



COLLÈGE
DE FRANCE
—1530—

Inégalités de santé en Afrique à l'heure globale

Pr Dominique Kerouedan
Chaire Savoirs contre pauvreté
Géopolitique de la santé mondiale
Cours 2, le 28 février 2013



COLLÈGE
DE FRANCE
1530

CHAIRE SAVOIRS CONTRE PAUVRETÉ
Pr Dominique KEROUEDAN

Leçon Inaugurale, jeudi 14 février 2013

Géopolitique de la santé mondiale

Cours et séminaires les jeudis de 11 heures à 13 heures
du 21 février au 11 avril 2013

Idrissa Diarra-Abidjan *Le mariage de la jeune fille*

Plan du cours

Introduction, présentation du sujet

1. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et le cadre de suivi de leur réalisation

2. Résultats des OMD de la santé en Afrique

3. Enjeux et discussions pour les objectifs après 2015

Introduction, présentation du sujet

- Le thème des inégalités sociales et de santé renvoie à des travaux plutôt menés par les économistes de la santé (slide suivante) et récemment par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé 2009
- Mon interrogation part du constat en lisant le rapport « Burkina Faso » de l'évaluation à 5 ans du FM en 2009 (18 pays) en le comparant aux pays anglophones d'Afrique
- Sources: Rapports de réalisation des 8 OMD, rapport OMD Afrique, étude de la répartition de l'aide internationale en faveur de la santé des pays en développement (IHME), Rapport ONUSIDA/OIF

Nous évoquons les inégalités de réalisation des OMD de la santé en Afrique et nous émettons quelques hypothèses d'interprétation de ces inégalités/aide reçue

Séminaire de la Chaire INPES

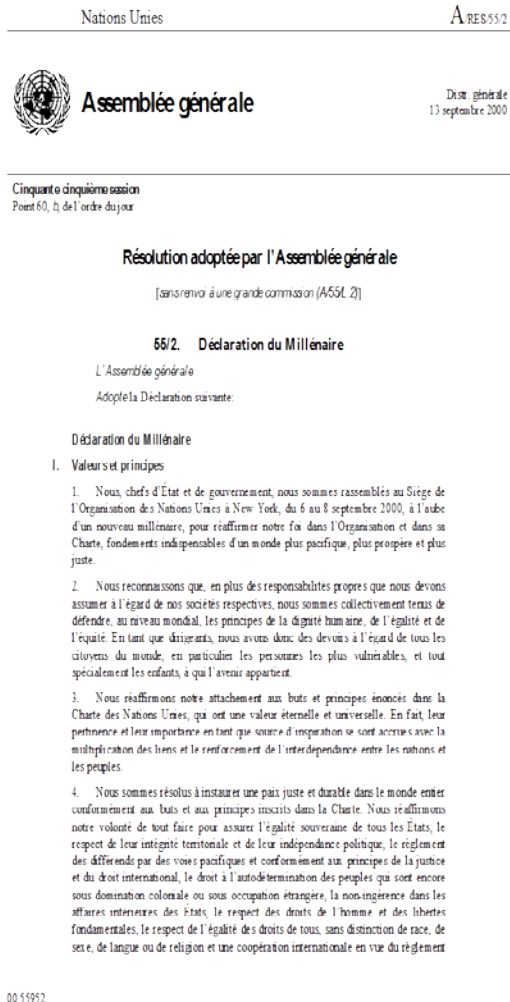
« Promotion de la santé » de l'EHESP

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France; 4 et 5 juin 2012 à Paris (Actes www.ehesp.fr)

- Eric Breton, titulaire de la Chaire INPES, résume:
« Nous pouvons formuler 3 constats sur lesquels fonder l'action pour réduire les inégalités sociales de santé:
 - 1. les inégalités de santé vont de pair avec les inégalités sociales
 - 2. les sociétés les plus égalitaires sont celles dont l'espérance de vie est la plus élevée et celles où les inégalités de santé sont les plus faibles
 - Les populations ayant les meilleures conditions de vie sont celles qui connaissent les meilleurs états de santé »

1. LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET CADRE DE SUIVI

La Déclaration du Millénaire



- Le paradigme du développement est celui de la lutte contre la pauvreté des années 1990 et des cadres CSLP
 - C'est la 1^{ère} fois que la communauté mondiale s'entend sur des objectifs communs de développement
 - Adoptée par l'AG/NU le 8 septembre 2000; **Etablit les 8 OMD**
 - Signée par plus de 180 pays et institutions internationales
- Autre élément de contexte:
- **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, qq mois avant UNGASS
- 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)

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	
Obje 1A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieure 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
Obje 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
Obje 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	
Obje 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	
Obje 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	
Obje 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	
Obje 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
Obje 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	
Obje 6A: D'ici à 2015, avoir enrégistré 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
Obje 6B: D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans 6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Obje 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 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 d'un traitement direct à court terme et sous observation

Appui technique pour les OMD de la santé

- WHO/ HMN: Health Metrics Network, créé en 2005, pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire:
- Formation, directives techniques
- Appuis logistique, informatique, plaidoyer,
- dégager des moyens **humains** et **financiers** nationaux, etc.
- Enregistrer naissances, morts et causes de mortalité, limiter les pbs de recueil, de fiabilité des données,
- état civil, dénominateurs et populations cibles
- Site Internet WHO/HMN

Exemple de mesures pour 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; augmenté par la durée de vie des patients par exemple

Ce qui nous intéresse en réalité: c'est *l'incidence, les nouveaux cas*;

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, parfois la prévalence du VIH chez les **femmes enceintes**

- 2. Indicateurs de résultats: **taux de couverture des interventions de formation, ou prévention et de prise en charge, accès aux services de soins**

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

3. Aide au développement - Rapport OMD 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 des OMD 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 entre 17 et 19 % de l'APD totale, **près d'1/5** de l'aide totale (fonds USA publics et privés)
- X par 4 entre 2000 et 2007 (IHME): fonds publics et privés USA/sida
- La fondation Bill and Melinda Gates dépense 4 milliards de dollars par an en faveur des PED (information janvier 2012), dont ¼ santé

Rapport IHME 2012

Institute for Health Metrics and Evaluation

- Financing Global Health 2012: the end of the golden age?
Résumé:
- L'aide au développement est de 148.4 milliards en 2010 (+ 61% entre 2001 et 2010)
- L'aide internationale publique et privée à la santé a atteint un pic en 2010 de 28.2 milliards de dollars
- L'aide à la santé a triplé sur 2001-2010, avec + 11% par an en moyenne sur la période
- L'impact de la crise financière mondiale est visible: aides bilatérales diminuent (France : - 13% et CE – 5.6%), Canada; Allemagne, USA; sauf UK, Australie
- Les aides multi baissent sauf UN (UNICEF), WB, GAVI
- Gates finance 899 millions de dollars en 2012 (1/4 du total)

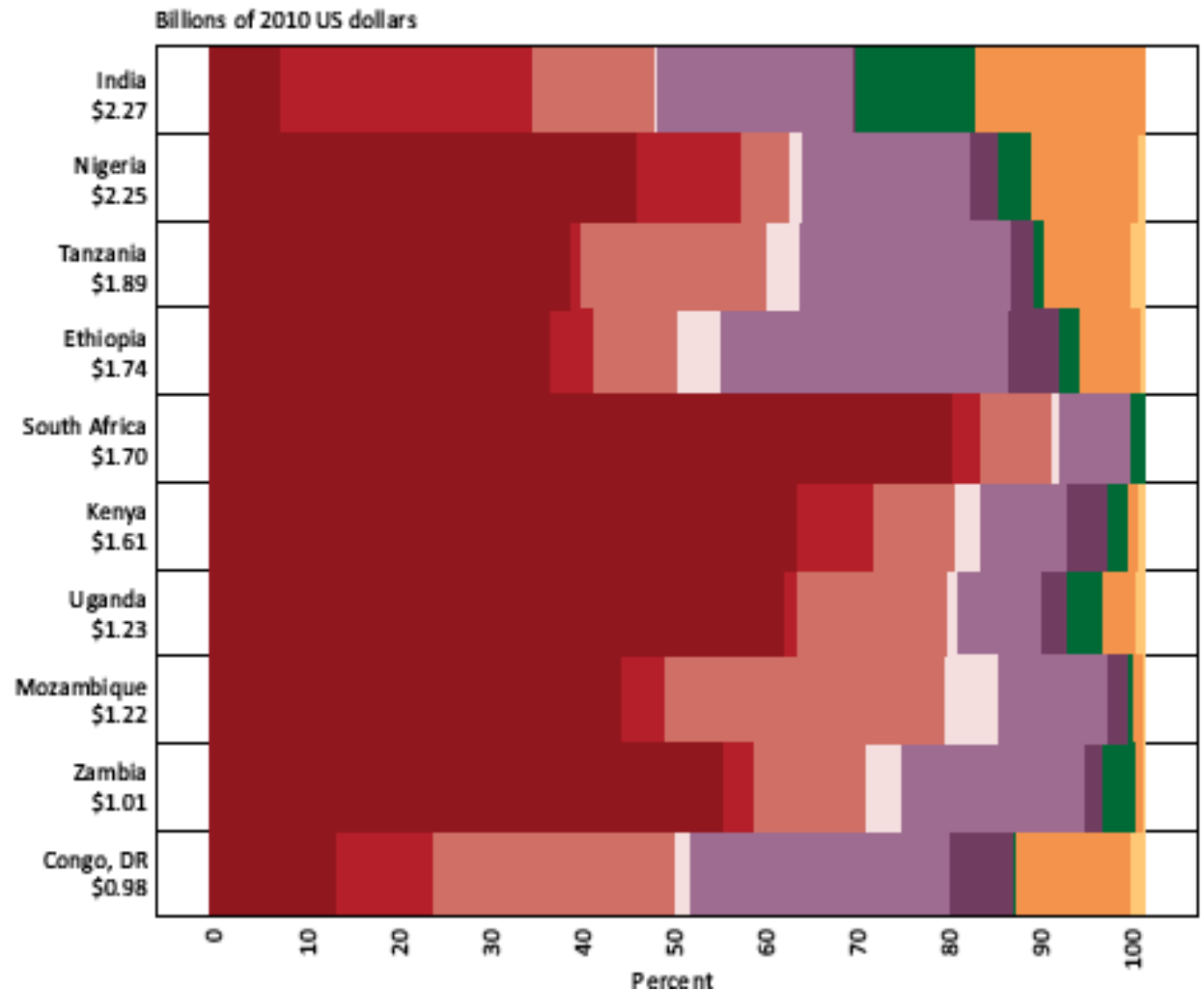
Les 10 pays qui bénéficient de l'aide au développement pour la santé

Top 10 country recipients of DAH by channel of assistance, 2008-2010

The amount of DAH received by each country in billions of 2010 US dollars is shown below the name of the country. Only DAH allocable by country is reflected in the figure.



Source: IHME DAH Database
(Country and Regional Recipient Level) 2012



L'aide à l'Afrique

- 1999: L'Afrique reçoit 24.4% de DAH

L'Afrique, c'est 25% de la charge mondiale de maladie, 3% des personnels de santé du monde, et 1% des ressources économiques mondiales (Edito Lancet, Février 2008)

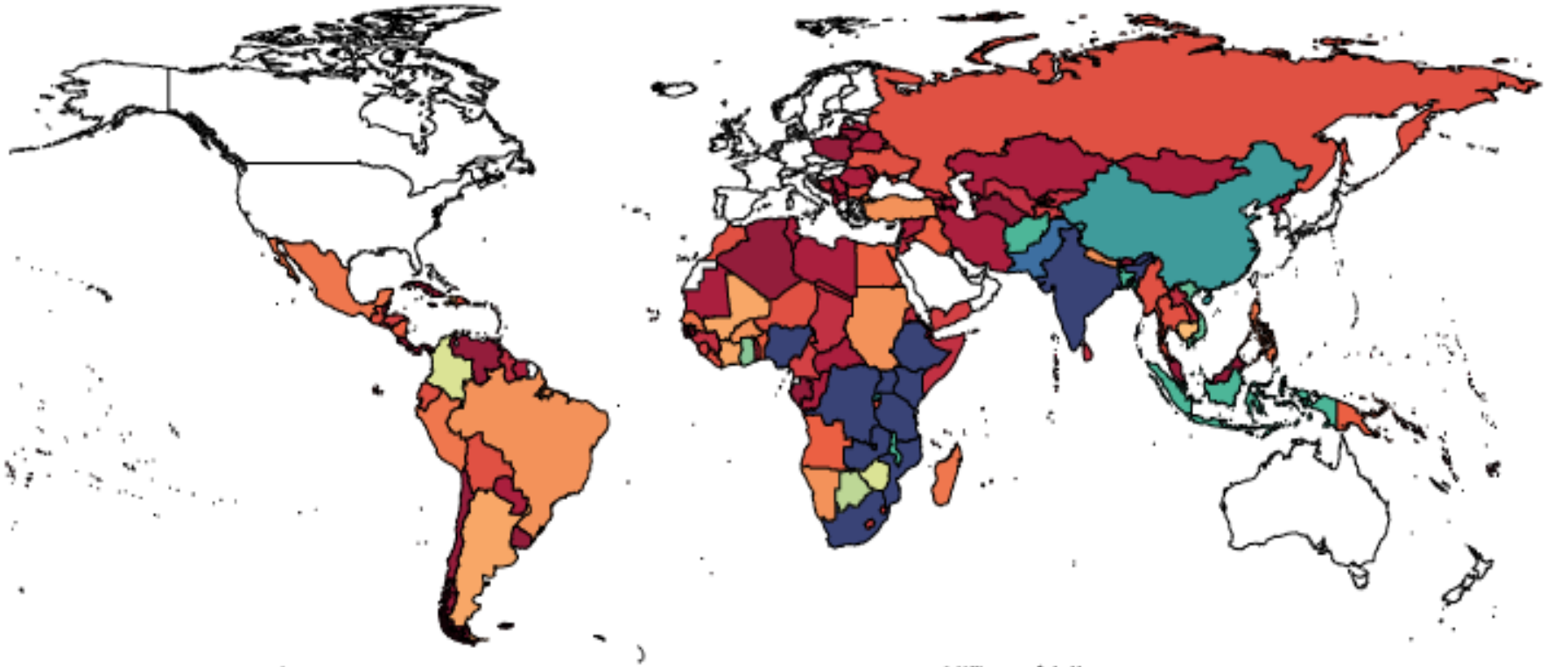
- Entre 2001 et 2010 DAH Afrique : + 19% par an
- 2010: L'Afrique reçoit 56% de DAH: 8 milliards

Les maladies infectieuses, les pathologies maternelles et néonatales, les désordres nutritionnels comptent pour 67 à 71% des DALYs et 76% de la mortalité (sida, tb, palu, mortalité maternelle, avortement, mortalité infantile, etc.)

- En 2009: l'aide à la santé en faveur de Europe et l'Asie centrale augmente de 38.8% = 900 million dollars

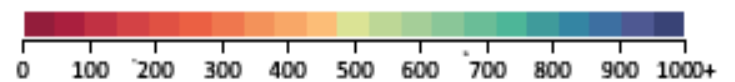
Aide au développement santé totale 2008-2010

Countries that were ineligible for DAH based on their World Bank income classification are shown in white. DAH received is shown in millions of real 2010 US dollars.



Sources: IHME DAH Database
(Country and Regional Recipient Level) 2012

Millions of dollars



The Global burden of disease study

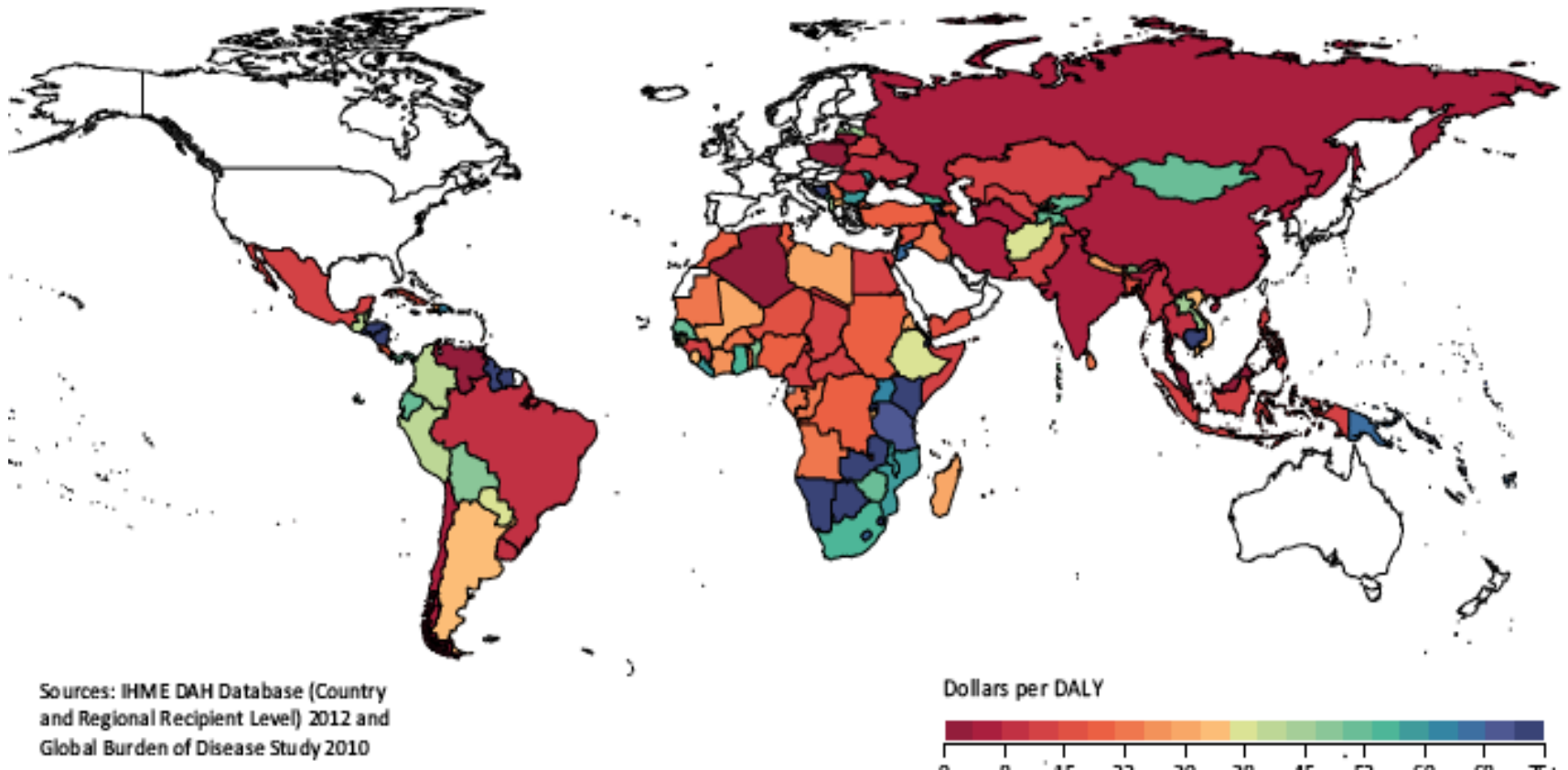
GBD, IHME, décembre 2012

- DALYs, c'est l'unité de mesure de la charge de maladie: en années de vie ajustée sur l'incapacité: Disability-adjusted life years
- La norme étant de vivre toute sa vie en bonne santé
- mesure les années de vie en bonne santé perdues en raison d'un décès prématuré ou d'une maladie, y compris le nombre d'années de vie active perdues du fait du handicap infligé à la population affectée
- Calculé pour 289 maladies et accidents sur 1990-2010
- Le DALYs, valeur Influencée par la taille de la population
- On regarde ensuite la répartition de DAH dollar par DALY

Aide santé totale rapportée à la charge de maladie 2008-2010

TOTAL DAH PER DIS-EASE DALY, 2008-2010

DALY estimates for 2010 are from the Global Burden of Disease Study 2010. Countries that were ineligible for DAH based on their World Bank income classification are shown in white. DAH received is shown in real 2010 US dollars.

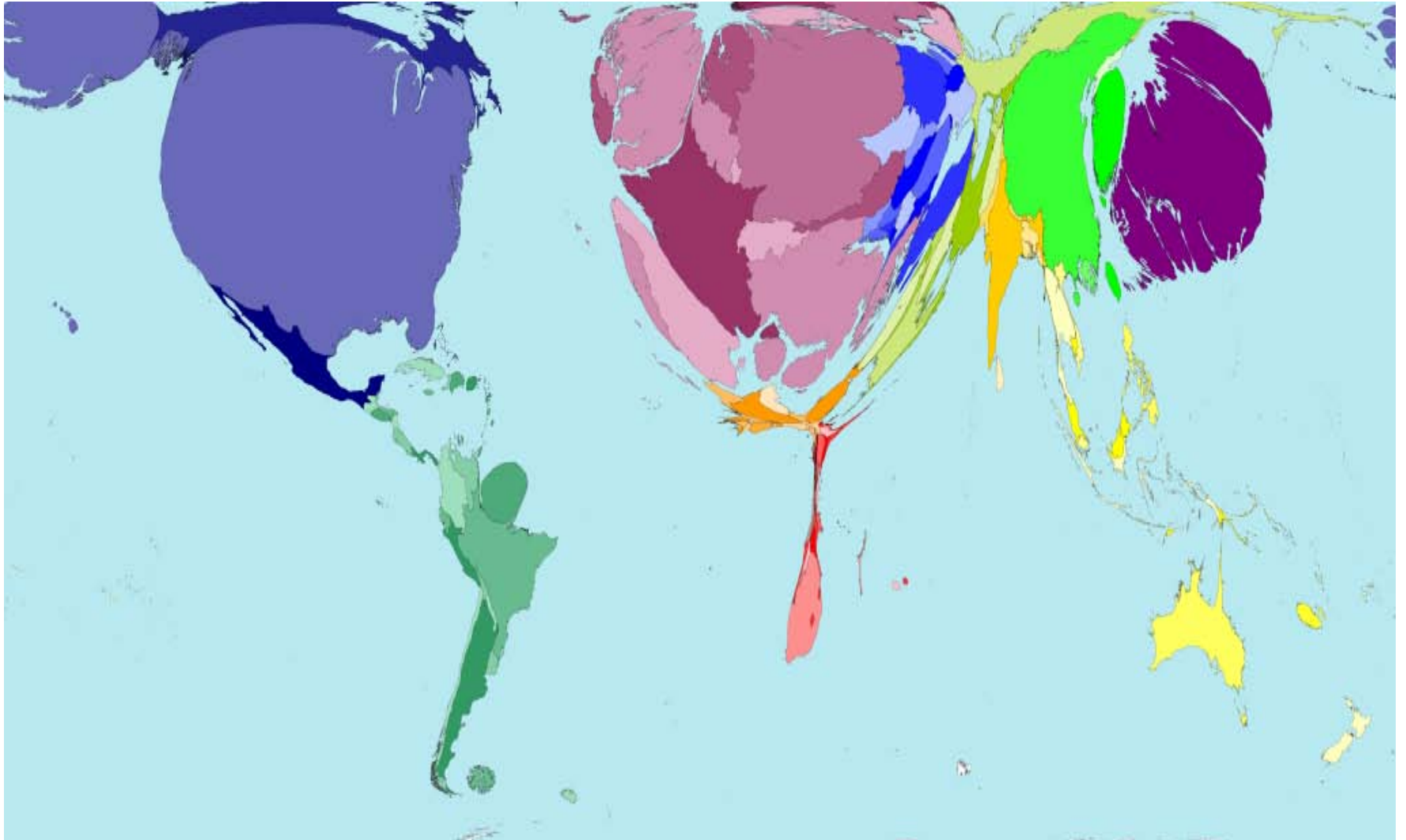


Chapitre 2 de l'étude: récipients of DAH page 23 étude IHME 2012

- En quoi le dollar de DAH per DALY est aligné (ou non) sur la charge de maladie: seulement pour l'Inde, le Nigeria et le Vietnam
- DAH va de 1 à 25 dollars par DALY
- La plupart des pays en Afrique ont reçu plus de 10 dollars par DALY et les pays d'Afrique australe ont reçu les montants les plus élevés par DALY jusqu'à 75 dollars par DALY; Afrique du Sud: 50 dollars par DALY
- De même en Amérique du Sud, Asie centrale et Europe, plus de 40 dollars par DALY
- Par contre les LIMC ont des taux très bas de DAH per DALY
Brésil, Russie et Mexico moins de 15 dollars par DALY

Dépenses de santé 2002

worldmapper.org consulté le 9 octobre 2012



Les 5 principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'harmonisation (2005)

Gestion axée sur les Résultats

4

5

Responsabilité Mutuelle

1

Appropriation
(Pays Partenaires)

Pays
partenaires
fixent l'agenda

2

Alignement
(Donneurs - Pays Partenaires)

Alignement
sur les
politiques du
partenaire

Utilisation
des
systèmes
locaux

3

Harmonisation
(Donneurs - Donneurs)

Dispositifs
communs

Simplification
procédures

Partage de
l'information

12 indicateurs de mesure de l'efficacité de l'aide

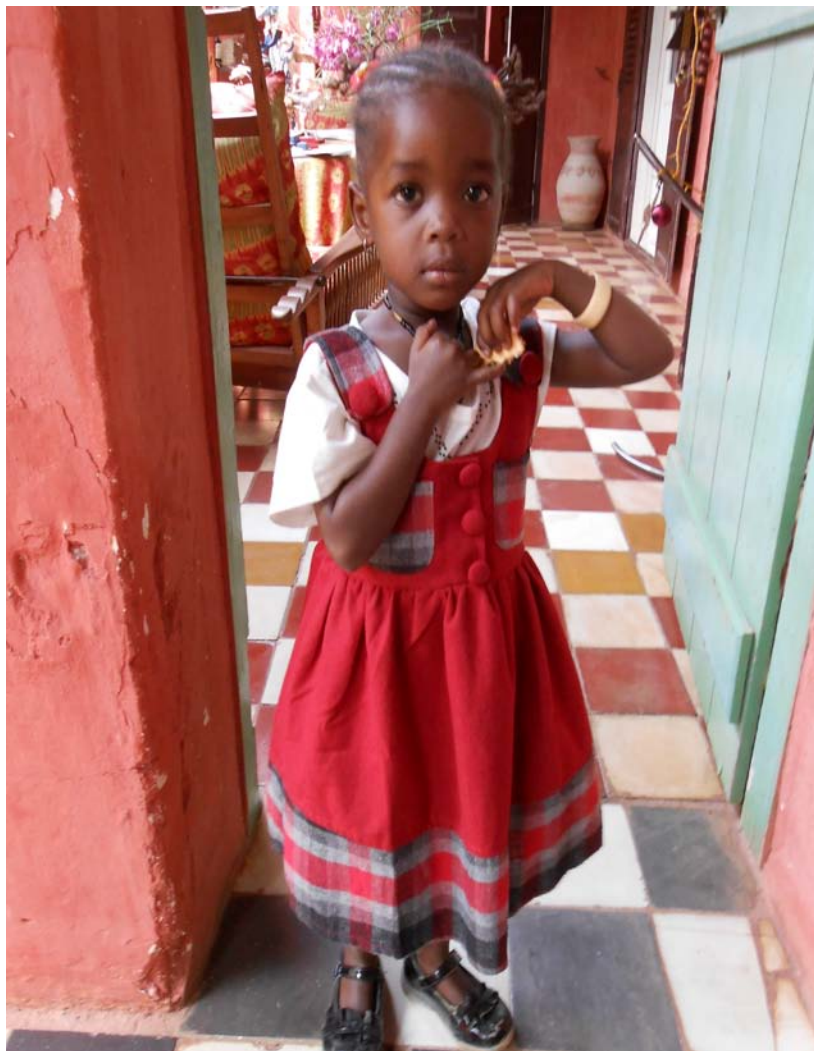
Appropriation	1	Operational national development strategies
Alignement	2	Quality of country systems
	3	Aid flows aligned to national priorities (% of aid flows reported on national budget)
	4	Strengthen capacity by coordinated support
	5	Use of country systems (PFM and procurement)
	6	Avoid Parallel 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 DE LA RÉALISATION DES OMD DE LA SANTÉ EN AFRIQUE

Les Objectifs de Millénaire pour le Développement = Résultats à l'échelle mondiale le grand bond en avant (fond de slide OCDE)

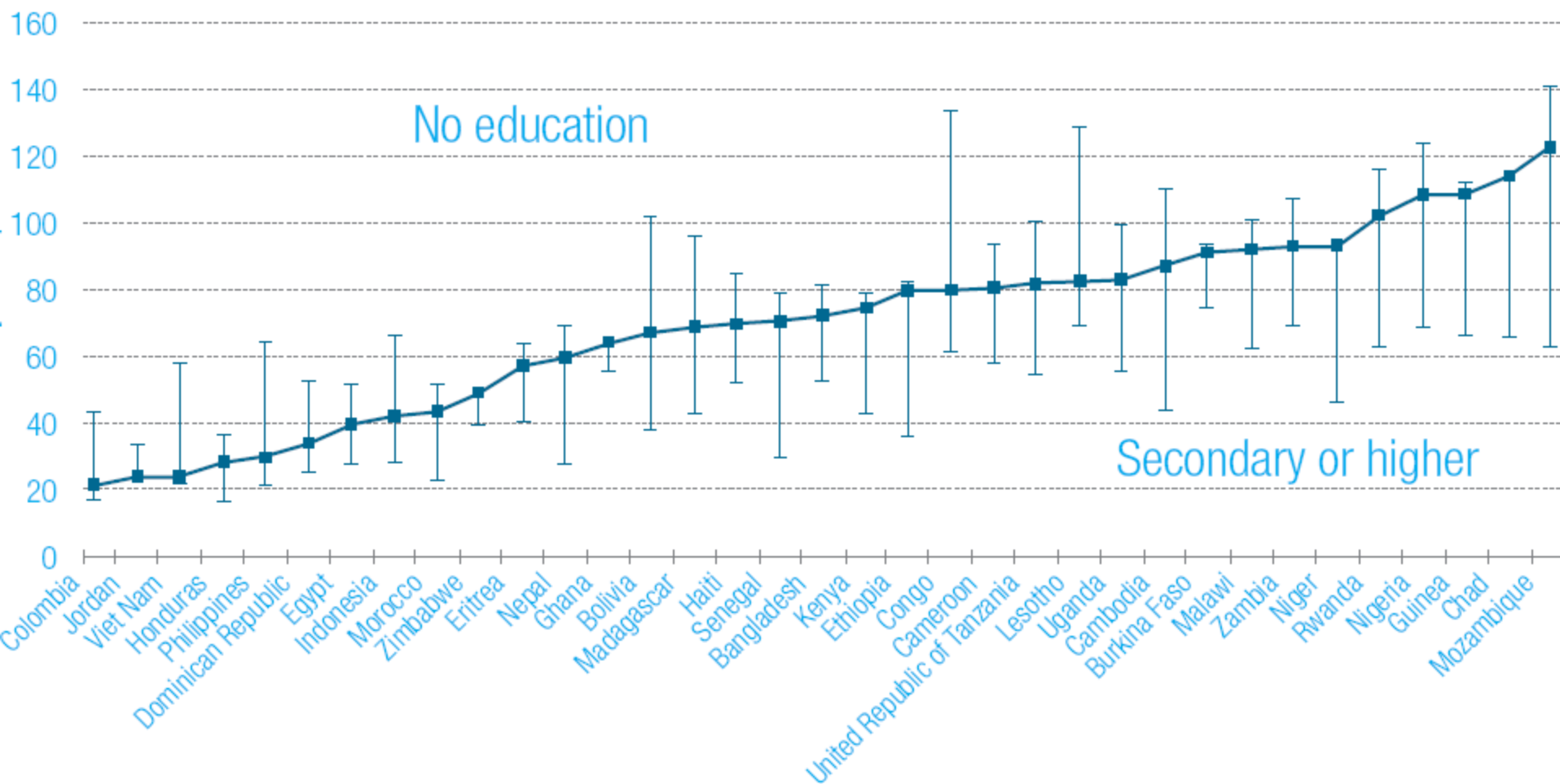
	Objectifs	Résultats	Commentaires
Pauvreté absolue Proportion de la population disposant de moins d'1 dollar par jour	Réduction de 50%	24% en 2008 (47% en 1990)	Atteint China : revenu/h x 4
Scolarisation primaire	100% en 2015	90% (monde) Afrique: 58% (99) à 76% entre 1999 et 2010	Objectif 100% en 2015
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'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

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
- **¼ charge de maladie mondiale, IHME 2010**
- **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 error bars indicate the infant mortality rates for mothers with no education and for mothers with secondary or higher education.

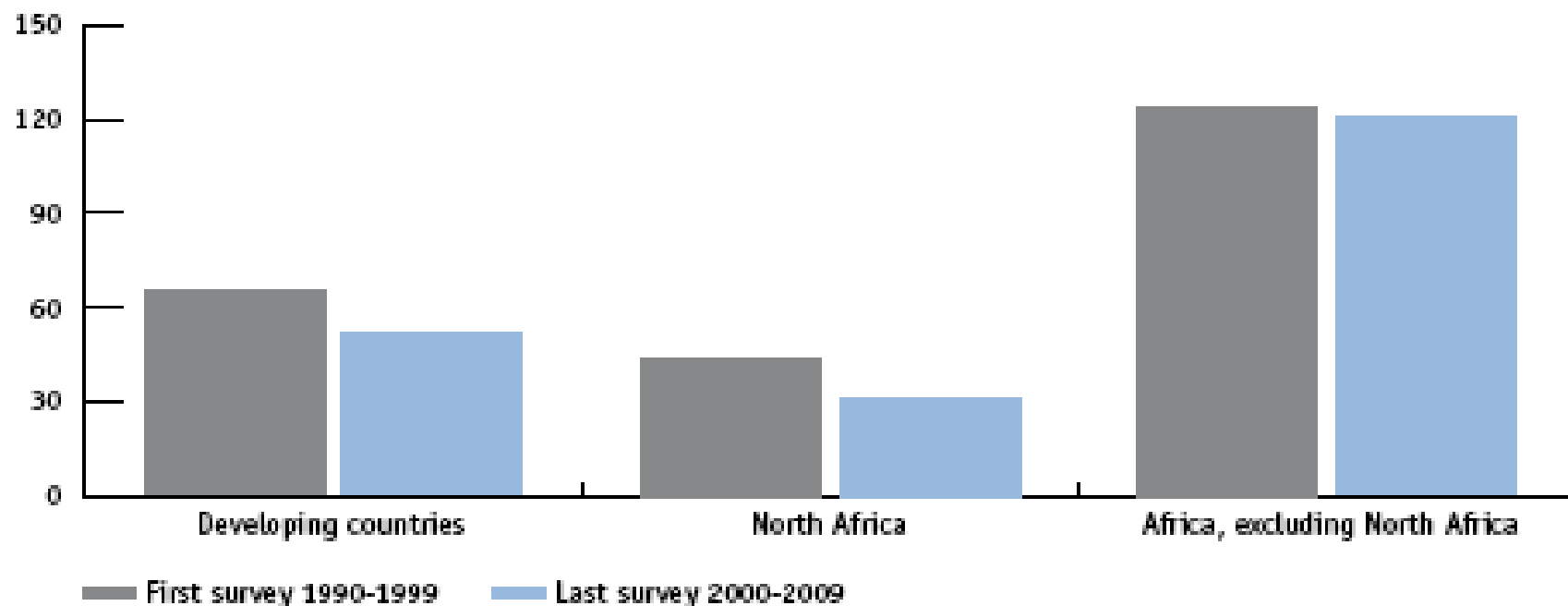
Les grossesses précoces des filles de 15 à 19 ans (ODI, 2012)- OMD 4 et 5

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

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

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

- **l'offre de services a un impact limité**

Intervention: école

- **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**

OMD 5. La mortalité maternelle

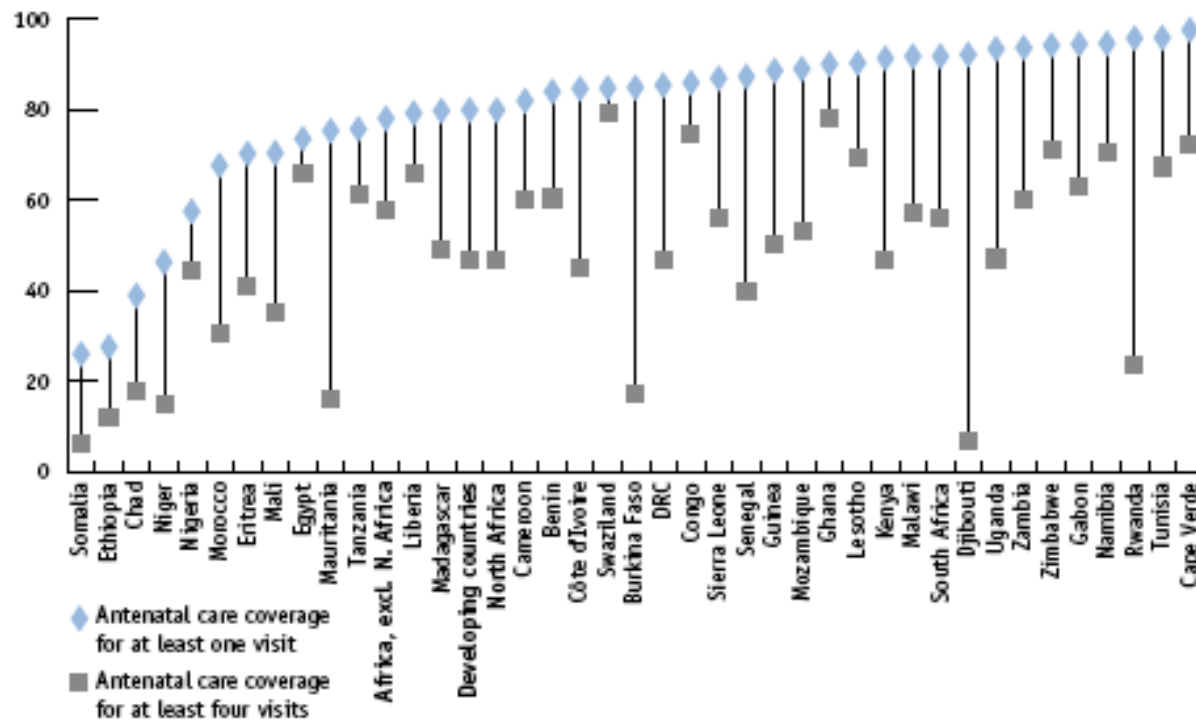
- 800 femmes meurent chaque jour d'une pathologie en lien avec la grossesse ou l'accouchement, de causes évitables, **99% PED, rural, pauvres (240 versus 16 p. 100 000)**; risque au cours de la vie **de 1 pour 150** versus 1 pour 3800
- **L'Afrique enregistre 50% de la mortalité maternelle mondiale,**
- 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

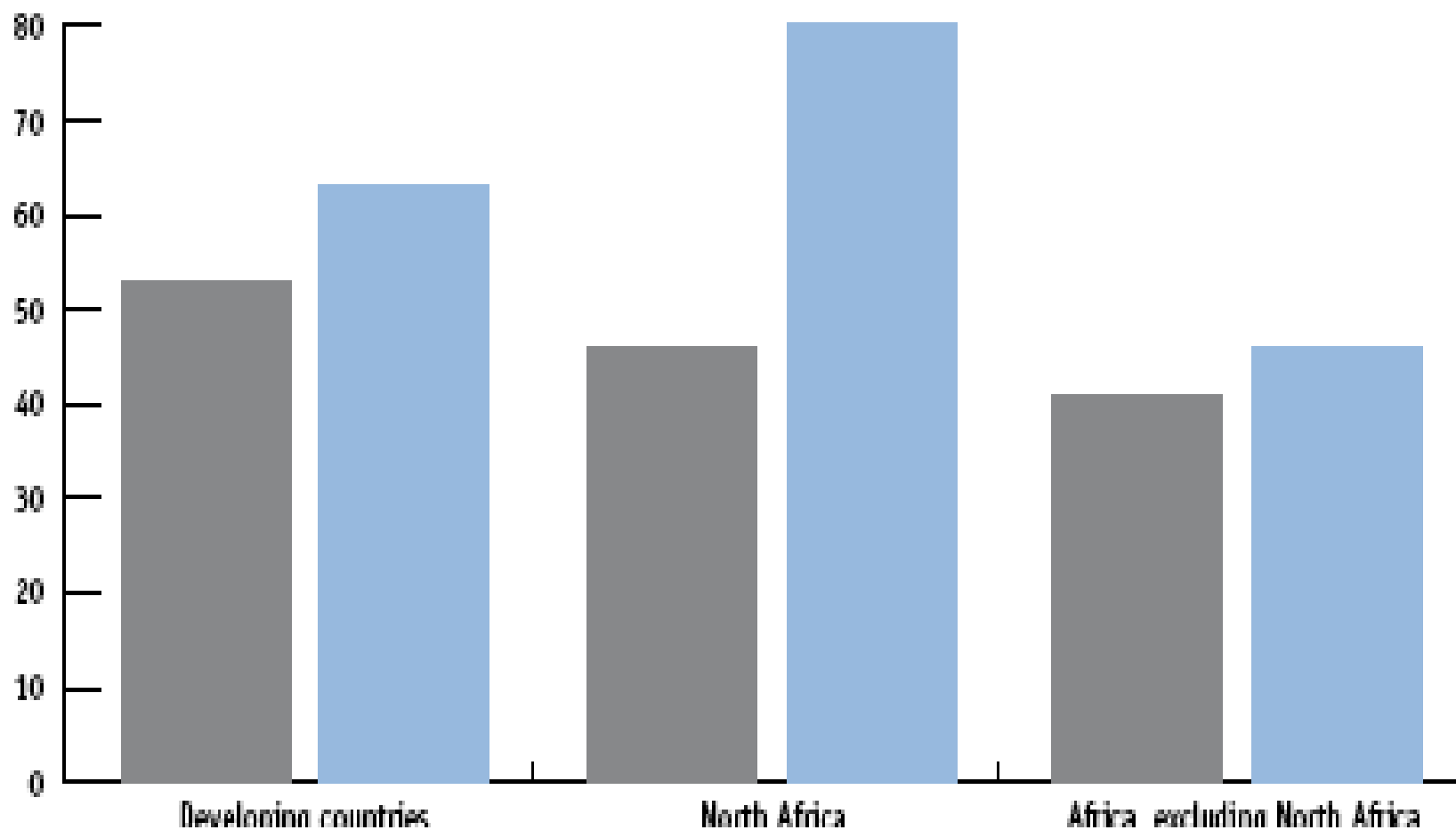
Figure 37: Number of antenatal care visits by trained healthcare practitioner in 38 African country surveys, 2000–2009 (% of pregnant women)



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

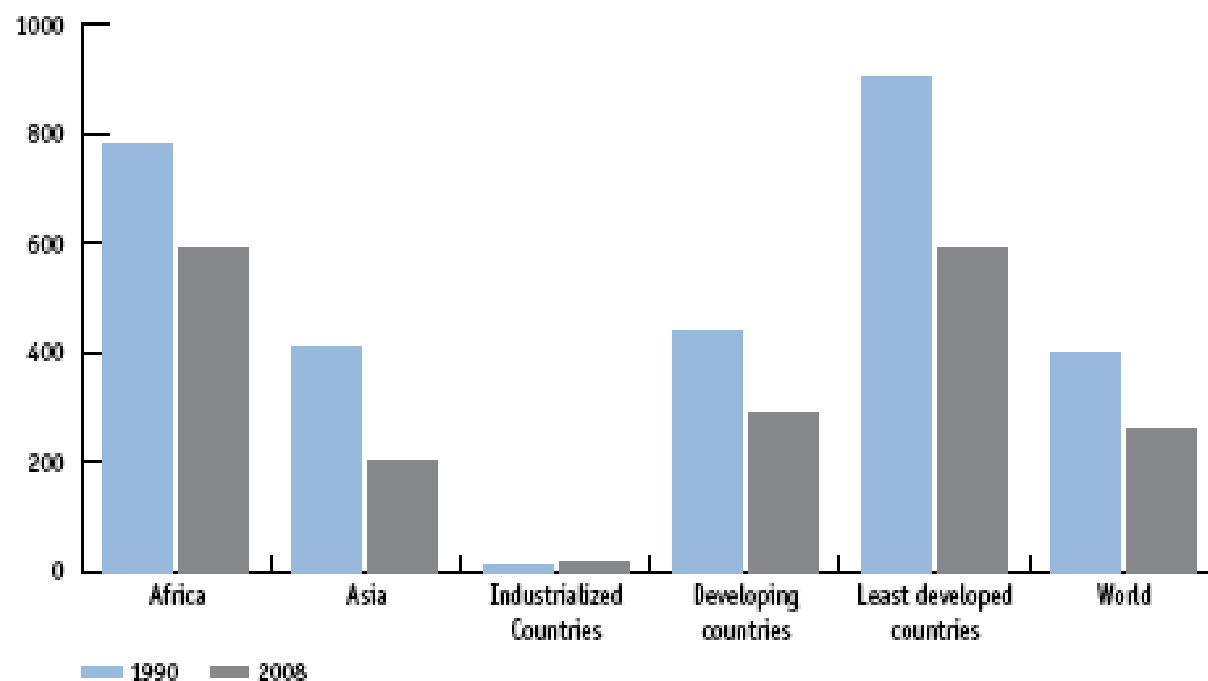
% Accouchements assistés par du personnel qualifié

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



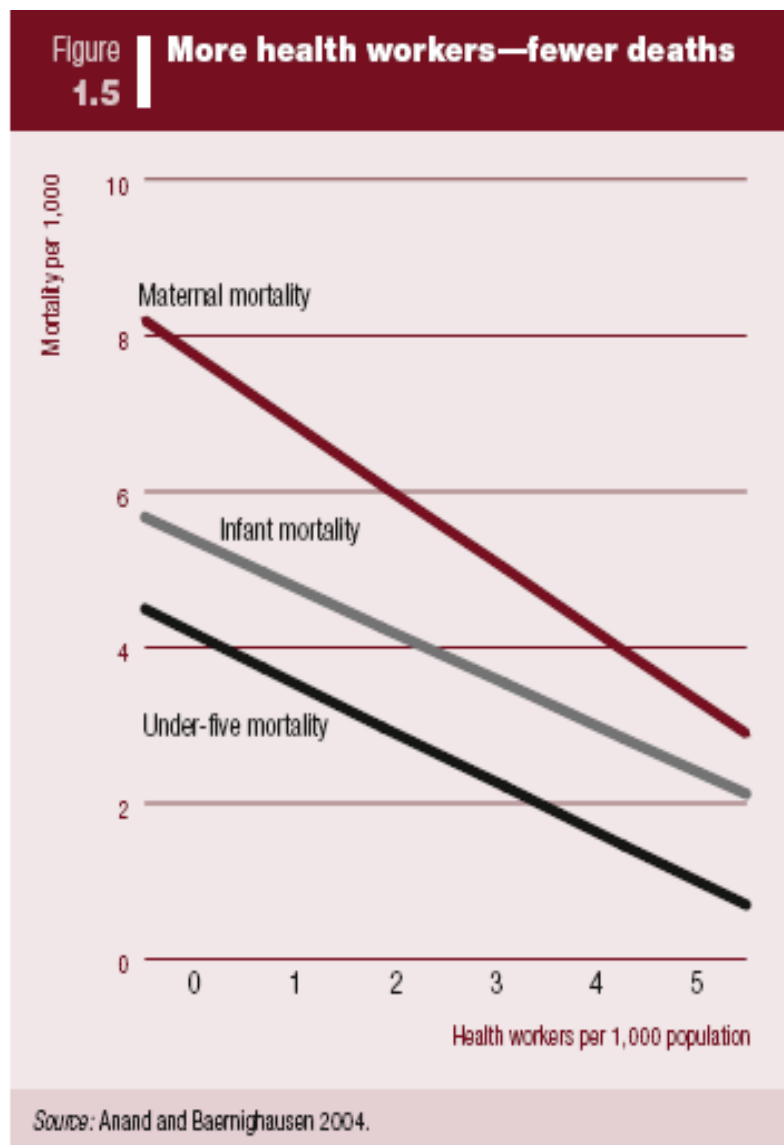
Mortalité maternelle sur la période 1990-2008 par région mondiale

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

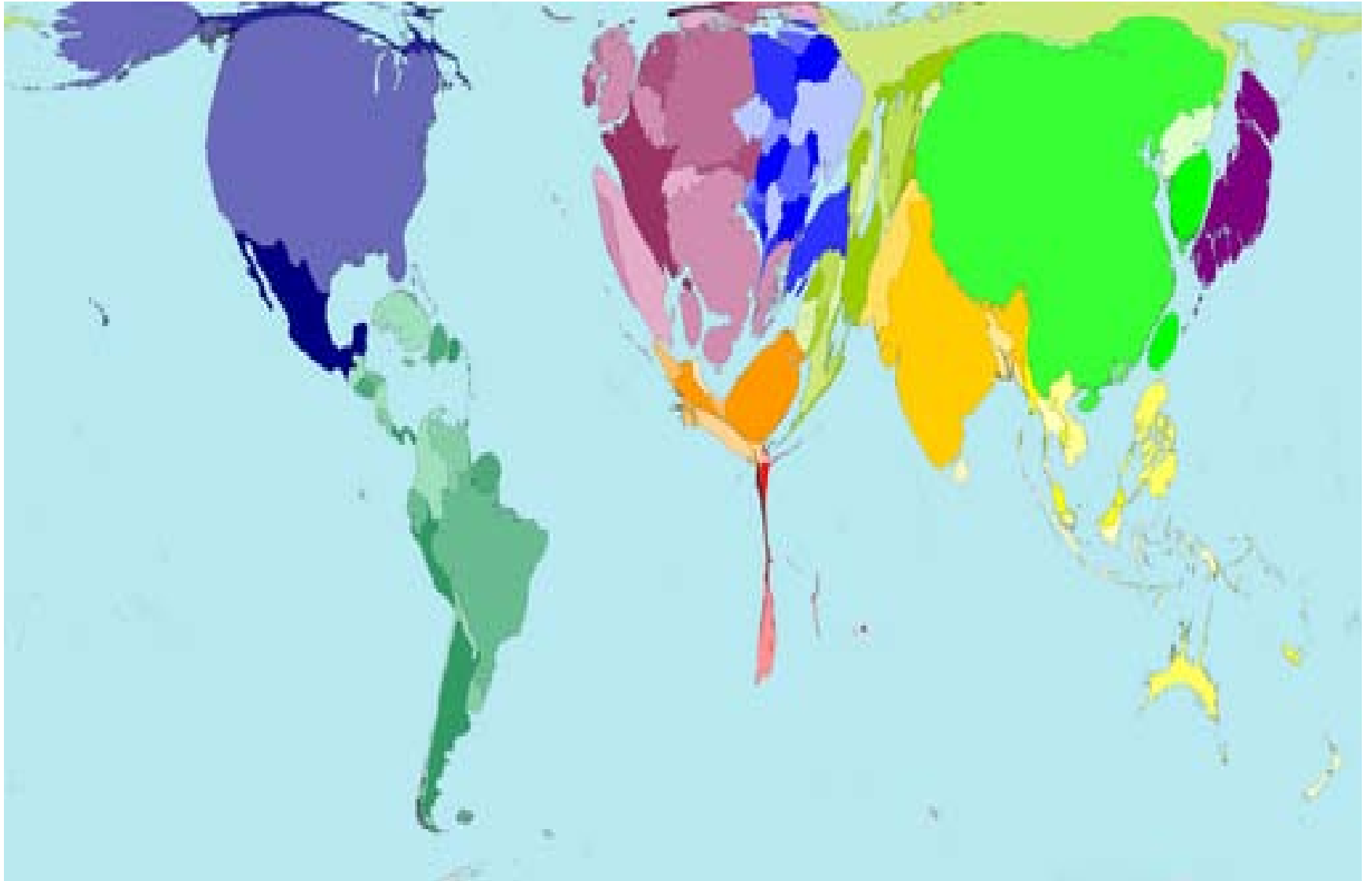


Sources: Compiled from WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank (2010).

Impact sur la mortalité maternelle et infantile



Médecins



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 (incitations par 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 pour ces groupes à risques (constat éval FM aussi déjà en 2008 et 2009)

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, et ne se font pas dépister
- **Le niveau de connaissance n'a pas d'effet significatif sur la vulnérabilité**

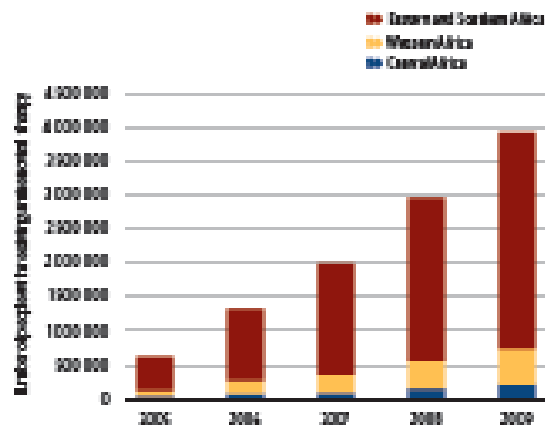
Selon le rapport VIH Afrique OMS 2011, fin 2009 en Afrique, 37% des patients éligibles aux ARV les reçoivent,

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

Fig. 4.6. Number of people with advanced HIV infection receiving antiretroviral therapy in the WHO African Region, 2006-2009

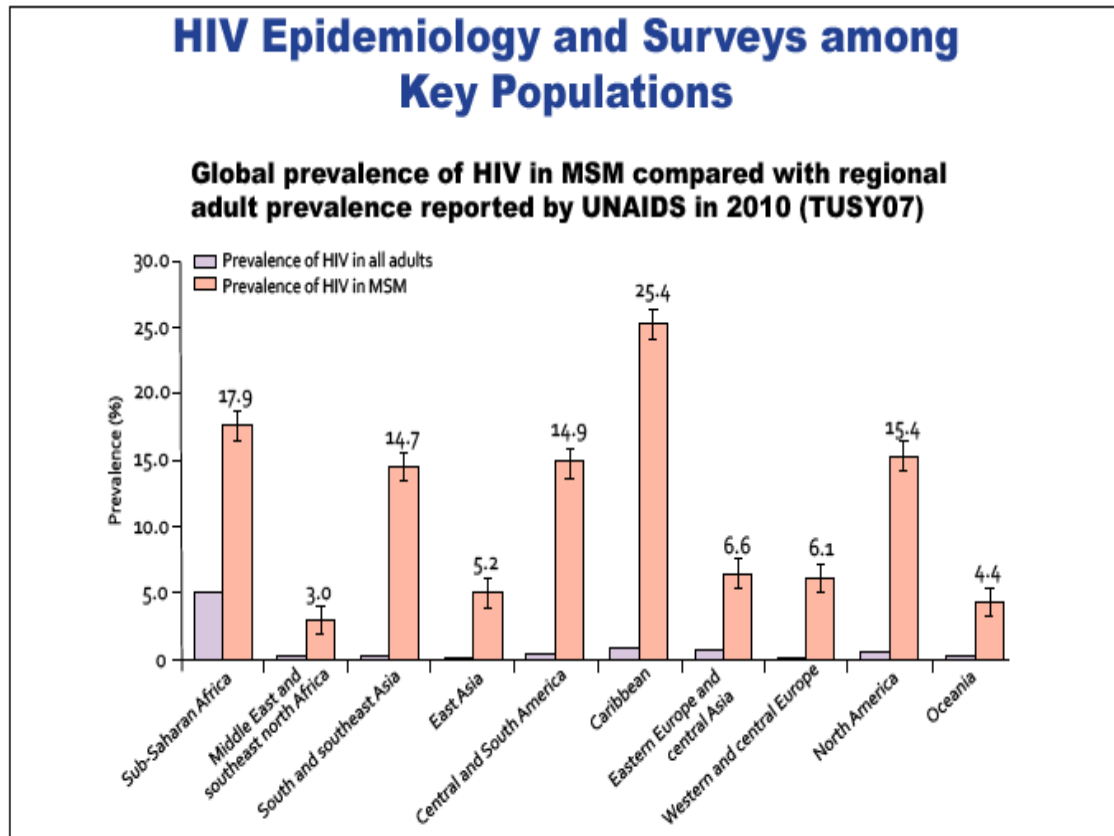


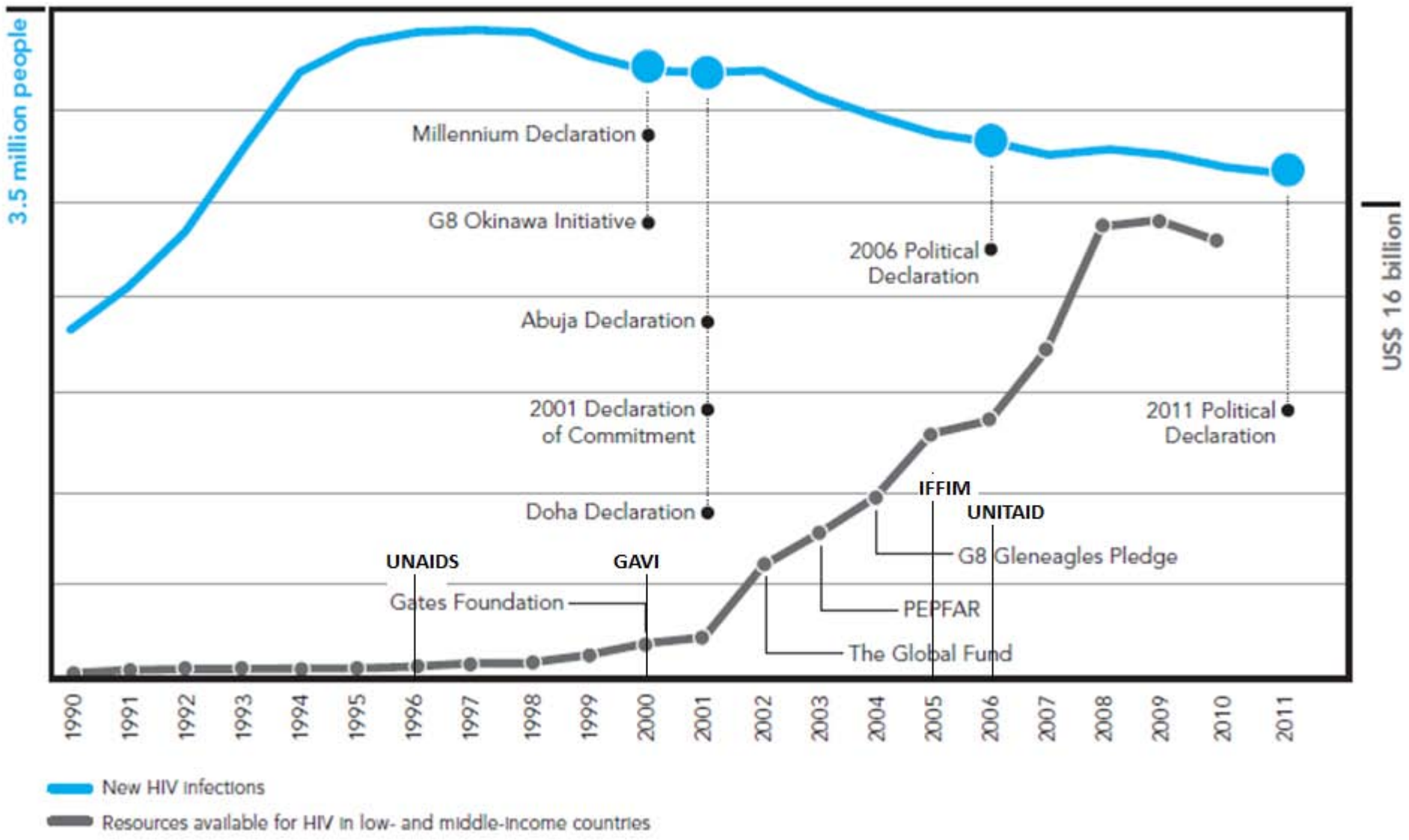
Source: Global HIV/AIDS and TB Report 2010 (WHO, 2010)

Difficultés (Rapport OIF, 2012)

- 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

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





D'après UNAIDS WorldAidsDay_report_2011 p. 39

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)

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 en 2008

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.

3. CONCLUSIONS ET ENJEUX EN AFRIQUE

Conclusions sur les OMD de la santé

- Un consensus axé sur la lutte contre la pauvreté et le développement humain, dynamique OMD simples avec des progrès
- Les progrès sont-ils attribuables aux interventions et financements?
+ 300 milliards dollars /an PIB du continent pendant 10 ans
- Sur la santé: augmentation sans précédent des financements mondiaux, mais:
 - sida versus autres maladies;
 - Moins les systèmes et peu soins SMI (urgence/systèmes)
 - Des Etats Unis, publics et privés et PPP mondiaux
 - Quid du financement des des maladies chroniques: diabète, cancers, cardiovasculaires et respiratoires, maladies mentales et accidents de la voie publique: urbanisation

Pourquoi de lents progrès en Afrique?

- **Volonté politique nationale?**

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.

- Intérêt pour l'Afrique? (slide The Economist)

- **Volonté politique internationale** et relations historiques et géopolitiques entre les pays du Nord et l'Afrique: à l'origine des Inégalités entre Afriques et le reste du monde:

- Afrique de l'Ouest versus Afrique anglophone

- Pauvreté, promiscuité dans la ville surpeuplée et risques d'émergence de nouvelles maladies

- La coopération française imprégnée par 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**

800 millions de jeunes sur le marché de l'emploi en Afrique et en Asie d'ici 2030

- **Urbanisation** >50%; sida > urbain

- Dépendance des pays/aide internationale

- **instabilités politiques,**

Pauvreté, analphabétisme, jeunes sans emplois, et,

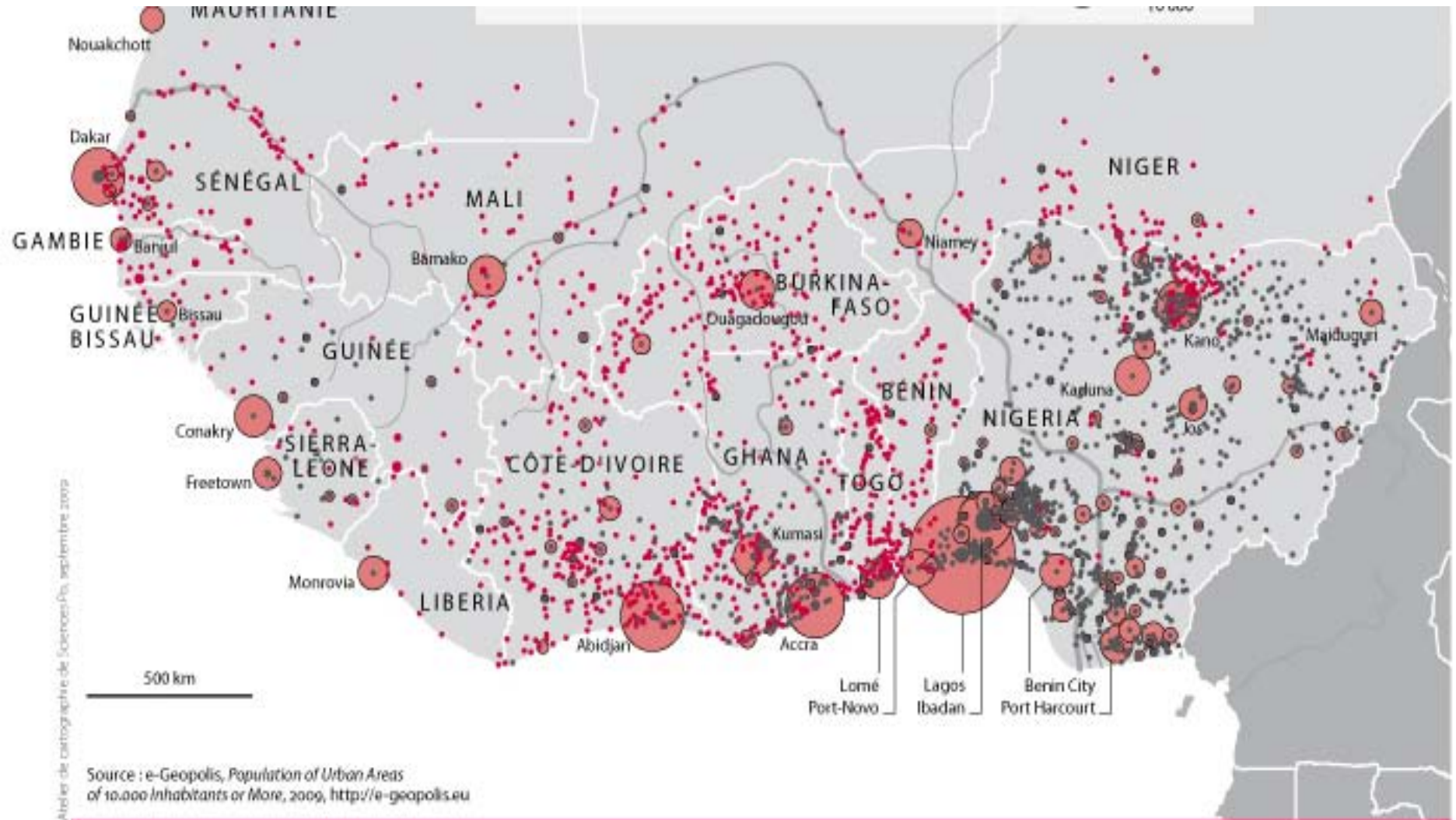
facteurs d'aggravation de la pandémie de sida aussi en milieu urbain, et de la pandémie féminine

Sur le **post 2015**, voir les sites beyond2015 et article de Andy Haines et al. Lancet, 2012



La ville vient à l'Afrique 1950-2010

Regards sur la Terre, Les Presses Sciences Po, 2010



Think tanks and Research centres Global Health

- **Key websites and resources on Global Health Governance and Policy-making**
- Overseas Development Institute www.odi.org.uk
- Chatham House, www.chathamhouse.org
- 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