

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 2001⁵⁰. 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 (incidence⁵¹) 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.

Tableau 5 : Statistiques du VIH/sida pour l'Afrique (hors Afrique du Nord), 2001 et 2009

Année	Personnes vivant avec le VIH (million)	Personnes nouvellement infectées par le VIH (million)	Enfants vivant avec le VIH (million)	Décès liés au sida (million)
2009	22,5	1,8	2,3	1,3
2001	20,3	2,2	1,8	1,4

Source : ONUSIDA (2010).

Cependant, la prévalence du VIH parmi les adultes⁵² a augmenté entre 2001 et 2009 en Afrique du Sud, en Angola, en Gambie, en Guinée-Bissau, en Guinée équatoriale, à Maurice, au Mozambique, au Sénégal, en Sierra Leone, en Somalie, au Swaziland et au Tchad (*Figure 39*). De plus, aussi importantes que soient les améliorations réalisées dans ce domaine, la prévalence du VIH parmi les adultes est toujours plus élevée en Afrique que dans les autres régions du monde, comme l'indique la *Figure 40*.

Le rapport de l'ONUSIDA montre que les épidémies donnant lieu au plus grand nombre de personnes infectées en Afrique (par opposition au taux de prévalence), c'est-à-dire en Afrique du Sud, en Éthiopie, au Nigeria, en Zambie et au Zimbabwe, sont désormais stabilisées ou montrent des signes de déclin.

Indicateur 6.1 : Taux de prévalence du VIH⁵³ dans la population âgée de 15 à 24 ans

Les enquêtes menées par l'ONUSIDA indiquent que le taux d'incidence est le moins élevé chez les

52 L'ONUSIDA considère comme adulte toute personne âgée d'au moins 15 ans.

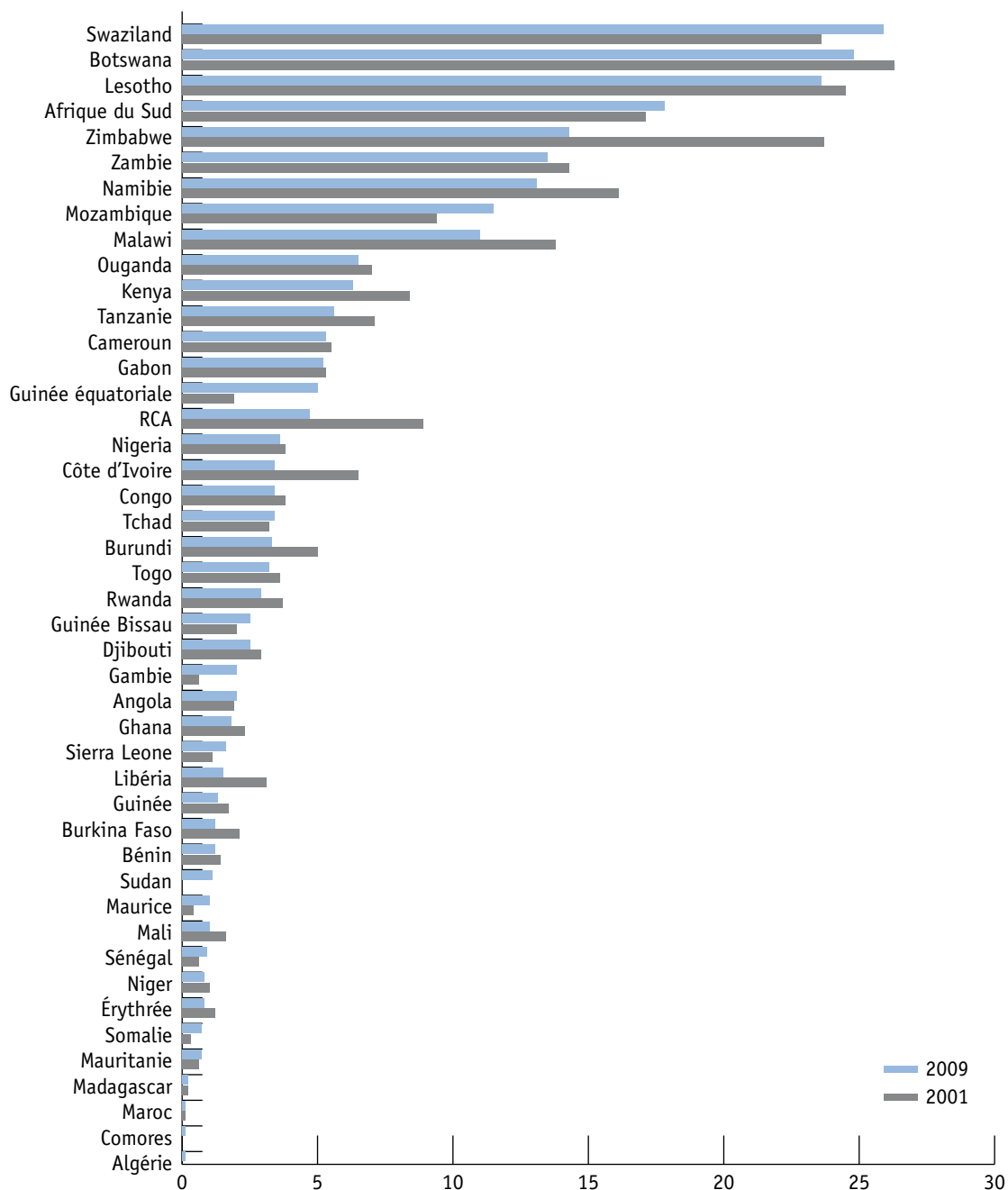
53 Comme il n'existe pas de nouvelles données de prévalence pour ce groupe d'âge, les progrès ont été évalués ici en utilisant les taux d'incidence.

jeunes âgés de 18 ans. En effet, ce taux a nettement baissé dans cette tranche d'âge, passant de 1,8 pour cent en 2005 à 0,8 pour cent en 2008 (ONUSIDA, 2010). De récentes analyses fournissent des preuves supplémentaires de la diminution de l'incidence du VIH et de l'adoption de comportements sexuels moins risqués parmi les jeunes. Les enquêtes nationales pertinentes indiquent que cinq pays (Afrique du Sud, Botswana, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) semblent afficher un recul sensible de la prévalence du HIV chez les jeunes des deux sexes. La modification des comportements sexuels (y compris l'usage accru de préservatifs, l'augmentation de l'âge du premier rapport sexuel et la diminution du nombre de partenaires multiples) contribue à expliquer la baisse encourageante du nombre de nouvelles infections par VIH dans les pays africains.

Indicateur 6.2 : Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

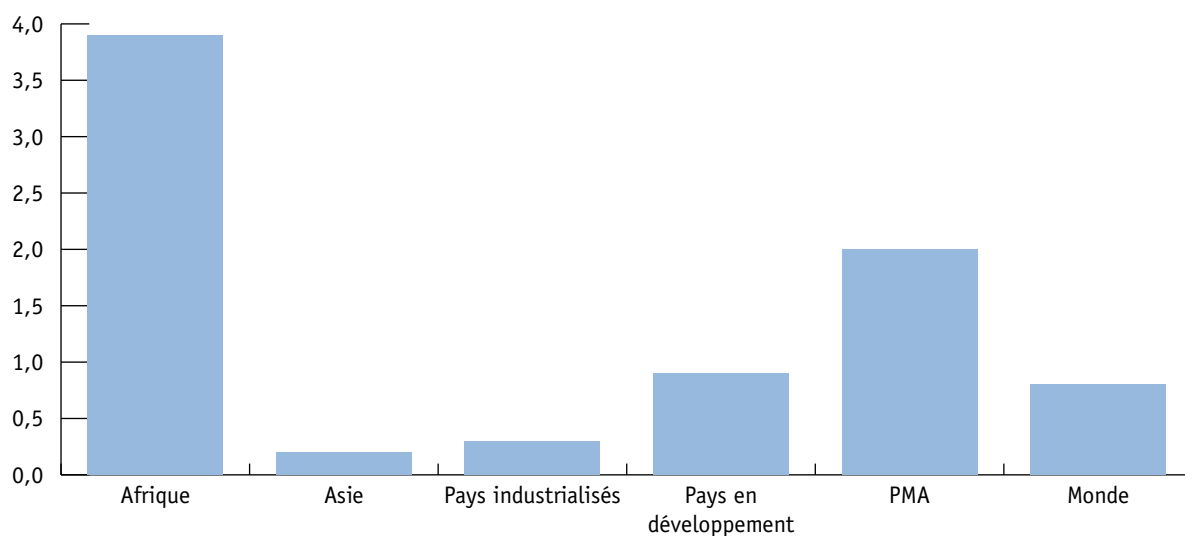
Une nette amélioration des comportements sexuels a été notée dans de nombreux pays africains, particulièrement chez les jeunes. Par exemple, en Zambie, où l'incidence du VIH a baissé de plus de 25 pour cent entre 2001 et 2009, il y eu une réduction du nombre d'adultes jeunes et d'âge mûr ayant des partenaires multiples. Une

Figure 39 : Prévalence du VIH parmi les adultes dans les pays africains, 2001 et 2009 (%)



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

Figure 40 : Prévalence du VIH parmi les adultes, par région mondiale, 2009 (%)



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

autre diminution a été constatée au niveau de la proportion des hommes et des femmes de 15 à 24 ans ayant eu plusieurs partenaires sexuels pendant les 12 mois précédents et qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque.

Les données relatives aux tendances qui se dégagent des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) montrent que l'utilisation du préservatif est en hausse en Afrique. Mais malgré cette tendance positive, l'emploi du préservatif dans les rapports à haut risque reste minime sur le continent, en raison de divers facteurs, dont les barrières culturelles et les déséquilibres liés au genre. En plus, les chiffres agrégés dans ce domaine masquent de très grandes disparités entre les groupes urbains et ruraux et les différentes tranches d'âge. Une autre complication tient au fait que l'usage du préservatif est très difficile à négocier dans le cadre

d'un mariage ou d'une relation stable⁵⁴, car des rapports à haut risque peuvent aussi intervenir dans un tel contexte du fait de l'infidélité de l'un des conjoints.

Dans une série d'enquêtes nationales récentes, il apparaît qu'au moins 80 pour cent des hommes au Botswana ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport à haut risque. À l'autre extrémité du spectre, 14 pays africains signalent des taux d'utilisation du préservatif de 20 pour cent ou moins par les personnes des deux sexes ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année écoulée. Ce faible emploi du préservatif concerne des pays à forte prévalence tels que l'Éthiopie, le Malawi, l'Ouganda, la RDC, le Rwanda et la Tanzanie. Cela illustre la

54 Voir la Figure 35 (Objectif 5) pour l'emploi du contraceptif parmi les femmes mariées. Les taux d'utilisation du préservatif sont bien inférieurs aux chiffres indiqués, qui portent sur l'ensemble des méthodes de contraception.

Encadré 5 : Revers dans la lutte contre le VIH/sida - Études de cas du Mozambique et de l'Ouganda

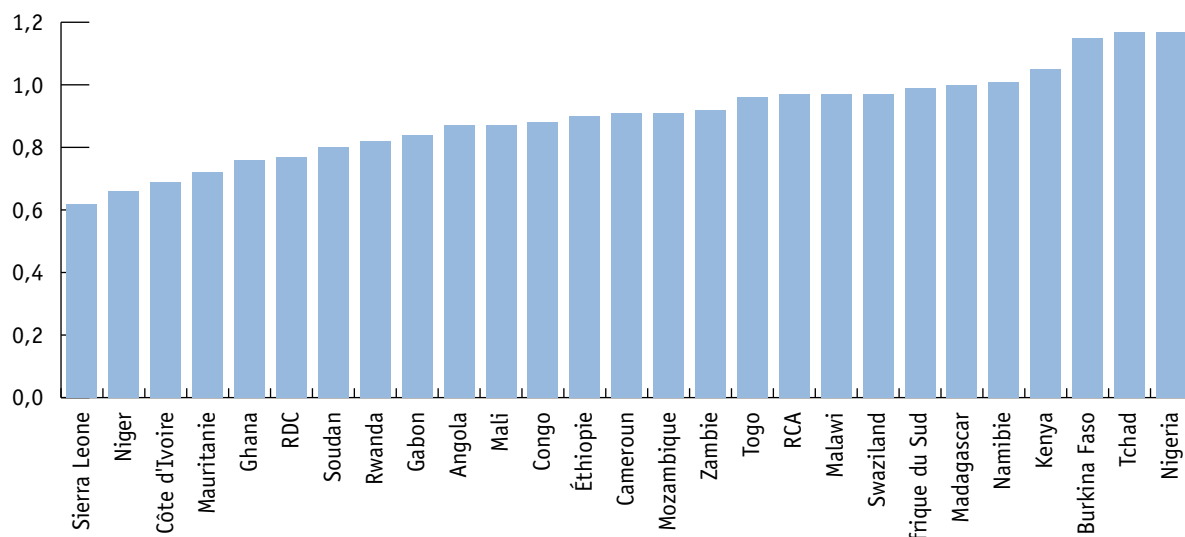
Malgré les progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida, globalement satisfaisants à l'échelle du continent, certains pays ont enregistré des revers, non seulement en matière de prévention, mais aussi au niveau du traitement.

Au Mozambique, le taux de prévalence du VIH/sida parmi les adultes (15-49 ans) a considérablement augmenté, passant de 8,6 pour cent en 1997 à 11,5 pour cent en 2009, les femmes étant beaucoup plus susceptibles de contracter l'infection que les hommes. Le taux de prévalence parmi les femmes est de 18,4 pour cent contre 12,8 pour cent chez les hommes. En effet, les femmes supportent le gros du fardeau du sida en Afrique, car en moyenne, trois femmes en sont atteintes pour deux hommes. Cela est dû au rôle des femmes dans la société ainsi qu'à leur vulnérabilité biologique à l'égard de l'infection par VIH. On observe des disparités comparables dans les taux d'infection entre les populations urbaines (15,9 pour cent) et rurales (9,2 pour cent). Il existe aussi une nette corrélation entre les taux de prévalence et la proximité avec la frontière sud-africaine. Ce taux varie de 3,7 pour cent dans la province de Niassa (la plus éloignée de l'Afrique du Sud) à 25,1 pour cent à Gaza (la province la plus proche). Cet effet est nettement lié au fait que des hommes dans les provinces limitrophes travaillent dans les mines d'Afrique du Sud. Une autre statistique à signaler concerne la prévalence la plus élevée dans les quintiles les plus aisés de la population. Ce qui est le plus inquiétant est qu'en dépit des succès limités dans la réduction des taux de prévalence du VIH, les cibles de performance restent peu ambitieuses. Par exemple, la cible consistant à distribuer des antirétroviraux aux enfants infectés n'a été fixée qu'à 12,3 pour cent pour 2014, contre 9,9 pour cent en 2010.

L'Ouganda offre un autre exemple de régression dans la lutte contre le VIH/sida. Alors que par le passé, le pays avait été cité en exemple pour avoir réussi à arrêter la propagation du VIH, la situation aujourd'hui est en train de se dégrader. En effet, dans les années 1990, l'Ouganda avait réalisé des progrès louables en vue de réduire la propagation du VIH/sida. Ainsi, la proportion de femmes enceintes déclarées comme étant séropositives à l'issue d'une consultation dans une clinique prénatale est-elle tombée de 18 pour cent en 1992 à environ 6 pour cent en 2000. Ce succès était dû à diverses mesures visant à modifier les comportements sexuels ainsi qu'à l'offre de soins et de services d'appui. Cependant les données les plus récentes montrent à quel point il est difficile de conserver les acquis des années précédentes. On estime qu'en Ouganda, plus de 130 000 personnes ont été infectées par le VIH rien qu'en 2010. Le nombre total des ougandais vivant avec le VIH en 2010 frôlait les 1,2 million de personnes, soit un chiffre supérieur à celui qui prévalait au plus fort de l'épidémie dans les années 1990. La progression récente du nombre absolu de nouvelles infections n'est pas seulement liée à une forte croissance démographique mais, fait important, il est également dû à une aggravation du nombre des indicateurs de comportements à risque (notamment les rapports avec des partenaires multiples et le non usage de préservatifs). Le gouvernement ougandais entend réévaluer sa politique nationale en matière de VIH/sida afin de refocaliser celle-ci sur la prévention de nouvelles infections, et non sur la distribution d'antirétroviraux.

Sources : *Mozambique MDG Progress Report, 2010 ; Uganda MDG Progress Report, 2010.*

Figure 41 : Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans dans des pays africains sélectionnés, 2008



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

nécessité non seulement d'induire des changements de comportement positifs à l'échelle du continent, mais surtout de consolider les acquis.

Indicateur 6.3 : Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida

La sensibilisation au VIH/sida et aux questions y afférentes ne progresse pas comme prévu parmi les jeunes. Par exemple, moins de la moitié des jeunes dans 15 des 25 pays ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés⁵⁵ sont capables de répondre correctement à cinq questions essentielles sur le HIV et sa transmission. Bien que les connaissances des jeunes au sujet du VIH dans ces 15 pays se sont progressivement améliorées,

55 Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Nigeria, RCA, République du Congo, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.

les niveaux atteints sont très loin des cibles fixées en 2001. Les disparités entre milieux urbain et rural dans l'accès à la technologie, aux moyens de diffusion et à la téléphonie mobile contribuent à limiter les progrès relatifs à cet indicateur à tous les niveaux.

Indicateur 6.4: Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans

Le rapport entre le nombre d'orphelins et le nombre de non-orphelins âgés de 10 à 14 ans scolarisés est un indicateur qui varie considérablement d'un pays africain à l'autre. En 2008, la valeur de cet indicateur était de 0,6 pour l'ensemble des pays produisant des données à ce sujet. Au Burkina Faso, au Kenya, en Namibie, au Nigeria et au Tchad, la fréquentation scolaire des orphelins était plus élevée que celle des non-orphelins, comme le montre la *Figure 41*. Cet

indicateur est étroitement lié à l'Objectif 2. Pour cette raison, les politiques et stratégies visant à réaliser l'éducation primaire pour tous doivent tenir compte de cette interdépendance.

Cible 6.B : D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida

Indicateur 6.5 : Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

Des progrès significatifs ont été réalisés en 2009 en faveur de l'accès universel aux services de traitement, de soins et de soutien pour toutes les

personnes malades à un stade avancé de l'infection par le VIH sur l'ensemble du continent. Ces résultats sont d'autant plus encourageants que les financements mondiaux des programmes de lutte contre le VIH ont stagné dans les pays à revenu faible et moyen. Les bénéficiaires de TAR en Afrique, comme dans toutes les autres régions du monde, sont aujourd'hui plus nombreux qu'ils ne l'ont jamais été dans l'histoire de l'épidémie.

L'ONUSIDA estime que près de 37 pour cent de toutes les personnes qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'un traitement antirétroviral en Afrique (hors Afrique du Nord) ont pu accéder aux médicaments nécessaires à leur survie en 2009. Trois pays (Botswana, Namibie et

Encadré 6 : L'accès universel aux traitements et aux soins est réalisable : le cas du Botswana

Le Botswana a connu un succès considérable avec son programme TAR à financement public. En 2007, la couverture des personnes vivant avec le VIH/sida remplissant les conditions requises pour recevoir des médicaments antirétroviraux (AVR) variait de 82 pour cent dans les zones de faible couverture à plus de 90 pour cent dans les zones de forte couverture. Il s'agissait d'une amélioration considérable par rapport aux taux respectifs de 7,3 pour cent en 2003 et 62,7 pour cent en 2005.

Le Botswana enregistre aussi un taux élevé d'observance du traitement antirétroviral, ce qui a permis d'obtenir des taux de résistance secondaire inférieurs à 4 pour cent après huit ans de fourniture de TAR. Les taux de mortalité et de survie au Botswana n'ont rien à envier à ceux des pays développés. Le Botswana est donc devenu un modèle pour la programmation en matière de TAR, particulièrement pour l'Afrique australe, où les taux de prévalence sont les plus élevés du monde.

Le Botswana a également lancé un programme réussi de prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT). La couverture de ce programme est passée de 34,3 pour cent en 2003 à 89 pour cent en 2007. De ce fait, les taux de transmission mère-enfant du VIH ont été réduits du dixième en l'espace de six ans, en passant d'un taux supérieur à 40 pour cent en 2001 à un taux inférieur à 4 pour cent en 2007. Le gouvernement envisage de garantir l'accès universel aux traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) au profit de toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, afin de réduire à moins de 1 pour cent le taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés.

Source : Botswana National MDG Progress Report, 2010.

Rwanda) ont réalisé une couverture TAR de 80 pour cent ou plus (*Encadré 6*). Cependant, sept pays à forte prévalence (Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Mozambique, Tanzanie et Zimbabwe) ont assuré une couverture TAR de 40 pour cent ou moins, et cette couverture y était moindre pour les enfants que pour les adultes.

Bien qu'elle mérite d'être saluée, la disponibilité croissante des TAR présente certaines caractéristiques potentiellement négatives, qui sont la rançon de son propre succès. En premier lieu, les personnes bénéficiant de ces traitements vivent plus longtemps et risquent donc davantage de transmettre le virus. En deuxième lieu, la viabilité budgétaire de la distribution de TAR à l'avenir n'est pas garantie, pour les trois raisons suivantes : (i) bien que le prix d'un traitement de première ligne⁵⁶ ait chuté en Afrique, il représente toujours une proportion substantielle des budgets de la santé ; (ii) dans de nombreux pays, les TAR sont principalement financés par des donateurs (Fonds mondial, PEPFAR) ; et (iii) certains patients sont obligés de passer aux traitements, plus onéreux, de deuxième ligne⁵⁷ parce qu'ils ont développé une résistance aux traitements de première ligne⁵⁸.

56 Le traitement de première ligne recommandé par l'OMS coûte soit 139 dollars USD soit 158 dollars USD, selon les médicaments utilisés dans la combinaison (source : OMS, 2011).

57 Le traitement de deuxième ligne recommandé par l'OMS coûte soit 908 dollars USD soit 1 025 dollars USD, selon les médicaments utilisés dans la combinaison (source : OMS, 2011).

58 Entre 2007 et 2010, l'OMS a mené 15 enquêtes sur la résistance aux antirétroviraux respectivement au Burundi, en Inde, au Malawi, au Mozambique et au Nigeria. Il ressort de ces enquêtes que 6 pour cent des patients ont développé une résistance à l'un ou plusieurs des médicaments de première ligne après 12 mois de traitement (source : OMS, 2011).

Les avantages des TAR sont particulièrement manifestes en Afrique (hors Afrique du Nord) où l'on estime qu'en 2009, 320 000 personnes (soit 20 pour cent des malades) ne sont pas mortes du sida, alors qu'elles l'auraient été en 2004, année où l'usage massif des TAR a démarré. Il a été établi que les financements, par les donateurs, de programmes de lutte contre des maladies spécifiques, au moyen de fonds verticaux, impactent positivement le rythme des progrès. La mise en place de financements prévisibles et suffisants pour lutter contre le VIH/sida et assurer la fourniture gratuite des traitements a été couronnée de succès. Un changement d'orientation a été observé au niveau des financements, du fait que le traitement n'est plus considéré dans les allocations budgétaires comme étant distinct de la prévention car il est désormais admis qu'il favorise celle-ci.

Cible 6.C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle

Le paludisme est toujours endémique dans la plupart des pays d'Afrique où il représente une cause majeure de morbidité et de mortalité. En effet, les taux élevés de prévalence du paludisme, combinés à un manque de capacités pour réagir à ce fléau, constituent une cause majeure des morts infantiles. Globalement, les progrès vers la réalisation de la cible 6.C offrent un tableau mitigé. Des avancées indéniables ont été enregistrées dans certains domaines, notamment pour réduire le taux de mortalité due à la tuberculose en Afrique australe et pour multiplier l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticides qui permettent de prévenir le paludisme. Néanmoins, la prévalence de la tuberculose en Afrique de l'Ouest est croissante et le continent dans son ensemble est nettement en retard sur cette cible.

Il est réjouissant de constater que les financements internationaux destinés à juguler le paludisme ont considérablement augmenté au cours de la décennie écoulée. Les décaissements ont atteint le niveau record de 1,5 milliard de dollars USD en 2009. Cependant les engagements en faveur de la lutte antipaludique, à hauteur de 1,8 milliard de dollars USD en 2010, semblent avoir stagné. Malheureusement, bien qu'ils soient substantiels, les montants engagés restent bien inférieurs aux ressources requises. Pour l'année 2010, celles-ci étaient estimées à plus de 6 milliards de dollars USD.

Indicateur 6.6 : Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie

Le *Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde* (OMS, 2010a) indique que sur les 46 pays africains pour lesquels des données sont disponibles, seuls quatre (Afrique du Sud, Cap-Vert, Égypte et Swaziland) avaient des incidences inférieures à 100 cas notifiés de paludisme pour 100 000 habitants. Il y a certes eu une réduction de la mortalité due au paludisme dans plusieurs pays de la région, dont l'Éthiopie, le Mozambique, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie, mais il reste encore beaucoup à faire à cet égard. Le taux de mortalité due au paludisme reste élevé en Afrique (*Tableau 6*). Seize pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République du Congo, RDC, Sierra Leone, Soudan, Tchad, Zambie) ont enregistré, en 2008, plus de 100 décès dûs au paludisme pour 100 000 habitants. Sur une note plus positive, huit pays ont affiché des taux de moins de 10 décès pour 100 000 habitants : Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Djibouti, Égypte, Érythrée, Sao Tomé-et-Principe et Swaziland.

Indicateur 6.7 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide

L'augmentation des contributions des bailleurs de fonds dans la lutte contre le paludisme a considérablement amélioré l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ces trois dernières années. Fin 2010, environ 289 millions de MII avaient été livrées à l'Afrique (hors Afrique du Nord), ce qui suffisait pour couvrir 76 pour cent des 765 millions de personnes exposées au risque de contracter la maladie. Mais des efforts supplémentaires doivent être consentis pour garantir que les moustiquaires parviennent à tous les ménages qui en ont besoin, et qu'elles y soient utilisées correctement et régulièrement afin de prouver leur efficacité escomptée, notamment en termes de réductions significatives des taux de mortalité infantile.

Il ressort des enquêtes menées auprès de ménages entre 2007 et 2009 que le taux de propriété des MII par les ménages dépassait 50 pour cent dans les pays suivants : Gabon, Guinée équatoriale, Éthiopie, Mali, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie. Toujours dans ces pays, le pourcentage moyen des enfants de moins de 5 ans dormant sous de telles moustiquaires était de 45 pour cent. Ce pourcentage très inférieur à l'objectif de 80 pour cent fixé par l'Assemblée mondiale de la santé s'explique en partie par le faible accès aux MII dans certains des pays d'Afrique parmi les plus peuplés. Il s'agira donc d'entreprendre de nouveaux efforts pour garantir que ces services parviennent à tous les ménages, particulièrement les plus vulnérables.

Tableau 6 : Taux de mortalité due au paludisme pour 100 000 habitants de tout âge, 2008

Pays	Décès pour 100 000 habitants
Égypte	0
Cap-Vert	1
Djibouti	1
Érythrée	1
Afrique du Sud	1
Swaziland	1
Botswana	3
Sao Tomé-et-Principe	8
Madagascar	17
Namibie	19
Zimbabwe	33
Rwanda	40
Éthiopie	44
Somalie	65
Burundi	73
Ghana	74
Malawi	75
Mauritanie	80
Mozambique	80
Kenya	81
Gabon	83
Sénégal	83
Tanzanie	84
Libéria	87
Côte d'Ivoire	88
Togo	88
Angola	97

Pays	Décès pour 100 000 habitants
Gambie	97
RCA	98
Comores	98
Cameroun	103
Sierra Leone	103
Soudan	106
Zambie	107
Bénin	113
Congo	120
Guinée	140
Guinée Bissau	142
Ouganda	149
Guinée équatoriale	150
Nigeria	151
Niger	154
RDC	156
Burkina Faso	163
Mali	176
Tchad	181

Note : pas de données disponibles pour l'Algérie, le Lesotho, la Libye, Maurice, le Maroc, les Seychelles et la Tunisie.

Source : OMS (2010a).

Indicateur 6.8 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés

Selon les informations fournies par les fabricants, le nombre de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) fournies aux patients atteints de paludisme n'a cessé d'augmenter chaque année depuis 2005. Fin 2009, 11 pays d'Afrique ont assuré l'approvisionnement de traitements ACT en quantité suffisante pour couvrir plus de 100 pour cent des cas de paludisme pris en charge par les services de santé publique alors que 8 autres pays en ont distribué un nombre suffisant pour traiter 50 à 100 pour cent des cas. Ces chiffres représentent une augmentation substantielle par rapport à 2005, année où seuls cinq pays étaient parvenus à assurer la fourniture de traitements ACT susceptibles de soigner plus de 50 pour cent des patients suivis dans les hôpitaux publics. Cependant, l'information disponible sur l'administration de ces traitements est généralement incomplète, surtout en ce qui concerne la proportion importante des traitements administrés dans le secteur privé. Aussi, la plupart des pays qui autorisent encore la commercialisation des monothérapies (face auxquelles les patients développent généralement une résistance) se trouvent-ils en Afrique.

Indicateur 6.9: Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie⁵⁹

Le nombre de personnes atteintes de tuberculose continue à croître dans le monde, l'Afrique

connaissant des taux d'incidence très supérieurs à ceux des autres régions du monde (OMS, 2010b). Ce taux est particulièrement élevé en Afrique australe, où il est en rapport étroit avec la forte prévalence du VIH et du sida. De 2005 à 2008, la prévalence de la tuberculose s'est stabilisée dans toutes les sous-régions africaines, hormis en Afrique de l'Est, où il a légèrement baissé (*Figure 42*).

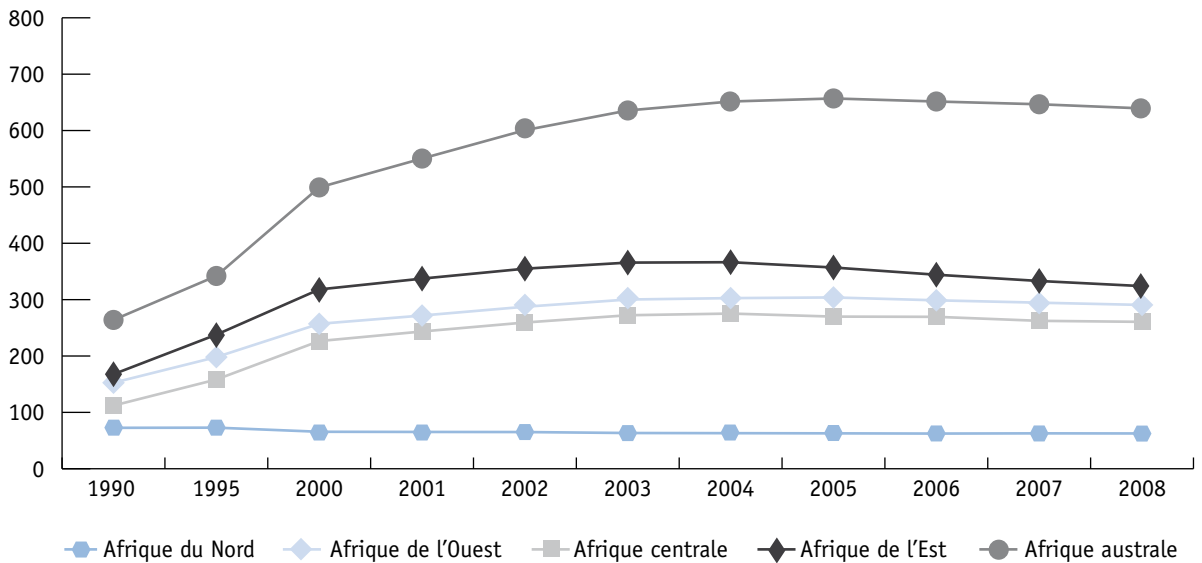
Bien que la tuberculose fasse planer un grave risque sanitaire sur les populations africaines, particulièrement dans les pays fortement touchés par le VIH/sida, une baisse des taux de prévalence de la tuberculose a été observée en 2004 en Afrique centrale, orientale, australe et occidentale. Ce recul a été le plus significatif en Afrique centrale et orientale (*Figure 43*).

Il est permis d'affirmer que, dans l'ensemble, le taux de mortalité due à la tuberculose est en baisse dans la plupart des régions africaines. L'unique exception concerne l'Afrique de l'Ouest, où la prévalence de cette maladie s'est légèrement accrue entre 2007 et 2008, faisant de cette sous-région celle au taux de tuberculose le plus élevé du continent. En Afrique australe, la mortalité due à la tuberculose a chuté à la faveur du recul massif enregistré par le taux de mortalité causée par la tuberculose en Afrique du Sud⁶⁰, qui est passé de 220 décès pour 100 000 habitants en 2006 à 39 décès pour 100 000 habitants en 2008 (*Figure 44*).

⁵⁹ L'incidence représente le nombre de nouvelles infections, alors que la prévalence se rapporte au nombre total d'infections (anciennes et nouvelles). L'incidence est un meilleur indicateur de l'évolution d'une épidémie parce qu'elle ne tient compte que des nouvelles infections, tandis que la prévalence intègre également les décès liés à l'infection.

⁶⁰ Environ 35 pour cent de la population en Afrique australe est composée de Sud-Africains.

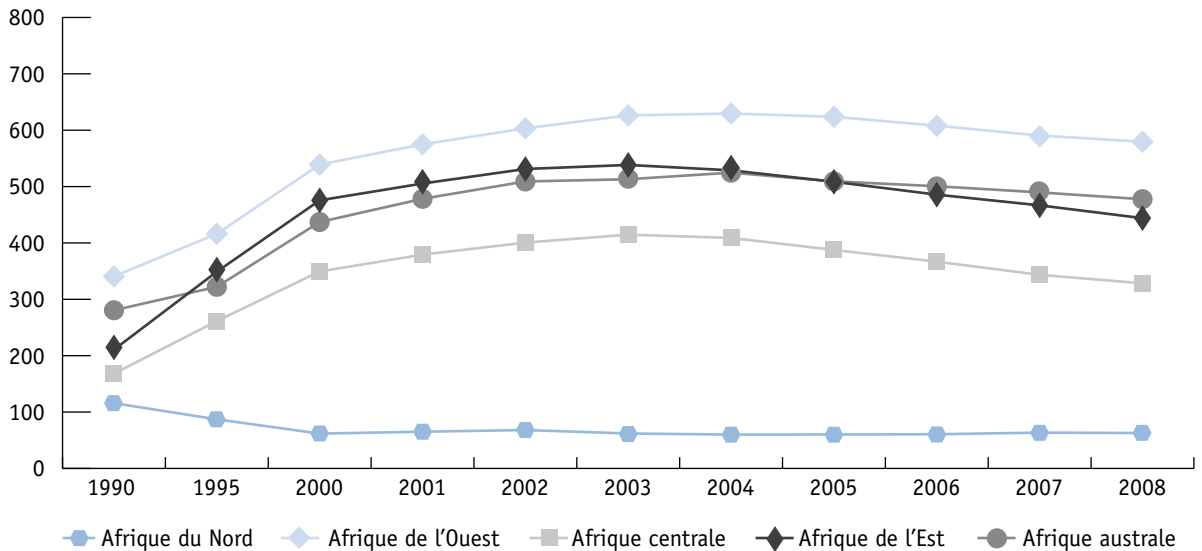
Figure 42 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008



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

Note : pour les besoins de l'analyse par sous-région, les données sont pondérées selon la taille de la population.

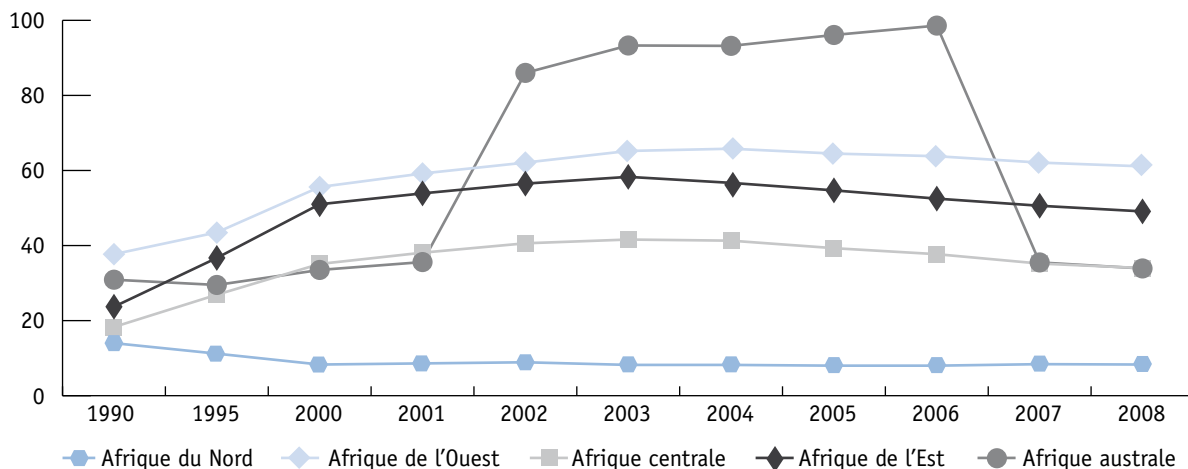
Figure 43 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008



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

Note : pour les besoins de l'analyse par sous-région, les données sont pondérées selon la taille de la population.

Figure 44 : Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008



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

Note : pour les besoins de l'analyse par sous-région, les données sont pondérées selon la taille de la population.

Afin de combattre efficacement le paludisme et la tuberculose et accélérer les progrès vers la réalisation de la cible 6.C, il est nécessaire de traiter les divers aspects du système sanitaire dans son ensemble. Tout d'abord, il convient de mieux contrôler le financement, la qualité⁶¹ et l'efficacité⁶² des médicaments. En particulier, les capacités des laboratoires en matière de diagnostic du paludisme, de mise en culture et de recherche des germes, et de Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTs) sont insuffisantes et doivent être renforcées.

61 L'OMS a constaté que près de 30 pour cent des médicaments antipaludiques dans six pays africains étaient des contrefaçons et ne respectaient pas les normes internationales de qualité.

62 La résistance aux médicaments complique considérablement les traitements antituberculeux. Les causes possibles sont multiples : traitement inappropriés, mauvaise posologie, médicaments de piètre qualité, médicaments en vente libre ou non observance des traitements prescrits.

En deuxième lieu, les ressources humaines dans le secteur ne suffisent toujours pas, en termes d'effectifs, de compétences et de rémunérations, pour affronter la situation sanitaire en Afrique. Par exemple, l'OMS estime qu'il faut compter 2,5 agents sanitaires pour 1 000 habitants pour espérer réaliser les OMD liés à la santé. Or, dans la région Afrique, ce ratio est actuellement estimé à 0,8 agent sanitaire pour 1 000 habitants.

Enfin, il convient de développer les partenariats entre le secteur public et le secteur privé en matière de santé et d'en assurer un suivi de meilleure qualité. La situation est d'autant plus pressante qu'une partie significative de la population se fait soigner dans le secteur privé, en s'approvisionnant en médicaments et en monothérapies disponibles en vente libre et pouvant susciter une résistance au traitement, alors qu'aucun mécanisme réglementaire

n'a été mis en place pour remédier à cet état de choses. De ce fait, la surveillance globale des performances de programme reste fort problématique.

OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

La protection de l'environnement constitue l'un des fondements essentiels du développement durable et de la réduction de la pauvreté. Cela signifie que si l'on ne parvient pas à assurer une biodiversité stable, les efforts de développement social et économique en seront compromis. Les forêts jouent aussi un rôle critique dans la préservation de la santé de l'environnement en atténuant le changement climatique, en protégeant la biodiversité, en conservant des sources d'eau propres et salubres, en contrôlant l'érosion, en protégeant les sols agricoles, en fournissant une énergie renouvelable à un prix abordable, et en valorisant l'environnement urbain. Il y a une triste réalité que notre société mondialisée a impunément autorisée : l'exploitation incontrôlée des ressources naturelles que sont les forêts, les terres, les étendues d'eau et les pêcheries. Bien qu'étant souvent le fait d'un petit nombre de puissants, ce type d'exploitation a occasionné des changements alarmants dans notre monde naturel au cours des dernières décennies. Cette évolution s'est avérée être particulièrement préjudiciable aux populations les plus vulnérables du monde, qui dépendent des ressources naturelles pour leurs moyens de subsistance (CEA, 2010b).

De ce fait, la situation générale relative à l'OMD 7 est quelque peu contradictoire. D'une part, l'on constate que la plupart des pays paraissent théoriquement acquis à la cause de la viabilité de l'environnement mais d'autre part, l'on observe que les progrès vers la réalisation de cet objectif sont fort

lents. Le volume des émissions de gaz à effet de serre continue de croître et rares sont les pays qui ont procédé à des réductions substantielles en la matière. Des difficultés ont surgi dans la réalisation de la cible de la biodiversité et seul un petit nombre de pays est parvenu à étendre la couverture de ses aires protégées.

Des progrès destinés à faciliter l'accès aux sources d'eau sont en cours, mais l'accès à des installations sanitaires améliorées reste problématique dans la plupart des pays, surtout en zone rurale. La réalisation des cibles de l'OMD 7 et des autres OMD en Afrique est exacerbée par la menace du changement climatique et ses impacts potentiels sur les écosystèmes, l'approvisionnement en eau et la dégradation de la biodiversité.

La plupart des données relatives aux quatre cibles de l'Objectif 7 ne sont pas disponibles au niveau des pays ou n'ont pas été mises à jour depuis la publication du *Rapport OMD 2010 - Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des OMD*. C'est pour cette raison que l'évaluation des progrès relatifs à cet objectif ne portera que sur les indicateurs pour lesquels des données mises à jour sont disponibles.

Cible 7.A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

Indicateur 7.2 : Émissions de CO₂ (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat)

Les émissions de l'ensemble des combustibles ont augmenté au fil des années sur le continent