



COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-quatrième session

Cotonou, République du Bénin, 3-7 novembre 2014

Point 9 de l'ordre du jour

**PROGRÈS RÉALISÉS VERS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR
LE DÉVELOPPEMENT LIÉS À LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Les pays de la Région africaine ont réalisé des progrès plus importants au cours des dix dernières années, mais ne sont toujours pas en bonne voie pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en dépit des engagements pris par les gouvernements et les partenaires. Dans le sillage des précédents rapports qui font le point sur les progrès accomplis en direction des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), ce troisième rapport du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique résume les avancées les plus récentes vers l'atteinte des OMD dans la Région. Sur les 47 États Membres de la Région africaine, 16 pays sont en bonne voie pour atteindre, ou ont atteint, la cible 4A, contre 4 pays pour la cible 5A, 7 pays pour la cible 5B, 34 pays pour la cible 6A, 10 pays pour la cible 6B, 12 pays pour la cible 6C, 11 pays pour la cible 1C et 23 pays pour la cible 7C.
2. En général, des avancées considérables ont été réalisées en vue d'atteindre les OMD liés à la santé dans la Région. Cependant, les données et les tendances montrent que ces progrès ne sont pas suffisants pour atteindre toutes les cibles des OMD d'ici 2015. Les défis à relever tiennent essentiellement aux faiblesses des systèmes de santé intégrés des pays, à la disponibilité et à la gestion du financement, à la riposte multisectorielle et à la coordination. De plus, le non-respect des délais et la mauvaise qualité des données du suivi et de l'évaluation ont diminué l'efficacité du suivi.
3. À une année de l'échéance fixée pour atteindre les OMD, des progrès restent possibles. À cet effet, les pays devraient améliorer la mobilisation et la gestion financières, renforcer leurs systèmes de santé, améliorer la mise en œuvre d'interventions efficaces, et régler comme il se doit le problème de la coordination. Ils devraient aussi se préparer à la transition et l'anticiper par une planification appropriée en s'appuyant sur les bases factuelles disponibles.
4. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport de situation et à adopter les mesures proposées en tant que voie à suivre pour atteindre les cibles des OMD.

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1-6
PROGRÈS RÉALISÉS	7-18
DÉFIS	19-20
VOIE À SUIVRE.....	21-28

ANNEXES

	Pages
1. Liste officielle des indicateurs associés aux OMD	7
2. Classification des pays de la Région africaine de l’OMS établi en fonction des progrès réalisés pour une sélection d’indicateurs et de cibles des OMD (les détails de la classification des progrès se trouvent à l’annexe 3)	10
3. Définitions de la classification des progrès.....	11

CONTEXTE

1. En 2000, les dirigeants du monde ont adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et se sont fixé huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)¹, à réaliser d'ici 2015, qui est l'année d'échéance pour atteindre les cibles liées à ces objectifs. Les OMD constituaient un engagement sans précédent pris par les dirigeants mondiaux d'œuvrer pleinement pour la paix, la sécurité, le développement, les droits de l'homme et les libertés fondamentales.

2. Les interventions visant à atteindre les OMD ont eu un impact sur la santé, et trois objectifs sont directement liés à la santé. Il s'agit du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4), intitulé «Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans»; de l'OMD 5, «Améliorer la santé maternelle»; et de l'OMD 6, «Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies». Plusieurs autres OMD sont suivis à l'aide d'indicateurs associés à la santé, en particulier l'OMD 1, «Éliminer l'extrême pauvreté et la faim»; l'OMD 7, «Assurer un environnement durable»; et l'OMD 8, «Mettre en place un partenariat mondial pour le développement». L'annexe 1 présente la liste actualisée des indicateurs associés aux OMD.

3. Les pays de la Région africaine de l'OMS ont adopté un certain nombre de résolutions dans le cadre de divers fora, et pris des engagements à atteindre les OMD². Ces engagements comprennent la Déclaration d'Abuja de 2001 sur le financement public du secteur de la santé, et les déclarations de Ouagadougou, Alger et Libreville, de 2008, qui portent respectivement sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique; la recherche pour la santé; et la santé et l'environnement. Les communautés économiques régionales (CER) telles que la CEDEAO, l'ECSA-HC, la SADC, la CEEAC³ ont aussi largement contribué au respect de ces engagements.

4. Le Secrétaire général des Nations Unies et des partenaires au développement ont également contracté des engagements spécifiques comprenant : la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant⁴; la Commission de l'Information et de la Redevabilité en matière de Santé de la Femme et de l'Enfant (CoIA)⁵, qui vise à garantir le respect des promesses faites en ce qui concerne la mobilisation des ressources en faveur de la santé de la femme et de l'enfant et la mesure des résultats; et la Commission de l'ONU visant à améliorer l'accès aux médicaments de base pour les femmes et les enfants, qui s'attelle à accroître l'accès des populations les plus vulnérables du monde⁶ aux médicaments et aux fournitures médicales d'importance vitale. Le mécanisme de partenariat dénommé Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) est un autre engagement important qui s'efforce d'accélérer les progrès vers les OMD, moyennant le renforcement des systèmes de santé⁷.

¹ <http://www.un.org/millenniumgoals/>; consulté le 5 février 2014.

² Bureau régional de l'Afrique. Résolutions AFR/RC54/R9; AFR/RC55/R2; AFR/RC55/R5 et AFR/RC55/R6 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. *Compendium des stratégies de santé publique*. Volume 1 : de la quarante-huitième à la soixante et unième sessions du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (1998-2011), p 97 de la version anglaise; lien : <http://afrolib.afro.who.int/documents/2013/9789290232001.pdf>, consulté le 20 novembre 2013.

³ CEDEAO : Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO); ECSA-HC : Communauté de santé d'Afrique de l'Est, centrale et australe; SADC : Communauté de développement de l'Afrique australe; CEEAC : Communauté économique des États de l'Afrique centrale.

⁴ http://www.who.int/entity/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf, consulté le 7 mars 2014.

⁵ http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/, consulté le 7 mars 2014.

⁶ *Life-saving Commodities – Improving access, saving lives*. <https://lifesavingcommodities.org/>. Consulté le 7 mars 2014.

⁷ Agences HHA (BAD, JICA, ONUSIDA, UNPFA, UNICEF, USAID, Banque mondiale, OMS). *Investir dans la santé pour l'Afrique – L'argumentation en faveur du renforcement des systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires*. http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investing_health_africa_eng.pdf, consulté le 7 mars 2014.

5. Au niveau mondial, les organes directeurs de l’OMS (Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif) et les initiatives mondiales ont énormément contribué à accélérer les efforts vers l’atteinte des OMD dans la Région africaine. Ces initiatives englobent l’Instance de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, en 2004⁸; et l’Initiative de Muskoka sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant, qui est une initiative de financement lancée en 2010 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile⁹. D’autres initiatives importantes ont permis de mettre en œuvre des activités liées aux OMD, en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, GAVI, UNITAID, la Fondation Bill & Melinda Gates, et le Sommet de l’Union africaine sur les OMD 4, 5 et 6¹⁰. Récemment, lors de leur réunion tenue à Luanda en avril 2014, les ministres africains de la Santé ont adopté la couverture sanitaire universelle comme un pilier essentiel du programme de développement durable pour l’après-2015¹¹.

6. En dépit des engagements pris par les pays et les partenaires, seuls quelques pays de la Région africaine sont en bonne voie pour atteindre les OMD liés à la santé (annexe 2, tableau 1). Le présent rapport, qui est le troisième du genre, fait suite aux précédents rapports établis sur la réalisation des OMD. Il fait ressortir les progrès accomplis par rapport à la situation qui prévalait lors de la production de ces rapports; fait le point sur la situation actuelle et sur les progrès réalisés vers l’atteinte des cibles des OMD; identifie les principaux défis à relever; et propose une voie à suivre, y compris en soulignant la nécessité d’élaborer un programme de développement pour l’après-2015.

PROGRÈS RÉALISÉS

7. Les données sur les progrès réalisés vers l’atteinte des cibles des OMD ont été obtenues en consultant les documents de la Division de Statistique de l’ONU (UNSD)¹² et les «Statistiques sanitaires mondiales 2014»¹³, puis complétées par certaines informations issues des programmes de l’OMS. Les méthodes mises au point par les groupes interinstitutions des Nations Unies ont permis de classer les pays (annexe 2). L’analyse des niveaux de mise en œuvre d’interventions efficaces se fonde sur les indicateurs convenus pour suivre les progrès faits vers l’atteinte des OMD. Les tendances sont évaluées en comparant les données de base (avec 1990 comme année de référence ou en considérant l’année pour laquelle les données de base sont disponibles) et les données de 2013, ou celles de 2014, lorsque de telles données sont disponibles.

8. En général, en fonction de leurs niveaux de performance, on classe les pays dans l’une des trois catégories suivantes pour évaluer les progrès réalisés vers l’atteinte des OMD : «en bonne voie»; «ayant accompli des progrès insuffisants»; ou «n’ayant pas accompli de progrès». Une quatrième catégorie de classement concerne les pays considérés comme «ayant atteint la cible». L’annexe 2 présente un résumé des progrès réalisés vers l’atteinte des OMD, et l’annexe 3 comporte quelques définitions relatives à la classification des progrès.

⁸ Instance de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. <http://www.who.int/hdp/hlf/en/>. Consulté le 7 mars 2014.

⁹ The Muskoka Initiative: Background. <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/eng/FRA-119133138-PQT>. Consulté le 7 mars 2014.

¹⁰ GAVI : Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. UNITAID : Organisation de coopération avec l’OMS et les autres agences sur les objectifs du Millénaire pour le développement.

¹¹ Première réunion des ministres africains de la Santé organisée conjointement par la CUA et l’OMS. Document AUC/WHO/2014/Doc.1, intitulé *Couverture sanitaire universelle en Afrique : du concept à l’action*. Avril 2014. Lien : http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9158&Itemid=2593. Consulté le 10 juin 2014.

¹² <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Consulté le 7 mars 2014.

¹³ Organisation mondiale de la Santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2014*. Genève, 2014.

9. *Cible 4A – Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.* En 2012, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays oscillait entre 13 décès pour 1000 naissances vivantes et 182 décès pour 1000 naissances vivantes. Quatre pays¹⁴ avaient atteint cette cible et 12¹⁵ étaient en bonne voie pour l'atteindre. De plus, 25 pays faisaient des progrès insuffisants et six¹⁶ n'avaient réalisé aucun progrès.

10. *Cible 5A – Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.* En 2013, quatre pays¹⁷ avaient atteint cette cible. Cependant, 32 pays font des progrès, certes lents, et neuf pays n'ont accompli aucun progrès sur cette cible¹⁸.

11. *Cible 5B – Rendre l'accès à la santé procréative universel d'ici à 2015.* Aucun pays n'a atteint cette cible. Le taux de contraception chez les femmes mariées (âgées de 15 à 49 ans) est passé de 20,2 % en 2000 à 26,9 % en 2012¹⁹. Les données disponibles montrent que seuls sept pays²⁰ présentaient un taux de contraception supérieur à 50 %, alors que ce taux était inférieur à 33 % dans 25 pays entre 2006 et 2012.

12. *Cible 6A – D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle.* La Région avait connu une régression de 53,3 % de l'incidence moyenne du VIH entre 2001 et 2012. La réduction de l'incidence est importante dans les 34 pays qui enregistrent cette tendance à la baisse.

13. *Cible 6B – D'ici à 2015, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida.* À la fin de 2012, un total de 63 % des personnes vivant avec le VIH et éligibles au traitement recevaient la thérapie antirétrovirale (ARV), une proportion en hausse de plus de 70 % depuis 2009. La majorité des pays de la Région ont élargi l'accès aux ARV, mais seuls six pays²¹ ont atteint la cible de 80 % de couverture, auxquels nous pouvons ajouter la Zambie et le Zimbabwe, qui sont parvenus à un taux de couverture de 79 %. Les données n'étaient pas disponibles pour cinq pays²² et 16 pays affichaient des taux de couverture compris entre 50 % et 79 %.

14. *Cible 6C – D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle.* L'incidence du paludisme dans la Région africaine a chuté de 31 % entre 2000 et 2012, et pourra régresser de 39 % dans la Région d'ici 2015 si le taux annuel continue de baisser. Sur les 43 pays d'endémie palustre de la Région, huit pays²³ et l'île de Zanzibar²⁴ sont parvenus à réduire de 75 % au moins l'incidence du paludisme ou les taux d'hospitalisation due au paludisme. L'Érythrée est en bonne voie pour réduire de 75 % au moins les taux d'hospitalisation due au paludisme d'ici 2015, alors que Madagascar et la Zambie devraient réduire l'incidence du paludisme de 50 % à 75 % d'ici 2015. Tous les autres pays ne disposent pas de données suffisamment pertinentes pour évaluer les tendances.

¹⁴ Éthiopie, Libéria, Malawi et République-Unie de Tanzanie.

¹⁵ Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Madagascar, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Rwanda, Seychelles et Soudan du Sud.

¹⁶ Botswana, Congo, Lesotho, République démocratique du Congo, Swaziland et Zimbabwe.

¹⁷ Cap-Vert, Érythrée, Guinée équatoriale et Rwanda.

¹⁸ Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Togo et Zimbabwe.

¹⁹ Atlas des statistiques sanitaires, 2014.

²⁰ Algérie, Botswana, Cap-Vert, Namibie, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.

²¹ Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Namibie, Rwanda et Swaziland.

²² Algérie, Comores, Guinée équatoriale, République centrafricaine et Seychelles.

²³ Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Swaziland.

²⁴ En République-Unie de Tanzanie.

15. Entre 2000 et 2012, le taux de dépistage des cas de tuberculose a augmenté dans la Région, passant de 39 % à 59 %. Entre 2000 et 2011, le taux de guérison de la tuberculose pour les cas à frottis positif s'est amélioré, passant de 71 % à 82 %, avec de grandes variations d'un pays à l'autre. Les données disponibles montrent que neuf pays²⁵ ont atteint la cible du taux de dépistage des cas de 70 % en 2012 et 19 pays²⁶ ont atteint la cible de 85 % du taux de guérison en 2012. De plus, entre 2000 et 2012, l'incidence de la tuberculose a diminué dans 30 pays, alors qu'elle a augmenté ou s'est stabilisée dans 17 pays²⁷.

16. *Cible 1C – Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.* Entre 2006 et 2012, cinq pays²⁸ ont atteint la cible pour cet indicateur; huit pays ont accompli des progrès et 30 pays n'ont réalisé aucun progrès. Les données n'étaient pas disponibles pour quatre pays. Au cours de la même période, la proportion des enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale dans la Région était de 24,6 %, avec des variations entre pays comprises entre 0 % et 60 %.

17. *Cible 7C – 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.* La cible de l'approvisionnement en eau potable a déjà été atteinte par 14 pays²⁹, cinq pays sont en bonne voie et quatre réalisent des progrès pour atteindre cette cible. Cependant, 19 pays réalisent des progrès insuffisants et deux pays n'ont fait aucun progrès sur cette cible. La proportion de la population qui utilise des sources d'eau potable améliorées variait d'un pays à l'autre, oscillant entre 46 % et 100 % en 2012, avec une disparité importante entre les zones rurales et les zones urbaines. L'Algérie a atteint la cible de l'assainissement de base, et sept pays sont en bonne voie pour atteindre cette cible. Trente et un pays font des progrès insuffisants et cinq pays n'ont réalisé aucun progrès dans ce domaine. Les données n'étaient pas disponibles pour trois pays.

18. Les progrès globaux accomplis par la Région vers l'atteinte des OMD liés à la santé sont encourageants, mais insuffisants. Les pays de la Région doivent encore relever un certain nombre de défis majeurs, décrits ci-après.

DÉFIS

19. Les bases factuelles disponibles indiquent que de nombreux pays de la Région africaine ont peu de chances de réaliser les cibles des OMD, à cause de contraintes majeures, telles que :

- a) le financement – les difficultés en matière de financement comprennent i) l'insuffisance de fonds pour appliquer les plans élaborés par les États pour atteindre les OMD, ii) la dépendance excessive à l'égard des ressources externes pour mettre en œuvre les programmes, même si ces ressources sont parfois peu prévisibles et peu viables alors que les programmes ne sont pas souvent alignés sur les priorités des pays, iii) l'utilisation peu efficiente et peu efficace des ressources existantes, et iv) le faible niveau de priorité accordé à la santé dans les plans nationaux d'investissement;

²⁵ Angola, Botswana, Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Seychelles et Tanzanie.

²⁶ Algérie, Bénin, Burundi, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Maurice, Nigéria, Rwanda, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tanzanie, Togo et Zambie.

²⁷ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Congo, Gambie, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Lesotho, Libéria, Mauritanie, Mozambique, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo et Zimbabwe.

²⁸ Cap-Vert, Comores, Érythrée, Madagascar et Seychelles.

²⁹ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe et Swaziland. Les données n'étaient pas disponibles pour trois pays.

- b) les autres défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé – il s’agit notamment i) de lacunes dans la prestation des services de santé, inhérentes en grande partie à la faible priorité accordée à la qualité et à la couverture des soins de santé, ii) de la faiblesse des capacités humaines et institutionnelles, qui se traduit par une mauvaise exécution des programmes, et iii) de la faiblesse des systèmes d’achat et d’approvisionnement, avec pour conséquence les pénuries de stocks de produits et le manque de services de laboratoire;
- c) la persistance des inégalités (par exemple celles qui sont liées au sexe, au revenu et au niveau d’instruction) dans l’accès aux interventions éprouvées, en particulier dans la santé de la mère et de l’enfant, ou encore dans le domaine du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme;
- d) la faiblesse de l’action multisectorielle sur les déterminants;
- e) l’insuffisance de données et la faible capacité de suivi-évaluation, ce qui limite l’aptitude à suivre effectivement les progrès accomplis sur certains OMD;
- f) la présence d’un grand nombre de partenaires dont les efforts ne sont pas suffisamment coordonnés;
- g) les maladies tropicales négligées (MTN), qui contribuent grandement à perpétuer la pauvreté chez les pauvres.

20. Il reste seulement une année avant l’échéance fixée pour 2015, mais beaucoup reste à faire. Le défi consiste par conséquent à se concentrer sur ce qui peut être réglé efficacement pendant le temps qui reste pour atteindre la cible.

VOIE À SUIVRE

21. Les pays devraient se focaliser sur les domaines dans lesquels ils ont enregistré des progrès limités et explorer des voies et moyens rapides et innovants susceptibles de leur permettre d’accomplir des progrès sans pour autant compromettre les acquis. Ils devraient investir de manière appropriée pour traduire les engagements pris en actes concrets, et renforcer les mécanismes de coordination en se dotant d’une structure solide de leadership et de gouvernance.

22. Les pays devraient allouer des ressources supplémentaires à la santé pour atteindre la cible d’Abuja de 2001, qui recommande d’allouer au moins 15 % du budget de l’État au secteur de la santé et de prendre des mesures pour améliorer le fonctionnement du système de financement de la santé. En outre, ils devraient renforcer les structures et les mécanismes existants en vue de mobiliser et d’utiliser les ressources internes et externes disponibles de manière durable, efficace et efficiente. Les partenaires devraient améliorer la prévisibilité des ressources et aligner l’affectation de ces ressources sur les priorités des pays, conformément à la Déclaration de Paris sur l’efficacité de l’aide et l’harmonisation.

23. Les pays devraient accélérer la mise en œuvre des déclarations de Ouagadougou et d’Alger de 2008 en améliorant l’accès aux services de santé et la qualité de ces services. En outre, les pays devraient veiller à la qualité et à la quantité des effectifs sanitaires et garantir un accès équitable aux technologies, vaccins et produits médicaux essentiels.

24. Les pays et leurs partenaires devraient consolider les acquis et intensifier les interventions pour parvenir aux réductions attendues de la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans, ainsi qu’à un allègement supplémentaire de la charge due au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose. Ils devraient définir les priorités sanitaires et environnementales majeures, telles que

l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, puis s'approprier et mettre en œuvre le Programme panafricain pour l'adaptation de la santé publique au changement climatique.

25. Les ministres de la Santé devraient activement participer au dialogue sur les politiques afin de définir les priorités, notamment en matière d'analyse macroéconomique, de planification stratégique et de budgétisation. Il faudrait accroître le dialogue entre le ministère de la Santé et des ministères de supervision tels que le ministère des Finances et le ministère de la Planification, et renforcer la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, ainsi que la coopération Sud-Sud.

26. En collaboration avec tous les partenaires internationaux et les acteurs, les pays devraient :

- a) améliorer la fréquence, la qualité et l'efficacité des enquêtes nationales de santé;
- b) renforcer l'enregistrement des naissances et des décès;
- c) améliorer la disponibilité des données démographiques, et celle des statistiques sur la surveillance et les services;
- d) consolider le suivi du renforcement des systèmes de santé; et
- e) affiner l'analyse, l'évaluation et l'utilisation des données afin d'éclairer la prise de décision.

Les pays devraient aussi veiller à se doter d'observatoires nationaux de la santé connectés à l'Observatoire africain de la Santé en vue de renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire.

27. Si les tendances actuelles ne changent pas radicalement, la majorité des pays de la Région africaine ne pourront pas atteindre tous les OMD liés à la santé. Par conséquent, les États Membres devraient s'efforcer d'améliorer la couverture sanitaire universelle, en tenant particulièrement compte de la plupart des cibles OMD manquées.

28. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport de situation et à adopter les mesures proposées en tant que voie à suivre pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et planifier le développement pour l'après-2015.

ANNEXES

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 devraient 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 [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) 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 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 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 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'élèves 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 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 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 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 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 santé 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 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 6B : 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 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 du traitement de courte durée sous surveillance directe
Objectif 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE	
Cible 7A : 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 7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées
Cible 7B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte.	7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées 7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction
Cible 7C : 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 7D : 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 ⁱⁱ
Objectif 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT	
Cible 8A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, 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>
<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</i>	Aide publique au développement (APD) 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 Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE)
Cible 8B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés.	8.2 Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)
<i>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</i>	8.3 Proportion de l'APD bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée 8.4 APD reçue par les pays en développement sans littoral, en pourcentage de leur revenu national brut. 8.5 APD reçue par les petits États insulaires en développement, en pourcentage de leur revenu national brut
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)	Accès aux marchés 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 8.7 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement 8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE, en pourcentage de leur produit intérieur brut
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	8.9 Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales <u>Viabilité de la dette</u>
	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 en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE). 8.11 Allègement de dette annoncé au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services

Cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
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	8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants 8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

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 par 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 A/RES/60/1 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, <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 à 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 quatre conditions suivantes : a) accès insuffisant à une source d'eau améliorée; b) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées; c) surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce); d) habitations faites en matériaux non durables.

Annexe 2 : Classification des pays de la Région africaine de l'OMS établie en fonction des progrès réalisés pour une sélection d'indicateurs et de cibles des OMD (les détails de la classification des progrès se trouvent à l'annexe 3)

Objectif lié à la santé	Progrès accomplis dans la Région	Pays capables de performances élevées pour une sélection d'indicateurs et de cibles
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	Ne sont pas en bonne voie	Cible 4A : Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Éthiopie, Libéria, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zimbabwe.
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	Ne sont pas en bonne voie	Cible 5A : Cap-Vert, Érythrée, Guinée équatoriale et Rwanda.
Objectif 6 : Lutter contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies	6A : <i>sont en bonne voie</i> 6B : <i>ne sont pas en bonne voie</i> 6C- <i>paludisme</i> : sont en bonne voie 6C- <i>tuberculose</i> : <i>ne sont pas en bonne voie</i>	Cible 6A : Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Cible 6B : Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Comores, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Nigeria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Zimbabwe.
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	Ne sont pas en bonne voie	Cible 1C : Algérie, Cap-Vert, Comores, Érythrée, Ghana, Madagascar, Malawi, Mauritanie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Seychelles.
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	Ne sont pas en bonne voie	Cible 7C – <i>Alimentation en eau potable</i> : Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Swaziland.

Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2014.

Annexe 3 : Définitions de la classification des progrès

Classification pour la cible 4A

L'évaluation des progrès accomplis aux niveaux national et régional vers l'atteinte de l'OMD 4 se fonde sur les taux de réduction annuels moyens (TRAM) de la mortalité des enfants de moins de cinq ans enregistrés entre 1990 et 2012 et sur les TRAM requis au cours de la période 2013-2015 pour atteindre la cible de l'OMD, qui consiste à 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 moins de cinq ans est inférieure à 40, égale ou supérieure à 40 et le TRAM enregistré pour la période 1990-2012 est supérieur ou égal à 4 %; «progrès insuffisants» – le taux de mortalité des moins de cinq ans est supérieur ou égal à 40 et le TRAM enregistré pour la période 1990-2012 oscille entre 1 % et 3,9 %; «pas de progrès» – le taux de mortalité des moins de cinq ans est supérieur ou égal à 40 et le TRAM enregistré pour la période 1990-2012 est inférieur à 1 %.

Classification pour la cible 5A

Les pays qui présentaient un taux de mortalité maternelle (TMM) ≥ 100 en 1990 sont classés en quatre catégories : «en bonne voie ou faisant des progrès suffisants», s'ils ont enregistré une baisse annuelle de 5,5 % ou plus; «faisant des progrès», si le TMM a chuté entre 2 % et 5,5 %; accomplissant des «progrès insuffisants», si le TMM baisse de moins de 2 % annuellement; n'ayant enregistré «aucun progrès», si aucune baisse du TMM n'a été enregistrée. Les données n'étaient pas disponibles pour les Seychelles. Maurice, qui présentait un TMM < 100 en 1990, n'est pas classée.

Classification pour la cible 7C

En vue d'atteindre la cible OMD consistant à réduire de moitié, d'ici 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, il faut parvenir à un taux de réduction annuel moyen de 2,7 %. Les pays sont classés en fonction des seuils suivants : «*en bonne voie*», si le taux d'utilisation d'une source d'eau potable ou de services d'assainissement améliorés est de moins de 5 % inférieur au taux nécessaire pour que le pays atteigne la cible de l'OMD, ou s'il est supérieur à 95 %; «*progrès insuffisants*», si le taux d'utilisation d'une source d'eau potable améliorée est de 5 % à 10 % inférieur au taux nécessaire pour atteindre la cible de l'OMD; «*pas de progrès*», si le taux d'utilisation d'une source d'eau potable améliorée est de plus de 10 % inférieur au taux nécessaire pour atteindre la cible de l'OMD.