

Rapport OMD 2012

Évaluation des
progrès accomplis
en Afrique dans
la réalisation
des objectifs du
Millénaire pour le
développement



Le programme de
développement postérieur à 2015 envisagé
selon la perspective africaine naissante

Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Rapport OMD 2012

**Perspectives émergentes en Afrique
relativement à l'agenda de
développement post-2015**



Commission économique
pour l'Afrique



Union africaine



Groupe de la Banque africaine
de développement



Au service
des peuples
et des nations

Les frontières et les noms indiqués sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies ou la Commission de l'Union Africaine.

Photographies de la page de couverture: de gauche à droite, Stock.xchng/David Thomson, UN Photo/Eskinder Debebe, UN Photo/Albert Gonzalez Farran, Stock.xchng/Asif Akbar, Stock.xchng/Bilba, Moi Cody, Nate Brelford, Maggie Cellux.

Table des matières

Liste des tableaux	iv
Liste des figures	vi
Avant-propos	x
Remerciements	xiii
Note au sujet des données	xvi
Liste des abréviations, sigles et acronymes	xvii

Section I : Vue d'ensemblexix

Section II : Suivi des progrès 1

Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	1
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	28
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	42
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile	64
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	73
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	91
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	107
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	126

Section III : Perspectives émergentes en Afrique relativement à l'agenda de développement post-2015 142

Section IV : Conclusions et perspectives en matière de politique 157

Annexe 1 : Récapitulatif des performances de l'Afrique dans la réalisation des OMD, 2012 . .	161
Annexe 2 : Notes techniques	166
Annexe 3 : Proportion des enfants âgés de 0 à 59 mois atteints de fièvre recevant des médicaments antipaludiques dans des pays africains sélectionnés	168
Annexe 4 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD	170
Bibliographie et ressources en ligne	176

Liste des tableaux

Tableau 1	Évaluation sommaire des performances liées à la réalisation des OMD en Afrique, 2012	xix
Tableau 1.1	Estimation de la croissance annuelle du PIB requise pour atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté et croissance réelle enregistrée, 2000-2010 (%)	11
Tableau 1.2	Élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance et à l'inégalité.	13
Tableau 1.3	Croissance annuelle du PIB requise pour réduire la pauvreté de moitié entre 2010 et 2025	15
Tableau 1.4	Potentiel prometteur de l'Afrique en termes de création d'emplois contrecarré par une trop faible croissance de la productivité	16
Tableau 2.1	Variation des taux nets de scolarisation dans le primaire, 1999-2009.	30
Tableau 2.2	Variation des taux nets d'achèvement de l'école primaire, 1999-2009	34
Tableau 3.1	Variation de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation secondaire, 1991-2009	49
Tableau 3.2	Parité entre filles et garçons et variation en pourcentage de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation tertiaire.	52
Tableau 3.3	Pourcentage de sièges occupés par les femmes au parlement national, 2011.	59
Tableau 4.1	Réductions de la mortalité infantile, 1990-2010	70
Tableau 5.1	Taux de prévalence contraceptive (TPC) pour différentes années	83
Tableau 6.1	Statistiques régionales du VIH/sida, 2001 et 2010	93
Tableau 7.1	Variation de la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone, 2000-2009 (%).	113
Tableau 7.2	Zones terrestres et marines protégées par rapport à la superficie terrestre totale	115
Tableau 8.1	APD nette des pays membres du Comité d'aide au développement, 2010	130
Tableau 8.2	APD à l'Afrique par secteur, 2005-2010 (en pourcentage des engagements bilatéraux totaux des pays donateurs du CAD/OCDE)	131
Tableau 8.3	Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles, aux textiles et aux vêtements en provenance des pays en développement, diverses années (%)	134
Tableau 8.4	Pays bénéficiaires d'engagements au titre de l'Aide pour le commerce en 2009 (en millions de dollars USD).	134
Tableau 8.5	Statut PPTTE des pays africains, 2011	135

Tableau 8.6 Disponibilités et prix à la consommation des médicaments essentiels, années 2000	137
Tableau 8.7 Accès aux technologies de l'information et des communications par région, 1990, 2000 et 2010	140
Tableau 9.1 Facteurs de développement pour l'agenda post 2015 : une perspective africaine	154
Tableau 9.2 Synthèses des priorités à inscrire au titre du programme de développement postérieur à 2015 : une perspective africaine.	155

Liste des figures

Figure 1.1	Proportion de la population disposant de moins d'1,25 dollar USD par jour en parité de pouvoir d'achat (PPA de 2005), 1990-2008	3
Figure 1.2	La population en Afrique (hors Afrique du Nord) sort de la pauvreté, mais les classes moyennes demeurent plus vulnérables que les autres, 1990-2008	4
Figure 1.3	Variation de la proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar USD par jour, diverses années, 1990-2010	5
Figure 1.4	La pauvreté rurale reste élevée et répandue en Afrique	8
Figure 1.5	Les taux de pauvreté sont plus élevés chez les femmes dans de nombreux pays	10
Figure 1.6	Croissance annuelle de la productivité de la main-d'œuvre	17
Figure 1.7	Proportion des travailleurs pauvres dans la population occupée	20
Figure 1.8	Tendances du chômage des jeunes, 2000-2011	22
Figure 1.9	Progrès réalisés dans la baisse de l'Indice mondial de la faim, 1990-2011	23
Figure 1.10	Prévalence des cas d'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de cinq ans	25
Figure 2.1	Taux net total de scolarisation dans le primaire, 1999 et 2009	29
Figure 2.2	Écarts par rapport à la cible du taux net de scolarisation dans le primaire, pays africains sélectionnés	32
Figure 2.3	Taux d'achèvement de l'école primaire dans des pays africains sélectionnés, 1999 et 2009	33
Figure 2.4	Taux d'achèvement de l'école primaire ventilé par genre, pays africains sélectionnés, 2009	36
Figure 2.5	Taux d'alphabétisation pour les deux genres, 2009	38
Figure 2.6	Taux d'alphabétisation des jeunes par genre, 2009	40
Figure 3.1	Indice de parité entre filles et garçons en scolarisation primaire	44
Figure 3.2	Variation de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation primaire, 1991-2009	45
Figure 3.3	Variation régionale de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation primaire, 1991-2009	46
Figure 3.4	Indice de parité entre filles et garçons en scolarisation secondaire, 1991 et 2009	48
Figure 3.5	L'Afrique est la région du monde où la progression de l'indice de parité entre filles et garçons en matière d'espérance de vie scolaire a été la plus rapide, mais le continent reste à la traîne	50

Figure 3.6	Variation de la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole, 1990-2009	53
Figure 3.7	Ratio de l'emploi des femmes par rapport à celui des hommes dans le secteur de l'industrie et des services, années 2000	55
Figure 3.8	Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole, 2000-2010	55
Figure 3.9	Ratio salarial femmes/hommes à travail égal, 2007	56
Figure 3.10	Proportion de sièges occupés par les femmes au parlement national, 1990 et 2011	58
Figure 3.11	Variation de la proportion de sièges occupés par les femmes au parlement national	60
Figure 4.1	Variation de la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, 1990, 2010 et cible 2015	66
Figure 4.2	Taux de mortalité des moins de 5 ans par région, 1990-2010	67
Figure 4.3	Taux de mortalité des moins de 5 ans par sous-région africaine, 1990-2010	68
Figure 4.4	Proportion des enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole en 2010 et variation en pourcentage, 1990-2010	71
Figure 5.1	Pays les plus performants en matière de santé maternelle, 1990, 2008 et cible 2015.	74
Figure 5.2	Pays en régression en matière de santé maternelle, 1990, 2008 et cible 2015	77
Figure 5.3	Corrélation entre le pourcentage de variation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et le pourcentage de variation du taux de mortalité maternelle, 1995-2008	78
Figure 5.4	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par région, zones urbaines et rurales, 2006-2010	79
Figure 5.5	Proportion de femmes accouchant avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié en Afrique, zones urbaines et rurales	80
Figure 5.6	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, par quintile de revenu, 2006-2010	81
Figure 5.7	Corrélation entre le taux de natalité des adolescentes et le taux de mortalité maternelle, 2005-2008.	86
Figure 5.8	Corrélation entre la variation du pourcentage de femmes effectuant au moins une visite prénatale et la variation en pourcentage du taux de mortalité maternelle, 1995-2008.	88

Figure 5.9	Corrélation entre la variation du pourcentage de femmes effectuant au moins quatre visites prénatales et la variation en pourcentage du taux de mortalité maternelle, 1995-2008	89
Figure 6.1	Estimation de la couverture des médicaments antirétroviraux, 2009 et 2010	96
Figure 6.2	Variation dans la proportion des moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, autour de 2000 et 2010	101
Figure 6.3	Lien étroit entre l'incidence de la tuberculose et la prévalence de l'infection à VIH, pays africains sélectionnés, 2009	103
Figure 6.4	Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants par sous-région africaine, 1990, 2005 et 2010	104
Figure 6.5	Variation de la prévalence et de l'incidence de la tuberculose, pays africains sélectionnés, 2005-2010	105
Figure 6.6	Taux de mortalité due à la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990, 2005 et 2010	106
Figure 7.1	Pourcentage de couvert forestier, 1990 et 2010	109
Figure 7.2	Émissions de dioxyde de carbone (CO ₂), 1990 et 2008	112
Figure 7.3	Pays consommant plus de 500 tonnes métriques de substances appauvrissant la couche d'ozone, 2000 et 2009	114
Figure 7.4	Zones terrestres et marines protégées par rapport à la superficie terrestre totale, 2010	116
Figure 7.5	Variation de l'accès aux ressources améliorées d'eau potable, zones urbaines et rurales, 1990-2010	118
Figure 7.6	Variation de l'accès aux ressources améliorées d'eau potable, zones urbaines, 1990-2010	119
Figure 7.7	Variation de l'accès aux ressources améliorées d'eau potable, zones rurales, 1990-2010	120
Figure 7.8	Variation de l'accès aux infrastructures d'assainissement améliorées, zones urbaines et rurales, 1990-2010	122
Figure 7.9	Variation de l'accès aux infrastructures d'assainissement améliorées, zones urbaines, 1990-2010	123
Figure 7.10	Variation de l'accès aux infrastructures d'assainissement améliorées, zones rurales, 1990-2010	124

Figure 8.1	APD reçue par les pays en développement sans littoral, en pourcentage de leur RNB, 1990 et 2009.	132
Figure 8.2	APD reçue par les petits États insulaires en développement, en pourcentage de leur RNB, 1990-2009.	133
Figure 8.3	Nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants, 2000 et 2010	138
Figure 8.4	Utilisateurs d'Internet pour 100 habitants, 2000 et 2010.	139
Figure 9.1	Dans quelle mesure les OMD rendent-ils compte des priorités et des préoccupations des pays ?	151
Figure 9.2	Nouvelles questions qu'il est suggéré de traiter dans le cadre de l'agenda de développement postérieur à 2015	153

Avant-propos

L'élaboration de l'édition 2012 du rapport sur l'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement s'est déroulée, avec en toile de fond, une série de faits marquants : le maintien d'une croissance économique rapide en Afrique, les révoltes et transitions en Afrique du Nord, la crise de la dette souveraine menaçant la cohésion de la zone euro, la préparation de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) et le lancement des consultations à l'échelle de l'ensemble des institutions du système des Nations Unies pour définir le programme de développement postérieur à 2015.

Les conclusions du rapport 2012 confirment que la croissance économique soutenue et les améliorations enregistrées en termes de réduction de la pauvreté au niveau du continent continuent d'avoir un impact positif sur la progression vers la réalisation des OMD. Poursuivant ses avancées sur le front de plusieurs OMD, l'Afrique est en bonne voie, d'ici 2015, d'atteindre les cibles suivantes : l'éducation primaire pour tous ; la parité des genres à tous les niveaux du système éducatif ; un taux

de prévalence du VIH/sida plus faible chez les 15 à 24 ans ; l'accroissement de la population ayant accès à des médicaments antirétroviraux ; et l'augmentation de la proportion de sièges occupés par les femmes au parlement national.

Malgré cela, le rapport affirme que de plus amples mesures doivent être prises pour s'atteler aux inégalités, notamment entre femmes et hommes. Il met en avant la nécessité de remédier au problème posé par la qualité inférieure et la répartition inéquitable des prestations de services dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines. Il préconise des mesures concrètes pour faire en sorte que la croissance économique induise des opportunités d'emploi nouvelles, plus spécifiquement adaptées à la population jeune de l'Afrique, en expansion rapide, et se traduise par la mise en place de systèmes de protection sociale capables de renforcer la résilience et les capacités des ménages pauvres et vulnérables. Le rapport appelle les décideurs à privilégier l'amélioration de la qualité des services sociaux afin de garantir que les investissements dans ce secteur produisent des résultats plus favorables aux pauvres. L'élargissement de

l'accès aux services sociaux et le relèvement de leur qualité sont deux impératifs pour progresser vers la réalisation des OMD. Par conséquent, il est indispensable de parvenir à un juste équilibre entre l'accès aux services sociaux et la qualité des prestations fournies.

Le rapport avance que les taux élevés de croissance démographique en Afrique exercent des pressions grandissantes sur la fourniture de services publics vitaux, entravant les avancées potentielles. L'Afrique doit inverser cette dynamique, afin d'exploiter le « dividende démographique » susceptible de donner un nouvel élan à la croissance, de propulser l'innovation et d'offrir au continent un net avantage concurrentiel. Pour ce faire, il incombe aux pays africains d'investir dans ce qu'ils ont de plus précieux, à savoir, leurs ressources humaines, et tout particulièrement leur population croissante de jeunes, afin de faire en sorte que ces derniers deviennent des citoyens productifs, innovants et engagés, qui pourront contribuer à l'accélération des avancées en direction des OMD et à la réalisation du développement humain durable.

Toute évaluation des avancées de l'Afrique doit obligatoirement se fonder sur des données fiables et actualisées, ainsi que sur des systèmes de suivi et d'évaluation objectifs et efficaces. Par conséquent,

il appartient aux pays africains, grâce à l'appui de leurs partenaires du développement, de continuer à renforcer leurs capacités statistiques de suivi et d'évaluation requises pour assurer le suivi de leur progression dans la réalisation des OMD.

Il est impératif que les enseignements tirés de l'expérience de l'Afrique en matière d'OMD servent à guider les négociations afférentes à la Conférence de Rio+20 et à orienter le programme de développement de l'après 2015. Compte tenu de l'importance de faire figurer les priorités et les aspirations de l'Afrique en matière de développement en bonne place dans les négociations sur les objectifs de développement convenus au plan international, le rapport 2012 met en lumière le processus inclusif et consultatif prévu pour parvenir à un accord sur la formulation du programme de développement postérieur à 2015. Il fait référence au consensus qui émerge des consultations élargies actuellement menées entre les parties prenantes africaines sur la nécessité d'investir dans les capacités humaines et institutionnelles d'une part, et dans l'innovation technologique de l'autre, ces deux vecteurs étant envisagés comme les moteurs critiques du développement durable. Il souligne que l'agenda post-2015 doit être transformateur, inclusif et durable, fondé sur les principes d'égalité

et consolidé par l'engagement de fourniture de services sociaux de qualité.

Nous souhaitons remercier toutes celles et tous ceux qui ont apporté leur concours à la préparation de ce rapport. Nous saluons la démarche

des auteurs, qui ont choisi de prendre en compte les vues et les expériences d'un grand nombre de dirigeants, de décideurs et de praticiens du développement qui œuvrent quotidiennement pour l'avancement et la réalisation des OMD en Afrique.



Jean Ping
Président,
Commission de
l'Union africaine



Abdoulie Janneh
Secrétaire exécutif,
Commission écono-
mique pour l'Afrique



Donald Kaberuka,
Président,
Groupe de la Banque
africaine de développe-
ment



Helen Clark
Administrateur,
Programme des Nations
Unies pour
le développement

Remerciements

L'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement est un rapport commun de la Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), la Banque africaine de développement (BAD) et le Bureau régional pour l'Afrique du Programme des Nations Unies pour le développement (BRA/PNUD).

Ce rapport a été élaboré par une équipe technique conjointement menée par Bartholomew Armah, Chef de la section OMD/PMA de la Division du développement économique et du NEPAD (CEA), Dossina Yeo, Chef par intérim de la Division statistique du Département des affaires économiques (CUA), Beejaye Kokil, Chef de la Division des statistiques économiques et sociales (BAD) et Ayodele Odusola, Conseiller en OMD auprès du Groupe consultatif stratégique du Bureau régional pour l'Afrique (BRA/PNUD).

L'équipe comptait au nombre de ses membres Adrian Gauci (CEA), Ndinaye Sekwi Charumbira (CUA), Selamawit Mussie (CUA), Maurice Mubila (BAD), Chrystelle Tsafack Temah (CEA), Julianne Deitch (CEA), Adwoa Atta-krah (CEA), Janet Byaruhanga (CUA), Osten Chulu (PNUD), Babatunde Omilola (PNUD), Domingos Mazivila (PNUD) et Eunice Kamwendo (PNUD). Margaret Wanjiku (Centre OMD Nairobi) a fourni des éléments d'information sur les perspectives concernant le projet Villages du Millénaire.

Les travaux ont été entrepris sous la supervision commune d'Emmanuel Nnadozie, Directeur de la Division du développement économique et du

NEPAD (CEA), de René N'Guetia Kouassi, Directeur du Département des affaires économiques (CUA), de Charles Leyeka Lufumpa, Directeur des statistiques (BAD) et de Pedro Conceição, Économiste principal et Chef du Groupe consultatif stratégique (BRA/PNUD).

Le rapport a été préparé sous la direction générale de : Abdalla Hamdok, Secrétaire exécutif adjoint de la CEA ; Maxwell Mkwezalamba, Commissaire aux affaires économiques, CUA ; Mthuli Ncube, Économiste principal et Vice-président de la BAD ; et Tegegnetwork Gettu, Sous-secrétaire général de l'ONU et Directeur du BRA/PNUD. Il a bénéficié des orientations stratégiques générales définies respectivement par Jean Ping, Président de la CUA, Abdoulie Janneh, Sous-secrétaire général des Nations Unies et Secrétaire exécutif de la CEA, Donald Kaberuka, Président du Groupe de la Banque africaine de développement, et Helen Clark, Administrateur du PNUD et Présidente du Groupe des Nations Unies pour le développement.

De nombreuses personnes extérieures à l'équipe technique ont apporté leurs contributions à cette publication, notamment Raj Mitra et Oumar Sarr de la CEA, Eugene Owusu, Coordonnateur résident des Nations Unies et Représentant résident du PNUD en Éthiopie ainsi que Samuel Bwalya et Hailé Girma du PNUD.

Le texte a été amélioré par les apports d'un grand nombre de relecteurs attentifs qui se sont penchés sur les différentes composantes de l'ouvrage : Charles Abugre (Campagne du Millénaire, PNUD) : Objectif 1, projet Villages du Millénaire et

programme de développement pour l'après 2015 ; Patience Awopegba (UNESCO) : Objectif 2 ; Osten Chulu (PNUD) : Objectifs 2 et 8 ; Tikikel Tadele Alemu (ONU Femmes) : Objectif 3 ; Janet Byaruhanga (CUA) : Objectif 4 ; Mabvuto Kango (CUA) et Shewaye Lulu (FNUAP) : Objectif 5 ; Edoh Soubey-Alley (OMS) et Marie-Goretti (CUA) : Objectif 6 ; Olushola Olayide (CUA) : Objectif 7 ; et Hilary Nwokeabia (CNUCED) : Objectif 8.

D'autres commentateurs ont également fourni des suggestions avisées : Délégation de l'Union européenne auprès de l'Union africaine : Pierre-Christophe Chatzisavas ; CUA : Almami Dampha, Marie-Gareth Harakege ; PNUD : Yechi Bekele, Lamine Bal ainsi que les chefs d'équipe chargés des domaines de pratique concernés au Centre de services régional, à Johannesburg ; UNESCO : Giuseppe Saracino, Myriam Kusayanagi ; UNICEF : Anthony Mwangi.

L'équipe a entrepris de vastes consultations pour la mise en œuvre des différentes étapes de réalisation du rapport, depuis la rédaction de la note conceptuelle initiale jusqu'à la proposition de l'avant-projet définitif. Parmi celles-ci figure la Réunion du Groupe d'experts africains sur la validation des Objectifs du Millénaire sur le développement, qui s'est tenue à Addis-Abeba, en Éthiopie, les 7 et 8 mars 2012. Les pays participants à cet événement ainsi que leurs représentants respectifs sont comme suit : Afrique du Sud : Christopher Mulaudzi, Hugo Basson, Rina-Louise Pretorius, Thabo Motsepe ; Algérie : S.E. l'Ambassadeur Rachid Benlounes, Saïd Moussi ; Angola : Constancia Olim, Jose Paulo Pérès, Marcelino Pinto, Andre Ventura ; Bénin : Romain Samuel Akpo ; Botswana : Lesego Tebatso Chalashika ; Burkina Faso : Kassoum Bikienga, Toussaint Taro ;

Burundi : Juvénal Bumviye ; Cameroun : Séverin Tchomthe ; Comores : Alfeine Siti Soifiati ; Côte d'Ivoire : Miano Émile Allade ; Égypte : Mohamed Abdullah, Omar Abou Eich, Ahmed Fahmy Shahin ; Érythrée : Biniam Berhe ; Éthiopie : Bimerew Alemu Dessie, Daniel Ti ; Gabon : Joseph Paul Ibouili Maganga ; Ghana : Kwaku Adjei-Fosu ; Guinée : Saikou Ahmed Tidiane Balde ; Kenya : Benson Kimani, Agieno Mfray Odongo ; Lesotho : Mothoweso Liengoane Lefosa ; Libéria : Saye Dahn Baawo ; Malawi : Charlotte Chinyama ; Maurice : Mohammed Afzal Khan Yearoo ; Mauritanie : Mohamed Abderrahmane Moine Teyeb ; Mozambique : Alfredo Mutombene ; Niger : Moussa Ada ; Nigéria : Christopher Otabor ; République arabe sahraouie démocratique : Mohamed Fadal Salama Djidun ; République démocratique du Congo : Godefroid Sinzidi Kabuki ; République du Congo : Edoh Soubey-Alley, Théophile Séraphin Bassissila ; République centrafricaine : Ghislain Yvon Iyo ; Sénégal : Nalar Konady, Serge Manel, Alaya Ouarme ; Seychelles : Rebecca Loustau-Lalanne ; Sierra Leone : Eugene Sawyer ; Somalie : Jibril Mohammed Osman ; Soudan : Somaia Omer ; Soudan du Sud : Moses Mabior Deu ; Swaziland : David Kunene ; Tchad : Ahmat El-Hadj Hamida ; Tunisie : Mohamed Bougamra ; Zambie : Josephine Mwenda ; Zimbabwe : Hazel Chigwedere.

Une version abrégée de ce rapport a été soumise au Comité d'experts de la cinquième réunion annuelle conjointe de la Conférence des ministres de l'Économie et des Finances de l'Union africaine et de la Conférence des ministres africains des Finances, de la Planification et du Développement économique de la Commission économique pour l'Afrique, qui s'est réunie du 22 au 25 mars 2012 à Addis-Abeba, en Éthiopie. La présente version définitive a été enrichie de leurs observations.

Teshome Yohannes, Charles Ndungu, Menkir Girma et Ferdos Issa de la Section des Publications et de la gestion des conférences de la CEA, dirigée par Étienne Kabou, ont géré la conception et l'impression du présent rapport. La version définitive du rapport a été éditée par Bruce Ross-Larson et Jack Harlow de Communications Development Incorporated. Elle a été traduite en

français par Prime Productions, et relue et éditée par Adla Kosseim. Le Service de l'information et de la communication de la CEA, dirigé par Adeyinka Adeyemi, avec l'aide de Mercy Wambui et Aloysius Fomenky, a apporté une assistance précieuse pour la promotion et la diffusion du rapport auprès des médias.

Note au sujet des données

L'édition 2012 de l'*Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement* repose sur les données mises à jour et harmonisées les plus récentes de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), l'organe officiel qui centralise les données d'évaluation des progrès accomplis pour réaliser les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le rapport a aussi puisé dans les données des institutions des Nations Unies, de la Banque mondiale et des bases de données statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La raison principale de l'utilisation de ces sources internationales tient au fait que celles-ci recueillent et fournissent des données précises et comparables sur les indicateurs des OMD en Afrique. L'irrégularité des enquêtes et des recensements, ainsi que les différences en termes de groupes d'âge, de définitions et de méthodes de production d'indicateurs expliquent parfois le décalage entre la date de collecte des données et l'année faisant l'objet du rapport.

Les institutions des Nations Unies compilent régulièrement des données issues de différents pays à l'aide de questionnaires standardisés et d'autres mécanismes convenus avec les pays. Les questionnaires soumis sont alors validés au cours d'un processus d'examen par les pairs fondé sur les méthodes de collecte et de traitement des données. Les institutions fournissent des estimations, se chargent de combler toutes lacunes au niveau des données en estimant les valeurs manquantes et en procédant à des ajustements (si nécessaire) afin d'assurer la comparabilité des données entre pays. L'OCDE recueille également des données dans le but spécifique de suivre les flux d'aide, en se basant sur une méthodologie standard et des définitions convenues susceptibles de générer

des données comparables entre donateurs et bénéficiaires. Les institutions des Nations Unies et l'OCDE fournissent également des sources de données comparables et harmonisées aux fins de l'établissement de rapports sur les OMD à l'échelon du continent. Cependant, certaines données nationales concernant des OMD spécifiques ont été exploitées au titre du présent rapport.

Au cours des dernières années, les pays africains ont résolument entrepris, avec le soutien d'organisations internationales, de récolter des données en vue d'assurer le suivi de leurs progrès dans la réalisation des OMD. La CUA, la CEA et la BAD se sont engagées dans l'élaboration de programmes visant spécifiquement à répondre à ces impératifs afin d'améliorer les capacités statistiques des pays d'Afrique. Ces programmes couvrent le Symposium africain sur le développement de la statistique, un instrument juridique qui sert de plaidoyer pour le développement des recensements en Afrique; la Charte africaine de la statistique, qui constitue un cadre pour la coordination des activités statistiques sur le continent; la Stratégie pour l'harmonisation des statistiques en Afrique, qui fournit des orientations pour l'harmonisation de statistiques; et une nouvelle initiative pour l'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques d'état civil. Depuis 2009, les trois institutions panafricaines précitées ont également établi un mécanisme conjoint pour la collecte et la validation des données à l'échelle du continent, qui a donné lieu à la production de *l'Annuaire statistique pour l'Afrique*. Ces initiatives devraient améliorer la disponibilité des données permettant d'assurer le suivi des avancées accomplies dans la réalisation des OMD en Afrique.

Liste des abréviations, sigles et acronymes

AfT	Aide pour le commerce	ONU	Organisation des Nations Unies
APD	Aide publique au développement	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
BAD	Banque africaine de développement	PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
BRA/PNUD	Bureau régional pour l'Afrique du Programme des Nations Unies pour le développement	PIB	Produit intérieur brut
CAD	Comité d'assistance au développement	PMA	Pays les moins avancés
CEA	Commission économique pour l'Afrique	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement	PPA	Parité du pouvoir d'achat
CO ₂	Dioxyde de carbone	PPTE	Pays pauvres très endettés
CUA	Commission de l'Union africaine	RCA	République centrafricaine
DDEN	Division du développement économique et du NEPAD	RDC	République démocratique du Congo
DSNU	Division statistique des Nations Unies	RNB	Revenu national brut
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	SAO	Substances appauvrissant la couche d'ozone
HCFC	Hydrochlorofluorocarbone	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires	TAR	Thérapie antirétrovirale
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide	TB	Tuberculose
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique	TIC	Technologie de l'information et des communications
NORAD	Agence norvégienne de coopération et de développement	TMM	Taux de mortalité maternelle
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	TPC	Taux de prévalence contraceptive
OIT	Organisation internationale du travail	UA	Union africaine
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement	UE	Union européenne
OMS	Organisation mondiale de la santé	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
		UNGEI	Initiative des Nations Unies en faveur de l'éducation des filles
		UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
WDI	Indicateurs du développement dans le monde

La mention de « dollar » renvoie au dollar USD des États-Unis, sauf indication contraire.

Section I : Vue d'ensemble

À l'approche de 2015, l'année butoir pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), désormais distante de moins de trois ans, les praticiens du développement, et notamment les institutions des Nations Unies (ONU), ont engagé des consultations pour définir les contours d'un agenda de développement au-delà de 2015.

En collaboration avec la Commission de l'Union africaine (CUA) et le Bureau régional pour l'Afrique du Programme des Nations Unies pour le développement (BRA/PNUD), la Commission économique pour l'Afrique (CEA) a organisé un atelier régional à Accra, au Ghana, en novembre 2011, en vue d'entamer un dialogue entre les responsables politiques des pays concernés pour définir la position de l'Afrique sur le programme post de 2015. Par ailleurs, les cinq Commissions régionales des Nations Unies ont entrepris la rédaction d'un rapport sur le programme de développement de l'après 2015 intitulé *Beyond 2015: A Future UN Development Agenda* (Programme de développement des Nations Unies au-delà de 2015). Ce document devrait comporter les principaux éléments d'un programme mondial pour le développement envisagé selon une perspective régionale.

Dans le même temps, le Département des Affaires économiques et sociales des Nations Unies s'est associé au PNUD pour initier conjointement des consultations à l'échelle de l'ensemble du système des Nations Unies sur la définition d'un programme de développement pour l'après 2015, avec l'appui de toutes les institutions de l'ONU et

de concert avec les parties prenantes concernées. Par ailleurs, des consultations sur cette question ont été menées par le PNUD et l'Overseas Development Institute (ODI) du Royaume-Uni au Caire, en octobre 2011.

Compte tenu de l'importance de l'agenda post-2015, particulièrement pour l'Afrique, la présente édition de *L'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement* accorde une place de choix à l'examen des perspectives liées à ce programme d'action. Le rapport synthétise les conclusions des consultations conduites à l'échelle de la région sous les auspices de la CEA, de la CUA et du BRA/PNUD dans une démarche visant à définir une position africaine commune sur l'agenda de développement envisagé pour l'après de 2015. Le consensus qui se dégage est en faveur de l'option «OMD-Plus, et il tient compte tant des facteurs que des résultats du développement. Les premiers comprennent les éléments qui facilitent le développement, comme par exemple les capacités institutionnelles, alors que les seconds incluent les priorités telles que la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé.

Cependant, tout débat substantiel sur les priorités de l'Afrique au-delà de 2015 doit être obligatoirement fondé sur les expériences et les leçons apprises au niveau des différents pays africains en relation avec la réalisation des OMD. L'examen des éditions précédentes du rapport laisse à penser que la qualité des services sociaux, les inégalités, le chômage (notamment celui des jeunes), la vulnérabilité face aux chocs, la pérennité des performances

économiques, sociales et environnementales et la croissance inclusive comptent au nombre des problèmes récurrents de l'Afrique, et doivent, par conséquent, alimenter l'agenda de développement pour l'après 2015.

La qualité des services publics fournis demeure un sujet de préoccupation majeur, en dépit des bons résultats enregistrés au titre des indicateurs sociaux, notamment en ce qui concerne le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire. En effet, les faibles taux d'achèvement des cycles d'études, le manque d'enseignants qualifiés, de médecins et de personnel compétent pour assurer les accouchements, ainsi que l'insuffisance des infrastructures scolaire et sanitaire sont autant d'exemples de la qualité médiocre des prestations offertes. Il importe donc aux responsables politiques africains de veiller à ce que les services sociaux bénéficient de normes minima de qualité.

Le Rapport OMD a plusieurs fois montré, dans ses différentes éditions annuelles, que les performances globales de l'Afrique en matière d'OMD masquaient de fortes inégalités dans l'accès aux services sociaux, fondées sur le revenu, le genre ou le milieu de résidence. Si elles ne sont pas corrigées, de telles tendances risquent de conduire à des tensions sociales et de compromettre les gains obtenus au titre des OMD. De ce fait, il est impératif que les décideurs conçoivent des politiques susceptibles de réduire les inégalités, de promouvoir la cohésion sociale et d'appuyer les progrès soutenus de l'Afrique dans la réalisation des OMD.

Le rapport 2012 souligne également la faible incidence de la récente reprise économique de l'Afrique sur la création d'emplois et la réduction de la pauvreté. Concourant à cet état de choses,

la forte dépendance de plusieurs pays africains à l'égard de leurs exportations de matières premières et de leurs industries extractives à forte intensité de capital empêche toute répercussion des retombées de cette activité sur les autres secteurs de l'économie. Tous ces facteurs sont responsables de l'enclavement structurel de ces pays, et réduisent à néant leur capacité à traduire leur croissance économique en termes de création massive d'emplois et de réduction significative de la pauvreté.

Les efforts déployés à l'échelle du continent en vue d'atteindre les OMD se caractérisent par des variations importantes et persistantes en termes de performances, au niveau des juridictions sous-régionales, nationales et infranationales. Au plan sous-régional, l'Afrique du Nord continue à enregistrer les meilleurs résultats en ce qui concerne la plupart des OMD. Elle serait donc en mesure de partager son expérience avec d'autres sous-régions (en tenant évidemment compte des différences de contexte). À l'échelon des pays, les variations de performances dénotent souvent des différences dans les conditions initiales. En revanche, les différences infranationales sont généralement le fait de disparités liées à la dimension de genre et de milieu de résidence.

La décennie écoulée a dévoilé l'ampleur de la vulnérabilité des pays aux chocs socio-économiques et climatiques, survenus lors de différents événements: crise financière mondiale, flambée des prix alimentaires, intensification et fréquence accrue des aléas naturels et conflits récurrents. L'agenda de développement pour l'après 2015 devra obligatoirement rendre l'Afrique plus résiliente à de telles situations en s'attendant aux vulnérabilités qui y sont associées. L'activité économique doit s'accompagner de mesures favorables à l'adaptation et l'atténuation liées au changement climatique et

d'un pilotage du développement sur la voie d'une croissance faiblement émettrice de carbone.

Ces grandes orientations sont reprises dans l'édition 2012 du rapport sur l'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des

objectifs du Millénaire pour le développement, qui offre une perspective générale des priorités du continent en matière de développement pour l'après 2015. Ces directives sont récapitulées ci-après dans le tableau 1.

Tableau 1 Évaluation sommaire des performances liées à la réalisation des OMD en Afrique, 2012

Objectifs et cibles (extraits de la Déclaration du Millénaire)	État	Remarques
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	En retard	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de 56,5% à 47,5%, entre 1990 et 2009, de la pauvreté à \$1,25 par jour en Afrique (hors Afrique du Nord)
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	En bonne voie: taux net de scolarisation	<ul style="list-style-type: none"> Taux net de scolarisation dépassant 80% Des problèmes de qualité subsistent La plupart des pays ne devraient pas atteindre la cible d'achèvement
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et et l'autonomisation des femmes	En bonne voie	<ul style="list-style-type: none"> Des progrès satisfaisants dans l'enseignement primaire mais peu de parité dans l'enseignement secondaire et tertiaire Forte représentation des femmes au parlement
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants	En retard	<ul style="list-style-type: none"> En baisse, mais lentement
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	En retard	<ul style="list-style-type: none"> En baisse, mais lentement
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	En bonne voie	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de la prévalence du VIH/sida, surtout en Afrique australe, grâce à des changements de comportement et à l'accès aux médicaments antirétroviraux
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	En bonne voie : approvisionnement en eau amélioré	<ul style="list-style-type: none"> Peu de pays ont des plans de reboisement Émissions minimales pour la plupart des pays, et peu d'augmentation La plupart des pays ont réduit leur consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone de plus de 50%

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Performances récentes de l'Afrique dans le domaine des OMD

Les avancées de l'Afrique dans la réalisation des OMD s'accroissent. Le continent continue de progresser régulièrement vers la plupart des objectifs fixés. Et bien qu'il n'atteindra probablement pas toutes les cibles d'ici 2015, le rythme des progrès enregistrés au titre de différents indicateurs (taux de scolarisation dans les écoles primaires, parité entre filles et garçons dans l'enseignement primaire, proportion de sièges parlementaires occupés par des femmes, prévalence du VIH/sida et pourcentage des femmes salariées dans le secteur non agricole) est en hausse (*tableau 1*). De fait, dans certains cas, l'Afrique a dépassé des régions comme l'Asie du Sud-Est, l'Amérique latine et les Caraïbes ou l'Asie de l'Ouest. Cette évolution est remarquable et mérite d'être saluée, mais le continent devrait résister aux velléités d'autosatisfaction et se garder de faire preuve de complaisance à cet égard.

La pauvreté ne baisse que lentement et les opportunités de trouver un travail décent sont rares

Le taux de pauvreté et le nombre absolu des pauvres en Afrique ont diminué entre 1990 et 2008. Hors Afrique du Nord, le taux de pauvreté en Afrique est tombé de 56,5 pour cent à 47,5 pour cent, à la faveur de la croissance économique de la décennie écoulée et de la diminution de la proportion des travailleurs vivant en dessous du seuil de pauvreté (1,25 dollar USD par jour). Toutefois, les emplois décents sont rares en Afrique et la plupart des opportunités de travail se trouvent dans le secteur informel, qui se caractérise généralement par de maigres salaires, une faible productivité et de piètres conditions de travail. L'emploi vulnérable représente 70 pour cent de

des augmentations d'emploi, et les femmes y sont largement surreprésentées.

La hausse des prix des denrées alimentaires contrarie les efforts visant à réduire la malnutrition

La proportion des enfants de moins de 5 ans qui sont insuffisamment nourris en Afrique (hors Afrique du Nord) n'a reculé que marginalement entre 1990 et 2009, malgré la réduction du taux de la pauvreté intervenue durant cette période. Cette baisse modérée est notamment imputable à l'escalade continue des prix des denrées alimentaires, qui a inévitablement entraîné des conséquences négatives, surtout au niveau des budgets alloués aux produits alimentaires des groupes à faible revenu, touchant principalement les filles et les populations rurales.

Le nombre d'écoliers a augmenté dans l'enseignement primaire, mais il faut déployer davantage d'efforts pour les empêcher d'abandonner l'école

Le taux net de scolarisation primaire dans la plupart des pays africains a enregistré une augmentation remarquable, dépassant 90 pour cent dans bon nombre d'entre eux. Cependant les taux d'achèvement n'ont guère progressé et stagnent à 33 pour cent dans certains pays. Comme on pouvait le prévoir, les taux d'abandon scolaire sont plus élevés chez les filles que chez les garçons. L'absentéisme des enseignants, l'âge tardif de l'entrée des enfants dans le cycle de l'enseignement primaire, le mauvais état de santé et de nutrition des écoliers, les contraintes financières, la distance pour gagner l'école et la détérioration des infrastructures scolaires comptent parmi les facteurs responsables de la dégradation de la qualité de l'enseignement et la diminution des taux d'achèvement.

La parité des genres et l'autonomisation des femmes : un verre à moitié plein

Les pays africains ont nettement progressé dans la promotion de la parité des genres au sein de l'enseignement primaire, mais pas suffisamment au niveau de l'enseignement secondaire et tertiaire où les filles n'ont pas encore la possibilité de développer pleinement leurs capacités intellectuelles. Bien que la parité entre les genres soit observée au niveau des emplois rémunérés non agricoles dans le secteur des services (où les femmes sont plus nombreuses que les hommes), c'est l'inverse qui est constaté dans les emplois industriels mieux rémunérés, qui présentent des disparités importantes entre les hommes et les femmes, d'autant que les salaires varient selon les secteurs, les compétences et les occupations. Sur le plan politique, l'Afrique doit dépasser le simple stade d'encourager la participation des femmes au parlement en leur offrant l'opportunité de contribuer plus activement au débat sur le développement et ses résultats.

Les indicateurs de santé sont à la traîne

Les performances relatives aux indicateurs de santé, en particulier les taux de mortalité infantile, maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont en progression, mais pas à un rythme qui permettrait d'atteindre les objectifs fixés. En revanche, la couverture d'immunisation contre la rougeole s'est étendue rapidement et il ne reste plus que deux pays où celle-ci est inférieure à 50 pour cent.

L'accès aux contraceptifs a réduit le taux de mortalité maternelle

Les avancées sur ce plan proviennent en grande partie d'une diminution de la fécondité à la faveur d'un accès accru aux contraceptifs. Pourtant, près d'une africaine sur quatre souhaitant espacer ou différer son prochain accouchement n'accède pas

comme elle le souhaiterait à des contraceptifs, n'a pas la faculté de les utiliser, ou ne reçoit pas le type de contraceptif dont elle a besoin.

Des coupes budgétaires menacent les progrès sur le front du VIH/sida

Il semble que l'Afrique ait commencé à gagner sa bataille contre le VIH/sida. Ceci est confirmé par une baisse de la prévalence (notamment parmi les femmes), une chute nette du taux d'incidence régional, c'est-à-dire du nombre de nouvelles infections à l'échelon de la région, ainsi qu'une réduction du nombre de décès liés au sida et une baisse de la transmission mère-enfant du VIH/sida. Les changements de comportement et l'accès accru aux thérapies antirétrovirales (TAR) ont permis d'inverser l'évolution du VIH/sida en Afrique. Maintenir l'accès aux thérapies antirétrovirales (TAR) pourrait toutefois causer des problèmes pour les pays les plus touchés par cette maladie en raison de l'incertitude des financements futurs de la lutte contre le VIH/sida. En effet, l'annulation annoncée du onzième cycle de financement du Fonds mondial pour lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (le Fonds mondial) pourrait amener d'autres fonds de financement vertical à réduire leurs contributions¹, ce qui risque de réduire à néant les avancées enregistrées au titre de l'Objectif 6.

La mortalité due au paludisme est en baisse mais l'accès aux médicaments efficaces est limité

Les taux de mortalité liés au paludisme en Afrique ont baissé de plus d'un tiers depuis 2000 grâce à des mesures accrues de prévention et de contrôle.

¹ Programmes ciblant les ressources affectées à des problèmes de santé spécifiques.

Cependant les régimes de traitement les plus efficaces, à savoir, les polythérapies à base d'artémisinine, ne représentent toujours qu'une fraction des traitements antipaludiques administrés.

Les défis environnementaux restent nombreux

Les insuffisances en matière d'assainissement, l'accès limité à des sources d'eau potable améliorées et la diminution du couvert forestier comptent parmi les défis environnementaux les plus pressants du continent, que le changement climatique risque d'exacerber. Mais sur un plan plus positif, les émissions de dioxyde de carbone (CO₂) se sont stabilisées dans la plupart des pays africains, dont la plupart ont par ailleurs diminué leur consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO). En outre, vingt-sept pays ont signalé une augmentation de la proportion de leurs aires terrestres et marines protégées.

L'aide publique au développement est importante, mais il est crucial de diversifier les sources d'assistance

L'aide publique au développement (APD) joue un rôle important dans le développement de l'Afrique, mais les responsables politiques du continent sont vivement encouragés à diversifier les sources de financement du développement afin d'optimiser le volume de leurs ressources et de minimiser leur exposition aux chocs de financement extérieur. En outre, la promotion de l'accès des produits africains aux marchés mondiaux devrait offrir des perspectives de croissance permettant aux pays concernés de moins dépendre de l'aide. Les

échanges commerciaux joueront un rôle vital dans le développement de l'Afrique, et l'essor continu des engagements au titre de l'Aide pour le commerce (AfT), qui augmente à un rythme plus rapide que l'APD, mérite d'être salué. Il reste toutefois que la concentration de l'Aide pour le commerce sur un petit nombre de pays est préoccupante et doit être corrigée sans retard.

Façonner le programme d'action de l'après 2015

L'accélération des progrès en vue de la réalisation des OMD nécessite une approche intégrée tenant compte des liens qui existent entre les objectifs et les indicateurs. Mais il ne suffit pas simplement d'atteindre les OMD. En effet, les progrès doivent être maintenus au-delà de ce stade, afin qu'ils puissent changer la vie des citoyens ordinaires. À cette fin, les décideurs devront garantir un accès égal aux services sociaux de base, sans aucune transigeance sur leur qualité. La pérennité de la réalisation des OMD dépendra aussi de la capacité des pays africains à continuer d'assurer des services critiques, tels que la distribution de TAR et autres médicaments essentiels, même sans le concours de fonds verticaux. En fin de compte, il appartient aux pays africains de transformer leur économie par des moyens leur permettant non seulement de soutenir une croissance rapide et inclusive, mais également de dégager suffisamment de ressources internes pour compenser les manques de financement extérieur.

Section II : Suivi des progrès

Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Bien que l'Afrique ait connu une croissance économique rapide au cours des dix dernières années, celle-ci ne s'est pas traduite par des réductions significatives des niveaux de la pauvreté et de la faim et n'a pas généré des emplois en masse.

Le faible rythme de réduction de la pauvreté est associé à une croissance économique insuffisante et irrégulière, à une forte croissance démographique, à une faible élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance² et à des inégalités sur le plan du genre et du milieu de résidence qui restent constamment élevées. En effet, la faim sur le continent frappe les femmes et les populations rurales de façon disproportionnée.

Réduire la pauvreté n'est pas une fin en soi, car il s'agit aussi d'un moyen d'accélérer les progrès vers la réalisation des autres OMD. Le fait de relever le pouvoir d'achat des habitants (en particulier des femmes), par exemple, exerce fréquemment des effets positifs sur les décisions prises par les familles en matière de santé et d'éducation. En effet, lorsqu'on vit au-dessus du seuil de pauvreté

et que l'on bénéficie d'un emploi stable, on est mieux à même d'éduquer ses enfants, d'accéder à des services médicaux essentiels et de prendre des décisions avisées touchant à la vie et aux moyens de subsistance, pour soi comme pour ses enfants (*encadré 1.1*). Les progrès portant sur cet indicateur ont des effets de cascade donnant lieu à un cercle vertueux entre l'Objectif 1 et les autres OMD³.

Cible 1A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar USD par jour

Indicateur 1.1 : Proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar USD par jour (en PPA⁴)

La pauvreté diminue lentement en Afrique et il est peu probable que la cible sur ce plan soit atteinte à la date butoir

Selon les estimations de la Banque mondiale en 2008, le monde en développement devait se situer à un niveau très proche de la réalisation de l'objectif mondial de réduction de moitié de la pauvreté

2 L'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance mesure la réduction de la pauvreté associée à une augmentation unitaire de la croissance. Plus l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance est forte, plus les effets de la croissance sur la réduction de la pauvreté sont prononcés.

3 Comme on le verra tout au long de ce rapport, les résultats d'un OMD ont souvent une incidence sur ceux d'autres OMD.

4 Parité du pouvoir d'achat.

Encadré 1.1 L'importance d'une bonne alimentation dans la petite enfance

Les enfants bien nourris possèdent des systèmes immunitaires efficaces qui réduisent les risques de mort prématurée des suites d'une maladie transmissible. Les enfants insuffisamment nourris pendant les 36 premiers mois de leur vie subissent souvent des dommages irréparables, affectant leur développement physique et mental et les débilitant à vie. La malnutrition touche les facultés cognitives de l'enfant, ses performances scolaires et même ses chances de réussite dans l'existence.

Lorsqu'un enfant malnutri parvient à l'âge adulte, il est fort probable qu'il engendre à son tour des enfants de poids insuffisant à la naissance.

Source : Victora et al., 2008.

d'ici 2015. Malgré les effets délétères de la triple crise financière, pétrolière et alimentaire, la part totale des populations du monde en développement disposant de moins de 1,25 dollar USD par jour en 2008 était de 22 pour cent, c'est-à-dire à seulement 0,4 points de pourcentage au-dessus de l'objectif de 21,6 pour cent fixé pour 2015. Cela signifie que 1,29 milliard d'êtres humains subsistaient avec moins de 1,25 dollar USD par jour en 2008, contre 1,91 milliard en 1990. C'est la première fois depuis 1981 que le taux de pauvreté et le nombre des pauvres ont fléchi simultanément dans l'ensemble des six régions du monde en développement. Ce succès peut être attribué aux progrès remarquables qui ont été accomplis dans des pays à forte population tels que la Chine, l'Indonésie et le Brésil⁵.

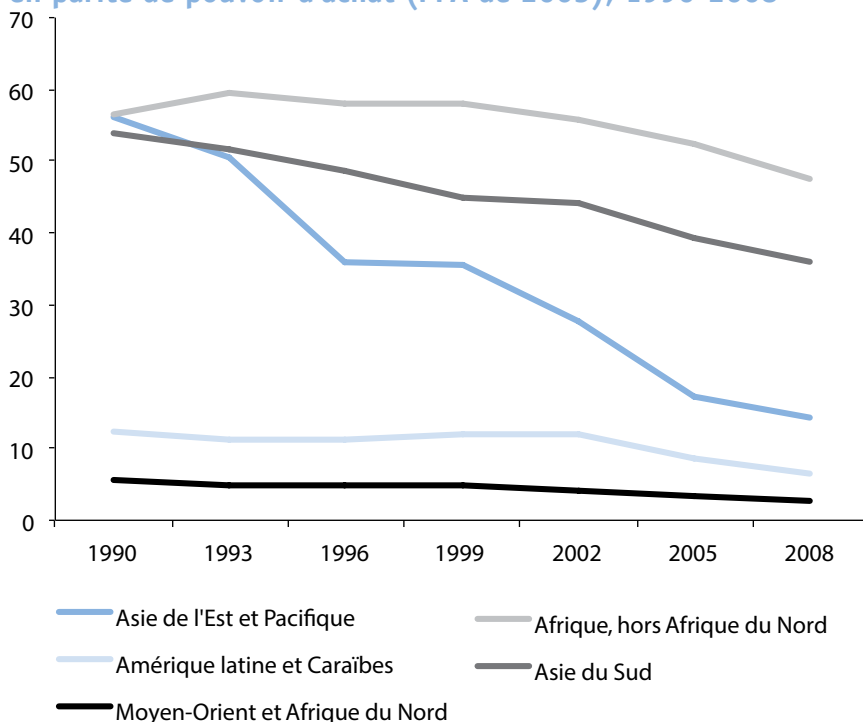
À l'instar des autres régions, l'Afrique a également enregistré une baisse du taux de pauvreté ainsi qu'une diminution du nombre absolu de

ses habitants pauvres. Cependant, le rythme de recul du taux de la pauvreté reste trop lent pour lui permettre d'atteindre l'objectif fixé d'ici 2015. Par exemple, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar USD par jour en Afrique (hors Afrique du Nord) a régressé marginalement de 56,5 pour cent en 1990 à 52,3 pour cent en 2005, puis à 47,5 pour cent en 2008. L'Asie de l'Est et le Pacifique ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord sont les seules régions à avoir réalisé l'objectif (*figure 1.1*).

L'Afrique (hors Afrique du Nord) est la région où les progrès ont été les moins satisfaisants en matière de réduction de la pauvreté, avec un écart d'environ 41 pour cent par rapport à la cible de 2015, contre un écart de 25 pour cent pour l'Asie du Sud et de 6,1 pour cent pour l'Amérique latine. En termes de moyenne annuelle, la pauvreté n'a baissé que de 0,5 pour cent en Afrique (hors Afrique du Nord) de 1990 à 2008, alors qu'elle a diminué de 2,3 pour cent par année en Asie de l'Est et dans le Pacifique, et d'environ 1,0 pour cent en Asie du Sud. La disparité des performances régionales relatives à cet indicateur peut s'expliquer par des différences d'élasticité de la pauvreté par rapport

5 Ces pays ont tous atteint l'objectif 2015 en 2008 : la Chine (de 60,2 pour cent en 1990 à 13,1 pour cent en 2008), l'Indonésie (de 54,3 pour cent en 1990 à 22,6 pour cent en 2008) et le Brésil (de 13,7 pour cent en 1990 à 6,0 pour cent en 2008). Calculs effectués à partir des données de la Banque mondiale (2012), mises à jour en février 2012, disponibles sur : <http://data.worldbank.org/indikator/SI.POV.DDAY?page=4>.

Figure 1.1 Proportion de la population disposant de moins d'1,25 dollar USD par jour en parité de pouvoir d'achat (PPA de 2005), 1990-2008



Source : calculs effectués à partir des données de la Banque mondiale, mises à jour en février 2012, disponibles sur : <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY?page=4>.

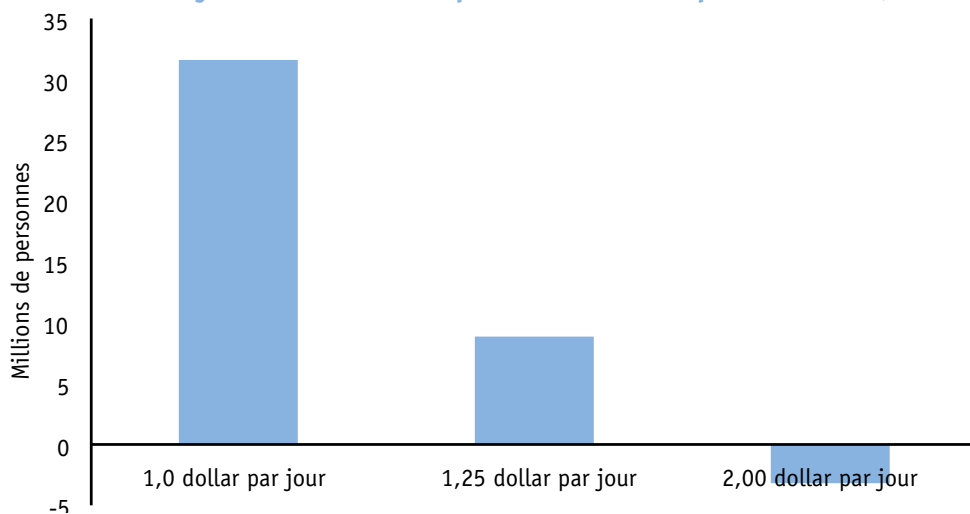
à la croissance économique (voir le tableau 1.2 ci-dessous et le commentaire qui l'accompagne).

Contrairement à la tendance passée, marquée par une forte augmentation de la population vivant dans la pauvreté extrême (à moins de 1,25 dollar USD par jour) en Afrique (hors Afrique du Nord), qui était passée de 289 millions de personnes en 1990 à 394 millions en 2005, la situation s'est inversée en 2008. La population vivant avec un revenu inférieur à ce seuil a diminué de 9 millions de personnes environ. Si l'on retient le seuil de 1 dollar USD par jour, la diminution a été beaucoup plus conséquente, car près de 32 millions de personnes ont pu s'affranchir de l'extrême pauvreté (figure 1.2). Cependant, quelque 3,2 millions de

personnes sont tombées en dessous du seuil de 2,00 dollars USD par jour, ce qui indique l'existence d'une zone de vulnérabilité entre les seuils de 1,25 dollar USD et 2,00 dollars USD par jour.

Cette nouvelle dimension de la pauvreté touche de plein fouet la classe moyenne dont le rôle est critique pour la croissance de l'Afrique. Elle confirme les observations de la BAD (2011) selon lesquelles, malgré l'essor de la classe moyenne africaine depuis 30 ans, celle-ci comporte des segments vulnérables. Par conséquent, il est primordial que les politiques publiques dans les différents pays africains continuent de s'attacher à lutter contre l'insécurité à laquelle cette classe de la population est confrontée.

Figure 1.2 La population en Afrique (hors Afrique du Nord) sort de la pauvreté, mais les classes moyennes demeurent plus vulnérables que les autres, 1990-2008



Source : calculs effectués à partir des données de la Banque mondiale, mises à jour en février 2012, disponibles sur <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY?page=4>.

Le rythme actuel de la réduction de la pauvreté est trop lent pour permettre au continent d'atteindre la cible fixée d'ici 2015, même s'il s'est accéléré par rapport aux tendances passées. Selon les projections actuelles, l'extrême pauvreté en Afrique (hors Afrique du Nord) concernera 35,8 pour cent de la population en 2015, contre un niveau projeté antérieur de 38 pour cent (ONU, 2011).

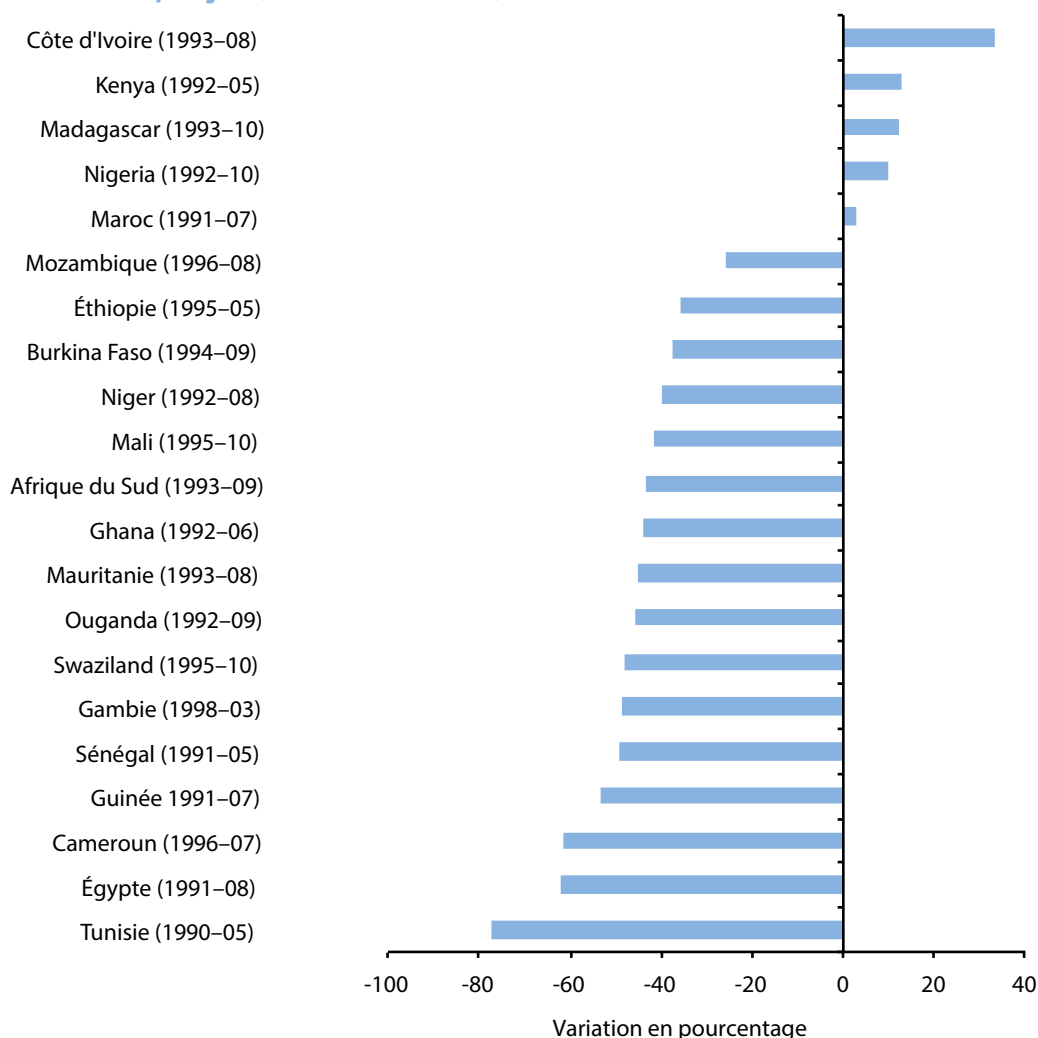
Rares sont les données nationales récentes sur la pauvreté. Sur les 25 pays disposant de données récentes sur cet indicateur recueillies par les organisations internationales, 20 enregistrent une amélioration⁶. La Tunisie, l'Égypte, le Cameroun et la Guinée ont atteint cet objectif alors que le

Sénégal, la Gambie, le Swaziland, l'Ouganda et la Mauritanie sont très proches d'une réduction de moitié de leurs taux respectifs d'extrême pauvreté, n'étant éloignés que de 5 pour cent de l'objectif de 2015 (*figure 1.3*). Le Ghana, l'Afrique du Sud, le Mali et le Niger sont à environ 10 pour cent de la réduction de moitié de leurs taux de pauvreté respectifs. Cinq pays (la Côte d'Ivoire, le Kenya, Madagascar, le Nigéria et le Maroc) ont régressé en rapport à cet indicateur.

Les principaux facteurs de progrès constatés dans certains pays sont une réduction des inégalités, une baisse de la fécondité, une progression des emplois salariés, une production accrue de l'élevage (*encadré 1.2*) et un accès amélioré à la protection sociale (*encadré 1.3*). La performance du Rwanda, par exemple, a été rendue possible grâce à la croissance économique de la décennie écoulée, qui a résisté à la triple crise. Cette performance s'est manifestée par une progression impressionnante

⁶ Certains de ces pays viennent d'organiser des enquêtes sur la pauvreté au niveau national et de produire de nouvelles estimations. Par exemple, l'enquête sur les ménages effectuée au Rwanda en 2010-2011 indique que la prévalence de la pauvreté a reculé d'environ 12 pour cent entre 2005-2006 et 2010-2011, soit de 56,7 pour cent à 44,9 pour cent.

Figure 1.3 Variation de la proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar USD par jour, diverses années, 1990-2010



Sources : calculs effectués à partir de la base de données de la Banque mondiale, mise à jour en février 2012, disponible sur : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.POV.DDAY> et <http://data.worldbank.org/data-catalog/gender-statistics>.

du revenu par habitant dans de nombreux pays. Par exemple, 24 pays sur 53 ont plus que doublé leur revenu par habitant de 1990 à 2010. La Guinée équatoriale, l'Angola, le Nigéria, le Cap Vert,

l'Égypte, l'Afrique du Sud et Maurice⁷ caracolent en tête de ce classement. Ces pays (à l'exception du Cap Vert) sont riches en ressources naturelles, ce

⁷ Calculs effectués par les auteurs à partir des données de la Banque mondiale, mises à jour en avril 2011, disponibles sur le site : <http://data.worldbank.org/data-catalog/gender-statistic>.

Encadré 1.2 Contribution de l'élevage à la réduction de la pauvreté rurale au Burkina Faso

Le Burkina Faso a fait tomber son taux d'extrême pauvreté de 37,3 pour cent entre 1994 et 2009 en tirant parti de l'élevage, ce qui a contribué à l'amélioration de la sécurité alimentaire et au développement humain en milieu rural. En 2007-2008, le revenu dégagé de l'élevage assurait 56 pour cent des besoins alimentaires des ménages, 42 pour cent de leurs dépenses de santé et 16 pour cent des frais scolaires de leurs enfants. Les données provenant du gouvernement burkinabé et du PNUD (2011) font ressortir l'existence d'une forte corrélation inverse entre la pauvreté et les activités d'élevage en milieu rural.

De plus, le secteur de l'élevage a contribué à accélérer la croissance économique et à stabiliser l'économie. En 2009, il a représenté 18,8 pour cent du revenu national et 14,2 pour cent des exportations. La performance du secteur est toutefois freinée par différents goulots d'étranglement, dus principalement aux difficultés d'accéder aux ressources suivantes : capital et actifs pastoraux (financement, bétail, pâturages et autres infrastructures d'élevage) ; intrants y compris aliments et services vétérinaires pour bétail ; et services appropriés de soutien et de conseil (tels que services de vulgarisation). De plus, le secteur de l'élevage ne bénéficie pas de dotations budgétaires suffisantes et dépend trop des ressources étrangères.

Le PNUD collabore de ce fait avec le gouvernement pour élaborer un cadre d'accélération des OMD sur la sécurité alimentaire. Un plan d'action prioritaire en la matière a été arrêté, axé sur l'amélioration de la productivité du cheptel et la facilitation de l'accès aux produits d'élevage et de leur usage.

Le gouvernement a également adopté un Plan d'action opérationnel au titre de la Politique nationale de développement de l'élevage (2010-2015). Une analyse par simulation a montré que si l'on parvenait à alléger les goulots d'étranglement actuels, ce plan pourrait faire progresser la croissance économique d'environ 1,0 pour cent par an et permettre une nette augmentation du revenu des ménages ruraux, contribuant ainsi à une réduction d'au moins 25 pour cent de la prévalence de la pauvreté d'ici à 2015.

Sources : ministère de l'Économie et des Finances et système des Nations Unies au Burkina Faso, 2010 ; Gouvernement du Burkina Faso et PNUD, 2011.

qui montre que la plupart d'entre eux ont profité de la forte hausse des matières premières au cours de la décennie écoulée (Banque mondiale, 2011a).

La pauvreté en Afrique est concentrée dans les zones rurales et touche les hommes et les femmes de manière inégale

La pauvreté en Afrique est spatiale, caractérisée par une prévalence supérieure de la pauvreté rurale. Dans l'ensemble des 37 pays qui ont fourni des données sur cet indicateur, il existe une grande

disparité entre la pauvreté urbaine et la pauvreté rurale, celle-ci étant au moins trois fois plus élevée que celle-là au Maroc, en Égypte, au Ghana, en Zambie, au Cameroun, au Cap Vert et au Rwanda (figure 1.4).

L'état déplorable des infrastructures rurales, le peu de perspectives de travail générateur de revenu et d'emploi des jeunes en milieu rural, les rares possibilités d'accès à une éducation de qualité et la pratique fréquente du travail des enfants

Encadré 1.3 Accélération de l'élimination de la pauvreté au Rwanda par la réduction de l'inégalité, l'extension de la couverture de la protection sociale et l'amélioration de l'accès au crédit

Ces cinq dernières années, la croissance économique au Rwanda s'est traduite par une réduction de la pauvreté à l'échelle du pays en raison de ce que la croissance y a été inclusive et s'est accompagnée d'une réduction des inégalités, contrairement à ce qui s'était passé au cours des cinq années précédentes.

Pendant cette période (2000-2001 à 2005-2006), la croissance des revenus a été plus forte parmi les couches aisées de la population, surtout au niveau le plus élevé, alors qu'au cours de la période subséquente (2006-2011), la croissance s'est répercutée sur des groupes à moindre revenu. En termes plus techniques, le ratio de la consommation entre les 90^{ème} et 10^{ème} centiles de la population a diminué entre 2005-2006 et 2010-2011, alors qu'il avait fortement augmenté entre 2000-2001 et 2005-2006, creusant les inégalités (progression de 0,51 à 0,52 du coefficient de Gini).

Grâce à cette seconde période de croissance inclusive, l'inégalité de revenu a reculé à 0,49, niveau inférieur à celui de 2000-2001. Hormis la Province du Nord, toutes les provinces du Rwanda ont profité d'une croissance inclusive grâce à une réduction des inégalités, ce qui revient à dire que la population dans sa grande majorité a bénéficié des fruits de la croissance.

D'autres facteurs ont également contribué à la réduction de la pauvreté, notamment :

l'électrification accrue des habitations (augmentation de 6,5 pour cent du nombre des ménages s'éclairant à l'électricité entre 2006 et 2011) ;

l'augmentation de 22 pour cent à 27 pour cent de la part commercialisée de la production agricole des ménages entre 2006 et 2011¹ ;

la participation à la protection sociale, notamment au programme Ubudehe, au Projet d'appui du secteur rural et au Programme de soutien direct Vision 2020-Umurenge, dont respectivement 8,5 pour cent et 1 pour cent des ménages ont bénéficié (d'après la Troisième enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages) ;

l'accès amélioré au crédit (même si cet accès est accordé préférentiellement aux ménages urbains, la province de Kigali et la province Est ont fortement progressé sur ce plan).

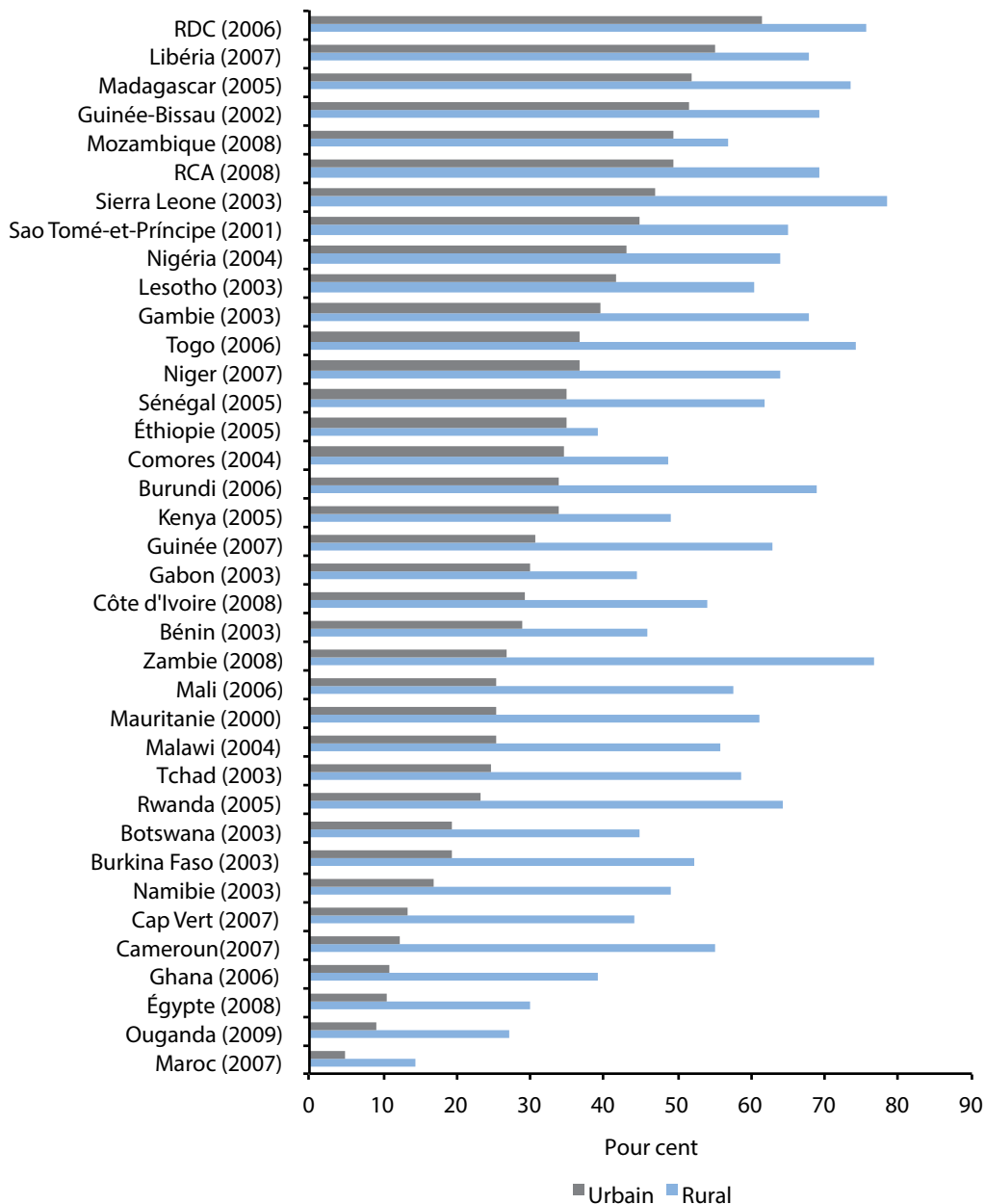
Il reste que le gouvernement pourrait déployer des efforts accrus en vue de diminuer la pauvreté en milieu rural, notamment en améliorant les conditions de vie des agriculteurs. Il devrait également élargir la couverture de la protection sociale et renforcer son efficacité. Quant à l'accès au crédit qui souffre d'un parti pris à l'encontre des ménages ruraux, il devrait être davantage approfondi et étendu.

1. Le taux augmente avec les quintiles de revenu : le quintile le plus pauvre ne vend que 15 pour cent de sa récolte, le deuxième quintile le plus pauvre, 19 pour cent, et le quatrième, 25 pour cent.

Sources : INSR, 2011 ; INSR et PNUD, 2007.

constituent les principaux déterminants de la pauvreté rurale (FAO, FIDA et OIT, 2010). Le Rwanda (encadré 1.3) et l'Éthiopie (encadré 1.4) montrent la voie sur ce qui peut se faire dans ce domaine.

Figure 1.4 La pauvreté rurale reste élevée et répandue en Afrique



Source : calculs effectués à partir des données de la Banque mondiale, consultées en février 2012, disponibles sur : <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.RUHC>.

Note : la définition de la pauvreté repose sur la consommation d'articles alimentaires et non alimentaires par équivalent adulte du ménage, ajustée pour tenir compte des différences de prix entre les régions et les mois de l'année, et de l'inflation d'une enquête sur l'autre. Le seuil de l'extrême pauvreté ne concerne que les prix des denrées alimentaires.

Encadré 1.4 Progression rapide de la réduction de la pauvreté en Éthiopie assortie de disparités croissantes dans les zones rurales et les régions

En collaboration avec ses partenaires du développement, le gouvernement éthiopien poursuit un objectif de développement global visant à réaliser une croissance économique générale et durable susceptible d'entraîner une rapide réduction de la pauvreté et de l'inégalité. Cet objectif fait partie intégrante d'un Programme de réformes économiques qui appuie des interventions destinées à concevoir et exécuter des programmes de relèvement du bien-être de la population, et à renforcer les capacités analytiques du gouvernement en matière de suivi-évaluation des mesures de réduction de la pauvreté.

La proportion de la population éthiopienne vivant en dessous du seuil de la pauvreté est tombée de 45,5 pour cent en 1995-1996 à 29,6 pour cent en 2010-2011, ce qui représente une réduction d'environ un tiers. Entre 1995 et 2011, la pauvreté a diminué selon un taux annuel moyen de 2,32 pour cent dans le monde entier, et de 0,5 pour cent en Afrique (hors Afrique du Nord). Grâce aux progrès appréciables qu'elle a enregistrés, l'Éthiopie n'est qu'à 7 pour cent environ de l'objectif de 2015, qu'elle atteindra si cette tendance est maintenue.

Entre 1995 et 2011, l'Éthiopie est parvenue à réduire le niveau de pauvreté dans ses régions rurales et urbaines respectivement de 36,0 et de 22,8 pour cent. Pendant les années 1995 à 2005, la pauvreté rurale a diminué à un rythme plus rapide que la pauvreté urbaine, alors que c'est le contraire qui s'est produit pendant les années de 2006 à 2011.

La réduction de la pauvreté rurale, particulièrement pendant les années 1995 à 2005, résulte d'un large éventail de programmes en faveur des pauvres : expansion des techniques agricoles améliorées, développement des services agricoles, commercialisation de la production des petites exploitations, mise en œuvre de nouvelles infrastructures rurales et accès à des programmes de protection sociale, notamment concernant la mise en place de filets de sécurité et l'octroi de crédits.

Quant à la réduction de la pauvreté urbaine, les progrès sur ce plan, particulièrement pendant les années 2006 à 2011, ont été favorisés par les efforts du gouvernement pour aménager un environnement propice aux investissements privés, créer des emplois et distribuer des denrées alimentaires de base subventionnées aux pauvres des zones urbaines en période de forte inflation.

Malgré la diminution du ratio de la population pauvre et des écarts de pauvreté, le fossé qui se creuse entre les zones rurales et urbaines en termes de pauvreté depuis 2006 ainsi que l'accroissement de l'indice de sévérité de la pauvreté appellent à des interventions urgentes. L'augmentation de l'inégalité en milieu rural constitue un autre sujet de préoccupation. Le coefficient de Gini y a grimpé de 0,26 à 0,27 alors qu'il avait reculé de 0,44 à 0,37 en milieu urbain entre 2006 et 2011. La disparité de la pauvreté entre les différentes régions exige également la mise en place de politiques et de programmes spécifiques.

Au niveau de la collecte des données, les futures enquêtes sur le revenu et les dépenses de consommation des ménages ainsi que les analyses connexes de la pauvreté devraient résoudre le problème de l'absence de données désagrégées par genre dans l'analyse de la pauvreté en Éthiopie.

Source : République fédérale d'Éthiopie, 2012.

Un deuxième aperçu révèle que la pauvreté est « féminisée » dans de nombreux pays : les femmes souffrent davantage de la pauvreté que les hommes, cette disproportion étant la plus forte dans les pays suivants (par ordre décroissant) : Égypte, Cameroun, Maroc, Kenya, Cap Vert, Afrique du Sud, Guinée et Madagascar (figure 1.5).

La réduction de la pauvreté est lente en Afrique

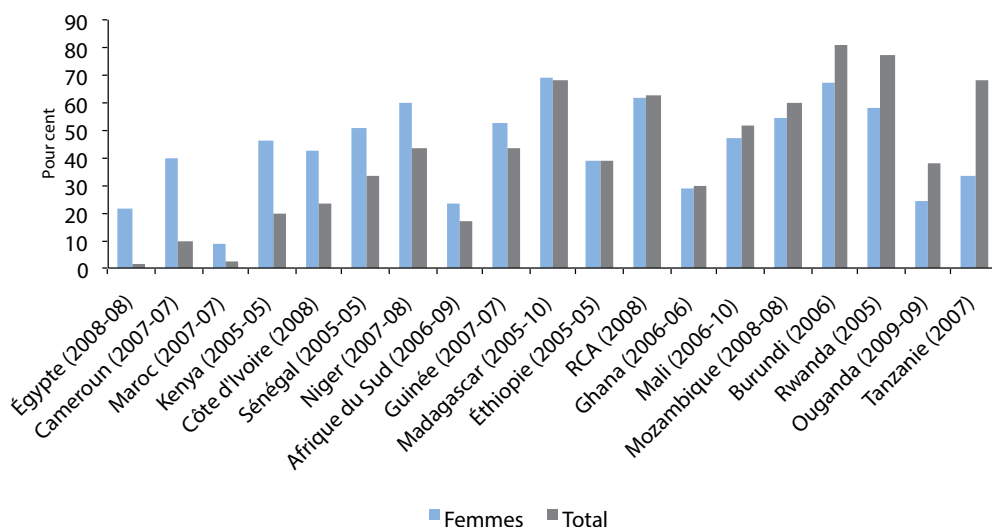
Cette situation peut s'expliquer par différents facteurs. Le fait que les femmes travaillent au foyer les empêche souvent d'obtenir un emploi salarié. Et quand elles y parviennent, leur salaire est souvent sous-évalué. Les femmes occupent le plus souvent des emplois mal rémunérés et sont soumises à de mauvaises conditions de travail. Le manque d'accès des femmes aux ressources

économiques et éducatives explique également la féminisation de la pauvreté.

En Éthiopie et en République centrafricaine (RCA), la répartition de la pauvreté entre hommes et femmes est mieux équilibrée. Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Est (Tanzanie, Ouganda, Rwanda et Burundi), on constate même que la pauvreté touche davantage les hommes que les femmes. Cela appelle à une action globale pour parvenir à une réduction de la pauvreté ainsi qu'à un meilleur ciblage des groupes vulnérables identifiés.

La lenteur des progrès en matière de réduction de la pauvreté s'explique par différents facteurs économiques, démographiques et sociaux. De plus, l'instabilité politique et la poursuite de conflits

Figure 1.5 Les taux de pauvreté sont plus élevés chez les femmes dans de nombreux pays



Sources : calculs effectués à partir des données de la Banque mondiale, mises à jour en avril 2011, disponibles sur : <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY> et <http://data.worldbank.org/data-catalog/gender-statistics>.
<http://data-catalog/gender-statistics>, updated April 2011.

compromettent les progrès enregistrés dans plusieurs pays africains. Les facteurs les plus critiques sont énumérés ci-après.

Croissance économique insuffisante et irrégulière

La croissance économique du continent n'est pas suffisante par son ampleur et sa régularité pour permettre de véritables réductions de la pauvreté. Pour que l'Afrique parvienne à réduire de moitié la proportion de sa population vivant en dessous du seuil de la pauvreté entre 1998 et 2015, il aurait fallu qu'elle connaisse une croissance annuelle de 7 pour cent en moyenne (CEA, 1999). Cependant, pendant les années 2000 à 2010, la croissance moyenne, agrégée et par habitant, n'a pas atteint

ce taux dans les différentes sous-régions africaines (*tableau 1.1*). (Les déficits les importants ont été enregistrés en Afrique orientale et occidentale).

En raison d'une dépendance excessive sur les matières premières, la croissance en Afrique a été volatile et peu inclusive au cours de la décennie écoulée. L'écart type des courbes de croissance (une mesure de la volatilité de la croissance) dans chaque sous-région africaine au cours de la période 2000-2010 a été supérieure à la valeur moyenne mondiale de 1,98, ce qui témoigne de la plus grande volatilité de la croissance économique en Afrique. Cela a conduit à la constatation que, sur les 19 pays du continent qui ont atteint ou dépassé le taux de croissance requis, seuls six l'ont fait

Tableau 1.1 Estimation de la croissance annuelle du PIB requise pour atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté et croissance réelle enregistrée, 2000-2010 (%)

Sous-région africaine	Croissance requise par habitant ^a (%)	Croissance réelle par habitant ^b 2000-2010 (%)	Croissance agrégée requise ^a (%)	Croissance agrégée réelle 2000-2010 ^b (%)	Écart type de la croissance
Afrique du Nord	3,60	3,09	5,60	4,91	2,06
Afrique de l'Ouest	4,71	2,66	7,61	5,31	2,64
Afrique centrale	3,90	2,15	6,70	4,67	4,30
Afrique de l'Est	5,40	2,89	8,12	5,72	3,52
Afrique australe	3,80	2,58	6,20	4,58	3,68
Moyenne totale (hors Afrique du Nord)	4,19 (4,39)	2,79 (2,71)	6,79 (7,16)	5,22 (5,30)	3,00 (3,26)

Source : calculs effectués par les auteurs.

a. CEA, 1999.

b. Banque mondiale, 2011a.

pendant plus de trois années consécutives. Il sera donc indispensable d'accroître le rythme de la croissance et la durabilité de ce rythme pour réaliser une rapide réduction de la pauvreté en Afrique.

Forte croissance démographique

Des croissances démographiques élevées affaiblissent fortement les rapports entre la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Elles mettent aussi à rude épreuve la fourniture de services publics critiques, particulièrement en matière de santé et d'éducation, exacerbant d'autant les énormes pressions sur les finances publiques que les États africains doivent affronter dans ces domaines en raison de leurs problèmes distinctifs, tels que la prévalence du paludisme et du VIH/sida. Il sera essentiel d'affronter le défi de la forte croissance démographique du continent pour relever son capital humain et parvenir à une réduction plus rapide de la pauvreté. La taille supérieure des ménages constitue un déterminant important de la pauvreté dans de nombreux pays africains, tels que le Kenya, la Mauritanie, l'Ouganda et le Nigéria⁸.

Mais la pauvreté provoque déjà en soi une croissance de la population du fait que ses déterminants (agriculture de subsistance, éducation minime, placement des enfants dans des familles d'accueil, subordination des femmes) tendent à faire perpétuer des taux élevés de fécondité (Odusola et al., 1997). Pour s'attaquer à la pauvreté, il sera important de réduire la forte croissance démographique du continent, comme récemment dans le cas du Rwanda (INSR, 2011).

8 Voir Geda et al., (2005) pour le Kenya ; Coulombe et McKay, (1996) pour la Mauritanie ; Deininger et Okidi, (2003) pour la Tanzanie ; Odusola et al., (1997) pour le Nigéria.

Renforcer les liens entre la croissance et la réduction de la pauvreté

Une des raisons pour lesquelles une croissance économique appréciable n'a pas entraîné une forte réduction de la pauvreté tient au degré relativement faible de réactivité de la pauvreté à la croissance, c'est-à-dire, de l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance. Cette valeur absolue de l'élasticité a augmenté dans certains pays depuis les années 1990, indiquant que la croissance économique y a eu un effet positif grandissant sur la réduction de la pauvreté. Par exemple, l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance est passée respectivement de 1,75 en 1990-1996 à près de 3,0 en 2000-2007 en Tunisie, de près de 1,0 à environ 2,0 en Mauritanie, et de près de 0,9 à environ 2,0 en Éthiopie. Cependant, elle était toujours inférieure à 1,0 en 2000-2007 dans de nombreux pays, y compris le Burkina Faso et la Zambie (Fosu, 2011).

La croissance moyenne de l'élasticité de la pauvreté (en valeur absolue) par rapport à la croissance en Afrique, qui est de 1,82 pour l'ensemble du continent, est inférieure (et parfois largement inférieure) à celle des autres régions (*tableau 1.2*). En Afrique orientale et australe, elle est moitié moindre que la valeur enregistrée en Amérique latine et aux Caraïbes. Sa valeur moyenne dans les pays riches en ressources naturelles, définis comme les pays dont le ratio moyen entre rentes des ressources et PIB a dépassé 15 pour cent au cours de la décennie écoulée, est de 1,16⁹. Ce faible taux d'élasticité, qui est inférieur aux taux moyens enregistrés dans toutes les autres régions, trahit le manque de

9 Parmi les pays pour lesquels on dispose de données d'élasticité, seuls le Burundi, le Congo, la RDC, le Gabon, le Libéria et le Nigéria remplissent ces critères.

Tableau 1.2 Élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance et à l'inégalité

	Élasticité	
	Croissance	Inégalité
Afrique du Nord	-2,93	4,34
Afrique de l'Ouest	-1,67	1,76
Afrique centrale	-1,76	2,08
Afrique de l'Est	-1,39	1,36
Afrique australe	-1,39	1,45
Afrique (hors Afrique du Nord)	-1,51	1,56
Afrique	-1,82	2,16
Asie de l'Est et Pacifique	-2,48	3,49
Europe de l'Est et Asie de l'Ouest	-4,22	6,85
Amérique latine et Caraïbes	-3,08	5,00
Moyen-Orient et Asie centrale	-2,75	3,91
Asie du Sud	-2,10	2,68

Source : Fosu, 2011.

liens entre le secteur des ressources et le reste de l'économie dans ces pays¹⁰.

La faible élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance trahit le caractère ténu des rapports entre les secteurs en plein essor de l'économie et ceux qui emploient les pauvres, ainsi que les disparités spatiales entre les zones à forte croissance et celles où les pauvres habitent. Une diversité de facteurs interconnectés influence la manière dont la pauvreté pourrait être réduite en réponse à la croissance économique. Cependant, le peu d'élasticité de la pauvreté par rapport à la

croissance en Afrique est déterminé par l'absence de diversification économique, la difficulté d'accès au crédit et à l'assurance, le manque de capital physique et humain, et l'insuffisance des systèmes de protection sociale.

La plupart des pays d'Afrique dépendent toujours fortement des exportations de leurs secteurs extractifs, notamment miniers et pétroliers, ceux-ci ayant une faible interaction avec le reste de l'économie du fait qu'ils n'entretiennent pas de lien ni en amont ni en aval avec les secteurs où les pauvres sont employés. La montée des cours des produits minéraux et pétroliers a provoqué l'essor de plusieurs des pays d'Afrique où la croissance a été la plus rapide, tels que la Guinée équatoriale et le Nigéria. Les minéraux et les combustibles ont représenté la part la plus importante

10 Voir Fosu (2011) pour des précisions sur les taux réels de croissance du PIB et de population ainsi que sur l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance pour parvenir à une réduction de moitié de la pauvreté en Afrique entre 2010 et 2025.

des exportations africaines entre 1996 et 2008 (BAD, OCDE et CEA, 2010).

L'accès limité des zones rurales aux infrastructures modernes, telles que les routes en bon état, l'électricité et les télécommunications a aussi contribué à réduire leur contribution potentielle à la croissance. C'est ainsi que la population rurale, de par son importance numérique et son manque d'accès à des infrastructures physiques et sociales, dresse un obstacle majeur aux efforts visant à réduire la pauvreté et l'inégalité. À titre d'exemple, il ressort d'une étude menée en Ouganda que la pauvreté est généralement plus fréquente dans des communautés situées à plus de 10 km de la municipalité la plus proche que dans cette municipalité même (Deininger et Okidi, 2003). Il apparaît également que les ménages vivant dans des zones urbaines ou ayant accès à l'électricité ont de meilleures chances d'échapper à la pauvreté, ce qui souligne le rôle des infrastructures dans le renforcement des opportunités économiques pour les ménages. L'accès au crédit, à l'assurance et à la protection sociale renforce également les liens entre la croissance et la réduction de la pauvreté. Ainsi, l'amélioration de l'accès des populations rurales aux infrastructures et aux services de crédit, de santé et d'éducation, qui n'a généralement pas suivi l'évolution de la croissance économique, devrait recevoir une attention prioritaire.

Le resserrement de la relation entre croissance économique et réduction de la pauvreté en Afrique aura des conséquences sur le taux de croissance annuel du PIB requis pour réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar USD par jour (Fosu, 2001 ; et voir annexe 2). Les régions caractérisées par une supériorité de l'élasticité de la pauvreté par

rapport à la croissance et un ralentissement de la croissance démographique requièrent normalement un moindre taux de croissance du PIB pour atteindre cet objectif d'ici 2025.

Par exemple, entre 2010 et 2025, il faudrait à l'Afrique du Nord (qui dispose de la plus forte élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance sur le continent) un taux de croissance annuel de 2,95 pour cent (*tableau 1.3*). L'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest, où la croissance démographique est la plus élevée, auront besoin d'un taux de croissance annuel de leurs PIB respectifs de 5,90 et 5,96 pour cent. De son côté, l'Afrique australe, dont l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance est la plus faible, devra réaliser un taux de croissance annuel du PIB de 5,60 pour cent pour parvenir à une réduction de moitié de la pauvreté.

Une réserve importante doit être formulée à propos des estimations du *tableau 1.3*, à savoir, que des taux de croissance plus élevés seront requis si, au cours de cette période, l'inégalité augmente ou si l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance diminue. Ce dernier facteur pourrait refléter de plus grandes divergences en termes de croissance économique et de réduction de la pauvreté dans les différents pays.

L'existence de fortes inégalités compromet les efforts de réduction de la pauvreté

La réduction de la pauvreté en Afrique est également affectée par la présence d'inégalités économiques susceptibles de la freiner. L'inégalité de départ réduit sensiblement les gains que les pauvres peuvent espérer tirer de la croissance (Ravaillion, 2001 ; Fosu, 2011), bien qu'elle atténue également l'impact négatif que la contraction économique exerce sur les pauvres (Ravaillion, 1997).

Tableau 1.3 Croissance annuelle du PIB requise pour réduire la pauvreté de moitié entre 2010 et 2025

Région de l'Afrique	Croissance du PIB par habitant requise (%)	Croissance démographique (%)	Croissance du PIB agrégé requise (%)	Élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance
Afrique du Nord	1,39	1,56	2,95	-2,93
Afrique de l'Ouest	3,41	2,55	5,96	-1,67
Afrique centrale	2,83	2,46	5,29	-1,76
Afrique de l'Est	3,19	2,71	5,90	-1,39
Afrique australe	3,55	2,05	5,60	-1,39
Moyenne totale (hors Afrique du Nord)	2,60	2,31	5,21	-1,82
	(3,31)	(2,52)	(5,84)	(-1,51)

Sources : Fosu, 2011 ; calculs effectués par les auteurs à partir des données de la Banque mondiale, 2011a.

Note : la période retenue est de 15 ans afin de permettre la comparabilité diachronique avec le taux estimé calculé par la CEA, 1999.

Bien qu'en Afrique, l'élasticité de la pauvreté par rapport à l'inégalité soit plus faible que dans les autres régions du monde (*voir le tableau 1.2*), un pourcentage donné de variation de l'inégalité a une plus grande incidence sur la pauvreté qu'un pourcentage égal de variation de la croissance.

Les inégalités dans la répartition des actifs, notamment des terres, et dans l'utilisation de services publics tels que des services d'éducation et de santé, entravent la réduction de la pauvreté dans une partie importante de l'Afrique. Les inégalités d'accès à l'éducation sont particulièrement prononcées dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, dont le Bénin, le Burkina Faso et le Mali, tandis qu'au Kenya, au Malawi et en Tanzanie, ces inégalités sont modiques (Gauci et Gueye, 2003). Les disparités dans l'accès aux services d'éducation traduisent le manque d'accessibilité physique (particulièrement dans les zones rurales où vivent la

plupart des pauvres) et les frais directs et indirects liés à l'éducation d'un enfant. Tous ces facteurs aboutissent à des taux d'abandon scolaire élevés.

Cible 1B : Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

Bien que les projections actuelles laissent prévoir une croissance de l'emploi, la création d'emplois décents dépendra des gains de productivité

En ce qui concerne la création d'emplois, le monde ne s'est pas encore remis entièrement des effets de la crise financière mondiale. Le taux annuel moyen de la croissance de l'emploi au plan mondial a été de 1,1 pour cent dans les années de post-crise (2008-2011), alors qu'il était de 1,8 pour cent avant la crise (2002-2007). Selon les projections actuelles,

il restera en dessous des niveaux antérieurs à la crise pendant les années 2012-2016 (tableau 1.4).

Le taux annuel moyen de la croissance de l'emploi en Afrique pour les cinq prochaines années devrait, quant à lui, dépasser la moyenne mondiale. Il est prévu que l'amélioration du climat des affaires dans certains pays et les efforts déployés par les pays émergents et les pays occidentaux pour s'adjuger des marchés africains créent des opportunités d'emploi dans la région. On s'attend toutefois à voir la productivité individuelle diminuer pendant la période 2014-2016.

Indicateur 1.4 : Taux de croissance du PIB par personne occupée

La productivité de la main-d'œuvre joue un rôle central dans le soutien à la croissance économique, l'amélioration des moyens de subsistance et la réduction de la pauvreté et de l'inégalité. Les facteurs qui la déterminent sont les investissements en capital (tels que les machines et les équipements), une amélioration des capacités d'organisation, la revitalisation des infrastructures physiques et institutionnelles, les gains de santé et de compétences chez les travailleurs (le « capital humain ») et la génération de nouvelles technologies.

Tableau 1.4 Potentiel prometteur de l'Afrique en termes de création d'emplois contrecarré par une trop faible croissance de la productivité

Groupement	Croissance annuelle moyenne de l'emploi (%)				Croissance annuelle moyenne de la productivité du travail (%)			
	2002–2007	2008–2011	2012–2013	2014–2016	2002–2007	2008–2011	2012–2013	2014–2016
Monde	1,8	1,1	1,4	1,3	2,5	1,6	2,6	3,2
Économies développées et UE	1,0	-0,3	0,4	0,6	1,4	0,5	1,5	2
ECSE (hors UE) et CEI	1,1	0,8	0,5	0,3	6,1	1,1	3,5	4,0
Asie de l'Est	1,2	0,6	0,6	0,3	8,6	7,8	7,5	8,1
Asie du Sud-Est et Pacifique	1,8	1,9	1,6	1,4	4,1	2,6	3,5	4,0
Asie du Sud	2,2	1,0	2,0	1,9	5,4	6,1	4,8	5,4
Amérique latine	2,5	1,9	1,8	1,7	1,4	1,0	1,7	1,8
Moyen-Orient	4,5	3,2	2,8	2,5	0,9	0,9	1,2	2,0
Afrique du Nord	3,4	2,0	2,2	2,3	1,4	1,8	0,8	2,8
Afrique (hors Afrique du Nord)	3,1	2,8	3	3	2,5	1,5	2,3	1,9

Source : OIT, 2012.

Note : CEI = Communauté des États indépendants ; ECSE = Europe centrale et du Sud-Est ; UE = Union européenne.

La croissance de la productivité de la main-d'œuvre en Afrique est faible par comparaison aux taux enregistrés en Asie de l'Est, en Asie du Sud-Est et au Pacifique, et en Asie du Sud (*figure 1.6 et tableau 1.4*). En Afrique du Nord, elle représente le quart de la croissance de la productivité de la main-d'œuvre en Asie de l'Est pour la période de 2008 à 2011, et en Afrique (hors Afrique du Nord), moins du cinquième. Qui plus est, la productivité de la main-d'œuvre devrait fléchir en Afrique du Nord en 2012 et 2013, essentiellement en raison des bouleversements politiques qui y ont eu lieu. Cependant, elle devrait remonter à moyen terme.

En Afrique (hors Afrique du Nord), la croissance de la productivité de la main-d'œuvre a ralenti sous l'effet de la crise mondiale, et l'on s'attend à ce qu'elle baisse légèrement sur le long terme. Cette projection se fonde sur la création accrue d'emplois temporaires peu qualifiés à laquelle se livrent les gouvernements dans le but d'apaiser

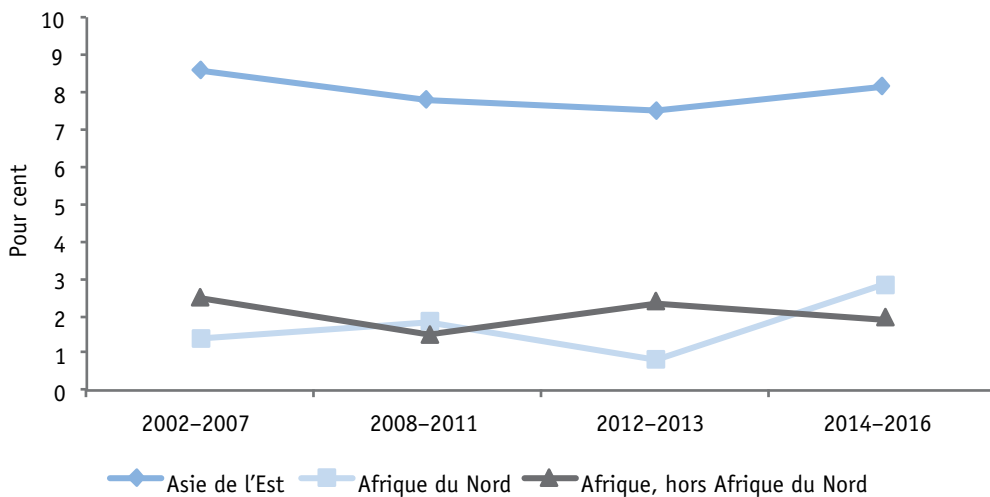
les tensions que pourraient susciter de forts taux de chômage parmi les jeunes.

Indicateur 1.5 : Ratio emploi/population

Les ratios emploi/population ont généralement baissé (quoique de manière non homogène) dans les différentes régions du monde entre 2002 et 2011. Cependant, en Afrique (hormis l'Afrique du Nord), le ratio a augmenté de 1,5 pour cent au cours de cette période, l'emploi des femmes comptant pour les quatre cinquièmes de cette progression. Celle-ci a été plus forte, à 2,4 pour cent, en Afrique du Nord, où l'emploi des femmes en a représenté les trois cinquièmes (OIT, 2012).

En Afrique du Nord, le ratio emploi/population s'est maintenu à 43,6 pour cent en 2011, comparé à une moyenne mondiale de 60,3 pour cent pour cette année. L'agriculture et les services ont assuré respectivement 28,4 pour cent et presque 50 pour cent des emplois dans le pays. Chacun de

Figure 1.6 Croissance annuelle de la productivité de la main-d'œuvre



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données OIT, 2011 et 2012 ; les données fournies pour 2002-2007 sont basées sur des chiffres réels, celles de 2008-2011 sont des estimations et celles de l'après 2011 représentent des projections.

ces secteurs est marqué par de médiocres conditions de service et de faibles salaires. Le climat des affaires en Afrique du Nord ne favorise par la création de petites et moyennes entreprises, et les institutions du marché du travail n'y sont pas entièrement développées.

Avec un taux estimé à 64,7 pour cent en 2011, le ratio emploi/population dans le reste de l'Afrique excède celui de l'Afrique du Nord (et la moyenne mondiale), mais masque la vulnérabilité du grand nombre d'emplois proposés. En effet, les emplois dans les industries manufacturières ne représentent que 8,5 pour cent du total (OIT, 2012).

Les gouvernements africains ont lancé de multiples initiatives de création d'emplois, allant de l'ins-tauration d'environnements macroéconomiques et réglementaires favorables aux affaires à l'éta-blisement de programmes de travaux publics pour freiner le chômage chronique. Même si ces programmes n'ont souvent qu'un effet négligeable sur le nombre des pauvres, ils réduisent parfois la profondeur de la pauvreté des ménages qui y participent (*encadré 1.5*).

Tirant parti de l'expérience acquise, certaines ap-proches nouvelles de la lutte contre le chômage des jeunes opèrent un lien entre la protection sociale et

Encadré 1.5 Leçons apprises des programmes de travaux publics lancés en Afrique

Une étude effectuée par l'Overseas Development Institute (ODI) sur près de 170 programmes de travaux publics lancés en Afrique (hors Afrique du Nord) permet de dégager un certain nombre d'enseignements sur l'exploitation possible de ces programmes pour accélérer la réduction de la pauvreté.

Financés principalement par des donateurs (83 pour cent), ces projets à prédominance de type « vivres contre travail » (60 pour cent) étaient répartis à égalité entre projets offrant un filet de sécurité ou une protection sociale aux ménages, et ceux favorisant la création d'emplois générale par la construc-tion et la remise en état d'infrastructures. Seuls 4 pour cent de ces programmes visaient à fournir des garanties de revenus.

La rémunération brute tirée des programmes de travaux publics représentait une partie significative du revenu total des ménages participants dans la plupart des pays. Au Malawi et en Éthiopie, cepen-dant, de tels transferts n'ont pas permis de répondre aux besoins de consommation des ménages, et en Afrique du Sud, ils se sont avérés insuffisants pour combler le fossé de la pauvreté. La plupart de ces programmes n'ont eu qu'un effet négligeable en termes de diminution du nombre des pauvres, bien qu'ils aient réussi à réduire quel peu le degré de pauvreté des ménages qui y ont participé. Le ciblage précis des bénéficiaires a été un élément extrêmement important.

L'étude a mis en évidence un alignement inadéquat au niveau des politiques appliquées. Par exemple, les programmes dont la vocation étaient de proposer des emplois à court terme, de mettre en place une protection sociale ou d'aider les populations à s'extirper de la pauvreté chronique n'ont sans doute pas été aussi efficaces que prévu du fait qu'ils n'ont pas réussi à garantir l'emploi.

Source : McCord et Slater, 2009.

Encadré 1.6 Synergies entre différents OMD résultant du dispositif d'emploi des jeunes mis en place par le gouvernement de l'État d'Oyo (Nigéria)

Le plan d'autonomisation des jeunes ou « Youth Empowerment Scheme » de l'État d'Oyo au Nigéria génère des emplois pour les jeunes et vise à créer des synergies avec d'autres OMD. Établi en juillet 2011, ce programme comporte un double objectif :

Le premier objectif est de créer chaque année 20 000 emplois dans les secteurs de l'agriculture, des travaux publics, de la santé et de l'éducation, et des services environnementaux. Le deuxième objectif consiste à renforcer les capacités des bénéficiaires à faire face à la vie courante et notamment à leur apporter des compétences cognitives et entrepreneuriales. Il est appuyé par un capital initial dont le but est de créer une masse critique de petits entrepreneurs pour cet État.

En moins d'un an, le programme a créé 20 000 emplois dans différents secteurs : 5 000 emplois dans l'agriculture et les activités connexes, 3 000 emplois d'agents de contrôle de la circulation et 2 500 emplois d'agents de protection de l'environnement. Le restant des emplois créés touche à la technologie de l'information et des communications, la réparation automobile, le soudage, les techniques de laboratoire et la musique.

Le programme a réactivé huit établissements agricoles, réalisant une plateforme de production et de transformation agricoles (ces établissements avaient été abandonnés il y a une vingtaine d'années). Ce déploiement de jeunes en direction de l'agriculture a commencé à produire de bons résultats, car il a occasionné le remplacement progressif d'exploitants âgés. Dans les villes, la congestion chronique de la circulation est désormais allégée, tandis que les conditions d'assainissement et de propreté environnementale bénéficient de l'intervention des agents de protection de l'environnement.

Le principal défi qui reste à relever est de viabiliser le projet, de le faire monter en échelle et de le reproduire dans les autres États du pays.

Source : Gouvernement de l'État d'Oyo au Nigéria, 2012.

l'acquisition de compétences et cherchent à réaliser des synergies avec d'autres OMD (*encadré 1.6*).

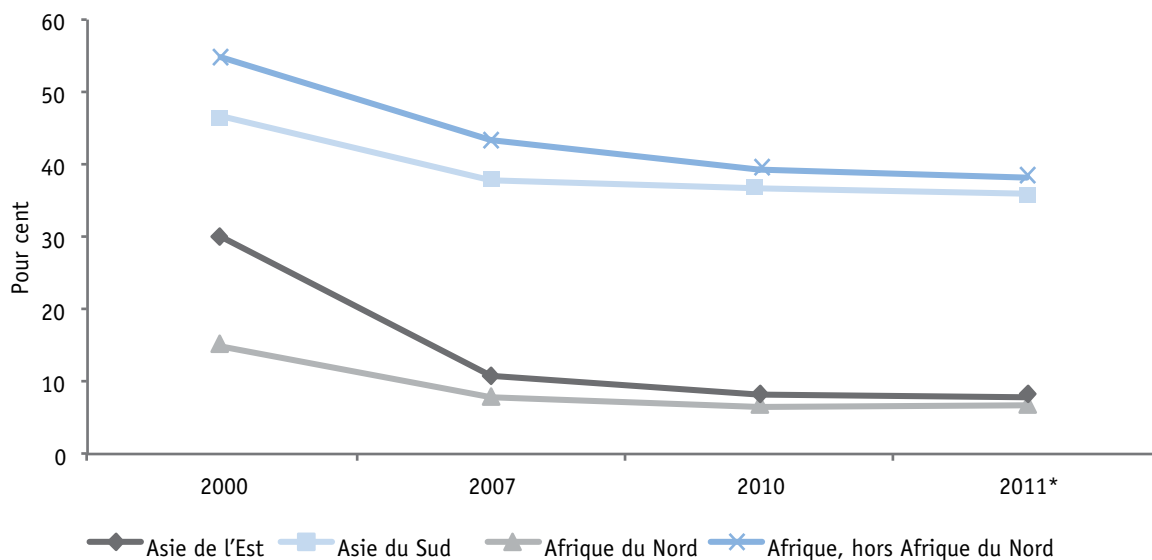
Indicateur 1.6 : Proportion de la population occupée vivant avec moins de 1,25 dollar USD par jour

Au plan mondial, le nombre des travailleurs pauvres (personnes occupées gagnant moins de 1,25 dollar USD par jour) a reculé à 435 millions de personnes, en baisse de 233 millions depuis 2000 et de 38 millions depuis 2007. Cette progression est due en très grande partie à la rapide diminution

de la population des travailleurs pauvres en Chine et en Asie de l'Est (*figure 1.7*).

Malgré une amélioration de la situation en Afrique, le nombre des travailleurs pauvres y est toujours élevé. En 2011, ceux-ci représentaient 39,1 pour cent de l'effectif occupé total en Afrique (hors Afrique du Nord), taux dont le recul de 15,7 pour cent entre 2000 et 2010 s'explique par les deux raisons principales suivantes. En premier lieu, il est permis de penser que la croissance économique modérée des dix dernières années a fait monter

Figure 1.7 Proportion des travailleurs pauvres dans la population occupée



* = estimations.

Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de l'OIT, 2012.

les salaires au-dessus du seuil international de pauvreté. En deuxième lieu, grâce à une discrimination positive, les conditions offertes aux travailleurs pauvres ont été améliorées. Des exemples en sont donnés par la politique de l'emploi en Algérie et par le Nouveau sentier de la croissance (NGP) en Afrique du Sud, un projet qui s'attaque à la pauvreté et à l'inégalité au moyen de transferts sociaux. De nombreux pays ont relevé leur salaire minimum national pendant les années 2008 à 2011. C'est le cas de l'Algérie, de l'Angola, du Cameroun, de la Mauritanie, du Nigéria et de la Tanzanie.

L'Afrique du Nord est également parvenue à faire baisser la proportion de ses travailleurs pauvres, bien que partant d'un niveau de départ inférieur, et la situation y soutient très bien la comparaison avec l'Asie de l'Est. Cependant les gouvernements africains accordent plus d'importance à

la diminution du chômage qu'à la réduction du nombre des travailleurs pauvres, une question dont la résolution reste pourtant critique pour accélérer la réduction de la pauvreté.

Indicateur 1.7 : Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans le nombre total d'emplois

En 2011, le nombre total des travailleurs vulnérables au monde était estimé à 1,52 milliard d'individus. Alors qu'en Asie de l'Est, le nombre de personnes occupant des emplois vulnérables a pu être réduit de 40 millions à partir de 2007, en Afrique (hors Afrique du Nord) ce nombre a augmenté de 22 millions.

Le secteur informel est le premier créateur d'emplois en Afrique et les emplois vulnérables y ont représenté 70 pour cent de la création d'emplois

entre 2007 et 2011. Sur dix personnes actives en Afrique du Nord en 2011, quatre occupaient des emplois vulnérables. Dans le reste de l'Afrique, les emplois vulnérables représentaient 76,6 pour cent du total, bien que ce taux ait régressé au cours de la décennie écoulée.

Les femmes et les jeunes figurent de manière disproportionnée dans les statistiques des emplois vulnérables. En Afrique du Nord, les hommes (32,2 pour cent) risquent moins que les femmes (55,1 pour cent) d'occuper des emplois vulnérables. Dans le reste de l'Afrique, il est beaucoup plus probable que des femmes (84 pour cent) ou des hommes (70 pour cent) occupent ce type d'emplois. La domination du secteur informel et le petit nombre (ou l'absence) de systèmes de protection sociale expliquent en partie la forte proportion des travailleurs vulnérables en Afrique (hors Afrique du Nord). Cette situation se manifeste tout particulièrement dans l'emploi des jeunes (OIT, 2010c).

Le chômage des jeunes est devenu un sujet de préoccupation majeur

L'emploi des jeunes est particulièrement vulnérable face aux aléas de la situation économique mondiale. En 2011, 74,8 millions de jeunes étaient sans travail, soit 4 millions de plus qu'en 2007. Au plan mondial, les jeunes risquent trois fois plus que le reste de la population de se trouver au chômage et cette situation porte en germe un danger d'instabilité politique. Le chômage parmi les jeunes est plus élevé en Afrique qu'en Asie de l'Est et en Asie du Sud (OIT, 2012).

Sur le continent africain, l'Afrique du Nord est de loin la région qui présente le plus fort taux de chômage chez les jeunes, et cette situation n'a guère varié au cours de la décennie écoulée

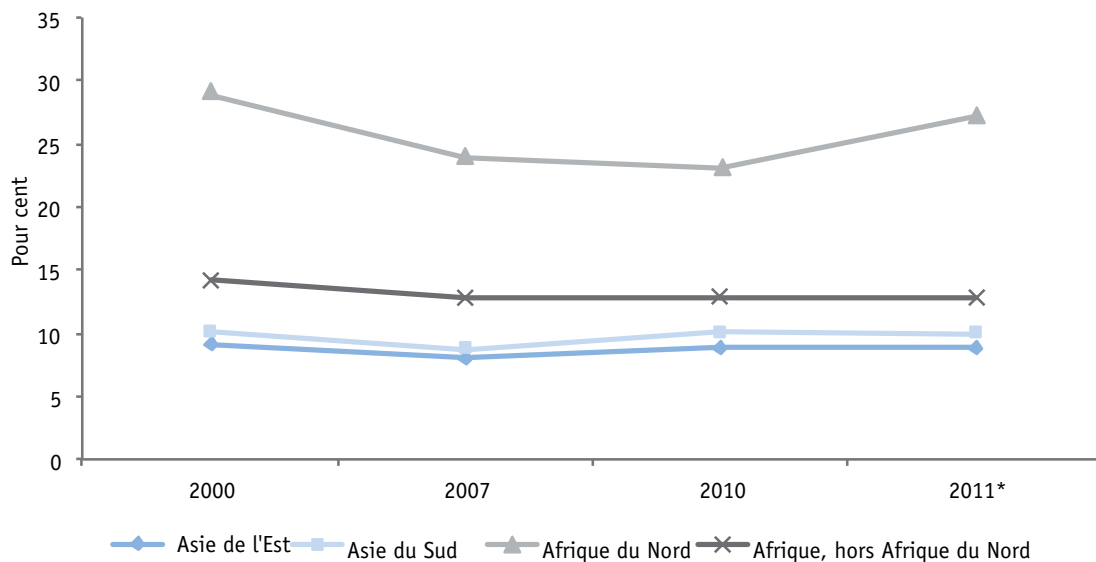
(figure 1.8). Le chômage y affecte durement les femmes et les jeunes. La croissance léthargique de l'emploi dans le secteur structuré de l'économie a conduit à une représentation excessive de ces deux groupes les plus vulnérables dans le secteur non structuré.

Dans le reste de l'Afrique, le chômage des jeunes est moindre qu'en Afrique du Nord, mais les jeunes occupés sont surreprésentés dans la population des travailleurs pauvres. Au Burundi et au Libéria, par exemple, plus de 85 pour cent des jeunes occupés sont des travailleurs pauvres (mais les écarts entre les rémunérations respectives des adultes et des jeunes occupés sont peu importants).

À la différence de la situation en Afrique du Nord, le marché du travail non structuré dans le reste de l'Afrique offre une protection, quoique vulnérable, aux jeunes et aux femmes à la recherche d'un emploi. Cependant, les jeunes éprouvent souvent plus de difficulté que les adultes à trouver un emploi assuré sur le marché non structuré en raison de leur inexpérience et du manque de réseaux professionnels pour les appuyer. De ce fait, même lorsqu'ils trouvent un emploi, celui-ci se caractérise le plus souvent par un bas niveau de salaire, de mauvaises conditions de travail et peu de perspectives de développement des compétences. Par conséquent, les travailleurs pauvres comptent dans leurs rangs davantage de jeunes que d'adultes dans la plupart des pays d'Afrique (hors Afrique du Nord) (OIT, 2012). Les femmes sont confrontées aux mêmes types de problèmes en raison de leur niveau d'éducation inférieur et de leur marginalisation culturelle au sein des réseaux du marché du travail.

Les perspectives offertes par le marché du travail sont déterminées par l'offre et la demande. Par

Figure 1.8 Tendances du chômage des jeunes, 2000-2011



* = estimations.

Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de l'OIT, 2012

conséquent, l'amélioration des opportunités d'emploi exige de relever la compétitivité au sein de la population active et de créer un environnement porteur, favorable aux investissements domestiques et étrangers. Le développement d'infrastructures faisant appel aux investissements privés, particulièrement pour les besoins d'électrification, de construction de routes et de distribution d'eau est vital pour la création d'emplois dans les zones rurales et urbaines. Pour assurer la survie et la prospérité des entreprises locales ainsi que la croissance économique générale, il est essentiel de renforcer les capacités de gestion et de favoriser l'accès des micro-entreprises et des petites sociétés à des facilités de crédit abordables. Il y a donc lieu de mettre en œuvre des programmes spéciaux pour développer les compétences des jeunes entrepreneurs dans les différents secteurs afin de garantir

la pérennité en termes de génération de revenus et d'emplois.

Cible 1C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Les progrès par rapport à cette cible ont été lents. L'Indice mondial de la faim publié en 2011 par l'Institut international de recherche en politiques alimentaires (IFPRI) a enregistré un gain de 18 pour cent entre 1990 et 2011 en Afrique (hors Afrique du Nord), contre 25 pour cent en Asie du Sud-Est et 39 pour cent en Afrique du Nord¹¹.

11 Cet indice est un outil statistique multidimensionnel qui associe trois indicateurs à pondération égale : la proportion des personnes sous-alimentées par rapport à la population ; la prévalence d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale et le taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans.

L'agrégat régional masque des variations prononcées d'un pays à l'autre, allant des très fortes améliorations enregistrées au Ghana, en Mauritanie, en

Angola et au Congo aux aggravations brutales qui frappent la République démocratique du Congo (figure 1.9). Pour les régions de l'Afrique centrale,

Figure 1.9 Progrès réalisés dans la baisse de l'Indice mondial de la faim, 1990-2011



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données extraites d'IFPRI et al., 2011.

Note : les nombres négatifs expriment des avancées.

de l'Afrique de l'Est, de l'Afrique australe et de l'Afrique de l'Ouest, cet indicateur a stagné entre 1990 et 1996, avant de remonter légèrement en 2001, pour se dégrader de manière plus marquée en 2011 (IFPRI et al., 2011).

La proportion de la population qui souffre de malnutrition s'est stabilisée à 16 pour cent, ce qui sous-entend que les progrès de la nutrition n'ont pas suivi les reculs de la pauvreté. Les hausses des prix internationaux des denrées alimentaires, lesquels sont toujours plus élevés qu'avant la crise mondiale, en sont partiellement responsables (FAO, 2010 ; ONU, 2011). Elles ont eu un effet adverse sur le pouvoir d'achat et les autres facteurs corrélés à la pauvreté.

À titre d'exemple, la hausse des prix des denrées alimentaires aggrave la vulnérabilité des consommateurs pauvres face à la pauvreté car la nourriture représente une part importante de leurs dépenses. De la même façon, la volatilité des prix de ces produits (impliquant de fortes fluctuations) ont des effets considérables sur le revenu réel des petits agriculteurs. Ainsi, même de courtes périodes de flambées des prix à la consommation ou de chute des prix pour les agriculteurs peuvent provoquer la vente d'actifs productifs, tels que les terres et le bétail, à des prix désavantageux, et conduire ainsi à des pièges de pauvreté potentiels. De plus, les petits agriculteurs sont moins enclins à investir dans des mesures susceptibles d'accroître la productivité lorsque les variations des prix de leurs produits deviennent imprévisibles. Pour les ménages qui sont des consommateurs nets de denrées alimentaires, les hausses des prix de ces produits peuvent les amener à prendre des mesures de prévention, en particulier le report des dépenses d'éducation et

de santé, lesquelles réduisent leur bien-être et leur développement à long terme.

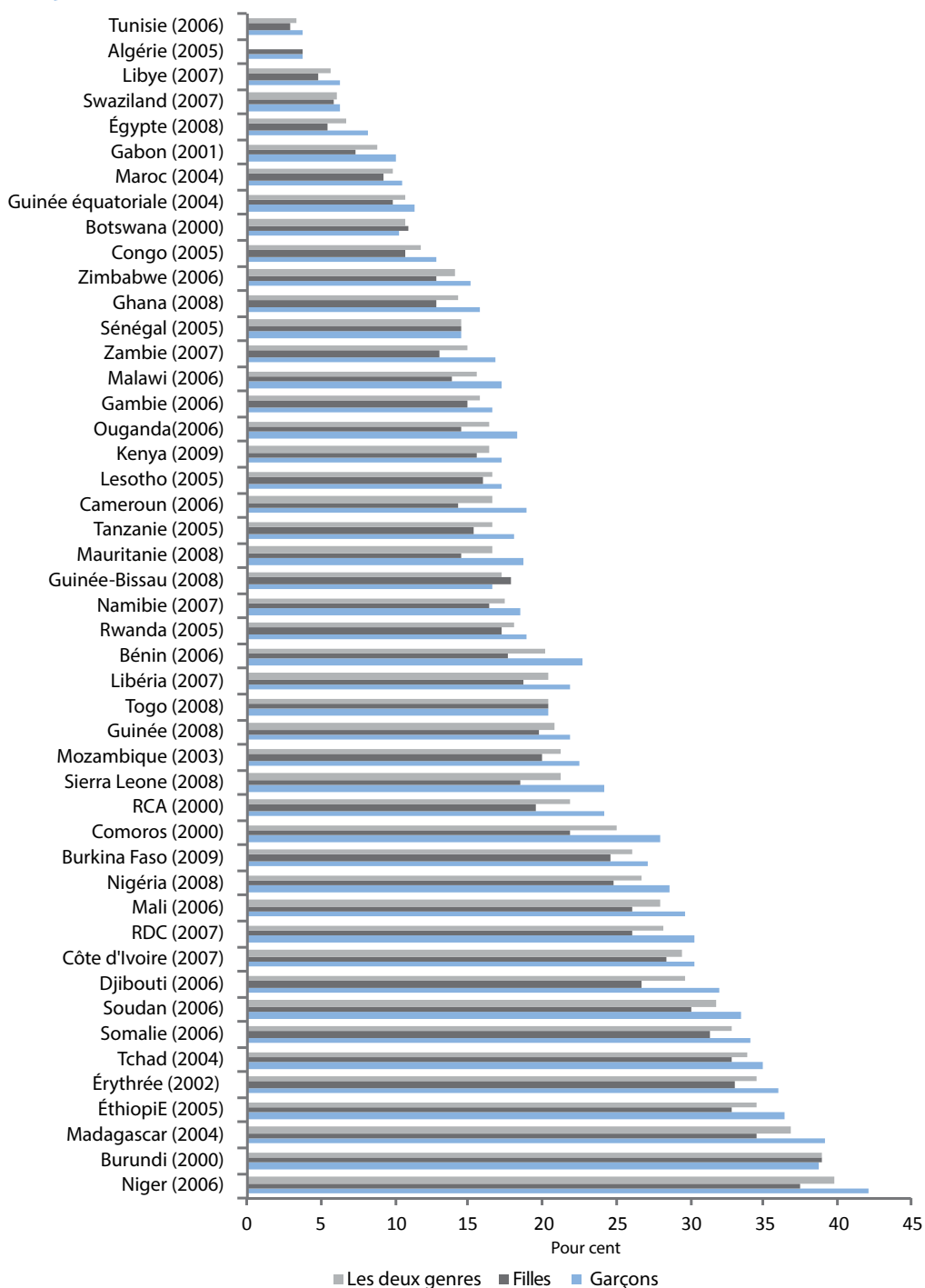
Indicateur 1.8 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans

Dans les régions en développement, la proportion des enfants de moins de cinq ans dont le poids est insuffisant a baissé de 30 pour cent à 23 pour cent entre 1990 et 2009. Toutes les régions du monde publiant des données comparables ont fait des progrès à cet égard. L'Asie de l'Est, l'Amérique latine et les Caraïbes, et le Caucase et l'Asie centrale ont tous atteint ou presque cette cible de l'OMD. L'Asie du Sud-Est et l'Afrique du Nord sont en voie d'y parvenir également.

L'Afrique (hors Afrique du Nord) n'a pas suffisamment progressé pour être assurée d'atteindre cette cible d'ici 2015. L'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Ouest ont enregistré de timides progrès, marqués par une diminution de 27 pour cent à 22 pour cent de cette prévalence entre 1990 et 2009. Cependant, ces résultats agrégés masquent des différences entre les pays et les genres (*figure 1.10*), et entre les zones urbaines et rurales.

La malnutrition des enfants se répercute négativement sur d'autres OMD et appelle donc à des politiques nationales résolues (*encadré 1.7*). Elle constitue également une cause sous-jacente de plus du tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans, et de plus du cinquième des cas de mortalité maternelle (UNICEF, 2011b).

Figure 1.10 Prévalence des cas d'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de cinq ans



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de l'OMS, 2011.

Encadré 1.7 Réponse à l'impact élargi de la malnutrition

La nutrition adéquate est une condition essentielle pour la réalisation d'un grand nombre de cibles liées aux OMD. Les enfants bien nourris possèdent des systèmes immunitaires robustes et sont moins susceptibles de mourir prématurément de maladies transmissibles. Les bébés sous-alimentés pendant les premiers 1 000 jours de leur existence peuvent subir des dommages irréparables au niveau de leur développement physique et mental, qui les handicapent pour le restant de leur vie (Victora et al., 2008). La malnutrition touche les facultés cognitives des enfants et risque de compromettre leur aptitude à l'apprentissage, leurs résultats scolaires et leur statut ultérieur dans la vie. Parvenus à l'âge adulte, ils sont susceptibles d'engendrer à leur tour des bébés de très faible poids de naissance.

Les mères mal nourries risquent davantage que les mères bien portantes de mourir au cours de l'accouchement, ou de mettre au monde des enfants de poids insuffisant, chétifs et décharnés, ayant moins de chances de survie au-delà de la petite enfance que les enfants bien nourris.

Pour n'importe quelle société, prévenir la malnutrition coûte beaucoup moins cher que d'en gérer les effets secondaires. Les politiques nationales doivent donc viser à améliorer les résultats nutritionnels. De nombreux pays ont lancé des programmes nationaux, y compris des activités à base communautaire, qui ont commencé à produire des résultats. L'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition est active notamment en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire, en Égypte, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, en Ouganda, au Niger, au Nigéria, au Mali, au Maroc et au Sénégal.

Les leçons qui se dégagent de la plupart de ces pays soulignent l'importance de l'appropriation nationale, de financements suffisants et prévisibles alloués par le gouvernement, de programmes de nutrition bien gérés, d'une décentralisation des programmes et d'une étroite collaboration avec les partenaires du développement.

Sources : Bureau régional pour l'Afrique du PNUD, 2012 et Victora et al., 2008.

Conclusions

Les progrès visant à réduire la pauvreté monétaire ont été encourageants à travers le continent. De nombreux pays ont fait des progrès substantiels, malgré des disparités persistantes entre les pays et en leur sein, marquées notamment par la prédominance de la pauvreté rurale et féminine, à laquelle il convient d'accorder davantage d'attention. Bien que l'Afrique présente un fort potentiel de génération d'emplois dans le moyen terme, affronter le chômage des jeunes et accroître la productivité individuelle représentent des défis de taille. Les progrès au niveau de la malnutrition

sont lents et exigent une accélération des efforts pour atteindre cet objectif d'ici 2015.

Certaines politiques visant à promouvoir la croissance inclusive en mettant l'accent sur l'agriculture et le secteur non structuré de l'économie présentent des perspectives d'amélioration de l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance. Les enseignements tirés de l'expérience de pays comme l'Éthiopie et le Rwanda montrent à quel point il importe de réduire les inégalités pour faciliter une baisse rapide de la pauvreté de revenu.

Les politiques mises en place pour freiner la croissance démographique et promouvoir la protection sociale ont aussi un rôle vital à jouer dans la réduction de la pauvreté. Il en va de même pour les stratégies nationales de l'emploi impliquant les parties prenantes clés. Les mesures destinées à accroître l'offre d'emplois et la productivité individuelle devraient élargir l'accès à des intrants complémentaires tels que les machines et les équipements, consolider l'environnement des affaires pour que les entreprises privées puissent prospérer, renforcer les infrastructures physiques et institutionnelles d'un point de vue qualitatif et quantitatif, et améliorer les conditions de travail.

La sécurité alimentaire requiert des stratégies et des interventions à court et à long terme. Dans le court terme, il est impératif que ces politiques se concentrent sur l'amélioration des résultats nutritionnels (notamment par la mise en place

de programmes nationaux complets de nutrition assurant l'accès aux services des cliniques de santé), la promotion des visites à domicile par les agents sanitaires et la distribution généralisée de suppléments alimentaires et thérapeutiques aux groupes vulnérables, particulièrement les femmes et les enfants.

Quant aux politiques et stratégies établies dans le long terme, celles-ci doivent être institutionnalisées en vue de promouvoir un meilleur usage des engrais et un accès élargi aux semences résistantes à la sécheresse et aux maladies, d'encourager l'agriculture en toutes saisons, de fournir aux agriculteurs des informations sur les marchés et de leur proposer des facilités de crédit et des prestations d'assurance-emploi. Toutes ces initiatives devraient servir à rendre le Programme détaillé de développement de l'Agriculture africaine (PDDAA) de l'Union africaine pleinement opérationnel.

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

L'éducation est une composante essentielle du développement humain et toute avancée en direction de cet objectif se répercute fortement sur la réalisation des autres OMD. L'éducation primaire est le point de départ de l'acquisition de bonnes aptitudes au calcul, à la lecture et à l'écriture, qui jouent un rôle critique dans le développement des compétences scientifiques et technologiques. Pour les filles et les femmes, parvenir à un niveau élevé d'éducation a une incidence positive sur leurs perspectives d'emploi et de rémunération, ainsi que sur leur capacité à contribuer au développement de la société. En effet, les femmes instruites ont généralement moins d'enfants et des familles mieux portantes que celles qui ne disposent pas d'un bon niveau d'éducation. Par conséquent, l'instruction des femmes contribue à l'amélioration de la santé infantile et maternelle, des taux d'immunisation, de la nutrition familiale et des performances scolaires de la génération suivante (Banque mondiale, 2001). L'éducation des filles et des garçons peut également constituer un moyen efficace de prévention contre le VIH/sida.

Cependant, pour que l'éducation primaire porte ses fruits, il est nécessaire de respecter un minimum de cinq ou six ans de scolarisation. Ce potentiel sera d'autant mieux valorisé si l'achèvement de la scolarité primaire est suivi d'une éducation secondaire.

De nombreux pays africains sont en bonne voie d'atteindre cet objectif, certains ayant progressé sur le plan du taux net de scolarisation, et la plupart d'entre eux ayant désormais atteint un niveau

minimum de 90 pour cent en la matière. Le taux brut de scolarisation, qui n'est pas un indicateur des OMD mais que l'on utilise souvent pour mesurer la scolarisation primaire pour tous, est passé de 76 pour cent en 1990 à 102 pour cent en 2010. Sur les 36 pays qui ont produit des données, 28 ont enregistré un taux brut de scolarisation de 90 pour cent au moins.

Cependant, les taux d'achèvement du cycle primaire sont moins satisfaisants, et tombent même à 33 pour cent dans certains pays. L'alphabétisation des jeunes a enregistré des avancées, comme en témoigne la progression du nombre de pays dont les taux d'alphabétisation des jeunes sont supérieurs ou égaux à de 95 pour cent. Il reste que les progrès d'ensemble en direction de cet objectif sont lents et marqués par une inégalité entre les genres, étant donné que les taux d'alphabétisation sont plus faibles chez les femmes que chez les hommes.

Plusieurs pays ont institué l'éducation primaire gratuite et obligatoire pour tous. L'appareil scolaire ayant été durement sollicité en conséquence, tant au niveau des salles de classes, des installations scolaires que des enseignants, la qualité de l'enseignement en a été affectée, ce qui a entraîné une augmentation du taux d'abandon. Le continent parviendra toutefois à consolider ses progrès en allouant davantage de ressources à l'éducation primaire et secondaire, en renforçant la gestion des systèmes scolaires, en améliorant la qualité de l'enseignement et des programmes d'études, et en

réalisant les réformes déjà engagées en matière d'éducation.

Cible 2A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaire

Indicateur 2.1 : Taux net de scolarisation dans le primaire

Le taux net de scolarisation au primaire continue à progresser dans les pays africains

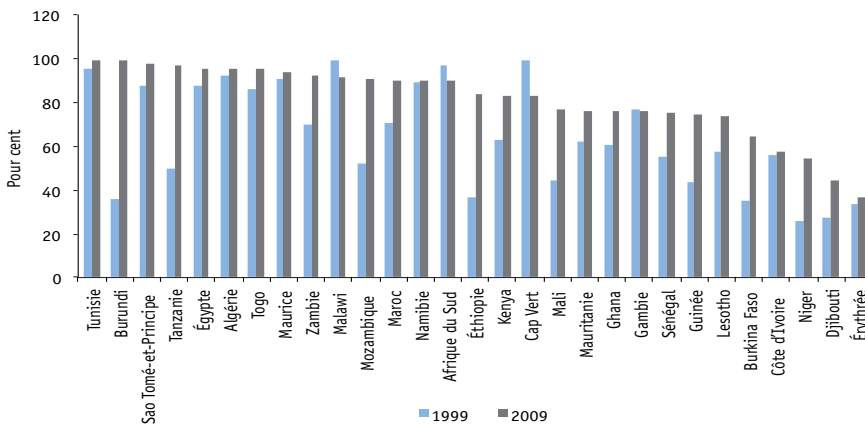
À l'échelle du continent, le taux net agrégé de scolarisation au primaire est passé de 64 pour cent en 2000 à 84 pour cent en 2009. La plupart des pays africains ont effectué des progrès réguliers dans ce domaine et sont sur la bonne voie pour atteindre la cible du taux net de scolarisation au primaire d'ici 2015. Sur les 35 pays africains ayant publié des données pour 2009, 17 ont affiché des taux nets de scolarisation dans le primaire de plus de 90 pour cent. L'Algérie, le Burundi, l'Égypte, Sao Tomé-et-Principe, la Tanzanie, le Togo et la Tunisie

ont déjà atteint ou dépassé la cible minimum fixée pour le taux net de scolarisation d'ici 2015.

Dix pays ont réalisé une amélioration considérable du taux net de scolarisation au primaire, à raison de plus de 20 pour cent entre 1999 et 2009 (tableau 2.1). Il est réconfortant de constater que certains États fragiles, comme le Burundi, et des États dépourvus de grandes richesses naturelles, tels que Madagascar, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et la Tanzanie, ont atteint l'objectif de l'éducation primaire pour tous ou sont sur le point de le faire. Dans sept pays, les taux nets de scolarisation au primaire ont progressé de 10 à 20 pour cent.

Cependant, des pays tels que Djibouti et l'Érythrée présentent toujours de très faibles taux nets de scolarisation (figure 2.1). Pour réagir à cette situation, le gouvernement érythréen a consenti des investissements conséquents dans le domaine de l'éducation, en vue d'en étendre l'accès à l'échelle du pays. Il encourage également l'émergence de groupes de jeunes disciplinés et doués de

Figure 2.1 Taux net total de scolarisation dans le primaire, 1999 et 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Tableau 2.1 Variation des taux nets de scolarisation dans le primaire, 1999-2009

Gains de 20 pour cent ou plus		Gains de 1 à 20 pour cent		Baisses	
Burundi	63,0	Sénégal	19,9	Gambie	-1,2
Tanzanie	47,3	Maroc	19,5	Afrique du Sud	-7,0
Éthiopie	46,8	Djibouti	17,0	Malawi	-7,5
Mozambique	38,3	Ghana	16,0	Cap Vert	-16,6
Mali	32,2	Lesotho	15,9		
Guinée	30,5	Mauritanie	14,1		
Burkina Faso	29,2	Sao Tomé-et-Principe	10,2		
Niger	28,1	Togo	8,8		
Zambie	22,7	Égypte	7,6		
Kenya	20,3	Tunisie	3,9		
		Maurice	3,5		
		Érythrée	3,5		
		Algérie	3,1		
		Namibie	1,2		
		Côte d'Ivoire	0,6		

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

compétences leur permettant, grâce à une formation appropriée, de servir d'enseignants, et de combler ainsi le déficit éducatif du pays, particulièrement au niveau primaire. Le gouvernement a établi huit facultés d'enseignement tertiaire dans des délais rapides, qui proposent de nouveaux programmes d'enseignement adaptés aux besoins immédiats du pays.

La très forte progression des inscriptions dans le primaire est probablement liée à plusieurs facteurs. Outre ceux qui sont évoqués dans l'encadré 2.1, l'introduction d'une éducation primaire gratuite et obligatoire dans la plupart des pays a exercé un effet de stimulation majeur (Riddell, 2003 ; Vavrus et Moshi, 2009). En Zambie, par exemple,

l'éducation primaire gratuite, introduite en 1994, a relevé le nombre des inscriptions de plus de moitié, soit de 1,9 million d'enfants inscrits en 1993-1994 à 3,2 millions en 1994-1995 ; le taux net de scolarisation des filles et des garçons est passé de 58 pour cent (chiffre d'avant l'instauration de l'éducation primaire gratuite), à 73 pour cent pour les filles et 67,9 pour cent pour les garçons en 1996. Au Kenya, l'introduction de l'enseignement gratuit en 2003 a entraîné une hausse du taux brut de scolarisation, qui est passé de 87,6 pour cent en 2002 à 104 pour cent en 2003-2004, et du taux net de scolarisation, qui a progressé de 46,7 pour cent en 1999-2000 à 80,7 pour cent en 2001 (Riddell, 2003).

Encadré 2.1 Politiques judicieuses visant à stimuler des progrès rapides en matière d'éducation

Pour promouvoir l'éducation, les différents pays ont leurs propres méthodes qui peuvent varier, mais dont les buts sont ultimement les mêmes.

Certains, tels la Namibie, ont inscrit l'éducation obligatoire dans leur constitution et ont établi des politiques et des programmes visant à rendre l'éducation primaire obligatoire. Maurice inflige une amende aux parents qui n'envoient pas leurs enfants à l'école primaire. Le Rwanda a introduit un cycle d'éducation de base d'une durée de neuf ans.

L'éducation primaire ou élémentaire pour tous a produit des résultats encourageants au Nigéria et en Zambie, entre autres pays. Les Seychelles ont éliminé toutes formes de discrimination en matière d'éducation (y compris vis-à-vis des enfants handicapés). En Tanzanie, les progrès de la scolarisation primaire ont bénéficié d'allocations budgétaires accrues, d'un plan de développement de l'enseignement primaire et de dotations forfaitaires par élève accordées aux établissements scolaires.

C'est dire que des politiques favorables peuvent créer les conditions propices à l'accomplissement de progrès rapides.

Source : BRA/PNUD, 2010.

Certains pays pourraient ne pas atteindre la cible d'ici 2015

Un petit nombre de pays ont marqué des reculs notables au niveau de leur taux net de scolarisation primaire, en particulier le Cap Vert, le Malawi, l'Afrique du Sud et la Gambie (voir le tableau 2.1). Ces difficultés découlent du manque de qualification des enseignants, de l'insuffisance des infrastructures scolaires et de la mauvaise gestion des établissements scolaires. Au Malawi, par exemple, la pénurie de personnel enseignant qualifié, la médiocrité des infrastructures physiques et l'administration désastreuse des écoles laissée à la seule charge des comités sont au nombre des obstacles à surmonter. Au Cap Vert, c'est le manque d'enseignants qualifiés qui pose problème.

Dix-huit pays sont à plus de 10 pour cent de la réalisation de la cible d'ici 2015. Sept d'entre eux enregistrent des écarts importants par rapport à la

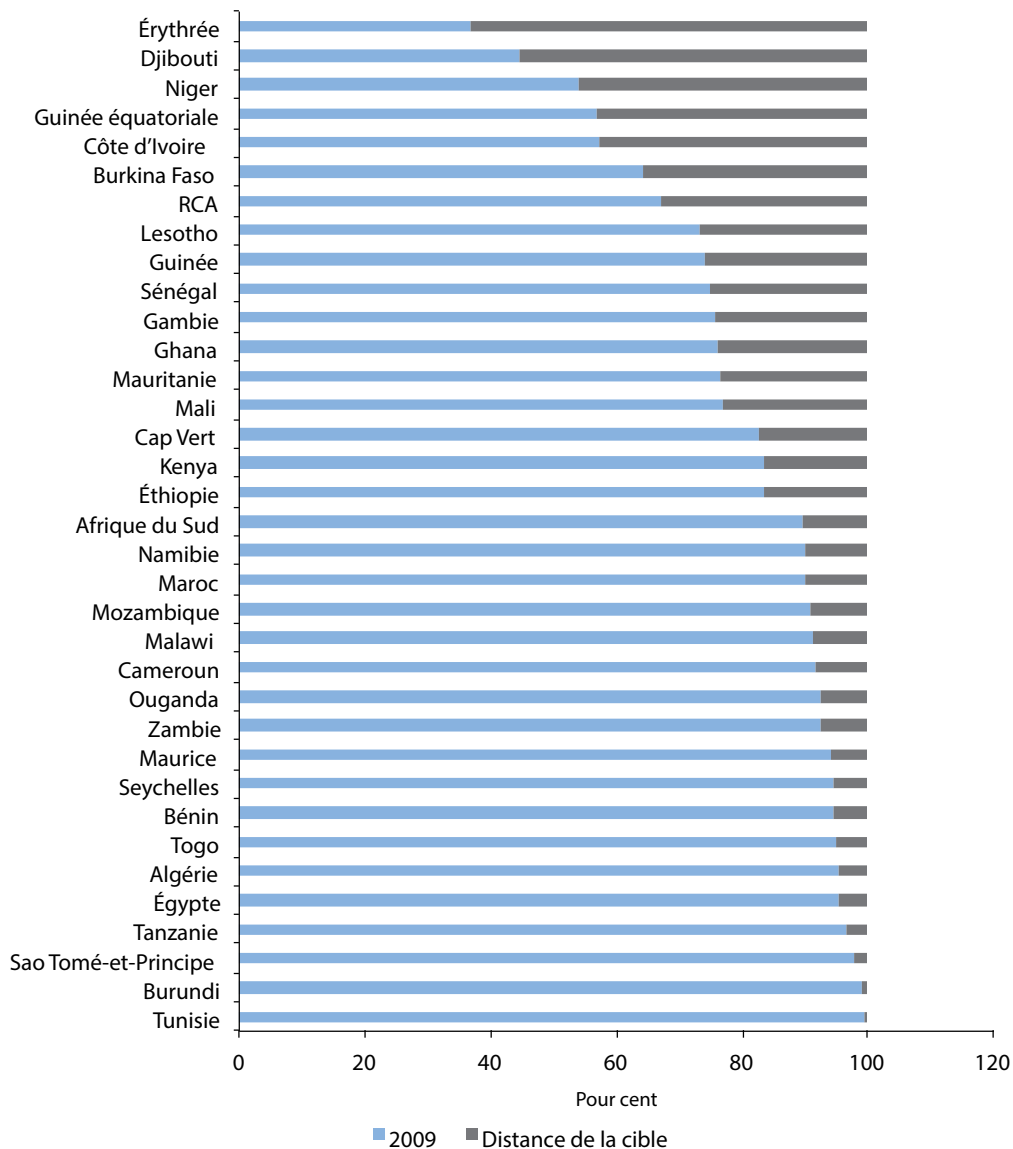
cible, car les taux nets de scolarisation y accusaient un déficit de 33 pour cent à 63 pour cent par rapport à la cible en 2009 (figure 2.2). Ces pays auront à mettre en œuvre des politiques appropriées pour lever les obstacles qui les empêchent de progresser plus rapidement dans le domaine de la scolarisation au primaire.

Indicateur 2.2 : Taux d'achèvement des études primaires

Les taux d'achèvement sont faibles mais certains pays ont enregistré de réels progrès

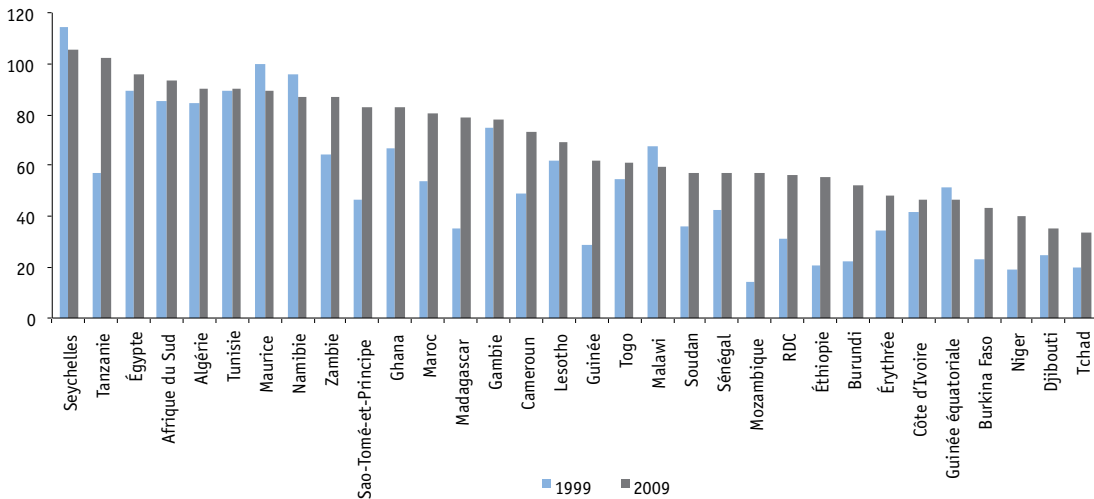
Plusieurs pays ont obtenu d'excellents résultats dans l'amélioration de leurs taux d'achèvement du primaire, bien qu'il soit peu probable que la plupart d'entre eux atteignent l'objectif de l'accomplissement de l'ensemble du cycle d'études primaires. Le taux d'achèvement du primaire permet de gauger la qualité d'un système éducatif.

Figure 2.2 Écarts par rapport à la cible du taux net de scolarisation dans le primaire, pays africains sélectionnés



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Figure 2.3 Taux d'achèvement de l'école primaire dans des pays africains sélectionnés, 1999 et 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Il sert aussi à juger de la capacité d'un système à induire une diminution des abandons scolaires et à encourager l'assiduité des élèves, en les incitant à poursuivre leurs études jusqu'à la fin du cycle d'éducation primaire.

Seuls six pays (*les six premiers à partir de la gauche dans la figure 2.3*) ont enregistré des taux d'achèvement du primaire supérieurs ou égaux à 90 pour cent en 2009. Entre 1999 et 2009, sept pays ont marqué des gains très conséquents, de l'ordre de 30 pour cent ou davantage (*première colonne du tableau 2.2*). Hormis Madagascar, la Tanzanie et Sao Tomé-et-Principe, ces pays disposaient initialement d'un taux d'achèvement du primaire très faible (moins de 30 pour cent). Cela implique que ces améliorations sont probablement dues à des changements de politique radicaux destinés à s'atteler à ce problème. Cependant, c'est précisément parce qu'ils ont démarré à un niveau initial très faible qu'ils n'atteindront vraisemblablement pas la cible.

Sept autres pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Guinée équatoriale, Niger et Tchad) sont loin d'être en voie d'atteindre la cible du fait que leurs taux d'achèvement du primaire étaient inférieurs à 50 pour cent en 2009 et qu'en extrapolant à partir de la tendance actuelle, ils risquent même ne pas pouvoir améliorer ce résultat d'ici 2015.

La plupart de ces pays affichent de forts taux d'abandon scolaire. Sur les 20 pays au monde où le taux d'abandon scolaire est le plus élevé, 16 sont africains, le Tchad ayant la distinction peu enviable de prendre la tête du groupe¹². La diminution des taux d'abandon scolaire dans le primaire constitue désormais un défi majeur pour le continent. Les encadrés 2.1 et 2.2 illustrent certaines approches adoptées à cet effet.

12 Voir « Encyclopedia of the Nations » (2001-2008), disponible sur : www.nationsencyclopedia.com/WorldStats/Edu-primary-drop-out-rate.html.

Tableau 2.2 Variation des taux nets d'achèvement de l'école primaire, 1999-2009

Gains de 20 pour cent ou plus		Gains de 1 à 20 pour cent		Baisses	
Tanzanie	45,1	Burkina Faso	19,8	Guinée équatoriale	-5,2
Madagascar	44,0	Ghana	16,2	Malawi	-8,0
Mozambique	42,6	Sénégal	14,3	Namibie	-8,4
Sao Tomé-et-Principe	36,8	Érythrée	13,5	Maurice	-10,5
Éthiopie	34,5	Tchad	13,4		
Guinée	32,7	Djibouti	10,9		
Burundi	30,2	Afrique du Sud	8,2		
Maroc	26,6	Lesotho	7,5		
RDC	25,0	Égypte	6,66		
Cameroun	24,8	Togo	6,5		
Zambie	23,1	Algérie	5,9		
Niger	21,5	Côte d'Ivoire	5,2		
Soudan	21,4	Gambie	2,7		
		Tunisie	0,5		

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Plusieurs facteurs expliquent ces faibles taux d'achèvement du cycle primaire. Sabates et al. (2010) les classent en trois groupes : les facteurs individuels, tels que le mauvais état de santé et la malnutrition des enfants ; la situation des ménages (notamment le travail des enfants et la pauvreté) ; et les facteurs scolaires, comme par exemple l'absentéisme des enseignants, la localisation de l'école ou la piètre qualité de l'enseignement. Pour que les pays réussissent à améliorer leur taux d'achèvement du primaire, ils doivent concevoir et appliquer des politiques et des programmes susceptibles d'encourager les élèves à poursuivre leurs études primaires.

Des efforts renouvelés s'imposent pour garder les filles à l'école

L'éducation des filles présente des avantages socio-économiques qui profitent à l'ensemble de la société. Parmi les gains qui en découlent figurent une meilleure productivité économique, des revenus familiaux accrus, le report du mariage, une baisse de la fécondité et un meilleur état de santé ainsi que des taux accrus de survie pour les nourrissons et les enfants.

Néanmoins, les filles sont plus nombreuses que les garçons à quitter l'école, de sorte qu'elles affichent des taux d'achèvement du primaire inférieurs. Dans 24 des 36 pays qui ont produit des données, les taux d'achèvement des garçons dépassent ceux

Encadré 2.2 Réformes entreprises en Tanzanie pour maintenir les enfants à l'école primaire

Les réformes de l'éducation primaire en Tanzanie ont eu recours à trois approches différentes.

En premier lieu, le gouvernement a privilégié l'éducation primaire pour tous et l'amélioration des taux d'achèvement du primaire dans ses décisions politiques et budgétaires. Pour mener sa politique à bien, il s'est appuyé sur le système décentralisé des administrations locales afin de cartographier autant que possible l'ensemble des établissements scolaires du pays et d'identifier tous les enfants d'âge scolaire (repérant aussi ceux qui ne fréquentent pas l'école). Cette information lui a permis de jauger l'étendue des besoins en ressources éducatives à l'échelle du pays. Le gouvernement a ensuite institué une politique d'inscription scolaire obligatoire pour tous les enfants âgés de sept ans ou plus, y compris les enfants non scolarisés ayant dépassé l'âge d'entrée dans le primaire.

En deuxième lieu, la prise en charge de l'éducation a été dévolue aux régions, grâce à une approche communautaire fondée sur les villages.

Troisièmement, pour résoudre les inefficacités du système, les enfants ont été inscrits à l'âge officiel requis pour le début de la scolarité primaire. Parallèlement, le gouvernement a pris les mesures suivantes pour améliorer la qualité de l'enseignement : introduction de méthodes pédagogiques conviviales pour les enfants et le renforcement des compétences des enseignants ; adoption d'heures d'études flexibles ; abolition des punitions corporelles et du port obligatoire d'uniformes scolaires ; disponibilité accrue en manuels scolaires ; mesures d'hygiène scolaire, en particulier l'accès amélioré à l'eau et aux installations sanitaires dans les écoles ; repas servis à l'école dans les zones exposées à la sécheresse.

Les enfants non scolarisés dont l'âge dépassait celui de l'entrée dans le cycle primaire ont été pris en charge par le biais d'un programme accéléré équivalant à trois années d'études, par opposition aux sept ans traditionnels que compte le cycle (cette solution s'est avérée avantageuse pour les plus jeunes enfants dans ces classes). À l'intention de ces enfants non encore scolarisés, d'autres formes d'éducation complémentaires ont été introduites, mais qui ne sont pas destinées à servir d'alternatives au système officiel.

Source : Sabates et al., 2010.

des filles, et dans 11 de ces pays, l'écart est de l'ordre de 10 pour cent (*figure 2.4*)¹³.

Pour améliorer les taux d'achèvement du primaire chez les filles, certains pays ont introduit des politiques centrées sur l'éducation des filles.

Ainsi, en Zambie, le gouvernement a lancé un Programme pour l'avancement de l'éducation des filles (*encadré 3.1 ci-dessous*).

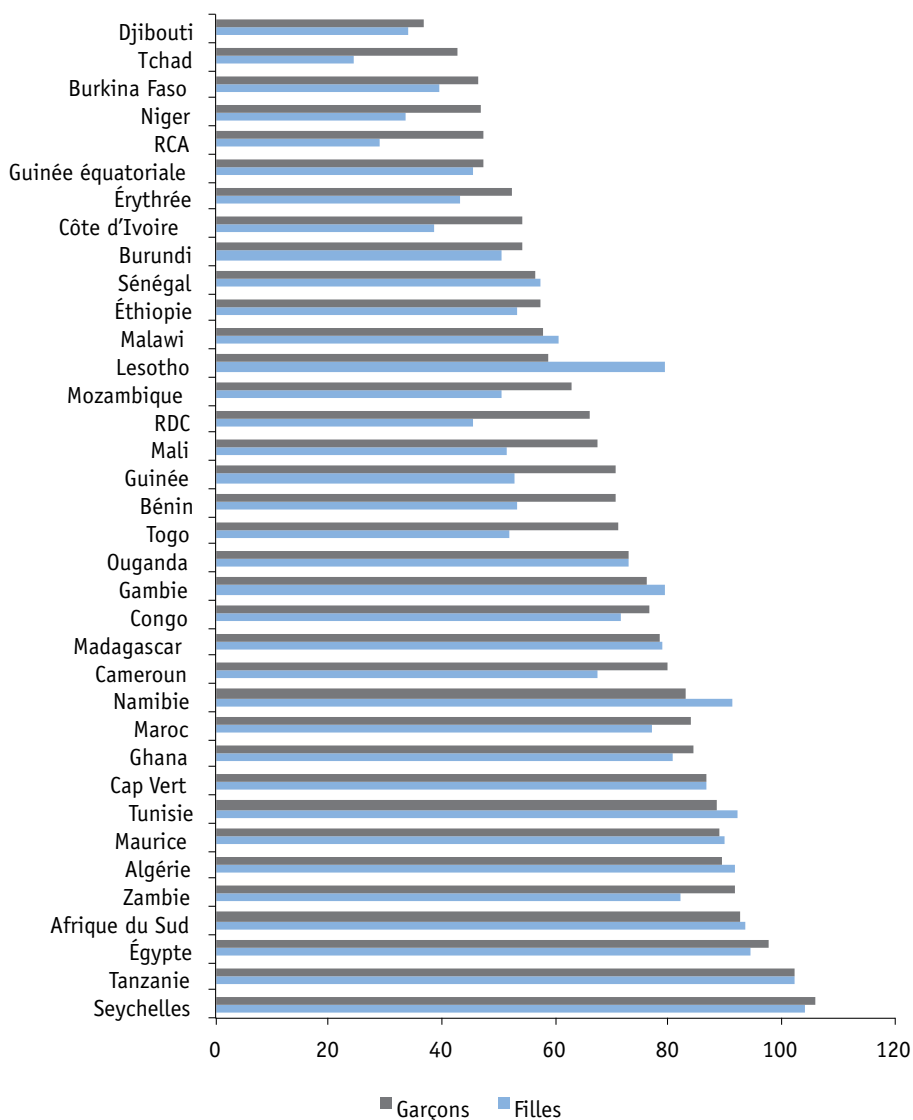
Pour améliorer les taux de rétention scolaire, particulièrement chez les filles, les gouvernements doivent parvenir à établir un meilleur équilibre entre les éléments suivants : d'une part, les politiques et les interventions visant à améliorer l'accès à

13 Algérie, Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Mali, Mozambique, RCA, RDC et Tchad.

l'éducation et la parité des genres dans l'inscription scolaire ; et d'autre part, les politiques et les interventions touchant à la rétention et à la performance scolaire, qui sont associées à la qualité et à la pertinence de l'éducation. Un système

éducatif qui répond aux normes minimales de qualité et qui correspond aux besoins du marché du travail d'une communauté ou d'un pays non seulement contribue à améliorer les taux de scolarisation et de rétention, mais aide également

Figure 2.4 Taux d'achèvement de l'école primaire ventilé par genre, pays africains sélectionnés, 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Encadré 2.3 Opportunités éducatives offertes aux filles

L'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles (UNGEI) a été lancée en 2000. Elle trouve son origine dans la prise de conscience du fait que malgré la consécration quasi-universelle du droit à l'éducation, des millions de filles ne pouvaient toujours pas en jouir. Lorsque l'UNGEI a été lancée, plus de la moitié des enfants ne fréquentant pas l'école étaient des filles, situation qui perdure dans de nombreux pays en dépit des progrès qui y ont été accomplis.

Fondée sur l'expérience et les meilleures pratiques locales, et notamment sur l'Initiative pour l'éducation des filles africaines, l'UNGEI en Afrique concentre ses efforts à la promotion de l'éducation des filles et de l'égalité des genres dans le domaine de l'éducation par le biais d'un réseau de partenaires. Le premier souci de cette initiative est de lever les barrières qui maintiennent les filles éloignées de l'école. L'UNGEI œuvre en faveur d'un monde dans lequel filles et garçons sont habilités à réaliser leur plein potentiel grâce à une éducation de qualité, en vue de parvenir à une véritable égalité entre les genres. Ses travaux sont plus particulièrement guidés par les OMD 2 et 3.

Depuis 2008, l'UNGEI prépare un passage en revue annuel des questions de genre pour les besoins de la préparation du Rapport Mondial de Suivi sur l'EPT (Éducation pour Tous). Son but consiste à examiner, dans une perspective axée sur le genre, les forces et les lacunes qui se dégagent du suivi des objectifs du programme Éducation pour Tous, afin de renseigner la diffusion de messages de plaidoyer sur l'éducation et l'égalité des genres dans des domaines thématiques clés auprès de gouvernements, de partenaires du développement et d'organisations de la société civile.

Source : UNGEI, 2012.

les garçons et les filles à valoriser au mieux les avantages de l'éducation (USAID, 2008). Dans une perspective mondiale, et en réponse à des préoccupations d'égalité de genre, l'ONU a lancé l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles (*encadré 2.3*).

Indicateur 2.3 : Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes

L'alphabétisation des jeunes a progressé mais les disparités entre les genres persistent dans ce domaine

Les individus alphabétisés sont mieux « à même d'accéder à d'autres opportunités d'éducation et d'emploi et, collectivement, les sociétés

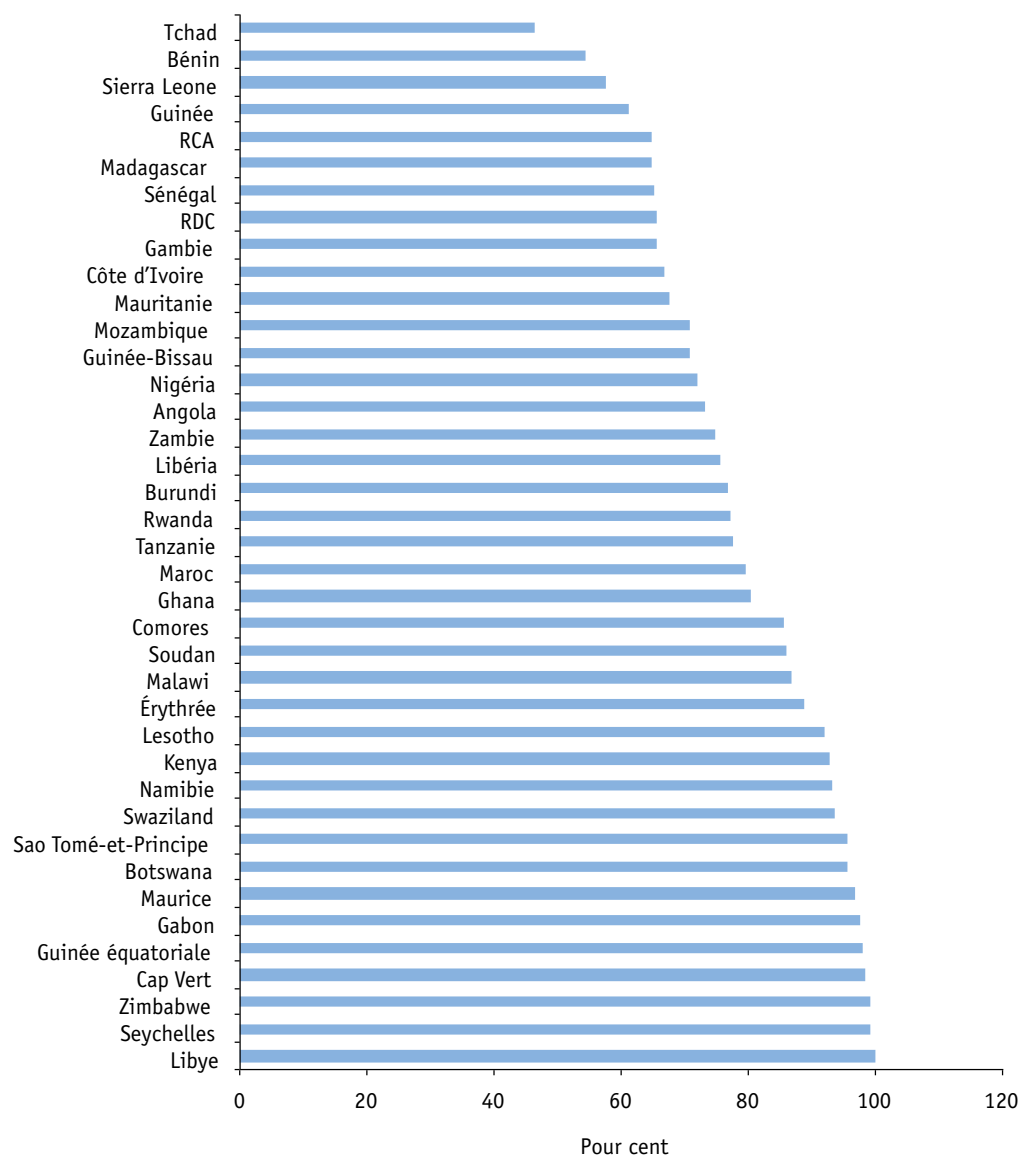
alphabétisées sont mieux armées pour relever les défis du développement » (Carr-Hill, Frostell et Pessoa, 2008). Les taux d'alphabétisation des jeunes sont généralement en progression dans les pays africains, dont très peu ont enregistré des taux inférieurs à 50 pour cent pendant la période de 2005 à 2009.

Le nombre de pays présentant des taux très élevés d'alphabétisation des jeunes a aussi augmenté considérablement. Sur les 39 pays disposant de données à ce sujet, 10 affichaient un taux d'alphabétisation supérieur à 95 pour cent en 2009 (*figure 2.5*). En dépit de cette évolution positive, la progression vers cette cible OMD marque le pas, et l'alphabétisation inégale des genres, caractérisée

par le retard persistant des femmes dans ce domaine, demeure un sujet d'inquiétude.

Au cours des années 2000 à 2009, 15 pays ont relevé leurs taux d'alphabétisation des jeunes. La Gambie et la Guinée-Bissau ont réalisé de solides gains en la matière, respectivement de 13 et

Figure 2.5 Taux d'alphabétisation pour les deux genres, 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

11 points de pourcentage. Le Sénégal a également enregistré une progression satisfaisante, puisque son taux est passé de 49 pour cent en 2002 à 65 pour cent en 2009. Le Niger a vu son taux d'alphabétisation des jeunes grimper de 14 pour cent en 2001 à 36 pour cent en 2005. Les efforts déployés par ce pays pour améliorer son taux d'alphabétisation et faire progresser son système d'éducation non formelle au moyen d'un programme pluriannuel d'envergure ont vivement intéressé ses partenaires du développement, en particulier le PNUD, la BAD et la Banque mondiale.

Cependant, certains pays n'ont obtenu que des gains marginaux au niveau des taux d'alphabétisation des jeunes, alors que d'autres ont vu leur taux décliner. C'est ainsi qu'à Madagascar, le taux d'alphabétisation des jeunes est tombé de 71,1 pour cent en 2000 à 64,9 pour cent en 2009.

La courbe comparative des taux d'alphabétisation des jeunes des deux genres reste inchangée, les valeurs étant plus élevées chez les hommes que chez les femmes dans 24 des 37 pays ayant généré des données pour 2009 (*figure 2.6*). Dans les 13 pays restants, où le taux d'alphabétisation des jeunes est généralement élevé, ce dernier l'est davantage chez les femmes que chez les hommes. Cette situation pourrait être due à la mise en œuvre de politiques visant particulièrement à accroître le taux d'alphabétisation des jeunes parmi les femmes.

Afin de promouvoir les progrès de l'alphabétisation dans les pays confrontés à des défis majeurs dans ce domaine, l'UNESCO a créé un cadre stratégique global baptisé « L'initiative pour l'alphabétisation : savoir pour pouvoir » (LIFE) pour la mise en œuvre de la Décennie des Nations Unies pour l'alphabétisation (2003-2012). Certains pays ont fait appel

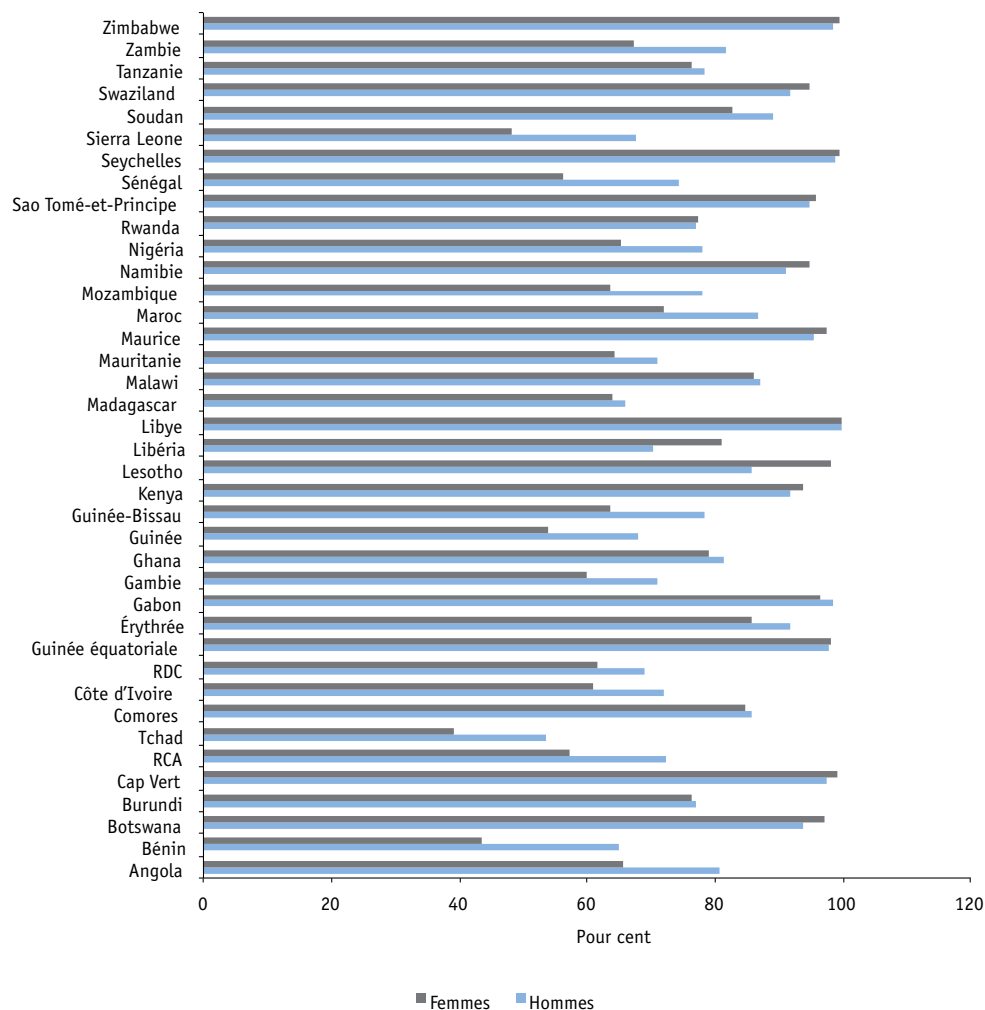
aux dispositions de ce cadre en vue d'améliorer leurs taux d'alphabétisation. Par exemple, cinq pays (Mali, Maroc, Niger, Nigéria et Sénégal) ont jusqu'ici procédé à des analyses de situation en profondeur pour identifier les actions stratégiques devant permettre d'accélérer les résultats de l'effort d'alphabétisation, en prévoyant notamment l'élaboration de plans d'action nationaux et l'exécution de plans de travail annuels (UNESCO, 2008).

L'amélioration des taux d'alphabétisation ne relève pas seulement de la responsabilité des gouvernements. Il importe que les autres parties prenantes et partenaires soient pleinement impliqués dans cet effort, afin d'assurer la continuité des progrès en direction de cette cible, d'ici à 2015. La société civile a toujours été un partenaire vital dans l'œuvre d'alphabétisation des jeunes et des adultes, s'employant à concevoir des programmes souples à l'intention de groupes spécifiques au sein des communautés, en plaidant la cause des populations vulnérables, et en assurant le suivi des performances. Le secteur privé a tout intérêt à bénéficier d'une force de travail instruite ; c'est la raison pour laquelle il a instauré des programmes d'alphabétisation et de compétences sur les lieux de travail. La mise à contribution des associations de parents d'élèves dans la gestion des établissements scolaires est également de nature à contribuer aux progrès. De leur côté, les universités et les institutions de recherche sont en mesure de fournir les éléments factuels pour l'analyse de la performance, des goulots d'étranglement et des solutions pratiques.

Conclusions

Dans l'ensemble, le continent est en bonne voie pour atteindre cette cible, mais il devra relever rapidement certains défis : accroître les taux

Figure 2.6 Taux d'alphabétisation des jeunes par genre, 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

d'achèvement, réduire les taux d'abandon, améliorer la qualité de l'enseignement et combler l'écart des taux de scolarisation entre garçons et filles. Les pays en retard pourraient s'inspirer des pays qui se rapprochent aujourd'hui de cette cible. Dans une perspective dépassant le cadre des OMD, les pays africains devraient accorder la priorité à l'éducation dans les cycles supérieurs au primaire,

afin de répondre aux exigences évolutives des économies nationales en mutation.

Au-delà de l'augmentation de la dotation budgétaire allouée à l'éducation primaire et secondaire, il incombe aux autorités d'améliorer la gouvernance du système éducatif, notamment en termes de renforcement de l'efficacité de la gestion des

ressources. Il est tout aussi important de réformer l'enseignement de manière adaptée. Par exemple, l'instauration de politiques destinées à améliorer la qualité et la pertinence de l'enseignement par des réformes portant sur les programmes d'études et les méthodes pédagogiques permettrait de contribuer sensiblement au relèvement des taux d'achèvement.

Il appartient également aux gouvernements d'aborder le problème des abandons scolaires par des mesures susceptibles de relever les taux de

réétention, par exemple, en proposant aux familles pauvres un soutien assimilable à l'aide accordée aux micro-entreprises, et en améliorant la santé et la nutrition des enfants. Les pouvoirs publics devront aussi collaborer avec les parties prenantes (dont les organisations de la société civile, les associations de parents d'élèves, le secteur privé et le monde universitaire) pour l'élaboration et l'exécution de politiques et programmes capables d'améliorer les taux d'alphabetisation des jeunes.

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

L'amélioration de l'égalité entre les genres et l'autonomisation des femmes constituent des voies menant au développement durable et à la réalisation d'autres OMD (en particulier, l'accélération des progrès en matière de santé maternelle et infantile, d'éducation, et de réduction de la pauvreté et de la faim).

L'égalité entre les genres améliore les capacités des êtres humains, hommes et femmes, à bénéficier d'une éducation de qualité, jouir d'une bonne santé, s'exprimer librement, exercer une influence, tirer profit des opportunités qui se présentent et faire des choix éclairés. Ces capacités jouent un rôle essentiel dans la transformation de la société et du pays en faveur du développement. La réalisation de cet objectif sert de terreau fertile à l'atteinte de tous les autres OMD, créant ainsi un cercle vertueux favorable au développement humain durable.

L'autonomisation des femmes et des filles est capitale pour l'avènement d'une croissance économique rapide et équitable et stable à long terme. À titre d'exemple, faciliter l'accès des femmes pauvres à des ressources productives et financières tout en encourageant l'égalité entre les genres au sein du ménage et dans la société de manière plus élargie produit également de solides dividendes pour le développement. Accorder des opportunités accrues aux femmes dans différents domaines d'activité, tels que les travaux publics, l'agriculture

et les finances, contribue à accélérer la croissance économique et à atténuer les effets des chocs économiques et des catastrophes naturelles. Une étude de la Banque mondiale (2011b) a montré que les pays qui investissent dans la promotion du statut économique et social des femmes connaissent de moindres niveaux de pauvreté. Ainsi, une année supplémentaire de scolarité secondaire pour les filles peut se traduire, dans la vie professionnelle de ces dernières, par des rémunérations de 10 à 20 pour cent supérieures à celles auxquelles elles pourraient autrement prétendre.

L'autonomisation des femmes s'inscrit dans une relation dynamique avec la plupart des autres OMD. Les femmes éduquées reportent généralement le moment de leur mariage et de leur première grossesse. Cela conduit à réduire le risque de mortalité maternelle et infantile et à accroître la probabilité que les enfants soient suffisamment bien portants pour fréquenter l'école et survivre jusqu'à l'âge adulte. Comme la plupart des mères instruites possèdent les compétences leur permettant de postuler pour des postes qualifiés et bien rémunérés, elles sont mieux à même de nourrir, de soigner et d'éduquer leurs enfants. Grâce à l'autonomie que l'éducation leur apporte, les femmes et les filles sont en mesure de s'impliquer dans la prise de décision à tous les niveaux, autant pour la gestion du ménage que la conduite des affaires locales et nationales, et d'influencer la répartition des ressources en tenant compte de la dimension

de genre. Tout cela ne peut que favoriser la productivité au profit de la croissance économique et de l'augmentation des ressources (sous forme d'impôts et de revenus supplémentaires), qui rend possible le financement des investissements dans les services publics. Il faut donc y voir encore un autre cercle vertueux.

L'absence d'investissement dans le domaine de l'égalité entre les genres et de l'autonomisation des femmes peut coûter cher à la société. Selon certaines estimations, des écarts prononcés entre les genres dans l'enseignement primaire et secondaire pendant les années 2005-2015 entraîneraient une réduction annuelle de 0,4 pour cent de la croissance économique, une augmentation du nombre de naissances équivalente à un enfant par femme, une progression de la mortalité infantile représentant 32 enfants pour 1 000 naissances vivantes par an, et une augmentation de 2,5 pour cent de la prévalence des enfants de poids insuffisant (Abu-Ghaida et Klasen, 2004).

Les progrès sur la voie de ces objectifs sont encourageants. De nombreux pays affichent une performance appréciable, particulièrement au niveau de la parité des genres dans l'enseignement primaire et du nombre de sièges occupés par les femmes au parlement. Mais il reste encore beaucoup à faire pour accroître la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole. La persistance de certaines pratiques culturelles (dispositions successorales inéquitables, mariages précoces, dynamique du pouvoir au sein des ménages), la rareté des opportunités économiques offertes aux femmes et le manque de volonté politique continuent à entraver les progrès. Les avancées dans ce domaine ne pourront être durables qu'au moyen d'une transformation culturelle mettant fin à la

perception sociale négative qui entoure l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes.

Les politiques publiques doivent être réorientées de manière à lutter contre la discrimination des filles et des femmes dans les systèmes éducatifs, encourager la participation des femmes aux activités économiques productives et rémunératrices, et donner aux femmes l'opportunité de prendre une part plus active dans les prises de décision à tous les échelons de la société. L'adoption de politiques économiques et sociales mieux ajustées aux besoins respectifs des hommes et des femmes, y compris les stratégies de discrimination positive, la réforme des lois coutumières discriminantes à l'égard des femmes et des filles, et l'affectation de ressources humaines et financières accrues pour faire appliquer ces lois seront cruciales pour la réalisation de cet objectif. Cette question doit également être abordée dans les pays où les disparités jouent en défaveur des garçons.

Cible 3A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Indicateur 3.1 : Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur

Le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire est, d'une manière générale, en voie d'amélioration

Le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire¹⁴ continue de s'améliorer dans de nombreux

¹⁴ Également appelé indice de parité entre les genres dans l'enseignement primaire.

Figure 3.1 Indice de parité entre filles et garçons en scolarisation primaire



Source : UNESCO, 2012.

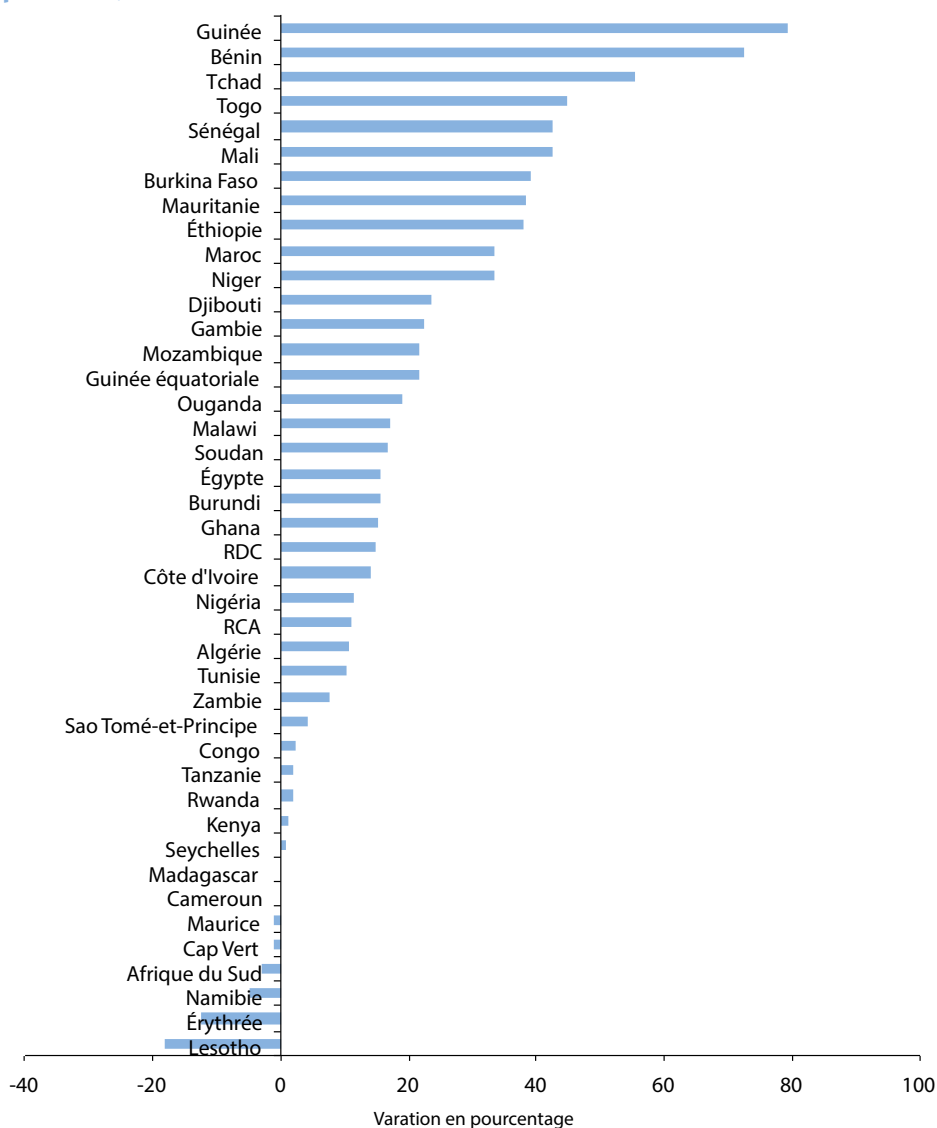
pays d'Afrique. Parmi les 42 pays disposant de données comparables pour la période allant de 1990-1991 à 2009, 29 affichent des scores supérieurs à 0,9 (90 filles pour 100 garçons), trois pays présentent un ratio équivalent à 1,0 et huit autres pays un résultat légèrement supérieur à 1,0¹⁵. Certains pays tels que le Lesotho et Maurice sont parvenus, dès 2004 pour le premier et à partir de 2000 pour le second, à redresser le déséquilibre

défavorable aux garçons dans l'enseignement primaire.

L'UNESCO a produit des données de progrès plus récentes (2012) dont il ressort que, pour les 50 pays d'Afrique disposant de données à ce sujet, 32 pays enregistrent un indice de parité des genres dans l'enseignement primaire inférieur à 1,0 (moins d'inscriptions de filles que de garçons), 16 pays affichent un indice égal à 1,0 (autant d'inscriptions de filles que de garçons), et 2 pays font état d'un indice supérieur à 1,0 (plus d'inscriptions de filles que de garçons) (figure 3.1).

15 Un score supérieur à 1,0 indique une disparité en défaveur des garçons.

Figure 3.2 Variation de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation primaire, 1991-2009



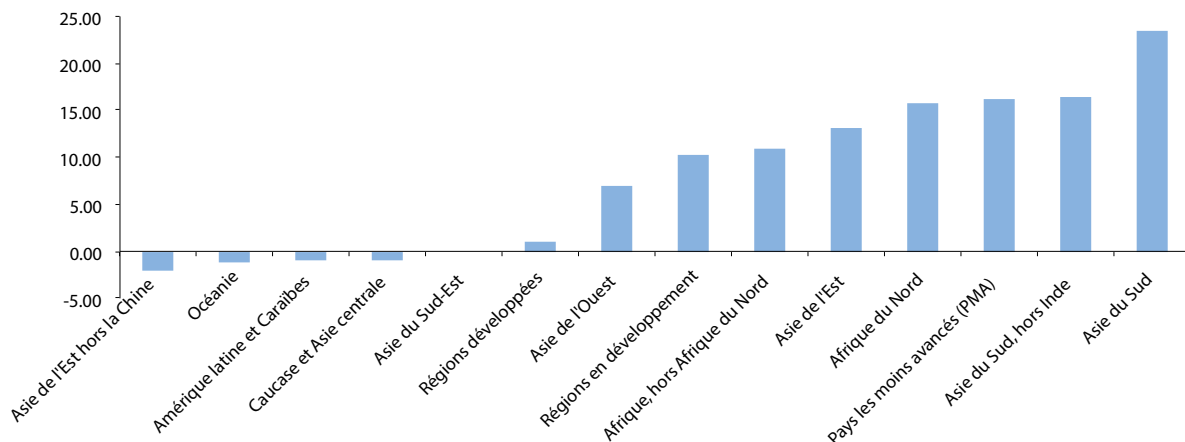
Source: calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011

Note : la tendance observée au Lesotho, à Maurice et en Namibie traduit l'effort mené dans ces pays pour corriger le déséquilibre entre filles et garçons en faveur de ces derniers.

La Guinée, le Bénin et le Tchad sont les pays qui ont le mieux progressé à cet égard entre 1990-1991 et 2009, avec des changements proportionnels variant de 79,2 à 55,6 pour cent (*figure 3.2*). La

Guinée offre un bon exemple de promotion de la parité dans les villes et les régions, une approche qui a donné de bons résultats en termes de diminution de l'écart entre les genres (BAD et al., 2011).

Figure 3.3 Variation régionale de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation primaire, 1991–2009



Source : calculs effectués à partir des données de l'ONU, 2011.

L'indice de parité des genres dans l'enseignement primaire s'est amélioré tour à tour de 30 pour cent à 49 pour cent dans huit pays dont le Mali, le Togo et le Sénégal, et de 20 pour cent à 29 pour cent dans quatre autres pays.

Par ailleurs, sept pays africains ne signalent aucun progrès ou des avancées timides en la matière alors que six pays du continent ont manifestement accusé des reculs. Cependant les baisses observées au Lesotho, en Namibie et à Maurice ne doivent pas être interprétées comme telles, car elles résultent des efforts engagés pour inverser le déséquilibre défavorable aux garçons. Néanmoins, l'Érythrée et le Cap Vert montrent une régression constante depuis 1991 pour le premier et à partir de 2000 pour le second. En Afrique du Sud, la situation est stagnante depuis 2003.

La performance de l'Afrique par rapport aux autres régions du monde s'avère être prometteuse, mais elle peut encore s'améliorer. La disparité entre

les genres a été réduite plus rapidement dans l'enseignement primaire en Afrique qu'en Asie du Sud-Est, en Amérique latine et aux Caraïbes, et en Asie de l'Ouest (*figure 3.3*)¹⁶. Cependant, les résultats obtenus à l'échelle du continent africain ont été inférieurs aux résultats moyens du groupe des pays les moins avancés¹⁷ et de l'Asie du Sud.

Dans de nombreux pays, l'évolution positive de l'indice de parité des genres est imputable aux actions de plaidoyer menées en faveur de l'éducation des filles, à la promotion d'un meilleur accueil aux filles dans les écoles et aux bourses d'études attribuées aux filles. Les obstacles qui se dressent sur la voie du progrès revêtent souvent un aspect multidimensionnel. Comme on le voit en *Zambie (encadré 3.1)*, les goulots d'étranglement

16 Dans les régions développées, il a été possible de réaliser et de maintenir la parité des genres dans l'enseignement primaire.

17 La majorité des pays de cette catégorie sont situés en Afrique, soit 33 sur 48 (UN-OHRLLS, n.d.).

se présentent à trois niveaux différents : au sein de la famille, où les attitudes patriarcales restent prédominantes ; à l'école, où le harcèlement sexuel et l'absence d'installations sanitaires adaptées pour les filles sont des sujets de préoccupation ; et au plan national, où l'engagement du leadership politique sur cette question fait défaut.

Des données produites par les Nations Unies (2011) montrent que le revenu et la situation économique des ménages expliquent en grande partie l'état de la parité des genres dans l'enseignement primaire. L'indice de parité des genres est plus élevé chez les enfants des groupes à revenu supérieur que parmi les enfants des familles pauvres. La volonté

Encadré 3.1 Parité du genre dans l'enseignement primaire réalisée en Zambie, mais la consolidation des progrès accomplis nécessite de surmonter certains obstacles persistants

En Zambie, le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire a augmenté de 0,90 en 1990 à 0,97 en 2008. Dans le prolongement de cette tendance, l'Atlas mondial de l'égalité du genre dans l'éducation, publié par l'UNESCO en 2011, classe la Zambie au nombre des pays ayant atteint la parité dans l'enseignement primaire.

Le Programme pour la promotion de l'éducation des filles, lancé en 1994, a grandement contribué aux progrès enregistrés dans ce domaine. Appuyée par l'UNICEF, l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et l'Agence norvégienne de coopération et de développement (NORAD), cette initiative émanant du ministère de l'Éducation visait à donner aux filles et aux femmes les moyens de participer pleinement au développement économique et social du pays.

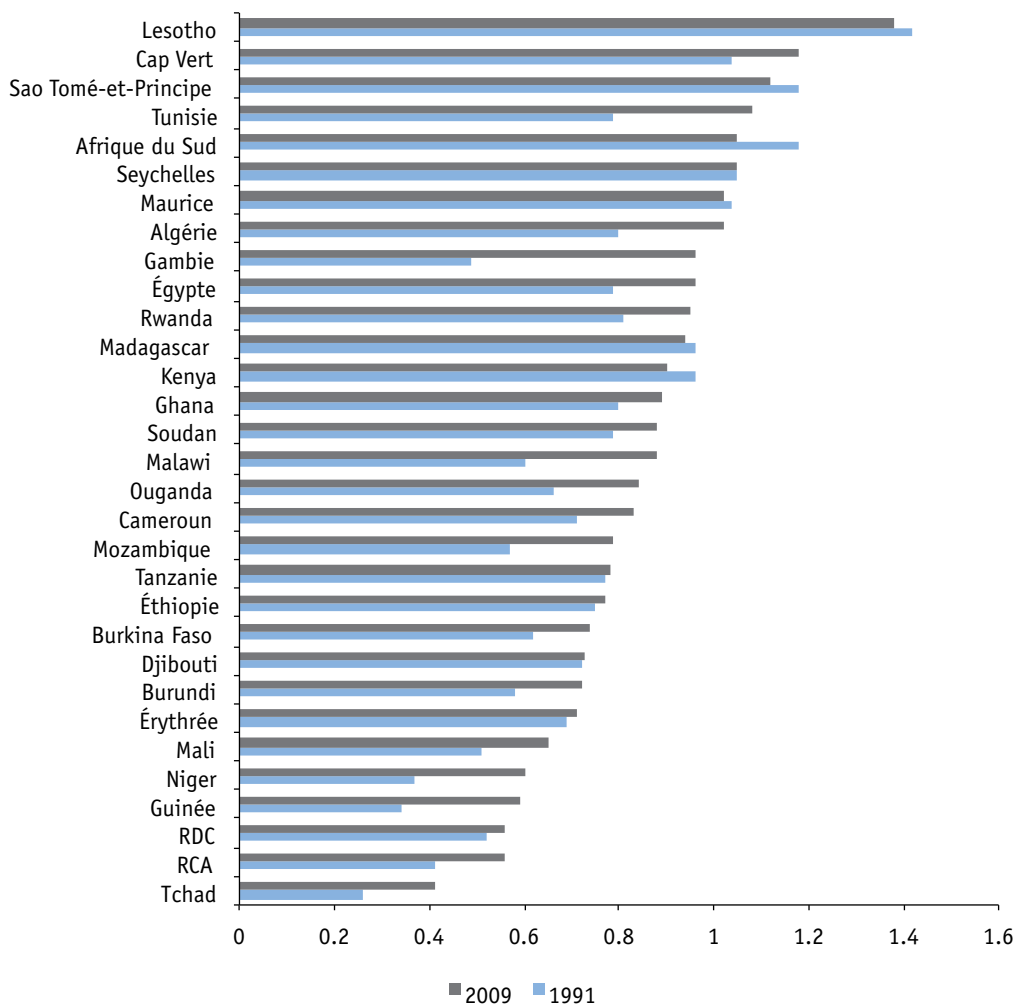
Ce programme a porté sur l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités, la sensibilisation aux questions de genre, l'amélioration des conditions matérielles et la recherche. Il a également institué des classes séparées pour les garçons et les filles, renforcé les associations de parents d'élèves, augmenté le nombre de femmes aux postes de gestion éducative, introduit des programmes d'études convenant aux filles, octroyé des bourses scolaires pour enfants vulnérables, et lancé des actions de plaidoyer en faveur de l'éducation des filles à l'échelle des communautés.

Mais tous ces efforts n'ont pas fait disparaître les inégalités de genre. Au sein des familles, les attitudes et les croyances ancestrales ont toujours une influence déterminante sur l'éducation des filles puisque les garçons ont plus de chances de poursuivre leur scolarisation que les filles. Il est donc essentiel de créer un environnement familial favorable au maintien des filles à l'école. Dans les établissements scolaires, le problème du harcèlement sexuel des filles et du manque d'installations sanitaires appropriées pour celles-ci reste prioritaire.

Les provinces dotées de populations urbaines importantes obtiennent de meilleurs résultats que les provinces essentiellement rurales. Au plan national, le principal goulot d'étranglement provient d'un manque d'engagement et de capacités au niveau institutionnel pour la mise en œuvre de l'égalité entre les genres, particulièrement dans les provinces. La consolidation des progrès dépend désormais de la force de l'engagement des dirigeants politiques et des chefs traditionnels en faveur de cette cause.

Sources : Mumba, 2002 ; ministère des Finances et de la Planification nationale et PNUD, 2011.

Figure 3.4 Indice de parité entre filles et garçons en scolarisation secondaire, 1991 et 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Note : 1991 ne constitue pas l'année de référence pour tous les pays. Les années de référence sont respectivement 1999 pour le Burkina Faso, Djibouti, l'Érythrée, le Ghana, le Kenya, l'Ouganda, les Seychelles, la RDC et le Tchad ; 2001 pour le Cap Vert ; 2003 pour Sao Tomé-et-Principe ; et 2005 pour Madagascar.

des dirigeants politiques de soutenir l'éducation, exprimée notamment par la part du budget national consacrée à l'éducation à tous les niveaux et par le nombre d'années de scolarité obligatoire constituent des facteurs déterminants. Pourtant, la

qualité de l'éducation demeure insuffisante dans de nombreux pays d'Afrique, comme en témoigne les taux de redoublement importants évoqués précédemment.

Tableau 3.1 Variation de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation secondaire, 1991-2009

Pays affichant des gains de 25 % ou plus		Pays affichant des gains de 0 à 25 %		Pays affichant des baisses	
Guinée	73,53	Burundi	24,14	Maurice	-1,92
Niger	62,16	Égypte	21,52	Madagascar	-2,08
Tchad	57,69	Burkina Faso	19,35	Lesotho	-2,82
Malawi	46,67	Rwanda	17,28	Sao Tomé-et-Principe	-5,08
Mozambique	38,60	Cameroun	16,90	Kenya	-6,25
Tunisie	36,71	Cap Vert	13,46	Afrique du Sud	-11,02
RCA	36,59	Soudan	11,39		
Algérie	27,50	Ghana	11,25		
Mali	27,45	RDC	7,69		
Ouganda	27,27	Érythrée	2,90		
		Éthiopie	2,67		
		Djibouti	1,39		
		Tanzanie	1,30		

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Note : 1991 ne constitue pas l'année de référence pour tous les pays. Les années de référence sont respectivement 1999 pour le Burkina Faso, Djibouti, l'Érythrée, le Ghana, le Kenya, l'Ouganda, les Seychelles, la RDC et le Tchad ; 2001 pour le Cap Vert ; 2003 pour Sao Tomé-et-Principe ; et 2005 pour Madagascar.

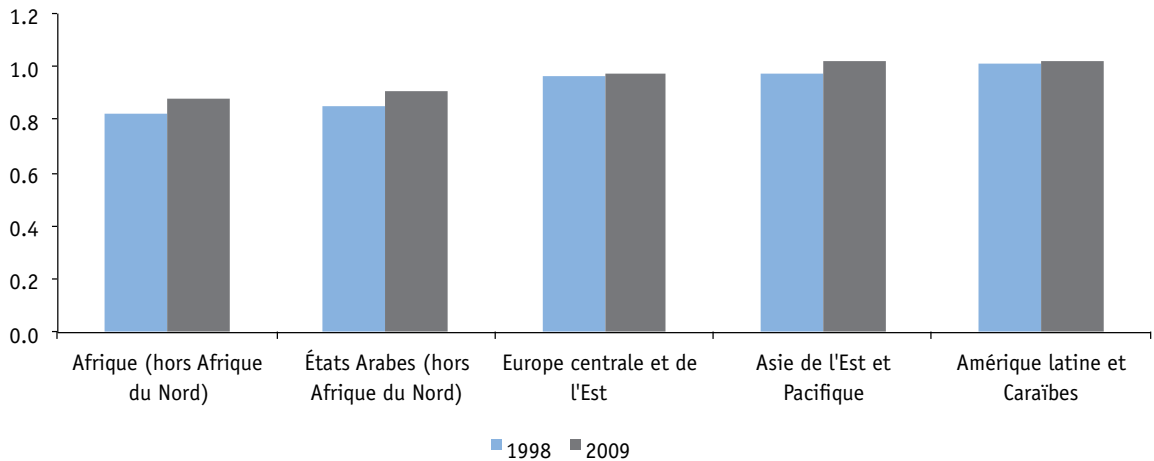
Les progrès sont moins aisés à établir au niveau de l'enseignement secondaire

Compte tenu de l'insuffisance de données sur la parité filles/garçons dans l'enseignement secondaire, il est difficile de procéder à une analyse approfondie et de parvenir à des conclusions quant à la réalisation de l'objectif à l'échéance. En 2009, on ne disposait de données que pour 30 pays, dont 8 avaient dépassé l'indice de 1,0 (*les huit premiers de la figure 3.4*). Le Lesotho, le Cap Vert et Sao Tomé-et-Principe doivent toutefois redoubler d'efforts pour renverser la tendance conduisant à une disparité accrue en défaveur des garçons dans l'enseignement secondaire. L'Égypte et le Rwanda sont très proches d'atteindre la parité des genres dans l'enseignement secondaire. Sept

pays affichent des scores allant de 0,8 à 0,94, et les treize restants font état de résultats inférieurs à 0,8.

Dix pays ont vu leur indice de parité des genres dans le secondaire progresser de plus de 25 pour cent entre 1991 et 2009, les plus performants étant la Guinée, le Niger et le Tchad. Dans treize pays, l'augmentation a varié de 1,0 à 24,9 pour cent sur cet indice. Les Seychelles ont marqué le pas (*figure 3.1*). Deux des six pays répertoriés (Kenya et Madagascar) ont régressé sur l'indice, tandis que quatre pays (Afrique du Sud, Lesotho, Maurice et Sao Tomé-et-Principe) ont réduit la disparité en défaveur des garçons dans l'enseignement

Figure 3.5 L'Afrique est la région du monde où la progression de l'indice de parité entre filles et garçons en matière d'espérance de vie scolaire a été la plus rapide, mais le continent reste à la traîne



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de l'Institut de statistique de l'UNESCO, disponibles sur : <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=185>.

secondaire, par exemple, d'un taux de 11,0 pour cent en Afrique du Sud.

Taux d'abandon supérieurs chez les filles dans la plupart des pays africains

En Afrique, la durée de la scolarité¹⁸ (primaire et secondaire) est plus longue pour les garçons que pour les filles. Entre 1998 et 2009, l'espérance de vie scolaire en Afrique (hors Afrique du Nord) est passée respectivement de 5,7 à 8,0 ans pour les filles, et de 6,3 à 8,5 ans pour les garçons. Parmi les régions du monde, l'Afrique (hors Afrique du Nord) est celle qui a le plus progressé, durant cette période, à l'échelle de l'indice de parité des genres en matière d'espérance de vie scolaire. De

tels résultats s'expliquent en partie par la position de départ du continent qui était, et qui reste, la région la moins avancée (figure 3.5). Six pays ont réalisé la parité entre filles et garçons au niveau de l'espérance de vie scolaire : le Cap Vert, le Lesotho, le Malawi, le Rwanda, Maurice et Sao Tomé-et-Principe. La Gambie et le Sénégal ont atteint un point très proche de la parité, tandis que la RCA et le Tchad affichent un indice de parité inférieur à 0,7.

Les travaux de l'UNESCO (2012) donnent à penser que les filles qui passent du primaire au secondaire y obtiennent de meilleurs résultats que les garçons. Cela explique peut-être la forte progression de la participation des femmes à l'enseignement tertiaire dans de nombreux pays d'Afrique, notamment dans les pays à revenu élevé où les étudiantes sont plus nombreuses que les étudiants.

18 Le nombre moyen d'années d'instruction qu'un garçon ou une fille peut s'attendre à recevoir aux cours de ses études primaires et secondaires. La norme de référence est de 12 ans. Une scolarité plus courte indique un faible taux d'achèvement ou un fort taux d'abandon.

Outre les goulots d'étranglement qui se manifestent au niveau de l'enseignement primaire, d'autres facteurs peuvent faire obstacle à l'accès des filles à l'enseignement secondaire, en particulier les taux élevés de redoublement et d'abandon scolaire. Les taux de redoublement sont un indicateur de l'inefficacité au sein des systèmes scolaires. Le redoublement détermine les chances d'un enfant inscrit à l'école d'y rester jusqu'à l'achèvement de ses études primaires et secondaires. Les attitudes et les pratiques culturelles qui favorisent le mariage précoce, l'isolement des filles et l'éducation des garçons au détriment de celle des filles continuent à dresser de redoutables obstacles à la réalisation de la parité des genres (Banque mondiale, 2010).

Différents facteurs expliquent les taux élevés d'abandon scolaire dans le secondaire parmi les filles (Gouvernement de la Zambie et PNUD, 2011 ; UNESCO, 2012). En premier lieu, les pratiques culturelles des familles et de la société imposent généralement des contraintes à l'éducation des filles dans le cycle secondaire. Parmi celles-ci figurent : les responsabilités domestiques (corvées ménagères, prise en charge des plus jeunes membres de la fratrie et des malades au sein de la famille) qui souvent empiètent sur le temps que les filles peuvent consacrer à leurs études et leurs devoirs scolaires et affectent leur concentration ; préférence délibérée des parents d'envoyer leur fils plutôt que leur fille à l'école ; et les pressions poussant au mariage précoce des filles. La vulnérabilité des filles face à la violence, dans les établissements scolaires comme au dehors, et leur exposition au risque de VIH/sida et d'autres maladies représentent un autre type de contrainte. Troisièmement, de nombreux pays ne disposent pas encore d'établissements secondaires adaptés aux besoins spécifiques des filles, qui puissent les

protéger contre le harcèlement sexuel de la part des enseignants et des élèves de sexe opposé, qui emploient suffisamment d'enseignantes pouvant servir de modèles, et qui sont équipés en installations sanitaires destinées aux seules filles. Enfin, la perception prévaut dans certains pays que les bienfaits de l'éducation ne se traduisent pas forcément en opportunités sur le marché du travail. La montée actuelle du chômage est également de nature à diminuer la valeur de l'éducation des filles aux yeux de nombreuses sociétés africaines.

Le rapport filles/garçons dans l'enseignement tertiaire affiche des avancées modiques

Les progrès sur la voie de la parité des genres dans l'enseignement tertiaire sont lents ; cependant, rares sont les pays qui disposent de données y afférentes pour 2009. Sur les 21 pays possédant de telles données, trois (Algérie, Cap Vert et Tunisie) enregistrent un indice de parité des genres supérieur à 1,0, tandis que les indices se rapportant aux quatre autres pays (Congo, Érythrée, Niger et Tchad) sont extrêmement faibles et se situent dans la fourchette de 0,17 à 0,34 (*tableau 3.2*). Les meilleures avancées constatées entre 1991 et 2009 ont été observées au Mali, en Mauritanie, en RCA et en Tunisie. L'indice de parité a régressé à Djibouti, au Congo et au Tchad. Compte tenu de la lenteur de ces progrès, l'Afrique ne parviendra pas à la parité des genres dans l'enseignement tertiaire d'ici 2015.

Même si les progrès en matière de parité des genres dans l'enseignement tertiaire restent lents à l'échelle de l'Afrique, la scolarisation des femmes y a augmenté presque deux fois plus rapidement que celle des hommes au cours des quatre décennies écoulées. Cette évolution a été facilitée par la

Tableau 3.2 Parité entre filles et garçons et variation en pourcentage de l'indice de parité entre filles et garçons en scolarisation tertiaire

Indice de parité en 2009		Variation en pourcentage, 1991-2009	
Tchad	0,17	Djibouti	-34,29
Congo	0,21	Tchad	-5,56
Érythrée	0,32	Congo	-4,55
Niger	0,34	Madagascar	9,76
Mali	0,41	Niger	13,33
Mauritanie	0,41	Cameroun	23,44
RCA	0,43	Sénégal	26,09
Burkina Faso	0,49	Cap Vert	29,59
Sénégal	0,58	Kenya	29,63
Ghana	0,62	Algérie	33,33
Djibouti	0,69	Maroc	51,72
Kenya	0,70	Rwanda	56,25
Rwanda	0,75	Burkina Faso	63,33
Cameroun	0,79	Érythrée	100,00
Ouganda	0,80	Ghana	106,67
Maroc	0,88	Ouganda	110,53
Madagascar	0,90	Tunisie	131,82
Sao Tomé-et-Principe	0,93	Mauritanie	141,18
Cap Vert	1,27	Mali	156,25
Algérie	1,44	RCA	186,67
Tunisie	1,53		

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Note : les années de référence varient de 1991 à 2006 (1999 pour Djibouti et l'Érythrée, 2000 pour le Tchad et le Kenya, 2001 pour le Rwanda, 2002 pour le Cameroun, 2003 pour le Niger, 2004 pour l'Algérie et 2006 pour le Sénégal. Pour les autres pays, l'année de référence est 1991).

mobilité sociale accrue des filles et des femmes, les perspectives d'amélioration des revenus professionnels et les pressions internationales poussant à la réduction de l'écart entre les genres. Il existe une corrélation entre le niveau élevé de revenu par habitant et la disparité réduite entre les genres dans l'enseignement secondaire. De plus, la probabilité

que les femmes entreprennent des études supérieures dans les pays à revenu relativement élevé est forte, alors qu'elle ne l'est pas autant dans les pays à faible revenu. Cependant, le manque d'opportunité d'emploi et de perspectives économiques tend à dissuader les femmes comme les hommes d'entreprendre des études supérieures.

Indicateur 3.2 : Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole

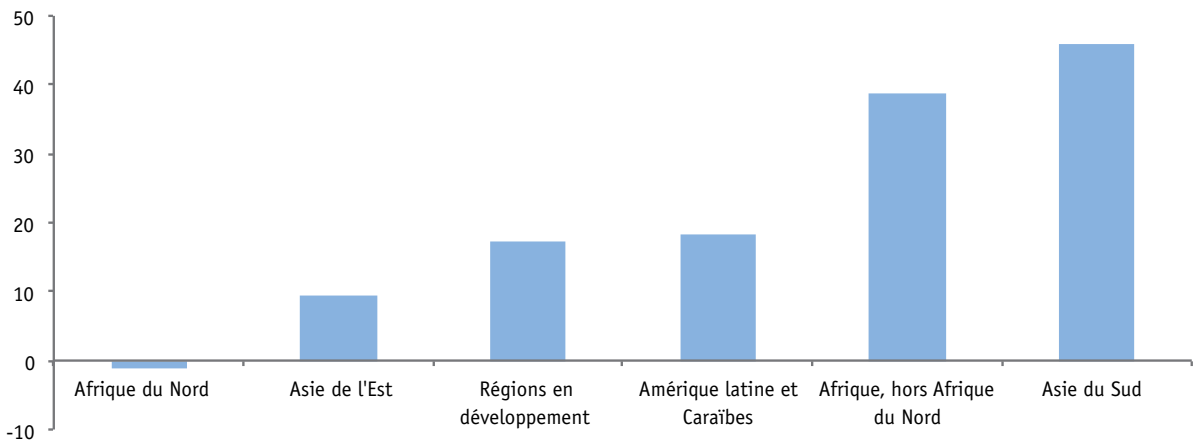
Cet indicateur mesure le degré de diversification des sources de revenu dans une économie par rapport aux activités agricoles et informelles. Son importance tient au rôle émergent de l'emploi salarié dans l'amélioration du bien-être des ménages. Cependant, il n'est pas aisé de suivre les progrès dans ce domaine en raison du manque d'informations. Très peu de pays disposent en effet de données récentes sur cet indicateur.

L'emploi des femmes dans le secteur non agricole est faible par rapport aux autres régions du monde (ONU, 2011). En 2009, la proportion se situait respectivement à 18,8 pour cent en Afrique du Nord et à 32,6 pour cent dans le reste de l'Afrique, comparé à 43,0 pour cent en Amérique latine et aux Caraïbes et à 41,7 pour cent en Asie de l'Est. Toutefois, la part des femmes salariées progresse à un rythme relativement satisfaisant en Afrique,

n'étant dépassé que par l'Asie du Sud (*figure 3.6*). En revanche, elle a régressé en Afrique du Nord.

Cette tendance à la baisse est principalement due à des obstacles culturels. Comme dans de nombreux autres pays africains, la participation des femmes au marché du travail au Mozambique et leur accès à certains emplois sont limités et dictés par les relations de pouvoir établies au sein de l'ordre patriarcal existant, autrement dit, par leur possibilité de négociation avec leur époux ou leur père (Oya et Sender, 2009). En outre, l'idée profondément ancrée dans les mentalités selon laquelle l'homme serait seul responsable pour subvenir aux besoins de sa famille constitue un goulot d'étranglement supplémentaire (OIT, 2010a). L'encadré 3.2 offre un éclairage selon différentes perspectives internationales sur les facteurs qui expliquent la forte concentration des femmes dans des emplois vulnérables et mal rémunérés.

Figure 3.6 Variation de la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole, 1990-2009



Source : calculs effectués à partir des données de l'ONU, 2011.

Encadre 3.2 Facteurs responsables de la concentration des femmes dans des formes d'emploi vulnérables et peu rémunérées

Plusieurs explications ont été avancées sur les raisons qui poussent les femmes à accepter des emplois vulnérables, qu'il est possible de regrouper selon quatre catégories, sur la base des expériences recueillies au plan mondial.

Le travail des femmes est sous-évalué du fait que la vie économique de ces dernières obéit à des profils différents de ceux des hommes. Différents facteurs interviennent dans cette sous-évaluation : la faible appréciation des compétences et du statut des femmes (mères et aidantes familiales), l'idée communément admise que les femmes ne sont que des soutiens d'appoint (le salaire de l'homme représentant la majeure partie du revenu du ménage), la forte concentration de femmes dans les entreprises à bas salaires ou les industries à faible valeur ajoutée opérant sur le marché secondaire du travail, et la justification de la faible rémunération des femmes par la perception de ces dernières comme ayant des modes de vie différents de ceux des hommes qui ne nécessiteraient pas qu'elles perçoivent des rémunérations équivalentes à celles des hommes, compte tenu que leur salaire vient en complément de celui des hommes.

En outre, les femmes sont prêtes à accepter, pour un même travail, des salaires refusés par les hommes. Cette attitude conforte la discrimination à l'égard des femmes dans l'application des règles d'admissibilité aux allocations de chômage et de protection sociale. Elle se manifeste aussi par l'insuffisance des soins maternels et de la protection sociale accordés aux femmes enceintes, et l'inégalité de traitement des femmes en matière de dépendance sur le revenu du ménage, particulièrement pendant leur grossesse. Ces facteurs affaiblissent la position des femmes dans les négociations salariales.

Les préjugés sexistes dans les institutions chargées de définir les grilles de salaires réduisent les prétentions salariales des femmes. Les domaines et les occupations dans lesquels les femmes sont majoritaires ne bénéficient d'aucun pouvoir de négociation collective, ce qui réduit d'autant les perspectives d'augmentation de salaires des femmes. Même quand les femmes détiennent un pouvoir de marchandage, la négociation collective dans ces secteurs n'aboutit souvent qu'à établir des niveaux de salaire minimum au plan national.

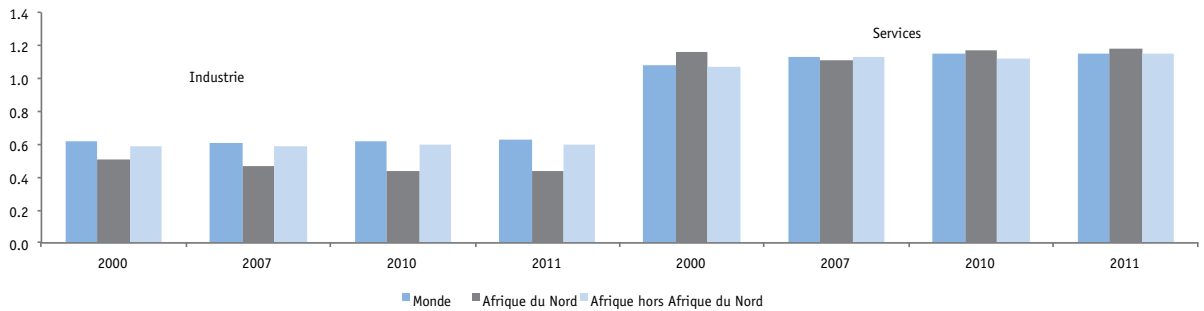
Les femmes sont souvent désavantagées dans les pratiques adoptées par les employeurs individuels sur le lieu de travail. Ce désavantage est conforté par la liberté dont dispose les employeurs de verser des rémunérations en fonction du genre, par le pouvoir souvent monopoliste qu'ils détiennent, par les obstacles à la mobilité des femmes et par l'externalisation d'activités peu qualifiées.

Sources : compilation effectuée par les auteurs à partir des rapports de Grimshaw, 2010 et de l'OIT, 2010b.

Au-delà du manque d'opportunités économiques, ces facteurs poussent les femmes à travailler dans le secteur informel, lequel constitue la première source d'emploi pour les africaines (hors Afrique du Nord). À l'appui de cette conclusion, Arbache (2010) constate que dans la plupart des pays

d'Afrique, la probabilité que les femmes travaillent dans le secteur informel est presque deux fois plus élevée que celle s'appliquant aux hommes, alors qu'elle est inférieure de moitié pour ce qui concerne les emplois salariés dans le secteur public ou le secteur privé formel.

Figure 3.7 Ratio de l'emploi des femmes par rapport à celui des hommes dans le secteur de l'industrie et des services, années 2000



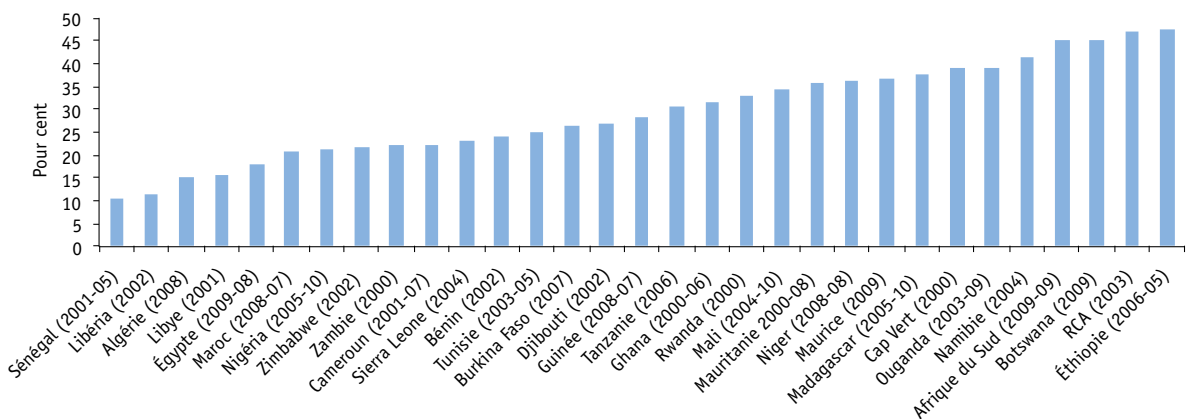
Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de l'OIT, 2012.

Les activités commerciales fournissent quelque 60 pour cent des emplois indépendants non agricoles occupés par les femmes (ONU Femmes, 2010). Au Sénégal, par exemple, la gestion durable de la sylviculture dégage des revenus annuels d'environ 12,5 millions de dollars USD, générés pour un tiers par des femmes. À Madagascar, l'adhésion de femmes aux réseaux de microfinancement est

passée de 15 pour cent en 1999 à 45 pour cent en 2006 (Banque mondiale, 2011b).

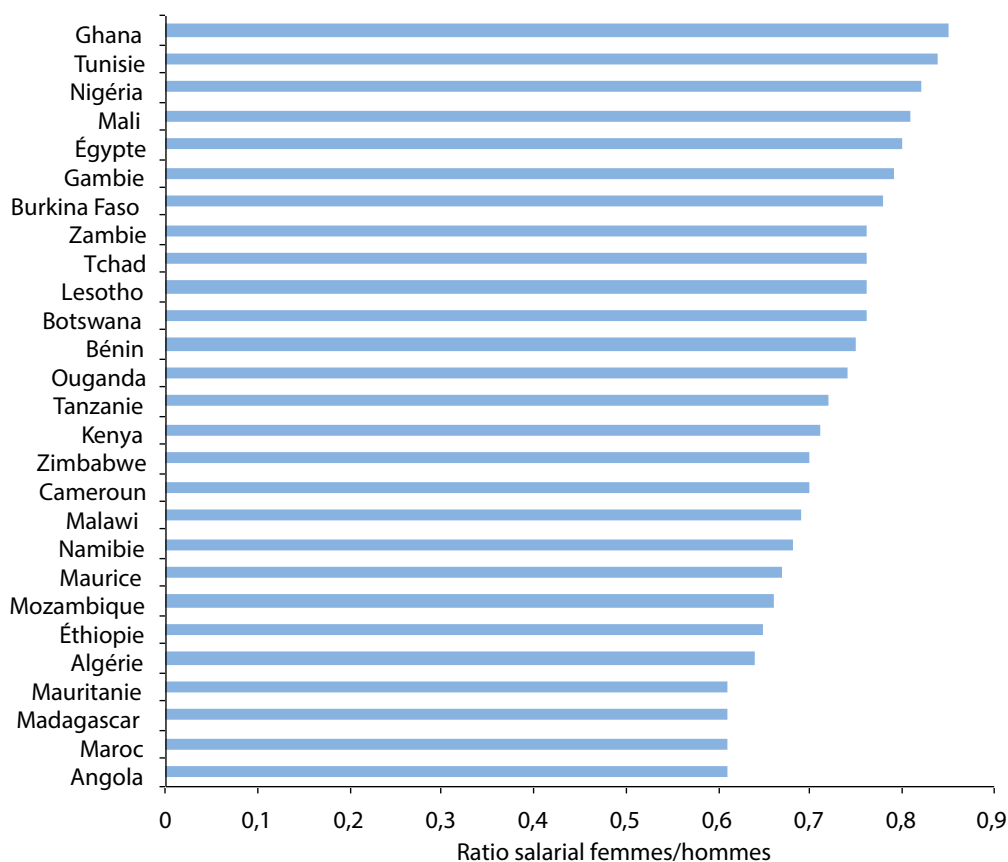
S'il est vrai que les emplois mal rémunérés et vulnérables constituent souvent un point de départ pour accéder à un travail mieux payé, surtout dans le cas des jeunes travailleurs et des femmes, ils peuvent aussi être des pièges qui se renferment

Figure 3.8 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole, 2000-2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Figure 3.9 Ratio salarial femmes/hommes à travail égal, 2007



Source : calculs effectués à partir des données de la Banque mondiale, mises à jour en avril 2011, disponibles sur : <http://data.worldbank.org/data-catalog/gender-statistic>.

sur les travailleurs qui les occupent, car ceux-ci auront du mal à les quitter ultérieurement en raison du manque d'opportunités de développer de nouvelles compétences. Marqués par une faible productivité, une insécurité de revenu et de piètres conditions de travail, de tels emplois servent principalement de mécanisme permettant de faire face à la raréfaction de l'emploi. Mais ils n'offrent guère la possibilité de s'extirper de la pauvreté. Il y a donc lieu de déployer des efforts

visant à relever la productivité de ce secteur et à améliorer les conditions de travail y afférentes.

La part des femmes dans les effectifs salariés varie selon les secteurs productifs. Dans le secteur des services, elle est plus élevée que celle des hommes. Le contraire se vérifie dans le secteur industriel. En Afrique du Nord, la proportion des femmes employées dans l'industrie a baissé entre 2000 et 2011 (figure 3.7). La grande disparité du ratio femmes/hommes dans les effectifs salariés industriels

et administratifs indiquent que les services offrent probablement davantage de possibilités de travail que les autres secteurs de l'Économie¹⁹.

Seuls 31 pays disposent de données comparables sur la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole depuis 2000. Parmi ceux-ci, l'Éthiopie, la RCA, le Botswana et l'Afrique du Sud affichent les ratios les plus élevés et le Sénégal, le Libéria, l'Algérie et la Libye les ratios les plus faibles (*figure 3.8*). Un moyen qui pourrait permettre aux autorités statistiques nationales d'obtenir des données plus régulières et cohérentes sur cet indicateur serait d'inclure, dans les enquêtes nationales sur les ménages, la question de la parité hommes-femmes dans les emplois salariés.

Des disparités salariales entre hommes et femmes perdurent dans de nombreux pays d'Afrique, même pour des activités similaires (*figure 3.9*). Bien que de nombreux pays aient institué des salaires minimum, rares sont ceux qui ont adopté des politiques visant explicitement à contrer la discrimination dont les femmes sont victimes en termes de rémunérations, alors qu'une telle lutte devrait compter parmi les priorités gouvernementales.

Une relation inverse semble exister entre la proportion de femmes occupant un emploi salarié dans le secteur non agricole et la progression des salaires/traitements. Une analyse de corrélation entre l'emploi salarié non agricole et la croissance du revenu par habitant d'un côté, et le ratio salarial femmes/hommes de l'autre, révèle des coefficients de corrélation respectivement de

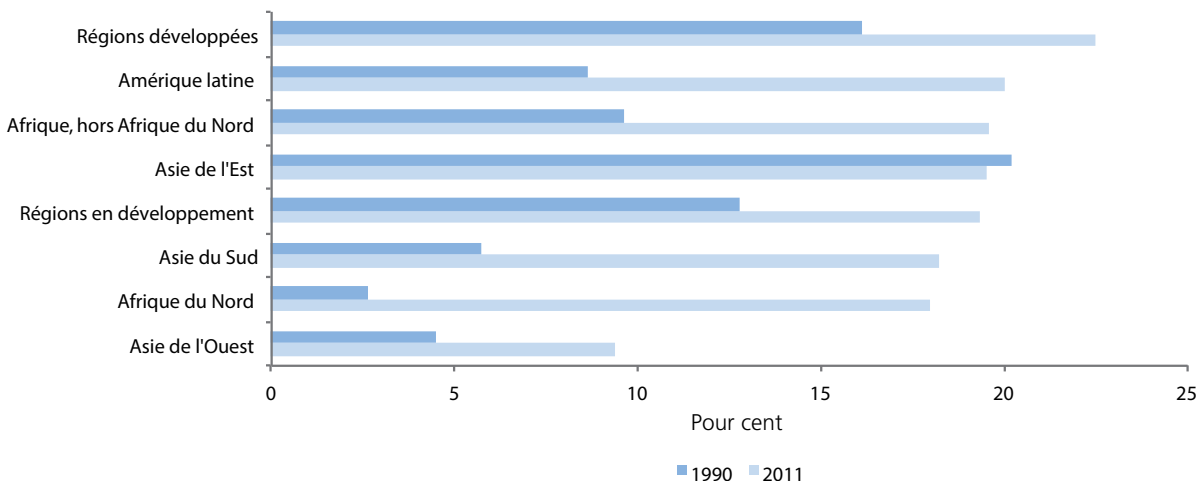
-0,068 et de -0,210²⁰. Bien que ces coefficients soient faibles, ils mettent en lumière la nécessité, pour les gouvernements, de veiller à ce que les femmes ne soient pas désavantagées sur le marché du travail à mesure que l'égalité des salaires entre les deux genres progresse et que le revenu par habitant augmente.

Arbache (2010) identifie trois facteurs essentiels sous-tendant la dynamique de la participation des femmes aux marchés du travail en Afrique : les perspectives d'emploi limitées, les différences de niveau d'éducation et la dynamique du pouvoir au sein des ménages. Les études menées à ce sujet ne permettent pas de conclure à l'existence d'une discrimination contre les femmes sur le marché du travail. Néanmoins, les disparités entre les genres au regard de l'intégration sur le marché du travail ont tendance à être plus marquées dans les pays où les perspectives d'emploi sont moindres. La promotion de l'emploi des femmes dans les secteurs non agricoles passe par un certain nombre de mesures : multiplication des emplois productifs et décents ; amélioration du fonctionnement régissant le marché du travail ; création d'opportunités d'emploi adaptées aux femmes, permettant notamment à celles-ci d'accéder à des emplois plus qualifiés ; subventionnement des services sociaux de sorte que les femmes puissent consacrer davantage de temps à des activités économiques rémunératrices ; et lutte contre les pratiques culturelles défavorables à l'éducation des filles, qui génèrent

19 Cela peut s'expliquer par les compétences limitées des femmes et la discrimination dont elles font l'objet dans les emplois industriels si bien que les services se présentent comme la dernière option viable pour les femmes.

20 Un coefficient de corrélation représente une relation prédictive entre deux variables ou facteurs. Un coefficient de corrélation positif indique que si une variable augmente, la seconde variable en fera de même. Si le coefficient est négatif, la relation sera inverse. Exemple : une augmentation du ratio salarial femmes/hommes (à travail égal) entraîne une baisse de la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole.

Figure 3.10 Proportion de sièges occupés par les femmes au parlement national, 1990 et 2011



Source : calculs effectués à partir des données de l'ONU, 2011.

des déséquilibres au niveau de la dynamique du pouvoir au sein des ménages.

Indicateur 3.3 : Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national

Des progrès constants observés dans la plupart des pays

Par comparaison à d'autres régions en développement, l'Afrique a progressé régulièrement sur cet indicateur. En 2011, le taux affiché par le continent n'était dépassé que par l'Amérique latine et les régions développées (figure 3.10). C'est en Afrique du Nord que les avancées ont été les plus notables entre 1990 et 2011. L'adoption de cadres juridiques garantissant aux femmes des sièges au parlement national, comme par exemple en Égypte (mais également au Rwanda, en Afrique du Sud et en Ouganda), en a été l'un des principaux vecteurs. Par ailleurs, les partis politiques ont un rôle important à jouer pour accélérer et approfondir l'inclusion

des femmes dans la vie politique sur le plan local, régional et national.

Quelle est la performance au niveau des pays ? On dispose de données relatives à la proportion de femmes députés pour 53 pays d'Afrique²¹. Les progrès sont positifs, mais assortis de comportements atypiques. Par exemple, sept pays ont atteint la cible de 30 pour cent de femmes au parlement national : le Rwanda, l'Afrique du Sud, le Mozambique, l'Angola, la Tanzanie, le Burundi et l'Ouganda. Trois autres sont très proches de la

21 L'année de référence varie, 1990 étant l'année par défaut. Autrement, les années de référence sont comme suit : 1997 pour le Burkina Faso, le Tchad, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Lesotho, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, la Sierra Leone et la Tanzanie ; 1998 pour le Ghana ; 1999 pour le Burundi ; 2001 pour le Nigéria ; et 2006 pour la Libye. En ce qui concerne la Guinée, les années pertinentes vont de 1997 à 2008, la constitution y ayant été suspendue en décembre 2008. La dernière année prise en considération pour le Niger et la RCA est 2010. Les calculs ont été effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Tableau 3.3 Pourcentage de sièges occupés par les femmes au parlement national, 2011

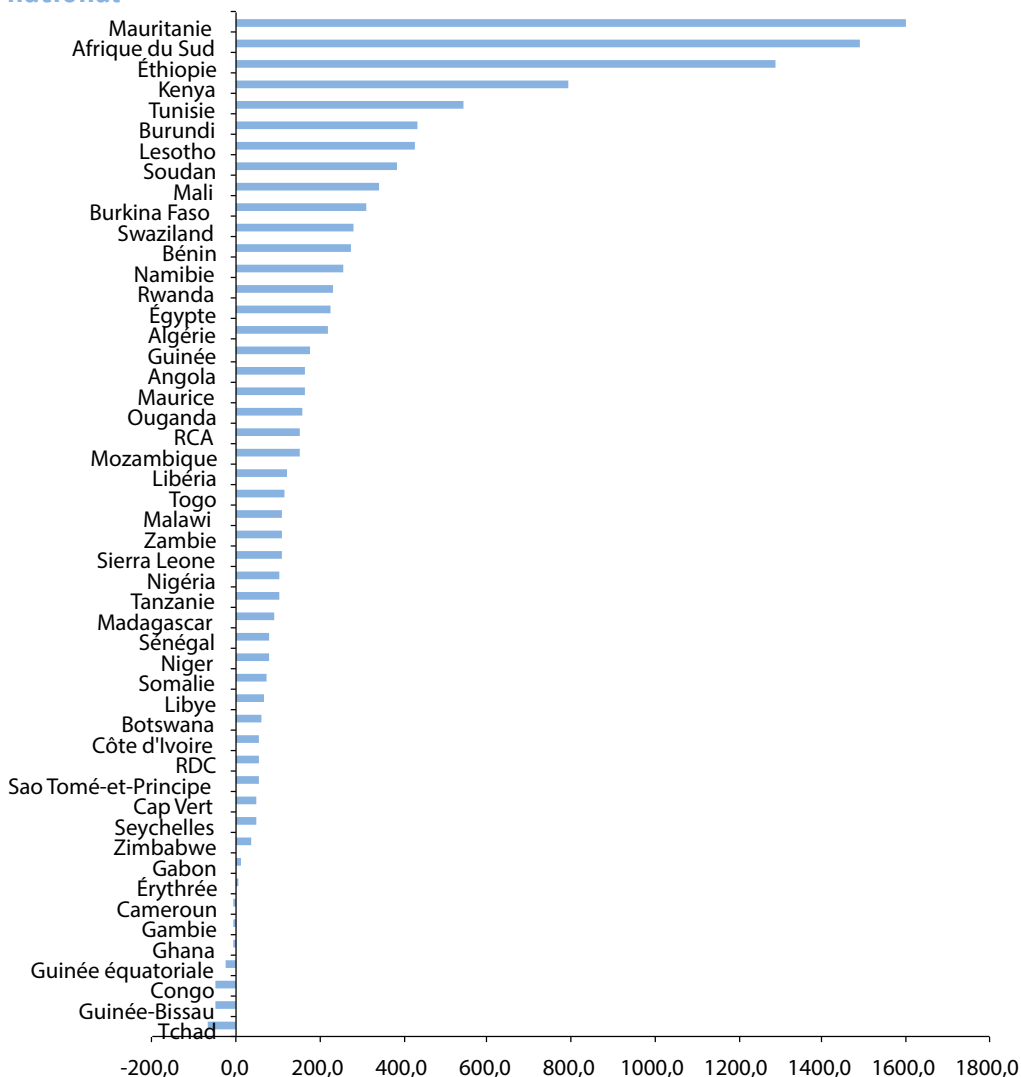
Pays ayant au minimum 30 % de femmes siégeant au parlement national		Pays ayant entre 20 % et 30 % de femmes siégeant au parlement national		Pays ayant entre 10 % et 20 % de femmes siégeant au parlement national		Pays ayant au maximum 10 % de femmes siégeant au parlement national	
Ouganda	31,3	Malawi	20,8	Guinée équatoriale	10,0	Comores	3
Burundi	32,1	Érythrée	22,0	Guinée-Bissau	10,0	Tchad	5,2
Tanzanie	36,0	Mauritanie	22,1	Mali	10,2	Somalie	6,8
Angola	38,6	Sénégal	22,7	Maroc	10,5	Nigéria	7,0
Mozambique	39,2	Seychelles	23,5	Bénin	10,8	Congo	7,3
Afrique du Sud	44,5	Lesotho	24,2	Togo	11,1	Gambie	7,5
Rwanda	56,3	Namibie	24,4	Libéria	12,5	Algérie	7,7
		Soudan	25,6	Madagascar	12,5	Libye	7,7
		Tunisie	27,6	Égypte	12,7	Botswana	7,9
		Éthiopie	27,8	Sierra Leone	13,2	Ghana	8,3
				Swaziland	13,6	RDC	8,4
				Djibouti	13,8	Côte d'Ivoire	8,9
				Cameroun	13,9	RCA	9,6
				Zambie	14,0	Niger	9,7
				Gabon	14,7	Kenya	9,8
				Zimbabwe	15,0		
				Burkina Faso	15,3		
				Cap Vert	18,1		
				Sao Tomé-et-Principe	18,2		
				Maurice	18,8		
				Guinée	19,3		

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

réalisation de cet objectif : l'Éthiopie, la Tunisie et le Soudan (*tableau 3.3*). Les pays affichant la croissance la plus rapide après 1990 (taux supérieur

à 500 pour cent) sont le Maroc, la Mauritanie, l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya et la Tunisie

Figure 3.11 Variation de la proportion de sièges occupés par les femmes au parlement national



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

(figure 3.11). Quarante-quatre pays ont au total marqué des avancées en 2011.

Guinée équatoriale, le Ghana, le Cameroun et les Comores.

Il reste toutefois 15 pays dans lesquels les femmes occupent moins de 10 pour cent des sièges au parlement national. Les pays qui ont régressé sont le Niger, le Tchad, la Guinée-Bissau, le Congo, la

Un élément important susceptible de faire évoluer la situation est la prise de dispositions légales prévoyant un nombre minimum de femmes élues au parlement. En Ouganda, par exemple, les progrès

Encadré 3.3 Malgré ces progrès, les plus rapides en Afrique, sur le front de la participation des femmes à la vie politique entre 1990 et 2010, la Mauritanie doit encore s'atteler à nombre d'obstacles émergents

La loi de juillet 2006 garantissant aux femmes un quota de 20 pour cent des sièges dans les instances municipales et législatives a inauguré une ère nouvelle favorable aux femmes dans le paysage politique mauritanien. La proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national a atteint 18 pour cent en 2007, contre une représentation nulle en 1992 et de 4 pour cent des sièges en 2003.

C'est cependant à l'échelon local que les progrès ont été les plus importants. À l'issue des élections municipales de 2007, 1 120 sièges sur 3 688 aux conseils municipaux étaient occupés par des femmes, soit 30 pour cent environ, contre 18 pour cent des sièges au parlement national. D'autre part, seuls 3 ministres sur 27 sont des femmes.

Cette transformation a été rendue possible notamment grâce à l'effort de plaidoyer mené par les dirigeantes de partis politiques et de la société civile, qui a abouti à l'institution de ce quota. Une campagne médiatique élargie, appuyée par la production d'un documentaire, de programmes de télévision et d'émissions radiophoniques (sensibilisant le public à l'importance d'une participation des femmes à la vie politique) y a également contribué.

Même s'il représente un important jalon, ce quota ne marque pas le terme de l'autonomisation des femmes en Mauritanie. De nombreuses femmes élues ou nommées à des postes politiques, peu accoutumées à se prononcer ou à prendre des décisions en public, éprouvent toujours des difficultés à défendre des positions visant à appuyer l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes.

Pour consolider les progrès acquis et aller de l'avant, il est impératif de briser les barrières culturelles et de former les femmes afin qu'elles puissent prendre des responsabilités de leader, militer en faveur du changement et prendre des décisions politiques. Pour que la transformation exerce un impact général et profond sur la société, le quota parlementaire doit être étendu à la fonction publique et au pouvoir judiciaire, sans cependant transiger sur le mérite.

Sources : République Islamique de Mauritanie et PNUD, 2010 ; NDI, 2007 ; WLP, 2008.

ont été rendus possibles du fait que 69 sièges parlementaires, soit 22 pour cent du total de sièges, sont réservés aux femmes. Celles-ci peuvent également briguer les 215 sièges auxquels les représentants des circonscriptions sont élus directement ou se retrouver parmi les 25 représentants de Groupes d'intérêt spéciaux (Commission électorale, 2006). Les avancées récemment enregistrées en Égypte et en Mauritanie résultent également de dispositions légales. La Mauritanie offre un bel exemple

de discrimination positive visant à surmonter des obstacles culturels au progrès (*encadré 3.3*).

Bien que la participation politique, dont l'importance est jugée à la proportion de sièges occupés par les femmes au parlement national, soit évaluée dans de nombreux pays d'Afrique de manière comparable à ce qu'elle est ailleurs dans le monde, il est indispensable de continuer à renforcer ses perspectives d'autonomisation politique, que l'on

mesure à la fois par le ratio de postes ministériels détenus par des femmes par rapport aux postes dévolus aux hommes, et le ratio femmes/hommes parmi les parlementaires.

Cinq pays africains sont au nombre des 30 meilleurs au monde en matière d'autonomisation politique des femmes : l'Afrique du Sud, le Mozambique, l'Angola, l'Ouganda et la Tanzanie (l'Égypte et l'Algérie sont les plus mal notés en Afrique -WEF, 2011). De même, trois de ces pays sont classés au titre des 30 meilleurs au monde à l'échelle de l'Indice mondial des écarts entre les genres (GGI)²², les cinq premiers pays africains étant le Lesotho, l'Afrique du Sud, le Burundi, le Mozambique et l'Ouganda, alors que le Tchad, le Mali, la Côte d'Ivoire, le Maroc, le Bénin, l'Égypte et l'Algérie figurent parmi les moins bien lotis à cet égard. Les pays d'Afrique australe sont généralement mieux classés, par exemple, que les pays d'Afrique du Nord ou d'Afrique de l'Ouest.

Conclusions

La performance vers l'atteinte de cet objectif est encourageante. Certains pays ont fait d'excellents progrès, bien que le faible niveau initial de nombre d'indicateurs dans les années 1990 ait retardé le rythme des progrès par rapport aux autres régions du monde. La rareté des données disponibles rend la mesure problématique.

Pour parvenir à des gains durables, il importe de se concentrer sur les pratiques culturelles qui font obstacle à l'autonomisation des femmes. Les exemples fournis par l'Afrique du Nord montrent que la

transformation culturelle est possible. L'Égypte, le Soudan et la Tunisie l'ont démontré par l'autonomisation politique en faveur des femmes, et l'Algérie et la Tunisie, par l'instauration de la parité des genres dans l'enseignement secondaire. Grâce à des actions résolues de plaidoyer concernant l'importance de l'autonomisation des femmes et la nécessité de lever les obstacles culturels dans ce domaine, l'opinion pourrait être amenée à se rendre compte que les filles et les garçons d'une part, et les femmes et les hommes de l'autre, sont capables d'exécuter les mêmes tâches. Dans le même ordre d'idées, il y a lieu d'instaurer des politiques de nature à éliminer les facteurs qui découragent les filles d'achever leur éducation scolaire, les poussant au mariage précoce, provoquant leur isolement et favorisant l'éducation des garçons au détriment de celle des filles. Ces politiques devront également promouvoir la participation des femmes aux activités économiques productives et à la vie politique.

Le renforcement de la participation des femmes aux emplois salariés appelle à une gamme de mesures visant à améliorer les conditions accordées aux femmes et leurs chances d'entrer sur le marché du travail. Plus particulièrement, les efforts en vue de supprimer les obstacles à l'éducation des filles et d'améliorer l'accès des femmes aux ressources productives et financières (leur garantissant par exemple les mêmes droits fonciers que les hommes) sont essentielles pour la valorisation de l'emploi de femmes dans le secteur salarié. Au plan des données, les institutions statistiques nationales devront renforcer leurs capacités de production et d'analyse de statistiques relatives au marché du travail, ventilées par genre, ces travaux devant servir de base à l'élaboration de politiques sensibles à la dimension de genre.

22 Cet indice étudie l'écart entre les hommes et les femmes dans quatre domaines cruciaux de l'autonomisation : participation et opportunités économiques, niveaux d'éducation, santé et survie, et autonomisation politique (WEF, 2011).

Il est vital de déployer des efforts conscients pour relever le statut des femmes et d'y impliquer la classe politique au sommet. Au-delà de l'affectation de ressources en capital financier et social, une démarche essentielle consiste à adopter et appliquer des lois spécifiques en faveur des femmes, car il est certain que la position des femmes a progressé en Éthiopie, au Mozambique, au Rwanda, en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Ouganda grâce à des dispositions constitutionnelles et des actions positives pour faire face à la discrimination fondée sur le genre. Cependant de telles dispositions ne constituent qu'un moyen d'assurer l'égalité entre

les genres et l'autonomisation des femmes. Elles ne sont pas une fin en soi. Pour relier l'égalité des genres au développement durable, l'Afrique doit passer de la participation à « l'habilitation ».

Enfin, dans le domaine politique, des efforts s'imposent pour briser les obstacles socioculturels qui entravent la participation politique des femmes. Ceux-ci devront se concrétiser sous forme d'actions de formation et de plaidoyer sur la manière dont les femmes pourraient rehausser leur rôle de leader et contribuer pleinement au débat public et aux décisions politiques.

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

La mortalité infantile est intimement liée à tous les autres OMD: extrême pauvreté; inégalité des genres dans l'accès à l'éducation, éducation sanitaire et sexuelle inadaptée pour les filles et les femmes, propagation du VIH/sida et d'autres maladies, et pratiques environnementales non durables. Chacun de ces facteurs expose les enfants à de piètres et dangereuses conditions de vie.

Le monde a fait des progrès sensibles en direction de l'OMD 4. Les chiffres les plus récents concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans, diffusés par le Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile, indiquent une baisse de 35 pour cent, passée de 88 à 57 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2010. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année à travers le monde est tombé de 12 millions en 1990 à 7,6 millions en 2010, bien que les baisses soient inégales d'une région à l'autre.

Sur les 26 pays ayant enregistré des taux de mortalité de plus de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2010, 24 se trouvaient en Afrique. Néanmoins, le continent (hors Afrique du Nord) a doublé son taux moyen de réduction annuelle de la mortalité infantile, qui est passé de 1,2 pour cent en 1990-2000 à 2,4 pour cent en 2000-2010. Madagascar, le Malawi, l'Érythrée, le Libéria, le Niger et la Tanzanie sont les pays les mieux performants dans ce domaine, car ils ont enregistré des reculs d'au moins 50 pour cent entre 1990 et 2010 (DSNU,

2011). Cependant, ce taux global de baisse ne suffira pas pour permettre à l'Afrique de réaliser l'objectif d'ici 2015, et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans y reste inquiétant.

Il est toutefois possible d'accélérer le taux de baisse en étendant encore davantage les interventions ciblées pour lutter contre les principales causes de décès, ainsi que les mesures en faveur des nouveau-nés et des enfants les plus vulnérables. Ainsi, il conviendrait d'intensifier les efforts visant à réduire la mortalité néonatale (décès pendant les 28 premiers jours de la vie), dont la baisse est généralement plus lente que celle de la mortalité des enfants plus âgés. D'après l'ONU (2011), les enfants habitant les zones rurales et reculées, les enfants marginalisés et vulnérables et ceux qui vivent dans les ménages les plus pauvres sont toujours dans une situation de désavantage. Étendre les services de santé et surmonter les contraintes qui s'opposent à leur usage, donner la priorité à la prévention et le traitement des maladies de l'enfance, améliorer la nutrition, accroître la couverture d'immunisation et développer les infrastructures d'eau et d'assainissement constituent autant de mesures de nature à promouvoir l'accès universel aux services de santé et à réduire les inégalités en la matière.

Un système de santé parfaitement fonctionnel exige une méthode solide pour la gestion des informations, capable de fournir les données nécessaires pour prioriser ces interventions. La production de

chiffres exacts sur la mortalité infantile continue à poser problème en raison de l'absence de systèmes fonctionnels d'enregistrement précis de toutes les naissances et les décès dans la plupart des pays d'Afrique, et notamment dans ceux où la mortalité infantile est l'objet de tabous culturels. Dans cette optique, des pays africains ont soutenu le Programme pour l'amélioration accélérée de l'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques de l'état civil en Afrique, ainsi que les plans régionaux à moyen terme qui y sont associés. Ce programme exige toutefois un soutien accru, afin qu'il puisse produire des statistiques de qualité permettant de suivre les progrès concernant les cibles de santé.

Cible 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateur 4.1 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quatre maladies tuent la moitié des enfants de moins de 5 ans

Les quatre principales maladies mortelles pour les enfants de moins de 5 ans sont la pneumonie (18 pour cent), les maladies diarrhéiques (15 pour cent), les complications de la naissance avant terme (12 pour cent) et l'asphyxie à la naissance (9 pour cent). La malnutrition est une cause sous-jacente de plus du tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans.

Le paludisme est toujours une cause majeure de mortalité infantile en Afrique (hors Afrique du Nord) occasionnant environ 16 pour cent des décès parmi les moins de 5 ans (UNICEF, 2011b). La poursuite d'efforts supplémentaires pour maîtriser

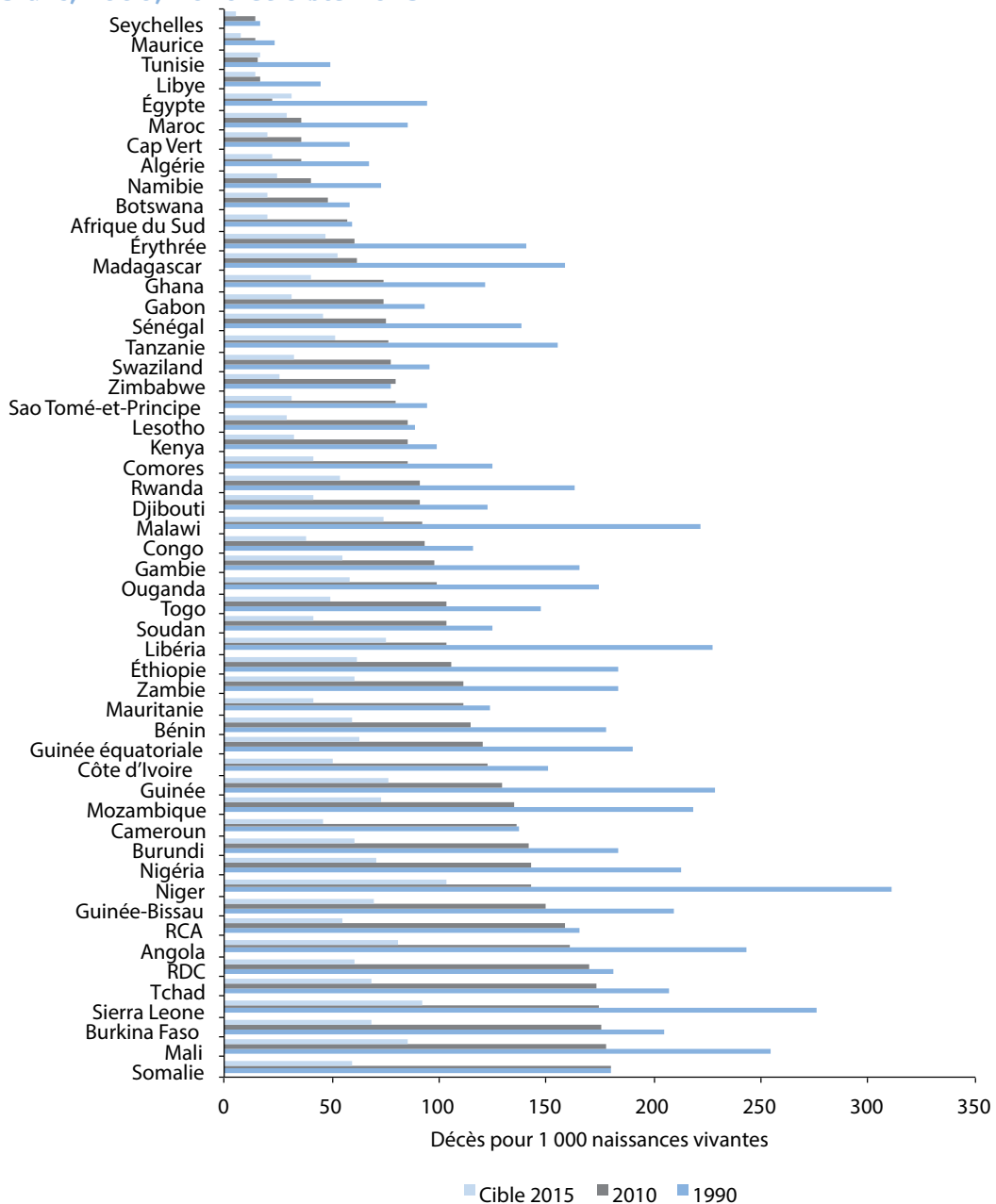
la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition, en ciblant des interventions générales sur les enfants les plus vulnérables et marginalisés, pourrait sauver des millions d'enfants de la mort.

La mortalité néonatale mérite une attention particulière, d'une part, parce que les interventions médicales requises pour faire face aux principales causes de décès à ce niveau sont généralement différentes de celles appliquées pour prévenir les causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans ; et d'autre part, du fait que la proportion de décès néonataux est en progression (alors que la mortalité des moins de 5 ans est en baisse). Cette hausse est due au fait que des interventions très efficaces mais peu onéreuses, telles que des visites post-natales à domicile et le traitement d'infections néonatales, ne sont pas pratiquées alors qu'elles pourraient être assurées, même au niveau communautaire, et associées aux interventions préventives et curatives destinées aux mères et à leurs bébés (UNICEF, 2011b).

Certains pays africains ont réalisé des gains significatifs dans la réduction des taux de mortalité parmi les moins de 5 ans (*figure 4.1*), bien qu'à l'échelle du continent, les progrès soient lents. L'Égypte a déjà dépassé la cible et la Tunisie l'a atteinte. Les cinq premiers pays en bonne voie d'y parvenir sont la Libye, Maurice, le Maroc, les Seychelles et Madagascar.

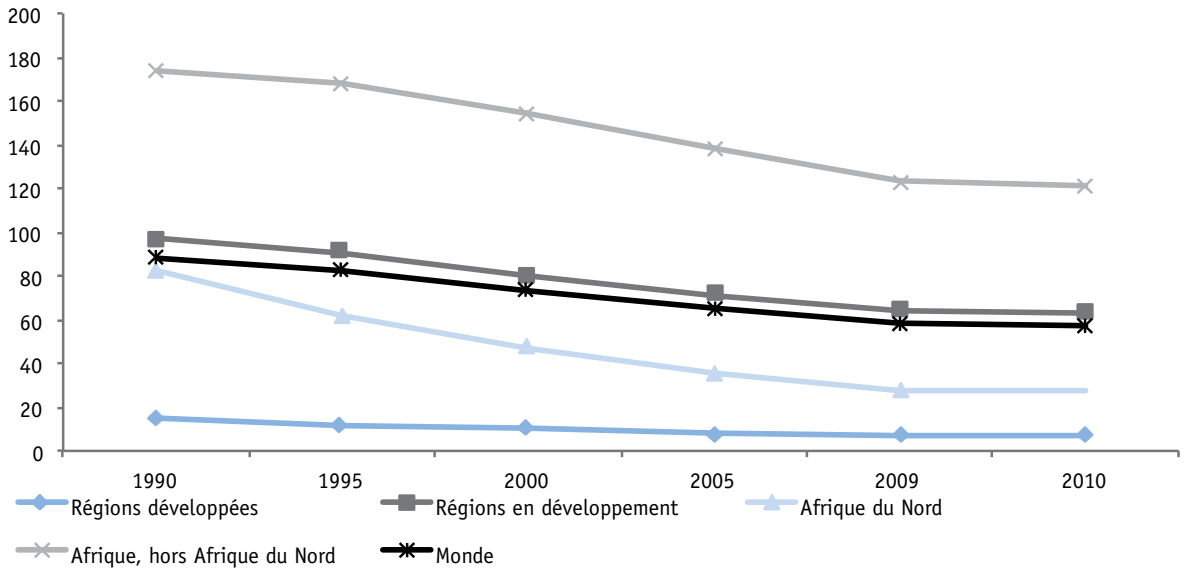
En revanche, la Somalie, la RDC, le Burkina Faso, le Tchad et la RCA sont encore loin de la cible. Les progrès sont très lents au Cameroun, en RCA, au Lesotho, en Afrique du Sud et en RDC (moins de 10 pour cent d'amélioration pendant la période). La lenteur des progrès en Afrique australe est imputable à la forte prévalence du VIH/sida dans

Figure 4.1 Variation de la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, 1990, 2010 et cible 2015



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Figure 4.2 Taux de mortalité des moins de 5 ans par région, 1990-2010



Source : calculs effectués à partir des données de l'UNICEF, 2011b.

cette sous-région. En Afrique centrale, cette même lenteur s'explique par une prévalence relativement élevée du paludisme (*annexe 3*).

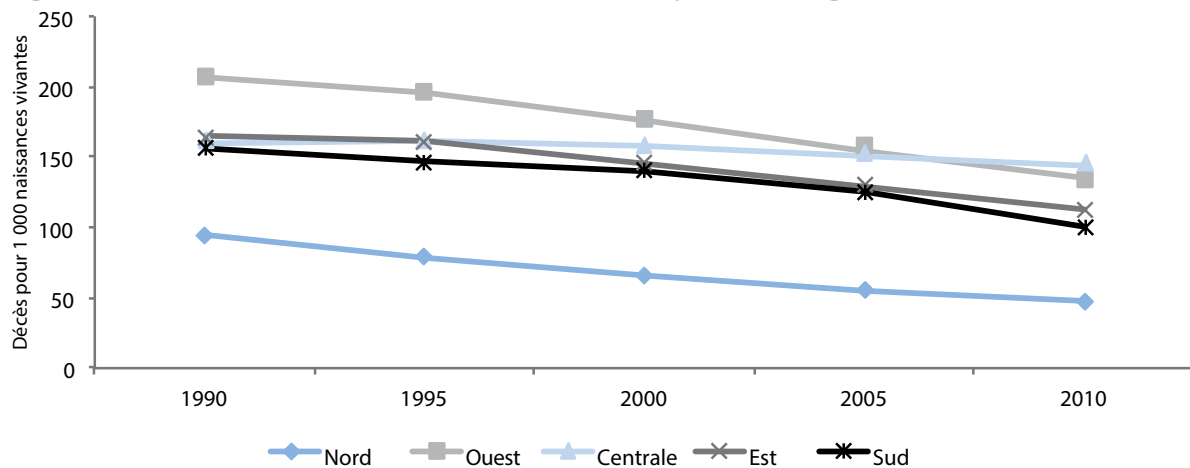
Au Zimbabwe, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a légèrement augmenté entre 1990 et 2010. Le déclin économique sans précédent de ce pays a entraîné une hyperinflation, une détérioration des infrastructures physiques et, depuis 2008, l'incapacité du secteur public à assurer des services sociaux de base. En conséquence, les services publics du pays ont été soumis à de graves contraintes en capacités humaines, particulièrement dans le domaine de la santé. L'épidémie de choléra qui a sévi dans le pays en 2008-2009 et l'épidémie de rougeole de 2009-2010 en sont aussi directement issues. La montée de la mortalité infantile est également imputée aux conséquences directes et indirectes de l'épidémie du VIH/sida et à l'aggravation concomitante de la pauvreté par suite des difficultés économiques du

pays (Ministère du Travail et des Services sociaux du Zimbabwe et PNUD, 2010).

En Afrique (hors Afrique du Nord), la diarrhée, le paludisme et la pneumonie sont responsables de plus de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans, et la malnutrition est la cause sous-jacente du tiers de ces cas. Les enfants vivant dans les ménages ruraux très pauvres sont toujours en situation de désavantage.

Sur la base des tendances actuelles, il est peu probable que le continent atteigne la cible de mortalité pour les enfants de moins de 5 ans. Il est indispensable que les gouvernements africains et leurs partenaires au développement intensifient, avec la participation pleine et entière des communautés, les interventions susceptibles de réduire ce taux de mortalité. Des interventions peu onéreuses et très rentables sont faisables, même au niveau des communautés, et la plupart d'entre elles peuvent

Figure 4.3 Taux de mortalité des moins de 5 ans par sous-région africaine, 1990-2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Note : les données sont pondérées pour la population âgée de 0 à 4 ans.

être associées aux interventions préventives et curatives ciblant les mères et leurs enfants.

La mortalité des moins de 5 ans est plus élevée en Afrique (hors Afrique du Nord) que dans les autres régions du monde (*figure 4.2*). Le taux annuel de réduction de la mortalité infantile n'y a été que de 1,8 pour cent entre 1990 à 2010, ce qui a représenté une baisse de 30 pour cent.

L'Afrique (hors Afrique du Nord) est la région du monde dans laquelle la proportion des décès d'enfants de moins de 5 ans a été la plus élevée en 2010. Elle est suivie de l'Asie du Sud, le reste du monde ne représentant qu'une proportion de 18 pour cent. En Afrique (hors Afrique du Nord), environ un enfant sur huit meurt avant l'âge de 5 ans (121 décès pour 1 000 naissances vivantes). Ce taux atteint presque le double de la moyenne des pays en développement, et il est 17 fois plus élevé que la moyenne des pays développés.

Les taux inquiétants enregistrés en Afrique (hors Afrique du Nord) et en Asie du Sud ont freiné les progrès dans leur ensemble. Néanmoins, des indices toujours plus nombreux permettent de penser que l'OMD 4 pourra être réalisé si l'on accorde une priorité élevée à la lutte contre les maladies les plus meurtrières pour les enfants, à savoir, la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition, et ce, en ayant recours aux interventions préventives et curatives (UNICEF, 2011b).

Bien que cette évolution soit lente, la mortalité des moins de 5 ans affiche une tendance à la baisse dans toutes les régions d'Afrique (*figure 4.3*). C'est l'Afrique du Nord qui marque les progrès les plus importants (49 pour cent), suivie de l'Afrique australe (35 pour cent) et de l'Afrique de l'Ouest (34 pour cent). Ces progrès ont été attribués à des approches innovantes en matière de soins dans les régions mal desservies en services de santé. Les autres mesures qui y ont contribué sont une immunisation plus répandue, la pratique exclusive

de l'allaitement au sein, la prise de suppléments de vitamines et de minéraux, un effort accru de prévention et de traitement du paludisme, de meilleures disponibilités en eau et en installations sanitaires, et la lutte contre la pneumonie et les maladies diarrhéiques, les deux premières causes de mort d'enfants.

C'est en Afrique centrale que les progrès ont été les plus lents, en raison de la forte prévalence du paludisme dans cette région. En 2010, les taux de mortalité des moins de 5 ans les plus élevés ont été enregistrés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale.

Indicateur 4.2 : Taux de mortalité infantile

Les progrès au niveau de la mortalité infantile ont été favorisés par une immunisation plus étendue

Le taux de mortalité infantile est égal au nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une année donnée. Ce taux est souvent utilisé comme indicateur de la situation de santé d'un pays. À l'échelle mondiale, plus de 40 pour cent des décès d'enfants de moins de 5 ans surviennent pendant le premier mois de la vie, et 70 pour cent pendant la première année. Les interventions menées pendant le premier mois ont une portée directe sur les chances de survie de l'enfant jusqu'à son premier anniversaire.

Le taux de mortalité infantile a reculé de 99 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 71 en 2010, une baisse de 28,3 pour cent. Tous les pays d'Afrique (hormis la Somalie) ont enregistré des baisses variant de 1 pour cent à 72 pour cent. Les huit pays les plus performants, qui ont tous fait baisser leur taux d'au moins 50 pour cent pendant

la période, sont l'Égypte, la Tunisie, la Libye, le Malawi, Madagascar, le Maroc, l'Érythrée et le Liberia (*tableau 4.1*).

Vingt-trois pays ont enregistré des réductions de 25 à 50 pour cent, et 15 autres des réductions de 10 à 25 pour cent. Le Burkina Faso, le Cameroun, le Lesotho, la Mauritanie, la RCA, la RDC, la Somalie et le Zimbabwe ont été les pays les moins performants, avec des réductions inférieures à 10 pour cent.

Les quatre pays où les taux de mortalité infantile étaient les plus élevés (plus de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes) en 2010 sont la Sierra Leone (114), la RDC (112), la Somalie (108) et la RCA (106). Tous ces pays étaient en situation de conflit ou de relèvement post-conflit.

Les avancées relatives sur le plan de la mortalité infantile peuvent être attribuées à des interventions ciblées, en particulier aux campagnes d'immunisation gratuite. Cependant, des interventions accrues s'imposent pour atteindre la cible. Il s'agit en particulier d'intensifier les efforts visant à réduire la mortalité néonatale, car le taux de baisse pour ce groupe est plus lent (19,5 pour cent entre 1990 et 2010) que pour les enfants plus âgés.

Indicateur 4.3 : Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

L'immunisation est en progression mais des problèmes d'inégalité subsistent

La rougeole est une infection respiratoire virale qui attaque le système immunitaire. Elle est très contagieuse et les enfants non vaccinés peuvent la contracter s'ils y sont exposés. Les enfants non

Tableau 4.1 Réductions de la mortalité infantile, 1990-2010

Au moins 50 %		25-50 %		10-25 %		Moins de 10 %	
Égypte	72,1	Tanzanie	47,4	Mali	24,4	Lesotho	9,7
Tunisie	64,1	Niger	44,7	Togo	24,1	Burkina Faso	9,7
Libye	60,6	Algérie	43,6	Djibouti	23,2	Mauritanie	6,3
Malawi	55,7	Namibie	40,8	Botswana	21,7	RDC	4,3
Madagascar	55,7	Ouganda	40,6	Swaziland	21,4	RCA	3,6
Maroc	55,2	Rwanda	40,4	Gabon	20,6	Zimbabwe	1,9
Érythrée	51,7	Guinée	40,0	Burundi	20,0	Cameroun	1,2
Libéria	51,0	Éthiopie	38,7	Côte d'Ivoire	18,1	Somalie	0,0
		Maurice	38,1	Congo	17,6		
		Mozambique	37,0	Soudan	15,4		
		Cap Vert	37,0	Seychelles	14,3		
		Zambie	36,7	Kenya	14,1		
		Ghana	35,1	Sao Tomé-et-Principe	13,1		
		Angola	31,9	Afrique du Sud	12,8		
		Bénin	31,8	Tchad	12,4		
		Guinée équatoriale	31,4				
		Nigéria	30,2				
		Sierra Leone	29,6				
		Sénégal	28,6				
		Comores	28,4				
		Gambie	26,9				
		Guinée-Bissau	26,4				

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

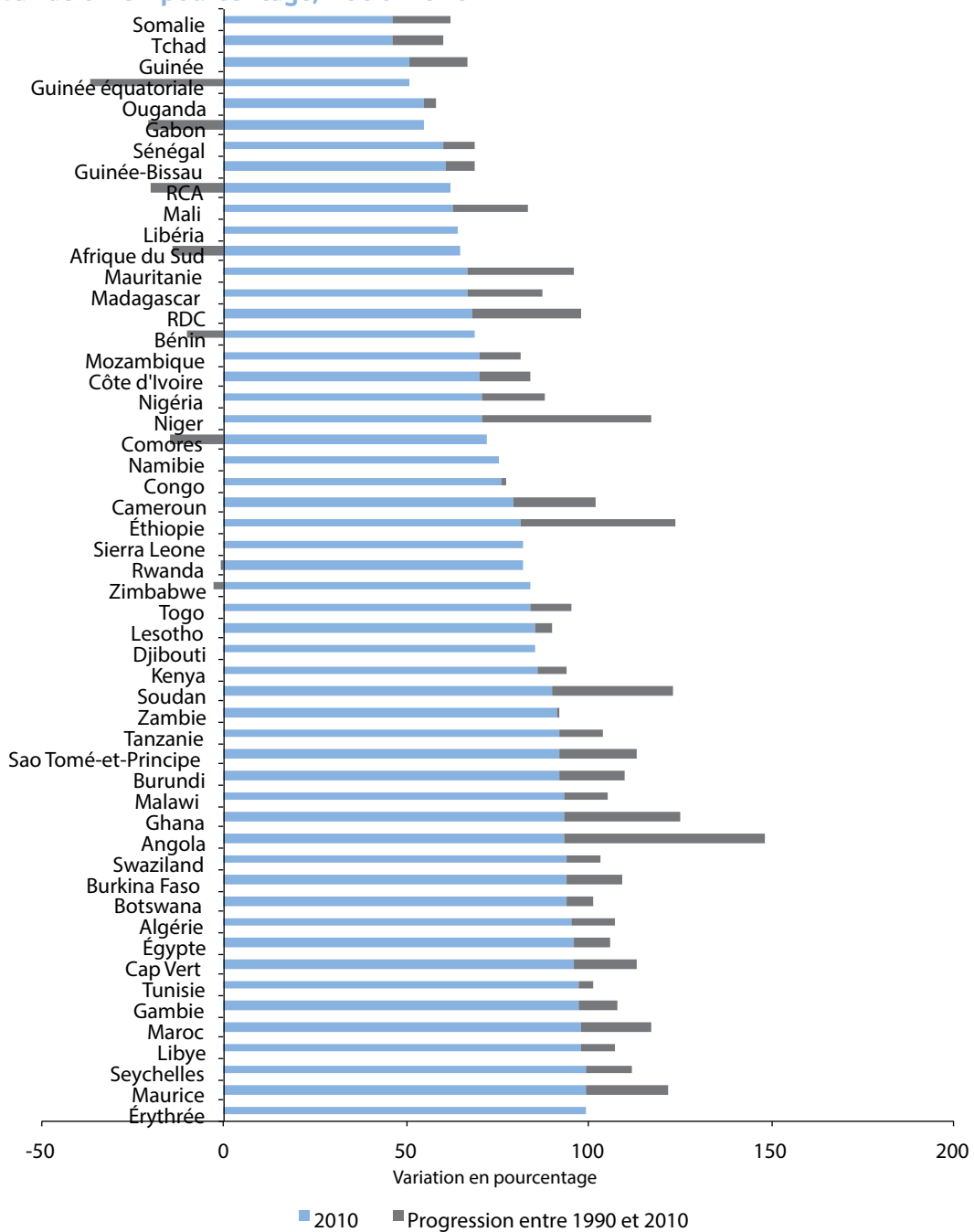
vaccinés de moins de 5 ans sont ceux qui risquent le plus de contracter la maladie (UNICEF, 2011c).

Dans une démarche visant à maîtriser les pertes de vies d'enfants pourtant évitables, les pays d'Afrique ont consenti des efforts très conséquents pour immuniser les enfants contre la rougeole. La couverture a été davantage étendue dans la plupart de ces pays, mais les taux d'immunisation varient considérablement (*figure 4.4*).

Dans vingt-et-un pays, les taux d'immunisation ont été de plus de 90 pour cent en 2010. Seuls deux pays (le Tchad et la Somalie) ont signalé une couverture inférieure à 50 pour cent. Sept pays affichent de légères baisses de la couverture d'immunisation pour les années 1990 à 2010²³. La plupart de ces pays ont également obtenu de

23 Les Comores, le Bénin, l'Afrique du Sud, le Zimbabwe, la RCA, le Gabon et la Guinée équatoriale.

Figure 4.4 Proportion des enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole en 2010 et variation en pourcentage, 1990-2010



Source : OMS, 2011d.

Note : aucune donnée disponible pour l'Érythrée, le Libéria, la Namibie et la Sierra Leone en 1990.

médiocres résultats dans la réduction de la mortalité des moins de 5 ans. Les cinq pays montrant les meilleurs résultats, dans lesquels la couverture d'immunisation contre la rougeole a augmenté dans une proportion de 30 pour cent au moins entre 1990 et 2010, sont l'Angola, le Niger, l'Éthiopie, le Soudan et le Ghana.

Cependant, un grand nombre d'enfants parmi les populations les plus pauvres et les groupes marginalisés, notamment dans les zones difficiles d'accès, n'ont pas été inclus dans les campagnes d'immunisation. La réalisation de l'objectif pour 2015 exige l'extension de la couverture d'immunisation contre la rougeole aux pays ne disposant de d'infrastructure sanitaire solide, le lancement de campagnes qualitatives soutenues, et la pleine application de la stratégie de maîtrise de la rougeole en Afrique.

Conclusions

La plupart des pays d'Afrique ont enregistré des avancées importantes sur l'ensemble des indicateurs de l'OMD 4, bien que le rythme des avancées à l'échelle du continent soit trop lent pour atteindre l'objectif d'ici 2015. Et malgré des progrès constants en vue de réduire la mortalité des

moins de 5 ans, les enfants ruraux et les enfants issus des ménages les plus pauvres sont toujours les plus touchés par cette mortalité, de manière disproportionnée.

Il est pourtant possible d'éviter la plupart de ces décès et d'administrer des traitements appropriés aux enfants malades. Par conséquent, il incombe aux pays africains de dynamiser et d'intégrer les efforts permettant de lutter contre les principales maladies à l'origine de la mortalité infantile, c'est-à-dire la rougeole, la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et le VIH/sida. Une accélération de la baisse de la mortalité des moins de 5 ans pourra intervenir à condition d'étendre la portée des interventions ciblant les principales causes de décès ainsi que les nouveau-nés et les enfants les plus vulnérables. L'autonomisation des femmes, la suppression des barrières financières et sociales à l'accès aux services de base, le lancement d'initiatives innovantes facilitant la fourniture de prestations de services essentiels aux pauvres et la responsabilisation accrue des services de santé locaux constituent autant de mesures politiques susceptibles d'améliorer l'égalité et de réduire la mortalité.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

La santé maternelle demeure un sujet de préoccupation dans la plupart des pays d'Afrique. Le taux de mortalité maternelle (TMM) moyen pour le continent était de 590 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008. Cela signifie que cette année-là, une femme est morte en Afrique des suites de sa grossesse ou de l'accouchement toutes les 2,5 minutes, totalisant 24 décès toutes les heures, 576 par jour et 210 223 sur l'année (ONU, 2011)²⁴.

Les rapports qui peuvent exister entre la mortalité maternelle et les autres OMD sont importants, car ils permettent de repérer les facteurs qui déterminent les différentes tendances ainsi que les politiques à adopter pour y faire face. La parité des genres dans l'enseignement et l'autonomisation des femmes ont des effets positifs sur la fécondité et l'accès à l'information concernant la santé. De la même façon, dans les couches pauvres de la population, la mortalité maternelle frappe beaucoup plus de femmes en raison de leur accès limité aux services de santé et leur recours restreint à ces services. Le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies, qui constituent une menace pour la santé publique, sont des vecteurs importants de l'accroissement des TMM chez les femmes enceintes.

24 Ce calcul repose sur les données de la DSNU concernant le TMM en Afrique en 2008 et les données UNICEF sur le taux de natalité total pour cette année (35 631 000 naissances vivantes).

La mortalité maternelle résulte de nombreux facteurs, en particulier : le manque de services et de prestataires de santé, les piètres infrastructures et moyens de transport et l'autonomisation réduite des femmes. Certaines des causes immédiates de ces décès sont l'hémorragie, la sepsie, les troubles hypertensifs, les avortements non sécurisés et les accouchements prolongés ou entravés. De telles complications peuvent souvent être gérées par un système de santé doté de personnels compétents et d'équipements appropriés pour faire face aux urgences et prendre soin des femmes après l'accouchement. Il devient donc vital de proposer et d'utiliser des services de santé procréative spécialisés (ONU, 2011).

Depuis des années, les gouvernements et les politiques reconnaissent que le nombre de décès maternels en Afrique est trop élevé. Malgré les nombreuses stratégies proposées pour y faire face, le taux de mortalité maternelle sur le continent est toujours disproportionné, n'ayant diminué qu'au rythme de 1,6 pour cent par an. Certaines initiatives internationales, telles que la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants lancée par le Secrétaire général des Nations Unies, ainsi que des initiatives continentales, notamment la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), menée par l'Union africaine, et le Plan d'action de Maputo, auxquelles s'ajoutent d'autres programmes et projets nationaux et locaux, ont fait prendre conscience du problème posé par la

mortalité maternelle et ont contribué à accroître les financements dans ce domaine.

Depuis 2008, on ne dispose pas de données complètes nouvelles sur les indicateurs de santé maternelle, ce qui constitue une énigme. En l'absence de données appropriées, les pays ne sauraient choisir les interventions les plus efficaces et décider de l'affectation des efforts financiers et programmatiques. Néanmoins, l'examen attentif des données, des meilleures pratiques et des principaux défis en jeu, selon des méthodes innovantes, permettra aux décideurs de définir les orientations et mieux diriger les efforts en vue d'accélérer la réalisation de l'OMD 5.

Cible 5A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

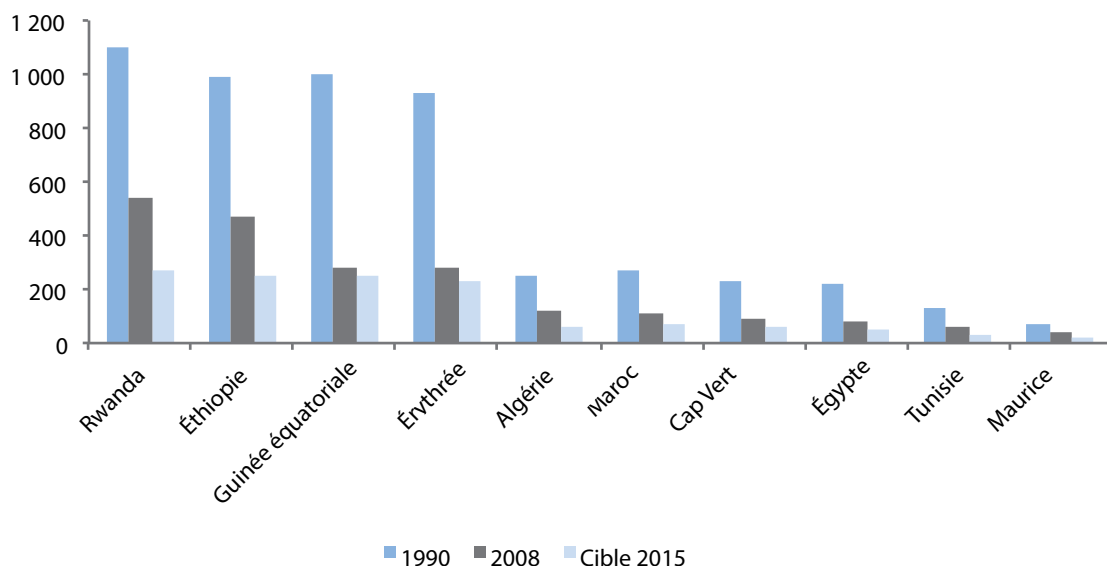
Indicateur 5.1 : Taux de mortalité maternelle

Certains pays africains sont proches de la réalisation de l'OMD 5

Un article publié en 2010 par *The Lancet* indique que la mortalité maternelle est en baisse, même en Afrique. Ceci corrobore les données des Nations Unies qui révèlent que de nombreux pays d'Afrique ont enregistré des reculs nets de la mortalité maternelle entre 1990 et 2008 : la Guinée équatoriale, l'Érythrée, l'Égypte, le Maroc, le Cap Vert, la Tunisie, l'Éthiopie, l'Algérie, le Rwanda et Maurice ont tous connu une baisse de plus de 50 pour cent de leurs TMM (*figure 5.1*).

Qu'ont fait ces pays pour obtenir une telle réduction de leur TMM ? En premier lieu, la plupart

Figure 5.1 Pays les plus performants en matière de santé maternelle, 1990, 2008 et cible 2015



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Encadré 5.1 Accélération des progrès du Rwanda vers l'OMD 5 grâce à une volonté politique résolue et des interventions bien planifiées

Alors que les pays africains en situation de conflit ou de post-conflit souffrent cruellement de la perte de leur infrastructures vitales et de la réduction de leurs services de santé, qui induisent des taux élevés de mortalité maternelle, ils ont également l'opportunité de concentrer leurs efforts sur la santé maternelle et infantile de la manière la plus rentable possible. Le Rwanda est un exemple probant d'un pays sorti d'un conflit qui a réussi à réaliser des résultats concrets en investissant dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

Au lendemain du génocide de 1994 et après des années de conflit, le Rwanda faisait face en 1995 à un TMM particulièrement élevé de 1 400 décès pour 100 000 naissances vivantes, considéré comme le plus élevé d'Afrique. Moins du tiers des accouchements y avaient lieu en présence d'un personnel de santé qualifié et seuls 13,7 pour cent des femmes y utilisaient des moyens de contraception. En outre, seulement 10 pour cent des femmes effectuaient les quatre visites prénatales recommandées. Grâce à une solide volonté politique et à une planification judicieuse des financements et des interventions en matière de santé maternelle, le Rwanda est parvenu, en 2008, à faire tomber son TMM à 540 décès pour 1 000 naissances vivantes. En ce qui concerne 2010, les estimations des systèmes d'information sanitaire du pays révèlent un TMM de 383, ce qui représente une réduction de 75 pour cent depuis 1995.

Pour accélérer la réalisation de l'OMD 5, le ministère de la Santé a adopté des mesures accélérées sur plusieurs fronts simultanément. Premièrement, il a institué l'audit obligatoire des décès de mères afin d'établir le lieu et la nature des cas de mortalité maternelle à travers le pays. Dans le cadre de cette initiative, 256 cas de mortalité maternelle ont été audités en 2009, et 221 cas en 2010, ce qui a permis de dégager des recommandations pour que de tels cas ne se reproduisent pas à l'avenir. De l'avis du ministère, cette initiative s'est avérée être l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir les nouveaux cas de mortalité maternelle et orienter les interventions en la matière.

Une autre initiative, le service de messagerie rapide RapidSMS lancé en 2010, équipe les prestataires du services de santé pour le suivi des femmes enceintes afin de pouvoir leur transmettre des conseils de soins prénatals et d'accouchement au moyen de messages texto. En mars, avril et mai 2010, 432 agents de santé communautaires ont été formés à l'usage du RapidSMS et ont assuré le suivi de 14 000 grossesses. Pendant cette période, ils ont signalé 583 naissances, 115 cas de grossesse à risque, mais aucun décès de mère ou d'enfant. Ce service a également permis d'accroître la proportion des femmes effectuant des visites de soins prénatals : près de 100 pour cent des femmes au Rwanda effectuent au moins une telle visite, et la proportion de celles qui en effectuent quatre a plus que doublé depuis 1995.

Enfin, le Rwanda a accordé une grande importance à l'accès et à l'usage accru de méthodes contraceptives par les femmes. Les agents de santé communautaires ont reçu une formation pour distribuer des préservatifs, des pilules et des produits injectables. Le gouvernement a inscrit la réduction de la fécondité totale au nombre de ses objectifs de santé maternelle, aux côtés des OMD. Il en résulte qu'aujourd'hui 36,4 pour cent des femmes au Rwanda utilisent des contraceptifs, et que le taux total de fécondité y est tombé de 6,1 à 5,5 entre 2005 et 2007 (DSNU, 2011).

Sources : ONU Rwanda, 2011 ; FNUAP Rwanda, 2011.

d'entre eux ont considérablement accru la proportion des femmes accouchant avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Ils y sont parvenus principalement grâce à des dispositions visant à faciliter l'accès aux établissements de santé : amélioration des moyens de transport, renforcement de la diffusion des informations sur la contraception et déploiement d'un plus grand nombre d'agents sanitaires. La Guinée équatoriale, le pays le plus proche de la réalisation de l'OMD 5 grâce à une réduction de 72 pour cent de son TMM entre 1990 et 2008, a porté la proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 5 pour cent en 1994 à 64,6 pour cent en 2000. (De nouvelles données, actuellement recueillies dans ce pays, témoigneront probablement de la continuité de ces progrès depuis 2000). L'Égypte, le Maroc et le Rwanda (*encadré 5.1*) ont également réalisé de très fortes progressions dans la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié. Leurs résultats comptent parmi les meilleurs pour la réduction du TMM.

Les pays les plus performants bénéficient tous de taux de croissance économique élevés. La Guinée équatoriale jouit d'une croissance économique rapide depuis 20 ans. L'Égypte, le Maroc et le Cap Vert connaissent une croissance soutenue et comptent parmi les économies les plus performantes d'Afrique. Ainsi, la baisse du TMM dans ces pays a été rendue possible en partie grâce à des interventions de qualité et d'envergure suffisantes pour exercer un impact majeur, qui ont essentiellement ciblé les principaux facteurs responsables des TMM élevés, tant du côté de l'offre que de la demande, et engagé les ressources financières nécessaires pour assurer la réussite de l'opération (Banque mondiale, 2009).

D'autres pays, en particulier ceux qui sont les plus affectés par le VIH/sida ou qui sont le théâtre de conflits ou en situation post-conflit, n'ont guère fait de progrès depuis 1990, quand ils n'ont pas régressé

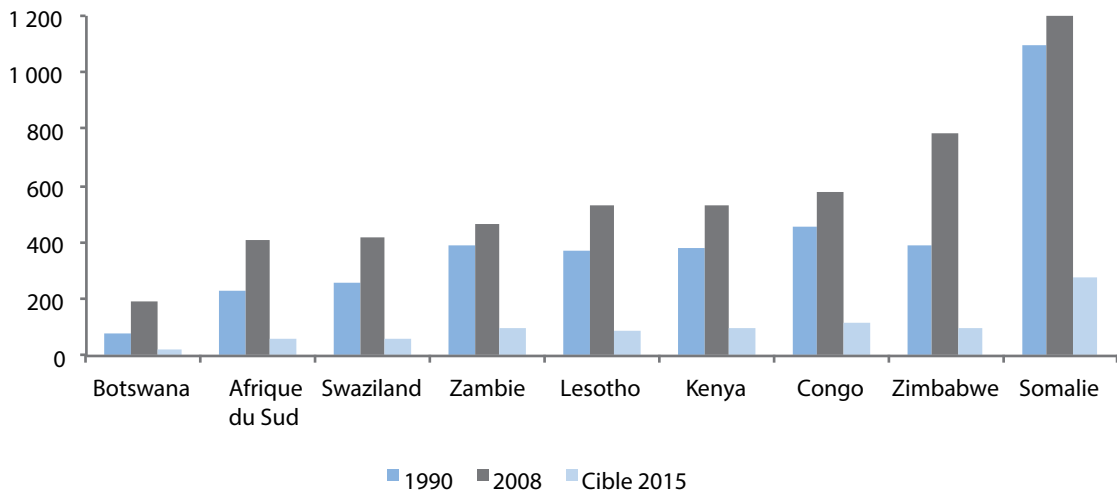
Certains pays n'ont fait aucun progrès (Gabon et Namibie) ou ont régressé. En effet, neuf pays ont vu leur TMM augmenter depuis 1990 (*figure 5.2*)²⁵. Le Botswana et le Zimbabwe, en particulier, ont vu leur TMM plus que doubler entre 1990 et 2008 (ONU, 2011).

La plupart de ces pays connaissent des épidémies de VIH/sida, ce qui expose les femmes à un risque accru de décès par suite de l'accouchement. Les femmes qui accouchent peuvent être frappées directement par le VIH, notamment sous la forme d'une anémie, d'une hémorragie post-partum ou d'une septicémie puerpérale, et indirectement par des infections opportunistes, la pneumonie, la tuberculose ou le paludisme. Il est donc essentiel de prévoir des tests de séropositivité pour les femmes en âge de procréer, surtout si elles sont enceintes, afin de pouvoir leur prodiguer les soins appropriés et prendre les précautions médicales qui conviennent au moment de l'accouchement. Il en résultera une période de grossesse plus sûre ainsi qu'un moindre risque de transmission mère-enfant du VIH/sida.

Pourtant, la mortalité maternelle ne pose pas seulement problème dans les pays à forte prévalence du VIH/sida. Elle est également aggravée par les conflits et l'instabilité politique. Les huit pays affichant les plus forts TMM en 2008 étaient tous

25 Afrique du Sud, Botswana, Congo, Kenya, Lesotho, Somalie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

Figure 5.2 Pays en régression en matière de santé maternelle, 1990, 2008 et cible 2015



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en 2011.

en situation de conflit ou post-conflit²⁶. Selon des estimations préliminaires effectuées en 2011 au Sud Soudan, le TMM y était de 2 054 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui représentait le taux le plus élevé au monde (UNICEF, 2011a).

La forte probabilité qu'une femme décède au cours de la grossesse ou de l'accouchement dans les pays frappés par des conflits illustre toute l'importance d'un bon état de fonctionnement des infrastructures et des services, pas seulement des établissements de santé, mais également des routes, des moyens de transport et de communications, qui tous sont cruciaux pour permettre aux mères d'accéder aux soins qui leur sauveront la vie. Dans les pays touchés par des conflits, il est nécessaire de remettre sur pied les institutions et de reconstruire les infrastructures essentielles dans

un large éventail de secteurs, y compris celui de la santé, et de former des professionnels médicaux.

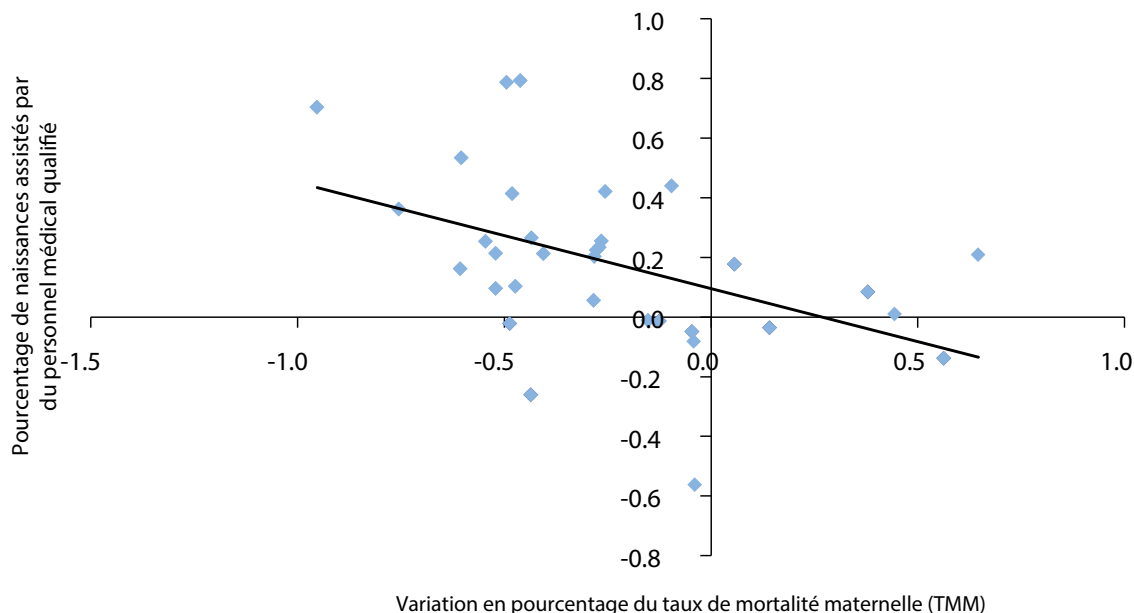
Indicateur 5.2 : Proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Mettre un enfant au monde avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié constitue l'un des meilleurs moyens de garantir la survie de la mère et de l'enfant

En tout état de cause, il est tout à fait possible de faire chuter le nombre des décès liés à la grossesse en Afrique. En effet, les risques de santé pesant sur les mères et leurs nouveau-nés sont d'autant plus réduits qu'une supervision professionnelle à l'accouchement est assurée. Il est généralement reconnu que la mise en place de soins prénatals, la prise en charge professionnelle à l'accouchement, l'accès amélioré à des services obstétriques et néo-natals d'urgence, et l'offre de soins postnatals essentiels constituent les éléments indispensables d'une amélioration de la santé maternelle. Pour

26 Burundi, Guinée-Bissau, Libéria, Sierra Leone, Somalie, RCA, RDC et Tchad.

Figure 5.3 Corrélation entre le pourcentage de variation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et le pourcentage de variation du taux de mortalité maternelle, 1995-2008



Source : calculs effectués à partir des données de la DNSU, consultées en décembre 2011.

les rendre accessibles à tous, l'offre de services de santé maternelle et procréative dans le cadre du dispositif de santé primaire est d'importance fondamentale.

L'analyse de données pour les années 1995 à 2008 confirme le fait qu'une augmentation de la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié est corrélée à une diminution du TMM (figure 5.3). On constate en effet qu'une augmentation de 1 pour cent de cette proportion entraîne une diminution de 0,21 pour cent de la mortalité maternelle (voir également l'annexe 2).

Cette même conclusion se dégage de la situation de plusieurs pays. La Guinée équatoriale a accru la proportion d'accouchements assistés par

du personnel de santé qualifié de 5 pour cent à 64,6 pour cent en l'espace de six ans, ce qui représente un mieux de près de 10 pour cent chaque année. Au Maroc, au Rwanda, en Égypte, en Angola et au Niger, cette proportion a plus que doublé entre 1990 et 2008 et tous ces pays ont réussi relativement bien à réduire leur mortalité maternelle.

Inversement, les pays qui n'ont guère accompli de progrès dans la réduction du TMM n'en ont pas fait davantage pour le relèvement de la proportion des accouchements effectués à l'aide d'un personnel de santé qualifié. Au Zimbabwe, cette proportion, qui était de 69,2 pour cent en 1994, n'était plus que de 60 pour cent en 2008. Cette même année, 790 naissances sur 100 000 se

sont soldées par la mort de la mère, le double du taux enregistré en 1990. La chute des capacités du dispositif sanitaire au Zimbabwe explique en partie cette régression. Ainsi, 80 pour cent des postes de sage-femme dans les services publics sont-ils actuellement à pourvoir. En outre, seuls 5,4 pour cent des femmes enceintes savaient si elles étaient infectées ou pas par le VIH avant de devenir enceintes, et seulement 34 pour cent des femmes avaient subi un test de séropositivité pendant leur grossesse.

Par ailleurs, du fait des inégalités liées à la situation géographique et aux revenus, il sera difficile d'améliorer l'accès aux sages-femmes qualifiées

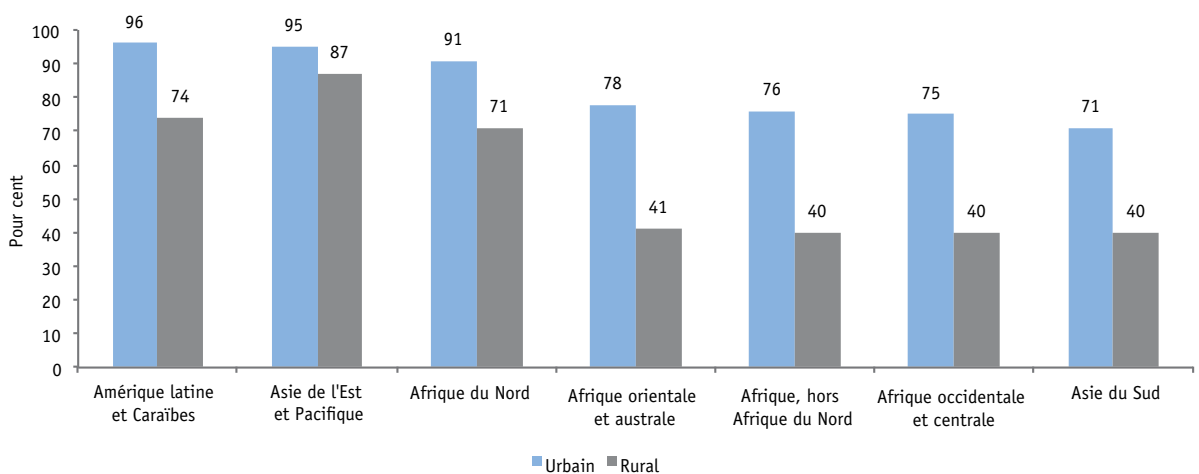
La comparaison de la performance au regard du TMM des différents pays ne dégage qu'un tableau partiel. Il existe aussi de vastes inégalités à l'intérieur des pays. Les différentes possibilités d'accès à du personnel de santé qualifié pour

l'accouchement reflètent l'écart entre les conditions dont bénéficient les femmes urbaines et rurales, et les femmes aisées et pauvres.

C'est en Afrique (hors Afrique du Nord) que l'écart urbain-rural est le plus prononcé. Les femmes en milieu urbain ont presque deux fois plus de chances que les femmes en milieu rural d'accoucher à l'aide d'une assistance professionnelle. En outre, 80 pour cent des femmes du quintile supérieur par le revenu accouchent de la sorte, contre 24 pour cent seulement des femmes du quintile inférieur (figure 5.4).

Au niveau des pays, ce sont le Niger, la RCA et Djibouti qui affichent le clivage urbain-rural le plus prononcé (figure 5.5). Au Niger, 71 pour cent des femmes urbaines accouchent avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié, contre 8 pour cent seulement en milieu rural. La Tunisie, le Botswana et l'Afrique du Sud sont les pays les plus égalitaires

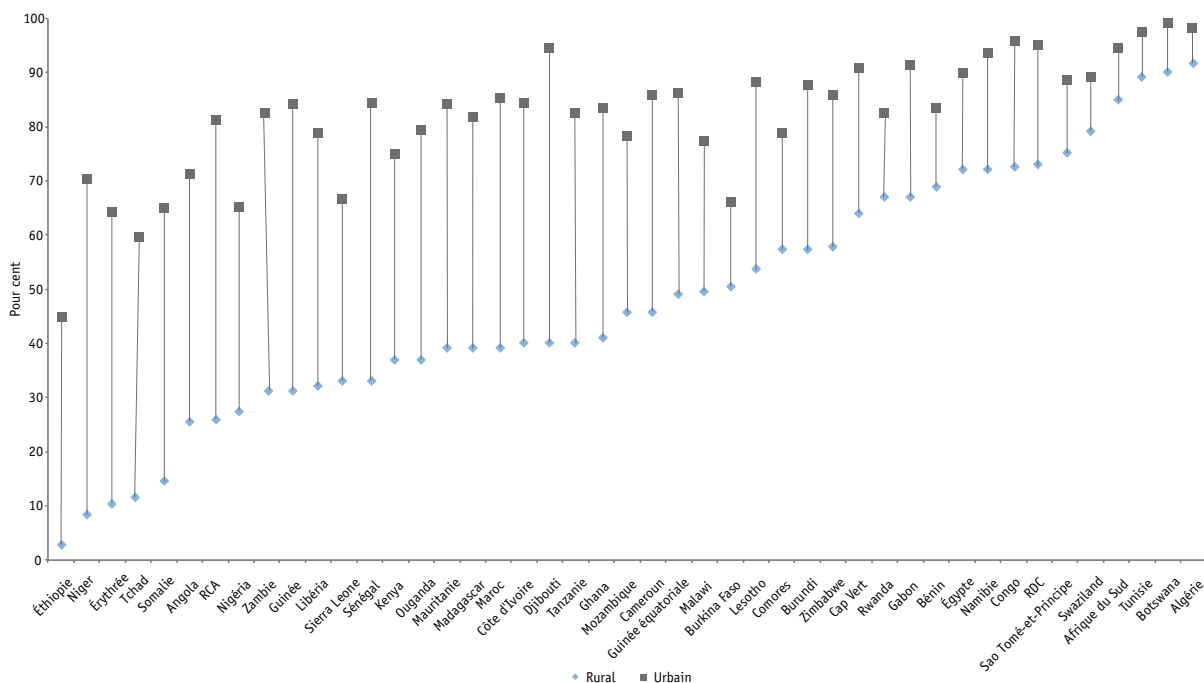
Figure 5.4 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par région, zones urbaines et rurales, 2006-2010



Source : calculs effectués à partir des données disponibles sur : www.childinfo.org.

Note : aucune donnée disponible pour la Libye, le Soudan et le Soudan du Sud.

Figure 5.5 Proportion de femmes accouchant avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié en Afrique, zones urbaines et rurales



Source : calculs effectués à partir des données disponibles sur www.childinfo.org, consultées en mars 2012.

au titre de cette mesure, le taux de différence urbain-rural y étant inférieur à 10 pour cent.

Les inégalités de revenu sont plus prononcées que les écarts entre zones urbaines et rurales

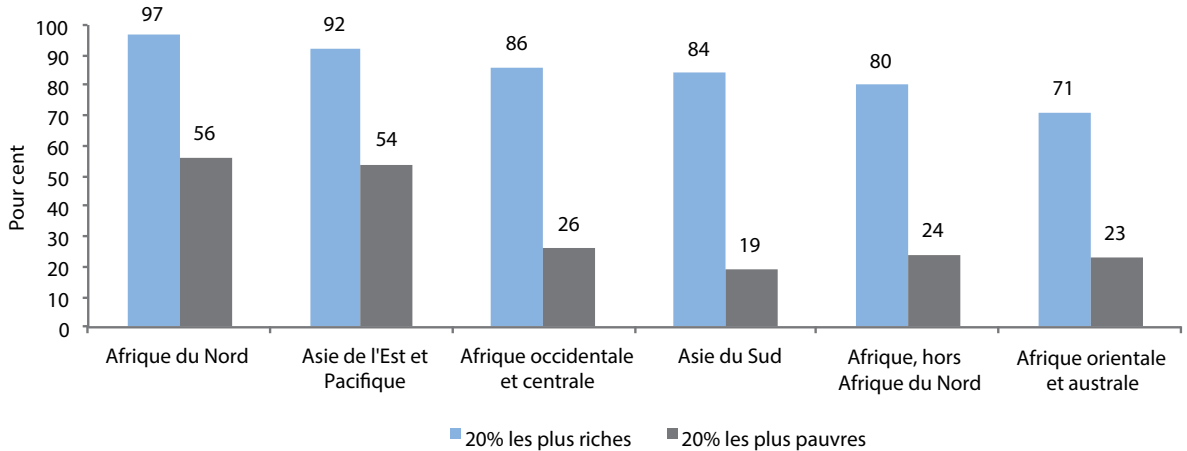
La probabilité que les femmes africaines du quintile le plus aisé accouchent à l'aide de l'assistance d'un personnel qualifié est plus de trois fois plus élevée que celle s'appliquant aux femmes du quintile le plus pauvre (figure 5.6). Au plan sous-régional, cette inégalité est la plus forte en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. À l'échelon national, c'est au Nigéria que l'écart le plus important est observé : 86 pour cent contre 8 pour cent. Le Cameroun, la Mauritanie, le Soudan, l'Érythrée et le Ghana

affichent des écarts de plus de 70 pour cent entre les deux quintiles.

Au Burkina Faso, la proportion des femmes accouchant avec une assistance professionnelle est plus ou moins la même dans les différents quintiles : 65 pour cent dans le quintile le plus élevé, 56 pour cent dans le quintile le plus bas. L'Algérie et Sao Tomé-et-Principe enregistrent également une répartition relativement uniforme parmi les différents groupes de revenu²⁷.

27 Voir le site www.childinfo.org, consulté en mars 2012.

Figure 5.6 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, par quintile de revenu, 2006-2010



Source : calculs effectués à partir des données disponibles sur : www.childinfo.org, consultées en mars 2012.

Note : les données sont des moyennes pondérées.

Les inégalités à l'intérieur des pays s'expliquent par des facteurs d'accès, de coût et de demande liés aux services

Les écarts actuellement déterminés par la situation géographique et le revenu illustrent les principaux défis qu'il reste à relever pour accroître la proportion des femmes accouchant en présence d'un personnel qualifié.

En premier lieu, ces inégalités renvoient à la nécessité de déployer davantage de prestataires formés et compétents dans les zones rurales. Il faut aussi que ces derniers aient accès à des médicaments essentiels, à des fournitures, à des équipements et à des soins obstétricaux d'urgence. Pour accroître l'effectif d'assistants formés et compétents pour les accouchements, il est primordial de revitaliser la profession de sage-femme et d'obtenir des gouvernements qu'ils fournissent les financements et les formations appropriés à cette fin. Certains pays ont déployé des programmes spécifiques

pour améliorer les services en milieu rural. Par exemple au Nigéria, le pays d'Afrique comptant le plus de femmes décédant à l'accouchement et où les inégalités entre femmes urbaines et femmes rurales et entre quintiles de revenu sont les plus prononcées, le Programme des services de sages-femmes (Midwives Service Scheme) exige de celles-ci qu'elles accomplissent une période de service communautaire d'un an dans des zones rurales et sous-desservies. Entre la date de lancement du programme en 2009 et le mois de juillet 2010, 2 622 sages-femmes avaient été réparties dans des dispensaires en milieu rural (OMS et al., 2012).

Un second défi à relever consiste à mobiliser les ressources pour faire face au coût des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Accoucher en dehors du domicile implique non seulement des frais de transport et de prise en charge médicale, mais également un coût d'opportunité. Une femme peut être obligée de quitter

son domicile et de se déplacer pendant des heures, sinon des jours, pour gagner la clinique la plus proche, où elle n'est même pas sûre de recevoir des soins appropriés et en temps utile. Elle doit songer à prendre des dispositions pour que l'on s'occupe de ses enfants et pour que les tâches de la maison soient assurées. Cela étant, les femmes rurales et à faible revenu ne pourront accéder à un personnel d'accouchement qualifié que si les pouvoirs publics réduisent les frais directs et le coût d'opportunité qui leur incombent, en offrant des soins de santé maternels gratuits, comme au Malawi, au Rwanda ou en Sierra Leone. C'est à cette seule condition qu'il sera possible à ces femmes d'avoir recours à ce type de prestations. De même, l'introduction de la protection sociale jouera un rôle crucial dans l'élimination des obstacles liés aux coûts et la diminution de la mortalité maternelle (*Rapport OMD 2011*).

Enfin, l'existence de ces écarts liés au milieu de résidence et au revenu montre à quel point il importe d'autonomiser les femmes en leur apportant la connaissance et le pouvoir de déterminer les modalités de leur accouchement. En effet, les femmes qui sont en mesure de décider du lieu de leur accouchement sont en général mieux à même d'accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Il faut aussi savoir que des obstacles culturels, particulièrement parmi les populations rurales et pauvres, abaissent la proportion d'accouchements assistés par un tel personnel. Ces populations se méfient parfois des agents de santé et se fient davantage aux membres de la famille ou de la communauté, outre que, souvent, elles ne connaissent pas ou ne croient pas aux vertus de l'assistance professionnelle à l'accouchement. Il est nécessaire de venir à bout de barrières culturelles de ce type. Améliorer l'éducation des filles, offrir

davantage d'opportunités économiques aux femmes et relancer les campagnes de sensibilisation communautaire ne sont que certains des moyens par lesquels les femmes rurales et pauvres pourraient avoir leur mot à dire sur les conditions dans lesquelles elles souhaitent accoucher.

Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

Indicateur 5.3 : Taux de prévalence de la contraception chez les personnes mariées ;

Indicateur 5.6 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'accès aux moyens de contraception réduit le risque de mortalité maternelle

L'accès aux services de santé procréative, y compris de planification familiale, exerce une influence immédiate sur la mortalité maternelle. Selon les estimations du FNUAP (2009), un cas sur trois de mortalité maternelle pourrait être évité si toutes les femmes avaient accès à des méthodes de contraception. Lorsque des femmes sont mieux en mesure de programmer leur accouchement et le nombre de leurs enfants, leurs perspectives de santé et celles de leurs enfants en seront nettement améliorées. Parmi les femmes africaines désireuses d'espacer ou de retarder leur prochaine grossesse, près du quart semble ne pas utiliser de contraceptifs (ONU, 2011).

Malheureusement, comme les données sur la prévalence de la contraception et les besoins non satisfaits en planification familiale sont rares, il est malaisé de procéder à des analyses comparatives entre ces indicateurs et la mortalité maternelle. Il semble pourtant évident qu'une réduction du nombre des grossesses se traduise par une baisse

Tableau 5.1 Taux de prévalence contraceptive (TPC) pour différentes années

En dessous de 10 %		10-15 %		15-30 %		30-50 %		Supérieur à 50 %	
Mauritanie (2007)	9,3	Éthiopie (2005)	14,7	Cameroun (2006)	29,2	Lesotho (2009)	47,0	Maurice (2002)	75,8
Burundi (2006)	9,1	Somalie (2006)	14,6	Comores (2000)	25,7	Kenya (2009)	45,5	Maroc (2004)	63,0
Guinée (2005)	9,1	Nigéria (2008)	14,6	Ouganda (2006)	23,7	Libye (1995)	45,2	Algérie (2006)	61,4
Mali (2006)	8,2	Guinée-Bissau (2010)	14,0	Ghana (2008)	23,5	Botswana (2000)	44,4	Cap Vert (2005)	61,3
Sierra Leone (2008)	8,2	Côte d'Ivoire (2006)	12,9	RCA (2006)	19,0	Congo (2005)	44,3	Égypte (2008)	60,3
Érythrée (2002)	8,0	Sénégal (2005)	11,8	RDC (2010)	18,0	Malawi (2006)	41,0	Tunisie (2006)	60,2
Soudan (2006)	7,6	Libéria (2007)	11,4	Djibouti (2006)	17,8	Zambie (2007)	40,8	Zimbabwe (2006)	60,2
Angola (2001)	6,2	Niger (2006)	11,2	Gambie (2001)	17,5	Madagascar (2009)	39,9	Afrique du Sud (2004)	59,9
Tchad (2004)	2,8	Guinée équatoriale (2000)	10,1	Burkina Faso (2006)	17,4	Sao Tomé-et-Principe (2009)	38,4	Namibie (2007)	55,1
				Bénin (2006)	17,0	Rwanda (2008)	36,4	Swaziland (2007)	50,6
				Togo (2006)	16,8	Tanzanie (2010)	34,4		
				Mozambique (2004)	16,5	Gabon (2000)	32,7		

Source : calculs effectués à partir des données de la DNSU, consultées en décembre 2011.

Note : les années de référence sont indiquées entre parenthèses.

de la mortalité maternelle. En effet, le nombre total des cas de mortalité maternelle est égal au produit du nombre des femmes en âge de procréer, du taux général de fécondité et du TMM. Étant donné que le nombre des femmes en âge de procréer est en progression régulière et que le TMM ne baisse que légèrement, la diminution du nombre total des cas de mortalité maternelle en Afrique est principalement due à la baisse des taux de fécondité.

En fait, le FNUAP (2009) a montré que la diminution du nombre de cas de mortalité maternelle est imputable à 53 pour cent à la baisse de la fécondité. Il est donc impératif que les pays africains consentent de sérieux efforts pour accroître l'accès de la population à des moyens de contraception et diffuser des informations sur leur mode d'emploi.

Il existe de vastes disparités dans le recours à la planification familiale d'un pays à un autre

Le taux de prévalence contraceptive (TPC) chez les personnes mariées en Afrique est de 29,3 pour cent en moyenne, mais ce chiffre masque de très grandes disparités. Au Tchad, le TPC était inférieur à 3 pour cent en 2004. À Maurice, il était de 75,8 pour cent en 2002, l'un des taux les plus élevés au monde (DSNU, 2011). Les pays dont le TPC est très faible sont pour la plupart en situation de conflit ou d'après-conflit (*tableau 5.1*), ce qui illustre une fois de plus l'importance des infrastructures sanitaires.

Les pays caractérisés par un TPC élevé se situent majoritairement en Afrique du Nord et en Afrique australe. Les pays d'Afrique du Nord enregistrent de bonnes performances sur l'ensemble des variables liées à la santé maternelle. En Afrique australe, les niveaux élevés de TPC pourraient bien être attribués à un usage accru des préservatifs pour se prémunir contre l'épidémie du VIH/sida.

Changer les préjugés à l'égard de la planification familiale

L'utilisation de contraceptifs évolue aujourd'hui à l'échelle du continent : les TPC ont légèrement augmenté, passant de 21 pour cent au début des années 1990 à 29 pour cent dans un passé récent. Cependant la proportion des femmes ayant un besoin non satisfait²⁸ en matière de services de planification familiale n'a pas varié, se situant toujours aux alentours de 25 pour cent (ONU, 2011).

28 Par définition, le degré de besoin non satisfait est égal au pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans souhaitant ne plus avoir d'enfants ou reporter leur prochaine grossesse de deux ans au moins, mais qui n'ont pas actuellement recours à la contraception.

La légère montée du TPC à l'échelle du continent masque des taux d'augmentation très divers parmi les pays d'Afrique. Le Niger, la Zambie, le Mozambique, l'Éthiopie, le Malawi, la Sierra Leone, la Tanzanie et la Guinée ont vu leurs TPC plus que tripler au cours des vingt dernières années (DSNU, 2011). Cette progression est due en partie aux interventions visant à accroître l'accès aux services de planification familiale, sensibiliser le public aux avantages de la planification familiale, et permettre aux femmes d'espacer et de limiter les naissances.

Cela dit, bien que le nombre des femmes africaines utilisant la contraception soit en hausse, l'offre de services contraceptifs à celles qui le sollicitent n'est pas satisfaite (ONU, 2011). Toutes choses étant égales par ailleurs, une augmentation du TPC devrait s'accompagner d'une diminution correspondante des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Or, ces besoins ne diminuent pas en Afrique. Au contraire, ils sont en augmentation dans de nombreux pays. En revanche, cela signifie qu'un nombre croissant de femmes souhaitent espacer ou limiter les naissances, ce qui traduit de leur part une plus grande prise de conscience des avantages de la planification familiale et, peut-être, une progression de l'égalité de genre et de l'autonomisation des femmes. Malheureusement, ce souhait n'est pas près d'être réalisé, pour plusieurs raisons.

Premièrement, l'effet d'accroissement de revenu joue un rôle important dans l'utilisation de la contraception à courte et longue durée. Alors que certains pays ont accru leur TPC, il se pourrait que l'accès à la contraception soit biaisé en faveur de bénéficiaires disposant d'un revenu élevé. Creanga et al. (2011) constatent, par exemple, que les inégalités liées au revenu (mesurées par

l'indice de concentration des besoins satisfaits en contraceptifs visant à limiter les naissances) sont les plus prononcées en Namibie, au Mozambique et en Éthiopie, et les plus faibles au Ghana et au Malawi. Des inégalités liées au niveau de revenu se manifestent également dans les besoins satisfaits en contraceptifs visant à espacer les naissances. Elles sont les plus fortes en Éthiopie et les plus faibles au Malawi, en Namibie et en Zambie.

Deuxièmement, il est crucial que les femmes soient suffisamment autonomisées, faute de quoi elles ne pourront pas opter pour la contraception. C'est dire que malgré la disponibilité en contraceptifs et le désir des femmes d'espacer ou de limiter les naissances, elles se retiennent d'utiliser les méthodes de planification familiale disponibles en raison de facteurs culturels, économiques ou sociaux. De plus, les méthodes de contraception qui leur sont proposées ne correspondent pas toujours à celles qu'elles recherchent. Des femmes pourraient ainsi avoir accès à des contraceptifs de courte durée, tels que le préservatif ou la pilule contraceptive orale, alors qu'elles souhaitent en fait recourir à des méthodes de longue durée ou des solutions permanentes tels qu'un dispositif intra-utérin ou la stérilisation.

De ce fait, bien que les pays fassent progresser leur TPC sur la bonne voie, il leur appartient d'examiner de plus près les entraves à l'accès aux types de contraceptifs appropriés, et les raisons pour lesquelles il n'y pas eu de diminution des besoins non satisfaits. En Égypte, par exemple, la levée des obstacles à la planification familiale a été un élément central de la campagne nationale en faveur de la santé maternelle. En dépit de la mise en place d'un programme de planification familiale dans les années 1960, le TPC dans ce pays était

faible et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale élevés. Dans le cadre d'une campagne unique, lancée par le gouvernement au début des années 1990, des femmes rurales sur toute l'étendue du pays ont été formées et rémunérées par l'État en vue d'être les porte-paroles de la planification familiale. Leur activité a été appuyée par une campagne radiotélévisée d'envergure.

Grâce à ces initiatives, l'Égypte a pu surmonter certaines barrières culturelles à l'utilisation de contraceptifs, réduisant de plus de moitié, soit de 19,8 pour cent en 1992 à 9,2 pour cent en 2008, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, ce qui était attesté par le nombre croissant de femmes ayant recours à de tels services. L'Égypte a été le pays Africain le plus performant sur l'indicateur des besoins non satisfaits. Son taux de mortalité maternelle est tombé de 220 à 82 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période.

Indicateur 5.4 : Taux de natalité parmi les adolescentes

Les taux de natalité parmi les adolescentes sont toujours élevés en Afrique

Les filles de 15 à 19 ans risquent deux fois plus que des femmes de 20 ans ou plus de mourir pendant leur accouchement. Il est également fréquent que des adolescentes souhaitant interrompre leur grossesse se soumettent à des avortements dangereux. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont responsables de près de 30 pour cent des cas de mortalité maternelle et constituent la principale cause de décès parmi les filles de ce groupe d'âge (FNUAP, 2009). Il est donc impératif, pour réduire les taux de mortalité

maternelle, de faire tomber les taux de natalité chez les adolescentes et de rendre disponibles et accessibles les soins post-avortement.

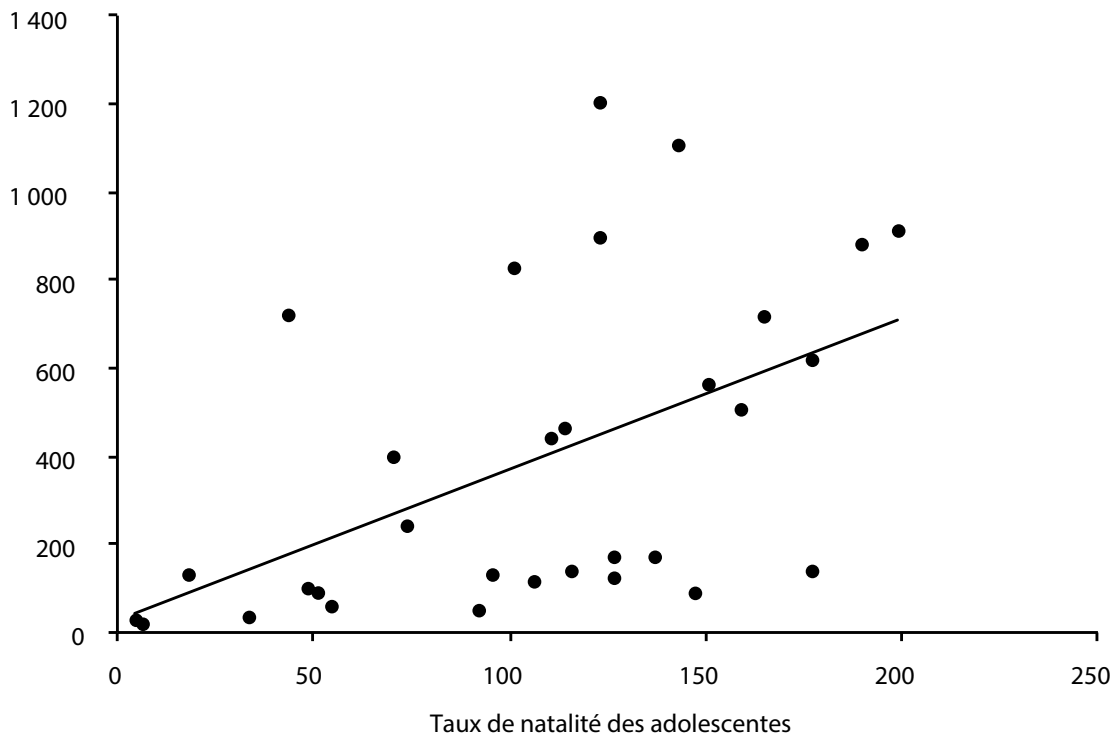
Pour les pays dont les données sont très récentes, on constate que pour 1 000 femmes du groupe d'âge de 15-19 ans, il y a en moyenne 101,3 qui auront mis au monde un ou plusieurs enfants. Ceci signifie que 10 pour cent des femmes africaines accouchent avant l'âge de 20 ans. Ce chiffre ne tient pas compte de la proportion importante de jeunes femmes qui ne poursuivent pas leur

grossesse à terme en raison d'une fausse couche ou d'un avortement.

Le taux de natalité parmi les adolescentes est resté relativement fixe au cours des deux décennies écoulées, accusant une baisse de 3,6 pour cent par rapport à une moyenne de 105 naissances pour 1 000 femmes au début des années 1990 (ONU, 2011).

Il existe une relation évidente entre les taux de natalité chez les adolescentes et le TMM (*figure 5.7*), bien que celle-ci ne soit pas causale. Plus le taux

Figure 5.7 Corrélation entre le taux de natalité des adolescentes et le taux de mortalité maternelle, 2005-2008



Source : calculs effectués à partir des données de la DNSU, consultées en décembre 2011.

Note : la figure montre la corrélation pour différents pays, entre taux de natalité chez les adolescentes et le taux de mortalité maternelle pour la même année.

de natalité parmi les adolescentes est élevé, plus l'est également le TMM.

Les pays d'Afrique du Nord, c'est-à-dire la Libye, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc, sont ceux qui ont produit les meilleures performances, à l'échelle du continent, en termes de taux de natalité des adolescences, ces taux étant très inférieurs à la moyenne mondiale.

Le Niger, le Tchad et le Mali affichent les taux de natalité des adolescentes les plus élevés, à savoir, 199, 193 et 190 pour 1 000 naissances. Cela signifie que près de 20 pour cent des femmes de ces pays auront donné naissance avant d'avoir 20 ans. Des facteurs culturels, en particulier la pratique des mariages précoces et le peu d'importance accordée à l'éducation des filles, en sont en partie responsables. Ces trois pays enregistrent également des taux élevés de mortalité maternelle.

Réduire les taux de natalité chez les adolescentes et améliorer l'état de santé des mères adolescentes

De nombreuses politiques doivent être mises en œuvre pour abaisser les taux de natalité des adolescentes et intervenir contre les risques de santé associées à leur grossesse. L'OMS recommande un enchaînement continu de soins à trois volets commençant au niveau des individus et s'étendant au système de santé.

Au niveau individuel, familial et communautaire, il est indispensable d'améliorer les connaissances, l'éducation, l'expérience, le revenu et l'autonomisation des jeunes filles. Celles d'entre elles qui peuvent accéder à l'éducation, particulièrement au-delà du primaire, ont des chances nettement accrues de reporter le mariage et la procréation. Les mères

adolescentes doivent également être préparées à la vie courante et recevoir une éducation sexuelle visant à accroître leur indépendance, leur mobilité, leur estime de soi et leur aptitude à prendre des décisions. Il faut aussi que leur famille et leur communauté soient généralement conscientes des complications que les grossesses d'adolescente peuvent entraîner afin que la grossesse ait un aboutissement heureux le jour où une jeune femme devient enceinte. Mieux renseignées sur ce plan, les adolescentes risquent moins de tomber enceintes et auront de meilleures chances de survie si elles le deviennent effectivement.

Au niveau des soins cliniques et ambulatoires, les adolescentes doivent bénéficier très tôt de soins prénatals et se voir présenter l'option de poursuivre ou d'interrompre leur grossesse. La protection sanitaire des adolescentes enceintes choisissant la voie de l'avortement exige également que cette opération soit rendue moins dangereuse. En outre, les mères adolescentes sont plus particulièrement susceptibles d'être atteintes d'anémie, de donner naissance à des enfants de poids insuffisant et d'être vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles et au paludisme. Ces risques doivent donc être correctement dépités et gérés.

Enfin, il appartient aux pays de traiter le problème des grossesses chez les adolescentes à un échelon supérieur, en instaurant un environnement juridique et politique de nature à autonomiser les jeunes femmes, réduire le nombre d'adolescentes enceintes et améliorer l'état de santé de celles qui le deviennent. Formuler et appliquer des lois sur le mariage des enfants, améliorer l'accès à l'éducation et aux opportunités économiques au profit de femmes et prévoir des financements suffisants en matière de santé maternelle sont

autant de moyens permettant aux gouvernements de prendre en charge la question des grossesses à l'adolescence (OMS, 2008).

Indicateur 5.5 : Couverture des soins prénatals

Les femmes bénéficiaires de soins prénatals réguliers sont plus susceptibles d'accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé compétent et de reconnaître les signes de complications avant, pendant et après l'accouchement. Cependant, la pratique de soins prénatals en Afrique reste très limitée. Dans l'ensemble, 79 pour cent environ des femmes africaines enceintes subissent au moins un examen médical prénatal, mais moins de la moitié de ces femmes se soumettent aux quatre examens recommandés. Ce taux masque toutefois de grandes disparités. Bien que dans près de la moitié des pays, plus de 90 des femmes font l'objet d'une visite prénatale au moins, dans les pays où la mortalité maternelle est très élevée,

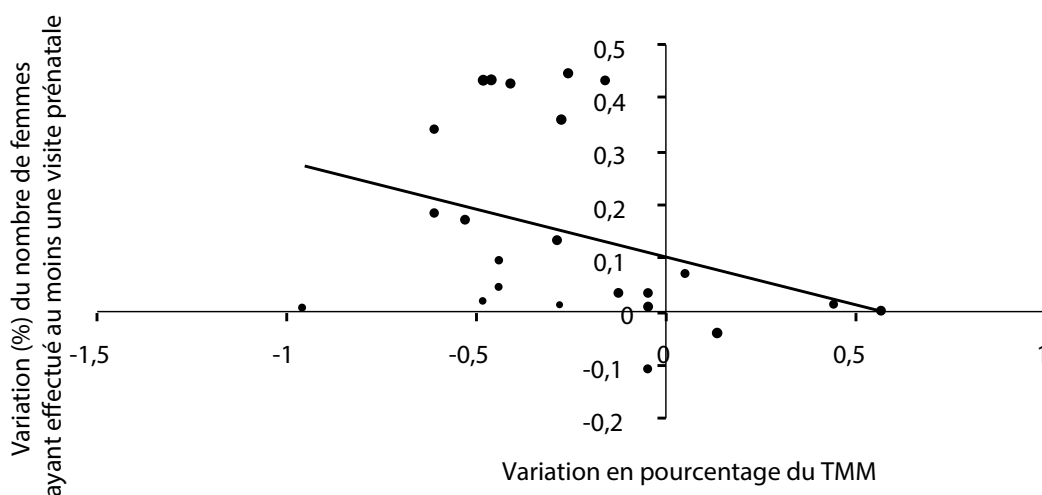
par exemple la Somalie, l'Éthiopie, le Tchad et le Niger, moins de la moitié des femmes effectuent une telle visite.

La survie maternelle augmente sensiblement au terme de quatre examens prénatals ou plus

Bien que la majorité des femmes en Afrique font l'objet d'au moins une visite d'examen prénatal, la corrélation avec la diminution de la mortalité maternelle ne se manifeste visiblement qu'à partir de quatre visites ou plus (figures 5.8 et 5.9, ainsi que l'annexe 2). Parmi toutes les variables de santé maternelle évaluées, la conformité aux quatre visites prénatales recommandées par l'OMS est celle qui est en plus forte corrélation avec la réduction du TMM. La corrélation entre les visites prénatales et TMM s'accroît avec le nombre de visites.

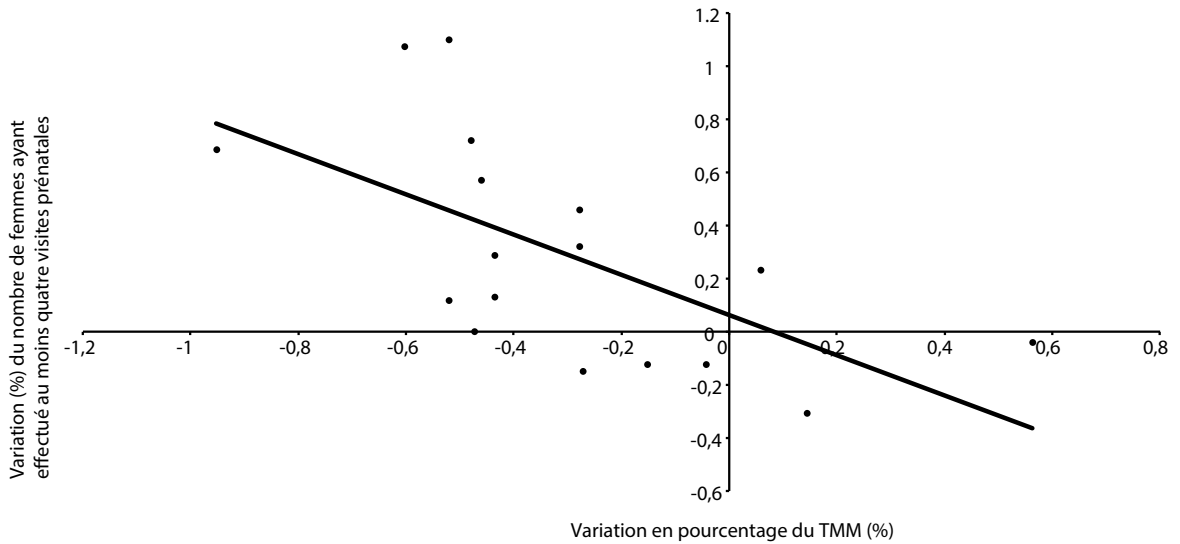
Afin d'assurer la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant, il est impératif que les femmes

Figure 5.8 Corrélation entre la variation du pourcentage de femmes effectuant au moins une visite prénatale et la variation en pourcentage du taux de mortalité maternelle, 1995-2008



Source : calculs effectués à partir des données de la DNSU, consultées en décembre 2011.

Figure 5.9 Corrélation entre la variation du pourcentage de femmes effectuant au moins quatre visites prénatales et la variation en pourcentage du taux de mortalité maternelle, 1995-2008



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

enceintes restent en contact régulier avec un membre de personnel de santé qualifié au cours de leur grossesse. Grâce aux soins prénatals, il est possible de détecter et de gérer des affections telles que l'hypertension, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/sida et le paludisme, tout en encourageant l'immunisation et l'usage de suppléments nutritionnels, la prévention de la transmission mère-enfant liée au VIH/sida et la préparation à l'accouchement. La période prénatale offre également aux femmes la possibilité de s'informer sur les moyens d'espacer ou de limiter les naissances à l'avenir, ces moyens constituant des facteurs importants pour l'amélioration des chances de survie de la mère et de son enfant.

Qu'est-ce qui empêche les femmes africaines d'effectuer les quatre visites recommandées ? Dans de nombreux pays, la qualité des soins est médiocre

et bien que le premier examen prénatal y soit gratuit, les femmes supportent les frais des visites subséquentes. Il est donc impératif que l'on prévoie au moins quatre visites anténatales gratuites et de qualité pour les femmes enceintes. Comme il arrive parfois que les femmes ne soient pas bien renseignées sur l'importance de subir plusieurs examens prénatals, il appartient aux prestataires de santé de les convaincre de revenir faire les examens subséquents en leur fournissant des incitations à cet effet. Si un plus grand nombre de femmes en viennent à effectuer les quatre visites prénatals recommandées, l'Afrique connaîtra sûrement une forte chute de sa mortalité maternelle.

Les soins postnatals (services de santé dispensés pendant les six premières semaines après l'accouchement) sont essentiels pour la santé des mères et des nouveau-nés, bien qu'ils ne soient

pas mesurés dans le cadre des OMD. La première journée après la naissance constitue la période de risque maximum pour la mère et l'enfant, et la moitié des décès postnatals se produisent pendant la première semaine suivant l'accouchement. L'OMS estime que chaque année en Afrique, au moins 125 000 femmes et 870 000 nouveau-nés meurent pendant la première semaine, en grande partie à cause de l'accès limité aux services maternels ou à leur qualité médiocre.

En moyenne, 18 millions de femmes africaines accouchent chaque année ailleurs que dans un établissement de santé, circonstance qui rend difficile toute planification et mise en œuvre de services postnatals (OMS, 2006). Ainsi, au-delà de l'augmentation du nombre des femmes qui bénéficient des services d'examen prénatal et accouchent avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié, il est impératif que les pays concernés améliorent la disponibilité et la qualité des services de soins postnatals.

Conclusions

Dans l'ensemble, l'Afrique progresse lentement vers la réalisation de l'OMD 5, en dépit des initiatives internationales, continentales et nationales menées pour améliorer la santé maternelle. Les efforts visant à diminuer la mortalité maternelle ne peuvent être entrepris isolément car ils sont liés de près aux autres indicateurs de santé et à d'autres OMD.

Les insuffisances en matière d'accès aux services de santé et l'absence de recours à un personnel

d'accouchement qualifié, ainsi que les inégalités déterminées par l'emplacement géographique et le revenu constituent de graves entraves à la réduction du TMM au niveau des pays. L'utilisation de moyens contraceptifs pour espacer ou limiter les naissances peut jouer un rôle important pour abaisser le TMM continental, fort élevé. De plus, la réduction de la pauvreté, l'amélioration de l'éducation, le développement de l'emploi et l'autonomisation des femmes, ainsi que la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme sont susceptibles d'entraîner des effets favorables sur la réduction de la mortalité maternelle. L'amélioration de la santé maternelle aura ainsi des répercussions positives sur la santé des enfants et le bien-être économique des individus, des familles et des communautés.

L'OMD 5 représente un cadre approprié pour le suivi de la santé maternelle, mais les pays ne doivent pas se borner à suivre l'évolution des indicateurs sans se pencher également sur d'autres questions cruciales, telles que la morbidité maternelle, la prise en charge postnatale et les taux de fécondité afin que la question de la santé maternelle soit abordé dans son intégralité. Étant donné que la situation de la santé maternelle en Afrique est actuellement sous le feu des projecteurs internationaux, le moment semble être opportun pour les gouvernements et les décideurs du continent de prendre mesures concrètes afin qu'aucune femme n'ait à redouter la mort en donnant la vie.

Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Les progrès de l'Afrique dans sa lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ont été maintenus, voire renforcés. Cette situation mérite d'être signalée car ailleurs, dans d'autres régions du monde développées ou en développement, on observe des signes inquiétants de régression à ce niveau, particulièrement en ce qui concerne le VIH/sida. Le nombre de personnes vivant avec le VIH en Afrique a augmenté du fait de l'extension de la couverture en traitements antirétroviraux qui a permis de sauver davantage de vies. Le nombre des infections est également en baisse, et le recul de la prévalence parmi les jeunes femmes (de 15 à 24 ans) est particulièrement encourageant.

Par ailleurs, la lutte contre le paludisme a réalisé des progrès notables. L'attention accrue portée à la maladie et l'augmentation des financements qui lui sont consacrés ont entraîné une diminution de 20 pour cent du nombre de décès y afférents entre 2000 et 2009. L'Afrique (hors Afrique du Nord) a fortement contribué à cette forte baisse grâce à des interventions cruciales, notamment l'utilisation accrue de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et de la polythérapie à base d'artémisinine ainsi que l'affectation de fonds en conséquence.

Le Plan mondial « Halte à la tuberculose » commence également à porter des fruits. L'amélioration de la couverture des traitements antirétroviraux et la baisse des taux d'infection à VIH ont également

réduit le nombre des infections à la tuberculose en raison du caractère opportuniste de cette maladie.

Le Fonds mondial, la Déclaration d'Abuja, la stratégie Halte à la tuberculose, l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme et la mise à jour, en juin 2011, du Partenariat « Faire reculer le paludisme » ne constituent que quelques unes des initiatives internationales et régionales qui reflètent la volonté politique d'éliminer ces maladies. L'existence de fonds verticaux, c'est-à-dire de programmes qui mobilisent des ressources au profit de problèmes sanitaires spécifiques et délivrent des résultats directs et mesurables, explique, entre autres raisons, les résultats positifs de la lutte contre ces trois maladies.

En juillet 2001, après avoir pris act de la réduction des taux de prévalence des infections à VIH et de l'accès accru aux antirétroviraux, l'Assemblée générale des Nations Unies a fixé de nouveaux objectifs ambitieux²⁹ en vue d'obtenir des résultats optimisés plus rapidement et plus judicieusement dans la lutte contre le VIH/sida, notamment par la mise en œuvre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à

29 Ces objectifs sont fixés dans la Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida.

l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (ONUSIDA, 2011a)³⁰.

Si les données relatives à la prévalence de l'infection à VIH ont été régulièrement actualisées, il n'en va pas de même pour les données relatives au comportement et aux connaissances se rapportant au VIH. De fait, aucune mise à jour n'a été effectuée depuis le dernier rapport 2011 sur *l'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement* sur l'utilisation d'un préservatif lors de rapports sexuels à haut risque, la proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes sur le VIH/sida, et le taux de scolarisation des orphelins par rapport à celui des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans. La raison principale en est que la plupart des données sont recueillies au cours d'enquêtes menées à intervalles irréguliers, et que les cycles de collecte de données varient d'un pays à l'autre (CEA et al., 2011).

Cible 6A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle

Baisses prononcées de la prévalence du VIH/sida

L'Afrique (hors Afrique du Nord) reste la région du monde la plus affectée par le VIH. Bien qu'elle n'abrite que 12 pour cent de la population mondiale, elle représentait environ 68 pour cent des cas de séropositivité en 2010. Cette même année,

70 pour cent des nouvelles infections à VIH s'y sont produites, malgré la baisse sensible du taux de nouvelles infections qui y ont été constatées. Si l'épidémie est restée stable en Europe occidentale et centrale, elle s'est aggravée en Amérique du Nord, en Asie de l'Est, en Europe de l'Est et en Asie centrale, et a régressé en Asie du Sud-Est (*tableau 6.1*).

Les personnes vivant avec le VIH n'ont jamais été aussi nombreuses qu'aujourd'hui, et cela est dû en grande partie à un accès accru aux traitements. En Afrique, le nombre de décès liés au sida a diminué de manière spectaculaire, passant de 2,2 millions au milieu des années 2000 à 1,9 million de morts en 2010. Le nombre de nouvelles infections à VIH signalé annuellement a baissé de 21 pour cent entre 1997 et 2010.

Le nombre de nouvelles infections à VIH (l'incidence) en Afrique (hors Afrique du Nord) a reculé de plus de 21 pour cent, à 1,9 million, par rapport à l'estimation de 2,6 millions au plus fort de l'épidémie en 1997. La prévalence du VIH a régressé dans 21 pays en Afrique, le continent le plus touché par l'épidémie du sida. Les baisses ont été prononcées, notamment dans les pays comportant le plus grand nombre de populations atteintes, tels que l'Éthiopie, le Nigéria, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe. Cette diminution de l'incidence est particulièrement remarquable en Afrique du Sud, qui reste toutefois le pays où le nombre de personnes infectées est le plus élevé au monde. L'incidence annuelle de l'infection à VIH, quoique toujours élevée, y a baissé d'un tiers entre 2001 et 2009, passant de 2,4 pour cent à 1,5 pour cent.

La région où l'épidémie demeure la plus préoccupante est l'Afrique australe, suivie de l'Afrique

30 Le Plan mondial identifie 22 pays prioritaires : l'Inde et 21 pays africains (Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, RDC, Swaziland, Tchad, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe).

Tableau 6.1 Statistiques régionales du VIH/sida, 2001 et 2010

	Adultes et enfants vivant avec le VIH (millions)		Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH (millions)		Prévalence chez les adultes (%)		Décès d'adultes et d'enfants liés au sida (millions)		Prévalence chez les jeunes (15-24 ans) (%), hommes		Prévalence chez les jeunes (15-24 ans) (%), femmes	
	2001	2010	2001	2010	2001	2010	2001	2010	2001	2010	2001	2010
Afrique hors Afrique du Nord	20,5	22,9	2,2	1,9	5,9	5,0	1,4	1,2	2,0	1,4	5,2	3,3
Asie du Sud-Est	3,8	4,0	0,380	0,270	0,3	0,3	0,23	0,250	0,2	0,1	0,1	0,2
Asie de l'Est	0,380	0,790	0,074	0,088	<0,1	0,1	0,024	0,056	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Europe de l'Est et Asie centrale	0,630	1,5	0,030	0,160	0,2	0,9	0,01	0,090	0,1	0,1	0,1	0,1
Europe occidentale et centrale	0,630	0,840	0,030	0,030	0,2	0,2	0,1	0,0099	0,1	0,1	0,1	0,1
Amérique du Nord	0,980	1,3	0,049	0,058	0,5	0,6	0,019	0,020	0,3	0,3	0,2	0,2

Source : ONUSIDA, 2011b.

de l'Est, de l'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Ouest. Le tiers de toutes les personnes au monde vivant avec le VIH sont réparties dans 10 pays situés en Afrique australe³¹. L'Afrique du Nord reste la sous-région du continent la moins touchée par le VIH/sida. L'épidémie se propage actuellement de manière généralisée dans des pays tels que Djibouti et le Sud Soudan, où elle était précédemment confinée à des groupes à haut risque.

31 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

Indicateur 6.1 : Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans

De récentes estimations publiées par l'ONUSIDA montrent que la prévalence du VIH a diminué chez les jeunes (de 15 à 24 ans) dans au moins 21 des 24 pays africains affichant un taux de prévalence national de 1 pour cent ou plus. Le recul de la prévalence du VIH a été statistiquement significative dans des sites sentinelles au Botswana, au Burkina Faso, au Congo, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Malawi, au Nigéria, en Namibie, en Tanzanie, au Togo et au Zimbabwe. Quatre de ces pays (Botswana, Malawi, Tanzanie et Zimbabwe) ont également enregistré des baisses démographiques statistiquement significatives, d'après les résultats de sondages effectués auprès des

populations concernées. En outre, une régression statistiquement significative de la prévalence du VIH a été observée au sein de la population générale au Lesotho, en Afrique du Sud et en Zambie (ONUSIDA, 2011).

Baisse de l'infection et de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes

La baisse de l'incidence de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes est particulièrement intéressante. Entre 2001 et 2010, le taux de nouvelles infections à VIH au sein de cette population en Afrique (hors Afrique du Nord) a diminué, passant de 0,72 à 0,49 pour cent, tandis que chez les adultes, l'incidence des infections à VIH a considérablement reculé dans plusieurs des pays prioritaires (dont le Botswana, la Côte d'Ivoire, la Namibie et le Zimbabwe), où les baisses ont atteint au moins 50 pour cent. De plus, la prévalence parmi les jeunes femmes a diminué de 5,2 à 3,3 pour cent entre 2001 et 2010 (*tableau 6.1*), ce mieux s'expliquant en partie par l'éducation améliorée des filles, laquelle constitue peut-être à elle seule l'arme de prévention la plus efficace contre le VIH/sida (Banque mondiale, 2002). Cette évolution est aussi de bon augure de par l'incidence positive qu'elle exerce sur d'autres indicateurs, tels que ceux de la tuberculose et de la transmission mère-enfant du VIH/sida.

L'utilisation accrue d'antirétroviraux a été également favorisée par le fait que de nombreux pays exigent aujourd'hui que les personnes atteintes de tuberculose subissent un test de dépistage du VIH. En cas de séropositivité avérée, ces personnes sont ainsi assurées d'un traitement rapide qui garantit l'anonymat et le caractère volontaire du dépistage. Grâce à ces dispositions, la proportion des patients tuberculeux ayant subi un test de

dépistage du VIH est passée de 11 pour cent en 2005 à 59 pour cent en 2010. La proportion des patients tuberculeux dont le test s'est avéré positif et qui ont reçu des antirétroviraux a augmenté de 29 pour cent à 42 pour cent pendant la même période (OMS, 2011a).

En Afrique, une femme sur dix devient mère avant l'âge de 19 ans. La baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes va donc probablement conduire à une forte diminution de la transmission mère-enfant, tendance qui ne pourra que s'affirmer à mesure qu'un nombre croissant de femmes subiront des tests volontaires de dépistage du VIH. On estime qu'en 2010, environ 35 pour cent des femmes enceintes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (ce qui est le cas de la plupart des pays africains) se sont fait tester pour le VIH, alors qu'une proportion de 8 pour cent et de 26 pour cent d'entre elles l'avaient fait respectivement en 2005 et en 2009.

Indicateur 6.2 : Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

L'emploi du préservatif progresse dans les pays à forte prévalence, mais d'importantes disparités géographiques et de genre subsistent dans ce domaine

Aucune nouvelle donnée n'a été publiée depuis la publication du *Rapport OMD 2011*. L'utilisation du préservatif dans les rapports sexuels à haut risque est toujours limitée chez les jeunes (de 15 à 24 ans) dans les régions en développement. À en juger par les données émanant des derniers sondages, qui remontent aux années 2005 à 2009, moins de la moitié des jeunes hommes et un peu plus du tiers des jeunes femmes en Afrique (hors Afrique du Nord) ont utilisé un préservatif lors de leur dernier

rapport sexuel à haut risque (ONU, 2011). Le peu d'informations dont on dispose indique toutefois que l'utilisation du préservatif a augmenté dans les pays à forte prévalence, mais que de fortes disparités subsistent à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre. Au Zimbabwe, par exemple, on estime que 68 pour cent des jeunes hommes et 42 pour cent des jeunes femmes utilisent le préservatif. À l'égal de ce qui est constaté dans les autres services de santé, l'écart entre les genres dans l'utilisation du préservatif est exacerbé par des inégalités de revenu et de situation géographique. Le recours au préservatif est ainsi bien moins fréquent parmi les jeunes vivant dans les ménages pauvres et habitant en milieu rural (ONUSIDA, 2011b).

L'utilisation de préservatifs dans les rapports sexuels à haut risque est également motivée par les connaissances désormais acquises sur la transmission du VIH, et par le souci de prévenir celle-ci. Bien que les données soient rares à ce sujet, des enquêtes effectuées dans des pays sélectionnés d'Afrique (hors Afrique du Nord) permettent de penser que la proportion des jeunes qui savent que l'utilisation d'un préservatif réduit le risque d'infection à VIH varie d'environ 50 pour cent à près de 90 pour cent, avec toutefois de fortes variations selon la situation géographique et le genre (comme cela a été déjà constaté à propos d'autres OMD). Dans presque tous les pays, les jeunes femmes sont moins nombreuses à posséder ce type de connaissance. En milieu rural, les jeunes sont également plus ignorants des faits de la prévention (ONUSIDA, 2011b).

Dans certains pays faisant face à des épidémies généralisées, des changements de comportement (en particulier, une réduction du nombre de partenaires sexuels), l'utilisation accrue du préservatif et

le report à un âge plus avancé du premier rapport sexuel ont diminué le nombre de nouvelles infections. Dans les zones urbaines du Zimbabwe, par exemple, il s'est produit une baisse considérable de l'incidence du VIH, qui est passée d'une crête extrême de près de 6 pour cent en 1991 à moins de 1 pour cent en 2010. Cette transformation s'explique par des modifications encourageantes des comportements sexuels parmi les jeunes, et en particulier, par une réduction de la proportion des jeunes hommes ayant de multiples partenaires et une augmentation de la proportion des jeunes gens affirmant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque. De la même façon, le pourcentage des jeunes des deux genres ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est tombé sensiblement dans 8 des 15 pays disposant de données suffisantes à ce sujet (ONUSIDA, 2011).

Cible 6B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida

Indicateur 6.5 : Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

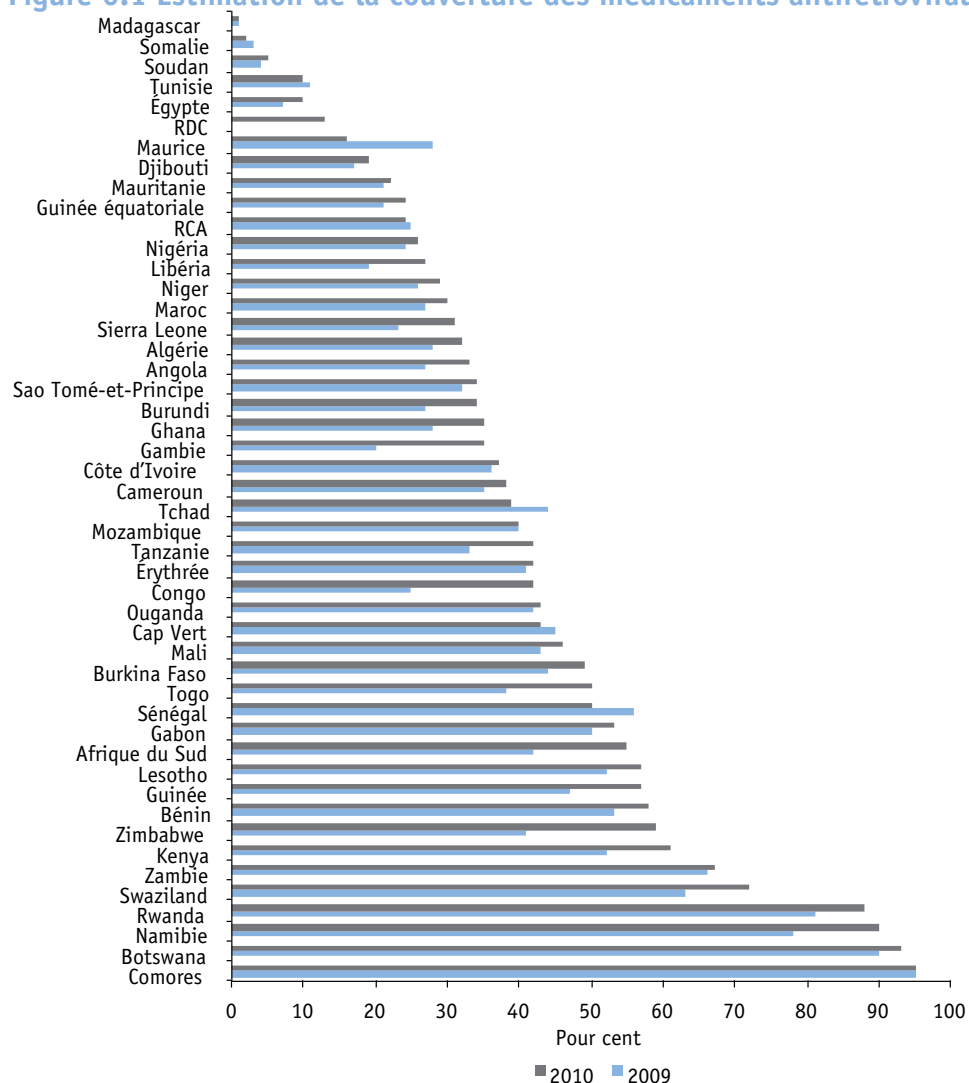
L'accès accru aux traitements antirétroviraux a fait ses preuves

Des progrès cruciaux ont été réalisés sur le plan de l'accès universel aux traitements contre le VIH/sida (défini comme correspondant à une couverture de 80 pour cent ou plus). À l'échelle mondiale, c'est en Afrique (hors Afrique du Nord) que les progrès les plus spectaculaires ont été réalisés en ce qui concerne la couverture antirétrovirale, avec un taux d'extension de 20 pour cent pour la seule période entre 2009 et 2010 (ONUSIDA, 2011b). Dans les

pays à revenu faible et intermédiaire, 47 pour cent des 14,2 millions de personnes éligibles vivant avec le VIH ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale à la fin de 2010, contre 39 pour cent un an auparavant. L'accès universel a été réalisé au

Botswana, aux Comores, en Namibie, en Afrique du Sud et au Swaziland (plus de 95 pour cent), au Lesotho (89 pour cent) et en Zambie (70-80 pour cent) (figure 6.1).

Figure 6.1 Estimation de la couverture des médicaments antirétroviraux, 2009 et 2010



Source : ONUSIDA, 2011b.

L'ONUSIDA estime que l'accès aux traitements contre le VIH/sida a permis, au plan mondial, d'éviter 2,5 millions de pertes en vies humaines liées au sida entre 1995 et 2010 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, principalement à la faveur d'une forte diminution de la transmission mère-enfant (ONUSIDA, 2011b).

La transmission mère-enfant est en baisse

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/sida présente des difficultés particulières parce qu'elle nécessite de la part des organismes qu'ils repèrent la quasi-totalité des femmes enceintes qui sont infectées par le VIH. On estime que le taux de ce type de transmission a baissé et qu'il est passé de 35 pour cent en 2001 à 29 pour cent en 2009 et à 26 pour cent en 2010. De même, on considère que plus de 350 000 nouvelles infections ont été évitées chez les enfants depuis 1995 grâce à des mesures prophylactiques reposant sur l'administration d'antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives (ONUSIDA, 2011b).

La couverture des services de conseil et de dépistage du VIH, qui constitue un facteur clé de la lutte contre la propagation de la maladie, a été étendue à la quasi-totalité des sous-régions africaines, notamment l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe (où le taux de couverture des tests de dépistage du VIH est passé de 52 pour cent en 2009 à 61 pour cent en 2010). En 2010, dans les 21 pays africains prioritaires, la couverture des services de conseil et de dépistage du VIH a concerné plus de 90 pour cent de la population au Botswana, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe. Cinq autres pays ont dépassé le taux de couverture de 80 pour cent : le Kenya, le Mozambique, la Namibie, le Swaziland et la Tanzanie. En revanche, moins de 20 pour cent

des femmes vivant avec le VIH ont été signalées au Tchad, en RDC et au Nigéria.

La couverture des services de conseil et de dépistage du VIH dans les sous-régions africaines reflète le plus souvent la gravité des épidémies de VIH/sida qui y sévissent. En 2010, le taux de couverture était respectivement de 4 pour cent en Afrique du Nord, de 18 pour cent en Afrique occidentale et centrale et de 64 pour cent en Afrique orientale et australe.

Bien que la stratégie la plus efficace pour prévenir les infections et la mortalité infantile liées au VIH soit de bloquer la transmission mère-enfant, le taux de couverture en prophylaxie antirétrovirale des enfants reste préoccupant. Cette couverture varie considérablement d'une sous-région à l'autre : 14 pour cent en Afrique occidentale et centrale en 2010, et 55 pour cent en Afrique orientale et australe en 2009/10 (*encadré 6.1*) contre 41 pour cent en 2005.

Les efforts visant à étendre la prophylaxie antivirale des enfants marquent le pas, avec une progression de seulement 21 pour cent de 2009 à 2010 en Afrique (hors Afrique du Nord), assortie là aussi d'importantes variations sous-régionales. La couverture a augmenté de 26 pour cent en Afrique orientale et australe, et on estime que quelque 337 000 enfants y recevaient des médicaments antirétroviraux en 2010. Mais en Afrique occidentale et centrale, la couverture n'a progressé que de 9 pour cent, se traduisant par l'usage de cette thérapie sur seulement 9 000 autres enfants.

De nombreux décès liés au VIH chez les enfants séropositifs peuvent également être évités par l'administration de soins et de traitements en temps

utile. De tels services proposés aux enfants séropositifs se développent actuellement en Afrique, mais ils sont toujours insuffisants.

Pour agir sur ce front, les plans nationaux devraient valoriser les possibilités de synergie avec les programmes existants appliqués à différents domaines connexes : lutte contre le VIH, santé maternelle et santé néo-natale et infantile, prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables et information sur les traitements disponibles. La prévention et le traitement de l'infection à VIH au profit des mères et des enfants doivent se faire non en un seul, mais en plusieurs points d'intervention tout au long de la période périnatale. Il faut y voir l'occasion d'engager un programme de soins plus continu en parallèle avec les autres services de santé essentiels, sans pour autant supprimer la priorité accordée à la lutte contre le VIH. Cela permettrait de créer de puissantes synergies entre les OMD et contribuer ainsi à la réalisation des cibles de santé et de genre.

Le traitement du VIH est susceptible d'activer la prévention

Un aspect de la synergie qui intervient dans la lutte contre le VIH/sida tient à l'impact des traitements contre l'infection à VIH sur la prévention. Il est d'ores et déjà permis de penser que l'accès accru à ces traitements est en train de contribuer à la baisse rapide de nouvelles infections à VIH. L'ONUSIDA indique que le nombre de nouvelles infections à VIH est de 30 à 50 pour cent inférieur à ce qu'il aurait été, sans l'accès universel dont les séropositifs éligibles bénéficient aujourd'hui. Néanmoins, cette constatation ne devrait pas détourner l'attention de la nécessité de prévenir la transmission de nouvelles infections. Combiner le traitement avec la prévention comporte des conséquences au plan des ressources que tous les gouvernements devraient être prêts à accepter (ONUSIDA, 2011b).

Encadré 6.1 Succès enregistrés au Botswana dans la prévention de la transmission mère-enfant

Le Botswana a inscrit les OMD à son plan de développement national, ce qui a permis au pays de fixer ses propres priorités, et de concevoir et d'appliquer les stratégies qui conviennent le mieux à leur réalisation. La politique définie est guidée par les principes de l'appropriation nationale et de la pertinence pour un public aussi large que possible. Elle souligne le fait que les cibles doivent être en adéquation avec les circonstances locales et refléter les engagements nationaux.

Le pays a mis en œuvre un programme de prévention de la transmission mère-enfant qui a été couronné de succès. En septembre 2009, plus de 90 pour cent des femmes enceintes infectées par le VIH avaient bénéficié de services dans le cadre de ce programme. La transmission mère-enfant du VIH était tombée de 20 à 40 pour cent en 2001 à 4 pour cent environ en 2008-2009.

Le gouvernement envisage de faciliter l'accès à l'administration de traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) à toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, ce qui devrait faire tomber le taux de transmission mère-enfant à moins de 1 pour cent.

Source : Ministère des Finances et de la Planification du développement du Botswana et Nations Unies, 2010.

Cible 6 C : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle

La volonté politique constitue un facteur déterminant dans la réduction du paludisme et de la tuberculose. Les engagements pris par les chefs d'État à l'occasion de différents sommets africains prévoient des actions très variées : renforcer les dispositions institutionnelles et les systèmes de santé, nouer des partenariats, intégrer la santé aux plans de développement, mobiliser les ressources financières et investir en travaux de recherche et de développement. Des succès probants ont été obtenus dans la formation de partenariats et la mobilisation de ressources. Ils ont été moindres au niveau des dispositions institutionnelles.

Le paludisme peut être prévenu et guéri, mais en 2010, on a enregistré au plan mondial plus de 200 millions de cas et 650 000 décès, dont la plupart ont frappé des enfants vivant en Afrique. En revanche, la mortalité due au paludisme à l'échelle du continent a baissé dans une proportion de plus de 33 pour cent depuis 2000, soit une progression bien supérieure au taux mondial de 25 pour cent, et qui est essentiellement le fruit du renforcement des mesures de prévention et de contrôle.

Comme la tuberculose constitue l'infection opportuniste la plus courante, la maîtrise de son épidémie est étroitement liée au contrôle de celle du VIH. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose est en diminution et la prévalence de cette maladie en 2010 était inférieure à celle de 2005 dans toutes les sous-régions de l'Afrique.

Indicateur 6.6 : Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie

Il est crucial de mettre en place des stratégies de lutte antipaludique et d'en assurer le financement

Deux évolutions positives caractérisent actuellement la lutte antipaludique. La première tient à la réduction des taux d'incidence et de mortalité liés à la maladie au plan mondial : le nombre total de cas signalés a légèrement diminué, passant de 233 millions en 2000 à 216 millions en 2010, dont 174 millions (81 pour cent) recensés en Afrique. Le nombre de décès causés par la maladie a baissé de 985 000 à environ 655 000 pendant la même période, dont 86 pour cent d'enfants âgés de moins de 5 ans. La seconde avancée porte sur l'augmentation constante des financements internationaux, qui ont totalisé 2 milliards de dollars USD en 2011.

Huit pays d'Afrique ont affiché une réduction de moitié au moins du nombre de cas confirmés (ou d'admissions pour traitement antipaludique) et du nombre de décès au cours des dernières années (Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap Vert, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Swaziland). L'Érythrée, l'Éthiopie, le Sénégal et la Zambie ont enregistré des baisses de 25 pour cent à 50 pour cent à ce niveau. Dans tous ces pays, les progrès ont été associés à des interventions spécifiques de lutte antipaludique.

L'augmentation du nombre de cas de paludisme au Rwanda et à Sao Tomé-et-Principe en 2009 (deux pays ayant antérieurement affiché des reculs sur ce front) est en train d'être inversée grâce à une intensification des mesures de lutte antipaludique. Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'établir des systèmes de surveillance du paludisme et

de maintenir en place les programmes de lutte antipaludique même après une forte réduction du nombre de cas. Par contre, l'augmentation du nombre de cas et de décès observée en 2009 en Zambie ne s'est pas encore inversée (OMS, 2011b).

En 2010, 27 pays d'Afrique ont adopté la recommandation de l'OMS prévoyant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à toutes les personnes exposées au risque de contracter le paludisme, et non seulement aux femmes enceintes et à leurs enfants, ce qui a amené 35 pour cent des enfants de moins de 5 ans exposés à ce risque à dormir sous une MII. Le nombre de personnes protégées par des MII en Afrique est passé de 10 millions en 2005 à 78 millions en 2010. Un examen des programmes de lutte antipaludique a été mené dans 23 pays d'Afrique. Il en a résulté la mise à jour, dans 15 pays, de plans stratégiques visant à l'accès universel aux MII (OMS, 2011b)³².

Difficultés annoncées au niveau des financements de santé verticaux

L'augmentation encourageante des financements est toutefois menacée par l'annonce, en novembre 2011, de l'annulation du onzième cycle de financement du Fonds mondial pour la période 2012-2016, qui risque d'entraîner l'interruption d'autres programmes de financement verticaux. Cette situation soulève des questions quant à l'avenir des financements verticaux affectés aux programmes de santé, notamment à la lumière d'une baisse des contributions des partenaires au développement à la suite de la crise financière mondiale.

32 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Togo, et Zambie.

De ce fait, il est impératif pour les pays africains de réduire leur forte dépendance à l'égard des financements verticaux en explorant d'autres sources alternatives de financement et en harmonisant l'appui financier provenant d'autres grandes initiatives et instances mondiales de l'aide sanitaire, notamment le ministère du Développement international du Royaume-Uni (DFID), le Programme renforcé de lutte contre le paludisme (MBP) de la Banque mondiale et la Fondation Bill & Melinda Gates.

Un autre inconvénient des financements verticaux tient au fait qu'ils contribuent peu au développement des capacités en Afrique. Il convient donc que les financements extérieurs soient encadrés par des ressources nationales et des partenariats public-privé susceptibles de renforcer les systèmes de santé.

Le paludisme est à l'origine de 22 pour cent des décès d'enfants, et sa charge de morbidité³³ représente environ 1,3 pour cent du PIB dans les pays à forte prévalence (OMS, 2011b). Il y a quelques années, le niveau élevé de la charge de morbidité de la tuberculose se traduisait, selon certaines estimations, par une perte de 4 pour cent à 7 pour cent du PIB (CUA et al., 2004). Pour cette raison, la résolution des problèmes posés par le financement vertical aura des répercussions positives non seulement sur la santé des populations africaines et des systèmes de santé en général, mais également sur le développement socio-économique envisagé selon une perspective élargie.

33 Mesure statistique indiquant la perte d'années de vie en bonne santé sous l'effet d'une maladie invalidante dans une population donnée, mesurée en années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI).

Indicateur 6.7 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide

La généralisation des MII a contribué à faire baisser l'incidence du paludisme chez les moins de 5 ans

Selon les estimations, l'augmentation des financements a entraîné une progression de la part des ménages possédant au moins une MII en Afrique (hors Afrique du Nord), qui est passée de 3 pour cent en 2000 à 50 pour cent en 2011, et une augmentation du taux d'utilisation des MII chez les moins de 5 ans (figure 6.2). La proportion de la population à risque protégée par pulvérisation intradomestique d'insecticide à effet rémanent (PID) est passée de moins de 5 pour cent en 2000 à 11 pour cent en 2010.

De récentes études ayant montré que le recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue

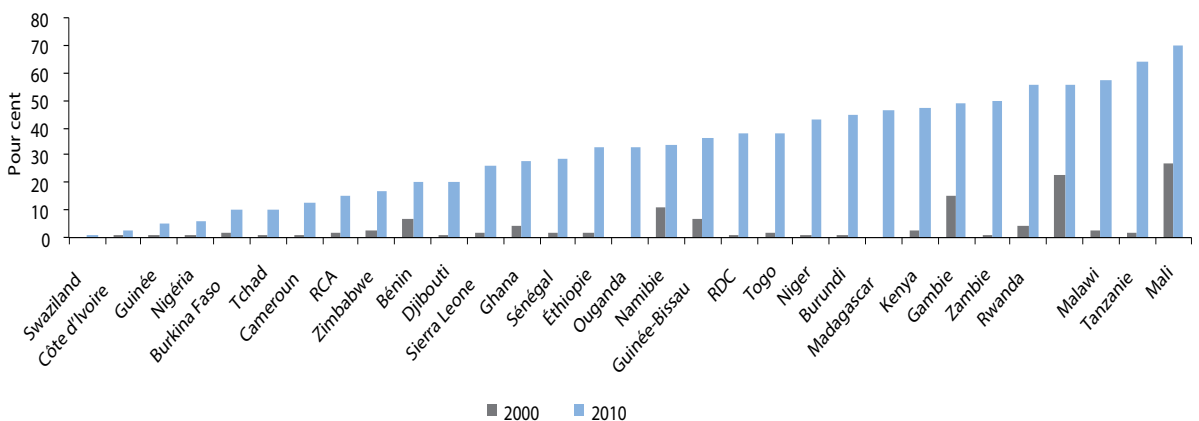
durée et à la pulvérisation intradomestique d'insecticide à effet rémanent constituent les moyens les plus efficaces d'éviter la transmission du paludisme, l'OMS recommande désormais l'usage combiné de moustiquaires à longue durée d'action et de pulvérisation intradomestique d'insecticide à effet rémanent, plutôt que le recours aux simples moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Indicateur 6.8 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés

Inégalités persistantes dans l'accès et l'utilisation liées aux traitements antipaludiques

Les résultats des enquêtes menées dans divers pays africains montrent que le nombre de personnes bénéficiant de médicaments antipaludéens est en hausse, tout comme la proportion de cas suspectés signalés et soumis à des tests parasitologiques

Figure 6.2 Variation dans la proportion des moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, autour de 2000 et 2010



Source : Base de données mondiale de l'UNICEF, juin 2011.

Note : les données relatives aux pays ont été recueillies dans le cadre de différentes enquêtes, en diverses années.

(35 pour cent). Cette augmentation enregistrée en Afrique (hors Afrique du Nord) est la plus forte parmi les régions du monde (OMS, 2011b). Ces progrès doivent se poursuivre afin de réaliser les objectifs ciblés par la lutte contre le paludisme. Il convient également de s'atteler au problème des inégalités dans l'accès à ces médicaments et leur utilisation, car les populations rurales et pauvres reçoivent toujours moins de médicaments antipaludiques que les populations urbaines et plus aisées (UNICEF, 2011b).

L'analyse détaillée des traitements antipaludiques révèle que les polythérapies à base d'artémisinine ne représentent toujours qu'une part minime (mais croissante) de la panoplie des traitements utilisés en Afrique, bien qu'elles constituent la forme de traitement la plus efficace par rapport à l'administration de chloroquine et/ou de traitements uniques (OMS, 2011b).

Indicateur 6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité dus à cette maladie

La tuberculose (TB) est une maladie généralement curable. Plus de 90 pour cent des personnes atteintes d'une TB sensible aux médicaments peuvent être guéries en six mois au moyen de combinaisons de médicaments de première intention. Le traitement de la tuberculose multirésistante, dont un demi-million de cas environ est signalé chaque année dans le monde, est plus délicat et nécessite l'utilisation de médicaments de seconde intention qui sont plus onéreux, causent davantage d'effets secondaires et doivent être pris sur des durées allant jusqu'à deux ans. Par ailleurs, les taux de guérison de la tuberculose multirésistante sont également inférieurs, se situant le plus souvent entre 50 pour cent et 70 pour cent (OMS, 2011a).

L'OMS continue d'appuyer le déploiement de sa Stratégie Halte à la tuberculose en Afrique. L'Organisation a ainsi accordé une aide à trente-six pays africains remplissant les conditions requises pour en bénéficier, en vue de l'acquisition d'antituberculeux de première intention de haute qualité, par le biais du Dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux. Vingt-quatre autres pays ont eu accès à des médicaments antituberculeux de seconde intention, via le mécanisme du Comité Feu Vert de l'OMS. Enfin, dans le but d'évaluer le fardeau de la tuberculose résistante, des enquêtes sur la tuberculose résistante aux médicaments ont été menées à l'échelle nationale dans treize pays³⁴.

L'OMS a fixé, à l'intention de tous les pays, des cibles visant à atteindre un taux de détection de cas de 70 pour cent au minimum et un taux de réussite thérapeutique d'au moins 85 pour cent. Le continent est encore loin du compte mais plusieurs pays ont accompli de réels progrès en la matière. En 2010, 15 pays avaient atteint le taux de détection de cas souhaité³⁵ ; en 2008, 20 pays avaient enregistré le taux de réussite thérapeutique escompté (Rapport mondial sur la tuberculose, 2010)³⁶, et 8 pays avaient réalisé les deux cibles en 2010 (OMS, 2011a)³⁷.

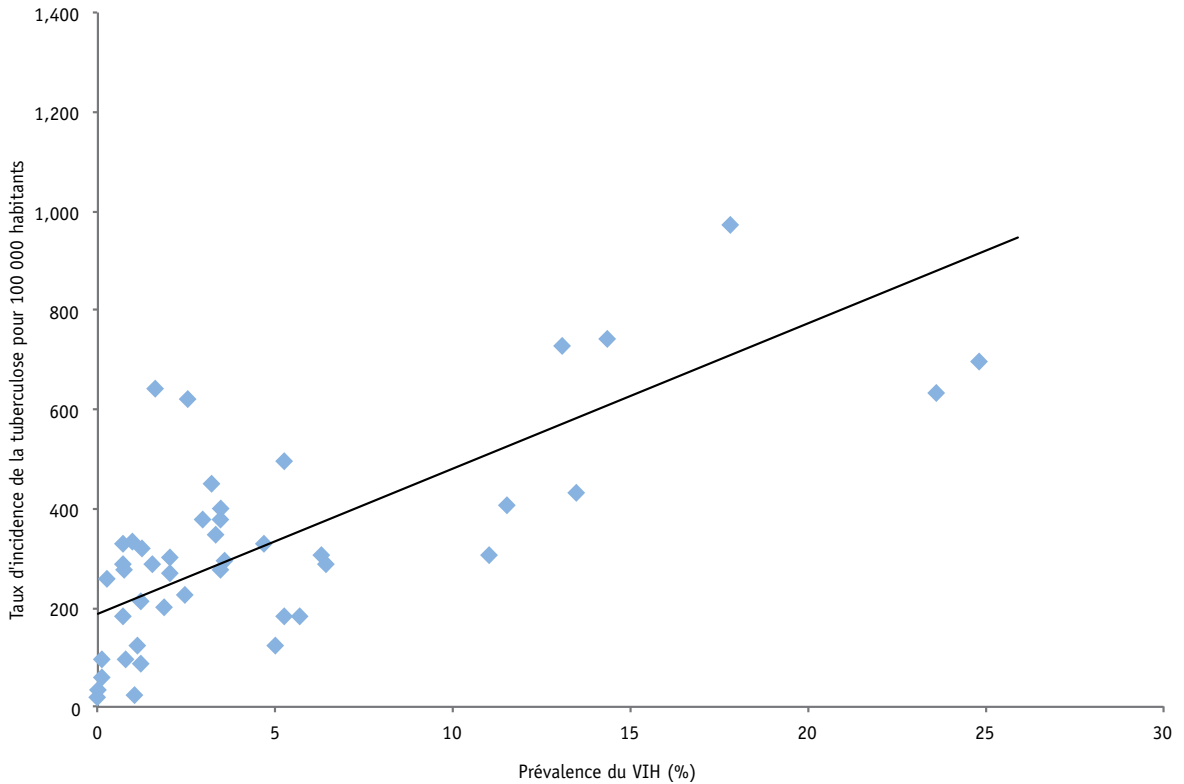
34 Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

35 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie et Zambie.

36 Algérie, Bénin, Burundi, Érythrée, Gambie, Ghana, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, RDC, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Tanzanie et Zambie.

37 Algérie, Burundi, Ghana, Namibie, Kenya, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie et Zambie.

Figure 6.3 Lien étroit entre l'incidence de la tuberculose et la prévalence de l'infection à VIH, pays africains sélectionnés, 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

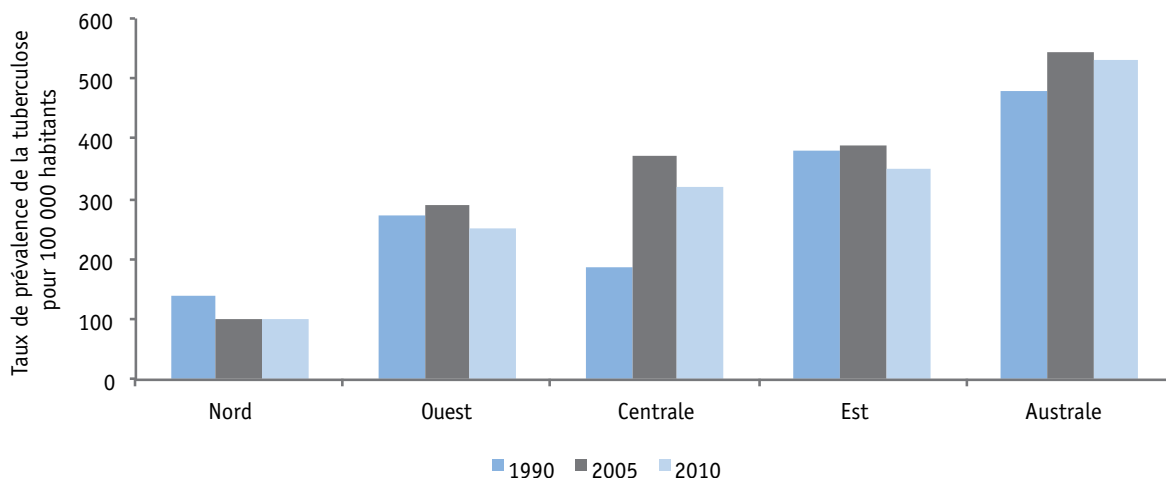
Les interventions contre le VIH contribuent à la lutte contre la tuberculose

L'infection à VIH et la tuberculose sont fortement associées. En l'absence d'interventions (traitement ou prophylaxie), la figure 6.3 suggère que les pays ayant une prévalence du VIH élevée présentent aussi une incidence élevée de la tuberculose. Plus de 10 pour cent des tuberculeux sont séropositifs également. En 2009, la tuberculose était responsable du quart des décès parmi les séropositifs. Par conséquent, la lutte contre la tuberculose suit en grande partie le même cheminement que les interventions contre le VIH (OMS, 2011a).

La lutte contre la tuberculose en Afrique commence à porter des fruits. Après avoir atteint un pic en 2005, les taux de prévalence avaient baissé dans toutes les sous-régions en 2010, et y étaient inférieurs à ceux de 2009 dans l'ensemble d'entre elles à deux exceptions près (*figure 6.4*). L'Afrique australe reste la sous-région la plus touchée par la tuberculose. Le nombre de nouvelles infections est stable en Afrique du Nord, qui est toujours la sous-région la moins affectée.

L'Égypte, la Tunisie, Maurice, les Seychelles et la Libye ont enregistré les prévalences les plus faibles en 2010 (les plus élevées étant observées en Sierra

Figure 6.4 Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants par sous-région africaine, 1990, 2005 et 2010



Source : calculs effectués à partir des données de l'OMS, 2011c.

Note : les données sont pondérées selon le nombre d'habitants par pays.

Leone, au Togo, à Djibouti, en Afrique du Sud et au Swaziland). Les baisses les plus importantes de la prévalence depuis 1990 ont été constatées en Namibie, au Botswana, en Ouganda, au Rwanda et au Mali (OMS, 2011a).

Le VIH n'est pas l'unique facteur responsable de la tuberculose

En Afrique, les nouvelles infections de tuberculose (l'incidence) diminuent généralement à un moindre rythme que les taux de prévalence, à la différence du VIH et du paludisme, dont l'incidence et la prévalence baissent à des rythmes comparables. Néanmoins, l'incidence a augmenté et la prévalence a diminué dans des pays tels que la Sierra Leone, l'Afrique du Sud, la Tunisie et le Swaziland (figure 6.5).

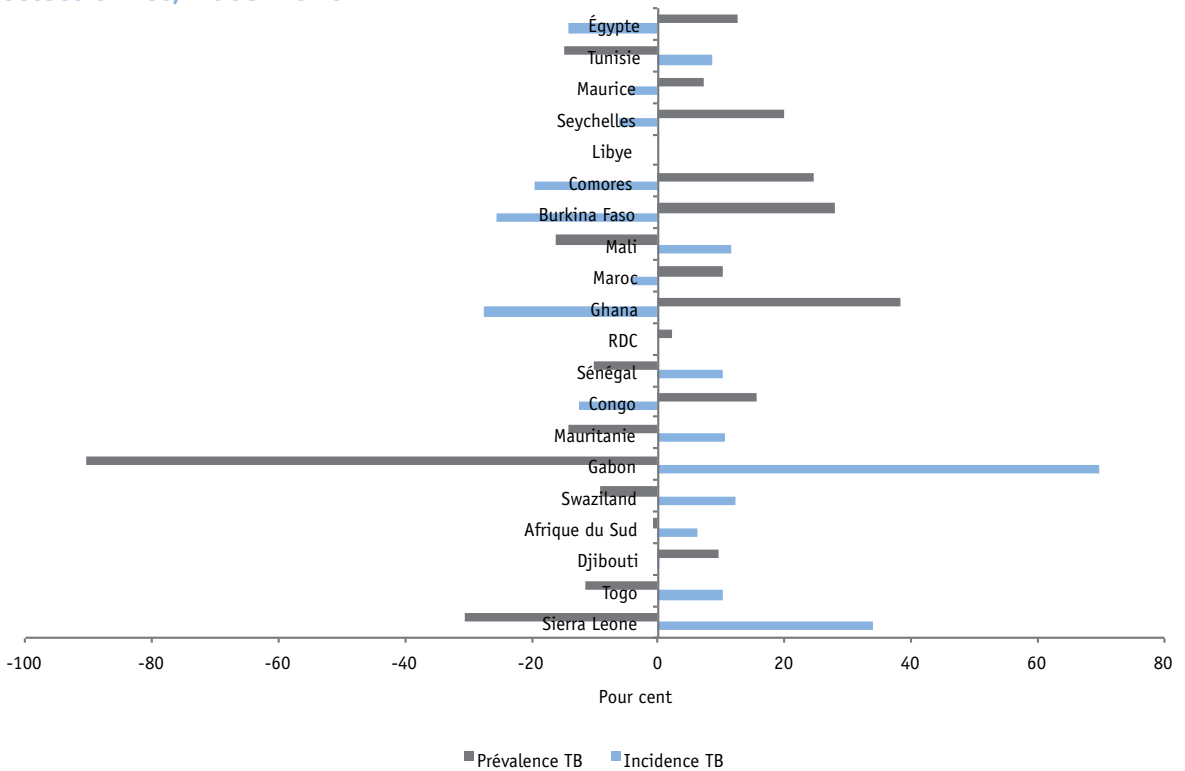
Les taux d'infection de la tuberculose ne dépendent pas seulement du statut VIH ou de l'adaptation des

comportements, notamment le recours aux préservatifs et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, mais également de facteurs institutionnels et socio-économiques, tels que le surpeuplement des habitations, les mauvaises conditions de travail et l'insuffisance des installations sanitaires. Ces taux sont également déterminés par le manque d'accès aux soins de santé appropriés ainsi que par la malnutrition, le diabète sucré, le tabagisme, l'abus d'alcool et de drogue, etc. (OMS, 2011c).

La lutte contre de tels facteurs doit accompagner la baisse de la prévalence du VIH dans tout effort visant à contrôler l'incidence de la tuberculose, dont l'une des causes tient aux conditions socio-économiques donnant lieu à de nouvelles infections.

Le taux de mortalité due à la tuberculose a baissé entre 1990 et 2010 dans toutes les sous-régions,

Figure 6.5 Variation de la prévalence et de l'incidence de la tuberculose, pays africains sélectionnés, 2005-2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

sauf une (figure 6.6). L'Afrique du Nord compte le moins de décès. La baisse la plus importante a été enregistrée en Afrique australe.

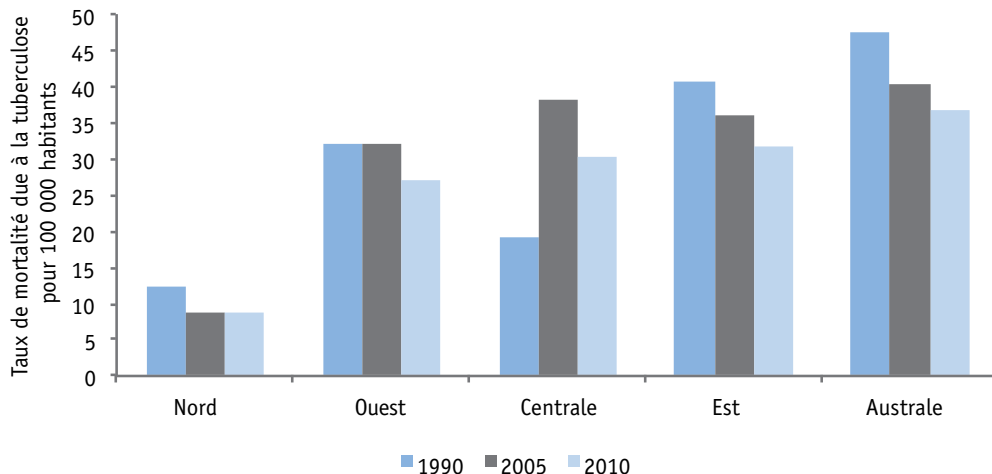
Conclusions

Les progrès de l'Afrique en direction de cet objectif sont encourageants, bien que le fardeau du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose sur les systèmes sanitaires et l'état de santé des populations soit toujours lourd. Le déploiement de financements verticaux y a grandement contribué, et a minimisé l'incidence des interventions connexes sur les budgets de la santé dans plusieurs pays africains. Cette réussite a malheureusement

pesé très lourdement sur les ressources sanitaires requises pour conserver ces avancées.

Par conséquent, il convient de déployer davantage d'efforts pour remédier à l'insuffisance des capacités et des ressources au sein des systèmes de santé nationaux, et s'atteler aux inégalités d'accès et d'utilisation des médicaments, particulièrement parmi les groupes à faible revenu, les populations rurales et les femmes. La quantité et la qualité des ressources nationales affectées à la lutte contre ces maladies devront être accrues et consolidées, en s'appuyant sur les gains déjà obtenus, et s'accompagner de solutions alternatives pour faire face au caractère imprévisible des financements verticaux

Figure 6.6 Taux de mortalité due à la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990, 2005 et 2010



Source : calculs effectués à partir des données de l'OMS, 2011c.

Note : les données sont pondérées selon le nombre d'habitants par pays.

futurs. Une approche intégrée de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose aura des retombées positives sur la mortalité maternelle

et infantile, sur la performance scolaire et sur le développement socioéconomique général du continent.

Objectif 7 : Assurer un environnement durable

La réalisation d'un environnement durable exerce un net impact sur l'atteinte de la plupart des autres objectifs. La préservation et la bonne gestion de l'environnement constituent un fondement essentiel du développement durable et de la réduction de la pauvreté. La plupart des pays africains sont résolus à atteindre l'ODD 7, mais nombre d'entre eux se heurtent à des obstacles entravant la régularité des progrès. Ces difficultés concernent le manque de volonté politique, la sollicitation des ressources environnementales en appui à la croissance économique, les insuffisances au niveau des cadres réglementaires de gouvernance et de planification, et le manque de ressources financières.

Certaines de ces questions seront soumises aux discussions et aux réflexions lors de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable, dénommée «Rio+20», qui aura lieu au Brésil en juin 2012, et qui marquera le 20^{ème} anniversaire de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED) qui s'est tenue à Rio de Janeiro en 1992. L'objectif de cette nouvelle conférence est multiple : garantir le renouvellement des engagements politiques envers le développement durable, dresser le bilan des progrès réalisés à ce jour ainsi que l'inventaire de ce qu'il reste à accomplir en vue de mettre en œuvre les résultats des principaux sommets relatifs au développement durable, et aborder les nouveaux défis émergents. Cette réunion fournira

également l'occasion de discuter de l'économie verte dans le contexte du développement durable, de l'élimination de la pauvreté et de la création d'un cadre institutionnel en faveur du développement durable. Les résultats de la conférence serviront à renseigner le programme de développement pour l'après 2015.

La 17^{ème} Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, tenue en décembre 2011 à Durban, en Afrique du Sud, a proposé plusieurs démarches importantes concernant les émissions de gaz à effet de serre, en particulier un accord prévoyant la négociation d'un traité plus inclusif sur les émissions mondiales et la création d'un Fonds vert pour le climat. Les résultats de la convention ont donné un nouvel essor bienvenu à l'action mondiale sur le climat et traduisent la volonté croissante (inespérée parfois) des pays à agir ensemble. Ils ont également permis de dégager une mesure de prévisibilité plus précise sur l'avenir des économies à faible émission de carbone qu'apprécieront les planificateurs économiques, les entreprises et les investisseurs. Par ailleurs, les engagements spécifiques convenus durant la convention laissent à penser que certaines décisions antérieures en matière de financement, de technologie et de réduction des émissions liées à la déforestation et à la dégradation des forêts allaient bientôt être mises en œuvre.

Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

Indicateur 7.1 : Proportion de zones forestières

La diminution des couverts forestiers menace les moyens de subsistance des populations rurales

En 1990, 31,2 pour cent des terres en Afrique (hors Afrique du Nord) étaient occupées par des forêts. En 2010, ce taux est tombé à 28,1 pour cent. Cette baisse provient de la surexploitation et de la conversion de forêts à d'autres usages sous l'effet de la croissance démographique, du développement économique et de la nécessité pour les populations de répondre à leurs besoins essentiels.

La perte continue et rapide des forêts et leur dégradation dans de nombreux pays en développement, surtout dans les régions tropicales, constituent un

défi majeur pour le monde entier. Les moyens de subsistance en milieu rural dépendent souvent des forêts productrices qui soutiennent l'emploi et la génération de revenus, et contribuent ainsi à la réduction de la pauvreté. Pour une bonne part, cette déforestation est imputable au fait que la plupart des pays africains sont tributaires de la biomasse forestière (à hauteur de 90 pour cent de leur consommation énergétique) pour satisfaire à leurs besoins primaires en énergie. La pauvreté énergétique chronique et le manque d'accès aux formes modernes d'énergie sollicitent durement les forêts, qui sont exploitées pour le bois de feu et le charbon de bois.

Au cours des années 1990 à 2010, 38 pays africains ont enregistré des pertes de couvert forestier à des degrés divers (*figure 7.1*). Le Zimbabwe, le Bénin, le Nigéria, l'Ouganda, le Ghana, les Comores et la Tanzanie figurent parmi les plus durement touchés. Aux Comores, par exemple, le couvert forestier représentait 6,5 de la superficie des sols en 1990, et seulement 1,6 pour cent en 2010. Le couvert forestier n'a été amélioré que dans neuf pays³⁸.

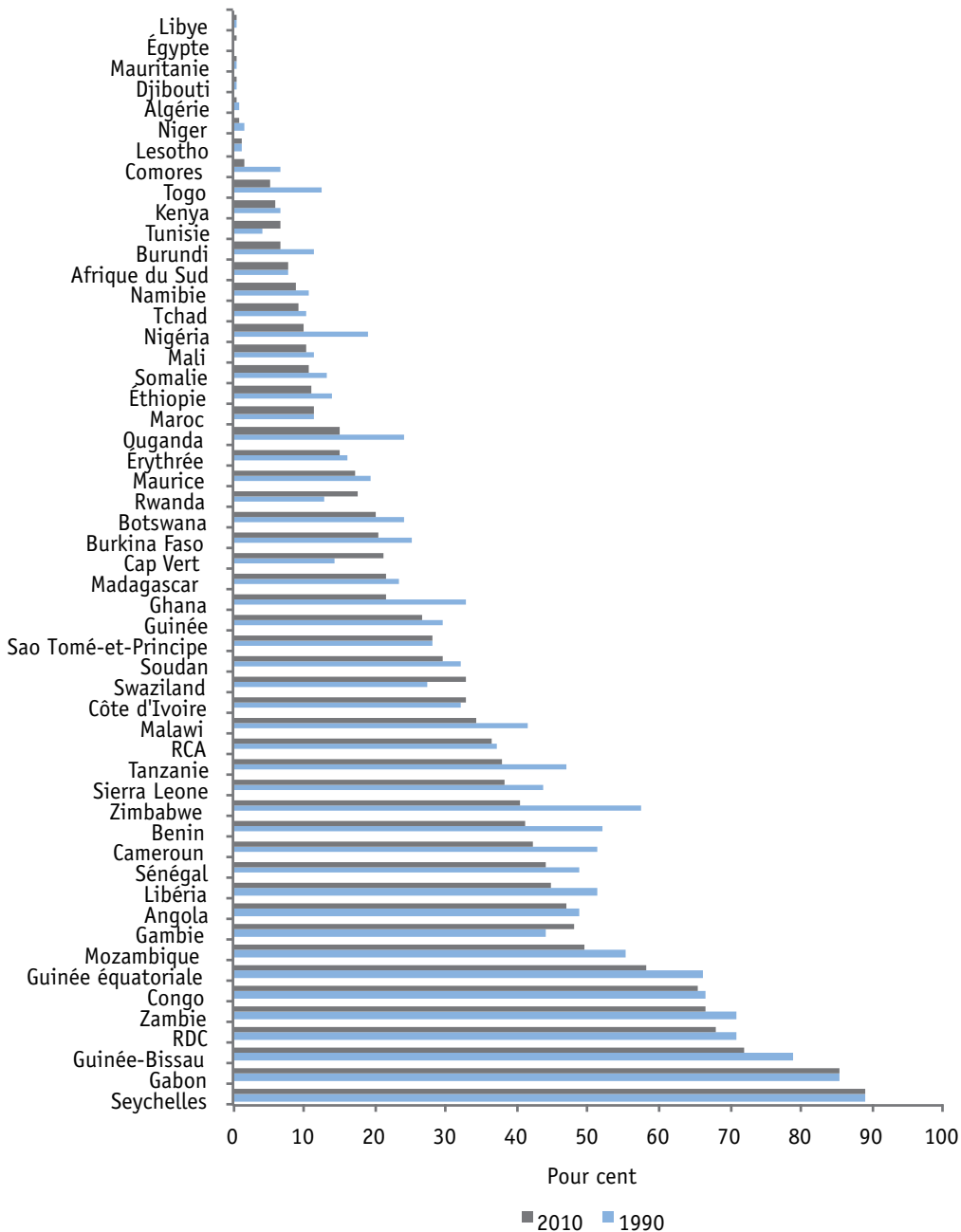
Encadré 7.1 Après des années de dégradation, les forêts du bassin du Congo reprennent vie

Le Congo est l'une des dix nations africaines occupant le bassin du Congo, qui abrite les forêts humides d'Afrique centrale, le plus grand bloc de forêt tropicale après le bassin de l'Amazonie.

Administré par la Banque africaine de développement, le Fonds forestier du bassin du Congo (FFBC) a été établi pour financer des activités et des projets destinés à promouvoir l'exploitation équitable et durable des écosystèmes du bassin du Congo ainsi que leur préservation et leur gestion. Le but visé à terme est de réduire la pauvreté, d'appuyer le développement socio-économique, de resserrer la coopération régionale et de renforcer la préservation de l'environnement.

38 Cap Vert, Côte d'Ivoire, Égypte, Gambie, Lesotho, Maroc, Rwanda, Swaziland et Tunisie.

Figure 7.1 Pourcentage de couvert forestier, 1990 et 2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Encadré 7.2 Au Malawi, les communautés tirent profit de la plantation d'arbres exotiques

RIPPLE Africa gère un projet de plantation d'arbres au Malawi, qui poursuit les buts suivants :

- aménager une source durable de bois en plantant des arbres exotiques à croissance rapide ;
- préserver les arbres indigènes existants en réduisant la demande en bois prélevé sur les forêts naturelles du Malawi ;
- restaurer les sols dégradés en y plantant des arbres indigènes selon les besoins.

Depuis son lancement en 2006, le projet a aidé 175 groupes communautaires à planter plus de 3 millions d'arbres dans le district de Nkhata Bay.

Ce projet constitue la plus importante initiative environnementale du pays et offre une solution viable à long terme au problème de la déforestation. Il permet d'agir directement contre la déforestation par le biais de la plantation de milliers d'arbres exotiques à croissance rapide sur des parcelles communautaires afin de créer une source de bois durable pour la population locale.

Ces arbres représentent un avantage immédiat pour les habitants, qui les exploitent en élaguant leurs branches afin d'obtenir du bois de feu sans abattre l'arbre, ce qui stimule la croissance de nouvelles pousses et permet aux arbres de continuer à fournir du bois. Cette pratique contribue à alléger les pressions qui s'exercent sur les forêts naturelles et aide les populations du Malawi à exploiter les ressources naturelles d'une manière différente.

Source : RIPPLE Africa, www.rippleafrica.org/environment-projects-in-malawi-africa/tree-planting-africa.

Certains pays, dont le Cap Vert, la Gambie, le Rwanda et la Tunisie ont lancé des programmes de reforestation. Au Cap Vert, par exemple, la proportion de zones boisées a progressé de 6,7 pour cent à 21,1 pendant la période susmentionnée. Le Congo s'est également engagé dans un vaste programme de plantation d'arbres en vue de lutter contre la déforestation et la dégradation des sols (*encadré 7.1*).

Au Malawi, l'une des premières causes de la destruction des forêts primaires est la forte demande en bois. Certaines communautés locales ont entamé une collaboration avec RIPPLE Africa, une association caritative britannique qui œuvre au

Malawi pour améliorer l'environnement, l'assistance sanitaire et l'éducation locale (*encadré 7.1*).

L'initiative de la Grande muraille verte pour le Sahara et le Sahel (GGWSSI) regroupe un ensemble d'actions et d'interventions multisectorielles en faveur de la préservation des ressources naturelles, du développement économique et, en particulier, de la réduction de la pauvreté³⁹. Elle ambitionne de faire reculer la désertification, de protéger les ressources en eau, notamment le lac

39 Centre mondial de Surveillance pour la Conservation de la Nature du Programme des Nations Unies pour l'Environnement PNUD-CMSC (UNEP-WCMC), disponible sur : http://www.unep-wcmc.org/unep-support-to-the-great-green-wall-for-the-sahara-and-the-sahel-initiative_862.html.

Tchad aujourd'hui en cours d'assèchement, et de favoriser la biodiversité. Elle vise non seulement à lutter contre le changement climatique mais aussi à aider les communautés à s'y adapter. Le Projet de la Muraille verte au Sénégal a permis de planter près de 8 millions de semis dans le pays depuis 2008⁴⁰.

La diminution du couvert forestier en Afrique exige des pays du continent qu'il priorisent des programmes de gestion forestière durable. Cependant, l'insuffisance des institutions, des politiques et des cadres réglementaires forestiers, aggravée par le manque de ressources humaines, rend l'exécution de ces programmes particulièrement difficile. Ce sont pourtant des questions essentielles auxquelles les pays doivent instamment s'atteler.

Indicateur 7.2 : Émissions de CO₂ (total, par habitant et pour un dollar USD du PIB, en parité du pouvoir d'achat)

Les émissions de CO₂ sont faibles et n'ont guère varié dans l'ensemble

Les émissions de CO₂ par habitant constituent un indicateur important des progrès réalisés en matière de durabilité environnementale, pour contrer les méfaits du changement climatique. L'Afrique est très vulnérable au changement climatique en raison de ses capacités insuffisantes de réaction et d'adaptation, mais le continent n'émet que peu de gaz à effet de serre au regard de la taille de sa population et par comparaison aux autres régions.

Le changement climatique a déjà commencé à éroder les gains durement acquis sur le front du

développement en Afrique au cours des précédentes décennies. Les pays les plus touchés par les inondations, la perte de biodiversité, la désertification, l'irrégularité des pluies, l'élévation des températures et la rareté de l'eau sont notamment le Botswana, le Malawi, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe. L'expansion agricole vers des sols marginaux a entraîné la déforestation de grandes étendues de terres et affecté les nappes phréatiques. Affronter le changement climatique et garantir un développement résilient face au changement climatique grâce à des actions d'adaptation et d'atténuation sont désormais des priorités pour les gouvernements et les institutions chargées du développement.

Entre 1990 et 2008, 16 pays ont enregistré des réductions de leurs émissions de CO₂ à des degrés divers. La réduction a été particulièrement forte au Gabon, probablement en raison de l'importance de son couvert forestier. Par contre, la Guinée équatoriale et les Seychelles sont les pays où l'augmentation des émissions de CO₂ a été la plus importante. Dans le reste de l'Afrique, les émissions de CO₂ n'ont guère varié (*figure 7.2*).

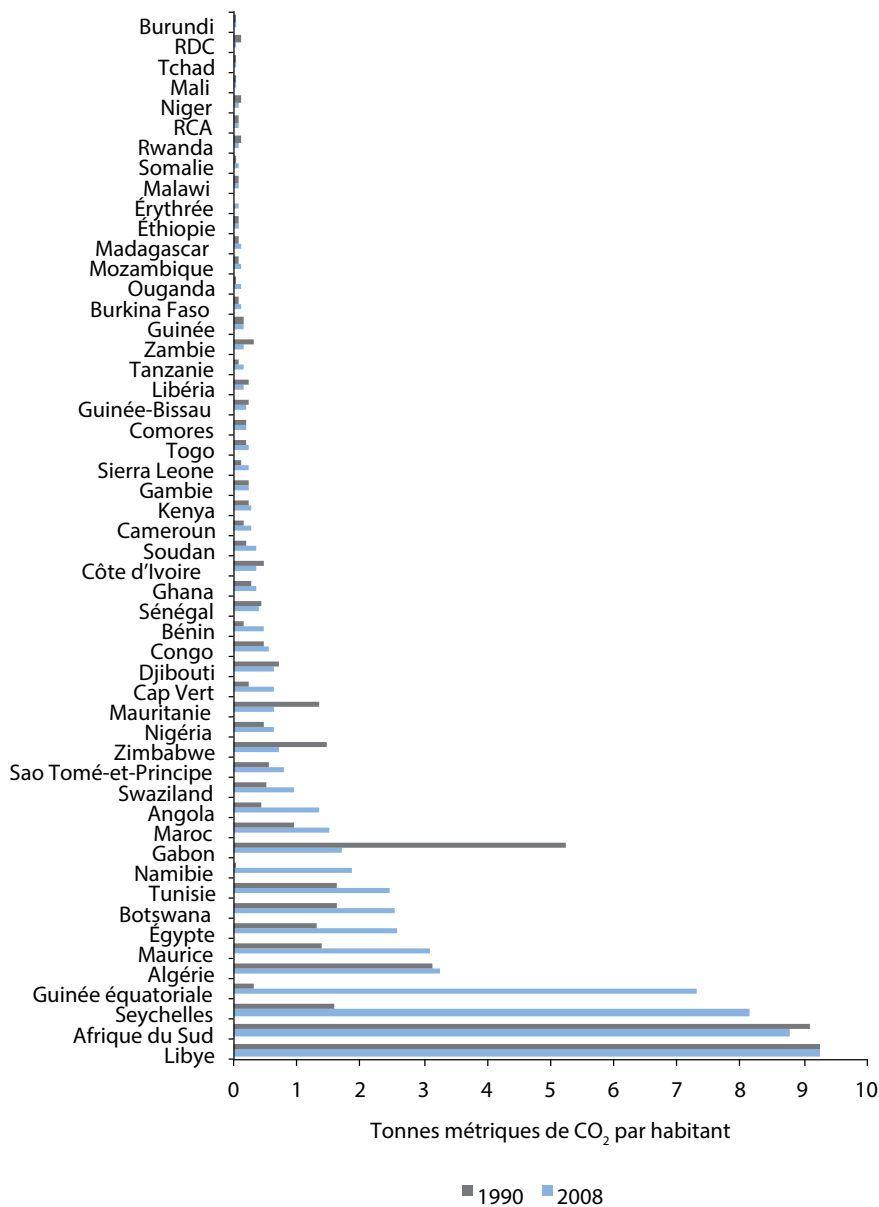
Indicateur 7.3 : Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone

La plupart des pays d'Afrique sont sur la bonne voie

Cet indicateur reflète la volonté de réduire les émissions de bioxyde de carbone et de mettre fin progressivement à la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO), tels que les chlorofluorocarbones, dans les pays ayant ratifié le Protocole de Montréal de 1987. Ce protocole fait notamment obligation aux pays de geler la consommation d'hydro-chlorofluorocarbones (HCFC) au

40 OneWorld UK, disponible sur : <http://uk.oneworld.net/guides/senegal/climate-change>.

Figure 7.2 Émissions de dioxyde de carbone (CO₂), 1990 et 2008



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

1^{er} janvier 2013 et d'en réduire la consommation de 10 pour cent avant le 1^{er} janvier 2015.

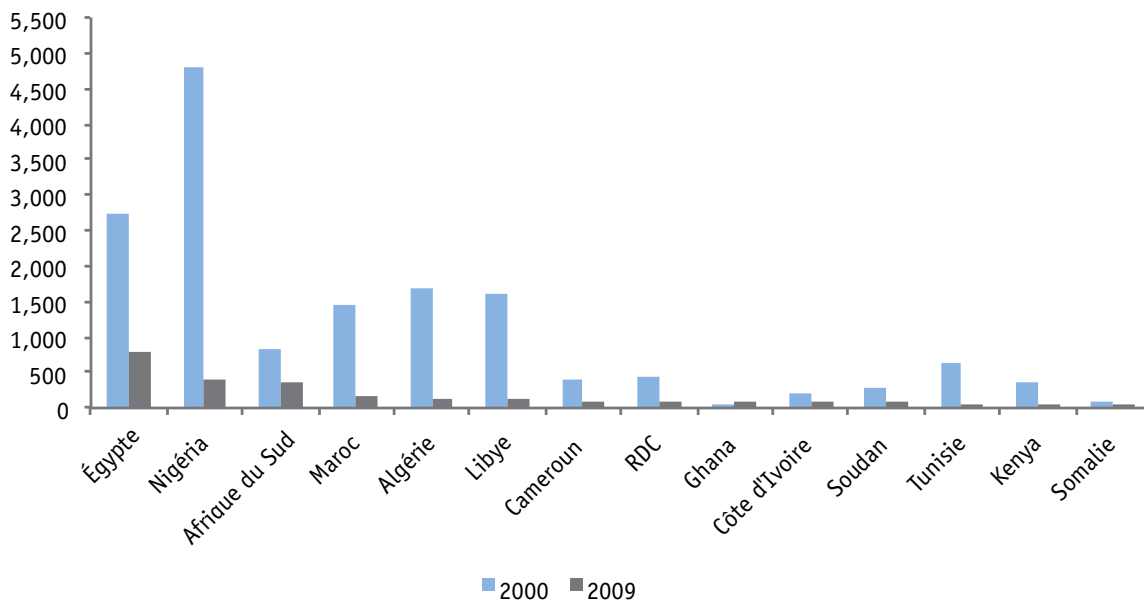
La plupart des pays africains ont pris l'engagement de se plier entièrement à ce protocole et ont réduit leur consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (tableau 7.1). Au Zimbabwe,

Tableau 7.1 Variation de la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone, 2000-2009 (%)

Augmentation		Réduction de plus de 50 %		Réduction de moins de 50 %	
Swaziland	475,0	Bénin	-50,9	Cap Vert	-5,26
Lesotho	329,2	Mali	-52,3	Niger	-7,09
RCA	164,4	Afrique du Sud	-57,1	Burkina Faso	-23,5
Madagascar	132,4	Maurice	-61,2	Tchad	-26,5
Gabon	83,3	Angola	-67,0	Guinée	-42,0
Botswana	66,7	Côte d'Ivoire	-67,3	Somalie	-42,4
Seychelles	55,6	Sénégal	-69,0	Togo	-47,6
Ghana	42,3	Mozambique	-70,6		
Mauritanie	30,8	Égypte	-71,3		
Sao Tomé-et-Principe	2,5	Guinée équatoriale	-71,9		
		Gambie	-74,2		
		Cameroun	-74,9		
		Namibie	-74,9		
		Congo	-74,9		
		Soudan	-75,3		
		RDC	-80,3		
		Kenya	-84,7		
		Guinée-Bissau	-85,0		
		Burundi	-86,5		
		Rwanda	-87,5		
		Maroc	-87,9		
		Libéria	-88,3		
		Tunisie	-89,2		
		Sierra Leone	-91,5		
		Algérie	-91,5		
		Malawi	-91,5		
		Libye	-91,9		
		Nigéria	-92,0		
		Zambie	-92,7		
		Zimbabwe	-93,1		
		Djibouti	-94,2		
		Tanzanie	-94,6		
		Érythrée	-95,7		
		Éthiopie	-96,4		
		Ouganda	-100,0		

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Figure 7.3 Pays consommant plus de 500 tonnes métriques de substances appauvrissant la couche d’ozone, 2000 et 2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

l’un des facteurs qui ont contribué à la réduction de la consommation de SAO a été l’abandon définitif de l’utilisation de bromure de méthylène dans les secteurs du tabac, de la fumigation des grains et de l’horticulture. Certains pays ont toutefois augmenté leur consommation de SAO en raison de l’absence de dispositions réglementaires restreignant ces pratiques, et devront prendre les mesures nécessaires pour inverser cette tendance.

La forte augmentation de la consommation de HCFC dans un grand nombre de pays est préoccupante, notamment à l’approche des dates butoirs fixées pour l’application des normes de conformité. Les importations d’équipements contenant des HCFC et l’utilisation de HCFC dans le secteur des services sont en hausse (PNUE, 2011). Pour cette raison, un rappel a été adressé à tous les pays leur enjoignant de réexaminer leurs politiques en matière de SAO et de veiller à ce que celles-ci

soient complètes et à jour, et qu’elles visent à enrayer l’accroissement de la consommation des HCFC⁴¹. Des pays africains ont élaboré un nouvel outil de politique, le mécanisme de consentement éclairé préalable, un dispositif informel permettant d’appuyer la mise en vigueur de leurs réglementations relatives à l’octroi de licences d’importation de SAO.

Afin d’atténuer les effets du changement climatique, les pays doivent promouvoir des moyens propres et renouvelables de génération d’énergie et prévoir des actions de reboisement. Par exemple, du fait que l’Afrique du Sud possède des industries très consommatrices en énergie et qu’elle dispose de quantités importantes de charbon servant de source d’énergie bon marché, elle se classe parmi

41 L’appel a été lancé par la branche Action Ozone du PNUE au cours d’une réunion du Réseau de chargés de programmes nationaux ozone en Afrique, en octobre 2011 à Harare.

Tableau 7.2 Zones terrestres et marines protégées par rapport à la superficie terrestre totale

Pays	Légers progrès depuis 1990 (% de zones protégées)			Pas de progrès depuis 1990
	1990	2000	2010	
Algérie	6,2	6,2	6,2	Angola
Botswana	30,3	30,9	30,9	Bénin
Burkina Faso	13,7	13,9	14,2	Cap Vert
Burundi	3,8	4,9	4,9	RCA
Cameroun	6,9	8,5	9,0	Tchad
Congo	5,4	8,1	9,7	Côte d'Ivoire
Égypte	2,1	4,4	6,1	RDC
Guinée équatoriale	5,0	14,0	14,0	Djibouti
Érythrée	3,7	3,7	3,8	Ghana
Éthiopie	17,7	17,7	18,4	Guinée
Gabon	5,3	5,3	14,6	Lesotho
Gambie	1,2	1,3	1,3	Libye
Guinée-Bissau	5,8	26,9	26,9	Malawi
Kenya	11,5	11,7	11,7	Mali
Liberia	1,4	1,4	1,6	Mauritanie
Madagascar	1,9	2,5	2,5	Niger
Maurice	0,4	0,7	0,7	Seychelles
Maroc	1,1	1,5	1,5	Sierra Leone
Mozambique	13,8	13,8	14,8	Somalie
Namibie	13,9	13,9	14,7	Soudan
Nigéria	11,3	12,6	12,6	Swaziland
Rwanda	9,9	9,9	10,0	Togo
Sénégal	23,1	23,1	23,5	Tunisie
Afrique du Sud	6,2	6,7	6,9	Zambie
Ouganda	7,9	8,5	10,3	
Tanzanie	25,7	26,4	26,9	
Zimbabwe	18,0	18,1	28,0	

Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

les cinq économies émergentes dont les volumes des émissions de gaz à effet de serre sont les plus élevés, produisant à elle seule 65 pour cent des émissions de l'Afrique. Ce pays (ainsi que d'autres sur le continent) a déjà commencé à promouvoir

l'utilisation de ressources propres en énergie, notamment avec l'assistance de la Banque africaine de développement et le concours du Fonds pour les technologies propres.

Cible 7B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte

Indicateur 7.6 : Proportion de zones terrestres et marines protégées

Des progrès ont été constatés dans un nombre croissant de pays

Cet indicateur représente le degré de protection officiellement accordé aux composantes de la biodiversité. Il illustre les modifications opérées au niveau de la superficie des aires protégées dans différentes zones géographiques et politiques, ainsi que les différentes mesures prises en faveur de la protection de la biodiversité, comme par exemple la création de zones prioritaires, la cartographie des écosystèmes et des habitats, et la répartition des espèces (Bubb, Fish et Kapos, 2009).

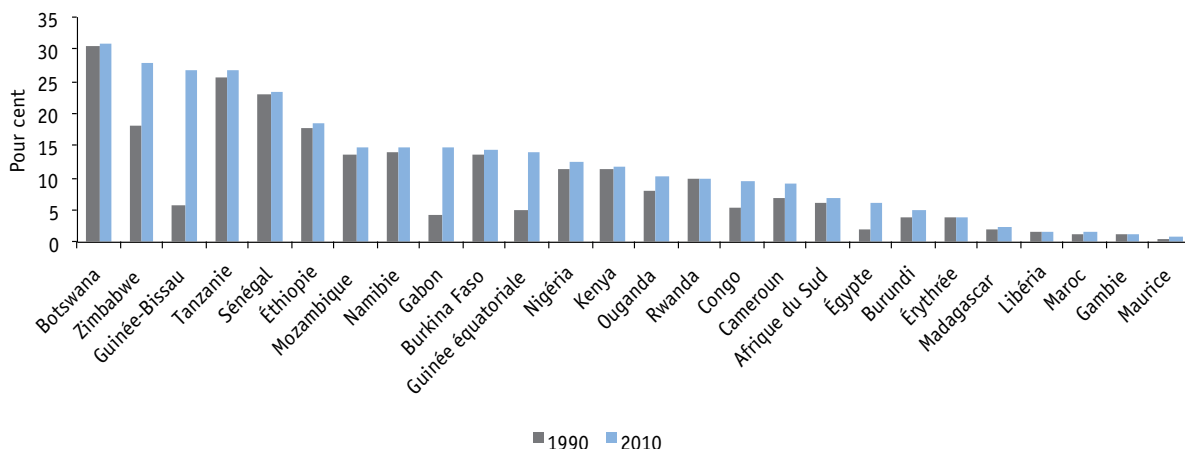
Vingt-sept pays ont réalisé des améliorations pendant la période de 1990 à 2010 (tableau 7.2). En 2010, 25 pays avaient atteint la cible consistant à

assurer la protection officielle de 10 pour cent de leurs zones territoriales et marines, contre 20 pays en 1990 (figure 7.4). Une extension très sensible des aires protégées a été réalisée en Guinée équatoriale, au Gabon, en Guinée-Bissau et au Zimbabwe.

Les pays ont la possibilité d'adopter différentes stratégies pour progresser vers cette cible. Certains d'entre eux ont ainsi étendu la superficie de leurs parcs nationaux. Une autre possibilité consiste à élaborer des cadres législatifs conduisant à une meilleure gestion de l'environnement. L'Afrique du Sud, par exemple, a défini un cadre national favorisant une approche intégrée de la gestion de la biodiversité parmi l'ensemble des parties prenantes concernées. Ce cadre identifie les actions prioritaires visant à préserver la biodiversité, et établit les implications de ces mesures à l'intention des organismes chargés de leur mise en œuvre.

Par conséquent, les pays sont appelés à adopter et appliquer des politiques et des programmes visant à prévenir la pollution et la dégradation

Figure 7.4 Zones terrestres et marines protégées par rapport à la superficie terrestre totale, 2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

écologiques, promouvoir la conservation et garantir l'exploitation et le développement écologiquement durables de leurs ressources naturelles.

Cible 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base

Indicateur 7.8 : Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée

Des disparités flagrantes existent entre les zones urbaines et rurales

À l'échelle mondiale, cette cible OMD a été atteinte bien avant l'échéance de 2015. De 1990 à 2010, plus de deux milliards de personnes (89 pour cent, contre une cible de 88 pour cent) ont pu accéder à une source d'eau potable améliorée, assurée notamment par des canalisations d'eau et des puits protégés (OMS/UNICEF, 2012).

Mais cela n'a pas été le cas en Afrique. Bien que la proportion y afférente ait effectivement augmenté de 56 pour cent à 66 pour cent à l'échelle du continent, le rythme des progrès n'est toujours pas suffisant pour permettre d'atteindre la cible continentale de 78 pour cent à l'échéance de 2015. On observe même des signes inquiétants de régression. En effet, bien que le taux d'accès à une source d'eau potable améliorée de l'ensemble des populations africaines rurales soit passé de 42 pour cent à 53 pour cent entre 1990 et 2010, ce chiffre est passé de 86 pour cent à 85 pour cent dans les zones urbaines. Cette baisse s'explique en partie par l'urbanisation rapide et l'expansion des taudis.

Sur les 42 pays présentant des données, 35 ont signalé une progression de la proportion de leur

population ayant accès à une source d'eau potable améliorée. Cinq pays (Algérie, Lesotho, Rwanda, Soudan et Tanzanie) ont affiché des baisses à cet égard, et deux autres (RDC et Maurice) sont restés stationnaires (*figure 7.5*).

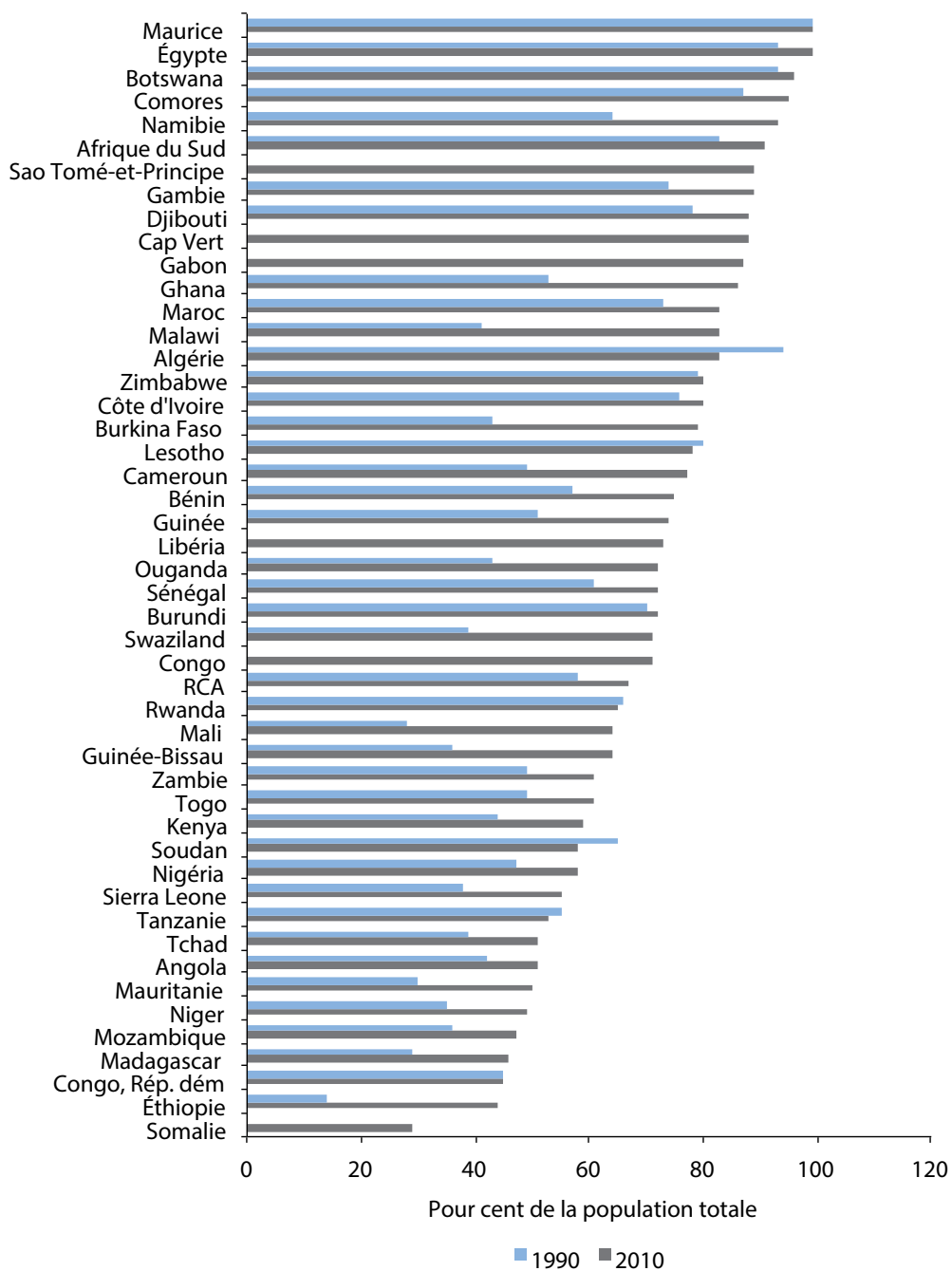
La comparaison entre les taux d'accès dans les zones urbaines et rurales fait ressortir une très forte disparité, supérieure à 30 pour cent. Les progrès d'ensemble ont été largement entraînés par le secteur urbain et reflètent les réformes entreprises en matière d'approvisionnement en eau.

Amélioration de la couverture de l'approvisionnement en eau dans les zones urbaine et rurale

En 2010, la proportion de la population urbaine ayant accès à une source d'eau améliorée variait de 52 pour cent (Mauritanie) à 100 pour cent (Égypte, Maurice, Niger et Seychelles). Les pays bénéficiant d'un taux d'accès d'au moins 80 pour cent à une source d'eau améliorée en milieu urbain, qui étaient au nombre de 26 en 1990, sont passés à 38 en 2010. En 2010, aucun pays n'enregistrait un taux d'accès inférieur à 50 pour cent, soit une nette amélioration par rapport à 1990, où quatre pays enregistraient un taux d'accès de moins de 50 pour cent (*figure 7.6*).

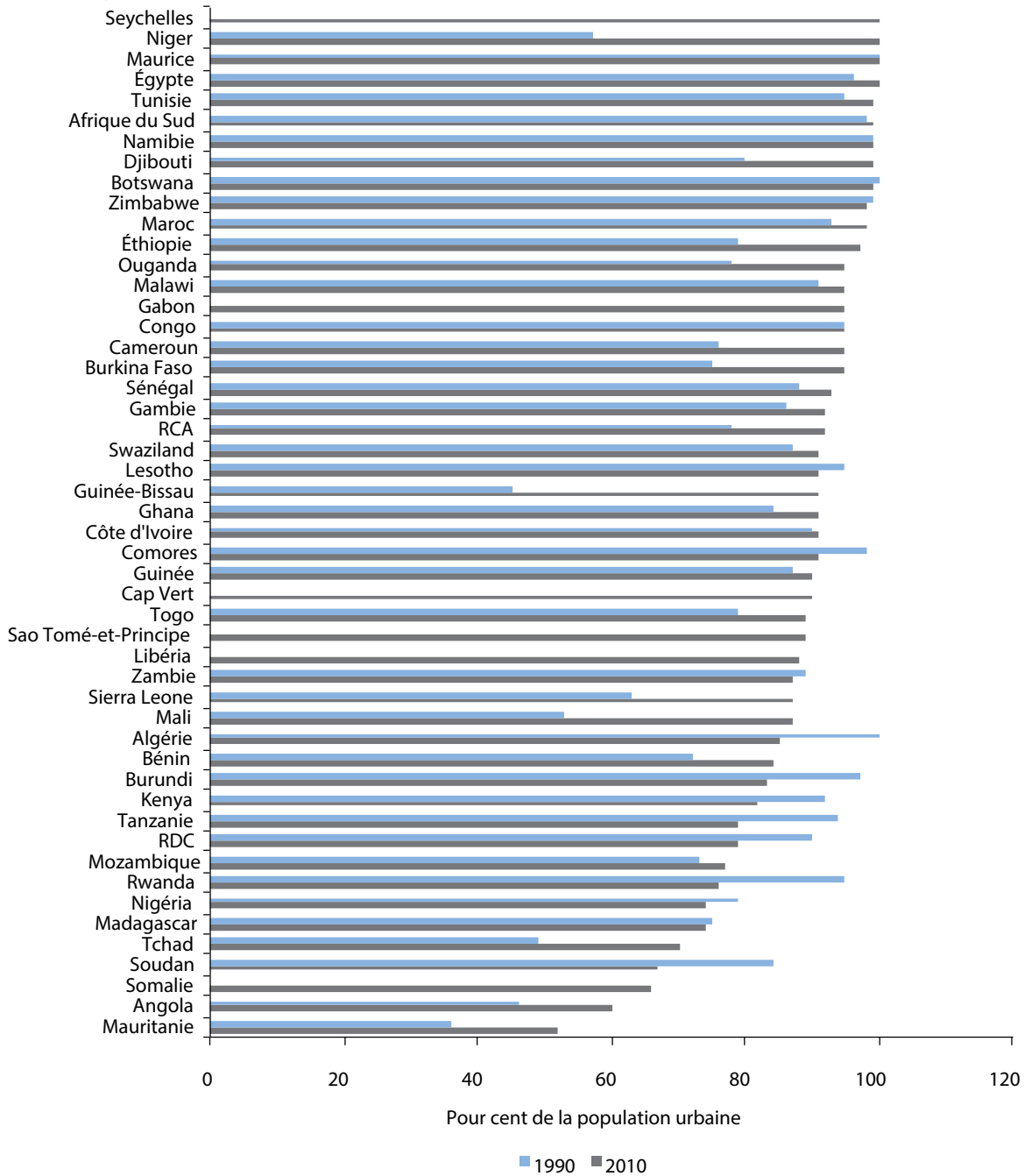
En milieu rural, le taux d'accès à une source d'eau potable améliorée varie considérablement : de 7 pour cent en Somalie à 99 pour cent à Maurice en 2010. Le nombre de pays dont le taux d'accès en zone rurale est supérieur à 80 pour cent est passé de 5 en 1990 à 10 en 2010. Une autre évolution positive concerne la baisse, de 27 à 16, du nombre de pays où la couverture est inférieure à 50 pour cent (*figure 7.7*).

Figure 7.5 Variation de l'accès aux ressources améliorées d'eau potable, zones urbaines et rurales, 1990-2010



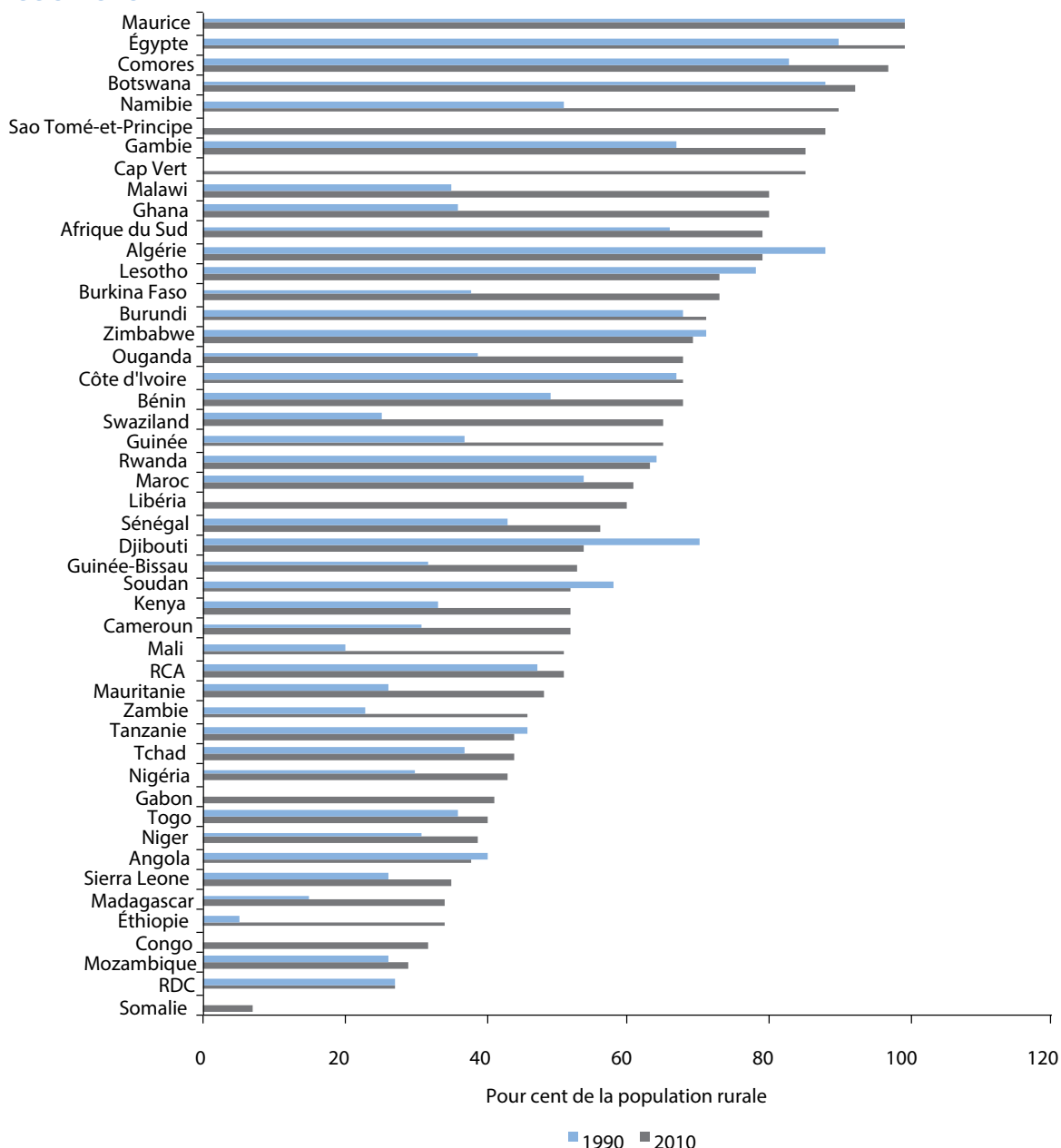
Source : OMS/UNICEF, 2012.

Figure 7.6 Variation de l'accès aux ressources améliorées d'eau potable, zones urbaines, 1990-2010



Source : OMS/UNICEF, 2012.

Figure 7.7 Variation de l'accès aux ressources améliorées d'eau potable, zones rurales, 1990-2010



Source : OMS/UNICEF, 2012.

Indicateur 7.9 : Proportion de la population utilisant une infrastructure d'assainissement améliorée

Cette proportion est généralement faible : elle atteignait tout juste 40 pour cent en 2010 et ne montrait qu'une augmentation de 5 pour cent par rapport à 1990 (OMS/UNICEF, 2012). À ce rythme, la cible ne sera probablement pas atteinte à la date butoir de 2015. Deux contraintes de taille sont constituées par le coût élevé de ces infrastructures et le faible rendement des investissements privés dans ce secteur, particulièrement dans les zones rurales. Cette dernière considération explique le faible nombre de partenariats public-privé dans le secteur de l'assainissement.

Parmi les 40 pays disposant de données, 33 ont fait état de gains. Seuls quatre pays (Djibouti, Nigéria, Soudan et Zimbabwe) ont accusé des reculs, tandis que trois autres pays (Libye, Maurice et Togo) n'ont affiché aucun progrès par rapport à 1990 (*figure 7.8*).

Tout comme dans le cas de l'approvisionnement amélioré en eau potable, il existe, en matière de taux d'accès à une infrastructure sanitaire améliorée, un contraste saisissant entre les zones urbaines et rurales, qui étaient respectivement de 54 pour cent et de 31 pour cent seulement en 2010. Cependant, comme cela s'est produit pour l'approvisionnement amélioré en eau potable, les zones urbaines ont marqué un recul par rapport au taux de couverture de 57 pour cent enregistré en 1990. Et encore une fois, cette détérioration peut être imputée à la forte proportion des habitants de taudis au sein d'une population urbaine en pleine expansion. En milieu rural, une progression timide a été signalée à cet égard par rapport au taux d'accès de 25 pour cent enregistré en 1990.

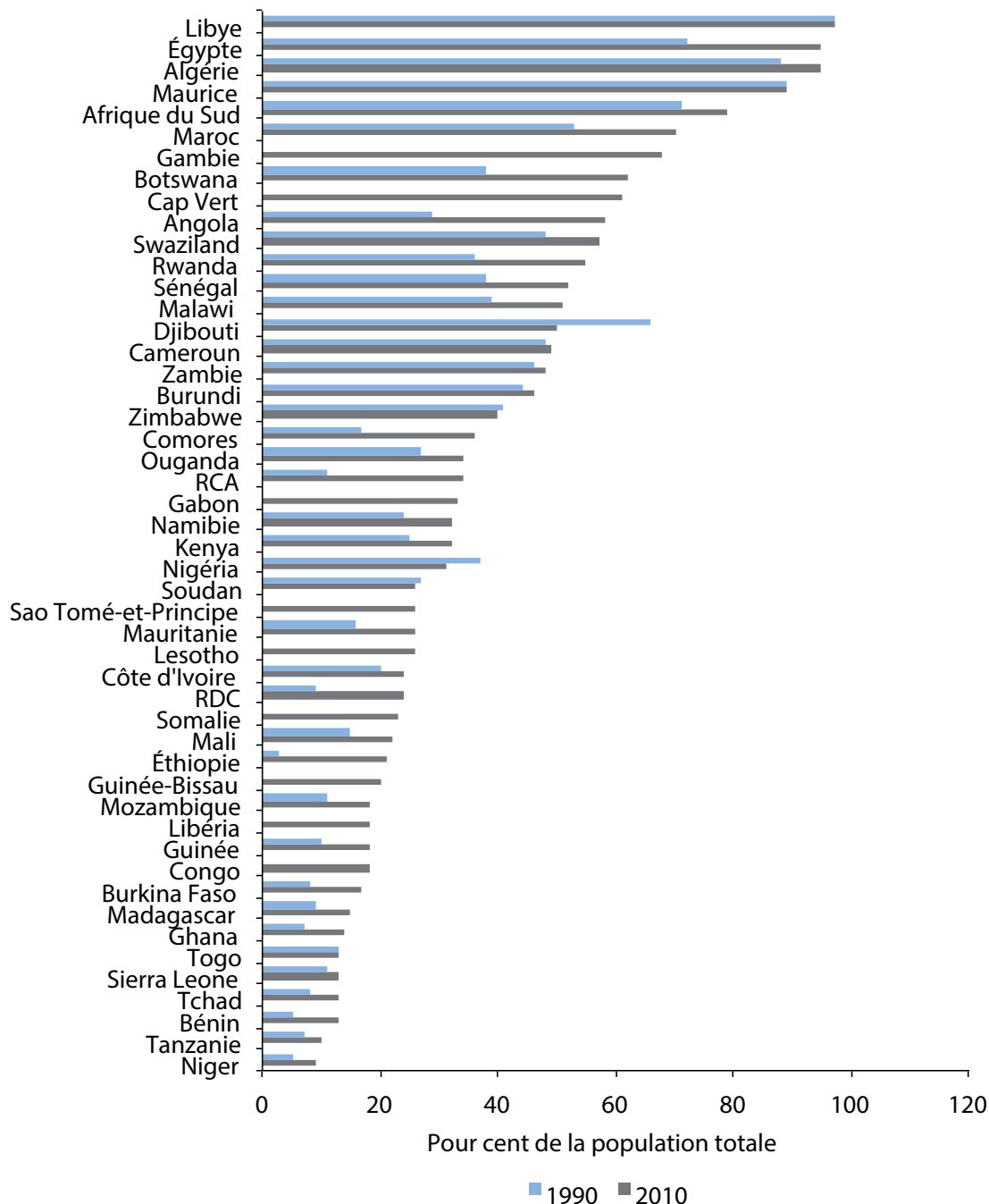
La proportion de la population urbaine ayant accès à une infrastructure d'assainissement améliorée en 2010 variait de 19 pour cent (Ghana) à 98 pour cent (Seychelles) (*figure 7.9*). Dans le cas de la population rurale, cette proportion était comprise entre 3 pour cent (Togo) et 96 pour cent (Libye) (*figure 7.10*).

Au-delà de ces données, il convient de se pencher sur les questions d'équité sociale. Il est en effet hautement probable que l'accès des populations aisées à un approvisionnement en eau et à un assainissement améliorés est de loin supérieur à celui des pauvres. Par conséquent, les pays doivent élaborer des politiques prévoyant l'aménagement intégré d'infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement afin de progresser vers une couverture plus équitable.

Conclusions

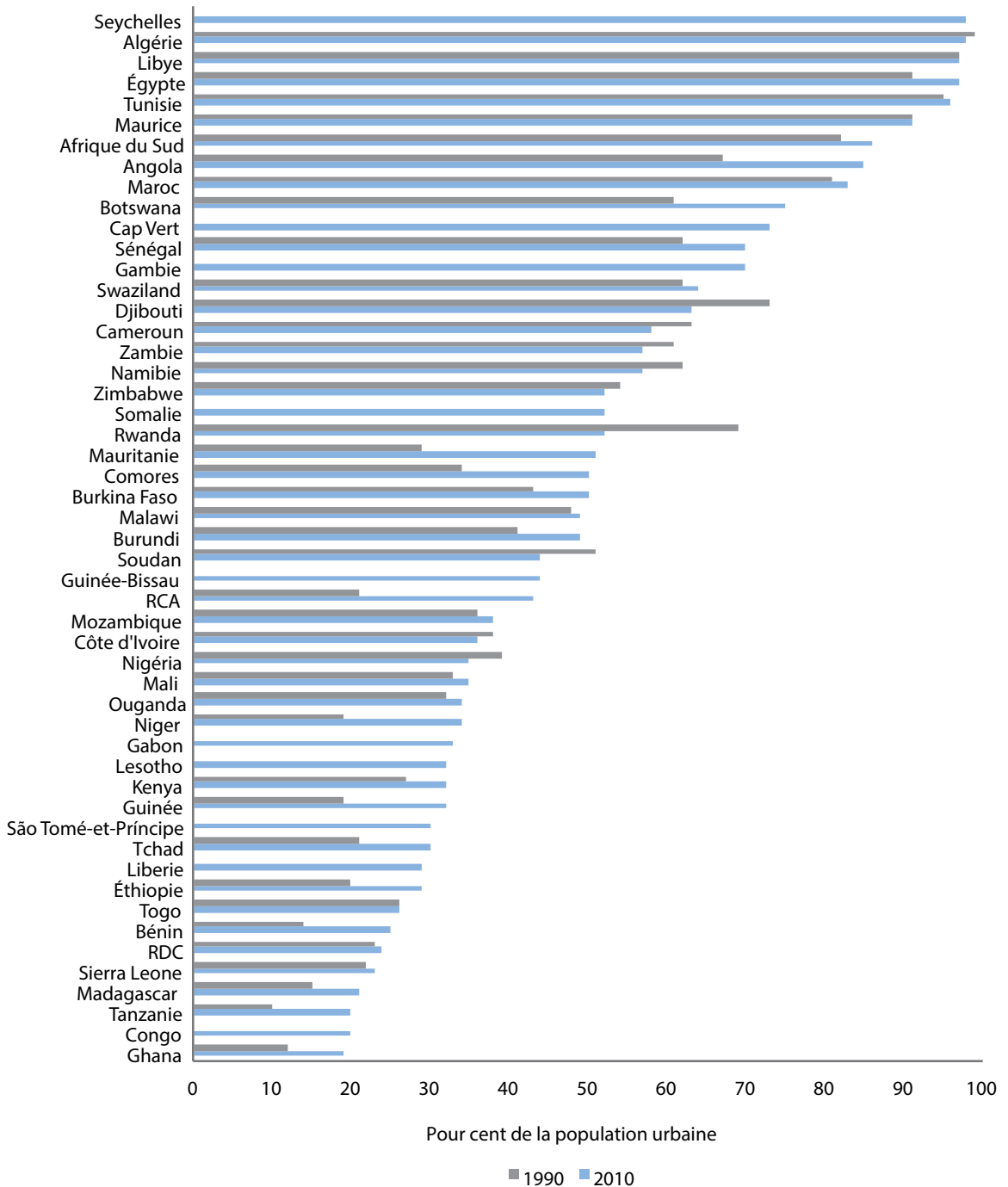
Les pays africains manifestent clairement leur engagement à l'égard de la réalisation de l'ODD 7 mais leurs avancées sont entravées par de nombreux défis : manque de coordination entre les autorités concernées résultant d'une confusion dans la répartition des rôles et des responsabilités, absence d'harmonisation entre les lois et les politiques touchant à la gestion environnementale. Dans certains pays, les services gouvernementaux chargés de l'environnement ne disposent pas des ressources humaines qualifiées, ce qui explique le déclin de la durabilité environnementale. L'adoption de méthodes de gestion des ressources naturelles axées sur la communauté permet d'améliorer la durabilité environnementale, mais une telle démarche doit être appuyée par les lois et les capacités techniques requises. La conception et l'application de mesures appropriées liées à l'adaptation au changement

Figure 7.8 Variation de l'accès aux infrastructures d'assainissement améliorées, zones urbaines et rurales, 1990-2010



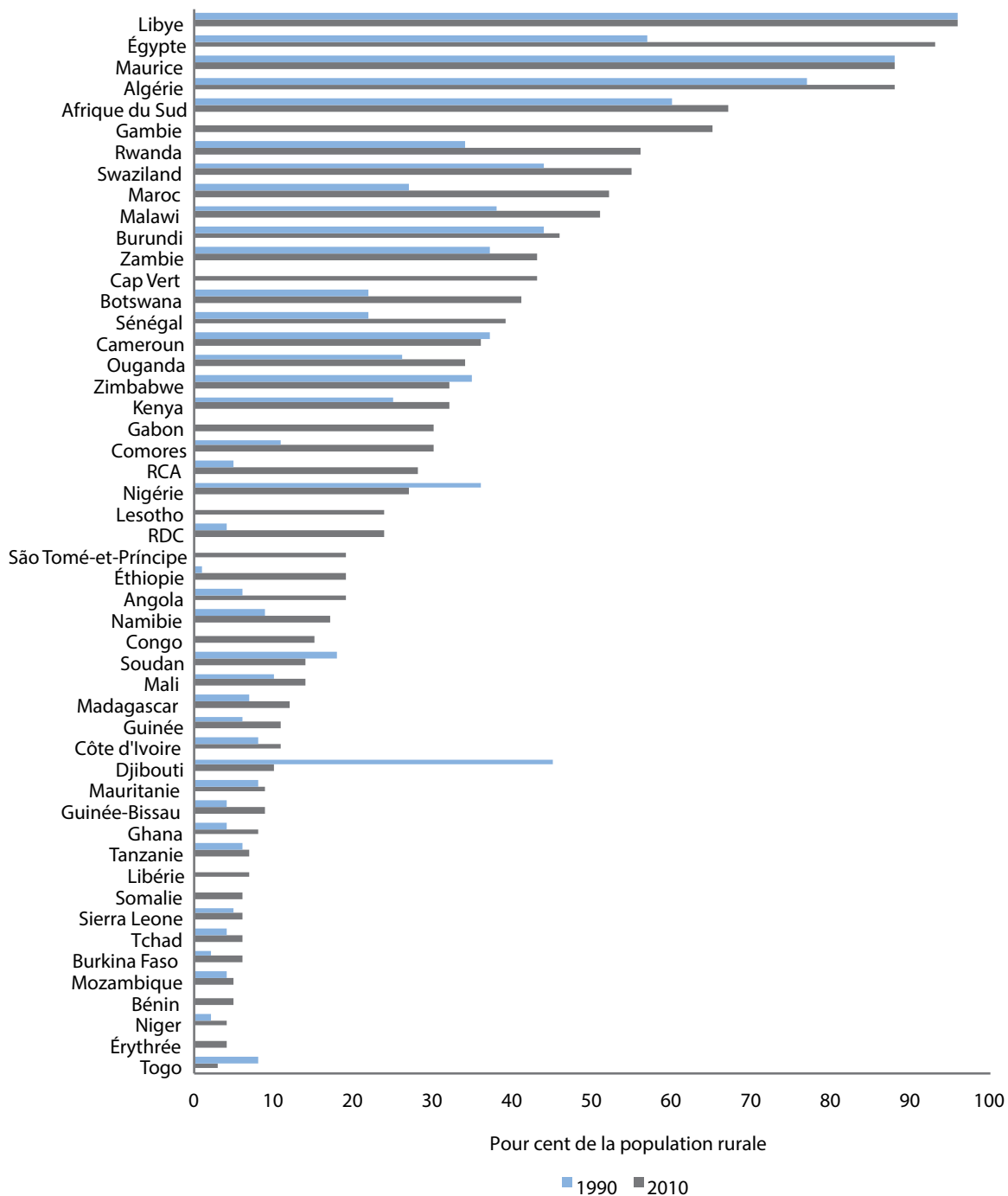
Source : OMS/UNICEF, 2012.

Figure 7.9 Variation de l'accès aux infrastructures d'assainissement améliorées, zones urbaines, 1990-2010



Source : OMS/UNICEF, 2012.

Figure 7.10 Variation de l'accès aux infrastructures d'assainissement améliorées, zones rurales, 1990-2010



Source : OMS/UNICEF, 2012.

climatique constituent un autre moyen de soutenir les progrès sur la voie de la réalisation de cet OMD.

Cependant, certaines opportunités susceptibles d'être exploitées existent déjà. Il est ainsi possible de puiser à de nouvelles ressources mondiales en vue de renforcer le développement durable des pays. La priorité doit être accordée à de nouvelles stratégies de gestion des ressources naturelles, comme le reboisement, souvent négligées jusqu'ici. Il convient aussi de promouvoir des instruments innovants favorisant la contribution du secteur privé, surtout en matière de partage et de transfert des risques. Il est également opportun de faire appel à des partenariats public-privé avisés pour faire face au changement climatique.

Appuyés par les partenaires au développement, les pays africains ont déjà pris les mesures nécessaires en matière d'adaptation et d'atténuation, tant au niveau national, infrarégional que régional, afin de faire face directement et indirectement aux impacts du changement climatique. Ces mesures pourraient être réparties de la manière suivante : dispositions prévues ou encouragées par les accords multilatéraux relatifs à l'environnement, gestion des

ressources naturelles, systèmes d'alerte précoce appliqués au climat et travaux de recherche tels que ceux du Groupe consultatif sur la recherche agricole internationale.

Les mesures d'adaptation font partie des bonnes pratiques en matière de développement, susceptibles de contribuer au développement durable. De ce fait, il convient de réorienter les politiques nationales, notamment budgétaires, de façon à affecter les investissements et les flux financiers des secteurs privé et public à des alternatives plus résilientes au changement climatique. Il est également souhaitable d'optimiser l'allocation des fonds en répartissant le risque entre investisseurs privés et publics. Plus spécifiquement, les politiques nationales doivent prévoir d'accorder des incitations aux investisseurs privés afin qu'ils adaptent de nouveaux types de ressources matérielles en réponse aux impacts potentiels du changement climatique. Enfin, il est impératif que le changement climatique soit intégré dans les stratégies de développement et les politiques d'adaptation des gouvernements locaux dans les secteurs clés concernés.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

La mise en place d'un partenariat mondial pour le développement est vital pour permettre aux pays africains de réaliser les OMD individuellement et collectivement. Il reste que les avancées dans la réalisation de certains de ces objectifs ont été plutôt lents. L'accès à des médicaments essentiels à un prix abordable constitue un défi qu'il reste encore à surmonter sur le continent. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de renforcer les partenariats avec les entreprises pharmaceutiques. L'accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) progresse lentement, mais non, semble-t-il, à un rythme permettant la réalisation de cet objectif à l'échéance. Les engagements souscrits par les pays donateurs dans le cadre de divers forums internationaux en faveur de l'accroissement du financement consacré au développement de l'Afrique n'ont pas été honorés, dans l'ensemble.

Néanmoins, la communauté internationale a renouvelé sa volonté de contribuer à l'accélération des progrès dans la réalisation des OMD et l'atteinte d'autres objectifs de développement convenus à l'échelle internationale. Par exemple, au Sommet des Nations Unies de septembre 2010 sur l'accélération des progrès de la réalisation des OMD, les nations donatrices ont réaffirmé leur engagement à accroître l'aide publique au développement (APD). Nombre d'entre elles ont promis de porter leur APD au niveau cible de

0,7 pour cent de leur Revenu national brut (RNB)⁴² ou d'allouer 0,15 à 0,20 pour cent de leur RNB⁴³ sous forme d'APD aux pays les moins avancés. L'Union européenne s'est engagée à atteindre la cible de 0,7 pour cent d'ici 2015. Les pays qui s'étaient fixés des objectifs d'APD provisoires pour 2010 ont également promis de s'efforcer de les réaliser avant la fin de l'année.

Le quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide, qui s'est tenu du 29 novembre au 1^{er} décembre 2011 à Busan, en Corée du Sud, a également réuni diverses parties bénéficiaires de l'aide au développement avec la communauté des donateurs pour dresser le bilan des efforts entrepris dans un passé récent en vue d'améliorer l'impact de l'aide accordée. À cette occasion, il a été admis que la coopération au développement jouait un rôle essentiel de catalyseur dans l'élimination de la pauvreté, la protection sociale, la croissance économique et le développement durable. Néanmoins, les pays bénéficiaires ont convenu de la nécessité de réduire, à long terme, leur dépendance à l'égard de l'aide en adoptant des politiques

42 Belgique, Finlande, Allemagne, Liechtenstein, Monaco et Royaume-Uni. La République de Corée et la Roumanie ont également promis d'accroître leur APD à 0,25 pour cent et 0,17 pour cent de leurs RNB respectifs d'ici 2015. Le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède se sont engagés à maintenir leurs niveaux d'aide, actuellement supérieurs à 0,7 pour cent.

43 Australie.

nationales tirant parti des opportunités offertes par les investissements et les échanges internationaux, et en développant leurs propres marchés des capitaux. Au cours de ces travaux, l'accent placé précédemment sur l'efficacité de l'aide s'est porté sur l'efficacité du développement. Les participants ont décidé de constituer un nouveau Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement, dont les premières dispositions devraient être établies avant juin 2012, afin de garantir que la mise en œuvre des engagements souscrits fasse l'objet d'une obligation de rendre compte des actions entreprises.

Depuis les crises financière et économique mondiales de 2008-2009, l'environnement international est devenu moins favorable aux pays à faible revenu, particulièrement en Afrique. Les donateurs sont soumis à de nouvelles contraintes budgétaires, rendant l'exécution de leurs engagements plus ardue, bien que non moins importante. L'attention s'est donc portée sur l'octroi de financements à des conditions non préférentielles pour faciliter les investissements publics dans les pays à faible revenu. Mais, comme le montrent Berg et al. (2012), les prêts non concessionnels sont, au mieux, une substitution risquée et imparfaite de l'aide accrue promise à l'Afrique. Le continent doit en effet à tout prix éviter de contracter des dettes insoutenables qui pourraient déclencher de futures instabilités macroéconomiques.

Cible 8A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire

La mobilisation de ressources internes et l'intégration régionale contribuent au financement du développement

Dix ans après la tenue de la Conférence internationale sur le financement du développement, à Monterrey, au Mexique, le financement en faveur du développement figure toujours parmi les priorités de l'agenda international.

Étant donné que les effets de la crise économique mondiale se répercutent sur les budgets de l'aide des pays donateurs de l'OCDE, il ne paraît plus possible de réaliser les OMD en ne dépendant que de l'APD. En outre, on ne mesure pas encore l'incidence de la crise de la dette souveraine dans la zone euro sur l'Afrique. Mais il est clair que celle-ci devrait freiner la reprise mondiale et entraîner, à terme, des retombées négatives mesurables sur les exportations africaines vers l'Europe, ainsi que sur les investissements directs étrangers, le volume de l'APD à l'Afrique et le degré d'allègement de la dette consenti aux pays à faible revenu du continent. Ces deux crises se traduisent d'ores et déjà par une réduction des avantages que les pays à faible revenu pourraient tirer du commerce mondial.

Les effets combinés de ces évolutions ralentiront vraisemblablement les progrès de l'Afrique dans la réalisation des OMD. Le continent doit éviter de se retrouver dans une situation où les problèmes budgétaires des pays de l'OCDE pourraient entraver son agenda du développement. Par conséquent, il lui appartient de diversifier ses sources de financement et de se garder de toute dépendance excessive à l'égard de l'APD.

Comme l'estime le Groupe de pilotage pour la réalisation des objectifs du Millénaire en Afrique, en accord avec les dirigeants africains, l'amélioration du recouvrement et de la gestion des impôts est appelée à jouer un rôle important dans le financement du développement dans les pays africains. En effet, depuis une dizaine d'années, les recettes fiscales augmentent dans les pays en développement, particulièrement en Afrique. Le coefficient fiscal moyen, soit le total des impôts perçus par rapport au PIB, est en constante progression à l'échelle du continent depuis une vingtaine d'années, ce qui témoigne d'une amélioration de la perception des impôts.

Il va sans dire que les disparités entre pays sont très prononcées : en 2009, le Burundi, la RDC, l'Éthiopie et la Guinée-Bissau n'ont pu percevoir que 35 dollars USD par habitant. Par contre, les recettes fiscales de la Guinée équatoriale, de la Libye et des Seychelles se sont élevées à plus de 3 000 dollars USD par habitant.

Les initiatives visant à relever la mobilisation des ressources nationales doivent être étendues à l'ensemble du continent afin de dégager des sources alternatives de financement pour le développement. Elles pourraient comporter, par exemple, des mesures visant à mieux bancariser la population

par des réformes financières de nature à accroître l'épargne, améliorer la perception en réformant la gestion des finances publiques et développer des marchés des capitaux.

Parallèlement à ces actions, les pays africains doivent continuer d'œuvrer pour attirer les investissements directs étrangers, dont l'Union européenne et les États-Unis restent la source principale, même si la part des partenaires émergents connaît actuellement une croissance rapide. Ces partenaires offrent à l'Afrique diverses modalités alternatives de financement, qui s'inscrivent dans une approche holistique axée sur la promotion des exportations, l'appui aux investissements directs et la fourniture d'une assistance au développement.

Les activités de coopération des partenaires émergents sont généralement complémentaires à celles des partenaires traditionnels. Ces derniers concentrent leur assistance, le plus souvent sous forme d'APD, sur la réduction de la pauvreté, la santé, l'éducation et la gouvernance. De leur côté, les partenaires émergents sont davantage concernés par la suppression des goulots d'étranglement infrastructurels, qu'ils considèrent comme un facteur critique pour dynamiser la transformation économique du pays, au vu de l'accroissement de leurs allocations de ressources au profit du développement des infrastructures dans les pays assistés. À titre d'exemple, les engagements de la Chine pour le financement d'infrastructures en Afrique (hors Afrique du Nord) sont passés de 470 millions à 4,5 milliards de dollars USD entre 2001 et 2007 (CNUCED, 2010).

Les pays africains ont néanmoins besoin de consolider leur pouvoir de négociation avec l'ensemble de leurs partenaires du développement afin de

s'assurer que ces partenariats sont mutuellement bénéfiques, mais qu'ils répondent en priorité, et dans la mesure du possible, à leurs propres besoins. L'intégration régionale en Afrique est également importante pour mieux coordonner les efforts des pays africains individuels et renforcer leur pouvoir de négociation collectif.

Bien que les barrières tarifaires entre les pays africains aient régulièrement baissé pendant la décennie écoulée, le commerce intra-africain, qui représente environ 12 pour cent des échanges continentaux, est toujours insuffisant pour stimuler le développement et la transformation économiques du continent. C'est en partie pour cette raison que le Sommet de l'Union africaine de janvier 2012 était consacré au renforcement du commerce intra-africain, et qu'il a donné lieu à une décision clé ayant trait à la mise en place d'un plan d'action global destiné à revitaliser le commerce infra-africain à court, moyen et long terme dans l'optique d'établir une zone de libre échange à l'échelle du continent d'ici 2017.

Cible 8B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés

Cible 8.1 : Montant net de l'APD totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE)

Bien qu'elle soit à un niveau sans précédent, l'APD est toujours bien en deçà des engagements souscrits

L'APD des pays membres du CAD a atteint un niveau record proche de 129 milliards de dollars USD

en 2010, selon les données préliminaires de l'OCDE. En 2010, l'APD des pays membres du CAD représentait 0,32 pour cent de leur RNB, un taux en légère progression par rapport à celui de 0,31 pour cent enregistré en 2009. Pourtant, l'APD est toujours très inférieure au taux cible de 0,7 pour cent du RNB des pays donateurs. Seuls cinq pays, à savoir, le Danemark, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède, ont respecté cette cible en 2010. Deux des donateurs les plus importants en termes absolus, les États-Unis et le Japon, ont accru leur aide en 2010 mais demeurent parmi les donateurs les moins importants au vu du rapport APD/RNB (*tableau 8.1*).

Lors de la conférence de Gleneagles, organisée en Écosse en juillet 2005, les pays donateurs du G8 avaient envisagé, pour 2010, une augmentation de 25 milliards de dollars USD de leur APD totale à l'Afrique. Il ressort toutefois des estimations préliminaires que l'Afrique n'a reçu que 11 milliards de dollars USD supplémentaires. Ce déficit est plus important en termes de pourcentage que le déficit de l'APD totale, principalement en raison des contraintes pesant sur les contributions de plusieurs pays donateurs qui affectent une partie importante de leur APD à l'Afrique.

L'APD bilatérale des pays du CAD/OCDE à l'Afrique a atteint 29,3 milliards de dollars USD en 2010, soit une augmentation en termes réels de 3,6 pour cent par rapport à 2009. L'APD à l'Afrique est en progression depuis 2004. L'APD nette de l'ensemble des donateurs à l'Afrique a atteint 47,9 milliards de dollars USD en 2010. Cependant, comme les partenaires du développement n'ont pas complètement honoré leurs promesses, il leur incombe d'intensifier leurs efforts afin de tenir, sans plus tarder, leurs engagements en matière d'aide au

Tableau 8.1 APD nette des pays membres du Comité d'aide au développement, 2010

Pays	2010		2009		% de variation 2009 à 2010 en termes réels ^a
	APD en millions de dollars USD	APD/RNB %	APD en millions de dollars USD	APD/RNB %	
Australie	3 826	0,32	2 762	0,29	11,4
Autriche	1 208	0,32	1 142	0,30	9,6
Belgique	3 004	0,64	2 610	0,55	19,3
Canada	5 202	0,34	4 00	0,30	14,3
Danemark	2 871	0,91	2 810	0,88	4,5
Finlande	1 333	0,55	1 290	0,54	6,7
France	12 915	0,50	12 602	0,47	7,3
Allemagne	12 985	0,39	12 079	0,35	12,1
Grèce	508	0,17	607	0,19	-14,9
Irlande	895	0,52	1 006	0,54	-4,9
Italie	2 996	0,15	3 297	0,16	-5,1
Japon	11 054	0,20	9 457	0,18	11,9
Rép. de Corée	1 174	0,12	816	0,10	26,4
Luxembourg	403	1,05	415	1,04	0,5
Pays-Bas	6 357	0,81	6 426	0,82	2,4
Nouvelle-Zélande	342	0,26	309	0,28	-6,8
Norvège	4 580	1,10	4 081	1,06	3,7
Portugal	649	0,29	513	0,23	31,6
Espagne	5 949	0,43	6 584	0,46	-5,3
Suède	4 533	0,97	4 548	1,12	-7,0
Suisse	2 300	0,40	2 310	0,45	-4,3
Royaume-Uni	13 053	0,57	11 283	0,51	13,3
États-Unis	30 353	0,21	28 831	0,21	4,2
Total CAD	128 492	0,32	119 778	0,31	6,3

Source : OCDE, données mises à jour en décembre 2011.

a. Compte tenu de l'inflation et des fluctuations des taux de change.

Tableau 8.2 APD à l'Afrique par secteur, 2005-2010 (en pourcentage des engagements bilatéraux totaux des pays donateurs du CAD/OCDE)

Secteur	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Social	27,4	28,7	43,7	42,6	44,8	41,4
Économique	7,7	4,4	10,0	16,1	11,6	15,3
Production	3,8	5,1	6,4	6,5	7,8	9,8
Multisectoriel	5,3	3,2	5,1	5,1	4,8	6,2
Aide aux programmes	5,2	8,0	9,2	8,4	10,2	5,4
Dette	36,5	40,8	12,7	7,5	7,4	10,3
Humanitaire	11,7	8,7	11,22	12,0	11,9	9,2
Autre	2,2	1,2	1,7	1,9	1,6	2,4

Source : OCDE, 2012.

développement aux pays africains. De leur côté, ces derniers ont l'obligation de redoubler d'efforts pour mobiliser davantage de ressources intérieures.

Une étude récente sur le relèvement de l'aide au développement accordée à 10 pays africains montre qu'une nouvelle augmentation est nécessaire pour respecter les engagements de Gleneagles (Berg et al., 2012)⁴⁴, car malgré sa progression au cours des années récentes, l'aide à l'Afrique est toujours très inférieure aux objectifs fixés à Gleneagles en 2005. De plus, étant donné que les plans de développement existants dans de nombreux pays sont sous-financés, la mise en œuvre des engagements pris à Gleneagles en 2005 couplée à l'amélioration des résultats du développement national permettrait de combler ce déficit en grande partie.

44 Ces pays sont le Bénin, le Ghana, le Liberia, le Niger, la Rwanda, la Sierra Leone, la Tanzanie, le Togo, la RCA et la Zambie.

Cible 8.2 : Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)

La part de l'APD consacrée aux services sociaux est en baisse

Il importe d'analyser la proportion de l'APD qui est allouée aux services sociaux afin d'apprécier le caractère inclusif de cette aide au profit de tous les segments de la population. En 2010, comme dans les années précédentes, la majeure partie de l'APD à l'Afrique provenant des pays du CAD/OCDE était destinée au secteur social, malgré une légère réduction par rapport à 2009 (tableau 8.2). Au sein de ce secteur, les engagements de ces mêmes pays au titre de l'APD affectée à l'eau et à la santé ont accusé une baisse entre 2009 et 2010. Plusieurs donateurs ont réduit leurs engagements envers le secteur social, notamment l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Cible 8C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement

Indicateur 8.4 : APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut

Des résultats fort modestes

L'inaccessibilité à la mer, l'éloignement et l'isolement par rapport aux marchés mondiaux, et les frais de transit élevés entravent lourdement les progrès socio-économiques des pays en développement enclavés (ONU, 2012). La Déclaration et le Programme d'action d'Almaty, adoptés en 2003, ont marqué le coup d'envoi pour tenter de remédier à ces problèmes. La mise en œuvre de ce programme devait être appuyée par les donateurs au moyen d'aides financières et techniques.

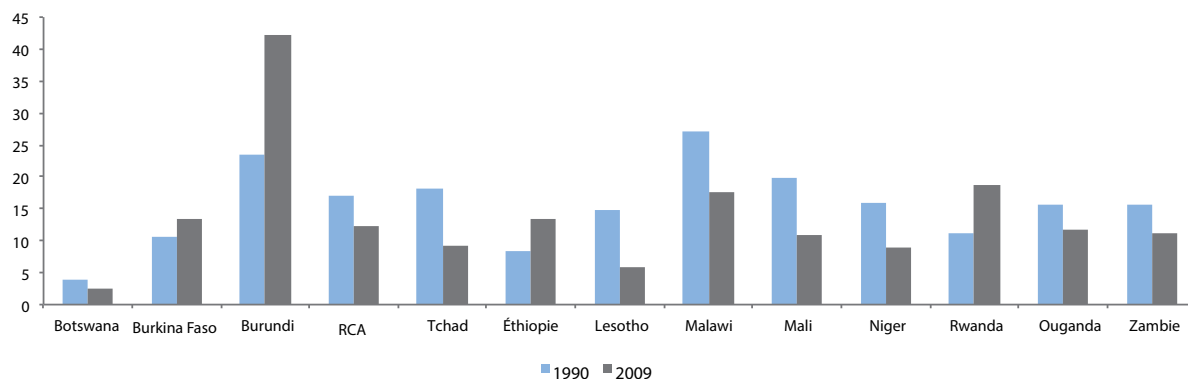
Pendant les années 1990 à 2009, l'APD par rapport au RNB n'a augmenté que dans quatre des quinze pays en développement enclavés de l'Afrique, à savoir, le Burkina Faso, le Burundi, l'Éthiopie et le Rwanda (*figure 8.1*).

Indicateur 8.5 : APD reçue par les petits États insulaires en développement, en pourcentage de leur revenu national brut

Une proportion en baisse

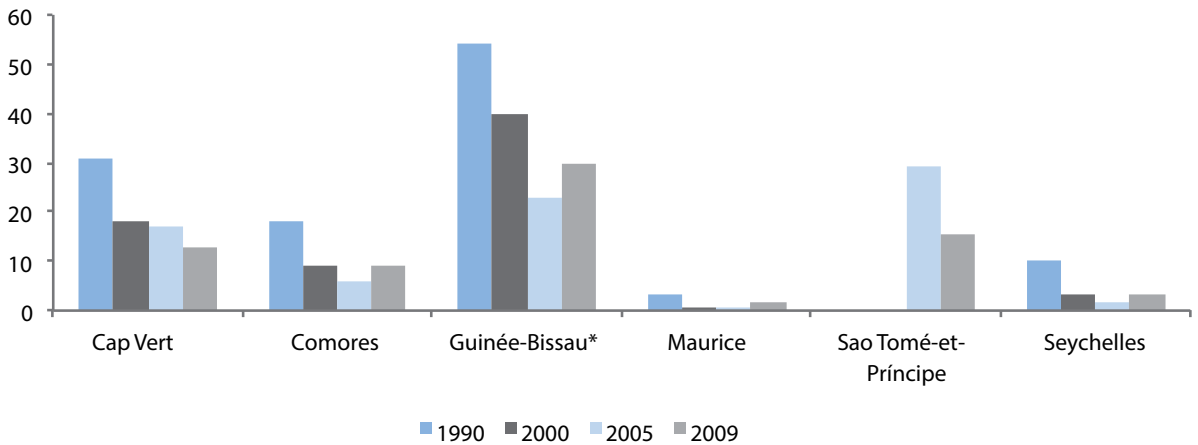
L'APD reçue par les six petits États insulaires en développement de l'Afrique en pourcentage de leur RNB a généralement baissé entre 1990 et 2009, bien qu'elle demeure relativement élevée en Guinée-Bissau et à Sao Tomé-et-Principe. Après 2005, la proportion d'APD a légèrement augmenté dans quatre d'entre eux (*figure 8.2*).

Figure 8.1 APD reçue par les pays en développement sans littoral, en pourcentage de leur RNB, 1990 et 2009.



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Figure 8.2 APD reçue par les petits États insulaires en développement, en pourcentage de leur RNB, 1990-2009



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

* Données de 2008.

Indicateur 8.7 : Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement

Les tarifs moyens sont en baisse, particulièrement pour les produits agricoles

Les tarifs moyens appliqués par les pays développés à leurs importations de produits agricoles, de textiles et de vêtements en provenance de tous les pays en développement sont en baisse depuis 1996. Une nette baisse des droits de douane sur les importations de vêtements d'Afrique (hors Afrique du Nord) a été enregistrée après 2000, et une baisse de moindre ampleur est intervenue après 2005 sur les importations de produits agricoles (tableau 8.3).

Indicateur 8.9 : Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales

Les engagements de l'Aide pour le commerce dépassent ceux de l'APD

Les transactions commerciales et les politiques y afférentes jouent désormais un rôle fondamental dans l'atteinte des objectifs nationaux de développement et sont déterminants pour la réalisation des OMD. L'Aide pour le commerce fournit une assistance financière et technique aux pays en développement pour les aider à se doter de capacités d'offre de produits et de services, et à renforcer leurs infrastructures commerciales. Cette initiative souligne le rôle de développement central dévolu aux échanges commerciaux, et elle est en passe d'être intégrée à des stratégies de

Tableau 8.3 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles, aux textiles et aux vêtements en provenance des pays en développement, diverses années (%)

Zone/région	Catégorie	1996	2000	2005	2009
Pays en développement	Produits agricoles	10,5	9,2	8,8	7,8
	Textiles	7,3	6,5	5,2	5,1
	Vêtements	11,4	10,8	8,3	8,1
Afrique du Nord	Produits agricoles	6,7	7,4	7,2	6,4
	Textiles	8,0	7,2	4,4	3,9
	Vêtements	11,9	11,1	8,0	5,9
Afrique (hors Afrique du Nord)	Produits agricoles	7,4	6,2	6,2	4,5
	Textiles	3,9	3,4	2,9	2,9
	Vêtements	8,5	7,9	1,6	1,6

Source : ONU, 2011.

développement élargies, visant la compétitivité, la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Les donateurs ont entrepris d'harmoniser leurs procédures et d'ajuster leur appui par rapport à ces stratégies. Les flux financiers au titre de l'Aide pour le commerce ont atteint 40 milliards de dollars USD en 2009, marquant ainsi une augmentation de 60 pour cent en l'espace de quatre ans (OMC, 2011).

L'Aide pour le commerce affectée à l'Afrique a progressé de manière constante jusqu'en 2009, en dépit de la crise économique mondiale. L'augmentation des engagements au titre de l'Aide pour le commerce a été près du double de celle de l'APD pendant les années 2006 à 2009, avec des gains annuels moyens de 21,4 pour cent, contre 11,1 pour cent en termes réels pour l'APD.

Pendant cette période, les 10 premiers destinataires de l'Aide pour le commerce réservée à l'Afrique

ont bénéficié de 56 pour cent du montant total alloué au continent, alors que les 10 derniers en ont collectivement reçu un peu plus d'1 pour cent (CEA, 2011), ce qui reflète la grande disparité des engagements (*tableau 8.4*).

Tableau 8.4 Pays bénéficiaires d'engagements au titre de l'Aide pour le commerce en 2009 (en millions de dollars USD)

Pays	Montant reçu
Nigéria	1 300
Ouganda	1 000
Kenya	962
Éthiopie	884
Tanzanie	881
Algérie	13
Libye	8,2
Botswana	4,7
Seychelles	2,3
Guinée équatoriale	1,1

Cible 8D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme

Indicateur 8.10 : Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)

La plupart des pays susceptibles de bénéficier de l'initiative PPTE ont atteint leurs points d'achèvement

L'initiative PPTE a permis de réduire le fardeau de la dette des pays qualifiés pour bénéficier d'un

allègement de leur dette en 2011. Parmi les 33 pays d'Afrique potentiellement éligibles à recevoir une assistance aux titre des PPTE et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM), 26 ont atteint le point d'achèvement, se qualifiant ainsi pour obtenir un allègement irrévocable de leur dette au titre de l'initiative PPTE et l'annulation pure et simple de leur dette en application de l'initiative IADM. Dans le cadre de l'initiative PPTE, le groupe de la Banque mondiale a fourni à l'Afrique 2,9 milliards de dollars USD en crédits (51,3 pour cent des 5,7 milliards de dollars USD engagés) à des conditions nominales. Quatre pays africains sont en phase intermédiaire entre les points de décision et d'achèvement, et trois autres sont au point de pré-décision (*tableau 8.5*).

Tableau 8.5 Statut PPTE des pays africains, 2011

Pays ayant atteint le point d'achèvement (26)		
Bénin	Liberia	RDC
Burkina Faso	Madagascar	Rwanda
Burundi	Malawi	Sao Tomé-et-Principe
Cameroun	Mali	Sénégal
Congo	Mauritanie	Sierra Leone
Éthiopie	Mozambique	Tanzanie
Gambie	Niger	Togo
Ghana	Ouganda	Zambie
Guinée-Bissau	RCA	
Pays entre les points de décision et d'achèvement (4)		
Comores	Guinée	
Côte d'Ivoire	Tchad	
Pays n'ayant pas atteint le point de décision (3)		
Érythrée	Somalie	Soudan

Source : FMI, 2011.

Cible 8E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Indicateur 8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement

L'accès à des médicaments essentiels à un coût abordable est problématique en Afrique

En moyenne, les médicaments essentiels n'étaient disponibles que dans 42 pour cent des établissements publics et 58 pour cent des établissements privés à l'échelle du continent pendant la période de 2001 à 2009 (*tableau 8.6*). Dans les 17 pays d'Afrique disposant de données, les prix médians étaient supérieurs aux prix de référence internationaux, respectivement de 2,7 fois dans le secteur public et 6,4 fois dans le secteur privé. Plusieurs plans régionaux et sous-régionaux ont été mis en place pour développer les capacités de production locales, dont le Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique de l'Union africaine, le Plan d'affaires pharmaceutique de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et le Plan d'action régional pour la fabrication des produits pharmaceutiques de la Communauté est-africaine (CEA).

Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous

Indicateur 8.14 : Nombre de lignes téléphoniques fixes, pour 100 habitants

Aucune augmentation du nombre de lignes téléphonique fixes

Le nombre des lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants en Afrique n'a guère varié entre 2000 et 2010, ce qui s'explique en grande partie par l'expansion rapide et l'attrait de la téléphonie mobile. Sept pays avaient plus de 10 lignes fixes pour 100 habitants en 2010⁴⁵, mais 20 pays en comptaient moins d'une pour le même nombre d'habitants⁴⁶. Neuf pays ont vu leur taux baisser entre 2000 et 2010⁴⁷.

Indicateur 8.15 : Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants

Croissance exponentielle du nombre d'abonnés

Le taux de pénétration de la téléphonie mobile sur le plan mondial a atteint 75 pour cent en 2010, et connaît une très forte augmentation dans le monde en développement (*tableau 8.7*).

La téléphonie mobile continue de connaître un essor rapide en Afrique, qui est insuffisamment

45 Maurice, Seychelles, Libye, Cap Vert, Tunisie, Égypte et Maroc.

46 Libéria, Congo, Guinée, RCA, Guinée Bissau, Rwanda, Mozambique, Burundi, Tanzanie, Niger, Tchad, Sierra Leone, Mali, RDC, Zambie, Ouganda, Soudan, Madagascar, Nigéria et Burkina Faso.

47 Libéria, Guinée, Guinée Bissau, Congo, Zambie, Gabon, Sierra Leone, RDC et Afrique du Sud.

Tableau 8.6 Disponibilités et prix à la consommation des médicaments essentiels, années 2000

Pays	Période	Disponibilité moyenne des médicaments génériques sélectionnés dans les établissements (%)		Ratio des prix moyens à la consommation pratiqués dans les établissements par rapport aux prix internationaux médians pour des médicaments génériques sélectionnés ^a	
		Publics	Privés	Publics	Privés
Afrique du Sud	2004		71,7		6,5
Burkina Faso	2009	87,1	72,1	2,2	2,9
Cameroun	2005	58,3	52,5	2,2	13,6
Éthiopie	2004	52,9	88,0	1,3	2,2
Ghana	2004	17,9	44,6	2,4	3,8
Kenya	2004	37,7	72,4	2,0	3,3
Mali	2004	81,0	70,0	1,8	5,4
Maroc	2004	0,0	52,5		11,1
Nigéria	2004	26,2	36,4	3,5	4,3
Ouganda	2004	20,0	80,0		2,6
Congo	2007	21,2	31,3	6,5	11,5
RDC	2007	55,6	65,5	2,0	2,3
Sao Tomé-et-Principe	2008	56,3	22,2	2,4	13,8
Soudan	2006	51,7	77,1	4,4	4,7
Tanzanie	2004	23,4	47,9	1,3	2,7
Tchad	2004	31,3	13,6	3,9	15,1
Tunisie	2004	64,3	95,1		6,8

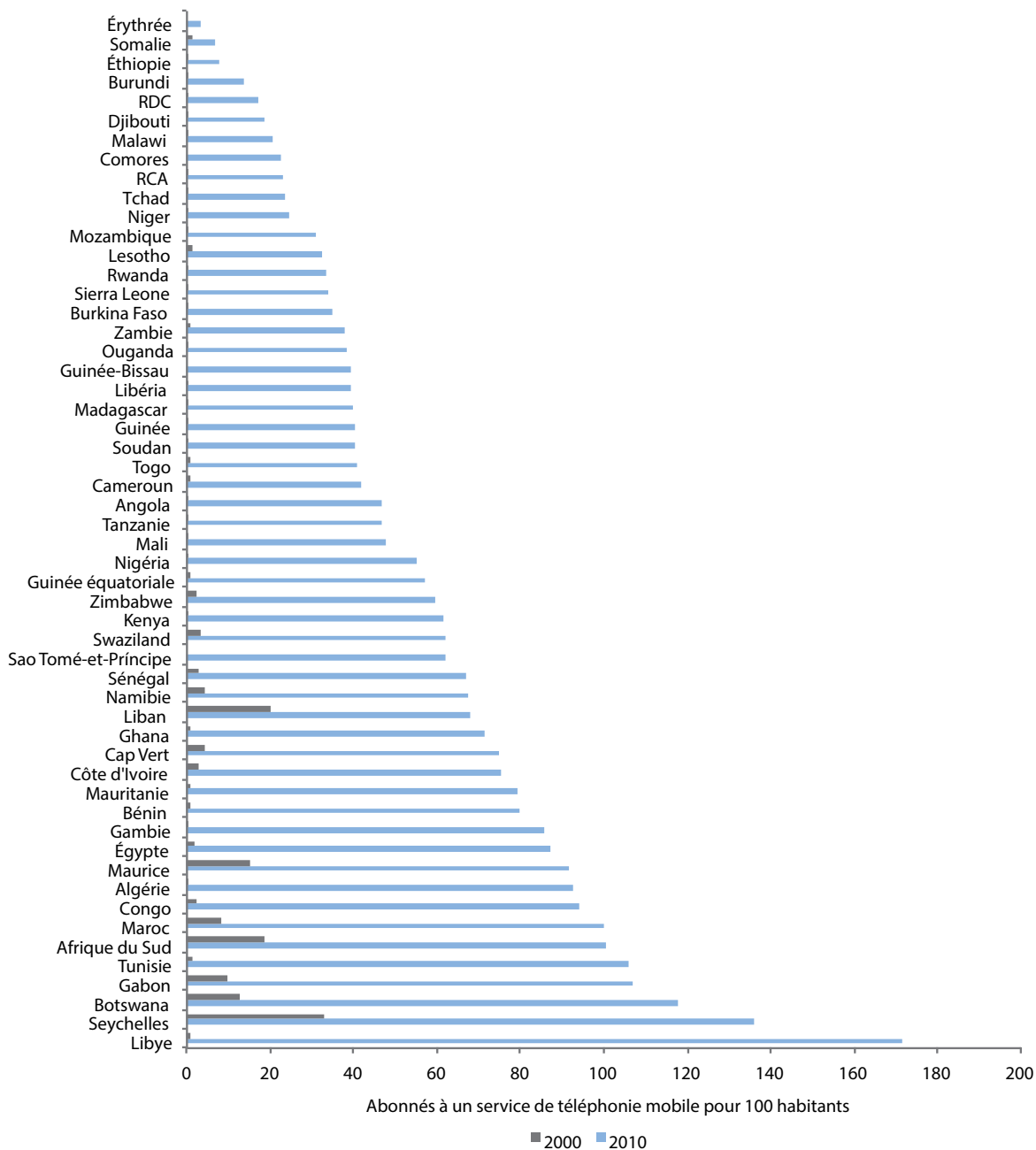
Source : OMS, 2011.

a. Par rapport aux prix internationaux de référence.

pourvue en lignes téléphoniques fixes. En Libye, aux Seychelles, au Botswana, au Gabon, en Tunisie, en Afrique du Sud et au Maroc, chaque habitant disposait de plus d'une ligne mobile en 2010 (*figure 8.3*). Le Congo, l'Algérie et Maurice affichaient chacun plus de 90 abonnements à la

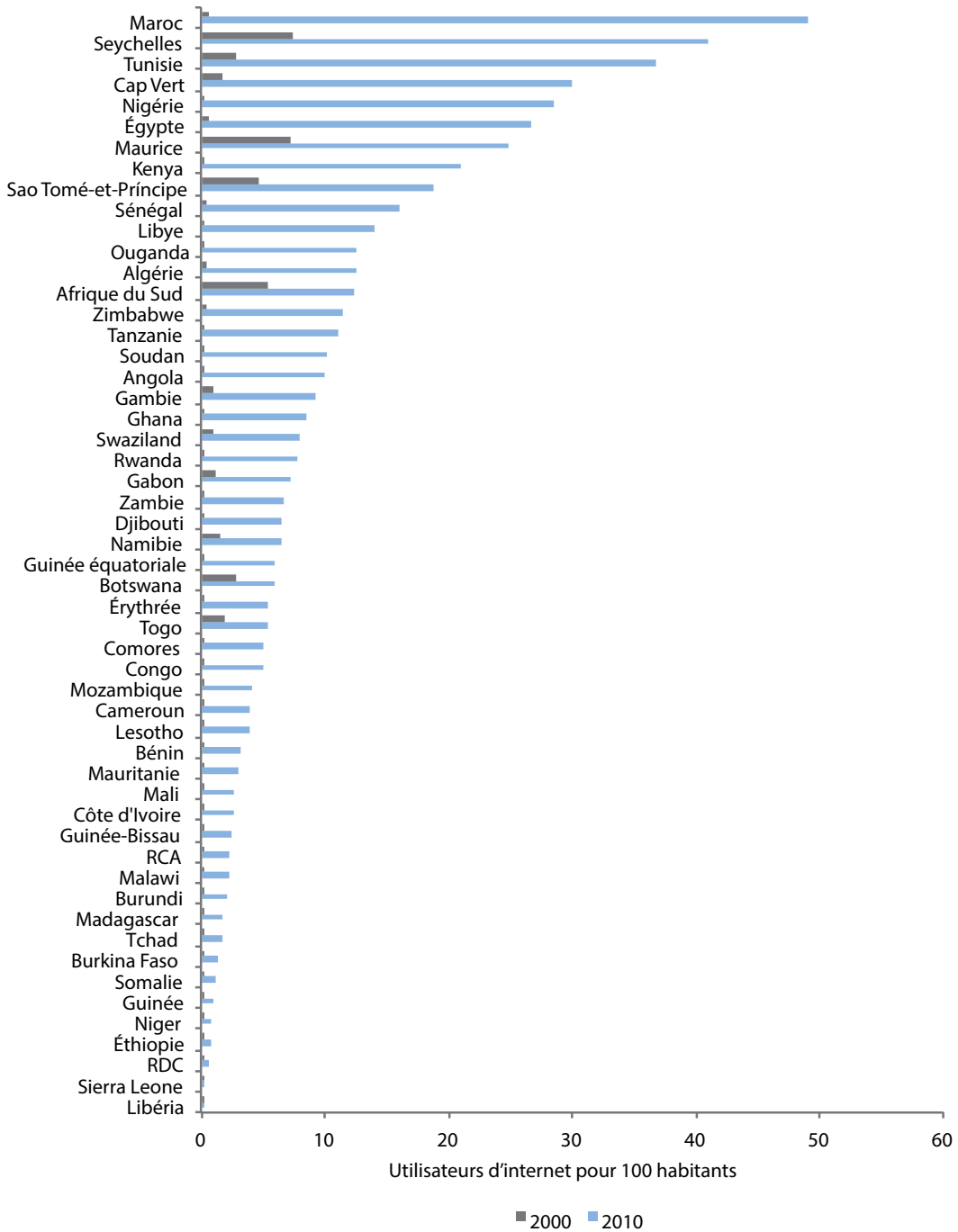
téléphonie mobile pour 100 habitants, alors que l'Érythrée, l'Éthiopie et la Somalie en comptaient moins d'une dizaine. Au plan sous-régional, c'est en Afrique du Nord que la proportion des abonnés à la téléphonie mobile, 95 pour cent, était la plus élevée.

Figure 8.3 Nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants, 2000 et 2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Figure 8.4 Utilisateurs d'Internet pour 100 habitants, 2000 et 2010



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, consultées en décembre 2011.

Tableau 8.7 Accès aux technologies de l'information et des communications par région, 1990, 2000 et 2010

Région	Lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants			Abonnés à la téléphonie mobile pour 100 habitants			Utilisateurs d'Internet pour 100 habitants		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Afrique du Nord	2,8	7,2	11,4	0,0	2,8	95,2	0,0	0,7	28,1
Afrique (hors Afrique du Nord)	1,0	1,4	1,4	0,0	1,7	44,7	0,0	0,5	10,6
Régions en développement	2,3	7,9	11,9	0,0	5,4	70,0	0,0	2,1	21,1
Régions développées	37,0	49,4	41,6	0,9	40,0	114,3	0,2	24,9	68,8
Monde	9,8	16	17,3	0,2	12,1	78,0	0,1	6,5	29,7

Source : UIT, 2011.

Indicateur 8.16 : Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

La pénétration d'Internet en Afrique est encore trop faible

La pénétration d'Internet a progressé au niveau mondial à un taux annuel d'environ 14 pour cent entre 2005 et 2010, ce pourcentage étant plus élevé dans les pays en développement (22 pour cent) que dans les pays développés (7 pour cent). La pénétration d'Internet sur le continent reste faible par comparaison aux régions développées (*voir le tableau 8.7*), ce qui s'accorde avec l'insuffisance de l'offre des lignes téléphoniques fixes en Afrique. Néanmoins, la pénétration d'Internet en Afrique continue à s'améliorer, et elle ne manquera pas de connaître une progression accélérée à mesure que les africains auront accès au haut débit mobile via leurs téléphones mobiles.

Le Maroc comptait le nombre le plus élevé d'utilisateurs d'Internet en 2010, devant les Seychelles, la Tunisie, le Cap Vert, le Nigéria et l'Égypte (*figure 8.4*). L'Éthiopie, le Libéria, le Niger et la Guinée ont

comptabilisé le nombre le plus faible d'utilisateurs d'Internet, avec moins d'un utilisateur pour 100 habitants.

Conclusions

La coordination internationale et le partenariat mondial sont essentiels à la réalisation des OMD. Pour ce faire, la communauté internationale a renouvelé son engagement de respecter ses promesses en vue d'accélérer les progrès vers les OMD, lors de différents forums. En 2010, l'APD a représenté 0,32 pour cent du RNB des pays membres du CAD, un chiffre en hausse par rapport au pourcentage de 0,31 de 2009. Cependant, le volume de l'APD reste toujours en deçà de la cible de 0,7 pour cent du RNB des pays donateurs, fixée par l'ONU. En outre, malgré l'amélioration de l'accessibilité des technologies de l'information et de la communication, le rythme des avancées dans ce domaine est insuffisant pour faire en sorte que les avantages de ces nouvelles technologies soient accordés à tous, tel que l'exige la cible y afférente. L'accès aux médicaments essentiels abordables pose également un défi persistant à l'échelle du

continent et le renforcement des partenariats avec les firmes pharmaceutiques est indispensable pour converger vers cette cible.

Les pays africains doivent trouver des sources alternatives de financement, renforcer leurs efforts pour mobiliser les ressources nationales et favoriser le commerce intra-africain afin d'atténuer les effets

négatifs induits par l'incidence, sur l'Afrique, de la crise de la dette souveraine dans la zone euro. De plus, il est impératif que les pays africains améliorent leur pouvoir de négociation avec l'ensemble des partenaires du développement afin de garantir que ces partenariats soient mutuellement bénéfiques.

Section III:

Perspectives émergentes en Afrique relativement à l'agenda de développement post-2015

En septembre 2000, le Sommet du Millénaire des Nations Unies a souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dans une déclaration solennelle, dite Déclaration du Millénaire, que plus de 180 pays ont signé. Il s'agissait d'arrêter des objectifs quantifiables et assortis d'échéances en matière de développement au plan mondial, pour alléger les souffrances humaines causées par la faim, la misère et la maladie, en particulier dans les pays en développement. Depuis leur adoption, les OMD ont été au cœur de plusieurs initiatives internationales et régionales, exerçant une grande influence sur le discours politique dans tout le monde en développement. Les OMD consistent en huit objectifs, 21 cibles et 60 indicateurs. Ils sont l'aboutissement de diverses initiatives internationales prises depuis le milieu des années 1990 en vue de mobiliser des ressources aux fins du développement (*encadré 9.1*)⁴⁸.

À moins de trois ans de la date butoir de 2015, il est impératif que les partenaires du développement et les décideurs politiques accélèrent les progrès vers la réalisation des OMD, en évaluant les succès et les échecs liés aux objectifs actuels, afin de définir un agenda de développement inclusif et soutenable pour les années postérieures à 2015. La question qui se pose n'est pas tant de définir un ensemble d'objectifs de développement international pour l'après 2015, mais de déterminer les modalités du cadre proposé. En effet, conviendrait-il de conserver les OMD dans leur configuration actuelle, en prolongeant leur délai d'exécution ou serait-il préférable de les reformuler, voire de les remplacer par une formule alternative ? La principale préoccupation qui sous-tend toutes ces interrogations porte sur le choix judicieux d'une option susceptible d'induire le plus fort impact possible sur l'élimination de la pauvreté en Afrique.

Afin de définir la position de l'Afrique à l'égard du programme d'action du développement postérieur à 2015, la CEA a commandé des études sur trois options possibles (Gohou, 2011 ; Ohiorhenuan, 2011 ; Ewang, 2011 ; Nyarko, 2011). Compte tenu de l'importance cruciale que revêt le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), la CEA a également commissionné un document de réflexion sur les répercussions probables

48 Les événements les plus notables ont été : le lancement de la Décennie des Nations Unies pour le développement en 1961 ; la 25^{ème} session de l'Assemblée générale en 1970 ; la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, organisée à Rio de Janeiro en 1992 ; la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994 ; le Sommet mondial des Nations Unies pour le développement social réuni à Copenhague en 1995 ; et la quatrième Conférence des Nations Unies sur les femmes, convoquée à Beijing en 1995.

Encadré 9.1 – Bref historique des objectifs du Millénaire pour le développement

La conception des OMD remonte à 1961, lorsque la Décennie des Nations Unies pour le développement a été lancée. En l'absence d'une stratégie internationale en matière de développement, l'Assemblée générale des Nations Unies a appelé les économies avancées à affecter 1 pour cent de leur revenu national global à l'aide publique au développement (APD) en faveur des pays en développement.

Après la 25^{ème} session de l'Assemblée générale de 1970, les pays économiquement avancés se sont engagés à augmenter leur contribution au titre de l'APD à un montant net correspondant à 0,7 pour cent de leur produit national brut. Dans les années 1980, les programmes d'ajustement structurels ont servi à guider la réflexion et la prise de décisions en matière de développement. Cependant, cette approche n'a pas résisté à l'examen minutieux des spécialistes du développement, qui ont entrepris par la suite de lui trouver de nouvelles alternatives.

Les deux décennies suivantes ont assisté à l'émergence du Cadre africain de référence pour les programmes d'ajustement structurel (CARPAS), suivie en 1996 de la mise en place des Objectifs internationaux en matière de développement, précurseurs immédiats des OMD.

de l'agenda de l'après 2015 sur le NEPAD. Par ailleurs, la CEA a lancé des consultations visant à recueillir les points de vue des différents États membres sur ces questions. En collaboration avec la CUA et le Bureau régional du PNUD pour l'Afrique, la CEA a organisé un atelier régional à Accra, au Ghana, les 15 et 16 novembre 2011, qui a réuni 47 délégués de 18 pays africains⁴⁹, représentant les pouvoirs publics, la société civile et le monde universitaire. En marge de cet événement, la CEA et la CUA ont lancé une enquête d'opinion en ligne portant sur le programme de développement postérieur à 2015, à laquelle 112 répondants ont donné suite, issus de 32 pays africains répartis dans les cinq sous-régions du continent, et appartenant aussi bien aux organisations de la société civile, aux ONG, aux institutions de recherche qu'aux différents ministères de la planification, des finances et du développement économique.

Le présent chapitre s'appuie sur les conclusions respectives des trois études commissionnées, du document final de l'atelier régional et des réponses à l'enquête d'opinion électronique afin de présenter une évaluation actualisée des OMD, qui revient sur le bilan de leurs contributions positives et des défis qui ont entravé leur mise en œuvre. Il examine de près les trois propositions présentées au titre du programme postérieur à 2015 et évoque, en conclusion, le consensus naissant entre les États membres africains concernant la meilleure option pour l'Afrique.

Évaluation des OMD

Contributions positives

Les OMD ont mobilisé l'attention sur les pauvres

Les OMD ont sans doute apporté une contribution majeure au développement social et économique des pays du monde entier. En effet, ces objectifs ont réussi à mobiliser un soutien international sans précédent, non seulement de la part des gouvernements et des organisations intergouvernementales, mais également en provenance de la société civile,

49 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Mali, Maroc, Nigéria, Ouganda, Sierra Leone, Togo et Zimbabwe.

du secteur privé, des organismes caritatifs, des fondations, des médias et du monde universitaire, en faveur de la réalisation d'un ensemble d'objectifs communs visant à valoriser les capacités humaines (Vandermoortele, 2009 ; Moss, 2010 ; ONU, 2011).

En outre, le cadre des OMD a contribué à une meilleure prise en compte des dimensions multiples de la pauvreté au plan mondial. Il a démystifié, aux yeux des décideurs et du grand public, la complexité des processus du développement (ONU, 2011)⁵⁰. Depuis qu'ils ont adopté les OMD, les pays en développement ont davantage accordé la priorité à la réduction de la pauvreté, en intégrant les OMD à leurs stratégies nationales de réduction de la pauvreté et à leurs plans de développement, et en appliquant des politiques axées sur les OMD (Polard et al., 2010).

Les OMD ont été associés à l'accroissement du volume des financements

Même si la relation de cause à effet n'en a pas été clairement établie, les praticiens du développement sont de plus en plus nombreux à convenir que les OMD ont entraîné un meilleur ciblage et une intensification des flux d'aide et d'investissement au profit du développement (Waage et al., 2010 ; Moss, 2010 ; Bourguignon et al., 2008). De 1992 à 1997, le montant total de l'aide a accusé une baisse brutale de plus de 20 pour cent. En septembre 2000, lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies qui a consacré l'adoption des OMD, l'APD totale annuelle s'établissait autour de 60 milliards de dollars USD. Mais en 2005, son montant a doublé, atteignant les 120 milliards de dollars USD, et

s'est maintenu à ce niveau durant plusieurs années consécutives (Moss, 2010). Avant la Déclaration du Millénaire, l'APD représentait 0,22 pour cent du revenu national brut (RNB) des pays du CAD, mais en 2006, elle était passée à 0,31 pour cent du RNB total de ces pays (Bourguignon et al., 2008). Bien que cette augmentation ne soit pas uniquement imputable aux OMD, il est indéniable que ceux-ci ont joué un rôle déterminant dans les modalités de ciblage des flux de l'aide.

Les statistiques de l'OCDE portant sur la période 2000 à 2006 indiquent que le montant total de l'aide au développement affecté à la santé a plus que doublé, passant de 6,8 milliards à 16,7 milliards de dollars USD. Le *Rapport de suivi mondial 2010* de la Banque mondiale fait état d'une progression sensible du volume des financements au cours de la décennie écoulée, en particulier dans le secteur de la santé (Banque mondiale, 2010b). Ainsi, les engagements au titre des programmes de lutte contre le VIH/sida ont augmenté de près de 30 pour cent (4,75 milliards de dollars USD) entre 2001 et 2005, alimentés par la mise en place du Fonds mondial et les contributions philanthropiques de la Fondation Clinton et de la fondation Bill & Melinda Gates (Banque mondiale, 2010b).

Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et la Facilité internationale d'achats de médicaments (UNITAID) constituent deux autres exemples de mécanismes de financement inspirés par les OMD. En 2008, les organismes publics et privés ont alloué 15,8 milliards de dollars USD aux programmes de lutte contre le VIH/sida. Les engagements au titre du Fonds mondial ont progressé de 2,5 milliards de dollars USD en 2007 à 3,0 milliards en 2008, avant

50 Des campagnes mondiales de type « Abolissons la pauvreté » ou « Pour en finir avec la pauvreté d'ici à 2015 » ont également renforcé la visibilité des OMD à travers le monde (Melamed et Scott, 2011).

de retomber à 2,6 milliards en 2009 du fait de la récession économique. Le programme PEPFAR des États-Unis a relevé sa contributions de 4,5 milliards de dollars USD en 2007 à 6,2 milliards en 2008, et augmenté son budget annuel par la suite. L'allocation au titre de l'exercice budgétaire 2010 a atteint les 7 milliards de dollars USD, ce qui laisse présager de la poursuite du soutien des États-Unis dans ce domaine (Banque mondiale, 2010b).

Les OMD ont promu la gestion axée sur les résultats

La troisième contribution des OMD tient au fait qu'ils ont induit un changement d'orientation dans les mentalités, qui a amené la communauté internationale à concentrer les efforts de suivi des progrès sur les résultats quantifiables plutôt que sur le simple calcul des apports (Moss, 2010). Autrement dit, en définissant des cibles spécifiques à atteindre, les OMD ont permis aux pays d'évaluer leurs avancées par rapport à des indicateurs spécifiques et de rendre compte de ces progrès, conférant ainsi une importance nouvelle à la collecte et à l'analyse de données : « les OMD ont favorisé l'amélioration du suivi des programmes de développement, grâce à la collecte et à l'analyse des données. Leur visibilité croissante a donné lieu à quantité de travaux statistiques et analytiques en tous genres » (Waage et al., 2010 : 6).

Cette approche a non seulement encouragé les pays à adopter des systèmes de suivi, d'évaluation plus performants, mais elle a aussi incité les gouvernements à élaborer des politiques de développement social et économique qui reflètent plus fidèlement les réalités nationales.

Défis liés aux OMD

Les OMD ont été mal interprétés

L'une des premières critiques portées à l'encontre des OMD veut que « Si, à l'origine, les OMD étaient censés représenter des aspirations mondiales, ils se sont en fait rapidement transformés en cibles concrètes pour les pays » (Moss, 2010 : 218). Il s'en est suivi que l'on s'est attaché bien plus souvent, et à tort, à leur réalisation à l'échelle des pays plutôt qu'au plan mondial. Les OMD ont ainsi fait les frais « de conceptualisations, de généralisations et de simplifications abusives », ayant entraîné une interprétation erronée de leurs cibles, envisagées comme étant prêtes à l'emploi pour tous, telles des mesures étalons à l'aune desquelles les performances des différents pays doivent être mesurées et jugées.

De fait, « dans sa conception, le programme des OMD avait fait abstraction des différences initiales existant entre pays du point de vue des circonstances comme des capacités ; dès lors, le jugement porté sur les efforts faits par les pays les plus désavantagés à l'origine ne pouvait qu'être partial, puisque le même ensemble de cibles était appliqué uniformément » (ONU, 2011 : 19). Pour cette raison, certains auteurs (Vandermoortele, 2009 ; Hailu et Tsukada, 2011 ; Bourguignon et al., 2008 ; Moss, 2010) soutiennent que l'échec des pays d'Asie du Sud et d'Afrique (hors Afrique du Nord), en particulier, était non seulement programmé dès le départ mais que ces pays sont encore « à la traîne » sur la voie de la réalisation des OMD, ce qui renforce davantage des critiques afro-pessimistes.

De manière plus incisive et « compte tenu de la grande disparité des points de départ et de la

diversité des capacités des pays, il paraît simpliste, voire absurde d'appliquer un étalon universel » (Moss, 2010 : 219). Démarrant avec un taux et un écart de pauvreté plus élevés, les pays pauvres auront vraisemblablement besoin de plus de temps et d'efforts pour élever le niveau de vie des pauvres au-dessus du seuil de pauvreté (Banque mondiale, 2010b). Comme « une incidence de la pauvreté élevée à l'origine ralentit les progrès de la lutte contre ce fléau quel que soit le taux de croissance » (Banque mondiale, 2010 : 22), certains auteurs (Hailu et Tsukada, 2011) plaident à présent en faveur d'une méthode plus globale d'évaluation des résultats des pays. Au lieu d'assurer le suivi des progrès par rapport à des indicateurs et d'établir dans quelle mesure les pays se rapprochent ou s'écartent de la réalisation des OMD, ils proposent une nouvelle méthode fondée sur le rythme des avancées, qui évalue l'engagement des pays, ce dernier étant calculé sur la base des efforts accomplis pour accélérer les avancées en vue d'atteindre les objectifs.

Les OMD se caractérisent souvent par l'absence d'appropriation et de leadership

Les OMD sont souvent critiqués car nul ne semble clairement se les être appropriés ni en assurer la direction, que ce soit au niveau national ou international ; d'autre part, aucune institution, aucune partie ni aucun pays n'en est manifestement responsable. Les OMD ayant été conçus selon une approche descendante, les pays en développement ont à peine participé à l'établissement de leur cadre, d'où le fait que l'appropriation nationale a été faible. En outre, les OMD n'étaient pas alignés sur les programmes continentaux existants, ce qui explique la discontinuité entre ces deux ensembles de programmes. Par ailleurs, si de nombreux pays à faible revenu ont lié leur stratégie nationale et leurs documents de stratégie pour la réduction

de la pauvreté aux OMD, cela s'est souvent fait de manière sélective, pour dire le moins, ce qui laisse à penser que la démarche relevait peut-être purement du souci d'un comportement politiquement correct.

Cela explique peut-être pourquoi lors de l'examen mondial à mi-parcours des progrès accomplis dans la réalisation des OMD (2005), le document final exhortait les pays à faible revenu à élaborer des stratégies de réduction de la pauvreté et des plans nationaux de développement conformes aux OMD, afin que l'appropriation nationale englobe mieux les objectifs internationaux. Les préoccupations relatives à l'appropriation et la responsabilisation n'en ont pas pour autant été complètement réglées mais cette mesure a contribué à accélérer les progrès vers la réalisation des OMD après l'examen de 2005.

Qui plus est, au niveau international, la coordination et la direction des OMD se sont ressenties de ce que l'appropriation institutionnelle de ceux-ci, notamment en matière de santé soit fragmentée et contestée. « Dans les organismes des Nations Unies, l'appropriation de la santé maternelle est divisée, créant une ambiguïté en matière de conduite de l'OMD 5. À l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par exemple, la santé maternelle relève de l'initiative *Pour une grossesse à moindre risque*, du *Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine* (HRP), et du Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH). Parmi les institutions dotées de fonds de mise en œuvre, aussi bien l'UNICEF que le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) jouent un rôle » (Waage et al., 2010 : 12–13).

Les OMD ont une portée limitée

Les critiques des OMD avertissent que les OMD ont une portée trop limitée et qu'ils omettent complètement plusieurs questions importantes jugées indispensables pour l'amélioration du développement humain (German Watch, 2010), parmi lesquelles on peut citer la protection des droits humains, l'égalité des genres, la paix, la sécurité, le désarmement, la durabilité environnementale et les changements climatiques (Vandemoortele, 2009 ; ONU, 2011).

Les OMD ne tiennent pas compte des synergies intersectorielles

Selon une autre critique, les OMD concernent des secteurs spécifiques et sont, de ce fait, peu propices aux synergies intersectorielles. Il faut savoir que « les OMD ne résultent pas d'une approche allant de la base au sommet, fondée sur une conception intersectorielle du développement au sens large et sur une hiérarchisation des besoins de développement, même si, en apparence, il peut sembler que ce soit le cas » (Waage et al., 2010 : 5).

Les OMD ont accordé une attention disproportionnée au secteur social

Les détracteurs des OMD prétendent que ceux-ci ont accordé une attention disproportionnée aux indicateurs sociaux aux dépens des secteurs productifs. Cela a créé une déconnexion entre l'obtention des résultats et leur durabilité. En l'absence de croissance et du renforcement des capacités de production, les résultats sociaux positifs observés ne devraient pas être financièrement viables. Par exemple, les bons résultats obtenus en matière d'indicateurs du VIH/sida ont été possibles dans une large mesure grâce aux fonds mis à disposition. Ces résultats seraient probablement réduits à néant si les ressources venaient à manquer.

Les OMD n'insistent pas suffisamment sur l'aspect qualitatif

Par ailleurs, on reproche aux OMD de ne pas accorder suffisamment d'attention à la qualité par rapport à la quantité : s'agissant par exemple de l'éducation en Afrique, l'accent est souvent mis sur l'augmentation du taux de scolarisation dans le primaire, alors que la qualité globale de l'enseignement n'est toujours pas au rendez-vous (CEA et al., 2011).

Les OMD ont favorisé la dépendance

D'aucuns estiment que les OMD favorisent une approche du développement fondée sur l'argent et axée sur les donateurs (Vandemoortele, 2009), car, il n'y a pas si longtemps, le discours sur le développement accordait trop d'importance au financement assuré par les donateurs, créant ainsi « un statut » de pays dépendant de l'aide étrangère et renforçant le déséquilibre qui caractérise le partenariat entre les pays bénéficiaires et les pays donateurs.

Le manque de données entrave le suivi de la mise en œuvre des OMD

Le manque de données de qualité actualisées et fiables et l'absence de systèmes de suivi et d'évaluation efficaces ont constitué un obstacle de taille au suivi de la mise en œuvre des OMD, limitant ainsi la capacité des pays d'évaluer l'incidence des interventions aux fins d'éclairer les politiques futures (CEA et al., 2011).

Les OMD ont négligé les questions relatives à l'inégalité

Les OMD ne font pas cas des questions relatives à l'équité en matière d'accès aux services sociaux. L'accent mis sur les agrégats nationaux en ce qui concerne les résultats a détourné l'attention de

questions cruciales telles que l'aménagement (rural ou urbain), le revenu (groupes à revenu élevé par rapport aux groupes à faible revenu), des questions horizontales (différence en matière d'accès de divers groupes culturels/ethniques aux services socioéconomiques), les inégalités dont témoignent, en partie, les disparités dans l'accès aux services sociaux. Il ne fait aucun doute que cette situation est partiellement due à l'indigence des données, qui empêche de mesurer les inégalités. Cela étant, d'aucuns diront que l'absence de cibles pour mettre en évidence les dimensions de la répartition des OMD a dispensé les institutions chargées des statistiques de renforcer les données relatives aux indicateurs de l'inégalité.

Propositions d'amélioration

En ce qui concerne l'agenda post 2015, l'étude des documents et des conclusions des discussions en cours portant sur les OMD permettent de dégager trois principales options : retenir les OMD dans leur présente configuration ; reformuler les OMD de façon à tenir compte d'un certain nombre d'observations ; ou élaborer un nouveau programme.

Maintien des OMD dans leur configuration actuelle

Cette argumentation repose sur le fait que les délais fixés pour la mise en œuvre des OMD étaient trop courts. Bien que ces derniers aient été lancés en 2000, il a fallu huit ans pour finaliser l'ensemble du processus allant de leur conception à leur mise au point. Au cours de la période en question, les OMD ont été améliorés et évalués. À l'heure actuelle, ils sont connus à l'échelle mondiale et nombre de pays, sinon tous les pays s'efforcent de les intégrer dans leurs stratégies nationales de développement.

Au cours de la décennie écoulée, les OMD ont fait l'objet de nombreuses discussions et réunions internationales et plus de 10 sommets mondiaux. De fait, la volonté politique mobilisée au profit des OMD unifie les efforts à l'échelle mondiale en vue d'éradiquer la pauvreté et de réaliser les objectifs de développement humain. Compte tenu du temps consacré à la finalisation du cadre actuel et de la dynamique politique importante dont profitent désormais les OMD, les défenseurs du statu quo font valoir que les délais de 2015 fixés pour les OMD devraient être prolongés afin de fournir aux pays en développement le temps supplémentaire nécessaire à leur réalisation (Gohou, 2012). Selon cette école de pensée, il n'a pas été accordé aux pays en développement suffisamment de temps ou de ressources pour la mise en œuvre des objectifs ; aussi les options de la reformulation des OMD ou de l'élaboration d'un programme nouveau seraient prématurées et inopportunes.

En outre, étant donné que l'existence même et les moyens de subsistance des populations les plus pauvres et les plus vulnérables du monde sont en jeu, la communauté internationale n'a pas les moyens d'investir davantage de temps et de ressources pour concevoir un autre cadre, ni de faire l'expérience d'un programme de développement complètement différent. Le développement économique nécessite des mesures efficaces et soutenues et des délais suffisants pour leur mise en œuvre. Malgré les écarts importants entre les résultats obtenus selon les OMD et les pays, les pays africains ont accompli des progrès importants dans leur mise en œuvre. Si dans l'ensemble, les progrès obtenus sont encore très faibles et ne permettent pas au continent de mener à bien la réalisation de tous les OMD, davantage de temps

et de ressources leur permettront d'obtenir de meilleurs résultats dans ce domaine.

Reformulation des OMD : les « OMD-Plus »

Cette argumentation part du principe que les OMD souffrent certes de plusieurs faiblesses, mais que les succès obtenus dans leur mise en œuvre justifient la poursuite de celle-ci. Toutefois, vu que le contexte mondial actuel du développement diffère sensiblement de celui des années 1990 dans lequel les OMD ont été négociés, tout programme postérieur à 2015 devrait reformuler ou adapter les OMD, afin de relever efficacement les défis nouveaux et complexes qui se sont fait jour depuis le début du nouveau millénaire (Ohiorhenuan, 2011).

Les partisans de la reformulation des OMD font valoir qu'il serait plus utile d'adopter dès 2015 une approche « OMD-Plus » qui permettra de restructurer les objectifs en éliminant les doubles emplois et de créer ainsi un espace pour les questions importantes qui n'ont pas été retenues lors du choix des objectifs initiaux (Vandemoortele, 2009). Se contenter de prolonger les délais au-delà de 2015 reviendrait à accepter implicitement l'échec. Par ailleurs, l'abandon total des OMD entraverait les progrès et empêcherait les spécialistes du développement de mettre à profit les succès obtenus à ce jour.

Le contexte global de développement en Afrique a indéniablement évolué au cours de ces dernières années. Les africains continuent de souffrir des conséquences des crises financière et alimentaire mondiales. Le continent est également de plus en plus vulnérable aux changements et aux variations climatiques. Du fait de l'accroissement élevé et continu de sa population, l'Afrique sera, à l'avenir, confrontée à davantage de problèmes

démographiques. En effet, en 2020, la population africaine dépassera probablement un milliard d'habitants et en comptera 1,4 milliard en 2035. En conséquence, la moitié de la population du continent sera âgée de moins de 24 ans (UN-DESA, 2007), augmentant ainsi la taille de la population jeune en âge de travailler. Les taux élevés de la croissance économique enregistrés dans de nombreux pays africains n'ont malheureusement pas eu l'effet correspondant en matière de création d'emplois.

En conséquence, l'agenda post 2015 doit être révisé pour être axé sur la mise en place de mécanismes institutionnels qui favoriseront une croissance inclusive et équitable et amélioreront les conditions de vie de la majorité de la population, notamment grâce à la création d'emplois décents.

Élaboration d'un nouveau cadre

Les adeptes d'un nouveau cadre font valoir que l'accent mis sur les résultats obtenus en matière de développement est mal fondé, s'agissant en particulier de pays en développement. À l'inverse, ils proposent un cadre qui soit largement axé sur les méthodes et repose sur un programme de transformation (Nyarko, 2011). Ils affirment que le développement économique nécessite de nouvelles idées et de nouvelles entreprises encouragées par un État développementiste et ancrées par des révolutions économiques qui permettent de réaliser la transformation économique. Il y a lieu de mettre en place des environnements propices à l'application d'idées viables. La formation et les marchés devront constituer une partie essentielle de la conception des idées et de leur mise en œuvre.

Bien qu'ils visent à réduire la pauvreté à l'échelle mondiale, les OMD mettent l'accent essentiellement

sur les résultats (des indicateurs de développement humain tels que l'éducation et la santé) plutôt que sur des facteurs tels une meilleure amélioration et diversification des économies des pays en développement grâce notamment à la transformation de ces économies. Apparemment, le cadre global actuel n'a pas permis de créer les conditions favorables aux révolutions économiques nécessaires que provoque l'application dans les secteurs clefs d'idées et d'expériences nouvelles dont l'Afrique a besoin pour maximiser tout son potentiel. C'est pourquoi de nouveaux objectifs de développement qui ciblent spécifiquement la transformation structurelle des pays en développement devraient être élaborés pour l'après 2015.

Ainsi, les partisans de cette thèse soutiennent qu'un nouveau cadre devrait porter essentiellement sur : la transformation de la structure des économies des pays en développement ; la mise en place d'institutions économiques internes pour faciliter et poursuivre la transformation structurelle ; le renforcement des capacités des pays en développement en vue de leur permettre de compter davantage sur les ressources et les recettes nationales ; et le développement des marchés locaux, sous-régionaux et internationaux et des compétences formelles en entrepreneuriat.

Les éléments essentiels de la nouvelle approche peuvent être résumés comme suit :

- Appuyer la mise en valeur du capital humain, en renforçant l'enseignement tertiaire et le développement des compétences.
- Encourager la transformation agricole susceptible d'augmenter la productivité des petits exploitants et de développer les chaînes de valeur du secteur agricole.

- Soutenir le développement de marchés financiers pour promouvoir l'innovation et atténuer les risques.
- Permettre le développement de marchés de l'énergie très actifs.
- Renforcer le développement des échanges transfrontaliers et des marchés régionaux en Afrique en mettant en place l'infrastructure nécessaire.
- Encourager les partenaires du développement à privilégier les investissements en Afrique, en particulier, dans le domaine des infrastructures.

Le nouveau programme proposé se distingue des OMD actuels par l'importance relative accordée aux résultats intermédiaires plutôt qu'aux résultats finaux et l'accent mis sur les facteurs de développement (répertoriés à la section suivante) par rapport aux objectifs de développement proprement dits. Dans cette optique, l'approche alternative est plus impérative que les OMD qui soulignent certaines cibles en laissant les mécanismes et stratégies pour les atteindre à l'appréciation des décideurs.

Vers une position africaine commune

Quelle option sur les trois susmentionnées devrait permettre de définir la position de l'Afrique en ce qui concerne l'agenda post à 2015 ? Quelle formule permettra de réduire la pauvreté et d'améliorer les conditions de vie des pauvres en Afrique ?

Les conclusions de l'enquête d'opinion en ligne ainsi que la déclaration de consensus faite à l'issue de l'Atelier régional tenu à Accra font ressortir l'adoption d'un agenda « OMD-plus » pour l'Afrique pour l'après 2015.

Conclusions de l'enquête électronique

L'enquête électronique conjointement menée par la CEA et la CUA a donné les résultats suivants

concernant le programme de développement post 2015.

Les OMD restent pertinents pour l'Afrique

La très grande majorité des répondants conviennent que les secteurs couverts par les OMD sont des priorités de développement importantes pour leur pays, reflètent « toutes/la plupart » ou « certaines » des priorités de développement de leurs pays respectifs et devraient figurer dans le programme postérieur à 2015.

Les OMD ne reflètent qu'un sous-ensemble de priorités en matière de développement

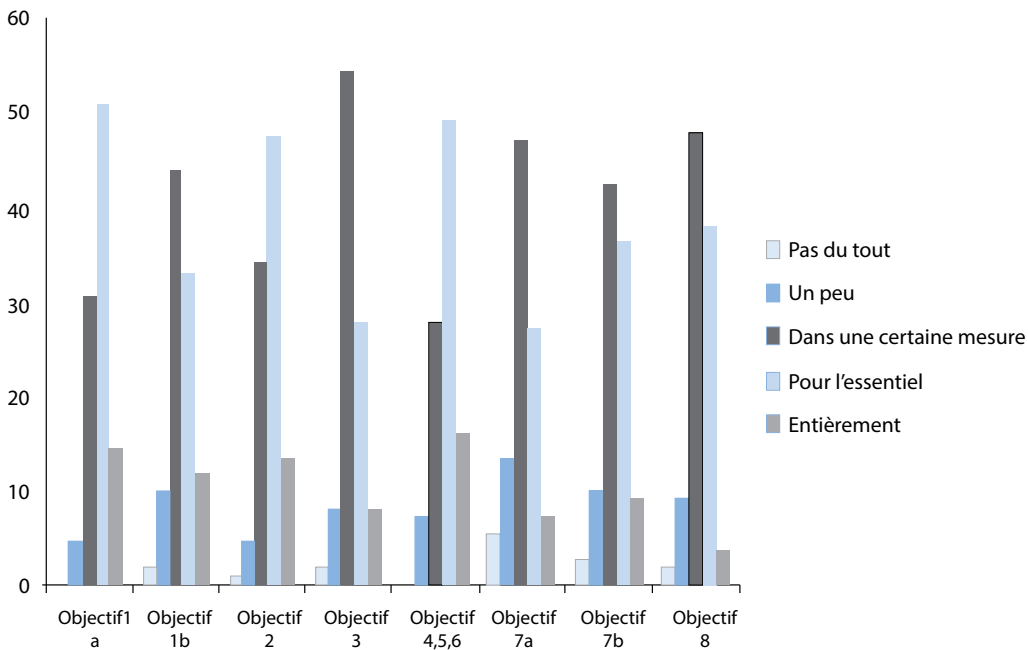
Bien que les OMD soient perçus comme pertinents, une proportion significative des répondants ont indiqué d'autres grands domaines de développement

oubliés dans le cadre des OMD actuels et ont fait des suggestions d'amélioration. Par exemple, comme le montre le graphique ci-dessous (figure 9.1), tels qu'actuellement configurés, les OMD 7 et 3 ne prennent pas bien en compte les priorités et les préoccupations des États membres en matière de développement.

Suggestions de reformulation des OMD

Au sujet de l'Objectif 1, les répondants ont jugé qu'on ne s'intéressait pas assez à la croissance inclusive et à la création d'emplois. Pour ce qui concerne l'éducation (Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous), ils ont critiqué le fait que l'attention se portait exclusivement sur l'enseignement primaire et ont demandé qu'on mette davantage l'accent sur l'enseignement post-primaire. En outre, ils ont

Figure 9.1 Dans quelle mesure les OMD rendent-ils compte des priorités et des préoccupations des pays ?



Source : calculs effectués à partir des résultats de l'enquête électronique CEA/CUA.

fait valoir que les indicateurs retenus en matière d'éducation devaient porter avant tout sur les résultats de l'éducation et non pas seulement sur les taux de scolarisation.

Concernant l'égalité entre les genres (Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), ils ont demandé instamment que les indicateurs de l'autonomisation des femmes aillent au-delà de la représentation des femmes au Parlement afin d'inclure leur représentation dans les administrations locales, ainsi que les questions de violence sexuelle et sexiste, la répartition des tâches selon le genre, l'accès au crédit et les mariages précoces. Ils ont aussi souligné que cet Objectif ne prend pas véritablement en compte la question des grossesses précoces et son incidence sur la croissance démographique, ou les taux de dépendance élevés (pourcentage de jeunes et de vieux par rapport à la population totale en âge de travailler).

En ce qui concerne la santé (Objectifs 4 à 6), la principale critique a porté sur la non-prise en compte de l'état de santé des personnes âgées, des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale. Concernant l'environnement (Objectif 7 : préserver l'environnement), les répondants ont observé que, malgré l'importance relative des migrations vers les villes, les déplacements internes et les changements climatiques, ces questions ne sont pas reflétées dans les OMD. Ainsi, il n'existe ni indicateurs ni cibles spécifiques pour l'adaptation aux changements climatiques ou le financement de programmes dans ce domaine. De plus, il n'y a aucun indicateur pour mesurer les paramètres genre, santé et pauvreté dans le contexte des changements climatiques

Pour ce qui concerne la mise en place de partenariats au niveau international (Objectif 8), les répondants ont soutenu qu'après 2015, l'accent devrait être mis sur le commerce (mondial, inter et intra africain), plutôt que sur l'aide.

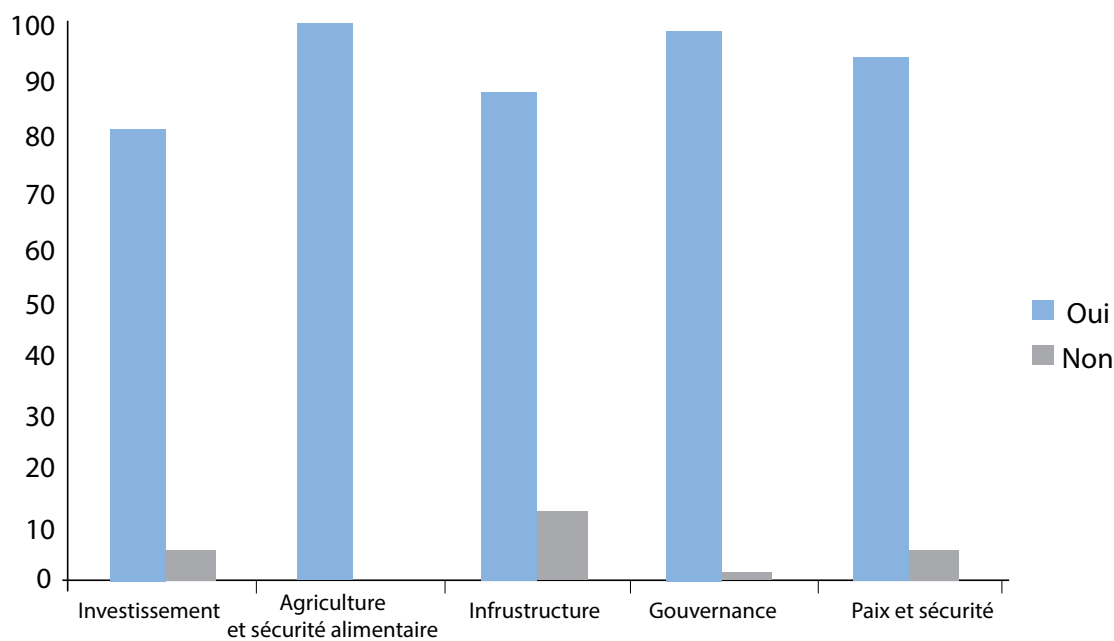
Priorités suggérées pour l'agenda de développement post 2015

Les répondants ont été sollicités pour donner leur opinion sur l'opportunité d'inclure les questions telles que les investissements, l'agriculture et la sécurité alimentaire, le développement des infrastructures, la paix et la sécurité ainsi que la gouvernance au nombre des priorités de l'agenda de développement de l'après 2015. Leurs réponses, reprises dans la figure ci-dessous indiquent que la plupart des personnes interrogées considèrent les domaines susmentionnés comme étant prioritaires au titre de l'agenda post-2015. Cependant, les répondants ont également identifié d'autres préoccupations majeures, outre celles figurant dans le questionnaire, telles que l'abaissement des barrières douanières et des obstacles au commerce intracontinental, la lutte contre le changement climatique, la promotion de la croissance économique et de la création d'emplois. Ils ont également indiqué qu'après 2015, le nouvel agenda devrait être plus participatif, fournir des lignes directrices pour les mécanismes de financement et mesurer les résultats tant sur le plan de la quantité que de la qualité des services fournis (*figure 9.2*).

Résultats de la consultation régionale portant sur le cadre de développement à adopter pour l'après 2015

À l'instar des répondants à l'enquête d'opinion électronique mentionnés plus haut, les participants à la consultation régionale ont convenu de

Figure 9.2 Nouvelles questions qu'il est suggéré de traiter dans le cadre de l'agenda de développement postérieur à 2015



Source : calculs effectués à partir des résultats du sondage électronique CEA/CUA

la nécessité de modifier les OMD après 2015, en arguant des raisons suivantes. En l'état actuel, les OMD ne sont que peu en rapport avec la croissance économique et la transformation ; ils n'insistent pas assez sur le rôle de la mobilisation des ressources nationales dans le programme de développement de l'Afrique ; ils négligent le plus souvent les questions relatives à la qualité des prestations de services ; ils sont muets sur les inégalités, y compris les inégalités spatiales et horizontales ; ils mettent un accent disproportionné sur les résultats, sans trop prendre en compte les facteurs de développement, excluant par là le rôle de facteurs tels que les infrastructures ainsi que la paix et la sécurité dans la facilitation du progrès socioéconomique.

En rapport avec ces questions, les participants ont souligné que le programme de développement postérieur à 2015 devait refléter un équilibre approprié entre résultats de développement et facteurs de développement (voir *tableau 9.1* ci-dessous). En sus de ces facteurs, les participants ont insisté pour que l'agenda post-2015 soit axé sur la transformation économique, le développement humain, l'éducation et la technologie (voir *tableau 9.2* ci-dessous).

Suggestions pour un programme de développement post 2015

Ainsi, il ressort des consultations tenues avec les États membres africains jusqu'à présent que la reformulation des OMD ou l'option dite « OMD-Plus » est celle que le continent privilégie. S'appuyant

sur les conclusions des études demandées à des spécialistes et les résultats des consultations menées auprès d'une grande variété de parties prenantes en Afrique, par le biais de l'atelier régional et de l'enquête électronique, la présente section contient des propositions concrètes pour le programme post 2015.

Une multitude de suggestions sont présentées pour inclusion au titre de l'agenda de l'après 2015. Certains s'inquiètent, à juste titre, de voir ce programme devenir trop chargé. Il est important de se rappeler que l'énoncé simple et concis des OMD a contribué en partie au succès de leur lancement et des efforts de mise en œuvre qui ont suivi. Étant donné qu'aucun cadre de développement ne peut être conçu comme une expression exhaustive de la complexité du développement humain, on fera bien de conserver le caractère minimal des objectifs et des cibles après 2015 (Vandemoortele, 2009). Il conviendra donc de minimiser les chevauchements entre objectifs et de choisir pour les OMD des domaines susceptibles d'avoir le plus grand effet multiplicateur sur le progrès socioéconomique des

pays en développement. En outre, il sera important, en allant de l'avant, de maintenir un équilibre entre les résultats et les facteurs du développement et de mettre en lumière les principaux obstacles communs qui entravent la réalisation des OMD, afin de créer une plateforme mondiale de plaidoyer et de soutien pour fournir des orientations générales aux pays sur la manière de parvenir à surmonter ces obstacles.

À l'analyse de ces consultations, on retiendra quelques facteurs clés de développement en train d'émerger, qui devraient servir de base préalable à une bonne mise en œuvre du programme postérieur à 2015 (*tableau 9.1*). On peut toutefois se demander s'il convient d'établir des cibles pour chacun de ces facteurs. Il existe déjà suffisamment de données pour élaborer et suivre des indicateurs en rapport avec les infrastructures et la mobilisation des ressources nationales. Cela devrait être encouragé.

En plus du suivi de ces facteurs, il convient de reformuler les résultats des OMD pour tenir compte

Tableau 9.1 Facteurs de développement pour l'agenda post 2015 : une perspective africaine

Objectifs	Facteurs de développement
Créer un environnement favorable à la réalisation du programme de développement post 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Paix et sécurité améliorées • Bonne gouvernance • Égalité des droits de l'homme pour tous • Accès renforcé à la justice et à l'égalité • Mise en place d'un processus participatif crédible • Capacités renforcées pour mesurer les progrès et garantir l'obligation de rendre compte

Source : données établies sur la base des consultations CEA/CUA/PNUD (atelier régional et enquête électronique) portant sur le programme de développement postérieur à 2015.

Tableau 9.2 Synthèses des priorités à inscrire au titre du programme de développement postérieur à 2015 : une perspective africaine

Objectifs	Mesures
Promouvoir la croissance inclusive	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la priorité à la création d'emplois • Promouvoir le développement rural • Promouvoir l'agriculture et la valeur ajoutée des produits primaires et des ressources • Assurer la sécurité alimentaire • Promouvoir et développer le commerce, les marchés et l'intégration régionale et l'investissement • Donner la priorité à la durabilité et appuyer les initiatives en faveur de l'économie verte
Promouvoir l'éducation et l'innovation technologique	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la qualité et l'accès à l'éducation de base et l'enseignement tertiaire • Investir dans l'enseignement secondaire, tertiaire et professionnel • Promouvoir le transfert de technologie • Investir dans la recherche-développement
Promouvoir le développement humain durable	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la parité entre les genres et l'autonomisation des femmes dans toutes les sphères d'activité • Protéger les droits de l'homme et assurer la justice et l'égalité • Promouvoir l'accès à la protection sociale • Promouvoir la santé maternelle et infantile • Appuyer et autonomiser les personnes âgées et les handicapés • Définir un ordre de priorité pour les initiatives visant à réduire les risques de catastrophe et à s'adapter aux changements climatiques • Promouvoir l'accès aux services écosystémiques et le partage des bienfaits de la biodiversité • Accroître les engagements souscrits dans le cadre d'accords multilatéraux sur l'environnement

Source : données établies sur la base des consultations CEA/CUA/PNUD (atelier régional et enquête électronique) portant sur le programme de développement postérieur à 2015.

des questions, priorités et aspirations nouvelles (tableau 9.2), sur la base des consultations menées jusqu'à présent à l'échelle de la région.

Un obstacle important au suivi des résultats obtenus concernant les OMD en Afrique a été le manque de données qui soient de haute qualité, recueillies en temps utile et fiables, ainsi que de systèmes efficaces de suivi et d'évaluation, ce qui

a limité la capacité des pays d'évaluer l'impact des interventions. Après 2015, il faudra investir davantage dans la collecte, l'analyse et la diffusion des données afin d'assurer un suivi efficace des résultats obtenus en matière d'OMD.

Pour aller de l'avant

Alors que la communauté internationale du développement évalue la contribution apportée par les OMD et commence à définir un cadre mondial pour l'après 2015, l'Afrique doit aussi élaborer une position commune. Les OMD ont bien conduit à des améliorations socioéconomiques importantes dans tout le continent africain. Mais la pauvreté reste endémique, et il y a encore beaucoup à faire.

Les discussions concernant un plan d'action pour l'après 2015 tournent actuellement autour de trois options : le maintien des OMD dans leur configuration actuelle, la reformulation des OMD ou l'élaboration d'un nouveau cadre. Les

réponses reçues des États membres africains à l'occasion de l'Atelier régional tenu à Accra et de l'enquête CEA/CUA/PNUD sur le programme de développement postérieur à 2015 semblent indiquer qu'il serait dans l'intérêt de l'Afrique de reformuler les OMD après 2015 (option « OMD-Plus ») pour refléter les problématiques actuelles et émergentes. Un tel cadre devra combiner judicieusement facteurs et résultats en matière de développement.

En résumé, le programme de développement post 2015 devrait inclure tous les domaines actuellement couverts par les OMD. Ceux-ci devraient cependant être modifiés pour prendre en compte des éléments des problématiques émergentes. Devraient en outre se trouver dans le dit programme deux nouveaux domaines thématiques : d'une part l'agriculture, la sécurité alimentaire et le développement rural, et d'autre part, la transformation économique des pays en développement.

Section IV : Conclusions et perspectives en matière de politique

Tel qu'il a été souligné dans les précédents rapports sur l'Évaluation *des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*, l'Afrique poursuit sa progression vers l'atteinte des OMD. Les performances sont toutefois mitigées, selon les pays et les cibles, et le rythme global des avancées est insuffisant pour réaliser la plupart des objectifs d'ici 2015. À moins de trois ans de la date butoir, les pays africains ont l'obligation de s'assurer tout d'abord que les politiques adoptées sont à même de consolider les résultats acquis et d'accélérer le processus d'obtention de nouveaux gains, en particulier en ce qui concerne les OMD qui accusent le plus de retard. Ils doivent ensuite commencer à articuler une position commune autour de l'agenda de développement post 2015, en veillant à ce que les leçons apprises de l'expérience des OMD alimentent les discussions internationales portant sur un tel agenda.

Les progrès accomplis

Compte tenu de leurs conditions initiales comparativement défavorables en 2000, les performances de certains pays africains au cours de ces 12 dernières années méritent d'être saluées. Ainsi les progrès accomplis à l'échelle du continent en matière de taux net de scolarisation primaire, d'indice de parité entre filles et garçons à l'école primaire, de représentation des femmes au parlement, de taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans et de lutte

contre le VIH/sida et le paludisme (principalement au niveau des taux de prévalence de la population des 15 à 24 ans) ont été particulièrement notables.

La plupart des pays africains progressent convenablement en direction de l'OMD 2. Le taux de scolarisation au primaire en Afrique est passé de 64 pour cent en 2000 à 84 pour cent en 2009. Dix-sept pays ont réalisé la cible des 90 pour cent d'élèves scolarisés dans ce cycle. En outre, de plus en plus de pays enregistrent des améliorations substantielles dans leurs taux d'alphabétisation des jeunes, bien que ces bons résultats soient encore davantage observés chez les garçons que chez les filles. L'accent porté par les différents gouvernements africains à la révision de leur politique concernant la prise en charge des frais de scolarité, les efforts visant à instituer des réformes pour répondre aux contraintes institutionnelles en termes de fourniture de services d'éducation de haute qualité dans les zones urbaines et rurales ainsi que les mesures prises pour promouvoir l'éducation non formelle ont été les principaux moteurs de la réussite dans ce domaine.

Grâce aux allocations budgétaires ciblées, à l'attention spéciale accordée à la scolarisation des filles, à l'éducation gratuite, aux programmes d'alimentation scolaire et à la promotion de la parité entre les régions et les villes, l'Afrique est en bonne voie d'atteindre la parité entre filles et garçons dans

les écoles primaires. De la même façon, une forte détermination politique et l'adoption explicite de cadres juridiques et de quotas ont contribué à la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. En ce qui concerne la proportion de sièges occupés par les femmes dans les parlements nationaux, sept pays africains ont déjà atteint la cible de 30 pour cent, et la plupart des autres pays font des progrès dans ce sens. La proportion de femmes travaillant dans le secteur informel non agricole est en augmentation, mais les femmes se trouvent toujours de manière disproportionnée en situation d'emploi vulnérable.

Cependant, le triomphalisme n'est pas de mise. Pour soutenir et améliorer les performances relatives à cet objectif, il est nécessaire d'adopter des politiques ciblées visant à combattre les pratiques culturelles discriminatoires à l'encontre des filles et des femmes, à l'école comme au travail, tout en encourageant l'autonomisation politique des femmes et leur participation aux activités économiques productives, et en s'attelant aux disparités salariales entre les hommes et les femmes.

Des progrès, certes lents, mais néanmoins prometteurs ont également été enregistrés au titre de la lutte contre le VIH/sida et le paludisme. L'Afrique (hors Afrique du Nord) a marqué une baisse des infections à VIH, et notamment une diminution des taux de prévalence chez les jeunes femmes. En raison de l'amélioration de l'accès universel au traitement antirétroviral pour lutter contre le VIH/sida, un plus grand nombre d'africains porteurs du virus peuvent désormais survivre avec la maladie plus longtemps qu'auparavant.

L'Afrique (hors Afrique du Nord) a contribué de manière significative à la réduction des décès

due au paludisme au plan mondial entre 2000 et 2009. L'attention portée à la lutte antipaludique, le renforcement de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de thérapies à base d'artémisinine, ainsi que l'accroissement des financements verticaux ont joué un rôle majeur à cet égard.

De tels résultats montrent ce qu'il est possible d'obtenir par une volonté politique au plus haut niveau couplée aux financements adéquats. Cependant, des financements provenant de fonds verticaux et de fonds d'affectation spéciale à hauteur de 84 pour cent risquent de compromettre la durabilité à l'échelle du continent, en particulier à la lumière des crises récentes, et menacent d'entraîner le recul de l'Afrique par rapport aux gains déjà acquis.

Les défis à relever

La lenteur des progrès dans les domaines clés de la réduction de la pauvreté, l'emploi et les objectifs liés à la santé demeure une préoccupation majeure. La pauvreté est généralisée dans les zones rurales, et elle se féminise de plus en plus. Bien que la pauvreté en Afrique (hors Afrique du Nord) ait diminué entre 2005 et 2008, la baisse amorcée à l'échelle du continent accuse du retard par rapport aux tendances observées dans de nombreuses autres régions du monde en développement. Cela s'explique principalement par les taux importants d'accroissement démographique, la faible élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance et les niveaux élevés d'inégalité. Le manque d'emplois productifs et d'emplois décents (en particulier pour les jeunes) est problématique au vu du nombre excessif de travailleurs engagés dans le secteur informel en situation d'emploi vulnérable. Si l'Afrique veut accélérer les progrès sur le front de la réduction

de la pauvreté et de l'emploi, les gouvernements devront modifier radicalement leur politique et instaurer des innovations constitutionnelles.

La hausse des taux de scolarisation au primaire n'a pas été suivie d'effet par une augmentation proportionnelle des taux d'achèvement, sapant ainsi la progression du taux d'alphabétisation. Malgré les progrès réalisés en matière d'égalité des genres et d'autonomisation des femmes, l'Afrique ne parviendra sans doute pas à atteindre la parité entre filles et garçons en scolarisation secondaire et tertiaire. Les efforts entrepris pour rétablir la parité dans les pays où les tendances sont désormais défavorables aux garçons doivent également être renforcés.

L'Afrique se heurte toutefois encore à de redoutables obstacles dans la réduction des taux de mortalité infantile et maternelle et celle des enfants de moins de cinq ans. Bien que tous les pays africains, à l'exception de la Somalie, aient réussi à réduire la mortalité infantile entre 1990 et 2010, le rythme des avancées a été lent. De même, il est impératif d'intensifier les efforts visant à réduire la mortalité néonatale et de mettre en place des systèmes d'information et de gestion sanitaire opérationnels. Malgré les nombreuses initiatives menées aux plans international, régional et national pour améliorer la santé maternelle en Afrique, la mortalité maternelle reste anormalement élevée et n'a diminué en moyenne que de 1,6 pour cent par an à l'échelle du continent. Pour accélérer les progrès sur le front des OMD relatifs à la santé qui accusent le plus de retard, les interventions en matière de développement doivent s'employer à optimiser les liens entre les différents OMD plutôt que de s'atteler à chaque objectif séparément.

Les performances de l'Afrique portant sur les indicateurs environnementaux sont également mitigées. Le défi à relever pour réaliser l'OMD 7, ainsi que d'autres OMD, est aggravé par la menace du changement climatique et de ses impacts sur les écosystèmes, l'approvisionnement en eau et la biodiversité. Compte tenu de la faiblesse des institutions publiques chargées des forêts ainsi que des politiques et des cadres réglementaires y afférents, couplée à l'insuffisance des ressources humaines affectées à ce secteur, le couvert forestier africain est en déclin. Cependant, les taxes sur le carbone introduites dans les différents pays africains pour y diminuer l'empreinte carbone ont contribué à stabiliser les émissions de dioxyde de carbone sur le continent. Pourtant, bien que de nombreux pays africains aient réduit leur consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone, plusieurs d'entre eux ont enregistré une reprise de la consommation entre 2000 et 2009 (ainsi que des augmentations dans la consommation de HCFC), ce qui suggère que ces pays doivent revoir leurs politiques en matière de SAO.

Malgré la hausse du volume de l'APD à l'Afrique ces dernières années, celle-ci reste en deçà des cibles et des engagements antérieurement souscrits. Afin de réduire la dépendance sur les bailleurs de fonds internationaux et de garantir la disponibilité des financements en faveur du développement, il est impératif que les pays africains se donnent comme priorité de mobiliser fortement les ressources nationales, tout particulièrement au vu de la crise mondiale et de son impact sur les pays donateurs membres de l'OCDE.

En conclusion, il apparaît indéniablement que l'Afrique a accompli des progrès considérables au cours des 12 dernières années. Malgré leur

exposition aux chocs et aux revers dus à des facteurs d'ordre externe et interne, les pays africains doivent désormais se concentrer sur la pérennisation des gains acquis. En ce qui concerne les OMD qui accusent le plus de retard, et pour lesquels les performances affichées sont encore modestes, il est nécessaire de déployer davantage d'efforts pour accélérer les avancées.

Plus fondamentalement, et à l'approche de la date butoir de 2015, il incombe à la communauté internationale de décider si les OMD doivent être conservés dans leur configuration actuelle, reformulés pour tenir compte de certaines critiques ou remplacés par un nouveau cadre. Les consultations menées auprès des États membres africains

semblent indiquer que la reformulation des OMD de sorte à prendre en considération certaines questions émergentes et à refléter un équilibre approprié entre facteurs de développement et résultats de développement est l'option que le continent privilégie. Ces facteurs comprennent notamment la paix et la sécurité ainsi que le renforcement des capacités individuelles et institutionnelles, et constituent des conditions préalables essentielles aux changements qu'il est nécessaire d'introduire afin de progresser vers la réalisation des objectifs internationalement convenus. Qui plus est, l'agenda de développement post 2015 doit être encadré par un environnement favorable, fondé sur un projet qui ambitionne de transformer les pays en économies vibrantes, diversifiées et résilientes.

Annexe 1 : Récapitulatif des performances de l'Afrique dans la réalisation des OMD, 2012

Objectifs et cibles (tirés de la Déclaration du Millénaire)	Indicateur	Situation de la région Afrique	Remarques
Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim		En retard	
Cible 1.A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1. Proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar par jour, en parité du pouvoir d'achat (PPA) ¹ 1.2. Indice d'écart de la pauvreté 1.3. Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale	1.1 Progrès modérés 1.2 Pas de données actualisées 1.3 Pas de données actualisées	Baisse du taux de pauvreté de 52,3 % à 47,5 % entre 2005 et 2008.
Cible 1.B : Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4. Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5. Ratio emploi/population 1.6. Proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25 dollar par jour en parité du pouvoir d'achat 1.7. Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée	1.4 Progrès satisfaisants 1.5 Progrès modérés 1.6 Progrès satisfaisants 1.7 Peu de progrès	En hausse, sauf en Afrique du Nord. Hausse de l'emploi vulnérable.
Cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8. Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 1.9. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique	1.8 Progrès modérés 1.9 Pas de données actualisées	Afrique du Nord en bonne voie.

Objectifs et cibles (tirés de la Déclaration du Millénaire)	Indicateur	Situation de la région Afrique	Remarques
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous		En bonne voie	
Cible 2.A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1. Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2. Proportion d'écoliers ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire 2.3. Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes	2.1 Progrès rapides 2.2 Progrès modérés 2.3 Progrès satisfaisants	Ne se traduit pas en amélioration qualitative. La plupart des pays n'atteindront pas la cible d'achèvement. L'alphabétisation dépasse 50 % dans la plupart des pays.
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes		En bonne voie	
Cible 3.A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2. Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3. Proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national	3.1 Progrès rapides 3.2 Progrès rapides 3.3 Progrès rapides	Faible parité au niveau de l'enseignement tertiaire. Comparable à la moyenne mondiale. 7 pays ont atteint la cible.
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans		En retard	
Cible 4.A : Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2. Taux de mortalité infantile 4.3. Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	4.1 Progrès modérés 4.2 Progrès modérés 4.3 Progrès rapides	L'Égypte et la Tunisie ont atteint la cible. Baisse dans tous les pays africains.
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle		En retard	
Cible 5.A : Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1. Taux de mortalité maternelle 5.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	5.1 Progrès satisfaisants 5.2 Progrès lents	Insuffisance en personnel d'accouchement qualifié.

Objectifs et cibles (tirés de la Déclaration du Millénaire)	Indicateur	Situation de la région Afrique	Remarques
Cible 5.B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3. Taux de contraception 5.4. Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5. Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	5.3 Progrès modérés 5.4 Progrès lents 5.5 Progrès lents 5.6 Pas de progrès	Progrès se traduisant par 4 visites prénatales. Forte demande non satisfaite.
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies		En bonne voie	
Cible 6.A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	6.1. Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans 6.2. Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 6.3. Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida 6.4. Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non orphelins âgés de 10 à 14 ans	6.1 Progrès rapides 6.2 Progrès modérés 6.3 Pas de données actualisées 6.4 Pas de données actualisées	L'Afrique australe a fait des progrès significatifs grâce aux changements de comportement et à l'accès aux TAR.
Cible 6.B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.5. Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux	6.5 Progrès rapides	Les TAR ont réduit le nombre d'infections nouvelles.

Objectifs et cibles (tirés de la Déclaration du Millénaire)	Indicateur	Situation de la région Afrique	Remarques
Cible 6.C : D'ici à 2015, avoir contenu le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	<p>6.6. Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie</p> <p>6.7. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide</p> <p>6.8. Proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés</p> <p>6.9. Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie</p> <p>6.10. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation</p>	<p>6.6 Progrès rapides</p> <p>6.7 Progrès rapides</p> <p>6.8 Progrès rapides</p> <p>6.9 Progrès modérés</p> <p>6.10 Pas de données actualisées</p>	
Objectif 7 : Assurer un environnement durable Cible 7.A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	<p>7.1. Proportion des zones forestières</p> <p>7.2. Émissions de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat)</p> <p>7.3. Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone</p> <p>7.4. Proportion des stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains</p> <p>7.5. Proportion des ressources d'eau totales utilisées</p>	<p>En retard</p> <p>7.1 Peu de progrès</p> <p>7.2 Peu de progrès</p> <p>7.3 Progrès satisfaisants</p> <p>7.5 Pas de données actualisées</p>	<p>Peu de pays ont des plans de reboisement.</p> <p>Émissions minimales pour la plupart des pays et peu d'augmentation.</p> <p>La plupart des pays ont réduit leur consommation de SAO de plus de 50 %.</p>

Objectifs et cibles (tirés de la Déclaration du Millénaire)	Indicateur	Situation de la région Afrique	Remarques
Cible 7.B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre, d'ici à 2010, une diminution significative du taux de perte	7.6. Proportion des zones terrestres et marines protégées 7.7. Proportion d'espèces menacées d'extinction	7.6 Progrès modérés 7.7 Pas de données actualisées	A peine plus de 50 % des pays affichent des progrès.
Cible 7.C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau ni à des services d'assainissement de base	7.8. Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée 7.9. Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	7.8 Progrès lents 7.9 Peu de progrès	Persistance de disparités entre zones urbaines et rurales pour l'accès à l'eau et l'assainissement.
Cible 7.D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis ²	7.10. Proportion des citadins vivant dans des taudis	7.10 Pas de données actualisées	

¹ Pour le suivi des tendances de la pauvreté par pays, des indicateurs basés sur les seuils de pauvreté nationaux, si disponibles, doivent être utilisés.

² La proportion de la population vivant dans des taudis est mesurée par une valeur de remplacement, représentée par la population urbaine vivant dans des ménages présentant au moins l'une des quatre caractéristiques suivantes : pas d'accès à une source d'eau améliorée, pas d'accès à des installations sanitaires améliorées, surpeuplement (trois personnes ou plus par chambre) et habitations construites en matériaux non durables.

Annexe 2 : Notes techniques

OMD 1 : Croissance requise pour réduire la pauvreté, 2010-2025

On peut démontrer facilement, en admettant que l'élasticité de la pauvreté par rapport à l'inégalité et à la croissance est constante, que la croissance requise pour diminuer la pauvreté de moitié en Afrique en 15 ans, de 2010 à 2025, s'exprime comme suit :

$$0.5 = \left[1 + \varepsilon \cdot \frac{g}{100} \right]^{15}$$

où ε est l'élasticité de la pauvreté par rapport à la croissance et g est le taux de croissance réel du PIB par habitant.

Cette formule peut être réarrangée comme suit :

$$g = \frac{0.5^{\frac{1}{15}} - 1}{\varepsilon} \cdot 100$$

Afin de calculer le taux de croissance du PIB requis, le taux de croissance du PIB par habitant (g) est ajouté à la projection du taux de croissance démographique, qui est calculée comme moyenne pondérée de la croissance démographique de chaque pays au cours des sept années écoulées. Les agrégats sous-régionaux et régionaux reproduits dans les tableaux 1.2 et 1.3 sont pondérés par population.

OMD 5 : Calcul des corrélations

Les corrélations pour l'OMD 5 sont tirées des données DSNU les plus récentes relatives aux indicateurs pertinents. Pour calculer l'évolution du TMM, la variation logarithmique entre 1995 et 2008 a été calculée pour 50 pays possédant des données pour ces deux années. Les statistiques de TMM sont calculées à partir d'enquêtes des ménages utilisant la méthode de la « sororité ». Selon cette méthode, on questionne les répondantes sur la durée de survie de leur(s) sœur(s) décédée(s) après l'accouchement. Bien que les répondantes soient priées d'indiquer la date du décès, la période de référence retenue est de 0 - 6 ans avant l'enquête. Ainsi, l'estimation du TMM peut saisir des décès ayant eu lieu six ans avant l'enquête.

Pour obtenir la corrélation avec le pourcentage d'accouchements en présence d'un personnel de santé qualifié (figure 5.3), on a corrélié la variation logarithmique du TMM avec la variation logarithmique du pourcentage d'accouchements en présence d'un personnel de santé qualifié pour les pays disposant d'un premier point de données entre 1990 et 1995 et d'un dernier point de données entre 2005 et 2008. Trente-trois pays ont été inclus dans cette régression.

Pour la couverture de soins prénatals (figures 5.8 et 5.9), la même méthode a été utilisée. La première figure représente un calcul de la corrélation de la variation logarithmique du TMM en fonction de la

variation logarithmique du pourcentage de femmes effectuant au moins une visite de soins prénatals pour les pays disposant d'un premier point de données entre 1990 et 1995 et d'un dernier point de données entre 2005 et 2008. Vingt-cinq pays ont été compris dans cette régression. La seconde figure représente la corrélation de la variation logarithmique du TMM en fonction de la variation logarithmique du pourcentage de femmes effectuant au moins quatre visites de soins anténatals. En raison du moindre nombre de pays ayant des points de données en chevauchement pour cet indicateur, seuls 17 pays ont été comptés dans la régression.

Enfin, pour les taux de natalité parmi les adolescentes (*figure 5.7*), les données étaient insuffisantes pour faire des comparaisons de variations

en pourcentage. On a donc calculé une corrélation pour les pays disposant de points de données soit pour 2005-2006, soit pour 2007-2008. Trente-et-un pays disposaient de points de données et ces chiffres ont été corrélés avec le TMM pour 2005 ou 2008.

OMD 6 : Calcul des corrélations

La corrélation établie pour l'OMD 6 est extraite des données DSNU se rapportant à une sélection de pays africains. Elle met en correspondance la relation entre l'incidence de la tuberculose et la prévalence du VIH en 2009. La forte corrélation illustrée à la figure 6.3 (0,6) permet de gauger le lien entre les deux maladies mais elle n'est en aucun cas une mesure ou une indication de la cause.

Annexe 3 : Proportion des enfants âgés de 0 à 59 mois atteints de fièvre recevant des médicaments antipaludiques dans des pays africains sélectionnés

Pays	Année	Total	Sexe		Lieu de résidence		Quintiles de revenu	
			Masculin	Féminin	Urbain	Rural	le plus pauvre	le plus riche
Angola	2006–2007	29,3	..	..	38,0	22,5	16,9	46,4
Bénin	2006	54,0	..	..	56,7	52,8	44,3	60,6
Burkina Faso	2006	48,0	48,9	47,0	70,4	42,1	35,5	69,5
Burundi	2010	17,2	..	..	12,2	17,6	..	..
Cameroun	2006	57,8	57,4	58,2	69,1	50,4	33,2	75
Comores	2000	62,7	62,2	63,1	65,2	62,1	51,2	66,3
Congo	2005	48,0	..	..	42,0	52,4	51,7	42,3
Côte d'Ivoire	2006	36,0	35,9	36,0	45,2	31,8	27,8	56,9
Érythrée	2008	13,1	14,4	11,3	1,9	15,0	12,7	..
Éthiopie	2007	9,5	7,8	11,3	12,6	9,2	13,9	9,6
Gambie	2005	62,6	61,4	64,0	59,3	64,8	61,1	61,2
Ghana	2008	43,0	43,7	42,1	52,6	37,5	27,9	42,4
Guinée	2007	73,9	74,1	73,6	84,1	70,5	67,2	74,9
Guinée-Bissau	2010	51,2	51,0	51,5	54,7	48,7	46,1	54,3
Guinée équatoriale	2000	48,6	47,2	50,2	55,0	42,9	44,2	53,2
Malawi	2010	30,9	31,2	30,6	29,6	46,0	27,9	41,1
Mali	2006	31,7	..	..	35,2	30,5	30,5	41,7
Mauritanie	2007	20,7	20,2	21,2	23,0	19,1	16,8	24,2

Pays	Année	Total	Sexe		Lieu de résidence		Quintiles de revenu	
			Masculin	Féminin	Urbain	Rural	le plus pauvre	le plus riche
Mozambique	2008	36,7	37,6	35,8	38,4	36,1	32,0	31,8
Namibie	2009	20,3	21,8	18,9	23,6	19,5	15,3	17,9
Ouganda	2009	59,6	..	..	52,7	60,7	63,0	62,1
RCA	2006	57,0	59,3	54,3	67,6	46,6	38,3	73,3
RDC	2010	39,1	38,7	39,6	49,4	36,1	33,7	57,0
Somalie	2006	7,9	9,7	6,0	14,3	5,7	3,8	11,6
Soudan	2000	50,2	51,7	48,5	60,6	42,1	32,1	75,3
Soudan du Sud	2009	35,8	..	..	49,7	32,9	27,1	51,0
Swaziland	2006–2007	0,6	0,6	0,6	1,7	0,5	0,0	0,9
Tanzanie	2010	59,1	..	..	66,6	56,5	57,1	67,9
Tchad	2010	35,7	36,5	35,0	44,5	33,2	30,2	47,3
Togo	2006	47,7	46,7	48,8	57,3	43,1	36,2	67,4
Zambie	2010	34,0	34,0	34,1	35,4	35,6	33,3	39,7
Zimbabwe	2009	23,6	24,4	22,8	8,4	29	38,6	7,2

Source : UNICEF, 2011.

Annexe 4 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Tous les indicateurs doivent être ventilés, dans la mesure du possible, par sexe et par zone urbaine et rurale

Effectif à compter du 15 janvier 2008

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA) ¹ 1.2 Indice d'écart de la pauvreté 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 1B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5 Ratio emploi/population 1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins de 1 dollar PPA par jour 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
Cible 1C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 2A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2 Proportion d'écoliers ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire 2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 3A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2 Taux de mortalité infantile 4.3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	
Cible 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3 Taux de contraception 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 6A : D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans 6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida 6.4 Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 6B : D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Cible 6C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie 6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés 6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie 6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	
Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion de zones forestières 7.2 Emissions de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat) 7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone 7.4 Proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains
Cible 7B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte	7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées 7.6 Proportion de zones terrestres et marines protégées 7.7 Proportion d'espèces menacées d'extinction
Cible 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée 7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées
Cible 7D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.10 Proportion de citoyens vivant dans des taudis ²

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
<p>Cible 8A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire</p> <p>Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international</p> <p>Cible 8B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés</p> <p>Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté</p> <p>Cible 8C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)</p>	<p>Certains des indicateurs ci-après sont évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA) de l'Afrique, des pays sans littoral et des petites Etats insulaires en développement</p> <p>Aide publique au développement (APD)</p> <p>8.1 Montant net de l'ADP totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE)</p> <p>8.2 Proportion de l'ADP bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)</p> <p>8.3 Proportion de l'ADP bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée</p> <p>8.4 ADP reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut</p> <p>8.5 ADP reçue par les petits Etats insulaires en développement en pourcentage de leur revenu national brut</p> <p>Accès aux marchés</p> <p>8.6 Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droits</p> <p>8.7 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement</p> <p>8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE en pourcentage de leur produit intérieur brut</p> <p>8.9 Proportion de l'ADP allouée au renforcement des capacités commerciales</p>

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Cible 8D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme	Viabilité de la dette 8.10 Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) 8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
Cible 8E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants 8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

Les objectifs du Millénaire pour le développement, et les cibles correspondantes, sont tirées de la Déclaration du Millénaire, signée en septembre 2000 par les dirigeants de 189 pays, dont 147 Chefs d'Etat et de gouvernement (<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>), et d'un autre accord auquel sont parvenus les Etats membres lors du Sommet Mondial de 2005 (Résolution adoptée par l'Assemblée Générale - A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>). Les objectifs et cibles sont interdépendants et doivent être considérés comme un tout. Ils représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés, tous résolus à « créer - au niveau tant national que mondial - un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté ».

1 Pour suivre l'évolution de la pauvreté dans les différents pays, il convient d'utiliser, lorsqu'ils existent, des indicateurs fondés sur les seuils de pauvreté nationaux.

2 La proportion effective d'habitants vivant dans des taudis s'obtient en calculant le nombre de citoyens soumis à l'une au moins des conditions suivantes : a) accès insuffisant à une source d'eau améliorée; b) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées; c) surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce); d) habitations faites de matériaux non durables.

Bibliographie et ressources en ligne

Abu-Ghaida, D. et S. Klasen. 2004. The Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity. *World Development*, Vol. 32, Numéro 7, 1075–1107.

Arbache, J.S. 2010. *Gender Disparities in Africa's Labor Market*. Washington, DC: Banque mondiale.

BAD (Banque africaine de développement). 2011. *Au centre de la pyramide : la dynamique de la classe moyenne en Afrique*. Aperçu de marché, 20 avril 2011, BAD.

Disponible sur : http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/The%20Middle%20of%20the%20Pyramid_The%20Middle%20of%20the%20Pyramid.pdf

BAD (Banque africaine de développement), OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) et CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2010. *Perspectives économiques en Afrique 2010*. Paris : OCDE.

Disponible sur : http://www.oecd-ilibrary.org/fr/development/perspectives-economiques-en-afrique-2010_aeo-2010-fr

BAD (Banque africaine de développement), OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) et CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2011. *Perspectives économiques en Afrique 2011*. Paris : OCDE.

Banque mondiale. 2003. *Genre et développement économique : vers l'égalité des sexes dans les droits, les ressources et la participation*. Rapport de la Banque mondiale sur les politiques de développement 21776. Publ. en collab. avec : Banque mondiale; Nouveaux Horizons. Éditions Saint-Martin : Québec.

Disponible sur : http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/11/17/000020953_20061117084156/Rendered/PDF/217760FRENCH0E-1Development01PUBLIC1.pdf

Banque mondiale. 2005. *L'éducation et le VIH/sida : une lueur d'espoir*. Publ. en collab. avec : Banque mondiale. Éditions Saint-Martin : Québec.

Disponible sur : http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/10/31/000012009_20051031141127/Rendered/PDF/240590F.pdf

- Banque mondiale. 2009. *Maternal Mortality: Strengthening the World Bank Response*. Washington DC : Banque mondiale.
- Disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/MaternalHealth62910WEB.pdf>
- Banque mondiale. 2010a. *Achieving Gender Equality at the Heart of MDGs*. 2 septembre. Disponible sur : <http://data.worldbank.org/news/achieving-gender-equality-at-the-heart-of-mdgs>
- Banque mondiale. 2010b. *Global Monitoring Report 2010: The MDGs after the Crisis*. Aperçu en français sous le titre : *Rapport de suivi mondial 2010: les ODM après la crise*. Washington DC : Banque mondiale.
- Aperçu disponible sur : [http://siteresources.worldbank.org/INTFREDEVCOMM/Documentation/22555523/DC2010-0008\(F\)GMR2010Overview.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTFREDEVCOMM/Documentation/22555523/DC2010-0008(F)GMR2010Overview.pdf)
- Banque mondiale. 2011a. *World Development Indicators 2011*. Banque mondiale : Washington, DC.
- Disponible sur : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/>
- Banque mondiale. 2011b. *Objectif 3-Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes d'ici 2015*. Banque mondiale, Washington DC.
- Disponible sur : http://www.banquemondiale.org/odm/condition_feminine.html
- Berg, A., P. Conceição, A. Odusola et al. 2012. *Enhancing Development Assistance to Africa: Lessons from Scaling-Up Scenarios*. New York : FMI.
- Bourguignon, F., A. Bénassy-Quéré, S. Dercon et al. 2008. *Millennium Development Goals at a Midpoint: Where Do We Stand and Where Do We Need to Go? Résumé en français sous le titre : Les objectifs du Millénaire pour le développement à mi-parcours : où en sommes-nous et où devons-nous aller ?* Rapport européen sur le développement.
- Résumé disponible sur : http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/mdg_exec_summary_final_fr.pdf
- BRA/PNUD (Bureau régional pour l'Afrique du Programme de développement des Nations Unies). 2010. *Institutional and Policy Innovations Advancing Progress Towards the MDGs in Africa*. Note de synthèse pour l'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement – Rapport OMD 2010.
- BRA/PNUD (Bureau régional pour l'Afrique du Programme de développement des Nations Unies). À paraître. *Rapport sur le développement humain en Afrique 2012 : Vers une sécurité alimentaire durable*. New York : PNUD.

- Bubb, P.J., L. Fish et V. Kapos. 2009. *Coverage of Protected Areas – Guidance for National and Regional Use*. Cambridge, Royaume-Uni: Programme des Nations Unies pour l'environnement – Centre mondial de surveillance pour la conservation.
- Carr-Hill, R., K. Frostell et J. Pessoa. 2008. *Statistiques internationales sur l'alphabétisme : examen des concepts, de la méthodologie et des données actuelles*. Montréal, Canada: Institut de statistique de l'UNESCO.
- Disponible sur : http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/Literacyreport2008_fr.pdf
- CEA (Commission économique pour l'Afrique). 1999. *Rapport économique sur l'Afrique 1999: le défi de la réduction de la pauvreté et de la viabilité*. Addis-Abeba : CEA.
- Disponible sur : <http://repository.uneca.org/handle/10855/2306>
- CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2005. *Les conditions économiques et sociales en Afrique du Nord*. Vingtième réunion du Comité intergouvernemental d'experts (CIE), Tanger (Maroc), 13–15 avril 2005.
- CNUCED (Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement). 2010. *Manuel de statistiques de la CNUCED 2010*. Genève: CNUCED.
- Disponible sur : <http://archive.unctad.org/templates/Search.asp?intItemID=1584&lang=2&frmSearchStr=Manuel+de+statistique>
- s+2010&frmCategory=all§ion=whole#doc
- Coulombe, H. et A. McKay. 1996. *Determinants of Poverty in Mauritania*. World Development, Vol. 24, Numéro 6, 1015–1031.
- Creanga, A.A., D. Gillespie, S. Karklins et A.O. Tsui. 2011. *Faible recours à la contraception chez les femmes africaines pauvres: une question d'égalité*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Vol. 89, Numéro 4, avril 2011, 258–266.
- Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/4/10-083329-ab/fr/index.html>
- CUA (Commission de l'Union africaine), CEA (Commission économique pour l'Afrique), ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2004. *Scoring African Leadership for Better Health*. Addis-Abeba : CEA
- DAES (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies), Division de la population. 2007. *World Population 2006*. Wallchart.
- Disponible sur : www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006wc.htm
- Deininger, K. et J. Okidi. 2003. *Growth and Poverty Reduction in Uganda 1999–2000 : Panel Data Evidence*. Document présenté à la Réunion du groupe d'experts, CEA, Ouganda, Juin 2003.

- Electoral Commission. 2006. *Politics and Elections in Uganda*. Mai : Kampala.
- Disponible sur : <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/hipcf.htm>
- Ewang, Paul. 2011. *The post-2015 Development Agenda: The Case for Reformulating the MDGs: An African Development Agenda*. Document présenté à l'atelier régional de la CEA visant à définir la position de l'Afrique sur le programme de développement au-delà de 2015, CEA, 15–16 novembre 2011, Accra.
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2002. *État de la population mondiale 2002 : population, pauvreté et potentialités*. New York : FNUAP.
- Résumé en français disponible sur : http://www.unfpa.org/swp/2002/pdf/francais/swp-2002summary_fre.pdf
- FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2010. *Food Prices in Africa: Quarterly Bulletin- Dec 2010 Regional Price Update and responses*, Numéro 7, décembre 2010.
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2009. *Fact Sheet : Motherhood and Human Rights*. New York : UNFPA, Media and Communications Branch
- Disponible sur : <http://www.fao.org/docrep/013/am073e/am073e00.pdf>
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2012. *Reducing Risks by Offering Contraceptive Services*. New York : UNFPA.
- FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture), FIDA (Division du Fonds international de développement agricole) et OIT (Organisation internationale du travail). 2010. *Briser le cercle vicieux de la pauvreté rurale : Sortir les filles et les garçons du travail et les faire aller à l'école*. Note d'orientation numéro 7 sur Genre et emploi rural, OIT, Genève.
- Disponible sur : <http://web.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm>
- FNUAP Rwanda. 2011. *Maternal Mortality Reduction Programme in Rwanda*. Kigali : Bureau de pays du FNUAP au Rwanda.
- Fosu, A. K. 2011. *Growth, Inequality, and Poverty Reduction in Developing Countries: Recent Global Evidence*. Document présenté à la réunion du Groupe d'experts DAES/OIT sur l'élimination de la pauvreté, 20–22 juin 2011, Genève.
- FMI (Fonds monétaire international). 2011. Fiche technique *Allègement de la dette au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)* FMI, Washington, DC.
- Disponible sur : http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/2011/en_GB/wp2011-001/

- Gauci, A. et A. Gueye. 2003. *Pro-Poor Growth Strategies in Africa : Pro-poor Education Policies and Labour Demand*. Addis-Abeba : CEA.
- Disponible sur : http://www.uneca.org/docs/Meetings_Events/ESPD/PoorGROWTH/Supply-side%20pro-poor%20Education.Final.I.E.pdf
- Geda, A., N. De Jong, M. S. Kimenyi et G. Mwabu. 2005. *Determinants of Poverty in Kenya : A Household Level Analysis*. Document de travail économique n° 200544. Storrs, CT : University of Connecticut.
- German Watch. 2010. *The Millennium Development Goals and Climate Change: Taking Stock and Looking Ahead*. Bonn.
- Disponible : <http://germanwatch.org/klima/klimdg10e.pdf>
- Glennie, J., 2010. *After 2015 We Need a New Set of Millennium Development Goals that Apply to All Countries*. Guardian Blog, 3 novembre.
- Disponible sur : <http://www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2010/nov/03/millennium-development-goals-inequality>
- Gohou, G. 2011. *Programme de développement au-delà de 2015 : plaidoyer pour le maintien des OMD dans leur configuration actuelle*. Document présenté à l'atelier régional de la CEA visant à définir la position de l'Afrique sur le programme de développement au-delà de 2015, CEA, 15–16 novembre 2011, Accra.
- Gouvernement du Burkina Faso et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2010. *Cadre d'accélération des OMD au Burkina Faso ; Application à l'OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim* : Rapport Final.
- Gouvernement du Burkina Faso et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2011. *Contribution de l'élevage à l'économie et à la lutte contre la pauvreté, les déterminants de son développement*. Ministère des Ressources animales, novembre 2011.
- Gouvernement de la Zambie et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2011. *Millennium Development Goals Progress Report 2011*. Ministère des Finances et de la Planification Nationale de la Zambie et PNUD Zambie, Lusaka.
- Grimshaw, D. 2010. *What Do We Know about Low Wage Work and Low Wage Workers? Analyzing the Definitions, Patterns, Causes and Consequences in International Perspective*. Rapport d'information technique préparé pour le *Rapport mondial sur les salaires 2010/2011* de l'OIT.
- Hailu, D. et R. Tsukada. 2011. *Achieving the Millennium Development Goals: A Measure of Progress*. Document de travail 78. Brasilia : Centre international de politiques pour une croissance inclusive.
- IFPRI (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires), Concern Worldwide et Welthungerhilfe. 2011. *Indice de la faim dans le monde 2011 - Relever le défi de la faim* :

Maîtriser les chocs et la volatilité excessive des prix alimentaires. Bonn, Washington DC, Dublin, Paris : IFPRI.

Disponible sur : <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi11fr.pdf>

INSR (Institut national de la Statistique du Rwanda). 2011. *The Third Integrated Household Living Conditions Survey (EICV3) : Main Indicators Report.* Kigali : INSR.

Disponible sur : http://statistics.gov.rw/sites/default/files/user_uploads/files/books/Main%20EICV3%20report.pdf

INSR (Institut national de la Statistique du Rwanda) et PNUD. 2007. *Millennium Development Goals – Towards Sustainable Social and Economic Growth : Country Report 2007.* Kigali : INSR.

McCord, Anna et Rachel Slater. 2009. *Overview of Public Works Programmes in Sub-Saharan Africa.* Overseas Development Institute, Londres.

Ministère de l'Économie et des Finances du Burkina Faso et Système des Nations Unies au Burkina Faso. 2010. *Rapport Pays de Suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement.* Burkina Faso.

Ministère des Finances et de la planification du développement du Botswana et Système des Nations Unies au Botswana. 2010. *Botswana Millennium Development Goals : Status Report 2010.* Gaborone : ONU.

Ministère des Finances et de la Planification Nationale de la Zambie et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2011. *Millennium Development Goals Progress Report 2011.* Ministère des Finances et de la Planification Nationale de la Zambie, Lusaka.

Ministère du Travail et des Services sociaux du Zimbabwe et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2010. *2010 Millennium Development Goals Status Report, Zimbabwe.* Ministère du Travail et des Services sociaux, Harare.

Moss, T. 2010. *What Next for the Millennium Development Goals?* Global Policy Vol. 1, Numéro 2, 218–220.

Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1758-5899.2010.00024.x/pdf>

Mumba, E.C. 2002. *Education for all: Increasing Access to Education for Girls in Zambia.* Document présenté au 2ème Forum Pan-Commonwealth sur l'apprentissage ouvert, Durban, Afrique du Sud, 29 juillet–2 août 2002.

Disponible sur : <http://www.col.org/pcf2/papers/mumba.pdf>

NDI (National Democratic Institute for International Affairs). 2007. *Changing the Face of Leadership : Women in Politics.* NDI, Washington DC.

Disponible sur : www.ndi.org/files/2209_wp_chang_leadership2007.pdf

- Nyarko, Yaw. 2011. *Rethinking the MDGs: Towards an Alternative Development Agenda post-2015*. Document présenté à l'Atelier régional visant à définir la position de l'Afrique sur le programme de développement au-delà de 2015, CEA, 15–16 novembre 2011, Accra.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2004. *Accelerating Pro-Poor Growth through Support for Private Sector Development*. Paris : Éditions OCDE.
- Disponible sur : www.oecd.org/dataoecd/53/21/34055384.pdf
- Odusola, A.F., A.K. Oyediran, J.O. Bogunjoko et A.J. Adeyemo. 1997. *Adjustment Policy, Gender Dynamics and Family Size Reduction in Nigeria : The Case of Lagos State*. Nigerian Institute for Social and Economic Research's Monograph, Ibadan, Nigéria.
- Ohiorhenuan, J.F. 2011. *The post-2015 Development Agenda: The Case for Reformulating the MDGs*. Document présenté à l'Atelier régional visant à définir la position de l'Afrique sur le programme de développement au-delà de 2015, CEA, 15–16 novembre 2011, Accra.
- OIT (Organisation internationale du travail). 2010a. *Women in Labour Markets : Measuring Progress and Identifying Challenge* (Les femmes sur le marché du travail : mesurer les progrès et identifier les défis). Genève : Bureau international du travail.
- Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_123835.pdf
- OIT (Organisation internationale du travail). 2010b. *Rapport mondial sur les salaires 2010/11 : Politiques salariales en temps de crise*. Genève: Bureau international du travail.
- Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_146706.pdf
- OIT (Organisation internationale du travail). 2010c. *World Social Security Report 2010–2011: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*. Genève : Bureau international du travail.
- Résumé exécutif en français intitulé *Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010/11 : Donner une couverture sociale en période de crise et au-delà*.
- Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_146568.pdf
- OIT (Organisation internationale du travail). 2011. *Trends Econometric Models: A Review of Methodology*. Genève : OIT.
- Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_120382.pdf
- OIT (Organisation internationale du travail). 2012. *Tendances mondiales de l'emploi 2012* :

- prévenir une aggravation de la crise de l'emploi*. Genève : Bureau international du travail.
- Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_168092.pdf
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2006. *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Soins néonataux en Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques*. Genève : The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health.
- Disponible sur : <http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunitiesfr.pdf>
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2008. *Making Pregnancy Safer Notes*. Volume 1, No. 1. Department of Making Pregnancy Safer. Octobre. Genève : OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2010. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*
- Disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS10_Full.pdf
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2011a. *Stratégie Halte à la tuberculose 2011–2015*. Genève : OMS.
- Disponible sur : <http://www.who.int/tb/strategy/fr/index.html>
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2011b. *Rapport 2011 sur le paludisme dans le monde*. Genève : OMS.
- Disponible sur : http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/fr/index.html
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2011c. *Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève : OMS.
- Disponible sur : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html
- OMS (Organisation mondiale de la santé). 2011d. *Measles (MCV) Immunization Coverage among 1-Year-Olds (%)*. Genève.
- Disponible sur : http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2
- OMS (Organisation mondiale de la santé)/UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2012. *Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation, 2012*.
- Disponible sur : www.wssinfo.org/
- ONU Femmes (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes). 2010. *Libérer le potentiel des commerçantes transfrontières informelles pour transformer le commerce intra-africain*. ONU Femmes, New York.
- Disponible sur : <http://www.unwomen.org/fr/publications/unleashing-the-potential-of-women-informal-cross-border-traders-to-transform-intra-african-trade/>
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida). 2011. *HIV/AIDS Response* :

- Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access* (Rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida). Genève : ONUSIDA.
- Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/fr/index.html
- Oya, C. et J. Sender. 2009. *Divorced, Separated and Widowed Women Workers in Rural Mozambique*. *Feminist Economics*, Vol. 15, Numéro 2, 1–31.
- Oyo State Government of Nigeria. 2012. *Update on Oyo State Youth Empowerment Scheme – YES-O*. Ibadan, Nigéria.
- PNUE (Programme des Nations Unies pour l'environnement). 2011. *Ozon Action Compliance Assistance Programme*. PNUE, Nairobi.
- Pollard, A., A. Sumner, M. Polato-Lopes et A. de Mauroy. 2010. *What Should Come after the Millennium Development Goals? Voices from the South*. Document présenté après un dîner-table ronde sur le thème « *The MDGs and Beyond 2015: ProPoor Policy in a Changing World* », 8 septembre, University of Manchester.
- Ravallion, Martin. 1997. *Can High Inequality Developing Countries Escape Absolute Poverty?* *Economics Letters*, Vol. 56, Numéro 1, 51–57.
- Ravallion, Martin. 2001. *Growth, Inequality and Poverty : Looking Beyond Averages*. *World Development*, Vol. 29, Numéro 11, 1803–15.
- Ravinder, Rena. 2008. *Education in Eritrea : Developmental Challenges*. *International Journal of Scientific Research in Education*, Vol. 1, Numéro 1, juin 2008, 41–53.
- République fédérale d'Éthiopie. 2012. *Ethiopia's Progress Towards Eradicating Poverty : An Interim Report on Poverty Analysis Study (2010/11)*. Ministère des Finances et du Développement économique, Addis-Abeba.
- République Islamique de Mauritanie et PNUD. 2010. *Report on Progress towards Achieving the MDGs in Mauritania*. Nouakchott.
- Riddell, A. 2003. *The Introduction of free Primary Education in Sub-Saharan Africa*. Document d'arrière-plan préparé pour le rapport intitulé « *Education for All Global Monitoring Report 2003/4* » : *Gender and Education for All: The Leap to Equality*. UNESCO, Paris.
- Sabates, R., K. Akyeampong, J. Westbrook et F. Hunt. 2010. *School Dropout : Patterns, Causes, Changes and Policies*. Document commandité pour le Rapport de suivi mondial « *Éducation pour tous* » 2011, *The Hidden Crisis : Armed Conflict and Education*.
- Tanzania. 2011. *Millennium Development Goals Status Report*.
- ONU (Organisation des Nations Unies) 2011. *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2011*. New York : ONU.
- Disponible sur : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report_2011.pdf

- ONU Rwanda. 2011. *Delivering as One. Annual Report of 2010*. Nairobi : ONU Rwanda
- UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2008. *The Global Literacy Challenge*. Paris: UNESCO.
- Disponible sur : <http://www.unesco.org/new/fr/education/themes/education-building-blocks/literacy/the-global-literacy-challenge-at-the-un/>
- UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2012. *Atlas mondial de l'égalité des genres dans l'éducation*. Paris : UNESCO.
- Disponible sur : <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002155/215582f.pdf>
- UNGEI (Initiative des Nations Unies en faveur de l'éducation des filles). 2012. *Gender and Skills Development : A Review Background Paper for the Education for All Global Monitoring Report*. New York : UNGEI.
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2009. *Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère : une priorité en matière de survie et de développement, 2009*. New York : UNICEF.
- Disponible sur : http://www.unicef.org/french/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_FR_011510.pdf
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2011a. *Children in South Sudan*. Juba : UNICEF, Soudan du Sud.
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2011b. *Levels and Trends in Child Mortality : Report 2011*. New York : UNICEF.
- Disponible sur : <http://resourcecentre.savethechildren.se/rb?q=cmis/browser&id=workspace://SpacesStore/a37b0679-9413-4f05-b075-61089e24fd67/1.13>
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2011c. *Reducing Measles Mortality*. New York.
- Disponible sur : http://www.unicef.org/immunization/index_measles.html
- UN-OHRLLS (Bureau du Haut-Représentant pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement des Nations Unies), n.d. *Pays les moins avancés : A propos des pays les moins avancés*
- Disponible sur : <http://www.unohrlls.org/fr/ldc/25>
- USAID (Agence des États-Unis pour le développement international). 2008. *Education from a Gender Equality Perspective*. Washington DC: USAID Office of Women in Development.
- Vandemoortele, Jan. 2009. *Taking the MDGs beyond 2015: Hasten Slowly*. Document commissionné pour un forum politique de haut niveau sur le thème « *After 2015: Promoting*

Pro-Poor Policy after the MDGs », organisé par DSA/EADI/ Action Aid. Bruxelles, Juin.

Vavrus, F. et G. Moshi. 2008. *The Cost of a 'Free' Primary Education in Tanzania*. International Critical Childhood Policy Studies, Vol. 2, Numéro 1, 31–42.

Victora, C.G. et al. 2008. *Maternal and Child Undernutrition : Consequences for Adult Health and Human Capital*. The Lancet, Vol. 371, Numéro 9609, 340–57.

Waage, J. et al. 2010. « *The Millennium Development Goals: A Cross-Sectoral Analysis and Principles for Goal Setting after 2015* ». Lancet et London International Development Commission. 13 septembre.

Disponible sur : [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61196-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61196-8/fulltext)

WEF (Forum économique mondial). 2011. *Global Gender Gap Report 2011 : Rankings and Scores*. Genève : WEF.

Disponible sur : <http://www.weforum.org/issues/global-gender-gap>

WLP (Partenariat d'apprentissage des femmes pour les droits, le développement et la paix). 2008. *Mauritania : Moves Towards Political Empowerment for Women*. WLP, Bethesda, MD.

Disponible sur : www.learningpartnership.org/lib/mauritania-moves-towards-political-empowerment-women

