

L'Afrique face à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)-Santé

Pr Dominique Kerouedan

Chaire Microbiologie et maladies infectieuses

Collège de France

30 janvier 2013

Plan de la présentation

- * 1. Cadre historique et institutionnel des Objectifs du Millénaire pour le développement
 - * Contexte de la Déclaration du Millénaire et des 8 OMD
 - * Les indicateurs de suivi de la réalisation des OMD sur le terrain dans les pays et WHO/HMN
 - * Aide au développement
 - * La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide

- * 2. Aperçu des résultats des OMD à l'échelle globale

- * 3. les résultats en Afrique pour les OMD de la santé:
 - * OMD4, mortalité infantile, grossesses précoces
 - * OMD5, mortalité maternelle,
 - * OMD6, combattre le sida, le paludisme et les autres maladies: focus sur l'épidémie de sida chez les jeunes en Afrique
 - * OMD 8, accès aux médicaments, non traité, référence est communiquée

- * 4. OMD ne seront réalisés en Afrique, pourquoi?
 - * les enjeux en Afrique dans un avenir proche

- * 5. La phase d'après 2015: 2 sites internet:

Post2015.org et beyond2015.org

1. Cadre historique et institutionnel des OMD 1990-2015

1. Contexte d'émergence des OMD

- Dans les années 1990, changement de paradigme du développement: de la croissance économique à la lutte contre la pauvreté
- Cadres stratégiques nationaux de lutte contre la pauvreté, dont volet santé, financés par la Banque mondiale et la Commission européenne notamment, et les initiatives de remise de dettes (PPTE), aux côtés de l'OMS et aide bilatérale classique
- Fin des années 1990: explosion de la pandémie de sida en Afrique australe, après 10 ans de Programme mondial de l'OMS, d'où la création de l'ONUSIDA en 1996
- Engagement du Conseil de Sécurité émet Résolution en juillet 2000, puis Résolution de l'Assemblée Générale extraordinaire en juin 2001: Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

La Déclaration du Millénaire

Nations Unies

A/RES/55/2



Assemblée générale

Distr. générale
13 septembre 2000

Cinquante-cinquième session
Point 60, h de l'ordre du jour

Résolution adoptée par l'Assemblée générale

[sans renvoi à une grande commission (A/55/L.2)]

55/2. Déclaration du Millénaire

L'Assemblée générale

Adopte la Déclaration suivante:

Déclaration du Millénaire

I. Valeurs et principes

1. Nous, chefs d'État et de gouvernement, nous sommes rassemblés au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, du 6 au 8 septembre 2000, à l'aube d'un nouveau millénaire, pour réaffirmer notre foi dans l'Organisation et dans sa Charte, fondements indispensables d'un monde plus pacifique, plus prospère et plus juste.
2. Nous reconnaissons que, en plus des responsabilités propres que nous devons assumer à l'égard de nos sociétés respectives, nous sommes collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité. En tant que dirigeants, nous avons donc des devoirs à l'égard de tous les citoyens du monde, en particulier les personnes les plus vulnérables, et tout spécialement les enfants, à qui l'avenir appartient.
3. Nous réaffirmons notre attachement aux buts et principes énoncés dans la Charte des Nations Unies, qui ont une valeur éternelle et universelle. En fait, leur pertinence et leur importance en tant que source d'inspiration se sont accrues avec la multiplication des liens et le renforcement de l'interdépendance entre les nations et les peuples.
4. Nous sommes résolus à instaurer une paix juste et durable dans le monde entier conformément aux buts et aux principes inscrits dans la Charte. Nous réaffirmons notre volonté de tout faire pour assurer l'égalité souveraine de tous les États, le respect de leur intégrité territoriale et de leur indépendance politique, le règlement des différends par des voies pacifiques et conformément aux principes de la justice et du droit international, le droit à l'autodétermination des peuples qui sont encore sous domination coloniale ou sous occupation étrangère, la non-ingérence dans les affaires intérieures des États, le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le respect de l'égalité des droits de tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion et une coopération internationale en vue du règlement

00 55952

- Adoptée par l'AG/NU le 8 septembre 2000
- Etablit les 8 OMD
- Le premier consensus mondial sur le développement
- Signée par plus de 180 pays et institutions internationales
- Pleine année sida à l'ONU
- 9 mois après la première réunion du Conseil de sécurité sur le VIH/sida
- 2 mois après la Résolution du Conseil de sécurité sur le VIH/sida
- Révisée en 2005

Les Objectifs du Millénaire pour le développement

- * OMD 1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim < 1 dollar/j
- * OMD 2. Assurer l'éducation primaire pour tous
- * OMD 3. promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (parité filles-garçons à l'école)
- * OMD 4. Réduire (↘2/3) la mortalité des enfants < 5 ans
- * OMD 5. Améliorer la santé maternelle (↘3/4 mortalité)
- * OMD 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (tuent 6 millions personnes/an dans le monde)
- * OMD 7. Assurer un environnement durable
- * OMD 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (APD, accès aux marchés, dettes)
 - * 8^E « En coopération avec l'Industrie Pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement (voir référence de « South Centre » à Genève, Policy Brief N° 7 de novembre 2011)

2. Indicateurs de suivi des OMD/pays

Indicateurs affectés à chaque OMD-1990-2015

Appui technique pour les OMD de la santé

Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Tous les indicateurs doivent être ventilés, dans la mesure du possible, par sexe et par zone urbaine et 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 1A: 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) ^a 1,2 Indice d'écart de la pauvreté 1,3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 1B: 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 de 1 dollar PPA par jour 1,7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
Cible 1C: 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 5 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 2A: 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 3A: 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 des femmes salariées dans le secteur non agricole 3,3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national
Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4,1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4,2 Taux de mortalité infantile 4,3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	
Cible 5A: 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 du personnel de santé qualifié
Cible 5B: Rendre l'accès à la médecine procréative 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 6A: D'ici à 2015, avoir enrayer 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 6B: D'ici 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 par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Cible 6C: 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 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 6,8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés 6,9 Incidences, 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 d'un traitement direct à court terme et sous observation

WHO/ HMN (Health Metrics Network):

- Pbs de recueil de fiabilité et état civil
- Organisation institutionnelle des systèmes d'information sanitaire et de la surveillance sentinelle
- Formation, directives techniques
- Appuis logistique, informatique, plaidoyer, dégager des moyens humains et financiers, etc.
- Site Internet WHO/HMN

Mesures des évolutions de l'épidémie de sida

1. Indicateurs d'impact

- Indicateur OMD: **taux de prévalence de l'infection à VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans**

- **Incidence**

Il est admis que la prévalence de l'infection à VIH chez les **jeunes de 15 à 19 ans**, le nombre de nouveaux cas d'infection dans cette population, peut servir de « proxy » pour mesurer les nouvelles infections, et parfois les **femmes enceintes**

2. Indicateurs de résultats: **taux de couverture et d'accès aux services de soins**, notamment:

- dépistage sérologique volontaire,
- prévention de la transmission mère enfant du VIH
- accès aux antirétroviraux

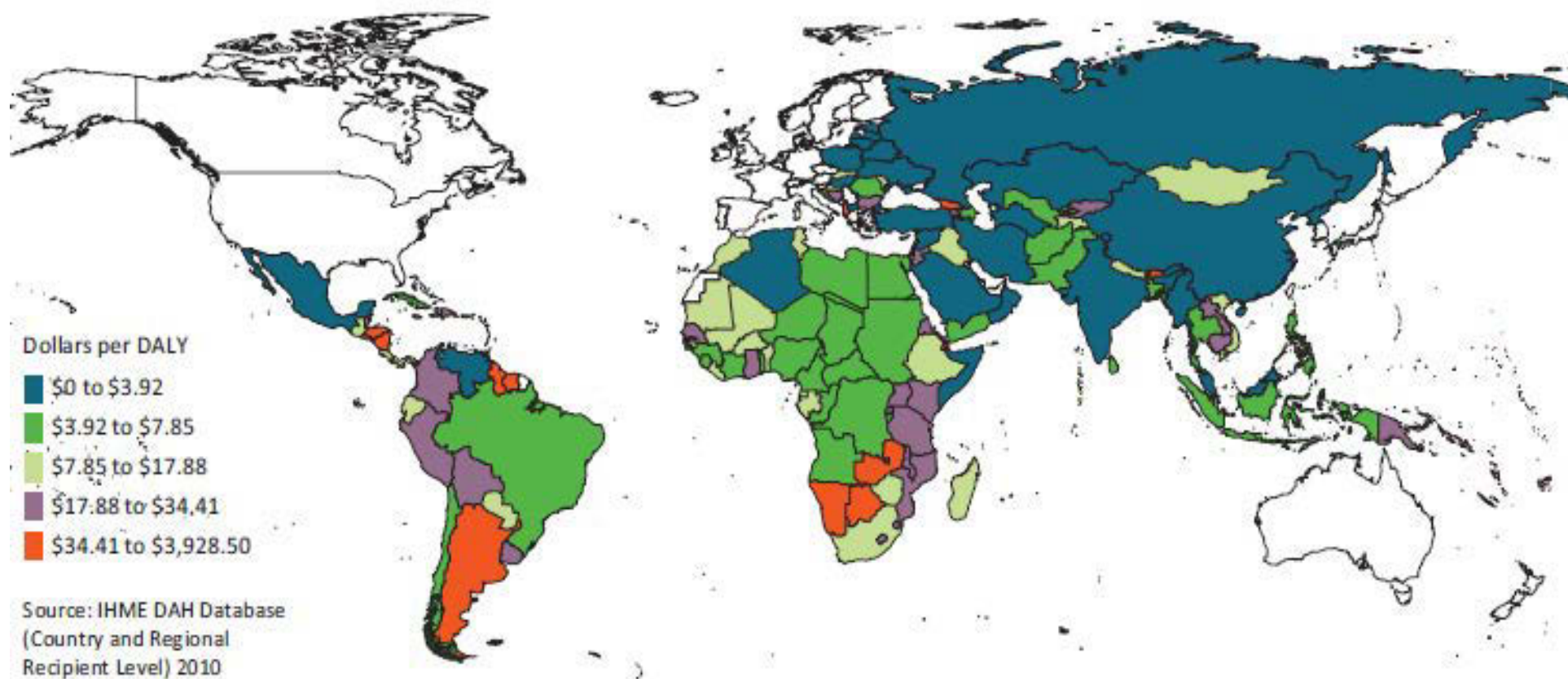
3. Aide au développement

- Selon le rapport OMD 8 2011, environ 129 milliards \$ APD en 2010, 0.32% du RNB des membres du CAD; seuls 5 pays ont atteint 0.7% du PIB; Aide concentrée: ¼ de l'APD va à 10 pays, et 38% à 20 pays; Dons privés 59 milliards de dollars, essentiellement USA
- * Mobilisation en faveur de la santé confiée à Jeffrey Sachs, président de la « Commission Macroéconomie et Santé », initiée par la DG de l'OMS, rapport en 2001
- L'aide pour la santé représente environ 22 à 25 milliards, soit **près du ¼** de l'aide totale (fonds USA publics et privés) (Pr JBJ)
- X par 4 entre 2000 et 2007 (IHME): fonds publics et privés US/sida
- La fondation Bill and Melinda Gates dépense 4 milliards de dollars par an en faveur des PED (information janvier 2012)

Allocation géographique de l'aide pour la santé

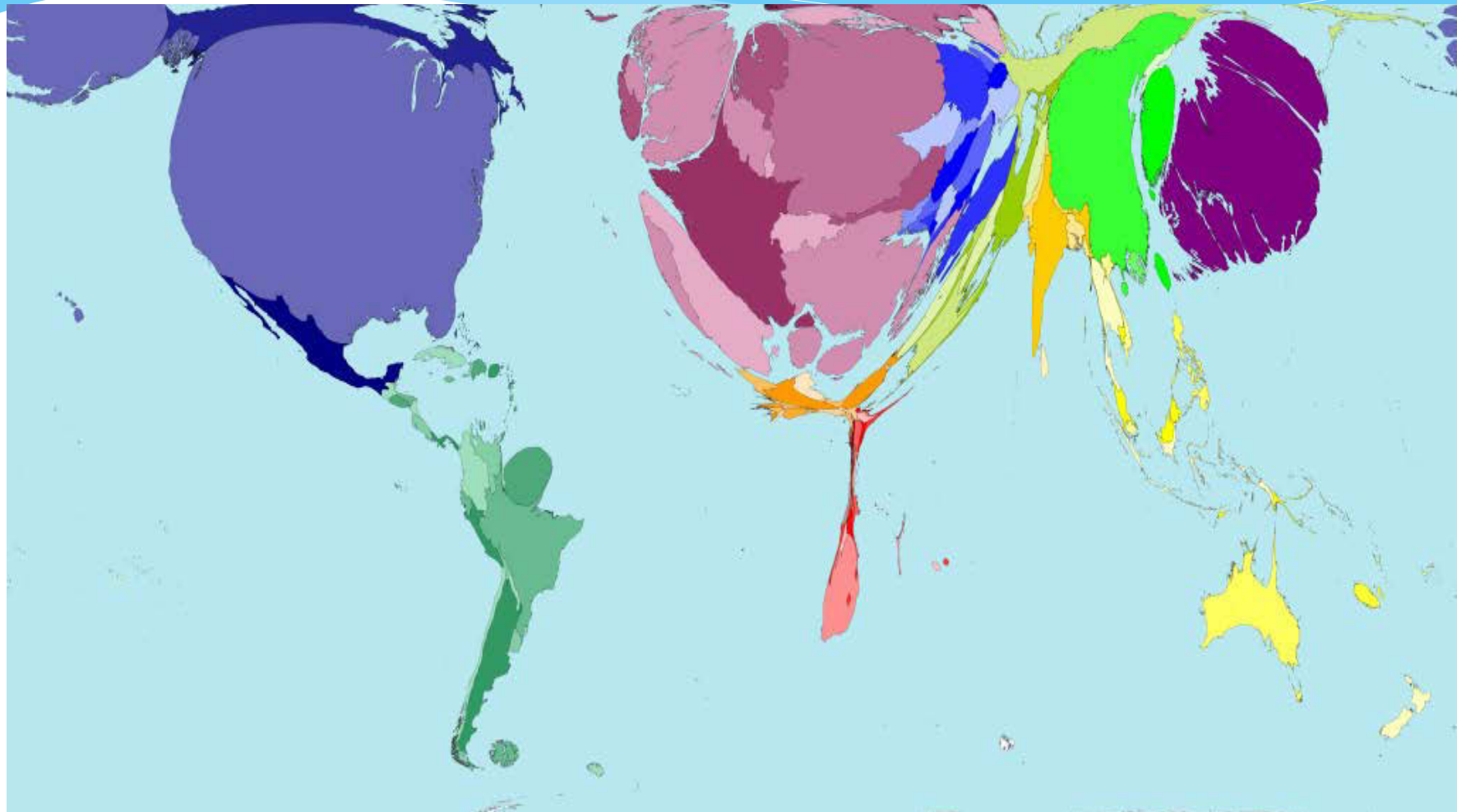
Total DAH per all-cause DALY, 2003-2008

We used DALY data for 2004 as a proxy for burden in all subsequent years. Countries that received no DAH over the study period and countries with zero or missing burden data are not shown. DAH received is shown in real 2008 US\$.

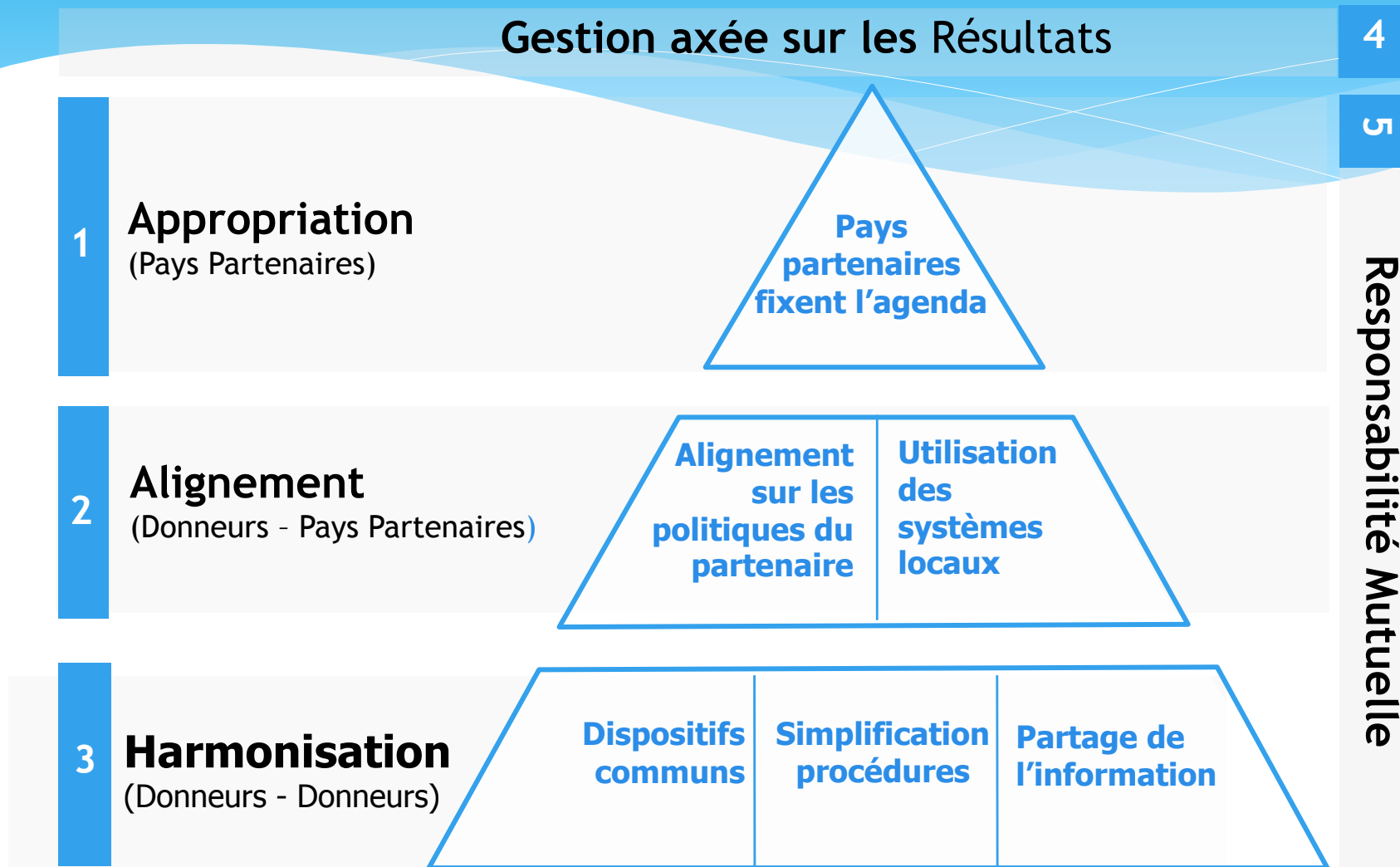


Dépenses de santé 2002

worldmapper.org accessed le 9 octobre 2012



4. Les 5 principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation en 2005



12 indicateurs de l'efficacité de l'aide

Appropriation	1	Operational national development strategies
Alignement	2	Quality of country systems
	3	Aid flows aligned to national priorities (% of aid flows reported on national budget)
	4	Strengthen capacity by coordinated support
	5	Use of country systems (PFM and procurement)
	6	Avoid Parallel Project Implementation Units (PIUs)
	7	In-year predictability of aid (% of aid released according to agreed schedules)
	8	Untied aid
Harmonisation	9	Use of programme-based approaches
	10	Joint missions & country analytic work
Gestion axée sur les résultats	11	Sound performance assessment frameworks
Responsabilité mutuelle	12	Reviews of mutual accountability

2. Résultats à l'échelle globale de la réalisation des OMD

Les Objectifs de Millénaire pour le Développement = le grand bond en avant

	Objectifs	Résultats	Commentaires
Pauvreté absolue Proportion de la population disposant de moins d'1 dollar par jour	Réduction de 50%	24% en 2008 (47% en 1990)	Atteint China : revenu/h x 4
Scolarisation primaire	100% en 2015	90% (monde) Afrique: 58% (99) à 76% entre 1999 et 2010	Objectif 100% en 2015
Équité fille-garçon École primaire	100% en 2015	97% en 2010	Atteint
Mortalité maternelle 1990-2015	Réduction de $\frac{3}{4}$	Réduite de 50% en 2010 Reste très élevée en Afrique (50% cas mondiaux)	Non atteint
Mortalité infantile	Réduction de $\frac{2}{3}$	Réduction d' $\frac{1}{3}$ en 2010 Reste très élevée en Afrique	Non atteint
Eau potable	Réduction de 50% de la population sans accès à eau potable	Réduction de 50% en 2010	Dépassé

Tableau de suivi 2011 des OMD 1 à 4

Objectifs et cibles	Afrique		Asie				Océanie	Amérique latine et Caraïbes	Caucase et Asie centrale
	de Nord	subsaharienne	de l'Est	du Sud-Est	du Sud	de l'Ouest			

OBJECTIF 1 | Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Réduire de moitié l'extrême pauvreté	pauvreté faible	pauvreté très forte	pauvreté forte	pauvreté forte	pauvreté très forte	pauvreté faible	—	pauvreté modérée	pauvreté forte
Emploi productif et décent	très large pénurie de travail décent	très large pénurie de travail décent	pénurie modérée de travail décent	très large pénurie de travail décent	très large pénurie de travail décent	très large pénurie de travail décent	très large pénurie de travail décent	pénurie modérée de travail décent	large pénurie de travail décent
Réduire la faim de moitié	faim faible	faim très forte	faim modérée	faim modérée	faim forte	faim modérée	—	faim modérée	faim modérée

OBJECTIF 2 | Assurer l'éducation primaire pour tous

Scolarité primaire universelle	scolarisation élevée	scolarisation modérée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation élevée	scolarisation modérée	—	scolarisation élevée	scolarisation élevée
--------------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	---	----------------------	----------------------

OBJECTIF 3 | Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Scolarisation égale des filles à l'école primaire	proche de la parité	proche de la parité	parité	parité	parité	proche de la parité	loin de la parité	parité	parité
Part des femmes dans la main-d'œuvre rémunérée	part faible	part moyenne	part importante	part moyenne	part faible	part faible	part moyenne	part importante	part importante
Représentation féminine dans les parlements nationaux	représentation faible	représentation modérée	représentation modérée	représentation faible	représentation faible	représentation très faible	représentation très faible	représentation modérée	représentation faible

OBJECTIF 4 | Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Réduire de deux tiers la mortalité des moins de 5 ans	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité faible
---	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	------------------	-------------------	------------------	------------------

OMD 5 à 8: suivi 2011

OBJECTIF 5 | Améliorer la santé maternelle

Réduire de trois quarts la mortalité maternelle*	mortalité faible	mortalité très élevée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité faible
Accès à la médecine prénatale	accès modéré	accès faible	accès élevé	accès modéré	accès modéré	accès modéré	accès faible	accès élevé	accès modéré

OBJECTIF 6 | Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Stopper le VIH/sida et inverser la tendance actuelle	incidence faible	incidence élevée	incidence faible	incidence faible	incidence faible	incidence faible	incidence modérée	incidence faible	incidence faible
Stopper la tuberculose et inverser la tendance actuelle	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité modérée	mortalité élevée	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée

OBJECTIF 7 | Assurer un environnement durable

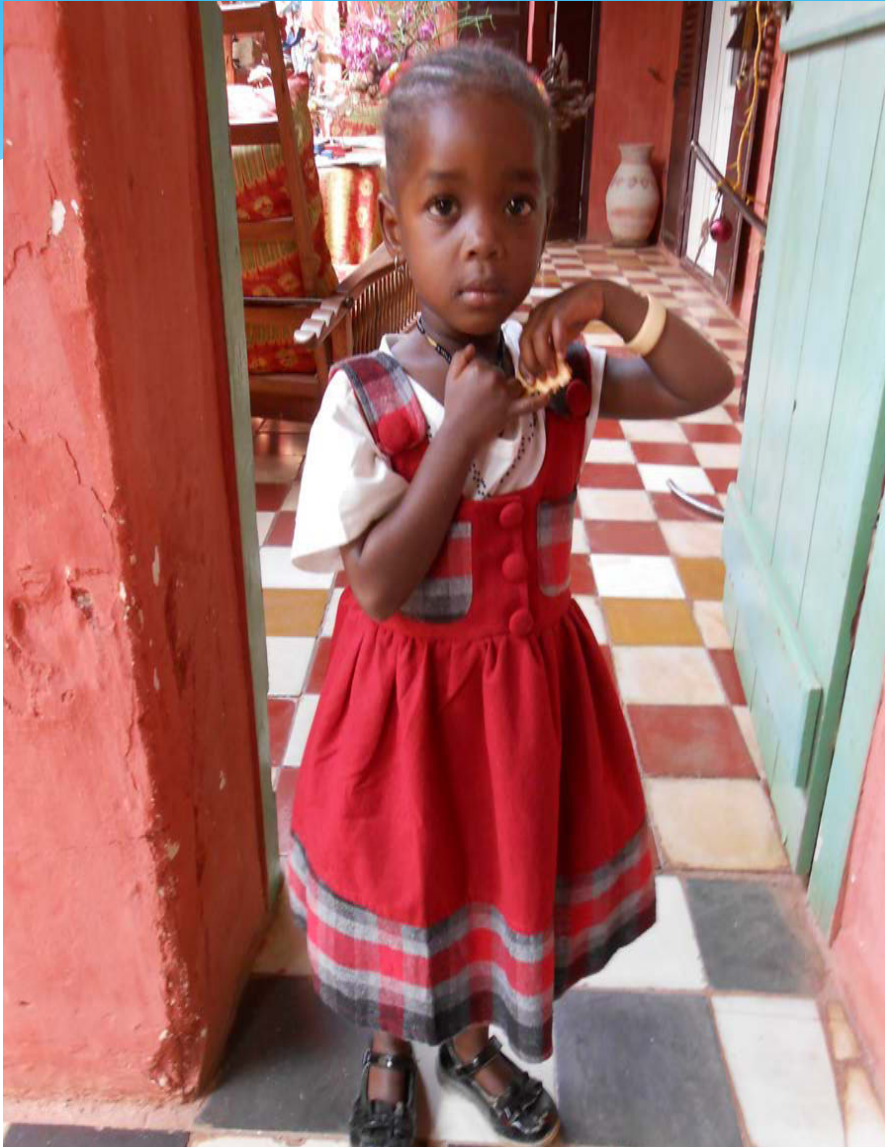
Inverser la perte de forêts	couverture forestière faible	couverture forestière moyenne	couverture forestière moyenne	couverture forestière élevée	couverture forestière moyenne	couverture forestière faible	couverture forestière élevée	couverture forestière élevée	couverture forestière faible
Réduire de moitié la population sans eau potable	couverture élevée	couverture faible	couverture modérée	couverture modérée	couverture modérée	couverture élevée	couverture faible	couverture élevée	couverture modérée
Réduire de moitié la population sans assainissement	couverture modérée	couverture très faible	couverture faible	couverture faible	couverture très faible	couverture modérée	couverture faible	couverture modérée	couverture élevée
Améliorer la vie des habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion très élevée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion élevée d'habitants de taudis	proportion élevée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	proportion modérée d'habitants de taudis	—

OBJECTIF 8 | Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Utilisateurs d'internet	utilisation élevée	utilisation faible	utilisation élevée	utilisation modérée	utilisation faible	utilisation élevée	utilisation faible	utilisation élevée	utilisation élevée
-------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

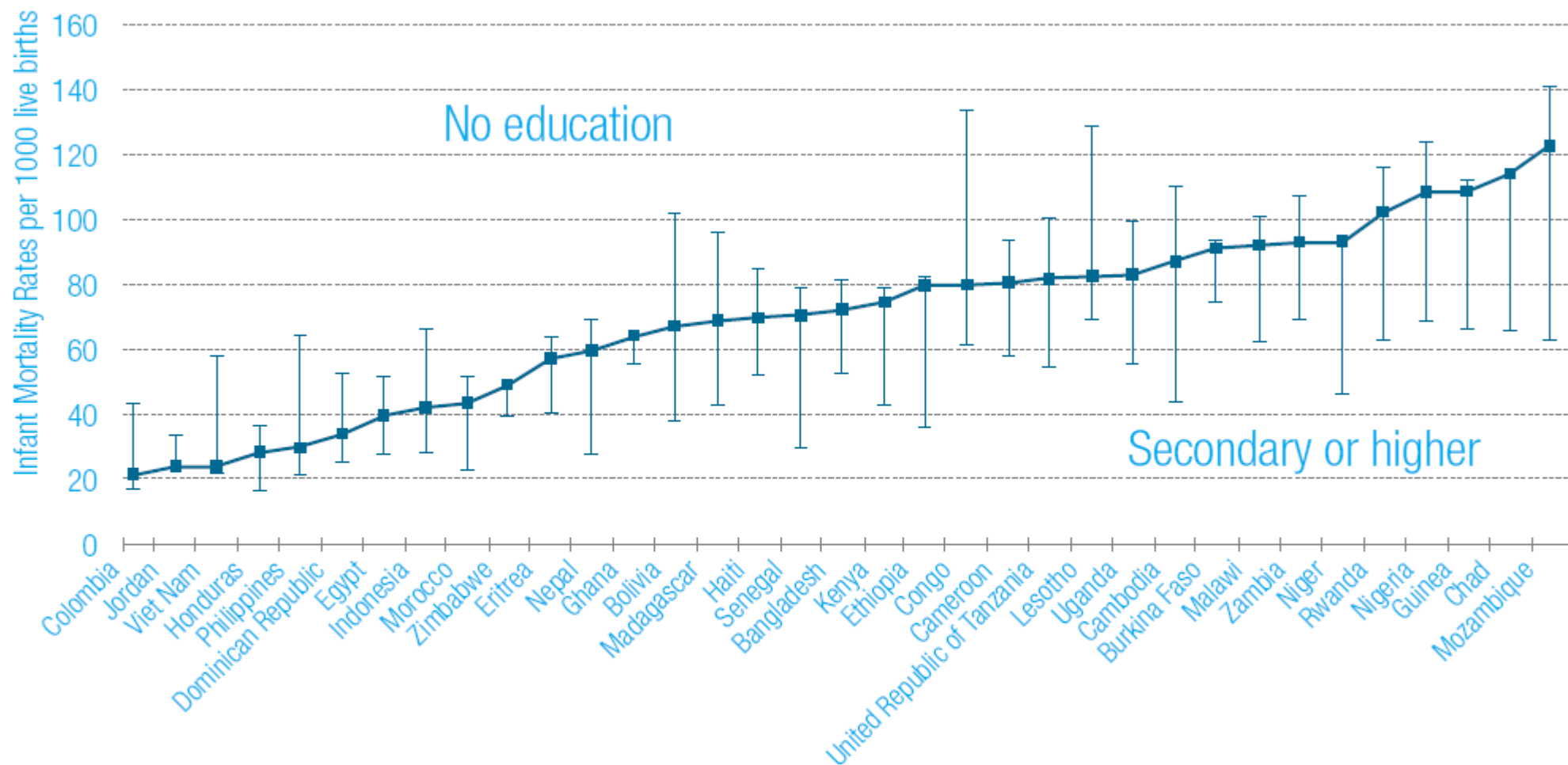
3. Résultats en AFRIQUE: OMD santé 4, 5 et 6

OMD 4 : mortalité enfants <5 ans



- Le taux a **baissé** sur le continent: 165 à 118 décès pour 1000 naissances, entre 1990-2009; Le rythme de diminution est trop **lent** pour atteindre l'OMD 4 de réduire la mortalité infantile des 2/3
- **50% de la mortalité est enregistrée en RDC, Ethiopie, Tanzanie, Nigéria et Ouganda**
- Pneumonie, diarrhée, sida et paludisme expliquent 43% de la mortalité en 2008, décès qui pourraient être prévenus
- En 2009, la rougeole et ses complications, tuent plus les enfants que le sida, la tuberculose ou le paludisme

Figure 2.1: Inequity in infant mortality rates between countries and within countries by mother's education.



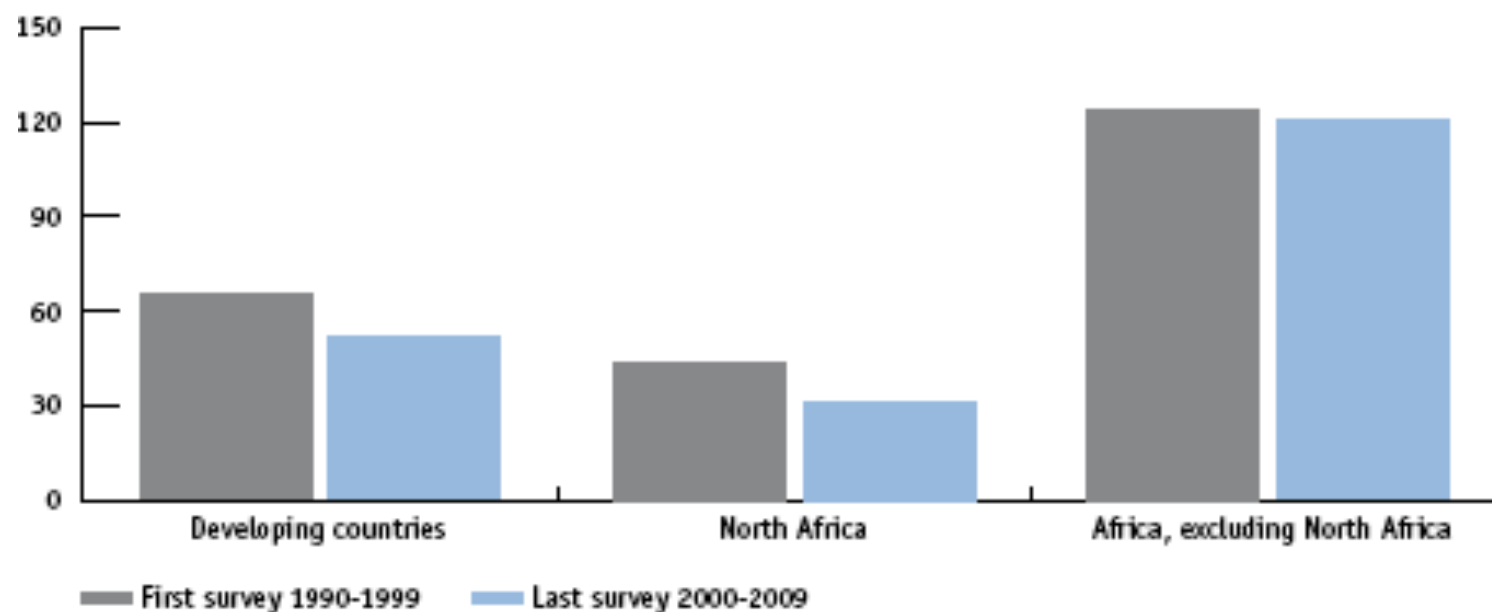
Data from the Demographic and Health Surveys (DHS, nd) derived from STATcompiler. The continuous dark line represents average infant mortality rates for countries; the end-points of the bars indicate the infant mortality rates for mothers with no education and for mothers with secondary or higher education.

Les grossesses précoces des filles de 15 à 19 ans (ODI, 2012)

- Pour réduire des 2/3 la mortalité infantile, nous devons **réduire la grossesse adolescente** qui résulte bien souvent en la **mort de 2 enfants** à la fois: le nouveau-né et l'adolescente.
- Au total la grossesse précoce concerne **18 millions de jeunes filles < 20 par an**, dont **2 millions ont moins de 15 ans**
- La grossesse à l'adolescence est dangereuse: **1^{ère} cause de mortalité des adolescentes** dans les pays les plus pauvres; Les bébés de mamans adolescentes ont un risque x2 de mourir avant 1 mois que les bb de mamans dans la vingtaine
- **Le taux de fécondité précoce est le plus élevé en Afrique** subsaharienne, bien qu'en valeur absolue le n soit plus élevé en Asie; Angola, Tchad, Libéria, Malawi, Mozambique, Ouganda, Zambie, Guinée, Mali et Niger enregistrent les taux les plus élevés
- Les grossesses précoces sont fréquentes dans les pays à faible fécondité: **UK, USA, Irlande**

Aucun progrès n'est enregistré dans ce domaine entre 1990 et 1999 (124/1000) et 2000 et 2009 (121/1000):
Le rapport OMD 2012 relève que *la diminution des grossesses adolescentes est allée plus lentement dans la décennie 2000*

Figure 36: Number of births per 1,000 adolescent women aged 15–19 in 1990-1999 and 2000-2009



source: Compiled from UNSD data (updated in August 2010).

Caractéristiques de ces adolescentes

- * 90% des grossesses ado sont des jeunes filles **mariées**

Pratiques culturelles et traditions qui perpétuent les inégalités de genre et privent de l'émancipation

- * Les jeunes filles mariées sont moins susceptibles d'utiliser la contraception

*Pas le droit de refuser sexe ou d'utiliser la contraception,

- * Jusqu'à 75% des **grossesses** adolescentes sont **souhaitées** et planifiées: les filles sont valorisées en leur capacité à enfanter, ce pour quoi elle sont faites dit le rapport

* l'offre de services a un impact limité

Intervention: école

- * En Afrique subsaharienne, étude dans 4 pays, < **1/3 filles** en sait assez sur comment on prévient la grossesse

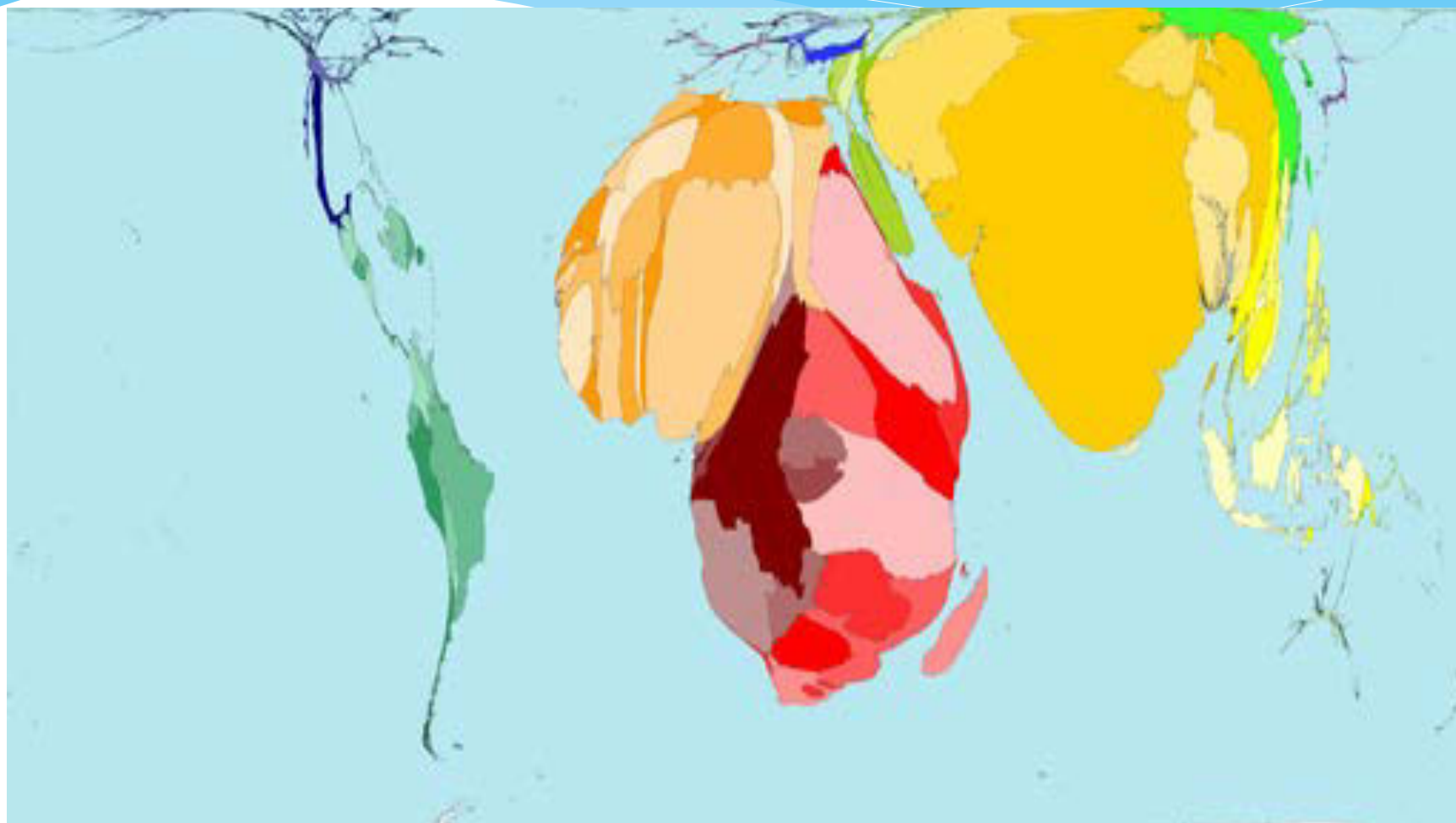
*Mariage précoce retardé avec la scolarisation allongée (10 ans école= mariage 6ans+ tard)

*Maintenir les filles à l'école, oui, ..mais...c'est justement un des problèmes

OMD5: réduire la mortalité maternelle



Mortalité maternelle (worldmapper.org) 2002



OMD 5. La mortalité maternelle

800 femmes meurent chaque jour d'une pathologie en lien avec la grossesse ou l'accouchement, de causes évitables, **99% PED, rural, pauvres (240 versus 16 p. 100 000)**; risque au cours de la vie **de 1 pour 150** versus 1 pour 3800

- **L'Afrique enregistre 50% de la mortalité maternelle mondiale,**
- Dans 22 pays du continent, la mortalité maternelle est élevée: 500 à 1000 morts de mamans pour 100 000 naissances
- **13% de la mortalité maternelle globale est liée aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions (97%), et 14% en Afrique.**

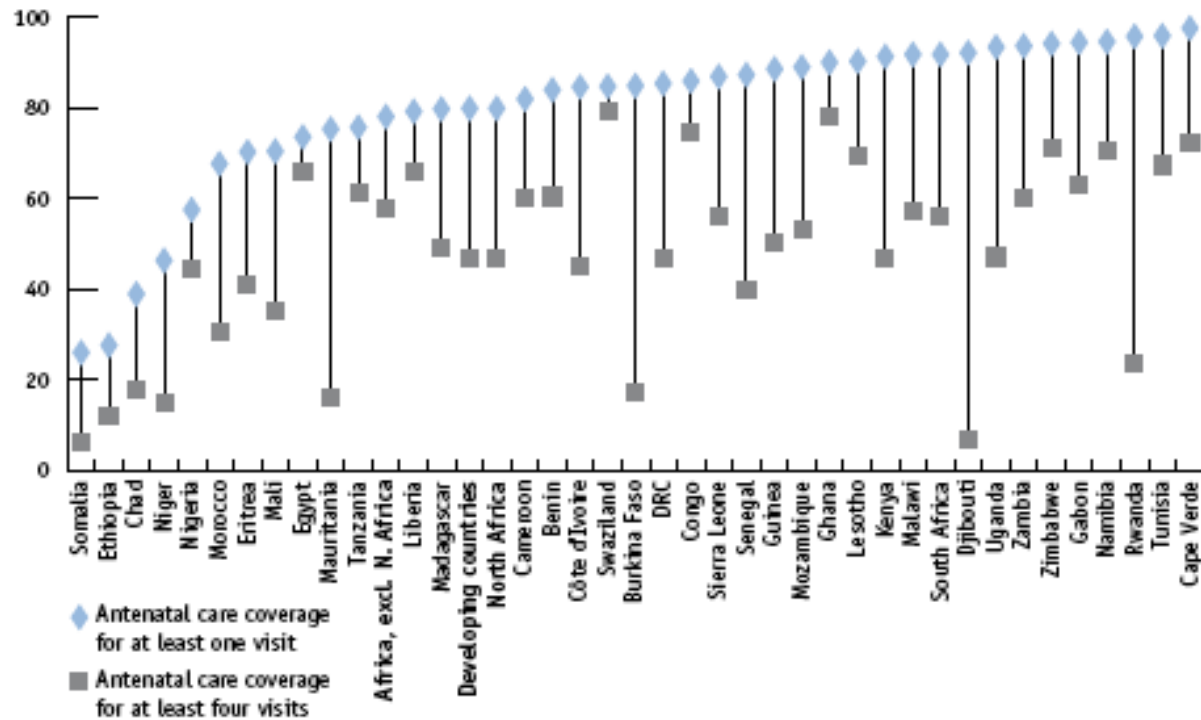
- Certains pays **n'enregistrent aucune progression de l'OMD 5**: Kenya, Libéria, Madagascar, Somalie et Zambie

Exemple de Madagascar (CPN, référence, état des routes, de la communication, du transport, et coût des séjours et actes hôpitaux, disponibilité urgences et chirurgie?)

- Interventions: 4 **CPN**, accouchement **assisté** par du personnel qualifié, accès à une césarienne ou transfusion en urgence;
- 15 pays sur 38 ont déclaré >60% des femmes enceintes bénéficient de 4 consultations prénatales; **en Afrique de l'Ouest, seulement le Bénin et le Cameroun**

Visites prénatales 38 pays 2000-2009

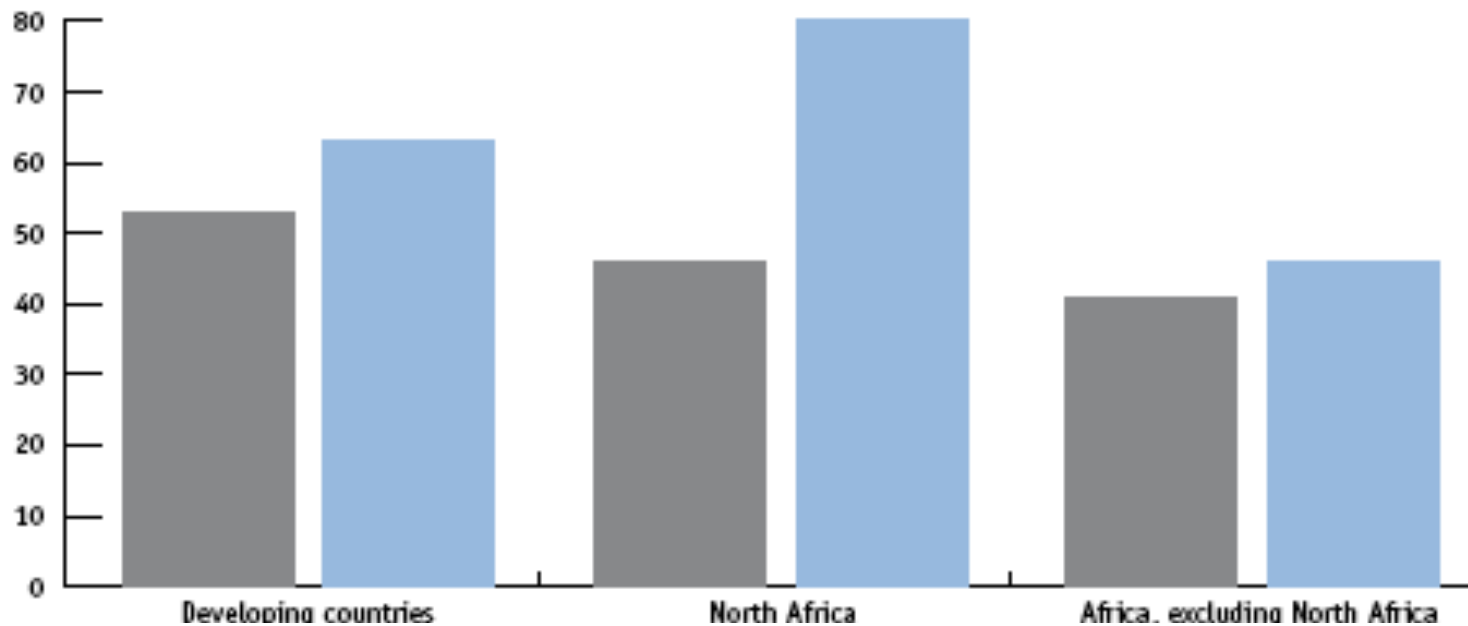
Figure 37: Number of antenatal care visits by trained healthcare practitioner in 38 African country surveys, 2000–2009 (% of pregnant women)



Source: Compiled from UNSD data (updated in August 2010).

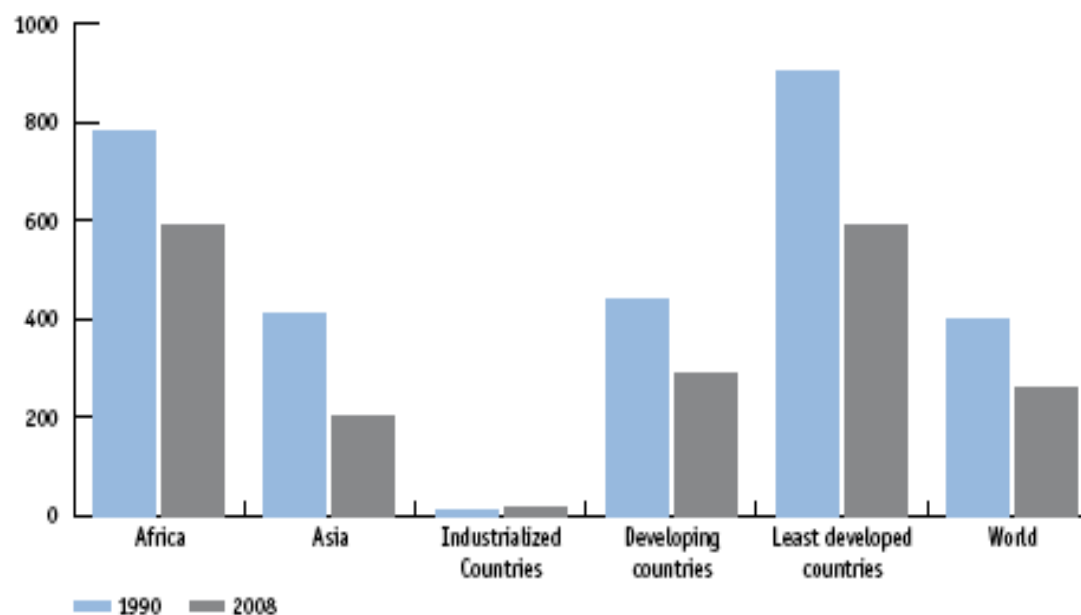
% Accouchements assistés par du personnel qualifié

Figure 32: Proportion of births attended by skilled healthcare personnel by region, 1990–1999 and 2000–2009 (%)



Mortalité maternelle sur la période 1990-2008 par région mondiale

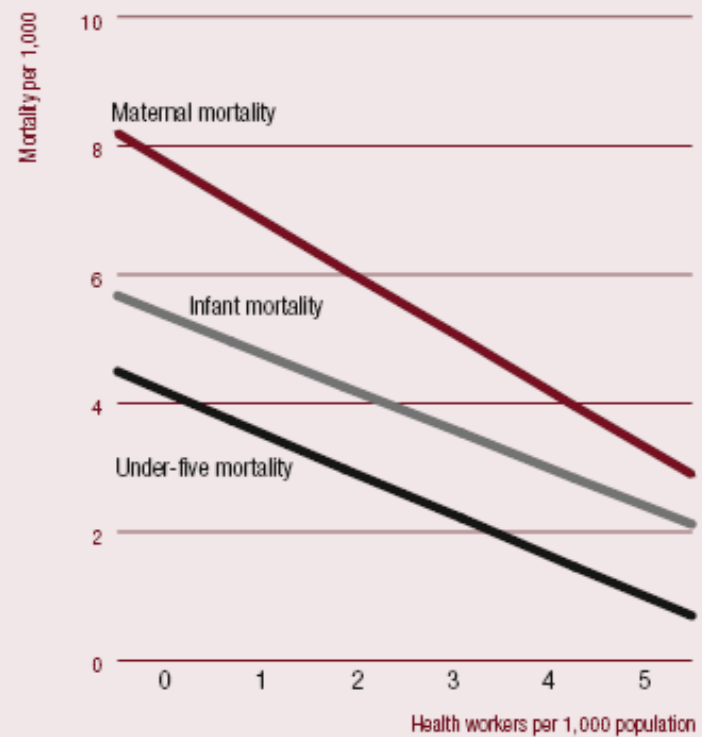
Figure 30: Maternal Mortality Ratio for selected global regions (per 100,000 live births), 1990 and 2008



Sources: Compiled from WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank (2010).

Impact sur la mortalité maternelle et infantile

Figure 1.5 | **More health workers—fewer deaths**



Source: Anand and Baemighausen 2004.

Médecins



Sages femmes



Pharmaciens



Facteurs de succès SMI (ODI Rwanda)

Etude ODI « Delivering maternal health » Rwanda, Malawi, Niger, Ouganda,
www.odi.org.uk

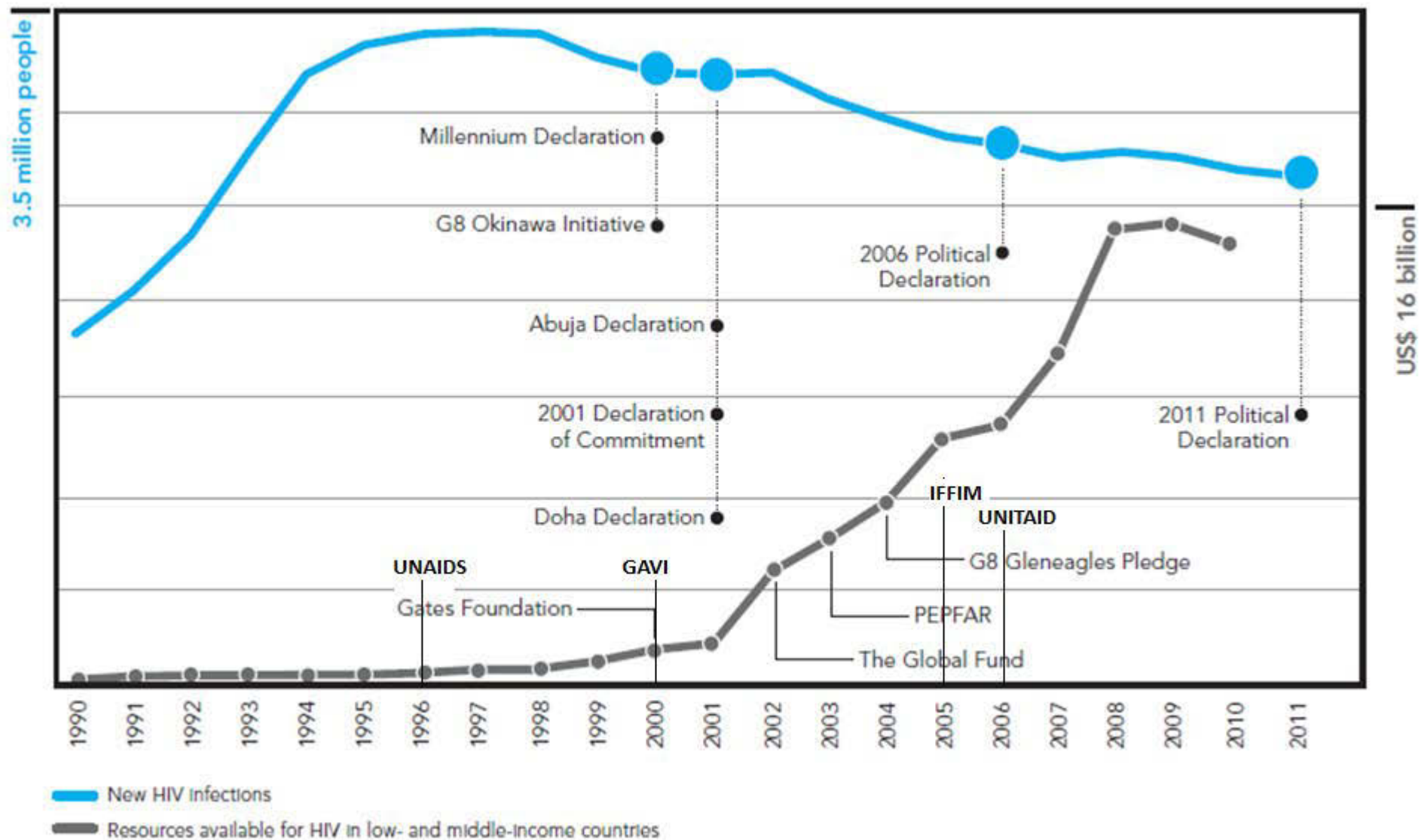
- Les causes de mortalité maternelle sont connues et peuvent être prévenues: on sait ce qu'il faut faire
- Résultats positifs :
 - Utilisation des services modernes de santé, (pas les matrones);
Fréquentation et utilisation de la consultation prénatale (amendes)
 - Référence médicale ou chirurgicale dans les temps: urgence et chirurgie;
ambulance, carburant, et communication
 - Performance des personnels de santé
 - Qualité de la référence: absentéisme, exercice privé de la médecine,
surpopulation dans les services
 - Approche sectorielle, aide internationale, Système national d'assurance
maladie et community health workers
- Participation locale à la résolution de problèmes et utilisation politique
- Petit pays (distances)

OMD 6. Combattre le sida, le paludisme et les autres maladies

5 mots clés pour cet OMD:

- **Afrique:** 70% des nouvelles infections du monde, 70% des décès; 1/3 pandémie en Afrique australe, la moitié des décès en Afrique du Sud; avec plus de 14% des femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans infectés par le VIH au Lesotho, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe.
- **Ville:** la prévalence est plus élevée en milieu urbain (x population et urbanisation)
- **Femmes :** le sida est la première cause de mortalité des femmes en âge de procréer (15-49 ans);
- Plus de 60% des cas de sida en Afrique sont des femmes
- 15 femmes pour 1 homme entre 20-24 ans en RCI (UNICEF)
- 75% des jeunes séropositifs de 15 à 24 ans sont des filles
- **Jeunes:** la première cause de mortalité des jeunes en Afrique; 15% des filles et 10% des garçons de 15 à 24 ans ont effectué un test sérologique et connaissent leur statut et plus de 75% des jeunes de 15 à 49 ans ne connaissent pas leur statut sérologique
- **Groupes à risques:** HSH, travailleurs du sexe, usagers de drogues (intraveineuse, et risques indirects avec cannabis, alcool, .), les prisonniers, les hommes en uniforme-les corps habillés; , les couples discordants; les enfants des rues, les filles et femmes violées, etc.

les séroprévalences ne sont pas connues la plupart du temps



D'après UNAIDS WorldAidsDay_report_2011 p. 39

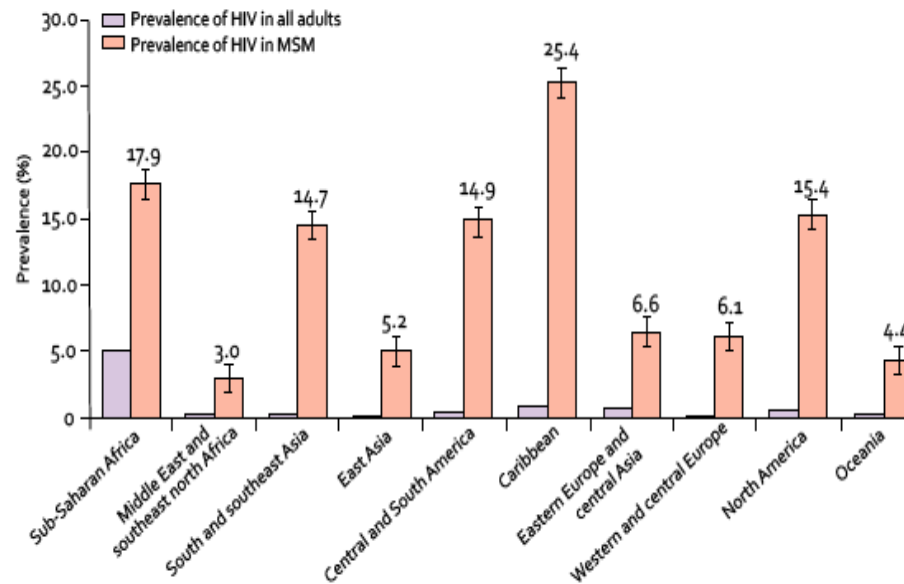
Exemple de l'étude jeunes; 1 pays Afrique de l'Ouest

- Les jeunes de 10 à 24 ans: 34% de la population; La moitié des nouvelles contaminations en RCI
- Exposés par les rapports sexuels précoces, mariages précoces, les grossesses précoces: 19% des filles ont rapports sexuels avant 15 ans et les $\frac{3}{4}$ avant 18 ans; 40% des femmes < 20 ans ont un enfant;
- Sex ratio de 2 femmes pour 1 homme entre 15 et 19 ans et de 15 femmes pour 1h entre 20 et 24 ans! (urbain++)
- Ecart intergénérationnel: la prévalence est la même chez les filles de 15 à 19 ans et chez les garçons de 25 à 29 ans, 31% des filles ont des partenaires âgés de plus de 10 ans: violences sexuelles, rapports monnayés, ...
- 3% des 15-24 ans ont eu un dépistage VIH
- > 90% ont entendu parler du sida, mais 22% des 10-19 ans savent juste sur le sida
- La prévalence est plus élevée parmi les personnes les plus informées, les plus instruites et les plus riches en milieu urbain;
- Les jeunes ont des rapports non protégés (jeunes OCDE 75% utilisent le préservatif) et ne fréquentent pas les services de santé
- Le niveau de connaissance n'a pas d'effet significatif sur la vulnérabilité

Infection à VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes

HIV Epidemiology and Surveys among Key Populations

Global prevalence of HIV in MSM compared with regional
adult prevalence reported by UNAIDS in 2010 (TUSY07)



Limites de la prévention

- Stratégies internationales 1987-1996-2006-Accès universel, mais la prévention..
- < 50% des jeunes vivant dans les pays à prévalence élevée sont en mesure de **répondre correctement** à 5 questions basiques sur les modes de transmission du sida
- **Ils ne se savent pas séropositifs**; Swaziland: plus de 50% des femmes VIH+ et 1/3 des hommes VIH+ n'avaient jamais été testés
- **L'usage du préservatif (lors du dernier rapport sexuel) reste bas**: < 20% dans 14 pays dont les pays à prévalence élevée comme la RDC, l'Ethiopie, le Malawi, le Rwanda, la Tanzanie et l'Ouganda.
- **75% des hommes séropositifs dans 4 pays à prévalence élevée déclarent le rapport sexuel récent non protégé** (Measure dhs, 2012), et la grande majorité des personnes vivant avec le VIH ont des rapports non protégés (8 pays)

Usage du préservatif par les femmes

(worldmapper 2002)



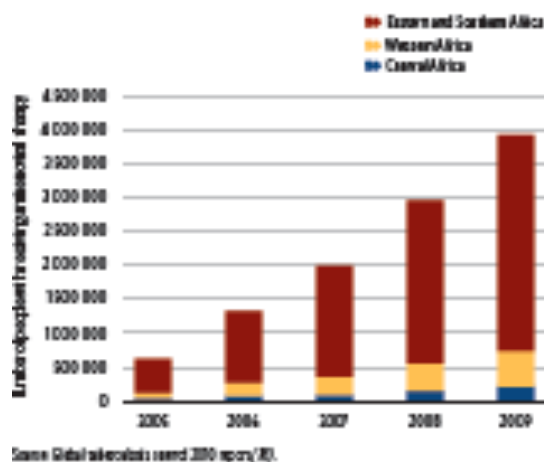
Selon le rapport VIH Afrique OMS 2011, fin 2009 en Afrique, 37% des patients éligibles aux ARV les reçoivent, (41% Afrique de l'Est et australe et 25% Afrique de l'Ouest et du centre) la couverture est de 26% des enfants, et 20% des nouveaux nés de mère séropositive

Patients recevant des ARV par régions d'Afrique

Difficultés

- OIF ARV 43% en moyenne vs 59%
- OIF Ptme: 36% vs 62% et 20% mères accèdent au ttt pour elles mêmes
- RH, logistiques, capacités systèmes de santé
- Résistances aux traitements et prix des médicaments de seconde ligne ne sont pas abordables pour les budgets des gouvernements en Afrique
- Discussion prévention et prise en charge et financements mondiaux

Fig. 4.5. Number of people with advanced HIV infection receiving antiretroviral therapy in the WHO African Region, 2005–2009



OMD. 6. Le paludisme

- * Malgré les progrès réalisés dans certains pays: en Ethiopie, au Mozambique, au Rwanda, en Tanzanie et en Zambie, d'énormes progrès restent à faire dans le domaine de la lutte contre le paludisme, et ce doit être continu
- * Huit pays ont rapporté moins de 8 décès pour 100 000 habitants, comme l'Erythrée, Djibouti, le Swaziland, Botswana, Cap Vert, Egypte, Sao Tomé et Príncipe, et Afrique du Sud.
- * 16 pays ont rapporté plus que 100 décès pour 100 000 en 2008, **Presque tous en Afrique de l'ouest.**

dont le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, la RDC, la République du Congo, la Guinée, la Guinée équatoriale, la Guinée Bissau, le Mali, le Niger, le Nigeria, la Sierra Leone, le Soudan, la Zambie et l'Ouganda.

Décès par paludisme

Table 6: Malaria death rate per 100,000 population of all ages, 2008

Country	Deaths per 100,000 people	Country	Deaths per 100,000 people
Egypt	0	CAR	98
Cape Verde	1	Comoros	98
Djibouti	1	Cameroon	103
Eritrea	1	Sierra Leone	103
South Africa	1	Sudan	106
Swaziland	1	Zambia	107
Botswana	3	Benin	113
São Tomé & Príncipe	8	Congo Republic	120
Madagascar	17	Guinea	140
Namibia	19	Guinea-Bissau	142
Zimbabwe	33	Uganda	149
Rwanda	40	Equatorial Guinea	150
Ethiopia	44	Nigeria	151
Somalia	65	Niger	154
Burundi	73	DRC	156
Ghana	74	Burkina Faso	163
Malawi	75	Mali	176
Mauritania	80	Chad	181
Mozambique	80		
Kenya	81		
Gabon	83		
Senegal	83		
Tanzania	84		
Liberia	87		
Côte d'Ivoire	88		
Togo	88		
Angola	97		
Gambia	97		

Note: Data not available for Algeria, Lesotho, Libya, Mauritius, Morocco, Seychelles and Tunisia.

Source: WHO (2010a).

OMD 5. La tuberculose

- Entre 2005 et 2008 la charge de morbidité par tuberculose s'est stabilisée à peu près dans toutes les régions depuis 2005,
- la mortalité par tuberculose est progressivement entrain de diminuer. Le document dit littéralement « *à l'exception de l'Afrique de l'ouest* » p. 71, où la mortalité par tuberculose a augmenté de 2007 à 2008 faisant de cette région la région avec le plus fort taux de mortalité par tuberculose.

4. Discussion

Que retenir de cette décennie de réalisation des OMD?

- * Un consensus axé sur la lutte contre la pauvreté et le développement humain, dynamique OMD simples avec des progrès mais sont-ils attribuables aux interventions et financements? 300 milliards dollars /an PIB pendant 10 ans
- * Sur la santé: augmentation sans précédent des financements mondiaux, mais
 - * sida versus autres malades
 - * Moins les systèmes et peu soins SMI (urgence/systèmes)
 - * Les maladies chroniques: diabète, cancers, cardiovasculaires et respiratoires..
 - * Financements nationaux restent très bas: selon le rapport 2011 OMD Afrique, 6 pays avaient atteint l'objectif d'Abuja: Botswana, Burkina Faso, Libéria, Madagascar, Rwanda et de la Tanzanie.
- * Inégalités entre Afriques et le reste du monde:
 - * Intérêt pour l'Afrique? (slide The Economist)
 - * Afrique de l'Ouest versus Afrique anglophone
 - * Pauvreté, promiscuité dans la ville surpeuplée et risques d'émergence de nouvelles maladies
 - * La coopération française et la Françafrique
 - * L'Union européenne et l'Afrique (ACP)

The Economist, « comments » la semaine de l'intervention au Mali, capture le 20/1/2013



Les transformations à venir en Afrique

- Croissance population x2 et 40% de jeunes
- Urbanisation >50%; sida > urbain
- Dépendance des pays/aide internationale
- **instabilités politiques,**
Pauvreté, analphabétisme, jeunes sans emplois, et,
facteurs d'aggravation de la pandémie de sida aussi en milieu urbain, et de la pandémie féminine



Croissance de population et urbanisation galopante en Afrique de l'Ouest



Revoir les stratégies, l'après 2015

- * 1. Processus de préparation en vue de présenter un rapport à l'assemblée générale en septembre 2013: 2 calendriers à réunir

- * Rio +20 = ODD et agenda post OMD 2015= OMD

- * Pannel international de haut niveau avec pays du Nord, Sud, institutions, JM Severino

Intérêts très divers à réconcilier: Chine infrastructures, pays, et société civile
droits de l'homme: droits à la santé, des femmes, éducation, se nourrir, etc.

- * Processus va durer 2 ans: consultation et participation (Sénégal)

- * discussion OMD/ODD: développement/développement durable avec l'idée de ramener la croissance durable dans l'agenda du développement

- * Et capacités institutionnelles des pays (oubliées des OMD)

Bibliographie sur la réalisation des OMD

Sources des données sur les OMD, nombreuses et données variables:

*Références sur le suivi de la réalisation des OMD www.un.org/millenniumgoals

*Rapport de réalisation OMD 2012, **global**

*Et rapport OMD **Afrique** 2011

*Rapport sur l'OMD 8 sur la performance du partenariat mondial pour le développement, **MDG8** Report 2011

*Rapports de la France, de l'UE, etc. sur leur contribution à la réalisation des OMD

*OMD santé:

*site Nations Unies et enquêtes EDS dans les pays/tous les 5 ans

*Measure DHS www.measuredhs.com études sida pays

*et sur les financements mondiaux en faveur de la santé:

*www.healthmetricsandevaluation.org et OECD/DAC

Sources sur le sida

- Les enquêtes UNGASS tous les 2 ans: évolutions des connaissances et comportements, utilisation des préservatifs
- Les enquêtes démographie et santé (EDS) tous les 5 ans: enquête en population générale couple sérologie et changement de connaissances et comportements
- Rapports conjoints OMS, UNICEF, ONUSIDA
- WHO HIV 2011 Afrique
- Surveillance sentinelle nationale concerne certains groupes/endroits;
 - Femmes enceintes
 - Les donneurs de sang,
 - les patients atteints d'une MST,
 - Les hommes relations sexuels avec les hommes, etc.
- Systèmes nationaux d'information sanitaire (morbidité et mortalité)

Références internationales sur l'aide en santé

- * Key websites and resources on Global Health Governance and Policy-making
- * Overseas Development Institute www.odi.org.uk
- * The Graduate Institute Global Health Program Geneva: www.graduateinstitute.ch/globalhealth
- * US Institute of Medicine: www.iom.edu
- * Council on Foreign Relations: www.cfr.org
- * The Centre for Global Development: www.cgdev.org
- * European Centre for Development Policy Management: www.ecdpm.org
- * The World Bank www.worldbank.org
- * Centre for Strategic and International Studies: www.csis.org and the Global Health Policy Center <https://csis.org/program/global-health-policy-center>
- * Action for Global Health: www.actionforglobalhealth.eu



* Je vous remercie