de nutrition destinés aux familles tels que la couverture universelle et des interventions d'un bon rapport coût-efficacité établies pour les enfants et les mères telles que la prise en charge intégrée de la santé et la maternité sans risque. Le renforcement des systèmes de soins de santé est l'une des principales priorités pour la collaboration de l'OMS et des pays.

20. Les États Membres et l'OMS continueront à travailler ensemble pour renforcer la prévention, le traitement, les soins et le soutien relatifs au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme afin d'atteindre l'accès universel notamment pour les populations gravement touchées et les groupes vulnérables.

21. Faire avancer la recherche, éliminer les obstacles qui empêchent l'accès aux interventions et promouvoir l'autonomisation de la communauté dans le processus décisionnel local et la participation active de la société civile dans la lutte contre les inégalités en santé font partie des principales interventions sur lesquelles doivent se pencher tous les États Membres.

22. Les pays seront encouragés à mettre en œuvre des politiques visant à l'égalité des sexes, à l'autonomisation des femmes, à la possibilité pour les femmes de jouir pleinement de tous les droits fondamentaux et à l'éradication de la pauvreté.

Mesures à prendre

23. Il est évident que de nombreux pays – et en particulier les plus pauvres – devront poursuivre leurs efforts au-delà de 2015 pour atteindre les cibles des OMD. En outre, l'accent sur les inégalités et leurs conséquences sur la santé sera également renforcé. Les questions telles que l'urbanisation rapide et non planifiée, le vieillissement de la population, le changement climatique, l'incertitude économique, la migration et les modes de vie malsains constituent des obstacles à la progression vers les OMD. À cet égard, il est indispensable d'établir une collaboration intersectorielle solide et durable pour lutter contre les déterminants sociaux de la santé et mettre en pratique la Déclaration politique de Rio.

24. L'OMS va préconiser un solide engagement politique et fournir les éléments nécessaires afin de réduire les effets néfastes des déterminants sociaux de la santé tels que le chômage, l'illettrisme, l'accès limité à l'eau et à l'assainissement et le manque de croissance économique ainsi que le renforcement des mécanismes visant à surveiller l'inégalité en matière de répartition des richesses et de santé dans les pays. Des efforts considérables sont nécessaires pour favoriser un partenariat efficace, une collaboration intersectorielle et une harmonisation de l'engagement des institutions des Nations Unies et de la société civile pour atteindre les OMD. Les États Membres et l'OMS doivent poursuivre leurs efforts conjoints pour promouvoir l'accès universel à des services de soins de santé primaires de qualité, et notamment la protection sociale pour les pauvres, en particulier dans les pays qui sont les plus en retard.

25. Il est urgent de mobiliser les ressources nationales et d'accélérer le mouvement mondial vers la réduction de la pauvreté, étant donné que le soutien actuel aux pays les plus pauvres ne suffit pas à changer la situation sur le terrain.