

RAPPORT GOALKEEPERS 2025

NE NOUS ARRÊTONS PAS À MI-CHEMIN

Goalkeepers a vocation à accélérer les progrès des objectifs de développement durable.



Contenus

5 UNE GÉNÉRATION DE PROGRÈS, UN CHOIX À FAIRE

8 UNE FEUILLE DE ROUTE VERS LE PROGRÈS

9 **Le progrès par le partenariat**
Par l'honorable Muhammad Inuwa Yahaya
Gouverneur de l'État de Gombe, Nigeria

11 **Je suis toujours là**
Par Josephine Barasa
Agent de santé locale, Kenya

14 DES INNOVATIONS QUI OPTIMISENT CHAQUE DOLLAR DÉPENSÉ

16 **Le pouvoir de la vaccination**
Par Dr Naveen Thacker, Inde
Consultant pédiatre, hôpital Deep Children, Gandhidham, Gujarat
Directeur exécutif, Association internationale de pédiatrie

18 ÉRADIQUER LES MALADIES DE LA CARTE

20 **Un avenir sans paludisme**
Par Krystal Mwesiga Birungi, Ouganda
Chargée de recherche et de sensibilisation, Target Malaria Uganda

25 UN APPEL À L'ACTION

26 EXPLORER LES DONNÉES

46 SOURCES DE DONNÉES

POINTS CLÉS

2025 sera la première année du XXI^e siècle à voir le nombre de décès d'enfants augmenter.

Malgré tout, il est possible d'enrayer ce retour en arrière avant qu'il ne se pérennise, même en période de contraintes budgétaires.

Grâce à des solutions éprouvées et à des innovations de nouvelle génération qui permettent de faire plus avec moins, nous pouvons sauver la vie de millions d'enfants, protéger les progrès pour lesquels nous nous sommes tant battus et éradiquer les maladies qui accablent l'humanité depuis des générations.



© Fondation Gates/Light Oriye, Nigeria

Par Bill Gates

Président, Fondation Gates

Une génération de progrès, un choix à faire

La mort d'un enfant est toujours une tragédie.

Mais elle est particulièrement bouleversante lorsque l'enfant meurt d'une maladie que nous savons prévenir.

Pendant plusieurs décennies, le monde a fait des progrès constants pour sauver la vie des enfants. Mais face à l'émergence de nouveaux défis, nous observons désormais un retour en arrière.

En 2024, 4,6 millions d'enfants sont morts avant leur cinquième anniversaire. **En 2025 et pour la première fois au XXI^e siècle, ce nombre devrait augmenter d'un peu plus de 200 000 pour atteindre environ 4,8 millions d'enfants.**

C'est l'équivalent de 5 000 salles de classe d'enfants qui disparaissent avant même d'apprendre à écrire leur nom ou à faire leurs lacets.

Mais ce n'est pas une fatalité.

Pour moi, la situation peut évoluer de deux manières différentes.

Notre génération peut devenir celle qui, malgré son accès à la science et aux plus grandes innovations de l'histoire de l'humanité, n'a pas réussi à lever les fonds nécessaires pour sauver des vies.

Depuis plusieurs mois, notre fondation travaille avec l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington pour quantifier les enjeux.

Les conclusions sont alarmantes.

Si le financement de la santé diminue de 20 % – niveau de réduction envisagée actuellement par certains grands pays donateurs –

12 MILLIONS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES POURRAIENT MOURIR D'ICI 2045.

La situation s'aggrave en cas de réduction plus drastique :

16 MILLIONS D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES POURRAIENT MOURIR D'ICI 2045.

Si nous nous engageons dans cette voie, nous serons la génération qui aura *presque* mis fin aux décès infantiles évitables. Qui aura *presque* éradiqué la polio. Qui aura *presque* effacé le paludisme de la carte. Qui aura *presque* fait du VIH un mauvais souvenir.

MAIS NOUS NE POUVONS PAS NOUS ARRÊTER À MI-CHEMIN.

Nous savons que des enfants meurent. Nous savons pourquoi. Et nous savons quoi faire pour que cela s'arrête.

Pour le bien de l'humanité,

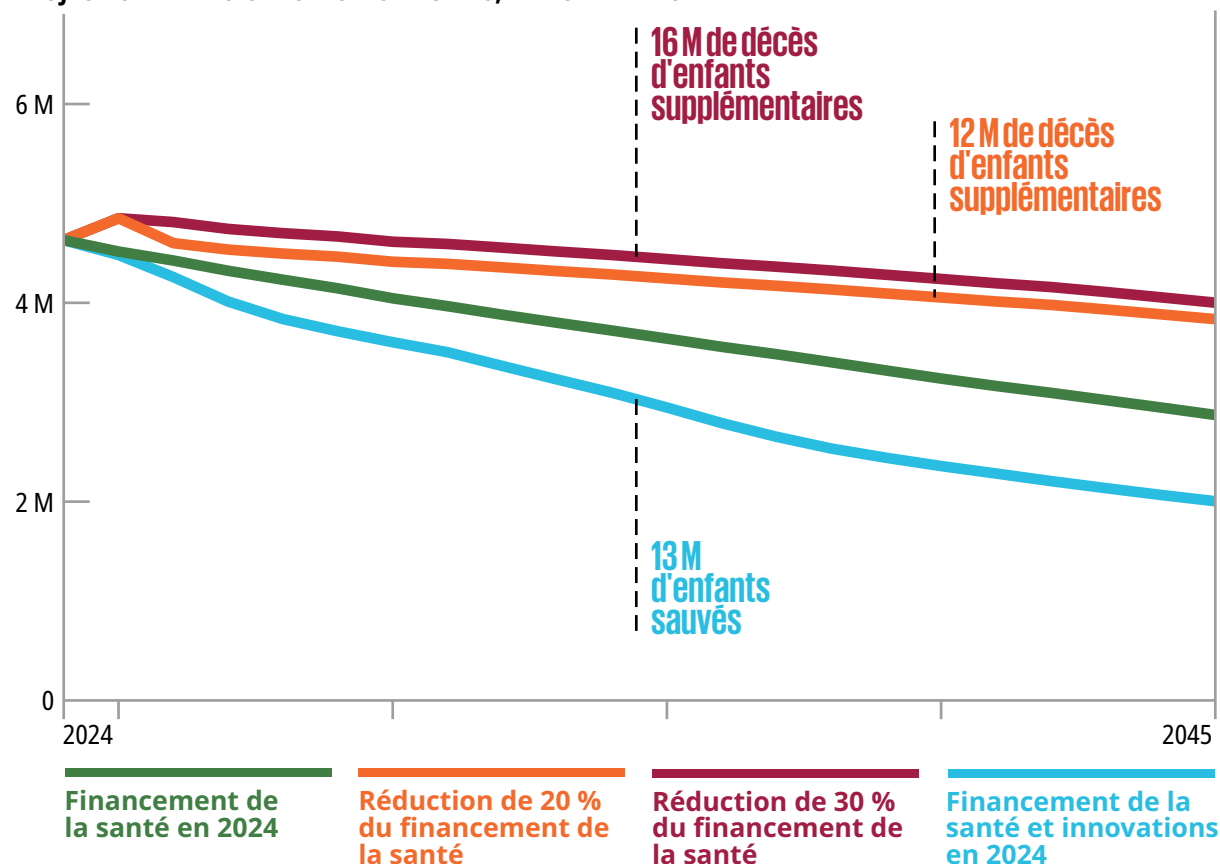
NOUS DEVONS CHOISIR L'AUTRE VOIE :

celle où nous mettons à profit tous les enseignements que nous avons tirés et où **nous nous assurons que les innovations parviennent aux enfants qui en ont besoin**, pour sauver des millions de jeunes vies.

L'HUMANITÉ EST À LA CROISÉE DES CHEMINS

Des millions de vies d'enfants sont en jeu

PROJECTION DE DÉCÈS DES MOINS DE 5 ANS, À L'ÉCHELLE MONDIALE



Le financement de la santé fait référence à l'aide au développement pour la santé (ADS) – l'aide fournie par les pays à revenu élevé et les donateurs pour améliorer la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le graphique présente la projection de l'impact d'une réduction de 20 % et 30 % de l'ADS. Voir la méthodologie pour plus de détails.

Je continuerai de plaider par tous les moyens possibles et partout où je le peux en faveur d'une augmentation du financement pour la santé des enfants du monde et pour les initiatives qui rendent plus efficace notre système actuel. Mais quand des millions de vies sont en jeu, nous devons faire plus avec moins, **dès maintenant**.

Cette idée n'a rien de nouveau pour les ministres de la Santé du monde entier. Depuis longtemps, ils cherchent à optimiser leurs budgets limités. Mais aujourd'hui, quand tant de pays dépensent plus pour rembourser leur dette que pour la santé ou l'éducation, chaque dollar doit être utilisé encore plus judicieusement.

Heureusement, il existe des stratégies et des innovations pour nous aider à y parvenir.

Ce rapport est une feuille de route vers le progrès : quand la dépense intelligente s'allie à l'innovation à grande échelle.

J'aurais préféré que nous puissions faire plus avec *plus* parce que c'est ce que méritent les enfants dans le monde. Mais même dans une période où les budgets sont serrés, nous pouvons faire une grande différence. Au cours des 25 dernières années, nous avons beaucoup appris sur comment sauver des vies, même avec des ressources limitées.

Ce n'est pas uniquement une question d'argent. C'est une question de priorités, d'engagement et de choix.

Tout d'abord, nous allons devoir **intensifier nos efforts sur les interventions les plus efficaces** : des systèmes de santé primaires solides et des vaccins qui sauvent des vies.

Ensuite, nous devons **privilégier les innovations qui optimisent chaque dollar investi**. Je pense à des solutions telles que les vaccins qui nécessitent moins de doses pour offrir une protection égale ou supérieure aux anciennes versions, ou encore de nouveaux usages intelligents des données qui permettent de s'assurer que les interventions les plus efficaces contre des maladies comme le paludisme sont déployées exactement là où elles sont le plus nécessaires.

Enfin, nous devons continuer à **soutenir le développement d'innovations de nouvelle génération**, qui sont si efficaces qu'elles pourraient **éradiquer définitivement certaines menaces les plus mortelles pour les enfants**.

Cela ne sauvera pas seulement la vie des enfants. Cela changera fondamentalement le monde dont ils hériteront.

Cela peut sembler ambitieux, et c'est le cas. Mais c'est aussi à portée de main.



© Fondation Gates/Brian Otieno, Kenya

J'espère qu'après avoir lu ce rapport, vous serez non seulement optimistes quant à nos chances de réussir, mais aussi motivés pour contribuer à cette ambition.

Je le suis.

UNE FEUILLE DE ROUTE VERS LE PROGRÈS



La priorité aujourd'hui : investir dans les soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires sont le pilier discret mais indispensable de tout système de santé ; ceux dont personne ne parle, mais qui **rendent tout le reste possible**. Ils aident les mères à accoucher en toute sécurité. Ils diagnostiquent la pneumonie avant qu'il ne soit trop tard. Ils vaccinent les enfants avant que les épidémies n'éclatent. Ils détectent les nouvelles menaces avant qu'elles ne se transforment en urgences majeures.

Et ils sont remarquablement rentables. **Pour moins de 100 dollars** par personne et par an, un système de soins de santé primaires solide peut prévenir **jusqu'à 90 % des décès d'enfants**.

En résumé, investir dans les soins de santé primaires est notre meilleure option pour sauver le plus grand nombre de vies avec des ressources limitées.

Les pages ci-après présentent quelques exemples réels :

Au Nigeria, confronté à un déficit budgétaire important, le gouverneur Muhammad Inuwa Yahaya de l'État de Gombe n'a pas attendu la perfection : il s'est concentré sur les fondamentaux.

Malgré de sérieux obstacles, les agents de santé comme Josephine Barasa au Kenya ne se découragent pas et font tout ce qu'ils peuvent, même avec moins de ressources et moins de soutien, pour sauver des vies chaque jour.

Le progrès par le partenariat

Par l'honorable Muhammad Inuwa Yahaya

Gouverneur de l'État de Gombe, Nigeria



Fournies par le Bureau du gouverneur

En 2019, lorsque je suis devenu gouverneur de l'État de Gombe, dans le nord du Nigeria, le pays accusait un déficit budgétaire historique. Nos systèmes étaient défaillants, nos cliniques en difficulté, nos écoles en ruine, et nos ressources très limitées pour y remédier. Notre système de santé ne recevait que 3,5 % du budget total de l'État. Les infrastructures étaient délabrées, le personnel formé était rare et souvent absent, et les services étaient inabordables pour les démunis. Le plus simple aurait été d'attendre pour améliorer la situation et ne pas dépenser d'argent. Mais la population ne pouvait pas attendre, et nous non plus.

On pense souvent que les coupes budgétaires sont un moyen de faire des économies. **Mais ce qui sauve réellement les finances et les vies, c'est dépenser avec une vision, de la discipline et du sens.**

Nous avons fait le choix de concentrer nos ressources et de reconstruire. Nous nous sommes concentrés sur les fondamentaux : la santé primaire, l'éducation et la confiance. Aujourd'hui, Gombe dispose d'un centre de santé primaire rénové ou récemment construit dans chaque unité, soit 114 au total, qui offrent des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Plus de 300 000 personnes sont inscrites à l'assurance maladie de notre État. Nous avons également construit trois hôpitaux généraux et reconstruit notre hôpital spécialisé. Rien de tout cela n'a été fait avec l'argent des bailleurs, mais grâce au budget dont nous disposions déjà.

Cela n'a pas été simple. L'un de mes plus grands défis a été de mettre en place un système de présence biométrique pour les professionnels de santé. En théorie, nos établissements disposaient du personnel nécessaire. Mais quand je visitais les cliniques, je trouvais des infirmières seules qui s'occupaient de deux fois plus de patients avec la moitié de personnel. Nous avons trouvé 500 employés fantômes. En réglant ces problèmes, nous avons économisé 2,8 milliards de nairas (1,8 million de dollars). Nous les avons réinvestis dans la formation, l'embauche et l'offre de soins.

Alors que le financement de la santé évolue, nous utilisons cette même approche aujourd'hui pour rendre le système plus efficace grâce à la technologie. Nous suivons non seulement le nombre de patients, mais aussi la prestation des services. **Quand on sait où sont les lacunes, on sait où intervenir.** Nous avons par ailleurs amélioré la coordination du financement externe en nommant un conseiller spécial sous ma direction afin de garantir l'optimisation de ressources.

Ce que cela m'a appris : **il est inutile d'attendre que les conditions soient idéales pour progresser. Il faut de la clarté et du courage pour persévérer.**

À Gombe, nous n'avons pas attendu la perfection. Nous n'avons pas attendu d'être secourus. Mais nous n'avons pas non plus essayé d'avancer seuls. Nous avons commencé avec ce que nous avons. Nous avons construit ce dont nous avons besoin. Et nous avons invité des partenaires à nous rejoindre, non pas parce que nous avons les besoins les plus pressants, mais parce que nous avons une vision claire.

Le leadership, ce n'est pas chercher de la reconnaissance. C'est s'assurer que les gens soient progressivement libérés des souffrances du passé.

Un dirigeant est confronté à de la résistance et du doute. Mais si vous restez à l'écoute de votre communauté, si vous vous basez sur des données, si vous restez cohérents et si vous dirigez avec détermination, le soutien viendra. Et le changement suivra.

Nous ne sommes pas les seuls à agir. Le chemin à suivre est celui que nous parcourons ensemble : communautés, pouvoirs publics et partenaires mondiaux, côte à côte. C'est ainsi que le vrai changement se construit. C'est ainsi qu'il perdure.



© Fondation Gates/Andrew Esiebo, Nigeria

Je suis toujours là

Par Josephine Barasa

Agent de santé locale, Kenya



© Fondation Gates/Natalia Jidovanu, Kenya

Elles m'appelaient leur « mère mentor ».

C'était mon métier. Je suis agent de santé et je lutte contre les violences sexistes et sexuelles.

Les femmes, les jeunes filles même, venaient me demander de l'aide. La plupart avaient à peine eu le temps d'être enfants avant que la maternité ne leur tombe dessus. Certaines ne l'avaient pas choisi. Beaucoup avaient été victimes de violences.

Je sais ce que c'est que de vivre avec le poids d'une blessure qu'on n'a pas demandée. Plus jeune, j'ai moi aussi été victime de violence. Alors, face à ces filles, j'ai vu plus que de la souffrance. Je me suis vue moi-même.

Je les ai accompagnées à travers leur grossesse et leur début de maternité. J'étais à leurs côtés pour surmonter la peur, la confusion, les questions auxquelles personne d'autre ne répondrait. Et je leur ai appris à s'occuper de leur bébé pour qu'il soit en bonne santé : quand vacciner, quoi manger, comment allaiter, comment rester propre, quand se rendre à la clinique.

Et un après-midi de janvier, tout s'est arrêté.

J'ai reçu le courriel juste peu après 14 h. Quelques mots seulement.

« Nous sommes désolés. Nous n'avons plus besoin de vos services. »

J'étais pétrifiée. Et je me suis murée dans le silence. Je n'ai pas parlé pendant quatre jours. Je ne suis pas sortie de mon lit. C'était impossible. J'avais construit toute ma vie autour de la parole, de l'accompagnement et du soutien et j'avais l'impression d'avoir perdu ma voix.

Cinq jours après le courriel, mon équipe et moi avons été convoquées pour un débriefing. En échangeant, au milieu des décombres de ma mission brisée, j'ai lentement retrouvé la parole. Et je me suis rendue compte d'une chose : **ils pouvaient me priver de financement, mais ils ne pouvaient pas priver mes femmes de mon soutien.**

En février, j'ai donc recommencé, officieusement, sans rémunération, et seule. Je ne baisse pas les bras. Je continue de repérer les situations de violences sexistes et sexuelles chez les femmes. Je continue de leur proposer une éducation à la santé et les soins de base pour leurs enfants. Je continue de les écouter. **Les systèmes d'accompagnement ont beau avoir disparu, les besoins sont toujours là. Et moi aussi.**

Nous avons essayé de pallier les défaillances autant que possible. Nous sommes allés dans des églises, des mosquées, des centres communautaires, pour expliquer notre action, demander de modestes dons, trouver un lieu de rencontre, tout ce qui peut nous aider à continuer, à continuer de prendre soin des enfants et à continuer de soutenir leurs mères. Parfois, nous recevons un peu de soutien. Parfois, on nous invite simplement à revenir plus tard. Mais nous n'abandonnons pas.

Le gouvernement kenyan est intervenu quand c'était possible. Le gouvernement a commencé à communiquer plus clairement et à répondre à certaines des défaillances les plus pressantes dans les services de santé maternelle. C'est un début.

Et malgré tout cela, je garde espoir. J'ai vu ce qui arrive lorsqu'une femme est soutenue – comment le fait d'être accompagnée transforme non seulement sa propre vie, mais aussi celle de son enfant et de sa communauté. Si nous, les femmes, ne faisons pas ce que nous sommes censés faire, nos communautés risquent de ne jamais se développer ni évoluer.

Cependant, je pense que c'est possible. Je pense que cela arrivera. **Et chaque jour où je ne baisse pas les bras, je choisis cet avenir – pour moi, pour mes enfants et pour les jeunes filles qui apprennent encore à devenir mères.**



© Fondation Gates/Natalia Jidovanu, Kenya

Les vaccins de routine restent le meilleur investissement en matière de santé mondiale.

Depuis 2000, le monde a réduit de moitié le nombre de décès chez les enfants. La raison principale ? Les vaccins, délivrés aux enfants qui en ont le plus besoin.

Chaque dollar dépensé pour la vaccination a donné aux pays un retour sur investissement de 54 dollars.

D'une certaine manière, cela sous-estime l'impact par dollar dépensé. Parce que chaque investissement dans la santé fait plus que sauver des vies, il les transforme. Un enfant en bonne santé peut aller à l'école et apprendre. Les parents en bonne santé peuvent travailler et subvenir aux besoins de leur famille. Et les sociétés en bonne santé sont économiquement plus solides et peuvent investir davantage dans leur population.

Pour les habitants des pays riches, il est difficile de se souvenir de ce qu'était la vie avant que les vaccins ne soient courants.

Mais Dr Awa Marie Coll Seck, ancienne ministre de la Santé du Sénégal à deux reprises, s'en souvient bien.

Elle nous raconte comment dans sa culture, on disait autrefois que tant que son enfant n'avait pas atteint l'âge de 5 ans et survécu à la rougeole, on ne pouvait pas vraiment considérer qu'on « avait » un enfant.

Au Sénégal, les services hospitaliers étaient autrefois remplis d'enfants atteints de rougeole. Beaucoup ont subi des lésions cérébrales et un nombre trop important d'entre eux n'ont jamais pu rentrer chez eux.

Mais avec le soutien de Gavi, l'Alliance du vaccin, le Sénégal a renforcé son système de vaccination systématique. Plus le nombre d'enfants vaccinés augmentait, plus le nombre de cas diminuait, passant d'un pic de 24 000 cas en 2000 à quelques centaines de cas, voire moins au cours des dernières années. Aujourd'hui, de nombreux services hospitaliers autrefois surchargés ont aujourd'hui fermé.

Ces progrès sont remarquables. Mais ils sont aussi fragiles, car à chaque fois que la vaccination de routine ralentit, des maladies mortelles peuvent réapparaître. De plus, rattraper le retard coûte plus cher que le maintien d'une bonne couverture vaccinale.

Voilà pourquoi faire parvenir les vaccins aux enfants aujourd'hui n'est pas seulement un investissement dans leur avenir, c'est un investissement dans l'avenir de nations entières.



© Archive Gates/Mansi Midha, Indonésie

DES INNOVATIONS QUI OPTIMISENT CHAQUE DOLLAR DÉPENSÉ

Pour lutter contre le paludisme, les pays concentrent les ressources les plus efficaces sur les zones qui en ont le plus besoin.

Aujourd'hui, dans les communautés d'Afrique subsaharienne, chaque saison des pluies fait ressurgir la même angoisse : l'animal le plus meurtrier au monde, le moustique *Anopheles*, et la maladie qu'il transmet, **le paludisme**.

Elle est si courante que la plupart des gens l'ont eue à un moment de leur vie, et si mortelle que pratiquement tout le monde connaît quelqu'un qui n'a pas survécu au paludisme – un bébé, un parent, un ami.

Un des gros problèmes avec le paludisme, c'est qu'il ne se manifeste pas de la même manière dans toutes les communautés d'un pays. Adopter une approche universelle n'est pas la stratégie la plus efficace pour sauver des vies.

C'est là qu'intervient l'adaptation au niveau infranational. Un processus auquel les pays ont recours afin de déterminer quelles interventions contre le paludisme déployer, où, quand et à quelle intensité.

Le résultat ? Un nombre plus limité de campagnes contre le paludisme, uniquement dans les régions les plus pertinentes.



© Fondation Gates/Brian Otieno, Kenya

L'argent économisé grâce au meilleur ciblage des campagnes permet aux pays de mener plusieurs interventions en parallèle, ce qui offre une protection renforcée aux enfants (et à leurs familles).

En adaptant leur réponse de manière à avoir le meilleur impact possible, **les pays peuvent maximiser le nombre de vies sauvées pour chaque dollar investi.**

En Zambie, l'ajout d'une carte numérique intelligente pour guider les équipes de pulvérisation vers les zones à haut risque a réduit de plus de 20 % le coût par cas de paludisme évité.

La réduction du nombre de cas de paludisme permet également d'avoir plus de moyens pour traiter d'autres maladies ; il est beaucoup plus facile de fournir du matériel et du personnel à un centre de santé lorsqu'il n'est pas complètement débordé par les cas de paludisme quatre mois par an, tous les ans.

Grâce aux vaccins qui offrent la même protection avec moins de doses, les pays ont plus d'argent à réinvestir dans les systèmes de santé.

Les vaccins pneumococciques conjugués (VPC) aident à protéger les enfants contre la pneumonie, principale cause de mortalité infectieuse chez les enfants de moins de 5 ans.

En mars dernier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis à jour ses recommandations sur le VPC. Dans les pays avec un programme de VPC en place, un calendrier de dosage réduit a été inclus. Au lieu des trois doses traditionnelles (deux doses initiales plus un rappel), les enfants vont pouvoir recevoir une dose primaire de VPC et un rappel, tout en bénéficiant d'une protection efficace.

Une seule injection en moins peut paraître anecdotique. Mais cela change la donne. Cela permet non seulement de réduire les coûts et de simplifier la logistique, mais cela soulage également la pression sur les systèmes de santé, tout en assurant la sécurité des enfants.

Passer à deux doses dans les pays éligibles permettrait d'économiser environ 2 milliards de dollars d'ici 2050. Avec l'argent économisé grâce à la réduction du calendrier de vaccination, les pays peuvent réinvestir dans l'élargissement de la couverture vaccinale ou introduire des vaccins pour lutter contre d'autres maladies qui tuent les enfants de manière disproportionnée.

Le pouvoir de la vaccination

Par Dr Naveen Thacker, Inde

Pédiatre consultant, hôpital Deep Children, Gandhidham, Gujarat
Directeur exécutif, Association internationale de pédiatrie



© Fondation Gates/Mansi Midha, Inde

Il faut parfois attendre plusieurs générations pour voir l'impact de certaines avancées. Ce n'est pas le cas pour les vaccins. Je suis pédiatre depuis plus de quarante ans et au cours de ma carrière, j'ai été témoin de leur impact en temps réel sur la vie des enfants.

J'ai grandi à Satna, en Inde. Ça l'époque, il n'était pas rare d'entendre quelqu'un dire : « Nous étions sept, maintenant nous sommes cinq. » Les familles avaient beaucoup d'enfants, non seulement par choix, mais aussi parce qu'il était tacitement admis qu'ils ne survivraient pas tous. La plupart des gens de ma génération partagent la même histoire : un frère ou une sœur parti tôt, emporté soudainement par la fièvre, la pneumonie, ou terrassé par un mal inconnu.

Aujourd'hui, les parents peuvent choisir d'avoir un ou deux enfants parce qu'ils ont confiance dans le fait qu'ils survivront.

Lorsque j'ai commencé ma résidence, le service hospitalier était rempli d'enfants souffrant de tétanos néonatal, de diphtérie, de pneumonie et de rotavirus. Plus tard, je me souviens d'une fois où j'ai vu 55 cas de polio en un seul mois. Les gens me voyaient comme un expert en méningite simplement parce que j'avais traité un nombre incalculable d'enfants qui en avaient souffert. J'étais témoin d'une immense souffrance au quotidien. De nombreux enfants ne survivaient pas, et ceux qui survivaient gardaient souvent des séquelles à vie.

Aujourd'hui, ces maladies ont largement disparu de ma pratique.

Pourquoi ? **Grâce aux vaccins.**

En Inde, l'introduction du vaccin pentavalent – qui protège les enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* de type b – et des vaccins antirotavirus a contribué à réduire de plus de moitié les décès dus à la pneumonie et à la diarrhée, autrefois principales causes de mortalité infantile. En 2024, 94 % des enfants admissibles ont reçu le vaccin pentavalent, un des taux de couverture les plus élevés de la région.

Mission Indradhanush, l'initiative phare de vaccination en Inde lancée en 2014, vise à garantir que chaque enfant de moins de 2 ans et chaque femme enceinte soit entièrement vacciné contre toutes les maladies évitables, avec une attention particulière sur les zones à faible couverture. La campagne a touché plus de 50 millions d'enfants et 12 millions de femmes enceintes à ce jour. Elle a contribué à combler les lacunes en matière de vaccination des enfants en profitant des enseignements de l'éradication de la poliomyélite : microplanification, sensibilisation et engagement communautaire. Aujourd'hui, la couverture vaccinale complète dans le plus grand pays du monde est bien supérieure à 90 %.

Les investissements constants du gouvernement indien dans le renforcement de sa chaîne d'approvisionnement et de ses agents de santé de première ligne – ainsi que l'utilisation des outils numériques – ont joué un rôle majeur. L'Inde a tiré les enseignements des efforts de vaccination contre la COVID-19 et a choisi de faire basculer le système national de vaccination vers le numérique. Avec plus de 79 millions de bénéficiaires et 292 millions de doses de vaccin enregistrés, son registre électronique de vaccination est l'un des plus grands au monde. Les impacts sont visibles, non seulement dans les statistiques, mais aussi sur le visage des enfants qui s'épanouissent aujourd'hui.

À une époque où, dans le monde entier, les budgets de la santé sont menacés, la vaccination systématique apparaît comme l'un des investissements les plus avisés que nous puissions faire. Les vaccins font plus que sauver des vies : ils préviennent les épidémies qui surchargent les hôpitaux, perturbent l'éducation et cannibalisent les ressources qui pourraient être utilisées pour d'autres priorités. Chaque dollar investi dans la vaccination rapporte beaucoup plus grâce aux coûts de traitements évités et à la productivité préservée. En d'autres termes, les vaccins ne sont pas un centre de coûts, mais une source d'économies.

Si nous voulons voir plus d'enfants en bonne santé, il est essentiel que les vaccins soient abordables. Ce principe a été l'un des principaux facteurs de réussite pour l'Inde et a contribué dans une large mesure aux progrès réalisés dans la santé des enfants à travers le monde. L'Inde est responsable de 60 % de la production mondiale de vaccins, ce qui rend la vaccination abordable et accessible à l'échelle mondiale et



© Fondation Gates/Mansi Midha, Inde

permet de sauver des vies non seulement en Inde, mais aussi en Afrique et en Asie du Sud-Est. Deux exemples majeurs : le vaccin antipneumococcique conjugué développé par le Serum Institute of India (SII) a été commercialisé à seulement 2 dollars par dose ; un vaccin antirotavirus développé en Inde a ramené le prix à environ 1 dollar par dose, ce qui a permis de le diffuser à grande échelle en Afrique et en Asie.

Quand j'ai commencé à exercer la médecine, j'ai vu un nombre incalculable d'enfants se battre pour vaincre des maladies qui ne font aujourd'hui plus le poids face aux vaccins.

Tant de choses peuvent changer en une seule vie.

Tel est le pouvoir de la vaccination.

ÉRADIQUER LES MALADIES DE LA CARTE

Dans les années 2040, de nouvelles avancées scientifiques pourraient faire disparaître le paludisme et ainsi éradiquer une maladie transmise par les moustiques qui tue plus de 400 000 enfants de moins de 5 ans chaque année.

Une série d'innovations se mettent en place pour créer un triple bouclier et empêcher le paludisme de tuer :

Avant la piqûre. La recherche sur une nouvelle génération de vaccins pourrait combler des lacunes critiques en protégeant les enfants plus âgés et ceux qui sont déjà exposés à la maladie, en particulier dans les régions fortement touchées telles que l'Afrique subsaharienne, où sont recensés 94 % des cas de paludisme.

Pendant l'exposition. Il y a une vingtaine d'années environ, le déploiement généralisé de moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique subsaharienne a engendré la baisse la plus rapide du nombre de décès dus au paludisme de l'histoire.

Mais à mesure que nos défenses s'amélioraient, les moustiques se sont adaptés.

En à peine 18 mois, une population de moustiques peut enchaîner 20 générations, ce qui lui donne de nombreuses occasions de développer une résistance à l'insecticide dont ces moustiquaires sont imprégnées.

C'est pourquoi les scientifiques ont développé des moustiquaires à *double* insecticide, associant deux insecticides différents pour contourner la résistance. Utilisées en accès prioritaire dans 17 pays d'Afrique, ces moustiquaires ont déjà permis de prévenir plus de 13 millions de cas.

Malgré les coupes budgétaires mondiales qui ont ralenti leur déploiement, le calcul est simple : **pour un peu plus de 1 dollar par personne, nous pouvons sauver des dizaines de milliers de vies chaque année.**

Mais ce n'est pas tout. Un grand producteur de répulsif anti-insectes a développé un petit insectifuge sous forme de carton à coller au mur pour éloigner les moustiques 24 heures sur 24. Il passe tout à fait inaperçu sur le mur d'une chambre d'enfant – affiché par exemple à côté d'un poster de super-héros. Sauf que ce poster est un super-héros : il sauve des vies.

Après la contamination. Le traitement devient radicalement plus simple. Un traitement à dose unique pourra éliminer certains types de paludisme et remplacer les cures de plusieurs jours par une seule pilule.

Grâce à ces innovations de nouvelle génération, ainsi qu'à une confiance et à un partenariat solide avec les pouvoirs publics et experts locaux, nous pouvons empêcher le paludisme d'être courant et prévisible, voire mortel.

Et nous sommes en bonne voie pour totalement éradiquer le paludisme – au cours de notre vie.

C'est une idée audacieuse, et les scientifiques africains ouvrent la voie.

D'ici 2045 :

5,7 MILLION
d'enfants pourraient
être sauvés

grâce aux outils de lutte contre le
paludisme de nouvelle génération

Un avenir sans paludisme

Par Krystal Mwesiga Birungi, Ouganda

Associée de recherche et de sensibilisation, Target Malaria Uganda



© Fondation Gates/Zahara Abdul, Ouganda

Un de mes plus vieux souvenirs, c'est voir mon jeune frère souffrant de convulsions dues à la fièvre tandis que ma mère essaie désespérément de faire baisser sa température. Il était atteint de paludisme. Nous savions qu'un traitement existait, mais nous n'avions pas les moyens. Il ne nous restait que la prière.

Il n'a pas souffert qu'une fois, mais à plusieurs reprises. Je restais pétrifiée et impuissante face à lui. Quand j'ai moi-même attrapé le paludisme, la douleur était si insupportable qu'il m'est arrivé de souhaiter que tout s'arrête. **Telle est la réalité du paludisme : rien ne l'arrête quand il frappe et une fois malade, la survie n'est jamais garantie.**

À l'époque, même les moustiquaires coûtaient trop cher pour ma famille. Ma mère m'a dit un jour : « les moustiquaires, c'est pour les riches. » Elle était confrontée à des choix difficiles : rester à la maison pour s'occuper d'un enfant malade et risquer que la famille ait faim ou aller travailler et risquer de perdre son enfant. De nombreux parents ougandais doivent encore faire ces choix aujourd'hui.

Tout a changé lorsque le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est arrivé dans mon pays – j'avais 14 ans. Tout à coup, les moustiquaires et les médicaments étaient distribués gratuitement. Les agents de santé communautaires pouvaient diagnostiquer et traiter le paludisme dans nos quartiers. Pour la première fois, le

paludisme n'était plus une condamnation à mort pour les plus démunis. Dans les pays comme le mien où le Fonds mondial investit, les décès dus au paludisme ont diminué de 29 % en moins de vingt ans. **Sans ces programmes, les décès dus au paludisme auraient doublé pendant cette même période.**

Ces interventions m'ont donné un avenir – et une raison d'être. Aujourd'hui, je suis entomologiste et je travaille avec Target Malaria à l'Institut ougandais de recherche sur les virus qui développe de nouvelles technologies génétiques pour réduire le nombre de moustiques qui propagent cette maladie. J'ai découvert toute la puissance de la génétique à l'adolescence. Beaucoup de personnes me disaient qu'utiliser la génétique pour lutter contre le paludisme était un rêve impossible. Mais ma mère croyait en moi. Elle avait raison.

La science a continué de progresser depuis que je suis enfant. Aujourd'hui, le monde dispose de plus d'outils que jamais pour lutter contre le paludisme. De nouvelles moustiquaires plus résistantes, des pulvérisateurs d'intérieur, des médicaments et des vaccins ont sauvé des millions de vies. Mais chaque solution a ses limites. Les moustiques développent une résistance aux insecticides. Les parasites développent une résistance aux médicaments. Les vaccins sauvent des vies, mais ils ne sont pas encore assez efficaces pour arrêter à eux seuls la transmission. Et aucune de ces solutions ne suffit pour vaincre totalement le paludisme. C'est pourquoi nous avons besoin de nouvelles innovations capables de mettre fin au cycle de transmission.

Nous étudions comment la technologie de transmission génétique – un outil qui aide un trait génétique spécifique à se propager dans une population beaucoup plus rapidement que la normale – pourrait contribuer à lutter contre le paludisme. Seules certaines espèces de moustiques transportent et transmettent le parasite du paludisme. Des scientifiques africains, y compris ceux de Target Malaria où je travaille, cherchent à déterminer si en modifiant les gènes des moustiques qui transmettent le paludisme, nous pourrions entraver leurs capacités à se reproduire ou les empêcher de transmettre le parasite aux humains. Ce type de mutations ne sont normalement transmises que la moitié du temps, mais grâce au forçage génétique, les traits peuvent être transmis à presque tous les descendants, réduisant ou même éliminant la transmission du paludisme dans la région.

Bien sûr, la recherche ne se résume pas aux aspects scientifiques. La confiance est aussi un enjeu important. Ainsi, avec nos partenaires, nous travaillons main dans la main avec les communautés, en écoutant, en expliquant et en veillant à ce qu'elles puissent orienter nos efforts.

Mes sources de motivations sont simples : des enfants meurent encore aujourd'hui de la maladie qui hantait mon enfance. J'ai survécu parce que quelqu'un a investi en moi. C'est maintenant à mon tour de m'investir pour les autres.

Il y a un an, mon fils a eu 5 ans. Pour de nombreux parents, c'est le début de la scolarisation. Pour moi, c'était une question de survie. En Ouganda, un enfant sur 25 meurt avant son 5e anniversaire, la plupart du paludisme. Quand mon fils a soufflé les bougies de son gâteau d'anniversaire, une seule pensée occupait mon esprit : *il est vivant. Il a réussi.*



© Fondation Gates/Zahara Abdul, Ouganda

Chaque enfant mérite cette chance. **Éradiquer le paludisme est non seulement possible, mais également urgent.**

Nous, chercheurs africains, en sommes convaincus et nous ouvrons la voie. Nous avons les innovations. Nous en avons les connaissances. Et nous faisons avancer la recherche scientifique pour un jour atteindre notre objectif.

D'ici la fin des années 2040, de nouvelles innovations pourraient éviter la quasi-totalité des décès dus au VIH/SIDA, qui était autrefois la pandémie la plus meurtrière du monde.

Imaginez : nous sommes en 2044. Une adolescente au Botswana sait ce qu'est le VIH/SIDA, mais ni elle ni personne de son âge ne connaît quelqu'un qui en est mort.

Quand ses grands-parents étaient enfants, la situation était bien différente. Il n'existait aucun traitement abordable ou efficace contre le VIH/SIDA. Un diagnostic était pratiquement toujours synonyme de condamnation à mort et les risques de contamination ultérieure étaient quasi certains.

Lorsque ses parents étaient de jeunes adultes, le VIH était devenu plus facile à gérer. Grâce au traitement antirétroviral, une association de médicaments contre le VIH (une pilule par jour), les personnes séropositives pouvaient vivre longtemps et en bonne santé avec la maladie. Et les pilules de PrEP (prophylaxie pré-exposition) ont aidé les personnes à risque à éviter la contamination. Ces outils étaient autrefois trop coûteux ou difficiles

à trouver, mais grâce au PEPFAR (Plan d'urgence du président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA) et au Fonds mondial, ils sont devenus plus largement disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Pourtant, il n'a pas toujours été facile d'obtenir ces traitements. Les cliniques étaient souvent éloignées. La stigmatisation empêchait les gens de chercher des soins. Certaines personnes, y compris des enfants, ne pouvaient pas éviter la contamination. Les mères transmettaient le virus à leurs bébés. Et bon nombre d'entre eux ne survivaient pas.

Mais c'est un monde que notre adolescente peine à imaginer. Elle ouvre son téléphone, tape sur son application de santé. C'est un kiosque intelligent où elle peut trouver toutes sortes d'informations, de la santé mentale à la contraception.

Aujourd'hui, il lui présente les bases de la prévention contre le VIH.

Elle en apprend davantage sur ses risques et sur un large éventail d'options pour une prévention du VIH fiable, abordable et à action prolongée – une pilule mensuelle, une injection annuelle et même un vaccin efficace.

Elle en choisit une.

En quelques heures, elle est disponible.

Il s'agit d'une injection unique – une injection appelée lénacapavir. Une dose par an. C'est tout.

Cet avenir peut sembler lointain. Mais ce n'est pas le cas.

Le lénacapavir existe déjà et lorsqu'un générique sera disponible dans les prochaines années, il sera encore plus abordable. Nous n'en sommes pas encore à une injection par an, mais cela pourrait arriver d'ici 2028. Pour le moment, deux injections par an sont nécessaires, ce qui représente tout de même 363 doses de moins qu'avec le comprimé quotidien sur lequel les gens comptent aujourd'hui, et ce comprimé évolue lui aussi : une version mensuelle de la PrEP orale est actuellement en phase avancée d'essais cliniques.

À l'heure où les ressources sont limitées, ce type d'innovation n'a jamais été aussi important. Déployer la version à deux injections par an dans seulement 4 % des régions à forte incidence pourrait prévenir jusqu'à 20 % des nouvelles infections.

Un changement majeur, en particulier pour les enfants. **Moins de femmes infectées, cela signifie moins de bébés qui naissent avec le virus.**

D'ici 2045 :

3,4 MILLION

d'enfants pourraient
être sauvés

en déployant à grande échelle de
nouveaux produits de vaccination
contre le VRS et la pneumonie

**Grâce aux nouveaux vaccins
maternels qui protègent les bébés
avant même leur naissance, nous
avons une chance de faire en sorte
que les premiers mois d'un bébé ne
soient pas ses derniers.**

Toutes ces innovations contribueront à sauver des millions d'enfants.

Mais il y a un type de tragédie que nous n'avons toujours pas réglé. **Près de la moitié de tous les décès d'enfants surviennent durant les premiers mois de leur vie.**

Des innovations telles que le vaccin antipneumococcique (VPC) ont contribué à renverser la tendance dans la lutte contre la pneumonie bactérienne. Mais certains virus et bactéries frappent si vite – quelques jours ou quelques semaines après la naissance – que nous ne pouvons pas vacciner les bébés assez rapidement.

Le virus respiratoire syncytial (VRS) fait partie de ces menaces. Dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à faible revenu, il s'agit de la principale cause de pneumonie chez les nourrissons, et c'est une des principales raisons pour lesquelles les nouveau-nés arrivent à l'hôpital avec des difficultés respiratoires.

En outre, les bébés hospitalisés avec le VRS au cours des six premiers mois de leur vie sont trois fois plus susceptibles de souffrir d'infections récurrentes des voies respiratoires inférieures plus tard dans l'enfance.

Arrive ensuite le *streptocoque B*, ou SGB, une maladie plus discrète, mais tout aussi mortelle. Beaucoup de femmes enceintes en sont porteuses asymptomatiques. Mais lorsqu'elle est transmise à un nouveau-né, elle peut entraîner des infections sanguines, des lésions cérébrales ou la mort dans les heures qui suivent la naissance. Et à l'heure actuelle, il n'existe aucun vaccin pour s'en protéger.

À la fin des années 2000, les scientifiques ont intensifié leurs efforts dans une autre direction : ***puisque nous ne pouvons pas protéger les bébés assez rapidement, que se passerait-il si nous immunisions leurs mères à la place ?***

L'idée est simple, mais forte. Lorsqu'une femme enceinte est immunisée, elle transmet des anticorps à son bébé à travers le placenta, lui fournissant une protection avant même qu'il ne naisse. C'est comme équiper un nouveau-né avec une armure.

Les vaccins maternels sont déjà utilisés pour protéger contre le tétanos et la coqueluche. Mais de nouveaux vaccins contre le VRS et le SGB pourraient redéfinir les limites de ce dont est capable la vaccination maternelle.

La sécurité passe avant tout avec tous les vaccins – et en particulier avec les vaccins pour les femmes enceintes – c'est pourquoi cette approche a nécessité plusieurs années de progrès soigneusement construits.

Si vous avez accouché récemment aux États-Unis, au Royaume-Uni ou au Canada, vous et votre bébé avez peut-être déjà bénéficié du vaccin contre le VRS.

Les mères et les bébés *partout dans le monde* méritent la meilleure protection possible. Le déploiement du vaccin contre le VRS a commencé dans les pays à revenu élevé il y a deux ans. Désormais, il sera disponible dans les pays soutenus par Gavi pour protéger les bébés dans les pays à faible revenu où la plupart des décès surviennent.

En ce qui concerne le SGB, un vaccin en cours de développement pourrait changer la donne. En cas de succès, ce serait le premier vaccin à prévenir les infections à SGB chez les nouveau-nés.

La distribution de ces vaccins est en cours d'élaboration afin de répondre spécifiquement aux besoins des pays à revenu faible et intermédiaire. Actuellement, la Fondation Gates soutient le développement de flacons multidoses, des contenants qui contiennent suffisamment de vaccins pour 2 à 20 personnes. Ces flacons permettent de réduire les coûts et de rendre la distribution plus efficace, en particulier dans les régions où les ressources sont limitées et où la demande est grande.

Ces types d'innovations présentent de multiples avantages : sauver des vies, réaliser des économies et libérer des ressources pour que les pays puissent les orienter vers d'autres priorités essentielles.

Et pour les bébés dont la vie est protégée, elles peuvent tout changer, non seulement dans les précieux premiers mois de la vie, mais pour tout ce qui vient après.



© Archive Gates/Mansi Midha, Inde

UN APPEL À L'ACTION

J'ai eu 70 ans cette année, un âge où beaucoup de gens partent à la retraite. Je ne suis pas prêt de m'arrêter, parce que je sais qu'au cours des 20 prochaines années, nous pouvons changer la vie des enfants du monde entier.

Nous avons tous un rôle à jouer.

Si vous êtes un décideur politique :

- Orientez le financement de la santé vers les solutions les plus rentables et financez des initiatives qui ont déjà fait leurs preuves telles que Gavi et le Fonds mondial
- Protégez et augmentez les investissements dans les soins de santé primaires et la vaccination systématique
- Soutenez le développement et l'adoption d'innovations sanitaires pour accélérer leur impact

Si vous êtes un citoyen engagé :

- Utilisez votre voix pour rappeler aux dirigeants ce qui nous unit : la conviction que les enfants doivent survivre et s'épanouir, quel que soit leur lieu de naissance.

La dernière génération a prouvé qu'avec de l'innovation et de l'engagement, nous pouvions sauver la vie de millions d'enfants.

Nous pouvons renouveler cet exploit, plus rapidement, plus intelligemment et à moindre coût.

Parce que les parents méritent de se demander ce que leurs enfants feront quand ils seront grands, plutôt que s'ils survivront ou non.

Nous pouvons leur donner cette chance.

Si nous faisons plus avec moins maintenant – et revenons à un monde où nous avons plus de ressources à consacrer à la santé des enfants – alors dans 20 ans, nous serons en mesure de raconter une tout autre histoire : comment nous avons aidé plus d'enfants à survivre à l'accouchement et à l'enfance.

Plus de premiers mots, de premiers pas, de premiers jours d'école.

Plus de bougies sur les gâteaux d'anniversaire.

Plus de vies qui atteignent leur plein potentiel, non pas par hasard, mais par choix.

Parce que chaque vie que nous protégeons est un avenir que nous créons. Et cela vaut la peine de se battre.

EXPLOREZ LES DONNÉES

En 2015, 193 dirigeants du monde entier se sont engagés à atteindre 17 Objectifs de développement durable ambitieux pour mettre fin à l'extrême pauvreté, lutter contre les inégalités et améliorer la santé d'ici 2030. Les Goalkeepers se concentrent sur l'accélération de la réalisation de ces objectifs, en mettant particulièrement l'accent sur les objectifs 1 à 6.

Chaque année, le rapport Goalkeepers suit 18 indicateurs clés, allant de la pauvreté à l'éducation, qui donnent les dernières estimations là où l'innovation et l'investissement ont le plus fort impact et les domaines où nous ne sommes pas à la hauteur de nos ambitions. Ces données nous rappellent que le progrès est possible, mais pas garanti.

À seulement cinq ans de l'échéance, le monde n'est pas sur la bonne voie. Et cette année, les réductions du financement de la santé nous éloignent encore plus des ODD.

Les 13 indicateurs de santé que nous suivons avec notre partenaire, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), intègrent la projection de l'impact des potentielles réductions du financement de la santé, en prenant l'hypothèse d'une réduction de 20 % de l'aide au développement pour la santé en 2026 par rapport aux niveaux de financement de 2024.

Le constat est clair : Il est urgent d'agir pour atteindre les Objectifs de développement durable et créer un avenir plus équitable et plus sûr pour tous à l'horizon 2030.

Interagissez avec les données

Consultez notre site pour visualiser une version interactive de ces tableaux et accéder aux données brutes.

<https://gates.ly/ExploretheData>



Pauvreté



Retard de croissance, Agriculture



Mortalité maternelle, mortalité des moins de 5 ans, mortalité néonatale, VIH, Tuberculose, Paludisme, Maladies tropicales négligées, Planification familiale, Couverture sanitaire universelle, Tabagisme, Vaccins



Éducation



Égalité entre les sexes



Assainissement



Systèmes financiers inclusifs

Pauvreté



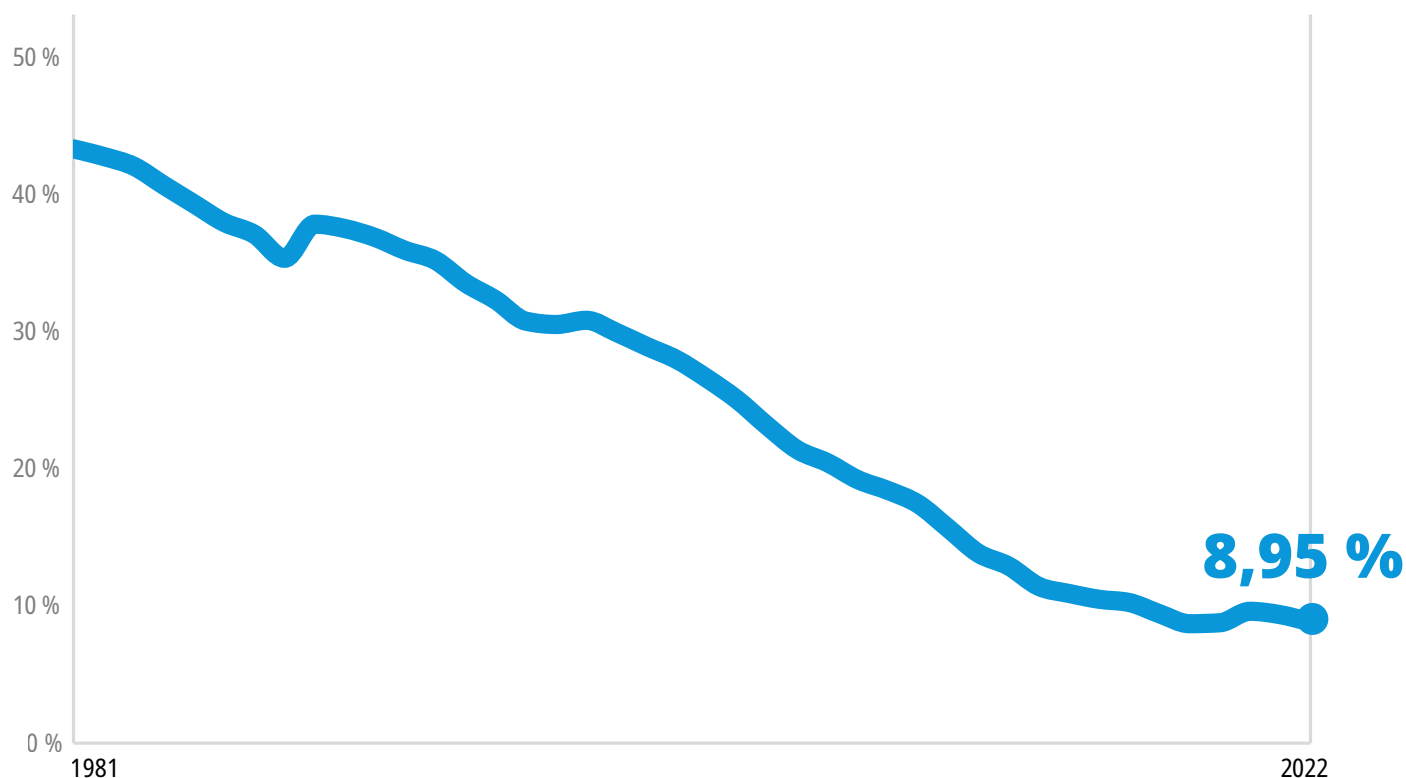
ODD 1.1

Éradiquer l'extrême
pauvreté dans
le monde entier.

En 2022, 9 % de la population mondiale, soit 712 millions de personnes, se situaient en dessous du seuil international de pauvreté (2,15 dollars/jour). Au rythme actuel, près de 7 % de la population mondiale restera dans l'extrême pauvreté d'ici 2030, soit 574 millions de personnes.

(Le nouveau seuil de pauvreté mondial de la Banque mondiale sera utilisé dans la prochaine édition du présent rapport.)

Pourcentage de la population se situant en dessous du seuil international de pauvreté (2,15 dollars/jour)



Légende

Moyenne historique

Retard de croissance

2

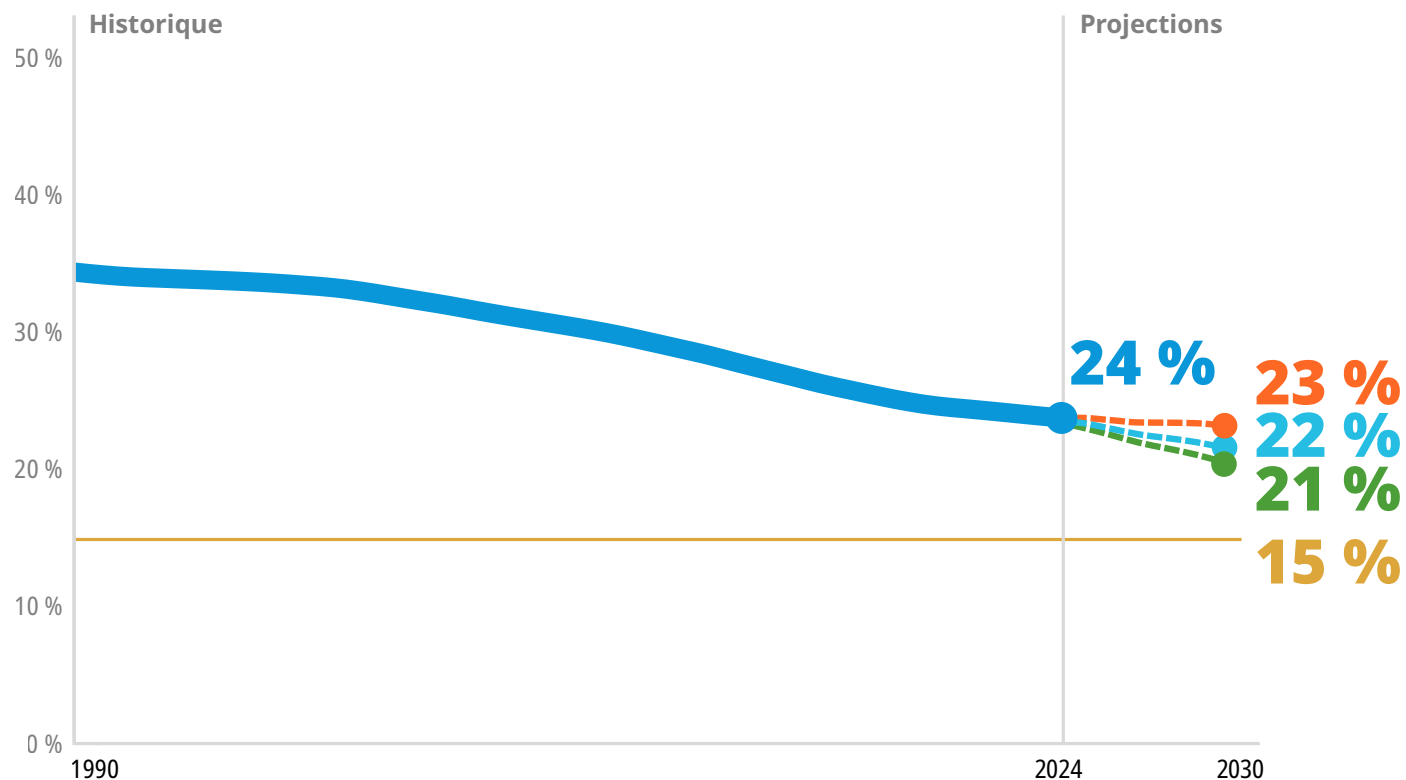
FAIM
«ZÉRO»

ODD 2.2

Mettre fin à la malnutrition sous toutes ses formes, notamment en atteignant, d'ici 2025, les objectifs fixés à l'échelle internationale en matière de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans.

Le retard de croissance chez les enfants a stagné à 24 % en 2024. Selon les projections pour 2030, 22 % des enfants de moins de 5 ans souffriront d'un retard de croissance, ce qui ne correspond pas à l'objectif de 15 % fixé pour 2030.

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



Légende

Objectif 2023

Moyenne historique

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

Agriculture

2

FAIM
«ZÉRO»

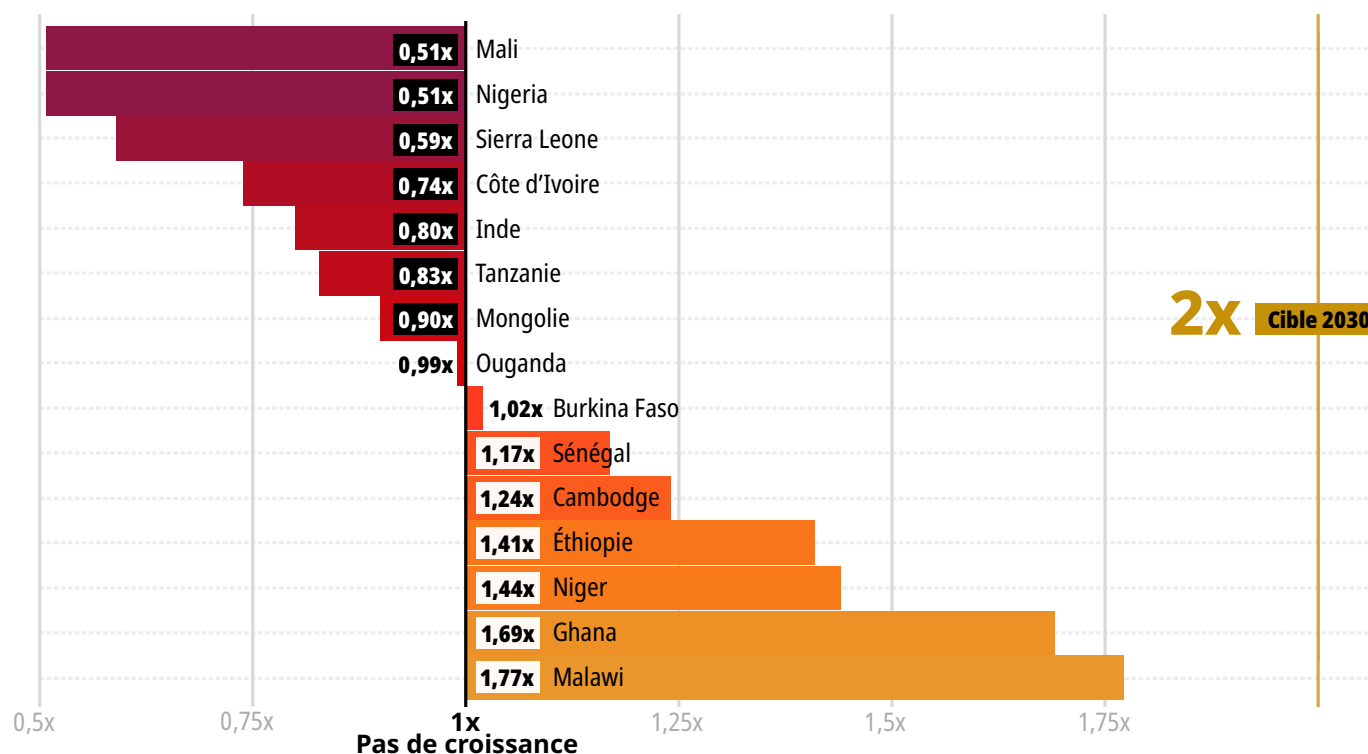
ODD 2.3

Doubler la productivité et les revenus agricoles des petits producteurs alimentaires, en particulier les femmes, les peuples autochtones, les agriculteurs familiaux, les éleveurs et les pêcheurs.

Les petits producteurs traînent derrière les plus grands et sont confrontés à des défis toujours plus importants en termes de revenus et de productivité. Des innovations qui permettent aux petits agriculteurs de faire plus avec leurs ressources limitées sont nécessaires dans un environnement où les phénomènes météorologiques extrêmes, les conflits et la volatilité économique posent de sérieux défis à leur sécurité alimentaire. Des efforts sont en cours pour renforcer la collecte de statistiques agricoles afin de continuer à en apprendre davantage.

Remarque : les taux de croissance par pays ne sont pas comparables, ayant été calculés sur des périodes différentes. Toutes les périodes sont consultables dans les sources de données.

Taux de croissance annuel moyen des revenus agricoles des petits producteurs agricoles



Mortalité maternelle

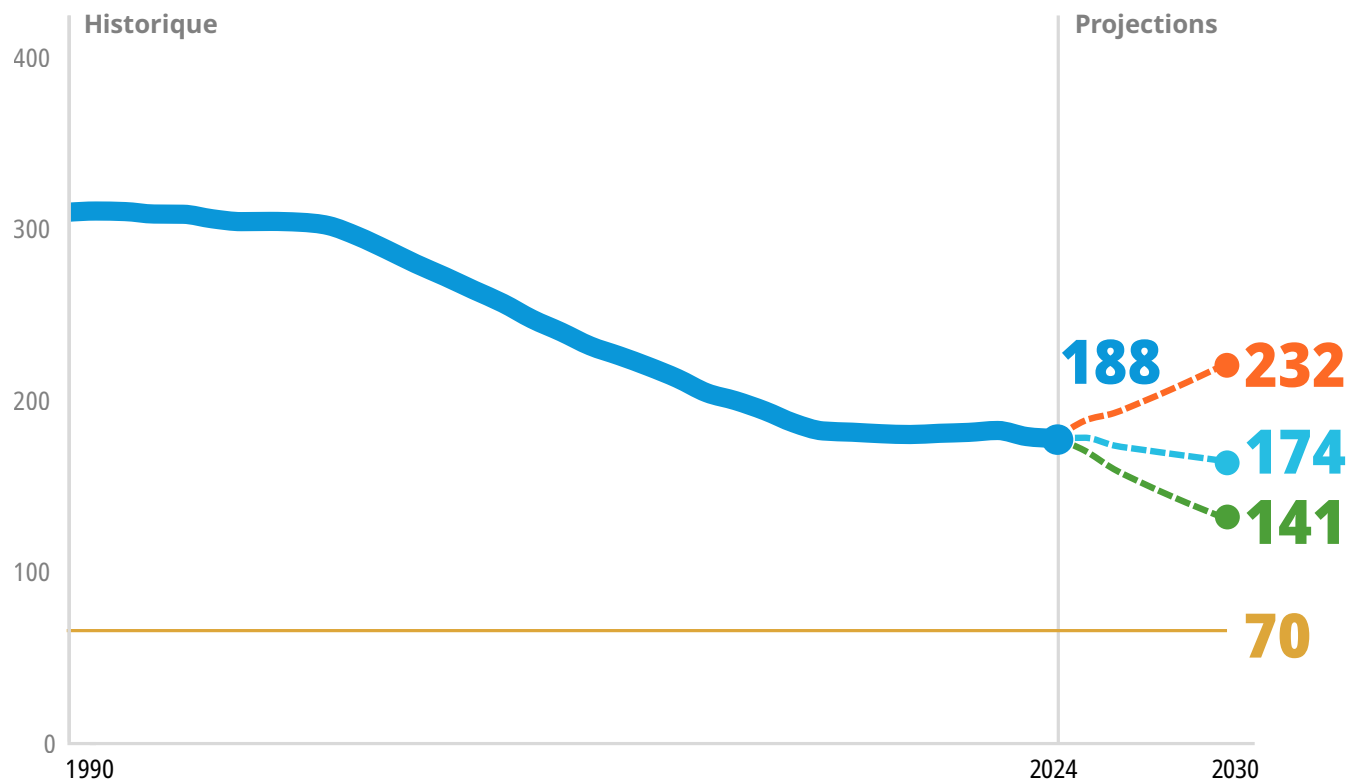
3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE

ODD 3.1

Réduire le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Les progrès en matière de taux de mortalité maternelle dans le monde stagnent depuis 2016. Ce taux s'établissait à 188 pour 100 000 naissances vivantes en 2024. Les projections pour 2030 prévoient à 174 le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, soit près du double de la cible. Pour atteindre cet objectif d'ici à 2030, le taux annuel de réduction des décès devra être de 15 %, ce qui est bien supérieur aux tendances historiques.

Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes



Légende

Objectif 2023

Moyenne historique

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

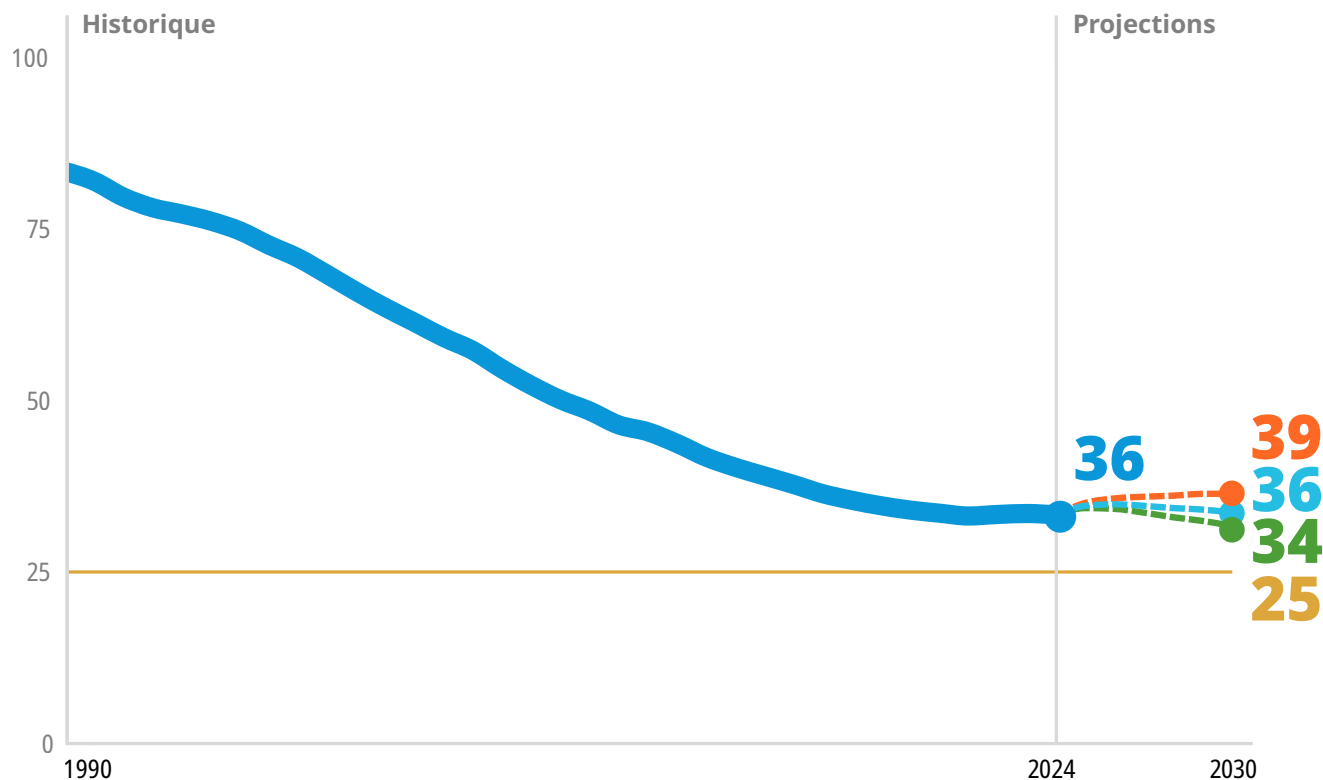
Mortalité des enfants de moins de 5 ans

3BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**ODD 3.2**

Éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

Depuis 2021, le taux de mortalité infantile se maintient à 36 décès pour 1 000 naissances vivantes. Pour 2030, le taux de mortalité infantile est estimé à 36 pour 1 000, ce qui est loin de l'objectif de 25 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans



Légende

Objectif 2023**Moyenne historique****Meilleur scénario****Scénario de référence****Pire scénario**

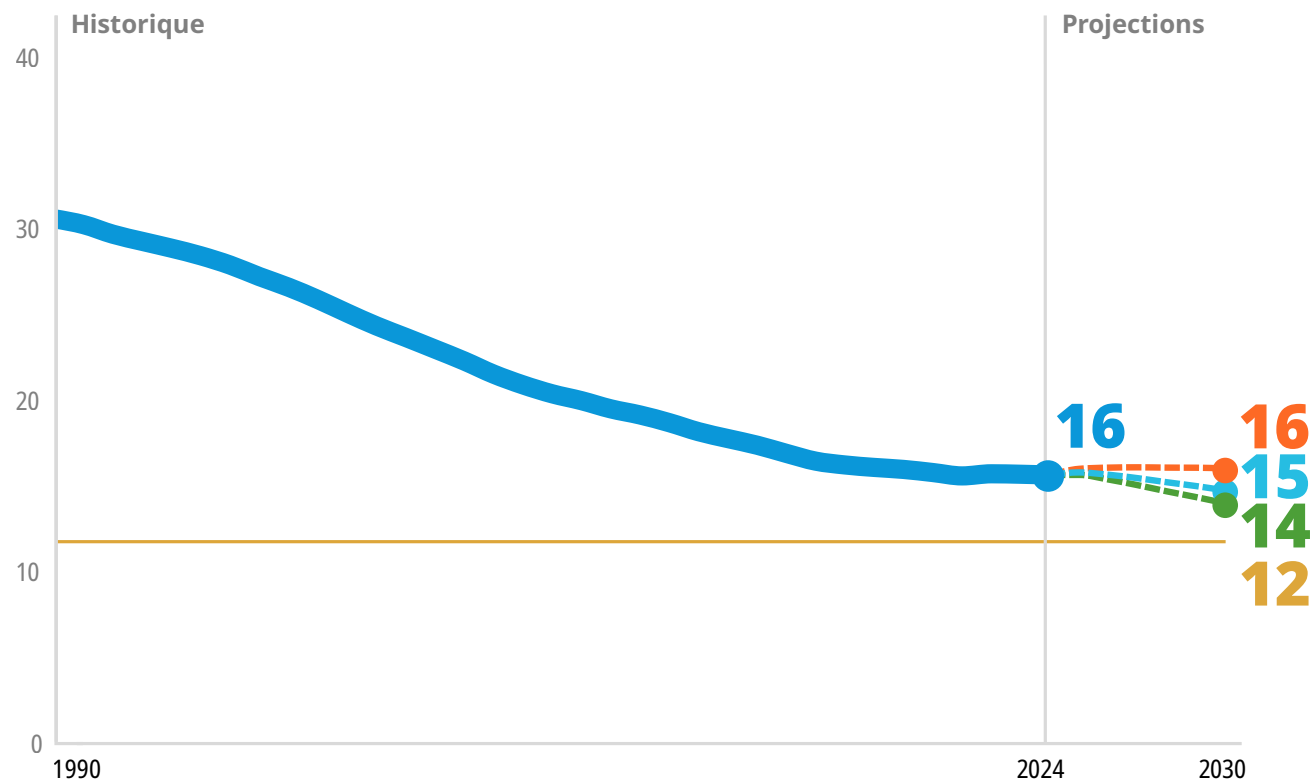
Mortalité néonatale

3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**ODD 3.2**

Éliminer les décès évitables de nouveau-nés, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

Depuis 2021, le taux de mortalité néonatale stagne dans le monde à 16 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes. D'ici 2030, le taux de mortalité néonatale projeté sera de 15 pour 1 000, ce qui est supérieur à l'objectif de 12 décès néonataux pour 1 000 naissances vivantes.

Mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes



Légende

Objectif 2023**Moyenne historique****Meilleur scénario****Scénario de référence****Pire scénario**

VIH

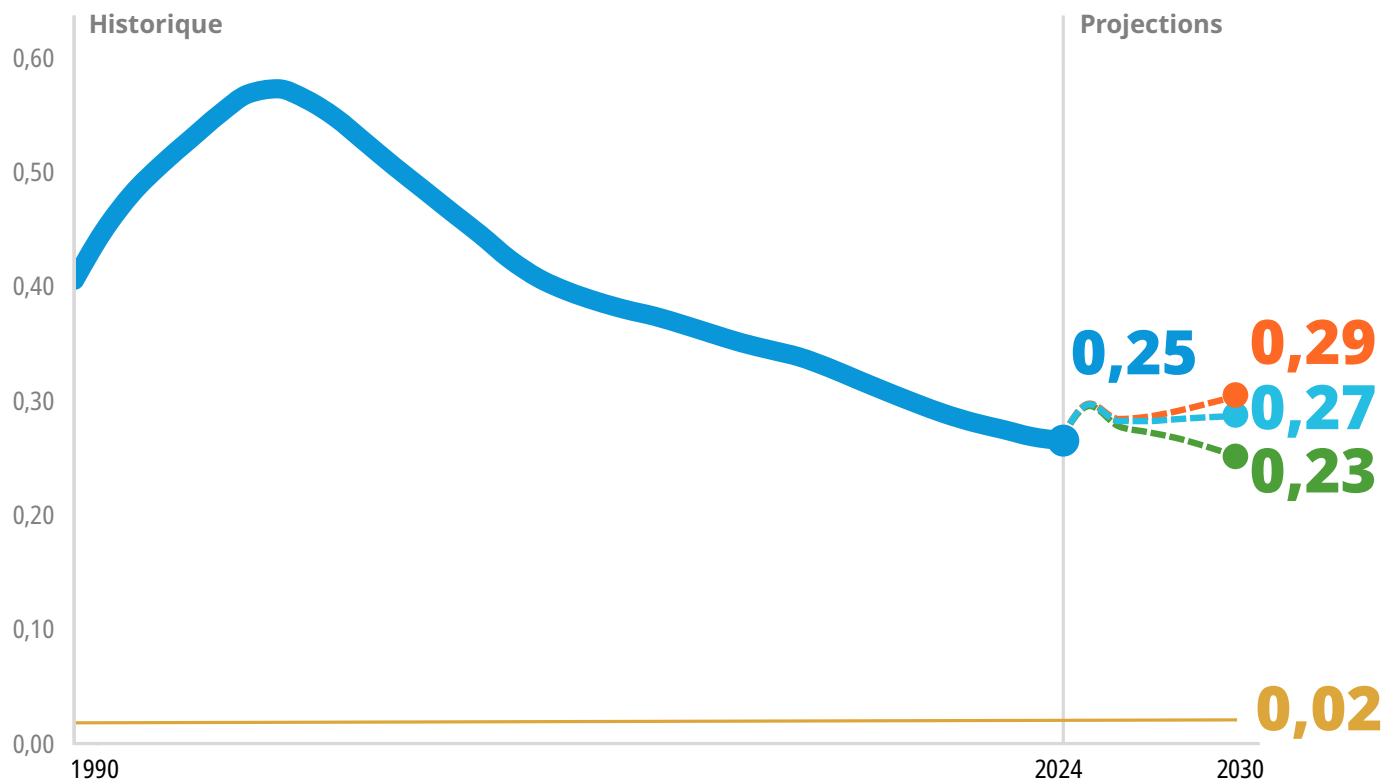
3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE

ODD 3.3

Mettre fin à l'épidémie du sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles.

À l'échelle mondiale, l'incidence du VIH diminue régulièrement depuis son pic pour s'établir à un minimum de 0,25 en 2024. Cependant, les récentes perturbations du financement et des programmes de lutte contre le VIH ont inversé cette tendance, avec des projections d'incidence qui devraient maintenant passer à 0,27 pour 1 000 personnes d'ici 2030, soit plus de 10 fois l'objectif de 0,02 nouveau cas pour 1 000 personnes.

Nouveaux cas de VIH pour 1 000 personnes



Légende

Objectif 2023

Moyenne historique

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

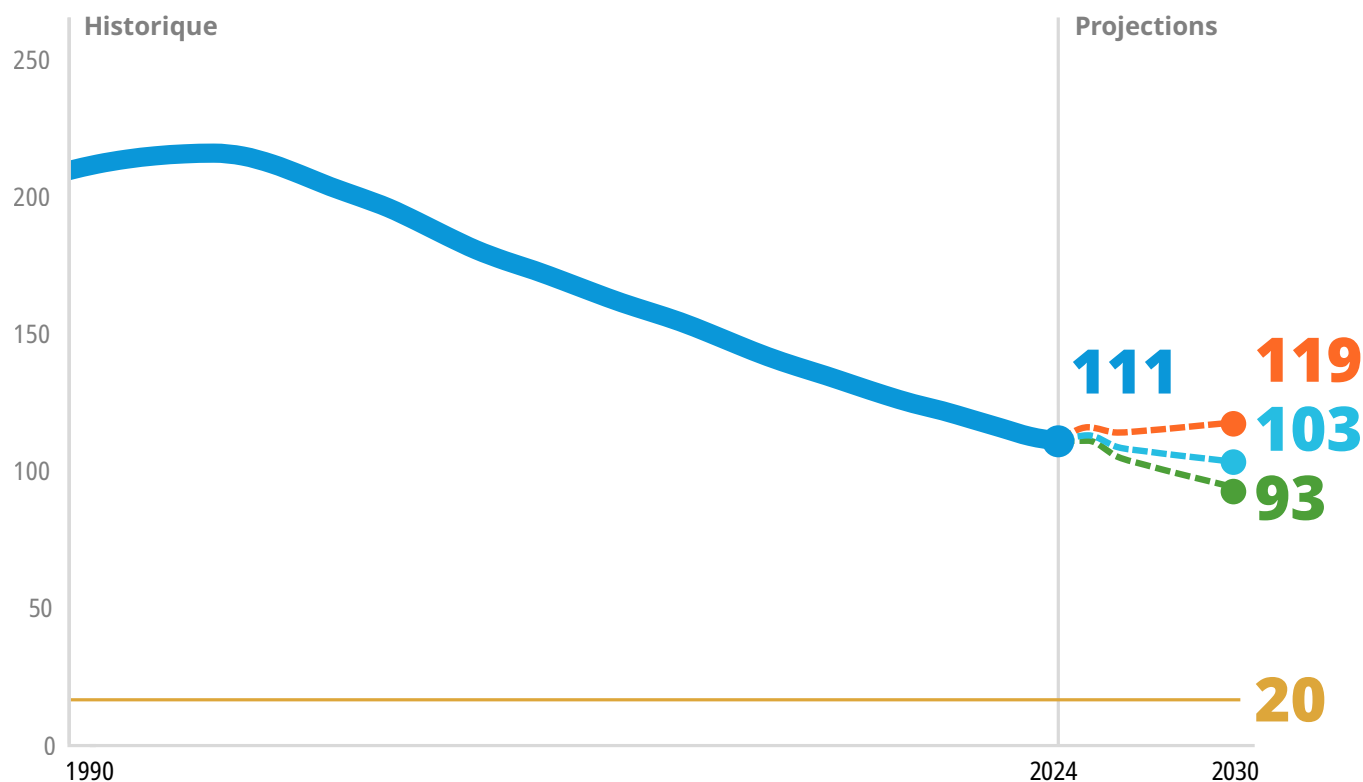
Tuberculose

3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**ODD 3.3**

Mettre fin à l'épidémie du sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles.

À l'échelle mondiale, on compte 111 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 personnes en 2024. Selon les estimations, il pourrait y avoir une légère amélioration à partir de 2025 avec 103 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 personnes, soit plus de 5 fois l'objectif de 20 nouveaux cas pour 100 000 personnes.

Nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 personnes



Légende

Objectif 2023**Moyenne historique****Meilleur scénario****Scénario de référence****Pire scénario**

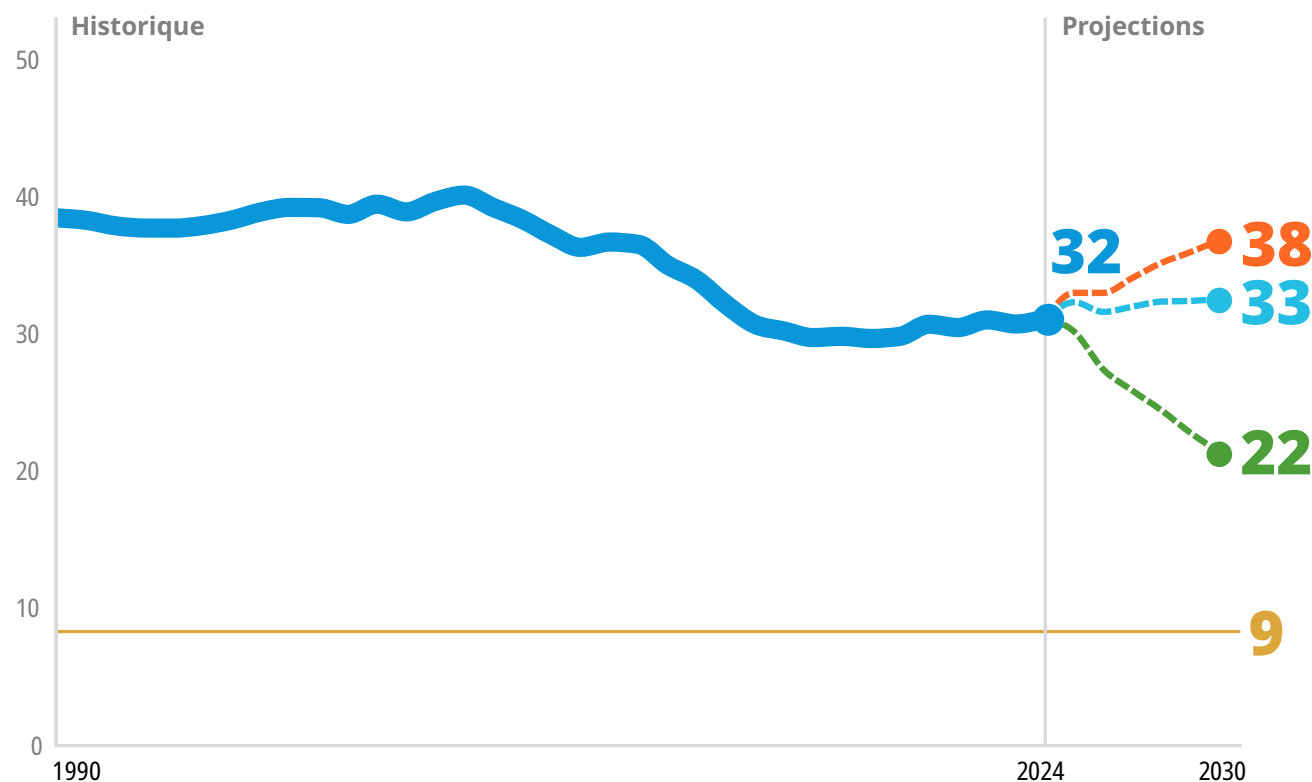
Paludisme

3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**ODD 3.3**

Mettre fin à l'épidémie du sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles.

Les progrès pour réduire les nouveaux cas de paludisme ont stagné pour s'établir à 32 pour 1 000 personnes en 2024. La projection pour 2030 prévoit un retour en arrière avec 33 nouveaux cas pour 1 000 personnes d'ici 2030.

Nouveaux cas de paludisme pour 1 000 personnes



Légende

Objectif 2023**Moyenne historique****Meilleur scénario****Scénario de référence****Pire scénario**

Maladies tropicales négligées

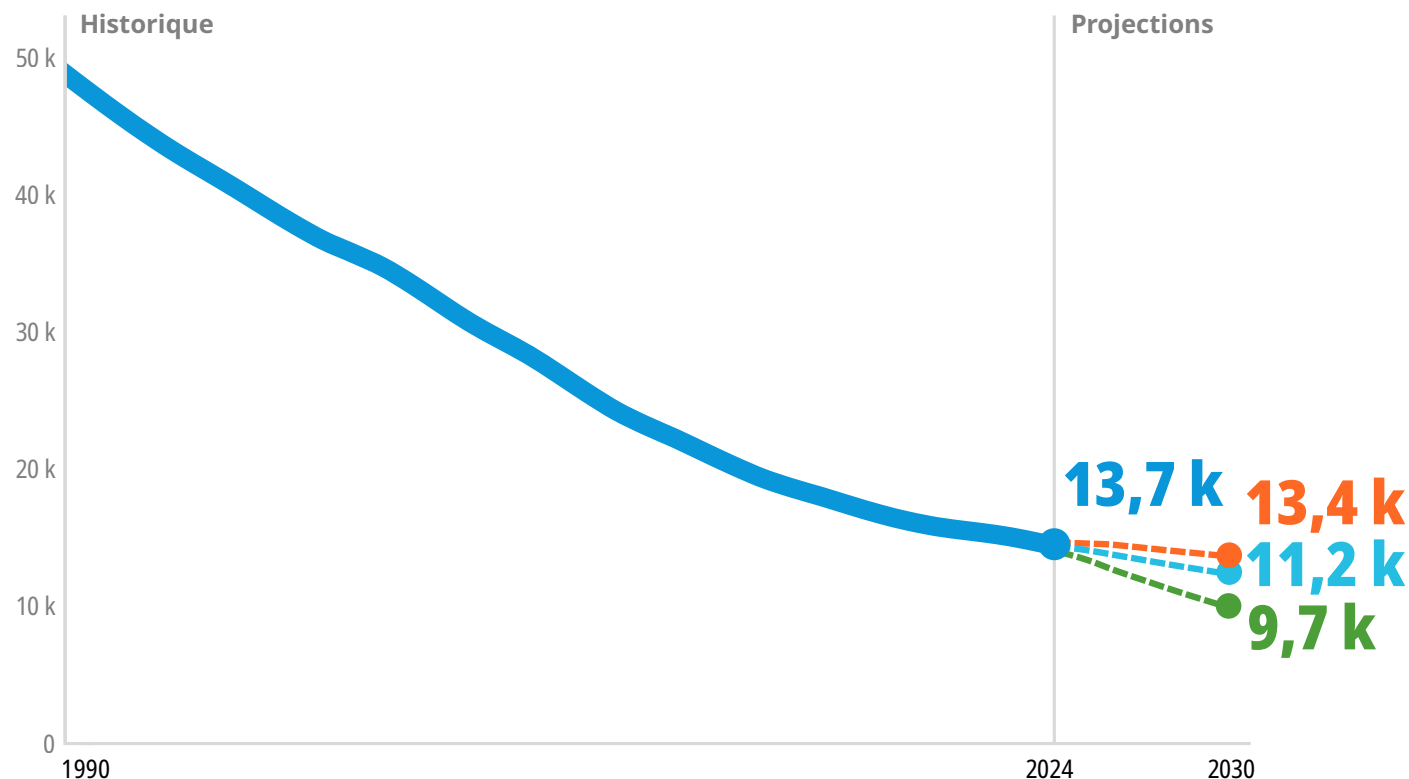
3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE

ODD 3.3

Mettre fin à l'épidémie du sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles.

Pour 15 MTN, on estime que la prévalence totale aura diminué à l'échelle mondiale en 2024 pour atteindre 13 697 cas pour 100 000 personnes contre 14 171 cas pour 100 000 personnes en 2023. La prévalence de ces 15 MTN devrait continuer de diminuer pour atteindre 11 165 pour 100 000 personnes d'ici 2030.

Taux de prévalence de 15 MTN pour 100 000 personnes



Légende

Moyenne historique

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

Planification familiale

3

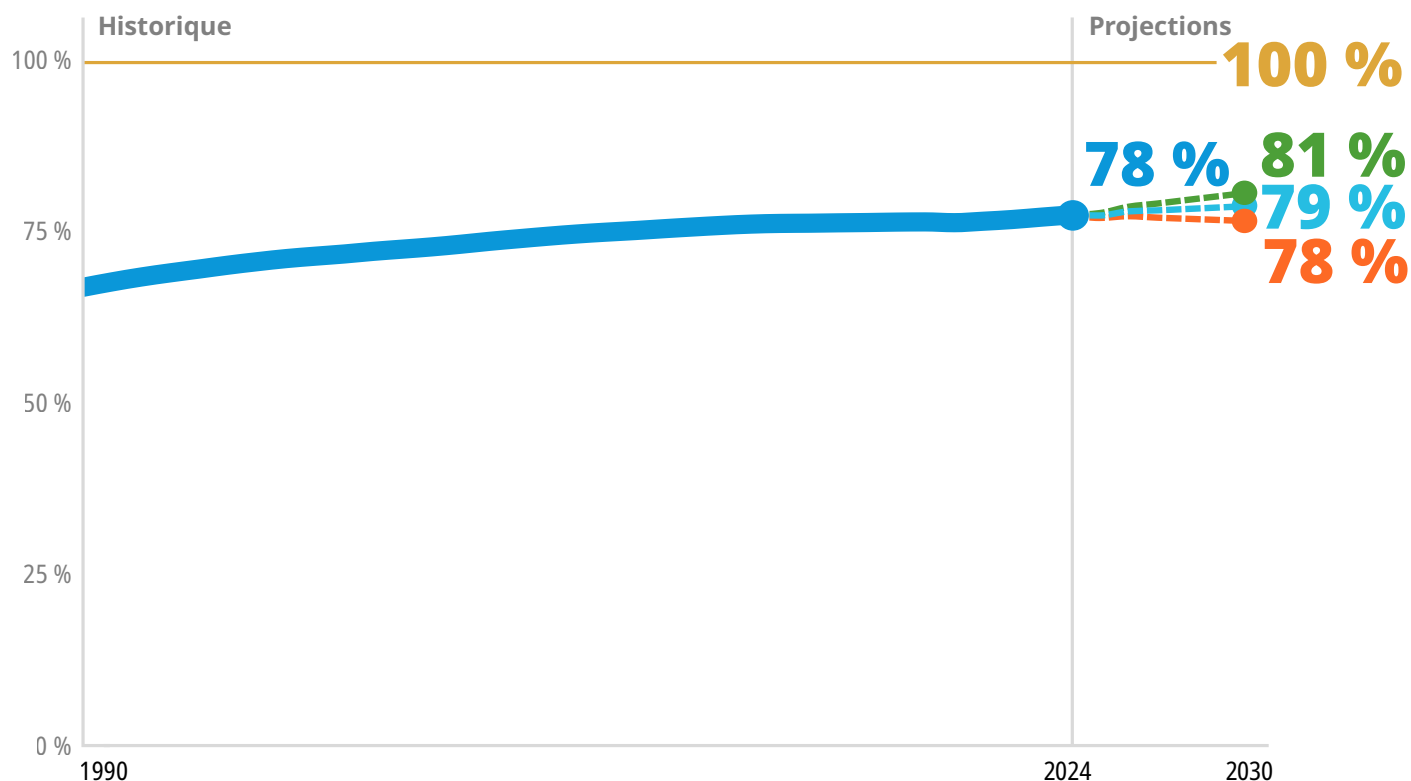
BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE

ODD 3.7

Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale.

À l'échelle mondiale, on estime que 8 femmes sur 10 identifiées comme ayant un besoin de contraception utilisent une méthode moderne pour atteindre leurs objectifs de procréation. Les projections suggèrent que les progrès en matière de besoins satisfaits stagneront jusqu'en 2030, ce qui ne correspond pas à l'objectif d'accès universel de 100 %.

Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par les méthodes modernes



Légende

Objectif 2023

Moyenne historique

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

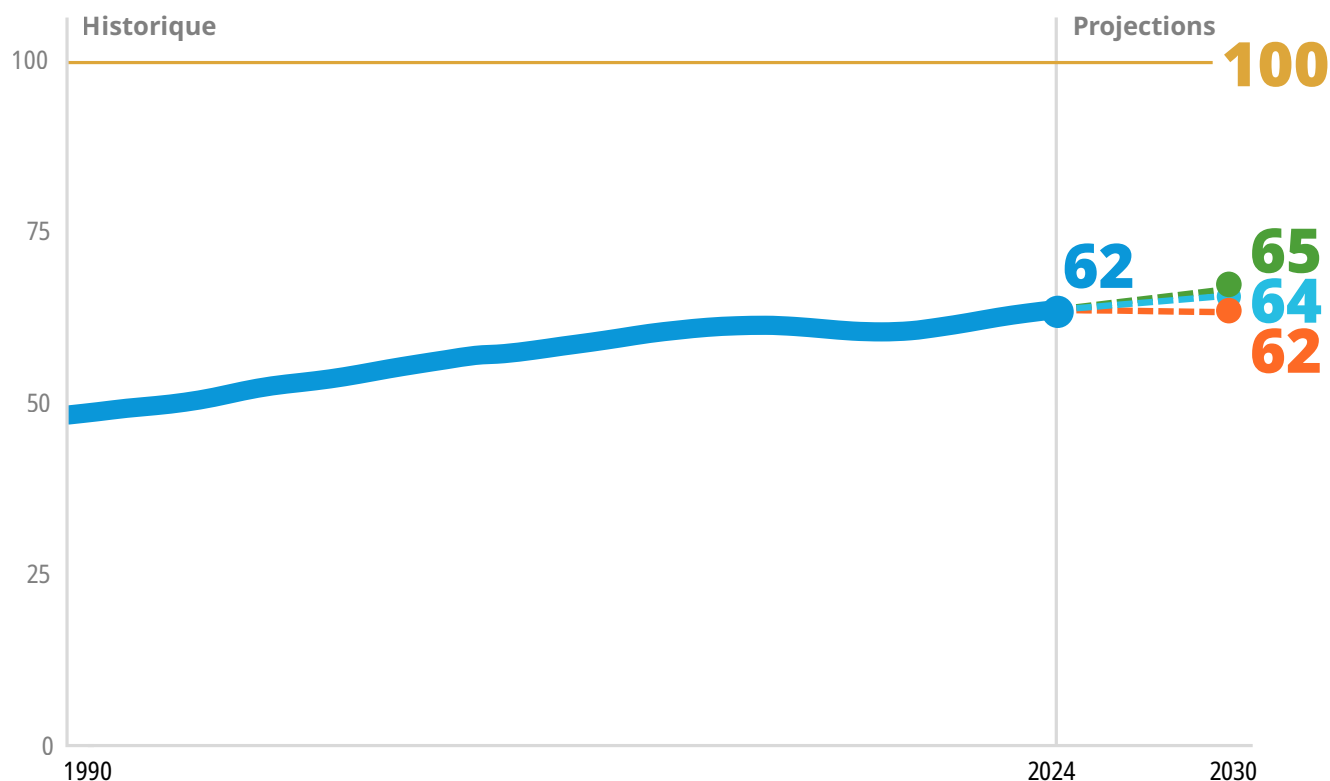
Couverture sanitaire universelle

3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**ODD 3.8**

Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle.

La couverture des services de santé essentiels se rétablit à la suite des bouleversements de la pandémie, passant d'un indice de 60 en 2020 à 62 en 2024. Le score devrait augmenter légèrement pour atteindre 64 d'ici 2030, ce qui indique qu'il faut redoubler d'efforts pour assurer une couverture sanitaire universelle pour tous.

Score de performance de l'indice de couverture réelle de la CSU



Légende

Objectif 2023**Moyenne historique****Meilleur scénario****Scénario de référence****Pire scénario**

Tabagisme

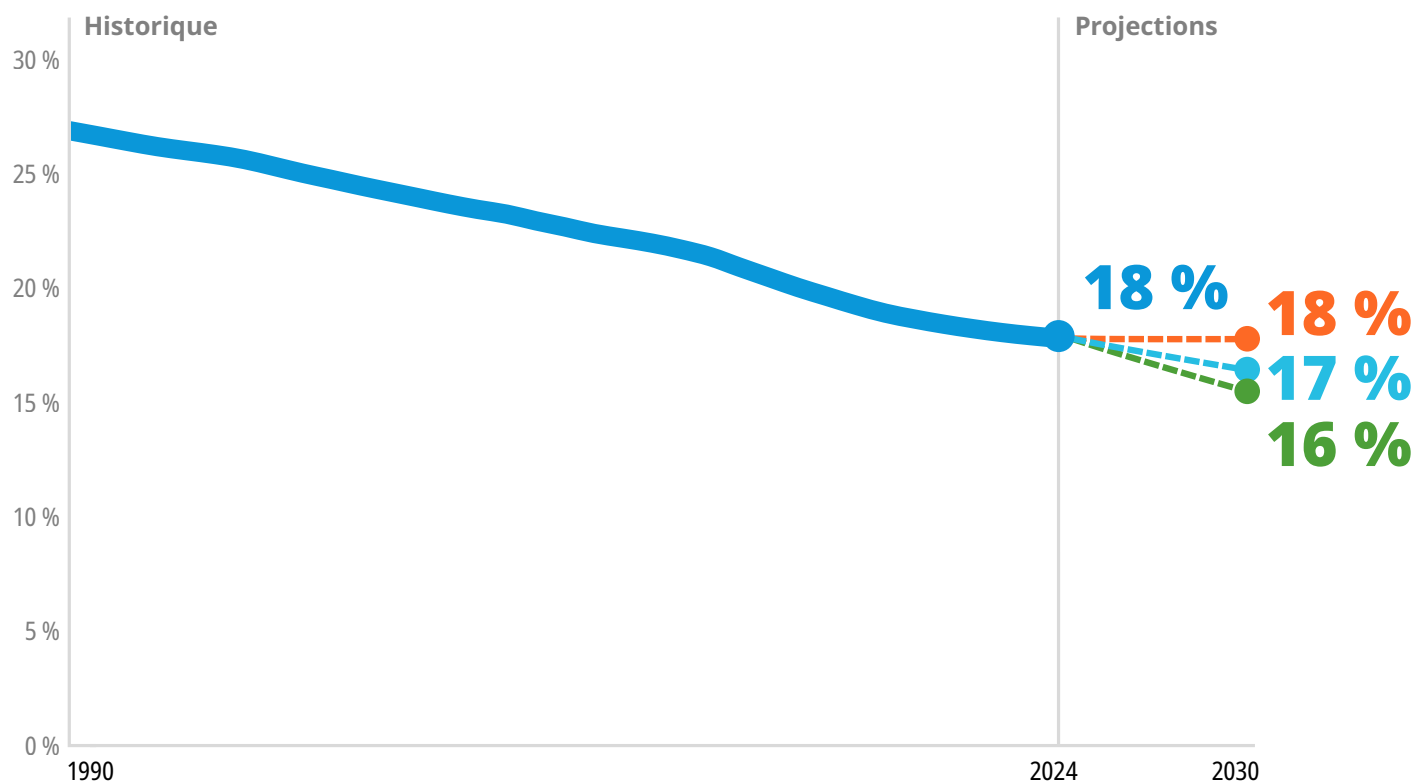
3 BONNE SANTÉ
ET BIEN-ÊTRE**ODD 3.A**

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

À l'échelle mondiale, le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui consomment un type de tabac a diminué au cours de la dernière décennie, pour atteindre 18 % en 2024. Les projections pour 2030 prévoient une nouvelle baisse à 17 %.

Selon le dernier rapport mondial de l'OMS sur la lutte antitabac, 6,1 milliards de personnes sont désormais couvertes par au moins une politique de la CCLAT fondée sur des données probantes.

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



Légende

Moyenne historique

Meilleur scénario

Scénario de référence

Pire scénario

Vaccin

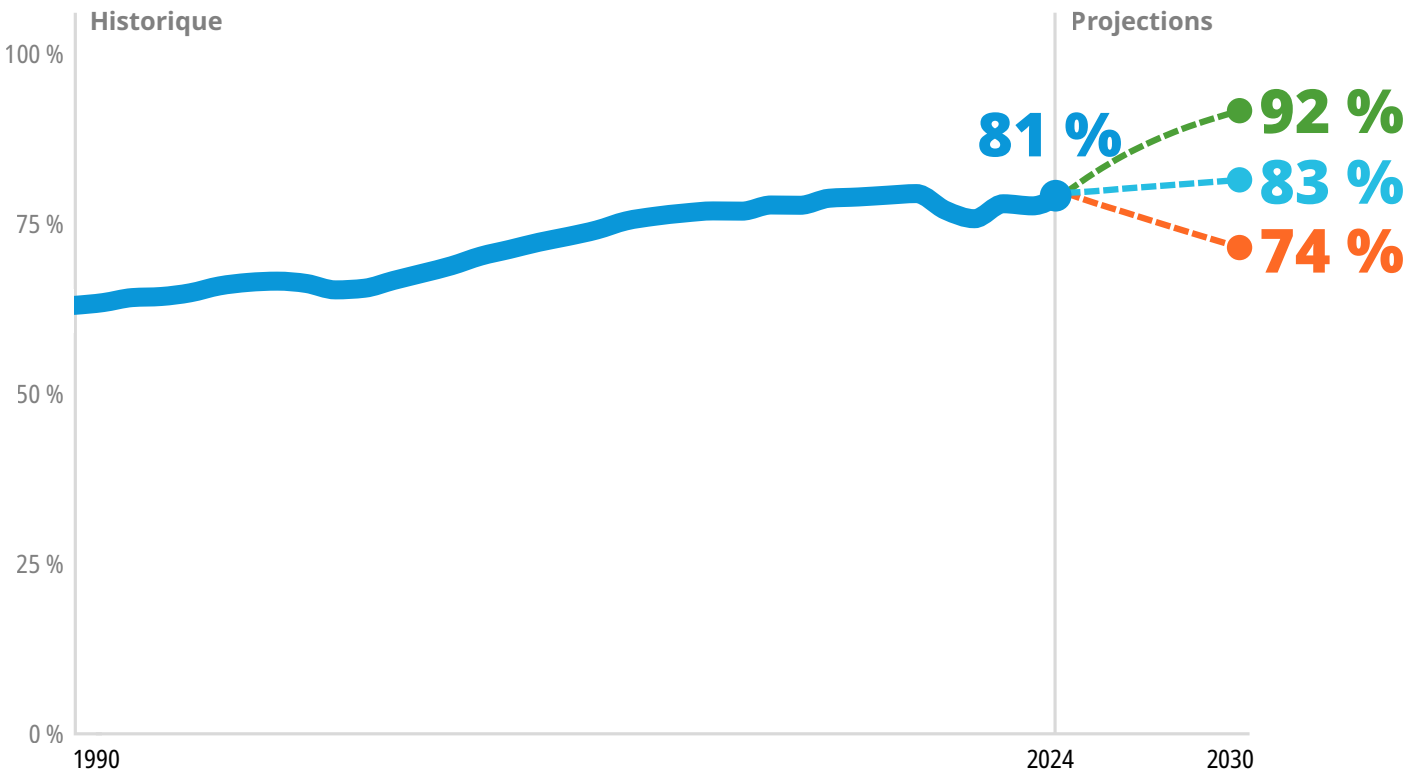


ODD 3.B
Soutenir la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles et non transmissibles, qui touchent principalement les habitants des pays en développement et permettre l'accès à des médicaments et vaccins essentiels à un prix abordable.

En 2024, l'estimation mondiale pour la couverture vaccinale par la troisième dose contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) est de 81 %. En 2030, la couverture vaccinale DTCoq (troisième dose) est estimée à 83 %.

Ces estimations globales masquent des différences importantes au niveau infranational qu'il convient de mieux comprendre afin de lutter contre les inégalités dans la couverture vaccinale.

Couverture vaccinale DTP3 (troisième dose)



Légende

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

Éducation

4

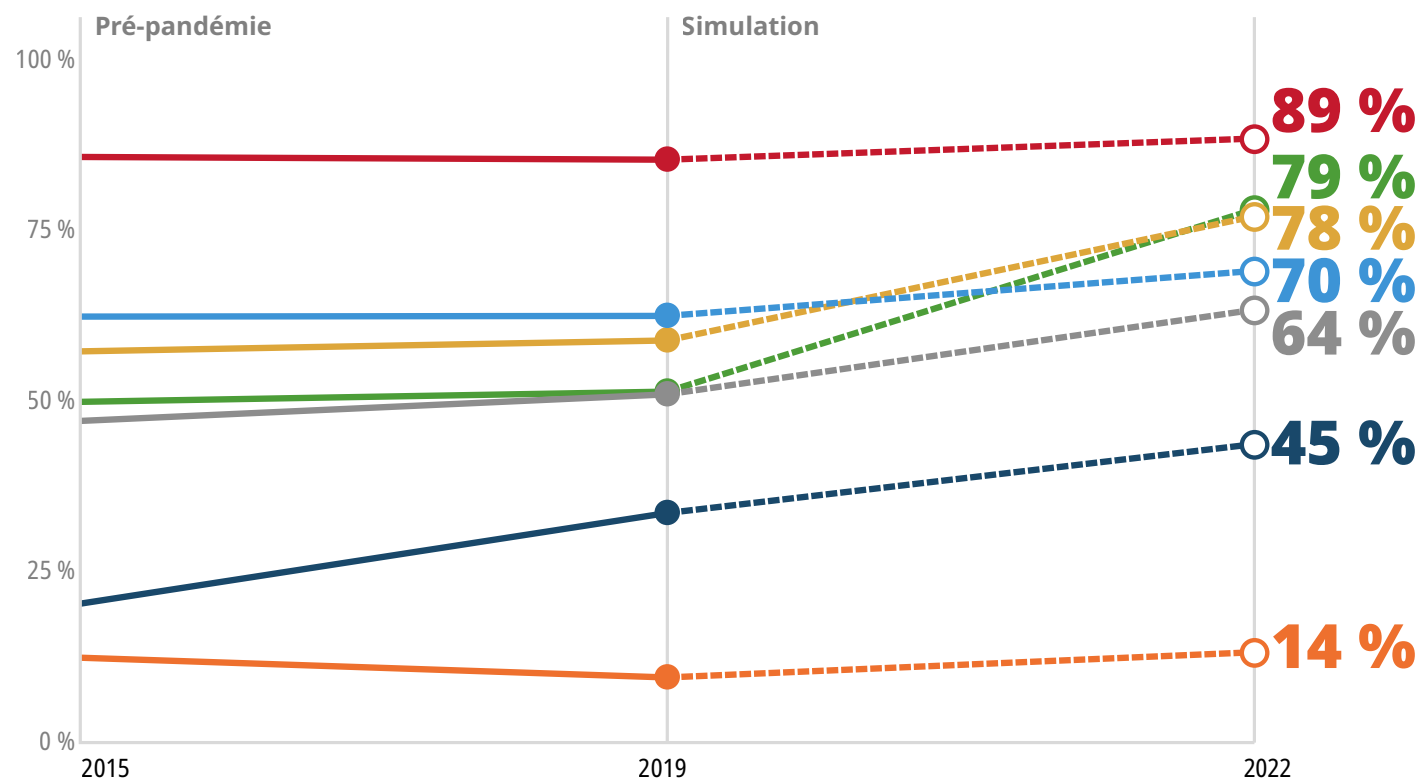
ÉDUCATION
DE QUALITÉ

ODD 4.1

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

Les dernières simulations suggèrent que 70 % des enfants des pays à revenu faible ou intermédiaire ne sont pas capables de lire et de comprendre un texte à l'âge de 10 ans, même en étant scolarisés.

Proportion d'enfants ne sachant ni lire ni comprendre un texte simple à dix ans



Légende

Monde

Afrique subsaharienne

Amérique latine et Caraïbes

Asie du Sud

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Asie de l'Est et Pacifique

Europe et Asie centrale

Égalité entre les sexes

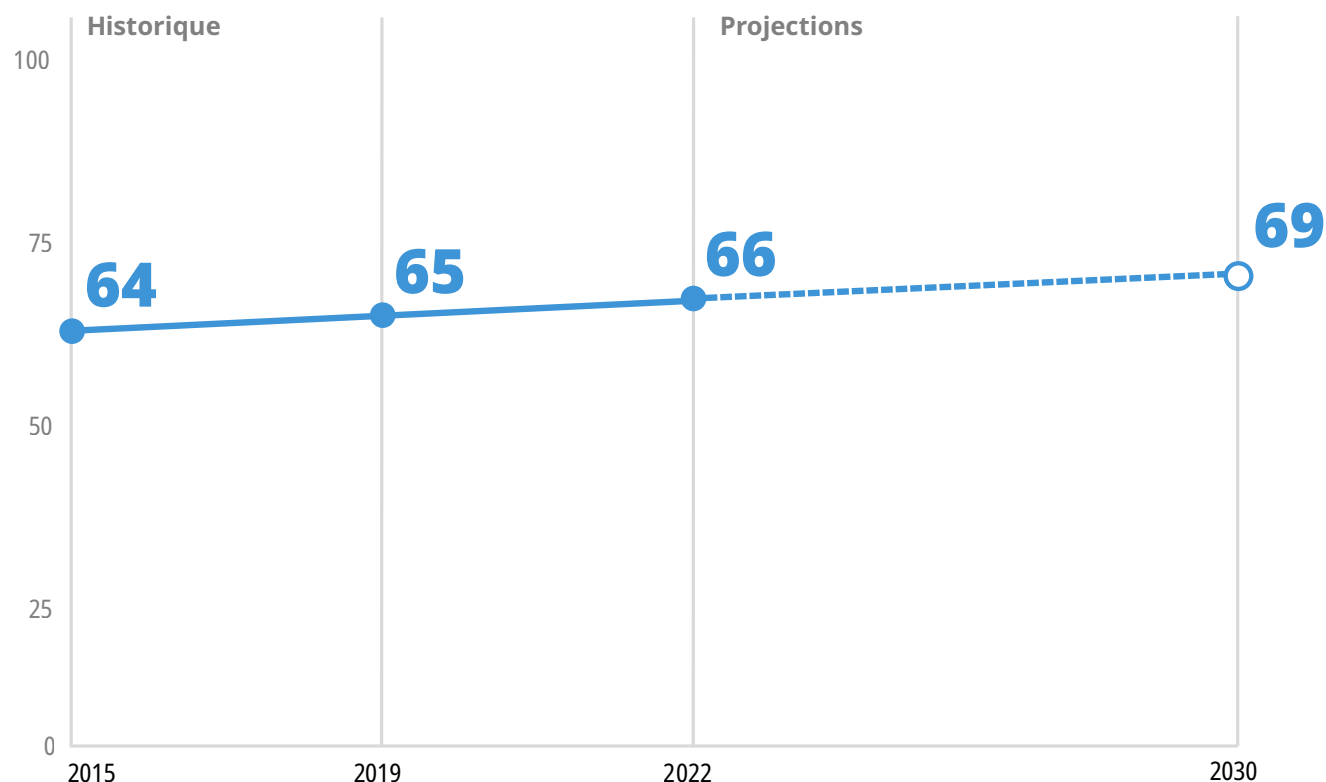
5 ÉGALITÉ ENTRE
LES SEXES

ODD 5

Parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation de toutes les femmes et les filles.

Près des trois quarts des ODD, en particulier celles de l'ODD 1 (pauvreté), de l'ODD 4 (éducation), de l'ODD 5 (égalité des sexes) et de l'ODD 8 (travail décent), reposent sur l'égalité entre les sexes. Pourtant, aucun pays n'est en voie de réaliser l'égalité des sexes sur tous les ODD d'ici 2030. Si les tendances actuelles se poursuivent, l'égalité entre les sexes ne sera pas atteinte avant le XXII^e siècle.

Indice du genre dans les ODD



Légende

Monde

Assainissement

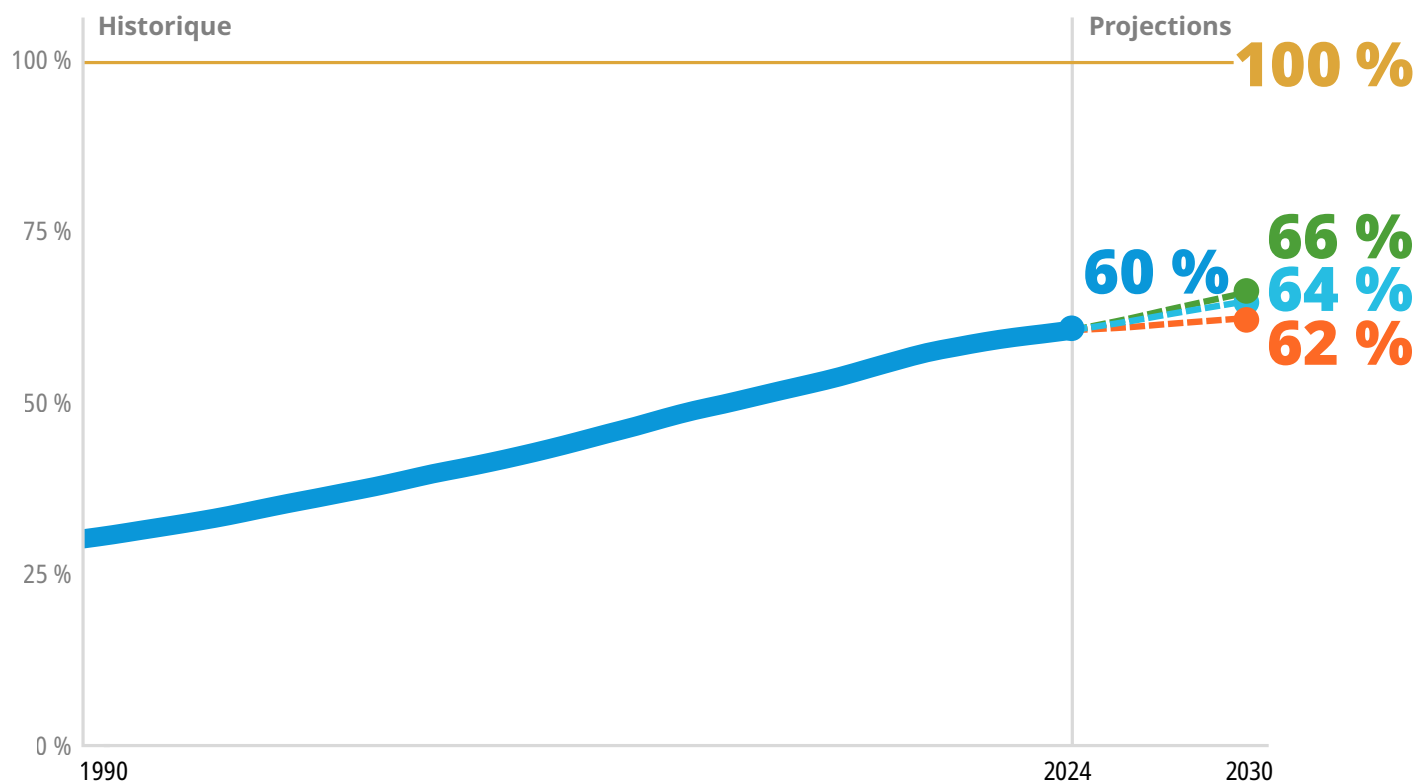
6 EAU PROPRE ET
ASSAINISSEMENT

ODD 6.2

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

La proportion de la population utilisant une installation sanitaire gérée en toute sécurité a augmenté. En 2024, 60 % de la population mondiale utilisait des installations sanitaires gérées en toute sécurité. D'ici 2030, on estime que les progrès augmenteront lentement pour atteindre 64 % de la population mondiale, ce qui ne correspond pas à l'objectif d'accès à l'assainissement sécurisé pour tous.

Proportion de la population utilisant des installations sanitaires gérées en toute sécurité



Légende

Objectif 2023**Moyenne historique****Meilleur scénario****Scénario de référence****Pire scénario**

Systemes financiers inclusifs

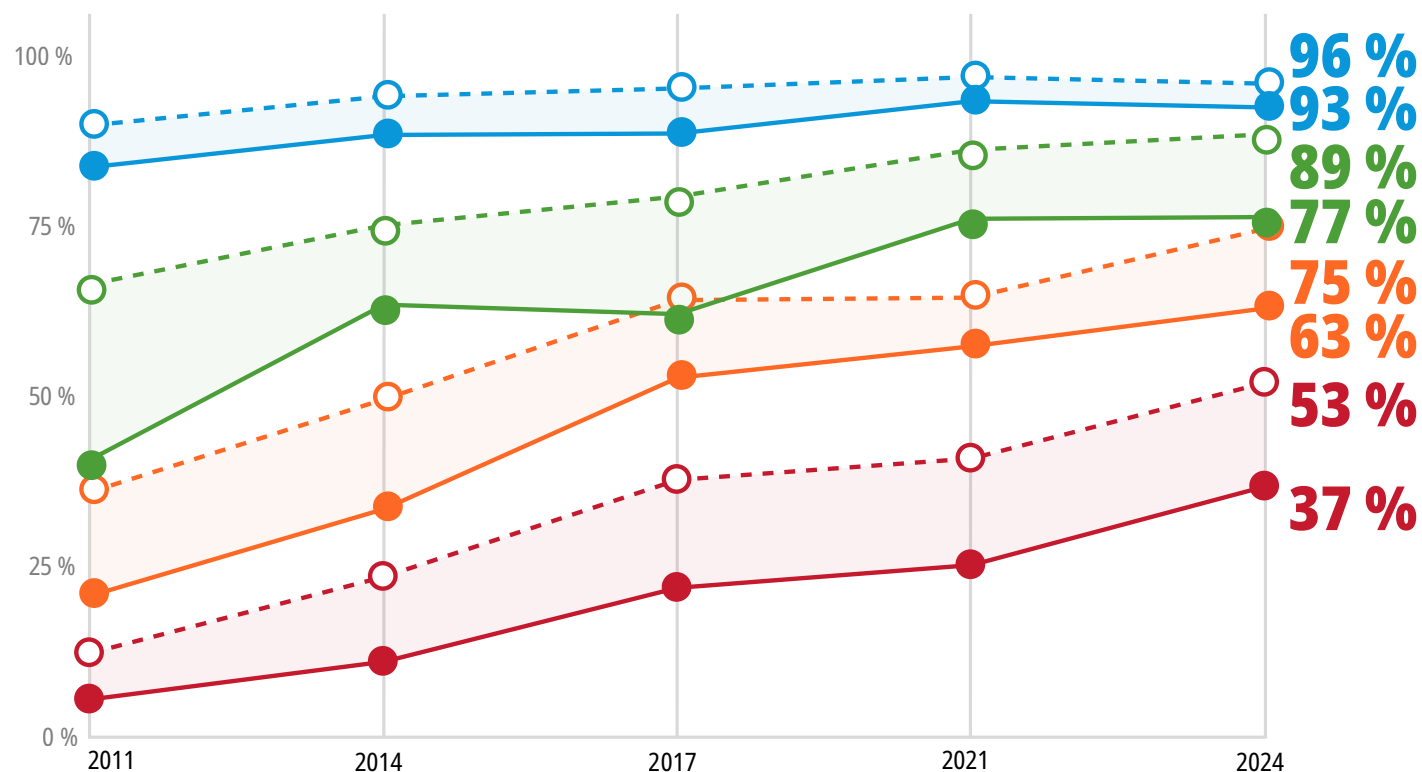
8 TRAVAIL DÉCENT
ET CROISSANCE
ÉCONOMIQUE

ODD 8.10

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

Au cours de la dernière décennie, le monde a fait de rapides progrès dans l'élargissement de l'inclusion financière. 79 % des adultes dans le monde possèdent aujourd'hui un compte financier, contre 51 % en 2011.

Pourcentage d'adultes (personnes de 15 ans et plus) disposant d'un compte dans une banque ou une autre institution financière, ou d'un service de transfert d'argent mobile – parmi les plus pauvres et les plus riches



Légende

Pays à revenu élevé

Pays à revenu intermédiaire-supérieur

Pays à revenu intermédiaire-inférieur

Pays à faible revenu

— Les plus pauvres

- - - Les plus riches

Systemes financiers inclusifs

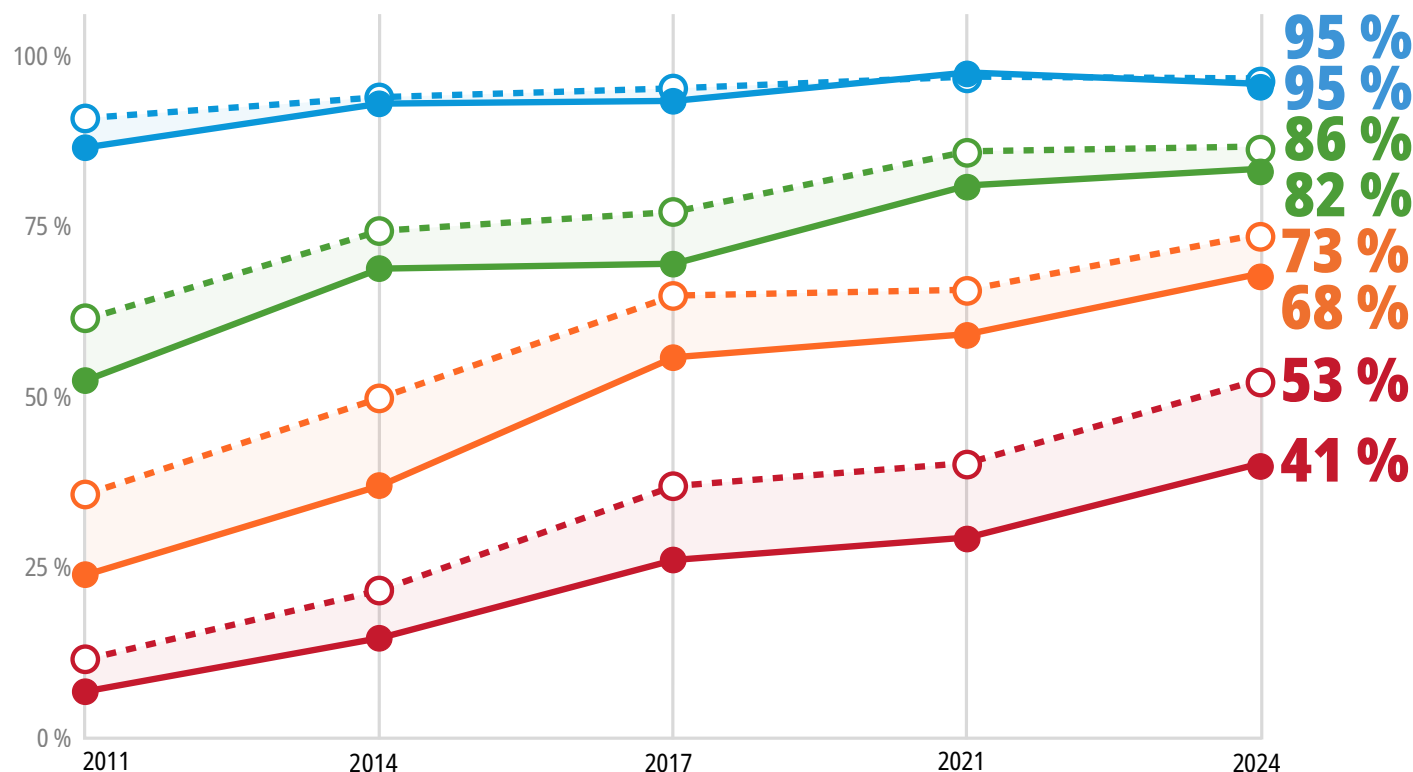
8 TRAVAIL DÉCENT
ET CROISSANCE
ÉCONOMIQUE

ODD 8.10

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

Il est important de noter que l'écart entre les genres en matière de détention de comptes bancaires est en train de se réduire.

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



Légende

Pays à revenu élevé

Pays à revenu intermédiaire-supérieur

Pays à revenu intermédiaire-inférieur

Pays à faible revenu

— Femmes

- - - Hommes

Sources des données 2025

Les sources des données présentées dans le rapport sont répertoriées par thématiques ci-dessous. De brefs commentaires méthodologiques ont été inclus pour les analyses non publiées. L'intégralité des citations, des liens vers les sources et des références supplémentaires sont disponibles sur le site de Goalkeepers à l'adresse suivante : <https://gates.ly/2025GKDataSources>.

Ne nous arrêtons pas à mi-chemin

Une génération de progrès, un choix à faire

Les références à la réduction du financement de la santé mondiale utilisées dans le présent rapport renvoient aux réductions de l'aide publique au développement (APD) annoncées par les gouvernements donateurs en 2025 (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chine, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, République de Corée, Royaume-Uni, Suède, Suisse). L'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) part du principe que les changements dans l'APD affectent proportionnellement l'aide au développement en santé (ADS).

L'Institute for Health Metrics and Evaluation, (octobre 2025). [Modélisation sur mesure. La méthodologie complète est détaillée ci-dessous].

D'autres estimations montrent également une réduction du nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans chaque année de 2000 à 2024, y compris les données publiées par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (UN IGME).

Ce calcul, destiné uniquement à des fins d'illustration, suppose qu'une population étudiante de 200 000 élèves et une taille moyenne de salle de classe de 40 élèves équivalait à peu près à 5 000 salles de classe.

L'humanité est à la croisée des chemins : Des millions de vies d'enfants sont en jeu

L'Institute for Health Metrics and Evaluation, (octobre 2025). [Modélisation sur mesure. La méthodologie complète est détaillée ci-dessous].

Le graphique montre les projections sur le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans de 2024 à 2045. L'estimation pour 2025 reflète les meilleures hypothèses actuelles avec les réductions de financement connues et annoncées en date du 17 octobre 2025. Les estimations pour la période de 2026 à 2045 montrent des réductions de 20 % et 30 % de l'aide internationale au développement en santé (ADS), par rapport aux niveaux de 2024.

12 millions : 12,5 millions de décès d'enfants supplémentaires pourraient survenir d'ici 2045 si l'ADS baisse de 20 % par rapport aux niveaux de 2024. Cela suppose une réponse moyenne des gouvernements aux déficits de financement.

16 millions : 16,3 millions de décès d'enfants supplémentaires pourraient survenir d'ici 2045 si l'ADS baisse de 30% par rapport aux niveaux de 2024. Cela suppose une réponse moyenne des gouvernements aux déficits de financement.

13 millions : Jusqu'à 13,2 millions d'enfants pourraient être sauvés d'ici 2045 si l'ADS revenait au niveau de financement de 2024 et si les nouvelles innovations contre le paludisme, les maladies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques et les troubles maternels et néonataux étaient déployées à plus grande échelle.

Programme des Nations Unies pour le développement, 2023, *Un monde de dettes : Une entrave de plus en plus grande à la prospérité mondiale*, <https://unctad.org/publication/world-debt-2023>.

Une feuille de route vers le progrès

La priorité aujourd'hui : investir dans les soins de santé primaires.

The Lancet Child Survival Series, (2003), www.iycn.org/resource/the-lancet-series-on-child-survival.

Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Initiative sur le rendement des soins de santé primaires, 2018, www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf.

La vaccination de routine reste le meilleur investissement en matière de santé mondiale.

Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (2023), *Niveaux et tendances de la mortalité infantile : Rapport 2023*, <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2023/>.

Organisation mondiale de la Santé, (2023), Fiche d'information sur la couverture vaccinale, www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage.

Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L. et Walker, D. G. (2016), « Return on Investment from Childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011–20 ». *Health Affairs*, www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.1086.

Organisation mondiale de la Santé, (2023), Cas de rougeole par pays – Sénégal, www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/measles---number-of-reported-cases.

Des innovations qui optimisent chaque dollar dépensé

Pour lutter contre le paludisme, les pays concentrent les ressources les plus efficaces sur les zones qui en ont le plus besoin.

Organisation mondiale de la Santé, (2018), *D'une charge élevée à un fort impact : une riposte ciblée contre le paludisme*, www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-GMP-2018.25.

Winters, A., et al, (2024), « Cost and cost effectiveness of geospatial planning and delivery tools added to standard health campaigns in Luapula Province, Zambia, » *Oxford Open Digital Health*, www.academic.oup.com/oodh/article/2/Supplement_2/ii66/7911916.

Organisation mondiale de la Santé, (2023), Principaux repères sur la pneumonie chez les enfants, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia.

Grâce aux vaccins qui offrent la même protection avec moins de doses, les pays ont plus d'argent à réinvestir dans les systèmes de santé.

Our World in Data, Causes of death in children under five, World (2021), www.ourworldindata.org/grapher/causes-of-death-in-children-under-5.

World Health Organization, (2025), *Pneumococcal conjugate vaccine reduced-dosing schedule: A systematic review and meta-analysis*, www.who.int/publications/m/item/report_who_sage_pcv_2025_who.int.

Gates Foundation, Integrated Portfolio Management, (2025), *Budgetary impact of WHO's SAGE recommendation on reduced (1+1) PCV dosing*, [Non publié, document interne].

Le pouvoir de la vaccination

Ministère indien de la Santé et de la Protection de la famille, Bureau d'information et de presse. (2025). En Inde, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucune dose par rapport à la population totale a diminué, passant de 0,11 % en 2023 à 0,06 % en 2024, ce qui fait de ce pays un exemple mondial en matière de santé infantile, comme l'a souligné le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile dans son rapport de 2024, www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2140343.

Éradiquer les maladies de la carte

D'ici les années 2040, de nouvelles découvertes scientifiques pourraient faire disparaître le paludisme et ainsi éradiquer une maladie transmise par les moustiques qui tue plus de 400 000 enfants de moins de 5 ans chaque année.

Organisation mondiale de la Santé, (2023), *Rapport 2023 sur le paludisme dans le monde*, <https://www.who.int/fr/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023>.

Organisation mondiale de la Santé, (2021), *Rapport 2021 sur le paludisme dans le monde*, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2021-global-briefing-kit-fre.pdf?sfvrsn=8e5e915_23.

CDC, (2024), Life cycle of *Anopheles* mosquitoes, www.cdc.gov/mosquitoes/about/life-cycle-of-anopheles-mosquitoes.html.

Le Fonds mondial, (17 avril 2024), « Treize millions de cas de paludisme évités en Afrique subsaharienne grâce à de nouvelles moustiquaires », Genève : Le Fonds mondial, <https://www.theglobalfund.org/fr/news/2024/2024-04-17-new-nets-prevent-13-million-malaria-cases-sub-saharan-africa/>.

Le Fonds mondial, (2023), « Accélérer l'introduction de nouvelles moustiquaires grâce aux subventions du Fonds mondial », <https://resources.theglobalfund.org/fr/updates/2023-10-11-accelerating-the-introduction-of-new-nets-through-global-fund-grants/>.

SC Johnson, (2023), « SC Johnson and partners pilot new spatial repellent to protect communities from mosquitoes in malaria-endemic regions, » <https://scjohnson.com/en/news-stories/press-releases/major-milestone-breakthrough-mosquito-repellent-tool>.

GSK plc, (2024), « First single-dose medicine for P. vivax malaria prequalified by WHO and included in WHO Guidelines, » www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/first-single-dose-medicine-for-p-vivax-malaria-prequalified-by-who.

D'ici 2045, 5,7 millions d'enfants peuvent être sauvés grâce aux outils de lutte contre le paludisme de nouvelle génération

L'Institute for Health Metrics and Evaluation, (août 2025). [Modélisation sur mesure. La méthodologie complète est détaillée ci-dessous].

De nouvelles analyses (non publiées par la Fondation Gates) sur un large portefeuille de nouvelles innovations contre le paludisme montrent que si les outils sont utilisés efficacement et déployés à grande échelle, 5,7 millions de vies d'enfants peuvent être sauvées d'ici 2045. La projection suppose une trajectoire d'innovation approchant le niveau médian d'impact. Les outils inclus dans la modélisation sont des innovations dans la lutte antivectorielle (moustiquaires à double insecticide, pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, méthodes attrayantes d'appâts sucrés toxiques, forçage génétique) ; des médicaments (cure radicale en monodose, nouvelle association bi-thérapeutique, médicament injectable à action prolongée, anticorps monoclonal, endectocide) ; des vaccins (vaccin antipaludique nouvelle génération) ; et des diagnostics (nouveau test diagnostique rapide, outil diagnostique non invasif).

D'ici la fin des années 2040, de nouvelles innovations pourraient éviter la quasi-totalité des décès dus au VIH/SIDA, qui était autrefois la pandémie la plus meurtrière du monde.

Gilead, (June 2024), « Gilead's Twice-Yearly Lenacapavir Demonstrated 100% Efficacy and Superiority to Daily Truvada® for HIV Prevention, » www.gilead.com/news/news-details/2024/gileads-twice-yearly-lenacapavir-demonstrated-100-efficacy-and-superiority-to-daily-truvada-for-hiv-prevention.

Merck, (2025), « Merck to Initiate Phase 3 Trials for Investigational Once-Monthly HIV Prevention Pill, » www.merck.com/news/merck-to-initiate-phase-3-trials-for-investigational-once-monthly-hiv-prevention-pill/.

Institute for Disease Modeling, (2025), *Geographic HIV risk-prioritization for delivery of long-acting PrEP*, [document interne non publié], Fondation Gates.

Wu, L., Kaftan, D., Wittenauer, R., Arrouzet, C., Patel, N., Saravis, A.L., Pfau, B., Mudimu, E., Bershteyn, A., et Sharma, M. (2024), « Health and budget impact, and price threshold for cost-effective of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis », *medRxiv*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.08.20.24312137v1>.

Lynch, S., Cohen, R.M., Kavanagh, M., Sharma, A., Raphael, Y., Pillay, Y., et Bekker, L. (2025), « Lessons for long-acting lenacapavir: catalysing equitable PrEP access in low-income and middle-income countries, » *The Lancet HIV*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40659026/>.

Grâce aux nouveaux vaccins maternels qui protègent les bébés avant même leur naissance, nous avons une chance de faire en sorte que les premiers mois d'un bébé ne soient pas ses derniers.

UNICEF, (2025), Levels and trends in child mortality 2024, <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>.

Gavi, (mars 2025), « Gavi welcomes first-ever prequalification of a maternal RSV vaccine, » www.gavi.org/news/media-room/gavi-welcomes-first-ever-prequalification-maternal-rsv-vaccine.

Madhi, S. A., Anderson, A. S., Absalon, J., Radley, D., et al. (2023), « Potential for maternally administered vaccine for infant group B streptococcus, » *The New England Journal of Medicine*, www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2116045.

D’ici 2045, 3,4 millions d’enfants peuvent être sauvés en déployant à grande échelle de nouveaux produits de vaccination contre le VRS et la pneumonie

L’Institute for Health Metrics and Evaluation, (août 2025), [Modélisation sur mesure. La méthodologie complète est détaillée ci-dessous].

Méthodologie pour la modélisation sur mesure Goalkeepers 2025

Mesurer l’impact de la réduction de l’aide à l’étranger sur la mortalité infantile

Pour estimer l’impact des récentes réductions de l’aide, l’IHME s’est concentré sur deux grands domaines de travail : (i) modélisation et estimation de l’impact des baisses de financement de toutes les sources pertinentes sur les projections de l’aide au développement en santé

(ADS) et les dépenses totales de santé ; et (ii) estimation de l’impact associé que les réductions des dépenses de santé auront sur les indicateurs des ODD Goalkeepers 2025.

Mesurer la réduction des budgets d’aide à l’étranger et son impact sur les ODD

Afin de mesurer de manière exhaustive les réductions de l’aide à l’étranger effectuées à l’échelle nationale et internationale, l’IHME a recueilli et normalisé plusieurs estimations de dépenses de santé dans le monde à partir de diverses sources de données, y compris les engagements et les décaissements provenant des dossiers de projets de développement, des budgets annuels, des états financiers et des relevés sur les recettes. Les estimations de l’ADS et des dépenses totales de santé (DTS) ont été ajustées pour tenir compte des annonces des donateurs et des coupes budgétaires. Les projections à long terme jusqu’en 2045 pour l’ADS ont été générées sur la base des objectifs des donateurs, des tendances historiques et des prévisions basées sur le PIB, tandis que les DTS ont prédites à l’aide de modèles d’ensemble évaluant plusieurs indicateurs clés tels que les dépenses publiques et directes. Les estimations et prévisions de l’IHME en matière d’aide à l’étranger sont fondées sur des données accessibles au public au 17 octobre 2025. Des méthodologies détaillées sont disponibles dans l’annexe Méthodes en ligne du rapport *Financing Global Health 2025* : www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2025-cuts-aid-and-future-outlook.

Les scénarios de financement suivants ont été élaborés :

Scénario	Description
Financement avant 2025	Modèle d'ensemble des tendances antérieures à 2025
Réduction de l'ADS de 20 %	Sur la base des réductions de financement estimées pour l'année 2025, et d'une réduction de 20 % de l'ADS mondiale par pays bénéficiaire, par rapport aux niveaux de 2024, a été appliquée à partir de 2026.
Réduction de l'ADS de 30%	Sur la base des réductions de financement estimées pour l'année 2025, et d'une réduction de 30% de l'ADS mondiale par pays bénéficiaire, par rapport aux niveaux de 2024, a été appliquée à partir de 2026.

Pour quantifier l’impact des réductions de l’aide au développement sur les indicateurs des ODD, l’IHME a analysé la relation entre chaque indicateur et les dépenses de santé historiques, en utilisant une approche d’analyse stochastique non paramétrique des frontières où la « frontière » représente le meilleur résultat possible (ex. : le plus petit nombre de nouveaux cas de tuberculose) pour un niveau donné de dépenses de santé. Le modèle suppose que cette « efficacité » persiste à l’avenir pour calculer le coût marginal de la diminution de la couverture sanitaire, des pertes de vies ou des cas supplémentaires en raison des réductions de

financement. Pour chaque indicateur des ODD dans ce rapport, les prévisions ont été produites en fonction du scénario de réduction de 20 % de l'ADS ; les scénarios de réduction de 20 % et de 30 % de l'ADS ont quant à eux été produits pour la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Mesurer l'impact des nouvelles innovations sur la mortalité des enfants de moins de 5 ans

L'IHME a également analysé le nombre de vies sauvées si une série de nouvelles innovations était effectivement mise en œuvre dans le cadre des scénarios de santé futurs. Les innovations comprenaient un portefeuille de produits et de valeurs d'effet sur la mortalité par cause à l'aide de simulations de la Fondation Gates. L'IHME a utilisé ces valeurs d'effet pour estimer le nombre d'enfants de moins de 5 ans sauvés à la cause spécifique grâce aux efforts d'innovation.

Cause	Produits
Paludisme	- Lutte antivectorielle : moustiquaires à double insecticide, pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, méthodes attrayantes d'appâts sucrés toxiques, forçage génétique - Médicaments : cure radicale en monodose, nouvelle association bi-thérapeutique, médicament injectable à action prolongée, anticorps monoclonal, endectocide - Vaccin antipaludique nouvelle génération - Diagnostics : nouveau test diagnostique rapide, outil diagnostique non invasif

Troubles néonataux	- Vaccin <i>anti-streptocoque du groupe B</i> - Prévention de la prématurité : Supplémentation en micronutriments multiples / supplémentation en micronutriments multiples plus (MMS / MMS) ; dépistage du risque de prééclampsie / médicament de prévention ; diagnostic de la prééclampsie / traitement spécifiques et prévention & traitement spécifique du syndrome de détresse respiratoire (SDR) ; échographie assistée par IA ; corticostéroïdes anténataux (CSA) ; pression positive continue (PPC) ; surfactant pulmonaire - Prévention : Capteurs IA intrapartum pour permettre un ciblage approprié des risques de césarienne ; <i>Bifidobacterium longum</i> sous-espèce <i>infantis</i> - Traitement : Amoxicilline / Gentamicine
Diarrhée	- Vaccin nouvelle génération contre le rotavirus - Vaccin contre la shigellose
Infection des voies respiratoires basses	- Anticorps monoclonal contre le VRS ; vaccin maternel contre le VRS - Vaccin pneumococcique conjugué 20-valent plus (PCV 20+)
Méningites	Vaccin pneumococcique conjugué 20-valent plus (PCV 20+)

Références :
GBD 2021 Forecasting Collaborators. (2024), « Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: A forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, » *The Lancet*, doi: 10.1016/S0140-6736(24)00685-8.

Explorer les données

Méthodologie IHME

Notre principal partenaire, l'IHME, a produit des estimations et des prévisions pour 13 indicateurs d'ODD inclus dans le rapport Goalkeepers 2025. L'IHME a collaboré avec de nombreux partenaires et utilisé de nouvelles méthodes de collecte de données afin de générer un ensemble d'estimations récentes, certaines dans le cadre du projet Global Burden of Disease. Certaines estimations d'indicateurs peuvent différer d'autres sources, en particulier au niveau régional en raison de différences dans les modèles statistiques, dans les données d'entrée et les hypothèses utilisées entre groupes de modélisation. La section ci-dessous donne plus d'indications sur comment chaque indicateur est estimé.

Indicateurs estimés par l'IHME

L'IHME a produit des estimations et des prévisions pour 13 indicateurs d'ODD inclus dans le rapport Goalkeepers. La section ci-dessous donne plus d'indications sur comment chaque indicateur est estimé.

Retard de croissance

L'IHME mesure la prévalence du retard de croissance comme étant la taille par rapport à l'âge inférieure de plus de deux écarts-types à la médiane de référence sur la courbe de croissance taille-âge basée sur les normes de croissance 2006 de l'OMS pour les enfants de 0 à 59 mois. Les estimations ont tiré parti de plusieurs

avancées méthodologiques, y compris des prédictions de modèle d'ensemble pour la prévalence du retard de croissance spécifique à la gravité et des scores Z moyens de la taille pour l'âge (HAZ), désagrégation supplémentaire des groupes d'âge < 5, et une approche standardisée de division âge-sexe.

Les prévisions de prévalence du retard de croissance ont été déterminées grâce à des scénarios climatiques de jours au-dessus de 30°C, de consommation par habitant, d'indice socio-démographique (ISD) et d'effets aléatoires par lieu. Les meilleurs et les pires scénarios ont été produits en prenant les taux de changement des 85e et 15e centiles observés dans les années-localisation dans le passé et en appliquant ces taux de changement à tous les sites à l'avenir.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses totales de santé, y compris l'aide au développement du Programme alimentaire mondial, variant selon le pays et l'année, augmenterait le retard de croissance et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

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 lié à la grossesse. Les projections jusqu'en 2030 ont été modélisées à l'aide d'une approche d'ensemble pour prévoir le TMM, en utilisant l'ISD comme facteur clé.

Les différences dans les estimations du TMM du rapport Goalkeepers 2024 sont principalement attribuables aux changements dans l'enveloppe de mortalité toutes causes confondues et à l'inclusion de sources de données d'entrée supplémentaires. Les améliorations méthodologiques apportées à l'estimation de la mortalité toutes causes confondues ont permis d'ajouter des sources de données d'entrée plus granulaires par âge, ce qui a généralement augmenté les estimations de la mortalité toutes causes confondues chez les femmes en âge de procréer. Les augmentations de la mortalité toutes causes confondues sont les plus notables en Afrique subsaharienne et produisent des estimations plus élevées du taux de mortalité maternelle. À l'inverse, les estimations de mortalité toutes causes confondues chez les femmes en âge de procréer étaient nettement plus faibles en Afghanistan que dans les rapports précédents, ce qui a entraîné des estimations plus faibles du taux de mortalité maternelle.

Les données ajoutées depuis le dernier rapport couvrent des années supplémentaires de la pandémie dans différents endroits. Les effets de la COVID-19 sur la mortalité maternelle ont été observés dans les données pour de nombreuses localisations et reflétés dans les estimations des modèles qui en résultent, notamment dans les pays des Caraïbes et d'Amérique latine, du sud de l'Amérique latine, de l'Amérique du Nord à revenu élevé, de l'Asie centrale, de l'Europe centrale, et l'Asie du Sud-Est.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – augmenterait le taux de mortalité maternelle et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Taux de mortalité des enfants moins de 5 ans

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est la probabilité pour un nouveau-né de mourir avant l'âge de 5 ans. Cela se traduit par le nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes. Les estimations ont utilisé toutes les données disponibles provenant des données d'enregistrement de l'état civil, d'enregistrement des échantillons, des enquêtes et des recensements, qui ont été modélisées par un modèle statistique nouvellement élaboré pour les taux de mortalité par âge qui incorpore

des méthodes paramétriques et non paramétriques. Les taux de mortalité par âge pour les âges 0-6 jours, 7-27 jours, 1-5 mois, 6-11 mois, 1-2 ans, et 2-4 ans ont été conjointement estimés dans le modèle, puis convertis en taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les projections étaient fondées sur une combinaison de facteurs clés, notamment les facteurs de risque du Global Burden of Disease (GBD), certaines interventions (ex. : vaccins) et l'ISD. Les différences dans les estimations du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le présent rapport résultent de l'intégration de nouvelles données d'entrée sur la mortalité depuis la dernière édition du rapport Goakeepers, ainsi que de l'utilisation d'un nouveau modèle statistique.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, l'IHME a utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – augmenterait le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et a ajusté les prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Références :
Schumacher, A.E., et al. (2024), « Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023, » *The Lancet*. Manuscrit non publié.

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 estimations ont utilisé toutes les données disponibles provenant des données d'enregistrement de l'état civil, d'enregistrement des échantillons, des enquêtes et des recensements, qui ont été modélisées par un modèle statistique nouvellement élaboré pour les taux de mortalité par âge qui incorpore des méthodes paramétriques et non paramétriques. Les taux de mortalité par âge pour les âges de 0-6 jours et 7-27 jours ont été estimés conjointement dans le modèle, puis convertis en taux de mortalité néonatale. Les projections étaient fondées sur une combinaison de facteurs clés, notamment les facteurs de risque du GBD, certaines interventions (ex. : vaccins) et l'ISD. La plupart des changements dans les estimations de la mortalité néonatale du présent rapport Goakeepers sont le résultat de nouvelles données et de changement méthodologiques pour les estimations de mortalité des moins de 5 ans.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'aide au développement de la santé, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – augmenterait le taux de mortalité néonatale et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Références :
Schumacher, A.E., et al. (2024), « Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023, » *The Lancet*, Manuscrit non publié

VIH
L'IHME considère le taux d'infection au VIH comme le nombre de nouveaux cas pour 1 000 personnes. Les changements dans l'incidence dans le rapport de cette année sont dus à des mises à jour effectuées pendant l'estimation GBD 2023, qui reflètent d'importantes actualisations des données provenant des sources suivantes. Évaluation de l'impact du VIH à l'échelle de la population (PHIA) : Cinq pays ont publié leur tout premier rapport pour la période 2020-2023 et sept pays ont fourni de nouvelles microdonnées. Enquêtes auprès des ménages : 13 pays ont fourni de nouvelles enquêtes. Signalement des cas : 54 pays ont été mis à jour et les dernières années ont fourni 546 années-pays supplémentaires. ONUSIDA : 145 pays ont fourni des séries chronologiques actualisées dans leurs fiches pays Spectrum.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – entraînerait une réduction de la couverture

du traitement antirétroviral (TAR). La couverture TAR modifie les taux de mortalité et d'incidence dans notre modèle, de sorte que les deux mesures épidémiologiques sont affectées par les changements dans le TAR.

Nous avons pris en compte les baisses estimées de la couverture du TAR et simulé leur impact dans notre cadre de prévision.

Tuberculose

L'IHME estime les nouveaux cas de tuberculose et les rechutes diagnostiqués durant une année calendaire donnée (incidence) en utilisant les données des enquêtes de prévalence, les signalements de cas, les estimations de rémission, les estimations de surmortalité et les estimations de mortalité par cause spécifique afin de construire un modèle statistique qui permet d'obtenir une cohérence interne entre les estimations. Au niveau mondial, les estimations de l'incidence de la tuberculose pour le présent rapport montrent une tendance à la baisse légèrement plus marquée que celles de l'année dernière. Cette tendance est influencée par la tendance actualisée de la mortalité liée à la tuberculose, qui intègre une enveloppe actualisée de mortalité pour le cycle GBD 2025, des covariables actualisées éclairées par des données récentes et des données sur les causes de décès nouvellement disponibles.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et

l'année – augmenterait les cas de tuberculose et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Paludisme

L'IHME considère le taux standardisé de cas de paludisme comme le nombre d'infections pour 1 000 personnes. Les estimations du paludisme comprennent de nouveaux points de données depuis l'an dernier, dont trois nouvelles enquêtes nationales au Ghana, au Libéria et au Mozambique. En plus de la mise à jour régulière des données, pour la première fois depuis plusieurs années, des mises à jour ont également été apportées aux données sur l'exhaustivité des rapports. Ces améliorations ont eu un impact sur les résultats dans plusieurs pays, dont la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Libéria, le Mozambique, le Sénégal et la Guyane. Les pics marqués dans les estimations pour le Myanmar, l'Éthiopie, le Pakistan et le Zimbabwe peuvent être attribués à des flambées déjà connues.

Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé les modèles de prévision du paludisme élaborés pour différents modèles de scénarios climatiques. En résumé, ces modèles comportaient cinq composantes, toutes adaptées au deuxième niveau administratif. Modèle 1 : modélisation de la prévalence de *plasmodium falciparum* chez les 2-10 ans (pfpr2-10). Modèle 2 : modélisation du taux de prévalence tous âges confondus en fonction de la pfpr2-10. Modèle 3 : modélisation du taux spécifique à l'âge et au sexe en fonction du taux tous âges confondus. Modèle 4 : modélisation du taux de prévalence-mortalité tous

âges confondus en fonction de la pfpr2-10. Modèle 5 : modélisation du taux de mortalité spécifique à l'âge et au sexe en fonction du taux de mortalité tous âges confondus. Chaque modèle a utilisé des données du 2e niveau administratif de 2000 à 2022 sur les résultats du paludisme, mais aussi la fraction pondérée de l'année où la température convient à la transmission (pondérée par le niveau de pertinence), les jours d'inondation annuels par habitant, le PIB par habitant et les dépenses d'ADS dédiées au paludisme.

Notre prévision de référence était basée sur les estimations prévisionnelles de chaque covariable (en utilisant le RCP 4.5 pour les covariables climatiques) et les estimations de référence des dépenses d'ADS dédiées au paludisme.

Références :

Organisation mondiale de la Santé, (2022), *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic (November – December 2021)*, www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1.

Maladies tropicales négligées

L'IHME mesure la somme de la prévalence de 15 MTN pour 100 000 personnes, soit les maladies recensées par l'étude annuelle Global Burden of Disease : la trypanosomiase humaine africaine, la maladie de Chagas, l'échinococcose cystique, la cysticercose, la dengue, les trématodoses d'origine alimentaire, la dracunculose, les helminthes transmis par le sol (ankylostome, trichuriase et ascariidose), la

leishmaniose, la lèpre, la filariose, l'onchocercose, la rage, la schistosomiase et le trachome. Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé un modèle d'ensemble, guidé à la fois par les tendances du passé et par les projections de l'ISD.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – augmenterait le taux de prévalence des MTN et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Planification familiale

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 éponges contraceptives ou gels spermicides, les pilules hormonales orales, les implants, les injections, les dispositifs intra-utérins (stérilets), ou les contraceptifs d'urgence. Le besoin est défini de la même manière que dans les enquêtes démographiques et sanitaires. Les projections jusqu'en 2030 ont utilisé un modèle d'ensemble basé à la fois sur les tendances passées et utilisant le SDI comme facteur clé. Ce dernier intègre les projections du revenu par habitant et de l'éducation et

les effets de la pandémie de la COVID-19. Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – ferait baisser le niveau de besoins en matière d'accès à la contraception satisfaits par les méthodes modernes et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Références :
Performance Monitoring for Action, (2020), Performance Monitoring for Action (PMA) Survey, www.pmadata.org/data.

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff, (2012), *Revising Unmet Need for Family Planning, DHS Analytical Studies*, 25, ICF International, [www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25\[12June2012\].pdf](http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12June2012].pdf).

Couverture sanitaire universelle

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

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

Les indicateurs sur la prévention du système de santé 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 contre la rougeole. Les soins prénataux pour les mères et pour les nouveau-nés sont considérés comme des indicateurs de la prévention et du traitement des maladies affectant la santé maternelle et infantile.

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

couverture réelle sont pondérés dans l'indice en fonction du gain potentiel de santé que chaque pays pourrait réaliser s'il améliorerait la couverture de cet indicateur.

Utiliser un modèle d'analyse de frontière méta-stochastique pour la CSU se prêtait bien à la prévision des indices de CSU entre 2025 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 intégrées au dernier degré adapté afin d'obtenir la prévision de CSU pour tous les pays pour 2025– 2030.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, nous avons utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – ferait baisser le niveau de couverture sanitaire universelle et nous avons ajusté nos prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

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

Vaccins
La mesure de la couverture vaccinale de l'IHME rend compte de la couverture des vaccins suivants séparément : trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP3), la seconde dose de vaccin contre la rougeole (MCV2) et les trois doses du vaccin pneumococcique conjugué (PCV3).

L'IHME a mesuré les effets de l'ère pandémique (2020–2023) sur la couverture vaccinale en utilisant les tendances des couvertures communiquées par les pays. Pour ce faire, l'IHME a étendu le cadre de modélisation utilisé pour saisir d'autres perturbations temporelles prononcées (à savoir des baisses) de la couverture dues à des ruptures de stock ou à d'autres événements

similaires. Dans ce cadre, l'IHME a d'abord modélisé l'ampleur des perturbations pour les combinaisons vaccin-pays-année marquées par des événements de rupture de stock signalés via le formulaire de déclaration conjointe de 2025 ou d'autres événements perturbateurs identifiés. Pour ce faire, l'IHME a d'abord estimé la couverture contrefactuelle déclarée par les pays à l'aide de modèles qui excluaient les combinaisons vaccin-pays-année présentant des perturbations identifiées, puis a comparé ces estimations contrefactuelles aux valeurs déclarées par les pays pour ces années. Ces amplitudes de perturbation ont ensuite été incluses comme covariables dans la modélisation de la couverture vaccinale. Pour tenir compte des perturbations dues à la pandémie de COVID-19, l'IHME a considéré toutes les combinaisons vaccin-pays-année pour la période 2020–2023 comme candidats à des perturbations. Pour les combinaisons vaccin-pays-année de la période pandémique sans données disponibles déclarées par pays, nous avons imputé les amplitudes des perturbations en nous basant sur les distributions spécifiques à la combinaison année-vaccin à partir des localisations pour lesquelles des données étaient disponibles.

Ces estimations reflètent également de nouvelles méthodes pour mieux tenir compte des augmentations rapides de la couverture en MCV2 et PCV3 dans les années suivant les introductions spécifiques à chaque pays à l'aide de modèles splines hiérarchiques. Pour chaque vaccin, le modèle a d'abord estimé les schémas d'intensification mondiale avant de les utiliser comme données antérieures pour les modèles d'intensification

spécifiques aux pays. Cette approche permet de mieux saisir l'intensification par pays lorsque des données étaient disponibles et exploite les schémas d'intensification mondiale pour éclairer les estimations lorsque les données manquent.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, l'IHME a utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer la réduction des budgets d'aide à l'étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la diminution des dépenses – variant selon le pays et l'année – feraient baisser la couverture vaccinale et a ajusté ses prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l'ADS pour chaque pays jusqu'en 2030.

Références :
Organisation mondiale de la Santé, (juillet 2025), « Bien que le taux mondial de vaccination des enfants reste stable, plus de 14 millions de nourrissons ne sont toujours pas vaccinés », communiqué de presse, <https://www.who.int/fr/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef>.

GBD 2023 Vaccine Coverage Collaborators, (2024), « Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023, » *The Lancet*, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01037-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01037-2/abstract).

Assainissement
L'IHME estime la proportion de la population ayant accès à des services d'assainissement gérés en toute sécurité. Selon le Programme conjoint de surveillance (Joint Monitoring Programme), une installation gérée en toute sécurité doit répondre à trois critères : 1) non partagée avec plusieurs ménages, 2) installation d'assainissement améliorée, et 3) les eaux usées sont traitées en toute sécurité (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Le traitement des eaux usées en toute sécurité peut consister en un traitement et une élimination sur place, un stockage temporaire et un traitement hors site, ou une évacuation par canalisation suivie d'un traitement (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Les eaux usées gérées en toute sécurité doivent avoir reçu au moins un traitement secondaire (Organisation mondiale de la Santé 2021). 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 autoventilée, latrines à fosse avec dalle, toilettes à compostage), et ceux sans services d'hygiène améliorés (latrines à chasse non raccordée à l'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.

Pour le rapport Goalkeepers 2025, l'IHME a élaboré des modèles pour estimer trois composantes d'un assainissement géré en toute sécurité : 1) la proportion

des eaux usées qui reçoit un traitement secondaire, 2) la proportion d'installations reliées à l'égout gérées en toute sécurité et 3) la proportion d'installations améliorées non reliées à l'égout gérées en toute sécurité.

Les données permettant d'estimer la proportion des eaux usées qui reçoivent un traitement secondaire proviennent d'Eurostat, d'Aquastat, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et des enquêtes nationales. Les données permettant d'estimer la proportion d'installations reliées à l'égout gérées en toute sécurité proviennent d'Eurostat, d'Aquastat, des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), des enquêtes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), de l'OCDE et des enquêtes nationales (République de Corée, Singapour, Andorre, Autriche et Irlande). Les données permettant d'estimer la proportion d'installations améliorées non reliées à l'égout gérées en toute sécurité proviennent des MICS, des EDS, d'Eurostat et des enquêtes nationales (Canada, Norvège et États-Unis).

L'IHME a estimé la proportion de la population totale ayant des installations sanitaires gérées en toute sécurité comme la somme de la proportion de la population ayant des installations reliées à l'égout gérées en toute sécurité et de la proportion de la population ayant des installations améliorées non reliées à l'égout gérées en toute sécurité.

Pour estimer l'impact de la réduction de l'ADS, l'IHME a utilisé une approche frontière stochastique non paramétrique (comme détaillé dans la section « Mesurer

la réduction des budgets d’aide à l’étranger et son impact sur les ODD » ci-dessus) pour modéliser comment la réduction du développement au niveau national et à l’étranger de l’eau, de l’assainissement et de l’hygiène – variant selon le pays et l’année – feraient baisser la part de la population ayant accès à des services d’assainissement gérés en toute sécurité et a ajusté ses prévisions selon le scénario de réduction de 20 % de l’ADS pour chaque pays jusqu’en 2030.

Références :
Programme conjoint de surveillance de l’Organisation mondiale de la Santé et de l’UNICEF, (2021), *Programme conjoint OMS/UNICEF de surveillance de l’approvisionnement en eau, de l’assainissement et de l’hygiène (JMP) | UN_ Water*, www.washdata.org/sites/default/files/2022-01/jmp-2021-metadata-sdg-621a.pdf.

Sources des indicateurs IHME

Les informations sur la source de données pour chaque indicateur sont disponibles ci-dessous. Un rapport détaillé sur la source de données pour les estimations de GBD 2021 peut être consulté à l’adresse <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021/sources>.

Indicateur et composante	Sources totales GBD 2023
Mortalité infantile	24 025
Retard de croissance des enfants	1 748
Planification familiale et accès à la contraception (besoins satisfaits)	1 119
Paludisme	13 099
Mortalité maternelle	8 107
Mortalité néonatale	24 025
VIH	6 320
Chagas (MTN)	1 199
Leishmaniose viscérale (MTN)	5 815
Leishmanioses cutanées et cutanéomuqueuses (MTN)	1 503
Trypanosomiase africaine (MTN)	3 075
Schistosomiase (MTN)	3 855
Cysticercose (MTN)	3 901
Échinococcose kystique (MTN)	3 731
Filariose lymphatique (MTN)	496
Onchocercose (MTN)	351

Trachome (MTN)	109
Dengue (MTN)	3 950
Rage (MTN)	4 058
Ascaridiose (MTN)	4 599
Trichuriase (MTN)	868
Ankylostose (MTN)	873
Trématodoses d'origine alimentaire (MTN)	57
Lèpre (MTN)	1 595
Dracunculose (MTN)	458
Assainissement géré en toute sécurité	1 243
Prévalence du tabagisme	3 859
Tuberculose	8 422
Troubles maternels couverts par la CSU	8 107
Besoin satisfait par la CSU	1 123
Naissances vivantes couvertes par la CSU	15 981

Indicateur et composante	Sources totales GBD 2023
Mortalité néonatale couverte par la CSU	24 025
Diphtérie couverte par la CSU	4 185
Coqueluche couverte par la CSU	9 667
Tétanos couvert par la CSU	4 421
Vaccination DTP couverte par la CSU	9 005
Rougeole couverte par la CSU	11 333
Vaccination contre la rougeole couverte par la CSU	8 893
IRI couvert par la CSU	4 594
Diarrhée couverte par la CSU	6 087
Traitement du VIH couvert par la CSU	6 320
TB couvert par la CSU	4 578
Leucémie lymphoïde couverte par la CSU	3 518
Asthme couvert par la CSU	3 106
Diabète couvert par la CSU	4 368

Traitement de la CI couvert par la CSU	4 348
AVC couvert par la CSU	4 373
Maladie rénale chronique couverte par la CSU	4 592
Bronchopneumopathie chronique obstructive couverte par la CSU	3 123
Cancer du col de l'utérus couvert par la CSU	5 261
Cancer du sein couvert par la CSU	5 264
Cancer de l'utérus couvert par la CSU	5 237
Cancer colorectal couvert par la CSU	5 327
Epilepsie couverte par la CSU	4 131
Appendicite couverte par la CSU	4 213
Traitement de l'iléus paralytique et de l'occlusion intestinale couvert par la CSU	4 086
Couverture vaccinale DTP3	9 005
Couverture vaccinale MCV2	3 266
Couverture vaccinale PCV3	1 897

Indicateurs estimés à partir d'autres sources

Pauvreté

Banque mondiale. Ratio de la population pauvre disposant de moins de \$ 2,15 par jour (2017 PPA) (% de la population) [ensemble de données], https://data360.worldbank.org/en/indicator/WB_PIP_HEADCOUNT_IPL.

Pour la méthodologie, voir : Banque mondiale, (2025), *Poverty and inequality platform methodology handbook*, <https://datanalytics.worldbank.org/PIP-Methodology/>.

Le présent rapport utilise les données internationales relatives au seuil de pauvreté et à la parité de pouvoir d'achat (PPA) en vigueur avant la mise à jour de juin 2025 de la Banque mondiale. Le nouveau seuil de pauvreté et les PPA seront incorporés dans la prochaine édition du présent rapport afin d'assurer la cohérence et la comparabilité dans le temps.

Agriculture

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, (2025), Revenu annuel moyen de l'agriculture [ensemble de données], www.dataexplorer.fao.org

La croissance du revenu des petits producteurs alimentaires pour certains pays avec au moins deux entrées dans l'ensemble de données est incluse. Pour tous les pays sans données pour 2014 et 2019, les années les plus anciennes et les plus récentes ont été utilisées pour calculer la croissance du revenu. La croissance du revenu des petits producteurs alimentaires est calculée

par pays en utilisant les années listées ci-dessous :

Pays	Période
Burkina Faso	2014 – 2019
Cambodge	2009 – 2021
Côte d'Ivoire	2008 – 2019
Éthiopie	2014 – 2019
Ghana	2013 – 2017
Inde	2005 – 2012
Malawi	2011 – 2020
Mali	2014 – 2019
Mongolie	2014 – 2019
Niger	2011 – 2019
Nigeria	2013 – 2019
Sénégal	2011 – 2022
Sierra Leone	2011 – 2018
Tanzanie	2009 – 2021
Ouganda	2010 – 2020

Éducation

Banque mondiale, Institut de statistique de l'UNESCO, UNICEF, USAID, Fondation Bill & Melinda Gates et Bureau des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement, (2022), *The State of Global Learning Poverty: 2022 Update* [Conference edition], www.unicef.org/media/122921/file/StateofLearningPoverty2022.pdf.

Source pour les simulations de la pauvreté des apprentissages en 2022 : Azevedo, J. P., Demombynes, G., & Wong, Y. N. (2023), « Why has the pandemic not sparked more concern for learning losses in Latin America? The perils of an invisible crisis », *Education for Global Development*, <https://blogs.worldbank.org/en/education/why-hasnt-pandemic-sparked-more-concern-learning-losses-latin-america-perils-invisible>.

Égalité des sexes

L'indice du genre dans les ODD d'Equal Measures 2030 (EM2030) est l'outil mondial le plus complet pour mesurer les progrès vers l'égalité des sexes alignés sur les Objectifs de développement durable (ODD). L'indice suit 56 indicateurs clés de genre qui fournissent une « vue d'ensemble » sur 14 des 17 ODD.

Il s'agit du seul indice qui ajoute un « filtre genre » à chacun des objectifs, y compris aux nombreux ODD pour lesquels ce filtre est absent dans le cadre officiel. Il est important d'aller au-delà de l'ODD 5 (le seul objectif consacré à l'égalité des sexes) pour saisir les tendances

plus larges qui influencent les progrès en matière d'égalité des sexes et mettre en évidence comment des questions telles que la faim, la pauvreté et le changement climatique impactent les filles et les femmes.

L'indice 2024 couvre 139 pays, qui représentent 96 % des femmes et des filles dans le monde. L'indice suit les scores pour trois années de référence : 2015, 2019 et 2022 et prévoit un scénario pour 2030 basé sur les tendances actuelles.

Il s'agit de la troisième édition de l'indice du genre dans les ODD ; il a été publié précédemment en 2019 et 2022. C'est l'un des rares indices du genre mondiaux à faire l'objet d'un audit formel par le Centre de compétences sur les indicateurs composites et les tableaux de bord (JRC-COIN) du Centre commun de recherche de l'Union européenne.

L'indice a été élaboré par une coalition de dirigeants nationaux, régionaux et mondiaux issus de réseaux féministes, de la société civile et du développement international.

Ressources :
Pour télécharger les données de l'indice 2024 et le dernier rapport sur l'indice et pour plus d'informations sur la méthodologie de l'indice, voir : www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index

Pour accéder aux visualisations interactives des données de l'indice, veuillez consulter : www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/explore-the-data/

Pour consulter l'audit technique réalisé par le Centre COIN du Centre commun de recherche de l'UE, veuillez consulter : www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/about-the-index/

Equal Measures 2030, (2024), *A gender equal future in crisis? Findings from the 2024 SDG Gender Index*, www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index.

Systèmes financiers inclusifs

La comparaison des « revenus » se réfère à ce que la Banque mondiale calcule comme la détention de compte des 60 % des ménages les plus riches par rapport aux 40 % des ménages les plus pauvres.

Klapper, L., Singer, D., Starita, L., & Norris, A. (2025), « Base de données Global Findex 2025 : Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy, » Banque mondiale, www.hdl.handle.net/10986/43438.

Banque mondiale, (2025), « Détention de compte dans une institution financière ou auprès d'un fournisseur de services d'argent mobile (% de la population âgée de 15 ans et plus) », [ensemble de données]. Base de données Global Findex, www.genderdata.worldbank.org/en/indicator/fx-own-totl-zs

Pour la méthodologie, veuillez consulter : Banque mondiale, (2025), Méthodologie de l'enquête, dans la Base de données Global Findex 2025 : *Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy*, 267–294, <https://genderdata.worldbank.org/en/indicator/fx-own-totl-zs>.