



Conseil économique et social

Distr. générale
4 février 2025

Français
Original : anglais

Commission économique pour l'Afrique Forum régional africain pour le développement durable

Onzième session
Kampala (hybride), 9-11 avril 2025

Point 8 a) de l'ordre du jour provisoire
Réunions parallèles destinées à l'examen approfondi des progrès réalisés, de l'apprentissage entre les pairs et des mesures d'accélération au titre des sous-thèmes du Forum : bonne santé et bien-être*

Document de travail sur le sous-thème relatif à la bonne santé et au bien-être

I. Introduction

1. L'objectif de développement durable 3 consiste à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être à tout âge. Parmi les cibles qui le composent, figurent la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, y compris l'accès aux services de santé pour tous, et l'élimination des épidémies et des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans.
2. Dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les États sont convenus de considérer la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. Il est largement admis qu'une bonne santé de la population est bénéfique pour la main-d'œuvre et le capital humain, deux facteurs propices à la croissance économique.
3. L'objectif 3 comporte 13 cibles et 28 indicateurs pour mesurer les progrès accomplis. Les cibles 3.1 à 3.9 concernent la réduction de la mortalité maternelle ; l'élimination de tous les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans ; la lutte contre les maladies transmissibles ; la réduction de la mortalité due aux maladies non transmissibles et la promotion de la santé mentale ; la prévention et le traitement de l'abus de substances ; la réduction du nombre de blessés et de morts sur les routes ; la promotion de l'accès universel aux services de santé sexuelle et procréative, y compris en matière de planification familiale et d'éducation ; la réalisation d'une couverture médicale universelle ; et la réduction des maladies et des décès dus aux produits chimiques dangereux et à la pollution de l'environnement.
4. La mise en œuvre réussie du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) et de l'Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons, de l'Union africaine, est subordonnée à la bonne santé de la population. Les thèmes centraux de l'objectif 3 sont la charge que continuent de faire peser le VIH et d'autres maladies infectieuses, les maladies non

* ECA/RFSD/2025/1.

¹ Nations Unies, Recueil des Traités, vol. 14, no 221.



transmissibles, l'urbanisation, la sécurité routière, la crise climatique et les inégalités socioéconomiques au sens large.

5. Dans l'Agenda 2063, l'aspiration 1 porte sur une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable, et l'objectif 3, sur des citoyens en bonne santé et bien nourris. Parmi les autres objectifs de l'Agenda 2063, figure la création d'infrastructures de classe mondiale sur l'ensemble du continent pour favoriser l'intégration, la croissance, la technologie, le commerce et le développement. Le transport routier jouera un rôle central à cet égard, d'où l'importance cruciale de la cible 3.6 du Programme 2030, qui consiste à réduire de moitié le nombre de morts et de blessés dus aux accidents de la route d'ici à 2030.

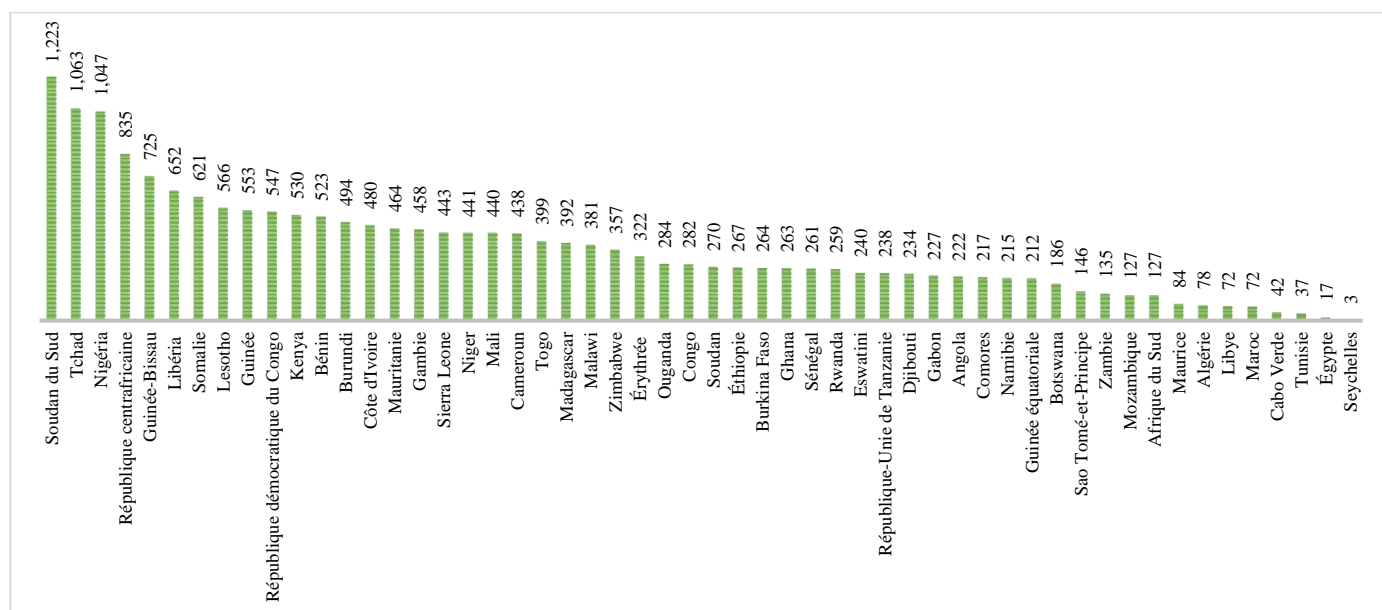
6. Pour mettre pleinement en œuvre l'Agenda 2063, il est essentiel de reconnaître les possibilités de collaboration entre les professionnels de la santé et les spécialistes des changements climatiques. En effet, compte tenu des effets négatifs, directs et indirects, des changements climatiques sur la santé publique, tels que la propagation des maladies, la pollution atmosphérique et les phénomènes météorologiques extrêmes, les professionnels des deux domaines devraient collaborer pour mettre au point des produits et des services qui répondent à ces défis sanitaires. En outre, le renforcement de la capacité des organisations des deux secteurs à utiliser des données intégrées sur le climat et la santé leur permettra de répondre plus efficacement aux risques sanitaires liés au climat.

II. Progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif

A. Cible 3.1 : mortalité maternelle

7. La cible 3.1 de l'objectif de développement durable 3 consiste à réduire, d'ici à 2030, le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes. Malgré les améliorations, l'Afrique a le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde. En 2020, l'Afrique subsaharienne représentait 70 % des décès maternels dans le monde, le Tchad, le Nigéria et le Soudan du Sud affichant des ratios supérieurs à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes, comme le montre la figure I. On estime que 202 000 femmes sont mortes de causes liées à la grossesse dans cette région en 2020, ce qui équivaut à environ 553 décès maternels par jour. Les principales causes de tous les décès maternels sont les hémorragies graves, les infections, l'hypertension artérielle pendant la grossesse, les complications pendant l'accouchement et les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

Figure I
Taux de mortalité maternelle en Afrique, 2020 (nombre de décès pour
 100 000 naissances vivantes)



Source : OMS et autres, Trends in Maternal Mortality, 2000 to 2020 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, du Groupe de la Banque mondiale et du DAES/Division de la population (Genève, OMS, 2023).

8. De nombreux États africains affichent des taux de mortalité maternelle bien supérieurs à 500 pour 100 000 naissances vivantes, comme le montre la figure I. À l'inverse, certains États ont atteint des taux de mortalité maternelle nettement inférieurs, notamment les Seychelles, l'Égypte, la Tunisie et Cabo Verde, avec respectivement 3, 17, 37 et 42 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui démontre les avantages potentiels de systèmes de santé solides et de politiques efficaces en matière de santé maternelle. Le taux moyen de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne reste toutefois alarmant ; le besoin urgent d'interventions est donc évident. Sans efforts substantiels, il est peu probable que le continent atteigne la cible 3.1.

B. Cible 3.2 : mortalité néonatale et infantile

9. Bien que des progrès aient été accomplis dans la réduction de la mortalité néonatale et infantile, un grand nombre de pays doivent encore déployer des efforts plus ou moins importants pour atteindre les cibles de 12 décès néonataux et de 25 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes, comme le montre le tableau 1. Il faut des stratégies ciblées concernant les soins prénatals et postnatals, ainsi que des améliorations des systèmes de santé, pour plus d'accès et de meilleurs soins.

Tableau 1
Efforts nécessaires pour atteindre les cibles de 2030 en matière de mortalité des enfants de moins de 5 ans et de mortalité néonatale en Afrique
 (Nombre de pays)

<i>Niveau d'effort requis</i>	<i>Mortalité des moins de 5 ans</i>	<i>Mortalité néonatale</i>
Élevé	12 ^a	20 ^b
Moyen	19 ^c	22 ^d
Minimum	14 ^e	3 ^f
Cible atteinte	9 ^g	9 ^h
Total	54	54

Source : Calculs de la CEA A, à partir de : Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, *Levels & Trends in Child Mortality : Report 2023* (New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2024).

Note : Un niveau d'effort élevé est requis dans les pays où les taux de mortalité néonatale ou de mortalité des enfants de moins de 5 ans dépassent 40 décès pour 1 000 naissances vivantes ; un niveau d'effort moyen est nécessaire dans les pays où les taux de mortalité néonatale ou de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situent entre 26 et 40 décès pour 1 000 naissances vivantes ; un niveau d'effort minimum est nécessaire dans les pays où les taux de mortalité néonatale ou de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont inférieurs ou égaux à 25 décès pour 1 000 naissances vivantes.

^a Bénin, Guinée, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Somalie, Soudan du Sud et Tchad.

^b Algérie, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Tchad et Zambie.

^c Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Djibouti, Eswatini, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Mozambique, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan, Togo, Zambie et Zimbabwe.

^d Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Djibouti, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan, Togo et Zimbabwe.

^e Botswana, Congo, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Malawi, Mauritanie, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Sénégal.

^f Érythrée, Ouganda et Rwanda.

^g Algérie, Cabo Verde, Égypte, Libye, Maroc, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Tunisie.

^h Afrique du Sud, Cabo Verde, Égypte, Libye, Maroc, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Tunisie.

10. Il faut une accélération significative en Afrique subsaharienne pour atteindre la cible 3.2, relative à la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, comme le montrent les figures II et III. Les progrès ont stagné en raison des crises humanitaires et de l'aggravation des effets des changements climatiques. En 2022, environ 2,85 millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts en Afrique subsaharienne, ce qui, malgré une baisse d'environ 27 % par rapport au niveau de 1990 (3,93 millions), représente près de 60 % du total

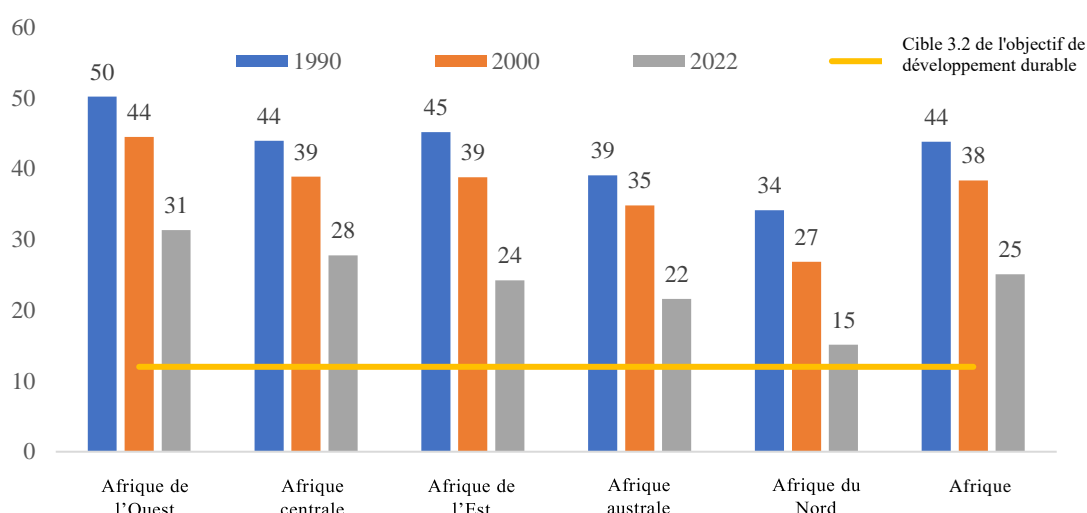
mondial des décès d'enfants². En 2022, l'Afrique subsaharienne avait le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde, soit 27 décès pour 1 000 naissances vivantes, et représentait 57 % du total des décès d'enfants de moins de 5 ans, alors qu'elle ne comptait que 30 % des naissances vivantes dans le monde³. Bien que des progrès aient été réalisés dans la réduction de la mortalité infantile, les taux de mortalité néonatale en Afrique subsaharienne restent élevés et diminuent plus lentement que dans les autres groupes d'âge depuis les années 1990.

11. Comme le montrent les figures II et III, entre 1990 et 2022, la mortalité néonatale et la mortalité des enfants de moins de 5 ans ont considérablement diminué en Afrique, passant de 44 à 25 et de 164 à 65 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les cibles de l'objectif 3 sont respectivement de 12 et 25 décès pour 1 000 naissances vivantes. Malgré ces progrès, l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Ouest sont loin de pouvoir atteindre les cibles de l'objectif 3 d'ici 2030.

Figure II

Taux de mortalité néonatale en Afrique, 1990, 2000 et 2022

(Décès pour 1 000 naissances vivantes)

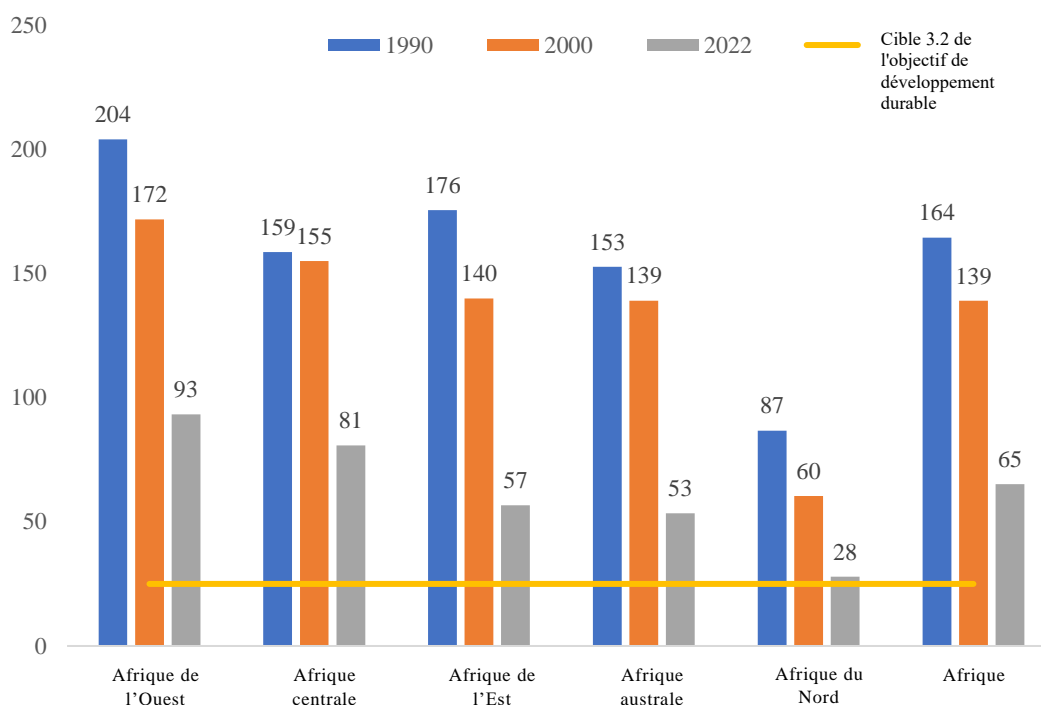


Source : Calculs de la CEA, à partir de : Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, *Levels & Trends in Child Mortality : Report 2023* (New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2024).

² Source : Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, *Levels & Trends in Child Mortality : Report 2023* (New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2024).

³ OMS, « Mortalité des nouveau-nés », 14 mars 2024.

Figure III
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique, 1990, 2000 et 2022
 (Décès pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Calculs de la CEA, à partir de : Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, *Levels & Trends in Child Mortality : Report 2023* (New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2024).

12. Les taux élevés de mortalité néonatale et de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'expliquent en grande partie par l'insuffisance des services de soins de santé primaires, y compris la vaccination. Au niveau mondial, la couverture vaccinale des enfants n'a pas retrouvé les niveaux observés avant la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19)⁴. En outre, un nombre croissant d'enfants ne recevant aucune dose souffrent également d'autres privations, telles que le manque d'accès aux services sociaux de base. En 2023, cinq des dix premiers pays du monde en termes de nombre d'enfants ne recevant aucune dose se trouvent en Afrique : Angola, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo et Soudan⁵.

13. Les risques liés aux changements climatiques et le risque d'épidémies de rougeole, de polio et d'autres maladies évitables par la vaccination ont persisté dans de grandes parties de l'Afrique. Les stratégies de prévention et de réponse doivent être de grande qualité et atteindre les enfants vulnérables.

C. Cible 3.3 : maladies transmissibles

1. VIH/sida

14. Quarante ans après le début de l'épidémie mondiale de sida, l'Afrique a enregistré une forte réduction des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida. On estime à 20,8 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Est et en Afrique australe en 2023, contre 5,1 millions en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et environ 160 000 en Afrique du

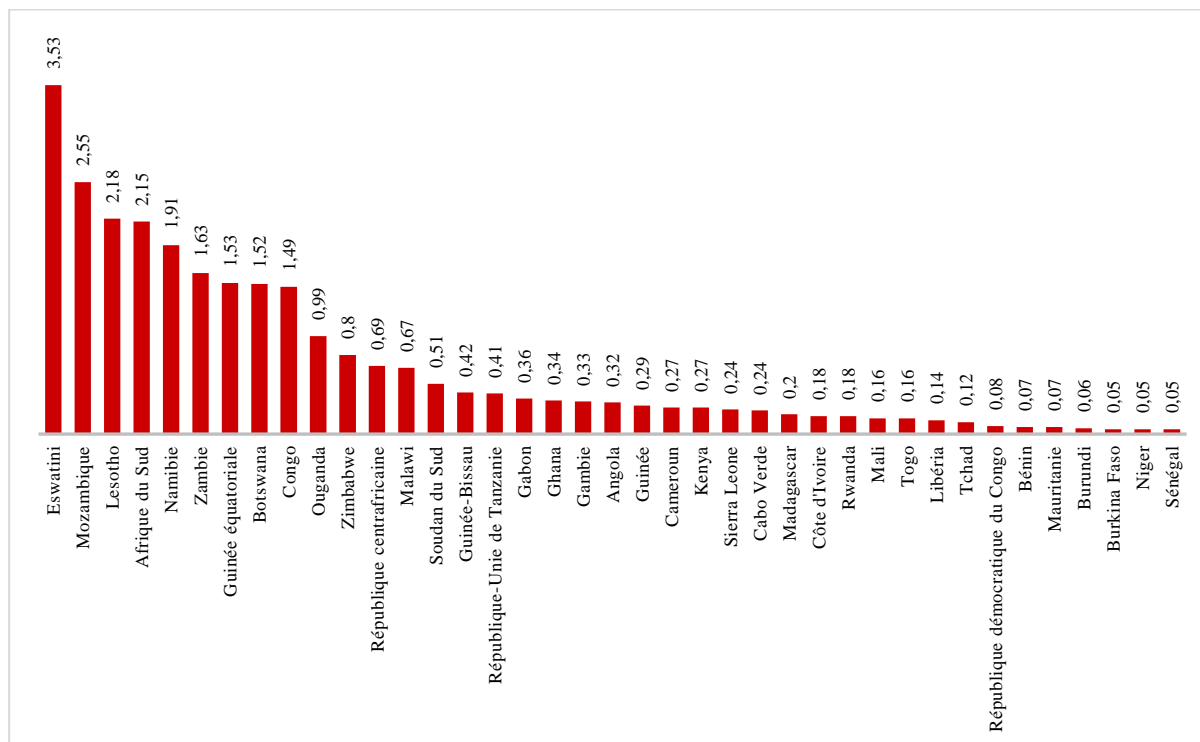
⁴ Camille E. Jones et autres, « Routine vaccination coverage - worldwide, 2023 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 73, n° 43 (octobre 2024).

⁵ Ibid.

Nord⁶. En 2022, huit pays d'Afrique ont enregistré un nombre de nouvelles infections par le VIH supérieur à 1 pour 1 000 habitants, comme le montre la figure IV.

Figure IV

Taux d'infection par le VIH dans les pays africains, 2022
(Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 habitants)



Source : OMS, « Nouvelles infections à VIH (pour 1 000 personnes séronégatives) ». Disponible à l' : <https://data.who.int/indicators/i/49AC786/77D059C> (site consulté le 19 mars 2025).

15. Au niveau mondial, 22 États ont réduit leur nombre annuel de nouvelles infections à VIH de plus de 60 % depuis 2010 et pourraient atteindre l'objectif d'une réduction de 90 % d'ici à 2030⁷. Sur l'ensemble du continent, on estime que 640 000 personnes ont contracté le VIH en 2023, soit presque autant que dans le reste du monde réuni⁸.

16. En 2022, environ 130 000 enfants âgés de 0 à 14 ans dans le monde ont contracté le VIH et, en 2023, environ 84 % des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès à une thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant^{9,10}.

17. En 2022, environ 25,6 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne, soit près des deux tiers du total mondial¹¹. Il est à noter que plusieurs pays africains ont atteint les cibles 95-95-95 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en matière de dépistage, de traitement et de suppression de la charge virale au sein de la

⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Données ONUSIDA 2024* (Genève, 2024).

⁷ ONUSIDA, *L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins – Rapport mondial actualisé sur le sida 2024* (Genève, 2024).

⁸ OMS, « Statistiques sur le VIH, au niveau mondial et par région de l'OMS, 2024 », (Genève, 2024).

⁹ ONUSIDA, « Fiche d'information 2023 : statistiques mondiales sur le VIH » (Genève, 2023).

¹⁰ ONUSIDA, « Fiche d'information 2024 : statistiques mondiales sur le VIH » (Genève, 2024).

¹¹ ONUSIDA, « Fiche d'information 2023 : statistiques mondiales sur le VIH ».

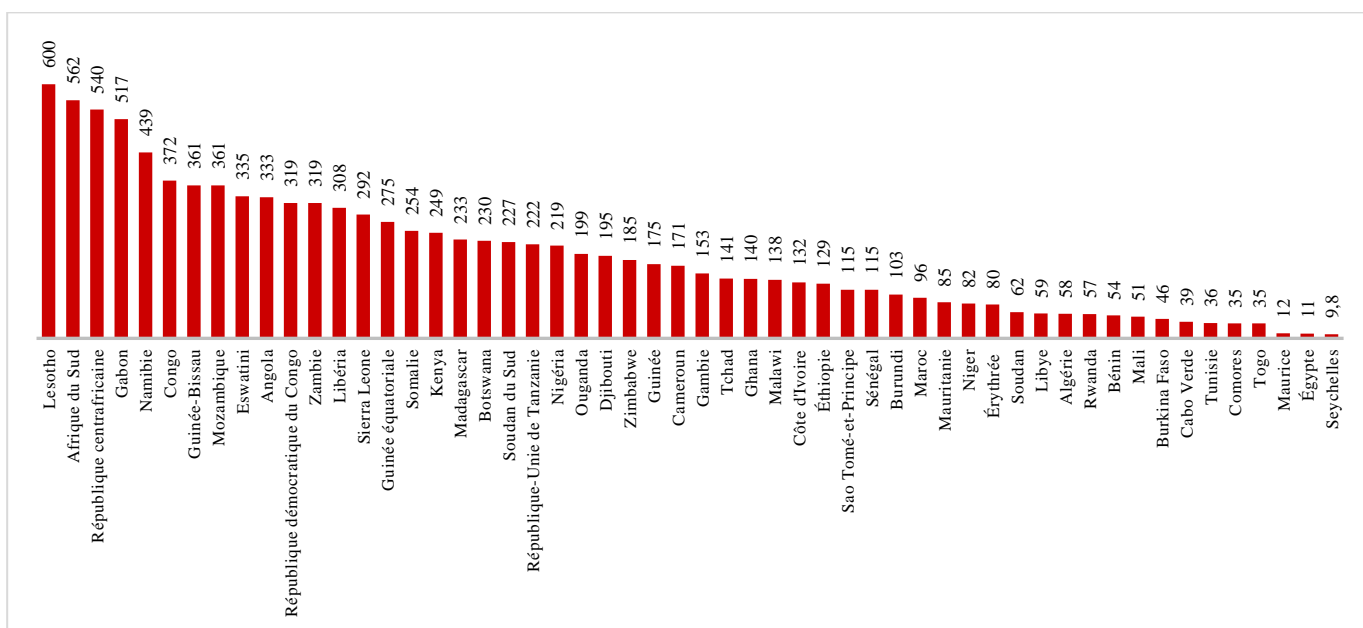
population générale, en avance sur l’objectif de 2025^{12,13}. Des difficultés persistent cependant, les enfants et les adolescents restant à la traîne dans la cascade de traitement, ce qui nécessite des interventions ciblées.

18. Malgré des progrès significatifs, le continent n’est pas en mesure de mettre fin à l’épidémie de sida d’ici à 2030. Les systèmes de santé sont confrontés à des défis et à des obstacles sociaux et juridiques, et la stigmatisation ainsi que la discrimination continuent d’affecter de nombreuses personnes. Les adolescentes, les femmes et les populations marginalisées restent très exposées au risque de contracter le VIH. Les populations clés représentaient un quart de toutes les nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne en 2022¹⁴.

2. Tuberculose

19. On estime que 2,5 millions de personnes ont contracté la tuberculose en 2021 en Afrique, et qu’environ 500 000 personnes en sont mortes¹⁵. Les principaux facteurs associés à un risque accru de contracter la tuberculose sont les espaces de vie exigus et mal ventilés, la sous-alimentation, l’infection à VIH, les troubles liés à la consommation d’alcool, le tabagisme et le diabète. L’incidence de la tuberculose reste élevée dans de nombreux pays africains, comme le montre la figure V.

Figure V
Tuberculose en Afrique, 2020
 (Incidence pour 100 000 habitants)



Source : OMS, Profils nationaux, régionaux et mondiaux de la tuberculose. Disponible à l’adresse : https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/ (site consulté le 24 janvier 2025).

¹² Au moins 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; au moins 95 % des personnes qui connaissent leur statut sérologique suivent un traitement ; et au moins 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.

¹³ ONUSIDA, *Données ONUSIDA 2024*.

¹⁴ Les populations clés comprennent les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les transsexuels et les personnes qui s’injectent des drogues. Voir ONUSIDA, « New HIV infections data among key populations: proportions in 2010 and 2022 », UNAIDS Explainer (Genève, 2024).

¹⁵ Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, « Tuberculosis in the WHO African region: 2023 progress update » (Brazzaville, 2023).

20. L'Afrique abrite environ 15 % de la population mondiale, mais elle a supporté une charge disproportionnée de la tuberculose en 2022. Elle représentait environ 23 % des nouveaux cas de tuberculose cette année-là ; les notifications de cas dans la région sont passées d'environ 1,4 million en 2010 à environ 1,8 million en 2022¹⁶. Il est à noter que, parmi les 19 pays du monde qui comptaient au moins 100 000 nouveaux cas de tuberculose en 2022, huit se trouvaient en Afrique¹⁷.

21. En 2018, la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine a approuvé un cadre de responsabilisation et une fiche de résultats et d'évaluation à l'échelle du continent pour mettre fin à la tuberculose¹⁸. De nombreux membres de l'Union africaine soutiennent la stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose et le cadre de l'OMS pour une réponse intégrée à la tuberculose, au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite en Afrique, dont les objectifs comprennent une réduction de 90 % des décès dus à la tuberculose et de 80 % du taux d'incidence de la tuberculose d'ici à 2030 par rapport à 2015^{19,20}.

22. Entre 2015 et 2022, le taux d'incidence mondial de la tuberculose a diminué de 8,7 % et le nombre de décès liés à la maladie a baissé de 19 %²¹. Plusieurs États africains ont franchi des étapes importantes dans le cadre de la stratégie de l'OMS visant à éradiquer la tuberculose, notamment une diminution constante du nombre de patients infectés à la fois par la tuberculose et par le VIH et une augmentation du nombre de personnes séropositives participant à des programmes de traitement préventif de la tuberculose. On estime que l'Afrique a dépassé les objectifs fixés pour 2020, à savoir une réduction de 20 % et de 35 % des nouvelles notifications de tuberculose et des décès dus à la tuberculose, respectivement, par rapport à 2015, affichant des réductions de 23 % et de 38 %, respectivement²².

3. Paludisme

23. En 2022, on estimait à 249 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde²³. Le taux d'incidence mondial du paludisme était de 58,4 pour 1 000 personnes à risque, ce qui est supérieur au taux de référence de 26,2. En 2022, l'Afrique représentait 94 % des cas de paludisme et 95 % des décès dus au paludisme dans le monde. En 2023, les enfants de moins de 5 ans représentaient 76 % de tous les décès dus au paludisme en Afrique²⁴. En 2020, 11 pays d'Afrique comptaient plus de 300 cas de paludisme pour 1 000 habitants à risque, comme le montre la figure VI.

¹⁶ OMS, *Rapport 2023 sur la tuberculose dans le monde* (Genève, 2023).

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, Décision sur le rapport de l'Observatoire du sida en Afrique, Assembly/AU/Dec.709/XXXI.

¹⁹ OMS, « Stratégie de lutte contre la tuberculose » (Genève, 2015).

²⁰ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, « Cadre pour une réponse multisectorielle intégrée à la tuberculose, au VIH, aux IST et à l'hépatite dans la région africaine de l'OMS, 2021-2030 » (Brazzaville, 2021).

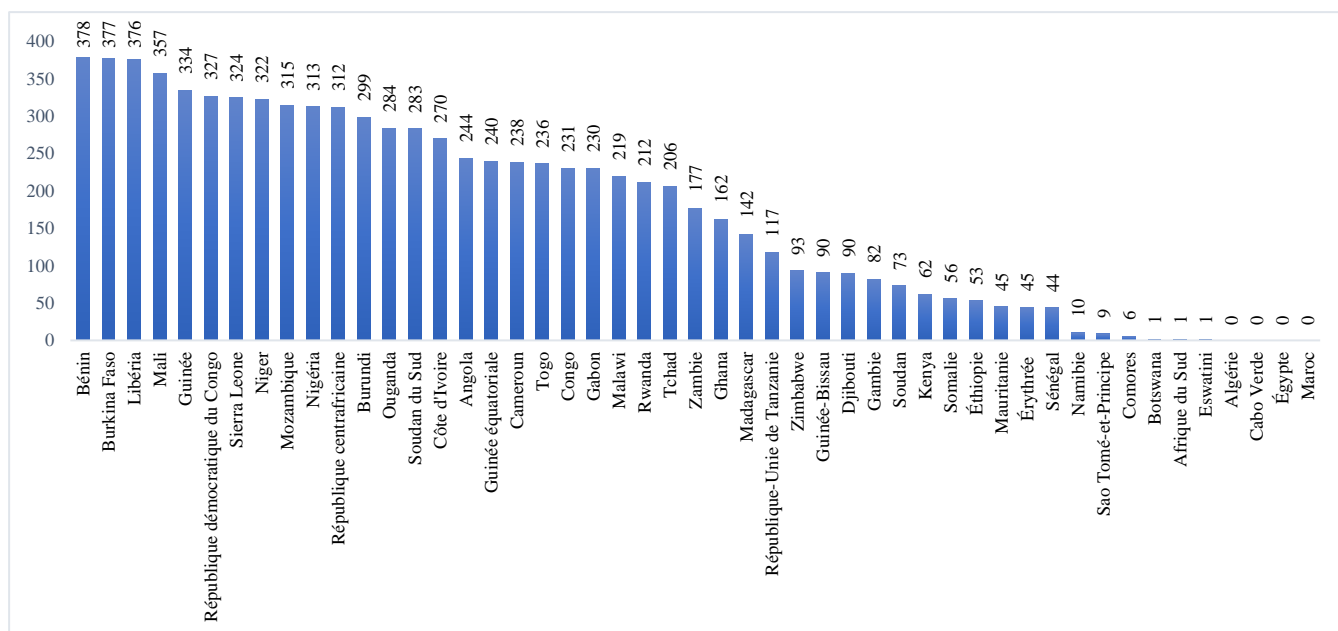
²¹ OMS, *Rapport 2023 sur la tuberculose dans le monde*.

²² Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, « Rate of TB diagnosis, treatment in Africa increasing », 23 mars 2024.

²³ OMS, *Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde* (Genève, 2023).

²⁴ OMS, *Rapport 2024 sur le paludisme dans le monde : Combattre les inégalités dans la lutte mondiale contre le paludisme* (Genève, 2024).

Figure VI
Paludisme en Afrique, 2020
 (Incidence pour 1 000 habitants à risque)



Source : Calculs de la CEA, sur la base des données contenues dans les annexes du *Rapport 2021 sur le paludisme dans le monde* de l'OMS (Genève, 2021).

24. En 2020, 4 pays de la région avaient des taux d'incidence du paludisme supérieurs à 350 pour 1 000 habitants, 7 des taux compris entre 349 et 300, 13 des taux compris entre 299 et 200, 4 des taux compris entre 199 et 100 et 8 des taux compris entre 99 et 50. Grâce à une collaboration avec les gouvernements du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, du Ghana, du Kenya, du Libéria, du Malawi et de la Sierra Leone de 2019 à 2024, le vaccin antipaludique a été intégré aux services de vaccination systématique des enfants dans le cadre du programme national de lutte contre le paludisme de chaque pays. Les partenaires renforcent les capacités en vue d'un déploiement réussi du vaccin dans une vingtaine d'autres pays africains.

D. Cible 3.4 : maladies non transmissibles

25. En 2019, les maladies non transmissibles ont causé quelque 42 millions de décès dans le monde²⁵. Ces maladies, qui comprennent les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les troubles de la santé mentale, représentent un lourd fardeau et contribuent de plus en plus à la mortalité en Afrique. Elles ont été responsables de 37 % des décès sur le continent en 2019, contre 24 % en 2000²⁶. Au niveau mondial, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et le diabète sont responsables de plus de 80 % des décès chez les personnes âgées de 30 à 69 ans²⁷.

26. En Afrique, plus d'un tiers des décès annuels sont dus à des maladies non transmissibles, et les décès prématurés dus à ces maladies chez les

²⁵ OMS, « Global health estimates: leading causes of death – global summary estimates », Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse : www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death (site consulté en février 2025).

²⁶ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, « Maladies non transmissibles ». Disponible à l'adresse : www.afro.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases (site consulté en février 2025).

²⁷ Ibid.

personnes de moins de 70 ans sont en augmentation²⁸. Ces maladies constituent un obstacle à la réalisation de la cible 3.4, qui consiste à réduire d'un tiers, d'ici à 2030, la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles grâce à la prévention et au traitement, et à promouvoir la santé mentale et le bien-être.

E. Cible 3.5 : abus de substances

27. En 2022, la consommation mondiale de tabac chez les personnes âgées de 15 ans et plus était estimée à 20,9 %, contre 26,4 % en 2010, soit une baisse d'environ 21 %²⁹. Si les tendances actuelles persistent, on prévoit une réduction de 25 % d'ici 2025, ce qui est inférieur à l'objectif de 30 % fixé par l'OMS³⁰. En 2025, on table sur une réduction de près de 32 % en Afrique, qui restera la région où la prévalence est la plus faible³¹. Au niveau mondial, le tabagisme reste nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

F. Cible 3.6 : accidents de la route

28. Avec le concours de la CEA et d'autres institutions, l'Union africaine a élaboré un plan d'action sur la sécurité routière pour la période 2011-2020, conformément à la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière (2011-2020). La Charte africaine de la sécurité routière, qui vise à renforcer les mesures de sécurité routière sur l'ensemble du continent, avait été ratifiée par 12 États africains en juin 2023, nécessitant trois ratifications supplémentaires pour devenir juridiquement contraignante.

29. L'OMS a estimé à 225 482 le nombre de décès dus aux accidents de la route en Afrique en 2021 et, comme le montre le tableau 2, le nombre de morts sur les routes a augmenté de 17 % sur le continent depuis 2010. Bien que le nombre de décès ait diminué de 2 à 49 % dans 17 pays africains, l'Afrique conserve le taux de mortalité le plus élevé de toutes les régions, soit 19,4 décès pour 100 000 habitants³².

²⁸ Juliet Addo et autres, « The Africa non-communicable diseases (NCD) Open Lab : impact of a portfolio of clinical studies to deepen the understanding of NCDs in sub-Saharan Africa », *Journal of Global Health*, vol. 14 (mai 2024).

²⁹ OMS, *Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2030* (Genève, 2024).

³⁰ Pour plus d'informations, voir www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/highlights/countries-commit-to-achieving-30-reduction-in-tobacco-use-by-2025.html.

³¹ OMS, *Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2030*.

³² Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, *Rapport de situation sur la sécurité routière dans la région africaine de l'OMS, 2023* (Brazzaville, 2024).

Tableau 2
Évolution du nombre estimé de tués sur les routes par région de l’OMS, 2010-2021
 (En pourcentage)

	<i>Évolution 2010-2021</i>
Région africaine	17
Région des Amériques	-0,1
Région de la Méditerranée orientale	<1
Région européenne	-36
Région de l’Asie du Sud-Est	-2
Région du Pacifique occidental	-16
Monde	-5

Source : Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique, *Rapport de situation sur la sécurité routière dans la région africaine de l’OMS, 2023* (Brazzaville, 2024).

30. En septembre 2020, l’Assemblée générale a adopté la résolution 74/299 sur l’amélioration de la sécurité routière mondiale, proclamant la période 2021-2030 deuxième Décennie d’action pour la sécurité routière, et un plan mondial y relatif a été lancé en octobre 2021³³. La deuxième décennie a débuté par des activités intensives en Afrique, menées avec le concours de partenaires et axées sur les voitures d’occasion, les soins après accident et la gestion de la sécurité routière, y compris des textes de loi, des règlements, des stratégies nationales et des plans d’action.

G. Cible 3.7 : santé sexuelle et procréative

31. Les droits à la santé sexuelle et procréative recouvrent une série de libertés et de droits à prestation. Ils englobent le droit de contrôler les décisions relatives à la procréation sans discrimination, coercition ni violence, et le droit d’accéder à un éventail d’installations, de services, de biens et d’informations dans le domaine de la santé procréative. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, les gouvernements nationaux et les institutions sous-régionales et continentales contribuent aux efforts visant à fournir une gamme d’informations et de services aux personnes de tous âges en Afrique.

32. En 2006, le Conseil exécutif de l’Union africaine a approuvé le Cadre d’orientation continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction en Afrique, appelant à l’intégration des droits à la santé sexuelle et procréative dans les soins de santé primaires³⁴. Le Plan d’action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d’orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2016-2030 vise à faire progresser le continent vers l’objectif de l’accès universel aux services de santé sexuelle et procréative. Depuis 2015, l’Afrique a fait des progrès à cet égard et, par conséquent, il y a eu une diminution des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, ainsi qu’une augmentation des connaissances et une amélioration de l’information. En outre, la prévalence de la contraception et la proportion de femmes dont la demande de planification familiale moderne est satisfaite ont augmenté. Pour les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans, la prévalence de la contraception moderne est passée de 23,4 % à 26,5 %, la demande de planification familiale a augmenté de 55,3 %

³³ OMS, « Plan mondial : Décennie d’action pour la sécurité routière 2021-2030 » (Genève, 2021).

³⁴ Conseil exécutif de l’Union africaine, Décision sur le Cadre d’orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique, EX.CL/Dec.249 (VIII).

à 59,7 % et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont diminué de 18,9 % à 17,9 %³⁵.

33. Depuis 2015, la prévalence du mariage d'enfants en Afrique a généralement diminué, mais de nombreux pays restent confrontés à des défis importants. Les grossesses précoces compromettent souvent les perspectives d'éducation et d'emploi de nombreuses adolescentes. Malgré les progrès accomplis, le nombre de grossesses chez les adolescentes reste élevé, le taux de fécondité des adolescentes en Afrique subsaharienne étant, selon les estimations, plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale³⁶. Pour lutter contre les grossesses précoces, la plupart des États africains ont adopté des politiques qui favorisent l'accès à des services de santé sexuelle et procréative adaptés aux jeunes et à une éducation complète à la sexualité.

34. La connaissance globale du VIH, du sida et d'autres conditions et facteurs de risque en matière de santé sexuelle et procréative reste faible chez les jeunes d'Afrique subsaharienne. On estime que moins de 50 % des jeunes ont des connaissances précises sur la prévention et la transmission du VIH³⁷. L'éducation complète à la sexualité doit être dispensée dans le cadre d'un programme adapté à l'âge des enfants et des jeunes, qui leur apporte des connaissances et des compétences, et favorise des attitudes et des valeurs leur permettant d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur dignité, de développer des relations respectueuses, de faire des choix éclairés et de protéger leurs droits. L'éducation est essentielle pour réduire la transmission du VIH et prévenir les grossesses précoces non désirées, en particulier lorsqu'elle est associée à des services qui fournissent des informations sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et à des services destinés à prévenir et à combattre la violence sexuelle et sexiste.

35. De nombreux États ont actualisé leurs politiques en vue d'améliorer la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation. Toutefois, de nombreux États africains n'ont pas atteint un score supérieur à 60 (sur 100) pour le sous-indice lié à la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile de l'indice de couverture universelle des services de santé³⁸.

H. Cible 3.8 : couverture sanitaire universelle

36. L'indice de couverture sanitaire universelle est utilisé pour évaluer, à l'aide d'un score unique, la couverture moyenne des services de santé essentiels. Quatorze indicateurs sont intégrés à l'indice dans quatre domaines : santé procréative, maternelle, néonatale et infantile ; maladies infectieuses ; maladies non transmissibles ; capacité et accessibilité des services. Au niveau mondial, le score de l'indice a augmenté de manière significative, passant de 45 à 68 entre 2000 et 2021, mais la progression a ralenti entre 2015 et 2021, n'augmentant que de trois points d'indice, et a stagné entre 2019 et 2021³⁹.

³⁵ Nations Unies, « Estimates and projections of family planning indicators 2024 », indicateurs de planification familiale. Disponible à l'adresse : www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators (site consulté le 21 janvier 2025).

³⁶ Banque mondiale, « Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) », Portail de données ouvertes de la Banque mondiale. Disponible à l'adresse https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?utm_source=chatgpt.com (page consultée en février 2025).

³⁷ Patricia Machawira, Chris Castle et Joanna Herat, « Progress and challenges with comprehensive sexuality education: what does this mean for HIV prevention in the ESA region? », dans *Preventing HIV among Young People in Southern and Eastern Africa : Emerging Evidence and Intervention Strategies*, Kaymarlin Govender et Nana Poku, éd. (Londres, Routledge, 2020).

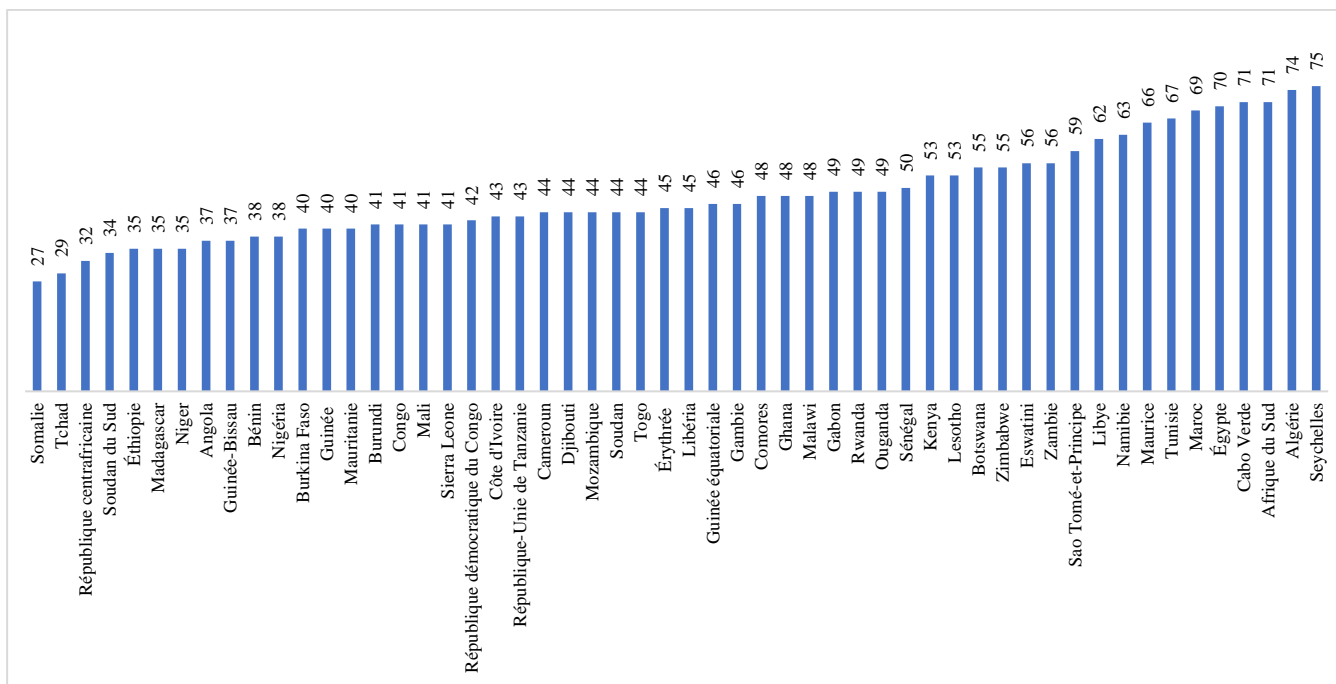
³⁸ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, *Tracking Universal Health Coverage in the WHO African Region, 2022* (Brazzaville, 2022).

³⁹ OMS, « Couverture sanitaire universelle (CSU) », 5 octobre 2023.

37. En Afrique, les scores de l'indice varient de manière significative, comme le montre la figure VII. L'Afrique du Nord, l'Afrique australe et les États insulaires, tels que Cabo Verde, Maurice et les Seychelles, ont souvent une couverture de services élevée (avec des indices compris entre 60 et 79), grâce à une gouvernance et à des investissements solides. Les pays d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Est et d'Afrique de l'Ouest ont souvent une couverture faible ou moyenne (scores de 20 à 39 et de 40 à 59, respectivement), en raison de la fragilité des systèmes de santé, de la pauvreté et de l'accès limité aux services.

Figure VII

Indice de couverture universelle des services de santé en Afrique, 2021

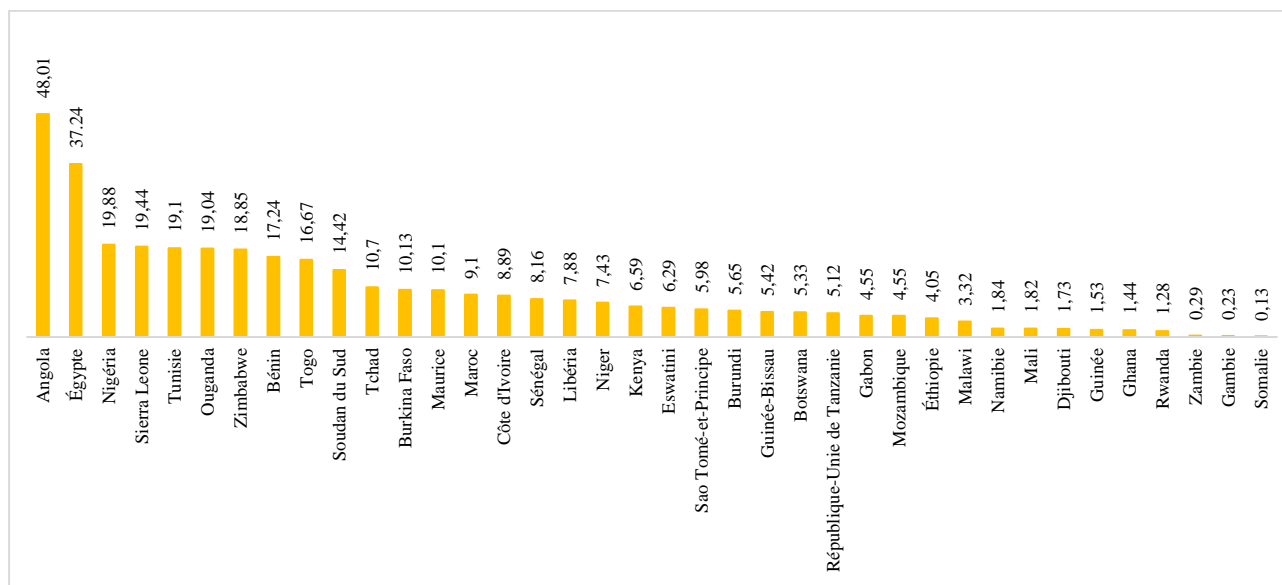


Source : Calculs de la CEA, basés sur : OMS et Banque mondiale, *Tracking Universal Health Coverage : 2023 Global Monitoring Report* (Genève, Washington, 2023).

38. Les disparités dans la couverture sont le résultat de plusieurs facteurs : infrastructures inadéquates, contraintes économiques, conflits et instabilité, et faiblesse des systèmes de collecte de données. Les pays où la couverture est faible ont souvent des services publics qui manquent de ressources, un personnel de santé insuffisant et des zones rurales difficilement accessibles. En outre, les troubles politiques et les crises liées au climat augmentent la vulnérabilité dans des régions déjà confrontées à une mortalité maternelle élevée, à un faible niveau d'éducation et à un accès limité à l'eau potable et à l'assainissement.

39. L'insuffisance du financement de la santé publique contraint les ménages à payer de leur poche, et les dépenses de santé élevées des ménages plongent souvent les familles dans la pauvreté, exacerbant ainsi les inégalités économiques. Il s'agit d'une tendance courante en Afrique subsaharienne, en particulier, comme le montre la figure VIII, en raison de la faiblesse de la couverture de l'assurance maladie, du coût élevé des services de santé essentiels et de l'insuffisance des dépenses publiques en matière de soins de santé. Pour atteindre la cible 3.8, il faut renforcer les systèmes de santé publique, améliorer les régimes d'assurance maladie et diminuer les frais à la charge des patients pour les services essentiels.

Figure VIII
Proportion de la population qui consacre plus de 10 % des dépenses totales du ménage à la santé, pays africains disposant de données, 2021
 (En pourcentage)



Source : OMS, Global Health Expenditure database. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (page consultée en février 2025).

I. Cible 3.9 : santé environnementale

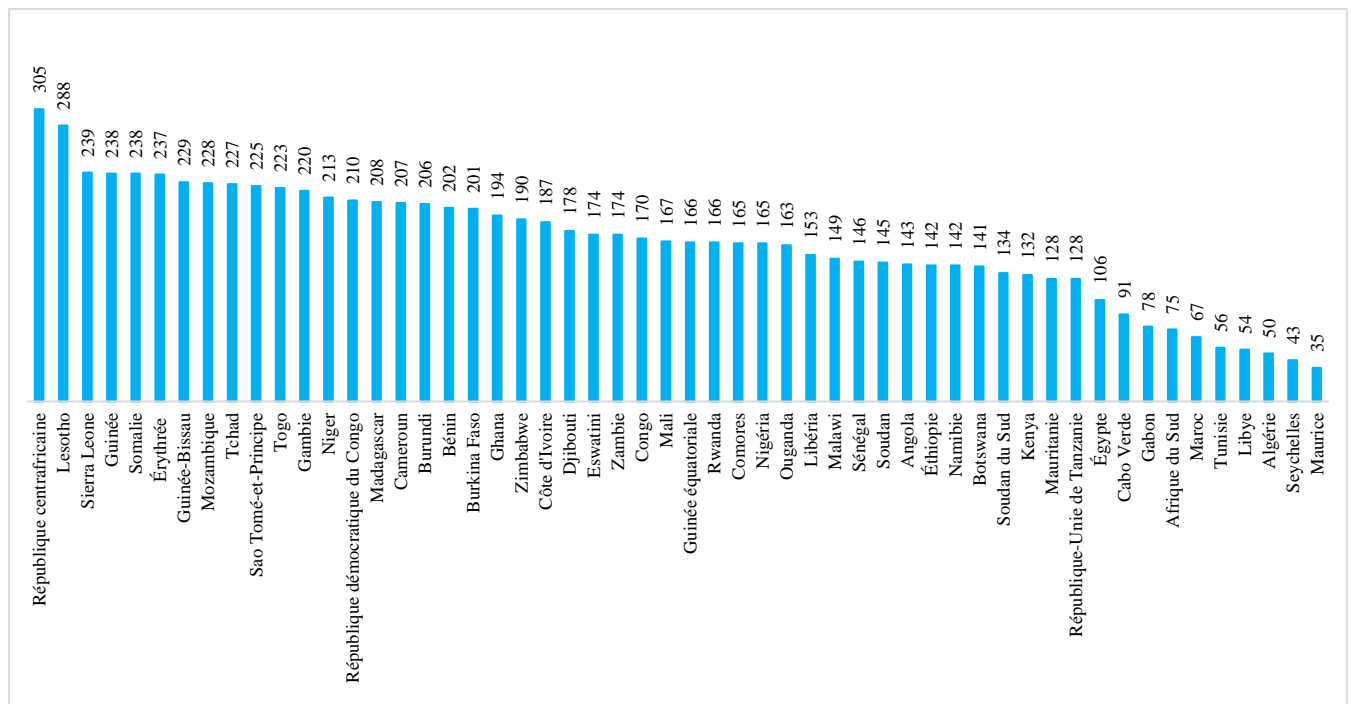
40. Les effets combinés de la pollution de l'air ambiant et de la pollution de l'air intérieur sont associés à 6,7 millions de décès prématurés par an⁴⁰. On estime que la pollution de l'air ambiant (extérieur) a causé 4,2 millions de décès prématurés dans le monde en 2019⁴¹. La pollution de l'air intérieur était responsable d'environ 3,2 millions de décès en 2020, dont plus de 237 000 décès d'enfants de moins de 5 ans⁴². Les décès attribués à la pollution de l'air intérieur et à la pollution de l'air ambiant surviennent également sur le continent, comme le montre la figure IX.

⁴⁰ OMS, « Ambient (outdoor) air pollution », 24 octobre 2024.

⁴¹ Ibid.

⁴² OMS, « Household air pollution », 1^{er} octobre 2024.

Figure IX
Décès en Afrique attribués à la pollution de l'air ambiant et à la pollution de l'air intérieur, 2019
 (Décès pour 100 000 habitants)



Source : OMS, Portail de données sur la pollution atmosphérique, Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse : www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution (site consulté le 23 janvier 2025).

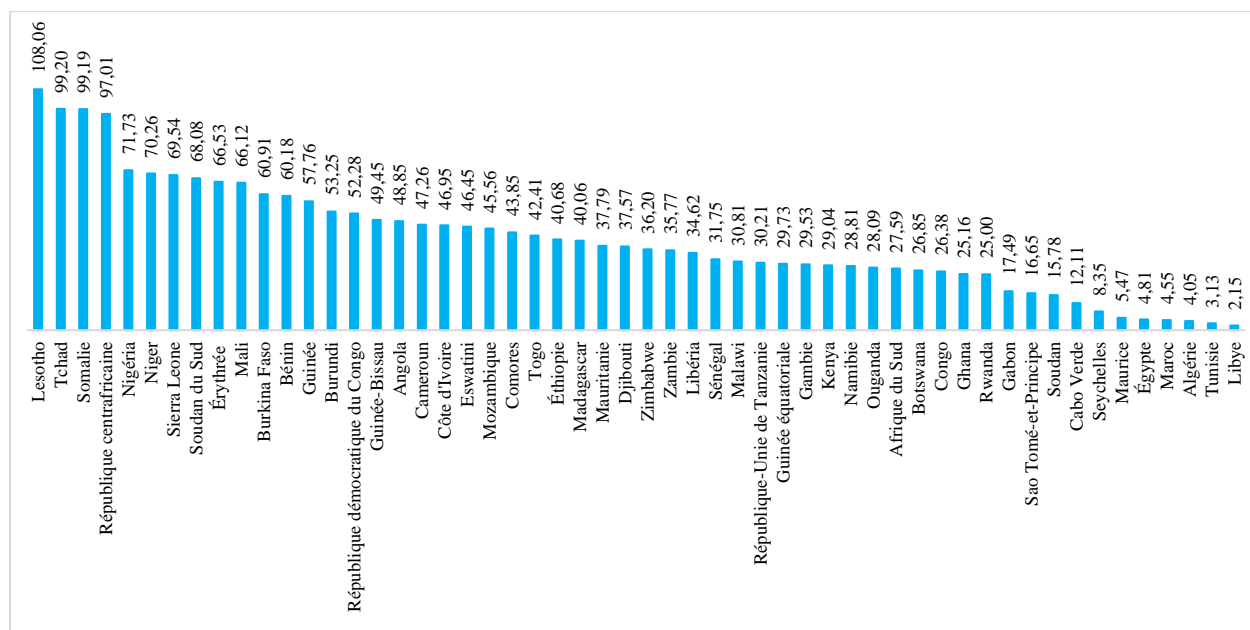
41. En 2021, les intoxications accidentelles ont causé environ 59 000 décès dans le monde, soit une diminution de plus de 4 000 décès depuis 2000 et une réduction de 25 % du taux brut de mortalité⁴³. L'Afrique a enregistré le taux brut de mortalité par intoxication accidentelle le plus élevé de toutes les régions, soit 1,2 décès pour 100 000 habitants⁴⁴.

42. La figure X contient des données par pays sur les décès en Afrique attribués à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène, notamment des suites de diarrhées, d'infections par des nématodes intestinaux, de malnutrition et d'infections respiratoires aiguës. Les analyses sous-régionales indiquent que les pays d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest connaissent généralement des taux de décès liés à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène plus élevés que ceux des pays d'Afrique du Nord et d'Afrique australe. Les taux de mortalité élevés dans de nombreux pays entravent également les progrès vers la réalisation de l'objectif de développement durable 3, étant donné que l'insalubrité de l'eau, les déficiences du système d'assainissement et le manque d'hygiène contribuent largement aux maladies évitables et aux décès, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans.

⁴³ OMS, *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals* (Genève, 2024).

⁴⁴ Ibid.

Figure X
Décès en Afrique attribués à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène, notamment des suites de diarrhées, d'infections par des nématodes intestinaux, de malnutrition et d'infections respiratoires aiguës, 2019
 (Décès pour 100 000 habitants)



Source : OMS, « Eau, assainissement et hygiène : charge de morbidité », Observatoire mondial de la santé. Disponible à l'adresse : www.who.int/data/gho/data/themes/topics/water-sanitation-and-hygiene-burden-of-disease (site consulté le 26 janvier 2025).

III. Accélération des progrès vers la réalisation de l'objectif de développement durable 3 : défis, tendances et possibilités émergentes

A. Défis

43. Déficit de financement : dans de nombreux pays, les dépenses publiques consacrées aux soins de santé sont faibles, ce qui limite les retombées positives pour la santé. Dans les pays africains, les dépenses publiques de santé ont légèrement augmenté entre 2015 et 2021, passant de 6,4 à 7,3 %, ce qui reste inférieur au niveau de 15 % que s'étaient engagés à dépenser les participants au Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, tenu en 2001^{45,46}. La moitié des 54 gouvernements africains ont consacré moins de 6 % de leur budget à la santé en 2022. Les quatre cinquièmes d'entre eux dépensent moins de 86 dollars par habitant pour la santé, soit le niveau minimum recommandé par l'OMS pour mettre en œuvre une série d'interventions sanitaires essentielles. Le niveau médian des dépenses par habitant n'était que de 17 dollars. Trente-six gouvernements investissent moins de la moitié du minimum requis⁴⁷.

⁴⁵ Human Rights Watch, « African Governments falling short on healthcare funding », 26 avril 2024.

⁴⁶ Voir la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, par. 26.

⁴⁷ Union africaine, « Africa scorecard on domestic financing for health - 2024 ». Disponible à l'adresse : <https://score-card.africa/info> (page consultée le 23 janvier 2025).

44. Poids de la dette : le niveau élevé de la dette nationale et du coût du service de la dette a fortement limité les dépenses publiques en matière de santé. L'étroitesse de la marge de manœuvre budgétaire entrave les efforts déployés pour parvenir à une couverture sanitaire universelle et améliorer les résultats en matière de santé, car les États peuvent donner la priorité au remboursement de la dette plutôt qu'aux services de santé essentiels. Il est essentiel de s'attaquer au fardeau de la dette pour permettre aux gouvernements d'investir dans la santé, d'améliorer ainsi la santé de leurs populations et de rendre leurs économies plus résilientes.

45. Conflits et instabilité : les conflits en cours et l'instabilité politique en Afrique perturbent les services de santé. Il est essentiel de prôner la paix et de répondre aux besoins de santé des populations dans les zones touchées par les conflits afin de parvenir à une couverture sanitaire universelle et de sauver des vies.

46. Pandémies et épidémies : la pandémie de COVID-19 a révélé des faiblesses importantes dans les systèmes de santé et a souligné la nécessité de plans robustes de préparation aux situations d'urgence. Elle a détourné l'attention de questions de santé essentielles, compliquant ainsi la réalisation de l'objectif de développement durable 3. Les leçons tirées de la pandémie doivent inspirer les stratégies et les investissements futurs en matière de santé afin que soit renforcée la sécurité économique et sanitaire.

47. Défis en matière de données et de statistiques : les déficiences dans la collecte et la communication systématiques des données entravent l'évaluation des progrès en matière de santé. Il convient d'établir des protocoles normalisés et de ventiler les données par âge et par sexe afin d'améliorer la compréhension des problèmes de santé et d'éclairer les décisions des pouvoirs publics.

48. Inégalité des sexes : des normes profondément enracinées limitent souvent l'autonomie et le pouvoir de décision des femmes en matière de santé, ce qui peut entraver l'accès aux services de santé nécessaires. Il est essentiel de s'attaquer aux inégalités entre les hommes et les femmes pour améliorer les résultats en matière de santé,

49. Inégalité économique : l'inégalité économique continue de se creuser au sein des pays et entre eux, ce qui a des répercussions négatives sur la santé publique et l'accès aux services. Les populations défavorisées connaissent souvent des taux de morbidité et de mortalité plus élevés, en raison d'un accès limité aux soins de santé, à une alimentation nutritive et à des conditions de vie sûres. Il est essentiel de s'attaquer aux disparités économiques en investissant dans les soins de santé pour parvenir à l'équité en matière de santé et faire en sorte que tous les individus puissent accéder aux soins dont ils ont besoin, quel que soit leur statut socioéconomique.

B. Tendances émergentes

50. Changements climatiques : il est de plus en plus reconnu que les changements climatiques représentent une menace importante pour la santé publique. Ils affectent la disponibilité et la qualité des services de santé et exacerbent les risques pour la santé. La hausse des températures, les phénomènes météorologiques extrêmes et les variations de l'incidence des maladies exacerbent les risques sanitaires. En investissant dans des systèmes d'alerte précoce et en concevant des produits climatologiques en collaboration avec les communautés qui en ont besoin, on parviendra à réduire les pertes liées à la santé. Certes, la plupart des États incluent la santé dans leurs plans d'action nationaux sur le climat, mais il est essentiel de renforcer la collaboration et le financement pour la collecte de données désagrégées et la production conjointe de services climatologiques et de systèmes d'alerte précoce.

51. **Urbanisation** : l'urbanisation rapide présente à la fois des opportunités et des défis pour la santé. Bien qu'un meilleur accès aux services de santé puisse être fourni dans les zones urbaines, celles-ci peuvent souffrir de surpopulation, de pollution et d'infrastructures inadéquates, ce qui contribue à la propagation des maladies transmissibles et peut accroître la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles. Les stratégies de santé urbaine doivent être conçues de manière à garantir aux populations urbaines un accès à des soins de santé de qualité.

52. **Changements démographiques** : les changements démographiques, en particulier la croissance rapide des populations de jeunes et de personnes âgées, modifient les besoins en matière de santé et les demandes de services. Les systèmes de santé ne sont pas bien adaptés aux besoins des adolescents ; pour garantir des résultats optimaux en matière de santé, il faut développer de toute urgence les services destinés aux adolescents. L'augmentation de la proportion de personnes âgées s'accompagne d'une demande de services de santé adaptés à leurs besoins.

53. **Fracture numérique** : si les technologies numériques en matière de santé peuvent améliorer l'accès aux soins et les résultats sanitaires, les disparités en matière d'accès à Internet et de culture numérique exacerbent de plus en plus les inégalités. Les efforts visant à promouvoir la santé numérique doivent être axés sur la garantie d'un accès équitable à la technologie et à la formation pour toutes les populations.

C. Possibilités

54. **Renforcement des systèmes de santé** : il est possible de renforcer les systèmes de santé en investissant dans les infrastructures, le développement de la main-d'œuvre, y compris la formation des agents de santé communautaires, et les systèmes d'information sur la santé. En collaboration avec les entreprises privées, les gouvernements devraient faciliter les cadres d'investissement dans le secteur de la santé, en particulier dans ses composantes victimes de sous-investissement, telles que l'industrie pharmaceutique, le développement des compétences et la technologie numérique. Pour ce faire, ils devraient s'appuyer sur le Partenariat pour la prestation de soins de santé communautaires et la Zone de libre-échange continentale africaine, afin de mettre en place des chaînes de valeur régionales solides, de produire des médicaments à des prix compétitifs, de créer des emplois et de veiller à ce que les services soient accessibles à l'ensemble de la population.

55. **Recours à la technologie et à l'innovation** : les progrès rapides des technologies numériques en matière de santé offrent la possibilité d'améliorer l'accès aux services de santé et l'état de santé des populations, notamment par des soins auto-administrés en matière de santé sexuelle et procréative⁴⁸. La télémédecine, les applications de santé mobile et les dossiers médicaux électroniques facilitent les consultations à distance, améliorent la prise en charge des patients et rationalisent le partage des informations sanitaires. Ces technologies du système de santé peuvent être utilisées pour atteindre les populations mal desservies et fournir des soins en temps utile, en particulier dans les zones rurales et isolées.

56. **Promotion de la collaboration multisectorielle** : la résolution des problèmes de santé nécessite une approche multisectorielle. La promotion de partenariats entre les pouvoirs publics, la société civile, le secteur privé et les parties prenantes concernées peut contribuer à l'élaboration de stratégies

⁴⁸ Pour plus d'informations sur les soins auto-administrés liés à la santé sexuelle et procréative, voir [www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/self-care-interventions](http://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/self-care-interventions).

globales qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé, facilitent la production de médicaments et favorisent l'équité en matière de santé et le bien-être général.

57. Renforcement de l'engagement communautaire : la formation et la motivation des agents de santé communautaires, notamment en offrant aux jeunes des perspectives de carrière claires dans le domaine de la santé, sont essentielles pour fournir des services de santé adaptés aux besoins locaux et pour promouvoir l'appropriation, la sensibilisation, l'acceptation et l'utilisation des services de santé, ce qui, en fin de compte, conduit à de meilleurs résultats en matière de santé. Les agents de santé communautaire contribuent à réduire le nombre de décès de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans grâce à une gestion communautaire des principaux facteurs de mortalité infantile, et ils renforcent la capacité à répondre aux situations d'urgence en matière de santé publique.

58. Investissement dans la recherche et les données : il est de plus en plus possible d'investir dans la recherche et la collecte de données sur la santé afin d'élaborer des politiques et des interventions fondées sur des données probantes. L'amélioration des systèmes de données peut permettre de mieux comprendre les tendances en matière de santé, les disparités et l'efficacité des programmes de santé. En donnant la priorité à la recherche et à la prise de décision fondée sur des données, les États peuvent élaborer des stratégies ciblées pour relever des défis sanitaires spécifiques et suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles de l'objectif de développement durable 3.

59. Prise en compte des déterminants sociaux de la santé : reconnaître et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, tels que l'éducation, le revenu et le logement, permet d'améliorer les résultats en matière de santé. La mise en œuvre de politiques favorisant l'équité sociale et l'accès aux services essentiels permet aux gouvernements de créer des conditions propices à des modes de vie sains et au bien-être. Une telle approche holistique peut conduire à des améliorations durables de la santé de la population.

60. Exploitation des partenariats mondiaux : l'engagement mondial en faveur de la réalisation des objectifs de développement durable offre aux États la possibilité de collaborer et de partager les meilleures pratiques. Les partenariats internationaux facilitent le partage des connaissances, la mobilisation des ressources et l'assistance technique, permettant aux États de tirer parti des expériences et des réussites des autres. En s'appuyant sur les réseaux mondiaux, il est possible de renforcer la capacité à relever les défis sanitaires et à accélérer les progrès vers la réalisation de l'objectif 3.

IV. Messages clés

61. Dans le présent rapport, l'accent a été mis sur le rôle essentiel de la santé en tant que moteur de la croissance économique. Une bonne santé est essentielle pour améliorer la productivité du travail et les performances économiques, et constitue donc un élément fondamental du développement durable. En veillant à ce que les populations soient en bonne santé, on peut améliorer les résultats économiques et le bien-être général.

62. Pour atteindre l'objectif de développement durable 3, il est essentiel de renforcer les systèmes de santé et de les rendre résilients. Les investissements dans ce domaine sont nécessaires pour garantir la prestation de soins de qualité, ainsi que la préparation et les réponses adéquates aux situations d'urgence, qui, à leur tour, favorisent la productivité et la croissance économiques.

63. La réalisation de l'objectif 3 et la création de systèmes de santé résilients et capables de répondre aux besoins des populations sont impossibles sans un

financement accru et des mécanismes de financement innovants permettant de mobiliser des ressources supplémentaires pour les interventions sanitaires. Les gouvernements devraient s'efforcer d'allouer au moins 15 % de leur budget à la santé.

64. Une éducation complète à la sexualité est essentielle pour responsabiliser les jeunes, réduire la transmission du VIH et prévenir les grossesses non désirées, y compris chez les jeunes. En permettant aux jeunes d'acquérir des connaissances et des compétences, les communautés peuvent favoriser la santé des populations et contribuer à la réalisation de l'objectif 3.

65. Les partenariats public-privé et la collaboration entre les gouvernements et le secteur privé peuvent contribuer à mobiliser des ressources et des compétences qui favorisent la production et l'achat groupé de médicaments, ainsi que la création d'emplois et le développement économique. Ces partenariats peuvent déboucher sur des solutions innovantes qui répondent à des problèmes de santé vitaux.

66. La recherche et l'innovation jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé et le développement économique. Les institutions universitaires devraient se concentrer sur des travaux de recherche concernant des interventions sanitaires efficaces et sur l'élaboration de programmes éducatifs préparant les individus à des emplois dans le secteur de la santé.

67. L'adoption de solutions de santé numériques, y compris celles qui facilitent les soins auto-administrés, peut combler les lacunes dans la prestation des soins de santé et faciliter l'accès aux services de santé, améliorant ainsi l'état de santé général de la population.

68. L'investissement dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé communautaires peut réduire de manière significative les taux de mortalité infantile et accélérer considérablement les progrès vers la couverture sanitaire universelle et la réalisation des différentes cibles de l'objectif 3, y compris celles ayant trait à l'accès à des services adaptés aux jeunes, aux soins prénatals, aux accouchements en toute sécurité, aux soins postnatals, à la vaccination des enfants et à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

69. Des mesures immédiates et décisives sont nécessaires pour relever les défis sanitaires qui entravent la croissance économique. Les mesures prises à cet égard doivent être inclusives afin que les populations marginalisées ne soient pas laissées pour compte. En donnant la priorité à l'équité dans les initiatives, le financement national et les infrastructures en matière de santé, les États peuvent œuvrer à la réalisation d'un développement durable pour tous.