



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L' **Afrique**

AFR/RC61/9
22 juin 2011

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante et unième session

Yamoussoukro, Côte d'Ivoire, 29 août – 2 septembre 2011

Point 14 de l'ordre du jour provisoire

**SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE
POUR LE DÉVELOPPEMENT LIÉS À LA SANTÉ**

Rapport du Secrétariat

Résumé d'orientation

1. La plupart des pays de la Région africaine ont réalisé plus de progrès en ce nouveau millénaire qu'au cours des années 1990, mais ils ne sont toujours pas en voie d'atteindre les OMD de santé et ceux liés à la santé, malgré les engagements pris par les gouvernements et les partenaires. Cette situation découle du faible niveau de la mise en œuvre d'interventions efficaces; de la faiblesse des systèmes de santé et du caractère limité des progrès effectués en ce qui concerne les déterminants sociaux et environnementaux de la santé au sens large. Des 46 pays de la Région africaine, sept seulement sont sur la bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD 4 relatif à la santé de l'enfant et deux seulement pour ce qui est de la cible de l'OMD 5 relatif à la santé maternelle. Deux pays présentent une couverture du traitement antirétroviral supérieure à 80 %. Les progrès enregistrés dans la cible de l'OMD lié au paludisme ne peuvent être évalués par manque de données suffisantes, alors que deux pays sont en voie de réaliser la cible de l'OMD portant sur la tuberculose. Douze pays sont sur la bonne voie pour atteindre la cible de l'OMD 7 relatif à l'approvisionnement en eau potable, et deux pays sont en voie de réaliser la cible sur l'assainissement de base.

2. Il est nécessaire de répondre efficacement à un certain nombre de défis clés et primordiaux pour que les pays puissent atteindre les objectifs. Ces défis sont: l'insuffisance des ressources internes et externes affectées à la réalisation des OMD; la faiblesse des systèmes de santé, y compris l'insuffisance des capacités humaines et institutionnelles; la persistance des inégalités dans l'accès à des interventions éprouvées, particulièrement contre la mortalité maternelle et infantile, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; la faible priorité accordée à la santé dans la définition des priorités économiques et de développement au niveau national et dans les politiques d'affectation des ressources; la faiblesse des réponses multisectorielles et le peu de progrès effectué dans la réalisation des autres OMD; l'insuffisance des données et des capacités en termes de suivi-évaluation.

3. Toutefois, les progrès sont possibles si les États Membres mobilisent des ressources supplémentaires de sources internes et externes pour renforcer les systèmes de santé; améliorer la mise en œuvre d'interventions efficaces; et se pencher activement sur les déterminants de la santé au sens large.

4. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport de situation et à encourager les pays à adopter les actions proposées en tant que voie à suivre en vue d'atteindre les cibles des OMD.

SOMMAIRE

Paragraphe

| | |
|---|-------|
| CONTEXTE..... | 1-3 |
| ÉTAT DE MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS EFFICACES ET PROGRÈS EFFECTUÉS DANS L'ATTEINTE DES CIBLES..... | 4-18 |
| DÉFIS | 19-24 |
| LA VOIE À SUIVRE..... | 25-36 |

ANNEXES

Pages

| | |
|---|----|
| 1. Liste officielle des indicateurs des OMD | 12 |
| 2. Progrès réalisés relativement aux OMD de santé et à ceux liés à la santé | 15 |

CONTEXTE

1. Les OMD constituent un engagement sans précédent pris par les dirigeants du monde de s'attaquer totalement aux problèmes de paix, de sécurité, de développement, des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales. Trois des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les Objectifs 4, 5 et 6 en l'occurrence, sont des objectifs de santé. Le suivi des Objectifs 1 et 7 s'effectue par des indicateurs liés à la santé. En 2007, l'Objectif 5 a été élargi pour inclure la cible 5B sur la santé sexuelle et de reproduction. (Voir annexe 1 pour la liste actualisée).

2. Les pays de la Région africaine de l'OMS ont pris des engagements importants relativement aux OMD¹. L'on peut citer : la Déclaration d'Abuja de 2001, qui invitait les pays à allouer 15 % des dépenses publiques au secteur de la santé; la résolution de 2004 sur la Feuille de route visant à accélérer la réalisation des OMD liés à la santé maternelle et néonatale en Afrique²; la Déclaration de Maputo de 2004 sur la tuberculose en tant qu'urgence; la résolution prise par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement³; les conclusions de la Conférence internationale sur la santé communautaire tenue à Addis-Abeba en 2006; la déclaration des ministres africains de la Santé faisant de 2006 *l'Année de l'Accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine*⁴; la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique⁵; la Déclaration de Libreville de 2008 sur la santé et l'environnement, suivie par l'Engagement de Luanda en 2010; et l'adoption de *l'Engagement de Brazzaville en faveur de l'intensification des interventions à une plus grande échelle visant l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH et du sida, aux soins et à l'appui d'ici 2010*⁶. En outre, des engagements similaires ont été pris par les partenaires de développement, par le truchement des initiatives du Secrétaire général des Nations Unies comme l'Initiative sur les OMD en Afrique, la Stratégie mondiale pour la Santé de la femme et de l'enfant⁷ et le Mécanisme d'harmonisation pour la Santé en Afrique⁸.

¹ OMS, *Vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé: rapport de situation et voie à suivre* (AFR/RC59/3). Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 2009

² Résolution AFR/RC54/R9 : Feuille de route pour accélérer l'atteinte des OMD de santé maternelle et néonatale en Afrique. Dans *Cinquante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo, 30 août-3 septembre 2004, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 2004 (AFR/RC54/19), pp.22-24

³ Résolution AFR/RC55/R2, Réalisation des OMD sur la santé : analyse de situation et perspectives dans la Région africaine. Dans *Cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Maputo, Mozambique, 22-26 août 2005, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 2005 (AFR/RC55/20), pp.7-9.

⁴ Résolution AFR/RC55/R6, Accélération des efforts de prévention du VIH dans la Région africaine. Dans: *Cinquante-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique, Maputo, Mozambique, 22-26 août 2005, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2005 (AFR/RC55/20), pp. 14-16, (<http://www.afro.who.int/en/fifty-fifth-session.html>, accès le 25 février 2011)

⁵ Résolution AFR/RC58/R3, Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: Une meilleure santé pour le nouveau Millénaire. Dans: *Cinquante-huitième session du Comité régional pour l'Afrique, Yaoundé, République du Cameroun, 1-5 septembre 2008, Rapport final*, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2008 (AFR/RC58/20), pp. 13-15

⁶ UA, OMS, ONUSIDA, Engagement de Brazzaville en faveur de l'intensification des interventions à une plus grande échelle visant l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH et du sida, aux soins et à l'appui d'ici 2010, 8 mars 2006

⁷ http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf, dernier accès le 25 mars 2011

⁸ Investir pour la Santé en Afrique: Le renforcement des systèmes pour de meilleurs résultats de santé, organismes d'harmonisation pour la santé (BAD, JICA, ONUSIDA, UNPFA, UNICEF, USAID, BM, OMS), http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investing_health_africa_eng.pdf, accès le 29 avril 2011

3. Malgré ces engagements, la plupart des pays de la Région africaine ne sont pas en voie d'atteindre les OMD de santé et liés à la santé. Le présent rapport présente le niveau de mise en œuvre des interventions efficaces visant à réaliser les OMD, ainsi qu'une mise à jour des progrès accomplis dans la réalisation des OMD; il identifie les principaux défis et propose la marche à suivre.

ÉTAT DE MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS EFFICACES ET PROGRÈS EFFECTUÉS DANS L'ATTEINTE DES CIBLES

5. Les progrès dans l'atteinte des cibles des OMD dépendent d'un certain nombre de facteurs, notamment : le niveau de mise en œuvre des interventions éprouvées en termes d'efficacité; le renforcement des systèmes de santé et les mesures effectives sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé au sens large. L'analyse des progrès accomplis dans la réalisation des OMD est basée sur les indicateurs primaires des OMD provenant de la Division de la Statistique des Nations Unies⁹ et sur les données du document intitulé Statistiques sanitaires mondiales 2011¹⁰. Ces sources fournissent des estimations standardisées et comparables permettant d'effectuer des comparaisons valides et fiables entre des pays¹¹. Il peut y avoir des décalages entre ces estimations et les estimations produites par les pays à cause du processus de standardisation¹². Dans des cas où des données ne sont pas disponibles, d'autres sources ont été utilisées¹³. Les tendances sont évaluées sur la base des données entre 1990 et l'année la plus récente pour laquelle des informations étaient disponibles au mois de février 2011. Les États Membres des Nations Unies ont convenu auparavant d'utiliser la base de données de la Division de la statistique des Nations Unies pour suivre les progrès des pays dans la réalisation des OMD. Les méthodes mises au point par les groupes interagences des Nations Unies ont été utilisées pour classer les pays¹⁴.

OMD de santé

5. *OMD 4 : Réduire la mortalité infantile.* La clé du succès dans la réalisation de l'OMD 4 consiste à atteindre chaque nouveau-né et chaque enfant dans chaque district, avec un ensemble limité d'interventions prioritaires, à savoir : les soins prénatals, les soins du nouveau-né, l'alimentation appropriée du nourrisson, la vaccination, la prise en charge des maladies infantiles courantes, y compris la pneumonie et la diarrhée, et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)¹⁵. Entre 1990 et 2009, la couverture moyenne des nourrissons vaccinés contre la rougeole dans la Région a augmenté de 57 % à 69 %. En 2010, l'on estimait que 35 % des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Dans la Région, la couverture de la recherche de soins pour la pneumonie reste faible à 43 %; les cas de pneumonie

⁹ <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>, accès le 8 février 2011

¹⁰ Statistiques sanitaires mondiales 2011, OMS. Genève. Suisse, 2011

¹¹ Indicateurs de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement : définition, justification, concepts et sources. ST/ESA/STAT/SERF/95 du Programme des Nations unies pour le développement, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la Statistique, Nations unies, New York, 2003

¹² L'OMS consulte systématiquement les pays avant de publier des données dans ses rapports annuels sur les Statistiques sanitaires mondiales

¹³ Observatoire mondial de la Santé <http://apps.who.int/ghodata/>, accès le 8 février 2011 et Observatoire africain de la Santé www.afro.who.int, accès le 8 février 2011

¹⁴ Sur la base de leurs progrès, les pays sont classés selon les trois catégories suivantes : sur la voie; progrès insuffisants; pas de progrès. Les définitions détaillées sont présentées comme notes de bas de page sur les diagrammes figurant en annexe

¹⁵ OMS, *Survie de l'enfant : Une stratégie pour la Région africaine* (AFR/RC56/13). Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, 2006

bénéficiant d'un traitement aux antibiotiques restent à 23 %; les cas de diarrhée recevant la TRO s'élèvent seulement à 41 %, et 34 % uniquement des enfants atteints de paludisme reçoivent un traitement antipaludique. Grâce aux programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë (PCMA), plusieurs pays africains font des progrès encourageants dans le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

6. *Progrès réalisés sur la cible 4A*¹⁶. La mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a baissé de 179 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 127 décès pour 1000 naissances vivantes en 2009¹⁷. Sept pays¹⁸ sont sur la bonne voie pour atteindre cet objectif, 27 pays font des progrès, bien qu'insuffisants, et 12 pays stagnent (voir l'annexe 2 : Figure 1).

7. *OMD 5 : Améliorer la santé maternelle*. Les principales interventions visant à améliorer la santé maternelle sont l'amélioration de l'accès à l'assistance par des accoucheuses qualifiées, combinée à la référence rapide des cas de complication (y compris la gratuité de la césarienne); l'intensification des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU); le renforcement de la planification familiale, y compris la réduction des grossesses chez les adolescentes; et l'autonomisation des femmes, des familles et des communautés pour qu'elles puissent prendre des décisions à temps^{19, 20}. Pour atteindre l'OMD 5, la couverture de ces interventions clés est encore faible. En 2008, moins de 50 % des femmes ont reçu des soins qualifiés pendant l'accouchement. Huit pays ont enregistré plus de 80 % d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié entre 2000 et 2009. La couverture moyenne des césariennes dans la Région est de 3,6 %, en deçà des 5 % à 15 % recommandés²¹. De 2000 à 2010, le pourcentage régional moyen des femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par un personnel de santé qualifié au moins une fois pendant la grossesse était de 74 %; ce pourcentage était de 44 % pour les femmes ayant reçu au moins quatre fois des soins prénatals pendant la grossesse. Le besoin de la planification familiale demeure non satisfait, dans la mesure où 24,8 % des femmes de la Région désirant retarder la maternité ou arrêter de procréer n'utilisent aucune méthode d'espacement des naissances²². Dix-huit pays mettent en œuvre la stratégie de santé de la reproduction de l'OMS pour accélérer les progrès dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement et des cibles liées à la santé de la reproduction.

8. *Progrès réalisés sur la cible 5A*²³. Le ratio estimatif de la mortalité maternelle dans la Région était de 620 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008²⁴. La Guinée équatoriale et l'Érythrée sont en voie d'atteindre cette cible 5A; 33 pays font des progrès, bien qu'insuffisants, et sept stagnent (voir l'annexe 2 : Figure 2). *Progrès réalisés sur la cible 5B*²⁵ : Entre 1990 et 2008, il y a eu une

¹⁶ OMD Cible 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

¹⁷ Niveaux et tendances de la mortalité infantile, Rapport 2010, Estimations du Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité infantile; UNICEF 2010

¹⁸ Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Libéria, Madagascar, Maurice et Seychelles

¹⁹ Cleland J, et al. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006 Nov 18;368 (9549):1810–27

²⁰ Conde-Agudelo Agustin and Jose M. Belizan, Maternal morbidity and mortality associated with inter-pregnancy interval: cross sectional study, BMJ, 2000; 321:1255–1259 (18 November). Ils montrent qu'il existe une relation solide entre l'intervalle qui sépare les naissances et la mortalité et la morbidité maternelles

²¹ Count Down Report, 2008

²² Statistiques sanitaires mondiales 2011, OMS, Genève, Suisse, 2011

²³ Cible 5A des OMD : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

²⁴ Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2008; Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de la Banque mondiale; OMS, 2010

²⁵ Cible 5B des OMD : D'ici à 2015, avoir atteint l'accès universel à la santé de reproduction

augmentation de 25 % de l'accès aux contraceptifs chez les femmes mariées. L'utilisation des contraceptifs dans les pays a varié de 2,8 % à 75,8 % entre 2000 et 2010, soit un progrès limité vers la cible fixée.

9. *OMD 6 : Combattre le VIH/sida et assurer l'accès universel au traitement du VIH/sida.* Les interventions prioritaires pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH/sida comprennent le dépistage du VIH et les conseils à l'initiative du prestataire; le dépistage et les conseils à l'initiative du client; la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et de la mère à l'enfant; la circoncision masculine; la prévention et la lutte contre des infections sexuellement transmissibles; la prévention du VIH parmi les jeunes; l'amélioration de la sécurité transfusionnelle; la prévention de la maladie; la fourniture du traitement et de soins tels que le traitement antirétroviral²⁶. Les rapports d'activité provenant des pays ces dernières années montrent une amélioration considérable dans la qualité du dépistage et des conseils, ainsi que dans les services relatifs à la transmission mère-enfant, grâce à la décentralisation. En 2009, le nombre total d'établissements de santé fournissant des services de dépistage du VIH et de conseils a augmenté dans 43 pays ayant présenté des rapports. Dans un sous-ensemble de 33 pays présentant régulièrement des rapports pendant la période 2007-2009, le nombre d'établissements de santé dispensant ces services a augmenté de plus de 85 %, passant de 11 132 en 2007 à 20 740 en 2009. Après l'adoption de 2006 comme *Année de l'Accélération de la prévention du VIH dans la Région africaine*, les pays ont intensifié leurs efforts pour réduire le nombre de nouvelles infections. Dans 30 pays disposant de données comparables, la proportion de femmes séropositives enceintes ayant accès aux médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant a augmenté de 15 % en 2005 à 54 % en 2009.

10. *Progrès réalisés sur les cibles 6A et 6B²⁷.* En 2009, la prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans dans la Région était de 4,7 % en moyenne, variant entre 0,1 % et 25,9 %. Entre 2001 et 2009, la prévalence chez les personnes âgées de 15 à 49 ans a diminué ou s'est stabilisée dans 29 pays. La prévalence du VIH/sida a augmenté dans douze pays (voir Annexe 2 : Figure 3). À la fin de 2009, la couverture moyenne de la thérapie antirétrovirale était de 37 %²⁸. Dix-neuf pays présentaient des taux de couverture de plus de 30 %, le Botswana et le Rwanda ayant atteint la cible de l'accès universel de plus de 80 % de couverture par la thérapie antirétrovirale (Annexe 2 : Figure 4).

11. *OMD 6 : Combattre le paludisme.* Les interventions antipaludiques efficaces sont : l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable d'insecticide; la pulvérisation intradomiciliaire par l'approche intégrée de la lutte antivectorielle; le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse; le diagnostic parasitologique et le traitement efficace pour tous les groupes d'âge. La thérapie combinée à base d'artémisinine (TCA) est appliquée dans 41 des 42 pays d'endémie palustre, 20 d'entre eux mettant en œuvre cette politique à l'échelle nationale. La proportion des fièvres correctement traitées avec la TCA est en augmentation, des progrès étant

²⁶ OMS, Interventions prioritaires, prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé, juillet 2010

²⁷ Cible 6A des OMD : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle; Cible 6B: D'ici à 2010, avoir atteint l'accès universel au traitement du VIH/sida pour tous ceux qui en ont besoin

²⁸ Vers l'accès universel : Intensification des interventions prioritaires contre le VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport d'activité 2010; OMS-ONUSIDA-UNICEF; OMS, 2010

enregistrés dans l'achat des produits et le diagnostic. Toutefois, un nombre important de fièvres sont encore traitées avec des antipaludiques non recommandés, y compris des monothérapies orales à l'artémisinine. Une facilité visant à subventionner ou à fournir gratuitement des antipaludiques a été lancée dans sept pays pour promouvoir l'accès à des TCA de qualité. Dans certains de ces pays, les soins à domicile sont gratuits pour les cas de paludisme. La subvention de la facilité des médicaments antipaludéens à des prix abordables a été lancée dans sept pays pour assurer l'accès à des TCA de qualité et abordables. En 2009, 35 % des cas de paludisme signalés ont été confirmés par un test de diagnostic, contre 5 % seulement en 2000. À la fin de 2010, tous les 35 pays cibles appliquaient le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse, 20 pays mettant cette intervention en œuvre à l'échelle nationale. En 2010, 23 pays avaient adopté la politique de fourniture des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à toutes les personnes à risque de paludisme et 289 millions de moustiquaires avaient été distribuées à 77 % de la population à risque de paludisme dans la Région. En 2010, l'on estimait que 42 % des ménages possédaient au moins une MII. Vingt-sept pays ont signalé qu'ils procédaient à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent. Le nombre de personnes ainsi protégées est passé de 13 millions en 2005 à 75 millions en 2009.

12. *Progrès réalisés sur la cible 6C²⁹*. L'interprétation des tendances de l'incidence du paludisme et des décès dus à cette maladie dans l'ensemble de la Région est difficile parce que les déclarations sont incomplètes et que la dépendance sur le diagnostic clinique est quasi-permanente. Toutefois, 12 pays ont enregistré plus de 50% de réduction des cas de paludisme et des décès y relatifs dans leurs établissements de santé³⁰.

13. *OMD 6 : Combattre la tuberculose*. Les interventions efficaces contre la tuberculose sont : l'application du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) en veillant à la détection adéquate des cas par des tests de laboratoire de qualité garantie; la fourniture de traitements standardisés supervisés; un système efficace d'approvisionnement en médicaments et de suivi-évaluation; la prévention et la prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR). Dix pays ont atteint la cible de détection des cas de tuberculose de 70 % en 2009 et 15 pays ont atteint l'objectif de succès thérapeutique de 85 % en 2008, tandis que quatre pays ont atteint les deux cibles. La proportion de patients tuberculeux testés pour le VIH est passée de 45 % en 2008 à 53 % en 2009³¹. Parmi les co-infectés, 76 % ont pu accéder au traitement préventif à la co-trimoxazole et 36 % des personnes admissibles sont sous traitement antirétroviral. Trente-six pays ont reçu des subventions de la Facilité mondiale pour les médicaments, aux fins d'acquisition de médicaments antituberculeux de première ligne. Trente-huit pays ont notifié des cas de tuberculose multirésistante et de tuberculose ultrarésistante (TB-UR). Vingt de ces pays disposent de directives de traitement de TB-MR; ils ont soumis des demandes de médicaments antituberculeux de seconde ligne au Comité feu vert de l'OMS et ont obtenu satisfaction.

²⁹ *Cible 6C des OMD : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.*

³⁰ OMS : Rapport mondial sur le paludisme 2010, Genève, Suisse, 2010

³¹ OMS : Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2010, Genève, Suisse, 2010

14. *Progrès réalisés sur la cible 6C³²*. En 2009, la prévalence estimée de la tuberculose pour 100 000 habitants a montré que les Comores et la Tanzanie sont en voie d'atteindre la cible fixée pour cette maladie et que 40 pays n'enregistrent pas de progrès, tandis que trois pays ont fait des progrès négligeables. En 2009, la prévalence de la tuberculose dans la Région se situait entre 40 et 1193 cas pour 100 000 habitants et elle a augmenté entre 2000 et 2009 dans 33 pays, principalement en raison de la pandémie du VIH (Annexe 2 : Figure 5).

OMD liés à la santé

15. *OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim*. Au cours de la dernière décennie, plus de 15 pays ont fait des progrès encourageants, avec une augmentation de l'allaitement maternel exclusif de 20 à 50 %. Cinq de ces pays ont enregistré des résultats significatifs avec plus de 50 % d'augmentation de l'allaitement maternel exclusif. Le nombre de pays ayant atteint plus de 80 % de couverture de la supplémentation en vitamine A a plus que doublé au cours des cinq dernières années. Sept pays ont atteint l'objectif de l'iodation universelle du sel de 90 % des ménages utilisant du sel iodé, tandis que cinq pays ont enregistré une amélioration significative de l'utilisation domestique du sel iodé.

16. *Progrès réalisés sur la cible 1C³³*. Quatorze pays sont en voie d'atteindre cette cible; 15 pays font des progrès, certes encore insuffisants, et huit pays stagnent. Les données sur les tendances n'étaient pas disponibles pour neuf pays. Entre 2000 et 2009, la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui souffrent d'insuffisance pondérale était de 20,5 % et cette proportion varie dans les pays de 3,7 % à 39,9 % (Annexe 2 : Figure 6).

17. *OMD 7 : Assurer un environnement durable*. Un total de 17 pays ont effectué des analyses de situation et des évaluations de besoins pour la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville. Certains de ces pays ont commencé à élaborer des projets multisectoriels concrets pour élargir la couverture des interventions telles que la fourniture de l'eau potable et d'un assainissement adéquat; la gestion des produits chimiques et des déchets et la lutte contre la pollution afin de soutenir la réalisation des OMD. Dans les 22 pays d'Afrique qui font la promotion du traitement et du stockage de l'eau de boisson à domicile, 18 % des ménages traitent l'eau; de toutes les personnes qui traitent l'eau, seulement 10,6 % utilisent des "méthodes adéquates" (bouillir, javelliser, filtrer l'eau ou utiliser des systèmes solaires). Dix pays ont réalisé certains progrès dans la mise en œuvre des Plans de sécurité sanitaire des eaux (WSP) et cinq pays ont offert une formation dans la mise en œuvre de ces WSP. L'Afrique du Sud, par exemple, dispose d'une réglementation incitative et le Nigeria a défini des exigences réglementaires pour le WSP dans ses normes révisées. Des projets de Gestion des déchets de soins médicaux (HCWM) sont mis en œuvre dans 36 pays et six pays ont établi des cadres réglementaires nationaux pour un usage sûr des pesticides utilisés en santé publique.

18. *Progrès réalisés sur la cible 7C³⁴*. Douze pays sont en voie d'atteindre la cible d'approvisionnement en eau potable, tandis que 20 pays stagnent en la matière. La proportion de la population utilisant des sources améliorées d'eau potable variait entre 38 % et 99 % en 2008 (Annexe

³² Cible 6C des OMD : D'ici à 2015, avoir maîtrisé la tuberculose et avoir commencé à inverser l'incidence actuelle

³³ Cible 1C des OMD : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

³⁴ Cible 7C des OMD : Réduire de moitié, d'ici à 2015, la proportion des personnes n'ayant pas un accès durable à l'eau potable et à l'assainissement de base

2 : Figure 7), avec une grande disparité entre les zones urbaines (84 %) et les zones rurales (48 %). L'Algérie et l'Île Maurice sont en voie d'atteindre la cible d'assainissement de base, tandis que 30 pays n'ont fait aucun progrès sur ce sujet (Annexe 2 : Figure 8).

DÉFIS

19. Les données disponibles indiquent que la plupart des pays de la Région africaine n'ont pas fait suffisamment de progrès dans l'atteinte des cibles des OMD. Pour ce faire, un certain nombre de défis généraux clés doivent être relevés efficacement. Ces défis sont : a) l'insuffisance des ressources internes et externes consacrées à la réalisation des OMD, y compris pour aborder les déterminants de la santé au sens large; b) le fait que les ressources extérieures sont imprévisibles, non durables et très peu alignées sur les priorités des pays; c) l'utilisation inefficace des ressources existantes; d) la faiblesse des systèmes de santé, y compris l'insuffisance des services de santé (attention insuffisante accordée à la qualité des soins); e) la faiblesse des capacités humaines et institutionnelles, entraînant une faible capacité d'exécution du programme; f) la faiblesse des systèmes d'approvisionnement et d'offre, qui résulte en des ruptures de stock et au manque de services de laboratoire; g) la persistance des inégalités (par exemple en fonction de la zone géographique, du revenu et du niveau d'instruction) dans l'accès à des interventions éprouvées, en particulier contre la mortalité maternelle et la mortalité infantile, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; h) la faible priorité accordée à la santé dans l'établissement des priorités nationales en termes d'économie, de développement et de politiques d'affectation des ressources; i) l'insuffisance de la réponse multisectorielle et des progrès effectués dans la réalisation des autres OMD; j) l'insuffisance des données et la faiblesse des capacités de suivi-évaluation.

20. *OMD 4 et 5* : Les principaux défis et les lacunes signalés en ce qui concerne la réalisation des OMD 4 et 5 sont : la faiblesse de la traduction des engagements et des résolutions en actions concrètes à tous les niveaux; la disponibilité insuffisante de soins de santé essentiels ou l'incapacité de beaucoup de mères et de leurs enfants à y accéder; la dénutrition maternelle et infantile élevée et les mauvaises pratiques alimentaires; le faible niveau d'instruction des mères; l'accès limité à la contraception; la fourniture inadéquate de soins là où on en a le plus besoin; des insuffisances dans la couverture et le contenu des interventions essentielles dans le continuum des soins, notamment la prévalence de la contraception, la présence d'accoucheuses qualifiées pendant l'accouchement, les soins postnatals et l'allaitement maternel exclusif; une assurance qualité inadéquate et des occasions manquées. Parmi les autres défis figurent : l'élaboration d'une politique de planification familiale; le financement de programmes de santé sexuelle et de reproduction (SSR) et les questions en suspens telles que l'élimination de la syphilis congénitale, la prévention de l'avortement à risques, le repositionnement de la planification familiale et l'accès universel aux services de SSR. L'expansion de la pandémie du VIH/sida a également un sérieux impact sur la santé maternelle et infantile.

21. *OMD 6* : Les principaux défis à l'atteinte de la cible liée au VIH/sida sont la faible utilisation des services de dépistage du VIH et de conseils, la couverture insuffisante de l'intensification des interventions de PTME pour éliminer la transmission verticale du VIH et la mauvaise organisation des services de santé qui empêche de fournir le traitement, les soins et le soutien aux PVVIH, y

compris la surveillance et le suivi des patients. Les autres défis sont la faiblesse des systèmes de surveillance et de lutte contre le VIH et la résistance aux médicaments antituberculeux, la pharmacovigilance et le manque d'outils de mesure de l'incidence et de l'impact.

22. Les défis à la réalisation des cibles liées au paludisme sont le caractère inadéquat du logement, les mauvaises conditions de vie et l'accès limité aux soins de santé. Le paludisme entraîne des dépenses catastrophiques pour les ménages, alimentant ainsi le cercle vicieux de la pauvreté. Le secteur privé n'est généralement pas engagé ou impliqué dans l'adoption des politiques nationales sur l'accès à la prévention et aux services de traitement du paludisme. L'utilisation continue de monothérapies à l'artémisinine, en particulier dans le secteur privé, constitue un revers important et peut favoriser l'émergence de la résistance et raccourcir la durée de vie thérapeutique utile des TCA. À ce jour, une seule catégorie d'insecticides (les pyréthriinoïdes) a été approuvée pour l'application sur les MII. L'émergence d'une résistance aux pyréthriinoïdes réduit peut-être déjà l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide en condition réelle sur le terrain.

23. *OMD 1* : L'inclusion des questions de nutrition dans les programmes nationaux et leur intégration dans les plans d'action nationaux pour le développement demeurent un défi majeur. Les autres défis sont : l'insuffisance des capacités techniques des pays dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition; le manque de stratégie globale de communication sur la sécurité alimentaire et la nutrition; l'insuffisance de la coopération, de la collaboration et de la coordination entre les principales parties prenantes; et l'insuffisance des investissements financiers par les pays en matière de sécurité sanitaire des aliments et de nutrition.

24. *OMD 7* : Les pays de la Région africaine font face au défi de la gestion intégrée des ressources en eau, particulièrement entre les secteurs de l'eau, de l'environnement et de la santé, en dépit de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement qui offre désormais un cadre stratégique pour la coordination de l'action intersectorielle. L'augmentation de la fourniture des services d'eau potable et d'assainissement, en particulier aux populations non desservies aux niveaux national et infranational, demeure un enjeu majeur. Le changement climatique est un autre défi important qui a déjà un impact négatif sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, en raison des inondations et des sécheresses. Les inondations perturbent souvent les infrastructures de base d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et répandent les excréments humains, avec les risques connexes que cela comporte pour la santé dans les communautés. Les sécheresses quant à elles conduisent à la baisse des nappes phréatiques et à la réduction de l'écoulement des eaux de surface.

LA VOIE À SUIVRE

25. Afin d'accélérer les progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé, les pays et leurs partenaires de développement devraient accroître sensiblement les ressources et chercher des voies nouvelles et novatrices permettant d'évoluer. En outre, ils doivent renforcer les structures et mécanismes existants pour une mobilisation et une utilisation durables, efficaces et efficientes des

ressources internes et externes, et pour assurer une bonne coordination aux niveaux national, infranational et des districts.

26. Les pays peuvent renforcer les systèmes de santé en mettant pleinement en œuvre la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, pour : accroître l'accessibilité et la qualité des services de santé; disposer d'une main-d'œuvre sanitaire solide; mettre en place un système d'information sanitaire efficace qui intègre et renforce les systèmes de surveillance et de suivi-évaluation; assurer l'accès équitable aux produits médicaux, vaccins et technologies essentiels; avoir un système de financement de la santé fonctionnel, ainsi qu'une structure de direction et de gouvernance solide. Les pays devraient mener des politiques de manière intensive pour rendre les services de santé accessibles et abordables pour tous, en faisant en sorte qu'ils soient gratuits au point de prestation et en ayant recours à des stratégies de financement novatrices, y compris les mécanismes de prépaiement et de mise en commun des risques.

27. Les pays devraient renforcer le leadership et les capacités institutionnelles au sein des ministères de la Santé, en particulier dans l'analyse macroéconomique, la planification stratégique et la préparation budgétaire. Il est nécessaire d'intensifier le dialogue entre les ministères de la Santé et les ministères de supervision comme les Finances et la Planification. Tout en œuvrant à l'atteinte des OMD, les efforts nationaux doivent se conformer aux «trois principes» suivants : un seul plan national, un seul mécanisme de coordination et un seul plan de suivi-évaluation.

28. En outre, les pays doivent améliorer leur capacité à tous les niveaux, et plus particulièrement aux niveaux local et des districts pour pouvoir : i) acquérir, produire, stocker, partager et utiliser l'information, les bases factuelles et les connaissances, en vue d'un meilleur suivi des progrès accomplis dans la réalisation des OMD; ii) identifier et mettre en œuvre des interventions efficaces; iii) impliquer et encourager le secteur privé à suivre et mettre en œuvre les politiques et priorités nationales; et iv) évaluer l'impact des interventions. Conformément à la Déclaration de Ouagadougou et à la Déclaration d'Alger, les pays devraient envisager la création d'observatoires nationaux de santé liés à l'Observatoire de la Santé en Afrique.

29. *OMD 4 et 5* : Les pays doivent améliorer la couverture des interventions préventives et curatives éprouvées à fort impact pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile et promouvoir l'intégration des interventions relatives au paludisme, au VIH/sida et à la planification familiale dans les services de santé maternelle et néonatale. L'accent doit être mis sur l'investissement en faveur des pauvres et la promotion de l'implication communautaire.

30. *OMD 6* : Les pays doivent intensifier les interventions essentielles pour la prévention et le traitement du VIH/sida et la mise à jour des politiques et des plans stratégiques sur le paludisme, en ligne avec un accès universel et les engagements des OMD. Ils doivent promouvoir l'accès universel à des services DOTS de qualité.

31. *OMD 1* : Les pays doivent élaborer ou réviser : i) les politiques alimentaires et nutritionnelles multisectorielles, ainsi que les stratégies et plans d'action alimentaires et nutritionnels chiffrés à tous

les niveaux; ii) des stratégies globales de promotion de la santé favorisant un changement de comportement et une communication efficace pour améliorer les programmes de nutrition ayant un impact positif sur la santé, les soins et le développement de l'enfant.

32. *OMD 7* : Les pays doivent s'attaquer aux principales priorités de santé et environnementales telles que la fourniture de l'eau potable et l'assainissement; la gestion de la pollution atmosphérique, des produits chimiques et des déchets; les vecteurs des maladies; la dégradation des sols et la pollution dans le contexte des stratégies nationales de prévention primaire. Ils doivent s'approprier et mettre en œuvre le Programme panafricain d'adaptation de la santé publique au changement climatique.

33. Les pays sont encouragés à collaborer avec l'industrie pharmaceutique pour garantir la disponibilité et aussi l'accessibilité des médicaments et des vaccins. Les partenaires doivent également poursuivre leur plaidoyer en faveur de la réduction des prix des médicaments et des vaccins et soutenir les pays à cet égard.

34. L'OMS et d'autres partenaires doivent continuer à soutenir les pays pour les aider à : renforcer leurs capacités de mobilisation de financements additionnels; améliorer le leadership et le partenariat; réformer les systèmes de santé nationaux par l'approche des soins de santé primaires; intensifier les interventions efficaces pour réduire la mortalité maternelle et infantile; combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; et se pencher sur les principaux déterminants de la santé. L'OMS et ses partenaires doivent également aider les pays à améliorer leur capacité à produire, partager et utiliser l'information en vue de l'élaboration de politiques et de la prise de décision, par le biais notamment de l'Observatoire de la Santé en Afrique et d'un réseau d'observatoires de santé nationaux.

35. Sauf changement radical des tendances actuelles, la plupart des pays de la Région africaine sont peu susceptibles d'atteindre l'un quelconque des OMD de santé ou liés à la santé. Toutefois, des progrès sont possibles si les États Membres : i) mobilisent des ressources additionnelles auprès de sources internes et externes pour renforcer les systèmes de santé; ii) améliorent la mise en œuvre d'interventions efficaces; iii) se penchent efficacement sur les déterminants de la santé au sens large.

36. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport d'activités et à encourager les pays à adopter les actions proposées comme voie à suivre pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement.

Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Cadre révisé de suivi des OMD pour inclure de nouvelles cibles et de nouveaux indicateurs, dont a pris note la 62^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies. Les cibles et indicateurs relatifs à la santé sont en gris. Tous les indicateurs doivent être ventilés, dans la mesure du possible, par sexe et par zone urbaine et zone rurale.

Effectif à compter du 15 janvier 2008

| Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) | |
|---|---|
| Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire) | Indicateurs de suivi des progrès accomplis |
| Objectif 1: Éliminer l'extrême pauvreté et la faim | |
| Cible 1.A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour | 1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA) ⁱ 1.2 Indice d'écart de la pauvreté 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale |
| Cible 1.B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif | 1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5 Ratio emploi/population 1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar PPA par jour 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée |
| Cible 1.C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim | 1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique |
| Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous | |
| Cible 2.A: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires | 2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2 Proportion d'écoliers ayant commencé la première année d'études primaires, qui terminent l'école primaire 2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes |
| Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes | |
| Cible 3.A: Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard | 3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2 Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national |
| Objectif 4: Réduire la mortalité infantile | |
| Cible 4.A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans | 4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans 4.2 Taux de mortalité infantile 4.3 Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole |
| Objectif 5: Améliorer la santé maternelle | |
| Cible 5.A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle | 5.1 Taux de mortalité maternelle 5.2 Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié |
| Cible 5.B: Rendre l'accès à la santé génésique universel d'ici à 2015 | 5.3 Taux de contraception 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale |

| Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies | |
|---|---|
| Cible 6.A: D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle | 6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans 6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida 6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans |
| Cible 6.B: D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida | 6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection à VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux |
| Cible 6.C: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle | 6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie 6.7 Proportion d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 6.8 Proportion d'enfants de moins de cinq ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludiques appropriés 6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie 6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de courte durée sous surveillance directe |
| Objectif 7: Assurer un environnement durable | |
| Cible 7.A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales | 7.1 Proportion de zones forestières 7.2 Émissions de CO ₂ (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat) 7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone 7.4 Proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains |
| Cible 7.B: Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte | 7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées 7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées 7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction |
| Cible 7.C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base | 7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée 7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées |
| Cible 7.D: Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis | 7.10 Proportion de citoyens vivant dans des taudis ⁱ |
| Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement | |
| Cible 8.A: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, règlementé, prévisible et non discriminatoire | <i>Certains des indicateurs ci-après sont évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA) de l'Afrique, des pays sans littoral et des petits États insulaires en développement.</i> |
| Comprend un engagement en faveur de la bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international | <u>Aide publique au développement (APD)</u> 8.1 Montant net de l'APD totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du CAD de l'OCDE |
| Cible 8.B: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés | 8.2 Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD de l'OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et |

| | |
|---|---|
| <p>Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté</p> <p>Cible 8.C: Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale)</p> <p>Cible 8.D: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme</p> | <p>assainissement)</p> <p>8.3 Proportion de l'APD bilatérale des pays du CAD de l'OCDE qui n'est pas liée</p> <p>8.4 APD reçue par les pays en développement sans littoral, en pourcentage de leur revenu national brut</p> <p>8.5 APD reçue par les petits États insulaires en développement, en pourcentage de leur revenu national brut</p> <p><u>Accès aux marchés</u></p> <p>8.6 Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés, qui sont admises en franchise de droits</p> <p>8.7 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement</p> <p>8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE, en pourcentage de leur produit intérieur brut</p> <p>8.9 Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales</p> <p><u>Viabilité de la dette</u></p> <p>8.10 Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative PPTE</p> <p>8.11 Allègement de dette annoncé au titre des initiatives PPTE et IADM</p> <p>8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services</p> |
| <p>Cible 8.E: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement</p> | <p>8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement</p> |
| <p>Cible 8.F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous</p> | <p>8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants</p> <p>8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants</p> <p>8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants</p> |

Les objectifs du Millénaire pour le développement et les cibles correspondantes, sont tirés de la Déclaration du Millénaire, signée en septembre 2000 par les dirigeants de 189 pays, dont 147 Chefs d'État et de Gouvernement (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>), et d'un autre accord auquel sont parvenus les États Membres lors du Sommet mondial de 2005 (résolution adoptée par l'Assemblée générale - A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>). Les objectifs et cibles sont interdépendants et doivent être considérés comme un tout. Ils représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés, tous résolus à «créer – au niveau tant national que mondial – un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté».

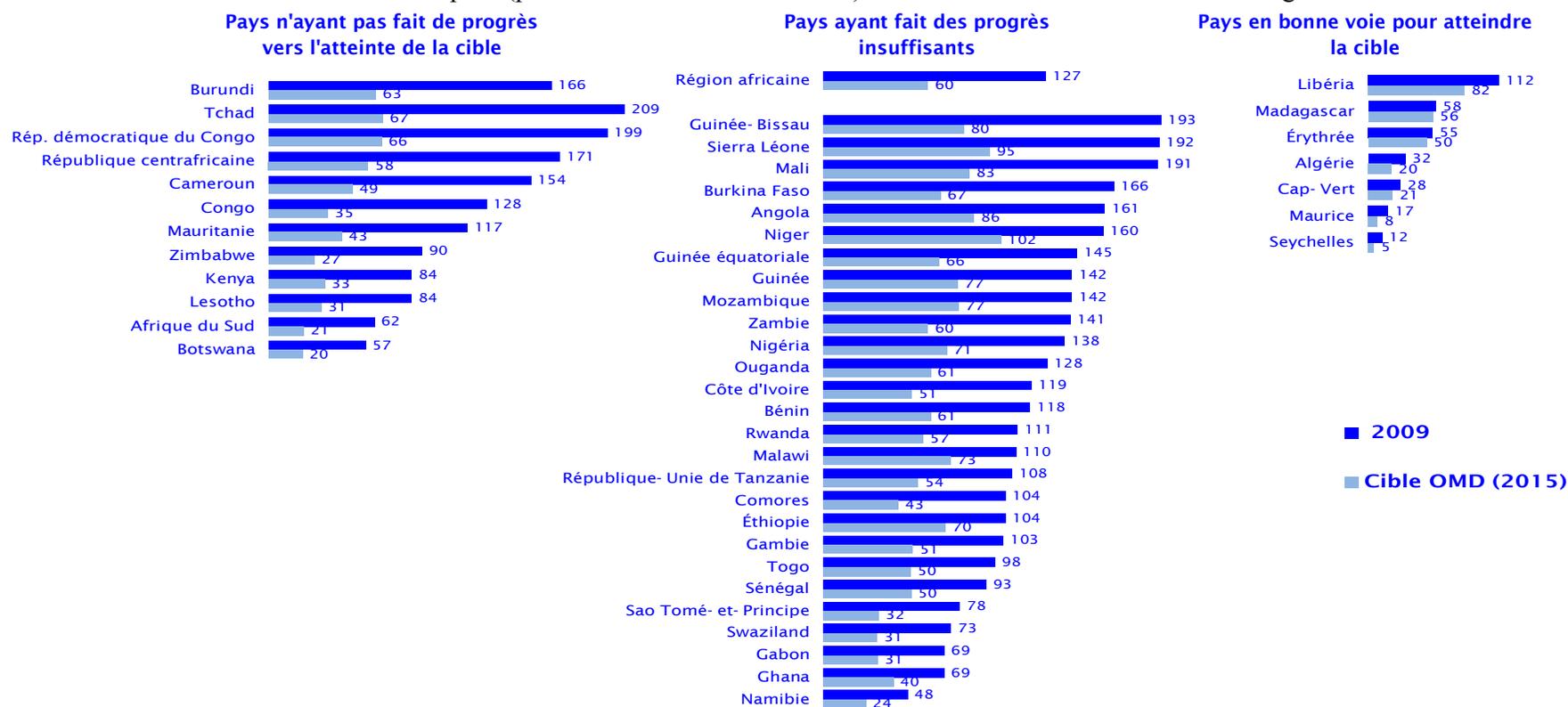
ⁱ Pour suivre l'évolution de la pauvreté dans les différents pays, il convient d'utiliser, lorsqu'ils existent, des indicateurs fondés sur les seuils de pauvreté nationaux.

ⁱⁱ La proportion effective d'habitants vivant dans des taudis s'obtient en calculant le nombre de citoyens soumis à l'une au moins des conditions suivantes: a) accès insuffisant à une source d'eau améliorée; b) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées; c) surpeuplement trois personnes au plus par pièce; d) habitations faites en matériaux non durables.

Annexe 2 : PROGRÈS DANS L'ATTEINTE DES OMD DE SANTÉ ET CEUX LIÉS À LA SANTÉ

OMD 4 (Santé des enfants)

Figure 1 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1 000 naissances vivantes) en 2009 et cible de l'OMD dans la Région africaine³⁵



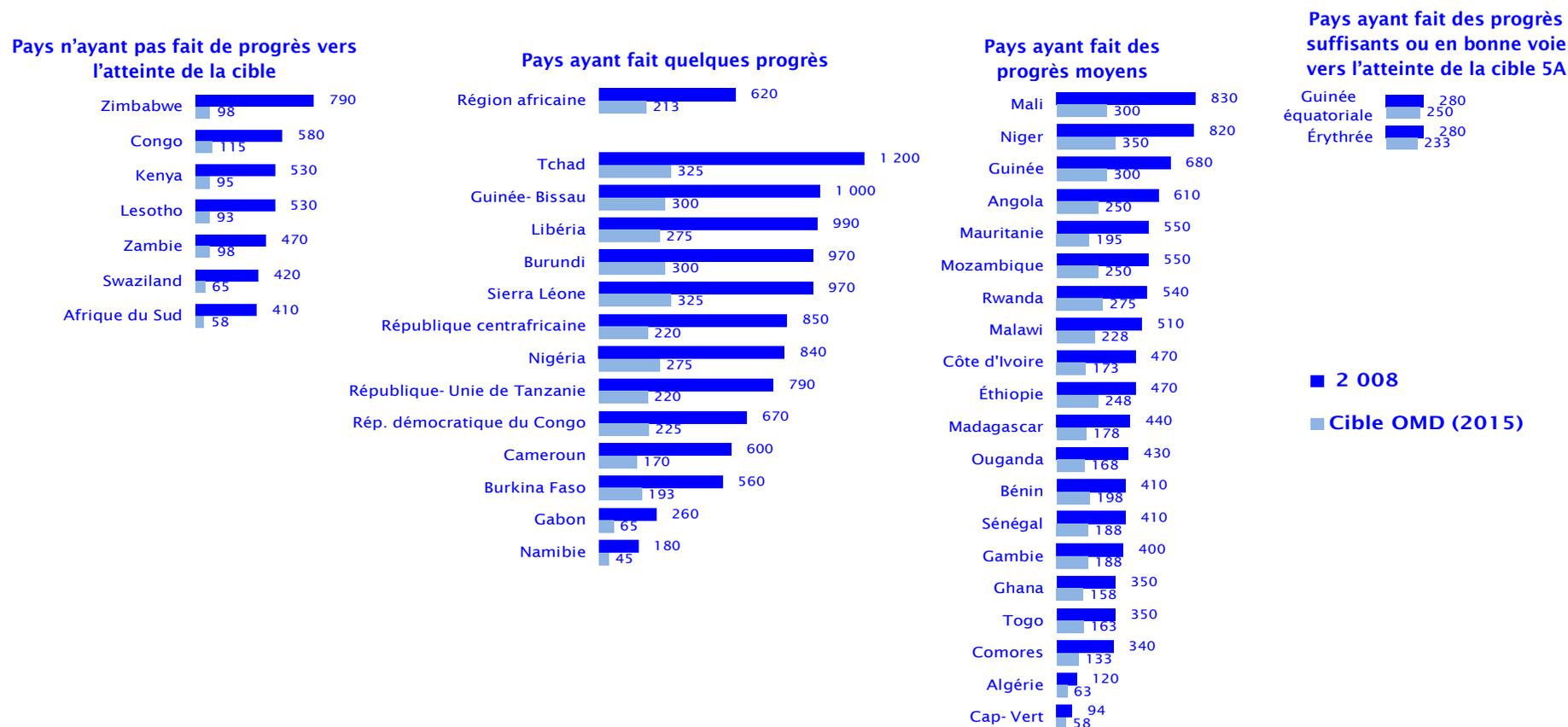
³⁵

Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

L'évaluation des progrès accomplis aux niveaux national et régional vers l'atteinte de l'OMD 4 est basée sur les taux de réduction annuels moyens (TRAM) de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, enregistrés entre 1990 et 2008 et les TRAM requis au cours de la période 2009-2015 pour atteindre la cible de l'OMD de réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans au plus tard en 2015, en fonction des seuils suivants : *En bonne voie* : la mortalité des enfants de moins de cinq ans est inférieure à 40, ou alors est égale à 40 ou plus et le TRAM enregistré pour la période 1990-2008 est de 4,0 % ou plus. *Progrès insuffisants* : la mortalité des enfants de moins de cinq ans est égale à 40 ou plus et le TRAM enregistré pour la période 1990-2008 oscille entre 1,0 % et 3,9 %. *Pas de progrès* : la mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 40 ou plus et le TRAM enregistré pour la période 1990-2008 est de moins de 1,0 %

OMD 5 (Améliorer la santé maternelle)

Figure 2 : Estimations du ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) en 2008 et cible de l'OMD dans la Région africaine³⁶

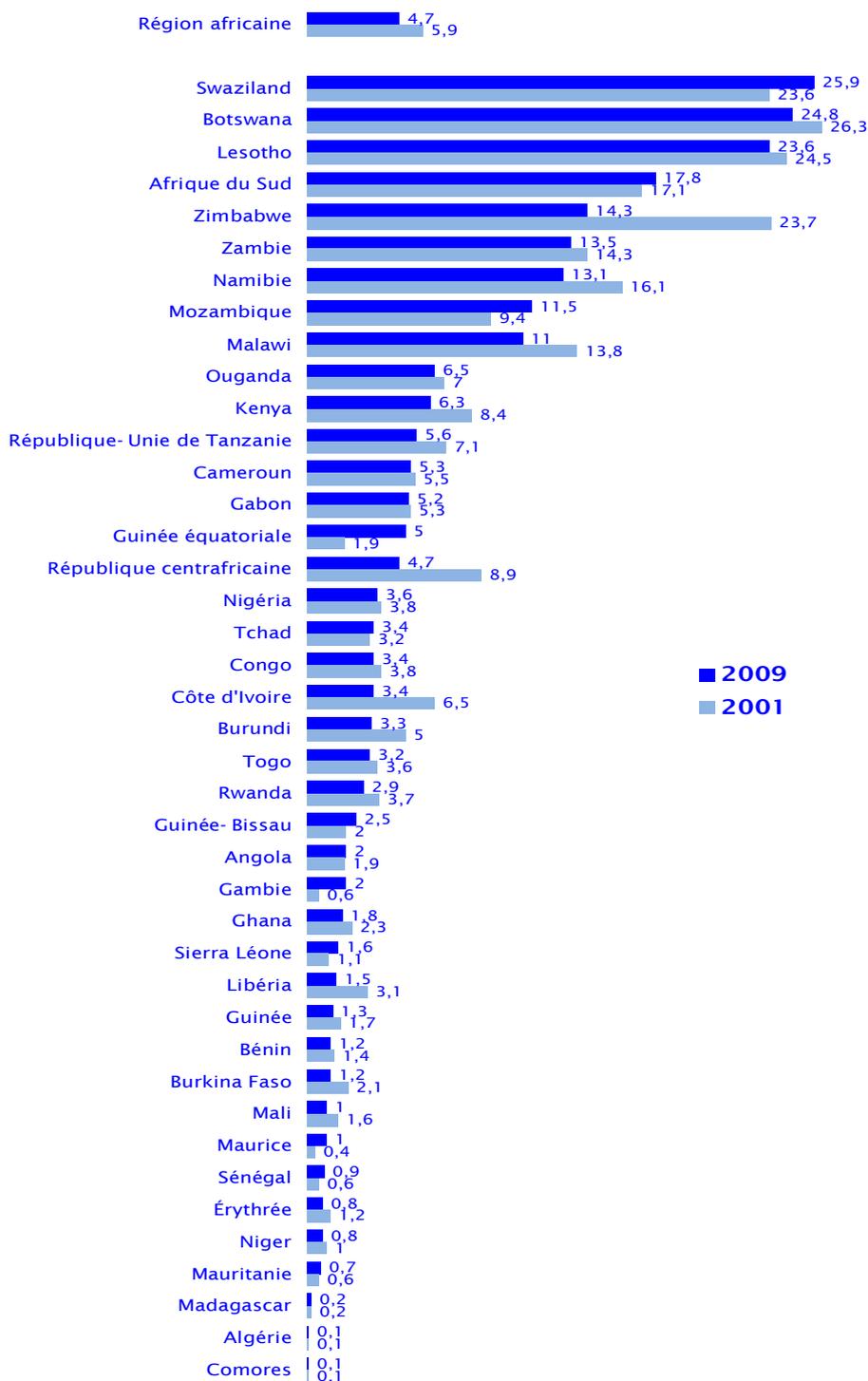


³⁶ Source des données : Tendances de la mortalité maternelle de 1990 à 2008; Estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, 2010 et OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

Les pays dont le RMM ≥ 100 en 1990 sont classés "sur la bonne voie ou avec des progrès suffisants" s'ils ont enregistré une baisse de l'ordre de 5,5 % ou plus par année; les pays sont classés comme ayant enregistré "des progrès moyens" si la RMM a baissé de 2 % à 5,5 %; ils sont classés comme ayant fait "quelques progrès" si le RMM a baissé de moins de 2 % par an et comme n'ayant enregistré "aucun progrès" s'il n'y a pas eu de baisse du RMM. Botswana et Maurice, qui affichaient un RMM < 100 en 1990, ne sont pas classés. Les tendances ne sont pas disponibles pour Sao Tomé & Príncipe et les Seychelles

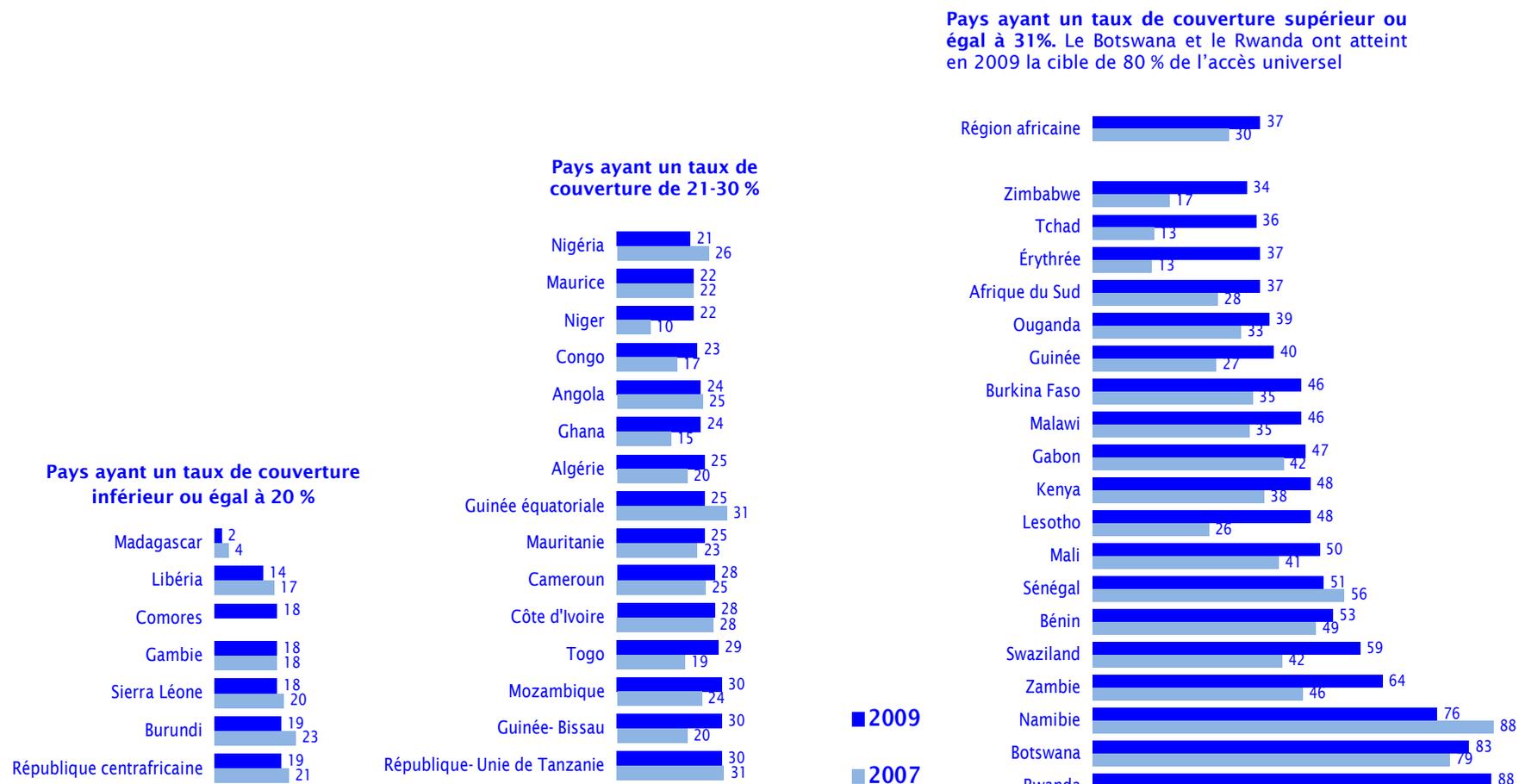
OMD 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose)

Figure 3 : Prévalence du VIH dans la population âgée de 15-49 ans dans la Région africaine, exprimée en pourcentage³⁷



³⁷ Les tendances ne sont pas disponibles pour le Cap-Vert, l'Éthiopie, la République démocratique du Congo, Sao Tomé & Príncipe et les Seychelles

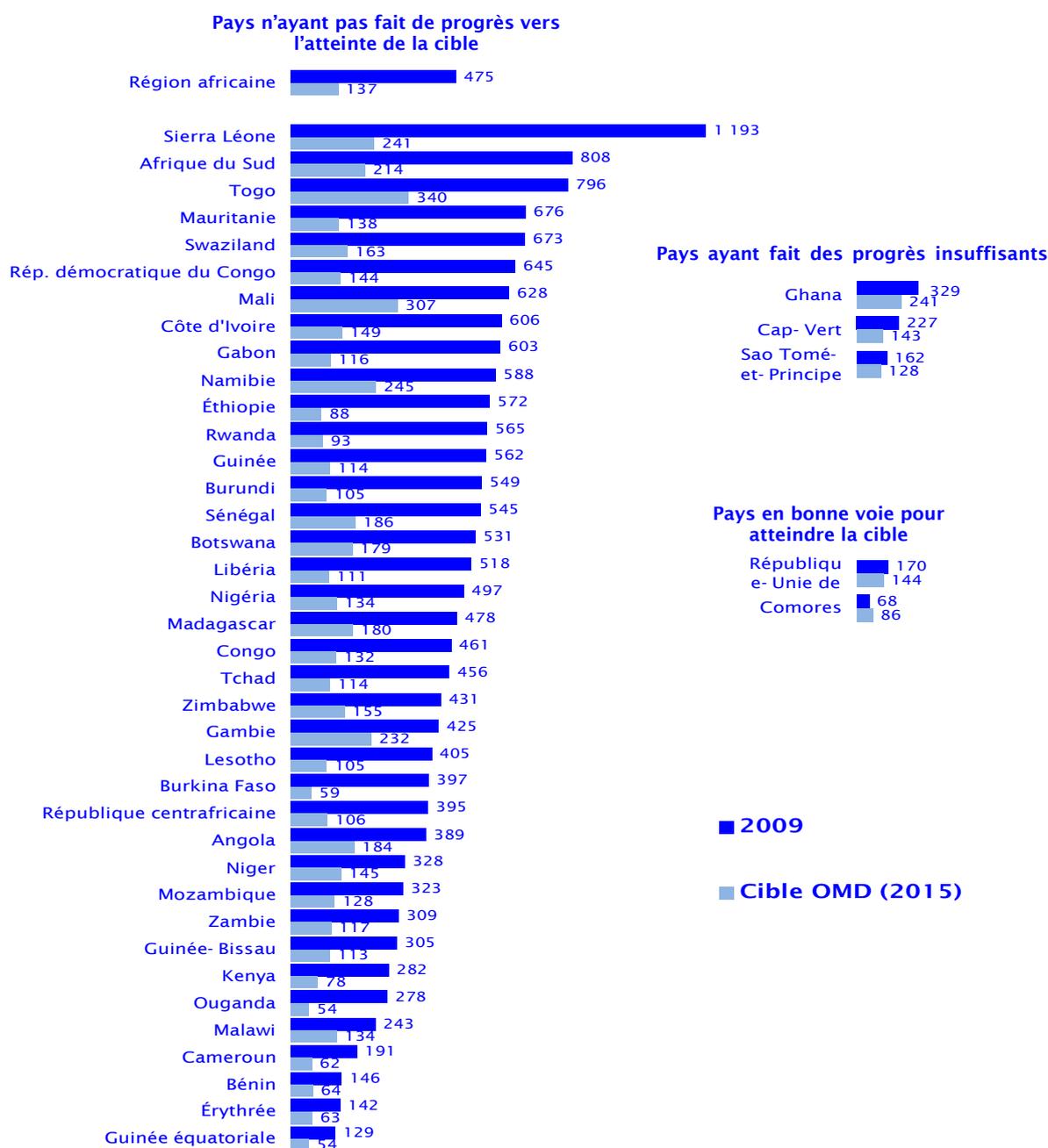
Figure 4 : Pourcentage de la population éligible aux traitements antirétroviraux³⁸ en 2009 et en 2007 dans la Région africaine³⁹



³⁸ Vers un accès universel : intensifier les interventions prioritaires sur le VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010; OMS-ONUSIDA-UNICEF; OMS, 2010

³⁹ Les tendances ne sont pas disponibles pour le Cap-Vert, l'Éthiopie, la République démocratique du Congo, Sao Tomé & Príncipe et les Seychelles

Figure 5 : Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) en 2009⁴⁰ et cible de l'OMD dans la Région africaine⁴¹

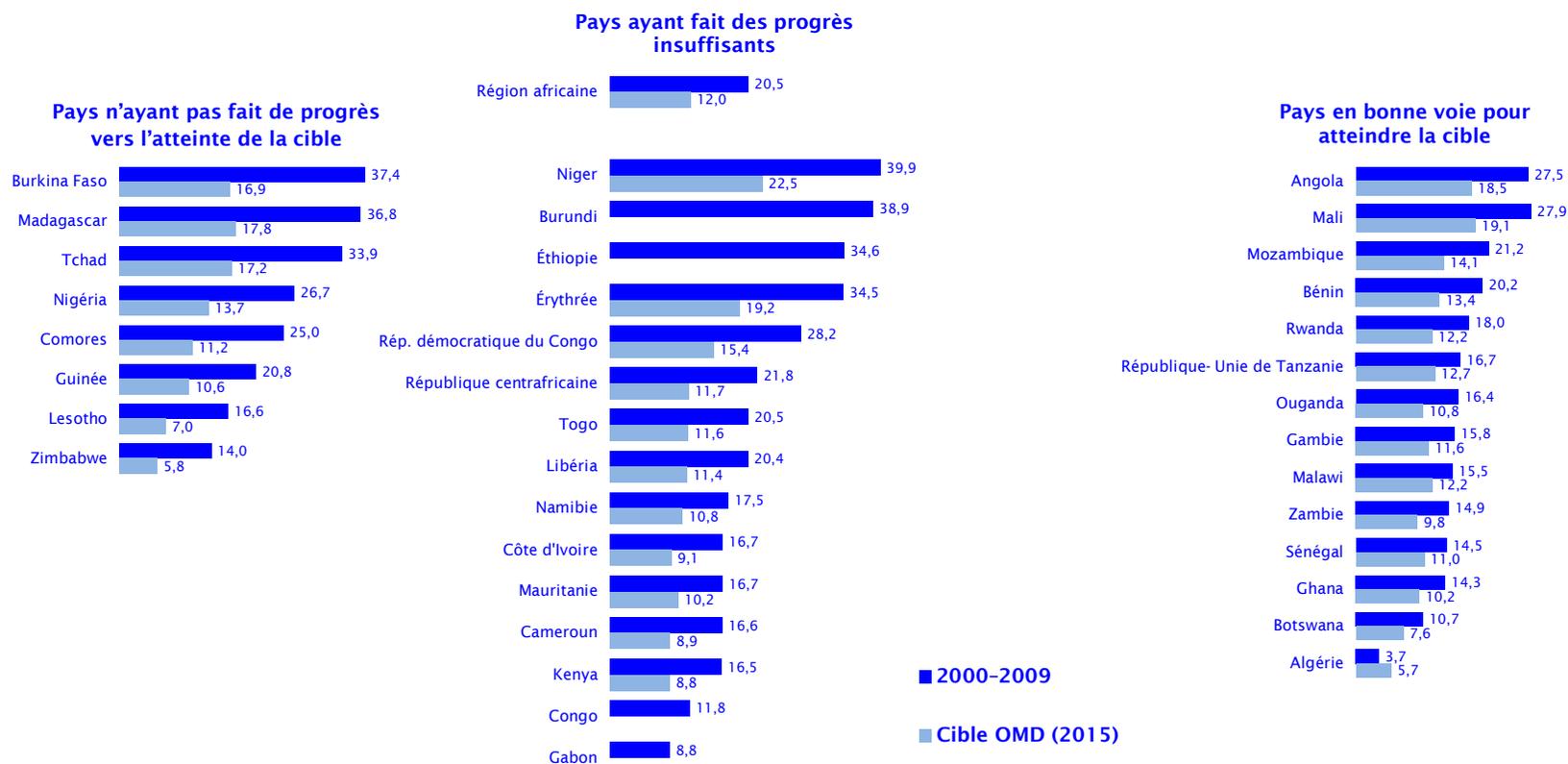


⁴⁰ Source des données: OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011

⁴¹ Les pays sont classés comme suit : *Sur la bonne voie* si le taux moyen annuel de réduction (TMAR) est supérieur ou égal à 2,6 %; *Progrès insuffisants* si le TMAR se situe entre 0,6 % et 2,5 %; *Aucun progrès* si le TMAR est inférieur ou égal à 0,5 %. L'Algérie, Maurice et Seychelles, où la prévalence de la tuberculose était <100 en 1990, ne sont pas classées.

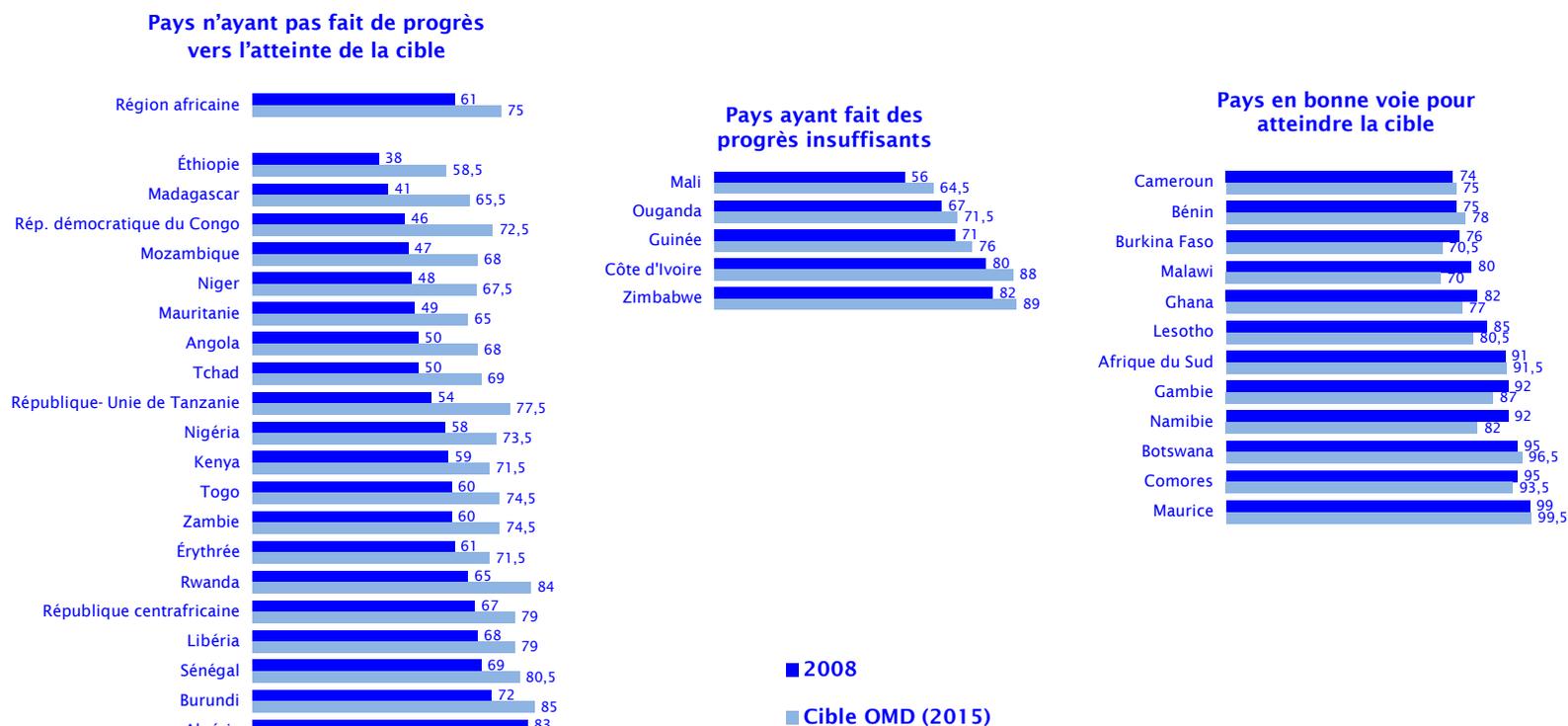
OMD 1 (Enfants malnutris)

Figure 6 : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale dans la Région africaine⁴² entre 2000 et 2009 et cible de l'OMD



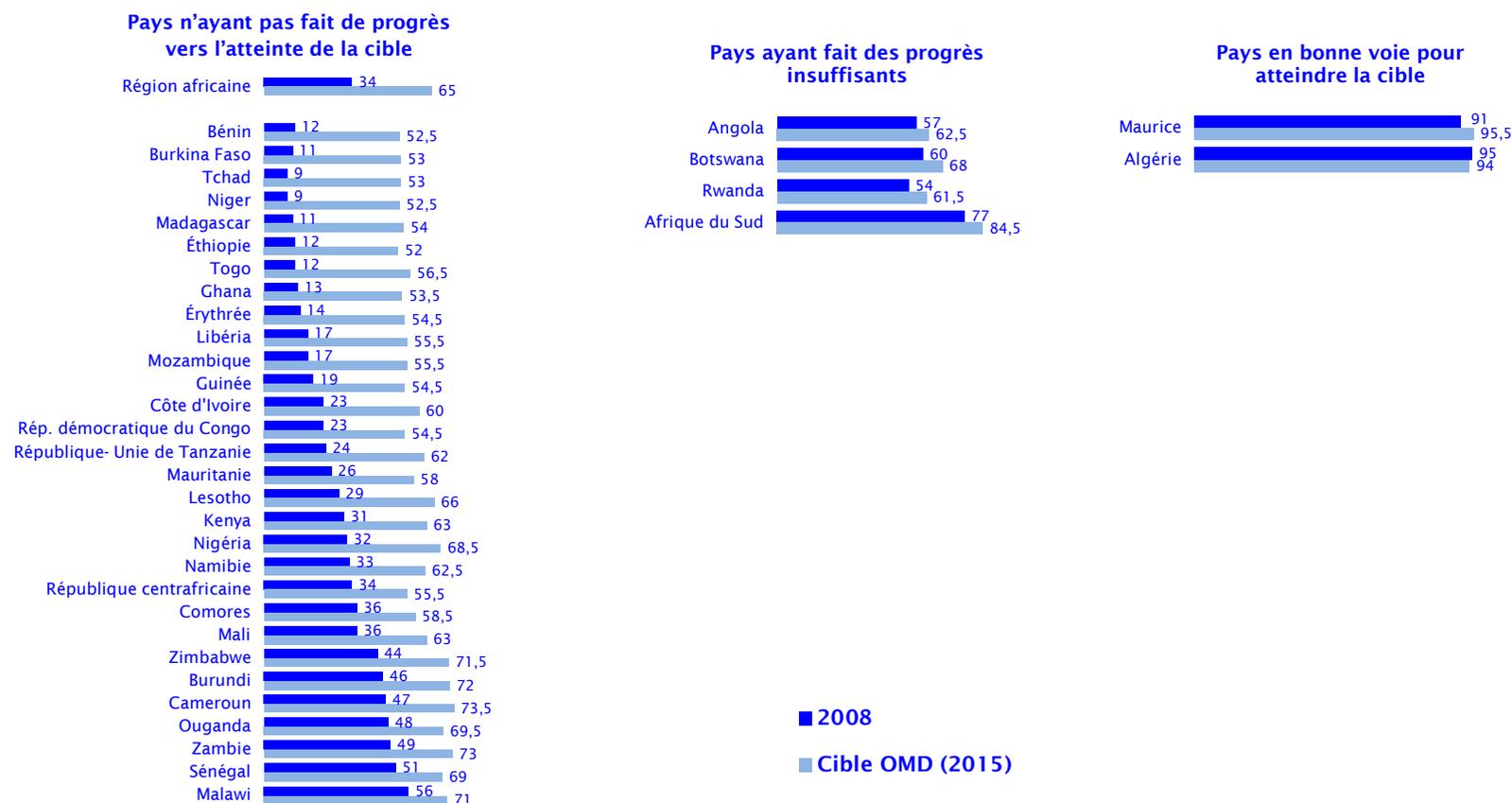
⁴² Les pays sont classés comme suit : *Sur la bonne voie* si le taux moyen annuel de réduction (TMAR) est supérieur ou égal à 2,6 %; *Progrès insuffisants* si le TMAR se situe entre 0,6 % et 2,5 %; *Aucun progrès* si le TMAR est inférieur ou égal à 0,5%. Les tendances ne sont pas disponibles pour l'Afrique du Sud, le Cap-Vert, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale, l'Île Maurice, Sao Tomé & Príncipe, les Seychelles, la Sierra Leone et le Swaziland. Source des données : OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011, Genève, Organisation mondiale de la Santé 2011

OMD 7 (Eau et assainissement)

Figure 7 : Pourcentage de la population utilisant une source d'eau potable améliorée en 2008 et cible de l'OMD dans la Région africaine⁴³

⁴³ Les pays ont été classés en fonction des seuils suivants : *En bonne voie* : le taux d'utilisation d'une source d'eau potable améliorée en 2008 était de moins de 5 % en deçà du taux nécessaire pour que le pays ou la région atteigne la cible de l'OMD, ou était de 95 % ou plus; *Progrès insuffisants* : le taux d'utilisation d'une source d'eau potable améliorée en 2008 était de 5 % à 10 % en deçà du taux nécessaire pour que le pays ou la région atteigne la cible de l'OMD; *Pas de progrès* : le taux d'utilisation d'une source d'eau potable améliorée en 2008 était de plus de 10 % en deçà du taux nécessaire pour que le pays ou la région atteigne la cible de l'OMD, ou la tendance pour la période de 1990 à 2008 montre que le taux d'utilisation n'a pas changé ou qu'il a diminué. Les tendances ne sont pas disponibles pour les neuf pays suivants : Cap-Vert, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Sao Tomé & Príncipe, Seychelles, Sierra Leone et Swaziland

Figure 8 : Pourcentage de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées en 2008 et cible de l'OMD dans la Région africaine⁴⁴



⁴⁴ Les pays ont été classés en fonction des seuils suivants : *En bonne voie* : le taux d'utilisation d'infrastructures d'assainissement améliorées en 2008 était de moins de 5 % en deçà du taux nécessaire pour que le pays ou la région atteigne la cible de l'OMD, ou était de 95 % ou plus; *Progrès insuffisants* : le taux d'utilisation d'infrastructures d'assainissement améliorées en 2008 était de 5 % à 10 % en deçà du taux nécessaire pour que le pays ou la région atteigne la cible de l'OMD; *Pas de progrès* : le taux d'utilisation d'infrastructures d'assainissement améliorées en 2008 était de plus de 10 % en deçà du taux nécessaire pour que le pays ou la région atteigne la cible de l'OMD, ou la période de 1990 à 2006 montre que le taux d'utilisation n'a pas changé ou qu'il a diminué. Les tendances ne sont pas disponibles pour les dix pays suivants : Cap-Vert, Congo, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Sao Tomé & Príncipe, Seychelles, Sierra Leone et Swaziland