

postes de haut-fonctionnaires sont détenus par des femmes<sup>38</sup>. Mais dans l'ensemble, les avancées enregistrées par les pays africains dans leur progression vers la réalisation d'une meilleure parité entre les genres au sein des parlements nationaux sont très encourageants. Afin de consolider ces gains et poursuivre la progression sur cette voie, tant au parlement que dans les autres sphères de la vie publique, les gouvernements devraient institutionnaliser des quotas minimum de parlementaires femmes tout en s'employant à lever les difficultés liées aux normes culturelles et aux institutions traditionnelles. Cela garantira la poursuite des efforts en vue de la réalisation de la parité des genres dans la vie publique au-delà de 2015.

#### OBJECTIF 4 : RÉDUIRE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 90 pour cent de la totalité des décès d'enfants sont imputables aux seules six conditions suivantes : causes néonatales, pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole et VIH/sida. Les avancées réalisées au titre de l'ODM 4 (réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans), nécessitera une couverture universelle garantissant les interventions efficaces et abordables suivantes : prise en charge des nouveau-nés et de leurs mères ; programmes d'alimentation des tout-petits et des jeunes enfants ; vaccins ; prévention et gestion de cas de diarrhée, pneumonie et septicémie ; maîtrise du paludisme ; et prévention et prise en charge des cas de VIH/sida. On estime que ces interventions pourraient réduire le nombre des décès d'enfants

de plus de moitié, particulièrement dans les pays où la mortalité infantile est élevée<sup>39</sup>.

Il est difficile d'établir des estimations précises du taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans en raison de la disponibilité limitée des données de qualité dans de nombreux pays en développement. Les estimations mondiales les plus récentes, produites par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (IGME), montrent que parmi les 31 pays faisant état d'un taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans (U5MR) égal ou supérieur à 100 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2009, 30 d'entre eux se trouvent en Afrique. L'U5MR mondial a diminué de près de deux tiers en l'espace de 20 ans, passant de 89 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 60 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009. Cependant, les avancées obtenues à cet égard dans des régions telles que l'Afrique (hors Afrique du Nord), l'Asie australe et l'Océanie ne sont pas suffisantes pour réaliser l'Objectif 4 à l'échéance de 2015 (IGME, 2010).

Dans l'ensemble, des améliorations ont été constatées au niveau des trois indicateurs permettant d'assurer le suivi des réalisations des pays au titre de l'ODM 4. Malgré ces avancées et considérant que la plupart des décès d'enfants peuvent être anticipés ou évités, les pays d'Afrique devraient relancer leurs efforts, sous forme de démarches polyvalentes et intégrées, afin d'éradiquer les principales maladies à l'origine de la mortalité infantile, en renforçant leurs systèmes de santé et en veillant à la continuité de la prise en charge médicale des enfants.

38 ONU (2010).

39 ONU (2010).

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

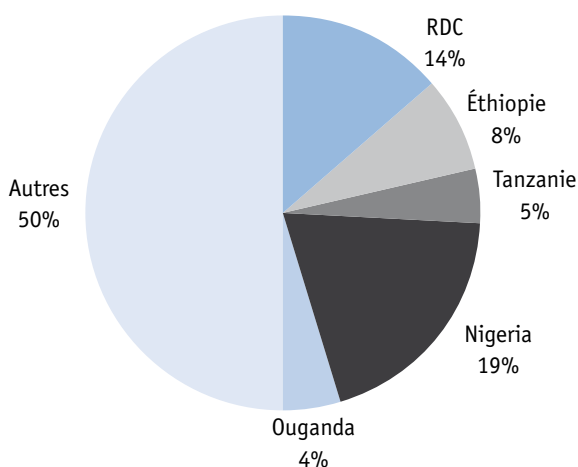
**Indicateur 4.1 - Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (U5MR)**

L'Afrique a enregistré une baisse de l'U5MR, qui est passé de 165 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 118 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009, soit une réduction de 28 pour cent en l'espace de 20 ans. Cette diminution se traduit par une réduction moyenne annuelle de 1,8 pour cent, jugé insuffisante pour permettre à l'ensemble du continent d'atteindre cette cible d'ici 2015 (IGME, 2010). Le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans légèrement reculé, à hauteur de 4 pour cent, passant de 4,2 millions de morts en 1990 à 4,1 millions en 2009. La RDC, l'Éthiopie, la Tanzanie, le Nigeria et l'Ouganda comptaient environ 50 pour cent (2,0 millions) des morts d'enfants de moins de 5 ans survenus en 2009 (Figure 23). Le Nigeria a identifié un certain nombre de facteurs contribuant à un U5MR élevé, en particulier, la baisse d'affectation des ressources et les inégalités dans l'accès aux services de santé. Dans le cas de la Tanzanie, les contraintes ont trait à l'insuffisance des ressources financières et humaines dans le secteur de la santé et l'absence de système de gestion des informations pour les besoins du suivi. Certains pays, tels que la Sierra Leone, ont lancé diverses initiatives publiques pour améliorer la santé maternelle et infantile afin de surmonter les difficultés suscitées par la défaillance des ressources financières et humaines (voir l'Encadré 4 sous l'OMD 5). Cependant, l'U5MR reste élevé dans la plupart des pays d'Afrique, 30<sup>40</sup>

40 Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie,

d'entre eux sur 53 ayant enregistré des taux de plus de 100 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009 (Figure 24). La lenteur des progrès en matière de réduction de la mortalité infantile est exacerbée par la forte croissance démographique dans les pays concernés.

**Figure 23 : Pays enregistrant la plus forte prévalence de décès des moins de 5 ans en Afrique, en 2009**

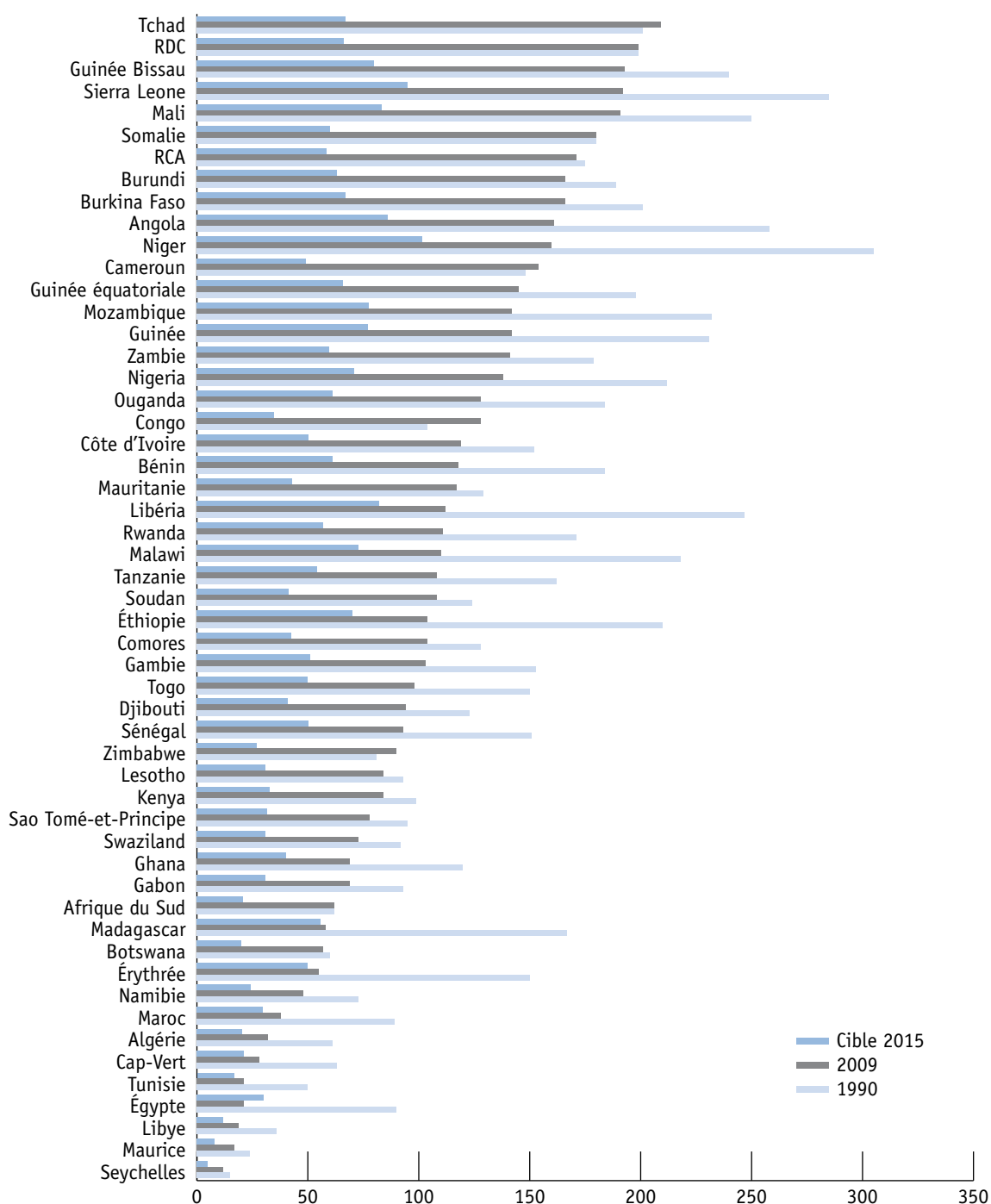


Source : IGME (2010).

Comme dans le cas des autres OMD, la moyenne régionale de cet indicateur masque de fortes disparités entre les différents pays. Les avancées enregistrées entre 1990 et 2009 indiquent que six pays (Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Libye, Maroc et Tunisie) sont en bonne voie pour réaliser l'objectif, étant parvenus à réduire le taux de mortalité parmi les moins de 5 ans de plus de 45 pour cent. Ce résultat est en grande partie imputable aux facteurs suivants : amélioration du niveau éducatif des mères ; renforcement des systèmes

Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, RCA, RDC, République du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad et Zambie.

Figure 24 : Progrès dans la réduction de l'U5MR, 1990, 2009 et 2015 (cible)



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

de santé par des politiques opérant un équilibre entre les interventions curatives et préventives ; accès amélioré aux services de santé ; et mise en œuvre de systèmes de suivi et d'évaluation fiables. De plus, parmi les pays qui ont réussi à réduire leur U5MR d'au moins 33 pour cent, cinq d'entre eux (Ghana, Madagascar, Namibie, Sénégal et Togo) figurent au nombre des pays jugés en bonne voie de réaliser l'OMD 4. Cependant la majorité des pays ne sont pas parvenus à progresser suffisamment pour réduire l'U5MR. Le Tchad et la RDC ont eu tendance à afficher un taux stationnaire ou à régresser au niveau de leur U5MR de 1990, principalement en raison de l'insuffisance des financements et des compétences professionnelles dans le secteur de la santé, et l'incapacité des politiques d'intervention du gouvernement à résoudre ces problèmes de manière efficace.

Le cas de l'Éthiopie, qui se situe dans le peloton de tête du fait d'avoir réussi à opérer une réduction de 50 pour cent du taux de l'U5MR entre 1990 et 2009, mérite d'être signalé (*Figure 25*). Cette réalisation doit être d'autant mieux appréciée à la lumière de la forte démographie en Éthiopie aussi bien qu'au Nigeria. En effet, dans ces deux pays, un taux U5MR initialement élevé avait rendu d'autant plus difficile le défi visant à la réduction de ce taux des deux tiers.

La *Figure 25* montre que neuf pays ont accompli des progrès jugés optimaux, en réduisant leur U5MR de 50 pour cent ou plus entre 1990 et 2009. L'Égypte a déjà atteint cette cible et d'autres pays en feront vraisemblablement autant d'ici 2015 si la tendance actuelle se confirme. Le nombre de pays ayant affiché un U5MR inférieur à 100 morts

pour 1 000 naissances vivantes est passé de 17 pays<sup>41</sup> en 1990 à 23 pays<sup>42</sup> en 2009.

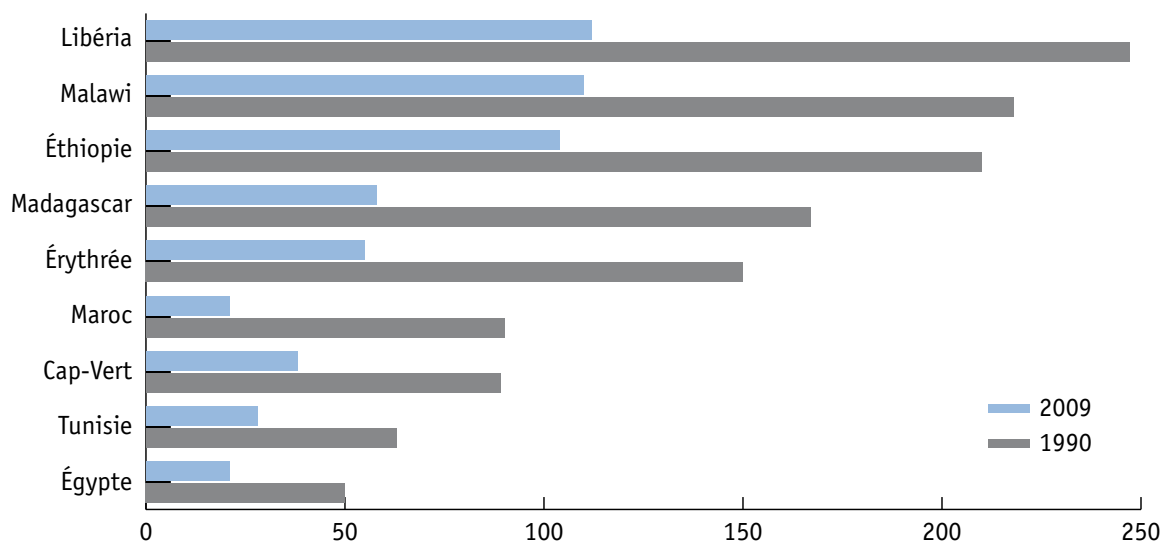
Les politiques d'intervention ayant abouti à de fortes réductions de l'U5MR sont spécifiques aux pays, mais certains points communs peuvent être notés. La volonté politique de réduire la mortalité infantile est cruciale à cet égard, car elle permet d'établir les priorités en termes d'allocations budgétaires afin de réduire la mortalité infantile et de mieux aiguiller les interventions à cette fin. Par exemple, l'Éthiopie a étendu le déploiement d'agents de santé dans les zones rurales en vue de fournir des informations et des recommandations en matière de nutrition et de vaccination, ainsi que des conseils aux mères sur les soins à prodiguer à leurs enfants. Le Malawi, quant à lui, a mis en œuvre un programme de lutte contre les maladies infantiles axé sur l'exploitation des synergies entre les différents organes d'exécution étatiques et non étatiques afin d'améliorer la coordination et le rendement (OMS, 2009).

Il convient de noter un fait particulièrement remarquable au niveau des pays les plus performants répertoriés dans cette liste. En effet, ces derniers comptent des États en situation de post-conflit, comme le Libéria et l'Érythrée, qui sont pourtant parvenus à faire baisser leur U5MR respectivement de 55 et de 63 pour cent. Dans le cas du Libéria, les ingrédients clés de sa bonne performance comprennent notamment un engagement infaillible de la part du leadership, des partenariats solides, une

41 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Égypte, Gabon, Kenya, Lesotho, Libye, Maurice, Maroc, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Swaziland, Tunisie et Zimbabwe.

42 Ces 23 pays comprennent les 17 mentionnés plus haut, ainsi que Djibouti, l'Érythrée, le Ghana, Madagascar, le Sénégal et le Togo.

Figure 25 : Les neuf pays les plus performants en matière de réduction de l'U5MR, 1990 et 2009



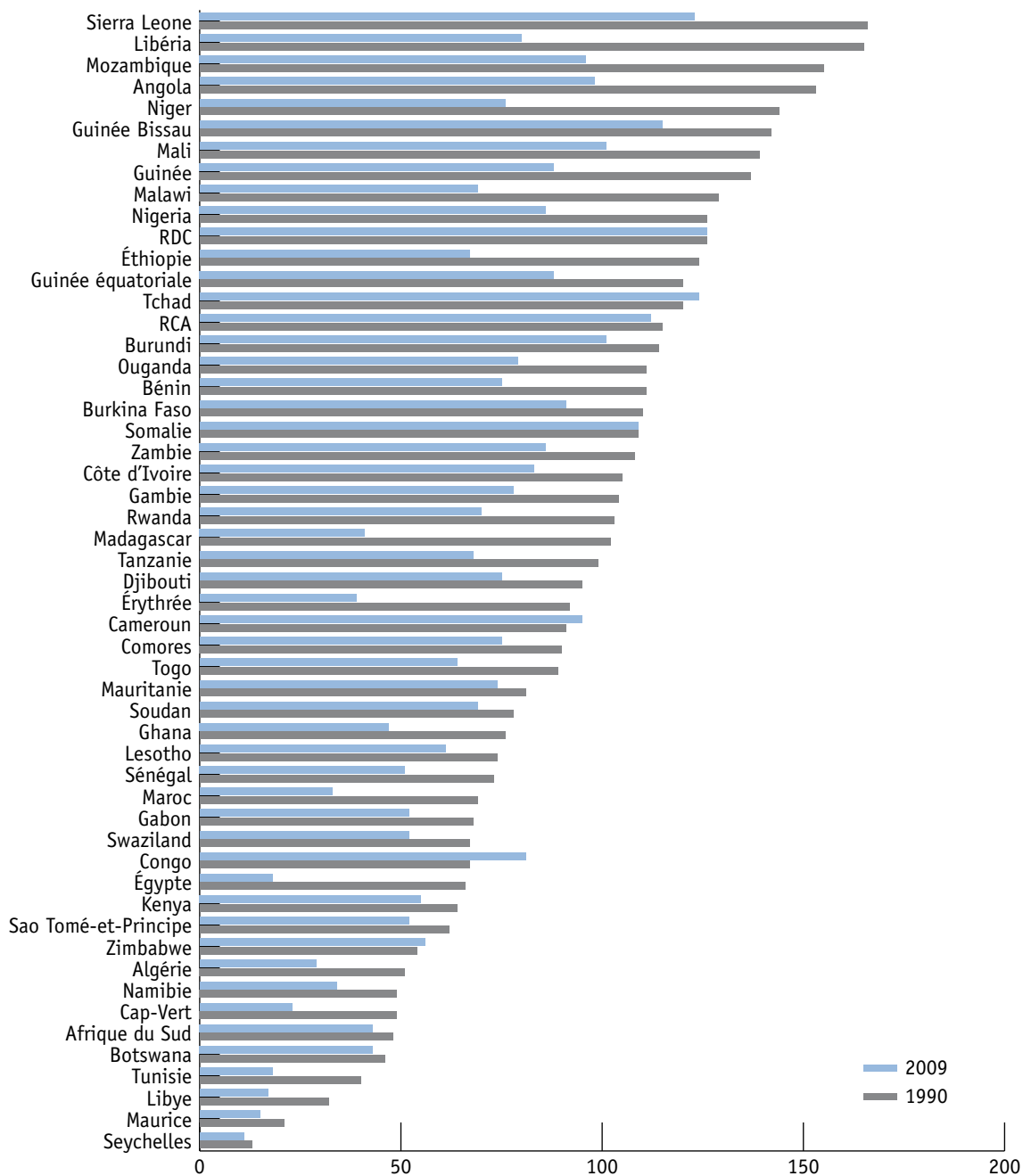
Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

fourniture de services améliorée, et incluent des facteurs secondaires tels que le développement d'infrastructures, des améliorations apportées à l'éducation formelle, une production alimentaire accrue et l'essor du secteur privé. Sur ce dernier point, le secteur privé est en mesure de jouer un rôle clé en offrant des salaires plus élevés, qui permettent aux ménages de mieux accéder aux services de santé. La baisse du taux de mortalité infantile en Érythrée s'explique par un recours renforcé à des interventions sanitaires clés telles que les immunisations, notamment la vaccination contre la rougeole, l'emploi de moustiquaires imprégnées pour combattre le paludisme, et la distribution de vitamine A et d'aliments complémentaires.

Pour accélérer les progrès relatifs à cet indicateur, il est indispensable de procéder à des interventions

ciblées visant les causes essentielles du problème. À travers le monde, quatre maladies seulement (pneumonie, diarrhée, paludisme et sida) ont causé 43 pour cent des décès d'enfants de moins de 5 ans. La plupart de ces vies auraient pu être sauvées par des mesures peu onéreuses de prévention et de traitement, notamment des antibiotiques contre les infections respiratoires aiguës, la réhydratation par voie buccale dans le cas de diarrhées, la vaccination et l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments antipaludiques. Il est urgent de recentrer l'attention sur la pneumonie et la diarrhée, qui constituent deux des trois principales causes de mortalité chez les enfants. Le recours à des outils innovants, tels que les vaccins antipneumococciques, donnerait une nouvelle impulsion à la lutte contre ces maladies courantes, mais mortelles. Utilisés conjointement à un intérêt renouvelé pour une nutrition appropriée, de tels

Figure 26 : Progrès dans la réduction du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 1990 et 2009



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

outils fournissent un point d'entrée à la revitalisation des programmes de soins complets.

#### **Indicateur 4.2 - Taux de mortalité infantile (TMI)**

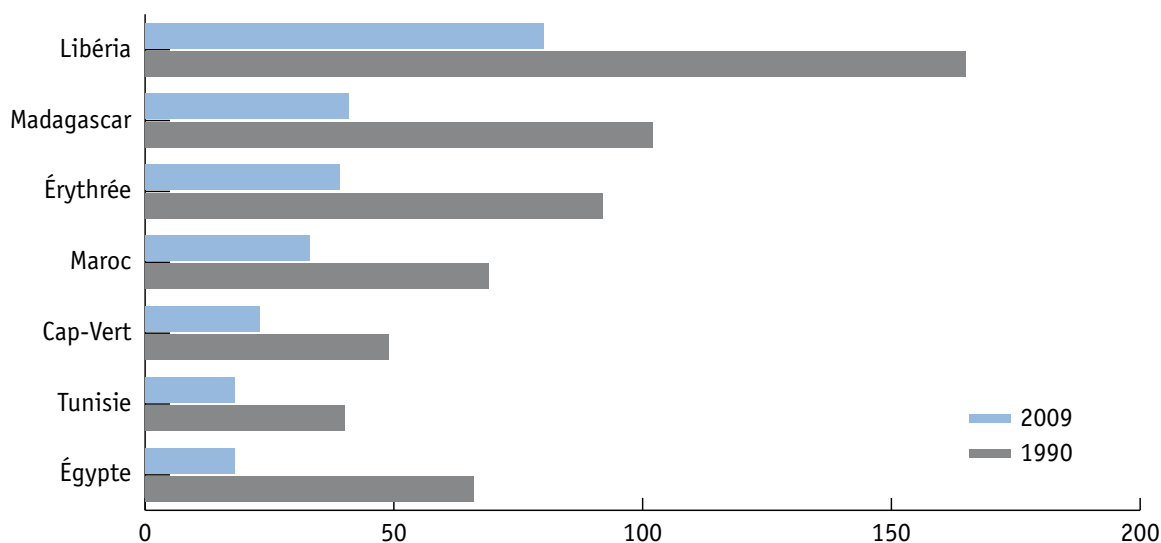
Le taux de mortalité infantile, c'est-à-dire le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une même année, affiche également une tendance à la baisse en Afrique, puisqu'il passe de 102 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 75 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009, soit une diminution de 26 pour cent en l'espace de 20 ans. À l'échelle du continent, le nombre réel de morts infantiles a accusé une légère baisse de 2 pour cent, avec 2,64 millions de décès en 1990 contre 2,59 millions en 2009. Le nombre total de décès d'enfants de moins d'un an en Afrique, hors Afrique du Nord a toutefois atteint 2,5 millions, ce qui représente la fraction inquiétante de 97 pour cent du total

des morts infantiles survenues sur l'ensemble du continent en 2009.

Le chiffre agrégé du TMI pour l'ensemble du continent révèle de fortes disparités entre pays. La majorité des pays africains ont réalisé quelques avancées, quoique timides, au niveau de cet indicateur. Quarante-sept pays ont ainsi enregistré, entre 1990 et 2009, des réductions du TMI allant de 3 à 73 pour cent (*Figure 26*).

La *Figure 27* montre les sept pays les plus performants en matière de réduction du TMI d'au moins 50 pour cent entre 1990 et 2009. La sous-région d'Afrique du Nord montre la voie, avec trois de ses membres (Maroc, Tunisie et Égypte) dans le peloton de tête des sept pays les plus performants sur 20 ans. Il convient de noter que le Libéria et l'Érythrée, qui figurent tous deux sur cette liste,

**Figure 27 : Les sept pays les plus performants en matière de réduction du TMI, 1990 et 2009**



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

sont des pays en situation de post-conflit. Cela démontre non seulement que les conflits entraînent des taux élevés de mortalité infanto-juvénile, mais aussi qu'il est possible d'aboutir à des changements positifs significatifs grâce à une volonté politique forte qui se traduit par l'adoption de mesures d'intervention adéquates.

Parmi les sept pays les plus performants en termes de réduction du TMI en Afrique entre 1990 et 2009, trois se situent en Afrique du Nord (Égypte, Maroc et Tunisie), deux en Afrique de l'Ouest (Cap-Vert et Libéria) et deux en Afrique de l'Est (Madagascar et Érythrée). Les sous-régions de l'Afrique centrale et de l'Afrique australe ne sont pas répertoriées sur cette liste. En outre, parmi les trois pays (Cameroun, Tchad et Zimbabwe) où le TMI a augmenté, deux appartiennent à l'Afrique centrale (*Figure 28*). Ces chiffres peuvent être indicateurs de taux de prévalence élevés de maladies telles que le paludisme, qui

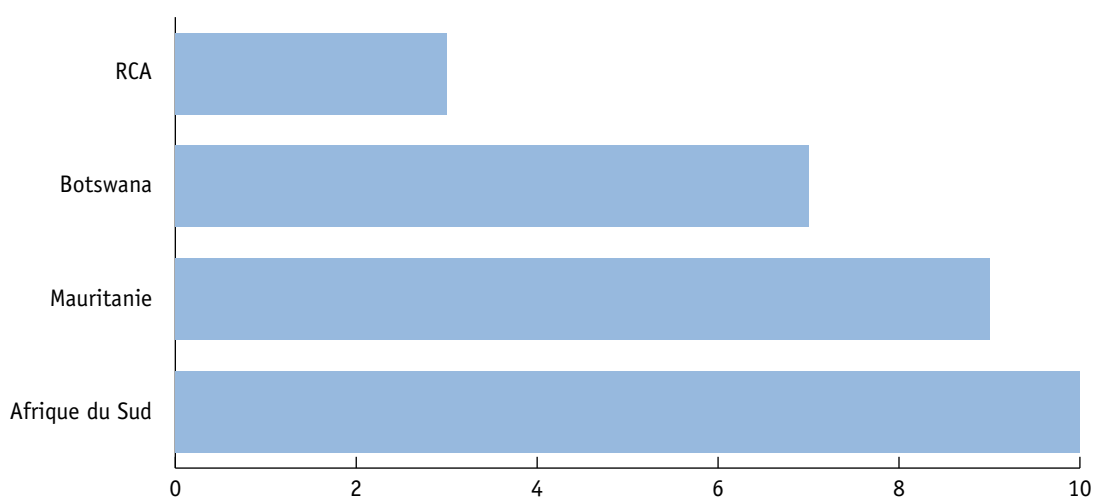
est responsable de la majorité des décès d'enfants dans la sous-région et d'une insuffisance des capacités requises pour réagir à ce fléau.

Dans l'ensemble, les efforts visant à réduire le taux de mortalité infantile et l'U5MR nécessiteront des systèmes intégrés de prise en charge des mères et des enfants, ainsi qu'une extension de la couverture d'immunisation.

#### **Indicateur 4.3 - Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole**

Au vu du potentiel offert par la vaccination contre la rougeole pour réduire le TMI, la couverture de vaccination de routine contre la rougeole a été sélectionnée comme indicateur des progrès vers la réalisation de l'ODM 4. De plus, la couverture de vaccination contre la rougeole est souvent utilisée comme valeur de substitution pour mesurer l'accès aux services de santé infantile. En Afrique,

**Figure 28 : Les quatre pays les moins performants en matière de réduction du TMI, 1990-2009 (réductions de 10 % ou moins)**



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

la rougeole constitue la première cause de mort des enfants, devant le sida, la tuberculose et le paludisme (OMS, 2009).

Bien que la couverture de vaccination contre la rougeole en Afrique ait été étendue de sorte à atteindre 84 pour cent des enfants en 2009 contre 54 pour cent en 1990, cette avancée n'est pas jugée suffisante pour garantir la survie des enfants. Les taux de vaccination contre la rougeole à l'échelle du continent varient selon les pays, certains ayant déployé davantage d'efforts pour étendre cette couverture. Ainsi, 17 pays<sup>43</sup> ont signalé des taux de couverture de 90 pour cent ou plus alors que trois pays (Nigeria, Somalie et Tchad) ont enregistré une couverture de vaccination inférieure à 50 pour cent en 2009. Cependant, l'évolution de la couverture de vaccination a accusé un recul entre 1990 et 2009 dans certains pays (Figure 29)<sup>44</sup>. La diminution de la couverture de vaccination y a été diversement imputée à des conflits, des pratiques traditionnelles et un accès insuffisant aux soins de santé.

Une stratégie de vaccination par dose unique ne suffira pas pour prévenir les épidémies de rougeole. Dans les pays ne disposant pas de systèmes de santé solides, une seconde dose est fournie dans le cadre de campagnes destinées à garantir une meilleure couverture de vaccination. Entre 2000 et 2008, les actions combinées d'immunisation de routine et d'offre d'un second vaccin ont permis

43 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Égypte, Ghana, Libéria, Libye, Malawi, Maurice, Maroc, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, RCA, Tanzanie, Tunisie et Zambie.

44 Des inversions de tendance ont été enregistrées à ce titre, entre 1990 et 2009, dans les pays suivants : Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Comores, Djibouti, Guinée équatoriale, Gabon, Kenya, RCA et Zambie.

de réduire sensiblement le taux de mortalité dû à la rougeole. Les projections indiquent toutefois qu'en l'absence de campagnes de vaccination complémentaires, ce taux risque de remonter rapidement, entraînant quelque 1,7 million de décès liés à la rougeole de 2010 à 2013. Cependant, il devrait être possible de consolider les gains exceptionnels obtenus à ce jour, à condition d'y consacrer les financements nécessaires, d'appliquer une volonté politique affirmée et de mettre en œuvre une stratégie de vaccination de seconde dose efficace dans les pays prioritaires.

Dans l'ensemble, on constate des avancées sur les trois indicateurs mesurant les progrès des pays en direction de la réalisation de l'OMD 4. Malgré ces résultats, et étant donné que la plupart des décès d'enfants sont évitables, les pays africains sont tenus de revitaliser leurs efforts en mettant en place une action globale et intégrée destinée à lutter contre les principales maladies responsables de la mortalité infantile, telles que la rougeole, la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et le sida. Cette démarche doit s'effectuer dans le cadre du renforcement des systèmes de santé de manière à de garantir la continuité des soins.

## OBJECTIF 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

Lors de la Réunion de haut niveau de septembre 2010 sur les OMD, les dirigeants du monde se sont inquiétés de la lenteur des progrès en matière d'amélioration de la santé maternelle et reproductive et de réduction de la mortalité maternelle. Ils ont néanmoins salué les efforts régionaux qui avaient été entrepris pour relever ces défis.

La Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA)