

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.

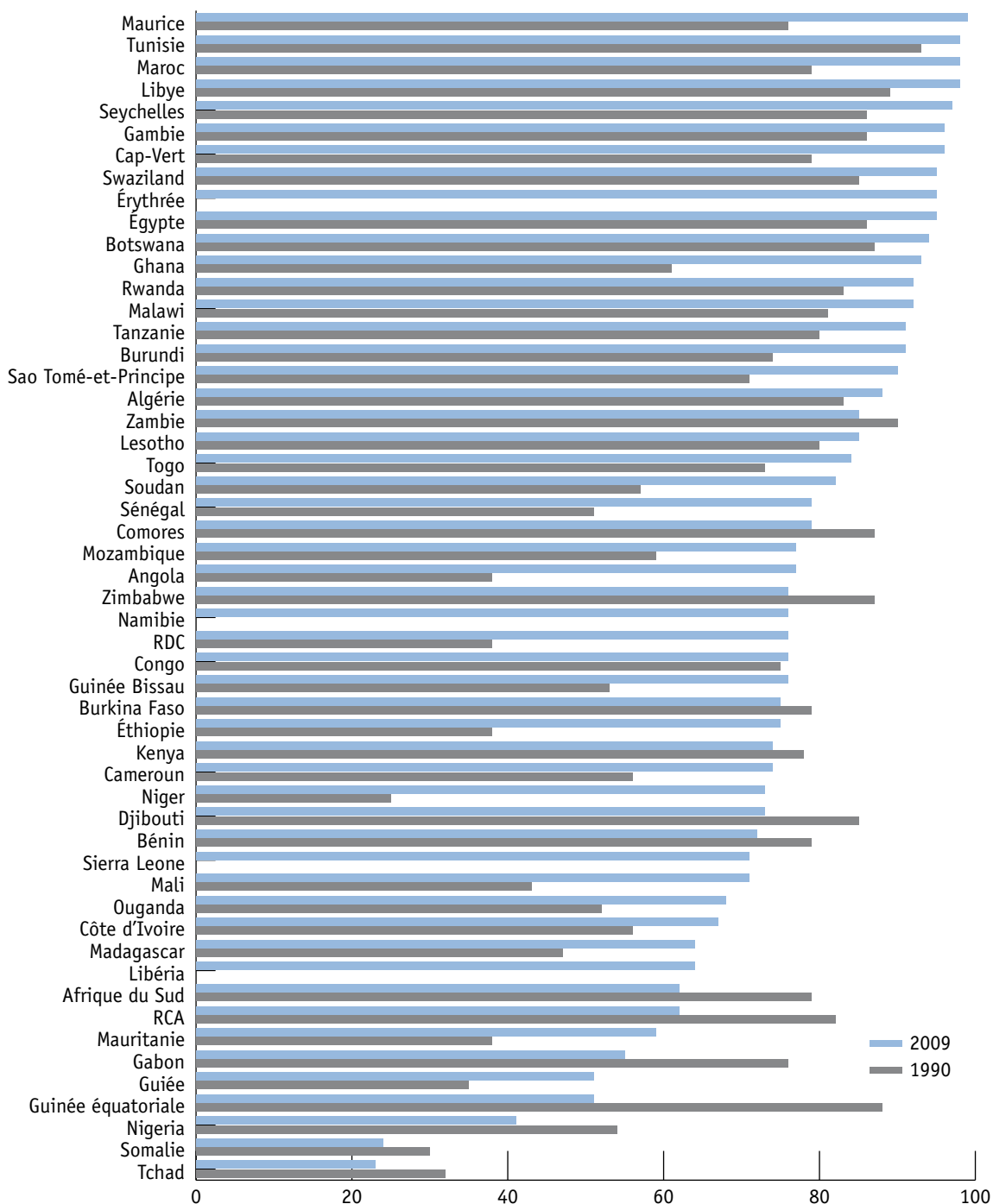
Dans l'ensemble, on constate des avancées sur les trois indicateurs mesurant les progrès des pays en direction de la réalisation de l'OMD 4. Malgré ces résultats, et étant donné que la plupart des décès d'enfants sont évitables, les pays africains sont tenus de revitaliser leurs efforts en mettant en 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)

Figure 29 : Progrès dans la vaccination contre la rougeole dans des pays d'Afrique, 1990-2009 (%)



Source : OMS (2010)

est une initiative remarquable à cet égard. Lancée par l'Union africaine en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et d'autres agences des Nations Unies en mai 2009, elle a été mise en œuvre dans 26 pays<sup>45</sup>, pour la période 2010/11, sous le slogan « *Afrique : Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie* ». Tous ces pays ont instauré des interventions de suivi de la santé maternelle, néo-natale et infantile afin de réduire la morbidité et la mortalité.

Les leaders africains se sont également engagés à accroître les budgets alloués au secteur de la santé. Plusieurs pays se sont consacrés à la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja de 2001, dans laquelle les chefs d'État et de gouvernement africains avaient convenu d'affecter un minimum de 15 pour cent de leur budget au secteur de la santé, dans un effort destiné à activer les OMD liés à la santé. Fin 2010, six pays (Botswana, Burkina Faso, Libéria, Madagascar, Rwanda et Tanzanie) avaient tenu promesse et plusieurs autres étaient en bonne voie pour cela<sup>46</sup>. Dans ce contexte, certains pays (notamment le Burundi,

le Ghana et la Sierra Leone) ont pris des engagements conséquents en vue de supprimer les frais à payer pour recevoir les soins de santé maternelle. D'autres ont prévu des subventions ou des plans de protection dans ce domaine (voir *l'Encadré 4*). Ces initiatives font écho au sentiment prédominant lors du quinzième Sommet de l'Union africaine, à Kampala, qui a réaffirmé la nécessité d'augmenter les budgets alloués aux soins de santé maternelle et infantile. Plusieurs pays, dont le Ghana et l'Ouganda, ont adopté des Cadres d'accélération des OMD (CAO) afin d'identifier les goulots d'étranglement qui entravent la mise en œuvre de certaines interventions prioritaires spécifiques (voir *l'Encadré 4*).

Bien que le manque de données sur la santé maternelle continue grandement d'entraver le suivi des progrès, les informations disponibles suggèrent que les progrès accomplis ne seront pas suffisants pour réaliser cet objectif d'ici la date cible.

#### **Cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle**

##### ***Indicateur 5.1 : Taux de mortalité maternelle (TMM)***

Le taux de mortalité maternelle, qui constitue la mesure la plus courante de la santé maternelle, reste un grand défi pour l'Afrique, notamment en comparaison avec le reste du monde. Bien que toutes les régions en développement aient enregistré des progrès sensibles à cet égard durant ces deux dernières décennies (*Figure 30*), la baisse du pourcentage annuel moyen du TMM mondial n'était que de 2,3 pour cent entre 1990 et 2008, bien en deçà des 5,5 pour cent requis pour réaliser la cible OMD y afférente. Et si l'on examine les chiffres pour l'Afrique (hors Afrique du Nord), l'on

45 Bénin, Botswana, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, RCA, République du Congo, RDC, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Huit de ces pays ont lancé la campagne en 2009, à savoir, le Ghana, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Rwanda, le Swaziland et le Tchad.

46 Fin 2009, le ratio des dépenses de santé par rapport aux dépenses publiques totales pour le Botswana, le Burkina Faso, le Libéria, Madagascar, le Rwanda et la Tanzanie étaient respectivement de 16,7, 16,3, 17,2, 15,1, 16,8 et 18,1 pour cent. Dans quatre autres pays (Djibouti, Namibie, Sao Tomé-et-Principe et Tchad), ce pourcentage avait progressé régulièrement et devrait bientôt atteindre la cible de 15 pour cent. En 2009, ces pays avaient consacré respectivement 13,8, 13,9, 14,5 et 13,2 pour cent de leur budget au secteur de la santé (OMS, 2010b).

#### Encadré 4 : Accélération des progrès vers la réalisation de l'OMD 5 - Le Cadre d'accélération des OMD (CAO) en Ouganda et la Free Health Care Initiative (Initiative de soins de santé gratuits) en Sierra Leone

Alors que la plupart des pays d'Afrique ne parviennent pas à avancer à un rythme suffisant pour améliorer leur TMM, certains pays ont lancé des initiatives innovantes pour accélérer les progrès vers la réalisation de l'OMD 5.

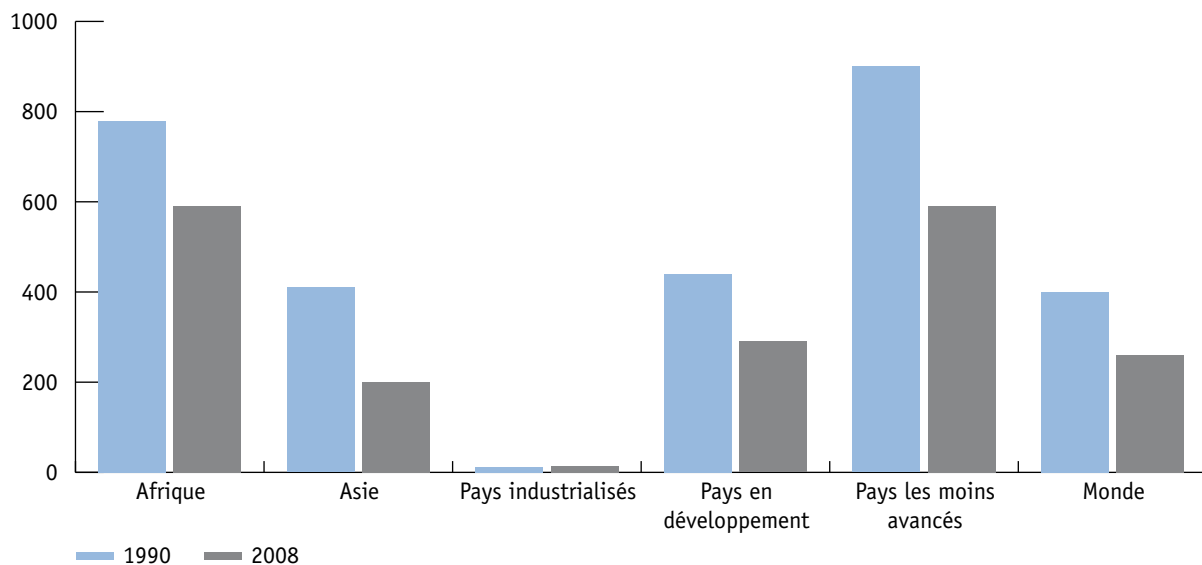
**Ouganda :** en Ouganda, les effets d'accélération contribuent à la mise en œuvre de la Maternal Health Roadmap (Feuille de route de la santé maternelle), initialement conçue en 2007. Le Cadre d'accélération des OMD (CAO) vise à équilibrer les activités génératrices de bienfaits immédiats et celles qui produisent des avantages à long terme et qui permettent de pérenniser les améliorations en matière de santé maternelle. Ainsi, une campagne de recrutement efficace a été mise en œuvre au sein des Commissions de la fonction publique au niveau des districts pour pallier à l'insuffisance des effectifs en personnel de santé. Le CAO explore également les moyens d'améliorer la prestation de services en transférant certaines responsabilités, jusqu'alors assumées par les médecins, au personnel infirmier ou assistant. Ces deux initiatives devraient produire des résultats à court terme. Par ailleurs, dans une perspective de plus longue durée, une stratégie visant à promouvoir l'éducation scientifique des filles afin de constituer une réserve de sages-femmes compétentes est en cours d'examen.

À l'échelon local, le district de Soroti situé dans la partie est du pays, à 320 km de Kampala, a adopté une Initiative Pour une grossesse à moindre risque (MPS), inspirée de l'OMS, qui est susceptible de fournir de nombreux enseignements pour le Cadre d'accélération de l'OMD 5. Ce district s'efforce de faire baisser la mortalité maternelle en adoptant une approche multisectorielle pour éliminer tous les goulots d'étranglement à l'échelle du système, et non seulement ceux qui sont liés à la santé. Mis à part les trois types de retard qui interviennent au cours d'une grossesse (retard dans la décision de solliciter des soins, retard dans l'accès aux soins et retard dans l'obtention des soins), il existe d'autres facteurs non sanitaires qui contribuent à un accouchement en toute sécurité. Par conséquent, les actions menées dans le district de Soroti comportent différents volets : (i) éduquer les femmes et les prestataires de services de santé sur les signes de danger à guetter chez les femmes sur le point d'accoucher ; (ii) améliorer les routes afin de faciliter l'accès des femmes enceintes aux maternités ; et (iii) prévoir des ambulances qui soient prêtes pour le transport des femmes sur le point d'accoucher. D'après les statistiques de l'OMS, ces mesures ont permis de réduire de 75 pour cent le nombre de morts maternelles dans le district de Soroti, qui est passé de 750 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 190 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006. De manière analogue, 43 pour cent des femmes vivant à Soroti accouchent aujourd'hui avec l'assistance d'un travailleur de santé formé, contre 26 pour cent avant le démarrage du projet MPS.

**Sierra Leone :** en avril 2010, la Sierra Leone a introduit la Free Health Care Initiative (FHCI), une initiative de soins de santé gratuits ciblant les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de 5 ans. L'initiative vise à assurer un ensemble de services groupés, délivrés gratuitement dans l'établissement de santé. Le gouvernement espère renforcer la FHCI en ratifiant une Convention sur la sécurité sociale (National Health Compact) qui garantit que tous les investissements dans les soins de santé, existants et futurs, reposent sur une stratégie nationale de la santé unique. Cette politique devrait protéger les engagements des partenaires, améliorer l'harmonisation de l'aide, favoriser la coordination entre le gouvernement, les parties prenantes nationales et les partenaires du développement, renforcer la transparence et la redevabilité mutuelle de tous les partenaires du développement, et réduire la complexité et les frais de transaction liés aux prestations des services de santé. Ce faisant, la Sierra Leone s'est engagée à poursuivre son effort de réduction du TMM, qui a baissé de 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 857 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008.

Sources : *Uganda National MDG Report, 2010 ; Sierra Leone National MDG Report, 2010*

**Figure 30 : Taux de mortalité maternelle dans des régions sélectionnées du monde (pour 100 000 naissances vivantes), 1990 et 2008**



Sources : données compilées à partir des données de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA et la Banque mondiale (2010).

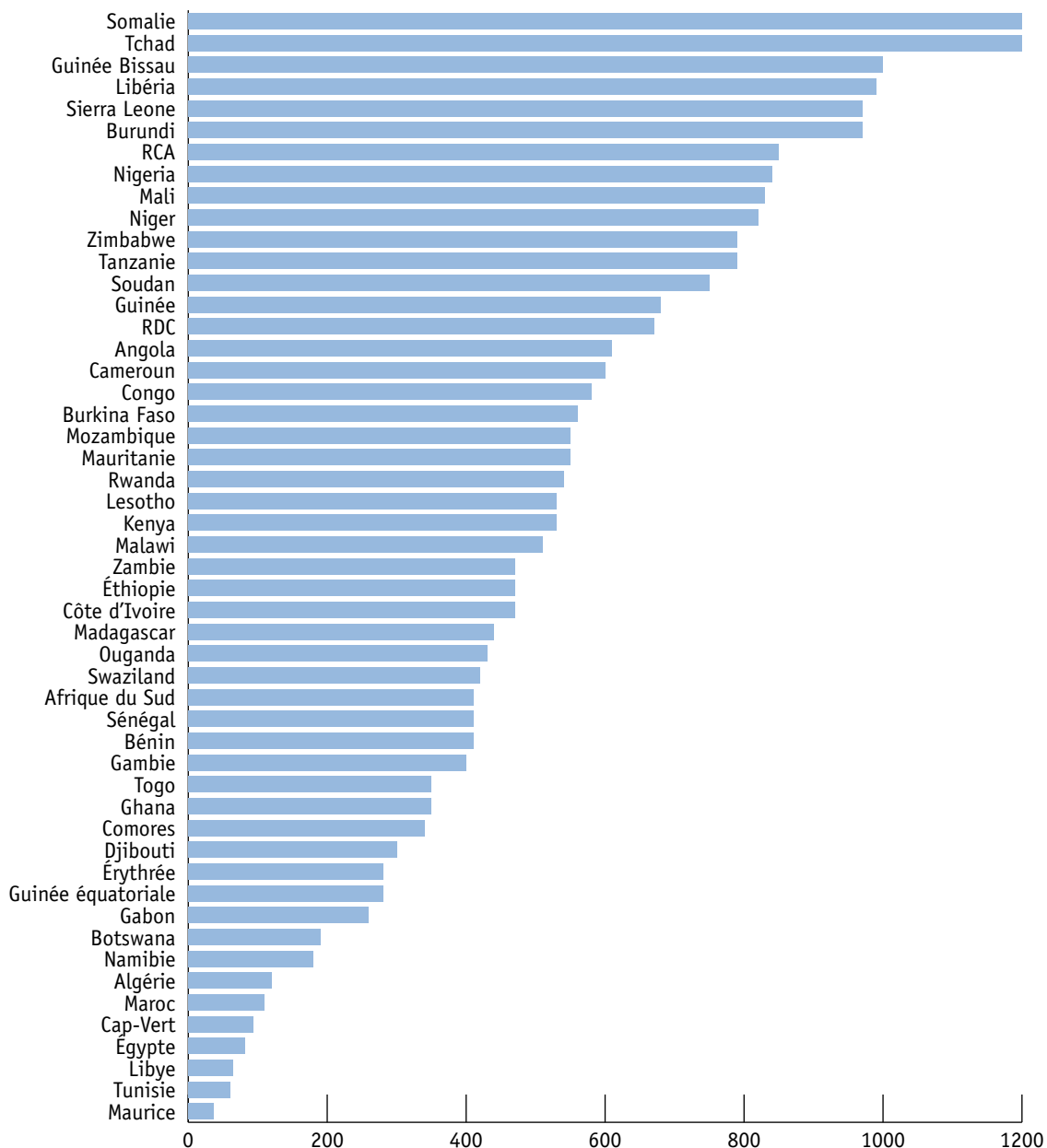
constate une diminution du taux annuel moyen du TMM de 1,7 pour cent, résultat inférieur à celui de toutes les autres régions. En revanche, l’Afrique du Nord a progressé bien mieux que les autres sous-régions puisqu’elle a enregistré une baisse de 59 pour cent du TMM entre 1990 et 2008, contre une moyenne de 26 pour cent seulement pour le reste du continent<sup>47</sup>.

En 2008, trois pays d’Afrique (Guinée-Bissau, Somalie et Tchad) en situation de conflit ou de post-conflit ont enregistré des TMM exceptionnellement élevés, dépassant les 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Quant aux pays détenant les meilleures performances au niveau de cet indicateur, cinq d’entre eux (Cap-Vert, Égypte,

Libye, Maurice et Tunisie) ont réalisé des TMM inférieurs à 100 décès pour 100 000 naissances vivantes. Parmi les pays restants, 21 ont enregistré un TMM de 100 à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes et 22 autres un TMM allant de 500 à 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes (*Figure 31*).

<sup>47</sup> Voir OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale (2010).

**Figure 31 : Taux de mortalité maternelle pour des pays africains sélectionnés (pour 100 000 naissances vivantes), 2008<sup>48</sup>**



Sources : données compilées à partir des données de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale (2010).

48 Les estimations nationales du taux de mortalité maternelle peuvent différer des estimations de l'UNSD du fait que le Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (réunissant l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale) réajuste les estimations nationales pour tenir compte des défauts des dispositifs de signalement de la mortalité maternelle dans les différents pays. Ainsi, dans le cas de l'Algérie, l'estimation nationale était initialement de 81,4 décès pour 100 000 naissances. Après réajustement, elle a été corrigée par l'IGME à 120 décès pour 100 000 naissances.

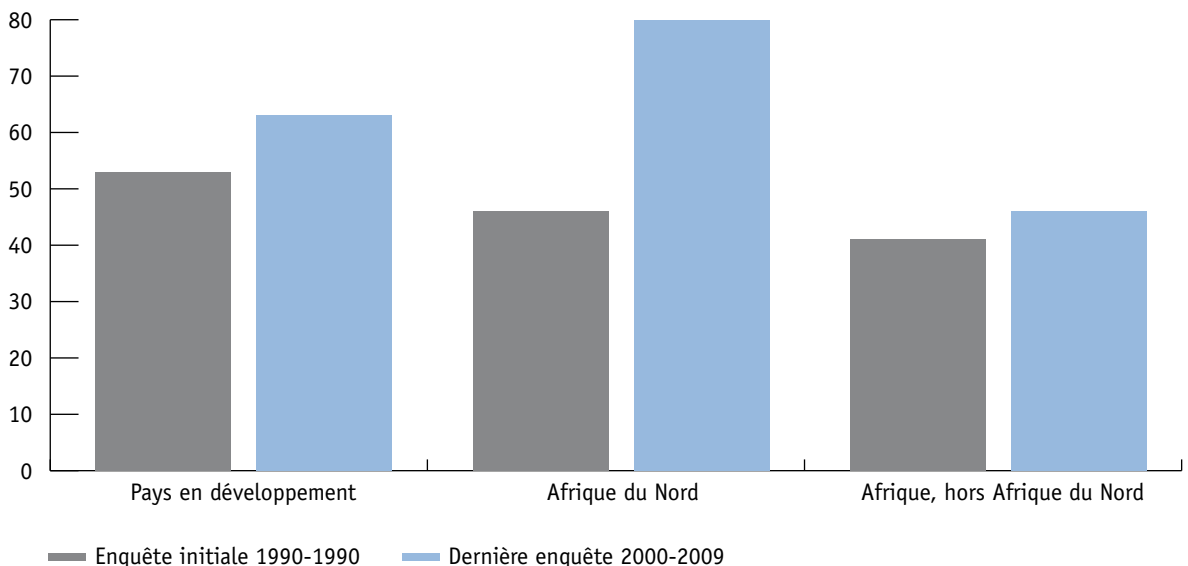
**Indicateur 5.2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié**

L'assistance pendant l'accouchement influence le résultat de l'opération ainsi que l'état de santé de la mère et du nouveau-né pendant et après l'accouchement. La compétence et l'efficacité du personnel soignant déterminent son aptitude à gérer ou non les complications éventuelles et à observer les pratiques d'hygiène. La qualité des services d'assistance à l'accouchement influe également sur la décision de la mère de solliciter l'assistance d'un professionnel de la santé. Comme le montre la *Figure 30* ci-dessus, les accouchements sont particulièrement risqués en Afrique (hors Afrique du Nord) car plus de la moitié des femmes enceintes y accouchent sans soins spécialisés. Pendant les années 1990-2009, les progrès enregistrés au titre de cet indicateur ont été soutenus en Afrique

du Nord (voir la *Figure 32*), mais lents sur le reste du continent. La proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est actuellement plus faible en Afrique (hors Afrique du Nord) que dans le reste des régions du monde en développement.

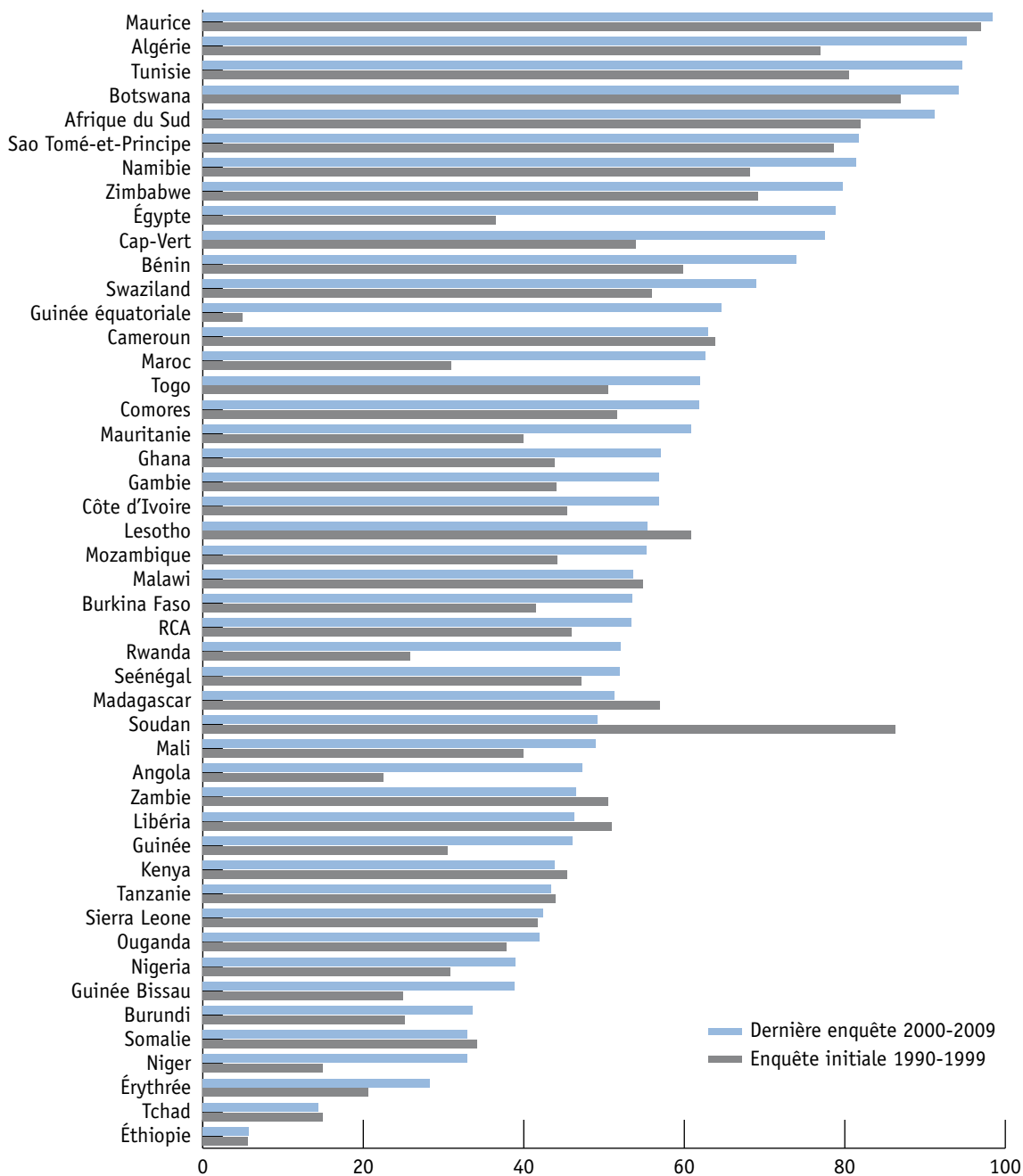
Le traitement des problèmes liés à la santé maternelle est une question complexe, qui pose d'innombrables difficultés en matière de soins de santé, tant du point de vue de l'offre que de la demande. La mortalité maternelle est en grande partie imputable à trois types de retard qui interviennent dans le processus de la grossesse : retard dans la décision de solliciter des soins, retard dans l'accès aux soins, et retard dans l'obtention des soins. Le premier retard se manifeste au niveau de la demande, c'est-à-dire qu'il provient de la mère, alors que les deux

**Figure 32 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par région, 1990-1999 et 2000-2009 (%)**



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

**Figure 33 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié pour des pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (%)**



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

autres types de retard sont essentiellement associés à l'offre. La distance jusqu'à l'établissement de santé est un indicateur relatif à l'offre, mais il affecte également la demande en matière de soins maternels, étant donné que la difficulté d'accès à un tel établissement du fait de son éloignement peut dissuader une femme enceinte de chercher à se faire soigner. Du point de vue de l'offre, la disponibilité, la qualité et le coût des services de soins exercent un impact manifeste sur l'incidence de mortalité maternelle. Du point de vue de la demande, le coût des services, la qualité des soins (tant réelle que perçue), la confiance accordée au personnel soignant et les barrières culturelles risquent d'empêcher de nombreuses femmes de solliciter des soins, même lorsque les services de santé sont disponibles.

Alors que la plupart des stratégies visant à réduire le TMM se concentrent sur le déploiement d'équipements en plus grand nombre et sur une offre de services moins onéreuse à l'intention des femmes enceintes, une stratégie efficace consisterait à renforcer la demande pour de tels services, notamment en formant des sages-femmes traditionnelles vivant en milieu rural aux pratiques de l'obstétrique moderne, et en s'appuyant sur la confiance qui existe entre les sages-femmes et les autres femmes de la communauté dans ce type d'environnement.

Par ailleurs, d'importantes différences existent entre les différents pays africains quant à la performance de cet indicateur. Dans les six pays les moins performants (Burundi, Érythrée, Éthiopie, Niger, Somalie et Tchad), seul un tiers des femmes accouchent en présence d'un personnel de santé qualifié. D'autres pays (Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Somalie et Zambie) n'ont pas enregistré de progrès au niveau de cet indicateur

quand ils n'ont pas régressé. Le Soudan a accusé une baisse spectaculaire sur ce plan, passant de 86,3 pour cent en 1990-1999 à 49,2 pour cent en 2000-2009. Cette chute est certainement due à la poursuite des conflits dans ce pays. Au vu des résultats de l'enquête portant sur les années 2000-2009, les pays les mieux performants à cet égard (c'est-à-dire les pays où 75 pour cent de femmes au moins reçoivent une assistance qualifiée pendant l'accouchement) sont comme suit (par ordre de classement) : Maurice, Algérie, Tunisie, Botswana, Afrique du Sud, Sao Tomé-et-Principe, Namibie, Zimbabwe, Égypte et Cap-Vert (*Figure 33*). Parmi ces pays performants, seul Sao Tomé-et-Principe appartient à la catégorie des pays les moins avancés (PMA).

#### **Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015<sup>49</sup>**

Le suivi et le signalement des taux de prévalence contraceptive, des taux de grossesse chez les adolescentes, de la couverture des soins prénatals et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont extrêmement difficiles à réaliser en Afrique. En effet, les taux de prévalence contraceptive ne sont normalement enregistrés que pour les femmes mariées et ne couvrent pas toutes les méthodes contraceptives modernes. En outre, une proportion importante des grossesses adolescentes n'est pas déclarée, et les accouchements en dehors des établissements de santé sont au moins aussi fréquents parmi les adolescentes que parmi les femmes

49 Cette cible a été adoptée lors du Sommet mondial des Nations Unies de 2005 et de l'examen à mi-parcours des progrès accomplis dans la réalisation des OMD, mais elle n'est effective que depuis 2007, après avoir été rendue opérationnelle par le Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD.

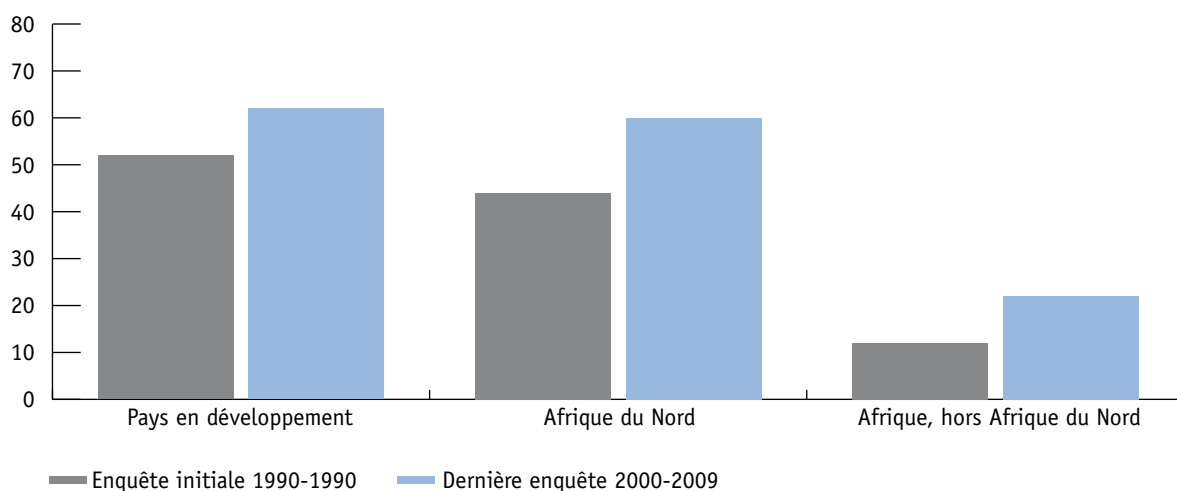
adultes. Nonobstant l'édition précédente du *Rapport OMD 2010 - Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*, et la publication récente de nouvelles données pour 2010, on ne dispose guère de séries chronologiques générales sur ces indicateurs et il n'est donc pas possible de proposer une synthèse des progrès réalisés à ce titre depuis 1990. Les données présentées ci-dessous sont les mêmes que celles qui ont été présentées dans le rapport 2010, mais différents aspects des progrès obtenus y ont été évalués.

**Indicateur 5.3 : Taux de prévalence contraceptive pour personnes mariées (Taux de contraception)**

Le taux de prévalence contraceptive (TPC), qui représente le pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ayant recours à une méthode contraceptive, est relativement élevé en Afrique

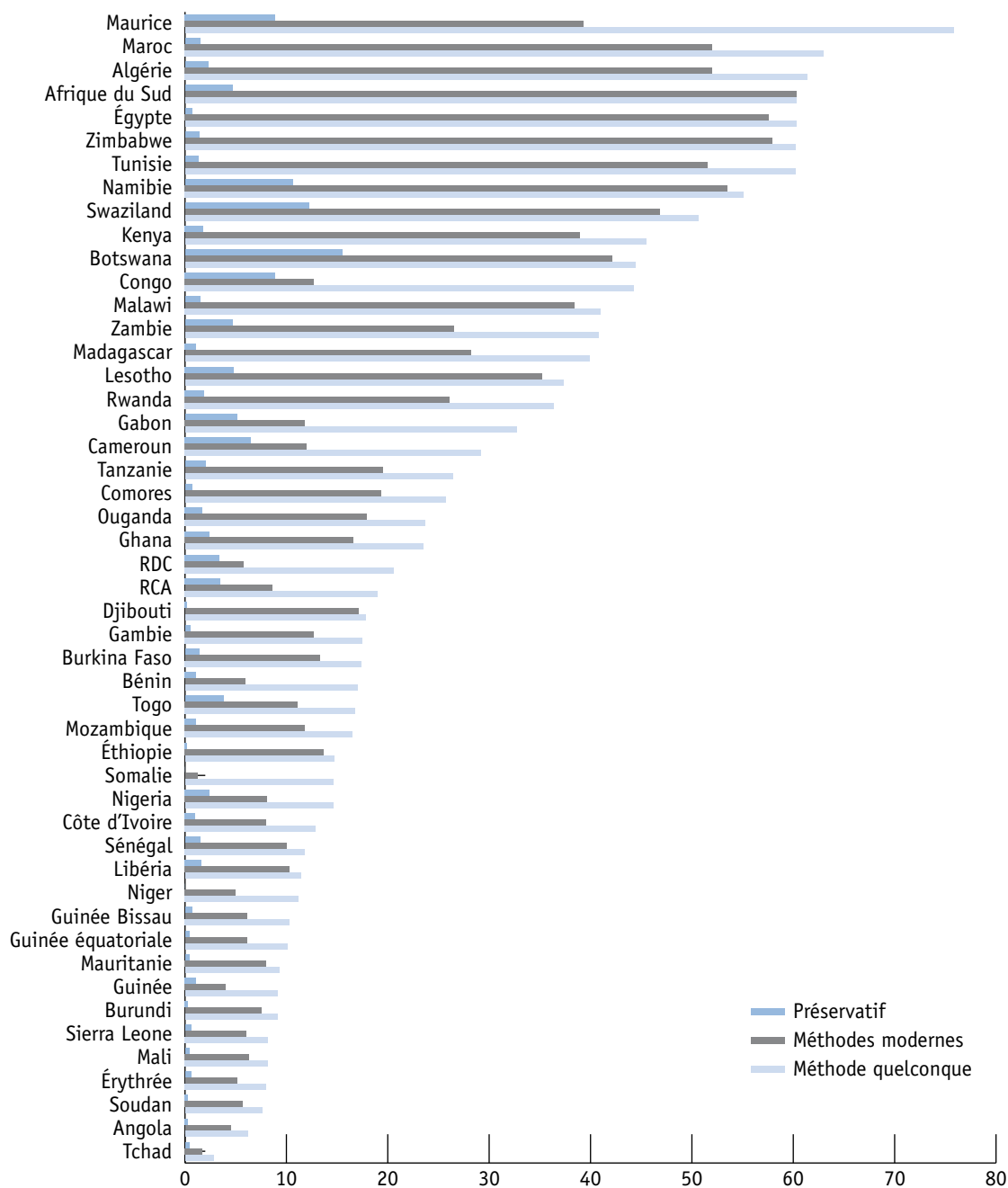
du Nord (60 pour cent) par comparaison au reste du continent (22 pour cent) (*Figure 34*). Le TPC reflète la capacité des femmes à planifier le moment où elles souhaitent avoir des enfants ainsi que le nombre de ceux-ci. Au cours de la période 1990-2009 pour laquelle l'enquête la plus récente a été menée, l'utilisation de contraceptifs chez les femmes a augmenté dans presque tous les pays africains. Les taux de prévalence contraceptive les plus élevés (plus de 30 pour cent) ont été enregistrés dans les 12 pays suivants : Algérie, Afrique du Sud, Botswana, Égypte, Kenya, Malawi, Maurice, Maroc, Namibie, Swaziland, Tunisie et Zimbabwe (*Figure 35*). Le recours au préservatif est encore relativement faible, son taux d'utilisation le plus élevé est au Botswana (15,5 pour cent). Comme signalé sous l'*Indicateur 5.6 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale*, il est très important de prendre en considération, dans l'utilisation de contraceptifs, le point de vue de la demande aussi bien que de l'offre.

**Figure 34 : Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, 1990-1999 et 2000-2009**



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Figure 35 : Différents types de contraceptifs utilisés par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 2000-2009



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Qu'une femme souhaite espacer ses grossesses ou ne plus avoir d'enfants, sa motivation aura un impact décisif sur le type de contraceptif qu'elle choisira. Afin d'en accroître l'usage, il importe non seulement de rendre les contraceptifs plus aisément disponibles et plus abordables (du point de vue de l'offre), mais aussi de sensibiliser le public cible aux divers types de contraceptifs et à la manière dont ceux-ci peuvent répondre aux besoins spécifiques des femmes (influence exercée sur la demande).

#### **Indicateur 5.4 : Taux de natalité parmi les adolescentes**

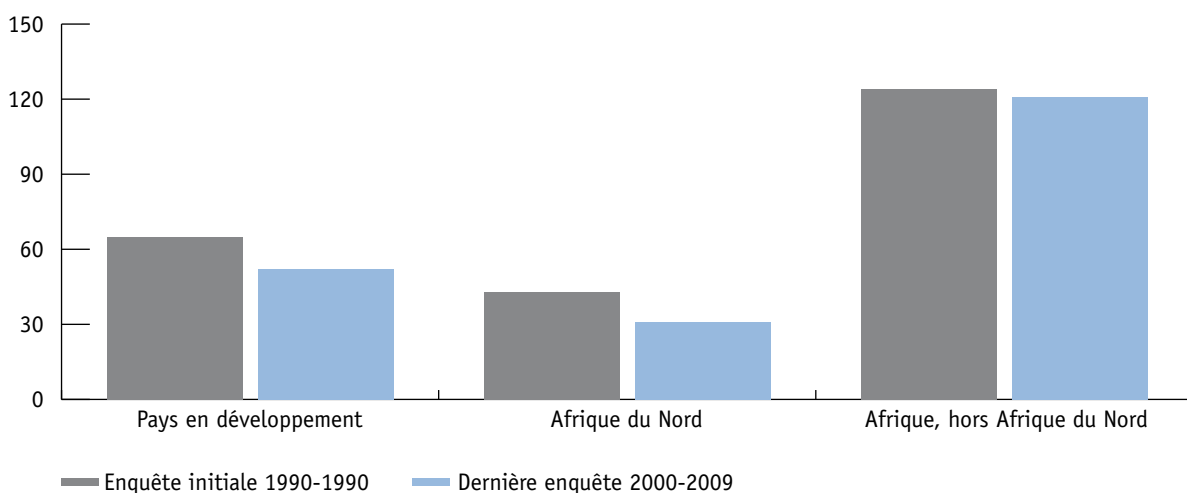
Au plan mondial, le taux de natalité le plus élevé parmi les adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) est observé en Afrique (hors Afrique du Nord) et aucune amélioration n'a été constatée dans ce domaine entre 1990 et 2009 (Figure 36). En fait, il n'y a pas eu de diminution sensible du taux de

natalité parmi les adolescentes entre la période 1990-1999 (124 naissances pour 1 000 femmes) et la période 2000-2009 (121 naissances pour 1 000 femmes). Les taux de natalité les plus élevés (plus de 150 naissances pour 1 000 femmes) sont constatés dans dix pays africains : Angola, Guinée, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Tchad et Zambie. Des taux de natalité de cette ampleur parmi les adolescentes contribuent à aggraver les taux de mortalité maternelle.

#### **Indicateur 5.5 : Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)**

Les soins prénatals sont efficaces pour prévenir les issues défavorables, à condition d'y avoir recours à un stade précoce de la grossesse et de les poursuivre jusqu'au moment de l'accouchement. La détection précoce des problèmes en cours de grossesse permet d'orienter les patientes présentant des

**Figure 36 : Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 1990-1999 et 2000-2009**



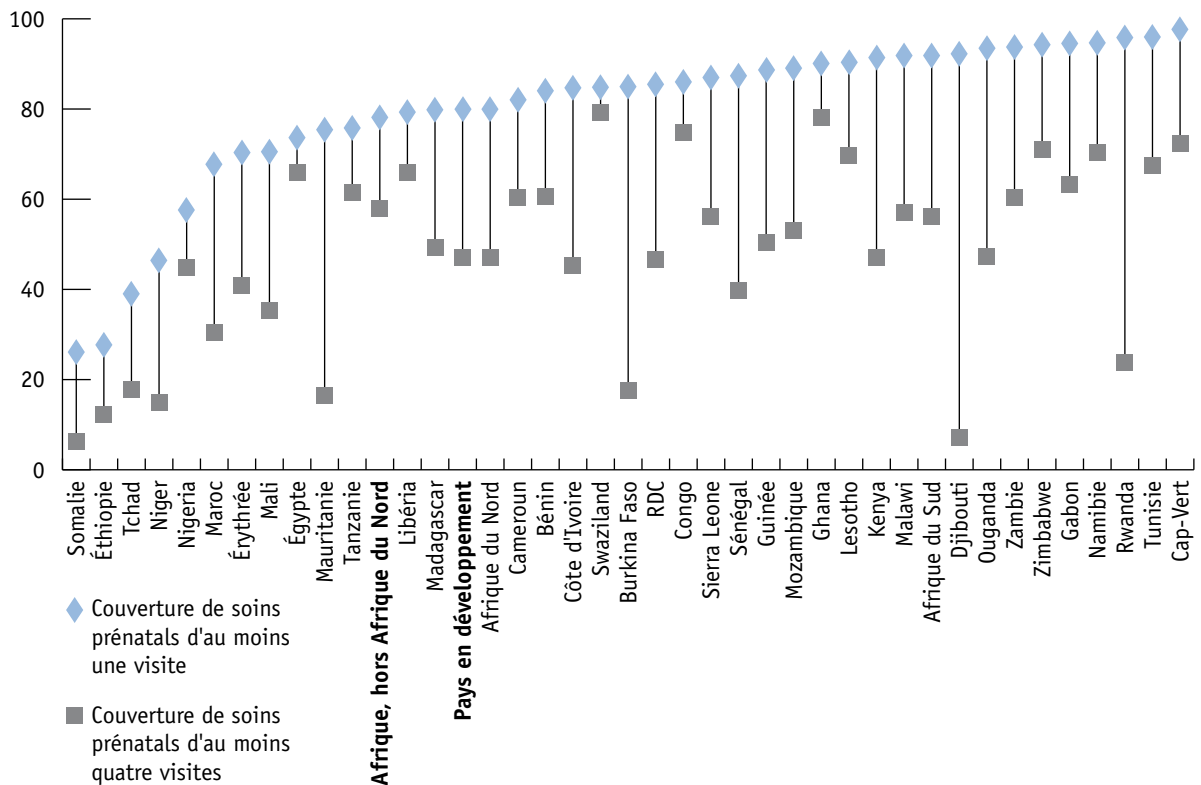
Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

risques ou des complications vers des spécialistes de manière opportune. En outre, une prise en charge prénatale au bon moment augmente les chances de la femme enceinte d'accoucher en présence d'un personnel qualifié, ce qui améliore d'autant l'issue de l'accouchement. Cela est particulièrement vrai en Afrique, où une partie importante de la population vit dans des zones rurales et où les barrières physiques et culturelles continuent à freiner la fourniture des soins médicaux.

Des gains remarquables ont été enregistrés à travers le continent dans le domaine des soins

prénatals. La proportion des femmes ayant consulté un travailleur de santé qualifié au moins une fois pendant leur grossesse a augmenté respectivement de 25 pour cent en Afrique du Nord et de 69,6 pour cent dans le reste du continent pendant la période 2000-2009. Dans des circonstances normales, l'OMS recommande qu'une femme enceinte ayant une grossesse sans complications effectue au moins quatre visites de soins prénatals, dont la première devrait avoir lieu durant le premier trimestre de sa grossesse. Toutefois, comme l'illustre la *Figure 37* ci-dessous, dans seulement 14 pays (Bénin, Cameroun, Cap-Vert, Égypte,

**Figure 37 : Nombre de visites de soins prénatals auprès de professionnels de la santé, selon des enquêtes menées dans 38 pays africains, 2000-2009 (en % de femmes enceintes)**



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

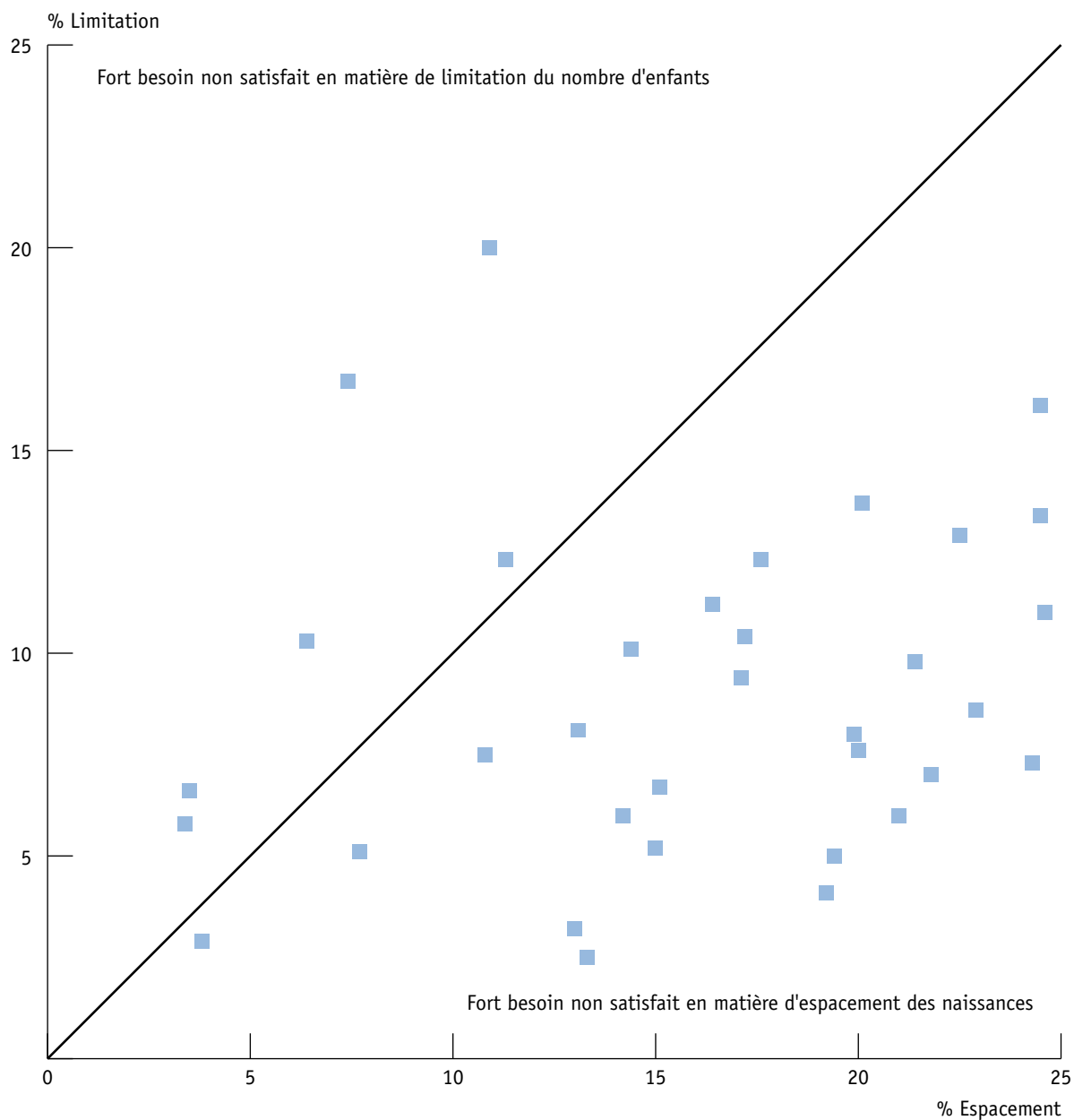
Gabon, Ghana, Lesotho, Libéria, Namibie, République du Congo, Swaziland, Tanzanie, Tunisie et Zimbabwe) sur les 38 pour lesquels des données sont disponibles, y a-t-il eu un pourcentage supérieur à 60 pour cent de femmes ayant bénéficié des quatre visites recommandées, et ce, pendant la période 2000-2009.

**Indicateur 5.6 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale**

La proportion de femmes souhaitant ne plus procréer ou désireuses de retarder la conception de leur prochain enfant donne une mesure grossière des besoins en matière de planification familiale. Il est à noter que ces femmes ne sont pas toutes exposées à un risque de grossesse et que certaines d'entre elles utilisent déjà des contraceptifs. Les femmes souhaitant ne pas avoir d'enfant dans les deux années à venir ou au-delà ou entendant éviter toute grossesse sans toutefois pratiquer la contraception sont réputées avoir un « besoin non satisfait en matière de planification familiale ». Les femmes enceintes seront réputées avoir un besoin non satisfait en matière d'espacement des naissances ou de limitation du nombre d'enfants dans leur famille si leurs grossesses ne surviennent pas en temps voulu ou sont indésirables. Similairement, les femmes aménorrhéiques, qui ne peuvent pas tomber enceintes, seront considérées comme ayant un besoin non satisfait si la naissance de leur dernier enfant n'est pas intervenue au moment souhaité ou si elle était indésirable. Les femmes ayant actuellement recours à la planification familiale sont réputées avoir satisfait à un besoin de planification familiale. La demande totale en services de planification familiale couvre les deux catégories de femmes : celles aux besoins satisfaits et celles aux besoins non satisfaits.

Tous les pays d'Afrique enregistrent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La *Figure 38* classe les pays africains en deux groupes : le premier comprend deux pays (Lesotho et Swaziland) présentant un important besoin non satisfait en matière de limitation du nombre d'enfants, et dans lesquels plus de 15 pour cent des femmes ne souhaitent plus avoir d'enfant. Le second groupe réunit 18 pays où le besoin d'espacer les naissances (éprouvé par plus de 15 pour cent des femmes) n'est pas satisfait. Il s'agit des pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Ouganda, RDC, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Zambie. Le graphique montre que dans l'ensemble, ces pays ont un besoin d'espacement des naissances plus important que leur besoin d'arrêter la procréation. Cependant, la plupart d'entre eux comptent au moins 5 pour cent de femmes ne souhaitant plus avoir d'enfant. De plus, la divergence entre les pays où règne un besoin non satisfait de limitation des naissances et ceux où prédomine le besoin d'espacer les naissances n'est pas sans conséquence en matière de politique. En effet, les pays où le besoin de limitation des naissances est le plus important doivent privilégier les méthodes de planification familiale permanentes, à effet prolongé, telles que les dispositifs intra-utérins (DIU) ou la stérilisation féminine. Quant aux pays où le besoin non satisfait le plus important concerne l'espacement des naissances, il appartient à ceux-ci d'opter pour les méthodes de contraception à court terme, telles que la pilule ou le préservatif. L'évaluation du pourcentage des femmes relevant de chaque type de besoin non satisfait focalise l'attention sur la demande en matière de services de santé. Cela est indispensable pour permettre au pays concernés de planifier leurs politiques sanitaires à bon escient.

**Figure 38 : Besoin non satisfait en matière de planification familiale dans 34 pays africains, selon des enquêtes nationales, 2000-2009**



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

## OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Les efforts visant à combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de l'OMD 6 ont abouti à des avancées indéniables en termes de prévention et de traitement. L'Objectif 6 affiche désormais de bien meilleurs progrès que dans les années précédentes grâce à la performance améliorée des fonds mondiaux, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cependant, la réalisation de l'Objectif 6 nécessite que cette progression soit consolidée pour ce qui est des cibles 6.A et 6.B, et accélérée au niveau de la cible 6.C.

### **Cible 6.A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle**

Selon le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du sida 2010* (ONUSIDA, 2010), le VIH et le sida sont aujourd'hui mieux maîtrisés que jamais. Les avancées pour endiguer la pandémie du VIH et du sida ont été significatives dans la plupart des pays africains, tant au niveau de la prévention de nouvelles infections que de la mise à disposition de médicaments antirétroviraux aux personnes infectées.

L'ONUSIDA estime que la prévalence du VIH/sida en Afrique (hors Afrique du Nord) est tombée à 5,0 pour cent en 2009, par comparaison à 5,9 pour cent en 2001<sup>50</sup>. Mais cela ne s'est pas traduit par une diminution du nombre effectif de personnes vivant avec le VIH/sida en raison de la croissance démographique. En effet, fin 2009, 22,5 millions

50 Il convient de noter que les données de l'ONUSIDA regroupent l'Afrique du Nord et les pays arabes, de sorte qu'il n'est pas possible de fournir des chiffres séparés pour l'Afrique du Nord.

de personnes vivaient avec le VIH/sida en Afrique contre 20,3 millions fin 2001 (*Tableau 5*). Bien que le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH (incidence<sup>51</sup>) baisse régulièrement depuis la fin des années 1990, cet effet est moins important que la diminution de la mortalité liée au sida (1 300 000 décès en 2009 contre 1 400 000 en 2001), rendue possible grâce à un recours croissant aux TAR ces dernières années. Cette régression encourageante du nombre de morts liés au sida signifie que les patients survivent plus longtemps à la maladie. Ils sont donc classés comme vivant avec le VIH.

Malgré une tendance globalement positive dans les progrès vers la réalisation de la cible 6.A, les résultats ne sont pas encourageants pour tous les pays africains, certains ayant enregistré des revers, tant au niveau de la prévention que du traitement (*Encadré 5*). Il faut aussi s'inquiéter de ce que le nombre des enfants vivant avec le VIH est en train de croître (augmentation de 500 000 cas entre 2001 et 2009), car ce phénomène ne reflète pas la disponibilité accrue des TAR pour les enfants (voir la cible 6.B).

L'incidence du VIH a diminué de 25 pour cent entre 2001 et 2009 dans 22 pays africains (hors Afrique du Nord). Aussi, la progression de l'accès aux traitements antirétroviraux a-t-elle contribué, depuis 2001, à un recul de 19 pour cent du nombre de morts parmi les personnes vivant avec le VIH.

51 L'incidence renvoie au nombre de nouvelles infections, alors que la prévalence se rapporte au nombre total d'infections. L'incidence est un meilleur indicateur de l'évolution d'une épidémie, car il ne tient compte que des nouvelles infections, alors que la prévalence couvre également les décès liés à l'infection.