

RAPPORT OMD 2015

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE
LA MISE EN ŒUVRE DES OMD



ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS
EN AFRIQUE POUR ATTEINDRE
LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE
POUR LE DÉVELOPPEMENT

RAPPORT OMD 2015

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE
LA MISE EN ŒUVRE DES OMD

ÉVALUATION DES PROGRÈS RÉALISÉS
EN AFRIQUE POUR ATTEINDRE
LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE
POUR LE DÉVELOPPEMENT

Commandes

Pour commander des exemplaires du *Rapport OMD 2015 : Évaluation des progrès réalisés en Afrique pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement*, veuillez contacter :

Publications

Commission économique pour l'Afrique

P.O. Box 3001

Addis-Abeba, Éthiopie

Tél : +251-11- 544-9900

Télécopie : +251-11-551-4416

Adresse électronique : ecainfo@uneca.org

Web : www.uneca.org

© Commission économique pour l'Afrique, Union africaine, Groupe de la Banque africaine de développement et Programme des Nations Unies pour le développement, 2014

Addis-Abeba, Éthiopie

Tous droits réservés

Premier tirage : septembre 2015

ISBN : 978-99944-61-74-5

eISBN : 978-99944-62-74-2

Toute partie du présent ouvrage peut être citée ou reproduite librement. Il est cependant demandé d'en informer la Commission économique pour l'Afrique et de lui faire parvenir un exemplaire de la publication.

Conception et production par le Groupe de la publication et de la distribution des documents de la CEA, Addis-Abeba.
ISO 14001:2004 certifiée.

Table des matières

Avant-propos	vii
Remerciements	ix
Note méthodologique	xi
Abréviations, sigles et acronymes.....	xiii
Résumé analytique.....	xv
 Section I : Suivi des progrès.....	 1
OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	1
OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	9
OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.....	16
OMD 4 : Réduire la mortalité infantile.....	28
OMD 5 : Améliorer la santé maternelle	31
OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.....	43
OMD 7 : Assurer un environnement durable	49
OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.....	56
 Section II: Les enseignements tirés de la mise en œuvre des OMD	 68
 Section III: Conclusions et perspectives en matière de politiques.....	 88
 Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD	 94
 Références.....	 98

Liste des figures

Figure 1.1 Proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar US par jour, en parité de pouvoir d'achat (PPA).....	3
Figure 1.2 Réduction de la pauvreté dans 30 pays d'Afrique.....	4
Figure 1.3 Indice d'écart de la pauvreté (%).....	5
Figure 1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée (%).....	6
Figure 1.5 Ventilation régionale du chômage, 2013.....	6
Figure 1.6 Ventilation régionale de l'emploi précaire.....	7
Figure 1.7 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique.....	8
Figure 2.1 Tendances de la scolarisation dans le primaire, 1990, 2000 et 2012.....	10
Figure 2.2 Tendances des taux d'achèvement du cycle primaire, 2000 et 2012.....	12
Figure 2.3 Tendance de l'alphabétisation des jeunes, 1990-2000 et 2012.....	14
Figure 2.4 Alphabétisation des jeunes par région et par genre, 2012.....	15
Figure 3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur en Afrique, avant et après 2012.....	19
Figure 3.2 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur en Afrique de l'Ouest.....	19
Figure 3.3 Pays africains ayant atteint la parité filles/garçons dans le primaire.....	20
Figure 3.4 Ensemble des pays ayant des données suffisantes ou insuffisantes sur les femmes salariées dans le secteur non agricole en Afrique.....	21
Table 3.1 Répartition sectorielle des personnes employées, par région et par genre, 2004-2007 (%).....	22
Figure 3.5 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole.....	23
Figure 3.6 Ventilation régionale de l'emploi précaire.....	24
Figure 3.7 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national, 2000 et 2014 (%), par région.....	25
Figure 3.8 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national (%).....	26
Figure 3.9 Pays africains ayant plus de 30 pour cent de sièges occupés par les femmes au parlement national.....	27
Figure 4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région, 1990, 2012 et cible pour 2015.....	28
Tableau 5.1 Comparaisons mondiales des taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, femmes âgées entre 15 et 49 ans).....	32
Figure 5.1 Progrès réalisés en matière de réduction du taux de mortalité maternelle, 1990-2013.....	33
Tableau 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans le monde (%) ..	33
Figure 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%).....	34
Tableau 5.3 Taux de prévalence contraceptive au plan mondial chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, utilisant toute forme de contraception (%).....	35
Figure 5.3 Taux de prévalence contraceptive, toute forme de contraception (%).....	36
Figure 5.4 Taux actuel d'utilisation des préservatifs chez les filles et les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans (dans les cinq pays d'Afrique ayant les taux les plus élevés) (%).....	37
Tableau 5.4 Naissances vivantes pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.....	37
Tableau 5.5 Performances des pays par rapport au nombre de naissances pour 1 000 adolescentes.....	38
Tableau 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale au plan mondial chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union (%).....	39
Figure 5.5 Couverture des soins prénatals, au moins quatre visites (%).....	40
Figure 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale, total (%).....	41
Table 6.1 Taux d'incidence du VIH dans les sous-régions de l'Afrique.....	44

Figure 6.1 Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans (%)	44
Figure 6.2 Nombre de décès liés au sida, tous âges (en millions)	44
Table 6.2 Nombre de cas et pourcentage de décès dus au paludisme, 2000 et 2013	46
Figure 6.3 Taux de prévalence, d'incidence et de mortalité liés à la tuberculose, 1990-2012.....	48
Figure 6.4 Taux de détection de la tuberculose et succès thérapeutique des stratégies de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), 1995-2012.....	48
Tableau 7.1 Proportion du couvert forestier (%).....	50
Table 7.2 Émissions de dioxyde de carbone (CO ₂) (tonnes métriques de CO ₂ par habitant)	50
Figure 7.1 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (en milliers de tonnes métri- ques).....	51
Figure 7.2 Zones terrestres et marines protégées, 1990, 2000 et 2012.....	52
Tableau 7.3 Utilisation de sources d'eau potable améliorées, 2012	53
Figure 7.3 Accès à un assainissement amélioré par région (% de la population), 2012.....	54
Figure 7.4 Proportion de la population urbaine vivant dans les bidonvilles, 2000 et 2012 (%)	55
Table 8.1 Croissance du commerce des marchandises par région, 2012-2013.....	57
Figure 8.1 L'APD des pays du CAD en pourcentage du RNB, par pays, 1990, 2000, 2014.....	59
Figure 8.2 APD des pays du CAD en millions de dollars US constants de 2012, 2004-2013.....	60
Figure 8.3 APD versée aux PDSL africains, en pourcentage de leur RNB, 1990, 2000, 2012.....	61
Figure 8.4 APD versée aux PEID africains, en pourcentage de leur RNB, 1990, 2000, 2012	62
Figure 8.5 Flux de financement extérieur, 2010–2015 (en milliards de dollars US)	63
Tableau 8.2 Nombre d'abonnements cellulaires mobiles pour 100 habitants, par région	65
Figure 8.6 Croissance du nombre d'abonnements mobiles, 1995-2013	66
Figure 8.7 Croissance du nombre d'abonnements cellulaires mobiles pour 100 habitants, 2000-2013.....	66
Encadré 8.1 Maurice et l'OMD 8	67

Liste des tableaux

Table 3.1 Sectoral distribution of employed persons, by region and gender, 2004-2007 (per cent).....	22
Table 5.1 Global comparisons on maternal mortality ratio (maternal deaths per 100,000 live births, women aged 15-49).....	31
Table 5.2 Global proportion of births attended by skilled health personnel (per cent).....	33
Table 5.3 Global contraceptive prevalence rates among women aged 15 - 49 years, married or in union, using any method of contraception (per cent)	35
Table 5.4 Live births per 1,000 adolescent girls aged 15 - 19	37
Table 5.6 Global unmet need for family planning among married or women in union aged 15-49 (%)	42
Table 6.1 HIV incidence rates in subregions of Africa	45
Table 6.2 Malaria cases and death rates, 2000 and 2013.....	49
Table 7.1 Proportion of land area covered by forest (%).....	52
Table 7.2 Carbon dioxide (CO ₂) emissions (metric tonnes of CO ₂ per capita).....	53
Table 7.3 Use of improved drinking water sources, 2012.....	56
Table 8.1 Growth in merchandise trade by region, 2012-2013.....	60
Table 8.2 Mobile-cellular subscriptions per 100 inhabitants, by regions.....	68

Avant-propos

Nkosazana Clarice Dlamini Zuma

Présidente de la Commission de l'Union africaine

Carlos Lopes

Sous-secrétaire général des Nations Unies et
Secrétaire exécutif de la Commission économique
pour l'Afrique

Donald Kaberuka

Président du Groupe de la Banque africaine de
développement

Helen Clark

Administrateur du 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 (PNUD).

Ce rapport a été préparé par une équipe principale conjointement dirigée par Bartholomew Armah, Chef de la Section du Renouveau de la planification à la Division des Politiques macroéconomiques de la CEA ; Dossina Yeo, Chef par intérim de la Division Statistique au département des Affaires économiques de la CUA ; Bilal Nejmu-din Kadir, Économiste principal Santé au Département du Développement humain de la BAD ; et Eunice Kamwendo, Conseillère stratégique auprès de l'équipe Stratégie et analyse au sein du Bureau régional pour l'Afrique du PNUD. L'équipe comptait également au nombre de ses membres Selamawit Mussie (CUA), Gilbert Habaasa (CEA/CUA), Janet Byaruhanga (CUA), Samson Bel-Aube Nougbohohoué (CUA), Mama Keita (CEA), Aissatou Gueye (CEA), Deniz Kellecioglu (CEA), Judith Ameso (CEA), Maimouna Hama Natama (CEA), Stanley Kamara (PNUD), El Hadji Fall (PNUD), Sallem Berhane (PNUD) et James Neuhaus (PNUD). En outre, le texte a été enrichi par les contributions techniques de Yemesrach Workie (PNUD), Glenda Gallardo Zelaya (PNUD), Fatou Leigh (PNUD), Frédéric Mugisha (PNUD), Wilmot Reeves (PNUD), Fitsum G. Abraha (PNUD), James Wakiaga (PNUD), Rogers Dhiwayo (PNUD), Amarakoon Bandara (PNUD), Becaye Diarra (PNUD), Célestin Tsassa (PNUD), Ginette Mondongou Camara (PNUD), Ahmadou Mboup (PNUD) et Khady Ba Faye (PNUD).

Les travaux ont été menés sous la supervision commune de René N'Guettia Kouassi, Directeur des Affaires économiques à la CUA ; Adam B. Elhiraika, Directeur des Politiques macroécono-

miques à la CEA ; Agnès Soucat, Directrice du Développement humain à la BAD ; et Ayodele Odusola, Économiste principal et Directeur de l'équipe Stratégie et analyse au sein du Bureau régional pour l'Afrique du PNUD.

Par ailleurs, l'équipe a tiré pleinement parti des orientations stratégiques prodiguées par Anthony Mothae Maruping, Commissaire aux Affaires économiques de la CUA ; Abdalla Hamdok, Secrétaire exécutif adjoint de la CEA ; Steve Kayizzi-Mugerwa, Économiste en chef et Vice-président par intérim à la BAD ; et Abdoulaye Mar Dieye, Administrateur assistant et Directeur du Bureau régional pour l'Afrique du PNUD. Le rapport a été préparé sous la direction générale de Nkosazana Clarice Dlamini Zuma, Présidente de la CUA, Carlos Lopes, Sous-secrétaire général des Nations Unies et Secrétaire exécutif de la CEA, Donald Kaberuka, Président de la BAD et Helen Clark, Administrateur du PNUD.

L'équipe a entrepris de vastes consultations avec les parties prenantes et les décideurs africains aux fins de la production de ce rapport à ses différentes étapes, depuis la conceptualisation jusqu'à la rédaction de la version finale. Dans ce contexte, une réunion du Groupe d'experts s'est tenue à Alger, en Algérie, les 3 et 4 mai 2015 en vue d'examiner et de valider le projet du Rapport OMD 2015 pour l'Afrique. Les points focaux OMD de 51 pays africains y ont participé, aux côtés de représentants issus des organisations de la société civile (OSC) et des institutions des Nations Unies. Les représentants des pays ayant pris part à cet événement sont comme suit : Pali Jobo Lehohla, Desmond Reginald Booysen, Lucky Ngwenya et Morore Benjamin Mphahlele (Afrique du Sud) ; Merzak Belhimeur et Amal Lakehal (Algérie) ; Ana Machado et Marcelino Pinto (Angola), Alastair Alinsato et Kolawole Adechian (Bénin) ; Joyce Masego Massie, Moffat Malepa et Patrick Seitiso (Botswana) ; Maxime Silga et Hervé Jean-Louis Guene (Burkina Faso) ; Marie Jeannine Hashazinka (Burundi) ; Barnabé Okouda et Emmanuel

Yangam (Cameroun) ; Djaafar Abdourohamane et Miradji Massoundi (Comores) ; Ibrahima Ba, Kouakou N'Goran, Moustapha Sangare, Félix Toha et Abdoul Karim Toure (Côte d'Ivoire) ; Hasana Ahmed Abdallah (Djibouti) ; Ahmed Abdallah Soltan (Égypte) ; Fitsum Arega et Eshete Tilahun Woldeyes (Éthiopie) ; Joseph Ibouili Maganga (Gabon) ; Mohammed L. Janneh et Ibrahima M.B.S Kinteh (Gambie) ; Adjei-Fosu Kwaku (Ghana) ; José Augusto Braima Baldé (Guinée-Bissau) ; Cristobal Ndong Bisa (Guinée équatoriale) ; Michael Mwangi (Kenya) ; Mamonaheng Mokitimi (Lesotho) ; Bobby E. Musah et Yussuf M. Sarnoh (Libéria) ; Sahondra Manana Rambolanome et Mamy Ratolojanahary (Madagascar) ; Rodwell Mzonde (Malawi) ; Moriba Doumbia (Mali) ; Jilali Charrouk (Maroc) ; Chandranee Rughoobur (Maurice) ; Tourad Dahmed Khaliheha et Mohamed Abderrahmane Moine Teyeb (Mauritanie) ; Agonias António Macia et Alfredo Salvador Mutombene (Mozambique) ; Mary-Tuyeni Hangula, Isak Neema et Libertina Kakwali Kautwima (Namibie) ; Kamil Halimatou Amadou et Omar Maiga Alkassoum (Niger) ; Adelokiki Olufunfe Titilayo (Nigéria) ; Thomas Rutaro et Donald Mbuga (Ouganda) ; Roger Koyange, Daniel Katumba et Francesca Bomboko (République démocratique du Congo) ; Théophile Séra-

phin Bassissila (République du Congo) ; Yahiaoui Lamine et Burra Sidgaum Hnini (République sahraouie) ; Tumaini Katunzi et Mashavu Khamis Omar (République-Unie de Tanzanie) ; Assane Niang (Sénégal) ; Helena Isabell De Letourdis et Marie-Angele Thomas (Seychelles) ; Morie Momoh (Sierra Leone) ; Mohamed Sheikh Abdirahman (Somalie) ; Wisal Abdalla (Soudan) ; Charles Chol Mojwok (Soudan du Sud) ; Robert Nkosingiphile Fakudze (Swaziland) ; Ahmat El-Hadj Hamida (Tchad) ; Kokou Waniko et Abdoulaye Nouroudine (Togo) ; Hedi Saïdi, Nadia Touihri et Abdelwahed Mejri (Tunisie) ; Esnart Constance Phiri Mpokosa et Nchimunya Nkombo (Zambia) ; Taizivei Mungate et Godfrey Mkwakwami (Zimbabwe).

Enfin, le rapport a bénéficié de l'apport de nombreux professionnels qui ont contribué à sa réalisation, dans ses versions anglaise et française, en assurant les diverses prestations liées à la relecture, la traduction, la conception graphique, l'impression, la promotion et la diffusion auprès des médias et l'appui administratif : Mélanie Guedenet, Barbara Hall, Ferdos Issa, George Kokebe, Adla Kosseim, Azeb Moguesse et Charles Ndungu.

Note méthodologique

L'édition 2015 de l'Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement s'appuie sur les dernières données actualisées et harmonisées issues de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), le référentiel de données officiel pour l'évaluation des avancées enregistrées au titre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le rapport utilise également des données complémentaires provenant d'autres organismes des Nations Unies, de la Banque mondiale et des bases de données statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le choix de ces sources internationales tient essentiellement au fait que celles-ci collectent 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 au niveau des groupes d'âge, des définitions et des méthodes retenues pour produire les indicateurs expliquent parfois le décalage entre l'année de référence et les diverses années pour lesquelles les données statistiques sont disponibles. Une autre irrégularité est la rareté des données, en particulier pour les années récentes, dans certains pays qui omettent constamment de produire et de soumettre des ensembles de données.

Afin de combler ces lacunes, les institutions des Nations Unies compilent régulièrement les données en provenance des pays concernés à l'aide de questionnaires normalisés ou par le biais d'autres mécanismes convenus. Les questionnaires renseignés sont ensuite soumis, pour validation, à un processus d'examen par les pairs, fondé sur les méthodes de collecte et de traitement des données retenues. Les institutions fournissent des estimations, mettent à jour les données, complètent les données manquantes en générant des estimations et procèdent à des ajustements selon les besoins afin d'assurer la comparabilité entre les pays. L'OCDE est la principale source des flux d'aide récents, comptabilisés sur la base

d'une méthodologie standard et de définitions convenues afin d'assurer la comparabilité des données entre donateurs et bénéficiaires. Les institutions des Nations Unies et l'OCDE fournissent des sources de données harmonisées et comparables pour produire des rapports sur les OMD à l'échelle continentale. Par ailleurs, le présent rapport puise dans les données et informations relatives aux OMD générées à l'échelon national dans les différents pays afin d'enrichir son analyse. Ces données sont généralement présentées dans des encadrés spécifiques.

Ces dernières années, les pays africains ont pris des mesures louables, avec l'appui des organisations internationales, pour disposer de données fiables et assurer le suivi de leurs progrès dans la réalisation des OMD. La Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) et la Banque africaine de développement (BAD) ont élaboré des programmes ciblés pour relever les défis liés aux données et renforcer les capacités des pays africains en matière de statistique. Ces initiatives comprennent le Symposium sur le développement de la statistique en Afrique (SDSA), qui constitue un cadre de plaidoyer pour les recensements ; la Charte africaine de la statistique (ACS), qui fournit un cadre de coordination des activités statistiques sur le continent ; la Stratégie pour l'harmonisation des statistiques en Afrique (SHaSa), qui propose des directives sur l'harmonisation des statistiques ; et une nouvelle approche portant sur l'enregistrement d'état civil et les systèmes de statistiques vitales. Par ailleurs, les trois institutions précitées ont mis en place en 2009 un mécanisme conjoint pour la collecte et la validation des données à l'échelle du continent, qui a donné lieu depuis lors à la publication d'un *Annuaire statistique pour l'Afrique* tous les ans. Ces initiatives devraient permettre d'augmenter considérablement la disponibilité des données et d'assurer un meilleur suivi des progrès à venir en matière de développement. En fait, les quatre institutions panafricaines engagées dans la publi-

cation du présent rapport sont celles-là mêmes qui ont donné le coup d'envoi de la révolution des données en Afrique. Un grand nombre d'États membres reconnaissent aujourd'hui le rôle primordial des données, en ceci qu'elles contribuent à influencer les résultats du développement, aux-

quels s'ajoutent les politiques mises en œuvre et l'évolution de la situation dans les pays. De nombreuses activités s'appuient également sur les données, telles que l'obligation de rendre compte, les décisions en matière d'investissement ou la recherche.

Abréviations, sigles et acronymes

APD	Aide publique au développement
APE	Accord de partenariat économique
BAD	Banque africaine de développement
CAD	Comité d'aide au développement
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
CERDI	Centre d'études et de recherches en développement international
CO ₂	Dioxyde de carbone
CUA	Commission de l'Union africaine
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
DPE	Développement de la petite enfance
DSNU	Division de statistique des Nations Unies
EPT	Éducation pour tous
États-Unis	États-Unis d'Amérique
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FMI	Fonds monétaire international
IADM	Initiative d'allègement de la dette multilatérale
IDE	Investissement direct étranger
IPS	Indice de parité entre les sexes
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MMR	Taux de mortalité maternelle
NISR	Institut national de la statistique du Rwanda
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU-Habitat	Programme des Nations unies pour les établissements humains
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PCA	Position commune africaine sur le programme de développement pour l'après-2015
PDSL	Pays en développement sans littoral
PEID	Petits États insulaires en développement
PMA	Pays les moins avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPTE	Pays pauvres très endettés
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RNB	Revenu national brut
SAO	Substance appauvrissant la couche d'ozone
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise

SMS	Service de messages courts
TAHA	Traitement antirétroviral hautement actif
TB	Tuberculose
TIC	Technologies de l'information et des communications
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM5	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
TPC	Taux de prévalence des contraceptifs
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
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
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé analytique

L'Afrique a réalisé des progrès notables au titre des OMD en dépit de conditions initiales difficiles. Les chiffres de base enregistrés par l'Afrique sur la plupart des indicateurs liés aux OMD ont été relativement faibles par rapport à d'autres régions. Néanmoins, le continent a marqué des avancées impressionnantes dans différents domaines : augmentation des inscriptions à l'école primaire, parité entre filles et garçons dans la scolarisation au primaire, renforcement de la représentation des femmes dans les parlements nationaux, réduction de la mortalité infantile et maternelle et diminution de la prévalence du VIH/sida. Ces résultats soulignent le rôle important que l'engagement national, soutenu par le partenariat mondial, peut jouer dans la réalisation des objectifs de développement. Les faits saillants de la performance de l'Afrique sur le front des OMD sont discutés ci-dessous.

La pauvreté est en recul, mais les progrès sont lents et risquent d'être inversés sous l'effet des chocs

L'Afrique hors Afrique du Nord a réduit ses niveaux de pauvreté de 56,5 pour cent à 48,4 pour cent entre 1990 et 2010, soit une diminution de 14 pour cent, qui reste bien en dessous de la cible de l'OMD fixée à 28,25 pour cent. Par ailleurs, les efforts déployés au niveau des pays varient, certains ayant progressé beaucoup plus rapidement que d'autres. C'est en Gambie que la plus forte baisse a été observée, avec une réduction de 32 pour cent, suivie par le Burkina Faso, le Niger, le Swaziland, l'Éthiopie, l'Ouganda et le Malawi. La pauvreté a diminué dans 24 des 30 pays africains disposant de données exploitables et augmenté dans les six pays restants. En outre, la croissance n'a pas été suffisamment robuste pour permettre un recul durable de la pauvreté. De nombreux pays, notamment en Afrique hors Afrique du Nord, sont tributaires de produits primaires et exposés aux chocs, qui ont tendance à perturber les acquis du développement. À titre d'exemple, les premières estimations réalisées sur l'impact socio-écono-

mique de l'épidémie d'Ebola indiquent des pertes massives au niveau des moyens de subsistance, condamnant de nombreux ménages à replonger dans la pauvreté et la misère dans les pays les plus touchés par la maladie.

La productivité de l'Afrique, exprimée en quantité produite par personne employée, est à la hausse

Globalement, presque toutes les régions ont multiplié par deux leur taux de croissance annuel du produit intérieur brut (PIB) par personne employée depuis 2001. Ce taux a plus que doublé dans les régions en développement en tant que groupe, passant de 1,4 pour cent en 2001 à 3,2 pour cent en 2013, les taux de croissance les plus forts ayant été enregistrés par l'Asie et l'Afrique hors Afrique du Nord (respectivement 2,6 % et 1,4 % en 2013). Tout bien considéré, il ressort de cela que l'Afrique hors Afrique du Nord est la région qui a fait le plus d'efforts pour améliorer son taux de croissance du PIB par personne, puisqu'elle a atteint une augmentation de 0,6 point de base, contre 0,4 en Asie. En revanche, l'Afrique du Nord a connu une croissance négative, qui est tombée à 0,5 pour cent en 2013 après avoir grimpé à 2 pour cent en 2001. Cette chute s'explique principalement par les effets persistants des révolutions arabes et des troubles que connaissent la sous-région et le Moyen-Orient depuis 2010.

La croissance de l'Afrique a été relativement forte, mais insuffisamment rapide ou inclusive pour créer des opportunités d'emplois décents

En Afrique, le PIB connaît une croissance positive depuis 2001, avec une moyenne d'au moins 5 pour cent supérieure à la moyenne mondiale de 3 pour cent. Les industries extractives, en particulier les minéraux, le pétrole et le gaz ont représenté la plus grande part de la croissance du continent. Ces résultats ont certes apporté des améliorations dans certains domaines,

mais ils n'ont pas été suffisants pour fournir des opportunités d'emplois décents à la majeure partie de la main-d'œuvre disponible. En effet, le ratio emploi-population a diminué en moyenne de 57,7 pour cent à 44,4 pour cent entre 2005 et 2012. Certaines sous-régions connaissent des taux de chômage à deux chiffres, masqués dans bien des cas par des niveaux élevés de participation à l'emploi informel. Les taux de chômage les plus élevés en 2013 ont été observés en Afrique australe (21,6 %), devant l'Afrique du Nord (13,2 %), l'Afrique centrale (8,5 %) et enfin l'Afrique de l'Est (7,9 %), tandis que l'Afrique de l'Ouest a connu les taux de chômage les plus faibles (6,9 %). Le chômage des jeunes et des femmes reste supérieur à celui des hommes, toutes régions confondues. Or, pour tirer parti des dividendes que lui offre la jeunesse de sa population, l'Afrique doit impérativement s'atteler au chômage des jeunes qui sévit à l'échelle du continent. En raison du manque d'emplois décents, la plupart des Africains exercent des emplois précaires, concentrés en grande partie dans le secteur informel.

Les catastrophes et les conflits persistants empêchent l'amélioration de la sécurité alimentaire

En Afrique, la variation nette globale de la proportion de personnes dont l'apport alimentaire est inférieur au niveau minimum requis en matière de besoins nutritionnels a été nulle entre 2012 et 2013. L'Afrique hors Afrique du Nord reste la région du monde la plus déficitaire en termes de disponibilités alimentaires. En effet, 25 pour cent des habitants souffraient de faim et de malnutrition entre 2011 et 2013, un chiffre en progression toutefois de 8 pour cent par rapport à la période 1990-1992. Les conflits persistants en Afrique centrale et les intempéries, telles que les sécheresses et les inondations au Sahel, dans la Corne de l'Afrique et en Afrique australe, continuent d'exercer de fortes pressions sur la sécurité alimentaire et la nutrition. En outre, l'épidémie d'Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone a déjà entraîné une inflation des prix des produits alimentaires dans les trois pays et la sous-région, et de nombreuses personnes risquent de se

retrouver en deçà du seuil d'apports nutritionnels minimal.

L'Afrique est proche de l'objectif de l'éducation primaire pour tous

Depuis 2000, la plupart des pays africains ont fait montre de progrès accélérés dans l'élargissement de l'accès à l'éducation de base. En 2012, l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Bénin, le Cabo Verde, le Cameroun, Maurice, la République du Congo, le Rwanda, la Tunisie et la Zambie, et ont enregistré un taux net de scolarisation de plus de 90 pour cent. Dans l'ensemble, la plupart des pays africains ont accompli des avancées significatives rendues possibles à la faveur de réformes politiques favorisant les approches participatives, l'amélioration de la prestation de services et le renforcement de la gouvernance. En revanche, les progrès ont été plus lents s'agissant des besoins des catégories les plus difficiles à atteindre, telles que les jeunes déscolarisés, les enfants handicapés, les enfants vivant dans des États touchés par un conflit ou encore les enfants issus de populations nomades ou de certaines minorités ethniques.

L'amélioration des taux d'achèvement du cycle primaire reste un défi pour l'Afrique

Malgré les progrès constants observés dans la réalisation de l'achèvement des études primaires pour tous, un tiers des élèves en première année de primaire n'iront probablement pas au bout du cycle. Avec un taux de 67 pour cent, l'Afrique est encore loin des taux d'achèvement des études primaires pour tous fixés pour fin 2015. À peine 20 pour cent des pays africains ont atteint la cible en 2012. Entre 2000 et 2012, si certains pays ont accompli des progrès rapides dans ce domaine, comme le Ghana, le Maroc, la République-Unie de Tanzanie ou le Rwanda, d'autres ont stagné ou accusé des baisses sévères à cet égard. Ces régressions sont en grande partie attribuables aux conflits, à l'instabilité politique ou à la qualité médiocre de l'éducation et aux capacités d'absorption limitées des écoles, incapables d'accueillir l'ensemble des élèves en âge d'être scolarisés.

Les taux élevés de scolarisation au primaire contribuent au renforcement de l'alphabétisation des jeunes

Le taux d'alphabétisation des jeunes âgés de 15 à 24 ans s'est amélioré en Afrique à la suite de l'élargissement de l'accès à l'éducation primaire pour tous, observée depuis 2000. En 2012, seuls la Côte d'Ivoire, le Niger et le Tchad ont enregistré des taux d'alphabétisation des jeunes inférieurs à 50 pour cent. Plus de 58,8 pour cent des pays africains ont réalisé un taux d'alphabétisation des jeunes d'au moins 75 pour cent. Les performances de l'Afrique du Sud, de l'Algérie, du Botswana, de la Guinée équatoriale, de la Libye, du Swaziland et de la Tunisie, ont été exemplaires avec des taux d'alphabétisation des jeunes dépassant les 95 pour cent.

Amélioration de la scolarisation des filles et de l'égalité entre filles et garçons

La parité dans l'enseignement primaire s'est améliorée dans la plupart des régions du monde, plusieurs pays ayant adopté des politiques en faveur de l'éducation primaire pour tous et mis en œuvre des interventions sensibles à la dimension de genre, qui ont contribué à une augmentation considérable de la scolarisation des filles au fil des ans. En Afrique, l'Afrique de l'Ouest est la sous-région qui s'est le plus fortement améliorée à cet égard, suivie par l'Afrique du Nord. En termes de réalisation de la parité à tous les échelons du système éducatif, l'Afrique australe a continué d'enregistrer de bons résultats, talonnée par l'Afrique du Nord, qui a atteint la parité dans l'ensemble des cycles de l'enseignement, à l'exclusion du primaire, et accompli des progrès exceptionnels au niveau de l'enseignement supérieur. L'Afrique de l'Est a progressé de manière régulière et significative par rapport aux conditions initiales relativement défavorables qui étaient les siennes. Bien qu'elle n'ait pas encore atteint les cibles requises aux différents cycles, elle a toutefois sensiblement réduit l'écart entre les genres dans l'enseignement supérieur. Quant à l'Afrique centrale, elle prend du retard par rapport aux autres régions dans ce domaine.

Progression inégale de la part des femmes salariées dans le secteur non agricole Historiquement, le secteur agricole en Afrique représente une large part du marché du travail, qui est presque la même pour les hommes et les femmes. Cependant, le taux d'activité moyen des femmes dans le secteur des services est supérieur à celui des hommes. Ainsi, entre 2004 et 2007, la participation des femmes au marché du travail en Afrique australe avoisinait les 70 pour cent contre 49 pour cent chez les hommes. Dans le secteur industriel, au cours de la même période, la participation des femmes était toutefois inférieure à celle des hommes (respectivement 11 et 20 pour cent). Qui plus est, la croissance de l'Afrique influe de manière limitée sur le bien-être des femmes et des jeunes. Différents obstacles tendent à perpétuer la faible participation des femmes à l'emploi rémunéré du secteur formel par rapport aux hommes. Afin de renforcer les capacités productives et l'autonomisation économique des femmes en orientant les compétences vers le secteur formel, il est impératif d'éliminer les obstacles qui entravent l'accès des femmes aux intrants, à la terre, au crédit, au capital et à la technologie.

L'Afrique est à l'avant-garde en ce qui concerne la représentation des femmes dans les parlements nationaux

La moyenne mondiale de la représentation parlementaire des femmes a régulièrement augmenté, passant de 14 pour cent en 2000 à 22 pour cent en 2014. L'Afrique est la région ayant le plus progressé sur cette cible, avec une hausse de la proportion de femmes élues aux parlements nationaux d'au moins 15 pour cent sur cette même période, devant l'Amérique latine et les Caraïbes (11 %), l'Asie (9,8 %) et les régions développées (9 %). On note toutefois des disparités importantes à cet égard au sein des sous-régions et entre les différents pays du continent. L'Afrique de l'Est fait toujours figure d'exemple, le Rwanda enregistrant à ce jour le plus fort pourcentage de femmes parlementaires au monde. Elle est suivie par l'Afrique australe, puis par l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Ouest et enfin l'Afrique du Nord. Les quotas légaux ou adoptés volontairement dans la plupart des pays qui ont été les premiers à se

doter de telles politiques en Afrique australe et en Afrique de l'Est au début des années 1990 semblent avoir eu une incidence positive sur la présence des femmes dans les parlements nationaux des pays concernés.

Des progrès impressionnants dans la réduction de la mortalité infantile

Globalement, les pays africains ont enregistré des progrès substantiels dans la réalisation de l'ODM 4 (Réduire la mortalité infantile). En effet, sur 188 pays, 99 dont 43 situés en Afrique hors Afrique du Nord ont vu leur mortalité infantile décroître plus rapidement entre 2000 et 2013 que durant la décennie 1990-2000. À l'échelle du continent, la diminution du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) s'est traduite par une baisse du nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes, passé de 146 à 65 décès entre 1990 et 2012, soit un recul de 55,5 pour cent par rapport à la réduction des deux tiers ciblée. En outre, le taux de mortalité infantile (TMI) a chuté de 90 à 54 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2014, soit une régression moyenne de 40 pour cent. Néanmoins, dans bon nombre de pays africains, le taux de mortalité néonatale a progressé lentement ou stagné. La situation a même empiré au sein des grandes populations rurales d'Afrique, en raison d'un accès insuffisant aux services de santé maternelle et néonatale et du faible recours aux prestations proposées. Il est indispensable que ces populations puissent bénéficier de mécanismes de protection sociale afin d'améliorer leur accès aux interventions à fort impact.

Les défis sont considérables dans le domaine de la santé maternelle en dépit de progrès spectaculaires

L'Afrique enregistre des progrès dans le domaine de la santé maternelle, bien que seuls le Cabo Verde, l'Érythrée, la Guinée équatoriale et le Rwanda aient réduit leur taux de mortalité maternelle (TMM) de plus de 75 pour cent entre 1990 et 2013, réussissant ainsi à atteindre l'ODM 5 (Améliorer la santé maternelle). L'Afrique reste pourtant la région ayant le plus haut taux de mortalité mater-

nelle au monde, avec 289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes alors que la moyenne mondiale était de 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013. L'Afrique est également confrontée aux problèmes posés par la faible proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié, des taux bas de prévalence de la contraception, de forts taux de natalité chez les adolescentes, une couverture des soins prénatals limitée et d'importants besoins non satisfaits en matière de planification familiale, autant de facteurs qui contribuent au TMM élevé à l'échelle du continent. Par ailleurs, la difficulté de comptabiliser les décès maternels selon la définition établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les piètres pratiques de vérification et d'enregistrement des causes et du nombre de décès maternels, nuisent à la fiabilité des rapports et du suivi relatifs aux progrès liés à l'ODM 5.

Tendance à la baisse du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose

La lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (TB) en Afrique a donné des résultats impressionnants depuis 1990, signe que le continent est en bonne voie pour inverser la propagation de ces maladies. En effet, les taux d'incidence, de prévalence et de mortalité associés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose affichent une tendance à la baisse, en particulier depuis 2000. L'action menée sur ce front a été en grande partie déployée grâce aux mesures suivantes : l'adoption de programmes et d'interventions recommandés par l'OMS, tels que le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) pour la tuberculose ; l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) dans le cas du paludisme ; et l'utilisation de préservatifs et de traitements antirétroviraux (ART) en ce qui concerne le VIH/sida. Ces initiatives témoignent de l'engagement politique de haut niveau en faveur de la lutte contre ces maladies. Pourtant, malgré les avancées accomplies dans ce domaine, l'Afrique compte plus de la moitié des cas et des taux de mortalité associés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose dans le monde.

Les progrès de l'Afrique relatifs aux objectifs environnementaux dépassent les performances mondiales en la matière

En 2010, les émissions de CO₂ par habitant étaient les plus élevées dans les régions développées et les plus faibles en Afrique, hors Afrique du Nord. Cependant, les émissions de CO₂ sont à la hausse dans quelques rares pays africains et la lenteur des progrès à cet égard dans d'autres régions du monde suscite des inquiétudes quant aux tendances à venir. Au cours de la période 1990-2010, seuls 16 pays africains ont réduit leurs émissions de CO₂ alors que 38 autres les ont augmentées. Entre 1986 et 2012, la consommation de substances appauvrissant la couche l'ozone (SAO) a diminué respectivement de 94 pour cent en Afrique, 86 pour cent dans les régions en développement et 100 pour cent dans les régions développées. De fait, la plupart des pays africains sont sur la bonne voie en termes de réduction de leur consommation de SAO. Néanmoins, six pays ont connu une augmentation de leur consommation de SAO entre 2000 et 2012. La proportion d'aires terrestres et marines protégées s'est accrue dans toutes les régions du monde. En 2012, 14 pour cent de l'ensemble des aires terrestres et marines dans le monde étaient protégées. En Afrique hors Afrique du Nord, la couverture des aires protégées a progressé de 10,7 pour cent en 1990 à 15,2 en 2012. La proportion d'aires protégées terrestres et marines sur le continent ne cesse d'augmenter. En 2012, 32 pays africains avaient atteint l'objectif visant à protéger au moins 10 pour cent de leurs zones terrestres et marines contre 19 pays en 1990.

L'accès à l'eau potable et à l'assainissement s'améliore lentement, mais les progrès profitent essentiellement aux zones urbaines

Près d'un quart de la population africaine actuelle (24 %) a eu accès à une source d'eau potable améliorée depuis 2000, ce qui constitue le taux le plus bas à l'échelle mondiale. En outre, seulement 16 pour cent de la population dispose d'un accès à l'eau potable courante, une proportion qui est également la plus faible au monde. Dans

certains pays, de fortes disparités existent en matière d'accès à l'eau potable entre les zones rurales et les zones urbaines, qui tendent à tirer vers le bas les chiffres nationaux. Les conditions initiales insuffisantes dues aux bases de référence faibles établies en 1990, doublées d'une forte croissance démographique par rapport au reste du monde, exacerbent les difficultés rencontrées par l'Afrique pour atteindre l'objectif. De même, la proportion de personnes ayant accès à un assainissement amélioré n'a augmenté que modérément en Afrique, hors Afrique du Nord, passant de 24 pour cent en 1990 à 30 pour cent en 2012. Cela contraste violemment avec la situation de l'Afrique du Nord, où ce taux a progressé de 72 à 91 pour cent et celle des autres régions en développement, qui ont vu cette proportion passer de 36 à 57 pour cent pendant la même période. Le fossé entre le monde rural et le monde urbain ainsi que la grande précarité des habitants des bidonvilles ne font que ralentir davantage l'avancement des progrès dans ce domaine.

L'Afrique du Nord continue d'afficher le plus faible taux de prévalence des bidonvilles parmi les régions en développement

L'Afrique hors Afrique du Nord est la région du monde qui compte la proportion la plus importante d'habitants des bidonvilles par rapport à l'ensemble de sa population urbaine (62 %). C'est en Afrique du Nord que ce taux est le plus faible, s'établissant à 13 pour cent. De 2000 à 2012, la part des résidents urbains vivant dans des taudis dans le monde en développement a baissé de 39 à 33 pour cent. À l'échelle mondiale, la cible de l'OMD visant à améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants des bidonvilles a été atteinte, avec une décennie d'avance.

Écart considérable entre les engagements en faveur du commerce et au titre de l'APD et leur concrétisation

À la neuvième Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui a eu lieu à Bali, en Indonésie, en décembre 2013, les ministres ont insufflé une nouvelle dynamique

au Programme de Doha pour le développement en adoptant le « Paquet de Bali », un ensemble de décisions destinées à simplifier le commerce et favoriser l'agriculture ainsi que les échanges entre les pays développés et les pays les moins avancés (PMA). Cependant, en ce qui concerne l'Afrique, les écarts entre les cibles liées à l'OMD 8 (Mettre en place un partenariat mondial pour le développement) et leur réalisation demeurent importants. De nouvelles formes de protectionnisme mises en place par la multiplication des barrières non tarifaires nuisent aux échanges commerciaux de l'Afrique. Cela se reflète dans la part des exportations de l'Afrique au titre des exportations mondiales de marchandises, qui a diminué de 3,5 pour cent en 2012 à 3,3 pour cent en 2013, en comparaison avec le taux de 4,9 pour cent observé dans les années 1970. Dans le même temps, l'Aide publique au développement (APD) du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a baissé de 0,5 pour cent en termes réels entre 2014 et 2013. En termes nominaux, elle est restée pratiquement inchangée, s'élevant à 135,1 milliards de dollars US en 2014 contre 135,2 milliards de dollars en 2013. En revanche, il est particulièrement préoccupant de constater que l'APD allouée aux PMA, aux pays en développement sans littoral (PDSL) et aux petits États insulaires en développement (PEID) a diminué de 16 pour cent en termes réels par rapport à 2013, éloignant ainsi de plus en plus les donateurs des objectifs auxquels ils ont souscrit. En moyenne, les pays du CAD ont versé 0,29 pour cent seulement de leur revenu national brut (RNB) au titre de l'APD, une part inchangée par rapport à 2013, mais qui est inférieure à l'objectif de 0,7 pour cent défini par les Nations Unies. Sur une note plus positive, il convient de préciser que cinq des 28 pays du CAD (Danemark, Luxembourg, Norvège, Suède et Royaume-Uni) ont continué de dépasser l'objectif de 0,7 pour cent. Les Émirats arabes unis, un pays non membre du CAD, ont enregistré le rapport APD/RNB le plus élevé en 2014, à 1,17 pour cent. Au-delà des lacunes dans les engagements, des préoccupations se font également jour concernant la qualité de l'APD puisque des montants importants consentis à ce titre restent dans le giron des pays donateurs,

alors que certaines aides effectivement versées aux pays destinataires sont associées à des répercussions insignifiantes, voire négatives sur le développement de ces pays.

La viabilité de la dette est une préoccupation croissante

Depuis 2010, la dette extérieure totale de l'Afrique représente plus de 30 pour cent de son PIB, une proportion qui devrait augmenter pour atteindre 37,1 pour cent en 2015. Il était attendu que la dette extérieure nette en pourcentage du PIB s'établisse à seulement 1 pour cent du PIB en 2015 ; or celle-ci est négative depuis 2006 en raison des réserves internationales élevées dans les économies exportatrices de pétrole. Les pays importateurs de pétrole riches en ressources minérales ont une dette extérieure nette positive, et présentent, dans certains cas extrêmes, des ratios très élevés de la dette par rapport au PIB, ce qui soulève des questions de viabilité de la dette dans ces pays. En outre, la viabilité de la dette à long terme de l'Afrique reste un défi pour les pays pauvres très endettés (PPTE), qui ont des difficultés à atteindre le point d'achèvement, dues principalement à des problèmes structurels et à un manque de capacité dans le domaine de la gestion de la dette. Avec l'atteinte du point d'achèvement au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), la préoccupation croissante concernant la viabilité de la dette soulève la question plus fondamentale de la restructuration équitable de la dette, et des mécanismes à mettre en place pour aborder toute nouvelle crise de la dette souveraine.

Des progrès notables concernant les indicateurs de la technologie

Des progrès notables ont été observés en Afrique dans le domaine des indicateurs de la technologie, à des degrés divers. Le nombre d'abonnements au téléphone fixe pour 100 habitants a atteint sa plus haute moyenne en 2009, progressant jusqu'à 4,17 par rapport à son chiffre de 1,44 en 1990, avant de retomber à 3,60 en 2013, après avoir accusé des baisses régulières. Cette évolution est étroitement liée à la croissance rapide des populations et des abonnements de téléphonie mobile, qui ont en effet massivement augmenté

en Afrique. Alors qu'il n'y avait en 1990 que quatre pays africains à faire état d'abonnements cellulaires mobiles, tous les États africains disposent d'abonnements mobiles depuis 2013. Le nombre moyen d'abonnements en Afrique s'élève à 80,20 pour 100 habitants, mais 15 pays enregistrent plus de 100 abonnements pour 100 habitants. L'essor des abonnements mobiles, qui avait atteint 11,1 pour cent en 2013, a continué de progresser, dépassant la moyenne mondiale de 6,3 pour cent. Les Africains ont été en mesure d'utiliser la technologie de téléphonie mobile de différentes manières innovantes qui ont révolutionné leur quotidien, en l'appliquant à des domaines aussi divers que les transactions bancaires, la mobilisation citoyenne, l'éducation, le divertissement, la gestion des catastrophes, l'agriculture ou la santé. Par ailleurs, l'Afrique compte 14,7 utilisateurs d'Internet pour 100 habitants, un chiffre qui reste bien en deçà de la moyenne mondiale de 43,7. Cependant, au cours de la période 2004-2013, la croissance annuelle moyenne des utilisateurs d'Internet pour 100 habitants était beaucoup plus rapide en Afrique (21,7 %) que dans l'ensemble du monde (10,2 %). Si les taux de croissance actuels se maintiennent au cours des années à venir, le continent africain pourra rattraper son retard.

Les enseignements tirés de la mise en œuvre des OMD

Le processus de mise en œuvre des OMD a généré de précieuses leçons qui peuvent éclairer l'élaboration des politiques à venir. Cet aspect revêt une importance particulière dans le contexte du nouveau programme de développement qui devra s'appuyer sur plusieurs éléments liés aux OMD. Si chaque OMD est riche d'enseignements pour son secteur, il est toutefois possible de dégager quelques grands enseignements communs, qui s'appliquent également aux nouveaux domaines d'intervention qui figureront dans le programme de développement pour l'après-2015.

- Les conditions initiales sont d'une importance capitale pour la réalisation des OMD et l'accélération des progrès. Il est donc impératif d'appliquer des approches différenciées en vue d'appuyer les progrès et de les évaluer. Pour les pays ayant presque atteint des cibles

spécifiques, la qualité sera peut-être plus importante que le rythme de progression. En revanche, s'agissant des pays et régions qui sont les plus éloignés des cibles, la cadence des progrès par rapport aux bases de référence initiales semble être une mesure de performances plus indiquée.

- La communication et le suivi efficaces sont des facteurs essentiels pour garantir le succès des programmes mondiaux. Même si les engagements souscrits par les États signataires de la charte des OMD n'avaient pas de caractère contraignant, il n'en reste pas moins que le programme des OMD a récolté un certain succès. Ce résultat positif est en partie dû à l'efficacité des processus de communication et de suivi permanent engagés tant au niveau national qu'à l'échelle régionale et mondiale, contribuant ainsi à exercer une pression constante sur les gouvernements afin de les inciter à remplir leurs obligations en matière de contrat social.
- Les décideurs politiques doivent être conscients de l'utilité et de la pérennité de leurs investissements. Les investissements dans la construction d'écoles et d'hôpitaux ne pourront être durables et utiles que s'ils sont accompagnés d'investissements complémentaires pour couvrir les dépenses ordinaires (matériel pédagogique, équipements adaptés, formation de professionnels de la santé qualifiés).
- Le développement durable exige d'aborder les causes profondes du sous-développement, pas seulement ses symptômes. Le soutien des donateurs est plus susceptible de contribuer au développement durable lorsqu'il s'emploie à apporter une aide effective à l'Afrique et à s'engager véritablement à ses côtés. Le fait de mettre l'accent sur les résultats des OMD tels que la réduction de la pauvreté, sans attention particulière portée à la méthode ou aux catalyseurs nécessaires pour atteindre ces objectifs, est infructueux à terme. Parmi les aspects prioritaires devraient figurer : appuyer l'agenda de l'Afrique en faveur de la transfor-

- mation structurelle ; renforcer les capacités liées à la mobilisation des ressources nationales ; intensifier la coopération pour endiguer la fuite illicite de capitaux ; restituer les avoirs usurpés ; soutenir la technologie, l'innovation et la science ; promouvoir le commerce équitable ; accentuer la facilitation du commerce ; et favoriser la bonne gouvernance.
- Les programmes de développement mondiaux sont voués au succès tant qu'ils sont étayés par des moyens crédibles affectés à leur mise en œuvre, qui tiennent compte des ressources financières et non financières disponibles. L'absence de ces moyens a rendu la mise en œuvre des OMD vulnérable face au manque de ressources.
 - Compte tenu de l'interdépendance des différents objectifs, il importe de privilégier les interventions en matière de développement qui sont susceptibles de favoriser le plus grand effet d'entraînement possible afin de renforcer l'impact des mesures adoptées.
 - Il existe des interventions efficaces à fort impact, et souvent à faible coût, qui sont susceptibles d'accélérer les progrès relatifs aux OMD. Plus important encore, de telles interventions doivent être axées sur les populations vulnérables ou les plus exposées, notamment les femmes et les filles, les personnes en situation d'extrême pauvreté et les habitants des zones rurales.

Section I : Suivi des progrès

OMD 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Des progrès significatifs, en partie imputables aux avancées notables accomplies en termes de croissance économique et de développement sur le plan mondial, ont été réalisés à l'échelle mondiale pour réduire la pauvreté de moitié par rapport aux niveaux de 1990, notamment en Chine. La réduction des taux de pauvreté à travers le monde s'explique essentiellement par une forte croissance, des emplois décents, l'augmentation des capacités de production et la fourniture de la protection sociale aux groupes les plus vulnérables. Cependant, des disparités régionales persistent ; elles sonnent comme des mises en garde et viennent rappeler l'importance de renforcer la notion de croissance inclusive et de réunir les conditions nécessaires à la régression de la pauvreté. En Afrique, la réduction de moitié des taux de pauvreté représente toujours un enjeu de taille en dépit de la croissance positive du PIB depuis 2001, avec un taux qui s'établit à un pourcentage moyen d'au moins 5 pour cent, soit bien au-dessus de la moyenne mondiale de 3 pour cent (BAD, 2014).

Les industries extractives (minéraux, pétrole et gaz), qui représentent la plus grosse part de la croissance de l'Afrique, ont conduit à des améliorations dans un certain nombre de domaines. Cependant, ces résultats n'ont pas suffi à induire des transformations en profondeur, susceptibles de répondre efficacement aux défis posés notamment par les chocs (tels que les prix des matières premières, le changement climatique, la maladie à virus Ebola, etc.), la pauvreté généralisée, la montée des inégalités, le chômage, l'explosion démographique de la jeunesse et l'urbanisation sauvage, entre autres. Les économies africaines, en particulier dans les sous-régions de l'Afrique

australe, l'Afrique de l'Est, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, restent peu diversifiées,

confinées à des secteurs enclavés et fortement tributaires de quelques produits de base. En conséquence, et en dépit d'une baisse qui a fait reculer son taux de 56,5 *pour cent* à 48,4 *pour cent, entre 1990 et 2010*¹, la pauvreté est toujours largement répandue en Afrique hors Afrique du Nord. Par ailleurs, le continent a enregistré des niveaux relativement élevés de chômage, notamment parmi les jeunes et les femmes, ainsi que des taux tout aussi élevés d'emplois précaires à faible productivité. En outre, le pourcentage de sa population vivant en dessous du niveau minimal de consommation énergétique alimentaire requis s'est révélé supérieur à celui de toutes les autres régions du monde. Pourtant la croissance a été relativement forte, notamment en Afrique de l'Ouest (6,7 %), suivie par l'Afrique de l'Est (6,2 %) et l'Afrique centrale (3,7 %) ; l'Afrique australe ayant été la seule à marquer une régression importante à cet égard (3 %), du moins en ce qui concerne l'année 2014 (Ibid.).

L'accent mis sur la croissance, qui est considérée comme une condition sine qua non à la réduction de la pauvreté, fournit de précieuses leçons tandis que le monde s'apprête à passer de la mise en œuvre des OMD à celle des objectifs de développement durable (ODD). Le type et les sources de croissance envisagée sont tout aussi importants pour assurer un développement durable. L'absence de transformation structurelle et de diversification économique a limité les efforts visant à la réduction de la pauvreté en Afrique, qui est de plus en plus vulnérable aux chocs et

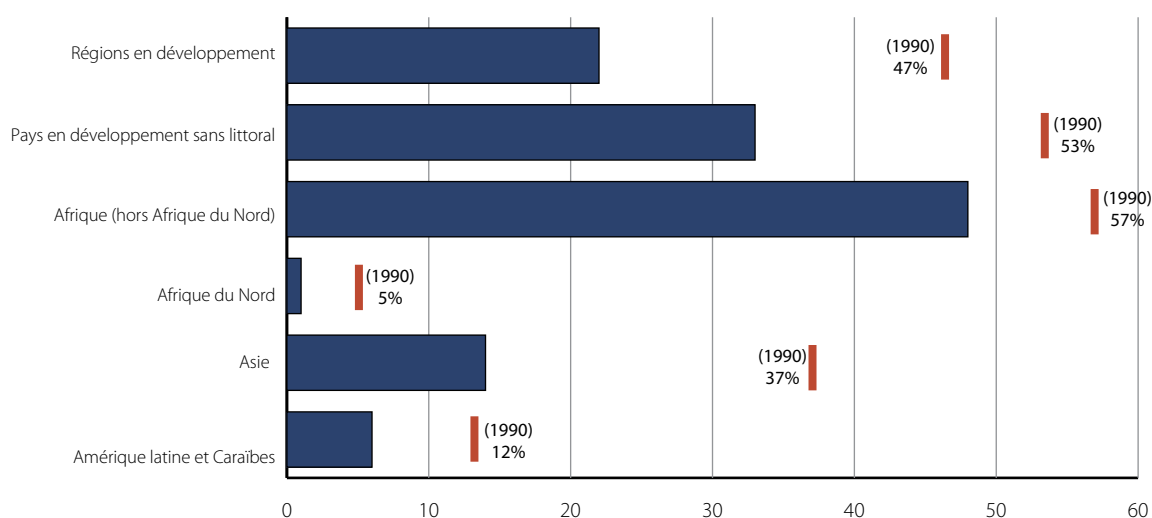
¹ Dernières données disponibles, estimations de la Banque mondiale, avril 2013.

continue d'afficher une faible productivité. En Afrique de l'Ouest, l'épidémie d'Ebola aurait considérablement réduit les perspectives de croissance dans les trois pays touchés (Guinée, Libéria et Sierra Leone) d'au moins 2 à 3 pour cent à court et moyen terme (PNUD, 2015b). Dans le même temps, les chocs à court terme, tels que la baisse des prix des matières premières affectant les économies africaines qui en dépendent, menacent d'entraîner l'apparition d'une situation précaire en termes de balance des paiements à moyen terme. Les chocs récurrents que constituent les inondations en Afrique australe ; les graves sécheresses dans le Sahel et la Corne de l'Afrique ; l'instabilité régnant dans la région des Grands Lacs et la faible croissance qui caractérise l'Afrique du Sud, due à la persistance des actions syndicales dans le secteur industriel continuent d'assombrir les perspectives régionales et mettent en évidence les vulnérabilités de l'Afrique face aux chocs. L'intensification de la résilience de l'Afrique à l'égard des chocs nécessite en premier lieu : le renforcement des politiques nationales et régionales permettant de répondre aux besoins en la matière et de promouvoir la transformation structurelle et la croissance inclusive et riche en emplois ; l'amélioration de la gouvernance politique et économique ; le renforcement des institutions et des infrastructures nationales et régionales ; l'autonomisation des femmes et des jeunes ; l'intensification des actions visant à atténuer les méfaits du changement climatique ; la mise en place de systèmes de santé efficaces ; le renforcement des capacités de résilience et de relèvement ; la finalisation du travail inachevé au niveau des OMD et la mise en œuvre effective du programme de développement pour l'après-2015.

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

Depuis 1990, des progrès considérables ont été réalisés au plan mondial en vue de réduire de moitié la pauvreté. Cependant, les avancées enregistrées sont inégales et varient selon les régions et les pays (figure 1.1). Bien que la cible ait été globalement atteinte dans les régions en développement, les enjeux subsistent au niveau infrarégional. Pour ce qui est de répondre au défi de la pauvreté, l'Afrique hors Afrique du Nord et l'Océanie accusent un retard par rapport au reste du monde, avec des taux de pauvreté qui n'ont reculé que de 8,1 pour cent et de 7 pour cent respectivement entre 1990 et 2010. Durant la même période, c'est dans l'ensemble de l'Asie que les améliorations ont été les plus prononcées, stimulées en partie par la forte croissance économique de la Chine et de l'Inde, qui ont vu leur taux diminuer respectivement de 60,2 à 48,6 pour cent en Asie de l'Est ; de 45,4 à 31 pour cent en Asie du Sud-Est et de 51,5 à 21,8 pour cent en Asie du Sud. En revanche, la sous-région des Caraïbes hors Amérique latine a enregistré une augmentation de 4 pour cent par rapport aux niveaux de pauvreté de 1990. Il convient de souligner que les régions qui ont connu une croissance rapide et robuste de la productivité par personne occupée sont précisément celles qui sont parvenues à enrayer sensiblement la pauvreté, ce qui démontre une fois de plus la relation étroite entre augmentation de la productivité, emploi et réduction de la pauvreté.

Figure 1.1 Proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar US par jour, en parité de pouvoir d'achat (PPA)



Source : données de la DSNU, 2015.

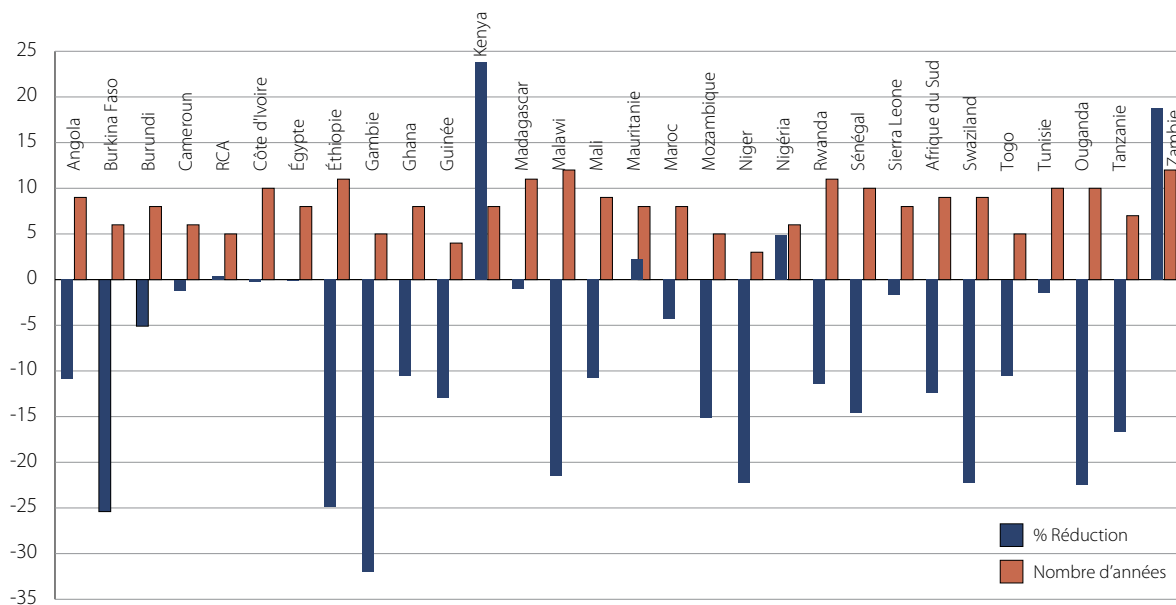
L'Afrique est également en retard sur les autres régions dans ses efforts visant à réduire l'intensité de la pauvreté sur son territoire² ; entre 1990 et 2010, celle-ci a diminué de 2 points de base seulement (de 13 % à 11 %), alors qu'elle a reculé d'au moins 9 points de base sur l'ensemble des régions en développement. Ces bons résultats s'expliquent en grande partie par la performance de l'Asie à cet égard, celle-ci ayant vu son indice d'écart de la pauvreté dégringoler de 11 à 3 pour cent entre 1990 et 2010. Quant à la faim, elle demeure un enjeu de taille sur le continent, en particulier en Afrique hors Afrique du Nord, où la proportion de la population vivant en dessous du seuil d'apports nutritionnels minimal est la plus élevée au monde, dépassant en cela la moyenne des régions en développement. Bien que lents, des progrès en la matière ont pu être observés (recul de 33 % à 25 % entre 1990 et 2013). C'est en Asie et dans la région Amérique latine et Caraïbes, où l'incidence de la faim a été réduite de près de 45 pour cent dans chacune des deux régions, que les avancées accomplies au regard de la lutte contre la faim ont été les plus prononcées.

La pauvreté est en recul, mais les progrès sont lents et risquent d'être inversés sous l'effet des chocs

L'Afrique hors Afrique du Nord a réduit ses niveaux de pauvreté de 56,5 pour cent à 48,4 pour cent seulement entre 1990 et 2010, soit une diminution de 8,1 pour cent, qui reste bien en dessous de la cible de l'OMD fixée à 28,25 pour cent. Par ailleurs, les efforts déployés au niveau des pays varient, certains ayant progressé beaucoup plus rapidement *que d'autres* (figure 1.2). Dans le groupe formé par les 30 pays africains qui ont affiché des résultats présentant au moins deux points de données, les efforts collectifs en matière de réduction de la pauvreté auront abouti à une baisse de la pauvreté de 8,7 pour cent sur une période de 8 ans. C'est en Gambie que la plus forte baisse a été observée, avec une réduction de 32 pour cent, suivie par le Burkina Faso, le Niger, le Swaziland, l'Éthiopie, l'Ouganda et le Malawi. La pauvreté a reculé à des degrés divers dans 24 des 30 pays retenus, le taux de diminution variant de 0,1 pour cent en Égypte, à 32 pour cent en Gambie. Cependant, les taux de pauvreté ont aussi augmenté dans 6 des 30 pays sélectionnés, selon des moyennes variant entre 0,4 pour cent en République centrafricaine, et 28,4 pour cent au Kenya, représentant respectivement les hausses les plus faibles et les plus élevées sur la même période. Une augmentation considérable en

² L'intensité de la pauvreté, mesurée par l'Indice d'écart de la pauvreté, calcule l'écart de pauvreté moyen au sein de la population en proportion du seuil de pauvreté ; le degré de pauvreté étant déterminé en fonction du niveau sous le seuil de pauvreté auquel se trouvent les personnes pauvres.

Figure 1.2 Réduction de la pauvreté dans 30 pays d'Afrique



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de la DSNU pour 2015, qui couvrent différentes périodes en fonction de la disponibilité des données.

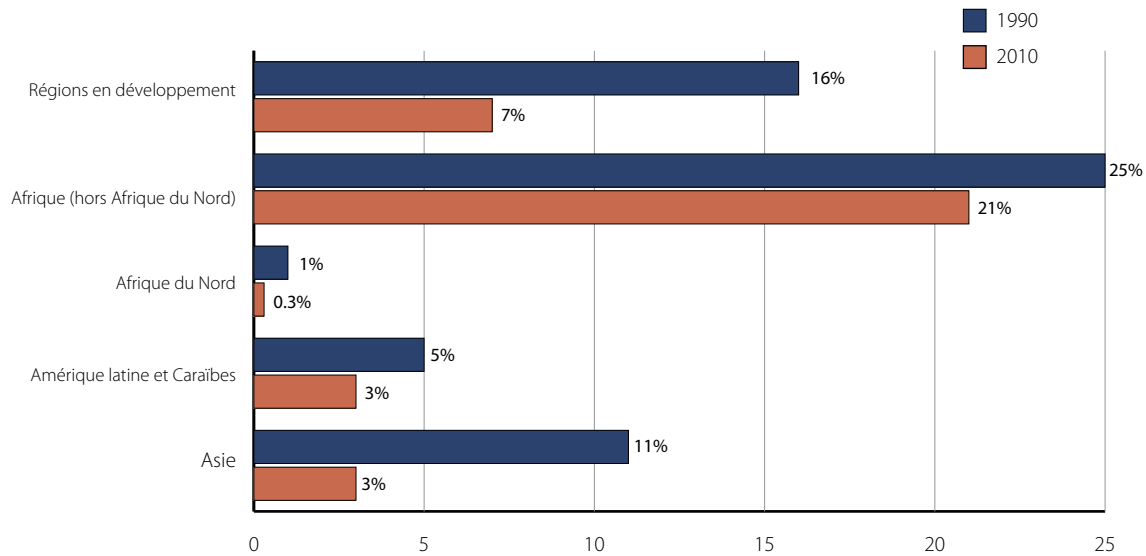
termes de pauvreté a également été constatée en Mauritanie, au Nigéria et en Zambie, alors qu'en huit ans, Madagascar, la Sierra Leone et la Tunisie ont enregistré une réduction significative en la matière.

Bien qu'au fil des années, bon nombre de pays aient affiché des progrès dans la lutte contre la pauvreté, en partie imputables aux taux de croissance positifs des derniers temps, cette croissance n'aura été ni assez vigoureuse ni assez conséquente pour soutenir les efforts de réduction de la pauvreté dans la durée. De nombreux pays, plus particulièrement en Afrique hors Afrique du Nord, sont vulnérables aux chocs qui, presque toujours, compromettent les acquis du développement. À titre d'exemple, les premières estimations réalisées sur l'impact socio-économique de l'épidémie d'Ebola indiquent des pertes massives au niveau des moyens de subsistance, condamnant de nombreux ménages à retomber dans la pauvreté et la misère. Il ne fait aucun doute que, pendant les cinq prochaines années, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone connaîtront des revers dans les efforts qu'ils mènent en vue d'atténuer la pauvreté, de créer des emplois décents et d'assurer la sécurité alimentaire (Bureau régional pour l'Afrique du

PNUD, 2015b). On estime que cette épidémie aura des retombées néfastes considérables à court et moyen terme, sur la sous-région tout entière, notamment en matière de croissance, de sécurité alimentaire et de pauvreté.

D'autres chocs endogènes, tels que la baisse des cours des produits de base, auront également de fortes répercussions dans de nombreux pays d'Afrique, car la plupart d'entre eux ne disposent pas de la souplesse budgétaire nécessaire pour y faire face. Parmi les dix économies les plus dynamiques d'Afrique, huit sont tributaires des matières premières (Afrique du Sud, Angola, Côte d'Ivoire, Libéria, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone, et Tchad). La dépendance à l'égard des ressources naturelles induit l'inégalité car elle entraîne des effets néfastes qui entravent la création d'institutions inclusives et responsables, la diversification économique et la transformation structurelle (PNUD, 2015a). Pourtant, on note avec satisfaction que l'essor économique en Éthiopie et au Rwanda a été largement imputable à l'expansion des activités de développement d'infrastructures et de services, annonçant un passage progressif à d'autres secteurs au fil du temps. Bien que la croissance du PIB ait contribué aux

Figure 1.3 Indice d'écart de la pauvreté (%)



Source : données de la DSNU, 2015.

efforts de réduction de la pauvreté en général, l'intensité de la pauvreté demeure élevée dans le reste de l'Afrique hors Afrique du Nord. L'augmentation des inégalités de revenus sur le continent et l'interaction entre la croissance, la pauvreté et l'inégalité ne font qu'aggraver la situation. Il est urgent d'accorder à ces questions l'attention prioritaire qu'elles méritent afin qu'il soit possible de résoudre les troubles sociaux, les soulèvements, la radicalisation croissante et le manque de cohésion sociale que les pays et les communautés d'Afrique ont connu ces derniers temps.

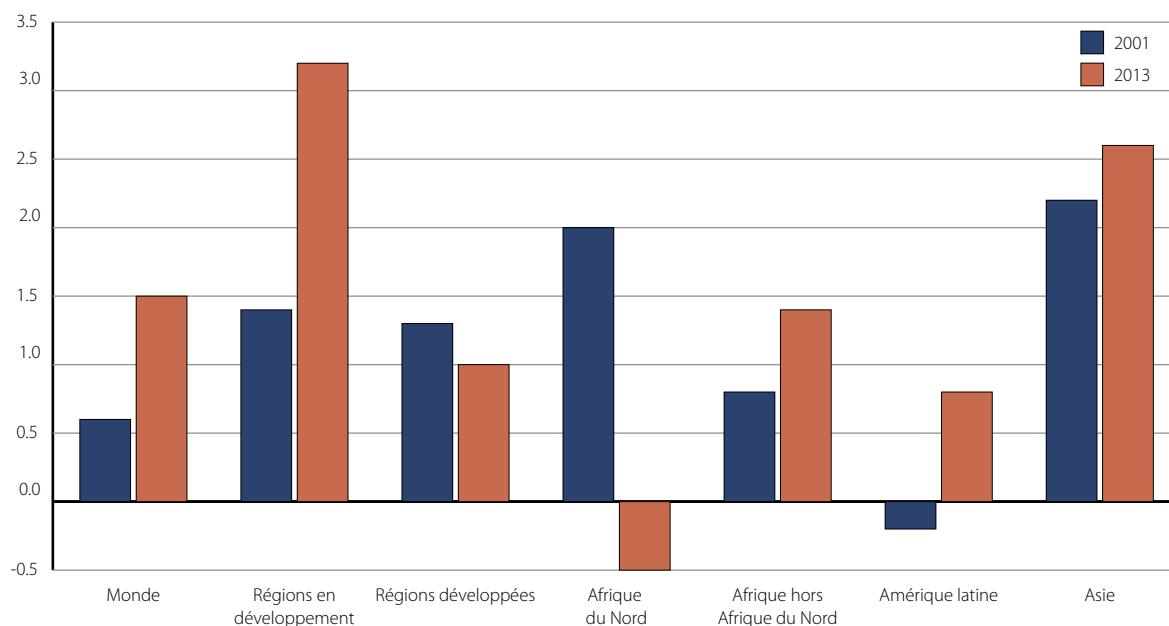
L'intensité de la pauvreté en Afrique hors Afrique du Nord dépasse à elle seule le niveau de toutes les régions en développement réunies, le continent n'ayant enregistré qu'une diminution minimale à cet égard, allant de 25 pour cent en 1990, à 21 pour cent en 2010. Au cours de la même période, l'Afrique du Nord, l'Amérique latine, l'Asie, et les Caraïbes réussissaient à réduire considérablement l'intensité de la pauvreté sur leur territoire. Le caractère non inclusif de la croissance, dû aux contraintes structurelles, au sous-développement et à l'insuffisance des infrastructures, ainsi qu'au manque d'emplois décents et à l'insécurité alimentaire, sont autant de facteurs responsables du degré d'intensité de la pauvreté en Afrique

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

La réalisation du plein emploi productif pour tous reste difficile à atteindre, en particulier en ce qui concerne les femmes et les jeunes. Globalement, presque toutes les régions ont multiplié par deux leur taux de croissance annuel du produit intérieur brut (PIB) par personne employée depuis 2001. Ce taux a plus que doublé dans les régions en développement en tant que groupe, passant de 1,4 pour cent en 2001 à 3,2 pour cent en 2013, les taux de croissance les plus forts ayant été enregistrés par l'Asie et l'Afrique hors Afrique du Nord (respectivement 2,6 % et 1,4 % en 2013). Tout bien considéré, il ressort de cela que l'Afrique hors Afrique du Nord est la région qui a fait le plus d'efforts pour améliorer son taux de croissance du PIB par personne, puisqu'elle a atteint une augmentation de 0,6 point de base, contre 0,4 en Asie. En revanche, l'Afrique du Nord a connu une croissance négative, qui est tombée à 0,5 pour cent en 2013 après avoir grimpé à 2 pour cent en 2001. Cette chute s'explique principalement par les effets persistants des révolutions arabes et des troubles que connaissent la sous-région et le Moyen-Orient depuis 2010

Bien que la croissance de l'Afrique ait été relativement forte, elle n'a pas été suffisante pour créer

Figure 1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée (%)



Source : données de la DSNU, 2015.

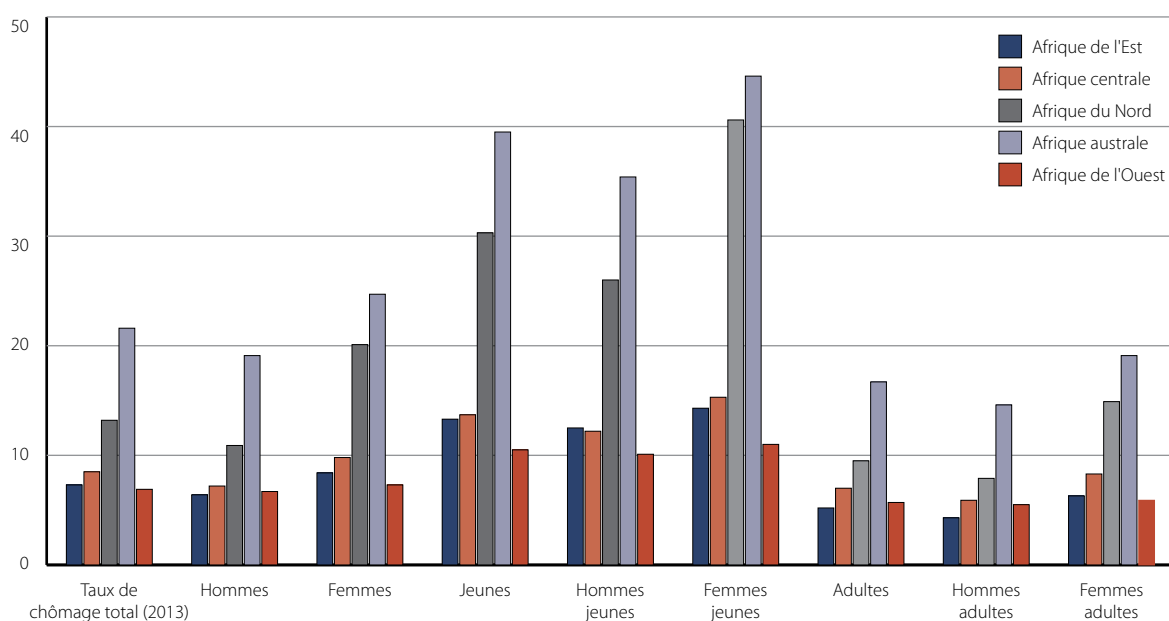
des emplois décents par rapport à la population et la taille du continent.

L'Afrique de l'Ouest a connu les taux de chômage les plus faibles (6 %).

Les taux de chômage les plus élevés en 2013 ont été observés en Afrique australe (21,6 %), devant l'Afrique du Nord (13,2 %), l'Afrique centrale (8,5 %) et enfin l'Afrique de l'Est (7,9 %), tandis que

Le chômage des jeunes et des femmes reste supérieur à celui des hommes, toutes régions confondues (figure 1.5) ; une situation qui requiert des mesures urgentes en vue de remédier aux disparités de genre persistantes et de tirer parti

Figure 1.5 Ventilation régionale du chômage, 2013



Source : OIT – Modèle économétrique des tendances, octobre 2014.

des opportunités que représentent le dividende démographique et la forte augmentation de la population de jeunes.

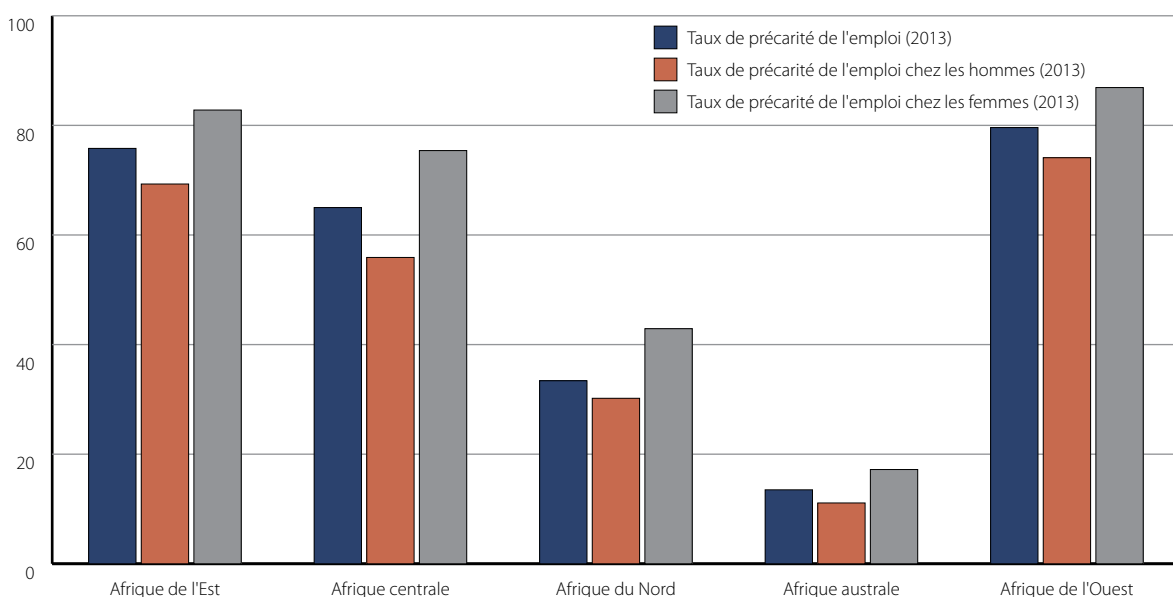
Bien que les taux ci-dessus donnent une idée des tendances du chômage en Afrique, ils ne rendent pas entièrement compte de la participation de la main-d'œuvre dans les secteurs formel et informel, ni de la situation des travailleurs sous-employés, vulnérables ou découragés. En raison du manque d'emplois décents, la plupart des Africains exercent des emplois précaires, concentrés en grande partie dans le secteur informel. Les chiffres de 2013 (figure 1.6) montrent que la majorité de la population africaine travaille dans le secteur informel. Ces chiffres sont relativement élevés en Afrique de l'Ouest, où le total des personnes employées dans le secteur informel, hommes et femmes confondus, représente 79,6 pour cent de la population. En outre, la proportion des femmes occupant des emplois précaires (86,9 %) est beaucoup plus élevée que celle des hommes (74,1 %). On observe une situation similaire en Afrique de l'Est, où 75,8 pour cent de la population active occupe des emplois précaires (69,3 pour cent d'hommes contre 82,8 pour cent de femmes). Les autres régions connaissent des situations analogues ; l'Afrique centrale arrive en troisième position, avec plus de 50 pour cent de

sa population active qui occupe un emploi précaire. En Afrique du Nord, ce taux est légèrement supérieur à 30 pour cent. C'est en Afrique australe que la proportion de main-d'œuvre occupant des emplois précaires est la moins élevée, avec des taux relatifs à la fois aux hommes et aux femmes inférieurs à 20 pour cent. Ceci est en partie dû aux structures économiques relativement bien formalisées de cette sous-région. Les chiffres liés à l'emploi précaire des femmes dépassent nettement ceux des hommes dans l'ensemble des régions et sont particulièrement élevés en ce qui concerne les jeunes.

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

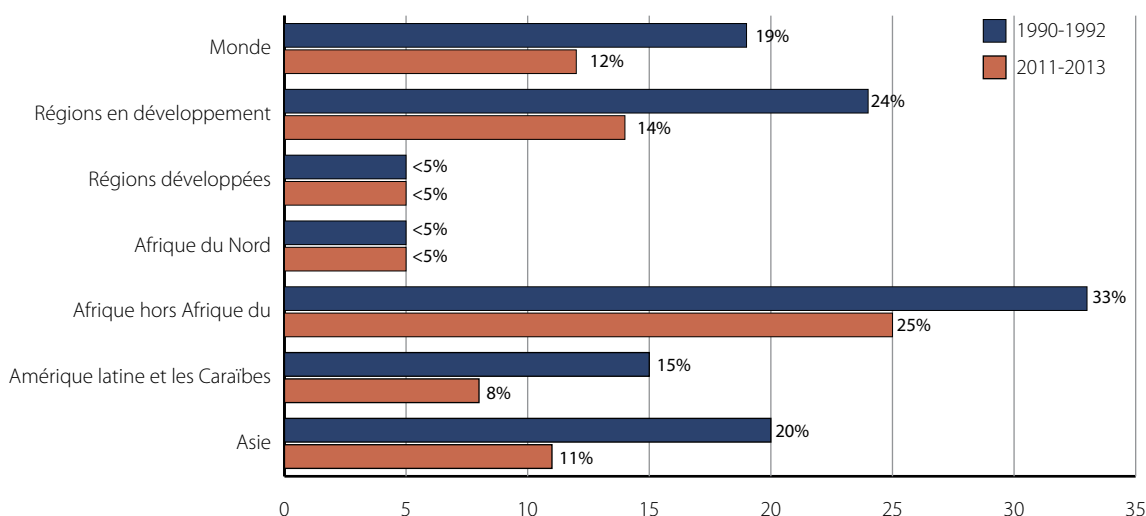
La proportion de la population exposée à la faim diminue lentement, mais les catastrophes et les conflits persistants freinent la progression vers la sécurité alimentaire. Bien que des progrès aient été accomplis depuis 1990 au niveau de la réduction de la faim dans le monde, 805 millions d'êtres humains souffraient toujours de sous-alimentation chronique à la fin de l'année 2014. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), seuls 63 pays atteindront la cible de l'OMD 1 axée sur la faim, et même si celle-ci est globalement à la portée

Figure 1.6 Ventilation régionale de l'emploi précaire



Source : OIT – Modèle économétrique des tendances, octobre 2014.

Figure 1.7 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique



Source : données de la DSNU, 2015.

de l'Afrique et de l'Asie de l'Est, ces deux régions qui sont en proie aux catastrophes et aux conflits n'auront enregistré que des progrès fort modestes dans ce domaine (FAO, 2014). L'analyse des changements intervenus en Afrique, au regard de la proportion des habitants dont les besoins nutritionnels ne sont pas satisfaits, montre qu'entre 2012 et 2013, l'évolution globale nette par rapport à cette cible a été nulle. Cela implique que même si les carences alimentaires ont baissé dans une vingtaine de pays, elles ont augmenté dans d'autres, conduisant à peu ou pas de progression générale nette à l'échelle du continent entier³. L'Afrique hors Afrique du Nord demeure la région du monde affichant le plus fort déficit alimentaire, avec 25 pour cent de sa population exposée à la faim et à la malnutrition entre 2011 et 2013 ; ce qui représente malgré tout une amélioration de 8 pour cent par rapport aux chiffres de 1990-1992 (figure 1.7). Les conflits persistants en Afrique centrale et les intempéries, telles que les sécheresses

et les inondations au Sahel, dans la Corne de l'Afrique et en Afrique australe, continuent d'exercer de fortes pressions sur la sécurité alimentaire et la nutrition dans la région. En outre, l'épidémie d'Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone a déjà entraîné une inflation des prix des produits alimentaires dans les trois pays et la sous-région, et de nombreuses personnes risquent de se retrouver en deçà du seuil d'apports nutritionnels minimal.

Par ailleurs, les carences alimentaires continuent d'être plus prononcées en milieu rural qu'en milieu urbain, quelle que soit la région du monde. En Asie du Sud, il y a plus d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale en milieu rural (45 %) qu'en milieu urbain (33 %), alors qu'en Afrique hors Afrique du Nord, cette proportion est d'environ 22 pour cent dans les zones rurales et de 15 pour cent dans les zones urbaines.

³ Analyse basée sur les données de la DSNU, 2015.

OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

La transformation future de l'Afrique dépend, dans une large mesure, de la capacité du continent à se doter de systèmes éducatifs de base obligatoires, inclusifs et de qualité qui formeront la main-d'œuvre productive de demain et conduiront ainsi à la prospérité économique et à la stabilité sociale. En plaçant l'éducation au cœur de leurs politiques depuis une quinzaine d'années, les pays africains sont fermement convaincus de la contribution potentielle de celle-ci à la construction d'une société équitable, compétitive et cohésive, en particulier dans les États fragiles. Les pays africains en sont donc progressivement venus à consacrer des ressources substantielles à l'éducation. Entre 2000 et 2012, le montant moyen des ressources allouées à l'éducation est passé de 4,2 à 4,9 pour cent du PIB, alors qu'il est passé de 4,7 à 4,6 pour cent dans le reste des pays en développement. Cet engagement sans précédent de la part des gouvernements africains s'est accompagné d'une aide au développement cohérente allouée à l'éducation et de dispositions d'allègement de la dette, qui ont permis la scolarisation de plus de 54 millions d'enfants dans les différentes sous-régions, Afrique australe, Afrique de l'Est, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest, entre 2000 et 2012. Par exemple, pour honorer ses engagements internationaux, le Sénégal a alloué à l'éducation jusqu'à 5 pour cent de son PIB entre 2000 et 2011. Le financement public accordé au secteur a augmenté de manière significative, enregistrant un taux d'accroissement annuel de 12,5 pour cent en moyenne au cours de la période. Cela a permis au pays de faire monter son taux net de scolarisation de 44,7 à 79,4 pour cent entre 1990 et 2012. Le Burkina Faso a également accompli des progrès remarquables à cet égard en améliorant son taux net de scolarisation de 36,7 pour cent en 2000 à 66,8 pour cent en 2012.

Même si une écrasante majorité des pays d'Afrique ont relevé les enjeux que représentent la scolarisation et la disparité entre garçons et filles dans

l'enseignement primaire, près du tiers des pays du continent sont encore loin d'avoir atteint les cibles de l'OMD à cet égard. En effet, malgré la progression continue du taux net de scolarisation primaire, seulement 67 pour cent des écoliers qui commencent la première année d'école primaire sont susceptibles d'aller au bout de la dernière année ; une situation qui prévaut plus particulièrement en Afrique hors Afrique du Nord. Ce faible taux d'achèvement du cycle primaire s'explique par différents facteurs, notamment : l'insuffisance des infrastructures éducatives, la restriction des choix imposés aux filles et aux autres groupes sociaux vulnérables ; la faible prise en compte des conditions de vie des groupes dits « difficiles à atteindre », tels que les populations nomades, les personnes handicapées et les enfants issus de groupes économiques et ethniques défavorisés. Le nombre insuffisant d'enseignants qualifiés et l'absence de programmes scolaires adaptés aux besoins spécifiques de ces groupes font également partie des causes fondamentales de la mauvaise qualité de l'éducation. Tous ces éléments expliquent la faiblesse des performances des pays africains aux évaluations internationales des acquis d'apprentissage. En 2011, les deux pays (Tunisie et Maroc) qui ont participé à l'étude internationale sur les mathématiques et les sciences (TIMSS) pour les élèves de 4^{ème} année primaire ont été classés respectivement 49^{ème} et 51^{ème} sur 52 pays participants, avec des scores de 359 et 335 points en mathématiques, bien en dessous de la moyenne internationale estimée à 500 points. Le Botswana a quant à lui marqué 396 points dans l'épreuve de mathématiques destinée aux élèves de 6^{ème} année primaire. L'étude a démontré que la majorité des élèves ayant subi l'examen n'avaient pas une bonne connaissance ni une bonne compréhension des concepts mathématiques de base. Les résultats de l'étude internationale sur l'apprentissage de la lecture 2011 (PIRLS) ne sont guère meilleurs. Tous ces obstacles limitent considérablement les chances

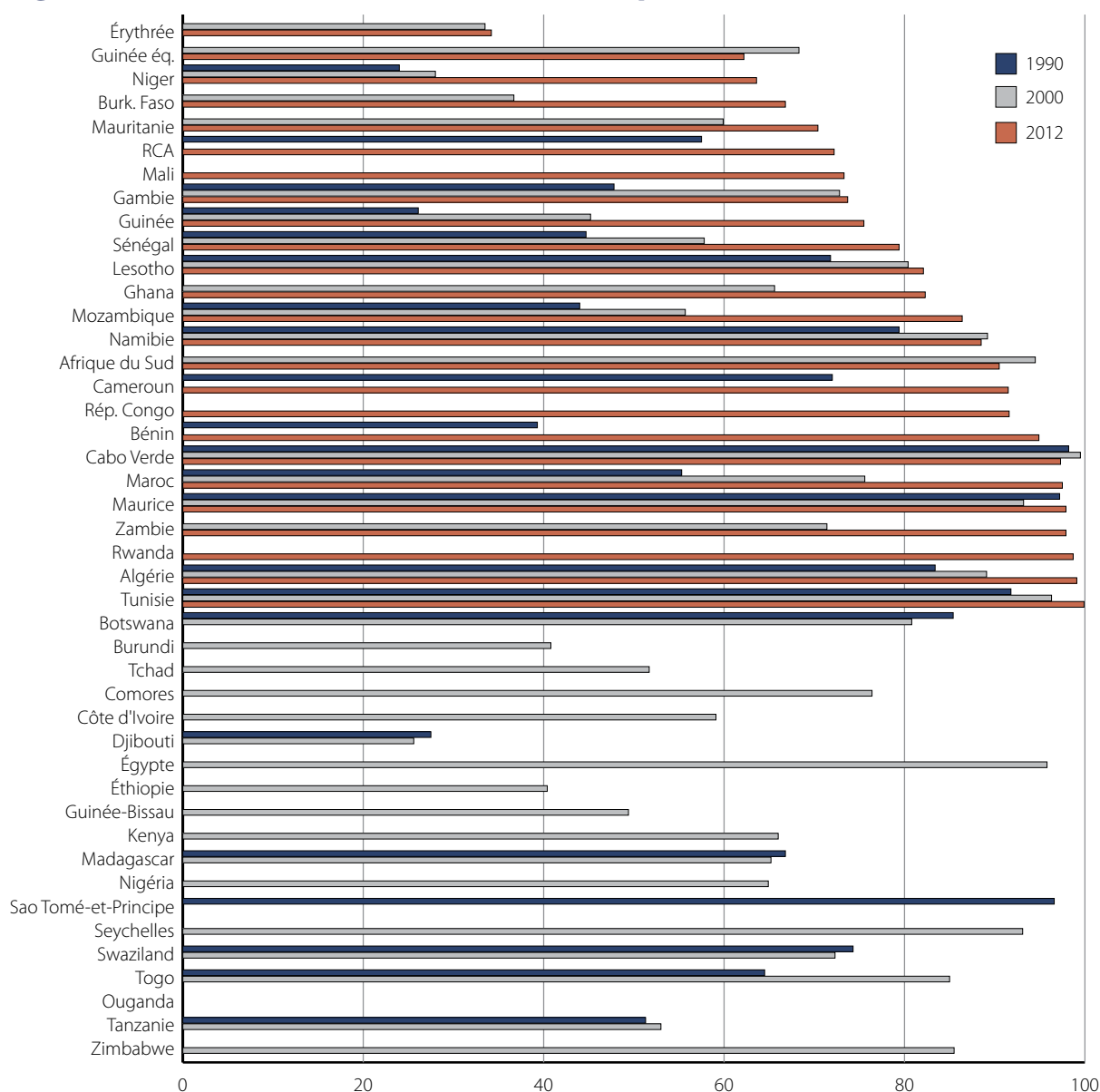
des enfants de passer dans les classes supérieures et d'accéder à l'enseignement secondaire.

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

Les preuves semblent suggérer que l'Afrique évolue indéniablement vers l'enseignement primaire pour tous. Depuis l'an 2000, la plupart des pays africains ont enregistré des progrès soutenus en matière de généralisation de l'accès à l'enseignement de base, réduisant ainsi les écarts au niveau du primaire pour tous. En 2012, plus de 68 pour cent des 25 pays pour lesquels des données

étaient disponibles avaient réalisé un taux net de scolarisation au primaire d'au moins 75 pour cent. Onze de ces pays (44 %) (Algérie, Afrique du Sud, Bénin, Cabo Verde, Cameroun, Maurice, Maroc, République du Congo, Rwanda, Tunisie et Zambie) ont enregistré un taux net de scolarisation de plus de 90 pour cent. Entre 2000 et 2012, 4 des 25 pays africains pris en compte (Burkina Faso, Guinée, Mozambique et Niger) ont vu leur taux net de scolarisation dans le primaire augmenter de façon impressionnante et dépasser les 30 pour cent (figure 2.1). Ces exemples remarquables méritent d'être mis à profit et répliqués. Easterly a notamment fait remarquer (2007) :

Figure 2.1 Tendances de la scolarisation dans le primaire, 1990, 2000 et 2012



Source : données de la DSNU, 2015.

« Le développement du système d'éducation élémentaire au Burkina Faso a progressé deux fois plus rapidement que dans l'histoire des pays occidentaux, dépassant de loin la rapide expansion de l'enseignement qui a eu lieu dans tous les pays en développement ces dernières décennies. »

Dans l'ensemble, la plupart des pays ont accompli des avancées significatives rendues possibles par l'amélioration de la formulation des politiques éducatives favorisant les approches participatives, la prestation de services améliorés et le renforcement de la gouvernance. Grâce aux effets combinés du mouvement de l'Éducation pour tous (EPT) et des OMD, les pays ont été amenés à élaborer et à adopter des politiques globales et des cadres juridiques mieux à même de répondre aux besoins éducatifs, économiques et sociaux de leurs citoyens et de tirer parti du dividende démographique.

Bien que les flux d'aide internationale émanant des donateurs qui soutiennent traditionnellement l'éducation se soient ralentis au cours des cinq dernières années, particulièrement en 2011 où les montants alloués ont diminué de 7 pour cent, les financements nationaux tendent généralement à se maintenir à un niveau significatif, notamment au vu de l'apparition de nouveaux besoins. En évaluant l'efficacité de l'aide sectorielle par rapport à la réalisation de l'OMD 2 dans les 35 pays d'Afrique hors Afrique du Nord de 2000 à 2010, Yogo et Mallye (CERDI, 2015) parviennent à la conclusion suivante :

« L'augmentation de l'aide allouée à l'enseignement accroît considérablement le taux d'achèvement du cycle d'études primaires. Ce résultat ne change pas, que l'on utilise différentes méthodes d'estimation, que l'on introduise des instruments pour tenir compte du caractère outrageant de l'aide ou la série des variables de contrôle incluses dans les régressions. »

Les auteurs font également état d'une hétérogénéité prononcée en ce qui concerne l'usage

efficace de l'aide. Par exemple, des pays comme le Botswana, le Kenya et le Togo affichent des gains d'efficacité élevés, alors que le Burkina Faso, le Niger ou le Rwanda ne sont pas assurés de faire bon usage de l'aide qui leur est allouée en matière d'éducation. Ces constatations sont de nature à exhorter les donateurs internationaux à tenir leurs engagements en temps opportun et à encourager les pays d'Afrique hors Afrique du Nord à améliorer la gouvernance du secteur de l'éducation, ainsi que son financement et les partenariats concernés, afin de pérenniser leurs réalisations dans ce domaine.

Un pays, l'Érythrée, a enregistré un taux net de scolarisation bien en dessous de 50 pour cent, alors que le Cabo Verde, la Guinée équatoriale et la Namibie ont connu une légère régression à cet égard. Les progrès ont également été plus lents à répondre aux besoins des catégories dites « les plus difficiles à atteindre », telles que les « jeunes déscolarisés », les « enfants handicapés », les « enfants vivant dans des États fragiles », ou encore les « enfants issus de populations nomades » ou de certaines « minorités ethniques ». Il est donc nécessaire d'accorder une attention particulière à ces lacunes et d'effectuer une analyse plus approfondie, afin de mieux identifier les goulets d'étranglement ainsi que les moyens appropriés pour y faire face dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015 (ODD).

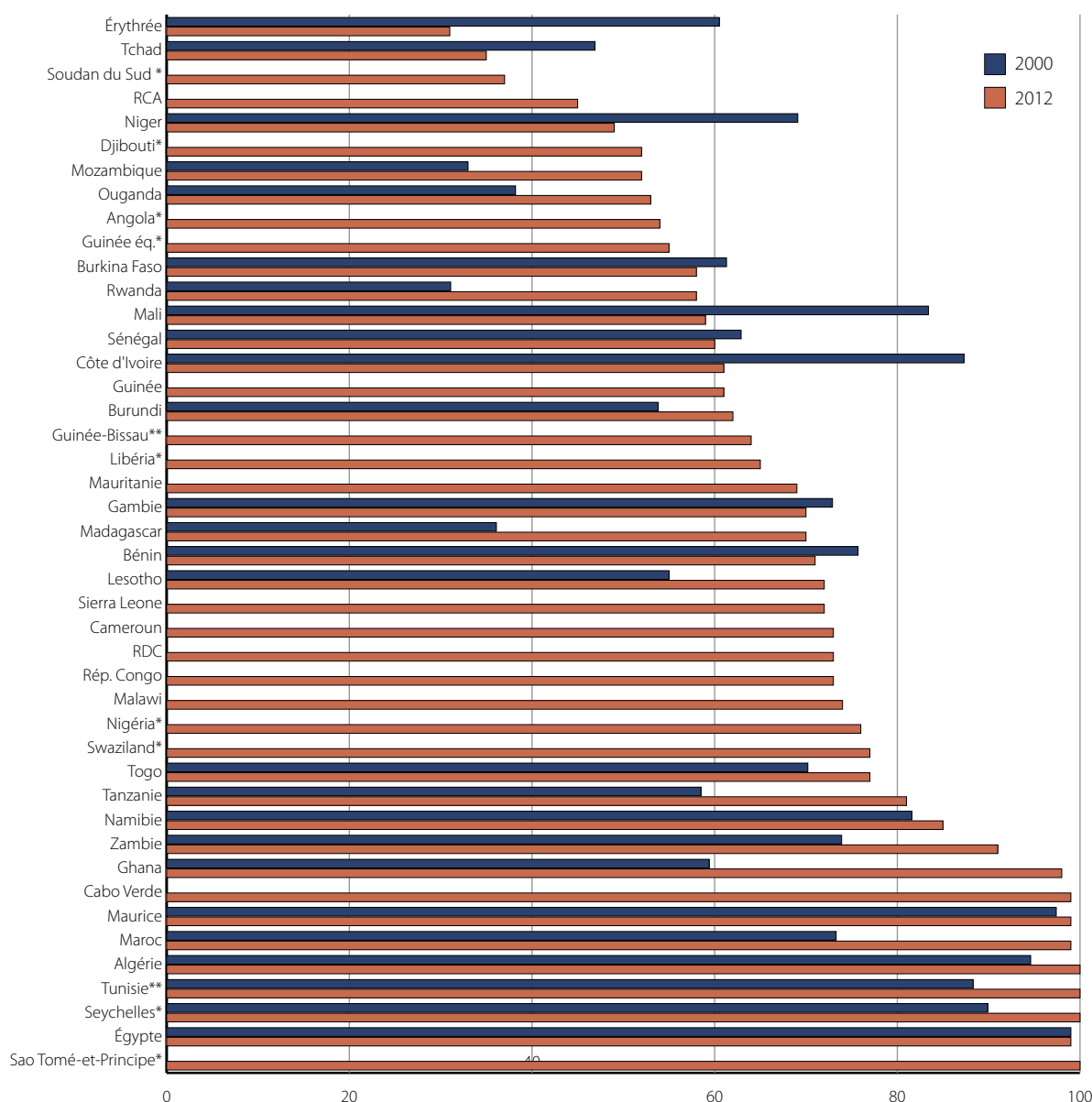
Progrès constants dans la réalisation de l'achèvement des études primaires pour tous, mais un tiers des élèves qui entament leur première année n'iront probablement pas au bout du cycle d'enseignement primaire

Avec un taux d'achèvement de 67 pour cent dans l'enseignement primaire, l'Afrique est encore loin de pouvoir atteindre, en 2015, le taux d'achèvement du cycle d'études primaires pour tous. À peine 20 pour cent des pays d'Afrique (Algérie, Cabo Verde, Égypte, Ghana, Maroc, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Tunisie) avaient atteint cette cible en 2012. Dans 24 des 44 pays (53 % environ) disposant de données pour 2012 (figure 2.2), le taux d'achèvement dans l'enseignement primaire était d'au moins 70 pour cent. Seuls

cinq pays (Érythrée, Niger, République centrafricaine, Soudan du Sud et Tchad) s'écartaient considérablement de la valeur moyenne, avec des taux d'achèvement inférieurs à 50 pour cent. Au sein de la région, les tendances sont très diversifiées. Entre 2000 et 2012, une progression rapide a été observée dans certains pays ayant connu des augmentations nettes (Ghana 38,6 %, Rwanda 26,9 %, Maroc 25,7 % et République-Unie de Tanzanie 22,5 %), tandis que d'autres pays connaissent une légère stagnation, et d'autres encore enregistrent des déclinés très prononcés (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Mali, Niger et Tchad). Les principales causes de cette régression peuvent être dues à des conflits, à l'instabilité politique ou

à l'impact de l'augmentation du taux de scolarisation sur la qualité de l'enseignement à court terme. En effet, dans un contexte où les besoins opérationnels en matière d'enseignants qualifiés, de salles de classe et de matériel pédagogique se sont faits de plus en plus pressants, certains gouvernements n'ont pas été en mesure de maintenir la qualité de l'éducation. L'inquiétante tendance à la stagnation, observée dans de nombreux pays entre 2000 et 2012, s'explique en partie par le manque de données rigoureuses, en raison de la déficience des systèmes d'information de la gestion de l'éducation, et de l'absence de réformes approfondies et durables axées sur l'amélioration de la qualité de l'enseignement. Pourtant, selon le

Figure 2.2 Tendances des taux d'achèvement du cycle primaire, 2000 et 2012



Source : données de la DSNU, 2015.

Rapport mondial de suivi sur l'EPT de l'UNESCO, un tiers des jeunes vivant en Afrique subsaharienne ne terminent pas l'école primaire et n'ont donc pas les compétences requises pour travailler (UNESCO, 2010). La situation globale n'a toujours pas changé depuis et la sous-région a toujours le plus grand besoin d'enseignants, dont le nombre requis, afin d'atteindre l'objectif de l'achèvement dans l'enseignement primaire pour tous, est estimé à 1,6 million.

Les taux élevés de scolarisation dans le primaire contribuent au renforcement de l'alphabétisation des jeunes

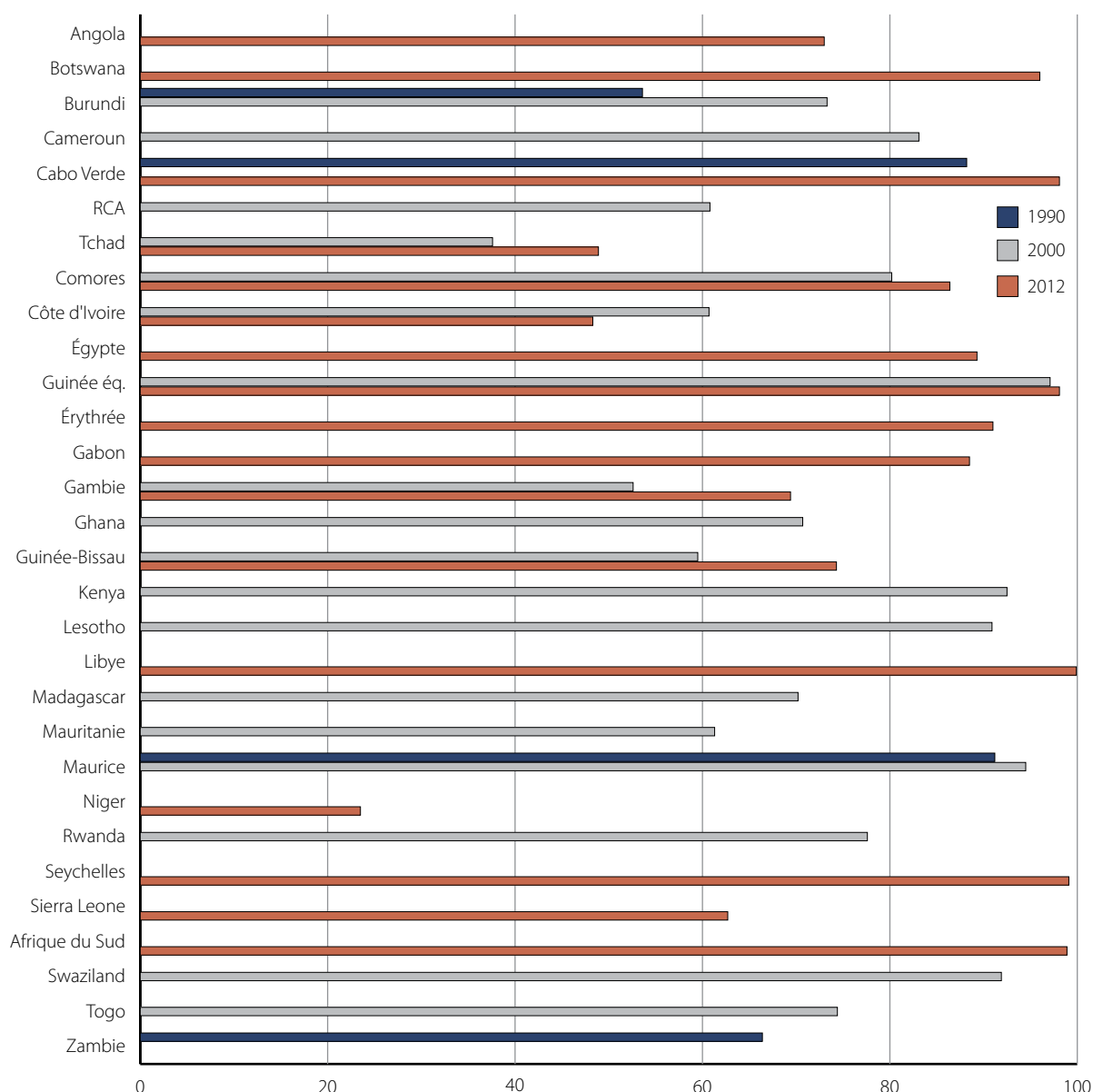
L'alphabétisation est une condition nécessaire à la réalisation du développement durable et de la croissance inclusive. On admet généralement qu'un pays se doit d'enregistrer un taux d'alphabétisation de 70 pour cent afin de pouvoir assurer son essor économique durable (Rapport mondial de suivi sur l'EPT de l'UNESCO, 2006). Les taux d'alphabétisation dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans se sont globalement améliorés en Afrique, atteignant 69,61 pour cent en 2012. Cette progression est due en partie à l'élargissement de l'accès à l'éducation primaire pour tous, observée depuis l'an 2000. Si l'on se base sur l'échantillon de pays pour lesquels des données étaient disponibles en 2012, seuls la Côte d'Ivoire, le Niger et le Tchad ont enregistré un taux d'alphabétisation des jeunes inférieur à 50 pour cent. L'échantillon montre une grande variation dans les taux d'alphabétisation, allant de 27 pour cent au Niger à 99,1 pour cent aux Seychelles. Plus de 66,6 pour cent des 50 pays africains pour lesquels des données sont disponibles ont enregistré un taux d'alphabétisation des jeunes d'au moins 75 pour cent. Dans l'ensemble, 27,8 pour cent des pays sont sur la bonne voie pour atteindre l'alphabétisation universelle des jeunes. Dans environ 33 pour cent des pays pour lesquels des données sont disponibles, le taux d'alphabétisation des jeunes a atteint au moins 90 pour cent en 2012. Une excellente performance à cet égard est enregistrée en Afrique du Sud, au Botswana, au Cabo Verde, en Guinée équatoriale, en Libye, aux Seychelles et au Swaziland, où le taux d'alphabétisation des jeunes est désormais supérieur à 95 pour cent (figure 2.3). Entre 2000 et 2012, trois pays ont

réalisé des progrès remarquables en la matière : la Gambie (16,8 %), la Guinée-Bissau (14,8 %) et le Tchad (11,3 %).

Certains pays ont au contraire vu leurs taux d'alphabétisation baisser, et notamment la Côte d'Ivoire, qui a subi un recul de 60,7 à 48,3 pour cent entre 2000 et 2012. En général, ces pays ont connu des périodes d'instabilité politique ou sociale au cours des dernières décennies, ce qui les a conduits à limiter leurs investissements dans l'alphabétisation.

L'Afrique hors Afrique du Nord continue d'enregistrer les taux d'alphabétisation les plus bas parmi les jeunes et les garçons y ont plus de chance de savoir lire et écrire que les filles. En dépit des progrès réalisés depuis 2000, l'Afrique hors Afrique du Nord est à la traîne avec un taux d'alphabétisation des jeunes de 69,6 pour cent en 2015 ; contre 89,2 pour cent en Afrique du Nord, 87,8 pour cent dans l'ensemble des autres pays en développement et 99,6 pour cent dans le monde développé. La performance de la région reflète d'importantes disparités au niveau de l'accès à une éducation de base de qualité et aux possibilités d'alphabétisation au sein des différents pays. Bien que tous les gouvernements reconnaissent les avantages économiques, sociaux et humains associés à l'alphabétisation, l'impact des politiques sectorielles est limité, à la fois par l'incohérence des investissements en matière d'alphabétisation et par l'absence d'évaluations rigoureuses des résultats de l'apprentissage dans le cas des systèmes d'éducation non formelle. En parallèle, de nombreuses organisations de la société civile (OSC) mènent des campagnes en faveur de l'alphabétisation et peuvent se prévaloir d'excellents exemples de bonnes pratiques en la matière, qui ne sont toutefois pas suffisamment exploités au niveau national ni répliqués à plus grande échelle. Face à un faible niveau d'achèvement du cycle d'études primaires et à des perspectives limitées en termes d'éducation non formelle, les pays d'Afrique seront obligés de développer des programmes flexibles d'apprentissage permanent tout le long de la vie, ainsi que des programmes d'alphabétisation fonctionnelle, afin de permettre aux jeunes d'acquérir les compétences essentielles dont ils auront besoin

Figure 2.3 Tendance de l'alphabétisation des jeunes, 1990-2000 et 2012



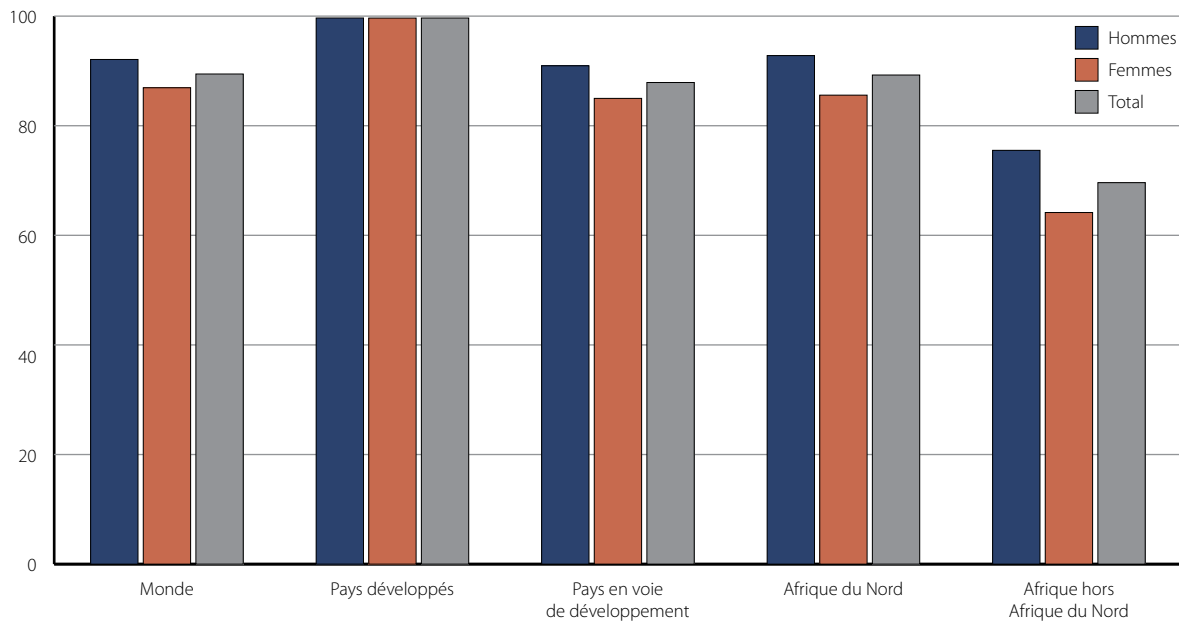
Source : données de la DSNU, 2015.

pour trouver leur place sur le marché du travail. Depuis 2000, une importante réforme appliquée dans de nombreux pays d'Afrique est l'utilisation transitoire de la langue maternelle dans les premières classes du primaire et dans les cours d'alphabétisation des adultes. Il est urgent de tirer parti des meilleures pratiques innovantes dans ce domaine, plus particulièrement celles qui ont été éprouvées en Afrique de l'Ouest, et de les diffuser à l'échelle du continent.

En 2012, c'était en Afrique hors Afrique du Nord que l'écart entre les taux d'alphabétisation des filles (64,2 %) et des garçons (75,5 %) était le

plus prononcé, avec une différence de l'ordre de 11,35 points de pourcentage en faveur des garçons. Les autres régions affichaient un écart plus faible entre les taux d'alphabétisation des jeunes, filles et garçons : 7,2 pour cent en Afrique du Nord, 5,9 pour cent dans le monde en développement et 5,2 pour cent sur le plan mondial (figure 2.4). Il convient de rappeler que le niveau d'alphabétisation dans les pays de l'Afrique australe, l'Afrique de l'Est, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest était initialement très éloigné de la cible absolue. Par conséquent, les pays qui ont obtenu des résultats remarquables ont établi un ensemble de critères indicatifs qui pourrait être utilisé en vue d'orienter

Figure 2.4 Alphabétisation des jeunes par région et par genre, 2012



Source : données de la DSNU, 2015.

la prestation des politiques et des programmes d'alphabétisation à venir.

Les défis en matière d'alphabétisation des jeunes sont les suivants : encadrement politique limité

au niveau national et régional, absence de mécanismes de contrôle de la qualité et manque de financement ; autant d'obstacles à contourner pour que l'Afrique puisse réaliser son dividende démographique.

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

Depuis 1990, l'Afrique a fait des progrès considérables en direction de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, mais il lui reste encore bien des défis à relever pour y parvenir. Des obstacles structurels et culturels entravent toujours les progrès en la matière, laissant apparaître de fortes inégalités socio-économiques entre les genres, auxquelles il faudra remédier si l'Afrique veut réaliser les objectifs à long terme qu'elle s'est fixés au regard de la prospérité, de la transformation structurelle, du développement humain et des capacités productives améliorées. Parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes est essentiel à la réalisation de nombreux autres objectifs, y compris la réduction de la pauvreté et de la faim, à l'amélioration de la santé et des résultats scolaires dans les familles et les communautés, ainsi qu'à la préservation de l'environnement en veillant à sa durabilité. L'inégalité des genres est un piège archétype de l'inégalité qui tend à sans cesse reproduire de nouvelles disparités, entraînant des conséquences négatives sur le développement, dont le monde entier continue à ce jour de faire les frais. Les conditions initiales concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes en Afrique étaient relativement moins favorables que dans le reste du monde et à peine comparables aux conditions applicables à la région de l'Asie de l'Ouest en 1990 (Nations Unies, 2014c). En 1990, l'indice de parité entre les sexes (IPS) relatif aux taux bruts de scolarisation à tous les niveaux de l'enseignement était respectivement de 0,82 en Afrique du Nord et de 0,83 en Afrique hors Afrique du Nord. C'est en Asie du Sud que les conditions initiales étaient les moins favorables, avec un IPS combiné de 0,74 enregistré sur la même période. Bien que cette évolution ait été lente, la réduction de l'écart entre les genres au niveau de l'éducation primaire et la hausse des taux d'alphabétisation chez les femmes et les filles a permis

à l'Afrique d'accomplir des progrès substantiels. Elle y est parvenue grâce à sa volonté d'instaurer l'éducation primaire pour tous et d'adopter des politiques sensibles à la dimension de genre, qui a abouti à l'obtention de résultats impressionnants en termes de parité des sexes dans de nombreux pays du continent. Il existe de nombreuses autres expériences réussies dans ce domaine. La proportion accrue de femmes élues aux parlements nationaux en Afrique est notamment un bel exemple de l'augmentation de la participation des femmes aux sphères politique et sociale, avec toutefois d'importantes variations entre les sous-régions et les pays. Bien que les avancées aient été plus modestes en matière de proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole depuis 1990, le fossé qui sépare les hommes et les femmes à cet égard n'a pu être comblé en raison des rigidités structurelles caractérisant la plupart des pays de la région. L'écart entre les genres a aussi nettement diminué dans d'autres pays, plus particulièrement en Europe, en Asie centrale, en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie de l'Est et dans le Pacifique, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Asie du Sud, dans cet ordre, mais l'on observe toutefois des variations entre les pays et les sous-régions.

Pourtant, malgré ces efforts, l'Afrique en tant que région ne parvient toujours pas à rattraper son retard dans la plupart des domaines mesurés par l'OMD 3 (« Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes »). Les causes d'un tel échec s'expliquent par les leçons tirées des expériences passées et certains éléments importants qu'il est nécessaire de prendre en compte. Les interventions de politique publique sensibles à la dimension de genre, telles que les allocations, les transferts monétaires conditionnels et les bons, ont porté leurs fruits en matière de parité filles/garçons dans l'éducation. Par ailleurs, l'ins-

titution de quotas parlementaires et de sièges réservés, adoptée par de nombreux pays pendant les années 1990, a conduit à l'intensification notable de la participation des femmes dans les parlements nationaux. Grâce à ces quotas et aux quotas volontaires établis au niveau des partis, les parlements nationaux d'Afrique ont connu une augmentation substantielle en termes du nombre de sièges occupés par des femmes. Des progrès impressionnants en la matière ont été enregistrés dans la plupart des pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, et plus récemment, au sein d'un petit nombre de pays d'Afrique de l'Ouest, tels que le Burkina Faso, le Cabo Verde, le Sénégal et le Togo. En revanche, les progrès relatifs à la proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole sont restés limités et, si certains pays ont connu de modestes gains en la matière, les autres stagnent. En raison du manque de données et de rapports consacrés à cette cible, les tendances et les dispositions actuelles restent difficiles à surveiller en ce qui concerne cet indicateur.

Les quinze années de mise en œuvre des OMD ont dégagé de précieux enseignements qui serviront à orienter l'application des ODD et du programme de développement pour l'après-2015. Dans le cas de l'OMD 3, les résultats obtenus mettent en lumière nombre de bonnes pratiques susceptibles d'accélérer les progrès, tandis que les défis qui persistent révèlent les domaines nécessitant des efforts supplémentaires. Au fil des ans, on a pu observer des améliorations au niveau des taux de scolarisation et d'achèvement du cycle primaire, du maintien des filles à l'école et de la transition entre les différents cycles d'enseignement ; autant d'impératifs nécessaires à la réalisation des objectifs à long terme.

Bien qu'elle soit essentielle pour répondre au cortège de privations qui frappent les femmes, l'amélioration de la part des femmes dans l'emploi salarié non agricole est actuellement inenvisageable dans de nombreux pays à faible revenu, où l'emploi formel n'est pas une source principale de revenus ou d'emplois. Les obstacles à la participation des femmes dans le secteur non agricole comprennent, mais sans s'y limiter, le faible niveau d'instruction, le temps consacré aux

tâches domestiques, les possibilités limitées des services de garde d'enfants, et l'impact des lois et coutumes sur la capacité des femmes à travailler à l'extérieur du foyer. En outre, la participation politique des femmes n'est envisagée qu'au niveau national, alors que leur participation aux processus démocratiques devrait également s'exercer aux échelons provinciaux et locaux, où l'accès des femmes aux prises de décisions est tout aussi important (CEA et al., 2012). De ces éléments sont tirées des leçons importantes pouvant éclairer les orientations à prendre en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes pour l'après-2015, deux objectifs qui n'ont pas encore été atteints. Il est cependant indéniable que les OMD ont jeté des bases solides sur lesquelles l'Afrique doit s'appuyer pour construire l'avenir qu'elle souhaite pour son continent et son peuple.

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

Source fiable de transmission d'aptitudes et de compétences essentielles au développement humain, l'éducation offre une qualité de vie améliorée et susceptible d'apporter nombre de bienfaits aux individus aussi bien qu'aux sociétés. Tout être humain devrait pouvoir bénéficier de ce droit fondamental, et investir dans l'éducation pour tous a longtemps été reconnu comme tel, l'éducation ayant un immense impact en matière de développement humain et de progrès sociétal. Un pays disposant d'une population instruite en tire généralement de nombreux avantages. En ce qui concerne les femmes et les filles, les bienfaits qui en découlent sont encore plus importants étant donné que les femmes instruites ont tendance à investir davantage dans le bien-être de leurs enfants et de leur ménage, contribuant ainsi directement à l'amélioration de l'éducation et de la santé de la population. En éradiquant le « fléau » intergénérationnel de l'analphabétisme et de la pauvreté, l'éducation facilite la participation des individus au marché du travail et leur permet d'accéder à des emplois décents et à des revenus stables, de connaître et de revendiquer leurs droits, et d'apporter une contribution positive au

bien-être de leur foyer et de la société. À l'heure où le monde se retrouve aux prises avec toutes sortes d'inégalités, l'éducation et l'autonomisation des femmes et des filles demeurent un moyen essentiel de réduire les inégalités.

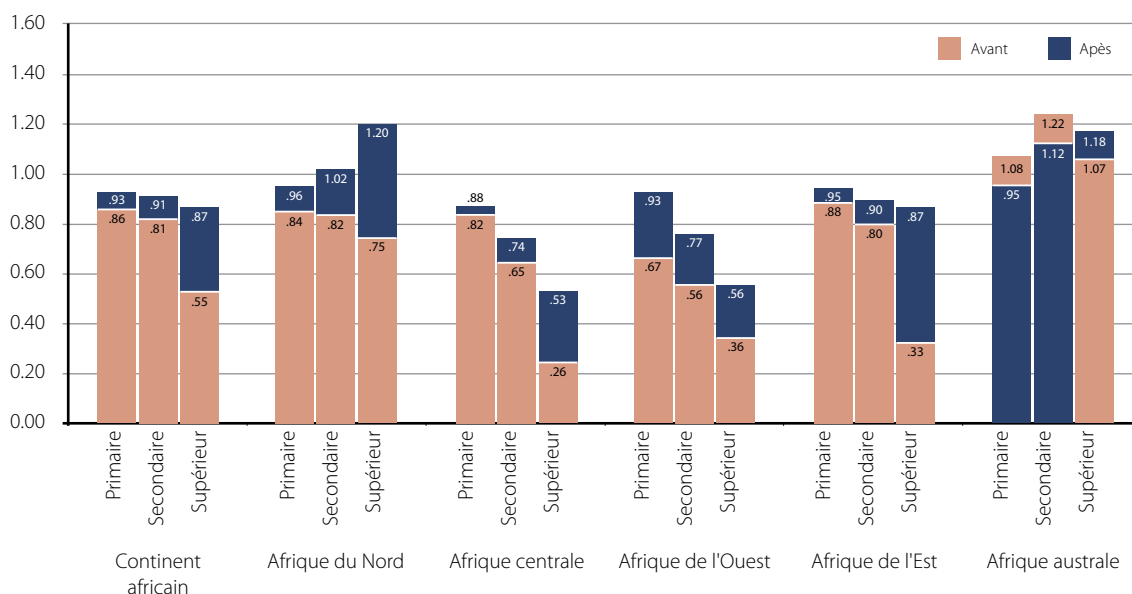
L'Afrique est sur le point d'atteindre la parité des genres dans l'éducation primaire

La parité des genres dans l'enseignement primaire s'est accrue dans la plupart des régions du monde, plusieurs pays ayant adopté l'éducation primaire pour tous et mis en œuvre des interventions sensibles à la dimension de genre qui ont contribué à une augmentation considérable de la scolarisation des filles au fil des ans. Les taux bruts de scolarisation sont en forte hausse chez les filles en âge d'aller à l'école dans la plupart des régions, bien que les disparités entre les filles et les garçons subsistent en Afrique hors Afrique du Nord, en Océanie, en Asie de l'Ouest et en Afrique du Nord. Cependant, les moyennes et les évaluations mondiales masquent les variations entre les régions et les pays, notamment au niveau de l'importance des efforts déployés. Des régions en développement ayant connu des conditions initiales défavorables en 1990 ont depuis lors fait de grands pas en avant en vue d'améliorer leur indice de parité entre les sexes, enregistrant des gains d'au moins 10 pour cent par rapport à un niveau de départ de 0,84. C'est en Asie du Sud-Est que les efforts visant à la parité filles/garçons ont été les plus probants, la région observant une augmentation des taux de scolarisation dans le primaire allant de 0,74 à 1,00 point de pourcentage entre 1990 et 2012. Les autres régions enregistrant une progression notable dans ce domaine au cours de la même période sont l'Afrique du Nord (0,82 à 0,96), l'Asie

de l'Ouest (0,85 à 0,93) et l'Afrique hors Afrique du Nord (0,83 à 0,92), selon les statistiques de 2013 communiquées par les Nations Unies.

Sur le continent africain, l'Afrique de l'Ouest est la sous-région qui a connu la plus forte amélioration à cet égard, suivie par l'Afrique du Nord. En termes de réalisation de la parité à tous les échelons du système éducatif, l'Afrique australe a continué d'enregistrer de bons résultats, talonnée par l'Afrique du Nord, qui a atteint la parité dans l'ensemble des cycles de l'enseignement, à l'exclusion du primaire, et accompli des progrès exceptionnels au niveau de l'enseignement supérieur. L'Afrique de l'Est a progressé de manière régulière et significative par rapport aux conditions initiales qui étaient les siennes. Elle est en bonne voie pour combler l'écart entre les genres au niveau de l'enseignement supérieur, bien qu'elle n'ait pas encore atteint la cible 3.1 (« 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 ») à tous les niveaux du système éducatif. En revanche, l'Afrique centrale prend du retard par rapport aux autres régions dans ce domaine (figure 3.1). De nombreux pays ont contribué à l'accroissement de la moyenne enregistrée en Afrique de l'Ouest, notamment le Burkina Faso, le Cabo Verde, la Gambie, le Ghana, le Libéria, la Mauritanie, le Nigéria, le Sénégal et la Sierra Leone (figure 3.2). Tous ces pays ont atteint, presque atteint (figure 3.3) ou dépassé la parité dans l'enseignement primaire. Des progrès similaires ont pu également être observés dans presque tous les pays d'Afrique du Nord.

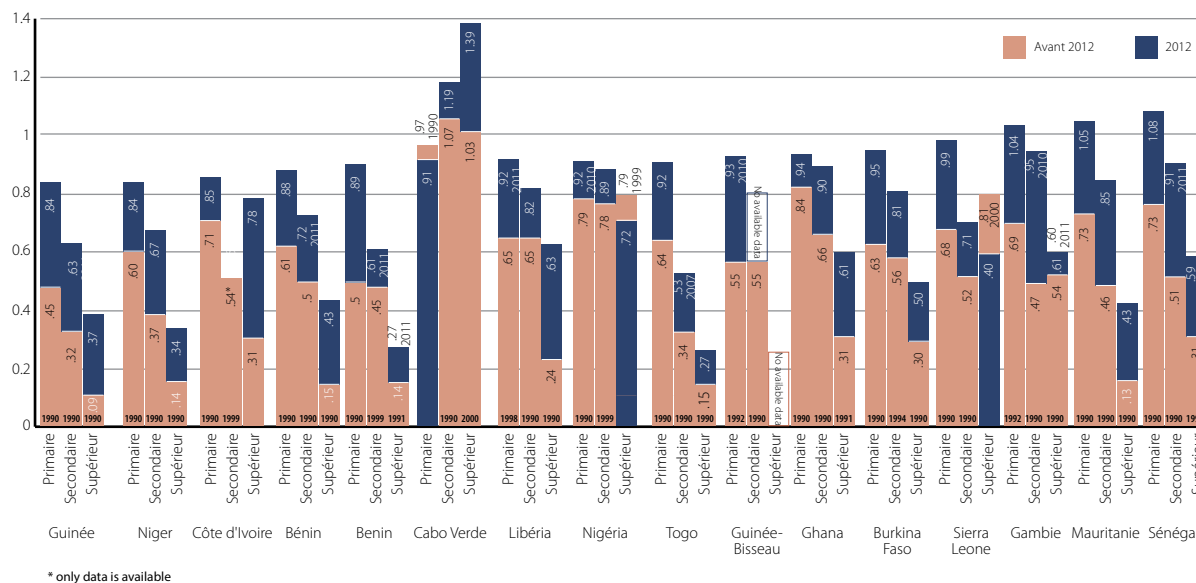
Figure 3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur en Afrique, avant et après 2012



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de la DSNU, 2015.

Note : les points de données utilisés sont les plus proches des chiffres de 1990 et 2012.

Figure 3.2 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur en Afrique de l'Ouest



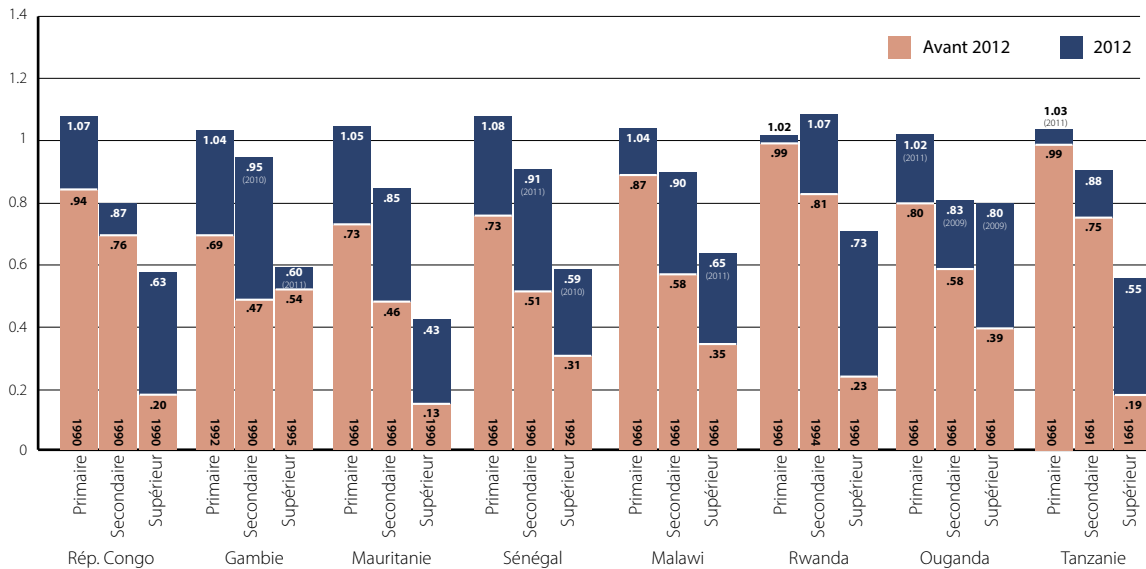
* only data is available

Source : DSNU, 2014.

Les pays qui ont dépassé la parité des genres au regard de la scolarisation dans le primaire sont les suivants : l'Algérie, la Libye et la Tunisie en Afrique du Nord (scores de l'IPS avoisinant 1,10) ; Sao Tomé-et-Principe (1,14) et la Guinée équatoriale (1,07) en Afrique centrale ; le Cabo Verde, la Gambie, la Mauritanie, la Sierra Leone, et le Sénégal (IPS moyen de 1,09) en Afrique de l'Ouest ; et 14

autres pays d'Afrique orientale et australe ayant un indice cumulé moyen de 1,06, avec des scores de l'IPS élevés au Lesotho (1,25), en Namibie (1,09), au Botswana (1,07) et aux Seychelles (1,05). Bien que remarquable, cette évolution aboutissant à une disparité à l'encontre des garçons à tous les niveaux de l'enseignement mérite d'être suivie de près pour qu'il n'en résulte pas des effets négatifs

Figure 3.3 Pays africains ayant atteint la parité filles/garçons dans le primaire



Source : DSNU, 2015.

sur le développement à long terme. Cependant, un certain nombre de pays font toujours face à des difficultés en matière de parité filles/garçons dans le domaine de l'éducation, tels que l'Angola, le Niger, la République centrafricaine ou le Tchad qui affichent des indices inférieurs à leurs niveaux de 1990.

Les barrières entre les genres existent toujours aux différents niveaux du système éducatif

En dépit des énormes progrès accomplis pour combler l'écart entre les sexes en matière d'éducation, les obstacles liés au genre persistent et s'accroissent selon les différents cycles d'enseignement. Ces disparités se manifestent par de faibles taux d'achèvement du cycle d'études primaires en ce qui concerne les filles, et de faibles taux de passage entre les différents niveaux d'enseignement (du primaire au secondaire, du secondaire au supérieur et du supérieur vers l'accès à un emploi salarié). Ces observations ne s'appliquent toutefois pas à l'Afrique australe ni à l'Afrique du Nord. Par conséquent, alors que la parité aurait pu être atteinte au niveau de la scolarisation dans le primaire, l'écart se creuse et le taux de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire et supérieur est beaucoup plus faible. De plus, la transition vers un emploi rémunéré en Afrique, hors Afrique du Nord, et dans d'autres régions en développement est beaucoup plus laborieuse pour les

filles que pour les garçons. Le programme visant à parvenir à l'égalité des genres dans l'éducation est inachevé et exige encore de relever certains défis clés ayant trait à la qualité de l'éducation, et ce, dans la plupart des pays, mais en particulier dans les États fragiles et les pays en situation de relèvement, tels que les pays d'Afrique centrale faisant face à des problèmes de développement persistants (Banque mondiale, 2007). Ces enjeux supposent notamment de prendre les mesures suivantes : atteindre les groupes défavorisés et socialement exclus qui vivent le plus souvent en zone rurale ; améliorer les taux de scolarisation au niveau de l'enseignement secondaire et supérieur grâce à des mesures incitatives et des interventions de politique publique tenant compte de la dimension de genre ; et encourager la transition entre les différents cycles d'enseignement et vers le marché du travail.

Progression inégale de la part des femmes salariées dans le secteur non agricole

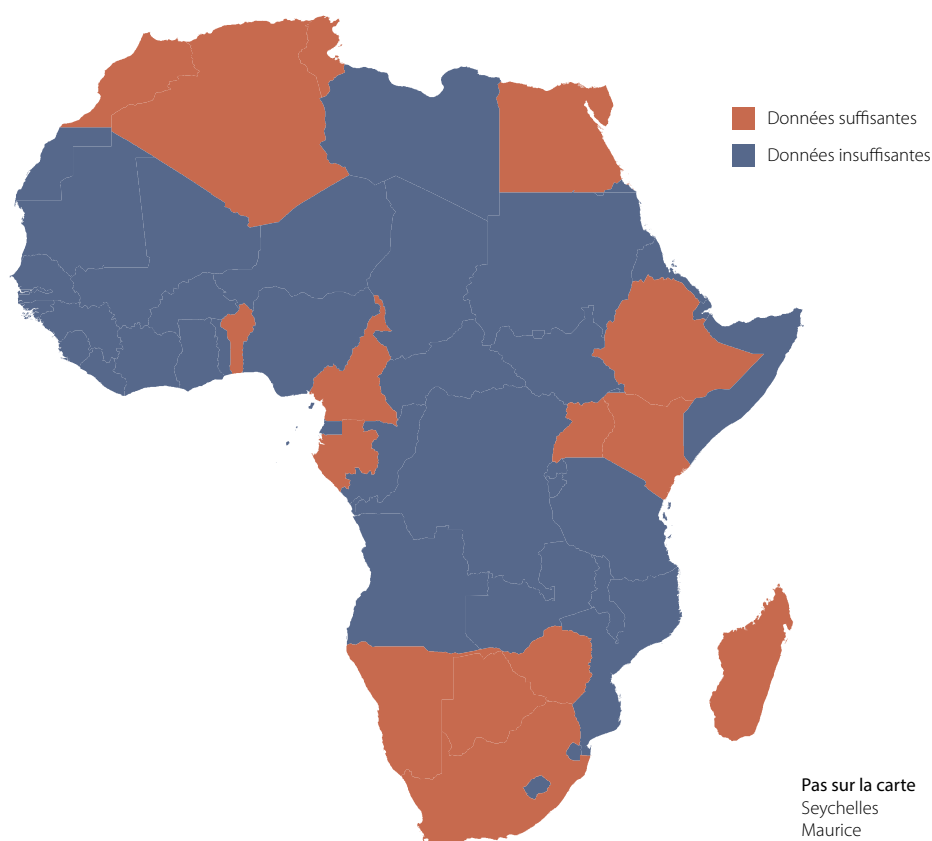
Les inégalités de revenu sont sans doute les disparités les plus prononcées qui puissent exister entre les hommes et les femmes, et elles n'ont cessé d'augmenter partout dans le monde. L'Afrique n'y fait pas exception et affiche d'importants écarts de revenu entre hommes et femmes entre les pays. Pour un continent qui se développe rapidement, cette tendance révèle le caractère non inclusif de la croissance en Afrique et de son impact

limité sur le bien-être des femmes et des jeunes. Les femmes représentent près de la moitié de la population mondiale et devraient, à ce titre, représenter la moitié de la population active mondiale. Pourtant, en raison de multiples contraintes, telles que le faible niveau d'instruction et de compétences, les disparités salariales substantielles, les conditions de travail, les responsabilités familiales et les barrières culturelles, des écarts importants persistent dans leur participation à l'emploi rémunéré dans le secteur formel. L'élimination des obstacles entravant l'accès des femmes à un emploi rémunéré constitue un grand pas vers la réduction des inégalités et le déblocage du potentiel nécessaire à leur contribution significative au développement socio-économique. Par conséquent, l'appel à la transformation structurelle des économies, contenu dans l'Agenda 2063 et

la Position commune africaine sur le programme de développement pour l'après-2015 (PCA), est un objectif de développement légitime visant à l'inclusion économique et sociale des africains, y compris les africaines.

Les progrès en la matière ont généré des résultats positifs mais encore inégaux entre les pays et les sous-régions. L'analyse de cette cible est néanmoins compromise par l'insuffisance des données disponibles, notamment en Afrique, où moins de 25 pour cent des pays ont rendu compte des efforts qu'ils avaient déployés afin d'atteindre cet objectif (figure 3.4). Il a donc été nécessaire de recourir à différents ensembles de données indirectes pour mesurer la participation des femmes au marché du travail, à la fois dans le secteur formel et informel.

Figure 3.4 Ensemble des pays ayant des données suffisantes ou insuffisantes sur les femmes salariées dans le secteur non agricole en Afrique



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de la DSNU (2015).

Pour les besoins du présent rapport, la participation des femmes au marché du travail a été limitée aux trois principaux secteurs de la plupart des économies, à savoir l'agriculture, l'industrie et les services. À l'échelle mondiale, on constate un recul général du nombre de travailleurs – hommes et femmes – dans le secteur agricole, en faveur d'un glissement progressif vers les secteurs des services et de l'industrie, lesquels ont absorbé la majeure partie de la main-d'œuvre agricole. La réduction de la main-d'œuvre agricole, qui a suivi le rythme de la transformation et de la diversification économiques, a été plus ou moins rapide selon les régions. Les régions développées, ainsi que l'Amérique latine et les Caraïbes, enregistrent des niveaux de participation des femmes dans la population active considérablement plus faibles que celle des hommes – tous secteurs confondus – alors que l'Asie et l'Afrique affichaient des parts plus élevées de femmes que d'hommes dans le secteur agricole entre 2004 et 2007 (tableau 3.1) (OIT, 2014).

Plus une économie est avancée, moins elle compte de main-d'œuvre dans le secteur de

l'agriculture, celle-ci glissant progressivement vers d'autres secteurs de l'économie. Cette conversion est particulièrement perceptible dans le secteur des services et de l'industrie. Sur le continent africain, c'est dans les sous-régions d'Afrique de l'Est, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest que la proportion de la population active travaillant dans l'agriculture est la plus élevée, suivie par l'Afrique du Nord (42 % de femmes et 28 % d'hommes), et, loin derrière, par l'Afrique australe, où cette proportion est la plus faible (16 % de femmes et 26 % d'hommes). En revanche, le secteur des services compte davantage de femmes que d'hommes en Afrique australe, Afrique de l'Est et Afrique de l'Ouest (26 %), contrairement à l'Afrique du Nord, où la participation des hommes (49 %) est plus élevée que celle des femmes.

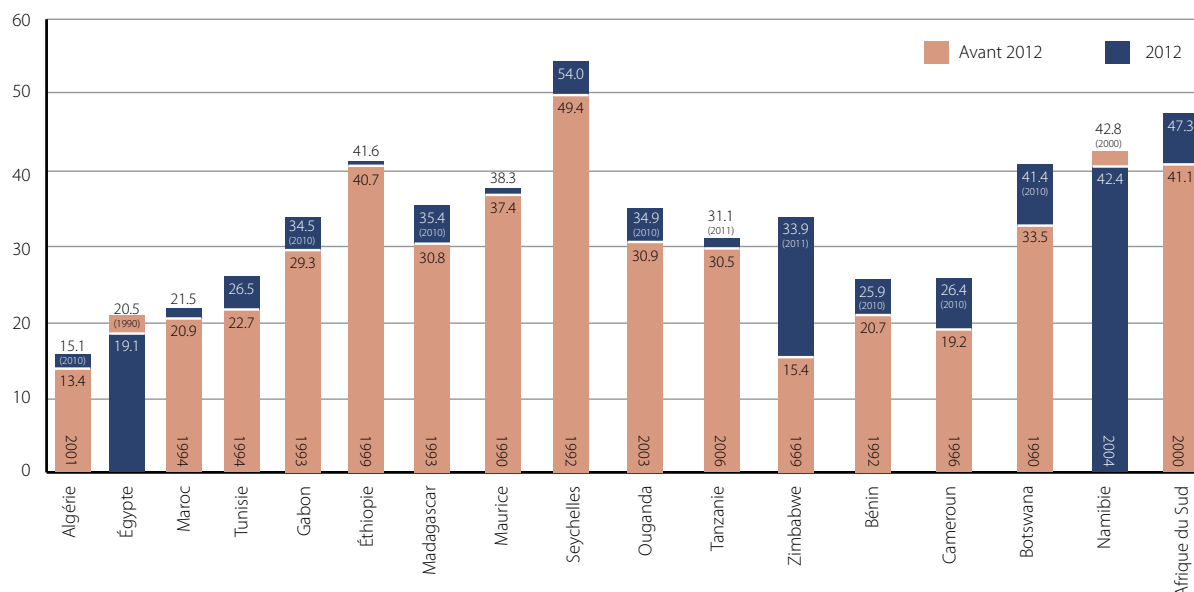
Quant aux emplois industriels, ils enregistrent d'importants écarts entre les genres. Dans toutes les régions du monde, les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à travailler dans le secteur industriel, où on compte au moins 20 pour cent d'hommes contre seulement 11 pour cent de femmes.

Table 3.1 Répartition sectorielle des personnes employées, par région et par genre, 2004-2007 (%)

Région/pays	Femmes			Hommes		
	Agriculture (%)	Industrie (%)	Services (%)	Agriculture (%)	Industrie (%)	Services (%)
Afrique	43	11	46	42	20	39
Afrique du Nord	42	16	41	28	25	47
Afrique australe	19	11	70	26	25	49
Afrique centrale et Afrique de l'Ouest	68	6	26	9	9	20
Asie	31,8	12,4	56	25,6	25,4	48,6
Asie de l'Est	11	13	76	13	25	62
Asie du Sud-Est	30	17	54	34	23	43
Asie du Sud	55	17	28	32	24	43
Asie de l'Ouest	15	8	77	8	32	59
CEI et Asie	48	7	45	41	23	36
Amérique latine et Caraïbes	3	12,67	80	22	27	51
Caraïbes	4	10	85	15	29	56
Amérique centrale	6	16	78	30	24	46
Amérique du Sud	10	12	78	21	27	51
Autres régions développées	6,2	15	78,8	8,2	36,4	55,4

Source : calculs effectués à partir des données fournies par les Indicateurs clés du marché du travail de l'OIT, 6e édition, BIT, 2010 et le Rapport 2014 des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement.

Figure 3.5 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole



Source : données de la DSNU, 2015.

Dans les pays disposant de données récentes (figure 3.5), on constate une progression lente mais régulière vers la réalisation de cette cible. L'Afrique du Sud, le Botswana, l'Éthiopie, Maurice, la Namibie et les Seychelles sont parvenus à relever la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole à plus de 40 pour cent au moins, tandis que d'autres pays, tels que le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Gabon, Madagascar, la Tunisie et le Zimbabwe ont enregistré les plus grandes améliorations à cet égard, avec une hausse d'au moins 5 pour cent par rapport à leurs conditions initiales.

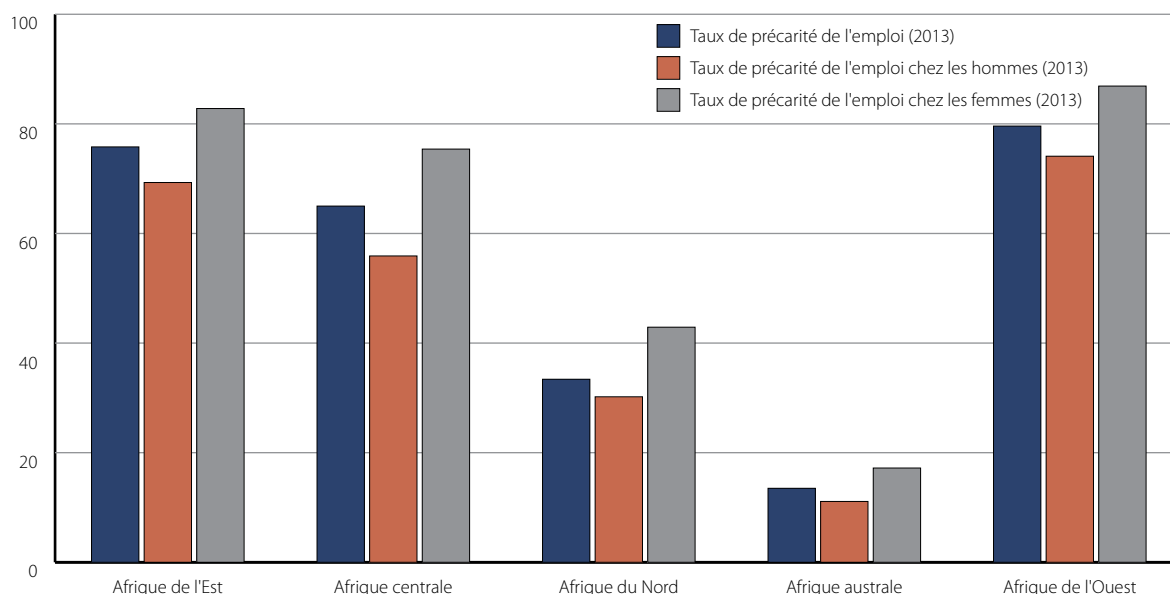
Le renforcement des capacités productives des femmes est une condition sine qua non de leur autonomisation

Travailleuses indépendantes ou salariées, les femmes doivent absolument bénéficier d'un renforcement de leurs capacités productives, car celles qui occupent un emploi ont davantage tendance à investir leurs revenus dans la constitution du capital humain au sein de leur famille et de leur communauté. Les contributions micro-économiques de ce type peuvent jouer un rôle crucial quand il s'agit de prémunir les ménages contre la pauvreté, d'augmenter leur niveau d'instruction et de contribuer à de meilleurs résultats de santé, afin de concourir à la réalisation d'objectifs macro-économiques plus vastes. Par conséquent,

il importe de renforcer les capacités productives des femmes en levant les obstacles qui les empêchent de s'engager dans les secteurs formel et informel de l'économie. La tendance à la hausse de la proportion des femmes employées dans le secteur formel non agricole est un puissant indicateur du mouvement progressif qui s'opère en direction de l'accession de la grande majorité des groupes de la population, y compris les femmes, à des emplois décents. Cependant, les femmes risquent davantage que les hommes de se retrouver au chômage ou d'occuper des emplois informels (y compris dans le secteur des services) et précaires et ce, dans l'ensemble des régions (figure 3.6). La proportion de femmes vulnérables au chômage est durablement plus élevée que celle des hommes, en particulier en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est et en Afrique centrale. Une tendance similaire s'observe également au niveau des taux de chômage, qui sont généralement beaucoup plus élevés chez les femmes (adultes et jeunes) que chez les hommes.

Les activités indépendantes et l'emploi précaire offrent des débouchés à la plupart des hommes et des femmes qui se voient refuser l'accès au secteur formel. Dans toutes les régions, la proportion des femmes qui occupent des emplois précaires est durablement supérieure à celle des hommes. C'est toutefois en Afrique de l'Ouest qu'elle est la

Figure 3.6 Ventilation régionale de l'emploi précaire



Source : OIT - Modèle économétrique des tendances, octobre 2014.

plus forte, devant l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale, tandis qu'elle est la moins élevée en Afrique australe et en Afrique du Nord. Il est à souligner que les économies d'Afrique australe et d'Afrique du Nord ont relativement bien engagé leur transformation ainsi que leur diversification, de sorte qu'elles sont en mesure d'offrir davantage de possibilités d'emploi formel et fiable que le reste du continent. Dans la plupart des régions d'Afrique, le manque d'emplois décents dans le secteur formel condamne un grand nombre de personnes au chômage ou les contraint à occuper des emplois précaires. Les femmes et les jeunes constituent la majorité de la population au chômage ou occupant un emploi précaire ; le chômage étant régulièrement plus élevé chez les femmes (adultes et jeunes) que chez les hommes, et ce, toutes régions confondues. Les sous-régions où la part de l'emploi précaire est la moins importante (c.-à-d., en Afrique australe et en Afrique du Nord) sont aussi celles qui connaissent les taux les plus élevés de chômage et d'inégalité de revenu par comparaison aux autres sous-régions du continent africain, où l'emploi précaire prédomine dans tous les groupes d'âge, et tout particulièrement parmi les femmes et les jeunes filles. Cette tendance est due à l'offre réduite d'emplois informels et à la disponibilité des programmes de protection sociale réservés aux sans-emploi. Dans les pays où les systèmes de protection sociale sont quasi inexistantes,

le chômage n'est pas une option viable et l'emploi précaire constitue un moyen de survie pour une grande majorité de travailleurs pauvres.

En 2013, l'Afrique australe connaissait des taux de chômage de 14,6 pour cent chez les hommes adultes contre 19,1 pour cent chez les femmes adultes, alors que le taux de chômage chez les jeunes hommes atteignait 35,4 pour cent contre 44,6 pour cent chez les jeunes femmes. Au cours de la même année, le chômage des hommes adultes a atteint 7,9 pour cent en Afrique du Nord contre 14,9 pour cent dans la population des femmes adultes, alors que les taux de chômage parmi les jeunes étaient respectivement de 26 pour cent chez les hommes et de 46,6 pour cent chez les femmes (OIT, 2014). Ces tendances expliquent en grande partie la montée des inégalités observées récemment en Afrique, qui touchent de manière disproportionnée de larges segments de la population à travers l'ensemble des pays et des régions du continent. Ce phénomène mérite d'être examiné en urgence.

L'Afrique est à l'avant-garde en ce qui concerne la représentation des femmes dans les parlements nationaux

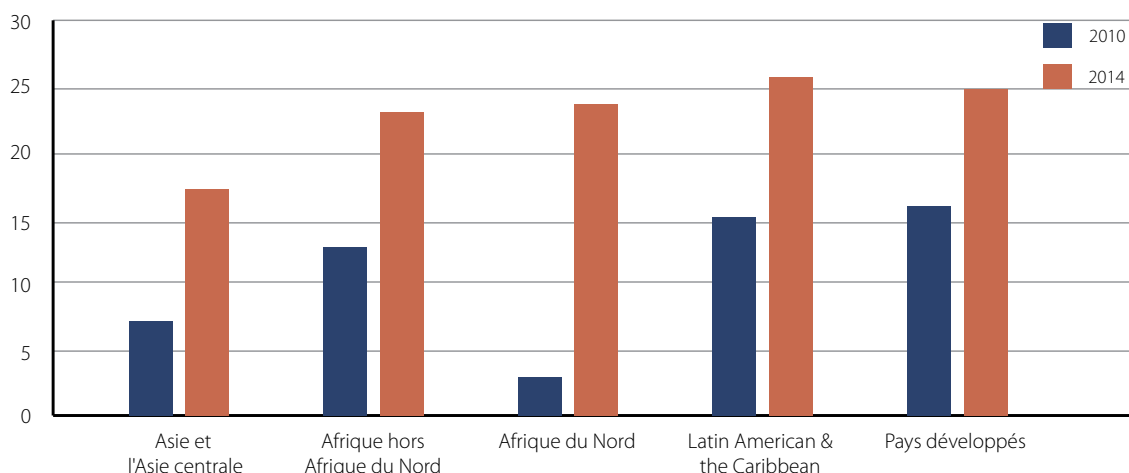
En garantissant aux femmes une meilleure représentation aux postes de responsabilité et de prise de décision, il est possible de faire disparaître

certaines des obstacles qu'elles doivent surmonter pour pouvoir accéder à l'éducation, la santé et l'emploi, et de contribuer ainsi à réduire sensiblement les inégalités. Bien qu'il n'ait pas été encore possible d'observer toutes les répercussions que pourrait avoir la représentation des femmes, la progression lente mais croissante de la représentation féminine dans les parlements nationaux a encouragé l'habilitation des femmes à travers le monde. Cette avancée a été rendue possible grâce à l'intérêt qu'ont porté les assemblées législatives aux questions et aux préoccupations liées aux femmes en vue de réduire les inégalités entre les genres. De 2000 à 2014, la moyenne mondiale en matière de représentation des femmes dans les parlements nationaux a augmenté de manière régulière, passant de 14 à 22 pour cent (Nations Unies, 2014). Au cours de la même période, c'est l'Afrique qui a enregistré le plus de progrès vers l'atteinte de cette cible, avec une augmentation de la proportion des femmes siégeant aux parlements nationaux d'au moins 15 pour cent, devant l'Amérique latine et les Caraïbes (11 %), l'Asie (9,8 %) et les régions développées (9 %) (figure 3.7).

Cependant, il existe d'importantes différences en la matière entre les régions et les pays, et les résultats obtenus démontrent l'existence d'une corrélation directe entre les mesures de politique publique qui ont été mises en place et l'augmentation du nombre et du niveau de représentation des femmes dans les parlements nationaux

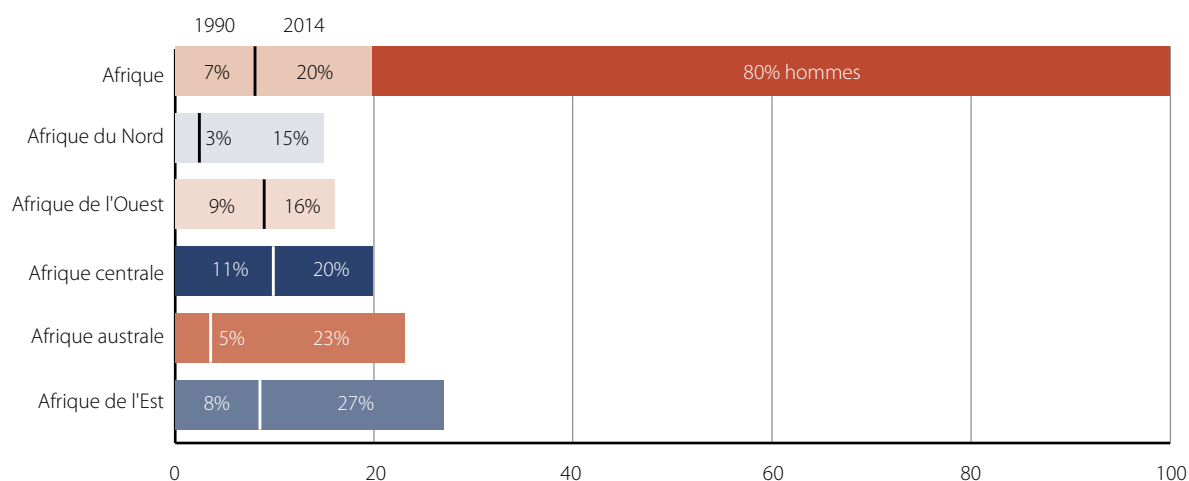
(figure 3.8). Le nombre de femmes élues au parlement restait inchangé en 2014 par rapport à 2012 et correspondait à 20 pour cent des sièges parlementaires en Afrique, une proportion qui masque toutefois des variations significatives entre les sous-régions et les pays. L'Afrique de l'Est continue à montrer la voie (figure 3.8) et le Rwanda enregistre un taux de sièges parlementaires occupés par des femmes de 63,8 pour cent, suivi par l'Éthiopie (41,6 %), la République-Unie de Tanzanie (36 %), l'Ouganda (35 %) et le Burundi (31,1 %). Dans plusieurs pays d'Afrique australe, la croissance de la part des femmes élues aux parlements nationaux s'est maintenue à un rythme constant. L'Afrique du Sud a conservé son leadership sur la sous-région, avec une part de 44,8 pour cent de femmes siégeant au parlement national, suivie par les Seychelles (43,8 %), la Namibie (42,4 %), le Botswana (41,4 %), le Mozambique (39,2 %), Maurice (38,3 %), Madagascar (35,4 %) et le Zimbabwe (31,5 %), qui ont tous atteint l'objectif de 30 pour cent et visent désormais à garantir un taux de représentation des femmes de 50 pour cent. En Afrique centrale, trois pays ont atteint la cible de 30 pour cent : l'Angola (36,8 %), le Gabon (34,5 %) et Sao Tomé-et-Principe (32,1 %). Récemment, le Sénégal a fait montre d'une très bonne performance et la proportion des femmes siégeant au parlement avait atteint 43,3 pour cent en 2014 contre 22,7 pour cent en 2010. Bien qu'un seul pays d'Afrique du Nord (l'Algérie) ait atteint la cible, c'est dans cette sous-région que l'améliora-

Figure 3.7 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national, 2000 et 2014 (%), par région



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de la DSNU, 2015.

Figure 3.8 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national (%)



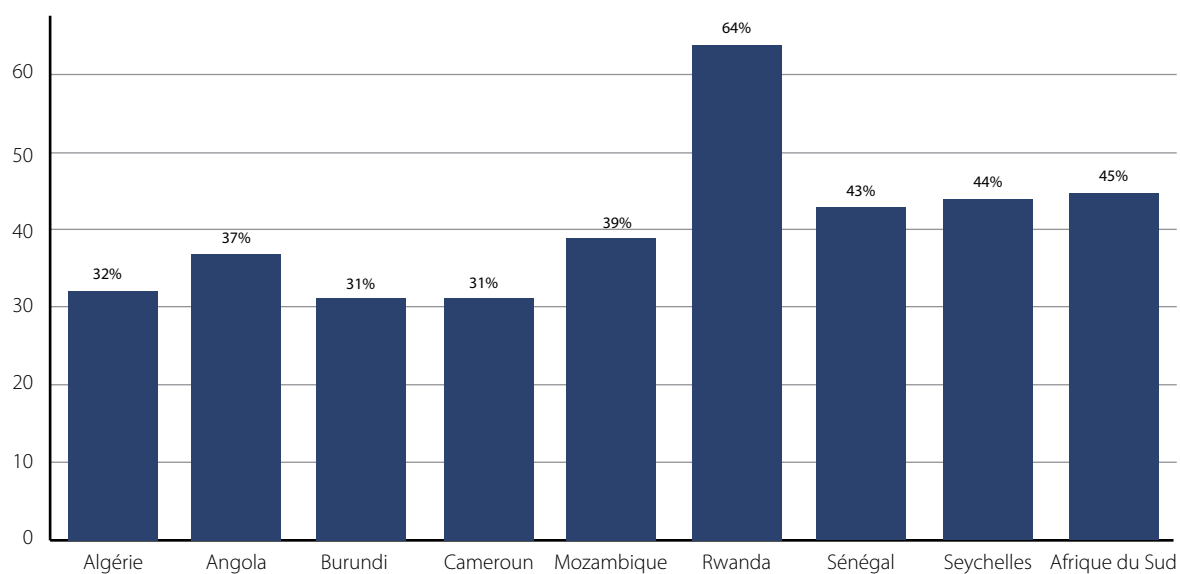
Source : données de la DSNU, 2014.

tion aura été la plus prononcée. Ainsi, entre 2010 et 2014, la proportion de femmes au parlement algérien a plus que triplé, passant de 7,7 à 31,6 pour cent ; au Maroc, elle a progressé de 10,5 à 17 pour cent et en Libye, de 7,7 à 16,5 pour cent.

Dans la plupart des pays qui ont été les premiers à se doter de telles politiques en Afrique australe et en Afrique de l'Est au début des années 1990, les quotas légaux ou volontaires semblent avoir eu une incidence positive sur la proportion des femmes dans les parlements nationaux des pays concernés. Cela dit, les partis politiques sont

de plus en plus ouverts à l'idée d'adopter des réformes intégrant la dimension de genre en vue de réunir et de soutenir un plus grand nombre de candidates. Au-delà du respect des quotas au niveau national, il importe également d'encourager la participation des femmes au niveau local afin de disposer d'un « groupe » de candidates potentielles capables de participer à la vie politique et d'accroître ainsi le nombre de femmes élues au niveau national, tout en luttant contre la violence politique souvent exercée à l'encontre des femmes et qui dissuade nombre d'entre elles d'entrer en politique.

Figure 3.9 Pays africains ayant plus de 30 pour cent de sièges occupés par les femmes au parlement national



Source : calculs effectués par les auteurs à partir des données de la DSNU, 2015.

OMD 4 : Réduire la mortalité infantile

Cette section rend compte des progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité des enfants dans le monde entier et en Afrique dans le cadre de l'OMD 4. Elle examine également les variations caractérisant les avancées enregistrées à ce jour.

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

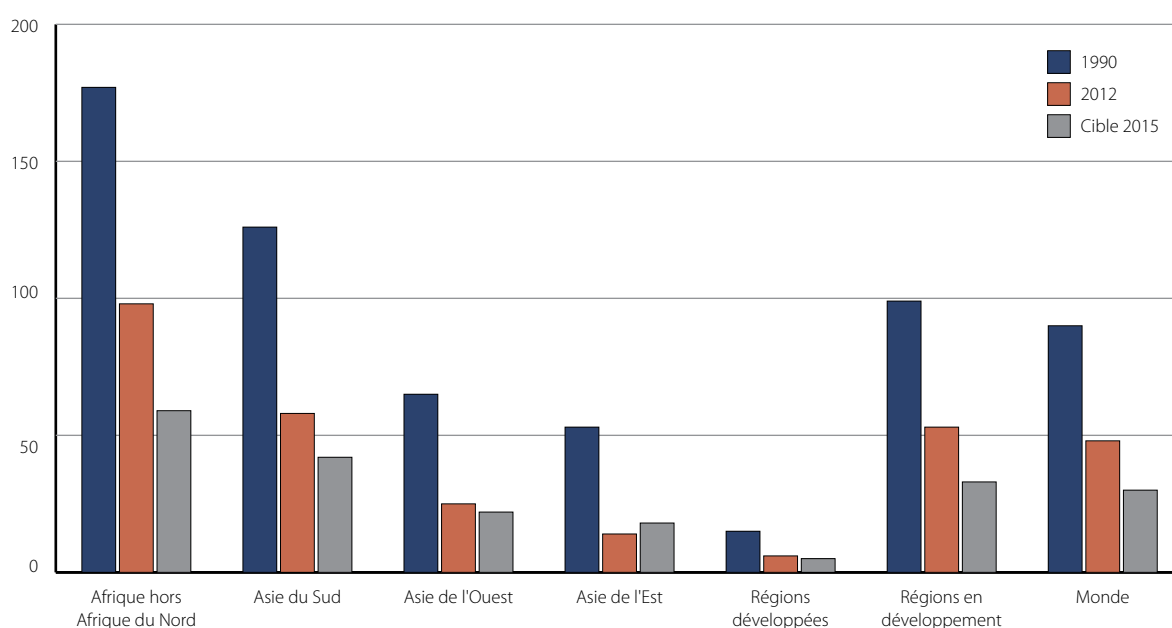
Des progrès impressionnants dans la réduction de la mortalité infantile

À l'échelle du continent, le TMM5 a été réduit de 55,5 pour cent, passant de 146 à 65 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2012, contre la cible des deux tiers de réduction. Pourtant, le continent est encore la région qui connaît la plus forte proportion de TMM5 à l'échelle mondiale, ce qui représente 1 sur 9 décès d'enfants

avant l'âge de cinq ans, comme indiqué dans la figure 4.1.

Au niveau mondial, on estime que 6,6 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans sont morts en 2012, ce qui représente une baisse remarquable par rapport aux 12,6 millions de décès d'enfants enregistrés en 1990 (UNICEF, 2013b). Pourtant, le taux de réduction de la mortalité infantile présente des variations d'une région à une autre. Bien que l'Afrique ait fait montre de progrès encourageants en la matière, il n'en reste pas moins que 3,2 millions d'enfants africains n'ont pas atteint leur cinquième anniversaire en 2012. C'est ainsi que le continent compte près de 50 pour cent de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans survenus dans le monde, contre 29 pour cent il y a vingt ans (Ibid.). La plupart de ces enfants sont morts à la suite de maladies infectieuses qui auraient pu être facilement évitées.

Figure 4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région, 1990, 2012 et cible pour 2015



Source : Nations Unies, 2013.

Vingt-sept pays en développement devraient réaliser l'OMD 4 à l'horizon 2015 (McKinnon, et al., 2014 ; The Lancet, 2014). De plus, entre 1990 et 2013, les taux de variation annualisés allaient de -6,8 pour cent à 0,1 pour cent. Quatre-vingt-dix-neuf pays sur 188, dont 43 des 48 pays d'Afrique, hors Afrique du Nord, ont enregistré une diminution des taux de mortalité infantile plus rapide entre 2000 et 2013 qu'entre 1990 et 2000. Le taux annuel moyen de réduction du nombre de décès d'enfants a atteint 4,1 pour cent entre 2005 et 2012, contre 0,8 pour cent entre 1990 et 1995 (UNICEF, 2013b).

Par rapport à la cible visant une réduction de deux tiers, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) a baissé de 44,6 pour cent, passant de 177 à 98 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2012 à l'échelle du continent.

L'Égypte, l'Éthiopie, le Libéria, le Malawi, la République-Unie de Tanzanie et la Tunisie ont atteint la cible liée au TMM5 en 2012. De leur côté, l'Algérie, le Cabo Verde, l'Érythrée, la Libye, Madagascar, le Maroc, le Mozambique, le Niger, l'Ouganda, le Rwanda et le Soudan du Sud ont réduit leur TMM5 d'au moins 60 pour cent, ou sont sur le point d'atteindre la cible des deux tiers de réduction du TMM5. L'augmentation du TMM5 observée au Botswana, au Lesotho, au Swaziland et au Zimbabwe au cours de la même période était en grande partie liée aux décès causés par le VIH/sida.

En ce qui concerne la réalisation de la cible visant la réduction du taux de mortalité infantile (TMI), de fortes variations apparaissent également entre les différents pays. À l'échelle du continent, le TMI a chuté de 90 à 54 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2014, ce qui correspond à une régression moyenne de 40 pour cent. En outre, entre 1990 et 2012, 18 pays ont réduit leur taux de mortalité infantile de plus de la moitié (plus de 65 %), dont l'Égypte, le Libéria, le Malawi et la Tunisie ; et 26 pays ont enregistré des réductions en la matière allant de 20 à 49,9 pour cent. Au cours de la même période, le Lesotho, le Swaziland et le Zimbabwe ont également connu une augmentation de leur TMI et de leur TMM5. En 2012, la Répu-

blique centrafricaine, la République démocratique du Congo, la Sierra Leone et la Somalie faisaient encore partie des pays caractérisés par les taux de mortalité infantile les plus élevés, révélant des chiffres dépassant les 100 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le TMM5 du Botswana est passé de 57 à 76 pour cent entre 1990 et 2007, puis est retombé à 28 pour cent en 2011, tandis que son TMI est passé de 48 à 57 entre 1990 et 2007 avant de redescendre à 17 pour cent en 2011.

Dans bon nombre de pays africains, les taux de mortalité néonatale ont progressé lentement ou stagné. La situation s'est même empirée au sein des grandes populations rurales d'Afrique, en raison d'un accès insuffisant aux services de santé maternelle et néonatale et du faible recours aux prestations proposées. Sur le plan mondial, certains pays ont nettement progressé en termes de réduction de leurs taux de mortalité néonatale, notamment la Chine et l'Égypte (les deux pays affichant une réduction de 60 pour cent de décès de nouveau-nés) et le Cambodge (51 %) (The Lancet, 2014). En revanche, l'Afrique, hors Afrique du Nord, où le tiers environ des décès d'enfants de moins de 5 ans survient pendant la période néonatale, affiche le taux de mortalité néonatale le plus élevé (32 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012) et représente ainsi 38 pour cent des décès néonataux à l'échelle mondiale (UNICEF, 2013b).

Dans l'ensemble, les pays africains ont fait des progrès substantiels dans le cadre de l'OMD 4 (« Réduire la mortalité infantile »). L'Afrique hors Afrique du Nord en particulier, a vu son TMM5 baisser plus rapidement, son taux de réduction annuel ayant doublé de 1990 à 2000 et de 2000 à 2011. Les efforts consentis en vue d'accélérer la réduction du TMM5 en Afrique ont permis au continent d'enregistrer des progrès non négligeables vers l'atteinte de cet objectif.

Cependant, en vue d'améliorer la survie des enfants, il est indispensable de faire baisser la mortalité néonatale. Il existe à cette fin des interventions éprouvées, abordables et à fort impact, à savoir : l'accouchement par un personnel de santé qualifié et les soins obstétricaux d'urgence ;

la gestion des naissances prématurées, y compris l'administration de corticostéroïdes prénatals pour accélérer la maturation pulmonaire ; les soins néonataux de base ; la réanimation néonatale ; le dépistage précoce et le traitement par antibiotiques d'infections graves ; les soins cliniques aux nouveau-nés très petits ou malades ; et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Il est essentiel que ces interventions soient priorisées et intégrées dans les modalités de prestation des services. Afin de garantir un impact maximal, il convient de regrouper différents services médicaux de qualité au sein de l'établissement de santé, soutenus par des

services de proximité, d'assurer le suivi et l'orientation des patientes, de promouvoir des comportements sains à domicile et d'encourager la prise de décision de recourir aux soins le plus tôt possible. Un effort concerté se doit d'être axé sur les déterminants sociaux de la santé (éducation, revenu, orientation sexuelle, sécurité alimentaire des ménages, eau et assainissement, etc.). Les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres doivent bénéficier de mécanismes de protection sociale, y compris de l'assurance maladie de sorte à bénéficier d'un meilleur accès aux interventions à fort impact.

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

Les pays d'Afrique ont encore beaucoup à faire pour réaliser l'OMD 5 (« Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle »). Moins des deux cinquièmes de ces pays disposent d'un système complet de registres d'état civil permettant d'attribuer comme il se doit les causes de décès, alors que la disponibilité de tels registres est indispensable si l'on veut mesurer avec précision les taux de mortalité maternelle. En raison du manque de données relatives aux OMD, notamment en matière de santé maternelle, la plupart des pays et des partenaires au développement doivent se baser sur des estimations pour se faire une idée de la situation de l'Afrique dans ce domaine.

Au plan mondial, les chiffres de l'OMS font état, pour la seule année 2013, de 800 décès maternels pour 100 000 naissances par jour, à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. On sait que pour une femme vivant dans un pays en développement, et plus particulièrement en Afrique, le risque de mourir de causes liées à la maternité est 23 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays développé (OMS, 2014). La mortalité maternelle en Afrique est généralement associée à trois types de retards susceptibles d'intervenir dans le processus qui aboutit à l'accouchement : retard dans la décision d'avoir recours aux soins médicaux, retard dans l'accès à l'établissement où ces soins sont dispensés, retard dans l'administration des soins (CEA *et al.*, 2011).

La troisième Conférence des ministres africains en charge des faits d'état civil, qui s'est tenue en Côte d'Ivoire du 9 au 13 février 2015, s'est achevée sur la Déclaration de Yamoussoukro qui a notamment appelé à l'intensification des efforts en vue de développer l'enregistrement des décès et des causes de décès. L'application de ces résolutions permettra au continent de se doter des moyens dont il a besoin pour mesurer avec précision les

décès maternels, et de renforcer ainsi les politiques visant à améliorer la santé maternelle. Par ailleurs, le lancement, en septembre 2010, de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant par le Secrétaire général des Nations Unies a largement contribué à la mobilisation des gouvernements africains, des OSC et des partenaires au développement en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation de l'OMD 5 (Nations Unies, 2010).

L'Afrique a fait d'énormes progrès en matière d'amélioration de la santé maternelle, mais seuls quelques pays (Cabo Verde, Guinée équatoriale et Rwanda) ont atteint la cible d'une réduction des deux tiers du taux de mortalité maternelle avant l'échéance de 2015.

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

L'Afrique affiche le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde

L'Afrique est la région où le taux de mortalité maternelle (TMM) est le plus élevé au monde. Selon les données émanant de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), l'Afrique a enregistré en 2013 une moyenne de 289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que la moyenne mondiale s'établissait à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La même année, les régions développées ont connu le TMM le plus bas (16 décès pour 100 000 naissances vivantes), suivies par l'Asie de l'Est (33 décès pour 100 000 naissances vivantes), et le Caucase et l'Asie centrale (39 décès pour 100 000 naissances vivantes) tel qu'indiqué dans le tableau 5.1.

Entre 1990 et 2013, seuls quatre pays africains ont réduit leur TMM de plus de 75 pour cent, réalisant ainsi la cible de l'OMD 5 : le Cabo Verde, 77 pour cent ; l'Érythrée, 77,6 pour cent ; la Guinée équa-

Tableau 5.1 Comparaisons mondiales des taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, femmes âgées entre 15 et 49 ans)

Taux de mortalité maternelle	1990	2000	2013
Monde	380	330	210
Régions en développement	430	370	230
Afrique	575	470	289
Amérique latine et Caraïbes	140	110	85
Asie de l'Est	95	63	33
Asie du Sud	530	360	190
Asie du Sud-Est	320	220	140
Asie de l'Ouest	130	97	74
Océanie	390	290	190
Caucase et Asie centrale	70	65	39
Régions développées	26	17	16

Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

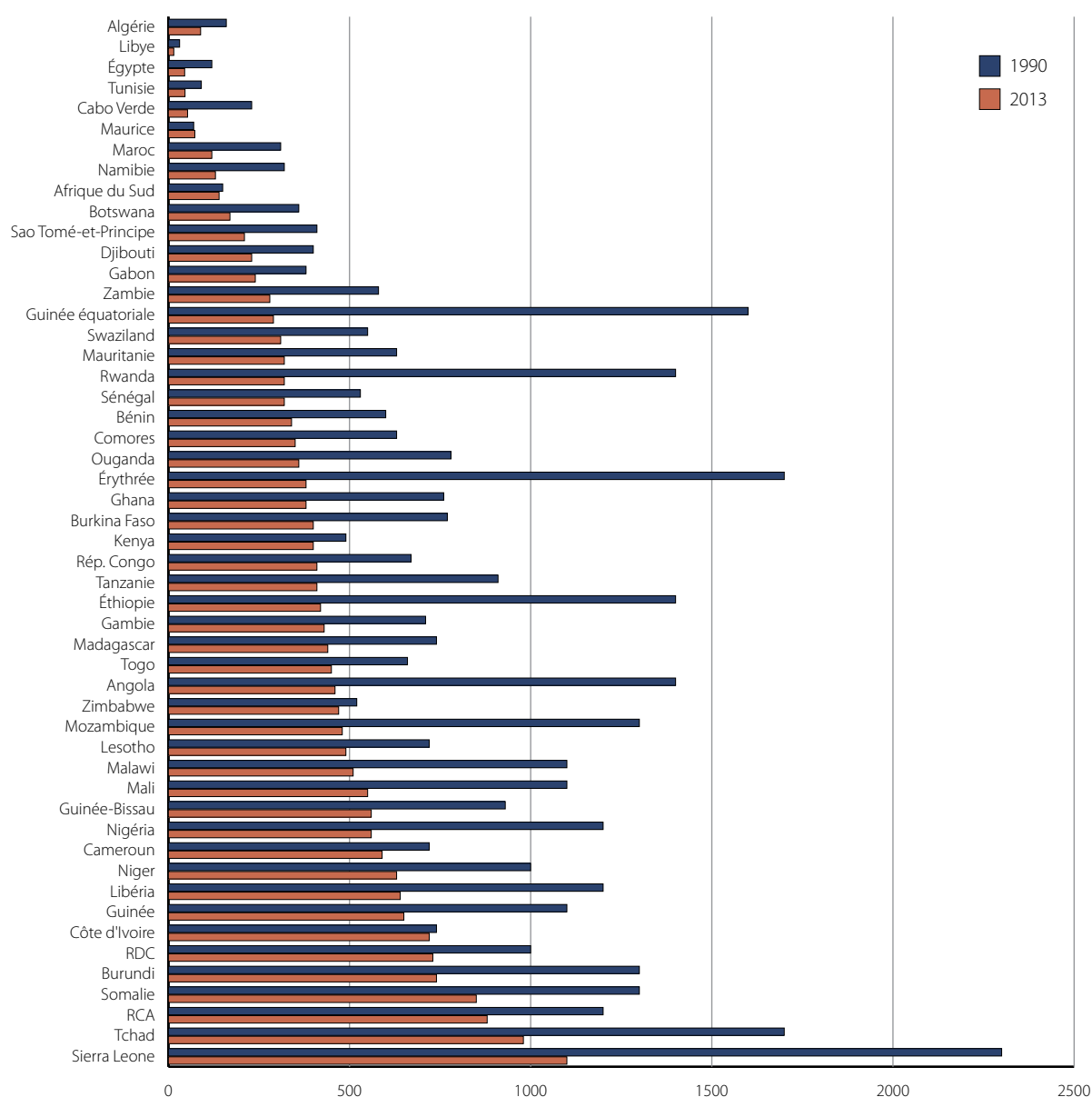
toriale, 81,9 pour cent ; et le Rwanda, 77,1 pour cent. Certains pays ont diminué leur TMM de plus de 60 pour cent et sont donc en bonne voie pour atteindre l'OMD 5. Il s'agit de : l'Éthiopie, 70 pour cent ; l'Angola, 67 pour cent ; le Mozambique, 63 pour cent ; l'Égypte, 62,5 pour cent ; et le Maroc, 61,3 pour cent. En revanche, d'autres pays africains n'ont que légèrement baissé leur TMM (de moins de 10 pour cent) : le Zimbabwe, 9,6 pour cent ; l'Afrique du Sud, 6,7 pour cent ; et la Côte d'Ivoire, 2,7 pour cent. Seul Maurice a vu son TMM augmenter de 4,3 pour cent entre 1990 et 2013. Cependant, les pays qui avaient déjà un faible TMM en 1990 ont pu difficilement le réduire davantage en 2013. Quant aux pays sortant

d'un conflit ou en situation de conflit, tels que le Burundi, la République démocratique du Congo, la Sierra Leone, la Somalie ou le Tchad, ils affichent des TMM excessivement élevés (figure 5.1).

L'accès limité à des professionnels de la santé qualifiés freine la lutte contre la mortalité infantile

Les données mondiales sur la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié montrent que l'Afrique fait encore partie des régions où les taux en la matière sont les plus faibles (68 %), bien que sa performance ait dépassé celle de l'Asie du Sud, dont le taux était de 51 pour cent en 2012 (tableau 5.2).

Figure 5.1 Progrès réalisés en matière de réduction du taux de mortalité maternelle, 1990-2013



Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

Tableau 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans le monde (%)

Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	1990	2000	2012
Monde	57	58	69
Régions en développement	56	57	68
Afrique	47	56	68
Caraïbes	70	71	74
Asie de l'Est	94	97	100
Asie du Sud	33	38	51
Asie du Sud-Est	49	66	79
Asie de l'Ouest	60	70	80
Caucase et Asie centrale	97	92	98

Source : DSNU, 2015.

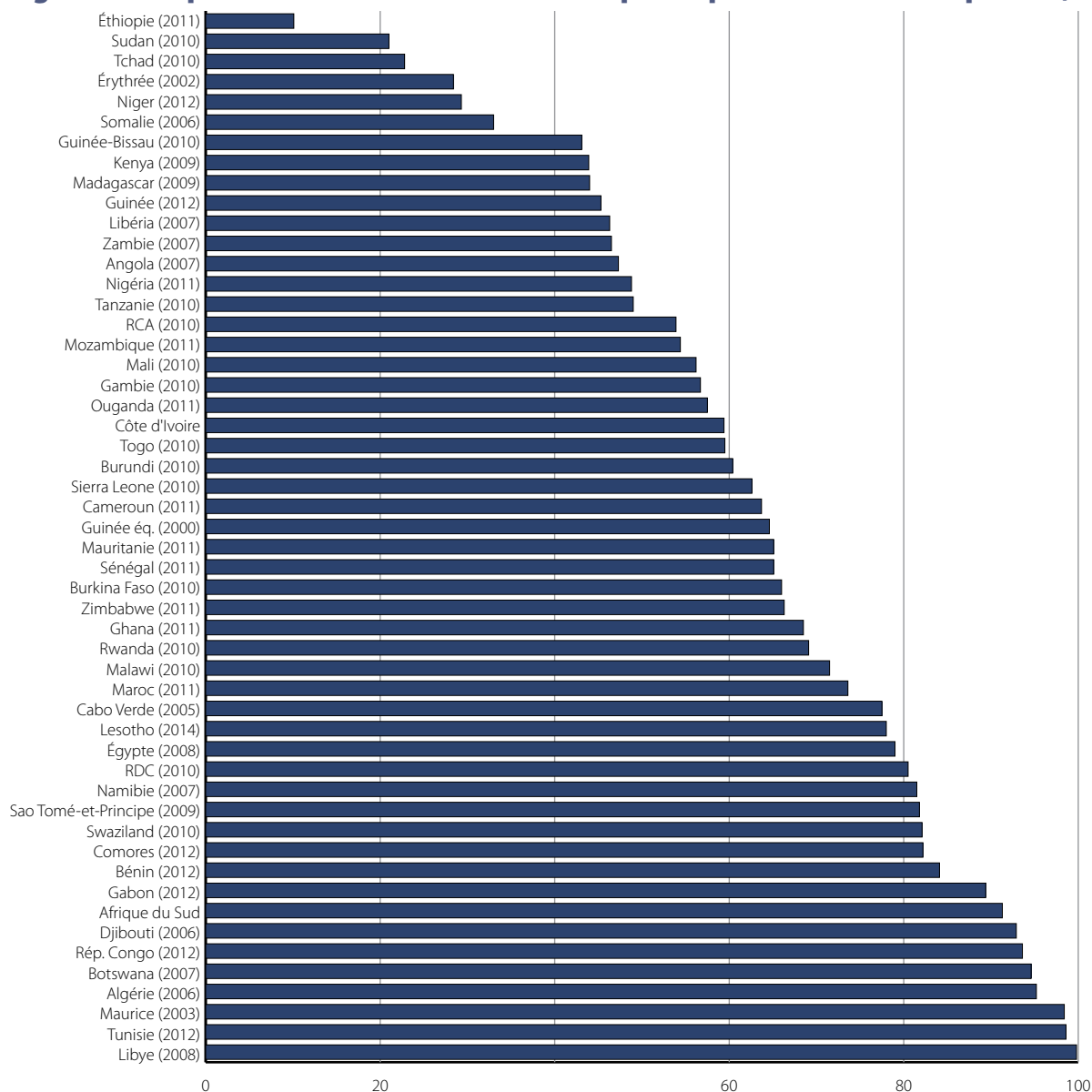
Quatre pays d'Afrique ont réalisé des performances impressionnantes dans ce domaine, en portant à plus de 95 pour cent la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (Libye, 99,8 % ; Tunisie, 98,6 % ; Maurice, 98,4 % ; et Algérie, 95,2 %). Les résultats indiquent également que le Niger, l'Érythrée, le Tchad, le Soudan et l'Éthiopie ont été les pays d'Afrique les moins performants à cet égard (figure 5.2).

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

L'augmentation du taux de prévalence contraceptive peut réduire les décès maternels

Le taux de prévalence contraceptive (TPC), appliqué aux femmes mariées ou en union, indique la capacité de ces dernières à planifier le nombre d'enfants désirés au sein de leur couple et le moment le plus approprié pour les concevoir (UNFPA, 2012). Selon les données de la DSNU pour 2012, l'Afrique aurait enregistré le deuxième TPC le plus faible au monde (44,3 %), derrière l'Océanie (37,3 %) (tableau 5.3).

Figure 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)



Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

Tableau 5.3 Taux de prévalence contraceptive au plan mondial chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union, utilisant toute forme de contraception (%)

Taux de prévalence contraceptive	1990	2000	2012
Monde	55,2	61,5	63,5
Régions en développement	51,8	59,8	62,5
Afrique	28,0	38,2	44,3
Amérique latine et Caraïbes	61,1	69,9	73,2
Asie de l'Est	78,1	85,7	83,5
Asie du Sud	39,2	48,3	57,0
Asie du Sud-Est	48,1	57,1	63,1
Asie de l'Ouest	44,0	51,0	57,6
Océanie	28,4	31,6	37,3
Caucase et Asie centrale	49,3	57,9	56,4
Régions développées	68,4	70,1	69,8
Petits États insulaires en développement	49,6	53,1	55,7

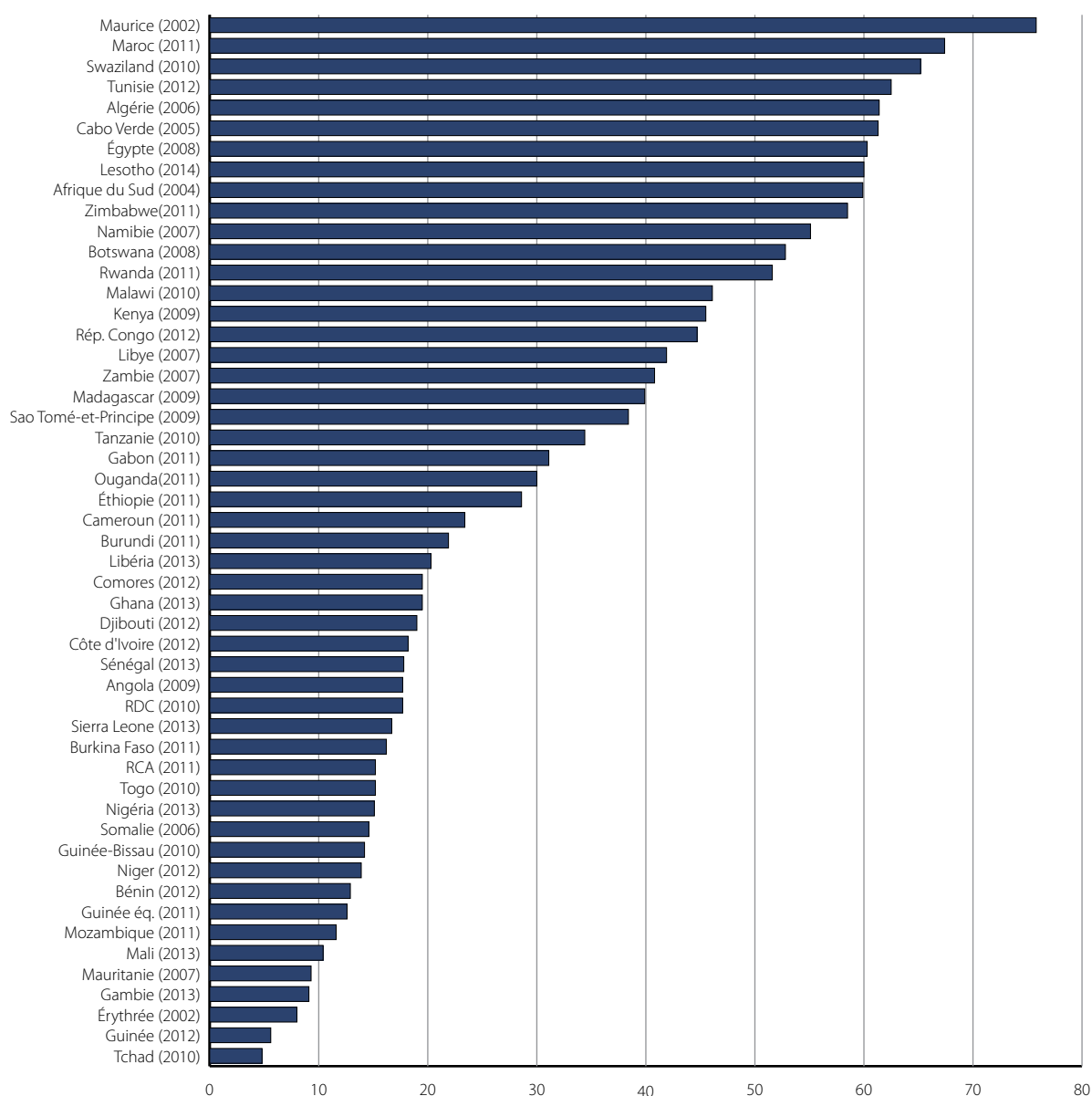
Source : DSNU, 2014.

Plus de 70 pour cent des pays africains ont un TPC de moins de 50 pour cent, ce qui peut expliquer pourquoi le nombre de décès maternels est toujours aussi élevé en Afrique. Cinq pays, à savoir le Tchad, la Guinée, l'Érythrée, la Gambie et la Mauritanie, ont fait état d'un TPC inférieur à 10 pour cent, contrairement à Maurice, qui affiche le TPC le plus élevé d'Afrique (figure 5.3).

Le préservatif constitue l'un des modes de contraception les plus importants, particulièrement en ce qui concerne l'espace des grossesses. Malgré la popularité de son utilisation en

Afrique, seule une faible proportion de femmes mariées a recours au préservatif comme moyen de contraception. La figure 5.4 montre que c'est au Botswana, au Swaziland, au Congo, en Namibie et au Lesotho, dans cet ordre, que l'utilisation du préservatif par les femmes mariées d'âge compris entre 15 et 49 ans est la plus élevée, bien qu'aucun pays africain n'affiche un taux de prévalence contraceptive supérieur à 50 pour cent. En 2013, la prévalence de l'utilisation du préservatif par les femmes mariées ne dépassait pas les 10 pour cent dans d'autres pays d'Afrique (DSNU, 2015).

Figure 5.3 Taux de prévalence contraceptive, toute forme de contraception (%)



Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

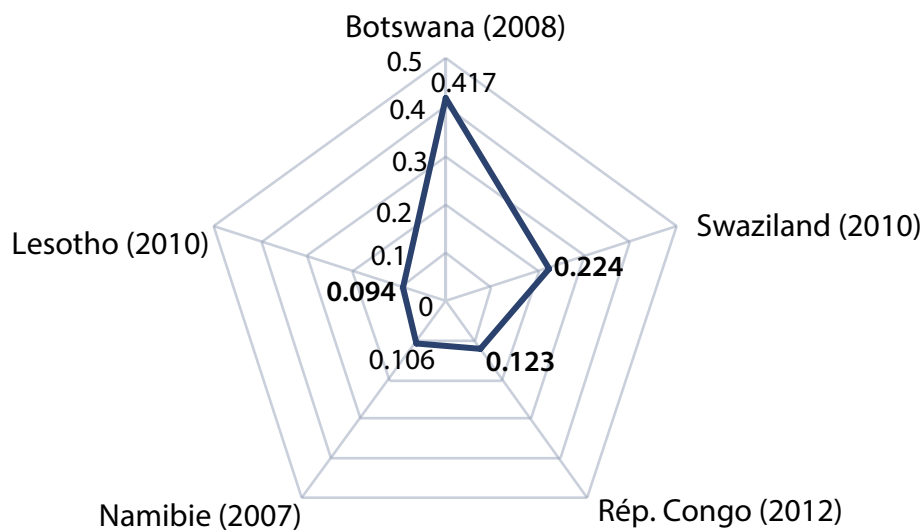
Les grossesses précoces présentent des risques de santé pour les adolescentes

Une grossesse précoce n'entraîne pas seulement des risques de santé pour la jeune mère et son enfant, mais elle représente aussi une perte d'opportunités en matière d'éducation et de travail, et perpétue la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Par conséquent, la réduction des grossesses précoces peut favoriser la réalisation

d'autres OMD axés sur la pauvreté, l'éducation, l'égalité des genres et la mortalité infantile (Nations Unies, 2014).

Sur le plan mondial, presque toutes les régions connaissent aujourd'hui un déclin de leur taux de natalité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. L'Afrique a également vu son taux de natalité parmi les adolescentes baisser de manière

Figure 5.4 Taux actuel d'utilisation des préservatifs chez les filles et les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans (dans les cinq pays d'Afrique ayant les taux les plus élevés) (%)



Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

Tableau 5.4 Naissances vivantes pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans

Naissances vivantes pour 1 000 adolescentes	1990	2000	2011
Monde	58,8	51,6	50,1
Régions en développement	63,7	56,1	54,3
Afrique	82,8	76,5	74,6
Amérique latine et Caraïbes	85,8	86,2	75,9
Asie de l'Est	15,3	5,8	6,0
Asie du Sud	87,6	60,8	49,5
Asie du Sud-Est	54,2	43,4	43,2
Asie de l'Ouest	62,9	50,5	47,0
Océanie	84,1	64,5	58,5
Caucase et Asie centrale	44,6	28,5	31,8
Régions développées	33,7	25,5	20,6
Petits États insulaires en développement	77,2	72,7	62,7

Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

beaucoup plus prononcée qu'en Amérique latine et qu'aux Caraïbes en 2011 (tableau 5.4).

Malgré cela, l'Afrique continue de faire face à un défi majeur en termes de réduction du taux de natalité chez les adolescentes. En effet, la moitié des pays africains affichent des taux de natalité de plus de 100 naissances pour 1 000 adolescentes. Étant donné que l'OMS considère comme très éle-

vés les taux supérieurs à 100, des actions concertées s'imposent afin de minimiser le nombre de ces grossesses sur le continent si l'Afrique veut réduire de manière significative le nombre de décès maternels (OMS, 2013). Seuls sept pays d'Afrique affichent des taux de natalité inférieurs à 50 naissances pour 1 000 adolescentes : Algérie, Djibouti, Libye, Maroc, Maurice, Rwanda et Tunisie (tableau 5.5).

Tableau 5.5 Performances des pays par rapport au nombre de naissances pour 1 000 adolescentes

Plus de 150 naissances		Entre 100 et 150 naissances		Entre 50 et 99 naissances		Entre 10 et 49 naissances		Moins de 10 naissances	
RCA (2009)	229,0	Libéria (2011)	149,0	Bénin (2009)	98,1	Rwanda (2008)	41,0	Tunisie (2011)	6,9
Niger (2010)	206,0	Rép. Congo (2009)	147,0	Lesotho (2007)	92,0	Maroc (2008)	32,0	Algérie (2006)	4,4
Tchad (2009)	203,4	Madagascar (2006)	147,0	Cabo Verde (2003)	92,0	Maurice	31,0	Libye (2002)	4,1
Angola (2008)	188,0	Ouganda (2009)	146,0	Swaziland (2009)	89,0	Djibouti (2010)	20,6		
Mali (2011)	172,0	Guinée-Bissau (2009)	136,7	Mauritanie (2001)	88,1				
Mozambique (2009)	166,0	Burkina Faso (2008)	136,0	Togo (2009)	88,0				
Malawi (2008)	157,0	République démocratique du Congo (2009)	135,0	Gambie (2011)	88,0				
Guinée (2009)	154,0	Guinée équatoriale (2001)	128,1	Éthiopie (2008)	87,0				
Zambie (2005)	151,0	Cameroun (2008)	128,0	Érythrée (1999)	85,0				
		Tanzanie (2007)	128,0	Sénégal (2011)	80,0				
		Côte d'Ivoire (2009)	125,0	Namibie (2004)	74,0				
		Sierra Leone (2012)	125,0	Seychelles (2011)	70,3				
		Somalie (2005)	123,0	Ghana (2006)	70,0				
		Nigéria (2011)	122,0	Comores (2011)	70,0				
		Gabon (2009)	115,0	Burundi (2008)	65,0				
		Zimbabwe (2008)	112,0	Afrique du Sud (2007)	54,0				
		Sao Tomé-et-Principe (2006)	110,0	Botswana (2006)	51,0				
		Kenya (2006)	106,0	Égypte (2005)	50,0				

Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

L'augmentation de la couverture des soins prénatals peut sauver la vie de la mère et du nouveau-né

Afin d'assurer le bien-être des mères et des nouveau-nés, l'OMS recommande un minimum de quatre visites de soins prénatals (OMS, 2014). Selon le Rapport mondial sur les OMD 2014, 52 pour cent des femmes enceintes ont effectué au moins quatre visites de soins prénatals pendant leur grossesse en 2012, ce qui représente une amélioration par rapport au taux de 37 pour cent enregistré en 1990. Les résultats montrent que l'Afrique progresse peu sur cet indicateur, puisque moins de 50 pour cent des femmes effectuent les quatre visites de soins prénatals recommandées. Cependant, il convient de noter que 80 pour cent des Africaines se sont rendues au moins une fois à une consultation de soins prénatals dans un centre de santé.

De tous les pays africains, l'Afrique du Sud, le Ghana et la Tunisie disposent de la couverture des soins prénatals la plus élevée (avec plus de 80 % de femmes enceintes couvertes), alors que la Somalie et Djibouti affichent les résultats les plus bas dans ce domaine (figure 5.5).

Un contact régulier avec les professionnels de santé est essentiel aux femmes enceintes et présente un certain nombre d'avantages, dont la

prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), la supplémentation en micronutriments, l'information sur la préparation à la naissance, ainsi que le traitement de tout risque imminent de maladie. Les soins prénatals facilitent en outre la détection précoce des problèmes liés à la grossesse et permettent d'orienter (en temps opportun) vers les services spécialisés les femmes enceintes présentant des complications (UNICEF, 2013a).

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent un problème de taille

Selon un rapport publié en 2012 par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), les femmes qui souhaitent reporter leur grossesse pendant au moins deux ans ou éviter une nouvelle grossesse, mais qui n'utilisent pas une méthode contraceptive ont un besoin non satisfait en matière de planification familiale (UNFPA, 2012). D'après les données de la DSNU, l'Afrique affichait le pourcentage de besoins non satisfaits en matière de planification familiale le plus élevé en 2012, un chiffre légèrement supérieur à celui des petits États insulaires en développement (PEID).

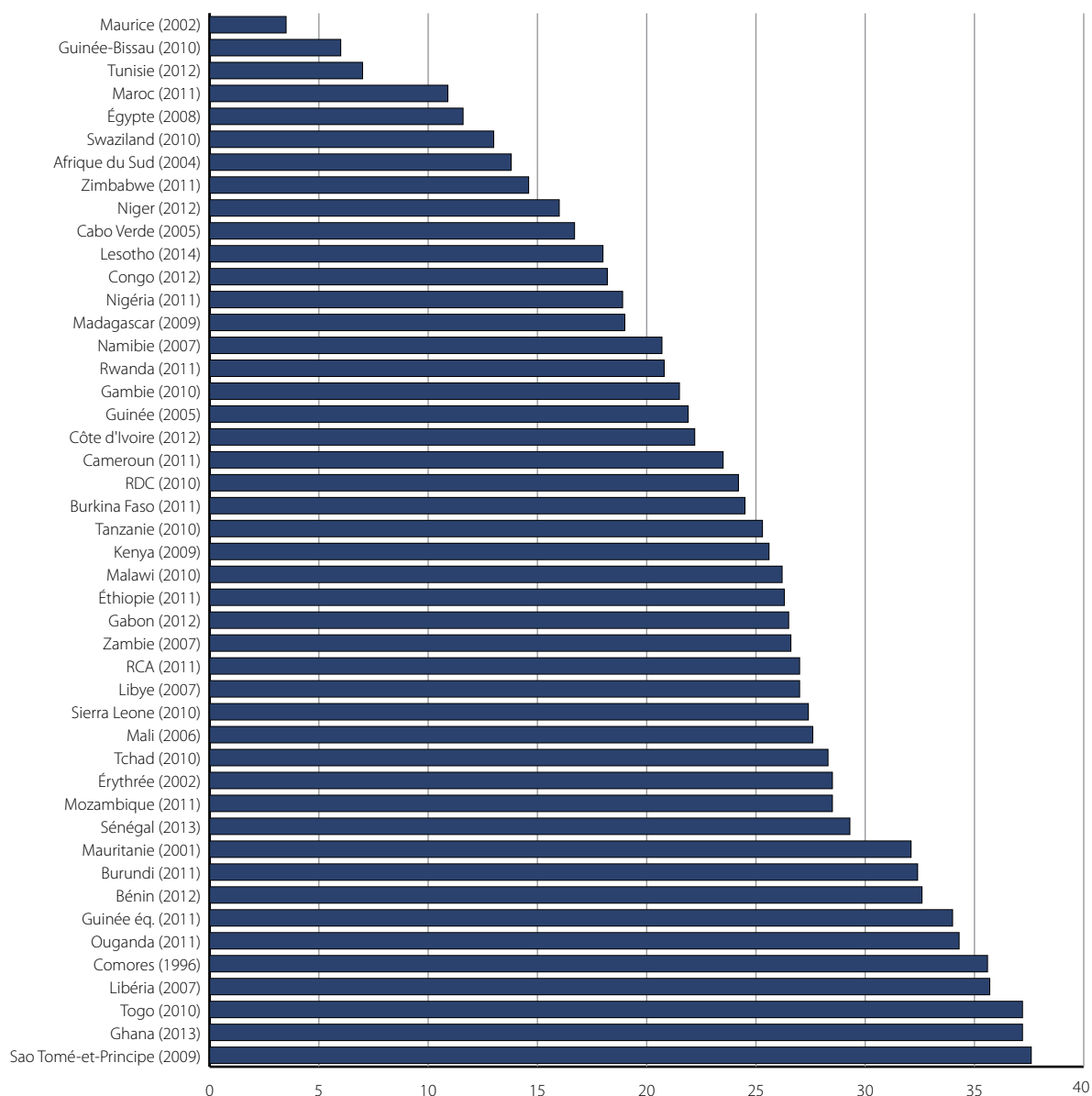
En Afrique, c'est à Sao Tomé-et-Principe que le pourcentage des besoins de planification fami-

Tableau 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale au plan mondial chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union (%)

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (%)	1990	2000	2012
Monde	15,2	12,8	12,0
Régions en développement	16,5	13,5	12,4
Afrique	24,9	20,3	18,5
Amérique latine et Caraïbes	17,3	12,8	10,6
Asie de l'Est	5,7	3,2	3,9
Asie du Sud	21,3	17,6	14,4
Asie du Sud-Est	18,8	15,5	12,5
Asie de l'Ouest	21,6	19,3	15,9
Océanie	27,4	26,7	24,6
Caucase et Asie centrale	18,0	14,0	14,1
Régions développées	10,4	9,7	9,8
Petits États insulaires en développement	20,2	19,5	18,4

Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

Figure 5.5 Couverture des soins prénatals, au moins quatre visites (%)

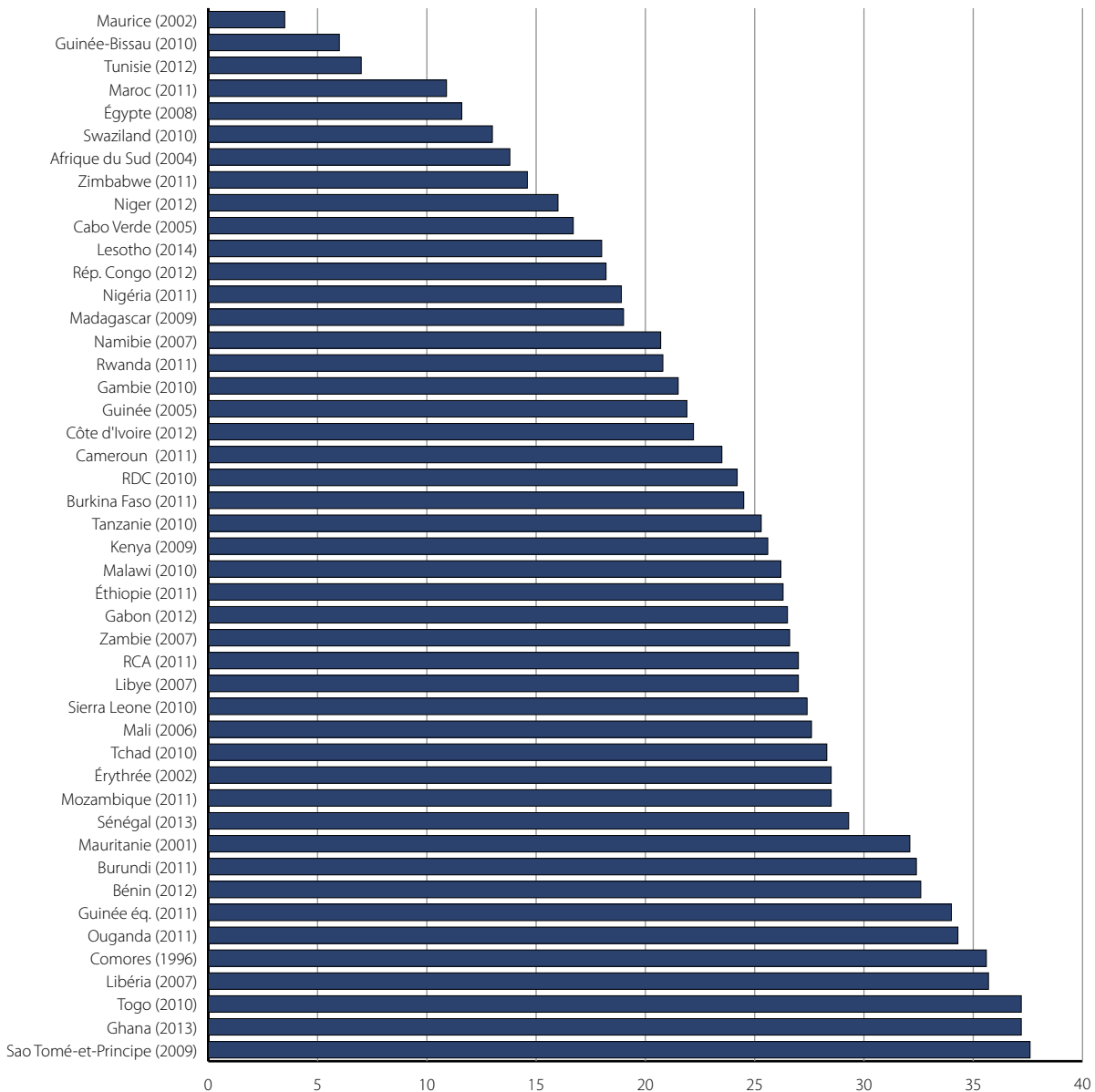


Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

liale non satisfaits est le plus élevé et à Maurice qu'il est le plus faible. Même si tous les pourcentages des besoins de planification familiale non satisfaits sont inférieurs à 50 pour cent à l'échelle du continent, la cible à atteindre est un taux égal à zéro (figure 5.6). Au Niger, le gouvernement a joué

un rôle proactif dans la réduction des besoins de planification familiale non satisfaits en impliquant les maris, une initiative fort louable qui a conduit à une réduction de 16 pour cent en 2012 (DSNU, 2014).

Figure 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale, total (%)



Source : données de la DSNU, mises à jour le 7 juillet 2014.

Les défis posés par les méthodes utilisées pour mesurer les progrès dans le domaine de la santé maternelle

Le manque de données est l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre des OMD, en particulier l'OMD 5. Les dernières données disponibles issues de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), qui est le principal organe chargé de collecter et de centraliser les données relatives aux OMD, datent de 2013. En l'absence de données à jour, les pays ne peuvent ni déterminer avec certitude le succès de certaines interventions ni établir le meilleur moyen de répartir les ressources disponibles en vue d'améliorer la santé maternelle (CEA et al., 2012).

Par ailleurs, il faut rappeler que les pays africains ont éprouvé des difficultés à mesurer la mortalité maternelle selon la définition recommandée par l'OMS. Cette dernière différencie les décès maternels directs des décès maternels indirects en fonction de leurs causes. Les décès maternels directs sont ceux qui résultent des complications obstétricales dont peut souffrir la femme enceinte, y compris au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. D'autres causes de décès maternels directs sont associées à des interventions, des omissions, des traitements inappropriés ou à un enchaînement d'événements résultant de l'une des situations énumérées plus haut. Il s'ensuit que les décès dus à des

hémorragies obstétricales, à des complications liées à l'anesthésie ou à une césarienne font partie des causes de décès maternels directs. Quant aux décès maternels indirects, ce sont ceux qui sont entraînés par des maladies contractées au cours de la grossesse et aggravées par les effets physiologiques de celle-ci, comme les insuffisances cardiaques ou rénales par exemple (OMS, 2012a).

Dans les pays d'Afrique où la plupart des accouchements et des décès ont lieu en dehors des établissements de santé, l'identification des causes de décès maternels peut devenir fort problématique, notamment pour ce qui est d'obtenir des chiffres exacts sur le TMM. Dans un contexte où la certification médicale des causes de décès est inexistante, il est difficile d'attribuer avec certitude la cause des décès à des cas de mortalité maternelle. Selon un rapport publié conjointement par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, les cas de mortalité maternelle dans les pays développés pourraient être sous-déclarés en raison d'erreurs de calcul associées à l'utilisation de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, et ce, malgré l'enregistrement systématique des causes de décès, en vigueur depuis plus de dix ans (OMS, 2014a).

De surcroît, compte tenu des lacunes que présentent les systèmes d'état civil en Afrique, il est difficile d'identifier les décès maternels du fait que les décès de femmes appartenant au groupe en âge de procréer (15-49 ans) peuvent ne pas faire l'objet d'un enregistrement. D'après les *Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil, Troisième révision* des Nations Unies, l'enregistrement des faits d'état civil demeure le système le mieux indiqué et le plus fiable en matière de fourniture de statistiques sur les décès et les causes des décès. En conséquence, il convient de soutenir le Programme africain d'amélioration accélérée des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil (APAI-EVRC), qui a été créé pour éliminer les obstacles entravant l'enregistrement des décès et de leurs causes (DSNU, 2014).

Conclusion

Compte tenu des efforts considérables déployés par les pays africains afin d'améliorer la santé maternelle sur leur territoire, l'accélération en cours a de grandes chances d'aboutir à une forte réduction des cas de mortalité maternelle, même au-delà de 2015, date butoir fixée pour la réalisation des OMD. Différentes approches innovantes qui gagneraient à être largement adoptées et répliquées à travers le continent ont été mises en œuvre dans plusieurs pays africains en vue de réduire la mortalité maternelle.

Les systèmes d'enregistrement systématique des faits d'état civil, y compris l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès, doivent être renforcés. Pour les décès qui surviennent en dehors des établissements de santé, l'OMS recommande le recours à l'autopsie verbale (AV), une approche essentielle qui permet d'obtenir des renseignements sur la cause probable du décès. Une autopsie verbale consiste à interroger les membres de la famille ou de la communauté de la personne décédée. En 2012, l'OMS a publié une version révisée et abrégée du questionnaire d'autopsie verbale, intitulée « Release Candidate 1 » (OMS, 2012b). Cette méthode est souvent utilisée lorsqu'il est impossible de faire certifier la cause du décès par un médecin.

Les taux de prévalence contraceptive et les pourcentages de besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Afrique montrent que, au-delà de la nécessité de mettre à disposition des moyens contraceptifs et à des prix abordables, il convient de déployer des efforts concertés visant à informer les femmes sur les différents produits contraceptifs disponibles et la manière dont ils peuvent répondre à leurs besoins.

À la lumière des progrès constants réalisés jusqu'à ce jour, et plus particulièrement en Afrique, l'imminence du programme de développement pour l'après-2015 nous laisse espérer qu'il sera possible d'améliorer la santé maternelle sur le long terme, à condition toutefois que les interventions actuelles soient maintenues et appuyées par de nouvelles mesures.

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

Les efforts visant à lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (TB) qui sévissent en Afrique ont engendré des résultats impressionnants depuis 1990 et placent aujourd'hui le continent sur une voie plus solide, susceptible d'inverser la propagation de ces maladies. En effet, on observe une tendance à la baisse au niveau des taux d'incidence, de prévalence et de mortalité liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, en particulier depuis 2000. L'action menée sur ce front a été en grande partie déployée grâce aux mesures suivantes : l'adoption d'interventions et de programmes recommandés par l'OMS, tels que le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) pour la tuberculose ; l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) et le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) dans le cas du paludisme ; et l'utilisation de préservatifs et de traitements anti-rétroviraux (ART) en ce qui concerne le VIH/sida. Ces initiatives témoignent de l'engagement politique de haut niveau en faveur de la lutte contre ces maladies, rarement égalé en matière d'OMD. Pourtant, malgré les avancées accomplies dans ce domaine, l'Afrique paie le plus lourd tribut à ce fléau puisqu'elle compte plus de la moitié des cas et des taux de mortalité associés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose dans le monde.

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

Avancées significatives sur le front de la lutte contre le VIH/sida

Au cours des quinze dernières années, l'Afrique a fait des progrès considérables en matière de lutte contre le VIH/sida et elle est parvenue à inverser l'évolution de la pandémie et à en réduire le bilan mortel. Ces résultats concernent l'ensemble des cinq sous-régions géographiques du continent. Entre 2001 et 2013, l'incidence de la maladie chez les adultes (c.-à-d., le nombre de nouvelles infec-

tions à VIH par an pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans) a chuté de plus de moitié en Afrique australe, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Elle a été réduite de 46 pour cent en Afrique de l'Est et s'est maintenue à un faible niveau (0,01 %) en Afrique du Nord (tableau 6.1). En fait, tous les pays d'Afrique ont accusé une baisse du nombre de nouvelles infections, à l'exception de l'Angola et de l'Ouganda, lesquels, au contraire, font face à une détérioration de leur situation à cet égard.

En raison de la baisse du nombre de nouvelles infections, la prévalence du VIH⁴ chez les adultes en Afrique, hors Afrique du Nord, a diminué, passant de 5,6 à 4,7 pour cent entre 2005 et 2013 (figure 6.1). Au cours de la même période, le nombre de décès liés au sida au sein de la population (tous âges) est passé de 1,8 million à 1,1 million, soit une diminution de 40 pour cent (figure 6.2). Sur la même période, la prévalence du VIH chez les adultes s'est maintenue à 0,1 pour cent en Afrique du Nord, mais le nombre de décès liés au sida au sein de la population (tous âges) a légèrement augmenté, passant de 6 700 à 10 100 (Nations Unies 2015, Annexe statistique).

Les pays connaissant les plus fortes diminutions du nombre de décès liés au sida sur le continent africain sont les suivants : le Rwanda (76 %), l'Érythrée (67 %), l'Éthiopie (63 %), le Kenya (60 %), le Botswana (58 %), le Burkina Faso (58 %), le Zimbabwe (57 %), le Malawi (51 %), l'Afrique du Sud (48 %) et la République-Unie de Tanzanie (44 %) (ONUSIDA, 2014).

Ces avancées reposent sur un certain nombre de facteurs, notamment : amélioration du dépistage,

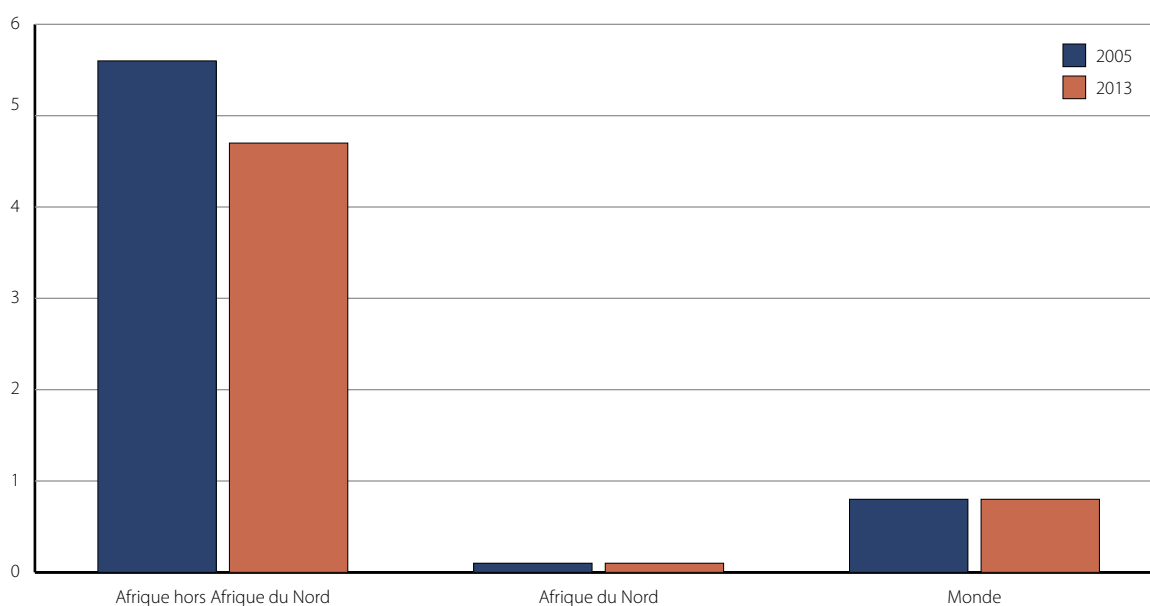
⁴ La prévalence est désormais une mesure complexe qui peut en fait augmenter à mesure que croît le nombre de personnes vivant avec le VIH qui survivent grâce au traitement. Par conséquent, il vaut mieux lui préférer l'incidence, telle que présentée dans le tableau 6.1. L'incidence chez les adultes fait référence au nombre de nouvelles infections à VIH par an et pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans.

Table 6.1 Taux d'incidence du VIH dans les sous-régions de l'Afrique

Nombre de nouvelles infections à VIH par année pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans	2001	2013	Variation (%)
Afrique centrale	0,67	0,25	62
Afrique de l'Est	0,38	0,20	46
Afrique du Nord	0,01	0,01	Pas de variation
Afrique australe	2,15	0,95	56
Afrique de l'Ouest	0,38	0,14	63

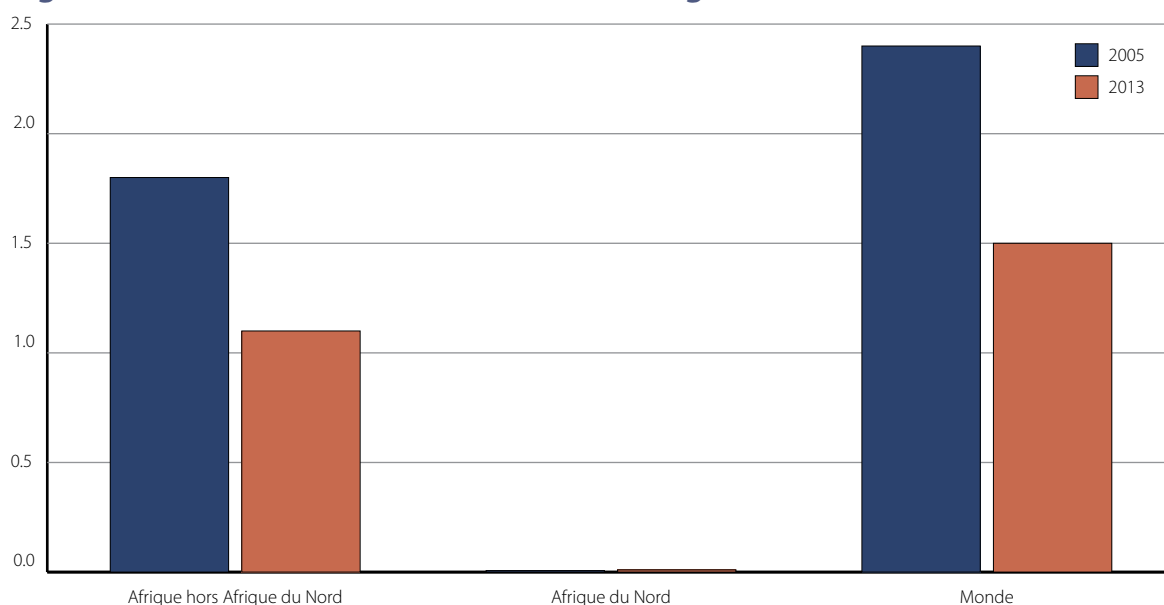
Source : estimations de l'ONUSIDA 2013.

Figure 6.1 Estimation de la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans (%)



Source : Nations Unies, 2014.

Figure 6.2 Nombre de décès liés au sida, tous âges (en millions)



Source : Nations Unies, 2014.

du conseil et de l'accès à la thérapie antirétrovirale ; réduction de la transmission mère-enfant ; intensification de la prévention par l'utilisation du préservatif et le traitement préventif ; amélioration de la sensibilisation et des connaissances relatives à la maladie, y compris une compréhension plus approfondie du lien entre VIH et tuberculose.

Détenir des connaissances précises et complètes au sujet de la maladie se traduit par : (i) la capacité à identifier les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (utilisation du préservatif et limitation des rapports à un seul partenaire fidèle et non infecté) ; et (ii) la capacité à remettre en question les idées fausses, comme par exemple, celle qui consiste à croire qu'une personne apparemment bien portante ne peut pas transmettre le VIH. Les chiffres de 2013 indiquent qu'une telle compréhension de la réalité du VIH/sida n'est l'apanage que de 26,7 pour cent des jeunes femmes et de 35,7 pour cent des jeunes hommes, âgés de 15 à 24 ans (Nations Unies 2014, Annexe statistique). Ces niveaux, même s'ils restent faibles, sont toutefois encourageants par comparaison à la situation en Asie du Sud notamment, où les proportions sont respectivement de 17,1 pour cent pour les jeunes femmes et 30,2 pour cent pour les jeunes hommes. Seule une intensification de la sensibilisation en matière de VIH peut contribuer à freiner la pandémie en limitant les comportements à risque qui sont encore fréquents, surtout chez les jeunes. Ceci se justifie par le pourcentage relativement faible des jeunes âgés de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de rapports avec un partenaire sexuel non régulier au cours des 12 derniers mois : 37 pour cent chez les femmes et 57,4 pour cent chez les hommes en 2013. Par ailleurs, la stigmatisation représente toujours un défi à la riposte nationale visant à l'éradication du VIH. Seule l'éducation permettra de mettre fin à la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH.

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

Actuellement, la proportion des personnes vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement est esti-

mée à 37 pour cent en Afrique, hors Afrique du Nord, avec toutefois d'importantes disparités entre les pays. À titre d'exemple, le Nigéria et l'Afrique du Sud sont les deux pays de la région abritant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, soit respectivement 3,2 et 6,3 millions de personnes, mais l'accès au traitement ne couvre que 20 pour cent des personnes infectées au Nigéria contre 42 pour cent en Afrique du Sud (ONUSIDA, 2014). On observe également des différences de traitement au sein même des pays. Ainsi, les enfants et les hommes sont moins sujets au traitement que les adultes et les femmes car ils sont généralement moins susceptibles de connaître leur statut sérologique et de ce fait, ont moins d'accès aux services de prévention et de traitement (Ibid).

L'accès aux services de conseil, de dépistage et de traitement du VIH s'est amélioré chez les personnes atteintes de tuberculose. En 2012, 74 pour cent de l'ensemble des cas déclarés de tuberculose ont été testés pour le VIH. Il est désormais établi que le traitement contre le VIH diminue de 50 pour cent le risque de décès des personnes co-infectées au VIH et à la tuberculose. De la même façon, le traitement antirétroviral réduit de 66 pour cent le risque de contracter la tuberculose chez les personnes séropositives (ONUSIDA, 2014).

Selon le rapport de l'ONUSIDA, *Gap Report 2014*, l'Afrique compterait quelque 24,9 millions de personnes vivant avec le VIH, dont seulement 154 000 se trouveraient en Afrique du Nord. Les quatre autres sous-régions géographiques de l'Afrique se répartissent le reste des personnes contaminées, l'Afrique du Sud et le Nigéria totalisant à eux deux jusqu'à 38,4 pour cent des personnes vivant avec le VIH. Plus précisément, les personnes séropositives qui vivent en Afrique, hors Afrique du Nord, se concentrent essentiellement dans dix pays, à savoir : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. L'ensemble de ces pays compte 81 pour cent des personnes de la région vivant avec le VIH, dont 58 pour cent sont des femmes. Le sort des enfants est préoccupant, car 2,9 millions d'entre eux sont infectés, au même titre que de nombreux

jeunes et adultes touchés par des conflits, des catastrophes ou des déplacements, et qui tous forment des groupes très vulnérables. Les jeunes femmes et les adolescentes sont particulièrement exposées à des iniquités qui les rendent encore plus vulnérables à la pandémie et qui appellent à des mesures de protection concrètes, notamment afin de lutter contre la violence sexiste et les abus sexuels. En outre, elles manquent cruellement d'un accès à l'éducation, aux services de santé et à la protection sociale. Ces circonstances risquent de compromettre leur aptitude à se prémunir contre le VIH et à accéder aux thérapies antirétrovirales en cas de contamination à l'âge adulte.

De manière générale, la participation des hommes à la lutte contre le VIH s'est avérée une stratégie gagnante. La circoncision masculine médicale volontaire a le potentiel de réduire le risque de contracter le VIH chez les hommes de 66 pour cent (ONUSIDA, 2014). En outre, lorsqu'ils connaissent leur statut vis-à-vis du VIH, les hommes sont plus enclins à recourir à la prévention et à se faire soigner. Les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui utilisent des drogues injectables doivent également être suivis de près, car le niveau d'infection est particulièrement élevé dans ces groupes de population.

En dépit des progrès appréciables qui ont été accomplis, le VIH représente encore un véritable défi pour l'Afrique et, tant que l'objectif « zéro cas » n'a pas été atteint, il importe de ne pas relâcher les efforts sur ce front. À ce jour, l'Afrique, hors Afrique du Nord, abrite environ 71 pour cent des

personnes vivant avec le VIH dans le monde. Par conséquent, même si le soutien de la communauté internationale est un facteur déterminant en vue de gagner la bataille, il est primordial que la région, et surtout les pays les plus touchés, prennent les rênes de la lutte contre le VIH/sida. D'après les estimations de l'ONUSIDA pour 2012, la riposte au sida en Afrique aura mobilisé environ 6,6 milliards de dollars US, dont une part de 47 pour cent provient de sources internes, le reste étant alloué par des sources internationales. Cette situation est louable, mais elle doit être consolidée par une augmentation des financements domestiques. Le VIH/sida ronge le capital humain et la productivité, et il constitue de ce fait un obstacle de taille à la transformation structurelle. Les pays touchés devront donc s'atteler à la lutte contre l'épidémie par tous les moyens possibles.

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

Tendance à la baisse des cas de paludisme et des décès y afférents

L'Afrique continue de récolter de bons résultats en matière de lutte contre le paludisme et progresse vers l'élimination de la maladie à l'échelle du continent. Il est remarquable de constater que le pourcentage de réduction des cas et des décès dus au paludisme en Afrique est légèrement supérieur à la moyenne mondiale (tableau 6.2). En effet, depuis 2000, les cas de paludisme ont diminué de 34 pour cent en Afrique, hors Afrique du Nord, et le taux de mortalité associé à la maladie a chuté de 54 pour cent contre 30 et 47 pour

Table 6.2 Nombre de cas et pourcentage de décès dus au paludisme, 2000 et 2013

	NdC, 2000	NdC, 2013	NdC, variation en %	Décès, 2000	Décès, 2013	Décès, varia- tion en %
Chiffres totaux en matière de paludisme						
Monde	227 000 000	198 000 000	30 %	882 000	584 000	47 %
Afrique	174 000 000	163 000 000	34 %	801 000	524 000	54 %
Chiffres du paludisme chez les moins de 5 ans						
Monde	N/D	N/D	N/D	N/D	453 000	53 %
Afrique	N/D	N/D	N/D	N/D	437 000	58 %

Notes : NdC = nombre de cas ; N/D = non disponible. Ici, l'Afrique désigne l'Afrique hors Afrique du Nord.

Source : OMS, 2014.

cent respectivement sur le plan mondial (OMS, 2014). Selon les projections de l'OMS, si le taux de réduction se maintient à son niveau actuel, les décès dus au paludisme seront réduits de 55 pour cent au niveau mondial, de 62 pour cent chez les adultes et les enfants, et de 67 pour cent chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique, hors Afrique du Nord.

C'est en Afrique, hors Afrique du Nord, que la charge mondiale de mortalité et de morbidité due au paludisme est la plus élevée. En 2013, l'Afrique, hors Afrique du Nord, enregistrait 90 pour cent de tous les décès d'origine palustre. La République démocratique du Congo et le Nigéria comptaient à eux seuls 34 pour cent de tous les cas de paludisme et 39 pour cent de l'ensemble des décès liés à cette maladie survenus dans le monde (OMS, 2014) au cours de cette même année. Par conséquent, les objectifs internationaux axés sur la réduction des cas et des décès dus au paludisme ne seront atteints dans les deux pays qu'au prix d'efforts considérables.

Les efforts consentis en matière de lutte contre le paludisme progressent favorablement dans les pays d'Afrique du Nord où la transmission de la maladie sévit toujours. En 2013, l'Égypte et le Maroc faisaient partie d'un groupe de 11 pays ayant réussi à stabiliser le nombre de cas de paludisme. En réalité, le Maroc avait été déclaré exempt de paludisme en 2010, tandis que l'Égypte, qui avait, elle aussi, déjà éliminé la maladie, en est au stade de prévention contre la réintroduction de l'épidémie sur son territoire. L'Algérie et le Cabo Verde en sont respectivement aux stades de pré-élimination et d'élimination, chacun ayant enregistré moins de dix cas de paludisme en 2013 (OMS, 2014). Outre les pays cités plus haut, l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Érythrée, la Namibie, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et le Swaziland ont réduit leur taux d'incidence du paludisme d'au moins 75 pour cent entre 2000 et 2013.

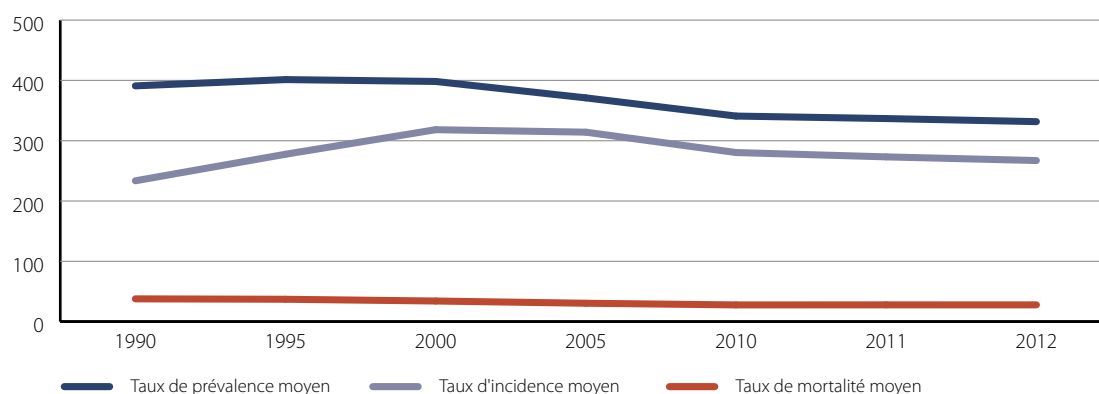
Le succès de la lutte contre le paludisme en Afrique repose essentiellement sur le recours à des interventions efficaces. Au cours des dix dernières années, la lutte antivectorielle, l'utilisation

de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le recours aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) ayant fait l'objet d'une assurance de qualité, ainsi que les tests de diagnostic rapide se sont largement répandus en Afrique. En 2013, 49 pour cent de la population à risque en Afrique, hors Afrique du Nord, a eu accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide, contre 3 pour cent en 2004. Au moins 55 millions de personnes exposées au risque paludique vivaient dans des maisons régulièrement pulvérisées d'insecticides (OMS, 2014b). Cependant, les efforts spécifiquement destinés à protéger les femmes enceintes et les enfants du paludisme progressent assez lentement. Le Rapport sur le paludisme dans le monde 2014 (OMS, 2014) indique qu'en 2013, environ 15 millions (sur 35 millions) de femmes enceintes en Afrique, hors Afrique du Nord, n'ont reçu aucune dose du traitement préventif contre le paludisme pendant leur grossesse. De même, seulement 6 des 16 pays pour lesquels l'OMS avait recommandé l'adoption et le déploiement de thérapies préventives pour les enfants de moins de 5 ans ont adopté ce traitement à titre de politique nationale, et seul un pays (le Burkina Faso) a adopté la thérapie préventive préconisée pour les nourrissons.

Lenteur des progrès dans la lutte contre la tuberculose

Depuis 2000, les taux de prévalence, d'incidence et de mortalité dus à la tuberculose ont tendance à baisser en Afrique (figure 6.3). Après avoir atteint un point culminant en 2000, le taux d'incidence a diminué en même temps que le taux de prévalence. Toutefois, entre 1990 et 2012, les moyennes des réductions en pourcentage ont été faibles. En effet, alors que les taux de prévalence et de mortalité liés à la tuberculose ont diminué respectivement de 15 et 26 pour cent en moyenne, le taux d'incidence a quant à lui augmenté d'une moyenne de 14 pour cent. L'Égypte, l'Érythrée, le Ghana, le Malawi, le Niger, l'Ouganda, la République centrafricaine et le Rwanda comptent parmi les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats, avec des réductions qui ont dépassé les 50 pour cent pour chacun des trois indicateurs de la tuberculose. Par opposition, l'Afrique du Sud, le Cameroun, la Guinée équatoriale, le Lesotho, le

Figure 6.3 Taux de prévalence, d'incidence et de mortalité liés à la tuberculose, 1990-2012



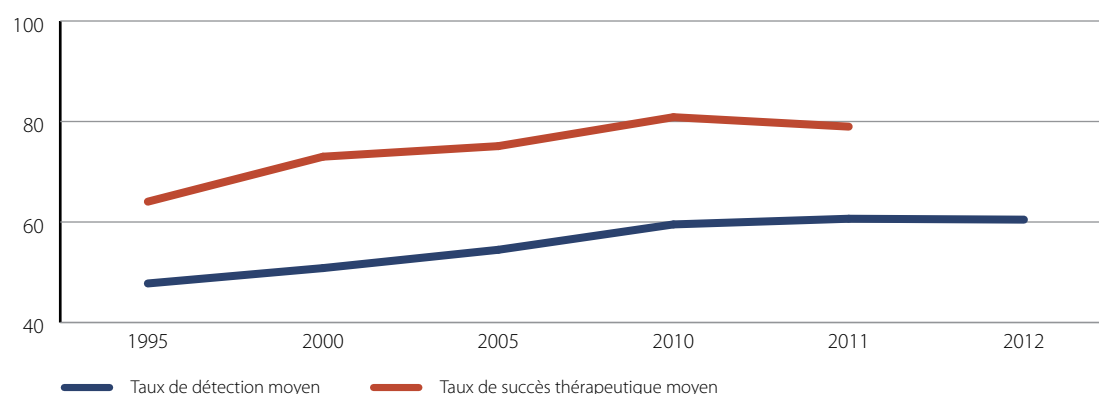
Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, 2015.

Libéria, la Mauritanie, la Sierra Leone et le Swaziland ont plus que doublé leurs taux de 1990 selon au moins deux des indicateurs de la tuberculose mentionnés plus haut.

L'évolution des taux de prévalence de la tuberculose et des taux de mortalité y afférents reflète l'évolution des taux de détection et de succès thérapeutique obtenus grâce aux stratégies de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). Le taux de détection moyen de la tuberculose dans le cadre de l'approche DOTS est passé de 47,77 pour cent en 1995 à 60,47 pour cent en 2012, tandis que le taux de succès thérapeutique s'est amélioré, passant de 64,05 pour cent à 78,98 pour cent en 2011 (figure 6.4).

Cependant, il existe encore bon nombre de défis à relever en matière de lutte contre la tuberculose et il est nécessaire de redoubler d'efforts, notamment au regard de la co-infection tuberculose/VIH, et de l'apparition de nouvelles souches de tuberculose multi-résistante et ultra-résistante aux médicaments. Par conséquent, le principe fondamental de la lutte contre la tuberculose doit reposer sur l'accès inconditionnel aux soins de qualité de toutes les personnes infectées, quel que soit leur sexe, leur âge et leur statut social ou le type de virus concerné. Il convient de relever les défis en mettant l'accent sur les groupes « à risque », y compris les femmes, les enfants, les réfugiés et les détenus, en adaptant la riposte contre la tuberculose à chacun des groupes identifiés.

Figure 6.4 Taux de détection de la tuberculose et succès thérapeutique des stratégies de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), 1995-2012



Source : calculs effectués à partir des données de la DSNU, 2015.

OMD 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

Les progrès de l'Afrique relatifs aux objectifs environnementaux dépassent les performances mondiales en la matière

Superficie du couvert forestier

Dans de nombreux pays, les forêts jouent un rôle à la fois environnemental, socio-économique et culturel. Elles font partie des écosystèmes les plus diversifiés et répandus au monde. Elles fournissent de nombreuses ressources essentielles et leurs fonctions sont variées : elles regorgent de produits ligneux et non ligneux, constituent un habitat privilégié pour la faune et la flore tout en offrant aux hommes un espace propice à une multitude d'activités récréatives et assurent la conservation de la diversité biologique, des eaux et des sols. Elles jouent également un rôle vital dans le cycle mondial du carbone. Cependant, l'impact de l'activité humaine sur l'état des forêts et sur leur processus naturel de croissance et de régénération est désormais un sujet de préoccupation générale.

Toute diminution continue et rapide du couvert forestier d'un pays peut être le signe de pratiques non durables dans le secteur forestier et agricole. La disponibilité de données précises relatives à la superficie des forêts d'un pays – caractéristique fondamentale de ses ressources forestières – est une condition indispensable à la formulation et la planification de politiques forestières dans le cadre du développement durable.

Bien que le taux de déforestation ait quelque peu ralenti au niveau mondial ces dix dernières années, il s'établit encore à un niveau alarmant dans de nombreuses parties du monde, alors que l'OMD consacré aux forêts n'a pas encore été réalisé. Entre 1990 et 2010, la proportion des zones forestières a diminué dans la plupart des régions du monde (tableau 7.1).

Sans éléments probants justifiant les innombrables contributions des forêts au développement durable, les décideurs ont peu de chances de prendre des mesures décisives pour mettre fin aux politiques d'occupation des sols favorisant la conversion des forêts en terres agricoles ou d'autres types d'utilisations des terres. Par conséquent, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques susceptibles de promouvoir la gestion durable des forêts, afin d'en tirer un large éventail de produits et de services qui contribueront à la réduction de la pauvreté et au développement des communautés rurales.

Émissions de CO₂

L'augmentation des émissions de dioxyde de carbone (CO₂) enregistrée par un petit nombre de pays d'Afrique soulève des questions quant aux tendances futures en matière de changement climatique et de réchauffement planétaire sur le continent. Entre 1990 et 2010, seuls 16 pays africains⁵ avaient réduit leurs émissions de CO₂, alors que 38 les avaient au contraire augmentées. Le Gabon affiche à cet égard la réduction la plus conséquente (3,5 tonnes métriques par habitant), tandis que la Guinée équatoriale et les Seychelles enregistrent les augmentations les plus considérables : 6,4 et 6,5 tonnes métriques respectivement (DSNU, 2015). Malgré cette situation, c'est dans les

5 Ces pays sont les suivants : Burundi, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sahara occidental, Zambie et Zimbabwe.

Tableau 7.1 Proportion du couvert forestier (%)

	1990	2000	2010
Monde	32,0	31,4	31,0
Régions en développement	29,4	28,2	27,6
Afrique du Nord	1,4	1,4	1,4
Afrique (hors Afrique du Nord)	31,2	29,5	28,1
Amérique latine et Caraïbes	52,0	49,6	47,4
Asie de l'Est	16,4	18,0	20,5
Asie de l'Est (hors Chine)	15,2	14,0	12,8
Asie du Sud	14,1	14,1	14,5
Asie du Sud (hors Inde)	7,8	7,3	7,1
Asie du Sud-Est	56,9	51,3	49,3
Asie de l'Ouest	2,8	2,9	3,3
Océanie	67,5	65,1	62,5
Caucase et Asie centrale	3,9	3,9	3,9
Régions développées	36,3	36,6	36,7
Pays en développement sans littoral	19,3	18,2	17,1
Petits États insulaires en développement	64,6	63,7	62,7

Source : DSNU, 2015.

régions développées que les émissions de CO₂ par habitant restent les plus élevées et c'est en Afrique qu'elles demeurent les plus faibles. La plupart des régions du monde ont vu leurs émissions de CO₂

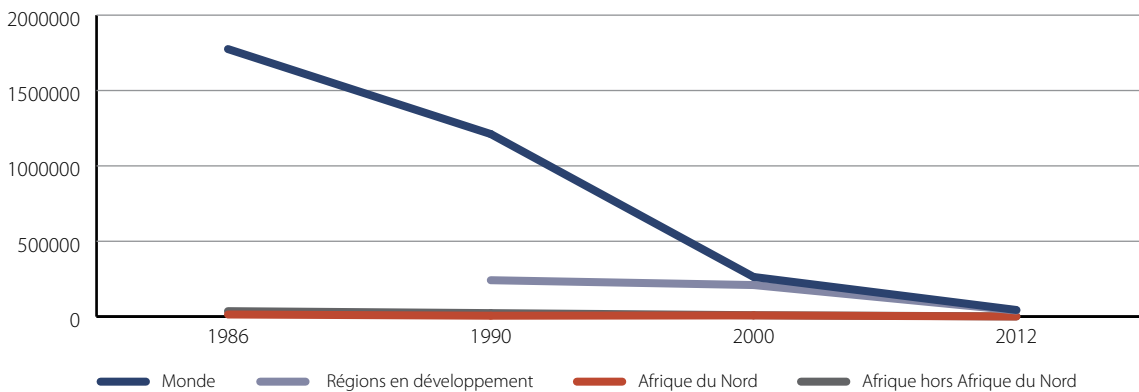
progresser entre 1990 et 2010, sauf en Afrique hors Afrique du Nord et en Océanie. Les régions développées ont toutefois connu une baisse dans ce domaine (tableau 7.2).

Table 7.2 Émissions de dioxyde de carbone (CO₂) (tonnes métriques de CO₂ par habitant)

	1990	2000	2005	2010
Monde	4,08	3,91	4,30	4,57
Régions en développement	1,66	2,03	2,57	3,16
Afrique du Nord	1,91	2,33	2,57	2,80
Afrique (hors Afrique du Nord)	0,91	0,83	0,84	0,83
Amérique latine et Caraïbes	2,29	2,57	2,70	2,90
Caraïbes	2,76	2,87	2,88	3,63
Amérique latine	2,26	2,55	2,68	2,85
Asie de l'Est	2,46	2,95	4,60	6,30
Asie de l'Est (hors Chine)	7,42	7,31	7,40	8,30
Asie du Sud	0,83	1,17	1,31	1,66
Asie du Sud (hors Inde)	0,94	1,28	1,49	1,70
Asie du Sud-Est	0,95	1,48	1,79	2,05
Asie de l'Ouest	4,85	5,73	6,32	6,85
Océanie	1,00	0,96	1,25	1,09
Caucase et Asie centrale	7,33	4,59	5,25	6,10
Régions développées	12,37	11,67	11,79	10,90
Pays en développement sans littoral	0,26	1,21	1,25	1,37
Petits États insulaires en développement	3,20	3,15	2,74	2,85

Source : DSNU, 2015.

Figure 7.1 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (en milliers de tonnes métriques)



Source : DSN, 2015.

Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO)

Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans le cadre des engagements consentis en vue d'éliminer progressivement l'utilisation des SAO dans les pays qui ont ratifié le Protocole de Montréal de 1987 relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone ainsi que ses quatre amendements : l'Amendement de Londres (1990), l'Amendement de Copenhague (1992), l'Amendement de Montréal (1997) et l'Amendement de Beijing (1999). Les SAO sont des substances contenant du chlore ou du brome, qui détruisent la couche d'ozone stratosphérique absorbant la majeure partie du rayonnement solaire ultraviolet, dangereux pour les organismes vivants. L'élimination progressive des SAO et leur remplacement par des substances moins nocives ou de nouveaux procédés visent au rétablissement de la couche d'ozone.

La consommation mondiale de SAO a diminué de plus de 98 pour cent entre 1986 et 2013 (Nations Unies, 2014). Ainsi, entre 1986 et 2012, la consommation de SAO a été réduite respectivement de 94 pour cent en Afrique, de 86 pour cent dans les régions en développement et de 100 pour cent dans les régions développées (figure 7.1).

La majeure partie du continent africain se trouve sur la bonne voie en termes de réduction de sa consommation de SAO. Qui plus est, la plupart des pays africains adhérant actuellement au Protocole de Montréal ont fait des progrès remarquables en

matière de réduction de la consommation de SAO. Après avoir enregistré des réductions de plus de 95 pour cent entre 2000 et 2012, c'est l'Algérie, les Comores, Djibouti, l'Érythrée, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, la Sierra Leone et le Zimbabwe qui ont obtenu les meilleurs résultats à cet égard. Quatre autres pays, à savoir l'Angola, la Libye, le Maroc et la Tunisie, ont obtenu des réductions allant de 90 à 95 pour cent, tandis que 15 autres⁶ ont connu des baisses allant de 80 à 90 pour cent. En revanche, les résultats de l'Afrique du Sud, du Botswana, de l'Égypte, du Nigéria, de la Sierra Leone, du Swaziland et du Togo indiquent que ces pays ont accusé des reculs dans ce domaine entre 2011 et 2012. En dépit des performances accomplies par la plupart des pays d'Afrique concernant cet indicateur, six pays ont enregistré une augmentation de leur consommation de SAO entre 2000 et 2012. À titre d'exemple, la République centrafricaine et le Swaziland ont accru leur consommation de plus de 100 pour cent au cours de la même période. Cela peut être dû aux importations d'équipements à base de hydrochlorofluorocarbones (HCFC) (CEA et al., 2013).

6 Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Éthiopie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Malawi, Namibie, Nigéria, RDC, Rwanda, Somalie et Zambie.

Cible 7.B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte

Augmentation de la proportion de zones terrestres et marines protégées

Les aires protégées sont essentielles à la conservation des espèces, des écosystèmes et des moyens de subsistance qu'elles abritent. Elles jouent également un rôle clé en termes d'adaptation et d'atténuation face au changement climatique. La proportion de zones protégées terrestres et marines a augmenté dans toutes les régions du monde. En 2012, 14 pour cent des zones terrestres et marines étaient protégées au niveau mondial. En Afrique hors Afrique du Nord, la couverture des zones protégées est passée de 10,7 à 15,2 pour cent entre 1990 et 2012 (figure 7.2).

À l'heure actuelle, les pays africains sont de plus en plus nombreux à élargir l'étendue de leurs zones protégées terrestres et marines. Élément central de l'action mondiale en faveur de la conservation des espèces et des écosystèmes de la planète, et facteur important de l'atténuation du changement climatique, les aires protégées n'ont cessé

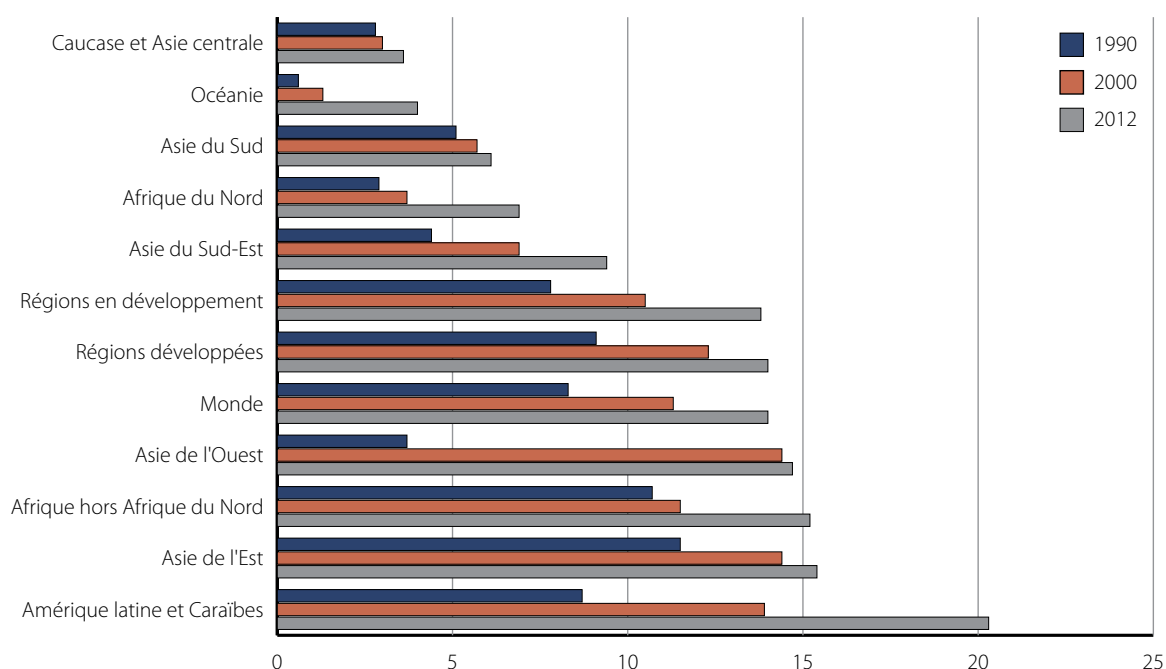
de s'étendre sur tout le continent africain. En 2014, 32 pays africains avaient atteint la cible visant à protéger au moins 10 pour cent de leurs zones terrestres et marines contre 19 pays en 1990. La République démocratique du Congo, le Gabon, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Maroc, la Namibie, le Niger et le Togo se distinguent par de remarquables avancées dans ce domaine. Les pays les moins performants à cet égard sont le Cabo Verde, Djibouti, l'Érythrée, le Lesotho, le Libéria, la Libye, Maurice, la Mauritanie, les Seychelles et la Somalie.

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 potable ni à des services d'assainissement de base

L'accès à l'eau potable s'améliore, mais les progrès profitent essentiellement aux zones urbaines

Près d'un quart de la population africaine actuelle (24 %) a eu accès à une source d'eau potable améliorée depuis 2000, ce qui constitue le taux le plus bas à l'échelle mondiale. En outre, seulement 16 pour cent de la population dispose d'un accès à l'eau potable courante, une proportion

Figure 7.2 Zones terrestres et marines protégées, 1990, 2000 et 2012



Source : DSNU, 2015.

Tableau 7.3 Utilisation de sources d'eau potable améliorées, 2012

	Zones urbaines	Zones rurales	Total
Océanie	94	45	56
Afrique (hors Afrique du Nord)	85	53	64
Caucase et Asie centrale	96	78	86
Régions en développement	95	80	87
Monde	96	82	89
Asie de l'Ouest	96	79	91
Asie du Sud	96	89	91
Afrique du Nord	95	89	92
Asie de l'Est	98	85	92
Amérique latine et Caraïbes	97	82	94
Régions développées	100	98	99

Source : UNICEF et OMS, 2012.

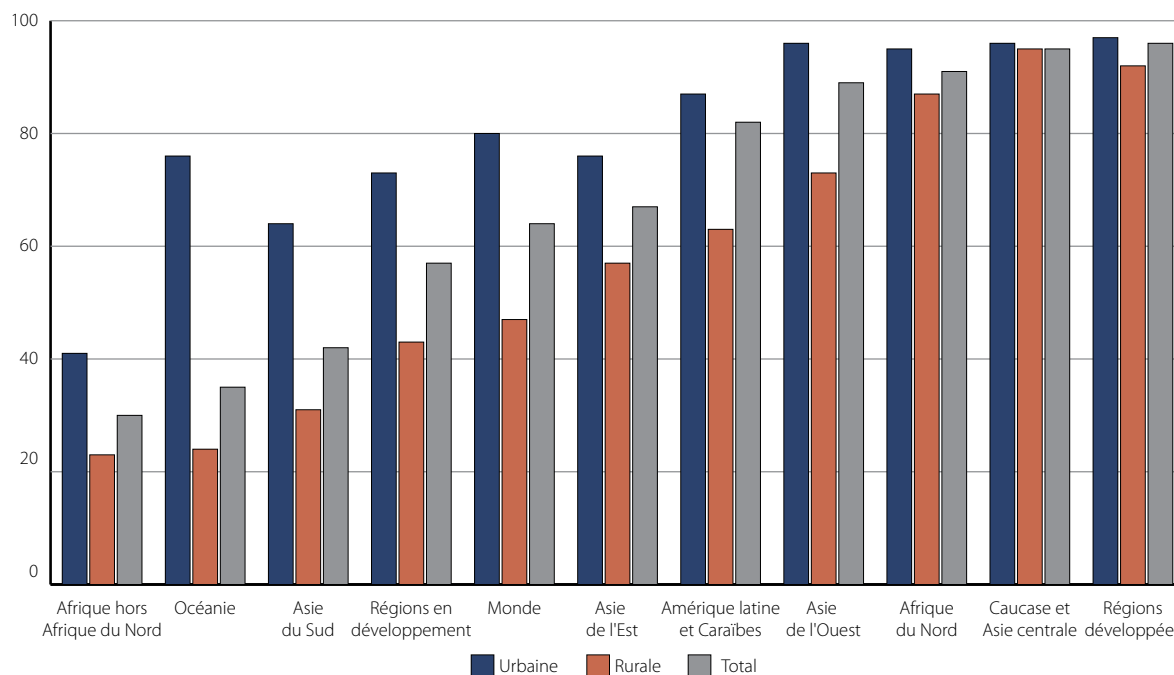
qui est également la plus faible au monde (CEA et al., 2014). Dans certains pays, de fortes disparités existent en matière d'accès à l'eau potable entre les zones rurales et les zones urbaines, qui tendent à tirer vers le bas les chiffres nationaux. Les conditions initiales insuffisantes dues aux bases de référence faibles établies en 1990, doublées d'une forte croissance démographique par rapport au reste du monde, exacerbent les difficultés rencontrées par l'Afrique pour atteindre cette cible. En 2012, en Afrique hors Afrique du Nord, le taux d'utilisation de sources d'eau potable améliorées (64 % de la population) est le deuxième plus bas au monde, après celui de l'Océanie (56 % de la population) (tableau 7.3).

L'accès à des installations sanitaires améliorées demeure un défi de taille

La proportion de la population bénéficiant d'un accès à des installations sanitaires améliorées est faible dans toutes les régions en développement. En Afrique hors Afrique du Nord, cet indicateur n'a augmenté que modérément, passant de 24 pour cent en 1990 à 30 pour cent en 2012. Cela contraste violemment avec la situation de l'Afrique

du Nord, où ce taux a progressé de 72 à 91 pour cent et celle des autres régions en développement, qui ont vu cette proportion passer de 36 à 57 pour cent pendant la même période. En outre, l'Afrique est encore très loin de la couverture de 66 pour cent fixée pour l'horizon 2015. Il existe des disparités entre les pays à cet égard. En effet, seuls 4 pays sur les 77 qui ont atteint cette cible en 2012 étaient africains (Algérie, Cabo Verde, Égypte et Tunisie), et 6 autres (Afrique du Sud, Angola, Botswana, Libye, Maroc et Rwanda) sont en bonne voie pour l'atteindre (OMS et UNICEF, 2014). Néanmoins, en 2012, huit pays sont parvenus à doubler leur niveau de 1990 (Angola, Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Guinée, Mozambique et Rwanda), bien qu'ils soient partis d'un point de référence très faible (inférieur à 30 %). En revanche, la Libye et les Seychelles ont stagné tandis que six autres pays ont connu des revers au cours de la même période (Djibouti, Gambie, Nigéria, Soudan, Togo et Zimbabwe). Le fossé entre le monde rural et le monde urbain ainsi que la grande précarité des habitants des bidonvilles ne font que ralentir davantage l'avancement des progrès dans ce domaine (figure 7.3).

Figure 7.3 Accès à un assainissement amélioré par région (% de la population), 2012



Source : UNICEF et OMS, 2012.

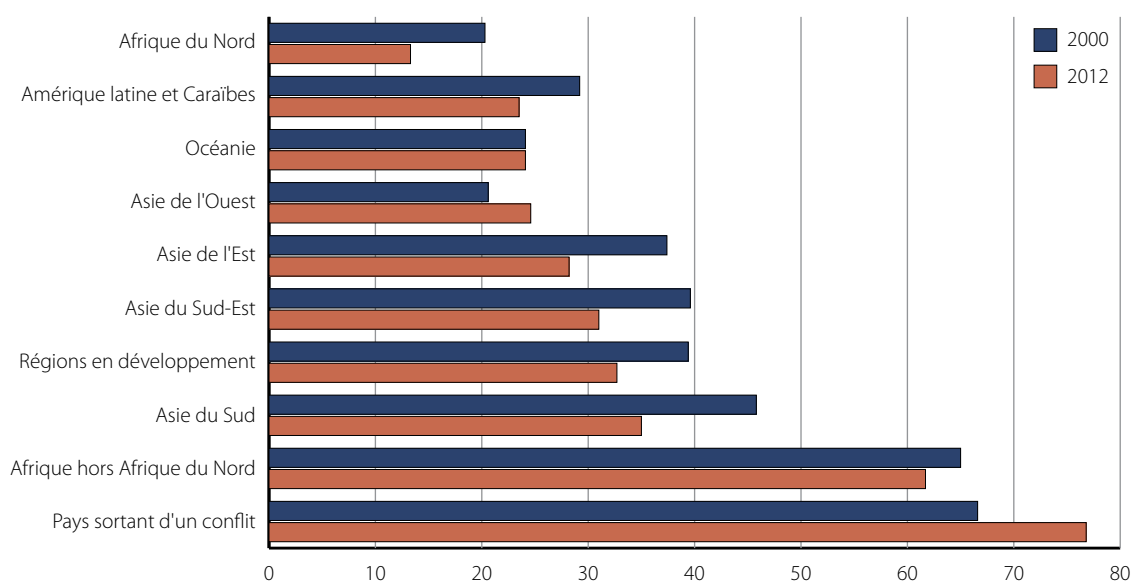
Cible 7.D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

La cible axée sur les habitants des bidonvilles a été globalement atteinte

Les bidonvilles se caractérisent par l'absence de services de base, tels que la fourniture d'une eau potable améliorée et d'un niveau d'assainissement adéquat ainsi qu'un approvisionnement non fiable en énergie, l'insécurité d'occupation, les habitations en matériaux non durables et le surpeuplement. Dans le monde en développement, un citadin sur trois habite dans un taudis. Les estimations du Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat) en 2012 indiquaient que la prévalence des bidonvilles (la proportion de personnes vivant dans des taudis

dans les zones urbaines) était, à 62 pour cent, la plus élevée en Afrique hors Afrique du Nord, alors qu'elle n'était que de 13 pour cent en Afrique du Nord. De 2000 à 2012, la part des résidents urbains vivant dans des taudis dans le monde en développement a baissé de 39 à 33 pour cent. Plus de 200 millions ont accédé à l'eau potable améliorée, aux services d'assainissement ou à un logement durable et moins surpeuplé (figure 7.4). La cible fixée par cet OMD a donc été atteinte avec dix ans d'avance. Cependant, dans l'absolu, le nombre d'habitants des bidonvilles ne cesse de croître, en partie à cause de l'urbanisation galopante. À l'heure actuelle, le nombre de résidents urbains vivant dans des taudis est estimé à 863 millions contre 650 millions en 1990 et 760 millions en 2000 (ONU-Habitat, 2013).

Figure 7.4 Proportion de la population urbaine vivant dans les bidonvilles, 2000 et 2012 (%)



Source : ONU-Habitat, 2013.

Dans les bidonvilles, il n'y a que peu ou pas de rues et la prestation de services essentiels est limitée, car aucun réseau n'est mis en place en vue d'acheminer l'eau, d'assurer l'assainissement ou de fournir l'électricité, entre autres services. Une des principales caractéristiques des bidonvilles ou

de l'habitat informel dans les villes du monde en développement est l'absence de rues, qui entrave la fourniture des services urbains de base dans ces quartiers. Par conséquent, la mise en place d'un réseau de rues est une condition préalable au réaménagement des quartiers de taudis.

OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Lors de la neuvième Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui a eu lieu à Bali (Indonésie) en décembre 2013, les ministres ont insufflé une nouvelle dynamique au Programme de Doha pour le développement en adoptant le « Paquet de Bali », un accord en trois volets portant sur la facilitation des échanges, l'agriculture et le coton, et les questions relatives au développement, notamment en faveur des pays les moins avancés (OMC, 2013). Cependant, en ce qui concerne l'Afrique, on constate un écart considérable entre les cibles liées à l'OMD 8 et leur réalisation. De nouvelles formes de protectionnisme mises en place par la multiplication des barrières non tarifaires, dont les subventions, nuisent aux échanges commerciaux de l'Afrique. Cela se reflète d'ores et déjà dans la part des exportations du continent au titre des exportations mondiales de marchandises, qui a légèrement diminué, passant de 3,5 pour cent en 2012 à 3,3 pour cent en 2013, ce qui contraste avec le taux de 4,9 pour cent observé dans les années 1970 (CEA, 2015).

Dans le même temps, il était prévu que l'APD versée par les pays du CAD de l'OCDE en 2014 soit inférieure de 0,5 pour cent en termes réels à son niveau de 2013. En termes nominaux, elle est restée pratiquement inchangée, s'élevant à 135,1 milliards de dollars US en 2014 contre 135,2 milliards de dollars en 2013. Selon les données provisoires, l'aide bilatérale accordée aux pays les moins avancés en 2014 devait diminuer de 16 pour cent, en termes réels, par rapport à l'année précédente. En moyenne, l'APD n'a représenté que 0,29 pour cent seulement du revenu national brut (RNB) du groupe des membres du CAD, un pourcentage nettement inférieur à l'objectif de 0,7 pour cent défini par les Nations Unies. Néanmoins, quelques pays, tels que le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède ont continué de dépasser l'objectif de 0,7 pour cent. Les

Émirats arabes unis, un pays non membre du CAD, ont caracolé en tête de la liste des donateurs en affichant un rapport APD/RNB de 1,17 pour cent en 2014 (OCDE, 2015a).

Au-delà des progrès limités réalisés par les pays du CAD pour s'acquitter de leurs engagements en matière d'APD, d'autres préoccupations se font jour concernant la qualité de l'APD puisque des montants importants consentis à ce titre restent dans le giron des pays donateurs, alors que certaines aides effectivement versées aux pays destinataires sont associées à des répercussions insignifiantes, voire négatives sur le développement de ces pays.

En ce qui concerne les aspects technologiques associés à l'OMD 8, l'Afrique continue de bien progresser. Cependant, certains pays semblent avoir du mal à faire face à la croissance du nombre des abonnés aux nouvelles technologies et à améliorer la qualité et l'accessibilité des services de communications.

Cible 8.A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire

À la Conférence ministérielle de l'OMC qui s'est tenue à Bali (Indonésie) en décembre 2013, les ministres des pays Membres ont conclu un accord sur la facilitation des échanges, destiné à abaisser les coûts des transactions et à accroître la compétitivité commerciale des pays en développement. Dans le domaine agricole, des décisions ont été prises en réponse aux demandes formulées par les pays en développement portant sur la sécurité alimentaire, l'administration des contingents tarifaires et la concurrence à l'exportation. S'agissant des questions relatives au développement, les Membres ont convenu de mettre en place un

mécanisme de surveillance des dispositions relatives au traitement spécial et différencié accordé aux pays en développement et ils ont pris des décisions spécifiques en faveur des PMA, portant sur l'accès aux marchés en franchise de droits et sans contingent, les règles d'origine préférentielles, l'application de la dérogation concernant les services, et la réforme du commerce du coton.

Les dispositions les plus pertinentes pour l'Afrique sont celles qui ont trait à la facilitation des échanges, car elles peuvent aider les pays africains à réduire leurs coûts commerciaux ainsi qu'à accroître la compétitivité de leur secteur privé. Cependant, l'application de ces dispositions soulève quelques inquiétudes. En effet, comme le montre le déclin de la part du continent dans le commerce mondial de marchandises, qui a baissé de 3,5 à 3,3 pour cent entre 2012 et 2013 (tableau 8.1), contrastant ainsi avec le taux de 4,9 pour cent observé dans les années 1970, l'Afrique dispose de capacités d'exportation limitées. À court terme, on peut donc s'attendre à ce que les importations de l'Afrique augmentent plus rapidement que ses exportations, entraînant alors la détérioration des balances commerciales nationales. Dans le même temps, le commerce intra-africain reste faible par comparaison avec d'autres régions, puisqu'il ne représentait en 2013 que 16,3 pour cent de l'ensemble des transactions commerciales du continent (CEA et CUA, 2015).

Des efforts supplémentaires s'imposent pour répondre aux contraintes de l'offre et veiller à ce que les accords commerciaux multilatéraux pro-

duisent des résultats concrets pour l'Afrique. Cette situation souligne qu'il est critique pour l'Afrique de diversifier son économie, mais aussi de respecter les normes et les standards internationaux ainsi que les règles d'origine. Le refus de se plier à ces exigences pourrait compromettre les gains potentiels liés aux réformes en matière de facilitation des échanges commerciaux. Des discussions plus avancées au sujet de ces réformes doivent porter en priorité sur la réduction ou l'élimination des subventions agricoles dans les principaux pays développés et couvrir les négociations sur l'accès aux marchés pour les produits non agricoles (AMNA). Le 27 novembre 2014, les 160 pays Membres de l'OMC ont convenu d'intégrer formellement le Paquet de Bali à l'ensemble des règles de l'OMC. Celui-ci pourra être mis en œuvre et entrer en vigueur une fois que les deux tiers au moins des pays membres auront achevé leur processus de ratification interne, une perspective qui s'annonce prometteuse pour l'Afrique.

Les négociations sur les Accords de partenariat économique (APE) entre les pays africains et l'Union européenne (UE) se poursuivent, mais sans grand résultat. Les APE n'ont pas permis de relancer les économies locales ni de stimuler la croissance sur le continent. La renégociation des APE qui devaient techniquement entrer en vigueur au 1er octobre 2014, était censée remédier à cette situation. Aux États-Unis, l'African Growth and Opportunity Act (AGOA), la Loi sur la croissance et les possibilités économiques en Afrique qui est entrée dans sa dernière année d'application le 1er octobre 2014 vient d'être pro-

Table 8.1 Croissance du commerce des marchandises par région, 2012-2013

	Exportations		Importations	
	2012	2013	2012	2013
Afrique	6,5	-2,4	12,9	4,1
Asie	2,8	4,7	3,7	4,5
Communauté d'États indépendants	0,9	0,8	6,8	-1,3
Europe	0,8	1,5	-1,8	-0,5
Moyen-Orient	5,2	1,9	10,5	6,2
Afrique du Nord	4,4	2,8	3,1	1,2
Amérique du Sud et Amérique centrale	0,7	1,4	2,3	3,1
Monde	2,4	2,5	2,1	1,9

Source : OMC 2014, *Statistiques du commerce international* (<http://www.wto.org>).

longée jusqu'au 20 septembre 2025. Cependant, dans un cas comme dans l'autre, rien n'indique que les objectifs déclarés en matière de développement du commerce et de croissance durable aient été atteints dans les pays d'Afrique. Malgré les efforts entrepris, de nombreux pays ont eu des difficultés pour accroître leurs échanges et tirer parti des programmes d'accès préférentiel aux marchés qui leur étaient réservés (Banque mondiale, 2012). Certes, les préférences commerciales stimulent la croissance, mais seulement dans l'hypothèse où les compétences et les infrastructures requises répondant aux normes internationales sont disponibles. Pour de nombreux pays africains, les goulots d'étranglement logistiques dans les ports et les contraintes imposées par les politiques en matière de change constituent des obstacles majeurs. Nombre d'entre eux souffrent aussi d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée. En outre, l'Afrique fait toujours face à un déficit majeur d'infrastructures. À cela s'ajoutent d'autres contraintes liées à l'offre, notamment la productivité relativement faible de la main-d'œuvre, l'absence ou quasi-absence d'économies d'échelles et des marchés financiers peu profonds. La délocalisation tant espérée, depuis l'Asie vers l'Afrique, d'industries à valeur ajoutée, à main-d'œuvre intensive et à fort potentiel de création d'emplois susceptibles d'alimenter la croissance n'est pas encore à l'ordre du jour, précisément à cause de ces contraintes.

La plupart des pays membres du CAD n'honorent toujours pas leur engagement de longue date à l'égard des Nations Unies, selon lequel il leur faut verser 0,7 pour cent de leur RNB au titre de l'APD (figure 8.1). Cependant, le Royaume-Uni a augmenté son APD de 29 pour cent entre 2012 et 2013, ce qui s'est traduit par une allocation de 0,72 pour cent de son RNB. C'était la première fois que ce pays dépassait l'objectif notable de 0,7 pour cent du RNB national (DSNU, 2015)⁷. L'expérience a été renouvelée en 2014, lorsque le

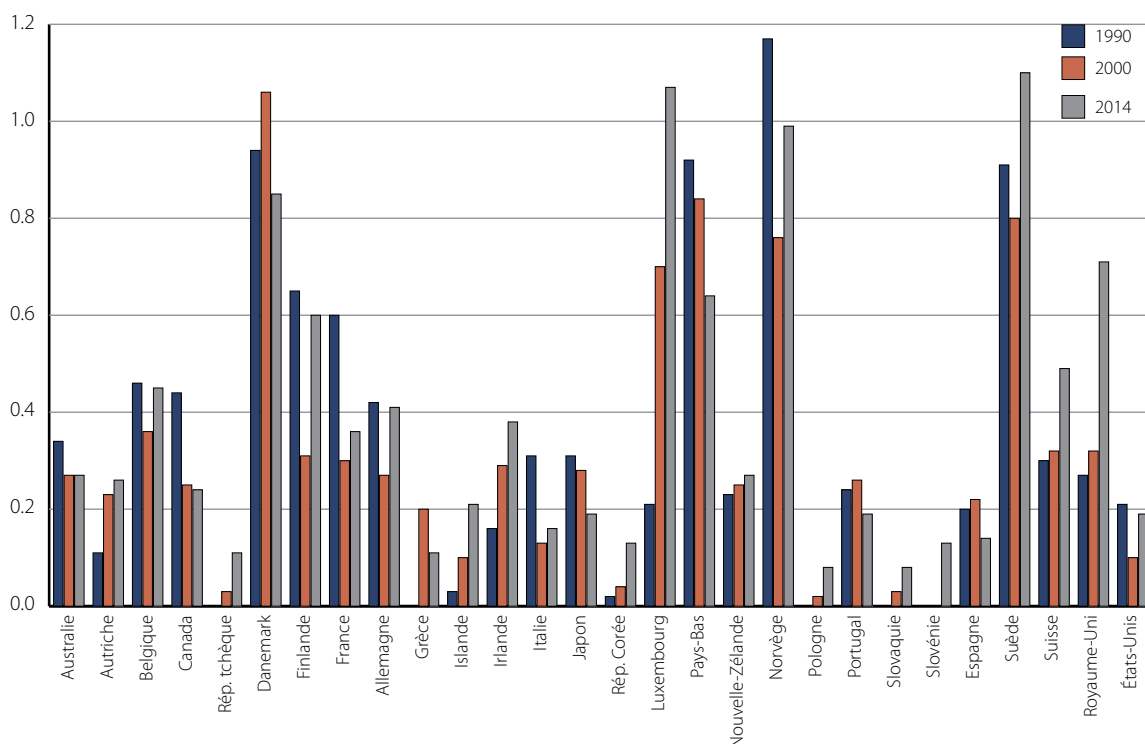
gouvernement britannique a versé 17,9 milliards de dollars US dans le cadre de l'APD, soit 0,71 pour cent de son RNB (OCDE, 2015a).

En réalité, le nombre de pays à avoir dépassé la cible de 0,7 pour cent était égal à cinq en 2013 et en 2014, contre quatre seulement en 2012 : Danemark (0,85 %) ; Luxembourg (1,07 %) ; Norvège (0,99 %) ; Royaume-Uni (0,71 %) et Suède (1,10 %). Notons également qu'en 2014, la fourchette de déboursements de l'APD (en pourcentage du RNB) parmi les 28 pays membres du CAD allait de 0,11 pour cent (République tchèque et Grèce) à 1,10 pour cent (Suède) (OCDE, 2015a). Le montant total de l'APD pour 2014 est estimé à 135,1 milliards de dollars US courants, alors qu'il était de 134,1 milliards en 2013. Toutefois, le montant de 2014 affiche une baisse de 0,5 pour cent en prix réels de 2013. En 2014, les décaissements de l'APD en dollars US courants allaient de 35 millions (Islande) à 31,5 milliards de dollars (États-Unis). En 2014, l'APD totale accordée collectivement a atteint 0,29 pour cent seulement du RNB cumulé des pays du CAD, ce qui implique un déficit de mise en œuvre de l'ordre de 0,41 pour cent par rapport à l'objectif fixé par les Nations Unies. Ce déficit était à un niveau moindre l'année précédente, puisqu'il a été estimé à 0,40 pour cent (OCDE, 2015a). En dollars absolus, le déficit de mise en œuvre de l'APD s'élevait à 169,6 milliards de dollars US en 2013, un montant supérieur à celui des déficits des années antérieures. À titre de comparaison, ce déficit correspond à la moitié du PIB de l'Afrique du Sud ou au PIB combiné des 28 pays les plus petits d'Afrique. C'est dire que ces déficits de mise en œuvre annuels représentent des montants colossaux qui auraient pu largement contribuer à l'accélération du développement de l'Afrique.

On estime que l'APD versée à l'Afrique par les pays membres du CAD en 2014 (46 milliards de dollars US) sera sensiblement inférieure à celle de 2013 (50 milliards de dollars US), les deux montants étant exprimés en dollars US courants de 2013. Qui plus est, l'enquête de l'OCDE menée en 2014 montre que l'APD allouée à l'Afrique devrait rester faible entre 2015 et 2018, et représenter une moyenne annuelle environnant les

⁷ Il est à noter que la quasi-totalité de l'aide britannique supplémentaire allouée en 2013 a été accordée par le Department of Energy and Climate Change (DECC, ministère de l'Énergie et du changement climatique) du gouvernement britannique (Gouvernement du Royaume-Uni, 2015, Excel tables: Statistics on International Development 2014 (www.gov.uk/government/statistics/statistics-on-international-development-2014)).

Figure 8.1 L'APD des pays du CAD en pourcentage du RNB, par pays, 1990, 2000, 2014



Source : DSNU, 2015 et OCDE, 2015b pour les estimations de 2014.

47 milliards de dollars US constants de 2013 (OCDE, 2015a). Au regard du programme de développement pour l'après-2015, ces prévisions ne semblent pas de très bon augure.

Un autre type de déficit de mise en œuvre concerne les aspects liés à la qualité des décaissements de l'APD. Des études montrent en effet que des parts importantes de l'APD restent dans le pays donateur, à l'intérieur d'un circuit de différents canaux par lesquels l'aide est distribuée (ActionAid, 2005, OCDE, 2005 ; Kuziemko et Werker, 2006 ; Riddell, 2007). En outre, l'efficacité de l'aide est remise en question par un certain nombre de chercheurs, de praticiens et d'organismes spécialisés en la matière (Bountagkidis, Fragkos et Fragkos, 2015 ; ActionAid, 2014 ; The Reality of Aid International Coordinating Committee, 2011 ; Easterly, 2006 ; Olukoshi, 2006).

Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés

En vue de répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés (PMA), la Conférence ministérielle de l'OMC qui s'est tenue à Bali en

2013 a appelé à la mise en œuvre des mesures suivantes : l'application intégrale de l'accès aux marchés en franchise de droits et sans contingent pour les PMA ; la simplification des règles d'origine préférentielles pour les PMA ; la mise en œuvre effective de la dérogation concernant le traitement préférentiel pour les services et fournisseurs de services des PMA ; et une réaffirmation du mandat de Doha sur le coton en rapport avec les aspects liés à son commerce et à son développement (OMC, 2013). Ces décisions, qui sont d'une importance capitale pour les PMA africains, doivent se traduire dans leurs objectifs de développement économique et social à plus grande échelle. Davantage d'efforts seront nécessaires pour permettre à ces pays d'accroître leurs capacités et d'améliorer leur compétitivité au plan mondial tout en exploitant les possibilités qui leur sont offertes par l'élargissement de l'accès aux marchés. Il sera également important de veiller à ce que les PMA africains disposent des compétences et des capacités appropriées pour être en mesure de se conformer aux normes applicables aux produits sur les principaux marchés.

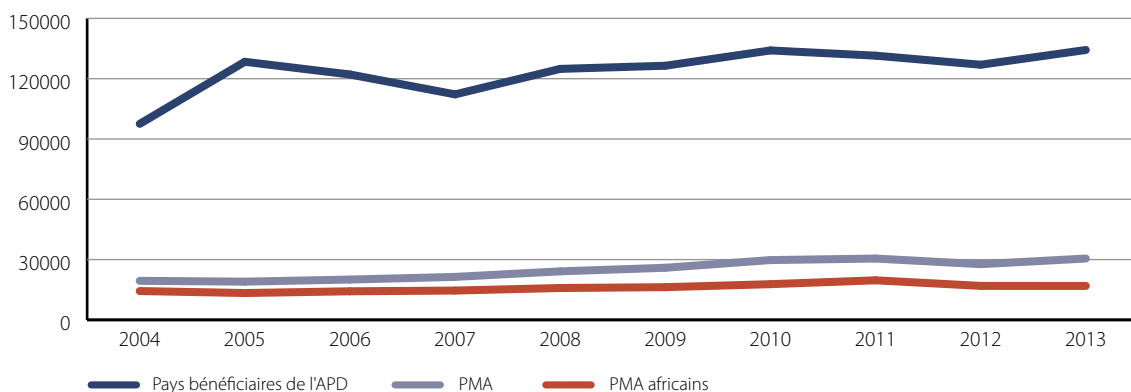
La Déclaration et le Programme d'action d'Istanbul en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2011-2020 (PAI, 2011) insistent avant tout sur la coresponsabilité et sur un redoublement des efforts concertés pour assurer la réalisation de l'objectif primordial de réactivation et d'accélération de la croissance et d'un développement soutenu dans les PMA. L'examen à mi-parcours de la mise en œuvre du Programme d'action d'Istanbul aura lieu en Turquie, en 2016. La dernière évaluation des progrès réalisés dans les domaines prioritaires du PAI indique que les taux de croissance du PIB des PMA africains ont diminué, passant de 5,6 pour cent en 2010 à 3,37 pour cent en 2012 puis à 3,53 pour cent en 2013 (CEA et UA, 2015). Mesurées en proportion du PIB par personne employée, les capacités de production dans les PMA africains ont augmenté depuis 2005, malgré un net recul en 2011. En dépit d'une série de projets d'infrastructure régionaux en cours d'exécution à travers l'Afrique, des données récentes suggèrent que les infrastructures routières se sont fortement détériorées dans les PMA africains depuis 2007, après avoir connu une forte amélioration. L'infrastructure ferroviaire, quant à elle, continue de stagner. La part des PMA africains représente moins de 1 pour cent du commerce mondial et leur économie est tributaire de l'exportation de quelques produits de base, ce qui les rend vulnérables aux chocs et fortement dépendants de l'aide publique au développement. Dans le secteur de la santé, certaines améliorations ont été observées, notamment en

matière de mortalité maternelle et infantile et de malnutrition. Cependant, la flambée épidémique du virus Ebola en Sierra Leone, au Libéria et en Guinée a mis en évidence la fragilité des systèmes de santé des PMA africains et leur vulnérabilité aux chocs.

L'APD consacrée aux PMA a vu son niveau baisser en 2011 et en 2012, puis remonter en 2013 avant de fléchir à nouveau en 2014, le montant alloué pour cette dernière année représentant 37,8 milliards de dollars US, soit 28 pour cent de l'APD totale consentie par le CAD. En effet, l'APD versée aux PMA par les pays membres du CAD n'a totalisé que le tiers de l'APD totale depuis 1990 (DSNU, 2015). En fait, seuls huit pays du CAD ont honoré en 2012 leur engagement à l'égard de l'objectif de 0,15 pour cent de leurs versements nets d'APD en faveur des PMA, fixé par les Nations Unies (selon les métadonnées les plus récentes disponibles). En réalité, l'APD aux PMA africains consentie par les pays du CAD n'a guère varié ces dernières années. Entre 2004 et 2013, la part des flux d'aide allouée aux PMA (en pourcentage de l'APD totale) était en moyenne de 20 pour cent pour l'ensemble des PMA et seulement de 13 pour cent s'agissant des PMA africains (figure 8.2).

Axée sur des engagements visant à améliorer les apports d'aide en faveur des PMA, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) n'a de ce fait pas été réellement suivie d'effets au niveau des pays (Forum de haut niveau

Figure 8.2 APD des pays du CAD en millions de dollars US constants de 2012, 2004-2013



Source : OCDE, 2014.

de 2005). Pourtant, l'objectif déclaré de l'APD est d'améliorer les moyens de subsistance des populations les plus vulnérables partout dans le monde. La réalisation de cet objectif revêt une importance particulière pour l'Afrique étant donné que 34 des 54 pays du continent sont inscrits au titre de la catégorie des PMA.

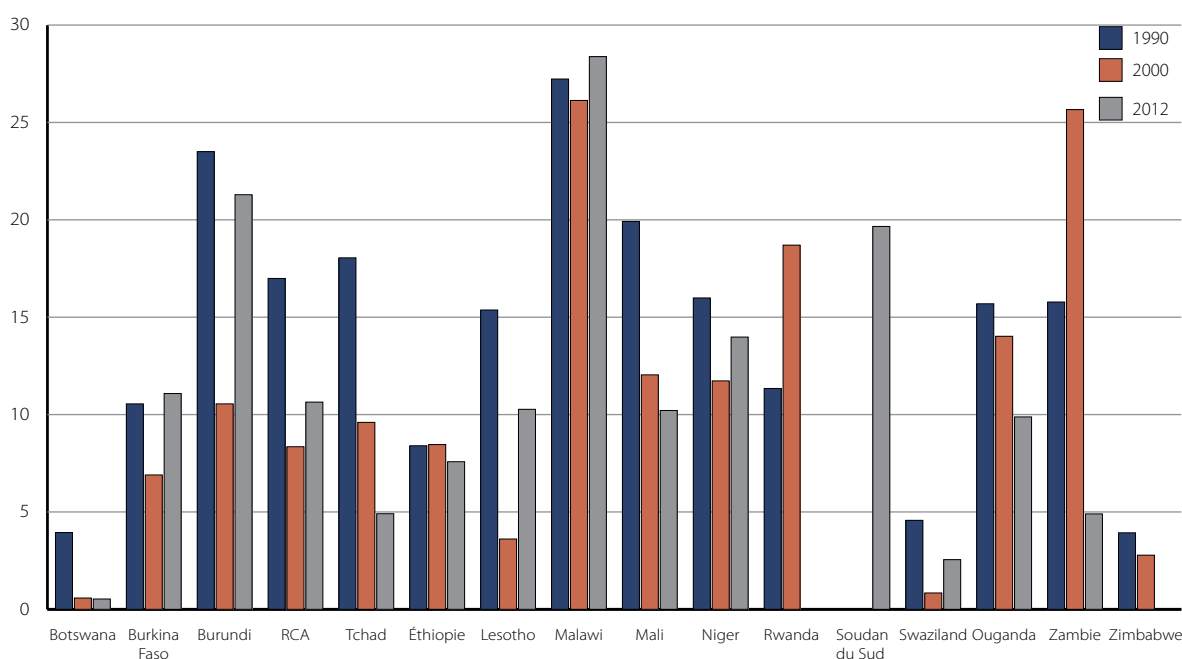
Cible 8.C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement (PEID)

Les pays en développement sans littoral (PDSL) ont des besoins et des problèmes particuliers qui sont liés à leur situation géographique défavorable. L'absence d'accès direct à la mer, l'éloignement et l'isolement des principaux marchés mondiaux ainsi que les coûts de transport élevés dont ils doivent s'acquitter entravent considérablement leur développement économique et social (CEA *et al.*, 2012). Adoptés en 2003, la Déclaration et le Programme d'action d'Almaty soulignent les efforts déployés par la communauté internationale en vue de répondre aux besoins spéciaux des PDSL. Il était prévu que les donateurs appuient la mise en œuvre du Programme d'Almaty à l'aide de financements et d'une assistance technique,

mais ces derniers n'ont pas tenu leurs engagements, comme en témoigne la baisse des flux d'APD vers ces pays. De manière générale, le groupe des PDSL africains a vu son APD baisser (figure 8.3), de sorte que la proportion de l'APD en pourcentage du RNB de l'ensemble de ces pays n'a cessé de diminuer, passant de 14,1 pour cent en 2004 à 11,1 pour cent en 2012 (DSNU, 2015). Sur une plus longue période, entre 1990 et 2012 par exemple, l'APD allouée aux PDSL africains a représenté 13,6 pour cent du RNB du groupe bénéficiaire, alors qu'elle s'est élevée à 14,4 pour cent entre 1990 et 2003 avant de retomber à 12,3 pour cent entre 2004 et 2012.

Préoccupée par cette situation, l'Assemblée générale des Nations Unies a organisé en 2012 la Conférence de Revue décennale complète du Programme d'action d'Almaty. La onzième Réunion annuelle des ministres du Groupe des pays en développement sans littoral a appelé à la mise en œuvre accélérée du Programme d'action d'Almaty en veillant à ce que l'Initiative Aide pour le commerce ciblant les PDSL prenne en compte leurs besoins spéciaux et leurs exigences (UN-OHRLS, 2012).

Figure 8.3 APD versée aux PDSL africains, en pourcentage de leur RNB, 1990, 2000, 2012



Source : DSNU, 2015.

Note : les données relatives au Rwanda et au Zimbabwe pour 2012 sont manquantes.

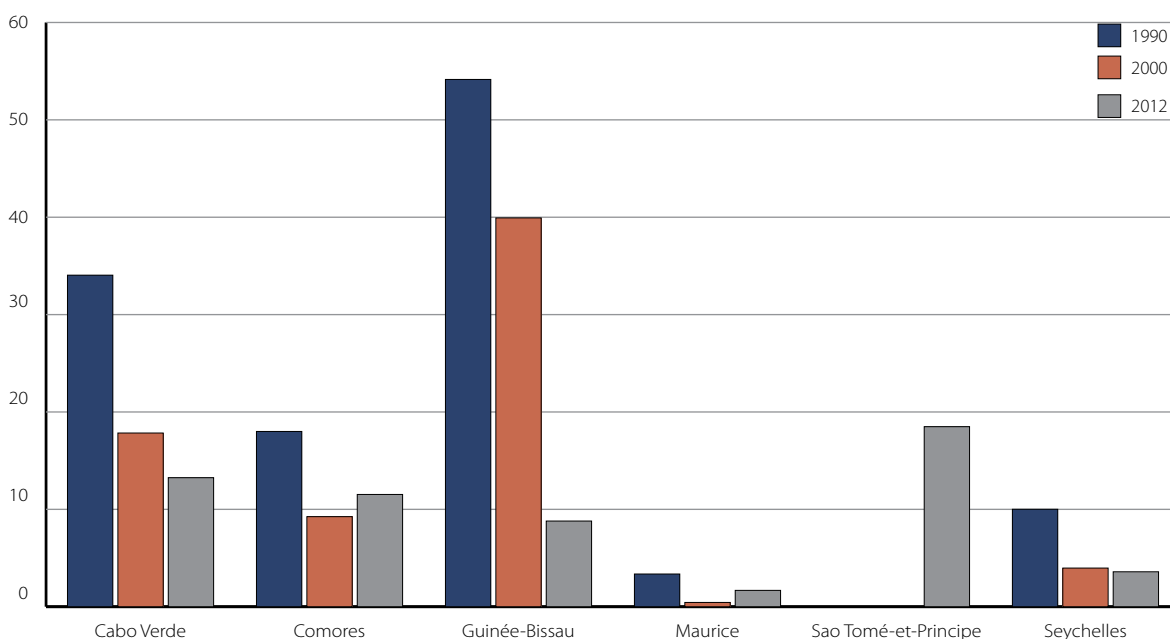
De la même façon, les petits États insulaires en développement (PEID) n'ont pas échappé aux réductions de l'APD (figure 8.4). En 2012, le montant moyen de l'APD reçue (en pourcentage du RNB des PEID bénéficiaires) était de 9,6 pour cent seulement, contre une moyenne de 18,3 pour cent entre 1990 et 2003 et de 10,7 pour cent entre 2004 et 2012. Quatre des six PEID africains ont fait les frais d'une APD réduite qui représentait plus de 25 pour cent de leur RNB, à savoir : le Cabo Verde, les Comores, la Guinée-Bissau et les Seychelles.

De toute évidence, les réductions de l'APD exprimées en pourcentages sont étroitement liées à la croissance économique observée dans certains PDSL, et tout particulièrement dans les PEID. Cependant, la communauté des donateurs ne doit pas perdre de vue les besoins spéciaux de ces pays, mais au contraire tirer parti de la dynamique de leur essor économique en vue de stimuler de nouvelles avancées en matière de développement et de réduction de la pauvreté. Ceci est particulièrement important au vu de la complexité

du lien entre croissance économique et réduction de la pauvreté (CEA et al., 2014).

En ce qui concerne les échanges commerciaux, les PDSL dépendent du degré d'efficacité des procédures en vigueur dans les pays voisins pour le dédouanement de leurs marchandises en transit. L'Accord sur la facilitation des échanges, conclu dans le cadre de la neuvième Conférence ministérielle de l'OMC à Bali prévoit la mise en place d'une plateforme commune que tous les membres de l'OMC seront tenus de mettre en œuvre en vue de respecter les principes de transparence, de cohérence et de prévisibilité susceptibles de soutenir les activités des négociants dans les PDSL. Une des décisions prises à Bali réaffirme en outre l'importance du Programme de travail sur les petites économies de l'OMC, qui couvre tous les pays compris dans la catégorie des PEID. Ce programme a été établi dans le but de définir des réponses aux questions liées au commerce identifiées pour intégrer davantage les PDSL et les PEID dans le système commercial multilatéral.

Figure 8.4 APD versée aux PEID africains, en pourcentage de leur RNB, 1990, 2000, 2012



Source : DSNU, 2015.

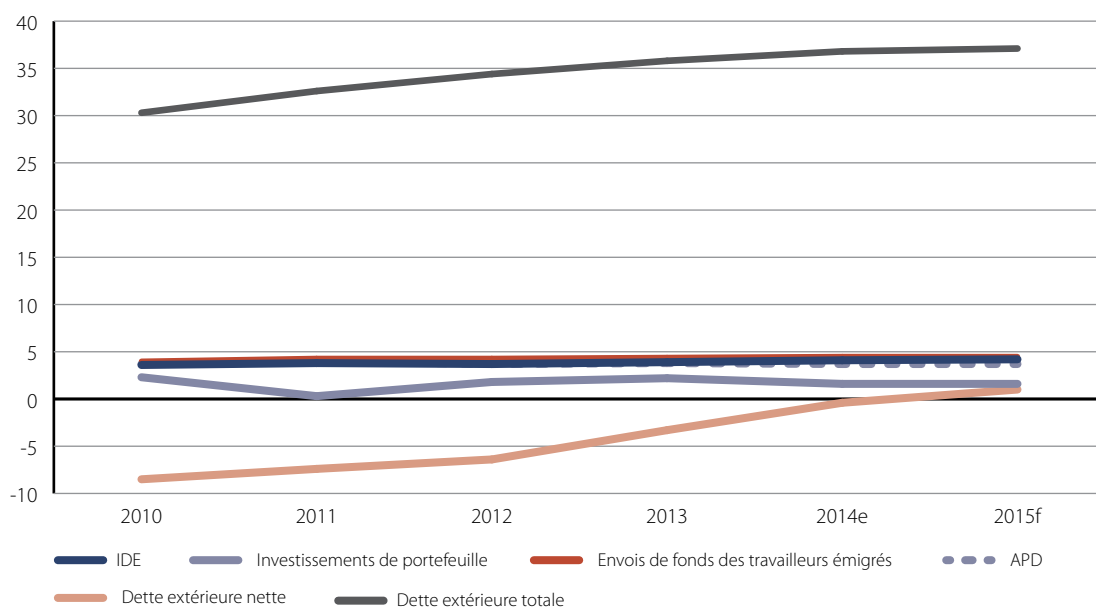
Cible 8.D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme

Depuis 2010, la dette extérieure totale de l'Afrique représente plus de 30 pour cent de son PIB, une proportion qui devrait augmenter pour atteindre 37,1 pour cent en 2015. Il était attendu que la dette extérieure nette (c.-à-d., la dette totale moins les réserves) en pourcentage du PIB s'établisse à seulement 1 pour cent du PIB en 2015, suite à une évolution négative depuis 2006 en raison des réserves internationales élevées dans les économies exportatrices de pétrole. Les pays importateurs de pétrole riches en ressources minérales ont une dette extérieure nette positive, et présentent, dans certains cas extrêmes⁸, des ratios très élevés de la dette par rapport au PIB, ce qui soulève des questions de viabilité de la dette dans ces pays.

L'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) contribue à réduire le fardeau de la

dette des pays qui remplissent les conditions requises pour en bénéficier. En septembre 2014, 29 pays africains étaient admissibles à l'assistance au titre de l'initiative PPTE, avaient atteint le point d'achèvement et reçu la réduction intégrale et irrévocable de leur dette (FMI, 2015a). L'effort total des allègements de dette consentis en faveur de tous les PPTE africains éligibles totalisait 105 milliards de dollars US en termes nominaux à la fin de l'année 2012 (CEA et OCDE, 2014). La dette commerciale extérieure de 15 PPTE africains, évaluée à plus de 5,5 milliards de dollars US, a été annulée avec l'appui de la Facilité de réduction de la dette de la Banque mondiale (Ibid.). En outre, suite à la recommandation du Groupe des Huit (G8) qui s'est réuni à l'occasion du Sommet du G8 de 2005, le Fonds monétaire international (FMI) a procédé à l'annulation de 100 pour cent des dettes contractées par les pays africains à faible revenu, soit un montant total de 3,4 milliards de dollars en termes nominaux, dans le cadre de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) (FMI, 2015b).

Figure 8.5 Flux de financement extérieur, 2010–2015 (en milliards de dollars US)



Source : CEA et CUA, 2015a.

⁸ Sont concernés les pays suivants : le Cabo Verde (59 % du PIB) ; le Ghana (28 % du PIB) ; la Mauritanie (52 % du PIB) ; le Mozambique (28 % du PIB) ; Sao Tomé-et-Principe (117 % du PIB) ; le Sénégal (25 % du PIB) ; les Seychelles (90 % du PIB) ; le Soudan (55 % du PIB) ; la Tunisie (50 % du PIB) et le Zimbabwe (338 % du PIB).

L'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés arrive à son terme, 35 des 39 PPTE qui y sont éligibles ayant désormais atteint le point d'achèvement. Cependant, trois pays d'Afrique, jugés potentiellement admissibles à l'initiative PPTE, n'ont pas encore atteint le point de décision. Il s'agit de l'Érythrée, de la Somalie et du Soudan. Cependant, la viabilité à long terme de la dette demeure un défi pour les PPTE africains ayant dépassé le point d'achèvement car nombre d'entre eux restent confrontés à des vulnérabilités structurelles et à des insuffisances dans la gestion de la dette publique. Avec l'atteinte du point d'achèvement au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), la préoccupation croissante concernant la viabilité de la dette soulève la question plus fondamentale de la mise en place d'un mécanisme de restructuration équitable de la dette qui permette de faire à toute nouvelle crise de la dette souveraine.

Cible 8.F : 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

Des progrès notables concernant les indicateurs de la technologie

Abonnements à la téléphonie fixe

À l'échelle du continent africain, le nombre d'abonnements au téléphone fixe pour 100 habitants a atteint sa plus haute moyenne en 2009, progressant jusqu'à 4,17 par rapport à son chiffre de 1,44 en 1990, avant de retomber à 3,60 en 2013, après avoir accusé des baisses régulières. Il existe toutefois des écarts importants entre les pays. Vingt-cinq pays d'Afrique comptaient tout au plus un abonné à un service de téléphonie fixe pour 100 habitants. Par opposition, Maurice et les Seychelles affichaient la proportion la plus élevée en 2013 avec 29,17 et 23,43 abonnés pour 100 habitants, respectivement. Sur les 53 pays d'Afrique disposant de données pour 2013, 25 comptaient moins de dix abonnements au téléphone fixe pour 100 habitants (DSNU, 2015). Il est évident que cette stagnation est étroitement liée au faible nombre de lignes existantes ou à la

lenteur de la mise en place de nouvelles lignes fixes par rapport à la croissance démographique et à l'essor rapide des abonnements de téléphonie mobile, qui est d'ailleurs le prochain indicateur sur cette cible.

Abonnements à la téléphonie cellulaire mobile

En 1990, seuls quatre pays d'Afrique comptaient des abonnements à un service de téléphonie cellulaire mobile, avec un taux d'abonnement moyen de seulement 0,005 abonné pour 100 habitants : l'Afrique du Sud, l'Égypte, Maurice et la Tunisie. Dix ans plus tard, 48 des 53 pays dont les données sont disponibles affichaient des abonnements mobiles, à raison d'un taux d'abonnement moyen de 2,57, variant de 32,54 (Seychelles) à 0,1 (Mali). Le tableau 8.2 fait état des variations régionales qui existent en matière d'abonnements cellulaires mobiles. En 2013, les 53 pays disposant de données comptaient tous des abonnements à des services de téléphonie mobile, dont le nombre moyen s'élevait à 80,2 abonnements pour 100 habitants, avec des écarts allant de 214,75 (Gabon) à 5,6 (Érythrée). Quinze de ces pays ont enregistré plus de 100 abonnements pour 100 habitants. Cela tient au fait qu'en Afrique, les utilisateurs de téléphones cellulaires mobiles ont souvent plusieurs abonnements pour un même appareil. Il est alors difficile de déterminer avec exactitude le nombre d'individus possédant un téléphone cellulaire mobile ou utilisant le même appareil. À titre d'exemple, Africa Renewal (2013) rapporte que les usagers achètent plusieurs cartes SIM afin de passer d'un opérateur à un autre sans avoir à acquitter de frais d'interconnexion.

Malgré tout, il ne fait aucun doute que le nombre d'abonnements cellulaires mobiles ne cesse d'augmenter. En 2013, on dénombrait 823,7 millions d'abonnements cellulaires mobiles en Afrique. Bien que cette progression ait récemment marqué le pas, elle dépassait toujours la moyenne mondiale (6,3 %) en 2013, avec un taux de 11,1 pour cent. À plus longue échéance, entre 2004 et 2013 par exemple, la croissance annuelle moyenne des abonnements cellulaires mobiles était de 33 pour cent en Afrique contre 17 pour cent au plan mondial (DSNU, 2015). Du

Tableau 8.2 Nombre d'abonnements cellulaires mobiles pour 100 habitants, par région

	1995	2000	2012
Monde	1,6	12,1	89,3
Régions en développement	0,4	5,4	82,6
Afrique du Nord	< 0,1	2,8	116,1
Afrique (hors Afrique du Nord)	0,1	1,7	59,3
Amérique latine et Caraïbes	0,8	12,1	109,1
Caraïbes	1,2	7,5	63,6
Amérique latine	0,8	12,5	112,4
Asie de l'Est	0,5	9,8	82,1
Asie de l'Est (hors Chine)	3,4	50,2	98,7
Asie du Sud	< 0,1	0,4	69,2
Asie du Sud (hors Inde)	< 0,1	0,5	67,5
Asie du Sud-Est	0,7	4,2	111,8
Asie de l'Ouest	0,6	13,1	101,5
Océanie	0,2	2,4	47,4
Caucase et Asie centrale	< 0,1	1,3	107,3
Régions développées	6,4	39,8	120,3
Pays les moins avancés	< 0,1a	0,3	48,6
Pays en développement sans littoral	< 0,1	1,1	59,4
Petits États insulaires en développement	1,5	11	70,3

Source : *DSNU, 2015.*

reste, l'Afrique a récemment accompli des progrès significatifs en matière d'utilisation de la technologie mobile (figures 8.6 et 8.7) et les Africains ont été en mesure de l'utiliser de différentes manières innovantes qui ont révolutionné leur quotidien. CNN (2012) énumère notamment sept différents domaines d'utilisation des téléphones mobiles qui ont complètement révolutionné le quotidien des Africains : les transactions bancaires, la mobilisation citoyenne, l'éducation, le divertissement, la gestion des catastrophes, l'agriculture ou la santé.

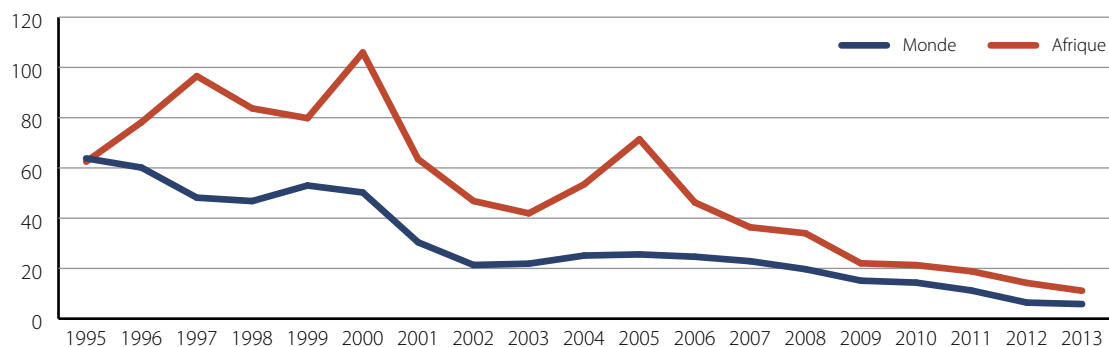
Utilisateurs d'Internet

De la même manière, entre 2004 et 2013, le nombre d'utilisateurs d'Internet pour 100 habitants a augmenté beaucoup plus vite en Afrique que dans le reste du monde, avec une croissance annuelle moyenne de 21,7 pour cent contre 10,2 pour cent au plan mondial (figures 8.6 et 8.7). Actuellement, cet indicateur est à 14,7 pour cent en ce qui concerne le continent africain contre 43,7 pour cent à l'échelle mondiale. Si les taux de croissance actuels se maintiennent au cours des

années à venir, le continent africain pourra rattraper son retard. Pourtant, les utilisateurs n'ont pas d'accès à Internet sur tout le continent africain ni même sur tout le territoire d'un pays. Une fois de plus, les pays d'Afrique affichent des écarts importants, et en 2013, les pays comptant le plus grand nombre d'internautes pour 100 habitants étaient le Maroc (56,0), les Seychelles (50,4), l'Égypte (49,6), l'Afrique du Sud (48,9) et la Tunisie (43,8), tandis que 14 pays comptaient moins de cinq utilisateurs d'Internet pour 100 habitants.

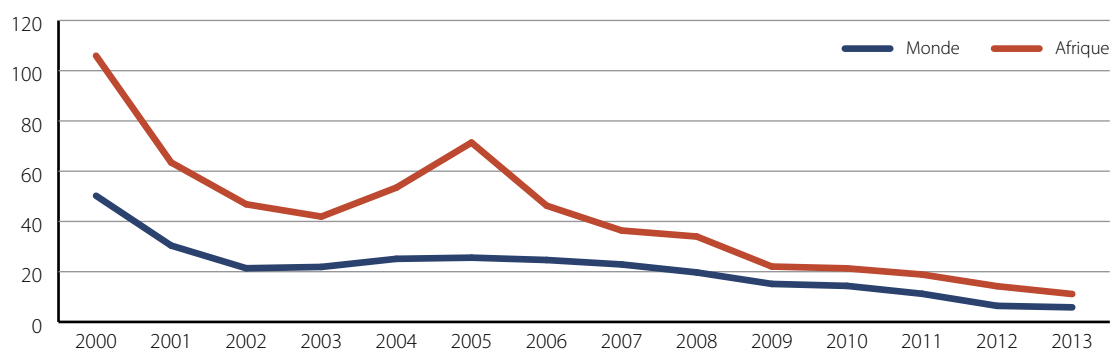
De manière générale, l'Afrique affiche des progrès remarquables concernant ces indicateurs de technologie. Cependant, les aspects liés à la qualité de l'utilisation de cette technologie sont encore très limités, en raison des coûts, des perturbations inhérentes au service, de l'approvisionnement énergétique et de la surveillance étroite des flux d'informations par les autorités afin d'entraver l'activisme politique (Donovan et Martin, 2014).

Figure 8.6 Croissance du nombre d'abonnements mobiles, 1995-2013



Source : DSNU, 2015.

Figure 8.7 Croissance du nombre d'abonnements cellulaires mobiles pour 100 habitants, 2000-2013



Source : DSNU, 2015.

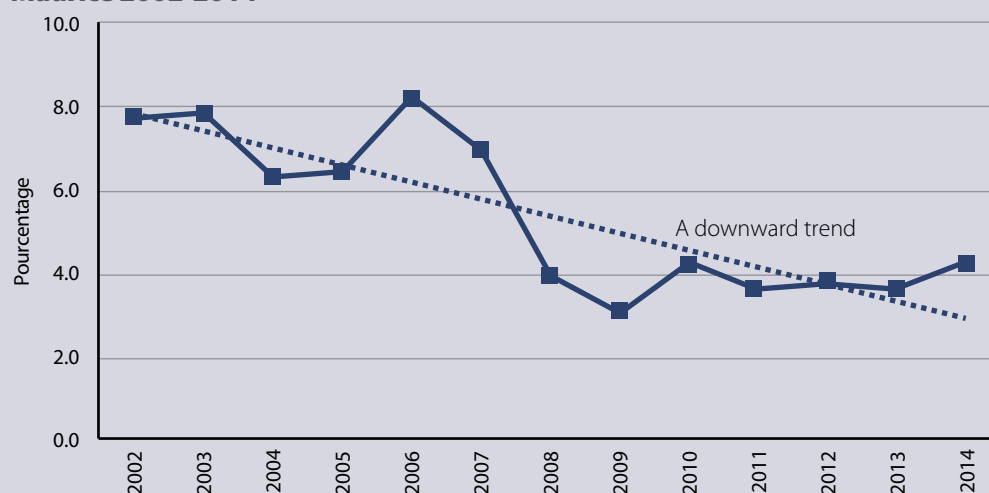
Encadré 8.1 Maurice et l'OMD 8

Maurice est un PEID bénéficiaire de l'APD. En 2014, l'aide reçue représentait moins de 1 pour cent de son RNB. En effet, une enveloppe de 406 millions de roupies lui a été allouée au titre de l'APD, soit environ 0,1 pour cent seulement de son RNB.

Le fardeau de la dette mesuré en proportion du service de la dette extérieure aux recettes d'exportation a

diminué de 8 à 4 pour cent entre 2002 et 2014. L'amélioration de la charge de la dette reflète une amélioration quant à la vulnérabilité du pays aux chocs économiques. Entre 2002 et 2007, cette proportion variait de 6 à 8 pour cent environ ; elle a ensuite chuté de manière significative avant d'atteindre 4 pour cent en 2014.

Part (%) du service de la dette dans le nombre total d'exportations de biens et de services à Maurice 2002-2014



Par ailleurs, 100 pour cent de la population mauricienne a accès aux médicaments essentiels depuis que le gouvernement fournit des soins et des services de santé gratuits (comprenant les médicaments essentiels) dans tous les centres de santé publics du pays.

C'est dans le secteur des technologies de l'information et des communications (TIC) que Maurice a réalisé des progrès substantiels, en développant considérablement l'utilisation de téléphones cellulaires et d'Internet. Le nombre d'abonnés au téléphone fixe (pour 100 habitants) est passé de 7 à 31 pour cent entre 1990 et 2010. Il a ensuite baissé à 29 pour cent en 2013, en raison de

l'émergence et de l'expansion rapide des téléphones cellulaires, dont l'offre de services est plus accessible et plus diversifiée, notamment parce qu'ils offrent un accès à Internet. Le nombre d'abonnements cellulaires mobiles (pour 100 habitants), qui était de 0,2 pour cent en 1990, a passé la barre des 100 pour cent depuis 2011.

La pénétration d'Internet connaît également une augmentation rapide. En 2006, les utilisateurs d'Internet représentaient 19 pour cent de la population âgée de plus de 12 ans ; en 2012, cette proportion a doublé pour atteindre 38 pour cent.

Section II

Les enseignements tirés de la mise en œuvre des OMD

Une décennie riche de connaissances acquises en matière d'OMD a généré de précieuses leçons qui peuvent guider les décideurs dans la mise en œuvre du programme de développement pour l'après-2015. Les enseignements qu'il est possible de tirer de ce vaste champ d'expériences sont classés par thèmes : enseignements généraux ; enseignements en termes de réduction de la pauvreté et de croissance inclusive ; enseignements sur le développement social ; et enseignements en matière de durabilité environnementale.

Enseignements généraux

Les OMD ne seront pas atteints par tous les pays ou toutes les régions. Néanmoins, tous les pays auront accompli des progrès vis-à-vis d'au moins une des cibles des OMD. C'est le cas tant pour l'Afrique que pour le reste du monde. Les expériences des pays en matière d'OMD mettent en lumière quelques grands enseignements qui devront guider le cadre de développement qui succèdera aux OMD.

L'importance capitale des conditions initiales

Un aspect souvent négligé dans l'évaluation de la réalisation des OMD est le rôle des conditions initiales. Pourtant, celles-ci influencent le caractère et le rythme de la progression d'un pays vers la réalisation des OMD. En conséquence, il est impératif d'adopter des approches différenciées en vue d'appuyer et d'évaluer les progrès. Pour les pays et les régions qui sont loin d'atteindre la cible, le rythme de leur progression par rapport au niveau de référence initiale est un critère de mesure tout aussi pertinent que la distance restant à parcourir.

La communication et le suivi efficaces sont des outils essentiels pour garantir le succès des programmes mondiaux

Une leçon essentielle à tirer de la mise en œuvre des OMD est que ceux-ci auront remporté un certain succès en dépit de la nature non contraignante des engagements pris par les États signataires. Ce résultat positif est en partie dû à l'efficacité des processus de communication et de suivi permanent engagés tant au niveau national qu'à l'échelle régionale et mondiale. Une communication efficace des performances, relayée notamment par le biais des rapports de pays, a permis de mobiliser la société civile et a contribué à maintenir la pression exercée sur les gouvernements afin que ceux-ci honorent leurs engagements sociaux. Les rapports régionaux sur les OMD ont servi de mécanisme pour les comparaisons entre pays et l'apprentissage par les pairs. Les pays affichant de bons résultats ont à leur insu encouragé les pays moins performants à s'améliorer en créant une ambiance de « concurrence positive ».

Les OMD ont entraîné une forte demande en matière de données plus complètes et opportunes

Le processus des OMD a mis en lumière l'importance de l'accès en temps opportun à des données ventilées en tant qu'élément essentiel pour assurer le suivi des résultats et tenir les parties prenantes concernées responsables de leurs actions ou leurs omissions. Le désir des gouvernements de montrer leurs performances et la volonté des parties prenantes de suivre les progrès a invariablement suscité une forte demande pour les données, contribuant ainsi à l'amélioration de la disponibilité des données (OMS, 2014). Malgré les

progrès accomplis dans l'accès aux données, l'absence de données est un défi persistant, auquel il est toutefois possible de remédier, notamment par des investissements portant sur l'enregistrement d'état civil, les systèmes de statistiques vitales et les méthodes innovantes permettant d'optimiser l'utilisation des mégadonnées.

Renforcement de l'accès et de la qualité de la prestation de services

Les OMD ont également montré que l'amélioration de l'accès aux services de base n'a pas souvent été synonyme d'amélioration de la qualité. Compte tenu des ressources substantielles requises pour appuyer le changement et l'urgence d'améliorer l'accès aux services, la qualité de la prestation n'a pas reçu l'attention voulue et davantage d'efforts doivent être déployés à cet effet. Une plus grande attention a été accordée aux investissements de capitaux pour la construction d'écoles et de cliniques au détriment de l'investissement dans les coûts récurrents permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces structures. À titre d'exemple, les dépenses renouvelables associées au fonctionnement des écoles et des installations médicales ne sont pas toujours convenablement prises en compte dans les coûts de construction, en particulier lorsque de tels investissements sont hors budget (Hood et al., 2002). Lorsque les coûts d'investissement sont financés par les bailleurs de fonds, il est nécessaire de replacer ces initiatives dans le contexte du débat élargi sur la durabilité et la qualité de la prestation de services sur le long terme. Dans ce cas, les donateurs doivent non seulement faire preuve de davantage de souplesse concernant les paramètres de l'aide qu'ils fournissent, mais aussi aligner leur offre sur les priorités et cadres stratégiques nationaux.

Le développement durable exige l'adoption d'une approche intégrée

Dans le processus des OMD, l'accent essentiellement mis sur les résultats, tels que la réduction de la pauvreté, sans attention particulière accordée aux causes sous-jacentes a conduit, dans certains cas, à des conséquences indésirables, involontaires et souvent contraires à l'objectif de durabilité. Par exemple, l'Afrique a fait des progrès substantiels dans la réduction du VIH, du paludisme et de la

tuberculose en obtenant l'accès à des fonds verticaux. Cependant, ces fonds ciblent des maladies spécifiques et accordent moins d'attention aux systèmes de santé des pays concernés. Le financement des dépenses pris en charge par le Fonds mondial au titre du renforcement des systèmes de santé a globalement représenté 2,5 pour cent du total des fonds alloués pour la période 2002-2013 (Le Fonds mondial, 2015). Ces constatations soulèvent deux questions importantes : la pérennité des programmes de soins de santé dépendant du financement vertical et la durabilité de l'approche liée au financement vertical en général, dans le cas de systèmes de santé fragiles. En effet, alors que les interventions verticales ont sans aucun doute été bénéfiques, l'expérience de la maladie à virus Ebola montre clairement que pour être durables, elles doivent être complétées par des interventions horizontales ou intégrées, destinées à renforcer le système de santé en général.

L'exploitation des synergies intersectorielles amplifie l'impact

Les OMD ont également mis en évidence les avantages et les gains d'efficacité qui peuvent être acquis en tirant parti des synergies intersectorielles ainsi que le rôle de la planification dans cette réalisation. En outre, les pays africains ont intégré les OMD dans leurs cadres de planification du développement en tant qu'étape initiale dans la mise en œuvre. Le succès remporté en matière d'exploitation des synergies ne s'est toutefois pas généralisé, peut-être en raison du manque des capacités techniques nécessaires pour évaluer et estimer objectivement les interdépendances entre les différents objectifs et identifier les points d'entrée qui auraient généré le plus d'impact.

Les expériences des pays dans le domaine de la mortalité infantile et maternelle montrent qu'il est indispensable de disposer d'une approche intégrée pour répondre aux besoins sanitaires. En effet, l'amélioration de la santé infantile et maternelle est loin d'être un simple problème de santé, car elle nécessite des interventions connexes en amont, non liées à la santé, telles que la réduction du nombre de naissances chez les mères adolescentes, l'accroissement de l'utilisation des contraceptifs et l'amélioration de l'accès aux ins-

tallations d'assainissement et à des sources d'eau améliorées. Elle implique également de lutter contre les pratiques culturelles qui favorisent les mariages précoces et entravent l'éducation des filles. Par ailleurs, la réduction des grossesses précoces peut favoriser la réalisation d'autres OMD axés sur la pauvreté, l'éducation, l'égalité des genres et la mortalité infantile (Nations Unies, 2014).

Malgré d'importants gains acquis dans la lutte contre les grossesses des adolescentes et l'investissement en faveur de l'amélioration de l'assainissement et de l'accès à une eau potable améliorée, les progrès dans ces domaines ont été limités. Seuls sept pays africains ont communiqué des taux de natalité parmi les adolescentes inférieurs à 50 naissances pour 1 000 femmes (DSNU, 2015) ; seul 1 Africain sur 4 (24 %) environ a accès à une source d'eau potable améliorée depuis 2000 ; et seul 1 Africain sur 3 bénéficie de l'accès à des installations sanitaires améliorées.

Les progrès sont dus à des moyens robustes de mise en œuvre

Il a manqué au processus des OMD un mécanisme robuste pour sa mise en œuvre. Alors que le Consensus de Monterrey avait fourni un cadre approprié pour le financement des OMD, le mécanisme de suivi s'est quant à lui révélé inefficace. Le Consensus de Monterrey avait été axé exclusivement sur la mobilisation des ressources financières, avec peu d'attention accordée à des facteurs complémentaires tels que la technologie, les institutions et le renforcement des capacités. En outre, la dépendance excessive à l'égard de l'APD a miné la viabilité économique de plusieurs interventions liées aux OMD, les rendant tributaires de la situation financière des pays donateurs. Par conséquent, la clé du succès réside dans le renforcement des moyens de mise en œuvre des programmes mondiaux. Bien que ces efforts doivent englober toutes les sources de financement du développement, il faut également y inclure les outils non financiers qui facilitent le développement, tels que la technologie et le renforcement des capacités. Dans ce contexte, les priorités devraient porter sur les actions suivantes : appuyer l'agenda de l'Afrique

en faveur de la transformation structurelle, y compris la création de valeur ajoutée ; renforcer les capacités liées à la mobilisation des ressources nationales ; intensifier la coopération pour endiguer la fuite illicite de capitaux (notamment en luttant contre l'évasion fiscale, la falsification des prix et en limitant le recours des institutions de financement du développement aux juridictions opaques) ; restituer les avoirs usurpés ; soutenir la technologie, l'innovation et la science ; promouvoir le commerce équitable ; faciliter davantage les échanges ; et favoriser la bonne gouvernance.

Enseignements en termes de réduction de la pauvreté et de croissance inclusive

Une croissance inclusive et durable favorise la réduction de la pauvreté. Il est peu probable que l'Afrique atteigne la cible des OMD visant à réduire de moitié l'extrême pauvreté. Cependant, d'importantes leçons peuvent être tirées des efforts déployés dans la lutte contre la pauvreté et la faim au cours des 15 dernières années. Le continent a enregistré des progrès remarquables à cet effet depuis 1990 : en effet, la Tunisie, l'Égypte, le Cameroun, la Gambie, le Sénégal et la Guinée ont déjà atteint l'objectif de réduction de l'extrême pauvreté.

La réduction de la pauvreté est étayée par une croissance rapide, soutenue et inclusive

À titre d'exemple, la Tunisie a réussi à réduire l'extrême pauvreté de 76,3 pour cent entre 1990 et 2005, en grande partie grâce à la croissance rapide et soutenue du PIB réel de l'ordre de 5 pour cent au cours des deux dernières décennies, associée à l'engagement de longue date du pays en faveur du développement matériel et social de sa population. Les investissements dans les infrastructures dans les zones tant urbaines que rurales ont contribué à une répartition spatiale plus équitable des avantages de la croissance. Le développement agricole, en particulier dans les zones rurales, a promu l'autosuffisance, généré des emplois et amélioré les conditions de vie. Cependant, les événements du Printemps arabe donnent à penser qu'il n'est pas suffisant de réduire l'extrême pauvreté pour répondre aux besoins fondamentaux d'un pays ou d'une société. Par

conséquent, il est nécessaire de mettre en place une approche différenciée quant aux seuils de référence en matière de pauvreté, afin de tenir compte des réalités des pays ayant des niveaux de développement différents (CEA *et al.*, 2013).

L'Éthiopie a également fait des progrès remarquables dans la réalisation des OMD grâce à des investissements dans le développement rural, la productivité agricole et la protection sociale, en dépit de ses ressources naturelles limitées. La proportion d'Éthiopiens vivant en dessous du seuil de pauvreté a reculé de 45,5 pour cent en 1995-1996 à 29,6 pour cent en 2010-2011, soit une diminution d'environ un tiers. Cette progression représente une baisse moyenne annuelle de 2,32 pour cent contre 0,5 pour cent pour l'Afrique hors Afrique du Nord au cours de la même période. En conséquence, le pays n'est plus qu'à 7 points de pourcentage en deçà de la cible de l'ODM 1. Le recul de la pauvreté a profité aux communautés rurales et urbaines puisque les taux y afférents ont respectivement chuté de 36,0 pour cent et 22,8 pour cent entre 1995 et 2011 (République fédérale d'Éthiopie, 2012).

La pauvreté rurale a diminué suite à la mise en œuvre d'une large gamme de programmes ciblés dans les zones rurales, portant notamment sur les aspects suivants : technologies agricoles améliorées ; expansion des services de vulgarisation agricole ; mise sur le marché des produits des petits exploitants agricoles ; développement des infrastructures en milieu rural ; accès aux programmes de protection sociale, en particulier les filets de sécurité pour un niveau de production minimal (PSNP) ; et l'accès au crédit. Les progrès enregistrés dans le domaine de la réduction de la pauvreté urbaine, particulièrement entre 2006 et 2011, sont notamment dus à la création d'un climat propice à l'investissement, à l'octroi de subventions alimentaires aux pauvres en milieu urbain pendant les périodes de hausse des prix alimentaires, et aux efforts menés en termes de création d'emplois (CEA *et al.*, 2012).

Bien que la proportion du nombre de pauvres et les écarts de pauvreté soient à la baisse, d'autres questions de politique subsistent, qu'il est urgent

d'examiner, portant notamment sur l'élargissement de l'écart de pauvreté entre les zones rurales et urbaines depuis 2006 et la hausse de l'indice de la sévérité de la pauvreté. L'accroissement des inégalités en milieu rural est également préoccupant : le coefficient de Gini a augmenté de 0,26 à 0,27 dans les zones rurales et baissé de 0,44 à 0,37 dans les zones urbaines entre 2006 et 2011. Les écarts entre les régions en termes de pauvreté nécessitent également l'attention des politiques et des programmes (République fédérale d'Éthiopie, 2012).

Le Burkina Faso a réduit la pauvreté de 37,3 pour cent entre 1994 et 2009, grâce notamment à l'élevage. Cette approche a également contribué à l'amélioration de la sécurité alimentaire et au développement humain dans les zones rurales. En 2007-2008, le revenu issu de l'élevage a permis de couvrir 56 pour cent des besoins alimentaires des ménages, 42 pour cent de leurs dépenses de santé et 16 pour cent des frais de scolarité de leurs enfants (CEA *et al.*, 2012).

La croissance ne doit en aucun cas compromettre le principe d'égalité

L'expérience du Rwanda montre que la croissance peut s'accompagner d'une amélioration dans la distribution des revenus. La croissance du pays est associée à une baisse des inégalités depuis 2007, ce qui contraste avec les années 2000-2001 à 2005-2006 durant lesquelles l'inégalité, mesurée par le coefficient de Gini, était passée de 0,51 à 0,52. Par la suite, le coefficient de Gini a diminué de 0,52 à 0,49 au cours de la période allant de 2006 à 2011. Toutes les provinces (à l'exception de la province du Nord) ont bénéficié du processus de croissance. Les mesures politiques spécifiques qui ont contribué à cette tendance comprenaient, notamment, des investissements dans l'accès à l'énergie, une meilleure productivité agricole, un accès plus important au marché, un accès facilité des petites et moyennes entreprises au crédit, ainsi que des investissements dans la protection sociale. Au cours de la période 2006-2011, l'accès des ménages à l'électricité pour l'éclairage a augmenté de 6,5 pour cent, à l'instar de la part de la production agricole commercialisée, qui est passée de 22 à 27 pour cent. En outre, la partici-

pation à des programmes de protection sociale, tels que le programme *Ubudehe*, le *Projet d'appui au secteur rural* et le soutien direct du programme *Vision 2020 Umurenge*, a considérablement augmenté (NISR, 2011 ; NISR et PNUD, 2007).

Le renforcement des capacités par le biais de la protection sociale aide à réduire la pauvreté et les inégalités

Les programmes de protection sociale ont joué un rôle complémentaire efficace dans la réduction de la pauvreté et le renforcement des compétences et des capacités des groupes vulnérables. Ce type de programme a été particulièrement probant dans les pays qui le considèrent non pas comme une « distribution d'aumônes », mais plutôt comme un investissement à long terme dans les ressources humaines, appuyé par des dotations budgétaires régulières. À titre d'exemple, dans un pays comme l'Algérie, ces programmes représentent environ 11 pour cent du budget de l'État.

Le système de mécanismes sociaux multiples au Rwanda – le programme *Vision 2020 Umurenge*, qui englobe l'assurance maladie universelle (couvrant 91 pour cent de la population), l'éducation gratuite et les transferts sociaux, par exemple sous forme de régime de retraite – a contribué à la diminution globale de l'extrême pauvreté, qui est passée de 39 pour cent en 2006 à 34,5 pour cent en 2009 (CEA *et al.*, 2011).

Le régime de retraite sociale universelle mis en place à Maurice a joué un rôle essentiel dans la réduction du taux de pauvreté dans le pays. En Afrique du Sud, le régime d'épargne retraite a diminué l'écart de pauvreté de 2,5 pour cent ; les allocations d'invalidité ont permis de réduire l'écart de pauvreté total de 5,1 pour cent ; et les allocations familiales versées jusqu'aux 18 ans de l'enfant ont contribué à décroître l'écart de pauvreté de 21,4 pour cent.

Le programme pluridimensionnel de protection sociale de la Namibie a eu un impact significatif sur la réduction de la pauvreté des groupes vulnérables. Le programme de protection sociale du Malawi a lui aussi permis de réduire sensiblement

la faim dans le pays. Quant au programme de filet de sécurité pour un niveau de production minimal (PSNP) instauré en Éthiopie, il bénéficie à 8 millions de personnes représentant quelque 1,5 million de ménages auxquels il fournit une aide monétaire et alimentaire dans le cadre de travaux publics dans les zones touchées par la sécheresse.

Le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria, la République-Unie de Tanzanie et le Sénégal ont institué divers types de filets de sécurité, tels que la distribution alimentaire d'urgence pour soutenir les groupes vulnérables (orphelins, veuves, personnes âgées, etc.). Le Bénin, le Burkina Faso, le Mali et le Niger ont mis en place une distribution alimentaire d'urgence par le biais des banques de céréales qui vendent des denrées alimentaires de base subventionnées à des prix abordables, tandis que le Kenya a mis en place un vaste ensemble de programmes de protection contre la faim ciblant les populations vivant dans les zones arides et semi-arides (APP, 2014).

Malgré ces succès, davantage d'efforts doivent être déployés pour améliorer l'accès au financement, assurer la viabilité budgétaire, étendre la couverture, réduire la fragmentation et améliorer le ciblage des programmes de protection sociale en Afrique. Le Kenya et la République-Unie de Tanzanie consacrent à ce jour moins de 0,3 pour cent de leur PIB aux programmes de protection sociale. À Madagascar, le programme de protection sociale couvre seulement 1 pour cent des besoins d'une population considérée pauvre à 75 pour cent. Au Burundi, 67 pour cent des habitants sont en dessous du seuil national de pauvreté, mais seuls 5 pour cent d'entre eux bénéficient de la sécurité sociale. Par ailleurs, les programmes de protection sociale ont tendance à être fragmentés en de petits projets pilotes financés par les donateurs ou en projets mis en œuvre isolément par rapport à d'autres projets similaires. La plupart de ces interventions en restent au stade de projet pilote, et seul un nombre très limité est généralisé. D'autres difficultés comprennent le ciblage correct des bénéficiaires et l'amélioration de la coordination des programmes (APP, 2014 ; CEA *et al.*, 2011 ; Banque mondiale, 2012).

Les programmes de travaux publics sont une forme de protection sociale qui a permis d'améliorer significativement la subsistance des groupes vulnérables. Un examen de près de 170 programmes de travaux publics par l'Overseas Development Institute (ODI) a permis de constater que les gains provenant de ce type de programme contribuent de manière significative aux revenus des ménages. Cependant, bien que ces programmes réduisent l'ampleur de la pauvreté, leur impact sur l'incidence de la pauvreté est généralement négligeable. En outre, leur efficacité dépend de leur capacité à cibler les groupes vulnérables. Des programmes bien ciblés ont un plus grand impact sur la réduction de la pauvreté. Le ciblage est toutefois un processus qui requiert énormément de données et nécessite un accès rapide aux informations sur les bénéficiaires potentiels, une tâche difficile quand on sait que dans la plupart des pays africains, l'accès aux données est limité.

Les programmes de travaux publics ont également tendance à s'appuyer fortement sur le financement des donateurs, ce qui les rend vulnérables à la volatilité des flux. Environ 83 pour cent des programmes de travaux publics examinés par l'ODI étaient financés par des donateurs (McCord et Slater, 2009).

Les subventions à l'emploi peuvent créer des emplois

L'accès à des emplois décents représente une stratégie de sortie durable de la pauvreté. L'expérience de l'Algérie donne un aperçu de la façon dont la création d'emplois peut être favorisée par des subventions à l'emploi. À l'instar d'autres pays africains, l'Algérie a connu un défi de taille en matière de chômage, dont le taux avait frôlé les 30 pour cent en 2000 avant d'atteindre 48 pour cent en 2001. Afin de s'attaquer à ce problème, le gouvernement a mis en œuvre une politique de l'emploi rigoureuse, axée sur l'octroi de subventions aux entreprises afin de les inciter à embaucher des chômeurs. Elle prévoyait également un programme de travaux publics à l'intention des travailleurs non qualifiés. Les entreprises avaient ainsi la possibilité d'embaucher de jeunes chômeurs sans rien déboursier pendant un an, le gouvernement prenant en charge le versement

des salaires. Des subventions et des financements ont été injectés dans des projets de micro-entreprises visant à embaucher des jeunes qualifiés dotés des compétences voulues. Des mesures d'incitation fiscale ont également été proposées aux employeurs ayant réussi à créer et à préserver des emplois.

Ces efforts ont permis de faire baisser le chômage par la mise en adéquation de l'offre de travail (demandeurs d'emploi) et de la demande (postes vacants à pourvoir). En conséquence, le nombre annuel d'emplois mis en adéquation par l'Agence nationale de l'emploi (ANEM) pour la période 2005-2009 a augmenté de 167 pour cent. En outre, l'emploi des femmes s'est également accru au cours de cette même période, le nombre des emplois féminins étant passé de 1,2 million à près de 1,5 million, soit une augmentation d'environ 20 pour cent. Au total, entre 2004 et 2009, le gouvernement algérien a réussi à créer 1,3 million de nouveaux emplois. Cette évolution a conduit à une réduction du taux de chômage total, qui a chuté de 30 pour cent en 2000 à 15,3 pour cent en 2005 puis à 10,2 pour cent en 2009. Le chômage des jeunes a enregistré une baisse sensible, passant de 48 pour cent en 2001 à 31 pour cent en 2005. La politique du gouvernement relative à l'emploi a assurément contribué à la réduction significative du taux de pauvreté dans le pays, qui est passé de 14,1 pour cent en 1995 à 5 pour cent en 2008, tel que mesuré par le seuil de pauvreté national (Kpodar, 2007 et gouvernement algérien, 2010).

Le programme d'autonomisation des jeunes du Nigéria, administré par l'État d'Oyo, a également été efficace dans la création d'emplois pour les jeunes. Établi en juillet 2011, ce projet est destiné à générer 20 000 emplois par an dans l'agriculture, les travaux publics, la santé, l'éducation et les services environnementaux, et à servir au renforcement des compétences essentielles dans la vie courante, y compris les compétences cognitives et entrepreneuriales. Il est financé par des capitaux d'amorçage et vise à constituer un grand vivier de petits entrepreneurs dans cet État. En moins d'un an, le projet a permis de créer 20 000 emplois dans différents secteurs, dont

5 000 emplois dans l'agriculture et les activités connexes, 3 000 postes d'agents de contrôle de la circulation et 2 500 postes d'agents affectés au service de l'environnement. Ces résultats ont été obtenus par la remise en service de huit fermes abandonnées, au sein desquelles des jeunes ont été employés à la production et la transformation des produits agricoles. Le principal défi à venir concerne la viabilité du projet, sa généralisation et son implantation dans d'autres États du pays.

En conclusion, les pays ont largement axé leurs efforts sur le développement des infrastructures rurales complété par des programmes de protection sociale visant à promouvoir l'inclusion et réduire la pauvreté. Cependant, dans de nombreux pays, le rythme de réduction des niveaux de pauvreté aurait pu être plus rapide grâce à un meilleur ciblage et à l'amélioration de la productivité de la main-d'œuvre. Afin de promouvoir une croissance inclusive et d'accélérer la réduction de la pauvreté, l'effort doit porter sur l'amélioration de la productivité de la main-d'œuvre, moteur essentiel de la croissance économique et de l'amélioration des niveaux de vie. La croissance de la productivité de la main-d'œuvre implique une augmentation de la production par heure travaillée. Cet objectif peut être atteint si davantage de capital est injecté dans la production ou si le travail et le capital sont utilisés conjointement de manière plus efficace, c'est-à-dire si la croissance de la productivité multifactorielle (MFP)⁹ est plus élevée. La productivité de la main-d'œuvre est également un moteur essentiel de la compétitivité à l'international, par exemple, telle que mesurée par les coûts unitaires de main-d'œuvre (ULC). De ce fait, pour réduire la pauvreté, il est primordial d'accorder une plus grande attention aux emplois précaires et de favoriser l'emploi des jeunes.

L'amélioration du ciblage exige de mettre davantage l'accent sur la production de données sur la pauvreté ventilées par genre, lieu géographique et âge. Des interventions ciblées destinées à résoudre le problème de la pauvreté des enfants et des jeunes sont essentielles pour exploiter

les avantages du dividende démographique de l'Afrique.

Enseignements sur le développement social

La plupart des pays africains sont en bonne voie pour réaliser l'objectif de la scolarisation primaire pour tous à l'horizon 2015. Bien que l'amélioration de la qualité de l'éducation et la réduction des taux d'abandon scolaire continuent de poser problème, certains pays africains sont parvenus avec succès à relever ce défi grâce à des politiques innovantes.

Éducation

Investments Investissements dans les infrastructures éducatives en milieu rural

Les investissements dans les infrastructures d'enseignement en milieu rural se sont avérés efficaces pour élargir l'accès à l'école primaire. L'Éthiopie a réussi à accroître sensiblement son taux net de scolarisation primaire, qui est passé de 50 pour cent en 1990 à 86,5 pour cent en 2009-2010. Ces solides progrès sont dus notamment à la construction de salles de classe, particulièrement en milieu rural où l'accès à l'éducation représente un défi de taille. Seize mille salles de classe ont été bâties en 2004 et 25 000 autres en 2008-2009, dont 80 pour cent en milieu rural. En outre, l'éducation est mise en avant dans les politiques publiques et figure au rang des priorités budgétaires de l'État.

Autonomisation des communautés

L'autonomisation des communautés locales afin qu'elles puissent gérer leurs propres écoles a favorisé la scolarisation en primaire, en particulier chez les populations pauvres. Poussés par des contraintes budgétaires, le Togo et le Burundi ont adopté une approche innovante pour permettre la participation directe des communautés à la gestion des écoles. Dans la région des Savanes, la plus pauvre du Togo, la plupart des écoles sont entièrement financées par les ménages ruraux, qui prennent notamment à leur charge les salaires des enseignants et les frais de construction des salles de classe. Par conséquent, le taux net de scolarisation y a augmenté de 67 à 87 pour cent entre 1990 et 2008. Dans le même temps, le pays a

9 Voir www.OECD.org/dac

été en mesure d'atteindre 0,95 sur l'échelle de l'indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire (*Rapports nationaux sur l'état d'avancement des OMD, 2010* de l'Éthiopie, de l'Égypte et du Togo).

Réformes des politiques

Les réformes visant à réduire les obstacles financiers et culturels à l'éducation, rendre l'enseignement primaire obligatoire et donner la priorité au développement de la petite enfance ont eu pour effet de stimuler la scolarisation. Ces politiques inclusives ont aussi été adoptées dans des sous-secteurs tels que l'enseignement secondaire et l'éducation non formelle, dont l'accès a été facilité. En Égypte, le taux net de scolarisation primaire a augmenté, passant de 83 à 90 pour cent entre 1995 et 2008, une progression imputable aux investissements dans les projets de développement de la petite enfance, les transferts en espèces aux familles pauvres et la création d'écoles adaptées aux besoins particuliers des filles.

L'Ouganda a doublé son taux brut de scolarisation primaire en l'espace de trois ans (c.-à-d., entre 1996 et 1999), en abolissant les frais de scolarité pour un maximum de quatre enfants par famille. Cette politique a non seulement amélioré l'accès à l'éducation, mais elle a aussi fait passer aux ménages le message selon lequel la baisse du taux de fécondité est synonyme d'avantages économiques. Afin de maintenir ces subventions, le gouvernement a misé sur la croissance économique, la stabilité macroéconomique et les dépenses sociales (CEA, 2005).

Certains pays comme la Namibie ont inscrit l'éducation obligatoire dans leur constitution et ont mis en place des politiques et programmes visant à rendre l'éducation primaire obligatoire. Maurice impose désormais des pénalités aux parents qui n'envoient pas leurs enfants à l'école primaire. Les Seychelles ont éliminé toutes les formes de discrimination dans l'éducation, y compris à l'égard des personnes handicapées. En revanche, ce sont les allocations budgétaires plus importantes, l'élaboration d'un plan de développement de l'éducation primaire et les subventions forfaitaires

par élève qui ont stimulé les progrès enregistrés en République-Unie de Tanzanie (CEA *et al.*, 2012).

Réduction des taux d'abandon scolaire

Pour que l'éducation produise les effets escomptés, l'amélioration de l'accès aux établissements d'enseignement primaire doit obligatoirement s'accompagner d'un accroissement des taux d'achèvement du cycle primaire. Des taux d'achèvement faibles au primaire ont été attribués à la mauvaise santé ou la malnutrition des élèves, à la situation des ménages (y compris le travail des enfants et la pauvreté) et aux facteurs scolaires tels que l'absentéisme des enseignants, l'éloignement des écoles ou la médiocrité de l'enseignement (Sabates *et al.*, 2010). D'autres facteurs comprennent l'entrée tardive des élèves dans le système scolaire, un phénomène qui accroît les velléités d'accéder au marché du travail ou (pour les filles) de fonder une famille avant l'achèvement du cycle scolaire. Cela a pour effet d'affaiblir la motivation des enfants à poursuivre leurs études secondaires et supérieures. Par conséquent, certains pays ont adopté des solutions de grande envergure face au défi de l'abandon scolaire.

Suivi du taux de présence et amélioration de l'expérience d'apprentissage

La République-Unie de Tanzanie a tenté de relever ce défi en cartographiant, dans la mesure du possible, tous les établissements primaires, en identifiant la population des enfants en âge d'être scolarisés et en mettant en place un système de recherche des enfants non scolarisés. Ces données se sont avérées utiles pour évaluer l'ampleur des besoins en matière de ressources éducatives. Suite à cela, le gouvernement a instauré une politique de scolarisation obligatoire pour les enfants à partir de 7 ans, y compris les enfants trop âgés pour leur niveau mais qui ne sont pas scolarisés. Optant pour une approche de l'éducation résolument axée sur la communauté, il a procédé au transfert des compétences en matière d'éducation vers les régions. Enfin, il a généralisé l'inscription des enfants à l'école primaire à l'âge officiel d'admission pour lutter contre les inefficacités inhérentes au système. Dans le même temps, le gouvernement a pris des mesures visant à améliorer la qualité de l'enseignement : application

de méthodes d'enseignement et d'apprentissage adaptées aux enfants ; souplesse des horaires ; abolition des châtiments corporels et du port obligatoire de l'uniforme à l'école ; mise à disposition des manuels scolaires au plus grand nombre ; introduction de mesures sanitaires à l'école, par exemple un meilleur accès à l'eau et aux installations sanitaires ; et distribution de repas scolaires dans les zones exposées à la sécheresse. Les enfants non scolarisés et ayant dépassé l'âge requis ont bénéficié d'un programme d'études intensif sur trois ans correspondant au cursus classique de sept ans (Sabates *et al.*, 2010 ; CEA *et al.*, 2012).

Égalité des sexes et autonomisation des femmes

Des avancées considérables ont été accomplies pour améliorer la proportion des femmes élues au parlement national, mais les progrès ont été moindres en termes d'accroissement de la part des femmes dans l'emploi non agricole rémunéré. L'autonomisation économique et politique des femmes ne peut cependant pas être dissociée des inégalités dans l'accès à l'enseignement primaire

Importance de l'élimination des obstacles à l'éducation des filles

Une meilleure prise en considération de la dimension de genre dans les systèmes éducatifs a permis à certains pays de réaliser la parité des sexes à l'école primaire. Les diverses campagnes menées à différents stades dans l'ensemble du continent ont progressivement permis de répondre aux besoins éducatifs spécifiques des filles et des garçons au primaire. Grâce à l'assistance technique et financière des institutions spécialisées des Nations Unies et des donateurs bilatéraux et multilatéraux impliqués, nombre de pays africains ont élaboré un cadre de suivi comprenant notamment des indicateurs ventilés par sexe relatifs à l'éducation. Des pays comme le Maroc et le Sénégal sont allés encore plus loin en adoptant des mécanismes de budgétisation tenant compte de la problématique du genre. Par ailleurs, la place centrale faite à l'éducation des filles a été renforcée par les organisations non étatiques qui ont contribué à élaborer et diffuser les meilleures pratiques visant à éliminer les obstacles traditionnels et sociaux à

l'éducation des filles et institutionnaliser les pratiques et politiques respectueuses du principe d'égalité des genres, tant à l'échelle nationale que régionale.

En Zambie, le ratio filles-garçons au primaire est passé de 0,90 en 1990 à 0,97 en 2008, une progression due en grande partie au Programme de promotion de l'éducation des filles, lancé par le gouvernement en 1994. Ce programme a mis l'accent sur l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités, la sensibilisation aux questions de genre, l'élaboration de supports pédagogiques et la recherche. En outre, il a créé des classes non mixtes, renforcé les associations de parents d'élèves et d'enseignants, augmenté le nombre de femmes aux postes de direction dans le secteur de l'éducation, introduit des programmes scolaires adaptés aux filles, accordé des bourses d'études aux enfants vulnérables et lancé des initiatives de plaidoyer en faveur de l'éducation des filles auprès des communautés. Malgré ces efforts, les garçons ont toujours plus de chances que les filles de rester inscrits à l'école (Mumba, 2002 ; Ministère des Finances et de la Planification nationale et PNUD, 2011).

L'amélioration des revenus des ménages contribue à la parité des sexes dans l'éducation

Les études ont montré que le revenu et la richesse des ménages sont importants pour expliquer l'indice de la parité entre les sexes dans l'éducation primaire. Celui-ci est en effet supérieur dans les groupes à revenu élevé par rapport aux groupes à faible revenu. Ainsi, les filles issues de ménages à revenu élevé ont-elles plus de chances de fréquenter l'école que les filles originaires de familles moins nanties. L'engagement à l'égard de l'éducation, mesuré notamment selon la proportion du budget national consacré à l'enseignement à tous les niveaux ou le nombre d'années de scolarisation obligatoire sont aussi des facteurs importants à cet égard (CEA *et al.*, 2012 ; Nations Unies, 2010).

Émancipation économique des femmes

Une approche novatrice de l'initiative *Table banking* pour l'autonomisation des femmes au Kenya a remporté un vif succès. Lancé par l'ONG

Joyful Women en 2009, ce projet visait à créer un fonds de roulement destiné aux groupes de femmes. Le fonds est alimenté par des dépôts d'une valeur minimum de 2 dollars US et sert à financer des prêts à court et long terme au profit des petites entreprises. Le projet a démarré avec un capital initial de 750 dollars alloués à 17 groupes de femmes. On compte aujourd'hui plus de 12 000 groupes bénéficiant d'un fonds de roulement d'environ 17,5 millions de dollars. Le projet a réuni 1,2 million de dollars affectés à des prêts rétrocédés et versé 1 million de dollars en primes et dividendes. Le projet a prospéré et le revenu mensuel moyen des femmes participantes est passé de 20 à 2 000 dollars.

Par ailleurs, l'ONG Joyful Women propose aux femmes des formations afin de les aider à tirer parti des mesures de discrimination positive en vigueur au Kenya, en vertu desquelles 30 pour cent des marchés publics doivent échoir aux femmes et aux personnes handicapées. Au total, cela représente près de 2,4 milliards de dollars de ressources potentielles pour les femmes entrepreneures. À ce jour, l'ONG a formé 2 000 femmes dans le domaine de la passation des marchés publics, ce qui a entraîné l'immatriculation au registre du commerce de plus de 500 entreprises gérées par des femmes, dont plus d'une cinquantaine a réussi à remporter des appels d'offres publics¹⁰.

Les réformes des politiques et la discrimination positive favorisent l'autonomisation politique

L'introduction des quotas et des systèmes de quotas volontaires a contribué de manière déterminante à la promotion de la représentation des femmes aux parlements nationaux et au sein des partis politiques. À titre d'exemple, la Mauritanie a imposé un quota minimal de 20 pour cent de femmes dans les instances municipales et législatives, à la faveur d'une loi promulguée en juillet 2006. Par la suite, la proportion de femmes siégeant au parlement national y a atteint 18 pour cent en 2007 alors qu'elle n'était que de 4 pour cent en 2003, sachant que le pays ne comptait aucune femme élue en 1992. Les progrès les plus signifi-

catifs ont été accomplis à l'échelon local. Lors des élections municipales en 2007, 1 120 sièges sur 3 688 ont été attribués à des femmes, soit une proportion de 30 pour cent, contre 18 pour cent des sièges au parlement national.

L'Ouganda a adopté une disposition juridique prévoyant la présence de 69 élues au parlement national, soit environ 22 pour cent des sièges. Les avancées récemment enregistrées en Égypte et en Mauritanie dans ce domaine découlent également de dispositions législatives. De la même manière, des initiatives en matière de discrimination positive et des dispositions constitutionnelles explicites visant à lutter contre la discrimination fondée sur le genre ont permis d'améliorer la situation des femmes en Afrique du Sud, en Éthiopie, au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda.

En dépit des progrès accomplis en matière de représentation, il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les femmes puissent exploiter leur statut d'élues pour défendre l'avancement de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. La discrimination positive ne devrait pas être considérée comme une fin en soi, mais comme un moyen visant à atteindre l'égalité des genres et l'habilitation des femmes. Pour créer un lien entre l'égalité hommes-femmes et le développement durable, l'Afrique devrait aller bien au-delà de la participation et inclure le renforcement des capacités. Il peut s'agir par exemple d'activités de formation et de plaidoyer portant sur l'amélioration du leadership des femmes et leur participation active au débat public et aux décisions politiques.

Santé

La prévention et le traitement peuvent venir à bout des principaux facteurs qui menacent la survie des enfants. La majorité des décès d'enfants dans les pays à faible revenu sont liés aux causes suivantes : diarrhée, pneumonie, rougeole, paludisme, VIH/sida, sous-alimentation, asphyxie, accouchement prématuré, septicémie et tétanos, ce dernier étant la première cause de mortalité chez les nouveau-nés (OMS, 2014a). En 2013, environ 45 pour cent des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde sont survenus au cours

¹⁰ Voir www.joywo.org.

du premier mois de vie. Les facteurs de risque de la mortalité néonatale sont multiples : pratiques d'accouchement non hygiéniques et dangereuses, recours tardif aux services d'un personnel de santé qualifié, accouchements à domicile, insuffisance du suivi prénatal et des soins postnatals, etc. L'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé primaires tout au long de la grossesse, à la naissance et après l'accouchement augmente considérablement les chances de survie du nouveau-né. Le niveau éducatif de la mère, les campagnes de sensibilisation et d'information ainsi que l'assurance santé sont tout aussi importants à cet égard.

Intensification des interventions à fort impact

La mise à l'échelle d'interventions abordables à fort impact et de meilleures pratiques en matière de prestation de services est déterminante pour réduire les décès d'enfants évitables. Des interventions à impact élevé capables de réduire considérablement la mortalité maternelle, néonatale et infantile due à des causes évitables ont déjà été identifiées. Ces interventions augmentent les taux de survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en s'attaquant aux causes principales de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Qui plus est, elles se prêtent parfaitement à une mise en œuvre dans les pays à revenu faible et intermédiaire et peuvent être déployées dans les communautés aussi bien que dans les centres de santé de premier échelon. Cependant, dans nombre de pays africains, le niveau de couverture et la qualité de ces interventions laissent beaucoup à désirer. L'insuffisance du financement, la médiocrité des systèmes de santé et le manque de mobilisation des communautés concernées comptent parmi les principaux facteurs responsables de cette faible couverture. Les pays qui sont parvenus à réduire leur TMM5 ont privilégié ces interventions et adopté, dans leur système de santé, des stratégies permettant d'améliorer tant la couverture que la qualité de ces services.

Investissements au profit des agents de santé

L'amélioration des compétences des agents de santé en matière d'intervention à fort impact est fondamentale pour améliorer la survie des enfants.

En Éthiopie, le programme de vulgarisation sanitaire (HEP), la Gestion intégrée des cas au niveau communautaire (integrated Community Case Management (iCCM)) ainsi que le réseau *Health Development Army* ont été déterminants dans la réussite de la prise en charge des nouveau-nés au niveau communautaire (Pearson *et al.*, 2014). L'impact de ces initiatives est également renforcé par des investissements dans la formation. Un rapport publié par l'Éthiopie montre que les agents de vulgarisation sanitaire qui ont bénéficié d'une formation adéquate ont enregistré de meilleures performances en matière d'iCCM appliquée aux maladies infantiles (Ibid.).

Le statut socio-économique des populations exerce une influence décisive sur les résultats de santé

Les niveaux d'instruction et de revenu sont d'importants déterminants de la santé. Des études indiquent que la mortalité infantile est généralement plus élevée chez les enfants nés de femmes n'ayant reçu aucune éducation de base et issues d'un milieu socio-économique défavorisé. Certaines analyses ont montré qu'en Afrique hors Afrique du Nord, l'augmentation du revenu par habitant et l'amélioration de l'éducation maternelle ont permis d'éviter respectivement 0,9 million et 2,2 millions de décès d'enfants. Par conséquent, promouvoir et assurer l'autonomisation économique des femmes et le bien-être maternel est une composante essentielle et intégrée de la survie de l'enfant.

Amélioration de la santé maternelle

Bien que la baisse du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 ait été relativement lente, plusieurs pays africains ont réalisé des progrès importants en matière de réduction du nombre de décès maternels. Presque tous les pays africains ont connu une réduction plus ou moins notable de leur TMM.

Les interventions ciblant les causes principales de décès ainsi que les nouveau-nés et les enfants les plus vulnérables ont été essentielles dans la réalisation de ces avancées. L'hémorragie, la septicémie, les problèmes d'hypertension, les avortements pratiqués dans de mauvaises condi-

tions de sécurité et le travail prolongé ou obstrué comptent parmi les causes les plus fréquentes des décès maternels. Ces complications peuvent souvent être évitées si le système de santé est doté de personnel qualifié et d'installations adaptées pour traiter les urgences et assurer les soins néonataux. Par conséquent, il est crucial d'avoir accès et de recourir à des services de santé axés sur la procréation (Nations Unies, 2010 ; CEA *et al.*, 2012). Par ailleurs, le leadership, les partenariats, les données factuelles, les innovations, l'élaboration de stratégies à court et long terme, ainsi que l'adaptation aux changements dans une optique de durabilité sont autant de facteurs qui influent sur les progrès obtenus (OMS, 2013).

Amélioration de l'accès aux services d'agents de santé qualifiés, en particulier dans les zones rurales

L'Afrique du Nord a enregistré des progrès significatifs en matière de réduction de la mortalité maternelle en renforçant l'accès aux services des professionnels de la santé. La plupart des accouchements dans cette sous-région se font en présence de professionnels. En 2002 en Égypte, un personnel qualifié était présent dans 61 pour cent des naissances, ce qui y a induit une baisse globale de 50 pour cent de la mortalité maternelle en l'espace de huit ans seulement. À l'opposé, en Afrique hors Afrique du Nord, environ 50 pour cent seulement des accouchements sont pris en charge par des agents de santé, à l'exception du Cabo Verde, de Maurice ou du Botswana. Entre 1990 et 2013, l'Éthiopie a réduit son TMM de 1 400 à 420 décès pour 100 000 naissances vivantes grâce à des interventions à bas coût et à fort impact déployées dans le cadre de son programme de vulgarisation sanitaire (HEP), en particulier dans les zones rurales (CEA *et al.*, 2014). Le programme a permis de proposer des services de proximité, en particulier dans les zones rurales – historiquement défavorisées en matière d'accès aux services de santé – et dans les zones où le TMM est le plus élevé.

Le Rwanda a réduit considérablement le nombre de décès maternels en améliorant l'accès aux services de professionnels de la santé. Après le génocide de 1994 et les années de conflit qui ont suivi,

le Rwanda affichait un TMM extrêmement élevé (1 400 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1995, alors le plus élevé de toute l'Afrique). Moins d'un tiers des naissances avaient lieu en présence d'un agent de santé qualifié, seuls 13,7 pour cent des femmes utilisaient un moyen de contraception et à peine 10 pour cent des femmes bénéficiaient des quatre visites prénatales recommandées. Le gouvernement a déployé des agents de santé et des bénévoles issus des communautés pour répondre aux besoins immédiats et urgents des femmes. En outre, d'importants investissements ont été consentis pour la formation continue et le développement de professionnels de la santé qualifiés, à l'intérieur comme à l'extérieur du pays. Le ministère de la Santé rwandais a institutionnalisé les audits des décès maternels pour mieux identifier quand, où et comment les décès maternels survenaient à l'échelle du pays. Pour mieux aborder les défis liés à la santé maternelle, le gouvernement a lancé, en 2010, l'initiative RapidSMS. Il s'agit d'un système de service de messages courts (SMS) conçu à l'intention des prestataires de soins de santé qui sont spécialement formés pour assurer le suivi des femmes enceintes et dispenser les soins prénataux et les conseils relatifs à l'accouchement par SMS. Entre mars et mai 2010, 432 agents de santé communautaires ont été formés à l'utilisation de ce service, qui a permis d'assurer le suivi de 14 000 grossesses, ainsi que le signalement de 583 naissances et 115 risques liés à la grossesse, alors qu'aucun décès maternel ou infanto-juvénile n'a été rapporté. Ce service a également permis d'accroître le nombre de visites prénatales : presque 100 pour cent des Rwandaises ont effectué au moins une de ces visites, et la proportion de celles ayant effectué au moins quatre visites a plus que doublé depuis 1995.

Réduction des obstacles financiers aux services de santé

Un certain nombre de pays comme le Burundi, le Ghana et la Sierra Leone ont opté pour des services de soins de santé maternelle gratuits alors que beaucoup d'autres proposent désormais des subventions et des programmes de protection dans l'espoir d'améliorer la santé maternelle (CEA *et al.*, 2011).

Le système d'allocation de subventions conditionnelles du Nigéria est considéré comme l'une des expériences réussies marquantes de la lutte contre la mortalité maternelle. Il a été mis en place en 2007 par le gouvernement fédéral en vue d'intensifier les progrès accomplis dans le cadre des OMD en soutenant plus de 100 000 projets à fort impact en faveur des pauvres, à l'échelle des différents États et des autorités locales. Cette initiative a impliqué la construction de 6 005 dispensaires, la réhabilitation de 89 établissements de santé, la fourniture de 152 164 pièces d'équipements de santé et le recrutement de 75 103 agents de santé. Il en a résulté une baisse spectaculaire du TMM, qui a chuté de 1 200 à 560 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2013 (CEA *et al.*, 2014).

Le déploiement rapide de la thérapie antirétrovirale ces dernières années a entraîné une réduction importante des taux de mortalité, notamment la mortalité maternelle, compte tenu de ses liens directs avec le VIH/sida. Un rapport de l'ONUSIDA publié en 2013 faisait état d'au moins dix pays dans lesquels 80 pour cent au moins de la population adulte, y compris les femmes enceintes, étaient éligibles à la thérapie antirétrovirale : Afrique du Sud, Botswana, Cabo Verde, Érythrée, Kenya, Namibie, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe (ONUSIDA, 2013a).

Élimination des barrières culturelles

Même lorsque les services de soins de santé sont disponibles, leur accès est souvent entravé par des pratiques culturelles patriarcales. Cependant, certains pays ont surmonté ces obstacles grâce à des approches novatrices. « L'École des maris » est une initiative mise en place au Niger qui a réussi à sensibiliser et mobiliser les hommes en faveur de la santé reproductive des femmes, de la planification familiale et du changement de comportement vers une plus grande égalité entre les genres. Ce projet met à profit l'esprit de bénévolat en faisant appel à une large participation communautaire, impliquant les autorités de la santé, les agents de santé, les ONG nationales ainsi que la population des hommes mariés (âgés de 25 ans ou plus) au sein des communautés locales. Les rencontres ont lieu deux fois par mois, les difficultés propres

à la santé reproductive dans la communauté y sont débattues et analysées en vue de proposer des solutions et de sensibiliser la population à ces questions. En 2011, 131 écoles au total étaient opérationnelles à Zinder et 46 dans la région de Maradi. Cette initiative a contribué à renforcer la volonté politique et la mobilisation des moyens financiers en faveur de ces questions, ainsi que le processus d'appropriation national s'y rapportant. Des crédits budgétaires ont été octroyés pour la passation de marchés publics dédiés à l'achat de produits de santé reproductive. Les maris ont désormais une meilleure connaissance de la santé reproductive des femmes, ce qui a contribué à mettre un terme aux tabous culturels et autres idées fausses concernant la santé reproductive. Qui plus est, les gouvernements du Burkina Faso et de la Guinée ont manifesté leur intérêt pour le programme, qu'ils souhaitent reproduire afin d'encourager la demande de services de planification familiale (UNFPA, 2012).

Initiatives régionales

Bien qu'il ne soit pas aisé de mesurer l'impact des initiatives mondiales et africaines sur l'amélioration de la santé maternelle, il ne fait aucun doute que la réduction de la mortalité maternelle en Afrique est imputable en partie à ces programmes, y compris la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), lancée par l'Union africaine et ses partenaires en 2009. En 2011, vingt-six pays africains avaient mis en œuvre ce programme au niveau national et institué des mécanismes de suivi pour minimiser le nombre de décès maternels. Grâce à l'initiative CARMMA, six pays africains ont alloué un minimum de 15 pour cent de leur budget en faveur de l'accélération de la réalisation des OMD liés à la santé en 2010, conformément à la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, adoptée en 2001.

VIH/sida

L'Afrique compte environ 24,9 millions de personnes vivant avec le VIH, dont seulement 154 000 se trouvent en Afrique du Nord. Le reste est réparti entre les quatre autres sous-régions géographiques, le Nigéria et l'Afrique du Sud regroupant à eux seuls jusqu'à 38,4 pour cent des personnes

séropositives. Plus précisément, les personnes vivant avec le VIH en Afrique hors Afrique du Nord sont essentiellement concentrées dans dix pays, à savoir : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Pris globalement, ces pays comptent 81 pour cent des personnes vivant avec le VIH dans la région.

Le Botswana, un pays caractérisé par un taux de prévalence du VIH historiquement élevé, a mis en œuvre un programme réussi de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. 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 du VIH de la mère à l'enfant a diminué, passant de 20 à 40 pour cent en 2001 puis à environ 4 pour cent en 2008-2009. Le gouvernement prévoit de garantir l'accès au traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) à toutes les femmes enceintes séropositives, ce qui devrait réduire à moins de 1 pour cent la transmission de la mère à l'enfant (Nations Unies, 2010).

Les développements récents intervenus dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida ont été intégrés par plusieurs pays africains. C'est le cas, par exemple, des tests de CD4. Les CD4 sont des globules blancs qui aident à identifier et combattre les bactéries et les virus nocifs. Associée à d'autres types d'analyses, la numération de CD4 permet de déterminer la vigueur du système immunitaire d'un patient et partant, le stade de l'infection chez les personnes vivant avec le VIH. Selon les nouvelles directives de l'OMS, une personne contaminée par le VIH est éligible au traitement TAHA vital dès que son taux de CD4 tombe en dessous de 500 cellules/mm³. Ces directives sont d'ores et déjà appliquées par plusieurs pays d'Afrique. Le Malawi a amélioré l'accès à l'analyse du taux de CD4 grâce à des investissements dans les équipements adéquats et caracole en tête des pays ayant accompli le plus de progrès dans ce domaine. Le pays a adopté un seuil de CD4 de 350 cellules/mm³ pour établir les diagnostics, les populations séronégatives du Malawi présentant un taux de CD4 très inférieur à celui du groupe

réfèrent équivalent chez les Européens (Crampin *et al.*, 2011).

De manière générale, la participation des hommes à la lutte contre le VIH s'est avérée une stratégie gagnante. La circoncision masculine médicale volontaire a le potentiel de réduire le risque de contracter le VIH chez les hommes de 66 pour cent (ONUSIDA, 2014). En outre, lorsqu'ils connaissent leur statut vis-à-vis du VIH, les hommes sont plus enclins à recourir à la prévention et à se faire soigner. Les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui utilisent des drogues injectables doivent également être suivis de près, car le niveau d'infection est particulièrement élevé dans ces groupes de population.

Dans l'ensemble, la persévérance des activités de plaidoyer et de partenariat ont permis de placer le VIH/sida parmi les priorités du développement et contribué à lutter contre la stigmatisation et à mobiliser des ressources importantes pour son éradication.

Paludisme

L'OMS préconise des interventions pertinentes qui ont prouvé leur efficacité pour réduire, et dans certains cas, éliminer le paludisme dans le monde. Ces interventions comprennent notamment : la lutte antivectorielle, principal moyen de réduire la transmission du paludisme de l'homme au moustique puis du moustique à l'homme ; l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ; la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations ; la chimioprévention ; et la prise en charge des cas, qui comprend le diagnostic et le traitement des infections. En effet, les pays qui ont réussi à contrôler le paludisme y sont parvenus par le recours à l'une ou, bien souvent, à plusieurs de ces interventions.

Toute la population du Rwanda a été jadis exposée au risque de contracter le paludisme, mais le pays est aujourd'hui un exemple de réussite en Afrique concernant la lutte contre cette maladie. Le pays avait initialement adopté deux grandes stratégies distinctes : une stratégie préventive encourageant l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insec-

ticide ; et une stratégie curative visant à fournir un diagnostic précoce et un traitement rapide par administration de sulfadoxine-pyriméthamine et d'amodiaquine. La stratégie préventive ciblait les groupes vulnérables, tels que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Ses résultats ont été plus rapides que ceux de la stratégie curative, à cause notamment du renforcement de la résistance aux antipaludéens de première intention traditionnels. Le Rwanda a alors décidé de changer les médicaments utilisés dans le traitement du paludisme et en 2005, les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) ont été officiellement préconisées dans la politique nationale comme antipaludéens de première intention.

Renforcement des systèmes de santé

Le gouvernement rwandais a souhaité aller encore plus loin en s'engageant, avec l'appui de différents donateurs, dans le renforcement du système de santé comme moyen d'assurer le succès de ces interventions. À titre d'exemple, le Fonds mondial a approuvé en 2005 une subvention de 33,9 millions de dollars US pour financer le renforcement du système de santé du pays. En conséquence, plus d'une centaine d'administrateurs de la santé ont été formés au financement de la santé et à la gestion des systèmes d'information sur la santé. La qualité des soins dispensés dans les centres de santé s'est améliorée et le coût des services de santé a diminué (Banque mondiale, 2010). En quatre ans, un nombre toujours croissant de personnes se faisaient soigner dans les établissements de santé, comme en témoignent les hausses de fréquentation, respectivement de 10 pour cent dans les centres de santé et de 16,8 pour cent dans les hôpitaux de district (Malaria Free Future, 2008). En outre, le nombre de personnes infectées par le paludisme a chuté de 1,5 million à 800 000 entre 2006 et 2008, et le taux de mortalité due au paludisme est passé de 41 à 16 pour cent. Le Rwanda a réduit l'incidence du paludisme de plus de 75 pour cent (OMS, 2014b).

En Zambie, le ministère de la Santé a fait de la lutte contre le paludisme l'une des principales priorités de santé publique en l'intégrant à la fois dans le Plan de développement national (2006-2010)

et dans le Plan stratégique national de la santé (2006-2010). Un Plan stratégique national de lutte contre le paludisme complet a été élaboré, visant à réduire la charge du paludisme de manière significative en Zambie jusqu'à son éradication. L'accent a été mis sur la généralisation des interventions de lutte contre le paludisme et le renforcement d'autres aspects liés au système de santé, tels que la décentralisation de la budgétisation et de la planification, le développement des capacités sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement ou encore les prévisions des besoins de produits sanitaires. En 2008, le nombre de décès dus au paludisme avait chuté de plus de 40 pour cent, la prévalence du paludisme avait diminué de plus de 50 pour cent et la prévalence chez les enfants de moins de cinq ans était passée de 22 à 10,2 pour cent (Gouvernement de Zambie, 2008). Cependant, un retard dans le financement extérieur intervenu entre juin 2009 et décembre 2010 a ralenti la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme, conduisant à une perte des gains déjà obtenus dans certaines régions du pays. Entre 2008 et 2010, le paludisme est réapparu, en particulier dans les zones rurales et parmi les populations les plus pauvres n'ayant pas les moyens de se procurer des moustiquaires (Gouvernement de Zambie, 2010). La Zambie a toutefois retrouvé le chemin du succès en améliorant l'accès aux CTA, l'une des interventions les plus efficaces pour le traitement du paludisme. Le pays a lancé un programme pilote visant à fournir des antipaludéens vitaux aux centres de santé dans certains districts. Néanmoins, la volatilité de l'aide ne rend que plus pressant le besoin de mécanismes de financement plus durables pour alimenter les programmes de développement.

Implication des communautés locales

Dans le nord de l'Éthiopie, un programme de santé communautaire pionnier a été lancé en 1992 dans la région du Tigré, qui a contribué, en huit ans, à une réduction de 40 pour cent du taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, dont la plupart seraient autrement morts du paludisme (OMS *et al.*, 2000). Le programme s'est appuyé sur les réseaux d'agents de santé communautaires bénévoles dans les villages, notamment les accoucheuses traditionnelles et les mères, pour

sensibiliser les habitants sur les questions de santé et le paludisme. Cette initiative a permis d'améliorer l'identification des cas de paludisme et leur traitement à domicile, de superviser et d'assurer l'approvisionnement régulier en traitements préventifs pour les femmes enceintes, et d'organiser des activités de lutte antivectorielle telles que les pulvérisations d'insecticides ou la gestion environnementale visant à détruire les sites de reproduction des moustiques et empêcher leur prolifération. Le programme visait les femmes et les enfants les plus exposés au risque de contracter le paludisme et d'en mourir. Des mères ont été recrutées pour enseigner à d'autres mères comment traiter le paludisme à domicile et garantir la disponibilité des antipaludéens avant l'aggravation de la maladie, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans. Dans l'ouest du Tigré, un mécanisme de financement communautaire a été mis en place pour fournir des moustiquaires imprégnées d'insecticides aux rapatriés et aux soldats démobilisés dans les zones de réinstallation affichant des taux élevés de paludisme. Les communautés impliquées ont convenu de prendre en charge le financement et la gestion des ventes de moustiquaires importées et d'insecticides destinés à la réimprégnation.

Approches intégrées

Maurice est parvenu à éliminer le paludisme et à empêcher sa réapparition, alors même que le pays présente un risque potentiel élevé de transmission. Dans le cadre de ce programme financé presque exclusivement par le pays, les résidents locaux étaient tenus de participer à la gestion environnementale et à la lutte antivectorielle, ce qui a permis de protéger efficacement une grande partie des populations à risque. La surveillance entomologique et la reconnaissance géographique étayées par des cartes détaillées dessinées à la main ont été largement utilisées pour identifier les foyers de transmission et fournir des données dans le cadre des interventions. Par ailleurs, un programme de dépistage spécial s'adressant aux passagers débarquant sur l'île a rendu possible l'instauration d'un suivi rigoureux des voyageurs en provenance de pays d'endémie palustre, afin de réduire le risque de transmission

transfrontalière (Gouvernement de Maurice et OMS, 2012).

Le Swaziland a également accompli des progrès remarquables dans la réduction de l'incidence du paludisme, qui a chuté de plus de 75 pour cent entre 2000 et 2012, et réduit de manière significative les taux de mortalité liés au paludisme. La lutte et la prévention antipaludiques s'y sont intensifiées en 2000 en vue d'atteindre l'objectif d'Abuja visant à réduire de moitié la mortalité et la morbidité dues au paludisme à l'échéance de 2010. Le Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2003-2007 avait d'ailleurs été élaboré à cette fin. Les interventions retenues à cet effet comprenaient l'élargissement de la couverture de la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations dans les zones les plus exposées ; l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, en particulier parmi les groupes vulnérables ; l'amélioration de la surveillance des établissements de santé ; le partage des informations et les efforts de sensibilisation.

En outre, le Swaziland a élaboré un Plan stratégique d'élimination du paludisme 2008-2015 visant à interrompre la transmission du paludisme à l'échelle nationale d'ici à 2015. Les interventions déjà en place ont été mises à l'échelle et quatre principaux domaines ont été identifiés pour la stratégie d'élimination, à savoir : gestion intégrée des vecteurs ; surveillance ; prise en charge des cas ; et information, éducation et communication sur les questions liées au paludisme. Grâce à ces mesures, au moins 53 pour cent de la population à risque ont bénéficié des opérations de pulvérisation et des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) sont désormais administrées systématiquement pour le traitement des cas de paludisme. Rien qu'en 2011-2012, les cas confirmés ont diminué de 42 pour cent, et près de 33 000 nouveaux cas ont été évités entre 2000 et 2012.

Les expériences décrites ci-dessus montrent qu'il existe des interventions efficaces dans le domaine de la prévention et du traitement du paludisme,

et plus important encore, que le coût de ces interventions est rentable et abordable. Cependant, l'engagement politique est un impératif primordial pour lancer et mettre en œuvre ces interventions. L'une des grandes leçons à retenir est qu'il est nécessaire d'adopter une approche intégrée portant à la fois sur le renforcement du système de santé et le développement socio-économique pour relever le défi du paludisme. La pauvreté, les faibles niveaux d'instruction et l'habitat rural sont autant de conditions qui constituent des obstacles majeurs à la couverture des interventions, car elles réduisent à néant l'accès aux moustiquaires, aux tests de diagnostic et aux CTA.

L'expérience de l'Éthiopie met en évidence l'importance de la participation et de l'engagement de la communauté pour le succès des interventions liées au paludisme. Elle souligne aussi la nécessité de cibler les populations les plus à risque si l'on veut obtenir des résultats probants. Il importe également de disposer d'un financement suffisant et opportun afin de soutenir et préserver les gains acquis. À cet égard, l'expérience de la Zambie montre à quel point les écarts et les retards de financement, même faibles, peuvent facilement faire avorter les efforts déployés dans la lutte contre le paludisme.

Tuberculose

Au fil des ans, de nombreuses initiatives ont été mises en place pour lutter contre la tuberculose. L'approche DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) est la stratégie recommandée pour la lutte contre la tuberculose la plus largement utilisée. Stratégie efficace et rentable pour le dépistage et le traitement de la tuberculose, elle est susceptible d'éviter des millions de décès imputables à cette maladie. Il s'agit d'une stratégie de contrôle de la tuberculose en cinq volets, impliquant les aspects suivants : engagement des pouvoirs publics en vue d'assurer des activités durables et complètes de lutte contre la tuberculose ; dépistage des cas par examen microscopique des frottis d'expectorations réalisés chez des patients symptomatiques ; approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments antituberculeux de grande qualité ; supervision directe des prises régulières

de médicaments pendant 6 à 8 mois ; et système standardisé d'enregistrement et de notification permettant d'évaluer les résultats du traitement ainsi que les performances du programme. La stratégie DOTS s'est avérée payante. En effet, le taux de réussite des traitements engagés dans le cadre de stratégies DOTS avait atteint une moyenne mondiale d'environ 80 pour cent dès 1997.

Dans les années 1990, la Chine a mis en place le plus important programme DOTS au monde, qui a bénéficié à plus de 700 millions de personnes et réussi à réduire de plus de 50 pour cent le nombre de décès attribuables à la tuberculose dans les régions couvertes. Au cours des sept premières années de sa mise en œuvre, ce programme – qui est parvenu à des résultats remarquables – a sauvé quelque 30 000 vies par an et guéri plus de 90 pour cent des patients (OMS *et al.*, 2000). Des projets pilotes ont été lancés en 1991, qui ont permis d'abandonner le traitement en milieu hospitalier, onéreux et généralement inefficace, au profit du programme DOTS, qui prévoyait une prise en charge à l'échelle des villages par le biais de l'utilisation supervisée d'une combinaison de quatre médicaments peu coûteux. Ces médicaments étaient obtenus sur le marché international à des prix compétitifs d'environ 20 dollars US pour un traitement de six mois, l'approvisionnement était centralisé, tandis que le diagnostic et le traitement étaient proposés à titre gratuit. Les agents de santé qui intervenaient dans les villages remettaient une prime à tous ceux qui signalaient des cas de tuberculose et à tous les patients qui en guérissaient. Ces mesures incitatives ont eu comme effet d'accroître le nombre de personnes sollicitant une prise en charge. Les agents de santé étaient responsables du stockage des médicaments ; du suivi individuel des patients et de la vérification de la prise des médicaments aux bonnes doses et au bon moment ; de l'organisation des examens périodiques des expectorations en laboratoire afin d'assurer le suivi des progrès et de confirmer les éventuels cas de guérison. En conséquence, fort de son taux de guérison de 94 pour cent enregistré dans les provinces pilotes, le programme DOTS a été élargi afin de couvrir 13 des 31 provinces de la Chine en 1992 (OMS *et al.*, 2000).

Le Cambodge a également obtenu des succès notables dans la lutte contre la tuberculose. Le pays est en effet parvenu à réduire de moitié l'incidence de la tuberculose et à atteindre les objectifs mondiaux de dépistage et de prise en charge en fournissant un accès universel aux soins antituberculeux dans les centres de santé primaires. Le système de santé du Cambodge était décimé par des années de conflit et de difficultés économiques et le pays affichait l'un des taux de prévalence de la tuberculose les plus élevés au monde. En 1993, le Cambodge a relancé son programme national de lutte contre la tuberculose en adoptant la stratégie DOTS et décentralisé les services de santé communautaires à la fin des années 1990, modifiant ainsi radicalement le mode de prestation des services de soins liés à la tuberculose. Le Cambodge a réformé son programme de lutte contre la tuberculose, passant d'un système de soins hospitaliers à un système offrant un accès gratuit et universel aux soins antituberculeux au niveau local. Dans le même temps, les réformes du système de santé qui ont été entreprises ont contribué à élargir l'accès aux soins de santé primaires. Le nombre de centres de santé communautaires proposant des soins antituberculeux gratuits et fondés sur la stratégie DOTS s'est fortement accru, passant de 60 en 2000 à plus de 1 000 en 2005. De même, le nombre d'agents de santé formés dans le domaine des soins antituberculeux est passé de 800 à 2 500 (OMS, 2012a).

Le Cambodge s'est également doté d'une politique nationale de lutte contre la tuberculose assortie d'un calendrier de planification, fondés tous deux sur des données factuelles. Une enquête menée en 2002 a indiqué que le Cambodge avait l'un des taux de prévalence de la tuberculose les plus élevés au monde (plus de 1 500 cas pour 100 000 habitants). Les résultats de cette enquête ont permis de cerner le problème de la tuberculose, d'en comprendre les circonstances locales, d'orienter l'attribution des ressources et d'attirer l'attention de la communauté internationale sur ce fléau. Ces enquêtes ont facilité la production de connaissances et la formation d'« observateurs DOTS » dans les villages, qui ont contribué à améliorer le dépistage précoce de la tuberculose et facilité la mise en place de traitements efficaces à

domicile, avec l'appui des résidents locaux, induisant une réduction de la transmission de l'infection. En 2005, le Cambodge avait atteint les objectifs mondiaux de la lutte contre la tuberculose, en enregistrant un taux de détection des cas de 70 pour cent et un taux de réussite du traitement DOTS de 85 pour cent. Par ailleurs, entre 2002 et 2011, la prévalence de la tuberculose avait chuté et le nombre de cas était passé de plus de 1 500 à 820 pour 100 000 habitants, soit une réduction d'environ 45 pour cent (OMS, 2012a).

Ces expériences soulignent l'importance des politiques et de la planification reposant sur des données factuelles, du rôle moteur des pouvoirs publics et de la grande expertise technique nécessaire pour garantir le succès de la mise en œuvre et l'obtention de résultats. Elles mettent également en évidence le rôle majeur de la stratégie DOTS, une intervention efficace de lutte contre la tuberculose qui mérite d'être généralisée.

Enseignement en matière de durabilité environnementale

L'Afrique a accompli des progrès satisfaisants dans la réduction des émissions de CO₂ et des substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO). En 2012, au moins 32 pays africains avaient décrété la protection d'au moins 10 pour cent de leurs zones terrestres et marines. Cependant, l'industrialisation en cours dans nombre de pays africains laisse présager une augmentation des émissions de CO₂ sur le continent. Le défi qui risque alors de se poser tient au fait que, en vertu de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, les obligations internationales actuelles et futures en matière d'atténuation et d'adaptation pourraient imposer à l'Afrique des contraintes sur les modalités de son industrialisation. Alors que la communauté internationale met les bouchées doubles en vue de réduire les émissions de gaz à effet de serre, les industries africaines pourraient avoir l'obligation de se conformer aux normes et lois environnementales en vigueur aux niveaux national et international.

Investissement dans les énergies renouvelables

Les gouvernements africains devraient investir massivement dans la promotion de la production et de l'utilisation efficaces des sources d'énergie pour lesquelles ils disposent d'un avantage comparatif. Le gouvernement des Seychelles a récemment axé ses efforts sur la promotion des énergies renouvelables grâce à des investissements dans des éoliennes et des chauffe-eau solaires. Ces activités ont été appuyées et encouragées par la Loi nationale sur l'énergie (CEA *et al.*, 2013). Par ailleurs, des programmes de reboisement ont été lancés au Cabo Verde, en Gambie, au Rwanda et en Tunisie.

Intensification des efforts de reboisement

Au Cabo Verde, le couvert forestier a augmenté de 6,7 à 21,1 points de pourcentage au cours de la période 1990-2010. L'Initiative de la Grande Muraille Verte pour le Sahara et le Sahel prévoit un ensemble d'actions et d'interventions intersectorielles visant à préserver les ressources naturelles, à assurer le développement économique et, plus particulièrement, à réduire la pauvreté. Cependant, ces actions ne pourront pas inverser la tendance à la baisse de manière significative si elles ne sont pas appuyées par des institutions forestières robustes et des politiques et cadres réglementaires solides, associés à des ressources humaines suffisantes et à des systèmes de surveillance efficaces.

Le Malawi a enregistré un certain succès dans la lutte contre la déforestation. En effet, le projet géré par RIPPLE Africa au Malawi fournit une source durable de bois grâce à la plantation d'arbres exotiques à croissance rapide, ce qui permet de préserver les arbres indigènes existants en diminuant la demande de bois en provenance des forêts naturelles du Malawi et de restaurer les terres dégradées en plantant des arbres indigènes selon les besoins. Depuis son lancement en 2006, le projet a aidé plus de 175 groupes communautaires à planter plus de 3 millions d'arbres dans le district de Nkhata Bay. Le programme propose une solution à long terme à la déforestation grâce à la plantation de milliers d'arbres exotiques à croissance rapide dans les parcelles communau-

taires, qui offrent aux populations locales une source durable de bois. Ces arbres présentent un avantage immédiat pour les résidents locaux, qui se contentent de les élaguer sans les couper et utilisent leurs branches pour le bois de chauffage, laissant ainsi aux arbres le loisir de repousser rapidement et de fournir davantage de bois. Cela atténue la forte pression exercée sur les forêts indigènes et contribue à changer la façon dont les populations du Malawi considèrent leurs ressources naturelles¹¹ (RIPPLE Africa).

Eau et assainissement

Les progrès réalisés sur le continent en matière d'accès à l'eau potable ont été constants. Cependant, de nombreux pays connaissent un stress hydrique susceptible d'être aggravé par le changement climatique. Compte tenu de l'augmentation des besoins en eau, notamment pour l'irrigation et l'agriculture, les pays doivent mettre en place des systèmes plus efficaces pour la gestion de l'eau. Certains pays ont d'ores et déjà obtenu des résultats probants dans ce domaine (CEA *et al.*, 2013). À titre d'exemple, le Ghana a réhabilité son infrastructure en développant les installations existantes et en en construisant de nouvelles pour répondre à la demande actuelle croissante, une action cofinancée par l'État et les partenaires du développement. Ces investissements ont permis d'améliorer l'accès à l'eau dans les zones urbaines et rurales et les petites agglomérations, ainsi que les systèmes d'irrigation utilisés par plus de 2 400 agriculteurs.

Le Mozambique a également accordé une plus grande priorité au développement des infrastructures liées à l'eau en finançant de grands projets de récupération des eaux de pluie, afin de minimiser la gravité des sécheresses qui frappent le pays. Au Bénin, un grand nombre de forages, de puits creusés à la main et de systèmes de canalisations ont été construits pour l'approvisionnement en eau des zones rurales et des villages. En conséquence, la couverture moyenne d'approvisionnement en eau potable dans les zones rurales a augmenté, passant de 39 pour cent en 2004 à 57 pour cent en 2010.

11 Voir www.rippleafrica.org/environment-projects-in-malawi-africa/tree-planting-africa

Mobilisation communautaire

En ce qui concerne l'assainissement, l'effort mené par l'Éthiopie a entraîné une diminution de la défécation à l'air libre de 82 à 34 pour cent entre 1990 et 2012. Ce succès est le fruit des actions de sensibilisation menées auprès des communautés afin de les encourager à mettre fin à cette pratique, couplées aux investissements consentis dans la construction d'installations d'assainissement. Ces efforts se sont traduits par une baisse remarquable de la défécation à l'air libre et des progrès constants dans la couverture de l'assainissement dans l'ensemble des 11 États éthiopiens, malgré d'importantes différences en termes de ressources financières, d'origine ethnique et d'autres caractéristiques socio-économiques (UNICEF et OMS, 2012). Quant au Bénin, il a été lui aussi en mesure de réduire la défécation à l'air libre, dont le taux est passé de 80 à 54 pour cent au cours de la même période.

Conclusions

Les OMD ont encouragé les pays d'Afrique à déployer d'énormes efforts en vue de réduire la pauvreté et de développer les secteurs sociaux. Certes, les pays africains n'atteindront pas tous les OMD, mais cela ne devrait pas pour autant occulter les progrès qu'ils auront accomplis pour faire face à certains de leurs problèmes les plus pressants en matière de développement. Sur le front de la pauvreté et du développement social, les avancées ont été favorisées par une croissance rapide et des investissements dans l'infrastructure sociale et économique, une plus grande implication des communautés locales dans la prestation de services et des réformes de politiques visant à réduire les obstacles financiers et culturels qui entravent l'accès aux services sociaux. L'autonomisation des filles et des femmes s'est améliorée grâce à des programmes de discrimination posi-

tive, des mesures destinées à lutter contre les préjugés culturels à l'égard des femmes et des investissements dans des infrastructures spécifiquement adaptées aux femmes.

Bien que les interventions verticales aient contribué à l'avancement des objectifs liés à la santé, les expériences des pays donnent à penser que des approches plus intégrées susceptibles de renforcer les systèmes de santé et d'améliorer la situation socio-économique des ménages produisent des résultats plus durables en matière de santé, tout en prenant en compte les facteurs non négligeables de rigidité culturelle.

Par conséquent, il est essentiel de renforcer les systèmes de gouvernance par des mécanismes de contrôle des résultats et de suivi budgétaire plus stricts. La disponibilité des données sur les taux de scolarisation, d'achèvement des études et de réussite scolaire, ainsi que la transmission d'informations sur les budgets et les résultats sont également indispensables. Les expériences soulignent l'importance de combler les lacunes de données aux niveaux national et régional pour garantir l'efficacité du suivi.

Les interventions en matière de reboisement et de récupération de l'eau de pluie ont contribué à réduire le taux de déforestation et à renforcer l'accès à des sources d'eau améliorées. Malgré des progrès limités en matière d'assainissement, les efforts de plaidoyer et de sensibilisation ont généré des progrès dans ce domaine.

Désormais, il est primordial que les pays continuent de bénéficier d'un appui soutenu qui leur permette de mettre au point des solutions locales adaptées à leurs besoins, afin de mieux répondre aux défis du développement.

Section III

Conclusions et perspectives en matière de politiques

Le *Rapport OMD* 2015 marque la 10^{ème} édition de cette série de publications lancée en 2005, lorsque l'Assemblée des Chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine a mandaté la CUA, la CEA et la BAD – rejointes par la suite par le Bureau régional pour l'Afrique du PNUD – pour suivre les progrès accomplis en Afrique dans le cadre des OMD. Le rapport 2015 vient clore cette série en rendant compte de l'ultime année de mise en œuvre des OMD.

Les progrès globalement réalisés sur le front des OMD

À un moment aussi décisif, le *Rapport OMD* 2015 constitue une publication de référence générale,

qui fournit des informations sur le positionnement exact du continent à la veille de la mise en place du nouveau programme de développement. S'il apparaît clairement que des efforts supplémentaires doivent être consentis, l'examen détaillé des huit objectifs montre toutefois que l'Afrique a accompli de grands progrès dans tous les domaines. Ainsi, le continent est sur la bonne voie pour atteindre presque trois des huit OMD : l'OMD 2 (Assurer l'éducation primaire pour tous), l'OMD 3 (Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes) ainsi que les cibles liées à l'OMD 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies).

Évaluation sommaire des performances liées à la réalisation des OMD en Afrique

Objectifs	État	Remarques
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	En retard	- La pauvreté a diminué entre 1990 et 2010, passant de 56,5 % à 48,4 % en Afrique hors Afrique du Nord et de 5 % à 1 % en Afrique du Nord. - La pauvreté est perpétuée par la montée des inégalités, le chômage, l'explosion démographique de la jeunesse, l'urbanisation sauvage, le manque de diversification, etc. - La faim a diminué de 8 % en Afrique hors Afrique du Nord entre 1990 et 2013. - L'Afrique hors Afrique du Nord est la région du monde affichant le plus fort déficit alimentaire, avec 25 % de sa population exposée à la faim et la malnutrition entre 2011 et 2013.
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	En bonne voie (taux de scolarisation)	- En 2012, plus de 68 % des pays africains avaient réalisé un taux net de scolarisation au primaire d'au moins 75 pour cent. - Le taux d'achèvement moyen dans l'enseignement primaire s'établit à 67 %. - Le taux d'alphabétisation des jeunes a atteint 69,61 pour cent en 2012, dû en partie à l'élargissement de l'accès à l'éducation primaire pour tous.

Objectifs	État	Remarques
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	En bonne voie (IPS pour l'enseignement primaire et la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national)	- L'IPS relatif aux taux de scolarisation dans l'enseignement primaire a augmenté entre 1990 et 2012, passant de 0,82 à 0,96 en Afrique du Nord et de 0,83 à 0,92 en Afrique hors Afrique du Nord. - Les barrières entre les genres se manifestent par de faibles taux de passage entre les différents cycles d'enseignement et vers le marché du travail en ce qui concerne les filles, la transition vers l'enseignement supérieur étant notamment entravée par les grossesses. - C'est l'Afrique qui a enregistré le plus de progrès vers l'atteinte de la cible, avec une augmentation de la proportion des femmes siégeant aux parlements nationaux d'au moins 15 pour cent entre 2000 et 2014.
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile	En retard	- Le TMM5 a été réduit de 55 % entre 1990 et 2012 alors que le taux de mortalité infantile a été diminué de 40 % pendant la même période. - Seuls l'Égypte, le Malawi, le Libéria et la Tunisie ont réalisé les deux cibles de la réduction de la mortalité infantile.
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	En retard	- En 2013, l'Afrique a enregistré une moyenne de 289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que la moyenne mondiale s'établissait à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	En bonne voie	- Les taux d'incidence, de prévalence et de mortalité associés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose affichent une tendance à la baisse, en particulier depuis 2000.
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	En retard (indicateurs liés à l'environnement et à l'accès à l'eau)	- Le couvert forestier est en déclin en Afrique. - La consommation de substances appauvrissant l'ozone (SAO) a diminué de 94 pour cent entre 1986 et 2012. - La proportion de zones terrestres et marines protégées est en augmentation. - En 2012, 64 % de la population en Afrique hors Afrique du Nord a eu accès à une source d'eau potable améliorée. - La proportion des personnes ayant accès à un assainissement amélioré n'a augmenté que modérément en Afrique hors Afrique du Nord, passant de 24 pour cent en 1990 à 30 pour cent en 2012. Cela contraste violemment avec la situation de l'Afrique du Nord, où ce taux a progressé de 72 à 91 pour cent pendant la même période

Recommandations fondées sur les grands enseignements thématiques tirés du processus des OMD

Les nombreux rapports sur les OMD publiés ces dix dernières années constituent un vaste réservoir connaissances dans lequel il convient de puiser pour se préparer au processus de transformation structurelle inclusive et à l'avènement de la prospérité pour tous en Afrique. Pour cette raison, l'orientation thématique du Rapport OMD 2015

porte sur les leçons apprises dans le domaine des OMD en Afrique, plus de dix après leur lancement. Les progrès réalisés au titre des OMD, relativement modestes au niveau de certaines cibles, ainsi que les enseignements généraux et spécifiques tirés tout au long de leur mise en œuvre, donnent lieu à un certain nombre de recommandations :

Une communication et un suivi efficaces sont des facteurs essentiels pour garantir le succès des programmes mondiaux.

Les pays et les organisations panafricaines doivent poursuivre leurs efforts et leur engagement en vue de communiquer de manière efficace sur les progrès enregistrés relatifs aux objectifs convenus au niveau international. En particulier, il leur appartient de poursuivre la production de rapports d'avancement nationaux et régionaux dans le cadre du programme qui succèdera aux OMD. En effet, l'expérience montre que les rapports nationaux sur les OMD ont contribué à mobiliser les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes qui ont fait pression sur les gouvernements afin qu'ils redoubtent d'efforts et allouent les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs convenus. Quant aux rapports régionaux tels que le rapport OMD pour l'Afrique, ils auront permis d'établir des comparaisons entre pays, encourageant ainsi l'apprentissage et l'émulation entre pairs.

Traiter les causes profondes du sous-développement plutôt que ses symptômes

Les pays et leurs partenaires de développement, y compris les donateurs, doivent adopter une approche intégrée du développement et mettre l'accent sur les causes profondes du sous-développement plutôt que sur ses symptômes. La récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en est un bon exemple. La crise qui en a résulté a mis en lumière la fragilité des systèmes de santé et démontré que les efforts déployés dans la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose au titre de l'OMD 6 n'avaient pas suffisamment contribué à la création de systèmes de santé solides. Avec l'épidémie d'Ebola, les systèmes de santé des trois pays les plus touchés se sont presque complètement effondrés, au point de compromettre les progrès accomplis dans différents domaines, notamment la lutte contre les maladies visées par l'OMD 6.

Exploiter les synergies intersectorielles pour plus d'impact

Pour multiplier les avantages et gagner en efficacité, les pays doivent s'efforcer de tirer parti des synergies intersectorielles pendant la mise en

œuvre des objectifs de développement. Cette exigence sera d'autant plus nécessaire dans le sillage des OMD, pour que soient prises en compte les dimensions économique, sociale et environnementale du développement durable. Pour y parvenir, il est indispensable de renforcer les capacités techniques de planification et de gestion axée sur les résultats en matière de développement, ce qui nécessite d'entreprendre des études et des analyses permettant d'identifier les interdépendances entre les différents objectifs et d'évaluer les interventions et les mesures susceptibles d'optimiser les retombées positives qui en découlent.

Investir dans la collecte et l'analyse des données

Les activités de suivi et d'évaluation se sont révélées cruciales pour détecter les difficultés survenues lors de la mise en œuvre, proposer des mesures correctives pertinentes et faire progresser les programmes de développement. Pour tirer pleinement parti de la fonction de suivi et d'évaluation, il importe que les pays et les donateurs investissent dans la collecte et l'analyse des données, en s'efforçant notamment d'obtenir des données ventilées et des données d'état civil. Ces différents types de données sont essentiels pour évaluer les progrès accomplis dans certains domaines, notamment la santé maternelle, l'autonomisation des femmes et l'inclusion des jeunes dans le processus de développement.

Réduire la pauvreté, les inégalités et le chômage grâce à une croissance inclusive et durable

Pour parvenir à une croissance inclusive et durable, les économies africaines doivent se transformer structurellement, notamment par l'ajout de valeur et l'industrialisation reposant sur les produits de base lorsque cela est possible. Cela implique de renforcer les investissements en faveur des ressources humaines, de promouvoir le développement rural, d'accroître la productivité agricole, d'accorder la priorité à la protection sociale, d'améliorer l'accès à l'énergie, aux marchés et au crédit, et de soutenir les petites et moyennes entreprises

Les pays doivent chercher à créer plus d'emplois, notamment par le biais des actions suivantes : augmenter la productivité du travail ; fournir des subventions à l'emploi aux entreprises prêtes à embaucher les chômeurs et les jeunes ayant les qualifications requises ; et offrir des incitations fiscales aux employeurs qui contribuent à la création et au maintien de l'emploi. L'accent mis sur l'agriculture pourrait également s'avérer une stratégie gagnante. À titre d'exemple, la remise en état et la modernisation des exploitations aux fins de la production et de la transformation des produits agricoles ont permis de créer des emplois pour des milliers de jeunes au Nigéria.

L'inclusion, la croissance économique et la transformation structurelle se renforcent mutuellement. Les pays doivent définir, de manière claire et bien structurée, des programmes de transformation qui favorisent tous ces objectifs.

Il est également nécessaire de renforcer la résilience face aux chocs externes et internes, tels que ceux dus aux fluctuations internationales des prix ou à la récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. En effet, de tels événements sont presque toujours assurés de réduire à néant les acquis du développement. À cet égard, il est recommandé que les pays à risque, en particulier ceux qui sont riches en ressources naturelles, mettent en place un volant de sécurité budgétaire afin de répondre aux chocs.

Améliorer le développement social

Il est nécessaire de redoubler d'efforts en faveur du développement social de l'Afrique afin d'augmenter sa capacité de production et de générer la quantité de richesses nécessaire pour apporter la prospérité à tous. Dans le domaine éducatif, les pays doivent se concentrer sur la qualité de l'éducation et s'efforcer d'en améliorer l'accessibilité. Il leur appartient également de promouvoir l'enseignement supérieur tout en œuvrant pour pérenniser les réussites obtenues dans l'enseignement primaire et développer des programmes préscolaires qui encouragent les comportements novateurs. Enfin, la formation professionnelle mérite d'être encouragée pour assurer une bonne adéquation des compétences avec les besoins

de main-d'œuvre auxquels donnera lieu le programme de transformation structurelle et d'industrialisation de l'Afrique.

À cet égard, les investissements dans les infrastructures de l'éducation, les programmes scolaires et la formation d'enseignants qualifiés seront essentiels.

L'habilitation des communautés locales à gérer leurs propres écoles peut stimuler la scolarisation, en particulier dans les communautés pauvres ; il serait donc utile de favoriser cette démarche au niveau des pays. Les réformes visant à réduire les obstacles financiers et culturels à l'éducation, rendre l'enseignement primaire obligatoire et donner la priorité au développement de la petite enfance sont fortement recommandées, car elles ont pour effet de stimuler la scolarisation. Des exemples de ces réformes comprennent des mesures telles que les transferts en espèces aux familles pauvres, la mise en place d'écoles adaptées aux besoins particuliers des filles, la suppression des frais de scolarité, l'ajout de l'enseignement obligatoire dans la constitution et l'établissement de politiques et de programmes éducatifs pour le faire appliquer.

Dans le domaine de la santé, la généralisation des interventions rentables à fort impact et des meilleures pratiques en matière de mécanismes de prestation de services est cruciale pour réduire la mortalité infantile et maternelle et soutenir les progrès réalisés sur le front du VIH, du paludisme, de la tuberculose et de toutes les autres maladies.

Les maladies non transmissibles deviennent une préoccupation croissante à l'échelle du continent. Cette situation appelle à la plus grande vigilance. Les pays devraient consentir davantage d'efforts pour assurer le financement correct des systèmes de santé et mieux mobiliser les communautés en vue de renforcer la couverture des services de santé. Il est également primordial d'investir dans la formation de professionnels de la santé qualifiés et l'élimination des barrières, y compris financières et physiques, à l'accès aux services de santé. Des mesures spécifiques à cet égard portent sur la suppression des frais médicaux, notamment en

ce qui concerne la santé maternelle et infantile. Il convient également d'octroyer des subventions et de mettre en place des régimes de protection sociale afin de tenter d'améliorer la réalisation des cibles liées à la santé. En ce qui concerne le VIH, le paludisme et la tuberculose, les pays sont encouragés à poursuivre l'adoption des programmes recommandés par l'OMS, qui se sont avérés très efficaces dans la lutte contre ces maladies. Plus spécifiquement, il est conseillé de recourir aux préservatifs et aux traitements antirétroviraux (VIH/sida), aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (paludisme) et aux traitements de brève durée sous surveillance directe (tuberculose).

La crise causée par l'épidémie d'Ebola a souligné la fragilité des systèmes de santé dans les pays touchés ainsi que les conséquences tragiques qu'une telle situation peut avoir sur le revenu, l'emploi et les moyens de subsistance des ménages, et sur la situation budgétaire du pays tout entier. Cette expérience plaide pour un effort majeur de la part des pays concernés et de leurs partenaires de développement en vue d'établir des systèmes de santé solides, dotés de bonnes infrastructures pour améliorer l'accès aux établissements de santé. Ces objectifs de développement à moyen terme doivent figurer explicitement dans les cadres nationaux de planification du développement afin que leur soit accordée toute l'attention qu'ils méritent.

L'autonomisation des femmes est essentielle à la réalisation de nombreux autres objectifs de développement social, notamment en ce qui concerne la pauvreté, l'inégalité, la faim, l'emploi, l'éducation et la santé. Par conséquent, les pays doivent promouvoir les interventions politiques qui tiennent compte de la dimension de genre telles que les allocations ou les transferts monétaires conditionnels, afin d'améliorer la parité dans l'éducation. Dans le même temps, il leur appartient de recourir à des mesures spéciales, sous forme de quotas ou de sièges réservés, en vue d'accroître la représentation des femmes dans la sphère politique. Par ailleurs, il est primordial que les pays prennent des mesures audacieuses pour éliminer les obs-

tacles structurels et culturels qui entravent l'accès des femmes aux opportunités économiques et sociales et les privent du contrôle des ressources productives.

L'accessibilité de l'énergie, de l'eau potable, de l'assainissement et des logements et établissements améliorés sont également des facteurs cruciaux auxquels les pays doivent accorder une plus grande attention en vue de renforcer le développement social et de favoriser une participation optimale des ressources humaines à la production et la consommation. Les mesures recommandées dans ces différents domaines comprennent la réhabilitation et l'expansion des infrastructures existantes de distribution d'eau, d'assainissement et de logement ou la construction de nouvelles infrastructures pour répondre à la demande actuelle grandissante, avec l'aide du gouvernement, des partenaires de développement et du secteur privé.

Afin d'améliorer les perspectives de développement socio-économique, les pays africains doivent consacrer tous leurs efforts à la préservation de leur capital naturel comme les forêts, les océans et les ressources marines, et favoriser l'émergence de stratégies de développement respectueuses de l'environnement.

Promouvoir la diversification comme une stratégie majeure pour améliorer les capacités de production et les perspectives mondiales de partenariat

Les pays africains doivent s'atteler aux défis du développement qui les empêchent de tirer pleinement parti des possibilités de partenariats au plan mondial, et se montrer proactifs. La diversification de leur économie est considérée comme une priorité, en vue de supprimer les contraintes liées à l'offre et d'améliorer les capacités de production. Une diversification réussie exige une gestion économique avisée des ressources naturelles. Des programmes de réformes économiques bien définis, visant la stabilité macro-économique et la croissance à long terme grâce à une industrialisation axée sur les exportations, peuvent contribuer à promouvoir la diversification des échanges. La diversification peut également être envisagée

dans le cadre d'une stratégie de développement du secteur privé. Pour cela, la diversification doit figurer dans les politiques et stratégies spécifiques devant être poursuivies afin de renforcer la croissance et la compétitivité du secteur privé dans le pays.

Les pays et la communauté internationale doivent s'engager à se doter de moyens de mise en œuvre efficaces

Enfin, il est impératif de mobiliser les moyens de mise en œuvre adéquats afin de garantir que les pays atteignent leurs buts et objectifs de développement prioritaires. Par conséquent, les pays africains ont intérêt à négocier un rôle catalytique plus prononcé de l'APD, qui permette de mieux exploiter les ressources nationales et les capacités productives. Le renforcement de l'administration fiscale et l'amélioration des capacités à endiguer les flux financiers illicites sont essentiels pour augmenter les ressources nationales. L'APD peut jouer un rôle majeur dans le financement des investissements dans les deux cas. À cet égard, les donateurs doivent honorer leurs engagements en matière d'APD et allouer une plus grande part de ces ressources au renforcement des capacités budgétaires. Les pays africains doivent renforcer la coopération avec leurs partenaires externes pour lutter contre les sorties illicites de capitaux, faciliter la restitution des avoirs usurpés et diversifier la destination et la composition sectorielle des flux d'investissements directs étrangers (IDE) vers l'Afrique. Malgré certaines améliorations, les IDE se concentrent dans quelques pays et visent essentiellement le secteur des industries extractives. La communauté internationale doit appuyer les efforts déployés par les pays africains en vue de promouvoir la technologie, l'innovation et la science, le commerce équitable, faciliter les échanges et favoriser la bonne gouvernance. Les gouvernements concernés doivent quant à eux renforcer et améliorer leur coopération avec le secteur privé national en l'impliquant davantage dans la mise en œuvre des stratégies nationales de développement. Il importe que tous les efforts internes et externes soient dirigés vers les grandes priorités, notamment la transformation structurelle de l'Afrique grâce à la création de valeur ajoutée et l'industrialisation.

Si les OMD en Afrique demeurent un chantier inachevé, les nombreuses leçons tirées tout au long de leur mise en œuvre permettront toutefois d'avancer plus rapidement vers les objectifs fixés, moyennant des mesures adéquates pour tirer parti des nouveaux acquis.

Recommandations concernant l'avenir de la série des rapports OMD

La fin de l'ère des OMD est l'occasion de réfléchir à la façon d'améliorer le suivi et l'évaluation des progrès vers la réalisation des objectifs de développement convenus au niveau international. Au cours des dix dernières années, le *Rapport OMD* a largement contribué à l'évaluation rigoureuse des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des OMD et servi de support aux discussions sur les politiques, à l'apprentissage par les pairs et aux activités de plaidoyer. Il a également permis d'imprimer un nouvel élan à l'action des décideurs africains au plus haut niveau, qui a gagné en vigueur et en coordination, et permis d'accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD. Dans ce contexte, soulignant l'importance du *Rapport OMD*, la réunion du groupe d'experts organisée pour la validation de l'édition 2015 a appelé de ses vœux la production d'un rapport qui lui succéderait et irait plus loin que le simple suivi des progrès. Les participants à la réunion ont recommandé que ce nouveau rapport contribue davantage au débat sur les politiques et les réformes en soulignant les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs de développement durable et en suscitant des débats nationaux sur la question. À titre d'innovation, il a été suggéré aux quatre institutions partenaires responsables de la publication du présent rapport de préparer des études de cas originales, en collaboration avec des experts des pays sélectionnés. Ces études devraient constituer la partie centrale du prochain rapport.

Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

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 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 d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)* 1.2 Indice d'écart de la pauvreté 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
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 dollar PPA par jour 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
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 cinq 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 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'élèves 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
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
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 les femmes au parlement national
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4.A : 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 5.A : 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 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

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 6.A : D'ici à 2015, avoir enrayé 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 6.B : 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 6.C : 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
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	7.1 Proportion de zones forestières 7.2 Émissions de CO ₂ (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 7.B : 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 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 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 7.D : 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**

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	
Cible 8.A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire	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 petits États insulaires en développement
Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international	Aide publique au développement (APD) 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) 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) 8.3 Proportion de l'APD bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée 8.4 APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut 8.5 APD reçue par les petits États insulaires en développement en pourcentage de leur revenu national brut
Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés	Accès aux marchés 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 8.7 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement 8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE en pourcentage de leur produit intérieur brut 8.9 Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales 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
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	
Cible 8.C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)	
Cible 8.D : 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	
Cible 8.E : 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

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Cible 8.F : 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

Références

ActionAid. 2005. *Real aid: An agenda for making aid work*. ActionAid.org.

———. 2014. *Aid to, with and through the private sector: emerging trends and ways forward*. ActionAid.org.

Africa Progress Panel. 2014. *Agriculture, pêche et capitaux - Comment financer les révolutions verte et bleue de l'Afrique*. Rapport sur les progrès en Afrique 2014. <http://www.africaprogresspanel.org/publications/policy-papers/rapport-2014-sur-les-progres-en-afrique-2/>

AfriqueRenouveau. 2013. *La mobilité des jeunes à l'origine du changement*. Nations Unies. New York. <http://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/mai-2013/la-mobilit%C3%A9-des-jeunes-%C3%A0-l%E2%80%99origine-du-changement>

BAD (Banque africaine de développement). 2014. Perspectives économiques en Côte d'Ivoire. Abidjan. In *Perspectives économiques en Afrique* (PEA) 2015. <http://www.afdb.org/fr/countries/west-africa/cote-d%E2%80%99ivoire/cote-divoire-economic-outlook/>

Banque mondiale. 2007. *Confronting the Challenges of Gender Equality in Fragile States – Global Monitoring Report*. 2007. Washington, DC.

———. 2010. Document de politique générale de la Banque mondiale : *Enhancing Supply Chain Management in Zambia*. Africa Health Unit. Washington, DC.

———. 2012. *De-Fragmenting Africa: Deepening Regional Trade Integration in Goods and Services*. Washington, DC.

———. 2013. Statistiques de la Banque mondiale. Avril 2013. Washington, DC.

Bountagkidis, G.K., Fragkos, K.C., et Fragkos, C.C. 2015. EU development aid towards sub-Saharan

Africa: exploring the normative principle. *Social Sciences*. Vol. 4 : 85-116.

CEA (Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique). 2005. *The Millennium Development Goals in Africa: Progress and Challenge*. Addis-Abeba

———. 2015. *Rapport économique sur l'Afrique – L'industrialisation par le commerce*. Addis-Abeba.

CEA et UA (Union africaine). 2015. *Progress in the implementation of the priority areas of the Istanbul Programme of Action for least developed countries*. Mars 2015.

———. 2015. Document analytique pour la Consultation régionale en prélude à la troisième Conférence internationale sur le financement du développement. Sous presse.

CEA et OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2014. *The Mutual Review of Development Effectiveness in Africa: Promise & Performance*. 2014. Addis-Abeba

CEA, CUA, BAD et PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2011. *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*. Addis-Abeba.

———. 2012. *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2012 – Le programme de développement postérieur à 2015 envisagé selon la perspective africaine naissante*. Addis-Abeba.

———. 2013. *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2013 – Sécurité alimentaire en Afrique : enjeux, défis, enseignements*. Addis-Abeba.

- . 2014. Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2014 – Analyse de la Position commune africaine sur le programme de développement pour l'après-2015. Addis-Abeba.
- CNN. 2012. *Seven ways mobile phones have changed lives in Africa*. CNN.com.
- Crampin, A.C., Mwaungulu, F.D., Ambrose, L.R., Longwe, H. et French, N., 2011. Normal Range of CD4 Cell Counts and Temporal Changes in Two HIV Negative Malawian Populations. *The Open AIDS Journal*. Vol. 5 : 74-79.
- Donovan, K. et Martin, A. 2014. The rise of African SIM registration: the emerging dynamics of regulatory change. *First Monday* – Peer-reviewed journal on the Internet. Vol. 19, n° 2. 3 février 2014.
- DSNU (Division de statistique des Nations Unies). 2014. *Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil*. Troisième révision. Département des affaires économiques et sociales. Études statistiques. Série M, n° 19, 3^e révision. New York.
- Easterly, W. 2006. *The white man's burden: Why the West's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good*. Penguin Press.
- . 2007. How the MDGs are unfair to Africa. *Global Economy and Development*, Brookings Institution. Document de travail 14. Novembre 2006. Washington, DC.
- FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2014. *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde*, 2014. Rome.
- FMI (Fonds monétaire international). 2015a. Fiche technique : Allègement de la dette au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE). <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/hipcf.htm>
- . 2015b. Fiche technique : L'initiative d'allègement de la dette multilatérale. <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/mdrif.htm>
- Gouvernement d'Algérie. 2010. Algérie – Deuxième Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Alger.
- Gouvernement d'Égypte. 2010. The National MDG Report. Le Caire
- Gouvernement d'Éthiopie. 2010. The National MDG Report. Addis-Abeba
- Gouvernement de Maurice et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2012. Eliminating Malaria, Case Study 4: Preventing Reintroduction in Mauritius. Genève.
- Gouvernement du Togo. 2010. Le Togo se mobilise autour des OMD - 3ème rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Avril 2010. Lomé
- Kpodar, K. 2007. Why Has Unemployment in Algeria Been Higher than in MENA and Transition Countries? Document de travail du FMI. FMI. Août 2007. Washington, DC.
- Kuziemko, I. et Werker, E. 2006. How much is a seat on the Security Council worth? Foreign aid and bribery at the United Nations. *Journal of Political Economy*. The University of Chicago University Press.
- Malaria Free Future. 2008. *Rwanda : Winning the Fight against Malaria*. Baltimore.
- McCord, A. et Slater, R. 2009. *Overview of Public Works Programmes in Sub-Saharan Africa*. Overseas Development Institute, Londres.
- McKinnon, B., Kaufman, J.S. et Bergevin, Y. 2014. Socioeconomic inequality in neonatal mortality in countries of low and middle income: A multi-country analysis. *The Lancet Global Health*. Vol. 2, n° 3 : e165-e173. Mars 2014.
- Ministère des Finances et de la Planification nationale de la Zambie et PNUD. 2011. Millennium Development Goals Progress Report 2011. Lusaka.

- Mumba, E.C. 2002. *Education for All: Increasing Access to Education for Girls in Zambia*. Document présenté lors du deuxième Forum sur les systèmes ouverts d'apprentissage dans le Commonwealth, Durban, Afrique du Sud. 29 juillet – 2 août 2002.
- Nations Unies. 2010. Ban Ki-moon. *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York.
- . 2014. Objectifs du Millénaire pour le développement - Rapport 2014. New York. www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2014.
- . 2015. Indicateurs des Objectifs d Millénaire pour le développement. New York. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>.
- NISR (National de la Statistique du Rwanda). 2011. The Third Integrated Household Living Conditions Survey (EICV3): Main Indicators Report. NIST. Kigali.
- NISR et PNUD . 2007. Millennium Development Goals – Towards Sustainable Social and Economic Growth: Country Report 2007. NISR. Kigali.
- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2005. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, deuxième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (Paris 2005). Paris.
- . 2014. *Rebond de l'aide aux pays en développement en 2013, qui atteint un niveau sans précédent* (Communiqué de presse, Paris, 8 avril 2014).
- . 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Éditions OCDE. Paris.
- . 2015. Statistiques de l'aide. Statistiques en ligne sur le développement international (SDI). Comprendre les statistiques de l'aide du CAD dans OECD.Stat. Paris.
- OIT (Organisation internationale du Travail). 2010. *Indicateurs Clés du Marché du Travail – Sixième édition*. 2010.
- . *Modèle économétrique des tendances*, octobre 2014.
- Olukoshi, A.O. 2006. The quest for a new paradigm for Swedish development co-operation in Africa – issues, problems, and prospect. In *Swedish and EU Africa Policy* (éd. L. Wohlgemuth). Centre d'études africaines, Université de Göteborg, Suède.
- OMC (Organisation mondiale du commerce). 2013. Neuvième Conférence ministérielle de l'OMC. Genève. <https://mc9.wto.org/fr>
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2012a. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD MM. Genève.
- . 2012b. Verbal autopsy standards: The 2012 WHO verbal autopsy instrument. Release Candidate 1.WHO, HMN and INDEPTH Network. Genève.
- . 2013. Women's and children's health: evidence of impact of human rights. Genève.
- . 2014a. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. WHO Press. OMS. Genève.
- . 2014b. Rapport 2014 sur le paludisme dans le monde. Genève.
- OMS, UNICEF, ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), Banque mondiale, UNESCO et UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population). 2000. *Health a key to prosperity: success stories from developing countries* <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17985497/health-key-prosperity-success-stories-developing-countries>
- ONUSIDA. 2013a. Access to Antiretroviral Therapy in Africa: Status Report on Progress towards the 2015 Targets. Genève.
- . 2014. The Gap report. ONUSIDA. Genève.

- Pearson, L., Degefe, T., Hiluf, M., Betamariam, W., Wall, S., Taylor et M., Admasu, K. 2014. From integrated community case management to community-based newborn care. *Ethiopian Medical Journal*. 2014. Vol. 52, Sup. 3.
- PNUD. 2015a. *Drivers of Inequalities in sub-Saharan Africa* (sous presse). New York.
- PNUD. 2015b. Notes d'orientation du Bureau régional pour l'Afrique. New York.
- 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.
- Riddell, R.C. 2007. *The political and commercial dimensions of aid. In Does foreign aid really work?* Oxford University Press. Oxford.
- RIPPLE Africa. www.rippleafrica.org/environment-projects-in-malawi-africa/tree-planting-africa).
- Sabates, R., Akyeampong, K., Westbrook, K. et Hunt, F. 2010. *School Dropout: Patterns, Causes, Changes and Policies*. Document de référence préparé pour le Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous 2011 – La crise cachée : les conflits armés et l'éducation. UNESCO.
- The Lancet*. 2003. Child survival II. How many child deaths can we prevent this year? Gareth Jones. 2014. Every newborn, every mother, every adolescent girl. Vol. 383, n° 9919, p. 755, 1 mars 2014.
- The Reality of Aid International Coordinating Committee, 2011. *Achieving progress for development effectiveness in Busan: an overview of CSO evidence* IBON books. Quezon City, Philippines.
- UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) 2006. Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2006 : L'alphabétisation, un enjeu vital. Paris.
- . 2010. Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2010 : Atteindre les marginalisés. Paris.
- . 2013. National, regional and global trends, 1985-2015. Paris.
- UNFPA. 2012. *Ten Good Practices in Essential Supplies for Family Planning and Maternal Health*. UNFPA Niger. Niamey.
- UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2013a. Immunization facts and figures. [http://www.unicef.org/immunization/files/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Immunization_April_2013\(1\).pdf](http://www.unicef.org/immunization/files/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Immunization_April_2013(1).pdf).
- . 2013b. Levels and Trends in Child Mortality. New York.
- UNICEF et OMS. 2012. Progress on Drinking Water and Sanitation: 2012 Update. New York.
- 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). 2012. Report of the 11th Annual Ministerial Meeting of Landlocked Developing Countries. New York.
- Yogo U.T. et Mallaye D. 2015. How Aid Helps Achieving MDGs in Africa: the Case of Primary Education. Études et Documents, n°01, CERDI, Clermont Ferrand.
- Zambia NMCC (National Malaria Control Center). 2008. Zambia Malaria Indicator Survey 2008. Ministère de la Santé. Lusaka.
- . 2010. Malaria Indicator Survey 2010. Ministère de la Santé. Lusaka.

