

COVID-19

UNE PERSPECTIVE MONDIALE

RAPPORT GOALKEEPERS 2020



BILL & MELINDA
GATES foundation

GOALKEEPERS



LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE



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 des objectifs mondiaux, en mettant l'accent sur les objectifs de 1 à 6.

Le défi que représente la COVID-19 ne fait que renforcer le fait que, pour atteindre ces objectifs, chacun doit faire sa part : les gouvernements, le secteur privé, la société civile et le grand public. Aidez-nous à créer un monde meilleur.

EN COUVERTURE

Mumbai, Inde

CONTENU

3 INTRODUCTION

4 UN IMPACT MONDIAL

12 UNE RÉPONSE COLLABORATIVE

18 CONCLUSION

20 EXAMINER LES DONNÉES

42 SOURCES ET NOTES



SEPTEMBRE 2020

INTRODUCTION

AU MOMENT OÙ nous écrivons ces lignes, plus de 850 000 personnes sont mortes de la COVID-19. La pandémie a plongé le monde dans une récession qui risque encore de s'aggraver et de nombreux pays se préparent à une nouvelle forte hausse du nombre de cas.

Dans les éditions précédentes du Rapport Goalkeepers et dans la plupart de nos interventions, qu'elles aient été orales ou écrites, nous avons célébré des décennies de progrès historiques dans la lutte contre la pauvreté et la maladie.

Mais nous devons accepter la réalité actuelle avec lucidité : ces progrès sont aujourd'hui au point mort. Dans ce rapport, nous suivons 18 indicateurs accompagnant les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies. Depuis plusieurs années, le monde progresse sur chacun d'entre eux. Cette année cependant, nous avons majoritairement assisté à un recul de cette dynamique.

Nous abordons ainsi deux thèmes majeurs dans ce rapport. Pour commencer, nous analysons les dégâts que la pandémie a causés et continue de causer sur la santé, l'économie et quasiment tous les autres aspects de nos vies. Nous plaidons ensuite en faveur d'une réponse collaborative. Une crise mondiale ne peut se résoudre à l'aide de solutions nationales. S'ils veulent mettre fin à la pandémie et commencer à reconstruire leurs économies, tous les pays vont devoir travailler ensemble. Plus nous mettrons de temps à nous en rendre compte, plus il nous faudra du temps (et de l'argent) pour nous rétablir.



BILL & MELINDA GATES

Coprésidents,
Fondation Bill & Melinda Gates

PAGE PRÉCÉDENTE

Soweto, Johannesburg,
Afrique du Sud



UN IMPACT MONDIAL

CI-DESSUS

Lagos, Nigéria

LA MÉTHODOLOGIE

Référez-vous à la section « Explorer les données » pour en savoir plus sur la façon dont notre partenaire fournisseur de données, l’Institute for Health Metrics and Evaluation (Institut de statistique sur la santé publique, IHME), adapte son analyse durant cette année particulière.

LE PRÉFIXE « PAN » dans « pandémie » signifie que la maladie est présente partout dans le monde. Cela pourrait aussi bien signifier qu’elle impacte tous les aspects de la société. Un article sur la pandémie de grippe de 1918 en Inde décrivait cet événement comme « un ensemble de catastrophes qui s’amplifient mutuellement ». En à peine un instant, ce qui n’était alors qu’une crise sanitaire s’est transformée en une crise économique, une crise alimentaire, une crise du logement et une crise politique. Nous avons assisté à un effet domino dévastateur.

La pandémie de COVID-19 peut également être décrite comme « une série de catastrophes qui s’amplifient mutuellement ». C'est d'abord la maladie qui est apparue. Les gouvernements ont alors mobilisé des ressources afin de tenter de gérer la situation et les personnes ont cessé d'aller se faire soigner par peur d'être contaminées : faisant ainsi apparaître les prémisses d'une catastrophe sanitaire générale. Prenons l'exemple de la couverture vaccinale qui permet indirectement d'évaluer le bon fonctionnement des systèmes de santé. Notre partenaire pour les données, l’Institute for Health Metrics and Evaluation (Institut de statistique sur la santé publique, IHME), a constaté qu'en 2020, la couverture avait baissé jusqu'à atteindre des niveaux observés pour la dernière fois dans les années 1990. En d'autres termes, nous sommes revenus près de 25 ans en arrière en quelque 25 semaines. La grande question que se pose le monde aujourd’hui est de savoir combien de temps les pays à faible



revenu vont mettre pour rattraper leur retard et retrouver le chemin de la progression. Les plus durement touchés auront besoin d'un soutien particulier afin de s'assurer que les retards qui ne devraient être que temporaires ne deviennent pas permanents.

Au même moment, de nouvelles catastrophes sont apparues. Alors que les gouvernements mettaient en œuvre les politiques qui allaient permettre de ralentir la propagation du virus, et que nous adaptions notre comportement pour limiter notre exposition, les chaînes d'approvisionnement mondiales ont commencé à fermer, ouvrant la voie à une catastrophe économique. Les écoles ont fermé, et des centaines de millions d'élèves essaient encore de se familiariser avec les cours à domicile : une catastrophe pour l'éducation. (Et les données recueillies durant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest suggèrent que quand les écoles rouvriront, les filles seront moins susceptibles d'y retourner, réduisant ainsi leurs opportunités et celles de leurs futurs enfants.) Dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à faible revenu, les gens déclarent sauter des repas : une catastrophe nutritionnelle qui viendra aggraver les autres.

Toutes ces catastrophes sapent les progrès que nous avons réalisés (et qu'il nous reste encore à réaliser) vers l'égalité. En parallèle, elles nous ont clairement montré combien il nous restait encore à accomplir.

CI-DESSUS

Kolar, Inde (à gauche) ; Amritsar, Inde (au milieu) ; Kumasi, Ghana (à droite)

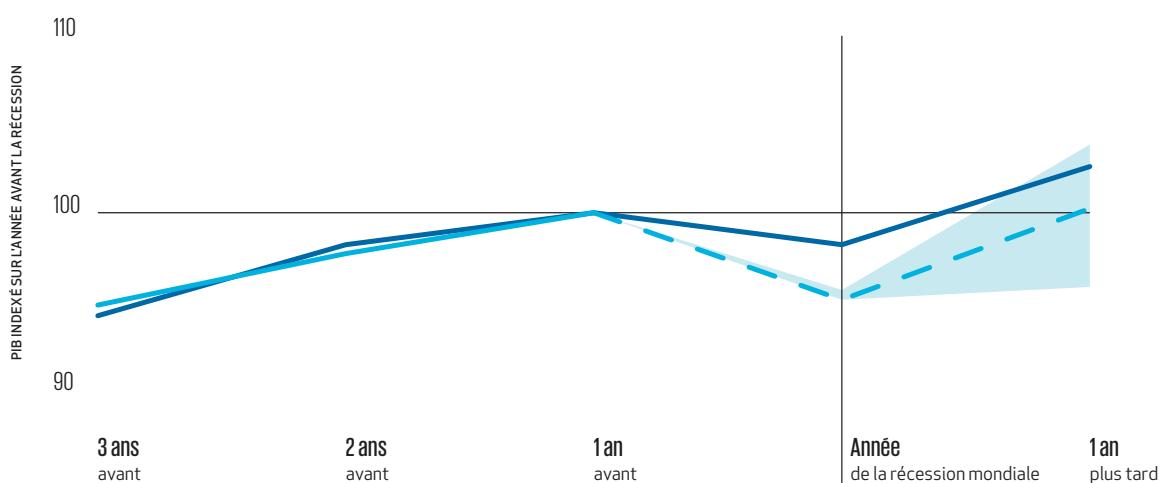
VISITEZ LE SITE INTERNET

Découvrez davantage de contenu et plus de détails dans la version en ligne du rapport Goalkeepers 2020.
<http://gates.ly/GK20Report>

Aux États-Unis, par exemple, les personnes de couleur sont les plus impactées par la pandémie : elles tombent malades, meurent de la COVID-19 et souffrent de ses conséquences économiques dans des proportions bien plus élevées que les Blancs. Selon le Bureau du recensement des États-Unis, 23 % des Américains blancs ont déclaré ne pas être sûrs de pouvoir payer leur loyer en août ; un chiffre pour le moins troublant. Chez les Noirs et les Latinos, il est même deux fois plus élevé : 46 % ne pensaient pas pouvoir payer pour leur logement.

IMPACT DES RÉCESSIONS MONDIALES SUR LE PIB

- Crise financière mondiale de 2008
- Crise économique COVID-19 en 2020 (Basée sur les projections du FMI)





LA CATASTROPHE ÉCONOMIQUE

La catastrophe la plus étendue, celle qui s'est propagée à tous les pays, indépendamment de la propagation réelle de la maladie, est de nature économique. Le Fonds monétaire international prévoit que, malgré les 18 000 milliards de dollars déjà injectés pour stimuler les économies à travers le monde, l'économie mondiale, perdra 12 000 milliards de dollars, ou plus, d'ici la fin de 2021.

Il est difficile d'imaginer combien cela représente. Quelques comparaisons historiques peuvent nous y aider : en termes de recul du produit intérieur brut (PIB) mondial, il s'agit par exemple de la pire récession depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Lorsque la production de guerre s'est arrêtée en un instant, un continent entier et certaines parties d'un autre étaient détruits et 3 % de la population mondiale d'avant-guerre avait disparu. Dans les mêmes termes, les pertes financières causées par la COVID-19 sont deux fois plus importantes que celles de la « Grande récession » de 2008. La dernière fois qu'autant de pays étaient en récession en même temps date de 1870.

Dans certains pays, les dépenses pour les plans de relance d'urgence et la protection sociale ont permis d'éviter le pire. Il ne s'agit toutefois pas de quelques pays pris au hasard, mais de pays suffisamment riches pour lever des milliards et des milliards en empruntant des montants énormes et en augmentant la masse monétaire.

En revanche, il existe des limites inhérentes à ce que les pays à faible revenu peuvent faire pour soutenir leurs économies, qu'elles aient été gérées efficacement ou non. En moyenne, chaque année, les économies des pays d'Afrique subsaharienne ont connu une croissance plus rapide que le reste du monde entre 2000 et 2015, mais l'Afrique subsaharienne reste la région dont les revenus sont les plus faibles au monde. La plupart de ces pays ne peuvent emprunter l'argent dont ils ont besoin pour minimiser les dégâts, et leurs

CI-DESSUS

Siliguri, Inde

banques centrales ne disposent pas de l'éventail de solutions auxquelles la Banque centrale européenne et la Réserve fédérale américaine ont accès.

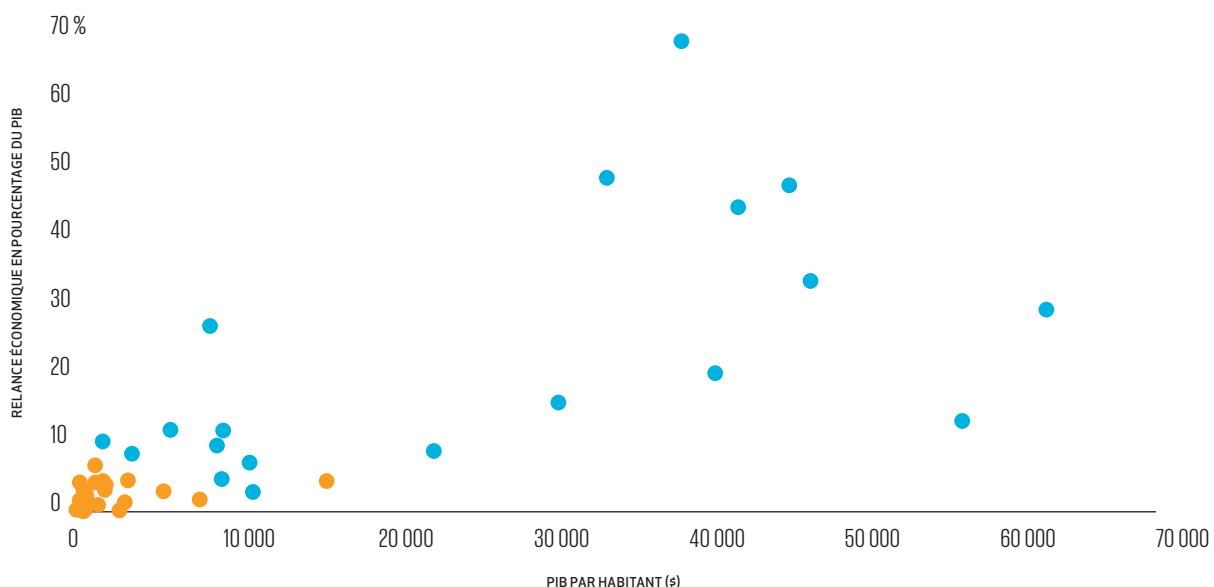
Dans les pays du G20, le montant des plans de relance représente en moyenne 22 % du PIB. En Afrique subsaharienne, la moyenne n'est que de 3 % et les PIB sont bien sûr nettement plus faibles. En bref, ils ne disposent que d'une plus petite part d'un plus petit budget. Cela ne suffit pas.

Face à ces contraintes, de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire innovent pour relever ces défis. Le système de traçage des contacts du Vietnam est un modèle mondial. Avec une population de plus de 100 millions d'habitants, le pays n'a enregistré que 1 044 cas confirmés et 34 décès dus à la COVID. Le Ghana a commencé à faire des dépistages de groupe plutôt que de tester les personnes individuellement afin de conserver des ressources limitées tout en continuant à surveiller la propagation de la maladie. Au Nigeria, plus de 100 partenaires du secteur privé, dont des entreprises et des particuliers, ont créé la Coalition Against COVID (Coalition contre la COVID) et ont à ce jour, recueilli 80 millions de dollars pour soutenir l'action publique. Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, la Banque africaine d'import-export ainsi que des dizaines d'autres partenaires ont lancé la Plateforme africaine de fournitures médicales au mois de juin pour s'assurer que les pays du continent aient accès à des équipements et à des fournitures abordables et de qualité pour sauver des vies. Une grande partie de la production est d'ailleurs basée en Afrique.

De nombreux pays en développement font un travail formidable sur les systèmes de transferts numériques qui permettent d'envoyer de l'argent

AMPLEUR DES PLANS DE RELANCE ÉCONOMIQUE FACE À LA COVID-19

- Pays du G20
 - Afrique subsaharienne



directement aux personnes qui en ont besoin. Selon la Banque mondiale, 131 pays ont mis en œuvre de nouveaux programmes ou élargi les programmes existants depuis février, pour atteindre 1,1 milliard de personnes. L'Inde, qui avait déjà investi dans un excellent système de paiement et d'identité numérique, a été en mesure de transférer de l'argent à 200 millions de femmes dès les premiers signes de la crise. Cela a non seulement réduit l'impact de la COVID-19 sur la faim et la pauvreté, mais également fait progresser l'objectif à long terme de l'Inde consistant à autonomiser les femmes en leur donnant accès à l'économie. D'autres pays ont permis à de nouveaux systèmes de transfert d'argent de voir le jour grâce à des adaptations rapides de leurs politiques sur ces sujets. Les huit membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine, par exemple, ont permis aux personnes d'ouvrir un compte par SMS ou par téléphone et de faire vérifier leur identité par la suite. Plus de 8 millions de personnes ont ouvert un compte en Afrique de l'Ouest alors que leur pays était confiné.

Malgré cela, les ressources que les gouvernements peuvent allouer au filet de sécurité ne sont pas illimitées, et les populations souffrent. L'IHME estime que l'extrême pauvreté a augmenté de 7 % en quelques mois seulement en raison de la COVID-19, mettant fin à 20 années consécutives de progrès. En 2020, la pandémie a déjà repoussé près de 37 millions de personnes en dessous du seuil d'extrême pauvreté de 1,90 dollar par jour. Le seuil de pauvreté pour les pays à revenu intermédiaire inférieur est de 3,20 dollars par jour, et 68 millions de personnes sont tombées en dessous de cette ligne depuis l'année dernière. « Tomber en dessous du seuil de pauvreté » ne reste qu'un euphémisme. La réalité est que vous devez vous battre à chaque instant pour garder votre famille en vie.

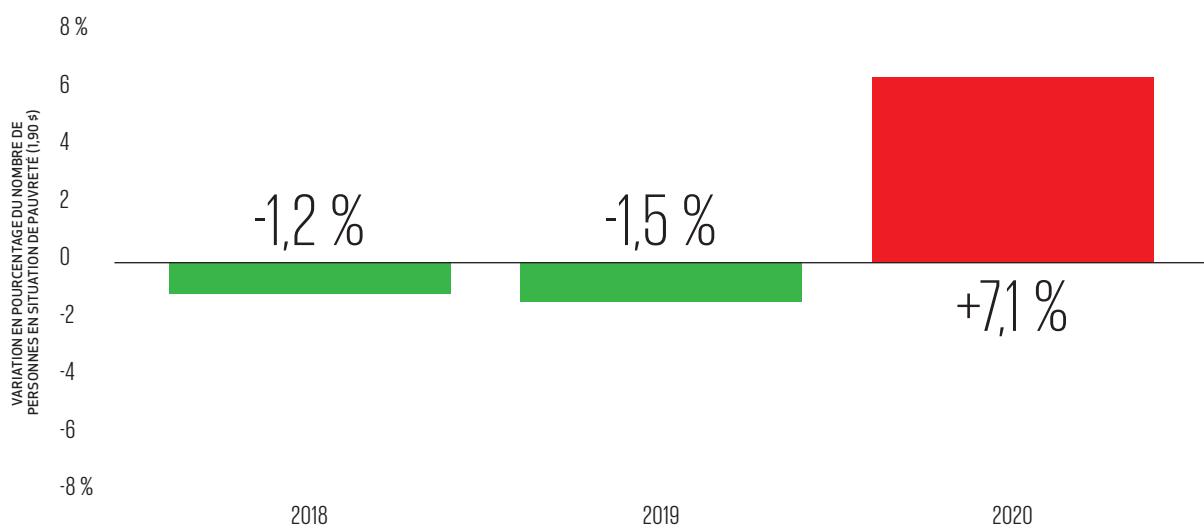
CI-DESSOUS
Hyderabad, Inde



Les femmes sont plus susceptibles de tomber en dessous du seuil de pauvreté que les hommes. L'une des raisons est que les femmes dans les pays à revenu faible et intermédiaire travaillent pour la plupart dans le secteur informel qui a tendance à fonctionner dans des espaces désormais inaccessibles (directement chez les habitants et sur les marchés publics) et qui bénéficie plus difficilement du soutien de l'État. En Afrique, les revenus des travailleurs informels ont chuté de plus de 80 % au cours du premier mois de la pandémie.

Une autre raison est la quantité incalculable de travaux domestiques non rémunérés, comme faire la cuisine, le ménage, prendre soin des enfants et des parents malades, dont les femmes sont censées s'occuper. Les femmes se chargeaient déjà de la plupart de ces tâches, mais à présent, les enfants n'allant plus à l'école et les hommes n'allant plus au travail, la quantité de travail non rémunéré à la maison a considérablement augmenté. Pourtant, les premières données suggèrent que sa répartition est de plus en plus déséquilibrée.

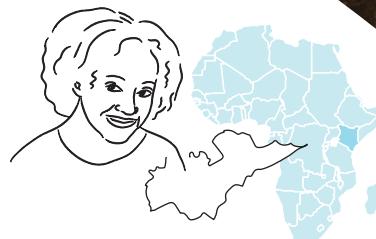
PRÉVISION SUR LA PAUVRETÉ DANS LE MONDE



UNE FEMME, UNE HISTOIRE

SYLVIA (HOMA BAY, KENYA)

NOUS SOUTENONS un projet d'anthropologie multidisciplinaire appelé Pathways : des chercheurs intégrés à la population locale observent et participent à la vie des femmes au Kenya et dans d'autres pays, et apprennent à les connaître pendant une période de deux ans. Ces connaissances approfondies peuvent fournir l'élément de contexte qui fait parfois défaut dans la conception des programmes de santé et de développement. Lorsque la COVID-19 est apparue, les chercheurs de Pathways se sont rapprochés des femmes qu'ils connaissaient bien afin de mieux comprendre les impacts mutuellement amplifiants que la pandémie a sur leur vie.



Un bon exemple à suivre

Sylvia est née séropositive. Adolescente, lorsque ses parents sont morts de complications liées au VIH, elle a appris à se débrouiller seule et a donné naissance à sa fille, Gift. Elle est sociable, sûre d'elle et s'est créé son propre réseau avec des familles, des amis, des voisins et le personnel de la clinique où elle se rend pour son traitement. « Mes médecins, » explique-t-elle, « pensent que je suis un bon modèle pour discuter du VIH et soutenir la cause ». Ils l'ont d'ailleurs invitée à être conseillère auprès d'autres mères séropositives. Peu après le début de la pandémie, cependant, l'établissement n'a pas pu la payer pour son animation et a manqué de Septrin, un antibiotique contre la pneumonie qu'elle prend dans le cadre de son traitement contre le VIH.

Une marge de manœuvre réduite

La bonne nouvelle est que Sylvia peut acheter du Septrin à la pharmacie locale. La mauvaise est que chaque dose coûte 30 shillings (environ 28 cents américains), ce qui après un mois, équivaut à la moitié de son loyer. Son propriétaire, un vieil ami de la famille, est généralement compréhensif lorsqu'elle paye en retard, mais il a maintenant du mal à joindre les deux bouts et demande donc à être payé à temps. Sylvia gagne sa vie en lavant du linge et en faisant des tresses, mais ses clients ne peuvent pas la payer. Pendant ce temps, sa sœur qui vendait des mandazies (pains frits) dans une école à présent fermée ne peut plus lui envoyer d'argent. En bref, les dépenses augmentent, les revenus baissent et la marge de manœuvre est de plus en plus limitée.

S'occuper de Gift

Gift a 4 ans. Elle est particulièrement intelligente et Sylvia l'a inscrite à l'école en janvier, mais celle-ci a très rapidement fermé. Les voisins avaient l'habitude de s'occuper de Gift quand Sylvia devait travailler, mais c'est aujourd'hui difficile avec la distanciation sociale. À présent, quand Sylvia va au salon de coiffure pour tresser des cheveux, Gift l'accompagne. Lorsqu'elle lave des vêtements dans le quartier, elle laisse Gift jouer seule et attend qu'elle vienne la chercher quand elle a faim.

Ci-dessus : L'ours en peluche de Gift est accroché dans la maison de Sylvia.

Économiser de l'argent

Sauter un repas, la stratégie employée par de nombreuses femmes pour économiser de l'argent, est une option particulièrement risquée pour Sylvia qui ne devrait pas prendre son médicament anti-VIH à jeun. Non loin de là, le lac Victoria voisin est surexploité depuis des années et les pluies ont été exceptionnellement fortes ces dernières années, de sorte que les poissons sont plus difficiles à trouver et plus chers. Sylvia achète toujours des omeras (petites sardines) de temps en temps, mais compte plus sur la farine de maïs. « Ma fille a l'habitude de manger du porridge », dit-elle. « Même sans sucre, elle le mange. »

Découvrez la vie de deux autres femmes en ligne. <http://gates.ly/GK20Pathways>



UNE RÉPONSE COLLABORATIVE

LES 18 000 MILLIARDS de dollars investis dans la relance économique prouvent que le monde a saisi l'ampleur de la crise de la COVID-19. Cette crise est différente non seulement en termes d'ampleur, mais aussi par sa nature. Elle est partagée par chacun d'entre nous sur cette planète. Nous devons également partager des solutions.

CI-DESSUS ET PAGE SUIVANTE

Ikotun Egbe, Nigéria

Nous constatons cette différence chaque jour au sein de nos communautés. Nous ne pouvons pas nous protéger seuls du coronavirus. Nous devons compter les uns sur les autres, pour garder nos distances, nous laver les mains, porter un masque. Jusqu'à présent, certains gouvernements sont parvenus à contenir efficacement la maladie, certains ont réussi à amortir le choc économique, d'autres ont pu faire les deux. Toutefois, où que vous viviez, que votre gouvernement soit riche ou pauvre, votre pays ne sera jamais en mesure de relever ce défi seul.

La pandémie de COVID-19 nous a appris que tous les secteurs sont liés et que toutes les régions le sont également. Qu'importe si un pays ou une région a mis en place le meilleur système de dépistage, de traçage des contacts et de mise en quarantaine ; une personne ne sachant pas qu'elle est malade pourra toujours prendre un avion et atterrir autre part en quelques heures.



Ces collisions impactent également la crise économique. Dans un monde toujours plus interconnecté, aucune économie nationale ne peut être totalement saine si l'économie mondiale est malade. Pensez au fait que 66 % du PIB de l'Union européenne est lié à l'import-export. Ou que l'économie de la Nouvelle-Zélande se contracte malgré le très faible nombre de cas enregistrés. Il est impossible d'immuniser une économie nationale contre une catastrophe économique mondiale.

Depuis des années, notre fondation se concentre sur l'égalité en matière de santé dans le monde. Nous nous concentrerons en particulier sur ce que certains ont appelé les « pandémies résiduelles » : des maladies infectieuses comme le paludisme et la tuberculose qui sont à peine présentes dans les pays à revenu élevé mais qui tuent encore des millions de personnes (et déclenchent des catastrophes qui s'amplifient mutuellement) dans bien d'autres. Nous essayons d'attirer l'attention sur ces maladies, car elles ne sont pas les premières auxquelles tout le monde pense.

C'est à la COVID-19 que tout le monde pense. Le risque à présent est de voir les pays déjà confrontés à des pandémies résiduelles se retrouver les derniers à profiter des solutions pour lutter contre celle-ci. Il s'agirait là d'une cruelle injustice qui nuirait d'ailleurs aux intérêts nationaux des pays servis les premiers. Cette pandémie est une crise mondiale, et seule une réponse mondiale nous permettra d'en sortir.



INNOVER SUR UNE BASE D'ÉQUITÉ

CI-DESSUS

San Diego, Californie

Les prochaines années vont être très chargées. Nous avons besoin d'une forte coalition d'entreprises, de gouvernements et de banques de développement, l'ensemble du système de financement international, pour faire front commun et élaborer une réponse mondiale à la hauteur du défi que nous avons décrit dans ce rapport.

Mais avant que le monde puisse réellement s'atteler à réparer les dégâts causés par cette série de catastrophes qui s'amplifient mutuellement, nous devons résoudre celle qui a tout déclenché : la pandémie qui, plutôt que de ralentir, continue pour le moment de s'aggraver dans de nombreux pays. Nous ne pouvons pas reconstruire les systèmes de santé, les systèmes économiques, les systèmes éducatifs et les systèmes alimentaires, ni même songer à les améliorer par rapport à ce qu'ils étaient au début de l'année, tant que le virus qui les met à mal n'est pas sous contrôle.

Pour maîtriser et enrayer la pandémie, le monde va devoir collaborer sur trois actions aussi rapidement que possible :

1. Mettre au point des diagnostics et des traitements pour gérer la pandémie à court terme et des vaccins pour l'enrayer à moyen terme.
2. Fabriquer autant de tests et de doses que possible, aussi rapidement que possible.
3. Distribuer ces outils de manière équitable à ceux qui en ont le plus besoin, quel que soit l'endroit où ils vivent ou les fonds dont ils disposent.

La clé pour développer de nouveaux vaccins, en particulier dans les premiers stades, consiste à miser sur le plus de candidats possible. Certains pays ont commencé à conclure des accords avec des laboratoires pharmaceutiques pour réserver des doses de certains vaccins dans l'éventualité où le candidat



aboutirait. Il n'y a pas de mal à cela. Les gouvernements ont la responsabilité de protéger la santé de leurs concitoyens, et ces investissements contribuent à faire naître d'importants travaux de recherche et développement, à financer de nouveaux centres de fabrication et ils nous rapprochent un peu plus de la découverte d'un vaccin.

Pourtant, le flot constant d'articles mettant en avant les résultats prometteurs des premiers essais cliniques peut nous faire oublier que la R&D est une entreprise très risquée : les chances de réussite sont de 7 % au stade préclinique et de 17 % une fois qu'un candidat est testé sur l'homme. En définitive, les gouvernements misent sur des candidats-vaccins qu'ils espèrent voir aboutir, mais la plupart d'entre eux se solderont par un échec. Une solution afin de minimiser ce risque pour les pays consiste à investir conjointement dans un vaste portefeuille de candidats.

Mais le monde va également être confronté aux problèmes liés à la fabrication. Une fois qu'un ou plusieurs vaccins efficaces auront été découverts, il nous faudra alors fabriquer des milliards de doses aussi vite que possible. Pour le moment, nous ne disposons pas d'une capacité de production suffisante pour y parvenir et il n'est dans l'intérêt d aucun pays de les développer seul. Pourtant, chaque dose de vaccin dont la production sera retardée se traduira par une pandémie plus longue, plus de décès et une récession mondiale plus profonde.

Mettre au point et fabriquer des doses de vaccin ne nous permettra pas d'enrayer la pandémie rapidement si ces doses ne sont pas distribuées équitablement. Certains gouvernements auront parié sur le bon candidat-vaccin, mais s'ils utilisent toutes les doses disponibles pour ne protéger que leurs concitoyens, alors la pandémie sera prolongée partout ailleurs. Ils seront alors responsables d'un plus grand nombre de morts. Selon une modélisation de la Northeastern University, si les pays riches achètent les deux premiers

CI-DESSUS

Kolkata, Inde

milliards de doses de vaccin au lieu de s'assurer qu'elles sont distribuées proportionnellement au reste de la population mondiale, alors ce sont près de deux fois plus de personnes qui pourraient mourir de la COVID-19.

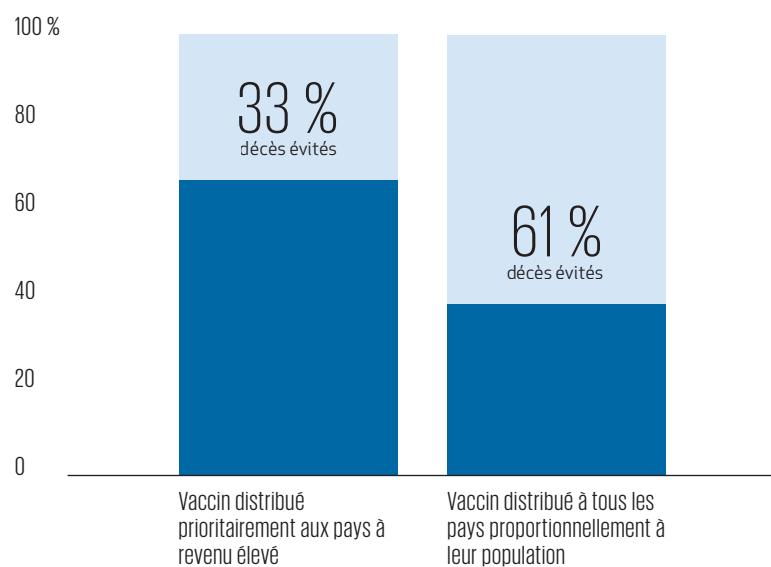
Nous ne savons pas encore précisément comment le monde va organiser une réponse collaborative. En avril, de nombreux partenaires se sont réunis pour lancer le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT). Il s'agit à ce jour du meilleur effort de collaboration pour enrayer la pandémie. Les deux principaux partenaires de la stratégie vaccinale de l'accélérateur ACT-A : la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) avec neuf candidats-vaccins contre la COVID-19 dans son portefeuille, et Gavi, l'Alliance du Vaccin qui a aidé les pays à revenu faible et intermédiaire à délivrer 750 millions de vaccins depuis sa création en 2000 – ont été créés pour résoudre des problèmes tels que celui auquel nous sommes confrontés aujourd'hui. C'est pour cela notre fondation soutient l'Accélérateur ACT et que nous encourageons vivement les autres à se joindre à nous.

COMBIEN DE VIES POURRAIT-ON SAUVER AVEC UNE VACCINATION ÉQUITABLE ?

LE LABORATOIRE de modélisation des systèmes biologiques et socio-techniques (MOBS LAB) de la Northeastern University travaille depuis des années sur la modélisation de la transmission de la grippe. Ils sont donc bien placés pour modéliser la COVID-19. L'avenir étant difficile à prédire, le MOBS LAB a étudié différents scénarios contrefactuels afin de voir ce qui se serait passé si un vaccin avait été disponible à partir de la mi-mars. Cela permet au modèle de travailler avec des données observées liées à des événements qui ont déjà eu lieu, plutôt que des données estimées liées à des événements qui pourraient avoir lieu dans un an.

La Northeastern a étudié deux scénarios. Dans le premier, environ 50 pays à revenu élevé ont reçu les deux premiers milliards de doses (sur 3 milliards) d'un vaccin efficace à 80 %. Dans l'autre, tous les pays se sont partagé les 3 milliards de doses proportionnellement à leur population. Le résultat des simulations est rendu sous forme de pourcentage de morts évitées dans chaque scénario par rapport au scénario réel d'absence de vaccin.

MODÉLISATION DU POURCENTAGE DE DÉCÈS (PAR RAPPORT À UNE SITUATION SANS VACCIN)



Mais soyons clairs : ces organisations et les autres partenaires clés vont avoir besoin d'investissements massifs. Le prix à payer n'est pourtant rien par rapport à ce que nous coûterait une épidémie hors de contrôle. Chaque mois, l'économie mondiale perd 500 milliards de dollars. Une approche collaborative nous permettrait d'éviter de nombreux mois de pertes. Les pays se sont déjà engagés à hauteur de 18 000 milliards de dollars pour stimuler leurs économies et traiter les symptômes de la pandémie. Ils doivent à présent investir une petite partie de cette somme pour s'attaquer à la racine du problème.

CI-DESSOUS

Kolkata, Inde



CONCLUSION

LA STRATÉGIE QUE LE MONDE VA ADOPTER AU COURS DES PROCHAINS MOIS EST D'UNE IMPORTANCE CAPITALE.

PAGE SUIVANTE
Bogotá, Colombie

LA RÉPONSE À LA pandémie de COVID-19 a mis en lumière tout le bien dont l'humanité était capable : une innovation révolutionnaire, des actes héroïques de la part des travailleurs en première ligne, et des personnes ordinaires faisant tout leur possible pour s'occuper de leur famille, de leurs voisins et de leur communauté. Dans ce rapport, nous nous sommes concentrés sur la menace qui se présente à nous. La raison est que le danger n'a jamais été aussi proche et les enjeux aussi grands. La stratégie que le monde va adopter au cours des prochains mois est d'une importance capitale.

Le slogan des Goalkeepers est « Le progrès est possible, mais pas garanti » et il reste pertinent aujourd'hui. Le monde est capable d'intervenir sur l'ampleur et la durée de la pandémie. En définitive, les entreprises et les gouvernements doivent se rendre compte que l'avenir n'est pas une compétition à somme nulle dont on ne peut sortir vainqueur que si les autres échouent. L'avenir est un travail coopératif où nous avançons tous ensemble, main dans la main.





EXAMINER LES DONNÉES

NOUS AVONS COMMENCÉ à produire le Rapport Goalkeepers pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Nous avons promis de publier chaque année les données mondiales les plus récentes sur les 18 indicateurs les plus en lien avec le travail de notre fondation.

CI-DESSUS

Village de Lupiro, Tanzanie

Cette année, comme nous l'expliquons à la page suivante, les estimations ne sont pas parfaites, mais nous avons considéré qu'il était important d'essayer de quantifier les impacts de la COVID-19. Comme pour les années précédentes, les projections comprennent des scénarios « en cas de progrès » et « en cas de recul ». Nous nous intéressons principalement à la différence entre les scénarios. Il appartient aux dirigeants mondiaux de prendre les décisions difficiles qui permettront de s'écartier le plus possible du scénario catastrophe et de se rapprocher au maximum du meilleur scénario.

EXPLICATION DE LA MODÉLISATION

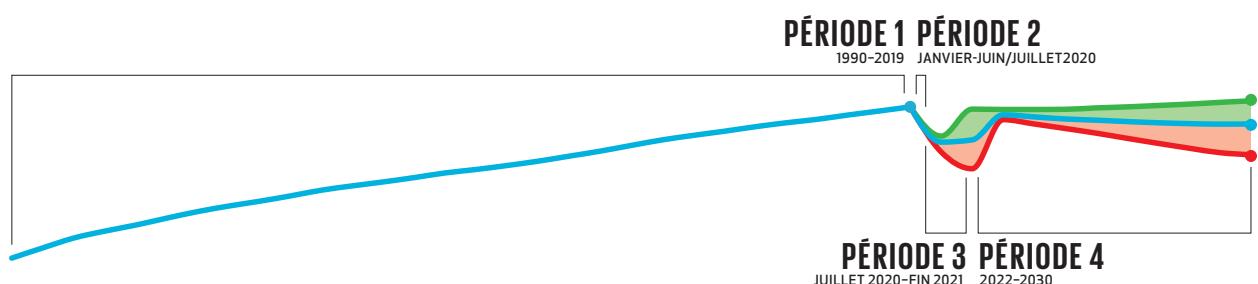
Les données mondiales sur la santé et le développement sont généralement disponibles avec un décalage de temps. Il faut du temps (et beaucoup de travail) pour recueillir des données sur le nombre de personnes qui ont été vaccinées, qui ont été dépistées pour telle ou telle maladie, ou sur l'évolution des revenus d'une population. Il faut encore plus de temps pour standardiser ces données, combler les lacunes et corriger les erreurs, les valider, les analyser et les partager.

Cela signifie qu'avec les méthodes traditionnelles, il faudrait attendre 2021 avant que l'impact de la COVID-19 n'apparaisse dans les données présentées dans le Rapport Goalkeepers. Le but du rapport est de suivre (et de promouvoir) les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de développement durable, et le plus grand obstacle qui entrave notre progression à l'heure actuelle est la pandémie. Nous avons donc décidé de ne pas attendre l'année prochaine pour tenter de quantifier l'impact de cette catastrophe.

Pour le Rapport Goalkeepers de cette année, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (Institut de statistique sur la santé publique, IHME) notre partenaire en charge des données, a collaboré avec de nombreux partenaires et utilisé de nouvelles méthodes de collecte de données afin de générer un ensemble d'estimations actuelles sur la façon dont la pandémie a suspendu les progrès accomplis dans la réalisation des ODD. Ces estimations ne sont pas parfaites (voir quelques précisions importantes à ce sujet ci-dessous) et devront probablement être révisées à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles.

Ces estimations se décomposent en quatre périodes, chacune étant alimentée par des données et des méthodes spécifiques. Nous décrivons ci-dessous les types de données utilisées et les précisions associées à chaque période.

Plus les prévisions sont d'actualité, plus elles contiennent d'imperfections. Compte tenu du fait que les données les plus récentes datent de cet été, ou même d'un peu plus tôt dans la majorité des cas, et que l'évolution de la pandémie soit sujette à de nombreuses incertitudes, les ensembles de données que l'IHME utilise normalement pour valider ses conclusions ne sont tout simplement pas encore disponibles. Ces estimations sont fondées sur les meilleures informations disponibles jusqu'en juillet 2020, mais la situation et les données évoluent chaque jour et vont continuer de changer à mesure que le temps passe.



PÉRIODE 1 : 1990-2019

PRÉCISIONS (PÉRIODE 2)

- Les données d'enquête ne proviennent pas d'échantillons représentatifs dans tous les pays, et les échantillons de certaines populations cibles étaient relativement limités. Pour 70 des 82 pays, l'IHME a utilisé des enquêtes menées sur smartphones. Bien que cette méthode permette de constituer des échantillons relativement importants en peu de temps, dans de nombreux pays à faible revenu, la plupart des habitants ne possèdent pas de smartphone. Nous avons essayé de tenir compte de cette situation en utilisant des échantillons plus représentatifs dans 13 pays (à l'aide d'enquêtes téléphoniques) et en pondérant les données des smartphones en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation. Mais il ne s'agit là que d'un correctif partiel.
- Les données administratives mensuelles n'étaient pas disponibles pour la plupart des indicateurs et des pays.

Il s'agit des données de référence en matière de santé et de développement à l'échelle mondiale. Les sources utilisées comprennent l'étude de l'IHME sur la charge mondiale de morbidité, les agences nationales de santé publique, les institutions spécialisées des Nations Unies et le Groupe de la Banque mondiale. Les données proviennent de dossiers administratifs et de nombreuses enquêtes différentes qui ont été épurées, analysées, vérifiées, puis publiées.

PÉRIODE 2 : JANVIER-JUIN/JUILLET 2020

Pour cette période, l'objectif était de se faire une idée précise de la façon dont la pandémie a déjà perturbé les progrès vers la réalisation des ODD en utilisant des sources de données plus récentes. Quatre sources de données ont été utilisées :

1. Pour les indicateurs de santé, les données proviennent d'une série d'enquêtes menées dans 82 pays où 70 000 personnes ont indiqué grâce à leur smartphone ou lors d'entretiens téléphoniques si leur comportement avait changé depuis le début de la pandémie et s'il leur était toujours possible d'accéder aux services de santé.
2. Les données administratives mensuelles qui suivent le nombre de personnes recevant différents soins de santé. Pour chaque mois depuis le début de la pandémie (mars 2020 – juin 2020), le nombre de personnes recevant des soins dans un pays donné a été comparé avec le même mois en 2019, en écartant les évolutions observées entre 2019 et 2020 avant le début de la pandémie.
3. Les données mensuelles sur les éléments liés au PIB tels que l'arrivée de touristes, les taux de chômage, les indices des prix à la consommation, les taux d'intérêt et la production d'électricité.
4. Les données sur les modèles de mobilité humaine, recueillies auprès de plusieurs sources. L'analyse de l'IHME révèle que les réductions de la mobilité dues à la pandémie et aux stratégies de distanciation sociale sont un bon indicateur du ralentissement de l'activité économique et du manque d'accès aux services de santé.

PÉRIODE 3 : JUILLET 2020-FIN 2021

Cette période avait pour objectif de faire des prévisions sur l'avenir plutôt que de chercher à mesurer des événements passés. À partir des enseignements de la période 2 et des hypothèses de l'équipe de l'IHME quant à la propagation du virus, il est possible de prévoir l'évolution de la situation à court terme.

- Pour cette période, les données proviennent du modèle de l'IHME qui indique quand, où et combien de décès dus à la COVID-19 se produiront au cours des 18 prochains mois, ainsi que l'évolution de la mobilité de la population provoquée par les mesures de distanciation sociale. Ce modèle inclut des hypothèses sur la façon dont les gouvernements vont réagir (ex. : les mesures de distanciation sociale). Ces hypothèses se basent sur la relation observée jusqu'à présent entre le nombre de décès dus à la COVID-19 et les politiques mises en œuvre.
- L'IHME utilise ensuite ces estimations du nombre de décès et de la mobilité, ainsi que la relation entre ces estimations, les corrélations économiques et les comportements sanitaires (sur la base de ce qui a été observé jusqu'à présent au cours de la période 2), afin d'estimer comment ils évolueront au cours de la période 3.

PÉRIODE 4 : 2022-2030

L'objectif pour cette période était de prévoir les progrès que le monde pourra accomplir sur ces indicateurs après la fin de la pandémie, en tenant compte des impacts économiques durables.

- Ce travail repose en grande partie sur la même approche de modélisation que celle adoptée dans les éditions précédentes du Rapport Goalkeepers, en mettant l'accent sur le PIB, la prévision composite de l'IHME sur le développement social (l'indice de développement social, ou IDS), et pour certains indicateurs, sur des facteurs tels que les dépenses de santé. L'objectif de cette année est que la modélisation de ces macro-facteurs reflète les effets économiques de la COVID-19 qui continueront à se faire sentir longtemps après la fin de la pandémie.
- L'impact du PIB et du développement social sur les indicateurs des ODD est reconnu depuis longtemps et s'est avéré être un indicateur fiable.

PRÉCISONS (PÉRIODE 3)

- Le modèle de propagation du virus et de réaction des gouvernements ne correspondra certainement pas exactement à la réalité. Il présente un scénario futur fondé sur des données probantes.
- L'IHME suppose que la population réagira aux nouvelles restrictions de déplacements de façon similaire à sa réaction aux premières restrictions. Il présume également qu'avec la levée des restrictions, les personnes recommenceront à voyager et à se rendre dans les établissements de santé comme elles le faisaient avant l'apparition de la COVID-19.

PRÉCISONS (PÉRIODE 4)

- L'IHME s'attend à ce que la pandémie prenne fin d'ici la fin de 2021.
- L'analyse utilise la relation entre le PIB, l'IDS et d'autres facteurs clés d'une part, et les indicateurs de santé au niveau de la population d'autre part. Les ménages et les enfants vivant dans la pauvreté risquent de subir des effets plus graves et plus durables de la COVID-19 que les moyennes ne laissent supposer.

PAUVRETÉ



Cible ODD : éliminer complètement l'extrême pauvreté dans le monde entier.

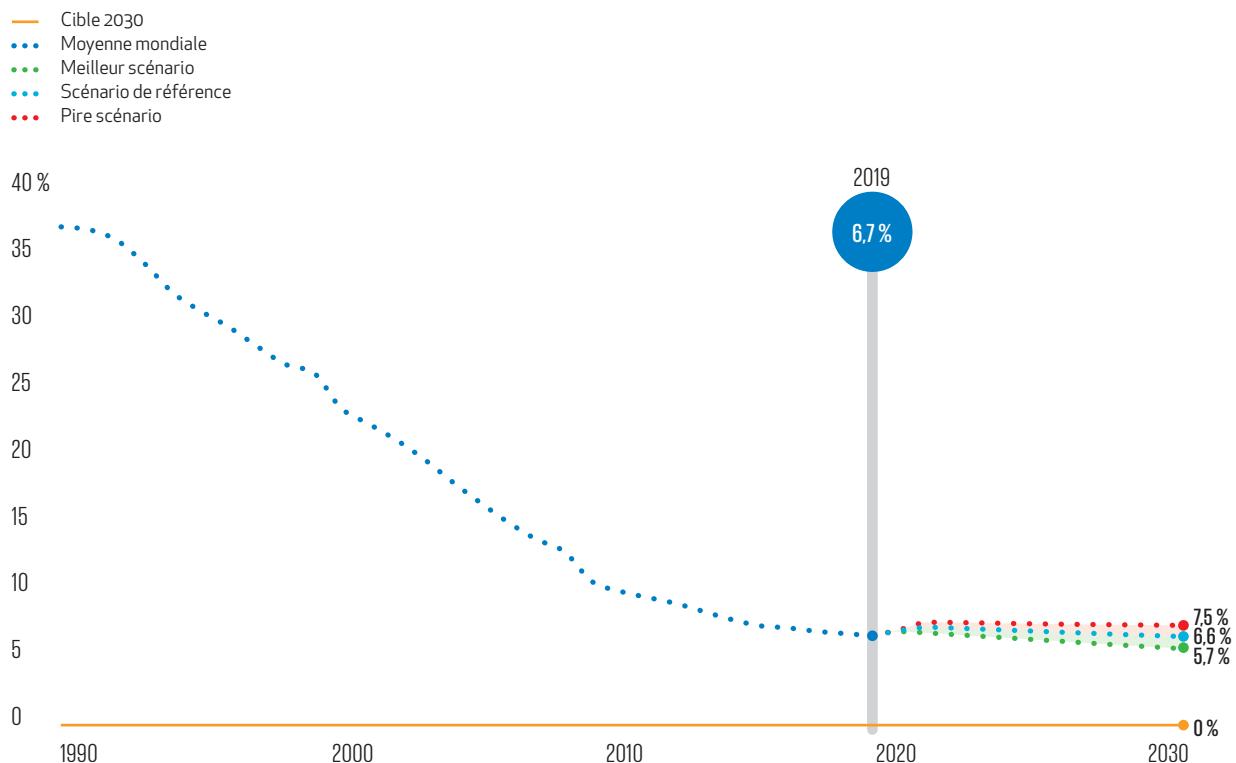
Cette crise a poussé près de 37 millions de personnes de plus dans l'extrême pauvreté alors que cela faisait 20 années consécutives que ce chiffre était en baisse. En parallèle, elle a révélé à quel point ce progrès était fragile : les personnes vivant juste au-dessus du seuil de pauvreté extrême et qui sont tombées en dessous de celui-ci en raison de la COVID-19 étaient évidemment vulnérables bien qu'elles ne fussent pas officiellement reconnues comme pauvres.

À court terme, les subventions pour la protection sociale et les prêts d'urgence pour les entreprises (précisément le type de programmes mis en œuvre dans les pays à revenu élevé) peuvent éviter aux personnes de devenir extrêmement pauvres ou d'aider

les pauvres à ne pas sombrer dans la misère. Orienter ces programmes en direction des femmes permet réellement de changer la donne, car ces dernières ont plus tendance à utiliser ces fonds pour s'occuper de leur famille, ce qui engendre une prospérité durable.

Cependant, plus la pandémie dure longtemps, plus elle laissera de cicatrices sur l'économie. Mais nous pouvons aider les gens à rebondir. Comme le soulignent les Goalkeepers année après année, les investissements dans le capital humain (comme la santé et l'éducation) sont essentiels pour générer de la croissance économique et créer des ménages résilients qui ne planent pas dangereusement au-dessus du seuil de pauvreté.

Pourcentage de la population en dessous du seuil international de pauvreté (1,90 \$ É.-U./jour)



RETARD DE CROISSANCE



Cible ODD : élimination de 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. La cible indiquée sur le graphique est prévisionnelle et extrapolée sur la base de la cible actuelle pour 2025.

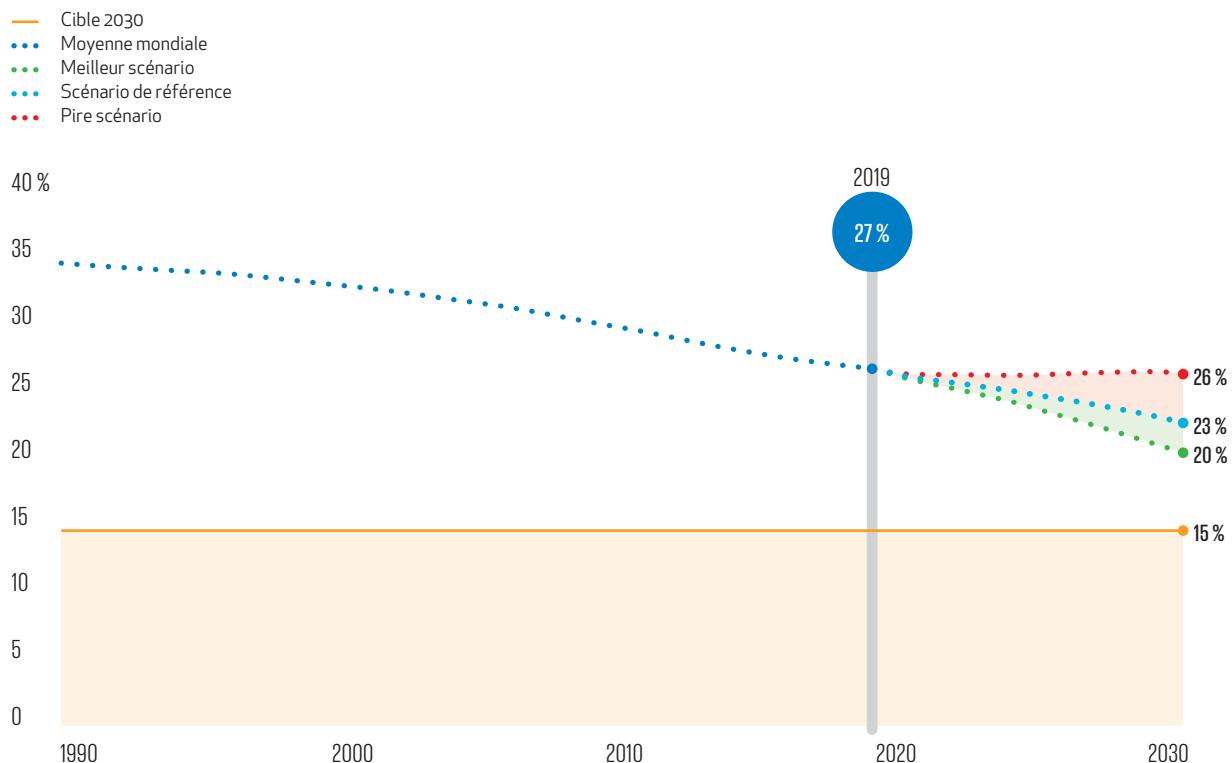
Les Goalkeepers mesurent les progrès en matière de nutrition en suivant le retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge), signe de malnutrition chronique. Comme le mot « chronique » le laisse entendre, le retard de croissance ne se produit pas du jour au lendemain, il s'accumule sur plusieurs semaines et mois. Ainsi, en ce qui concerne la COVID, le retard de croissance est un indicateur décalé dont l'impact pourrait ne se faire sentir que dans un an ou plus. Plus les familles souffrent d'insécurité alimentaire et d'un accès inégal aux services de santé de base pendant longtemps, plus l'impact de la COVID sur le retard de croissance pourrait être marqué.

En se penchant sur d'autres indicateurs de nutrition, on constaterait que la pandémie cause déjà beaucoup de dégâts. La dénutrition (poids insuffisant par rapport à la taille) est un signe de la malnutrition aiguë, et sa prévalence est en train de monter en flèche. Une étude

récente du Lancet a révélé que la dénutrition pourrait être responsable de jusqu'à un quart de la mortalité infantile liée à la COVID.

Nous devons nous attaquer à la dénutrition dès à présent pour éviter que les enfants soient vulnérables au retard de croissance plus tard, ce qui implique de renforcer les systèmes de santé, de nutrition et de protection sociale pour fournir les soins et la nourriture dont les enfants ont besoin pour éviter la malnutrition en premier lieu.

Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



AGRICULTURE



Cible ODD : doubler la productivité agricole et les revenus des petits producteurs, en particulier les femmes, les autochtones, les exploitants familiaux, les éleveurs et les pêcheurs.

En raison de la crise économique de la COVID-19, les marchés alimentaires locaux sont moins fréquentés et les consommateurs ont moins d'argent pour acheter de la nourriture, ce qui signifie que les petits agriculteurs vendent et gagnent moins. Ceci vient s'ajouter à deux phénomènes qui menacent leurs moyens de subsistance : le stress climatique qui s'exacerbe depuis plusieurs années et l'invasion acridienne que l'Afrique de l'Est a subie en 2020.

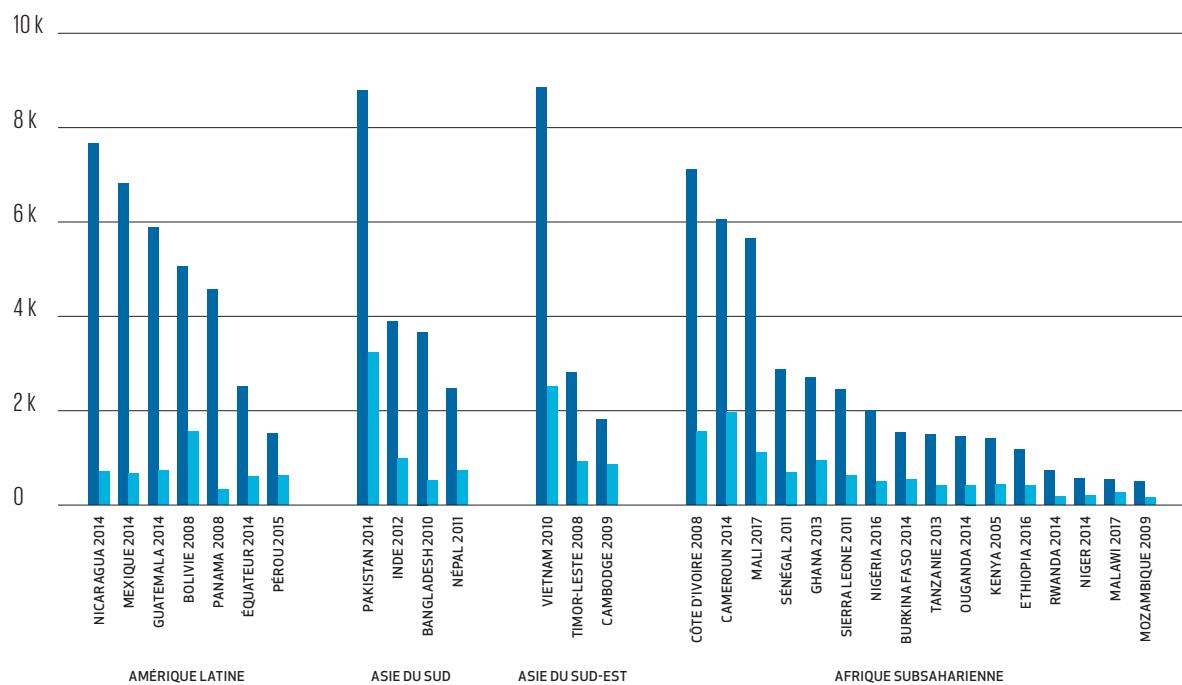
En outre, les petits agriculteurs n'ont en général pas la possibilité de s'adapter pour, par exemple, respecter de nouvelles normes d'hygiène ou des règles de distanciation sociale. Pour protéger les petits agriculteurs de la pauvreté et de la faim, les pays doivent s'efforcer de garantir leur sécurité alimentaire

(en s'appuyant sur des méthodes innovantes de collecte de données pour orienter les aides vers les ménages les plus vulnérables), maintenir les échanges commerciaux à l'échelon régional et mondial et soutenir la production et le commerce alimentaires dans le pays.

L'insécurité alimentaire n'est généralement pas un sujet étudié dans le cadre de ce rapport. Cependant, il est important de noter cette année que selon les Nations Unies, les chocs économiques vont plonger entre 83 et 132 millions de personnes dans une situation d'insécurité alimentaire.

Revenu annuel moyen provenant de l'agriculture, PPA (\$ international constant 2011)

■ Producteurs plus grands
■ Petits producteurs



MORTALITÉ MATERNELLE



Cible ODD : réduction du taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 par centaine de milliers de naissances vivantes

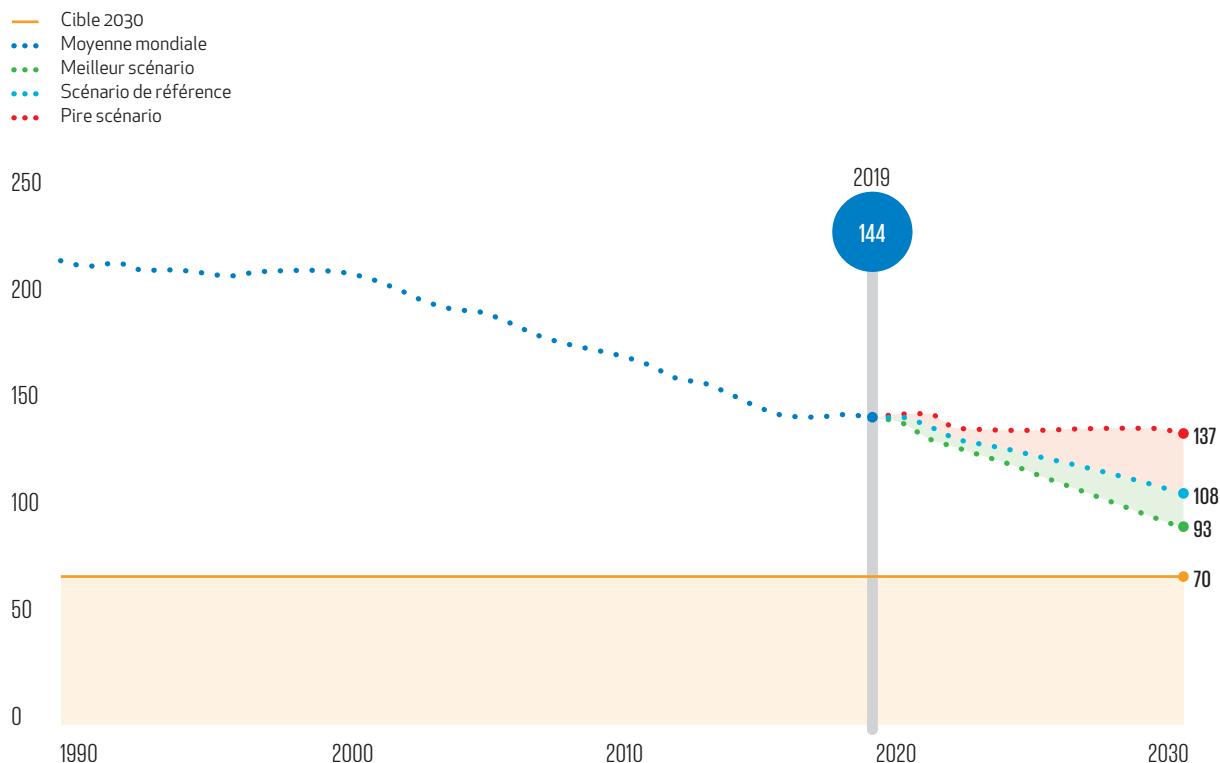
La COVID va indirectement faire souffrir et mourir plus de femmes que d'hommes, en grande partie en raison des perturbations qu'elle a provoquées sur les soins de santé avant, pendant et immédiatement après l'accouchement. Les complications évitables et traitables comme les saignements graves, les infections et l'hypertension artérielle sont responsables de la grande majorité des décès maternels. De nombreux soignants qui avaient l'habitude de gérer ces urgences, y compris les sages-femmes expérimentées, sont réaffectés aux services COVID.

Parallèlement, les femmes enceintes et les jeunes mères doivent décider si se rendre dans une clinique (où les soins reçus par le passé

n'étaient pas toujours très bons) vaut la peine de courir le risque de s'exposer à la COVID. Certaines décident d'accoucher chez elles ou de ne pas se rendre à une clinique pour les soins néonataux.

Les soins maternels spécialisés sont par définition un service essentiel. Contrairement à d'autres services, leur report est dangereux et ils ne peuvent pas être rattrapés plus tard. Une femme est enceinte quand elle est enceinte et accouche quand elle doit accoucher. Il est impératif que les systèmes de santé disposent de toutes les ressources dont ils ont besoin pour lui permettre d'accoucher sans danger et dans la dignité.

Mortalité maternelle par centaine de milliers de naissances vivantes



MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS



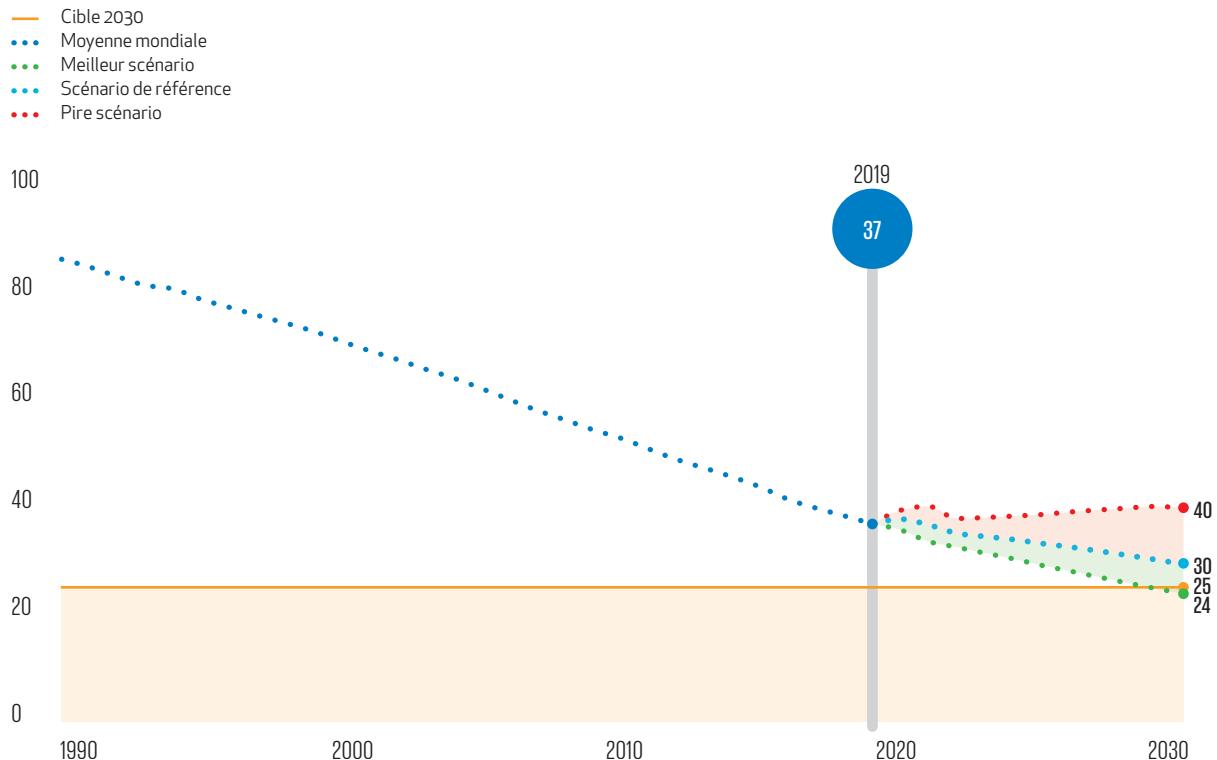
Cible ODD : élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays s'engageant à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans à au maximum 25 pour 1000 naissances vivantes.

Les données actuelles indiquent que les enfants sont moins susceptibles de développer une maladie grave que les adultes plus âgés en cas de contamination par le coronavirus. Cependant, la couverture vaccinale de routine diminuant et la prise en charge des cas de pneumonie et de diarrhée ayant été interrompue en raison de la pandémie, les enfants sont de plus en plus vulnérables. Les modèles prévoient une augmentation spectaculaire de la malnutrition aiguë, ce qui les rendra plus vulnérables aux maladies infectieuses. Ces conséquences de la pandémie soulignent la nécessité de trouver des moyens de prévenir les crises secondaires et tertiaires.

Pourtant, aujourd'hui encore, des innovations vitales continuent de voir le jour. Il existe des vaccins contre de nombreuses causes

de pneumonie, maladie infectieuse la plus mortelle chez les jeunes enfants. Mais ils peuvent être coûteux : ils représentent environ la moitié du budget de Gavi, l'Alliance du Vaccin. Il y a quelques mois, cependant, l'Organisation mondiale de la santé a préqualifié un nouveau vaccin contre la pneumonie qui ne coûte que 6,00 dollars pour une vaccination en trois doses au lieu de 9,00 dollars. En outre, grâce à l'augmentation des investissements due à la COVID-19, davantage d'établissements de santé proposent des services d'oxygénothérapie pour traiter les troubles respiratoires, ce qui aidera à sauver la vie de nombreux enfants atteints de pneumonie.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans par millier de naissances vivantes



MORTALITÉ NÉONATALE



Cible ODD :
élimination des
décès évitables
de nouveau-nés et
d'enfants de moins
de 5 ans, l'ensemble
des pays s'engageant
à réduire la mortalité
néonatale à au
plus 12 pour 1 000
naissances vivantes.

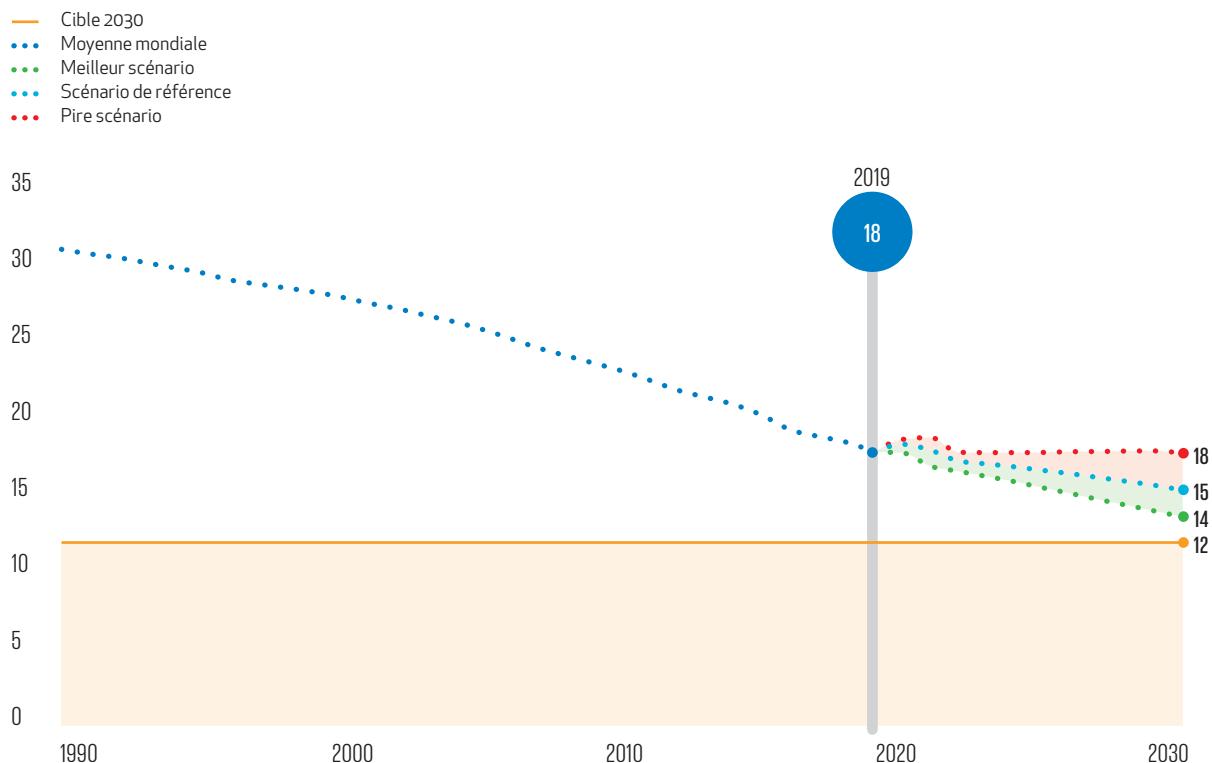
La mortalité néonatale a diminué, mais plus lentement que la mortalité chez les enfants plus âgés. Cette différence s'explique en partie du fait qu'en général, les nouveau-nés décèdent lorsque les systèmes de santé sont en difficulté.

C'est précisément le cas en ce moment. De nombreux établissements sont encore plus à court de personnel et de matériel que d'habitude. La pandémie est susceptible de pousser certaines femmes enceintes à accoucher chez elles. Quoi qu'il en soit, les femmes et leurs bébés peuvent ne pas avoir accès à des soins vitaux. Pour que les nouveau-nés survivent, les femmes enceintes doivent recevoir des soins prénataux de qualité et dignes, délivrés par un professionnel de santé qualifié. Lorsqu'il leur est impossible

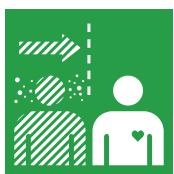
de se rendre dans un établissement et que l'accouchement a lieu à domicile, elles doivent pouvoir être accompagnées par une personne qualifiée (sage-femme, médecin ou infirmière) équipée du matériel adéquat afin de prévenir les infections et gérer les urgences.

Nous devons également avoir une compréhension plus approfondie de l'impact de la COVID-19 sur les femmes enceintes et les nouveau-nés. Plus précisément, les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants devraient être inclus dans les essais cliniques de vaccins afin de savoir s'ils sont sûrs et efficaces pour eux.

Mortalité néonatale par millier de naissances vivantes



VIH



Cible ODD : mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Les données actuelles montrent que les personnes vivant avec le VIH courent un risque accru de décès en raison de la COVID-19. Mais les effets indirects de la pandémie sont également inquiétants.

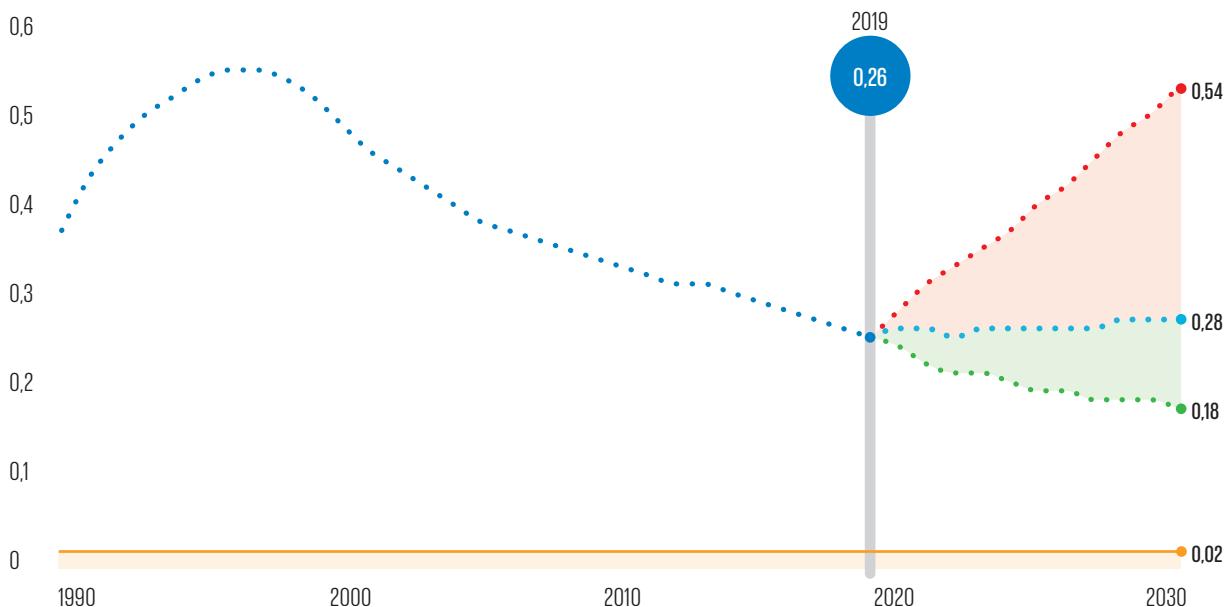
À cause des perturbations que rencontrent les services de santé, certaines personnes pourraient ne plus avoir accès à leur traitement antirétroviral (TAR), ce qui entraînerait plus de décès et plus de nouvelles contaminations (les charges virales étant plus élevées chez les patients non traités, ces derniers sont plus susceptibles de contaminer d'autres personnes). Pour le moment, ce scénario catastrophe ne s'est pas concrétisé bien que certains pays aient du mal à garder les services opérationnels.

Une innovation semble bien fonctionner : la distribution de médicaments pour plusieurs mois. Il s'agit d'une approche simple qui aide les personnes à intégrer leur traitement à leur quotidien et qui leur évite d'avoir à se rendre dans des cliniques bondées. Une fois la pandémie de COVID sous contrôle, ce système restera un moyen plus efficace de distribuer les TAR.

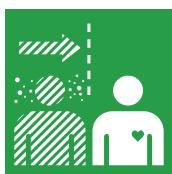
Bien que cela n'apparaisse pas sur ce graphique, d'autres sources indiquent que la prévention du VIH est en difficulté. Nous nous efforçons de limiter ces perturbations liées à la COVID et de maintenir la tendance à long terme qui voit un plus grand nombre de personnes avoir accès aux services de prévention et aux traitements.

Nouveaux cas de VIH par millier de personnes

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



TUBERCULOSE

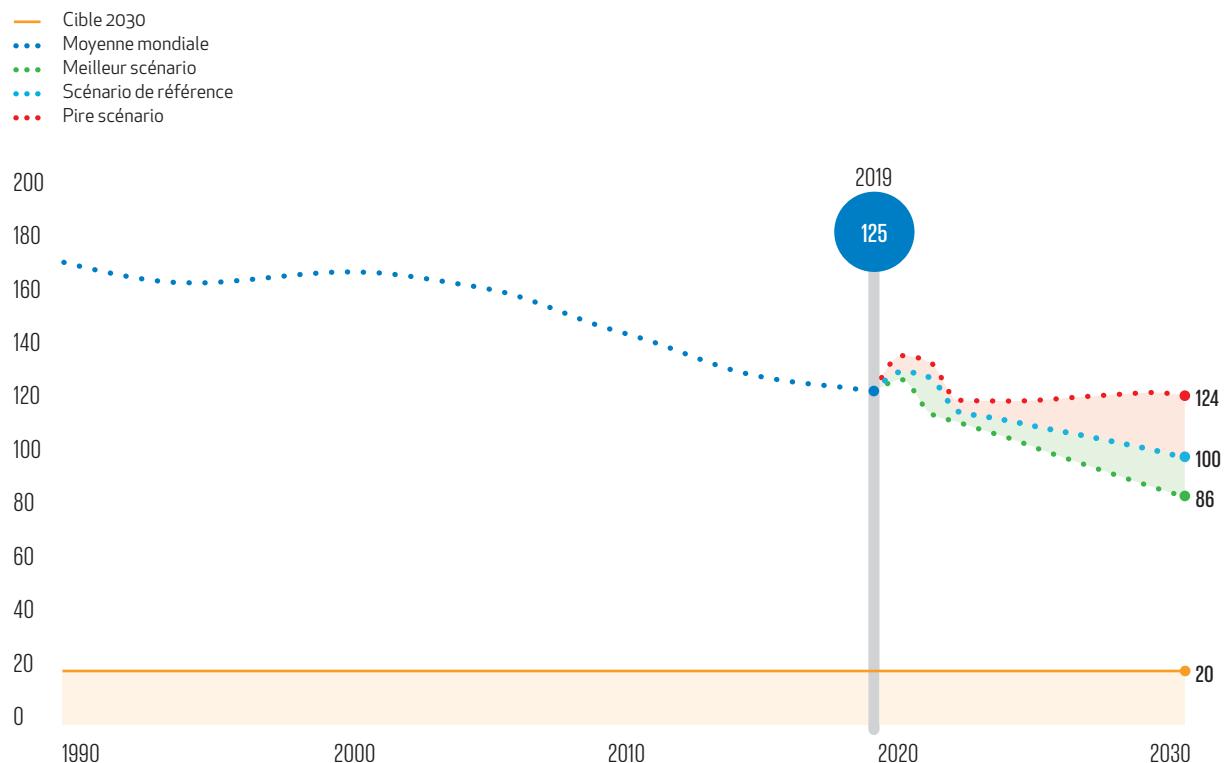


Cible ODD : mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

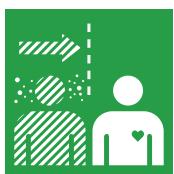
Avant la COVID-19, on comptait déjà 3 millions de « cas manquants » de tuberculose : des personnes atteintes de tuberculose active sans le savoir, qui ne se font pas soigner et qui transmettent la maladie à d'autres personnes. Ce chiffre va continuer à augmenter aujourd'hui, car les gens ne peuvent soit pas se rendre dans les établissements de santé pour se faire dépister ou choisissent de ne pas y aller pour ne pas risquer d'être exposés à la COVID-19. Pour les mêmes raisons, les personnes qui savent qu'elles ont la tuberculose peuvent ne pas aller se faire soigner.

Notre crainte est de voir ce plus grand réservoir de contaminations non diagnostiquées entraîner une augmentation à long terme du nombre de cas de tuberculose à travers le monde. À mesure qu'ils sortent de la crise COVID, les pays vont devoir investir et se concentrer en priorité sur la recherche de cas de tuberculose.

Nouveaux cas de tuberculose par centaine de milliers de personnes



PALUDISME



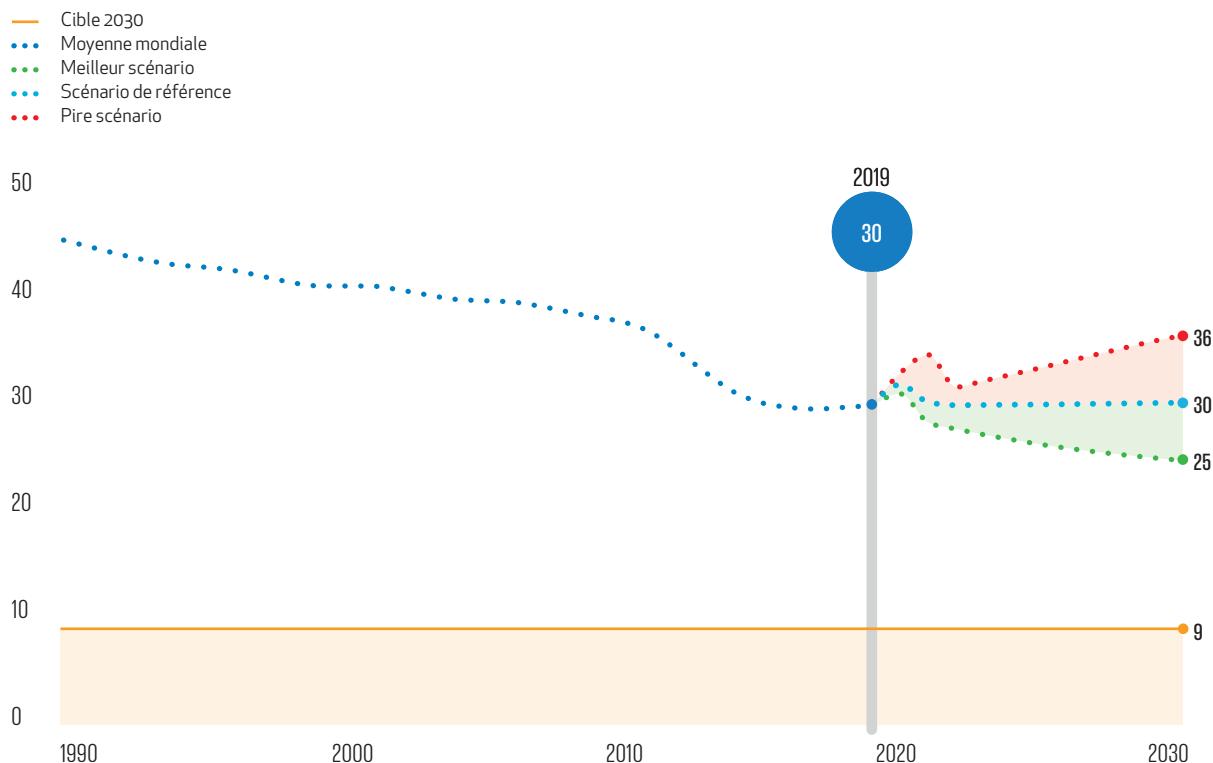
Cible ODD : mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Le paludisme est impitoyable : tant qu'il existera, il tuera les plus vulnérables et profitera des situations d'urgence. C'est pourquoi la stratégie de lutte contre le paludisme de la Fondation Gates est axée sur l'éradication de la maladie. Si nous ne l'éradiquons pas, à chaque nouvelle crise, des ressources considérables devront être mobilisées afin d'éviter une forte augmentation des décès évitables.

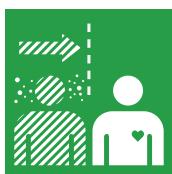
Même dans des circonstances ordinaires, tant le parasite du paludisme que les moustiques qui le transmettent développent une résistance aux médicaments et aux insecticides que nous utilisons pour les combattre. Nous nous efforçons donc

constamment de garder une longueur d'avance. Nous investissons dans des technologies de modélisation et de surveillance conçues pour aider les pays à adapter leurs stratégies de déploiement d'outils contre le paludisme afin qu'ils contribuent à réduire autant que possible les nouvelles contaminations. Grâce à la modélisation, de nombreux pays ont décidé de poursuivre les campagnes de distribution de moustiquaires malgré la COVID-19, ce qui a permis au ralentissement des progrès observé en 2020 d'être moins important qu'il aurait pu être. Ces mêmes outils sont également essentiels pour se préparer et répondre aux épidémies et il est essentiel que la communauté internationale continue à investir dans leur développement.

Nouveaux cas de paludisme par millier de personnes



MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES (MTN)



Cible ODD : mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées.

Habituellement, une seule courbe nous suffit pour suivre un groupe de 15 maladies tropicales négligées. Ce raccourci ne fonctionne toutefois pas aussi bien pendant l'épidémie de COVID-19. Chaque maladie est très différente, avec différents traitements, différents outils et programmes de prévention. L'impact de la pandémie sur chacune d'elles est également différent.

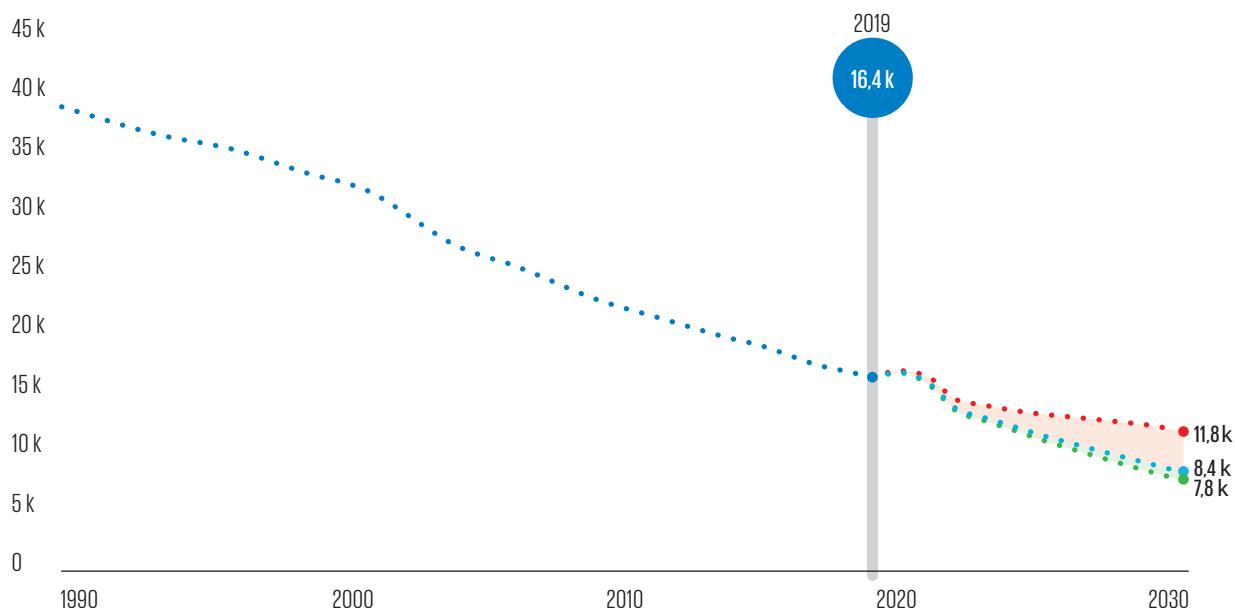
Certaines MTN sont traitées par des campagnes annuelles de « traitement de masse » (TDM) que de nombreux pays reportent de peur que les agents de santé ne propagent la COVID-19. Pour certaines MTN, ce report peut ne pas poser de problème

grave, car il est relativement facile de rattraper le retard. Toutefois, pour les MTN plus contagieuses (comme le trachome, la schistosomiase et la leishmaniose viscérale), le report des TDM est susceptible d'entraîner une flambée de cas de contamination.

Les progrès sur ce sous-ensemble de MTN étaient trop lents dans certains contextes avant la pandémie, et la modélisation suggère que des campagnes semestrielles ou trimestrielles (trachome) ou la détection de cas pour mieux cibler les campagnes (leishmaniose viscérale) sont nécessaires dans tous les cas.

Taux de prévalence de 15 MTN par centaine de milliers de personnes

- Cible 2030
- Meilleur scénario
- Scénario de référence
- Pire scénario



ACCÈS À LA CONTRACEPTION



Cible ODD : garantie d'accès universel à des services de santé sexuelle et reproductive, notamment en termes de planification familiale

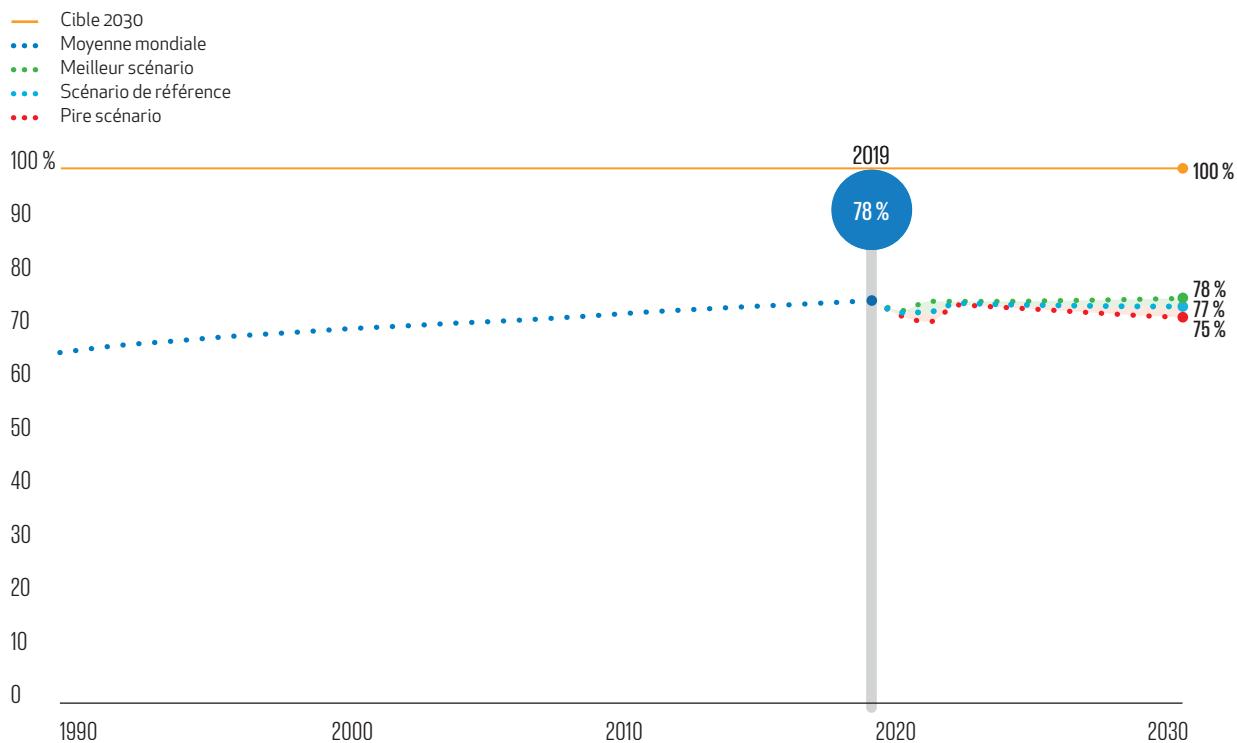
Avant la COVID-19, cet indicateur avait enregistré des progrès encourageants. En Afrique de l'Ouest, par exemple, où les progrès ont été lents, le nombre de femmes utilisant des contraceptifs a plus que doublé entre 2011 et 2020.

Mais comme le montre le graphique, les systèmes de santé ont maintenant du mal à fournir des services de planification familiale. Par exemple, la planification familiale en période de post-partum (qui aide les femmes à espacer leur prochaine grossesse après un accouchement) est d'une importance vitale, mais n'est pas toujours proposée dans les établissements de santé et encore moins lorsque les femmes accoucheNT à la maison. Et parce que l'accès à la contraception peut permettre aux mères et à leurs bébés de vivre

en meilleure santé et d'avoir un avenir plus sûr, cette absence de service pourrait avoir des effets néfastes sur le long terme.

Une des solutions consiste à passer à un modèle d'autonomisation qui donne aux femmes et aux familles les compétences, les outils et la confiance pour planifier les grossesses sans devoir dépendre du système de santé. Ce modèle peut inclure des interventions spécifiques comme l'auto-injection de contraceptifs ou encore des plateformes de télémédecine, mais cela va bien plus loin que cela. Les soins auto-administrés sont étroitement liés aux besoins des femmes et peuvent favoriser l'accès à la contraception ainsi qu'à d'autres services de santé essentiels.

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, par région



COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE



Cible ODD : obtention de la couverture sanitaire universelle pour tous.

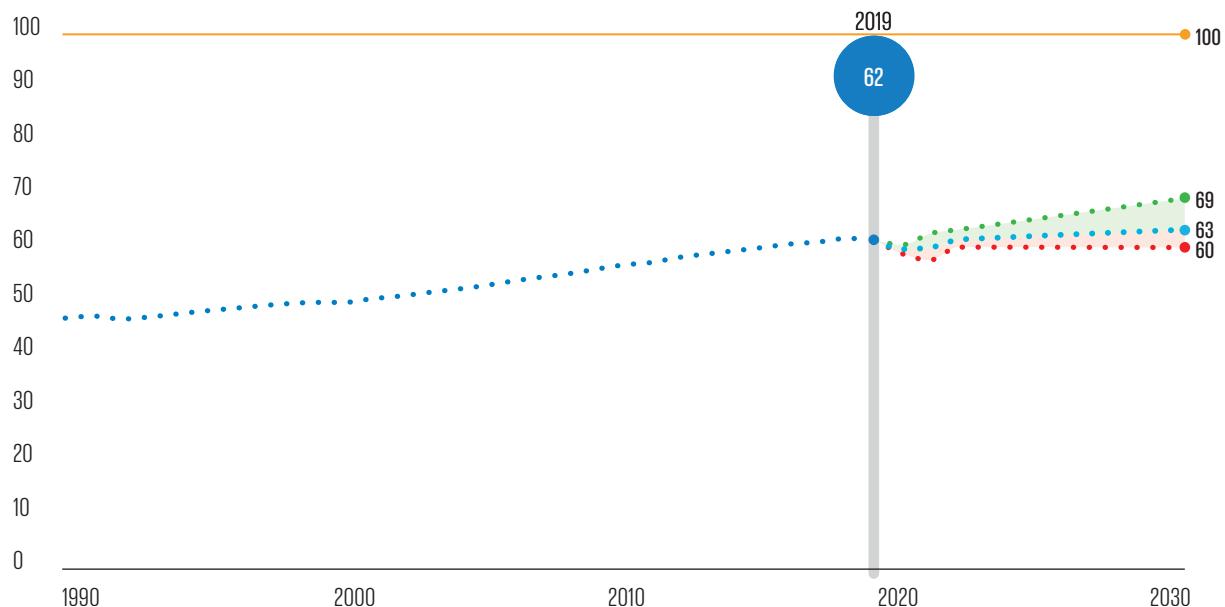
L'indice de couverture réelle de la couverture sanitaire universelle (CSU) produit par l'IHME comprend 23 indicateurs qui, ensemble, permettent de savoir rapidement si les habitants d'un pays ont accès aux services de santé essentiels.

Cette année, la COVID tire ces chiffres vers le bas. Les chaînes d'approvisionnement sont coupées, les EPI sont rares et les ressources sont redéployées vers les soins intensifs contre la COVID. La demande est également en baisse, car les gens évitent ou ne peuvent pas se rendre dans les établissements de santé. Comme l'indice de la CSU couvre différents services fournis par les systèmes de santé,

aucune mesure ne peut inverser ce déclin seule. Pourtant, le meilleur moyen d'obtenir une CSU passe par les soins de santé primaires (SSP). Comme l'a écrit Githinji Gitahi dans le rapport de l'an dernier, les SSP représentent de loin le système de santé le plus important au monde. Ils sont facilement accessibles et abordables et peuvent répondre à plus de 80 % des besoins de santé d'une personne au cours de sa vie. Accroître les dépenses pour les soins de santé primaires (et réduire comparativement celles pour les soins secondaires et tertiaires) tout en utilisant les ressources avec plus d'efficacité permettra d'améliorer le sort des patients. C'est également ainsi que nous atteindrons l'objectif de la CSU.

Indice de couverture réelle de la CSU

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



TABAGISME



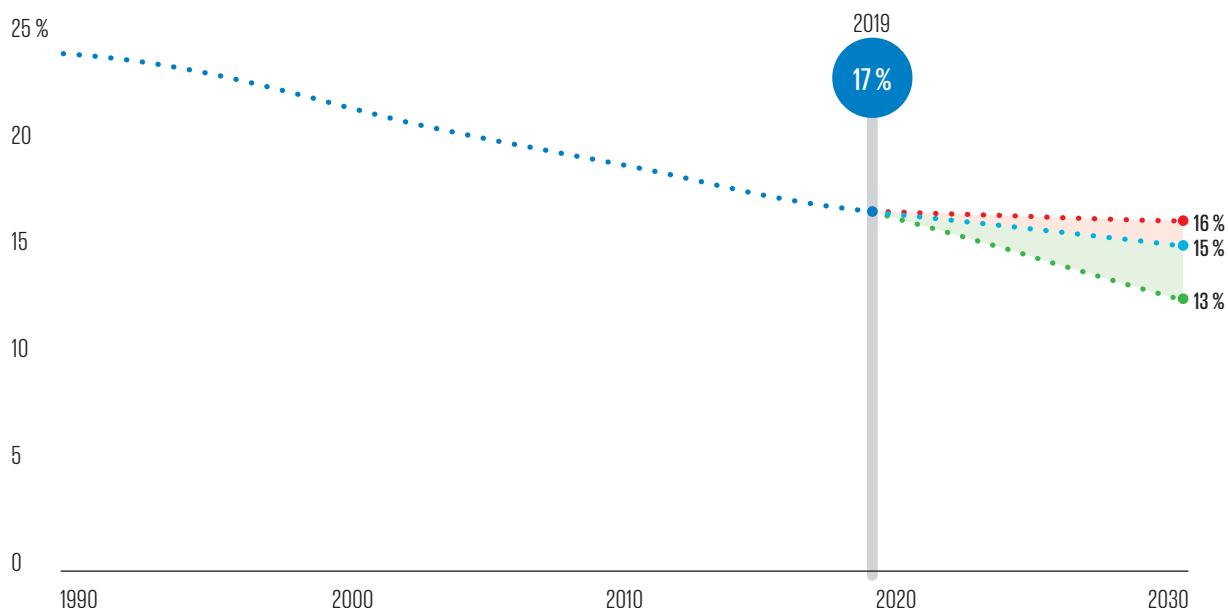
Cible ODD : renforcement de la mise en œuvre de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans l'ensemble des pays.

Cet indicateur continue de s'améliorer cette année. Les faits montrent que les gens cessent d'acheter du tabac ou réduisent leur consommation lorsque le prix augmente de manière significative. Nous pouvons par ailleurs présumer que le tabac fait partie des choses qu'ils abandonnent lorsque les temps sont durs. Autre élément tout aussi important, la pandémie a montré à quel point le tabagisme rend plus vulnérable non seulement aux maladies non transmissibles comme le cancer et les maladies cardiaques, mais aussi aux maladies infectieuses. À cause des dégâts que le tabac provoque dans les poumons, les fumeurs sont plus susceptibles d'être gravement malades ou de mourir de la COVID.

Plusieurs pays comme l'Afrique du Sud, le Botswana et l'Inde ont temporairement interdit la vente de tabac pendant la crise sanitaire. Un certain nombre de gouvernements africains défendent les mesures sanitaires contre les tentatives d'intimidation de l'industrie du tabac et songent à adopter des politiques de lutte contre le tabagisme ayant déjà fait leurs preuves ou, comme la Côte d'Ivoire et l'Éthiopie, appliquer strictement des politiques fortes déjà en place, comme l'obligation d'afficher des messages d'avertissement choquants sur les paquets de cigarettes et l'interdiction de la publicité pour le tabac.

Prévalence du tabagisme standardisé en fonction de l'âge chez les 15 ans et plus

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



VACCINS



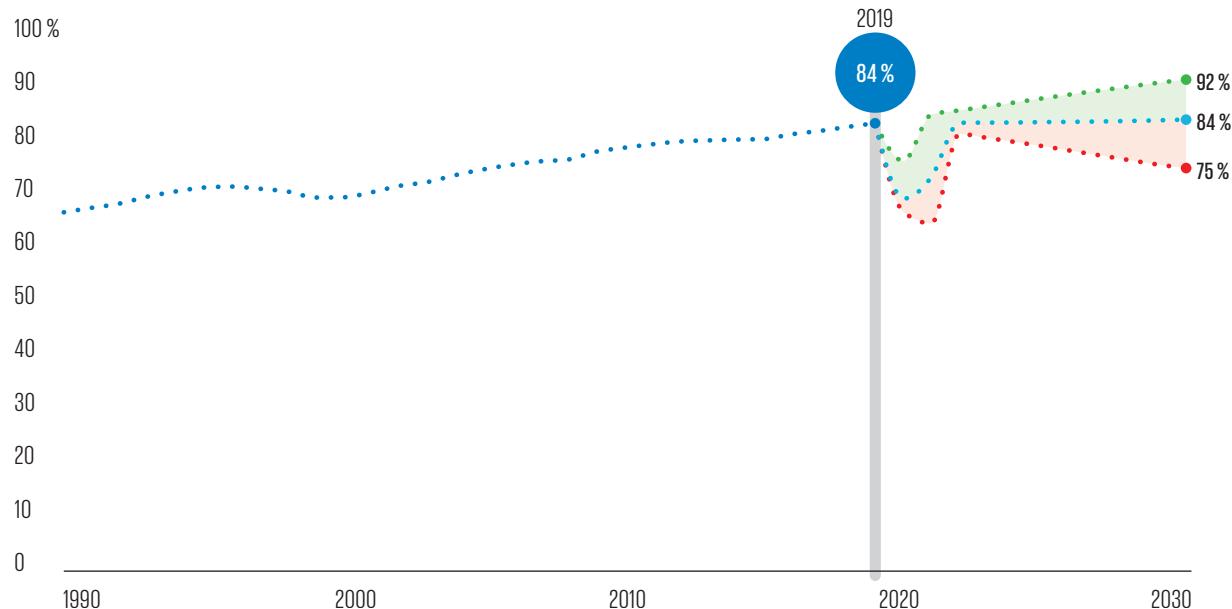
Cible ODD : appuyer la recherche et le développement de vaccins et médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à des médicaments et vaccins essentiels à un coût abordable.

Dans les années 1970, seulement 5 % des enfants dans le monde avaient accès à la vaccination. En 2019, ce chiffre a dépassé les 80 % et les vaccins ont permis de sauver plus de 2 millions de personnes. Ces progrès sont aujourd'hui menacés. À cause de la COVID-19, les taux de vaccination sont en train de retomber aux niveaux des années 1990. Dans certains cas, les campagnes de vaccination des enfants sont simplement reportées et pourront être « rattrapées » plus tard sans conséquence. Cependant, certaines infections, comme la rougeole, se propagent facilement, et même les perturbations à court terme peuvent entraîner une augmentation immédiate du nombre de malades et de décès.

Les pays les plus touchés innovent pour rattraper ce retard le plus rapidement possible. Ils combinent par exemple plusieurs campagnes de santé (vaccins, pilules vermifuges, moustiquaires, etc.) afin que les communautés reçoivent tous ces services en même temps, ce qui permet d'accroître la couverture tout en minimisant l'exposition pendant la pandémie. De telles innovations peuvent aider les systèmes de santé à atteindre les 14 millions d'enfants qui n'ont pas reçu les vaccins de base en 2019 et les millions d'autres qui risquent d'être laissés pour compte en 2020 à cause de la COVID-19.

Couverture de la DTP (troisième dose)

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



ÉDUCATION



Cible ODD : d'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité aboutissant à des résultats d'apprentissage pertinents et efficaces.

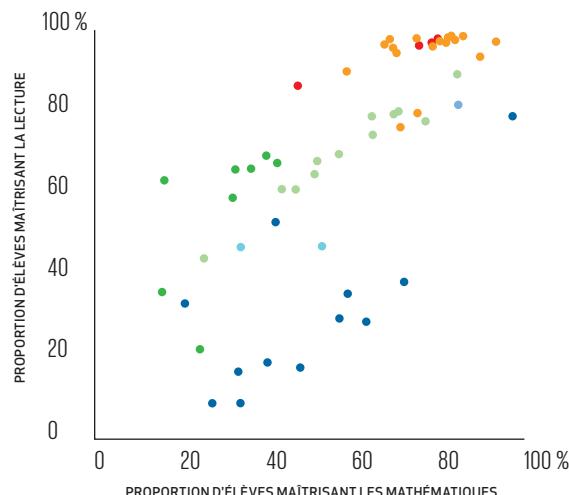
Avant la pandémie, le monde était déjà confronté à une crise de l'enseignement : 53 % des élèves dans les pays à revenu faible et intermédiaire (et 87 % en Afrique subsaharienne) n'étaient pas capables de lire un texte simple à l'âge de 10 ans. Les difficultés financières et la fermeture des écoles risquent d'accroître ces inégalités et les filles sont les moins susceptibles de retourner à l'école.

L'enseignement à distance peut aider, mais de nombreux apprenants n'ont souvent pas la possibilité d'accéder à ce type de solution. Bien que nous ne connaissons pas le nombre exact d'étudiants qui ont accès aux technologies éducatives, par exemple,

nous savons toutefois que moins d'un tiers de la population africaine a accès au haut débit. Nous devons donc faire tout notre possible pour aider les étudiants à rattraper leur retard une fois qu'ils seront retournés en classe. Cela implique de mettre l'accent sur le développement et la révision des compétences de base comme la lecture et les mathématiques, d'adapter l'enseignement à ce que les élèves savent et ne savent pas, et de soutenir les enseignants en leur fournissant des plans de cours structurés ayant fait leurs preuves. Cela fait longtemps que nous avons besoin de ces changements. La COVID-19 offre peut-être l'occasion de les mettre en œuvre à grande échelle.

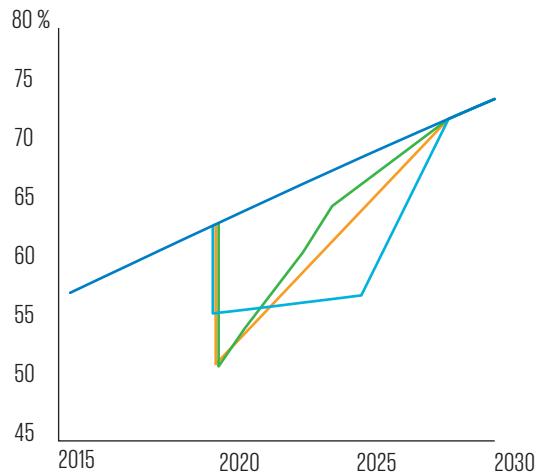
Pourcentage d'élèves (garçons et filles) de 2e ou 3e année ayant au moins atteint un niveau minimal de compétence en mathématiques ou en lecture

- 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 subsaharienne



Pourcentage prévu d'élèves ayant atteint un niveau minimal de compétences (fin du primaire, lecture)

- Pré-COVID-19
- Projection de la Banque mondiale
- Projection de Knaffenberger
- Projection de Gustafson



ÉGALITÉ HOMME FEMME



Cible ODD : reconnaître les soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser..

Nous étions déjà loin de l'égalité homme femme en matière de travaux domestiques non rémunérés : dans le monde, les femmes étaient en charge de trois fois plus de soins et de travail domestique non rémunérés que les hommes. À cause de la COVID-19, la quantité de travaux domestiques a augmenté pour tout le monde : davantage de services de garde d'enfants, davantage de soins de santé à domicile, davantage de repas à cuisiner, davantage de ménage à faire.

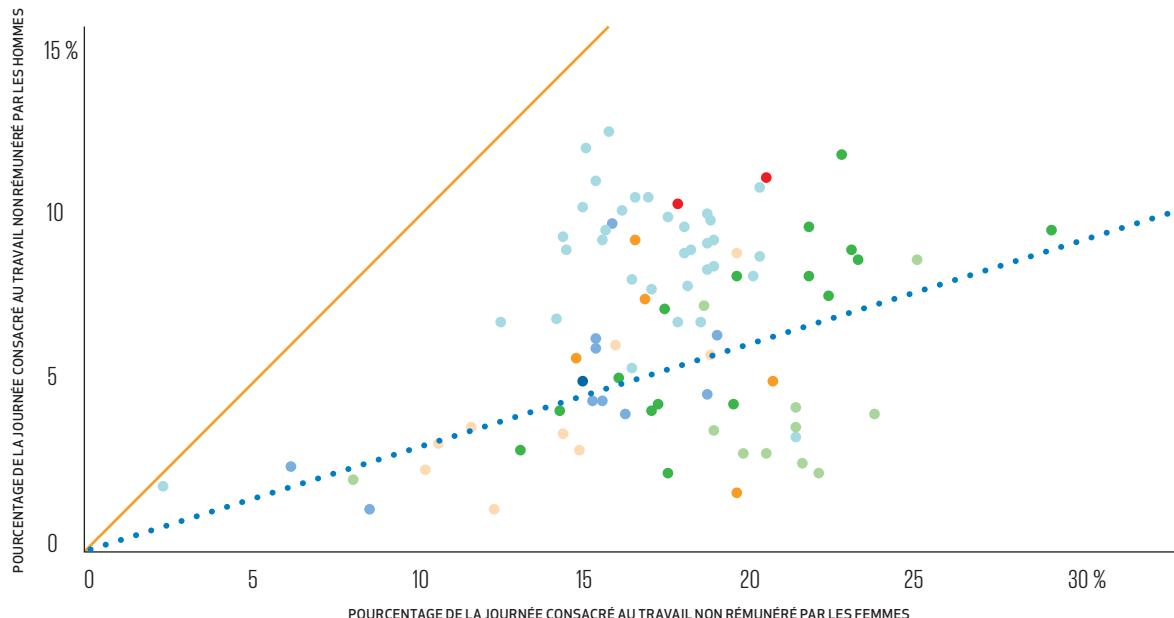
Les hommes sont plus actifs que jamais dans ce domaine, mais les données suggèrent que le travail non rémunéré des femmes a augmenté tout autant, voire plus. Selon les premières données européennes, les femmes passent

chacune 29 heures de plus par semaine à s'occuper de tâches non rémunérées, contre 25 heures pour les hommes. Nous avons déjà observé cette tendance lors de l'épidémie d'Ebola et de Zika. Dans ces cas, nous avons observé un impact à long terme sur la scolarisation des filles, l'emploi des femmes et d'autres ODD.

Face à ces perturbations, les gouvernements doivent adopter des politiques qui poussent les foyers à répartir de manière plus équitable le travail rémunéré et non rémunéré. Des pays comme l'Australie, l'Italie et Fidji montrent la voie en offrant de nouveaux congés familiaux et maladie plus longs aux employés.

Travail non rémunéré et travaux domestiques par sexe et par région

- Quantité de travail égale
- Moyenne mondiale
- Australie et Nouvelle-Zélande
- Asie centrale et du Sud
- Asie de l'Est et 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 subsaharienne



HYGIÈNE

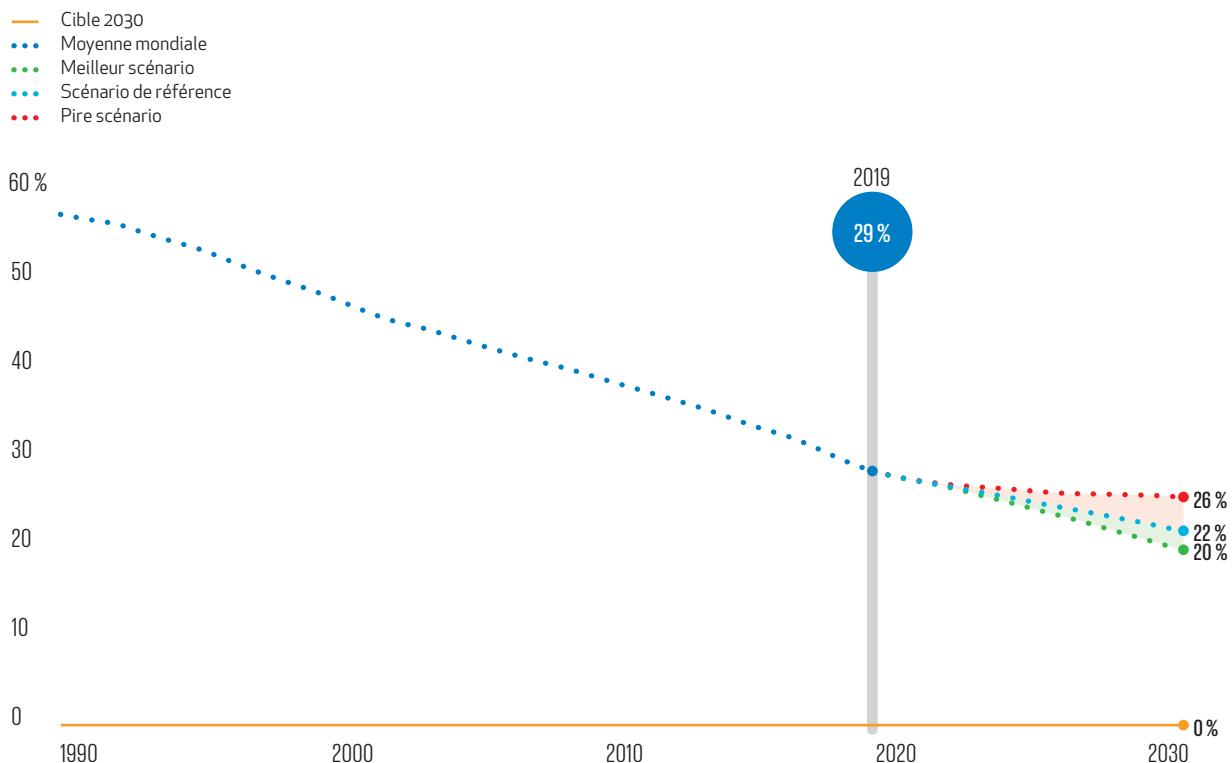


Cible ODD : accès à des pratiques d'hygiène et d'assainissement appropriées et équitables pour tous, et élimination de la défécation en plein air, en apportant une attention particulière aux besoins des femmes, des filles et des personnes en situation de vulnérabilité.

L'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) sont généralement regroupés dans le domaine du développement. La pandémie a forcé les gens à faire plus attention à l'hygiène, en particulier au lavage des mains qui contribue à réduire la propagation de la COVID et d'autres maladies mortelles. Un système d'assainissement sûr permet d'obtenir les mêmes résultats, mais les progrès en matière d'assainissement sont difficiles à suivre. Les ODD ont établi à juste titre un nouvel objectif pour un service d'assainissement « géré en toute sécurité », mais le monde est en retard dans le suivi des données conformément à ce nouveau cadre. Les données que vous voyez ici mesurent l'accès aux toilettes raccordées au tout-à-l'égout. Mais de nombreux pays n'ont pas

les moyens de construire et d'entretenir un système d'égout trop coûteux. Plus abordables, les latrines à fosse et les fosses septiques sont également des solutions sûres lorsque leur contenu est vidé régulièrement et traité correctement. De nombreuses personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire utilisent déjà ces solutions. Il est probable que la pandémie ait réduit l'accès à des installations sanitaires gérées en toute sécurité. Nous devons comprendre de manière plus précise les tendances liées à la COVID afin de protéger les récents progrès durement réalisés et répondre à la demande croissante des communautés pour des installations sanitaires gérées en toute sécurité, de l'eau potable et des stations de lavage des mains.

Prévalence de populations utilisant des pratiques d'hygiène insalubres ou non améliorées



SERVICES FINANCIERS POUR LES DÉMUNIS

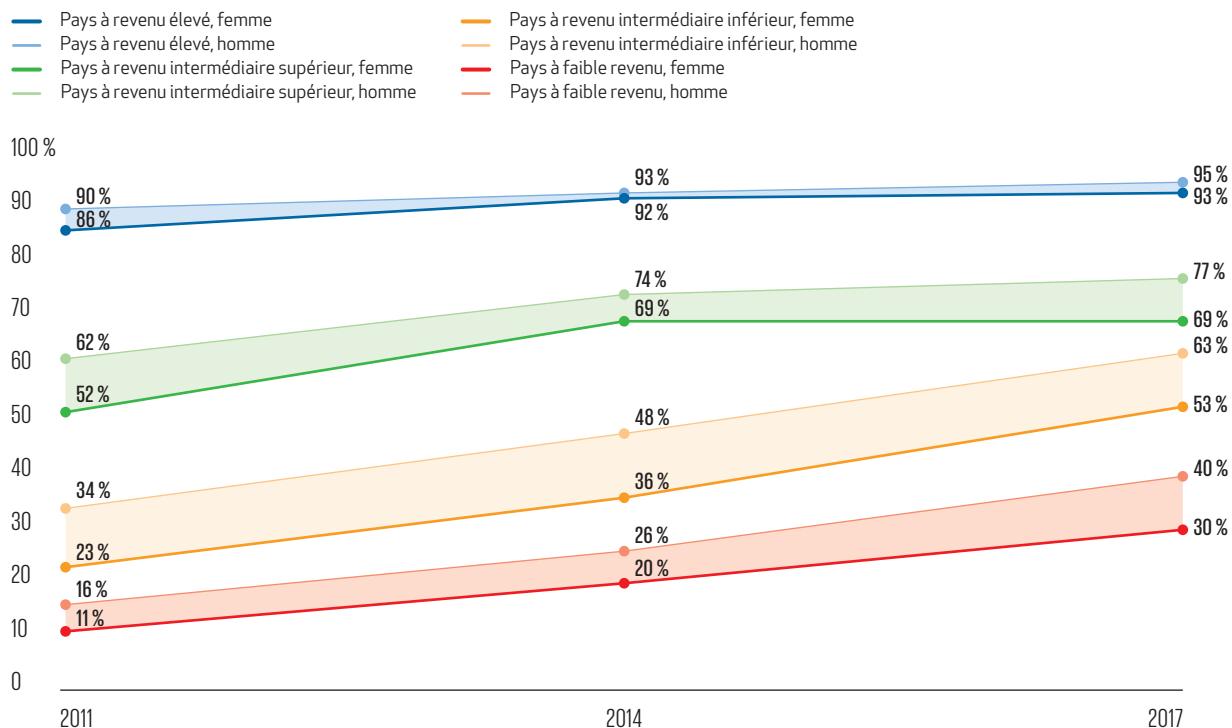


Cible ODD : renforcement de la capacité des institutions financières nationales à encourager et étendre l'accès aux services bancaires, d'assurance et financiers pour tous.

Nous n'avons pas les chiffres pour cet indicateur en 2020, mais nous nous attendons à ce qu'ils révèlent une augmentation du nombre de titulaires de compte bancaire. Face à la nécessité urgente d'envoyer rapidement de l'argent aux particuliers tout en les aidant à respecter les mesures de distanciation sociale, plus de 130 administrations ont créé ou amélioré des programmes de transfert d'argent numérique. Beaucoup renouvellent les politiques et les réglementations afin de faciliter les transactions mobiles pour les particuliers, notamment les démunis. Les pays (comme l'Inde) qui disposaient déjà d'une infrastructure numérique bien établie avec des systèmes de paiement et d'identification avant la pandémie ont été en mesure de réagir de manière particulièrement efficace.

La priorité à présent consiste à s'assurer que ces réformes participent à la résolution de la crise actuelle tout en posant des bases solides pour une inclusion financière numérique durable qui aidera les personnes les plus vulnérables à sortir de la pauvreté et stimulera la croissance économique. Ceci implique de concevoir des outils et des systèmes financiers pour répondre aux besoins des clients à faible revenu qui n'ont peut-être pas de smartphone ou facilement accès à la technologie et qui ont tendance à ne transférer que de petits montants. Les services adaptés aux besoins spécifiques des femmes peuvent faciliter leur inclusion financière et contribuer à leur autonomisation économique.

Proportion d'adultes (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 des références complémentaires sont disponibles sur le site de Goalkeepers (www.gatesfoundation.org/goalkeepers).

INTRODUCTION

Organisation mondiale de la santé (OMS), « Tableau de bord de l'OMS concernant le coronavirus (COVID-19) ».

IMPACT MONDIAL

Mills, « The 1918-1919 Influenza Pandemic » et Bureau du recensement des États-Unis, « Week 11 Household Pulse Survey ».

La catastrophe économique

Gentilini, et al., *protection sociale*; Organisation internationale du travail, moniteur de l'OIT; Gopinath, « réouverture »; Fonds monétaire international (FMI), Base de données sur les perspectives économiques mondiales (World Economic Outlook Database); Kazzaz, « Emergency Disbursements » ; et Pollack, et al., *Emerging*

Graphique illustrant l'impact des récessions mondiales sur le PIB : la ligne pointillée représente le scénario de référence. La zone ombrée est délimitée par des scénarios alternatifs tels que définis par le FMI. Voir FMI, *World Economic Outlook Update*.

Plans de relance économique face à la COVID-19 : voir Overseas Development Institute, *Country Policy Responses*. Les données sur le PIB (\$) et la population correspondent aux valeurs de 2018 de la base de données World Development Indicators (Banque mondiale). Dans le graphique, l'Afrique du Sud est regroupée avec d'autres pays du G20, mais elle est incluse dans le calcul du financement moyen de la relance pour les pays du G20 et les pays d'Afrique subsaharienne, respectivement.

Graphique sur les prévisions des tendances de la pauvreté dans le monde : voir la section « Examiner les données » pour les notes sur la pauvreté. Les taux de variation sont fondés sur les estimations de la pauvreté de l'IHME comparant le nombre de personnes vivant au niveau ou en dessous du seuil de pauvreté extrême (1,90

\$ É.-U./jour, parité de pouvoir d'achat 2011 : PPA) chaque année entre 2017 et 2020.

Une femme, une histoire

Pathways est un projet multidisciplinaire basé dans le Bihar et l'Uttar Pradesh en Inde et au Kenya. Il implique des femmes vulnérables et leurs enfants afin d'identifier les risques et les défis sanitaires auxquels ils sont confrontés et aide les familles à chercher et à recevoir les services de santé dont elles ont besoin pour prospérer. Pendant la pandémie de COVID-19, grâce aux relations qu'ils ont établies avec les femmes en Inde et au Kenya, les chercheurs de Pathways ont pu en apprendre davantage sur leurs expériences en cette période particulièrement difficile. Sonder Collective est l'organisation principale qui dirige ce projet. Ses collaborateurs sont Final Mile, Vihara Innovation Network et Desire Line.

UNE RÉPONSE COLLABORATIVE

Nations Unies (ONU), « Statistiques sur le commerce international 2019 » (2019 International Trade Statistics).

Innover sur une base d'équité

OMS, « Accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) (The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator) » et Pronker et al., « Risk in Vaccine Research ».

Graphique Combien de vies une vaccination équitable pourrait-elle sauver ? : Laboratoire de modélisation des systèmes biologiques et socio-techniques (MOBS LAB), Northeastern University.

EX AMINER LES DONNÉES

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. Ci-dessous figurent 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 1990-2019. Le « pire » scénario applique le 15e percentile de l'ISD combiné au 15e percentile du TDVA de l'indicateur.

Pauvreté

Les taux de pauvreté extrême mesurent 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 pour 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 utilisant 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 de chaque année jusqu'en 2021. Bien qu'aucune donnée d'enquête ne soit disponible au-delà de 2019, l'IHME utilise ce modèle afin d'estimer les taux de pauvreté pour 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 les taux de pauvreté extrême (1,90 \$ É.-U.) et de pauvreté dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (3,20 \$ É.-U.) pour 2022 à 2030 en analysant la variation du taux de pauvreté d'une année sur l'autre à l'aide d'un modèle d'ensemble. Ce modèle 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.

Retard de croissance

L'IHME mesure la prévalence du retard de croissance comme une taille par rapport à l'âge se situant à deux écarts-types de la médiane de référence sur la courbe de croissance présentée sur la base des normes OMS de croissance pour les enfants de 0 à 59 mois (2006). 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.

Le texte accompagnant le tableau de données fait référence à Roberton et al., « Early Estimates ».

Taux de mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle (TMM) est 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 effets à court terme (2020–2021) incluent l'effet de la baisse du nombre d'accouchements en établissement. L'IHME a estimé la baisse du nombre d'accouchements en établissements en utilisant comme indicateur les données d'enquête sur la baisse du nombre de toutes les visites médicales. L'IHME n'a cependant pas constaté de différences statistiquement significatives entre cette diminution et celle des autres visites médicales dans l'échantillon étudié. 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.

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

L'IHME définit le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans comme la

probabilité pour un nouveau-né de mourir avant l'âge de 5 ans. Il s'exprime comme la mortalité par millier de 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, MII, ACT) et l'ISD.

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 s'exprime comme la mortalité par millier de naissances vivantes. Les effets à court terme (2020–2021) incluent l'effet de la baisse du nombre d'accouchements en établissement. L'IHME a estimé la baisse du nombre d'accouchements en établissements en utilisant pour substituer les données d'enquête sur la baisse du nombre de l'ensemble des visites médicales. L'IHME n'a cependant pas constaté de différences statistiquement significatives entre cette diminution et celle des autres visites médicales dans l'échantillon étudié. Les projections se basent sur un ensemble de facteurs clés dont les facteurs de risque de la CMM, des interventions sélectionnées (ex. : vaccins) et l'ISD.

VIH

L'IHME estime le taux de nouvelles infections au VIH par millier de 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. Ces intrants ont été intégrés à une version modifiée du logiciel Spectrum d'Avenir Health. La TAR pour adultes est estimée sur la base des dépenses prévues pour les soins curatifs contre le VIH, qui à leur tour étaient estimés en fonction du revenu par habitant, en tenant compte de l'effet de la pandémie de COVID-19 et des prix de la TAR. En outre, l'effet à court terme (2020–2021) de la pandémie de COVID-19 sur la couverture de la TAR a été évalué à l'aide de données d'enquête. En raison des limites de taille de l'échantillon, toute interruption de traitement a été utilisée comme proxy par pays. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les TAR et toute interruption de traitement dans l'échantillon étudié.

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 de prévalence, les signalements de cas et les estimations de mortalité par cause spécifique afin de construire un modèle statistique qui permet d'obtenir une cohérence interne entre les estimations.

En complément des tendances historiques, 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'IHME a également incorporé les effets à court terme (2020–2021) de la COVID-19 sur l'incidence de la tuberculose en utilisant le niveau d'interruption de tout traitement comme proxy par pays à partir des données d'enquête et appliqué cet effet en utilisant la relation historique entre l'accès aux soins et la qualité (HAQ) et l'incidence de la tuberculose.

Paludisme

L'IHME estime le taux standardisé de cas de paludisme par âge par millier de personnes. Les effets à court terme (2020–2021) ont été mesurés à l'aide de données d'enquête sur l'interruption de la couverture de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) et sur les variations relatives du nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) reçues ou achetées depuis la pandémie par rapport à la période précédente. Les projections jusqu'en 2030 ont été calculées à l'aide d'un modèle en deux étapes. Premièrement, les prévisions pour la couverture de l'ACT et des MII sont établies comme une fonction de l'aide au développement en faveur de la santé (ADS) dont les prévisions sont basées sur le revenu par habitant. Après avoir appliqué une spline sur la couverture d'intervention dans la première étape, l'IHME utilise ensuite les résiduels de la première étape pour adapter un modèle linéaire pour chaque pays 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 est utilisé dans la première étape et l'année civile dans la seconde.

Maladies tropicales négligées

L'IHME mesure la somme de la prévalence de 15 MTN par centaine de milliers de personnes, telle que mesurée actuellement par l'étude sur la Charge mondiale de morbidité : la trypanosomiase humaine africaine, la maladie de Chagas, l'échinococcosis cystique, la cysticercose, la dengue, les trématodes d'origine alimentaire, la dracunculose, les helminthes transmis par le sol (ankylostome, trichuriasis et ascariasis), la leishmaniose, la lèpre, la filariose, l'onchocercose, la rage,

la schistosomiase et le trachome. Les effets à court terme (2020–2021) varient en fonction de la MTN. L'IHME explique les légères augmentations de la prévalence par le report d'une seule vague de traitement de masse (TDM) pour la filariose, l'onchocercose, les helminthes transmis par le sol (ankylostome, trichuriasis et ascariose) et la schistosomiase ; - une interruption de la détection active et passive des cas, entraînant une augmentation de la prévalence pour la leishmaniose, la trypanosomiase humaine africaine et la maladie de Chagas ; 15% des cas de rage ne recevant pas de prophylaxie post-exposition (PPE) ; ajustements minimes pour la dengue dus à la propagation géographique ; augmentation de la prévalence de la lèpre due à des variations modérées de sévérité pour les grades 1 et 2 en raison de l'absence de couverture thérapeutique ; aucun effet sur la prévalence de transmission orale pour les trématodes d'origine alimentaire, l'échinococcosis cystique et la cisticercose. Aucun ajustement n'a été effectué pour la prévalence de la cécité ou du trouble de la vision dû au trachome ou à la maladie du ver de Guinée. 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 de COVID-19.

Le texte accompagnant le tableau de données fait référence au NTD Modelling Consortium, « Potential Impact ».

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 patchs contraceptifs, les anneaux, les implants, les injections, les dispositifs intra-utérins (stérilets), ou les contraceptifs d'urgence. Les effets à court terme (2020–2021) ont été mesurés à l'aide de données d'enquête. En raison des limites de taille de l'échantillon, l'IHME a utilisé toute interruption de traitement comme proxy par pays. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre l'interruption de contraception et d'autres traitements dans l'échantillon. L'IHME a intégré des questions sur la palette de méthodes et l'évolution de la demande dans l'enquête, mais n'a finalement pas pu les intégrer dans l'analyse en raison de la petite taille de l'échantillon. 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 de COVID-19.

Couverture sanitaire universelle

L'indice de couverture sanitaire universelle (CSU) est une nouvelle mesure composée 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 services de 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 la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche et d'enfants recevant la première dose du vaccin à valence rougeole. Les soins prénatals pour les mères et pour les nouveau-nés sont également 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 affectant la santé maternelle et infantile et 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 de la TAR chez les personnes atteintes du VIH/SIDA. Pour les maladies non transmissibles, il s'agit des rapports MI pour la leucémie lymphoïde aiguë, l'asthme, l'épilepsie, l'appendicite, l'iléus paralytique et l'obstruction intestinale, le diabète, l'accident vasculaire cérébral, la maladie rénale chronique, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, le cancer de l'utérus, le cancer colorectal et le taux de mortalité normalisé en fonction des risques dû à la cardiopathie ischémique.

Une nouvelle méthode de pondération a été développée pour l'analyse : chaque indicateur a été pondéré en fonction de son impact théorique potentiel sur la réduction de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) pour chaque région et année afin de créer le nouvel indice de couverture effective de CSU. L'indice de couverture effective de CSU diffère de l'indice de CSU produit pour le Rapport

Goalkeepers de 2019, ce qui explique les différentes estimations dans le Rapport Goalkeepers de 2020 par rapport au Rapport Goalkeepers de 2019. Utiliser un modèle d'analyse de frontière métastochastique pour la CSU se prêtait bien à la prévision des indices de CSU entre 2020 et 2030. Les projections sur les dépenses totales de santé par habitant ont été utilisées comme variable indépendante. Les inefficacités propres à chaque pays et à chaque année ont ensuite été extraites du modèle et prévues pour 2030 en utilisant une régression linéaire avec des pondérations exponentielles dans le temps pour chaque niveau de pays. Ces inefficacités prévues, ainsi que les estimations des dépenses totales de santé par habitant prévues, ont été substituées à la dernière frontière adéquate afin d'obtenir les estimations de CSU pour tous les pays pour 2020–2030. Les effets à court terme (2020–2021) ont été inclus en revoyant nos estimations pour 2020 et 2021 à la baisse en fonction des facteurs d'ajustement des données d'enquête, en utilisant toute omission de prise de traitement comme proxy.

Tabagisme

L'IHME mesure la prévalence, normalisée en fonction de l'âge, de l'utilisation actuelle du tabac fumé chez les personnes de 15 ans et plus. L'IHME rassemble les informations provenant des enquêtes disponibles comprenant des questions sur la fréquence de l'utilisation du tabac (ex. : quotidien, occasionnel), 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 convertit 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. Il intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie de 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), seconde dose de vaccin à valence rougeole (MCV2) et trois doses du vaccin pneumococcique conjugué (PCV3). L'IHME a mesuré les effets à court terme (2020–2021) au moyen de données d'enquête basées sur des visites manquées pour la vaccination et de données administratives sur les doses de vaccin. 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 de COVID-19.

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 utilisé l'ISD comme facteur clé. Il intègre les projections du revenu par habitant et les effets de la pandémie de COVID-19.

Indicateurs estimés à partir d'autres sources

Agriculture

Voir RuLIS, « Rural Livelihoods Information System ». L'année la plus récente disponible a été utilisée pour certains pays allant de 2005 à 2017. Pour la méthodologie, voir Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), *RuLIS : Notes techniques*.

Éducation

L'Institut de statistique de l'Unesco (ISU) a mis à jour son *Protocole d'établissement du rapport de l'indicateur ODD 4.1.1* (voir la version numérique sur le site Internet de Goalkeepers) en février 2020. Ce changement de protocole a permis de régler le problème de sélection des sources de données lorsque plus d'une source est disponible pour un pays et un indicateur donné, évitant ainsi d'avoir plusieurs sources de données dans la série chronologique. Il a également modifié les critères d'utilisation des résultats des évaluations nationales de l'apprentissage, qui sont à présent limités aux évaluations utilisant la théorie de la réponse aux items (TRI). Ceci a réduit le nombre de points de données par rapport aux données publiées dans le *SDG 4 Data Book: Global Education Indicators 2019* (voir le site de Goalkeepers).

En ce qui concerne l'analyse de l'ISU sur la perte d'apprentissage post-COVID, plusieurs estimations visent à modéliser l'impact de la COVID-19 sur l'obtention par les élèves d'un niveau minimum de compétence en lecture à la fin du primaire : voir Gustafsson Nuga, *How Is the COVID-19 Pandemic*; Kaffenberger, « Modeling the Long-Run » et Azevedo et al., *Simulating the Potential Impacts*. L'analyse de l'ISU adapte les effets de trois études pour montrer le pourcentage prévu d'élèves qui atteignent le niveau minimal de compétence, dans un scénario où 68 % des pays mettent en œuvre des activités de ratrappage (le pourcentage de pays qui prévoient des activités de ratrappage selon une enquête de l'Unesco, de l'Unicef et de la Banque mondiale). Plus d'informations sur les projections sont disponibles sur le site de Goalkeepers.

Égalité homme femme

Le tableau est adapté du rapport d'ONU Femmes, *Le progrès des femmes dans le monde*. Les données sont les plus récentes disponibles pour 88 pays et territoires (2001-2017). Le groupe d'âge est 15 ans ou plus, si disponible (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 unie de Tanzanie (2014) pour les personnes âgées de 5 ans ou plus. Les données pour la Bulgarie, le Danemark, la Lettonie, les Pays-Bas, la Slovénie et l'Espagne correspondent au temps consacré aux soins non rémunérés par les personnes de 20 à 74 ans seulement. Dans le cas du Qatar, seules les zones urbaines sont couvertes dans l'analyse. Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence, étant donné l'hétérogénéité des enquêtes et des pays en termes de définitions, de méthodologie et de couverture des échantillons. Pour plus d'information sur les données au niveau des pays, consultez la base de données mondiale sur les indicateurs des ODD de la Division de la statistique des Nations Unies.

Le texte accompagnant le tableau fait référence à ONU Femmes, « Will the Pandemic Derail Hard-Won Progress ».

Services financiers pour les plus démunis

Banque mondiale, « Global Findex Database 2017 ».

PHOTOGRAPHIE

Images fournies par Gates Archive, avec les ajouts suivants :

Couverture

Crédit photo Himanshu Bhatt/NurPhoto via Getty Images

Introduction

Crédit photo Waldo Swiegers/Bloomberg via Getty Images

Un impact mondial

Crédit photo Narinder Nanu via Getty Images

La catastrophe économique

Crédit photo Diptendu Dutta/AFP via Getty Images

Crédit photo Noah Seelam/AFP via Getty Images

Une femme, une histoire

Crédit photo Chloé Roubert via Pathways

Une réponse collaborative

Crédit photo Olukayode Jaiyeola/ NurPhoto via Getty Images

Innover sur une base d'équité

Crédit photo Ariana Drehsler/AFP via Getty Images

Crédit photo Samir Jana/Hindustan Times via Getty Images

Crédit photo Dibyangshu Sarker/AFP via Getty Images

Conclusion

Crédit photo Juancho Torres/Anadolu Agency via Getty Images

BILL & MELINDA
GATES foundation

 IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

