



Innovation et inégalité

Rapport Goalkeepers 2021

Goalkeepers est dédié à accélérer l'avancée des Objectifs Mondiaux.

En 2015, 193 dirigeants du monde entier se sont engagés à atteindre 17 objectifs pour éliminer l'extrême pauvreté, lutter contre les inégalités et enrayer le changement climatique d'ici 2030. Les Goalkeepers se concentrent sur l'accélération de la réalisation de ces Objectifs Mondiaux, en mettant plus particulièrement l'accent sur les objectifs 1 à 6.

La COVID-19 n'a fait que confirmer le fait que la réalisation de ces objectifs est possible, mais n'est en aucun cas garantie. Nos actions comptent et au cours de l'année écoulée, nous avons constaté ce qui est possible lorsque des personnes du monde entier innovent, s'adaptent et construisent des systèmes résilients sur le long terme.

**1 PAS DE
PAUVRETÉ**



**2 FAIM
« ZÉRO »**



**3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**



**4 ÉDUCATION
DE QUALITÉ**



**5 ÉGALITÉ ENTRE
LES SEXES**



**6 EAU PROPRE ET
ASSAINISSEMENT**



2	Introduction
4	Les données nous réservent bien des surprises
5	Des millions de personnes supplémentaires dans une situation d'extrême pauvreté
7	Des écarts croissants dans l'éducation
8	Moins d'enfants vaccinés
9	La population se mobilise
10	Ce que nous révèle l'exploit des vaccins
12	La promesse à long terme du séquençage du génome
14	Investir dans les systèmes
17	Investir dans les communautés
20	Investir dans les femmes et les filles
24	Toujours plus loin, toujours plus vite
26	Nouvelles sources d'innovation
28	Un appel à s'adapter : des innovateurs pour le changement
34	Explorer les données
35	La Chine, débarrassée du paludisme, renvoie l'ascenseur
36	Méthodologie
38	Indicateurs
56	Sources et notes

Contenu

Introduction



L'an dernier, nous avons craint le pire pour les Objectifs Mondiaux. Mais même face aux ravages que la pandémie de COVID-19 a causés, nous avons constaté que l'espoir peut toujours naître de graines plantées des années auparavant. Voici ce que nous avons appris.

**Par Bill Gates et
Melinda French Gates**
Coprésidents, Fondation
Bill & Melinda Gates

Visitez le site internet

Découvrez davantage de contenu
et plus de détails dans la version en
ligne du Rapport Goalkeepers 2021.

➞ <https://gates.ly/GK2021>

Page précédente

Los Angeles, Californie

Il y a un an, nous nous sommes lancés dans la rédaction d'un Rapport Goalkeepers plutôt inhabituel. Après des années de progrès constants dans la réalisation des Objectifs de Développement Durable des Nations Unies (ODD), la première vague de la pandémie de COVID-19 a eu des effets dévastateurs pour des familles, des économies et des systèmes de santé entiers. Nous avons craint qu'elle n'entraîne un recul sans précédent des progrès réalisés dans la plupart des domaines liés à la santé et à la prospérité que nous suivons chaque année dans ce rapport.

2020 fut indiscutablement une année sans précédent : des millions de personnes dans le monde sont décédées de la COVID-19. Des millions d'autres ont été affectées par la crise économique mondiale. Et la pandémie fait toujours rage, avec l'apparition de variants toujours plus contagieux et dangereux qui se propagent à travers le monde.

À bien des égards, la pandémie a mis notre optimisme à rude épreuve. Mais elle ne l'a pas détruit.

Dans les circonstances les plus difficiles qui soient, de formidables innovations ont tout de même vu le

jour. Nous avons observé à quel point nous sommes capables de changer rapidement de comportement, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif, lorsque la situation l'exige. Et aujourd'hui, nous pouvons également nous réjouir qu'aux quatre coins du monde, des personnes se soient mobilisées pour garantir que les progrès que nous avons réalisés en matière de développement ces dernières décennies ne soient pas vains : la COVID-19 aurait pu impacter les avancées des ODD bien plus violemment.

Cette année a renforcé notre conviction que le progrès est possible, mais pas garanti. Les efforts que nous avons déployés comptent beaucoup. Et, en tant qu'optimistes impatients, nous pensons qu'il est possible de commencer à tirer des enseignements des succès et des échecs déjà rencontrés pendant la pandémie. Si nous pouvons avancer sur la base de ce que nous avons observé ces 18 derniers mois, nous pourrons enfin mettre la pandémie derrière nous et accélérer à nouveaux les progrès dans la résolution de problèmes fondamentaux comme la santé, la faim et le changement climatique.

Les données nous réservent bien des surprises



L'année dernière, il nous a été impossible d'ignorer les inégalités causées par la COVID-19, non seulement entre ceux qui tombaient malades, ceux qui mouraient et les autres, mais aussi entre ceux qui devaient aller au travail, ceux qui pouvaient télétravailler et ceux qui perdaient tout simplement leur emploi. Les inégalités en matière de santé sont bien souvent inhérentes aux systèmes de santé eux-mêmes, mais il aura fallu une pandémie mondiale pour que les conséquences néfastes de ces inégalités soient brutalement rappelées au monde.

Des millions de personnes supplémentaires dans une situation d'extrême pauvreté

Page précédente
Nairobi, Kenya

Pour beaucoup, les répercussions économiques de la pandémie sont encore fortes et tenaces. Nous avons conscience du fait que, sur ce sujet, nous sommes sans doute des messagers improbables, dans la mesure où nous faisons tous les deux partie des personnes les plus privilégiées de la planète. Et la pandémie l'a encore une fois démontré. Les gens comme nous y ont bien mieux résisté, tandis que les plus vulnérables ont été les plus durement touchés et mettront probablement plus de temps à s'en relever.

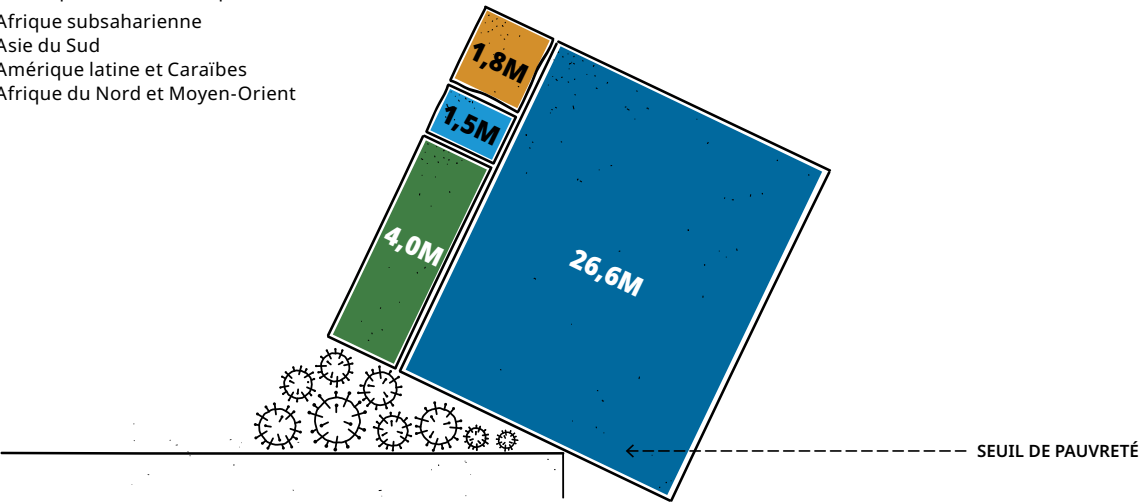
31 millions de personnes de plus dans le monde sont tombées dans l'extrême pauvreté à cause de la COVID-19. Bien que les hommes aient 70 % de chance de plus de mourir de la COVID-19, les femmes continuent d'être touchées de façon disproportionnée par les impacts économiques et sociaux de la pandémie : cette année, à l'échelle mondiale, le nombre d'emplois occupés par des femmes est toujours inférieur de 13 millions par rapport à son niveau de 2019, alors que dans le même temps, le taux d'emploi des hommes devrait retrouver son niveau d'avant-pandémie.

Bien que des variants menacent de saper les progrès que nous avons réalisés, certaines économies commencent à rebondir, la création d'emplois et d'entreprises reprenant peu à peu leur rythme. Mais la reprise est inégale entre les pays, et même au sein de chaque pays. Par exemple, d'ici l'année prochaine, 90 % des économies avancées devraient retrouver leur revenu par habitant pré-pandémie. Ce ne sera le cas pour un tiers seulement des économies à revenu faible et intermédiaire. Les efforts de réduction de la pauvreté stagnent, ce qui signifie que près de 700 millions de personnes, principalement dans ces pays à revenu faible et intermédiaire, devraient rester dans une situation d'extrême pauvreté d'ici 2030.

La pandémie a plongé des millions de personnes dans l'extrême pauvreté

Populations poussées dans la pauvreté :

- Afrique subsaharienne
- Asie du Sud
- Amérique latine et Caraïbes
- Afrique du Nord et Moyen-Orient



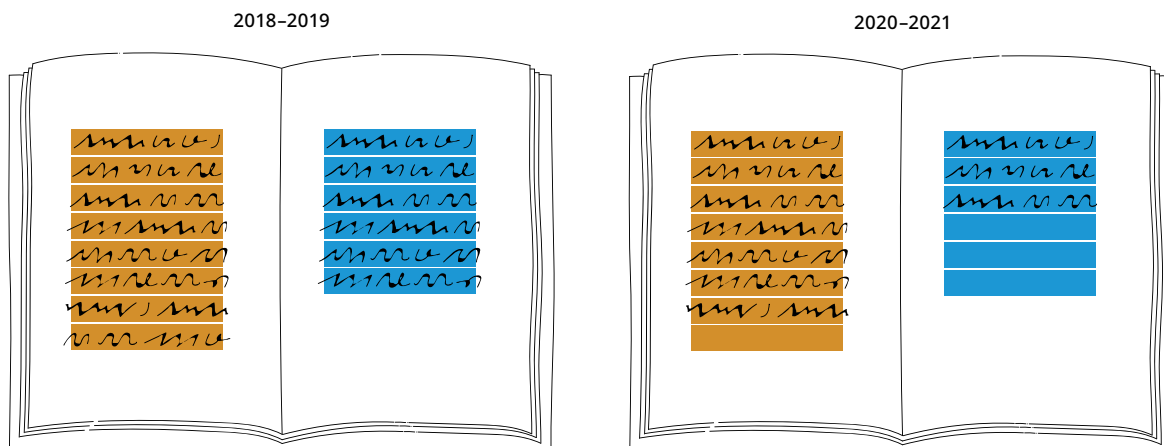
Ce graphique n'inclut pas les régions ayant enregistré une réduction nette totale de 2,6 millions de personnes en situation d'extrême pauvreté.

Des écarts croissants dans l'éducation

Nous assistons à une tendance similaire en matière d'éducation. Avant la pandémie, neuf enfants sur dix dans les pays à faible revenu ne savaient pas lire et comprendre un texte de base, contre un enfant sur dix dans les pays à revenu élevé. Les premières données suggèrent que les pertes d'apprentissage seront les plus fortes parmi les groupes marginalisés. Des disparités croissantes en matière d'éducation ont également été observées dans les pays riches. Aux États-Unis, par exemple, la perte d'apprentissage chez les élèves de CE2 noirs et latinos était en moyenne deux fois supérieure au niveau observé parmi leurs pairs blancs et asiatiques. La perte d'apprentissage chez les élèves en CE2 dans les écoles à fort taux de pauvreté, elle, a atteint le triple de celle des écoles à faible taux de pauvreté.

Aux États-Unis, la perte d'apprentissage chez les élèves en 3e année de primaire des écoles à fort taux de pauvreté était trois fois plus importante que chez leurs pairs dans les écoles à faible taux de pauvreté, aggravant ainsi les disparités existantes

■ Écoles à faible taux de pauvreté
■ Écoles à fort taux de pauvreté

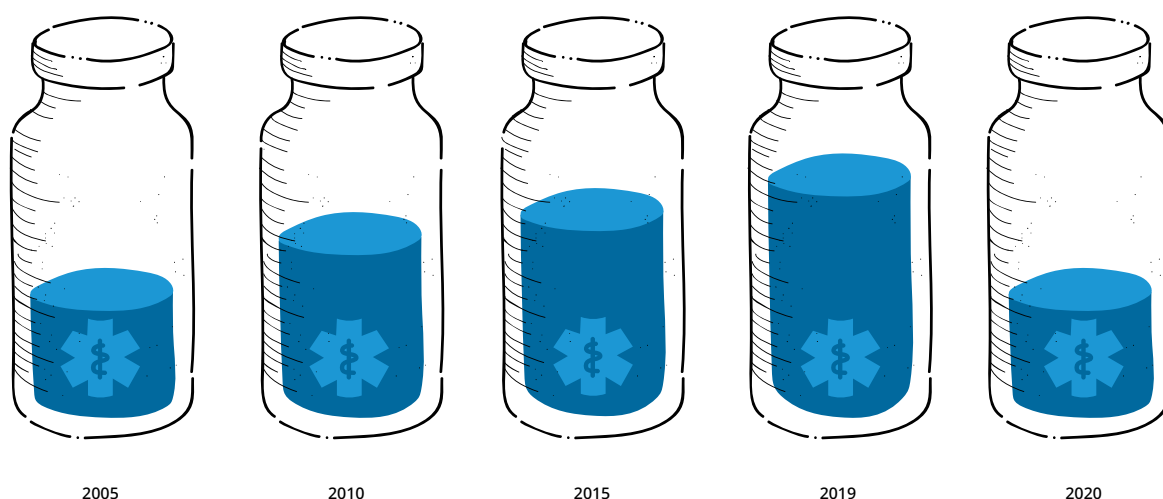


Moins d'enfants vaccinés

En parallèle, les taux de couverture vaccinale systématique chez les enfants ont chuté à des niveaux jamais vus depuis 2005. Entre le début de la pandémie et le rétablissement des services de santé au second semestre 2020, plus de 30 millions d'enfants dans le monde n'ont pas été vaccinés, soit 10 millions de plus à cause de la pandémie. Il est possible qu'un bon nombre de ces enfants ne rattrapent jamais ce retard.

Néanmoins, sur ce point, les données nous ont surpris : Il y a un an, nous rapportions que l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (Institut de statistique sur la santé publique, IHME) estimait que la couverture vaccinale chuterait de 14 points de pourcentage à l'échelle mondiale en 2020, ce qui aurait représenté 25 ans de progrès perdus à jamais. Mais selon des données plus récentes, il semblerait que la baisse réelle de la couverture vaccinale, aussi tragique soit-elle, n'ait été que de 7 points.

Les taux de vaccination systématique chez les enfants à l'échelle mondiale ont chuté à des niveaux jamais vus depuis 2005.



La population se mobilise

Au fur et à mesure que nous parcourions les données, il est devenu évident qu'il ne s'agissait pas d'un heureux hasard : sur de nombreux indicateurs clés de développement, le monde a redoublé d'efforts au cours de l'année écoulée afin d'éviter certains scénarios catastrophes.

Prenons le paludisme par exemple, qui est depuis longtemps l'une des maladies les plus inévitables au monde : 90 % des cas de paludisme étant recensés en Afrique. L'année dernière, l'Organisation Mondiale de la Santé avait prévu de graves perturbations dans les efforts de prévention essentiels à la lutte contre le paludisme, ce qui aurait pu entraîner 200 000 décès supplémentaires et ainsi faire reculer de dix ans les progrès dans le domaine. Cette projection a incité de nombreux pays à agir afin de s'assurer que des moustiquaires soient distribuées et que des tests et des médicaments antipaludiques restent disponibles. Le Bénin, où le paludisme est la principale cause de décès, a même trouvé un moyen d'innover en pleine pandémie : ils ont créé un système de distribution numérique de moustiquaires imprégnées d'insecticide, qui a permis de distribuer 7,6 millions de moustiquaires à des foyers dans tout le pays en seulement 20 jours.

Bien sûr, il nous faudra des années pour saisir pleinement toute l'ampleur de l'impact de la pandémie sur les ODD, à mesure que les données seront disponibles. Et ces données n'atténuent pas les souffrances très réelles que la pandémie a causées à des personnes à travers le monde, loin de là. Mais le fait de pouvoir observer quelques signes positifs dans un contexte de pandémie mondiale aussi inédite est extraordinaire. Face à des conditions particulièrement difficiles, de nombreuses personnes, d'organisations et de pays ont fait preuve d'un réel courage pour innover, s'adapter et créer des systèmes plus résilients. Et pour cela, ils méritent toute la reconnaissance du monde.

**Ils méritent
toute la
reconnaissance
du monde.**



Ci-dessus
Cotonou, Bénin

Ce que nous révèle l'exploit des vaccins



Il faut généralement 10 à 15 ans pour mettre au point un nouveau vaccin. Le développement de plusieurs vaccins très efficaces contre la COVID-19 en moins d'un an constitue donc un exploit sans précédent.

Page précédente
Pekanbaru, Indonésie

On comprend facilement pourquoi un tel exploit peut être perçu comme un tour de force. Mais en réalité, les vaccins contre la COVID-19 sont le résultat de décennies d'investissements, de stratégies et de partenariats rigoureux qui ont permis de mettre en place les infrastructures, talents et écosystèmes porteurs nécessaires à un déploiement si rapide.

Nous sommes redevables envers les scientifiques du monde entier qui, pendant des années, ont mené des travaux de recherche fondamentale. Une chercheuse hongroise, Dr Katalin Karikó, a consacré sa carrière à étudier l'ARN messager, également connu sous le nom d'ARNm. Pendant des années, ses idées plutôt peu conventionnelles ont obtenu peu de soutien et de financement, beaucoup ayant rejeté l'idée que l'ARNm puisse être utilisé pour le développement de vaccins et de produits thérapeutiques.

Mais le Dr Karikó a persévéré. Son histoire est emblématique des nombreux scientifiques dont les découvertes, après de nombreuses années de travail acharné, ont permis de mettre au point deux vaccins à ARNm très efficaces en moins d'un an.

C'est un exploit qui ouvre la voie à un grand nombre de découvertes : plusieurs candidats-vaccins à ARNm sont déjà en cours de développement et pourraient enfin nous permettre de lutter contre certaines des maladies les plus mortelles du monde, telles que le paludisme ou le cancer.

Bien sûr, les vaccins à ARNm ne sont pas les seuls exemples de réussite en R&D à avoir été rendus possibles par cette approche.

La promesse à long terme du séquençage du génome

Aujourd'hui, nous savons tous avec certitude qu'en se propageant dans le monde entier, le SARS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19, a muté en variants toujours plus contagieux et mortels, comme le variant Delta. Grâce au séquençage génomique, qui consiste à identifier la composition génétique unique d'un virus, les scientifiques ont pu identifier et suivre l'apparition de ces nouveaux variants.

Historiquement, la plupart des séquençages génomiques dans le monde ont été réalisés aux États-Unis et en Europe. Les pays ne possédant pas la technologie de séquençage envoyaient des échantillons de virus à des laboratoires souvent situés à New York ou à Londres pour que leur génome soit analysé et ils n'en recevaient les résultats que plusieurs mois plus tard.

Mais depuis quatre ans, des organisations investissent dans la création d'un réseau de surveillance génomique en Afrique, de sorte que les pays du continent puissent séquençer des virus tels qu'Ebola ou la fièvre jaune. Le CDC africain a ainsi lancé l'*Africa Pathogen Genomics Initiative* (l'Initiative Africaine de la Génomique), et lorsque la pandémie est apparue, ce jeune réseau a concentré son attention vers le SARS-CoV-2. Si le monde a su que le variant Bêta, plus contagieux et plus mortel, était apparu en Afrique du Sud, c'est uniquement grâce aux investissements massifs que le pays avait consacrés dans la R&D, dans ce cas-ci, en associant des capacités de séquençage génomique à des essais cliniques et des études immunologiques. En Afrique du Sud, le Dr Penny Moore fut l'une des premières scientifiques à découvrir qu'un variant du coronavirus identifié en Afrique du Sud pouvait contourner le système immunitaire.

Grâce à cette information, les responsables de santé publique du monde entier ont pu s'organiser en conséquence. L'Afrique du Sud, qui a également investi massivement dans les infrastructures nécessaires à la conduite rapide et efficace d'essais cliniques, a ainsi pu rapidement ajuster ses essais vaccinaux et chercher à savoir si les vaccins contre la COVID-19 apportaient un niveau de protection suffisant contre le nouveau variant qui allait inévitablement se propager dans le monde entier.

Il semble évident que dans un monde globalisé où les biens et les personnes traversent les frontières en permanence, les pays riches ne peuvent pas être les seuls à posséder les moyens et les ressources nécessaires au séquençage des virus. Il aura néanmoins fallu une pandémie pour montrer à quel point il est vital d'aider les pays à revenu faible et intermédiaire à recueillir et à analyser leurs propres données, car tout le monde en profite.

Et ce qui est particulièrement intéressant dans le réseau africain de séquençage génomique, c'est que cette technologie fonctionne pour tous les agents pathogènes : si le continent est en mesure de renforcer et d'étendre son réseau, il pourra bientôt réaliser son propre contrôle de maladies pour des virus déjà connus, comme ceux de la grippe, de la rougeole et de la polio.

L'innovation scientifique, même lorsqu'elle bat des records de vitesse, ne suffit pas. Les vaccins contre la COVID-19 sont un formidable exploit de R&D, mais ils sont plus efficaces lorsque tout le monde y a accès. Les inégalités observées l'année dernière nous rappellent que c'est bien plus facile à dire qu'à faire.

Que ce soit dans les sphères du pouvoir, au sein d'organisations locales ou dans des associations de quartier, nous devons tous nous mobiliser pour combler les lacunes. Cette année, ce sont exactement ces groupements humains, qui, associées à de précédents investissements dans des systèmes, communautés et personnes, ont permis au monde d'éviter que certaines de ces terribles prédictions ne se réalisent.

**Les pays riches
ne peuvent pas
être les seuls
à posséder
les moyens et
les ressources
nécessaires au
séquençage
des virus.**

Investir dans les systèmes

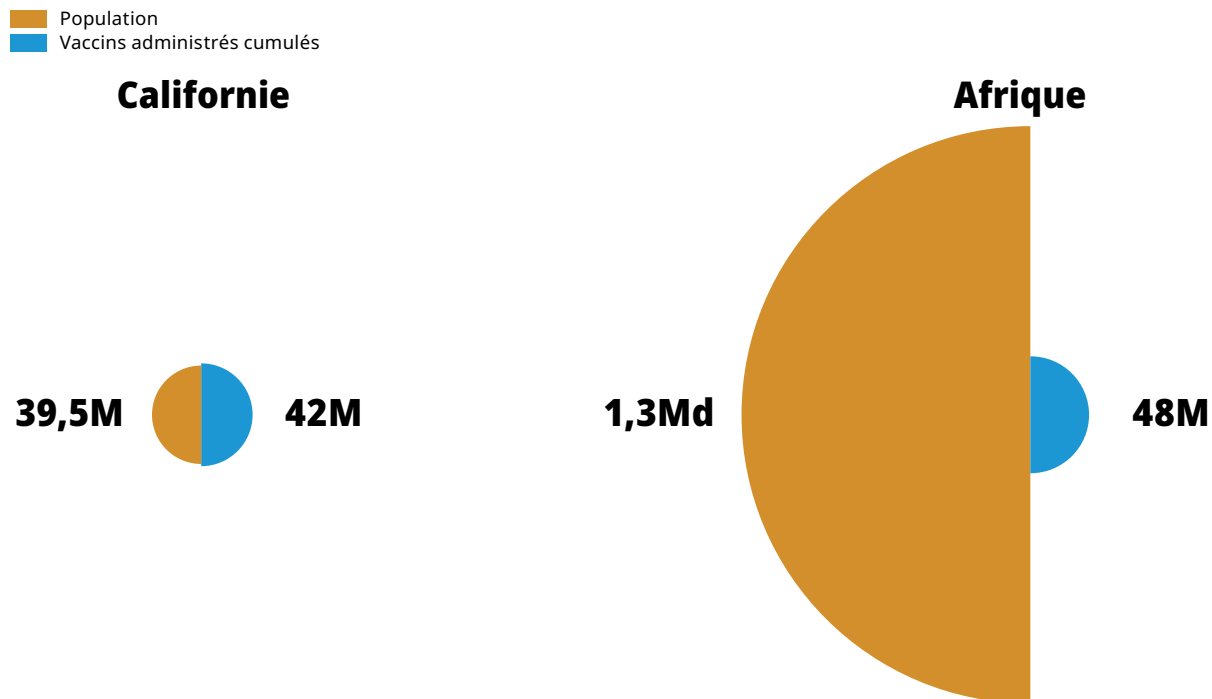
À l'heure où nous rédigeons ce rapport, plus de 80 % de tous les vaccins contre la COVID-19 ont été administrés dans les pays à revenu élevé et intermédiaire supérieur.

Certains ont réservé deux à trois fois le nombre de doses nécessaires pour couvrir leur population, dans le cas où des boosters seraient nécessaires contre des variants plus contagieux. Pendant ce temps, moins de 1 % des doses ont été administrées dans les pays à faible revenu. Ces inégalités sont une honte sur le plan moral et

viennent aggraver le risque très réel que les pays et les communautés à revenu élevé commencent à percevoir la COVID-19 comme une nouvelle épidémie de pauvreté qui ne relèverait soi-disant *pas de leur responsabilité*.

Aperçu de l'ampleur de l'iniquité de la vaccination contre la COVID-19

La population de tout le continent africain est 30 fois supérieure à celle de l'État de Californie. Mais au cours du premier semestre de 2021, ces deux régions ont administré quasiment le même nombre de vaccins.



Les infrastructures nécessaires à la fabrication rapide de 15 milliards de doses supplémentaires de vaccins ne peuvent pas être mises en place du jour au lendemain, ni même en une année. L'Inde nous a démontré ce qui se passe lorsque ces infrastructures sont construites sur le long terme.

L'Inde investit dans ses infrastructures de fabrication de produits pharmaceutiques depuis des décennies, depuis son indépendance. Le gouvernement indien a aidé Pune, une ville proche de Mumbai, à devenir un centre de production d'importance mondiale en investissant dans ses capacités de R&D et dans les infrastructures locales comme l'électricité, l'eau et les transports. Aux côtés de l'Organisation Mondiale de la Santé, il a élaboré un système de réglementation pour les vaccins qui respecte les normes internationales les plus strictes en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité. Et il s'est associé à des fabricants de vaccins à Pune, à d'autres centres comme Hyderabad, et à notre fondation pour développer, produire et exporter des vaccins qui protègent contre les maladies infantiles les plus mortelles, de la méningite à la pneumonie, en passant par les maladies diarrhéiques.

Le simple fait de disposer d'une capacité de production n'a évidemment pas suffi à éviter la crise de la COVID-19 en Inde ; il ne s'agit que d'une pièce du puzzle. Mais le fait que plus de 60 % de tous les vaccins vendus dans le monde aujourd'hui soient fabriqués sur le sous-continent indien reste un formidable exemple de progrès.

Nous avons également constaté que les pays dans lesquels les gouvernements investissent massivement dans les infrastructures de santé sont bien mieux positionnés pour suivre de manière proactive, et dans de nombreux cas contenir la propagation de la COVID-19. Investir à long terme dans l'éradication de la poliomyélite sauvage dans les pays à faible revenu a aidé des nations telles que le Nigeria et le Pakistan à constituer l'une des plus importantes équipes opérationnelles dans le domaine de la santé mondiale moderne. Ceci a permis de créer des infrastructures de réponse aux épidémies et d'administration de vaccins, ce qui a ensuite fait la différence face aux épidémies d'Ebola et de la COVID-19.

C'est pourquoi les investissements à long terme dans les systèmes de santé sont si utiles : ils forment la base d'un système d'intervention d'urgence en cas de flambée épidémique. Nous ne savons pas quel pathogène spécifique causerait une pandémie mondiale aussi grave, mais les outils pour y mettre fin sont en grande partie les mêmes que pour la polio, le paludisme ou d'autres maladies infectieuses : un dépistage à grande échelle et, lorsque cela est possible, un traitement et une vaccination rapides et efficaces.

Investir dans les communautés

Certaines des interventions les plus efficaces que nous avons suivies se sont déroulées à un niveau hyperlocal, menées par des responsables qui, depuis longtemps, travaillent dur pour gagner la confiance de leurs communautés ; chose qui se ne fait pas du jour au lendemain, ni en plein milieu d'une crise.

Les « groupes d'entraide » de femmes sont communs en Inde ainsi que dans d'autres régions d'Asie du Sud et du Sud-Est. Depuis des années, le gouvernement indien et ses partenaires mondiaux

investissent dans ces petits groupes locaux de femmes qui mettent de l'argent en commun et qui œuvrent à l'amélioration de la santé, de l'éducation ainsi que d'autres services au sein de leurs villages.

Ci-dessous

Vaishali, Bihar, Inde

Lorsque la COVID-19 est arrivée à Bihar, un état en Inde où vivent plus de 100 millions de personnes, un groupe d'entraide local a développé une relation de confiance avec ses voisins en apportant des repas et des soins de santé à domicile aux malades de la COVID-19. Une fois les vaccins prêts à être distribués dans leur communauté, les femmes de ce groupe sont devenues une source d'information et de conseils pour ces mêmes voisins qui avaient quelques doutes quant à leur sécurité. Le gouvernement de Bihar a remarqué le travail réalisé par cette communauté de femmes et a déclaré que le 8 mars, Journée internationale des droits des femmes, serait une journée de vaccination pour les femmes dans tout l'État. Près de 175 000 femmes ont reçu leur première dose cette semaine-là. En s'inspirant de ce succès, le gouvernement de Bihar est aujourd'hui en train de reproduire le programme et est accompagné par les mêmes femmes de ce groupe d'entraide.



Au Sénégal, les actions de proximité au sein de communautés ont également joué un rôle essentiel dans la distribution d'autres vaccins.

Le Sénégal est un exemple de campagne de vaccination de routine réussie : avant la pandémie, les enfants étaient vaccinés contre le DTC3 (diphtérie, tétanos et coqueluche) à un rythme similaire à celui des États-Unis et d'autres pays à revenu élevé. Mais lorsque la COVID-19 est arrivée, la peur d'être contaminé et la désinformation ont considérablement réduit la demande pour ces vaccins.

La distanciation sociale et la fermeture des écoles ont contraint le personnel de santé à adapter leurs stratégies de sensibilisation. Le Sénégal a formé du personnel sur les moyens de reprendre la vaccination en respectant les nouvelles mesures de sécurité, tout en laissant les responsables locaux adapter leurs stratégies de sensibilisation pour répondre aux besoins locaux. Le personnel des cliniques emploie, depuis le début de la pandémie, des carnets de vaccination afin d'identifier les enfants qui ont manqué certains vaccins et d'envoyer des rappels par SMS à leur famille. Simultanément, la création d'un large réseau d'agents de santé locaux en qui les communautés ont confiance, a permis à ces familles d'accéder aux vaccins plus facilement. En effet ces personnes se rendent dans chaque famille pour administrer des vaccins, et les cliniques qui ont rouvert offrent une plus grande flexibilité quant au lieu et à l'heure du rendez-vous pour les doses de rattrapage.

Ces deux exemples illustrent comment des solutions efficaces ont été élaborées au sein des communautés elles-mêmes. Ces dernières ont joué un rôle essentiel dans la mise en place de stratégies innovantes pour ralentir la propagation de la COVID-19 ; stratégies qui, avec le soutien de fondations et de partenaires publics, étaient non seulement adaptées aux conditions particulières de chaque communauté, mais ont aussi pu y être déployées efficacement. De tels investissements dans le renforcement des communautés méritent d'être maintenus dans le futur, bien après la fin de la pandémie.

Investir dans les femmes et les filles



Les gouvernements commencent à adopter des approches innovantes pour gérer les crises. Bien sûr, il faut souvent des années, voire des décennies pour que des grandes politiques prennent racine et commencent à avoir un impact. Mais une fois adoptées et mises en œuvre, ces politiques peuvent avoir des effets profonds et à long terme. À bien des égards, une action publique efficace reste le meilleur investissement à long terme.

Page précédente
Le Cap, Afrique du Sud

Prenons l'exemple du fossé économique entre les hommes et les femmes causé par la pandémie : bien que la situation soit différente dans chaque pays, nous constatons que dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à faible revenu, les femmes ont été plus durement impactées que les hommes par la récession mondiale liée à la pandémie. Les données révèlent cependant que l'impact sur les femmes a été moins fort dans les pays ayant mis en œuvre des politiques tenant compte de la question du genre avant la pandémie.

C'est pourquoi il est si encourageant de voir les gouvernements du monde entier placer les femmes au centre de leurs politiques et de la relance économique.

Ci-dessous

New Delhi, Inde

Le Pakistan a étendu son programme de transfert de fonds d'urgence *Ehsaas* pour verser de l'argent aux familles pauvres, les femmes représentant les deux tiers des bénéficiaires visés par le programme. Pendant la pandémie, *Ehsaas* a fourni une aide financière d'urgence à près de 15 millions de ménages à faible revenu, soit 42 % de la population du pays. Ceci aura un impact durable sur la nation : grâce à ce programme, plus de 10 millions de femmes ont pu entrer dans le système financier formel pour la toute première fois.

L'Argentine a récemment publié son premier budget tenant compte de la question du genre, en allouant plus de 15 % des dépenses publiques à des programmes qui luttent contre les inégalités entre les femmes et les hommes. Guidée par un nouveau directeur en charge de l'économie, de l'égalité et de la question du genre au sein du ministère de l'Économie, l'Argentine a adopté des politiques qui soutiennent les femmes et les familles. La création de 300 nouvelles garderies publiques dans les quartiers les plus défavorisés du pays étant un exemple parmi tant d'autres.



Aux États-Unis, le gouvernement de Hawaï place les femmes et les filles, ainsi que les autochtones, les migrants, les personnes vivant dans la pauvreté et les personnes transgenres et non binaires, au centre de ses efforts de relance économique. Aussi, le premier plan de relance à tenir compte du genre aux États-Unis comprend des politiques ayant déjà fait leurs preuves et qui favorisent l'autonomisation économique à long terme des femmes, telles que les congés maladie payés et les congés parentaux, la garde universelle des enfants et l'augmentation du salaire horaire minimum pour les mères célibataires.

Nous sommes impatients de voir l'impact de ces approches novatrices en faveur de l'autonomisation économique des femmes sur le long terme. Même aux premiers stades de leur mise en place, de telles approches constituent réellement des nouveaux modèles d'élaboration de politiques qui ne feront pas seulement une différence sur le court terme ; mais contribueront aussi à assurer une plus grande stabilité économique la prochaine fois qu'une crise d'une telle ampleur se produit.

Toujours plus loin, toujours plus vite



Si l'année qui s'est écoulée nous a appris quelque chose, c'est bien cela : en ne s'attaquant aux problèmes causés par la crise que dans l'immédiat, nous sommes condamnés à toujours avoir un coup de retard. Pour que de futurs exploits puissent arriver, nous devons penser en termes de générations.

Page précédente

Pékin, Chine

Les investissements à long terme sont rarement médiatisés, faciles, ou populaires sur le plan politique. Mais, dans des contextes de crise historique, ceux qui les ont réalisés ont souvent obtenu des résultats significatifs. Les innovations révolutionnaires auxquelles nous avons pu assister l'an passé avaient bien souvent un point en commun : elles ont pu voir le jour grâce à des graines qui avaient été semées des années, voire des décennies, plus tôt.

Il est donc impératif que plus de gouvernements, d'organisations multilatérales et de fondations comme la nôtre investissent en l'avenir et soient conscients du fait que les fruits de ces investissements ne se matérialiseront peut-être que dans de nombreuses années. Nous

devons travailler avec d'autres partenaires pour aider les talentueux chercheurs du monde entier à identifier les nouveaux outils et technologies qui pourront contribuer à résoudre la multitude de défis que nous réserve le futur, mais nous devons aussi renforcer la collaboration entre pays et entre secteurs pour travailler ensemble à la réalisation d'objectifs communs.

Les pays à revenu élevé ne peuvent se contenter de continuer à investir de l'argent et des ressources en interne et espérer que leurs innovations révolutionnaires finissent par atteindre le reste du monde. Nous devons également investir dans la R&D, les infrastructures et toutes sortes d'innovations au plus près des personnes qui en ont le plus besoin.

Nouvelles sources d'innovation

Nous avons constaté que l'accès d'un pays ou d'une région au vaccin contre la COVID-19 est fortement corrélé à l'existence de capacités de R&D et de production de vaccins en son sein. L'Amérique latine, l'Asie et l'Afrique sont aujourd'hui particulièrement affectées par le variant Delta parce qu'une grande partie de leur population n'est toujours pas vaccinée. L'Afrique, en particulier, a rencontré des difficultés pour recevoir les doses dont elle a besoin. Le continent où vit 17 % de la population mondiale possède moins de 1 % des capacités mondiales de fabrication de vaccins. Si les dirigeants africains, avec l'appui de donateurs, investissent pour le développement d'un écosystème régional durable de développement et de fabrication de vaccins, il est bien moins probable que le continent se retrouve en queue de peloton lors de la prochaine pandémie.

C'est pourquoi nous soutenons le CDC d'Afrique et la vision de l'Union africaine, qui ont l'ambition de réaliser cet objectif d'ici 2040. Non seulement l'Afrique bénéficierait d'une meilleure sécurité sanitaire et d'une meilleure préparation aux pandémies, mais le monde entier bénéficierait également de nouvelles sources de R&D et d'innovation scientifique.

L'Afrique s'est engagée à mettre en place des capacités de fabrication d'ARNm sur le continent et des entreprises d'ARNm s'activent déjà pour concrétiser cette ambition, pour permettre à l'Afrique de potentiellement créer des vaccins contre la COVID-19, mais aussi contre le paludisme, la tuberculose et le VIH, des maladies qui affectent les populations les plus vulnérables de manière disproportionnée.

Ci-dessous

Gurmia, Bihar, Inde



Notre appel à investir au plus près de la source reflète notre conviction que les gens du monde entier sont capables d'innover et de résoudre des problèmes difficiles. La prochaine grande idée ou découverte peut voir le jour n'importe où dans le monde, à tout moment. C'est à nous qu'il appartient de faire en sorte que le monde entier en profite.

Il n'est pas difficile d'imaginer un monde dans lequel les idées révolutionnaires du Dr Karikó sur l'ARNm n'auraient jamais obtenu les financements nécessaires. Ou un monde dans lequel l'Afrique ne disposerait pas de ses propres capacités de séquençage génomique et où le variant Bêta n'aurait pas pu être séquencé à temps pour agir assez rapidement.

La pandémie nous aura offert une leçon importante : il faut commencer à réagir à une crise bien avant qu'elle ne se produise. Si nous voulons être meilleurs, plus rapides et plus équitables dans notre approche pour atteindre les Objectifs Mondiaux d'ici 2030, nous devons commencer à préparer le terrain dès aujourd'hui.

**Il faut commencer à
réagir à une crise bien avant
qu'elle ne se produise.**

Un appel à s'adapter : des innovateurs pour le changement

Tout comme les pays, les communautés et les organisations ont innové pendant la pandémie de COVID, des millions de personnes à travers le monde entier montrant ainsi que chacun d'entre nous était capable d'agir.

Voici l'histoire de trois personnes qui ont décidé de réfléchir et d'agir. Grâce à elles, des idées, des concepts et des bébés ont pu voir le jour. Ce sont des hommes et des femmes d'action, passionnés, qui ont soif de connaissances et qui sont déterminés à trouver des solutions, peu importe les difficultés et obstacles qu'ils rencontrent. La pandémie de COVID-19 qui a bouleversé le monde n'a fait que renforcer leur

détermination. Plus résilient et résolu que jamais, ils ont adapté leurs activités et leurs méthodes de travail. Pour eux, la pandémie est devenue une occasion de s'adapter. Et de mieux faire. Ces quelques exemples ne sont qu'un début. Nous continuerons à vous raconter l'histoire de toutes ces personnes qui montrent la voie vers un monde meilleur.

Innover pour les vaccins – Strive Masiyiwa

En mai 2020, alors que le monde entier se ruait sur les EPI, les kits de test et les respirateurs, Strive Masiyiwa, le magnat zimbabwéen de la téléphonie mobile, a accepté de relever un défi gigantesque. Récemment nommé envoyé spécial de l'Union africaine pour la réponse à la COVID, il s'est lancé dans une course effrénée pour aider à fournir aux 1,3 milliard de personnes habitant en Afrique les équipements médicaux dont elles avaient tant besoin.

« Les réserves mondiales étaient très limitées, c'est devenu un véritable combat. L'Afrique a été abandonnée », déclarait-il à l'époque. Travaillant pour sept présidents africains qui, aux côtés du CDC africain, constituaient le groupe de travail africain sur la COVID-19, le défi était clair : « Ma mission est de résoudre le problème auquel nous sommes confrontés. Comment m'assurer que les équipements dont nous avons tant besoin soient acheminés ? » explique-t-il.

C'est en cherchant à résoudre les problèmes qui se présentaient à lui que Strive a fait carrière. En 1991, une multinationale a demandé à ce jeune entrepreneur de l'aider à déployer des téléphones par satellite en Afrique. S'il parvenait à lever 40 millions de dollars, il recevrait 5 % des parts de la société et une commission pour chaque téléphone vendu sur le continent. Mais après deux années de travail, il n'avait toujours pas réussi. Découragé, Strive retourna à son entreprise de construction, jusqu'à ce qu'il

Cette page

Strive Masiyiwa, New York,
New York



mette ses idées au clair. Utiliser un système global de communication mobile (également connu sous le nom de GSM et 3G) semblait être un formidable moyen de déployer lui-même des téléphones sur le continent. « Tout à coup, tout ce que j'avais appris jusqu'alors a pris une nouvelle dimension. C'était comme si j'avais fait un saut en avant de 25 ans en tant qu'entrepreneur ! » se souvient-il.

Avance rapide jusqu'à la COVID-19. À peine 28 jours après sa nomination, Strive a constitué une équipe technique pour développer et lancer la plateforme africaine d'équipements médicaux (AMSP), une place de marché en ligne simple d'utilisation permettant aux 55 gouvernements africains de s'approvisionner en équipements médicaux contre la COVID, de rationaliser la logistique et de consolider leur pouvoir d'achat pour les kits de test LumiraDx et les traitements comme la dexaméthasone. Strive et son équipe

ont également créé un système logistique pour que des respirateurs high-tech soient fabriqués en Afrique du Sud, réduisant ainsi leur coût par dix. Et plus tard, lorsque les livraisons des vaccins COVAX sur le continent ont été retardées, Strive a non seulement conclu des contrats indépendants par l'intermédiaire de l'Équipe spéciale pour l'acquisition des vaccins en Afrique (AVATT, pour African Vaccine Acquisition Task Team), il a également contribué à s'assurer que les vaccins seraient fabriqués en Afrique. La Banque mondiale et l'Union africaine estiment qu'en janvier 2022, les fabricants africains auront participé à la production de 400 millions de doses destinées au continent africain.

Fervent critique des pays riches en ressources « qui jouent des coudes pour se faufiler en tête de la file d'attente et réserver les actifs de production », Strive rejette le nationalisme vaccinal, une position

qui, à bien des égards, a défini son parcours. « Nous n'avons jamais demandé à ce qu'on nous donne quoi que ce soit gratuitement », insiste-t-il. « Avoir un accès équitable signifie simplement pouvoir acheter les vaccins au moment où ils sont disponibles. »

Ayant largement mis de côté ses propres activités pendant la pandémie, Strive a passé l'année dernière à négocier pour aider à réduire les inégalités vaccinales entre les pays riches et les pays d'Afrique. Il fait aujourd'hui partie du cerveau, du moteur et du cœur de la grande réponse africaine à la COVID-19. « Quand on parle de philanthropie, il est souvent question d'argent. Mais la crise que nous traversons actuellement est absolument unique et son impact, que ce soit en termes de vies ou de coût économique, est très profond. On ne peut faire autrement que de tout lâcher pour s'en occuper », explique-t-il.

Innover pour les accouchements – Efe Osaren

Efe venait tout juste d'arriver à l'hôpital quand tout a basculé. Quelques minutes plus tôt, alors que la ville de New York annonçait le confinement contre la COVID-19, elle filait dans le métro, révisant mentalement le dossier de sa cliente : une femme relativement âgée, alitée, accouchement prématuré avec césarienne probable, le bébé ira directement en réanimation et soins intensifs. Pour les femmes qui accouchent pour la première fois, surtout pour les grossesses difficiles, l'accouchement peut être une expérience traumatisante. Efe est une doula et

son travail consiste à leur tenir la main pendant ce voyage vers l'inconnu, en veillant à ce que le stress ne nuise ni à leur santé ni à celle de leur bébé. Mais en ce jour si attendu du mois de mars, un virus invisible lui a bloqué les portes de la salle d'accouchement.

Efe Osaren avait 15 ans lorsqu'elle découvrit avec émerveillement un rituel unique durant lequel sa nièce qui venait de naître était étirée et massée avec de l'huile de palme et des serviettes chaudes. Il s'agissait d'un bain traditionnel yoruba et sa mère expliqua à Efe

Ci-dessous

Efe Osaren, El Paso, Texas



qu'elle-aussi avait été baignée de cette manière, afin qu'elle grandisse bien et qu'elle ait des os solides. Le bain n'a pas rendu Efe incassable, mais il a façonné qui elle est devenue. Cette étudiante américaine d'origine nigériane vivant au Texas a alors décidé qu'elle joindrait tradition et science pour aider les bébés à venir au monde en bonne santé, et plus particulièrement les bébés nés de femmes de couleur.

Aux États-Unis, les mères noires meurent plus souvent que les blanches, indépendamment de leur âge, de leur niveau d'éducation ou de leur statut socio-économique, en ville comme à la campagne. Les femmes noires ont trois fois plus de chance de mourir en couches que les femmes blanches. « Ça me rend folle de rage pour mes clientes », explique Efe. C'est pourquoi elle milite également pour la justice en matière de reproduction. « Il est vital de se sentir en sécurité pendant sa grossesse. Sans confort, la peur survient et peut engendrer des urgences médicales. »

De retour dans un hôpital de New York, elle fut confrontée à sa plus grande crainte : ne pas pouvoir être là pour sa cliente. Sans perdre une minute, elle appela le compagnon de sa cliente et lui donna une formation éclair dans le hall : comment aider maman à respirer, comment la rassurer en la regardant dans les yeux, comment lui appuyer sur les hanches et le dos, comment lui donner confiance en elle, comment s'assurer qu'elle soit en sécurité si elle est conduite au bloc opératoire.

Cette formation flash a marqué un tournant pour Efe pendant la pandémie. Elle a commencé à donner des cours en ligne de préparation à l'accouchement pour autonomiser ses clientes en partageant ses connaissances et en les aidant même à s'acheter un trépied et des enceintes Bluetooth pour leur téléphone, afin qu'elles puissent interagir en direct pendant l'accouchement.

Durant toute sa carrière, Efe a milité pour les droits des femmes de couleur et aujourd'hui, elle leur apprend à en faire de même. Ce n'est pas une tâche facile pour cette femme qui est à la fois garde du corps, concierge, thérapeute et médiatrice.

Remarque : Bien que la recherche montre que certaines interventions spécifiques peuvent améliorer l'expérience de l'accouchement pour les femmes, davantage de recherche et de financement sont nécessaires pour identifier les interventions qui peuvent aider à réduire les inégalités raciales qui existent dans le domaine de la maternité. En conséquence, les programmes d'amélioration des soins obstétricaux qui rassemblent les bonnes pratiques actuelles devraient être déployés à grande échelle et devenir la norme.

Innover pour les EPI - Kuldeep Aryal

Le 25 avril 2015, Kuldeep Aryal était dans sa chambre en train de réviser pour ses examens de génie civil quand un violent tremblement de terre a secoué le Népal. Après plusieurs minutes interminables caché sous les poutres de sa maison à prier pour en sortir vivant, Kuldeep sortit de chez lui et découvrit que la maison de son voisin était en ruines. Au total, ce sont quelque 700 000 habitations qui se sont effondrées pendant le tremblement de terre.

Alors qu'il commençait à déblayer briques et tuiles, il se posa une question au milieu des décombres. « Quel impact puis-je avoir sur le monde grâce à mon engagement ? » Une vocation humanitaire était née. « Je n'ai jamais regretté ma décision. » Ce qu'il ignorait à l'époque, c'est que son travail dans le cadre de la réponse et de l'effort de relance du Népal allait lui servir dans tout ce qu'il ferait par la suite.

Ci-dessous

Kuldeep Aryal, Cox's Bazar, Bangladesh



Lorsque la COVID-19 est apparue en Asie du Sud, Kuldeep vivait à Dhaka. Comme tous les autres pays de la planète, le Bangladesh avait du mal à trouver des EPI, à créer des systèmes d'identification des cas contacts et à savoir clairement quelles allaient être les conséquences d'un confinement à durée indéterminée. Mais l'espoir, lui, ne manquait pas. « Cet événement a déclenché quelque chose. Je me suis inscrit à des groupes de discussion, nous avons mis les équipements médicaux en open source et nous avons commencé à échanger sur comment faire les choses nous-mêmes », explique-t-il. Il s'est rapproché d'universités qui pourraient l'aider à utiliser des imprimantes 3D. Il a mobilisé des ressources. En quelques semaines seulement, il fabriquait déjà des visières de protection pour sa communauté.

« Au début, ça allait lentement. On n'en fabriquait que 40 à 50 par jour. L'université ne nous autorisait pas à faire des allers-retours au laboratoire, alors, pendant

que certains y passaient la nuit, d'autres allaient chercher des matières premières », raconte-t-il en ajoutant qu'il n'y avait aucun temps mort. Pendant que les visières sortaient lentement des imprimantes, lui et ses collègues fabriquaient un gel désinfectant pour les mains à l'aide de produits chimiques glanés ici et là. « On utilisait tout ce qu'on pouvait trouver. On était dans une situation de crise avec des ressources limitées », explique-t-il. « On devait trouver un moyen d'utiliser ce qu'on avait à disposition pour en faire quelque chose. Et le faire toujours plus vite. »

Quelques mois après la pandémie, Kuldeep fabriquait des lunettes de protection, des stations de lavage des mains et des concentrateurs à oxygène, des machines sophistiquées qui sauvent des vies dans les hôpitaux aujourd'hui. Sa formule est simple : utiliser l'open source pour la conception, adapter à son marché, et déployer à grande échelle. « Le plus difficile, ce n'est pas d'inventer quelque

chose. C'est de surmonter toutes les difficultés liées à la production et à la chaîne d'approvisionnement », explique-t-il de façon naturelle et en toute humilité. Tout commence par l'invention. Ensuite arrive l'adaptation aux marchés locaux. Et l'adoption, ou le déploiement à grande échelle, c'est la cerise sur le gâteau. « On essaie d'exploiter et de faire briller cette première petite étincelle d'innovation afin de mettre en commun toutes nos innovations » déclare-t-il. « Pour que tout le monde en profite. »

Kuldeep rejette l'idée selon laquelle les catastrophes paralysent tout le monde et en fait des victimes. A l'inverse, il insiste sur le fait que les personnes qui rencontrent le plus de difficultés sont souvent les plus résilientes. « Les personnes qui souffrent des inégalités ont beaucoup souffert. Mais nous avons toujours souffert. Ce n'est pas nouveau. La COVID est tout simplement un nouveau défi à relever », explique-t-il avant de s'éloigner.

Explorer les données

Chaque année, le rapport Goalkeepers publie les données les plus récentes sur les 18 indicateurs mondiaux les plus étroitement liés aux travaux de la fondation.

Interagissez avec les données

Visitez notre site pour voir une version interactive de ce tableau et accéder aux données brutes, en anglais.

⇒ <https://gates.ly/GK21Data>

Ces indicateurs constituent une feuille de route pour mesurer les progrès dans la réalisation des Objectifs Mondiaux. Tout au long de la pandémie, nous avons assisté à plusieurs reculs importants ainsi

qu'à de formidables avancées. Mais pour tenir le cap et atteindre nos objectifs, il est important de se rappeler que le progrès est possible, mais pas garanti.

La Chine, débarrassée du paludisme, renvoie l'ascenseur

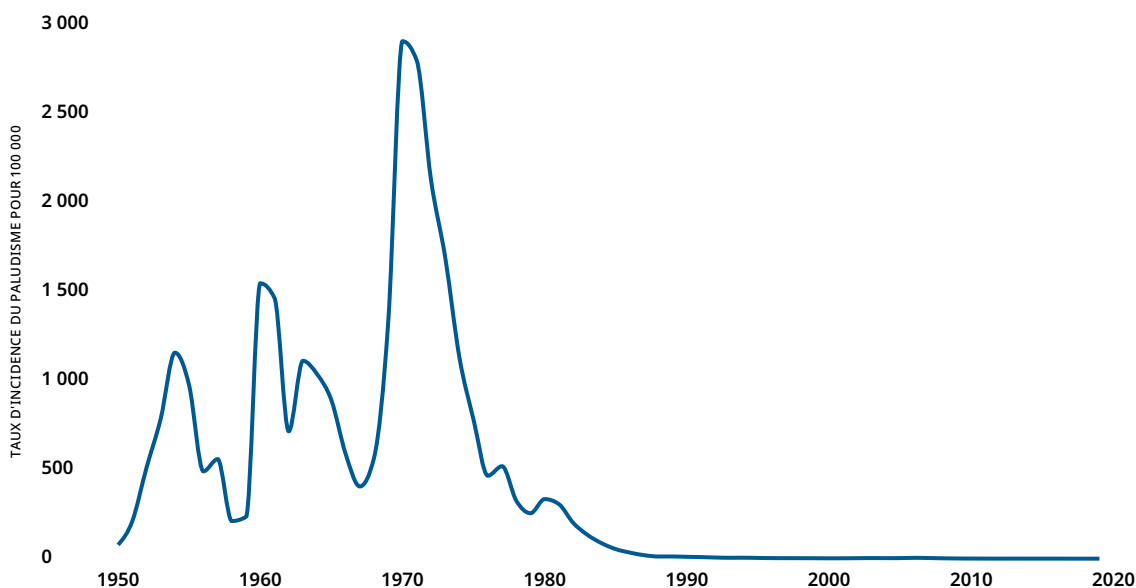
En juin de cette année, la Chine a célébré une importante victoire : la République populaire de Chine a été certifiée exempte de paludisme par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En à peine 70 ans, la Chine est passée de 30 millions de cas par an à zéro. La certification de l'élimination du paludisme dans un pays de plus d'un milliard d'habitants est le résultat d'une politique d'innovation, de persévérance et de collaboration.

Pour y parvenir, la Chine a investi à long terme dans la recherche et le développement, encouragée très tôt par un groupe de scientifiques déterminés, dirigé par le Professeur Tu Youyou. En 1972, le Professeur et lauréat du prix Nobel Tu Youyou et son équipe ont découvert une molécule pour le traitement contre le paludisme appelée artémisinine. Ce médicament a été développé à partir d'extractions à l'éther d'une herbe courante dans la médecine traditionnelle chinoise. L'innovation révolutionnaire du



Ci-dessus
Tu Youyou à Pékin, Chine

De 30 millions à zéro : Comment la Chine a éradiqué le paludisme en 70 ans



Professeur Tu a déclenché une vague de découvertes scientifiques pour soigner et guérir les malades du paludisme, non seulement en Chine, mais dans le monde entier. Aujourd'hui, les traitements combinés à base d'artémisinine (TCA) constituent le traitement standard du paludisme dans le monde entier, conformément aux recommandations de l'OMS.

Mais les TCA ne sont qu'un des éléments qui ont permis à la Chine de réaliser cet exploit. De nombreux facteurs expliquent cette réussite ; le pays a notamment mis en œuvre plusieurs solutions sur-mesure au niveau local, des systèmes améliorés pour la surveillance et le contrôle des maladies ainsi que différents cadres de collaboration au niveau régional et international. En outre, la Chine est allée encore plus loin avec cette réussite en en faisant profiter le reste du monde. L'Afrique est aujourd'hui le continent le plus touché par le paludisme dans le monde avec 90% des cas et des décès mondiaux liés à cette maladie, et la Chine s'est fixée pour mission de mettre fin à cette situation. Pour contribuer à l'élimination du paludisme dans d'autres pays, des chercheurs et des professionnels de santé chinois ont travaillé avec des partenaires internationaux sur plusieurs éléments clés qui les aideront à réussir. Il s'agit notamment d'adapter et de partager les enseignements tirés, de fournir des médicaments et des produits antipaludiques, d'aider les CDC africains à mettre en place des systèmes de santé publique solides sur tout le continent et de mobiliser des fonds pour acheter des matières premières et un soutien technique.

Méthodologie

Retrouvez la description complète de la méthodologie de l'IHME sur le site Data Sources, en anglais.

➡ <https://gates.ly/GK21DataSources>

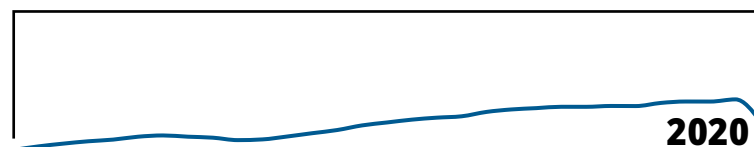
Méthodologie

Notre principal partenaire en charge des données, l'Institut de statistique sur la santé publique (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) a collaboré avec de nombreux partenaires et utilisé des méthodes innovantes afin de générer un ensemble d'estimations contemporaines de l'impact de la pandémie sur les progrès accomplis dans la réalisation des ODD.

Ce diagramme donne un aperçu du processus en trois parties de l'IHME ainsi que les données et méthodes utilisées dans chacune d'elles.

Période 1 :

1990-2020



Période 3 :

2023-2030

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

Période 2 :

2021-2022

Période 1, 1990-2020

Il s'agit de données historiques issues de milliers de sources dans le monde, étayées par des données publiées qui ont été vérifiées plusieurs fois par des chercheurs spécialisés dans la santé mondiale.

Période 2, 2021-2022

Il s'agit de la période perturbée par la pandémie, et donc de la période la plus difficile à évaluer étant donné l'incertitude et l'immédiateté des données. Nous utilisons ici les données contemporaines recueillies à partir d'enquêtes, de données sur la mobilité des populations, des données administratives des gouvernements et de l'OMS, et des données de cas COVID-19 afin d'évaluer comment les perturbations causées par la pandémie ont impacté les progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux de 2020 à 2022.

Période 3, 2023-2030

Nous essayons ici de prédire l'avenir en nous basant sur les données du passé. Nous avons examiné comment la croissance économique et les progrès avaient influé sur ces indicateurs par le passé et avons ensuite tracé différentes tendances possibles pour l'avenir. Ainsi, si tous les pays progressent aussi bien que l'ont fait les meilleurs par le passé (les meilleurs 15 %), les indicateurs suivront la ligne verte. Mais si les tendances économiques sont conformes à celles des pays les moins performants, les indicateurs suivront la ligne rouge.

Pauvreté



ODD 1.1

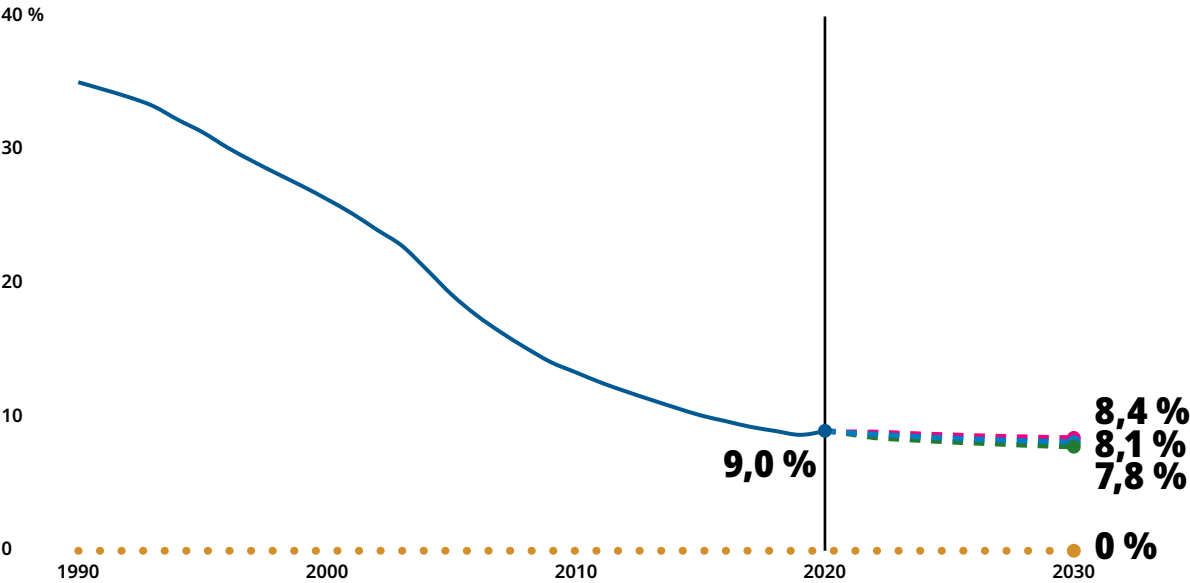
Eradiquer l'extrême pauvreté dans le monde.

La pandémie et les crises économiques qu'elle a causées ont balayé quatre années de progrès réalisés dans l'éradication de la pauvreté. Dans les pays où l'extrême pauvreté, les vagues épidémiques, les difficultés

économiques et d'autres facteurs démographiques persistent encore, nous nous attendons à ce que les niveaux de pauvreté stagnent dans les années à venir.

Pourcentage de la population se situant en dessous du seuil international de pauvreté (1,90 dollar/jour)

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



Retard de croissance

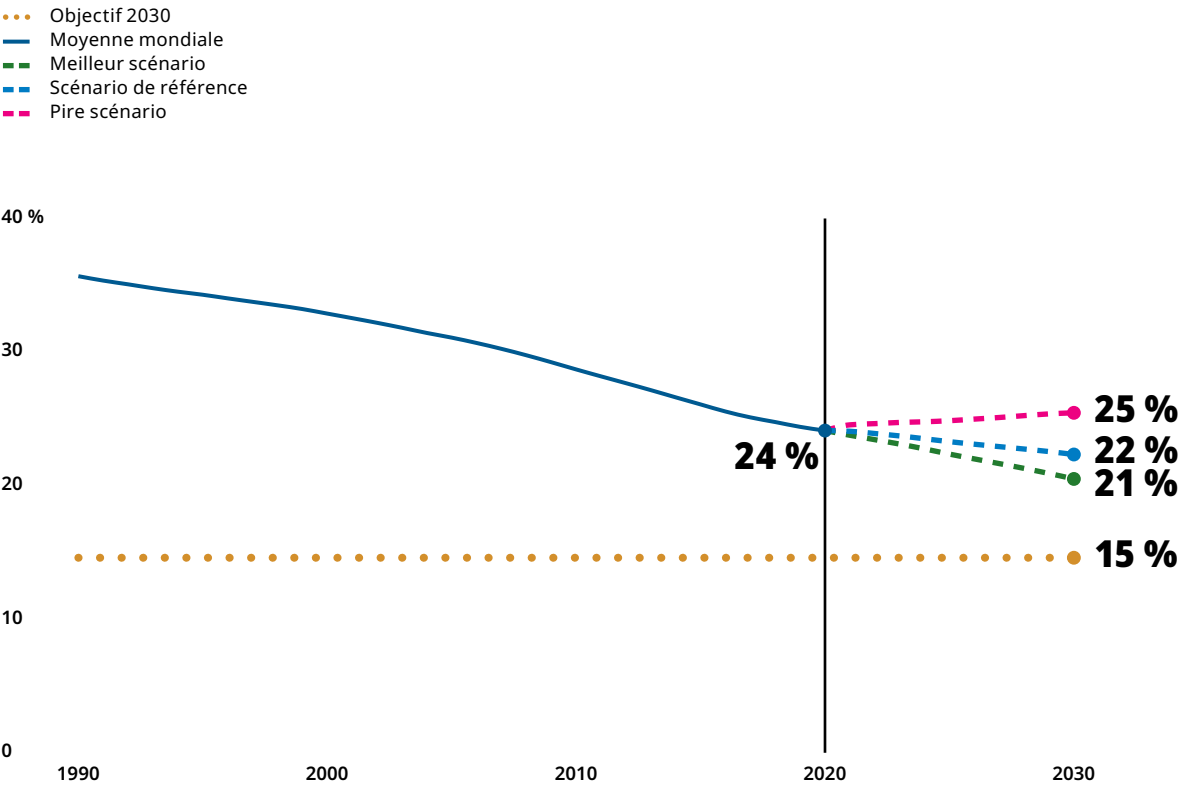


ODD 2.2

Mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes, en atteignant notamment, d'ici 2025, les objectifs fixés à l'échelle internationale en matière de retard de croissance et de dénutrition chez les enfants de moins de 5 ans. A titre provisoire, l'objectif indiqué sur le graphique a été extrapolé à partir de l'objectif actuel pour 2025.

Selon les données mondiales de 2020, 24 % des enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance. Les projections pour 2030 suggèrent que 22 % des enfants de moins de 5 ans souffriront d'un retard de croissance.

Taux de prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



Agriculture



ODD 2.3

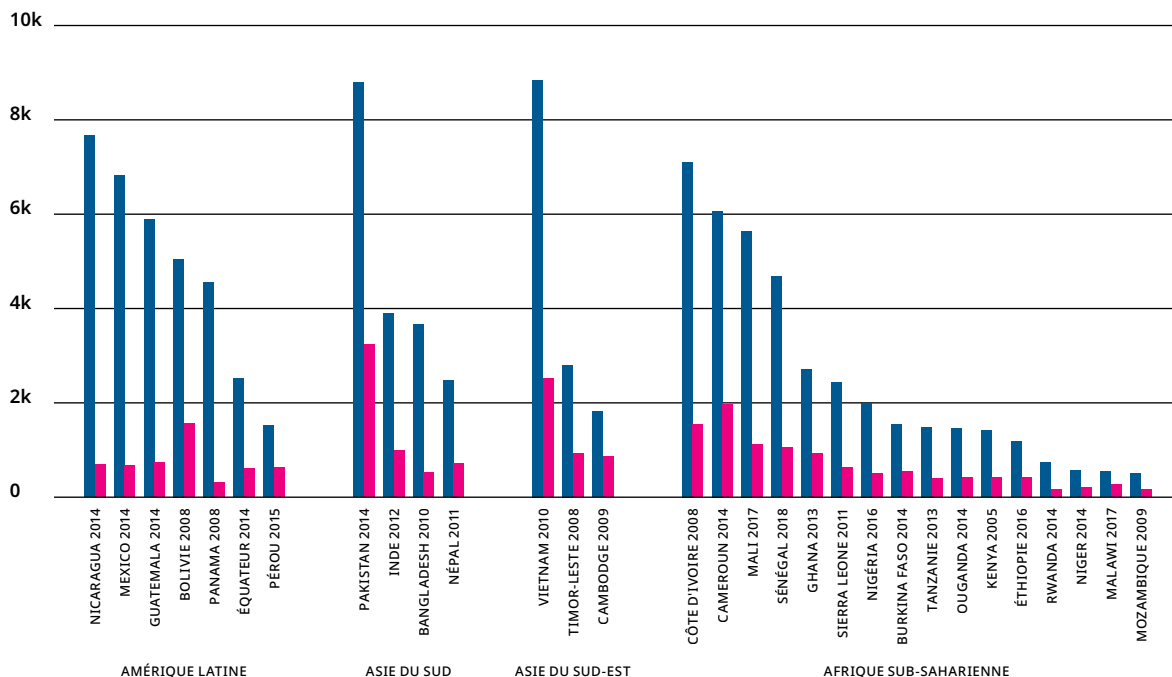
Doubler la productivité agricole et les revenus des petits producteurs agricoles, en particulier les femmes, les populations autochtones, les exploitants familiaux, les éleveurs et les pêcheurs.

La famine a augmenté cette année, notamment à cause de conflits, d'événements météorologiques extrêmes et du ralentissement économique dû à la pandémie. Les petits agriculteurs rencontrent des difficultés accrues pour accéder aux semences agricoles et sont donc confrontés à une forte baisse de leurs revenus. La

pandémie a montré à quel point il est vital de fournir aux marchés et aux décideurs publics les informations nécessaires pour qu'ils luttent efficacement contre la faim et la pauvreté et pour qu'ils s'adaptent aux impacts du changement climatique.

Revenu annuel moyen d'un agriculteur, PPA (dollars internationaux, à prix constants de 2011)

■ Producteurs plus grands
■ Petits producteurs



Mortalité maternelle



ODD 3.1

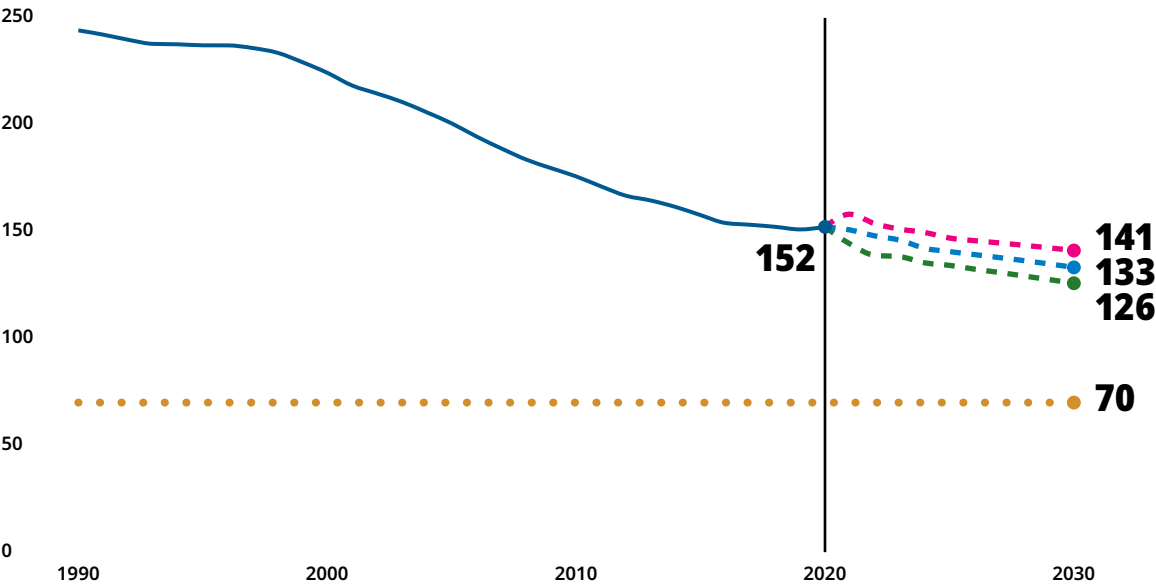
Réduire le ratio global de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

La COVID-19 et ses conséquences ont fortement impacté la santé des femmes et des nouveau-nés, les mères rencontrant plus de difficultés à recevoir des soins prénataux et à accéder à des services d'accouchement. En 2020, le ratio global de mortalité maternelle était

de 152 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 151 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2019. Les estimations prévoient 133 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2030, soit près du double de l'objectif des ODD.

Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



Mortalité des enfants de moins de 5 ans



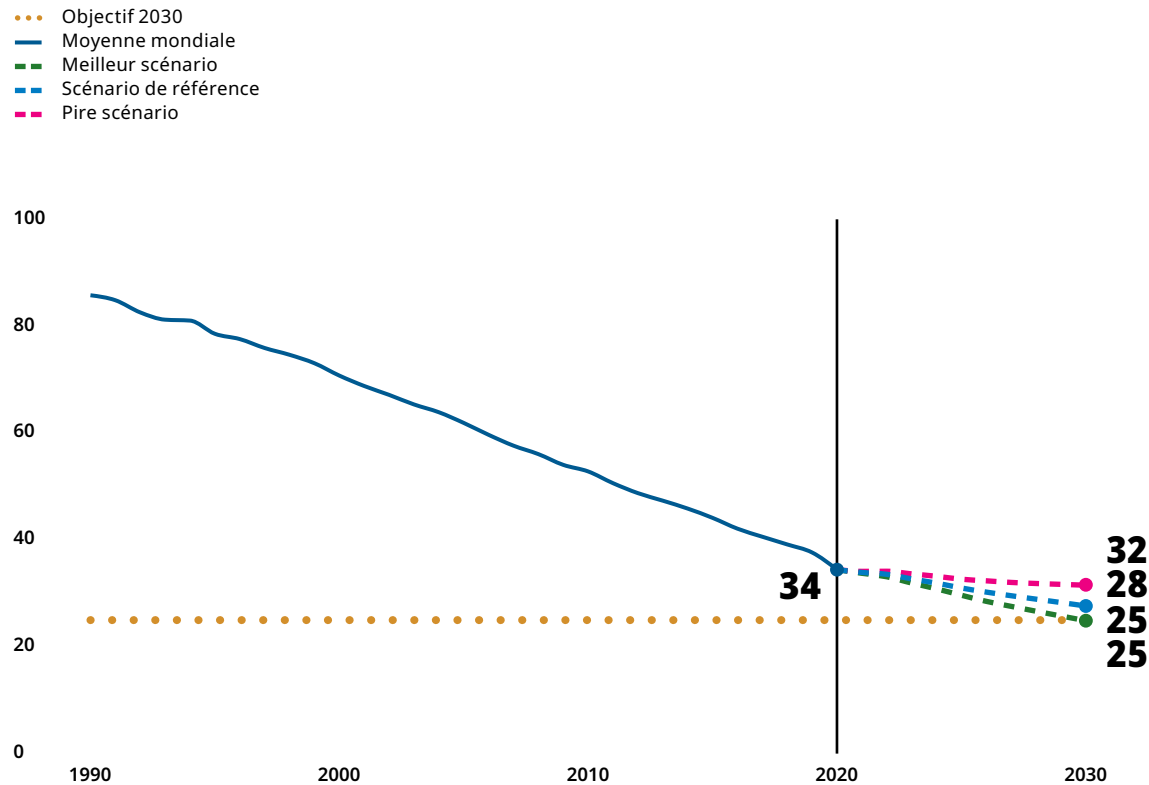
ODD 3.2

Éliminer les décès évitables des nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans, tous les pays s'engageant à réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans à un maximum de 25 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Bien que le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans n'ait jamais été aussi faible, la pandémie de COVID-19 a gravement perturbé les services de santé, risquant d'annuler des décennies de progrès obtenus avec difficulté. Il est impératif

d'accroître la vaccination des enfants, ainsi que l'accès aux soins postnataux, à une alimentation adéquate et à d'autres services essentiels permettant de mettre un terme aux décès évitables chez les enfants.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes



Mortalité néonatale



ODD 3.2

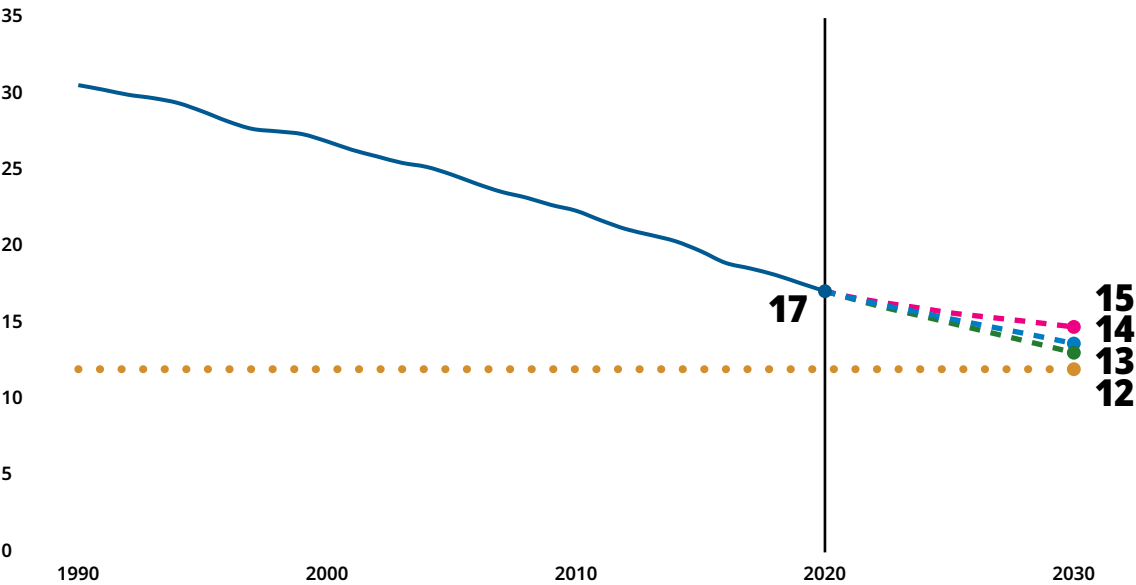
Éliminer les décès évitables chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans, tous les pays s'engageant à réduire le taux de mortalité néonatale à au plus 12 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Les bébés sont particulièrement vulnérables aux chocs que subissent les systèmes de santé, y compris les perturbations des soins prénataux et postnataux. Les données globales indiquaient un taux de mortalité néonatale de 17,1 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020, semblable à l'estimation de 2019 de

17,6 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les estimations prévoient 13,7 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2030, ce qui reste légèrement supérieur à l'objectif des ODD, qui est lui de 12 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



VIH



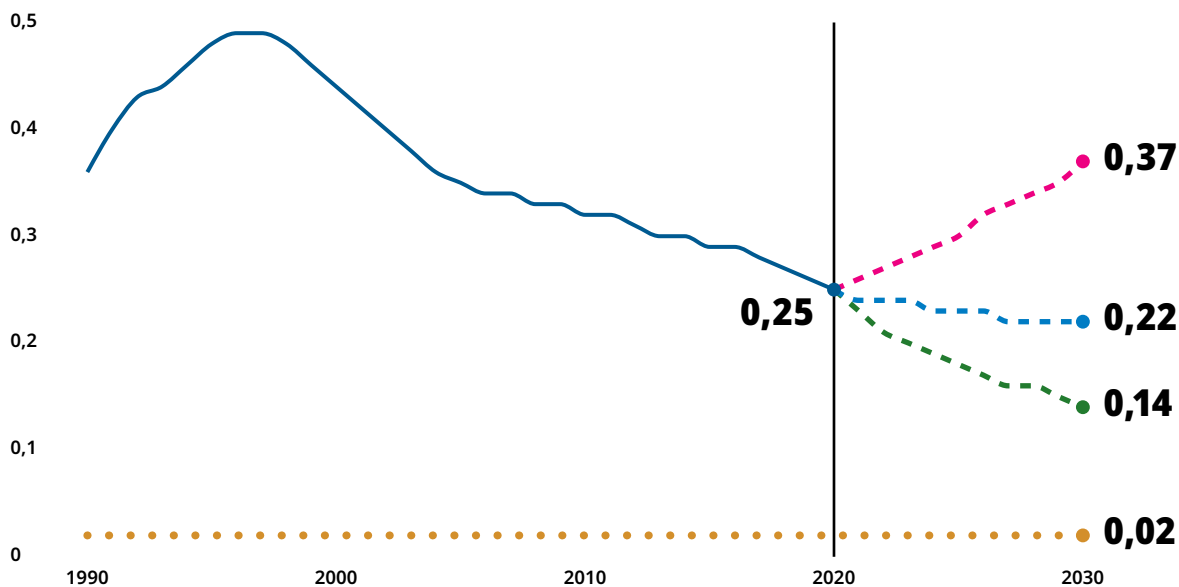
ODD 3.3

Mettre fin à l'épidémie du sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Pour avancer durablement dans la lutte contre le VIH/SIDA, nous devons continuer à proposer un traitement efficace contre le VIH tout en continuant à développer l'accès à des options de prévention.

Nouveaux cas de VIH pour 1 000 personnes

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- - Meilleur scénario
- - Scénario de référence
- - Pire scénario



Tuberculose



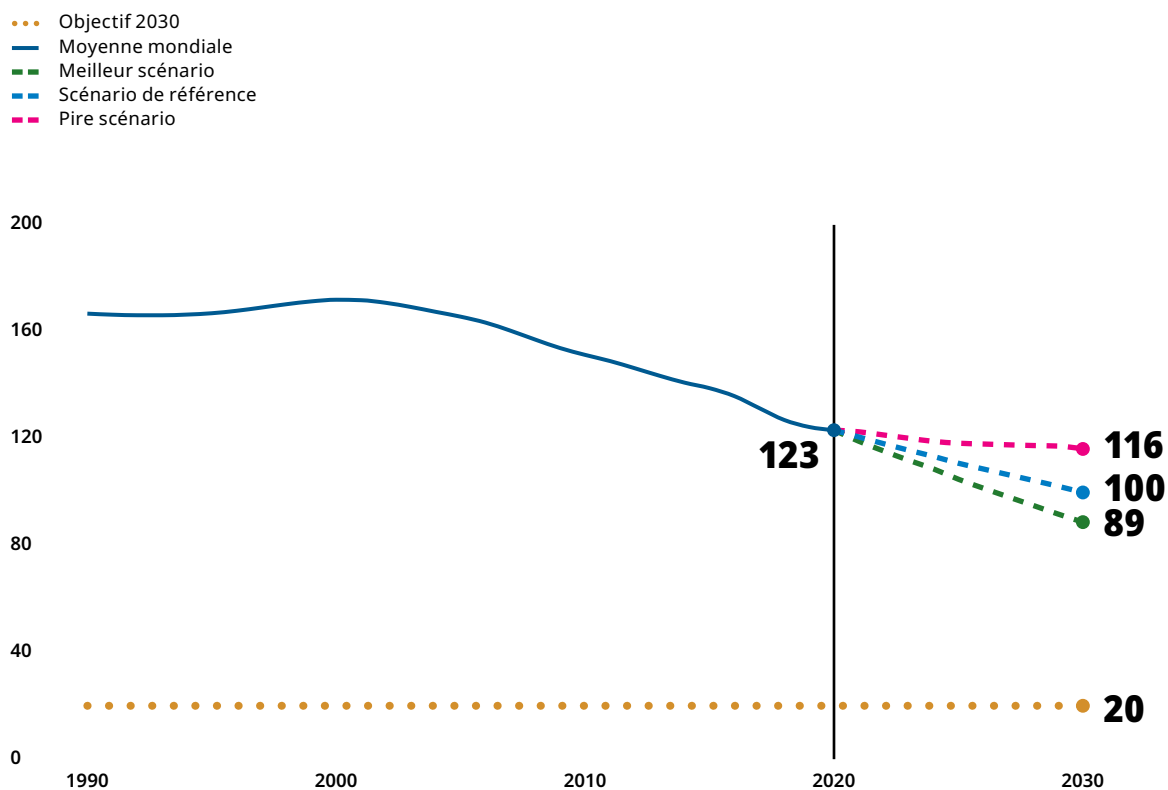
ODD 3.3

Mettre fin à l'épidémie du sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

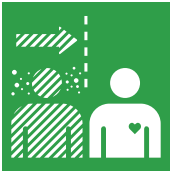
Les données actuelles suggèrent que nous ne sommes pas en bonne voie pour éradiquer la tuberculose d'ici 2030. Pour réaliser des progrès significatifs, davantage de personnes doivent avoir

accès à un traitement efficace et nous devons détecter les nouveaux cas de tuberculose qui ont pu passer inaperçus pendant la pandémie.

Nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 personnes



Paludisme



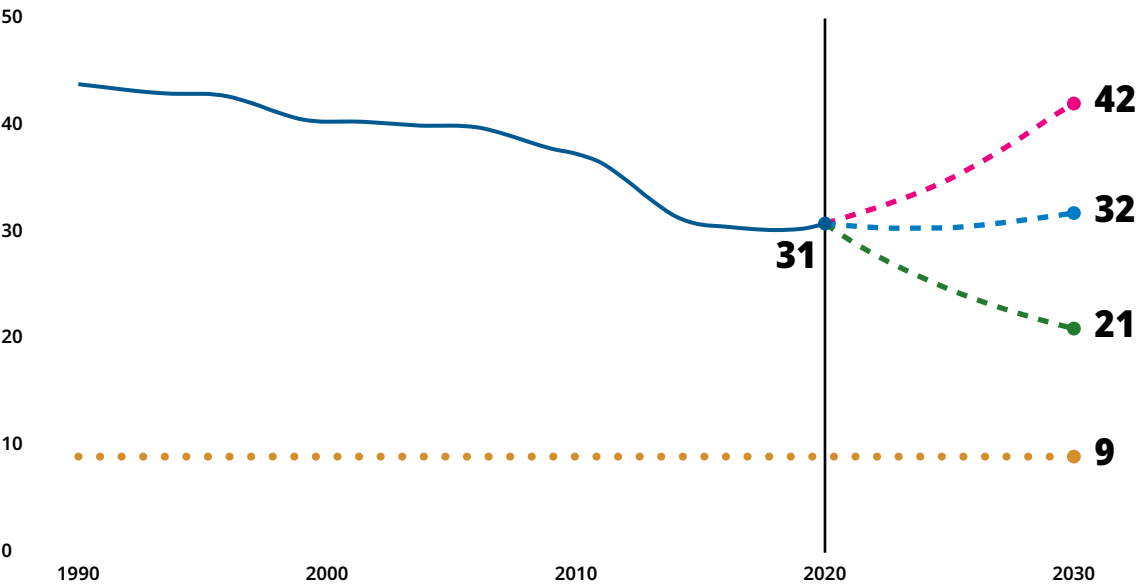
ODD 3.3

Mettre fin à l'épidémie du sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

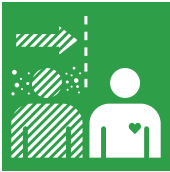
Les données globales recensaient 31 nouveaux cas de paludisme pour 1 000 personnes en 2020. Les estimations prévoient un ratio de 32 nouveaux cas pour 1 000 personnes d'ici 2030.

Nouveaux cas de paludisme pour 1 000 personnes

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- - - Meilleur scénario
- - - Scénario de référence
- - - Pire scénario



Maladies tropicales négligées



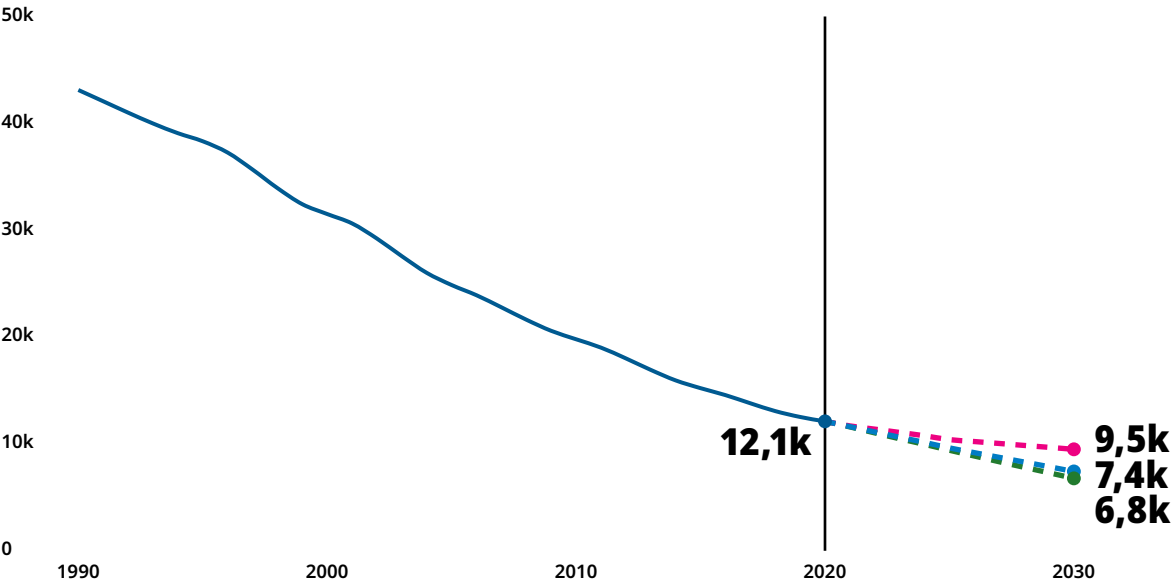
ODD 3.3

Mettre fin à l'épidémie du sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

En 2020, 12 114 cas de 15 maladies tropicales négligées (MTN) pour 100 000 personnes ont été identifiés. Les estimations prévoient un ratio de 7 417 cas de 15 MTN pour 100 000 personnes d'ici 2030.

Taux de prévalence de 15 MTN pour 100 000 personnes

- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



Accès à la contraception



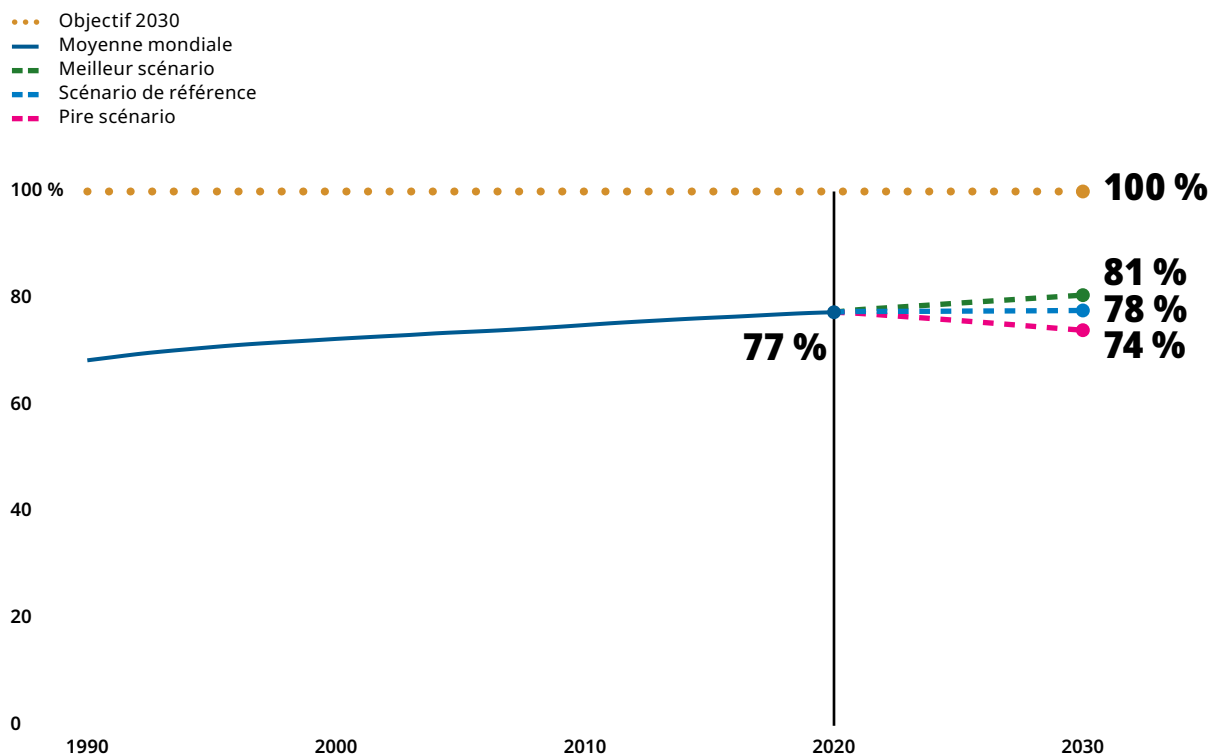
ODD 3.7

Garantir l'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive, et notamment aux différentes méthodes de contraception.

Les données globales indiquent qu'en 2020, 77 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont vu leurs besoins en matière d'accès à la contraception satisfaits par les méthodes modernes. Les estimations suggèrent

qu'en 2030, 78 % des femmes âgées de 15 à 49 ans verront leurs besoins d'accès à la contraception satisfaits par les méthodes modernes.

Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive sont satisfaits par les méthodes modernes



Couverture sanitaire universelle



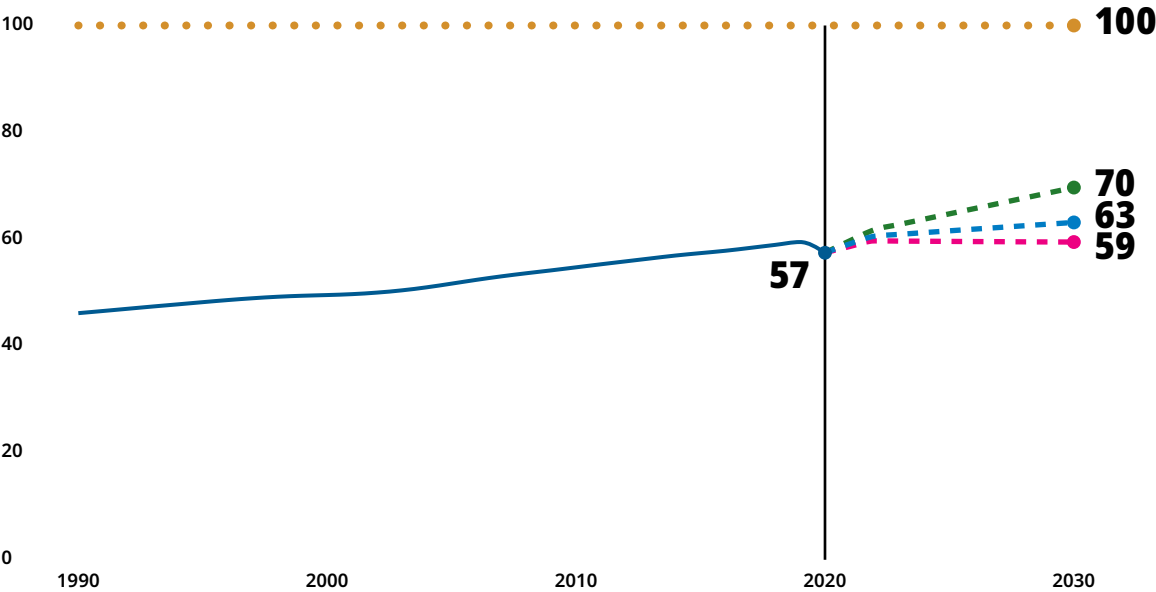
ODD 3.8

Parvenir à ce que tous obtiennent une couverture sanitaire universelle.

Les données globales indiquent qu'en 2020, la couverture santé universelle a obtenu un score de 57, un score qui devrait atteindre 63 en 2030.

Score de performance de l'Indice de Couverture Réelle de la CSU

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- - - Meilleur scénario
- - - Scénario de référence
- - - Pire scénario



Tabagisme



ODD 3.A

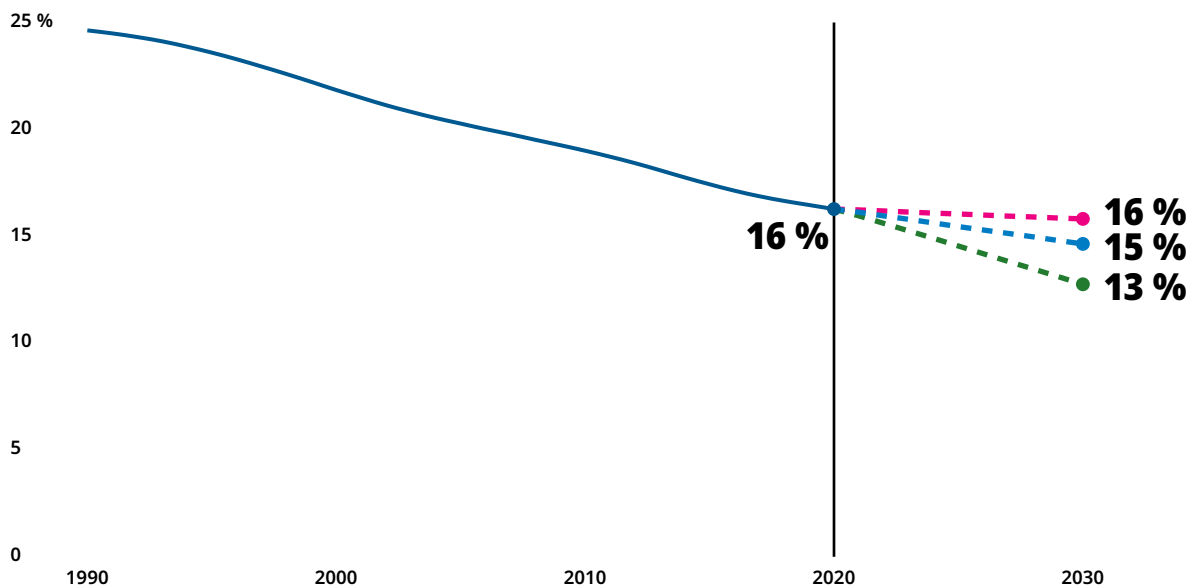
Renforcer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac dans tous les pays.

Selon les projections, si les efforts dans la lutte anti-tabac accélèrent, le taux de prévalence du tabagisme pourrait fortement diminuer dans les années à venir, passant de 16 % en 2020 à 13 % en 2030 (soit 112

millions de fumeurs de moins). Ces estimations se réaliseront seulement si chaque pays adopte des politiques strictes, alignées avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Taux de prévalence du tabagisme, normalisé selon l'âge, parmi les 15 ans et plus

- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



Vaccins



ODD 3.B

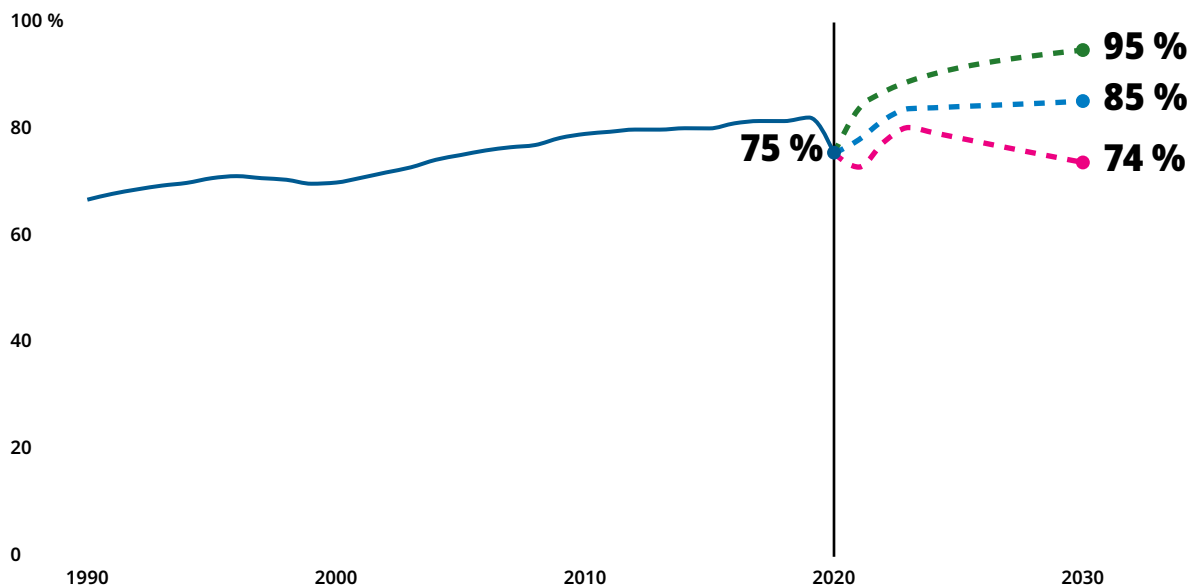
Soutenir la recherche et le développement de vaccins et médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, et faire en sorte que les médicaments et vaccins essentiels soient accessibles à un coût abordable.

La COVID-19 a gravement perturbé la vaccination, ainsi que d'autres services de santé vitaux. De nombreux programmes de vaccination doivent à présent rattraper ce retard, notamment en matière de vaccination des enfants, tout en déployant en parallèle les vaccins

contre la COVID-19. La pandémie a en effet souligné l'importance d'assurer un accès global et équitable à tous les vaccins. La santé et le bien-être de millions de personnes à travers le monde en dépendent.

Couvertures vaccinale de la DTC (troisième dose)

- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



Éducation



ODD 4.1

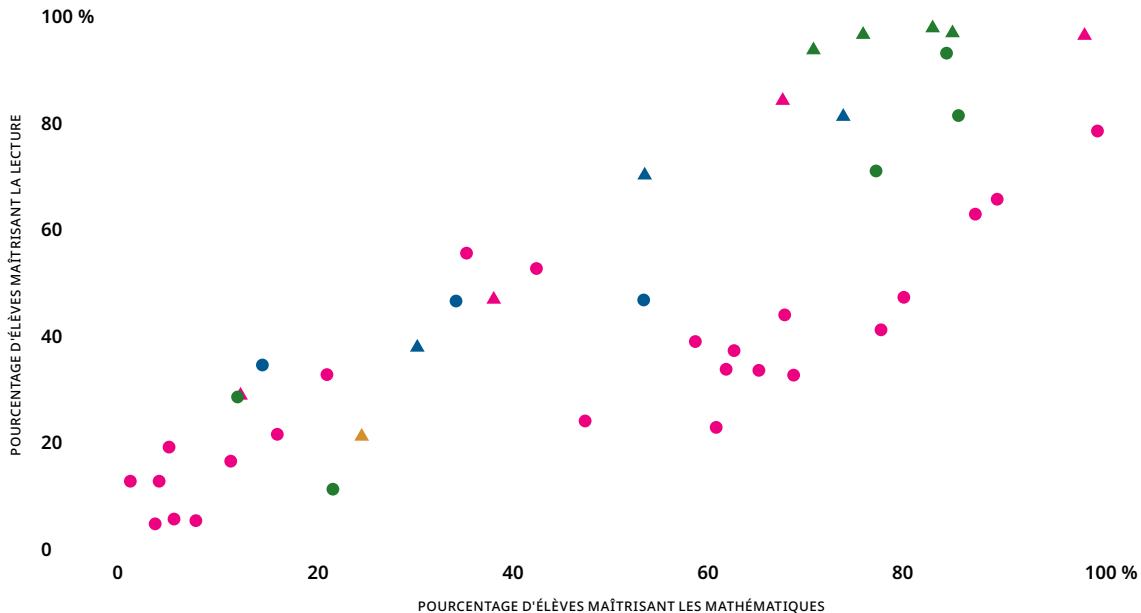
D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, de façon égale, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, qui débouche sur un apprentissage véritablement utile.

Dans les pays où des données ont été recueillies sur le sujet, le niveau en mathématiques et en lecture chez les filles et les garçons est inférieur aux niveaux nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux de 2030 qui représentent un niveau minimal de maîtrise

de certaines compétences fondamentales. Les données sur les compétences en matière d'apprentissage restent rares, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et, lorsqu'elles sont disponibles, leur fiabilité est souvent contestable.

Pourcentage d'élèves (garçons et filles) de CE1 ou CE2 ayant à minima atteint un niveau minimal de compétence en mathématiques ou lecture

- ▲ Europe centrale, Europe de l'Est et Asie centrale
- ▲ Revenu élevé
- ▲ Amérique latine et Caraïbes
- ▲ Afrique du Nord et Moyen-Orient
- Asie du Sud
- Asie du Sud-Est, Asie de l'Est et Océanie
- Afrique Sub-saharienne



Égalité entre les sexes



ODD 5.4

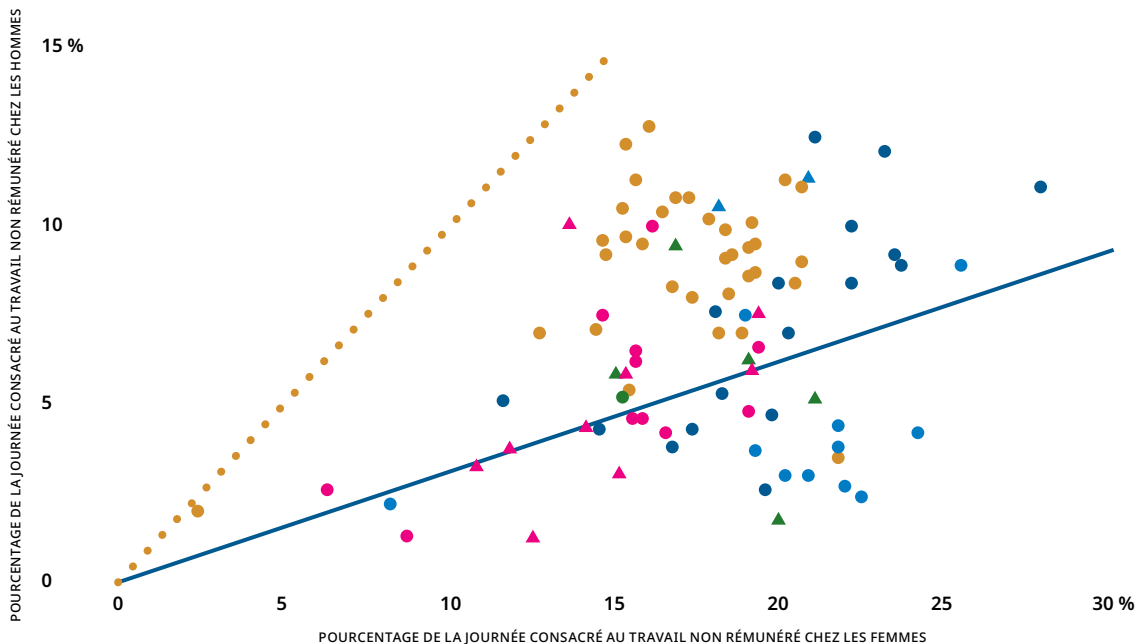
Reconnaître la valeur et l'importance des soins et travaux domestiques non-rémunérés en les soutenant avec des services publics, infrastructures et politiques de protection sociale, ainsi qu'en promouvant le partage des responsabilités au sein du ménage, en prenant en compte le contexte national.

Dans les pays où des données ont été recueillies sur le sujet, les femmes consacrent en moyenne 3,1 fois plus de temps aux soins non rémunérés et au travail domestique que les hommes. Bien qu'on puisse

l'observer dans toutes les régions du monde, cet écart est le plus prononcé dans les pays d'Afrique du Nord et d'Asie centrale.

Travail non rémunéré et travaux domestiques par sexe et par région

- Quantité égale de travail
- Moyenne mondiale
- Australie et Nouvelle-Zélande
- Asie centrale et Asie du Sud
- Asie de l'Est et Asie du Sud-Est
- Europe et Amérique du Nord
- Amérique latine et Caraïbes
- Afrique du Nord et Asie occidentale
- Océanie (hors Australie et Nouvelle-Zélande)
- Afrique Sub-saharienne



Hygiène



ODD 6.2

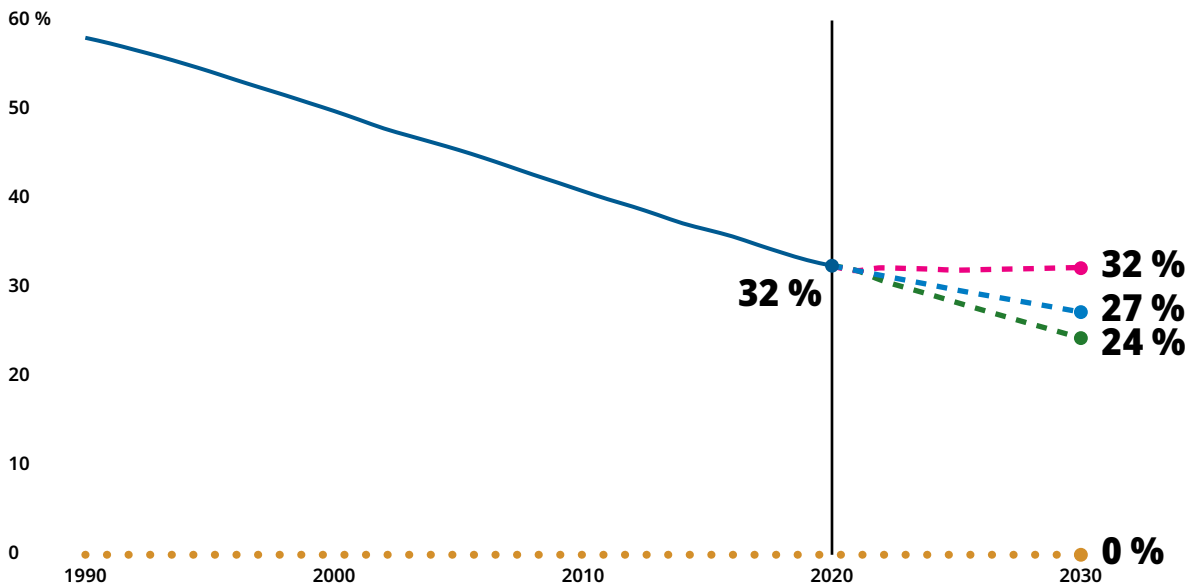
Assurer un accès équitable à l'hygiène et à l'assainissement, et éliminer la défécation en plein air, en apportant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et des personnes en situation de vulnérabilité.

Les ODD ont établi à juste titre un nouvel indicateur sur un assainissement « géré en toute sécurité », mais les données pour suivre les progrès réalisés ne sont pas encore disponibles. Les données présentées ici mesurent l'accès aux toilettes raccordées au tout-à-l'égout, bien qu'il existe d'autres technologies moins

coûteuses pour traiter les déchets humains en toute sécurité. Chaque année, nous disposons de davantage de données, ce qui a permis à l'ONU d'estimer qu'en 2020, 3,6 milliards de personnes n'avaient pas accès à un service d'assainissement géré en toute sécurité.

Taux de prévalence de populations utilisant des installations sanitaires insalubres ou non améliorées

- Objectif 2030
- Moyenne mondiale
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



Services financiers pour les plus démunis



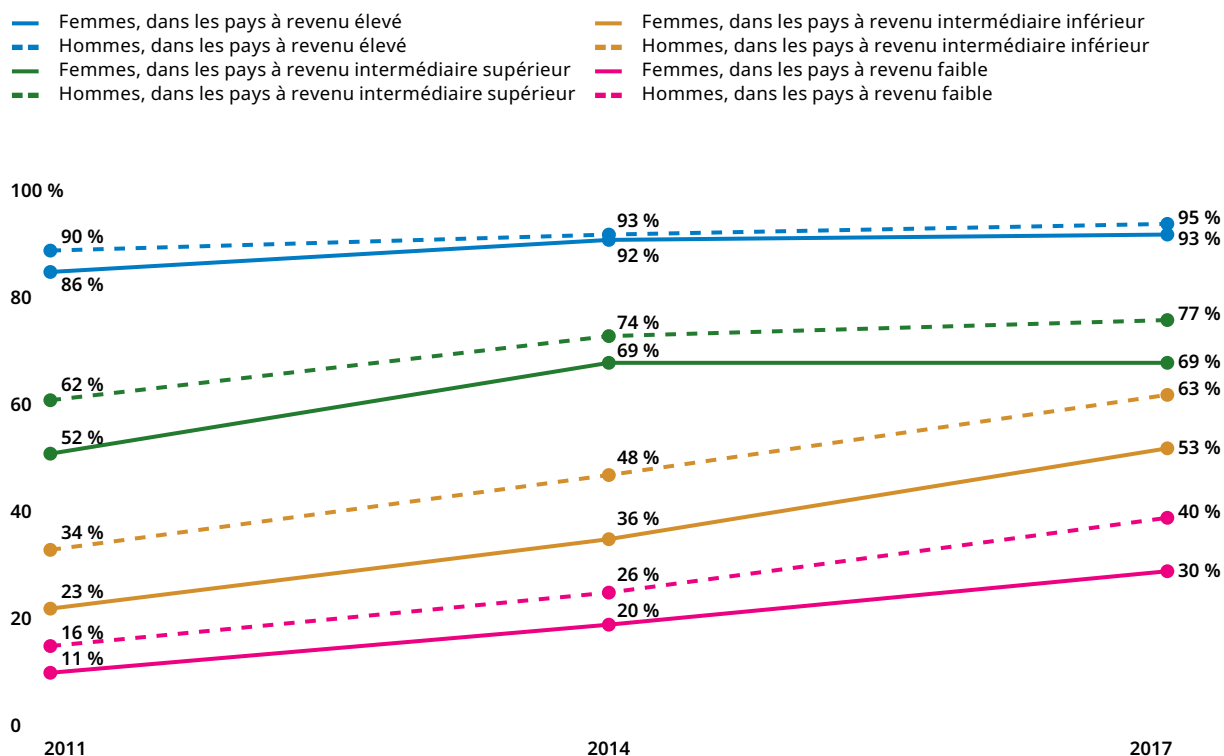
ODD 8.10

Renforcer la capacité des institutions financières nationales à encourager et étendre l'accès aux services bancaires, financiers et d'assurance pour tous.

Il est clairement démontré que la pandémie a accéléré l'adoption et l'utilisation du numérique, les fournisseurs de services financiers ayant constaté une augmentation des paiements numériques pendant la pandémie. Depuis le début de la pandémie, près de

60 pays à revenu faible et intermédiaire ont employé des méthodes de paiement numérique pour fournir une aide d'urgence, plus de la moitié effectuant des virements vers des comptes bancaires traditionnels.

Proportion d'adultes (personnes de 15 ans et plus) disposant d'un compte dans une banque ou une autre institution financière, ou d'un service de transfert d'argent mobile



Sources et notes

Les sources des données présentées dans le rapport sont répertoriées par thème ci-dessous. De brefs commentaires méthodologiques ont été inclus pour les analyses non publiées. Les citations complètes, les liens vers les documents originaux et les références complémentaires sont disponibles sur le site de Goalkeeper: ➞ <https://gates.ly/GK21DataSources>

Introduction

Voir les projections initiales de l'an dernier sur les répercussions de la pandémie sur les objectifs de développement durable (ODD) dans le Rapport Goalkeepers 2020, COVID-19 : Une perspective mondiale.

Les données nous réservent bien des surprises

Des millions de personnes supplémentaires dans une situation d'extrême pauvreté

Groupe de la Banque mondiale. *Perspectives économiques mondiales*. Juin 2021. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35647/9781464816659.pdf>

Fonds monétaire international. Base de données des perspectives économiques mondiales, avril 2021. Consultée en août 2021. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/April>

Rapport des décès dus à la COVID-19 par sexe selon l'analyse de l'IHME, 2021. En contrôlant la répartition par âge de la population mondiale, le ratio de décès hommes/femmes est de 1,72. Les dernières projections sur la COVID-19 de l'IHME sont accessibles sur <https://covid19.healthdata.org> et les publications connexes sur <https://healthdata.org/covid/publications>.

Organisation internationale du travail. *Bâtir un avenir plus équitable : Les droits des femmes au travail et sur le lieu du travail au cœur de la reprise post-COVID*. Juillet 2021. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-gender/documents/publication/wcms_814499.pdf

Pour plus d'informations sur les estimations de la pauvreté de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (Institut de statistique sur la santé publique, IHME), voir la section Explorer les données du présent rapport.

Des écarts croissants dans l'éducation

La pauvreté de l'apprentissage correspond au pourcentage d'enfants ne sachant ni lire ni comprendre un texte simple à dix ans.

Groupe de la Banque mondiale. *Ending Learning Poverty: What Will It Take?* Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, 2019. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32553>

Groupe de la Banque mondiale. *Realizing the Future of Learning: From Learning Poverty to Learning for Everyone, Everywhere*. Décembre 2020. Banque mondiale, Washington, DC. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/250981606928190510/pdf/Realizing-the-Future-of-Learning-From-Learning-Poverty-to-Learning-for-Everyone-Everywhere.pdf>

Lewis, Karyn, Megan Kuhfeld, Erik Ruzek et Andrew McEachin. *Learning during COVID-19: Reading and math achievement in the 2020-21 school year*. Rapport de recherche de NWEA. Center for School and Student Progress. Juillet 2021. <https://www.nwea.org/content/uploads/2021/07/Learning-during-COVID-19-Reading-and-math-achievement-in-the-2020-2021-school-year.research-brief-1.pdf>

Moins d'enfants vaccinés

Pour plus d'informations sur les estimations de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (Institut de statistiques sur la santé publique, IHME) sur la couverture vaccinale, consultez la section Explorer les données du présent rapport.

La population se mobilise

Organisation mondiale de la santé. *Rapport 2020 sur le paludisme dans le monde : 20 années de progrès et de défis mondiaux*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2020. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1321872/retrieve>

Organisation mondiale de la santé. *The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria. A modelling analysis for countries in sub-Saharan Africa*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 23 avril 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004641>

Sherrard-Smith, et al. « The potential public health consequences of

COVID-19 on malaria in Africa, » *Nature Medicine* 26 (septembre 2020): 1411-1416. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1025-y.pdf>

Investir dans les systèmes

Our World in Data compile et publie des informations à jour sur les doses de vaccins administrées par zone géographique : <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (consulté en août 2021).

Le tableau de bord du marché des vaccins contre la COVID-19 suit les informations sur le marché mondial des vaccins contre la COVID-19, y compris les accords sur les vaccins, les doses réservées et les livraisons par pays. Consulté en août 2021. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboards>

Investir dans les communautés

Sarr, Moussa. « How Did Senegal Mitigate the Impact of COVID-19 on Routine Childhood Immunizations? » *Exemplars in Global Health – Perspectives* (blog). Consulté en août 2021. <https://www.exemplars.health/emerging-topics/epidemic-preparedness-and-response/covid-19/appendix/perspectives/thread?forumId=9&threadId=43>

Dixit, Sameer M. et al. « Addressing disruptions in childhood routine immunization

services during the COVID-19 pandemic: perspectives and lessons learning from Liberia, Nepal and Senegal, » medRxiv 18 mars 2021. Préimpression. <https://doi.org/10.1101/2021.03.18.21252686>

Investir dans les femmes et les filles

Le programme de transfert de fonds d'urgence *Ehsaas* au Pakistan est accompagné d'un tableau de bord public qui affiche le nombre total de bénéficiaires et le total des montants versés. Consulté en août 2021. https://www.pass.gov.pk/ecs/uct_all.html

Elizabeth Katz, Safa Abdalla et Judy Rein ont réalisé une analyse comparative entre les sexes supplémentaire avec l'aide de Katelyn Roett et Lauren Lamson au Global Center for Gender Equality (Centre mondial pour l'égalité homme femme) de l'Université de Stanford.

Toujours plus loin, toujours plus vite

Nouvelles sources d'innovation

Africa Vaccine Manufacturing Initiative. *Fabrication et approvisionnement de vaccins en Afrique*. Éude. 2017. <https://www.avmi-africa.org/wp-content/uploads/2017/09/VMPA-Study-e-book.pdf>

Centres africains pour le contrôle et la prévention des maladies. *Africa's Vaccine Manufacturing for Health Security*. Document de travail. Présenté à la Conférence sur la fabrication de vaccins en Afrique, avril 2021.

Explorer les données

La Chine, débarrassée du paludisme, renvoie l'ascenseur

Ding, Cheng, Chenyang Huang, Yuqing Zhou, Xiaofang Fu, Xiaoxiao Liu, Jie Wu, Min Deng, Lanjuan Li, Shigui Yang. « Malaria in China: a longitudinal population-based surveillance study. » *Epidemiology and Infection* 148, E37 (2020) : 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0950268820000333>

Organisation mondiale de la santé. Estimations de l'incidence du paludisme pour 2017–2020, tirées de l'« outil de recueil de données de l'Observatoire mondial de la santé ». OMS (site internet). Consulté en août 2021. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MALARIAINCIDENCEv?lang=en>

INDICATEURS ESTIMÉS PAR L'IHME

Une description générale de la méthodologie utilisée par l'IHME pour estimer les effets de la pandémie de COVID-19 sur les 14 indicateurs des ODD et les projections qui les accompagnent jusqu'en 2030 est fournie dans une autre section explicative du rapport. Une description plus détaillée est disponible sur le site internet. Ce qui suit sont des notes méthodologiques spécifiques à chaque indicateur.

Pour les indicateurs de santé et de pauvreté, l'IHME génère trois scénarios futurs. Le scénario « de référence » représente le scénario moyen. Le « meilleur » scénario applique le 85e percentile de l'indice socio-démographique (ISD), qui comprend le revenu, la fécondité et l'éducation, et le 85e percentile du taux de variation annualisé (TDVA) observé de l'indicateur ou de ses vecteurs par pays-année pour la période 1990-2020. Le « pire » scénario applique le 15e percentile de l'ISD combiné au 15e percentile du TDVA de l'indicateur.

Pauvreté

Le taux de pauvreté extrême mesure la proportion de la population d'un pays, qui, selon les estimations, vit avec moins de 1,90 dollar par jour, mesuré en dollars ajustés pour la parité de pouvoir d'achat (PPA) en 2011. Pour estimer une série chronologique complète de l'extrême pauvreté dans tous les pays, toutes les données disponibles ont d'abord été extraites de la Banque mondiale et complétées par des données provenant de l'Institut mondial de recherche sur l'économie du développement (Nations Unies) et d'enquêtes nationales spécifiques. L'IHME a ensuite modélisé ces données en employant une approche qui s'appuie sur les données disponibles affinées grâce aux covariables de temps, de lieu et prédictives (PIB par habitant, éducation des femmes, consommation de kilocalories, exportations de ressources naturelles et dépenses publiques).

L'IHME modélise le taux de consommation moyen pour chaque pays et chaque année, ainsi que la répartition de la consommation pour chaque pays afin d'estimer la valeur de la consommation pour chaque centile de la population de chaque pays et chaque année jusqu'en 2020. Bien qu'aucune donnée d'enquête ne soit disponible au-delà de 2019, l'IHME utilise ce modèle afin d'estimer le taux de pauvreté en 2020 et 2021, car ce dernier est plus sensible aux chocs économiques tels que ceux que subissent actuellement la plupart des pays. L'IHME a estimé le taux de pauvreté extrême (1,90 \$ É.-U.) en analysant la variation du taux de pauvreté d'une année sur l'autre à l'aide d'un modèle d'ensemble. Ce dernier est basé sur le PIB par habitant, la fécondité, les dépenses publiques et les prévisions en matière d'éducation ; il ne saisit qu'indirectement les autres impacts de la récession économique mondiale.

Les estimations mises à jour incluent de nouvelles données d'enquête pour le Nigeria, le Pakistan et le Zimbabwe ; des taux de change PPP améliorés et de meilleures méthodes pour estimer la répartition de la consommation.

Retard de croissance

L'IHME mesure la prévalence du retard de croissance comme étant la taille par rapport à l'âge inférieure de plus de deux écarts-types à la médiane de référence sur la courbe de croissance taille-âge basée sur les normes de croissance 2006 de l'OMS pour les enfants de 0 à 59 mois. Les projections jusqu'en 2030 ont été modélisées à l'aide d'une approche d'ensemble pour prédire l'exposition au retard de croissance, avec l'ISD comme facteur clé, afin de tenir compte des effets de la pandémie de COVID-19 sur le revenu par habitant ; l'exposition au retard de croissance a ensuite été traduite en indicateur (prévalence du retard de croissance) à l'aide d'un modèle à spline en cascade.

Les résultats présentés ici représentent plusieurs améliorations incorporées à l'étude Global Burden of Disease (GBD) 2020, ce qui a permis d'améliorer les estimations dans un certain nombre de pays, notamment l'Afrique du Sud, la RDC, l'Inde et le Pakistan.

Murray, Christopher J.L., Alexandr Aravkin, Peng Zheng, Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Mohsen Abbasi-Kangevari, Foad Abd-Allah, et al. Charge mondiale de 87 facteurs de risque dans 204 pays et territoires, 1990-2019 : Une analyse systématique pour l'étude Global Burden of Disease 2019. *Lancet* 396, no. 10258 : 1223–49 (17 octobre 2020). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Taux de mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle (TMM) est défini comme étant le rapport entre le nombre de décès maternels chez les femmes âgées de 15 à 49 ans sur une période donnée par centaine de milliers de naissances vivantes au cours de la même période. Il présente le risque de décès maternel par rapport au nombre de naissances vivantes et saisit essentiellement le risque de décès dans une seule grossesse ou une seule naissance vivante. Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé l'ISD comme facteur clé. Il intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie COVID-19.

L'analyse de la mortalité maternelle directe et indirecte réalisée par l'IHME dans plusieurs pays n'a démontré aucune relation significative entre la mortalité directe et les indicateurs de la pandémie de COVID-19 (ex. : décès dus à la COVID-19, mobilité). Toutefois, la pandémie de la COVID-19 a eu un effet significatif sur la mortalité maternelle indirecte, que l'IHME a incorporée.

Taux de mortalité des enfants moins de 5 ans

L'IHME définit le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (MEM5) comme la probabilité qu'un enfant meure avant l'âge de 5 ans. MEM5 équivaut au nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes. Les projections se basent sur un ensemble de facteurs clés, dont les facteurs de risque du Global Burden of Disease (GBD), des interventions sélectionnées (ex. : vaccins) et l'Indice Socio-Démographique (ISD). A court terme (2020–2021), la pandémie a généré plusieurs perturbations, dont une baisse du nombre d'enfants morts de maladies infectieuses (grippe, virus respiratoire syncytial, rougeole, coqueluche), notamment grâce à la distanciation sociale et à l'utilisation de masques. La plupart des

évolutions dans les estimations de la MEM5 dans le rapport Goalkeepers de 2021 provient de nouvelles données et informations sur la mortalité que l'IHME a incorporées depuis le GBD2019. L'ajout de ces nouvelles données impacte principalement la MEM5 au cours de la période la plus récente.

Taux de mortalité néonatale

L'IHME définit le taux de mortalité néonatale comme la probabilité pour un nouveau-né de mourir au cours des 28 jours suivant sa naissance. Il équivaut au nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes. Les projections se basent sur un ensemble de facteurs clés, dont les facteurs de risque du GBD, des interventions sélectionnées (ex. : vaccins) et l'ISD. A court terme (2020–2021), la pandémie a généré plusieurs perturbations, dont une baisse du nombre d'enfants morts de maladies infectieuses (grippe, virus respiratoire syncytial, rougeole, coqueluche), notamment grâce à la distanciation sociale et à l'utilisation de masques. La plupart des évolutions dans les estimations de la mortalité néonatale dans le rapport Goalkeepers de cette année provient de nouvelles données.

VIH

L'IHME considère le taux d'infection au VIH comme le nombre de nouveaux cas pour 1 000 personnes. Les prévisions de l'incidence du VIH ont été fondées sur les prévisions de traitement antirétroviral (TAR), la couverture de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et l'incidence de l'infection à VIH actuel. Ces invariants ont été intégrés à une version modifiée du logiciel Spectrum d'Avenir Health. Les TAR pour adultes sont estimés sur la base des dépenses prévues pour les soins curatifs contre le VIH, qui à leur tour sont estimés en fonction du revenu par habitant, en tenant compte de l'effet de la pandémie et des prix de la TAR.

Les évolutions des estimations proviennent de données supplémentaires compilées par l'ONUSIDA venant de 115 pays, dont la couverture des nouveaux TAR, la couverture de la PTME et les estimations de l'incidence. En outre, l'IHME a mis à jour les données sur la couverture des TAR pour l'Afrique du Sud en utilisant les estimations de la couverture du TAR de Thembisa. D'autres améliorations apportées à la modélisation sont décrites dans le GBD 2020.

Tuberculose

L'IHME estime les nouveaux cas de tuberculose et les rechutes diagnostiquées durant une année calendaire donnée (incidence) en utilisant les données des enquêtes sur sa prévalence, les signalements de cas et les estimations de mortalité par cause spécifique afin de construire un modèle statistique qui permet une cohérence interne entre les estimations.

Les évolutions dans les estimations de l'incidence de la tuberculose du GBD 2020 étaient principalement liées à l'inclusion de nouvelles sources de données.

En complément des tendances historiques, les projections jusqu'en 2030 ont utilisé l'ISD comme facteur clé. Ce dernier intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie COVID-19.

Paludisme

L'IHME considère le taux standardisé de cas de paludisme comme le nombre d'infections pour 1 000 personnes. Les projections jusqu'en 2030 ont été calculées à l'aide d'un modèle en deux étapes. Premièrement, la couverture des deux principales interventions antipaludiques : la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) et les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), a été estimée selon l'ISD. L'IHME a ensuite

utilisé les résiduels de la première étape pour s'adapter à un modèle spécifique par pays basé sur l'année civile. Pour les pays en dehors de l'Afrique subsaharienne où aucune donnée sur la couverture des interventions n'est disponible, l'ISD a été utilisé dans la première étape et l'année civile dans la deuxième. Les données de 2020 sur la distribution de MII ont révélé que la pandémie n'a qu'impacté de manière limitée la distribution des MII. Des rapports sur la distribution des MII ont été intégrés dans le modèle, mais aucun effet à court terme supplémentaire de la pandémie n'a été constaté sur l'incidence du paludisme.

Maladies tropicales négligées

L'IHME mesure la somme de la prévalence de 15 MTN pour 100 000 personnes, soit les maladies recensées par l'étude GBD annuelle : la trypanosomiase humaine africaine, la maladie de Chagas, l'échinococcose cystique, la cysticercose, la dengue, les trématodes d'origine alimentaire, la dracunculose, les helminthes transmis par le sol (ankylostome, trichuriase et ascariodose), la leishmaniose, la lèpre, la filariose, l'onchocercose, la rage, la schistosomiase et le trachome. Depuis le rapport Goalkeepers 2020, des évolutions dans les tendances historiques de cet indicateur reflètent les actualisations de la prévalence estimée de chaque MTN pour le GBD 2020. Plus précisément, les évolutions de l'indicateur sommaire de prévalence des MTN entre le rapport Goalkeepers de 2020 et ces estimations s'expliquent en grande partie par l'ajout de nouvelles données aux modèles STH, en particulier en Amérique latine et en Asie du Sud.

Des études de modélisation examinant divers scénarios de perturbation suggèrent que l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur la prévalence et le contrôle des MTN est susceptible de varier largement selon

la maladie et le contexte. Compte tenu de la disponibilité limitée des données sur les programmes de surveillance et de contrôle en 2020 et 2021 et de l'incertitude quant à l'impact de toute perturbation potentielle, l'IHME n'a procédé à aucun ajustement pour les effets à court terme de la pandémie en 2020-2021 pour le présent rapport. À mesure que des données supplémentaires seront disponibles, d'autres travaux seront nécessaires pour mieux comprendre si et comment la pandémie a eu un impact sur les programmes de lutte contre les MTN et leur prévalence. Cependant, les projections jusqu'en 2030 ont bien utilisé l'ISD comme facteur clé. Ce dernier intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie de la COVID-19.

Hollingsworth, T. Déirdre, Pauline Mwinzi, Andreia Vasconcelos, et Sake J. de Vlas. « Evaluating the potential impact of interruptions to neglected tropical disease programmes due to COVID-19. » *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene* 115, no. 3 (6 mars 2021) : 201–204. <https://doi.org/10.1093/trstmh/tra0023>

Accès à la contraception

L'IHME estime la proportion de femmes en âge de procréer (15– 49 ans) dont les besoins en matière d'accès à la contraception sont satisfaits par les méthodes modernes. Les méthodes modernes de contraception comprennent les techniques actuelles de stérilisation, les préservatifs masculins et féminins, les diaphragmes, les mousses ou gels spermicides, les pilules hormonales orales, les implants, les injections, les dispositifs intra-utérins (stérilets), ou les contraceptifs d'urgence. Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé l'ISD comme facteur clé. Ce dernier intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie de la COVID-19.

L'analyse de l'IHME des enquêtes de PMA et des enquêtes de suivi sur smartphone référencées dans la méthodologie complète de l'IHME à la page Sources des Données du Rapport 2021 ne révèle pas de réduction significative de l'utilisation de contraceptifs due à la pandémie. Par conséquent, l'IHME n'a pas incorporé d'effet à court terme sur l'indicateur de l'accès à la contraception. Les modifications apportées aux estimations historiques peuvent être attribuées à l'inclusion de 66 nouvelles sources de données pour le GBD 2020. Les nouvelles sources de données ont été principalement post- 2000 et concernaient l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est, l'Asie de l'Est et l'Océanie.

Couverture sanitaire universelle

L'indice de couverture sanitaire universelle (CSU) est composé de 23 indicateurs de couverture réelle qui couvrent une population par groupes d'âge tout au long de leur vie (groupes d'âge de la mère et du nouveau-né, enfants de moins de 5 ans, jeunes de 5 à 19 ans, adultes de 20 à 64 ans, et adultes âgés de 65 ans ou plus). Ces indicateurs relèvent de plusieurs domaines de la santé : la promotion, la prévention, le traitement, la rééducation et les soins palliatifs.

Les indicateurs sur la **promotion** incluent la satisfaction des besoins en matière d'accès à la contraception par les méthodes modernes.

Les indicateurs sur la **prévention** incluent la proportion d'enfants recevant leur troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche et d'enfants recevant leur première dose du vaccin contre la rougeole. Les soins prénataux pour les mères et pour les nouveau-nés sont considérés comme des indicateurs de la prévention et du traitement des maladies affectant la santé maternelle et infantile.

Les indicateurs sur le **traitement** des maladies transmissibles sont les rapports mortalité/incidence (MI) pour les infections des voies respiratoires inférieures, la diarrhée et la tuberculose, ainsi que la couverture des TAR chez les personnes atteintes du VIH/SIDA. Les indicateurs sur le traitement des maladies non transmissibles comprennent les rapports MI pour la leucémie lymphoïde aiguë, l'appendicite, l'iléus paralytique et l'obstruction intestinale, le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, le cancer de l'utérus et le cancer colorectal. Les indicateurs sur le traitement des maladies non transmissibles comprennent également les rapports mortalité/prévalence (MP) pour les accidents vasculaires cérébraux, les maladies rénales chroniques, l'épilepsie, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète et le taux de mortalité (normalisé en fonction des risques) de la cardiopathie ischémique.

Pour faire des prévisions de 2021 à 2030 sur l'index CSU, ont été intégrées à notre modèle les projections sur les dépenses totales de santé par habitant comme variable indépendante. Les inefficacités propres à chaque pays et à chaque année ont ensuite été extraites du modèle et estimées pour 2030. Ces inefficacités prévues, ainsi que les estimations des dépenses totales de santé par habitant prévues, ont été intégrées au dernier modèle de CSU pour tous les pays pour 2021– 2030.

Les effets à court terme dus à la pandémie ont été inclus dans les résultats finaux de Goalkeepers 2021, avec quelques exceptions. La satisfaction des besoins maternels en matière d'accès à la contraception n'a pas été ajustée, ni les scores de couverture du traitement antirétroviral (TAR), comme décrit dans les sections pertinentes de la page Sources des Données du Rapport 2021. Les ajustements

pour l'administration des vaccins sont décrits dans la sous-section Vaccins. Pour d'autres indicateurs (19 sur 23), en l'absence de données expliquant la correspondance entre les réductions de l'utilisation et les réductions de la couverture, l'IHME a appliqué 25 % de la réduction en visites médicales mensuelles manquées (hors services de routine).

Tabagisme

L'IHME mesure la prévalence, normalisée en fonction de l'âge, de l'utilisation quotidienne de tabac fumé chez les personnes de 15 ans et plus. L'IHME a rassemblé les informations provenant des enquêtes disponibles comprenant des questions sur l'utilisation quotidienne de tabac, actuellement ou au cours des 30 derniers jours, et sur le type de tabac fumé (cigarettes, cigares, pipes, narguilé, ainsi que les produits locaux). L'IHME a ensuite converti toutes les données conformément à sa définition standard afin de pouvoir faire des comparaisons utiles entre les différentes périodes et zones géographiques. Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé l'ISD comme facteur clé. Ce dernier intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie de la COVID-19.

Vaccins

La mesure de la couverture vaccinale effectuée par l'IHME reprend la couverture de chacun des vaccins suivants : trois doses du diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3), la seconde dose de vaccin contre la rougeole (MCV2) et les trois doses du vaccin pneumococcique conjugué (PCV3). L'IHME a mesuré les effets à court terme (2020–2022) grâce aux données administratives sur les doses de vaccin. En collaboration avec l'OMS, l'IHME a pu synthétiser des données sur le nombre de doses de vaccin administrées par mois en 2019 et 2020 dans 94 pays. Pour estimer l'évolution de

la couverture vaccinale depuis le début de la pandémie dans chaque pays, le nombre de doses administrées au cours de chaque mois de 2020 a été comparé à au nombre de doses administrées au cours du même mois en 2019, en tenant compte des évolutions observées en janvier et février 2020 avant la pandémie. Les données administratives ont été triangulées avec des informations qualitatives sur le niveau de perturbation du système de vaccination compilées par l'OMS (y compris deux récentes enquêtes Pulse de l'OMS, des enquêtes de l'OMS sur les services de santé essentiels et des rapports des bureaux régionaux de l'OMS). Les sources de données jugées aberrantes sur la base du niveau de perturbation relevé dans un pays ont été exclues. Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé l'ISD comme facteur clé. Ce dernier intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie de la COVID-19.

Au second semestre 2020, des données ont indiqué une reprise des services de vaccination de routine et/ou de vaccination de rattrapage dans de nombreux pays et régions. Durant la période couverte par le Rapport Goalkeepers 2020, des éléments ont laissé entrevoir de fortes perturbations que l'IHME avait prévues pour le reste de l'année. Depuis ce rapport, de nouvelles données suggèrent que, dans de nombreux endroits, la reprise des services et la vaccination de rattrapage ont été plus rapides que prévu selon la mobilité seule. Pour mieux permettre au modèle de tenir compte de cette observation, une deuxième étape a été ajoutée au cadre de modélisation initialement élaboré pour le Rapport Goalkeepers 2020. Cette deuxième étape modélise les changements dans la variation résiduelle de la relation entre l'administration du vaccin et la mobilité au fil du temps, permettant ainsi à la vaccination de rattrapage et à la reprise de l'administration du vaccin de se dérouler à un

rythme différent de celui suggéré en fonction des seules tendances de mobilité. Par conséquent, en raison de ces nouvelles données et des ajustements apportés au cadre de modélisation, les estimations de la perturbation annuelle de la couverture vaccinale dans le présent rapport sont plus faibles que dans le Rapport Goalkeepers 2020.

Causey, Kate, Nancy Fullman, Reed J. D. Sorensen, Natalie C. Galles, Peng Zheng et Alexandr Aravkin. « Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. » *Lancet* 398, no. 10299 : P522–534 (7 août 2021). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01337-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01337-4)

Hygiène

Les mesures de l'IHME incluent les ménages disposant de services de tout-à-l'égout (avec raccordement au service de ville ou fosse septique), ceux qui ont des services d'hygiène améliorés sans raccordement au tout-à-l'égout (latrines à fosse, latrines améliorées à fosse auto-ventilée, latrines à fosse avec dalle, toilettes à compostage), et ceux sans services d'hygiène améliorés (latrines à chasse non raccordée à un égout ou à une fosse septique, latrines à fosse sans dalle ou fosse à l'air libre, seau, latrines ou toilettes suspendues, pas d'installations), conformément aux définitions du Programme conjoint de surveillance pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Les projections jusqu'en 2030 ont été modélisées à l'aide d'une approche d'ensemble, avec l'ISD pour facteur clé, afin de saisir les effets de la pandémie de la COVID-19 et les projections du revenu par habitant. Les changements passés sont principalement dus aux nouvelles données et aux changements dans le traitement de ces données.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fonds des Nations Unies

pour l'enfance (UNICEF). Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2020: five years into the SDGs. Genève : OMS et UNICEF, 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://washdata.org/sites/default/files/2021-07/jmp-2021-wash-households.pdf>

INDICATEURS ESTIMÉS À PARTIR D'AUTRES SOURCES

Agriculture

RuLIS - *Rural Livelihoods Information System* « Data by Indicator ». RuLIS (site internet), Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). L'année la plus récente disponible a été utilisée pour certains pays, de 2005 à 2017. Consulté en août 2020. www.fao.org/in-action/rural-livelihoods-dataset-rulis/data/by-indicator/en/

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Utilisation des données AGRISurvey pour le calcul des indicateurs ODD et nationaux pour trois pays. Fiche pays. Rome : FAO, 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. www.fao.org/3/cb4762en/cb4762en.pdf

Pour la méthodologie, voir :

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. *Rural Livelihoods Information System (RuLIS): Technical Notes on Concepts and Definitions Used for the Indicators Derived from Household Surveys*. Rapport. Rome : FAO, 2018. www.fao.org/3/ca2813en/CA2813EN.pdf

Éducation

Institut de statistique de l'UNESCO. « Objectif de développement durable 4. » ISU (site internet). Données consultées en août 2021. <http://data.uis.unesco.org/>

Les données inclues l'année dernière pour plusieurs pays (principalement à revenu élevé)

ont été déplacées de cet ensemble de données de grade 2/3 parce que les évaluations TIMSS et PIRLS sur lesquelles les données sont fondées ont été jugées mieux alignées sur le point d'évaluation de fin de primaire.

Égalité entre les sexes

Le graphique est adapté de la base de données mondiales des ODD des Nations Unies et de la base des Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale.

Les données sont les plus récentes disponibles pour 90 pays et territoires (2001–2019). Le groupe d'âge est 15 ans ou plus (18 ans ou plus au Ghana). Dans un certain nombre de cas, les données concernent les personnes âgées de 10 ans ou plus ou de 12 ans ou plus. Dans le cas de la Thaïlande (2015), elles concernent les personnes âgées de 6 ans ou plus, et en République de Tanzanie (2014) les personnes âgées de 5 ans ou plus. Les données pour la Bulgarie, le Danemark, la Lettonie, les Pays-Bas, la Slovaquie et l'Espagne correspondent au temps consacré aux soins non rémunérés par les personnes de 20 à 74 ans seulement. Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence, étant donné l'hétérogénéité des définitions, méthodologies et couverture des échantillons employées dans chaque enquête. Les données temporelles excluent souvent les responsabilités de supervision, ce qui conduit à sous-estimer les contraintes de temps liées aux soins.

Les ratios régionaux moyens sont les moyennes des ratios des pays couverts, et le ratio moyen mondial est la moyenne des ratios de tous les pays inclus. Le ratio moyen mondial est différent de celui indiqué dans la section des ODD du rapport de la Division de la statistique des Nations Unies, car ce dernier a utilisé le ratio entre le temps moyen consacré par les femmes au travail non rémunéré

et le temps moyen consacré à cela par les hommes.

Pour plus d'informations sur les données à l'échelon du pays, voir :

Division de la statistique des Nations Unies. « Indicateurs ODD : Base de données mondiale des ODD des Nations Unies. » DSNU (site internet). Mis à jour en juillet 2021. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>

La Banque mondiale. « Indicateurs du développement dans le monde : Base de données de la Banque mondiale. » Mise à jour en juillet 2021. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

Services financiers pour les plus démunis

Demirgüç, Asli, Leora Klapper, Dorothe Singer, Saniya Ansar et Jake Hess. *The Global Findex Database 2017: Measuring Financial Inclusion and the Fintech Revolution*. Washington, DC : Banque mondiale, 2018. <https://globalfindex.worldbank.org/>

La comparaison « les plus riches/ les plus pauvres » se réfère à ce que la Banque mondiale calcule comme la détention de compte des 60 % des ménages les plus riches et des 40 % des ménages les plus pauvres, respectivement.

Apedo-Amah, Marie Christine, Besart Avdiu, Xavier Cirera, Marcio Cruz, Elwyn Davies, Arti Grover, Leonardo Iacovone, Umut Kilinc, Denis Medvedev, Franklin Okechukwu Maduko, Stavros Poupakis, Jessica Torres, Trang Thu Tran. *Unmasking the Impact of COVID-19 on Businesses: Firm Level Evidence from Across the World*. Rapport de recherches sur les politiques ; No. 9434. Washington, DC : Banque mondiale, 2020. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. <http://hdl.handle.net/10986/34626>

Gentilini, Ugo, et al. *Social Protection and Jobs Responses to COVID-19 : A Real-Time Review of Country Measures*. « Living Paper version 15. Washington, DC : Banque mondiale, 14 mai 2021. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. <http://hdl.handle.net/10986/33635>

Photographie

Images fournies par Gates Archive, avec les ajouts suivants :

Introduction

Crédit photo Frederic J. Brown/AFP via Getty Images

Les données nous réservent bien des surprises

Crédit photo Alissa Everett via Getty Images

La population se mobilise

Crédit photo Yanick Folly/AFP via Getty Images

Ce que nous révèle l'exploit des vaccins

Crédit photo Dedy Sutisnas/Anadolu Agency via Getty Images

Toujours plus loin, toujours plus vite

Crédit photo Nicolas Asfour/AFIP via Getty Images

Un appel à s'adapter : des innovateurs pour le changement

Innover pour les vaccins – Strive Masiyiwa

Crédit photo Jemal Countess via Getty Images

Explorer les données

La Chine, débarrassée du paludisme, renvoie l'ascenseur

Crédit photo Yang Wumin via Getty Images