



Commission économique pour l'Afrique
Forum régional africain pour le développement durable
Troisième session
Addis-Abeba, 17–19 mai 2017

Point 6 de l'ordre du jour provisoire*
Séances de groupes parallèles sur les sous-thèmes du Forum

Note d'information sur le sous-thème « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous »

I. Introduction

1. Les objectifs de développement durable placent une grande valeur sur la santé en appelant à l'amélioration du bien-être de tous les individus, indépendamment de leur statut. La littérature sur le sujet montre qu'une population en bonne santé est plus productive et recèle un potentiel plus grand de contribution à l'ensemble du développement économique et social d'une région ou d'un pays. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 est donc très explicite sur l'importance de la santé comme catalyseur de la croissance économique.

2. Soixante pour cent de la population africaine étant âgée de 24 ans et moins, les chefs d'État et de gouvernement ont décidé de placer l'année 2017 sous le thème « Tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse » et de réorienter les initiatives régionales et sous-régionales à cet égard. L'accès aux services de santé est essentiel dans la réalisation fructueuse des plans qui permettent de tirer des dividendes démographiques.

3. La réalisation de nombreux objectifs de développement durable a une incidence, directe ou indirecte, sur l'objectif de santé en ce qu'elle aborde ses déterminants sociaux. L'Objectif 1 sur l'élimination de la pauvreté comprend par exemple deux cibles relatives à la santé sur la mise en place de systèmes de couverture sociale pour les personnes pauvres et vulnérables et sur le renforcement de la résilience et la réduction du nombre de décès causés par les catastrophes naturelles. L'Objectif 2 porte sur la sécurité alimentaire et une bonne nutrition (pour prévenir la malnutrition) ; la protection des droits en matière de santé joue un rôle crucial dans la réalisation de l'Objectif 5 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles et comprend une cible spécifique sur l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative ; l'Objectif 6 sur l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement vise une bonne santé et la prévention de maladies liées à l'eau ; l'Objectif 10 porte sur la réduction des inégalités, notamment dans l'accès à l'information et aux services de santé ;

* E/ECA/ARFSD/3/1

tandis que l'Objectif 13 sur les changements climatiques a également des incidences sur la santé.

II. Progrès de la mise en œuvre

4. Adoptés en 2015, les objectifs de développement durable ne sont mis en œuvre que depuis un peu plus d'un an. Il est donc encore trop tôt pour fournir une évaluation complète des progrès de leur mise en œuvre. Toutefois, de nombreux pays en Afrique ont déjà intensifié leurs efforts pour parvenir à l'accès universel et équitable aux soins de santé de qualité, y compris l'accès de tous aux services de santé sexuelle et reproductive complets, pour garantir la concrétisation des droits en matière de procréation et pour améliorer les systèmes de santé et le financement de la santé, entre autres impératifs.

5. Plus important encore, l'Afrique a affiché des gains importants dans le domaine de la santé au cours des quinze dernières années. Elle a par exemple enregistré une diminution considérable de la mortalité néonatale, infantile, maternelle et de la mortalité des adultes, ainsi que des allègements considérables du fardeau de plusieurs maladies¹. Cependant, les progrès varient à l'intérieur des sous-régions et des pays, et d'un pays ou d'une sous-région à l'autre. Si l'Afrique, à l'exclusion de l'Afrique du Nord, a affiché une baisse de 45 % de la morbidité et de la mortalité néonatales et infantiles entre 1990 et 2015, certains pays comme le Burundi, le Nigéria, la République centrafricaine et la Somalie connaissent un taux de mortalité maternelle supérieur à la moyenne régionale de 210 décès pour 100 000 naissances vivantes (voir la figure 1). En fait, dans de nombreux pays africains, les problèmes de santé reproductive sont une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les femmes et les filles en âge de procréer. Au cours de la même période, le taux de mortalité des moins de cinq ans a baissé de 54 % en Afrique à l'exclusion de l'Afrique du Nord, et la mortalité néonatale de 38 %². En Afrique du Nord, la mortalité des moins de cinq ans a chuté de 67 %, tandis que la mortalité maternelle a diminué de 59 % en raison des systèmes de santé solides et d'un meilleur accès aux services de santé, y compris la planification familiale volontaire.

6. L'Afrique subsaharienne a le taux le plus élevé au monde de besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit 25 %. Si certains pays ont fait des progrès remarquables en ce qui concerne le taux de prévalence des méthodes de contraception au cours des 20 dernières années, ces progrès varient considérablement d'un pays à l'autre. Les taux de prévalence des méthodes de contraception modernes varient entre 1,2 %, pour la Somalie, et 60,3 % pour l'Afrique du Sud. Au niveau sous-régional, l'Afrique australe a affiché le taux le plus élevé d'utilisation des méthodes de contraception devant l'Afrique de l'Est. À quelques exceptions près, les pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale ont présenté les plus faibles taux d'utilisation des méthodes de planification familiale.

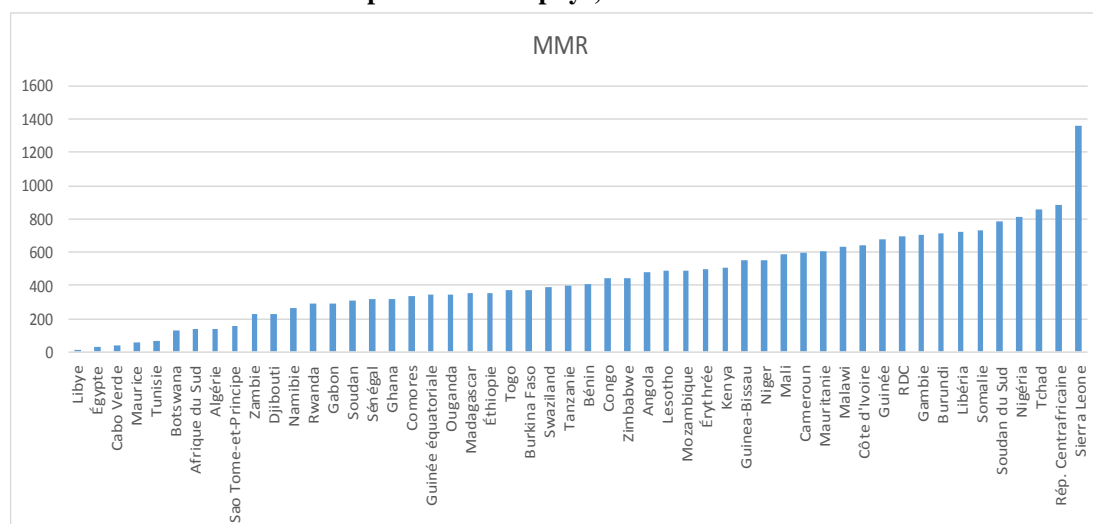
7. Ces deux sous-régions affichent l'un des taux les plus bas en matière de prévalence des méthodes de contraception au monde, ce qui a des répercussions négatives sur les progrès dans le domaine de la santé sexuelle et procréative des femmes et la santé des enfants. Cette situation est particulièrement inquiétante pour la réalisation de plans de développement durable, spécialement pour les jeunes filles. En 2012, le taux de natalité chez les adolescentes était encore de

¹ OMS 2014. La santé des populations : Les mesures efficaces. Rapport sur la santé dans la Région africaine 2014, OMS, Bureau régional pour l'Afrique.

² WHO 2016a. Global Strategy for Women's Children's and Adolescents; Health 2016–2030: Implementation in the African Region. Rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie) du 19 au 23 août 2016.

75 naissances vivantes ou plus pour 1 000 filles en Afrique subsaharienne, le plus élevé du monde, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest présentant le taux le plus élevé de besoins non satisfaits, soit 24 %. Dans la poursuite des plans de l'Union africaine au profit du dividende démographique, les États membres doivent essentiellement travailler à l'accès des femmes et des jeunes aux droits et à la santé en matière de sexualité et de reproduction.

Figure 1

Taux de mortalité maternelle pour certains pays, 2015

Source : OMS, UNICEF, FNUAP, Groupe de la Banque mondiale et Division de la population de l'ONU.

8. Les interventions de lutte antipaludique ont évité 663 millions de cas entre 2001 et 2015, principalement des enfants de moins de cinq ans en Afrique, à l'exclusion de l'Afrique du Nord. Grâce à la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent (PID) et l'utilisation de moustiquaires imprégnées, les décès liés au paludisme ont connu une baisse drastique de 66 % en Afrique. Toutefois, le paludisme demeure un problème majeur dans un certain nombre de pays, notamment au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine, en Sierra Leone et au Tchad³.

9. Bien que l'Afrique, à l'exclusion de l'Afrique du Nord, demeure l'épicentre de la pandémie, les décès liés au VIH/SIDA ont diminué de près de moitié au cours des 10 dernières années en raison des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et des programmes de traitements antirétroviraux (ART) efficaces dans les États membres. L'Afrique a remarquablement atteint les cibles relatives au VIH dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement. Les nouvelles infections ont baissé de 41 % depuis 2000 et plus de 11 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique, à l'exclusion de l'Afrique du Nord, reçoivent un traitement, ce qui a permis de réduire jusqu'à 48 % le nombre de décès liés au VIH depuis 2005⁴. Cependant, le taux de prévalence dans la région demeure malheureusement élevé, estimé à 4,8 % en 2014, mais beaucoup plus élevé en Afrique de l'Est et en Afrique australe. L'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho et le Swaziland font partie des pays qui affichent les taux de prévalence du VIH les plus élevés en Afrique.

³ <http://www.africanhealthstats.org/cms/?pagename=indicator&indicator=MTB22>.

⁴ OMS 2016 b Rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie) du 19 au 23 août 2016.

10. L'Afrique continue de porter le fardeau mondial de la tuberculose (TB) et compte 28 % des 9,6 millions de cas de tuberculose enregistrés dans le monde en 2014⁵. Malgré ces chiffres élevés, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a pu démontrer que la mise en œuvre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) et de la stratégie « Halte à la tuberculose » par les États membres a permis de sauver quelque 10,1 millions de vies en Afrique entre 2000 et 2014. Ceci souligne l'importance des interventions ciblées, d'où la nécessité d'une attention accrue sur les efforts concernant les objectifs de développement durable liés à la santé.

11. L'espérance de vie à la naissance a augmenté rapidement depuis 2000, une réflexion générale de l'amélioration de la santé dans la région. Cependant, avec une moyenne régionale de seulement 60 ans, l'Afrique accuse toujours un retard par rapport au reste du monde dans ce domaine.

12. L'ensemble des gains obtenus dans le domaine de la santé reste notable, mais les maladies transmissibles demeurent une menace majeure, les maladies non transmissibles étant en augmentation à cause de l'évolution des styles de vie en particulier dans les zones urbaines. En outre, les maladies tropicales négligées et la santé mentale restent un défi pour l'Afrique.

III. Nouveaux enjeux, défis et possibilités d'amélioration de la mise en œuvre

13. La santé quitte progressivement la marge des débats pour devenir un élément central dans la planification du développement en Afrique. On en veut pour preuve l'attention de plus en plus portée sur la santé dans la région grâce à un certain nombre de cadres et instruments politiques. Dans ce contexte, l'attention portée par les objectifs de développement durable à la santé présente des défis et des opportunités dans la réalisation de l'objectif de santé pour tous. Cependant, afin de promouvoir une vie saine et l'accès de tous à la santé, il importe de tenir compte de certains facteurs qui ont entravé la réalisation de certains objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Parmi ces facteurs, on peut citer la fragmentation du financement et des interventions ; une réponse multisectorielle inefficace ; l'insuffisance des financements ; la faiblesse des systèmes de santé et l'inégalité d'accès à des services efficaces⁶.

14. En termes de financement de la santé, les États membres restent généralement loin des objectifs fixés par la Déclaration et le Cadre d'Abuja de 2000-2001 pour faire reculer le paludisme et sur le VIH, le sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, qui fixait à 15 % la part des budgets nationaux à consacrer à la santé tandis que les dépenses en espèces restent très élevées et tournent autour de 40 % du total des dépenses de santé dans de nombreux pays africains, avec des effets néfastes sur les ménages pauvres. Dans certains pays, le total des dépenses de santé n'atteint même pas le niveau minimum de 44 dollars des États-Unis par habitant défini en 2009 par le Groupe de travail de haut niveau sur les financements innovants pour les systèmes de santé.

15. En ce moment, l'investissement dans le secteur de la santé en Afrique demeure relativement faible par rapport à d'autres régions. En 2000, le total des dépenses de santé du continent représentait 5,5 % du PIB alors que la moyenne mondiale était de 8,2 %. En 2012, la moyenne de la région est passée à 6,5 %, mais reste inférieure à la moyenne mondiale qui est de 8,6 %. Dans de nombreux pays africains, les dépenses de santé par habitant restent très faibles,

⁵ OMS 2016c. Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine au cours de la période 2016-2020, Rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional de l'Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie) du 19 au 23 août 2016.

⁶ *Ibid.*

ce qui implique un faible niveau d'investissements sociaux. En 2012, le total des dépenses de santé par habitant s'élevait à 208 dollars des États-Unis en parité de pouvoir d'achat par habitant, contre 8 845 dollars des États-Unis en parité de pouvoir d'achat en moyenne dans les économies à revenu élevé (Statistiques sanitaires mondiales, 2015). En 2012, seuls six pays africains, à savoir l'Éthiopie (16,4 %), le Malawi (22,1 %), le Nigéria (18 %), l'Ouganda (24,2 %), le Swaziland (18,1 %) et le Togo (15,4 %) ont réalisé l'objectif d'Abuja qui consiste à affecter 15 % des budgets nationaux au secteur de la santé⁷.

16. De plus, la faiblesse des systèmes de données et l'absence de données, dans certains États membres, dans le domaine de la démographie et de certains indicateurs de santé posent de sérieux défis pour le suivi et l'évaluation des progrès. En particulier, les sérieuses limitations des indicateurs de désagrégation que ce soit par âge, sexe ou localisation, compliquent les processus de collecte et d'analyse des données. Par exemple, la désagrégation des données de santé selon le statut économique et social serait un outil de mesure des inégalités aux côtés d'autres outils comme le coefficient de Gini. Dans ce contexte, la cible 17.18 est essentielle dans la mesure où elle favorise la surveillance des données « ventilées par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap et emplacement, et selon d'autres caractéristiques propres à chaque pays », et contribuera à la réalisation de l'Objectif 10 sur la réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

17. En termes de possibilités communes, les objectifs de développement durable relatifs à la santé peuvent constituer un puissant instrument de promotion de la responsabilité mutuelle entre les États membres et les partenaires au développement. Chaque partie a des responsabilités claires dans la réalisation des objectifs de développement durable relatifs à la santé.

IV. Conclusions et recommandations stratégiques

18. Des investissements soutenus dans la santé, associés à des réformes appropriées, permettront de bâtir des systèmes résilients pouvant répondre efficacement aux besoins de santé des populations africaines. Soixante pour cent de la population étant âgés de moins de 24 ans, les systèmes de santé doivent pouvoir répondre aux besoins de santé des femmes et des jeunes, en particulier leur santé sexuelle et reproductive et leurs besoins de planification familiale. En effet, de nombreux pays africains ont d'ores et déjà entrepris de vastes réformes politiques et structurelles dans le secteur de la santé, en vue d'améliorer les résultats dans ce domaine, y compris l'accélération des progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable relatifs à la santé.

19. Sur la base de l'expérience acquise dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, les gouvernements et les principaux intervenants devraient accorder la priorité au suivi des cibles relatives à la santé dans le cadre des objectifs de développement durable. Dans ce contexte, ils devraient mettre en place un cadre de suivi et d'évaluation solide et rigoureux, reposant sur des données crédibles pouvant inspirer l'analyse, la conception et la mise en œuvre des stratégies. Il devient alors crucial de disposer des données et des preuves empiriques pour les objectifs de développement durable relatifs à la santé.

20. Sur la base des défis identifiés plus haut, un certain nombre de mesures et actions sont proposées aux États membres, aux partenaires au développement et à la société civile pour renforcer la mise en œuvre des objectifs de

⁷ Rapport des statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2015.

développement durable relatifs à la santé. Par exemple, il importe de promouvoir l'accès à tous à l'assurance-santé et à la protection sociale⁸ et renforcer le secteur de la fabrication de produits pharmaceutiques pour lutter contre la production de médicaments de contrefaçon et la résistance aux antimicrobiens et couvrir les besoins non satisfaits en matière de contraceptifs (sécurité des produits de base), pour réduire la vulnérabilité des populations.

21. L'OMS⁹ propose un certain nombre d'actions concrètes pour garantir l'atteinte des objectifs de développement durable relatifs à la santé. Ces actions incluent, entre autres, la mise en place d'un plan national, d'un mécanisme de coordination, et d'un cadre de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; les actions multisectorielles pour répondre aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé en vue de réduire les inégalités dans les pays et entre les pays ; la nécessité de mettre en place des financements à long terme, prévisibles et durables ; la concentration des efforts sur le renforcement des soins de santé primaires et des systèmes de santé afin d'assurer une plus grande accessibilité et une meilleure qualité des services de santé ; l'application des politiques visant à rendre les services de santé disponibles et abordables pour tous au point de prestation ; et une plus grande responsabilité dans l'utilisation des données, qui devront devenir un élément central du cadre de planification et de suivi des objectifs de développement durable.

22. Pour régler la question des iniquités en matière de santé, et également des inégalités entre les populations, des politiques budgétaires de redistribution sont indispensables, comme les systèmes de protection sociale qui ciblent les populations pauvres et vulnérables. En termes de financement des objectifs de développement durable relatifs à la santé, la mobilisation des ressources nationales est essentielle si l'on veut obtenir des résultats durables en matière de santé en Afrique. Cette approche est également conforme au Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement adopté en 2015, qui considérait les politiques publiques, la mobilisation et l'utilisation efficace des ressources intérieures, souligné par le principe de l'appropriation nationale, comme un élément central dans la réalisation des objectifs de développement durable, notamment ceux qui sont liés à la santé. L'Afrique devrait par conséquent élargir ses marges de manœuvre budgétaire interne grâce à une croissance économique relevée pour une assiette fiscale plus large et progressive qui permettra d'accroître la part des recettes publiques allouées à la santé. Elle devrait en outre renforcer des partenariats dans le cadre de la coopération Sud-Sud afin de mobiliser des ressources pour le financement de la santé.

23. Pour maintenir la dynamique déjà générée et catalyser les présents acquis, l'Afrique devra redoubler sa volonté politique par le biais d'une direction ferme et visionnaire dans le but de concrétiser sa vision de tirer pleinement profit de son dividende démographique et parvenir au développement durable à travers les différentes déclarations et instruments internationaux tels que la Déclaration et le Cadre d'Abuja de 2000-2001 pour faire reculer le paludisme et sur le VIH, le sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses pour l'accroissement du financement de la santé par les pays ; la Déclaration de Ouagadougou de 2004 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique ; la Déclaration d'Addis-Abeba sur la santé communautaire dans la région africaine ; la Déclaration de Tunis 2012 sur la valeur de l'argent, la durabilité et la responsabilité dans le secteur de la santé ; la Déclaration d'Addis-Abeba de 2014 sur la population et le développement ; le Plan d'action de Maputo 2016 -2030 pour l'opérationnalisation du cadre

⁸ CEA et UA, 2016. Expert Meeting on Agenda 2063 Financing, Domestic Resource Mobilisation and Partnership Strategy, Prétoria, Afrique du Sud.

⁹ Cf. note de bas de page 3 ci-dessus.

stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction ainsi que l'opérationnalisation du Centre africain de prévention et de contrôle des maladies et la Stratégie africaine de la santé 2016-2030.

24. Plus importants encore, les progrès ne pourront être atteints que si tous les intervenants font partie du processus de mise en œuvre. À cet égard, la société civile, les organisations confessionnelles, les organisations communautaires et le secteur privé devraient tous être mobilisés et faire partie intégrante de la stratégie de mise en œuvre et de suivi des objectifs de développement durable liés à la santé.

25. L'Afrique devrait également tirer parti des données existantes pour développer plus de réponses ciblées aux questions de santé. Par exemple, les études menées par l'Union africaine sur le coût de la faim en Afrique fournissent des leçons et des informations très utiles sur les conséquences de l'inaction sur la sous-nutrition infantile sur le continent. Ces leçons devraient être adaptées et permettre d'avancer vers une évaluation du coût global de l'inaction pour l'ensemble des cibles de santé visées à l'Objectif 3.

Références

Afrique Renouveau 2017. Systèmes de soins de santé : Repenser l'assurance maladie. Département de l'information des Nations Unies, Organisation des Nations Unies, NY 10017-2513, USA.

CEA et UA, 2016. *Expert Meeting on Agenda 2063 Financing, Domestic Resource Mobilisation and Partnership Strategy*, Prétoria, Afrique du Sud.

OMS 2016a. *Global Strategy for Women's Children's and Adolescents; Health 2016–2030: Implementation in the African Region*. Rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie) du 19 au 23 août 2016.

OMS 2016 b Rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie) du 19 au 23 août 2016.

OMS 2016c. Cadre pour la mise en œuvre de la « Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose » dans la Région africaine au cours de la période 2016-2020, Rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional de l'Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie) du 19 au 23 août 2016.

OMS, 2015 a, Statistiques sanitaires mondiales.

OMS, 2015 b, Rapport sur le paludisme dans le monde.

OMS 2014. La santé des populations : Les mesures efficaces. Rapport sur la santé dans la Région africaine 2014, OMS, Bureau régional pour l'Afrique.