

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

Rapport OMD 2011



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

Rapport OMD 2011



Table des matières

Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Avant-propos	viii
Remerciements	xi
Liste des abréviations, sigles et acronymes	xiii
SECTION I : Introduction	1
SECTION II : Suivi des progrès.	5
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	5
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	27
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.	37
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	45
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.	53
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	68
Objectif 7 : Assurer un environnement durable.	81
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.	96
SECTION III : La protection sociale comme instrument d'accélération des progrès vers la réalisation des OMD en Afrique	109
SECTION IV : Conclusions et perspectives d'avenir des OMD au-delà de 2015	137
Bibliographie et ressources en ligne	142
Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD	150

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Indicateurs de la proportion des travailleurs pauvres en Afrique, 1999-2009 . . .	18
Tableau 2 :	Proportion de l'emploi vulnérable par rapport à l'emploi total en Afrique, 1998-2009	19
Tableau 3 :	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans dans des pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (%)	23
Tableau 4 :	Onze pays africains respectivement en tête et à la traîne du classement en matière de réalisation de la réduction de la malnutrition, 1990-2007	26
Tableau 5 :	Statistiques du VIH/sida pour l'Afrique (hors Afrique du Nord), 2001 et 2009 . .	69
Tableau 6 :	Taux de mortalité due au paludisme pour 100 000 habitants de tout âge, 2008	77
Tableau 7 :	Consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone en tonnes métriques de potentiel de déplétion ozonique (PDO), 1996 et 2008	85
Tableau 8 :	Pourcentage de couverture des aires terrestres et marines protégées par rapport à l'ensemble du territoire, 1990 et 2009 (%)	86
Tableau 9 :	Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée, 1990 et 2008 (%)	87
Tableau 10 :	Proportion des populations urbaines et rurales utilisant des infrastructures d'assainissement sanitaires améliorées, 1990 et 2008 (%)	91
Tableau 11 :	Aide bilatérale totale des pays membres du CAD, tous secteurs confondus, 2005-2010 (en millions de dollars USD)	99
Tableau 12 :	APD accordée à l'Afrique, par secteur, 2005-2009 (en % du total des engagements bilatéraux)	101
Tableau 13 :	Classement des pays d'Afrique par statut PPT (au 17 décembre 2010).	103
Tableau 14 :	Nombre d'utilisateurs d'Internet pour 100 habitants, 2000 et 2009	108
Tableau 15 :	Contributions potentielles des diverses interventions au titre de la protection sociale à la réalisation des OMD	117
Tableau 16 :	Exemples de protection sociale réussie en Afrique	129

Liste des figures

Figure 1 :	Tendance à la baisse de la pauvreté en Afrique (hors Afrique du Nord) par comparaison à la tendance cible de 2015 (%)	6
Figure 2 :	Évolution du pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (1,25 dollar USD par jour) entre 1998 et 2008	7
Figure 3 :	Taux d'écart de pauvreté par sous-région africaine, 2008 (%)	8
Figure 4 :	Impact projeté de la crise économique sur la réduction de la pauvreté en Afrique (hors Afrique du Nord), 2005-2020	10
Figure 5 :	Croissance de la productivité individuelle en Afrique et d'autres régions en développement, 2000-2009	11
Figure 6 :	Évolution du PIB par habitant, 1990-2009	12
Figure 7 :	Ratio emploi/population par sous-région africaine, 1991 et 2008 (%)	13
Figure 8 :	Évolution du ratio emploi/population dans des pays africains sélectionnés, 1991-2008	15
Figure 9 :	Indice de la faim pour l'Afrique, 1990 et 2010	21
Figure 10 :	Proportion des populations insuffisamment nourries en Afrique (hors Afrique du Nord) comparée à celle d'autres pays en développement, 1990-2010	25
Figure 11 :	Avancées enregistrées au niveau du taux net de scolarisation primaire dans des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008/2009 (%)	29
Figure 12 :	Écarts à combler pour atteindre la cible du taux net de scolarisation primaire dans des pays africains sélectionnés, 2008	30
Figure 13 :	Dépenses affectées à l'enseignement primaire en % du total des dépenses consacrées à l'éducation	32
Figure 14 :	Taux de scolarisation et taux d'achèvement du primaire pour des pays africains sélectionnés, 2008	33
Figure 15 :	Taux d'achèvement du primaire pour des pays africains sélectionnés, 1999 et 2008 (%)	34
	15a : Données obtenues pour les deux genres, 1999 et 2008	
	15b : Données ventilées par genre, 2008	
Figure 16 :	16a : Taux d'alphabétisation des deux genres, 2008 (%)	36
	16b : Taux d'alphabétisation ventilé par genre, 2008 (%)	36

Figure 17 :	Indice de parité des genres dans l'enseignement primaire pour des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008.	38
Figure 18 :	Indice de parité des genres dans l'enseignement primaire par sous-région africaine, 1991-2008.	39
Figure 19 :	Indice de parité des genres dans l'enseignement secondaire pour des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008.	40
Figure 20 :	Indice de parité des genres dans l'enseignement supérieur pour des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008.	41
Figure 21 :	Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole.	43
Figure 22 :	Pourcentage des sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux, 1990 et 2010.	44
Figure 23 :	Pays enregistrant la plus forte prévalence de décès des moins de 5 ans en Afrique, en 2009.	46
Figure 24 :	Progrès dans la réduction de l'U5MR, 1990, 2009 et 2015 (cible).	47
Figure 25 :	Les neuf pays les plus performants en matière de réduction de l'U5MR, 1990 et 2009.	49
Figure 26 :	Progrès dans la réduction du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 1990 et 2009.	50
Figure 27 :	Les sept pays les plus performants en matière de réduction du TMI, 1990 et 2009.	51
Figure 28 :	Les quatre pays les moins performants en matière de réduction du TMI, 1990-2009 (réductions de 10 % ou moins).	52
Figure 29 :	Progrès dans la vaccination contre la rougeole dans des pays d'Afrique, 1990-2009 (%).	54
Figure 30 :	Taux de mortalité maternelle dans des régions sélectionnées du monde (pour 100 000 naissances vivantes), 1990 et 2008.	57
Figure 31 :	Taux de mortalité maternelle pour des pays africains sélectionnés (pour 100 000 naissances vivantes), 2008.	58
Figure 32 :	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par région, 1990-1999 et 2000-2009 (%).	59
Figure 33 :	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié pour des pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (%).	60
Figure 34 :	Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, 1990-1999 et 2000-2009.	62
Figure 35 :	Différents types de contraceptifs utilisés par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 2000-2009.	63
Figure 36 :	Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15-19 ans, 1990-1999 et 2000-2009.	64

Figure 37 : Nombre de visites de soins prénatals auprès de professionnels de santé, selon des enquêtes menées dans 38 pays africains, 2000-2009 (en % de femmes enceintes)	65
Figure 38 : Besoin non satisfait en planification familiale dans 34 pays d'Afrique, selon des enquêtes nationales, 2000-2009	67
Figure 39 : Prévalence du VIH parmi les adultes dans les pays africains, 2001 et 2009 (%)	70
Figure 40 : Prévalence du VIH parmi les adultes, par région mondiale, 2009 (%)	71
Figure 41: Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans dans des pays africains sélectionnés, 2008	73
Figure 42 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008	79
Figure 43 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008	79
Figure 44 : Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008	80
Figure 45 : Émissions de CO ₂ en tonnes métriques par habitant (CDIAC), 1990 et 2007	83
Figure 46 : Progrès en matière d'accès à des sources d'eau améliorées en zones urbaine et rurale (en % de la population totale), 1990-2008	88
Figure 47 : Progrès en matière d'accès à des sources d'eau améliorées en zone urbaine (en % de la population urbaine), 1990 et 2008.	89
Figure 48 : Progrès en matière d'accès à des sources d'eau améliorées en zone rurale (en % de la population rurale), 1990 et 2008	90
Figure 49 : Progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées en zones urbaine et rurale (en % de la population totale), 1990 et 2008 (%)	92
Figure 50 : Progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées en zone rurale (en % de la population rurale), 1990 et 2008.	93
Figure 51 : Progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées en zone urbaine (en % de la population urbaine), 1990 et 2008	94
Figure 52 : Pourcentage de la population urbaine vivant dans des taudis (pays sélectionnés), 1990 et 2007	96
Figure 53 : APD nette en pourcentage du RNB, 2009 et 2010	98
Figure 54 : Nombre de lignes téléphoniques pour 100 habitants, 2000 et 2009	104
Figure 55 : Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants, 2009	106
Figures 56a et 56b : Corrélation entre protection sociale et résultats sanitaires, 2007	128

Avant-propos

Ce rapport s'inscrit dans la continuité de l'excellente collaboration entre les institutions panafricaines que sont la Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) et la Banque africaine de développement (BAD), et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Il présente les dernières informations disponibles sur l'état des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), après les travaux de la dernière Réunion plénière de haut niveau sur les OMD, qui s'est tenue en septembre 2010. Ce sommet historique avait noté, dans ses conclusions, que la réalisation des OMD sur le plan mondial était encore possible d'ici à 2015, mais qu'il fallait pour cela renforcer les partenariats internationaux, établir des collaborations plus étroites entre les autorités nationales et les partenaires du développement, et manifester une ferme volonté politique de s'engager en faveur des OMD au niveau national.

Le présent rapport indique que les progrès dans la réalisation des OMD avaient été jusqu'alors soutenus, mais que les crises des denrées alimentaires et du pétrole des dernières années, auxquelles s'est ajoutée la crise financière plus récente, combinées à l'instabilité politique observée dans les pays d'Afrique du Nord en 2011 pourraient ralentir le rythme des avancées. Cette perspective appelle à un redoublement d'efforts pour préserver les gains déjà acquis et garantir le succès final.

En particulier, les baisses de la productivité de la main-d'œuvre, l'augmentation du chômage

des jeunes et le nombre grandissant de travailleurs pauvres sont des tendances préoccupantes à l'échelle du continent. En effet, les récents développements politiques en Afrique du Nord et au Moyen-Orient sonnent comme un coup de semonce, faisant prendre conscience à l'Afrique et aux autres régions du monde de la nécessité d'adopter une approche plus inclusive et équitable de la croissance.

Le nombre croissant de travailleurs pauvres devrait également nous rappeler que le principe essentiel de la création d'emplois n'est pas de fournir simplement un salaire minimum vital, mais un salaire décent. En outre, la représentation disproportionnée des femmes dans les rangs des travailleurs pauvres devrait nous alerter sur l'importance de déployer des efforts plus concertés face au déséquilibre entre les genres au sein de la population active, et nous engager à nous intéresser non seulement à la part des femmes employées sur le marché du travail, mais aussi à leur répartition sur l'éventail élargi des catégories professionnelles et des niveaux de qualification.

Le rapport met en évidence l'étroite interconnexion des OMD et souligne, de ce fait, la nécessité d'adopter une approche intégrée pour accélérer leur réalisation. Pour ce faire, il est impératif que les décideurs établissent clairement les priorités parmi les interventions susceptibles de produire les effets de levier et de cascade les plus probants dans la gamme étendue des indicateurs. Par exemple, nous savons que l'autonomisation des femmes, l'éducation, la pauvreté et la santé

sont inextricablement liés. Par conséquent, nous devons exploiter ces rapports au même titre que d'autres relations privilégiées pour déterminer avec précision la visée stratégique de nos interventions.

Le suivi est essentiel à l'évaluation des performances dans la réalisation des OMD. Un suivi efficace implique des investissements plus conséquents en matière de collecte, d'analyse et de diffusion des données que ce qu'il en est aujourd'hui en Afrique. L'amélioration de la couverture et la qualité des données, particulièrement au niveau infranational, est essentielle pour mettre en évidence les variations qui existent au sein des pays en termes de réalisation des OMD et pour identifier les poches de vulnérabilité à partir desquelles il conviendrait d'élaborer des interventions ciblées. Le rapport fait état de variations considérables sur le plan des performances liées aux OMD entre les sous-régions et au sein de celles-ci comme à l'échelon des différents pays considérés séparément.

Malgré la lenteur de la progression observée sur plusieurs indicateurs en Afrique, il existe un certain nombre de meilleures pratiques et de leçons apprises solidement documentées qui peuvent être exploitées pour accélérer les progrès. Il est encourageant de noter que les histoires de réussite sont aussi le fait de pays en situation de relèvement après conflit, tels que le Libéria et la Sierra Leone. Ces deux pays ont ainsi accompli des avancées remarquables dans le domaine de la mortalité infantile (Liberia) et la santé maternelle (Sierra Leone). Leurs bons résultats démontrent qu'il est possible de réaliser les OMD, même dans les conditions les plus difficiles, à condition de faire preuve d'une ferme détermination politique et d'être soutenu par une aide extérieure appropriée.

Dans ce rapport, nous avons mis l'accent sur le potentiel des programmes de protection sociale pour accélérer les progrès vers la réalisation des OMD. Par conséquent, nous recommandons vivement aux décideurs de réviser le calibrage de leurs programmes de protection sociale, de manière à ce que ceux-ci soient perçus non comme des systèmes de distribution d'aumônes ou de subventions mais plutôt comme des mesures servant à consolider les actifs productifs. De telles perspectives sont pertinentes et opportunes à la lumière de l'impact exercé par les crises des denrées alimentaires et du pétrole, et de la crise financière qui s'en est suivie sur la vie d'un grand nombre d'individus. Il est clair que le rôle de l'État dans la conception et la mise en œuvre de programmes de protection sociale durables sur le plan budgétaire est encore plus vital aujourd'hui qu'il ne l'était auparavant.

Les ressources domestiques doivent être complétées par une mise à l'échelle de l'aide au développement pour permettre aux pays africains de réaliser les OMD. À cet égard, nous préconisons une augmentation du volume de l'aide au développement pour la réalisation des OMD en Afrique et notons avec inquiétude que les engagements au titre de l'Aide publique au développement (APD) souscrits notamment à Monterrey en 2002, à Gleneagles en 2005 et à L'Aquila en 2009 n'ont pas été suivis d'effets. Plus préoccupant encore, l'assainissement des finances publiques, qui semble être aujourd'hui un passage obligé pour sortir de la crise économique mondiale, ne laisse pas présager que ces engagements seront de sitôt honorés. Cependant, il est encourageant de constater que les pays en développement bénéficient désormais de l'aide de la part de nouveaux bailleurs de fonds non membres du Comité d'aide au développement (CAD) et de donations en provenance du secteur

privé dans les pays développés. Néanmoins, il reste que l'aide accordée aux pays africains ne devrait pas augmenter de plus de 1 pour cent par an entre 2011 et 2013, en termes réels. Au-delà du plaidoyer en faveur de l'augmentation du volume de l'APD, il est nécessaire d'intensifier les efforts sur différents fronts, et notamment, en recherchant des sources de financement de rechange, en exploitant plus judicieusement les ressources existantes, et en élaborant des systèmes crédibles et robustes pour mobiliser les ressources nationales.

L'efficacité de l'aide des donateurs exige incontestablement qu'elle soit étroitement alignée sur les priorités nationales, dont les OMD. À cet effet, la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et

du Programme d'action d'Accra est cruciale pour garantir une recentralisation de l'aide accordée par les bailleurs de fonds sur les objectifs des pays bénéficiaires, en faveur de la réduction de la pauvreté et du développement.

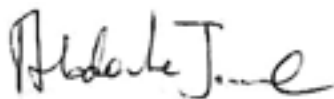
Nous souhaitons remercier toutes celles et tous ceux qui ont apporté leur concours à la préparation de ce rapport. Nous saluons et encourageons le parti-pris des auteurs de prendre en considération les vues et les expériences de l'ensemble des dirigeants, des décideurs et des praticiens du développement qui sont activement impliqués dans la promotion de la réalisation des OMD en Afrique, et qui œuvrent tout particulièrement pour atteindre les cibles convenues dans les délais impartis.



Jean Ping
Président
Commission de
l'Union africaine



Donald Kaberuka
Président
Groupe de la
Banque africaine de
développement



Abdoulie Jannet
Secrétaire exécutif
Commission écono-
mique pour l'Afrique



Helen Clark
Administrateur
Programme des
Nations Unies pour
le développement

Remerciements

Le présent rapport est le fruit de la collaboration entre la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), la Commission de l'Union africaine (CUA), la Banque africaine de développement (BAD) et le Bureau régional pour l'Afrique du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD-BRA). Il a été préparé par une équipe centrale conduite par Bartholomew Armah, Chef de la Section des OMD et des PMA au sein de la Division du développement économique et du NEPAD (DDEN) (CEA), Yeo Dossina, Chef par Intérim de la Division de la statistique au sein du Département des affaires économiques (CUA), Beejaye Kokil, Directeur de la Division des statistiques économiques et sociales (BAD) et Ayodele Odusola, Conseiller en OMD auprès du Groupe consultatif stratégique du Bureau régional pour l'Afrique (PNUD). L'équipe comptait dans ses rangs Adrian Gauci (CEA), Ndinaye Sekwi Charumbira (CUA), Maurice Mubila (BAD), Chrystelle Tsafack Temah (CEA), Julianne Deitch (CEA), Selamawit Mussie (BAD/CEA), Tsega H. Belai (CEA), Janet Byaruhanga (CUA), Leila Ben Ali (CUA), Abdellaziz Ben Hadj Abdellatif (BAD), Alice Nabalamba (BAD), Mulle Chikoko (BAD), Yechi Bekele (UNDP), Ekaterina Berman (PNUD), Sofiane Kouidhi (PNUD), Deniz Kellocioglu (CEA), Meron Assefa Arega (CEA) et Alassane Drabo (CEA).

Les travaux ont été menés sous l'égide du professeur Emmanuel Nnadozie, Directeur de la Division du développement économique et du NEPAD (CEA), de René N'Guettia Kouassi, Directeur du Département des affaires économiques (CUA), de Charles Leyeka Lufumpa, Directeur du Département de la statistique (BAD) et de Pedro

Conceição, Économiste en chef au Bureau régional pour l'Afrique (PNUD).

Le rapport a été élaboré sous la direction générale de Maxwell Mkwezalamba (Commissaire CUA pour les Affaires économiques), de Jennifer Kargbo (Secrétaire exécutive adjointe, CEA), du professeur Mthuli Ncube (Économiste principal et Vice-président de la BAD) et de Tegegnetwork Gettu, Sous-Secrétaire général des Nations Unies et Directeur du Bureau régional pour l'Afrique (PNUD). Il a été conçu selon les orientations stratégiques générales fournies par Abdoulie Janneh, Secrétaire général adjoint des Nations Unies et Secrétaire exécutif de la CEA, Jean Ping, Président de la CUA, Donald Kaberuka, Président du Groupe de la Banque africaine de développement et Helen Clark, Administrateur du PNUD.

De nombreuses personnes extérieures à l'équipe centrale ont fourni des commentaires utiles à l'élaboration du rapport, notamment : Dimitri Sanga, Thokozile Ruzvidzo Adam Elhiraika (CEA) et Oumou Camara (CUA). D'autres experts y ont également apporté de précieuses contributions, à savoir : Elizabeth Eilor (ECA) sur l'Objectif 3 ; Mady Biaye et Fredrick Mugisha (UNFPA) sur l'Objectif 5 ; Warren Naamara (ONUSIDA) et Juliet Nabyonga (OMS) sur l'Objectif 6 ; Andrew Mold (OCDE) sur l'Objectif 8 ; et Andrew Mundalo Allieu (OIT) sur la protection sociale. Raj Gautam Mitra (CEA) a contribué à étoffer les composantes statistiques. Les données utilisées dans le rapport proviennent principalement de la base de données de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU). Cependant, lorsque celle-ci n'était pas à jour, les données ont été extraites de sources issues d'organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et

de développement économiques (OCDE), l'Union internationale des télécommunications (UTI), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), et la Banque mondiale. Certains travaux préliminaires ont bénéficié de ressources fournies par les partenaires de la CEA, au titre des modalités de financement concertées des partenaires du fonds commun.

Aux différentes étapes du processus d'élaboration, depuis la note conceptuelle jusqu'à la réalisation de l'avant-projet final, l'équipe centrale a engagé de nombreuses consultations en faisant notamment appel à un groupe régional d'experts sur l'Afrique, qui s'est réuni à Kampala, en Ouganda, les 10 et 11 mars 2011, pour discuter de la validation des OMD. Les pays participants à la réunion ad hoc du groupe d'experts ainsi que leurs représentants sont comme suit : **Afrique du Sud** : Christopher Mulaudzi, Hugo Basson, Stan Montsho ; **Algérie** : S.E. l'Ambassadeur Rachid Benlounes ; **Bénin** : Apollinaire Adeyemi Tollegbe, Apko Samuel Romain ; **Botswana** : Tebatso Chalashika ; **Cameroun** : Séverin Tchomthé ; **Congo** : Fred Christian Bokilo, Bassisila Théophile Séraphin ; **Côte d'Ivoire** : Kone Mibanaw Hippolyte ; **Djibouti** : Abdourazak Aden Okieh ; **Égypte** : Ahmed Fahmy Shahin ; **Éthiopie** : Markos Feleke Koira ; **Gabon** : Edwige Nfoure Ella ; **Gambie** : Samba Jallow ; **Ghana** : S.E. l'Ambassadeur Kwesi Quartey, William Okaikoe, Adjei-Fosu Kwaku, Enyan Ernest ; **Guinée** : Balde Saikou Ahmed Tidiane, Charles Yaya Diallo ; **Guinée-Bissau** : Idilio Sousa Condeiro ; **Lesotho** : Lindiwe Maleleka ; **Libéria** : Vita Ishmael Tue ; **Madagascar** : Randrianjanaka Niaina Ravelomanana ; **Malawi** : Victoria Chanaichi Geresomo ; **Mali** : Moriba Doumbia ; **Mauritanie** : Ould Salem Samba ; **Maurice** : Jumoondar

Sunkur ; **Mozambique** : Sergio Sebastiao Hele ; **Namibie** : Jan Johannes Swartz, Sapaloy Tulein-gepo Quita, Esther Ilonga ; **Niger** : Bakoye Saadou, Karimou Bassirou ; **Nigeria** : Muhammad Sani Abdullahi, Lawal Yusuf Aboki ; **Ouganda** : John Male-Mukasa, Grace Gulree, Rutaro Thomas, Lydia Tuhaise ; **République centrafricaine** : Iyo Ghislain Yvon ; **République démocratique du Congo (RDC)** : Godefroid Kabuki Sinziki ; **Sao Tomé-et-Principe** : Fausto Policarpo Abreu das Neves, Hengdos Santos ; **Sénégal** : Nalar Konady Serge Manel, Ousmane Diop ; **Seychelles** : Christian Faure ; **Sierra Leone** : Andrew Kamara ; **Somalie** : Jibril Mohammed Osman ; **Soudan** : S.E. l'Ambassadeur Akuei Bona Malwal, Somaia Omer ; **Swaziland** : David Nkosinathi Kunene ; **Tanzanie** : Elide Mwanri ; **Tchad** : Ahmat Al-hadj Hamida, Mbaïogoum Tinro ; **Togo** : Sodokpo-Afan Mawoussi, Samati Komlan Nouwokpo ; **Tunisie** : Faïçal Masmoudi ; **Zambie** : Linda Nyangu Chonya ; **Zimbabwe** : Hazel Chigwedere, Taizivei Mungate.

Les représentants d'autres institutions étaient également présents à cette réunion : **CUA** : Molalet Tsedke ; **PNUD** : Theophane Nikyema et David Marcos ; **UNFPA** : Mugisha Polly ; **OIT** : Tite Habiyakare, Honoré Toro Djerma, Theo Spaarboom ; **Salvator Matata** et **Anthony Jude Walakira** ; **EU** : Elizabeth Ongom.

Une version abrégée de ce rapport a été présentée au Comité d'experts de la quatrième réunion annuelle conjointe de la Conférence des ministres de l'économie et des finances de l'Union africaine et de la Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique de la CEA, organisée en mars 2011 à Addis-Abeba. La présente version finale a été enrichie par les remarques formulées à cette occasion.

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine	DDEN	Division du développement économique et du NEPAD
AI	Assurance invalidité	DFID	Ministère du Développement international (Royaume-Uni)
ANEM	Agence nationale de l'emploi (Algérie)	DIU	Dispositif intra-utérin
AOA	Afrique orientale et australe	Dollar USD	Dollar des États-Unis
APD	Aide publique au développement	DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe
APE	Accord de partenariat économique	DSNU	Division de statistique des Nations Unies
AS	Assurance sociale	EDS	Enquête démographique et de santé
BAD	Banque africaine de développement	EPRI	Economic Policy Research Institute (South Africa)
CAD	Comité d'aide au développement	FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
CAE	Communauté d'Afrique de l'Est	FHCI	Free Health Care Initiative (Sierra Leone)
CAO	Cadre d'accélération de la réalisation des OMD	FISP	Farm Input Subsidy Program
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique	FMI	Fonds monétaire international
CBHI	Assurance sociale à base communautaire	HAART	Traitement antiviral hautement actif
CDB	Convention sur la diversité biologique	HIV	Virus d'immunodéficience humaine
CDIAC	Carbon Dioxide Information Analysis Center	IDH	Indice du développement humain
CEA	Commission économique pour l'Afrique	IFM	Indice de la faim dans le monde
CEEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest	IPS	Indice de parité des sexes
CEI	Communauté des États indépendants	FASJ	Facilité africaine de soutien juridique
CFC	Chlorofluorocarbones	FIDA	Fonds international de développement agricole
COPE	Care of the People (Nigeria)	FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
CSG	Child Support Grant	IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
CUA	Commission de l'Union africaine		

IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement	PIB	Produit intérieur brut
IGME	Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant	PMA	Pays les moins avancés
LEAP	Livelihood Empowerment Against Poverty program (Ghana)	PMASA	Programme mondial pour l'agriculture et la sécurité alimentaire
MMI	Moustiquaires imprégnées d'insecticide	PMTCT	Prévention de la transmission mère-enfant
MPS	Initiative pour une grossesse à moindre risque	PNB	Produit national brut
NEPAD	ouveau partenariat pour le développement de l'Afrique	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	PNUD-BRA	Programme des NU pour le développement - Bureau régional pour l'Afrique
ODI	Overseas Development Institute (Royaume-Uni)	PPA	Parité du pouvoir d'achat
OEV	Orphelins et enfants vulnérables	PPTTE	Pays pauvres très endettés
OIT	Organisation internationale du travail	PSA	Programme de sécurité alimentaire
OMC	Organisation mondiale du commerce	PSNP	Productivity Safety Net Program (Éthiopie)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement	RCA	République centrafricaine
OMS	Organisation mondiale de la santé	RDC	République démocratique du Congo
ONU	Organisation des Nations Unies	RED	Rapport européen sur le développement
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida	RSA	République sud-africaine
PACO	Potentiel d'appauvrissement de la couche d'ozone	SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
PAM	Programme alimentaire mondial	SAO	Substance appauvrissant la couche d'ozone
PDDAA	Programme détaillé de développement de l'agriculture africaine	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida	SOAP	State Old Age Pension
PFRDC	Pays à faible revenu et à déficit vivrier	SPS	Socle de protection sociale
		TAR	Thérapie antirétrovirale, Traitement antirétroviral
		TB	Tuberculose
		TIC	Technologie de l'information et de la communication
		TMI	Taux de mortalité infantile
		TMM	Taux de mortalité maternelle

TPC	Taux de prévalence de la contraception
U5MR	Taux de mortalité des moins de cinq ans
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UICN	Union internationale pour la conservation de la nature
UIT	Union internationale des télécommunications
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

SECTION I :

Introduction

Lors du Sommet de haut niveau des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) organisé à New York en septembre 2010, la communauté internationale a réaffirmé son engagement à l'égard des OMD¹, reconnu les progrès y afférents accomplis jusqu'alors, et considéré que la réalisation des OMD sur le plan mondial était encore possible avant la date butoir de 2015, à condition que les partenariats internationaux soient renforcés, les liens de collaboration entre les autorités nationales et les partenaires du développement resserrés, et le processus guidé par une volonté politique ferme au niveau national.

À l'instar de ses éditions précédentes, le présent rapport annuel s'appuie sur la base de données de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU)², qui constitue le référentiel officiel des données permettant d'évaluer les avancées au niveau des OMD. La DSNU assure l'harmonisation des données en appliquant des normes et des définitions identiques aux données nationales afin de garantir la comparabilité entre pays. L'inconvénient majeur de cette démarche est qu'elle allonge ostensiblement le délai entre la publication des données nationales et la parution des mises à jour internationales. C'est ainsi que les données les plus récentes ayant servi à préparer le présent rapport

remontent à 2009. Comme dans le cas des éditions des années précédentes, les agences spécialisées des Nations Unies, et notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds international de développement agricole (FIDA), ont été largement sollicitées pour la fourniture des données sources manquantes. En outre, le présent document fait appel aux rapports nationaux sur les OMD de dix pays africains³ afin de compléter les analyses fondées sur les données de la DSNU et d'autres sources et observations internationales fiables qui servent à documenter les politiques pertinentes menées en vue d'atteindre les OMD, ainsi que les leçons qui en ont été tirées.

Il ressort de l'évaluation générale des progrès accomplis en Afrique sur le front des OMD qu'en dépit des avancées positives dans l'ensemble, les résultats restent mitigés, selon l'indicateur utilisé et le pays concerné, tant et si bien que le rythme global de la progression ne suffira pas à garantir la réalisation des OMD avant la date cible de 2015.

En effet, les récents progrès en faveur des OMD ont été réalisés en toile de fond d'une forte hausse des prix des denrées alimentaires, d'une flambée des cours du pétrole et d'une crise financière mondiale sans précédent. Cette situation a inévitablement eu un impact négatif sur un large

1 La liste officielle des OMD et des cibles et indicateurs qui y sont associés figure à l'Annexe 1 du présent rapport.

2 Toutes les données de la DSNU utilisées dans ce rapport sont disponibles sur : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>.

3 Afrique du Sud, Algérie, Égypte, Éthiopie, Lesotho, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Sierra Leone et Togo.

éventail d'indicateurs relatifs aux OMD, dont la gravité varie en fonction de l'étendue des capacités nationales permettant de concevoir et de mettre en œuvre des contre-mesures efficaces pour y faire face. Malgré les prémisses, certes modestes, d'une reprise mondiale, ces crises sont loin d'être terminées et continuent d'exercer des effets négatifs à retardement sur les indicateurs associés aux OMD. De plus, la relance reste fragile dans les pays développés, notamment en Europe, où nombre d'économies, à l'instar de la Grèce, sont désormais confrontées à de graves difficultés budgétaires qui nécessitent un assainissement de leurs finances publiques. Ces revers vont inévitablement freiner les perspectives de croissance en Afrique du fait qu'ils rendent plus problématique l'accès à l'aide publique au développement (APD). En réalité, les prix des denrées alimentaires n'ont cessé d'augmenter depuis 2008, atteignant des niveaux bien supérieurs à ce qu'il en était avant la crise. Cette hausse s'est faite au détriment des groupes à faible revenu dont la vulnérabilité a été aggravée par la baisse vertigineuse de leurs revenus réels. Quant au redoutable défi que constitue le changement climatique, il menace sérieusement la production agricole, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance à l'échelle du continent, comme le démontrent les récentes inondations en Afrique australe et occidentale et la sécheresse persistante dans la Corne de l'Afrique.

Pour relever ces défis émergents en matière de développement, l'Afrique a besoin de ressources plus prévisibles et plus régulières. Malheureusement, les perspectives d'un accroissement du volume de l'aide publique au développement ne sont guère encourageantes, surtout au vu des déséquilibres budgétaires croissants dans les pays développés. De fait, les engagements des partenaires au titre

de l'aide publique au développement sont encore loin de l'objectif de 0,7 pour cent du PIB, et rien ne laisse présager un changement significatif de cette situation à court ou moyen terme.

Malgré l'ampleur de ces crises, les pays africains sont généralement parvenus, au cours des dernières années, à progresser régulièrement sur la voie de l'instauration de l'éducation primaire universelle et l'autonomisation des femmes. Ces résultats ont été particulièrement perceptibles au niveau de l'accroissement du ratio d'inscription des filles par rapport aux garçons à l'école primaire. D'importants progrès ont également été accomplis sur le plan de la lutte contre le VIH/sida, grâce à l'adoption de mesures telles que les campagnes de sensibilisation visant à modifier les comportements ou promouvoir le recours aux thérapies antirétrovirales (TAR), qui ont fait baisser le nombre de nouveaux cas de contamination et de décès dus au sida. Cependant, plusieurs autres cibles liées au VIH/sida n'ont toujours pas été atteintes et certains pays accusent même un recul dans ce domaine. En ce qui concerne les indicateurs de santé, les progrès se sont avérés insuffisants, de manière générale. En dépit des avancées remarquables observées dans quelques pays, le continent dans son ensemble marque le pas en matière de santé maternelle et infantile par rapport aux autres régions du monde. Les efforts déployés pour éradiquer le paludisme et la tuberculose ont abouti à des succès limités en raison de l'insuffisance des infrastructures de soins de santé primaires, du manque de qualification du personnel médical et des difficultés d'accès aux médicaments abordables.

La progression globale de l'Afrique sur la voie de la réalisation des OMD masque de fortes disparités

entre les divers groupes sociaux et les différentes régions. On constate en particulier que les gains obtenus au niveau de l'ensemble des indicateurs sont faussés car ils ne concernent que les couches les plus aisées et les populations urbaines. Les inégalités d'accès aux services publics (éducation, santé, eau et assainissement) aggravent d'autant plus la marginalisation des groupes exclus de la société. Cet état de choses a été reconnu dans le Document final de la Réunion de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, qui préconise de s'atteler aux inégalités comme un moyen efficace pour garantir que les progrès soient étendus à l'ensemble des segments de la population. Le document propose des interventions spécifiques, telles que des programmes de protection sociale, afin de créer des conditions équitables pour tous, assurer la disponibilité, la continuité et l'accessibilité des services publics, et accélérer les progrès en vue de la réalisation des OMD.

Reconnaissant l'importance de lutter contre la vulnérabilité et l'inégalité, le présent rapport examine, en sa Section III, les programmes de protection sociale en Afrique d'un point de vue thématique et analyse, en termes d'efficacité et de contribution à la réalisation des OMD, différents exemples de programmes mis en œuvre dans un groupe de pays africains choisis. Cette évaluation permet de tirer de nouveaux enseignements et offre des opportunités innovantes d'apprentissage par les pairs et de partage des connaissances sur les programmes de ce type, dans le contexte des OMD.

L'emploi productif reste une voie privilégiée pour sortir de la pauvreté et résoudre les problèmes d'inégalité. La croissance économique est un moyen crucial pour accroître les opportunités d'emploi en Afrique et y relever les revenus. Le

rapport entre population active et population totale est statique à l'échelle du continent. Outre le fait qu'il renforce le secteur vulnérable de l'économie informelle, le chômage est source d'instabilité politique, comme en témoignent les récents événements en Tunisie et en Égypte. Une croissance économique relativement forte doit se traduire par des créations d'emplois durables afin de réduire la pauvreté absolue et de favoriser l'inclusion sociale. Il appartient aux pays africains de promouvoir l'esprit d'entreprise à travers l'ensemble des régions et des secteurs d'activité, et de mettre en place des politiques judicieuses, susceptibles d'encourager la création d'entreprises afin d'ouvrir la voie à une croissance forte, partagée et durable. L'Afrique peut accéder à une telle croissance, à condition toutefois de procéder aux transformations structurelles nécessaires, dictées par une orientation axée sur le développement et appuyées par un secteur privé vibrant, un esprit d'entreprise productif et une économie diversifiée. La politique industrielle peut jouer un rôle important en vue d'encourager l'entrepreneuriat et de dissiper les obstacles à la croissance dans les secteurs prometteurs, générant ainsi des emplois à travers le continent. La réussite dans ce domaine dépend d'un certain nombre de facteurs structurels, notamment de la capacité à remédier à l'insuffisance en termes d'infrastructure, par exemple, en facilitant l'accès aux sources d'électricité fiables, aux réseaux routiers praticables, à la connectivité via la technologie de l'information et de la communication (TIC), et en offrant un meilleur accès à l'eau et à l'assainissement. Le succès d'une telle démarche repose aussi sur le renforcement durable des liens entre l'agriculture et les secteurs industriels.

En tout état de cause, les preuves présentées dans le présent rapport laissent à penser qu'il est

tout à fait possible de redoubler d'efforts en vue d'accélérer la réalisation des OMD à l'échelle du continent. L'argument clé qui plaide en faveur de cette affirmation tient au fait que la récente crise financière n'a nullement affaibli la volonté politique d'appuyer les avancées sur le front des OMD. Les pays d'Afrique et leurs partenaires du développement restent totalement engagés à cet égard. Cependant, l'aptitude des gouvernements à mener une politique budgétaire stable tout en appliquant des mesures de relance destinées à protéger les ménages des impacts de la crise financière constitue une préoccupation majeure. On peut également s'inquiéter des conséquences de la crise sur les mouvements de ressources consenties à des conditions préférentielles et sur les échanges

mondiaux. Aussi faut-il s'attendre à ce que le rééquilibrage budgétaire dans les pays développés ait des répercussions négatives sur les exportations de matières premières et les flux d'aide aux pays en développement.

Ce rapport est structuré de la manière suivante : la présente introduction est suivie par la Section II, qui évalue les progrès accomplis au niveau des huit OMD. La Section III examine ensuite les programmes de protection sociale mis en place dans un certain nombre de pays africains sélectionnés à la lumière de leur incidence sur la réalisation des OMD. Enfin, la Section IV conclut le rapport en préconisant des recommandations sur la voie à suivre pour aller de l'avant.

SECTION II :

Suivi des progrès

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 1,25 dollar USD par jour⁴

La pauvreté extrême est en net recul depuis plusieurs années, même dans les pays à faible revenu, en dépit d'une croissance démographique importante. Dans l'ensemble des pays en développement, la proportion des personnes vivant avec moins de 1,25 dollar USD par jour a chuté de 42 pour cent en 1990 à 25 pour cent en 2005. Une telle amélioration s'explique par la croissance économique soutenue de la plupart des pays en développement et par les progrès notables obtenus en matière de réduction de la pauvreté dans des pays à forte population tels que la Chine, l'Inde ou l'Indonésie. Si cette tendance se confirme, les pays en développement parviendront vraisemblablement à atteindre, d'ici 2015, le taux cible de 21 pour cent de la population vivant avec moins de 1,25 dollar USD par jour.

Durant ces dix dernières années, l'Afrique a indéniablement contribué à la croissance économique mondiale, mais cette performance ne s'est pas traduite par une réduction significative de la pauvreté parmi les populations du continent. En effet,

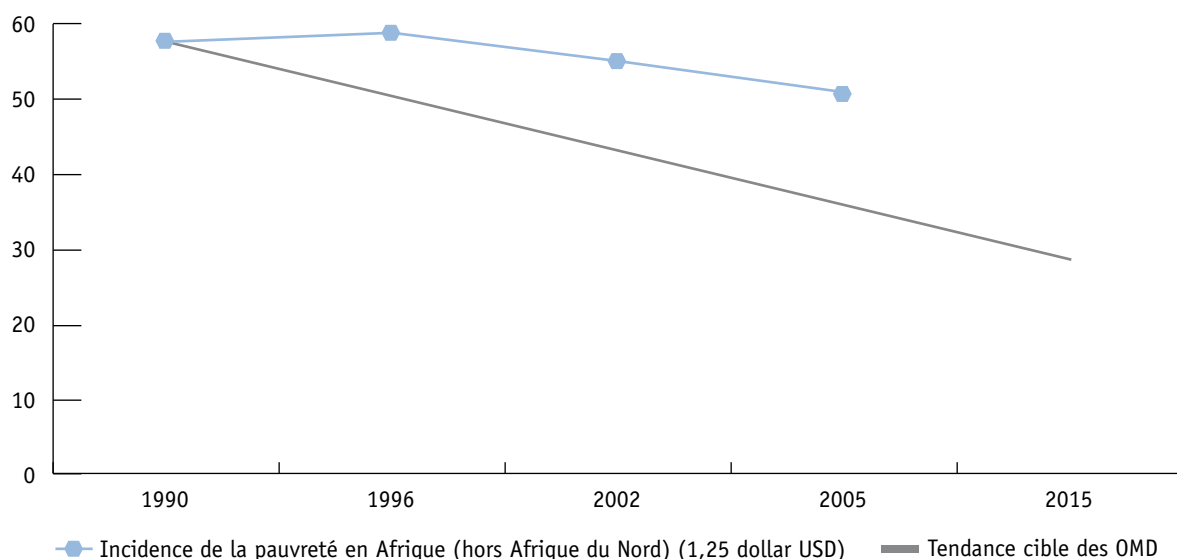
⁴ Le taux de pauvreté représente la proportion de la population vivant avec moins de 1,25 dollar USD par jour, mesuré en prix internationaux 2005 et en parité du pouvoir d'achat (PPA).

si l'on excepte l'Afrique du Nord, la proportion des africains vivant avec moins de 1,25 dollar USD par jour n'a baissé que de manière marginale, en passant de 58 pour cent en 1990 à 51 pour cent en 2005⁵. Ce pourcentage est toutefois très inférieur à la cible de 29 pour cent à atteindre en 2015 (*Figure 1*). En outre, en raison des effets cumulés de la crise alimentaire, de la crise du pétrole et de la crise financière entre 2006 et 2008, un recul a été enregistré par rapport aux gains si chèrement acquis pendant la décennie précédente sur le plan de la réduction de la pauvreté absolue⁶. Nonobstant ce revers, dans les années 1998 à 2008, un certain nombre de pays africains, tels que le Cameroun, l'Éthiopie, la Gambie, le Ghana, le Sénégal

⁵ Il importe de rappeler que la réduction de la pauvreté en Afrique avant la crise financière mondiale faisait l'objet d'une certaine controverse. Par exemple, Pinkovskiy et Sala-i-Martin (2010) soutiennent que la pauvreté a régressé plus rapidement que prévu grâce à l'effet de distribution de la croissance économique rapide dans la région, ce qui pourrait conduire à la réalisation de l'objectif concerné avant 2015. Cependant Chen et Ravallion (2008) parviennent à la conclusion que la pauvreté en Afrique ne baisse pas suffisamment vite pour compenser la forte croissance démographique du continent. Wodon (2007) reconnaît le rôle de la croissance économique dans la réduction de la pauvreté mais considère que l'évolution des inégalités limite les gains que les pauvres peuvent escompter de la croissance dans plusieurs pays d'Afrique. La Banque mondiale et le FMI (2010) expliquent également que les conditions initiales prévalant en Afrique font qu'il est difficile pour la croissance d'y conduire à une réduction rapide de la pauvreté, et précisent que le rythme du progrès est inversement proportionnel aux conditions initiales.

⁶ D'après les projections de l'IFAD (2010), la proportion des africains (hors Afrique du Nord) vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 52,5 pour cent en 2008.

Figure 1: Tendance à la baisse de la pauvreté en Afrique (hors Afrique du Nord) par comparaison à la tendance cible de 2015 (%)



Source : données compilées à partir des données disponibles sur : <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povDuplic.html>.

et le Maroc sont parvenus à inverser la tendance en progressant sur la voie de l'atténuation de la pauvreté⁷ (Figure 2).

Le suivi des progrès en matière de réduction de la pauvreté en Afrique se heurte à l'absence de données provenant d'enquêtes statistiques détaillées et fiables, effectuées à des intervalles réguliers. Même lorsque des enquêtes de qualité sont menées, les retards intervenant dans la publication des résultats nuisent au suivi de la pauvreté sur le continent. De telles lacunes sont particulièrement criantes en Afrique (hors Afrique du Nord), dont près de

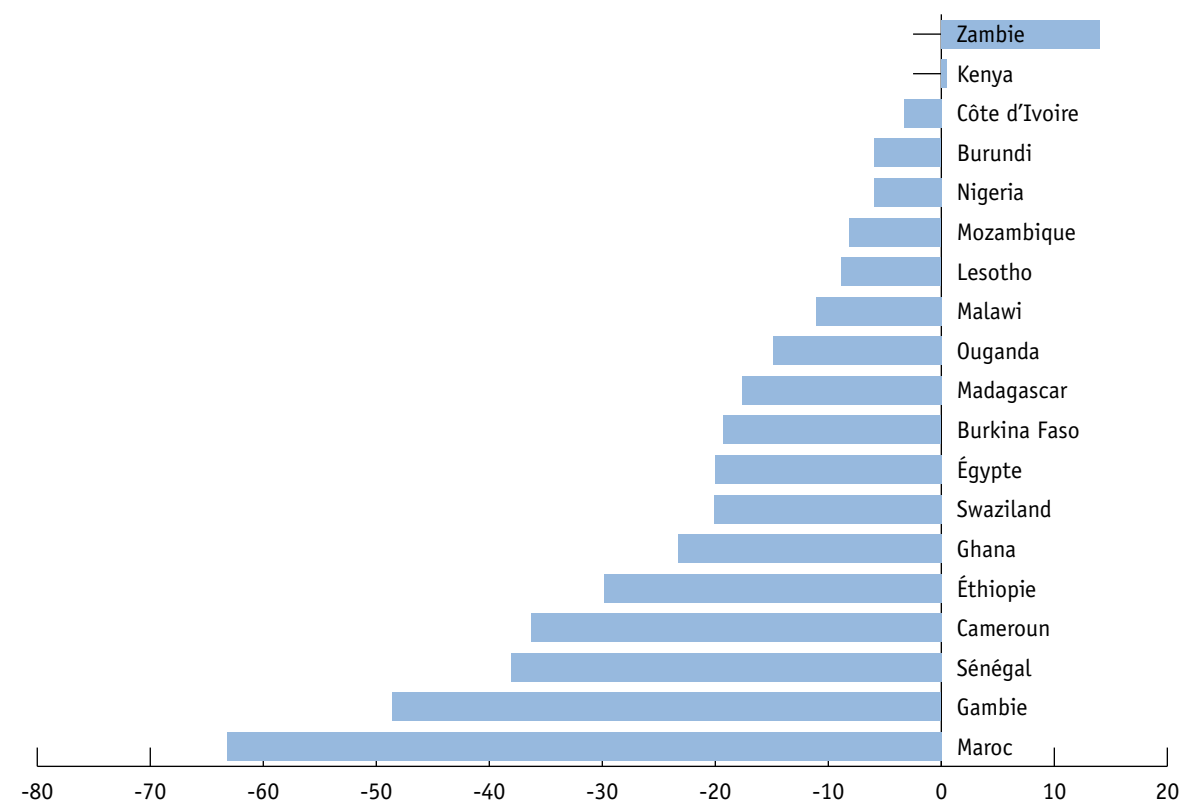
la moitié des pays ne disposent pas de données suffisantes pour procéder à des comparaisons diachroniques. Pour que la prise de décision soit fondée sur des faits, il faut que les gouvernements, le secteur privé et les partenaires du développement accordent une attention accrue aux enquêtes d'opinion des ménages à la faveur d'une meilleure allocation des ressources et d'un renforcement des capacités. Il convient aussi de réfléchir sérieusement à la nécessité de combler l'écart entre les statistiques nationales et internationales.

L'écart de pauvreté demeure élevé en Afrique

Ce taux mesure le manque à gagner des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. Fixé à 1,25 dollar USD par jour, le seuil de pauvreté international représente un niveau de revenu type dans les pays très pauvres. Il n'en demeure pas moins que d'innombrables personnes subsistent avec moins

⁷ Par comparaison aux statistiques internationales, les rapports de plusieurs pays font également état de progrès appréciables en matière de réduction de la pauvreté. Par exemple, les statistiques officielles de l'Algérie signalent une chute appréciable de la pauvreté, qui est passée dans ce pays de 14,1 pour cent en 1995, à 5 pour cent en 2008.

Figure 2 : Évolution du pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (1,25 dollar USD par jour) entre 1998 et 2008



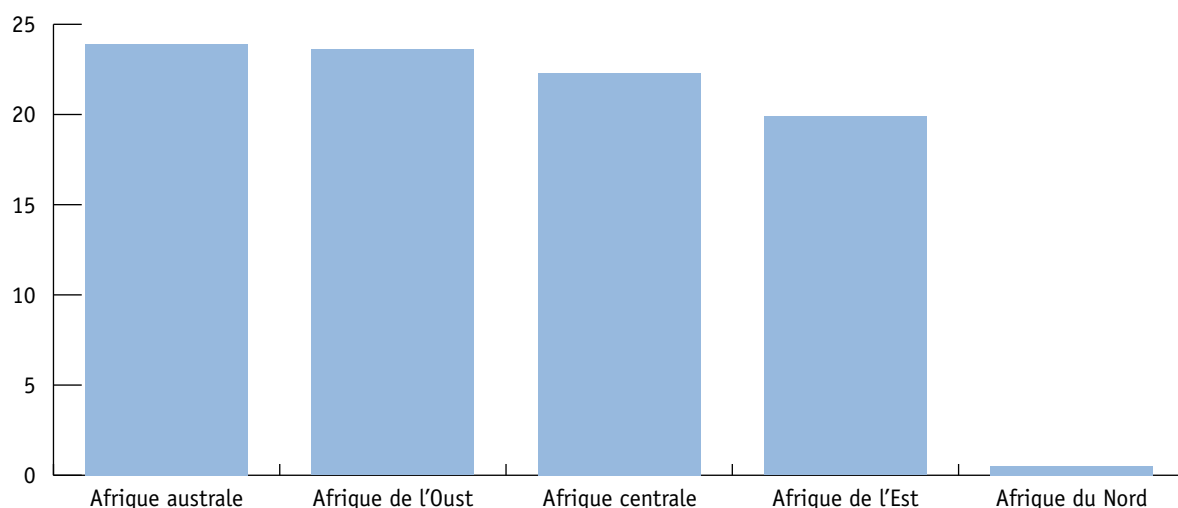
Source : données compilées à partir des données du FIDA (2010, pp. 245–252).

que cela. La croissance économique et les améliorations apportées à la distribution des revenus ou de la consommation sont susceptibles de réduire le taux d'écart de pauvreté. En Afrique du Nord, l'écart de pauvreté est resté stationnaire, à 1 pour cent, entre 1990 et 2005, tandis que dans le reste de l'Afrique, il a enregistré une amélioration, avec une baisse de 26 à 21 pour cent durant la même période. Les variations sous-régionales en matière d'écart de pauvreté sont élevées (*Figure 3*). Ces données indiquent le pourcentage des populations vivant en deçà du seuil de 1,25 dollar USD par jour. Elles révèlent ainsi l'étendue de l'existence

de groupes vulnérables dont la présence nécessite des politiques d'intervention spécifiques. Pour améliorer ce taux, il convient de stimuler la croissance et la productivité dans les secteurs où les pauvres sont les plus actifs (comme par exemple l'agriculture et les activités du secteur informel).

La proportion des « travailleurs pauvres » reste un défi majeur

Les « travailleurs pauvres » sont des employés qui vivent dans des ménages dont les membres individuels subsistent avec moins de 1,25 dollar USD par jour. La plupart d'entre eux ne bénéficient

Figure 3 : Taux d'écart de pauvreté par sous-région africaine, 2008 (%)

Source : données compilées à partir des données du FIDA (2010).

d'aucune protection sociale ni d'aucun filet de sécurité pour se prémunir contre le ralentissement de l'activité économique. Ils ne parviennent souvent pas à épargner pour faire face aux périodes difficiles. Comme les emplois vulnérables relèvent en général de tâches à faible productivité, et comme la crise financière mondiale a fait baisser la productivité individuelle⁸, le nombre des travailleurs pauvres a vraisemblablement augmenté ces dernières années et les projections indiquent que cette tendance devrait se confirmer (ONU, 2010). D'après les données disponibles, la proportion de la population active en Afrique (hors Afrique du Nord) gagnant moins de 1,25 dollar

USD par jour était en 1998 de 67 pour cent. Elle s'était améliorée, passant à 58 pour cent en 2008 pour reculer à nouveau à 64 pour cent en 2009. Cette évolution contraste vivement avec les améliorations plus prononcées dans les autres régions durant la même période (diminution de 67 pour cent à 11 pour cent en Asie de l'Est et de 22 pour cent à 14 pour cent en Afrique du Nord) (OIT, 2010b).

Persistance du clivage rural-urbain dans la prévalence de la pauvreté

D'après le *Rapport sur la pauvreté rurale 2011* (FIDA, 2010), la pauvreté en milieu rural est toujours très élevée en Afrique (hors Afrique du Nord). Bien qu'elle ait quelque peu décliné, passant de 64,9 pour cent en 1998 à 61,6 pour cent en 2008, ce chiffre correspond presque au double de la moyenne de 34,2 pour cent établie pour l'ensemble des pays en développement (FIDA, 2010). L'Afrique (hors Afrique du Nord) est certes

8 La productivité individuelle a baissé dans presque toutes les régions du monde pendant la récente crise financière, sauf en Asie du Sud, en Asie de l'Est et en Afrique du Nord, qui ont été relativement épargnées. La productivité individuelle a été touchée de plein fouet en Amérique latine et aux Caraïbes, dans le Sud-Est de l'Europe (hors UE) et la CEI, au Moyen-Orient et en Afrique (hors Afrique du Nord), où elle est enregistrée une croissance négative de 2007 à 2009 (OIT, 2011).

parvenue à réduire son taux de pauvreté rurale de 5,1 pour cent entre 1998 et 2008, mais les pays en développement dans les autres régions du monde ont enregistré de bien meilleurs résultats en la matière. L'Amérique latine et les Caraïbes ont ainsi réduit leur taux de pauvreté rurale de 68,8 pour cent, l'Asie du Sud-Est de 51,4 pour cent et la région Moyen-Orient/Afrique du Nord de 45,5 pour cent.

Ces régions sont parvenues à traiter les causes premières de la pauvreté rurale, notamment l'insuffisance des ressources, les opportunités économiques limitées (dont le manque d'accès aux marchés et les mauvaises récoltes), le faible niveau d'éducation, et les désavantages associés aux inégalités sociales et économiques. Le développement rural, la croissance verte et des systèmes de santé efficaces ont favorisé une sortie rapide de la pauvreté rurale dans d'autres régions en développement. Il est crucial de remédier à ce problème en Afrique pour réduire les inégalités entre les régions. Cela exige des gouvernements qu'ils facilitent l'accès individuel et collectif aux actifs corporels tels que la terre, les habitations, les crédits et les intrants nécessaires à l'activité professionnelle. Il appartient également aux gouvernements de développer les capacités des populations rurales en leur offrant de meilleures opportunités pour accéder à l'éducation, à l'information, au débat social et aux prises de décision. Ces initiatives pourront être complétées par les mesures suivantes : création d'emplois locaux, notamment dans les secteurs non agricoles ; assistance des populations rurales pour les aider à mieux gérer les risques rencontrés ; investissements dans les infrastructures rurales, notamment en matière d'énergie, d'eau, d'assainissement et de transports. Il convient

également d'améliorer la gouvernance tant au niveau national que local.

La crise financière mondiale et son impact sur la réduction de la pauvreté

En dépit des projections de croissance prometteuses établies pour le continent, la crise financière mondiale risque d'avoir des séquelles dont les impacts seront sans doute décisifs pour la réalisation de l'OMD 1, d'ici 2015 et au-delà. Alors que le reste du monde est en bonne voie de réduire de moitié sa population à faible revenu, cet objectif demeure un grand défi pour l'Afrique (hors Afrique du Nord). Avant la crise, le taux de pauvreté projeté était estimé à 35,9 pour cent pour 2015, mais il a été depuis revu à la baisse à 38 pour cent. Cela signifie que 20 millions de personnes de plus vivront dans la pauvreté en 2015. Cependant, si le scénario d'une faible croissance venait à se vérifier⁹, ce chiffre ferait plus que doubler pendant la même période, pour atteindre 55 millions de personnes¹⁰ (Figure 4). De fait, d'après les estimations révisées de la Banque mondiale, la crise aurait plongé dans la pauvreté extrême 50 millions de personnes supplémentaires en 2009 et 14 millions d'autres en 2010. Les populations les plus touchées vivaient principalement en Afrique (hors Afrique du Nord) et en Asie de l'Est et du Sud-Est.

9 Le scénario de faible croissance suppose une absence ou quasi-absence de croissance pendant cinq ans environ, suivie d'une lente reprise (Banque mondiale et FMI, 2010).

10 Ibid.

Figure 4 : Impact projeté de la crise économique sur la réduction de la pauvreté en Afrique (hors Afrique du Nord), 2005-2020



Source : données compilées à partir des données de la Banque mondiale et du FMI (2010).

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

Indicateur 1.4 : Taux de croissance du PIB par personne occupée

Un indicateur important pour la mesure des changements dans la qualité de l'emploi est celui de la productivité individuelle¹¹. Pour améliorer les niveaux de vie et réduire durablement la pauvreté, il faudra obligatoirement passer par une amélioration de la productivité individuelle. À l'instar de ce qui s'est passé dans de nombreuses autres régions en développement, la production par travailleur

en Afrique, qui avait augmenté depuis 2002, a accusé une baisse sensible en 2009 en raison de la crise économique mondiale (Figure 5). Alors que la croissance de la productivité individuelle est restée positive en Afrique du Nord, sa progression annuelle a néanmoins chuté de 2,9 pour cent en 2007 à 1,6 pour cent en 2009. Le déclin a été beaucoup plus prononcé dans d'autres sous-régions de l'Afrique, passant de 3,5 pour cent à -1,2 pour cent sur la même période. Le ralentissement du taux d'accumulation du capital et la faiblesse du taux de croissance de la productivité totale des facteurs¹² expliquent peut-être la forte baisse de la productivité individuelle. De manière générale, la production par travailleur en Afrique (hors Afrique

11 La productivité individuelle est égale à la production par unité de travail.

12 Les gains de productivité résultent d'un usage plus efficace du capital et de la main-d'œuvre ainsi que des avancées technologiques.

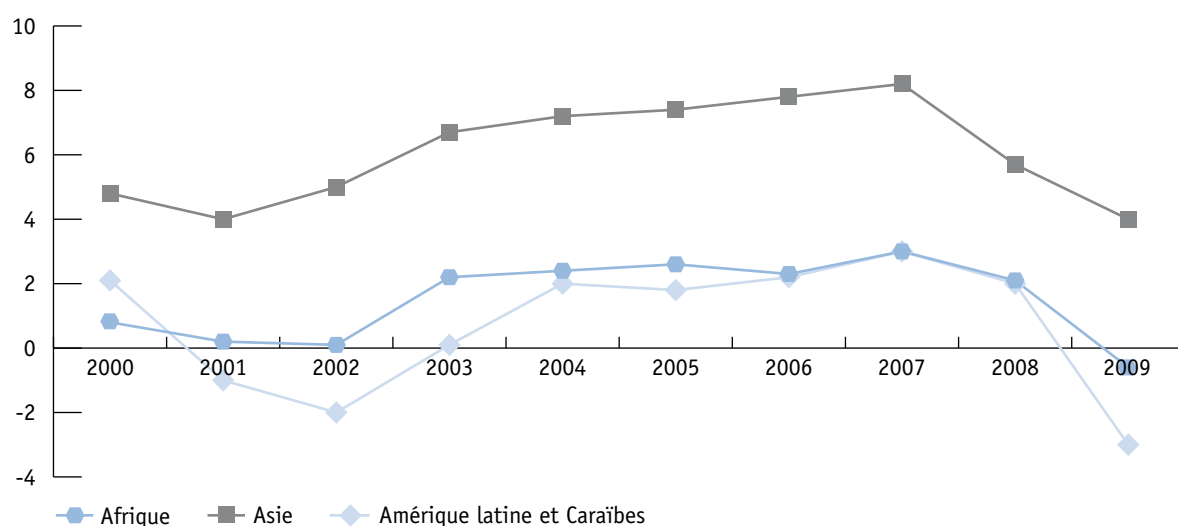
du Nord) est nettement plus faible que celle des autres régions. À titre de comparaison, la productivité par travailleur en 2009 dans différentes régions du monde a été estimée comme suit : 5 141 dollars USD pour l'Afrique (hors Afrique du Nord) ; 16 236 dollars USD pour l'Afrique du Nord ; 12 383 dollars USD pour l'Asie de l'Est, 22 252 dollars USD pour l'Amérique latine et les Caraïbes et 70 946 dollars USD pour les pays développés et l'Union européenne (OIT, 2011).

Les moyennes sous-régionales masquent de fortes variations dans la productivité, mesurée par le ratio PIB/habitant, d'un pays africain à l'autre. Dans les pays africains pour lesquels des données comparables sont disponibles, la croissance moyenne du PIB par habitant a été de 55,8 pour cent entre 1990 et 2009. Durant ces dix années, la croissance était positive dans trente-sept pays et négative dans quatorze autres. Deux pays producteurs de

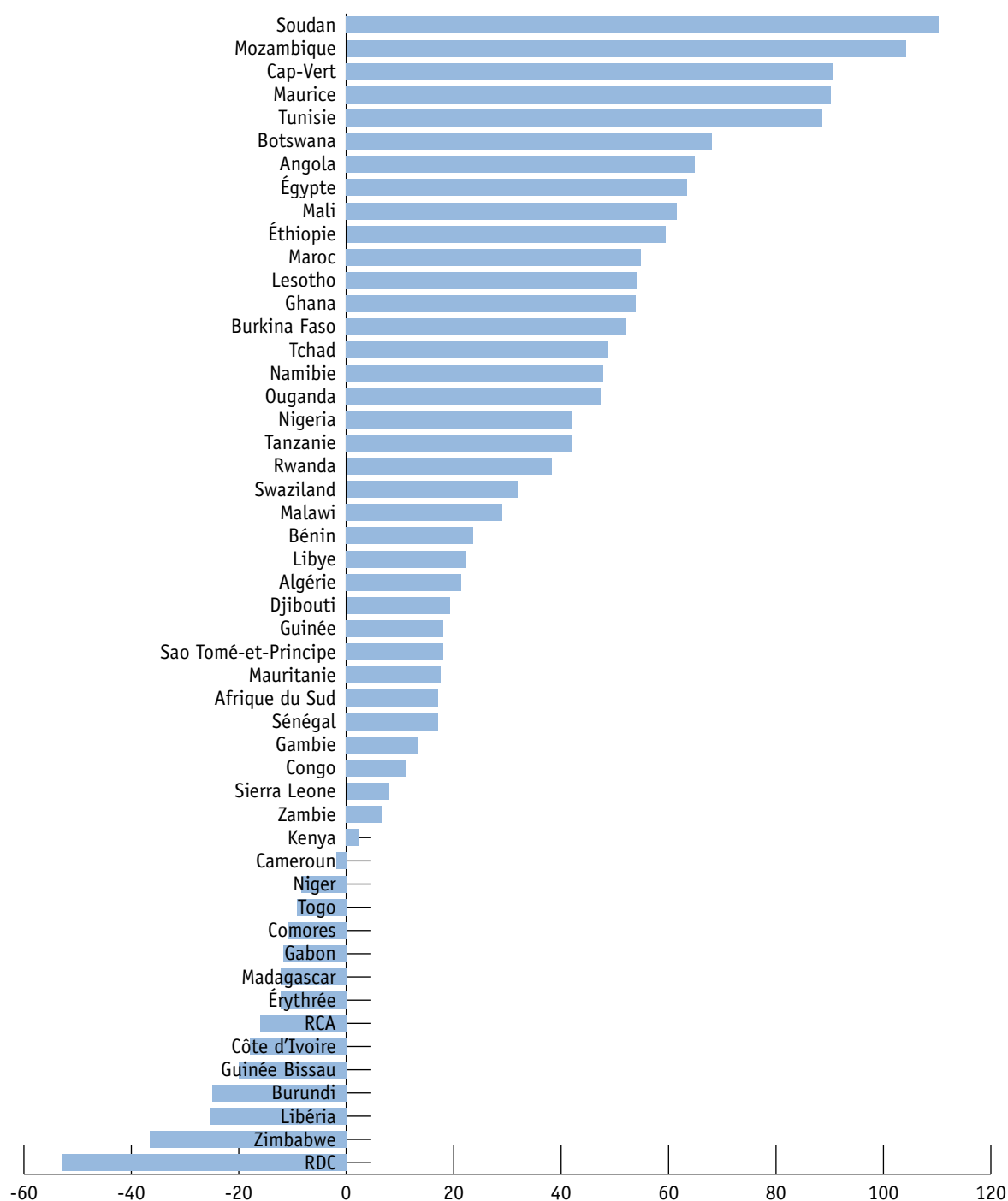
pétrole (Guinée équatoriale et Soudan) ont été les plus performants, devant le Mozambique, le Cap-Vert, Maurice et la Tunisie.

Le fait que la Guinée équatoriale dispose d'importantes installations pétrolières en mer et d'une infrastructure pétrochimique explique l'accroissement massif de sa productivité. Dans d'autres pays, c'est l'usage plus efficace du capital et de la main-d'œuvre, ainsi que les progrès technologiques, qui justifient les gains de performance. Les pays les moins performants en matière de progression du PIB par habitant de 1990 à 2009 ont été la RDC, le Zimbabwe, le Libéria, le Burundi et la Côte d'Ivoire (*Figure 6*). La plupart des pays dont la productivité a régressé sont en situation de post-conflit. Les conflits entraînent souvent la destruction totale des infrastructures, ce qui compromet l'usage efficace des facteurs de production (dont la main-d'œuvre et le capital). Les ressources

Figure 5 : Croissance de la productivité individuelle en Afrique et d'autres régions en développement, 2000-2009

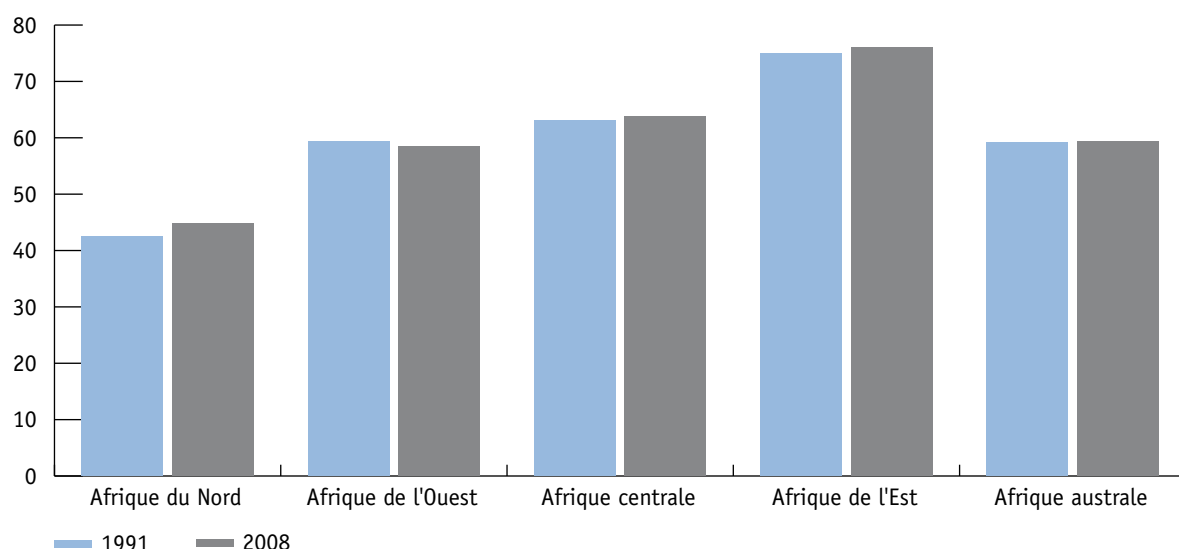


Source : données compilées à partir des données de l'OIT (2010c).

Figure 6 : Évolution du PIB par habitant, 1990-2009

Source : données compilées à partir des données disponibles sur : <http://hdrstats.undp.org/fr/indicateurs/62006.html>

Note : aucune donnée n'était disponible pour les Seychelles et la Somalie, et les données de la Guinée équatoriale ont été exclues en raison de leur impact sur le graphique. Les données relatives à l'Érythrée et la Libye remontaient à 2000, tandis que celles de Sao Tomé-et-Principe dataient de 2005. La moyenne africaine exclut la Guinée équatoriale, les Seychelles et la Somalie.

Figure 7 : Ratio emploi/population par sous-région africaine, 1991 et 2008 (%)

Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Note : aucune donnée disponible pour Djibouti, la Mauritanie, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles.

susceptibles d'être affectées à l'accumulation du capital sont au contraire consacrées à des efforts de soutien humanitaire et de cohésion sociale. La résurgence des conflits et la propagation de l'instabilité politique en Afrique du Nord pourraient affecter encore davantage la productivité globale du continent.

Indicateur 1.5 : Ratio emploi/population

Création d'emplois

Le ratio emploi/population¹³, qui fournit un instantané du nombre d'emplois créés dans une économie, a augmenté d'environ 0,5 pour cent de 1991 à 2008 à l'échelle du continent. L'amélioration la plus importante durant cette période

a été enregistrée en Afrique du Nord, alors que l'Afrique de l'Ouest a accusé un léger recul. Par rapport à l'ensemble des sous-régions, c'est en Afrique de l'Est que le ratio emploi/population est le plus élevé, et en Afrique du Nord qu'il est le plus bas (*Figure 7*). Cela pourrait s'expliquer par la faible participation des femmes et des jeunes à la force active en Afrique du Nord, et par le chômage élevé qui y sévit¹⁴. Ce mélange puissant de facteurs de déstabilisation a certainement été l'un des éléments qui ont déclenché l'instabilité sociale et politique qui a récemment émaillé la sous-région.

En Afrique de l'Ouest, la part importante des industries extractives à forte intensité de capital dans la

¹³ Le ratio emploi/population est défini comme la proportion de la population d'un pays en âge de travailler, c'est-à-dire les individus âgés de plus de 15 ans occupant un emploi.

¹⁴ Voir l'OIT (2010a) pour plus de précisions sur la situation de l'emploi en Afrique du Nord.

production nationale ainsi que la prévalence des conflits dans plusieurs pays de cette sous-région y ont entraîné un recul du ratio emploi/population. En revanche, la stabilité sociale relative de l'Afrique de l'Est et la diversification économique appréciable dont elle jouit ont joué un rôle déterminant dans la pérennité de ses bonnes performances.

Les taux de chômage sont généralement plus élevés en Afrique du Nord que dans les autres sous-régions même si le rythme des progrès y a été plus soutenu pendant la période de 1991 à 2008. En Afrique du Nord, le chômage a baissé en passant de près de 14 pour cent en 2000 à 9,5 pour cent en 2008, avant de remonter légèrement à 9,8 pour cent en 2009 suite à la crise économique mondiale. La diminution du chômage a été moins prononcée dans le reste du continent, puisque le taux de chômage a reculé, de 9,0 pour cent environ en 1990 à 8,0 pour cent en 2007 avant de remonter de 0,2 pour cent en 2009 (OIT, 2011).

Les ratios emploi/population révèlent de fortes variations au niveau d'un pays donné. Sur les 49 pays pour lesquels des données comparables sont disponibles, 25 ont réalisé des progrès, l'Algérie, l'Éthiopie, le Lesotho et la Zambie ayant obtenu des gains de plus de 5 pour cent. Seul le Cameroun est resté stationnaire pendant cette période, tandis que 23 pays ont accusé un recul en la matière. La Namibie, le Rwanda, le Swaziland, la Tanzanie et le Zimbabwe ont enregistré des baisses de plus de 5 pour cent entre 1991 et 2008 (*Figure 8*). Pour remédier à cette situation, il est indispensable de diversifier l'économie en l'orientant vers les services, afin qu'elle soit moins tributaire des denrées et des matières premières traditionnelles. Il appartient aux pays concernés de se doter des capacités leur permettant d'absorber

leur main-d'œuvre qualifiée et non qualifiée et de mieux aligner les programmes d'enseignement sur les réalités du marché du travail afin d'améliorer les chances d'emploi de leurs jeunes diplômés.

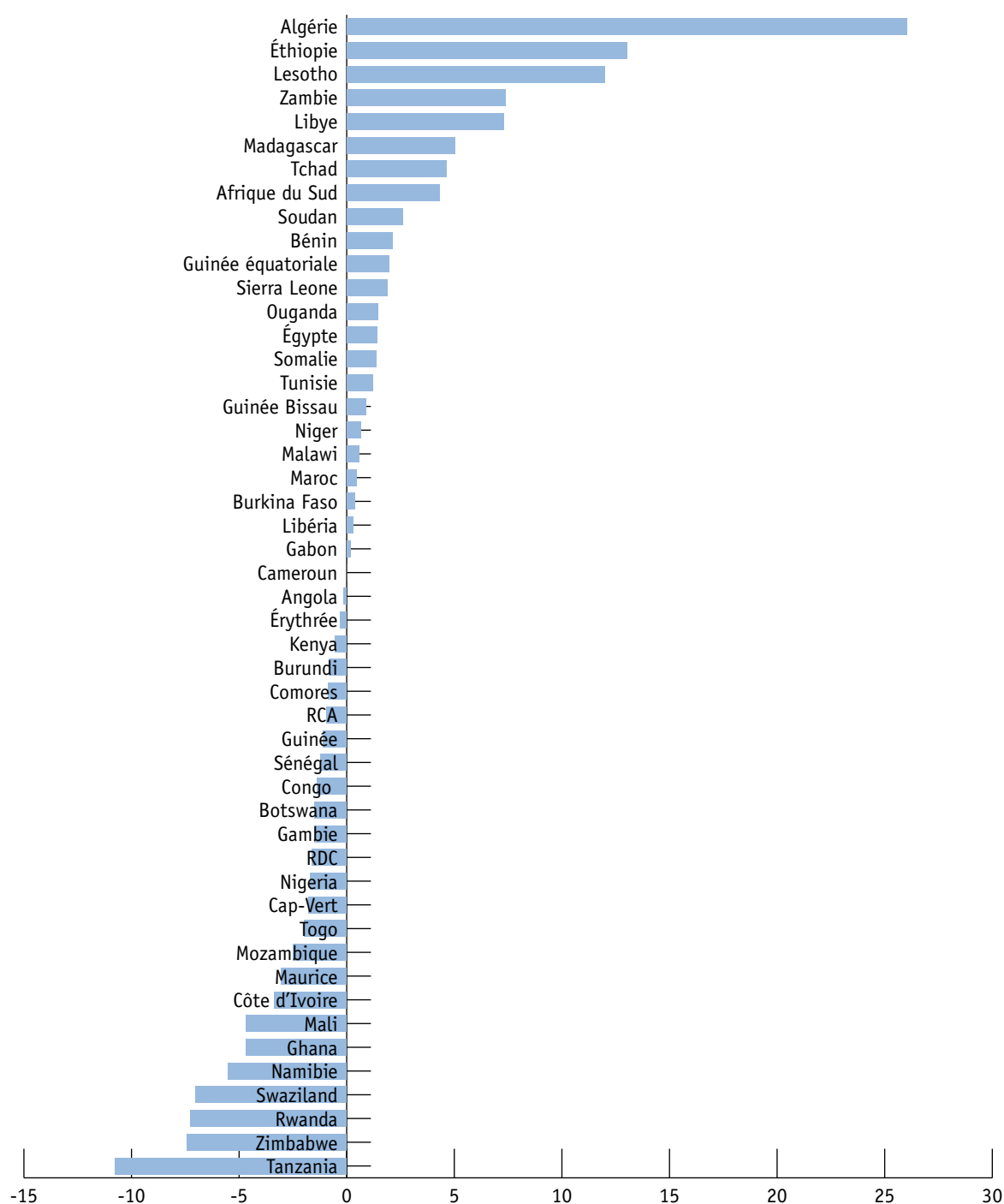
Combattre le chômage des jeunes

Les jeunes sont le fondement de la construction d'une économie solide et d'une société dynamique, dans le présent comme à l'avenir. Il n'empêche que les jeunes ont souvent été laissés pour compte dans les activités sociales et productives. Par exemple, l'emploi des jeunes (15 à 25 ans) est en baisse partout dans le monde et ce déclin a été particulièrement marqué de 2007 à 2009, durant la crise économique et par la suite. Le taux de chômage des jeunes a augmenté de 11,9 pour cent en 2007 à 13,0 pour cent en 2009. Il était chiffré à 13,1 pour cent en 2010 (OIT, 2010a). Le chômage des jeunes constitue l'un des grands problèmes de l'Afrique, car la proportion des jeunes dans la population totale y est plus forte que partout ailleurs, sans parler du taux de pauvreté très élevé et du manque de diversification économique.

Le chômage des jeunes en Afrique constitue désormais une préoccupation majeure en termes de développement car ce phénomène a donné lieu à des situations précaires, particulièrement en Afrique du Nord¹⁵. En 2008, plus de 20 pour cent des jeunes au sein de la population active y étaient sans emploi. De fait, en 2008, seuls 40,7 pour cent des jeunes de sexe masculin et 15,9 pour cent des jeunes de sexe féminin étaient économiquement actifs dans cette région. Cela explique pourquoi le chômage des jeunes a augmenté de 3,2 pour cent entre 1998 et 2008 en Afrique du

15 En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, le chômage des jeunes constitue un problème chronique, récurrent parce que les taux de chômage y sont les pires du monde (OIR, 2010c).

Figure 8 : Évolution du ratio emploi/population dans des pays africains sélectionnés, 1991-2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Encadré 1 : Politique de l'emploi en Algérie

Le chômage a été un défi persistant et majeur pour le développement de l'Algérie. En 2001, les taux du chômage total et du chômage des jeunes y atteignaient respectivement 30 et 48 pour cent. Pour réduire le chômage et la pauvreté dans le pays, le gouvernement a initié une politique de l'emploi particulièrement ambitieuse. Des subventions ont été accordées aux entreprises pour les inciter à embaucher des chômeurs et un vaste programme de travaux publics a été lancé pour fournir du travail aux personnes non qualifiées. Les entreprises ont eu la possibilité d'embaucher des chômeurs sans coût supplémentaire pendant un an, le gouvernement supportant les charges salariales des jeunes travailleurs qualifiés. Des intérêts subventionnés, des subsides et des financements ont été accordés à des projets de micro-entreprises afin de favoriser le recrutement des jeunes ayant les qualifications pertinentes. Des incitations fiscales ont également été proposées aux employeurs capables de créer des emplois durables.

Ces efforts ont abouti à des résultats indéniables en rapprochant la demande d'emploi (nombre de demandeurs d'emplois) de l'offre d'emploi (nombre de vacances à pourvoir). De ce fait, le nombre des embauches conclues par l'Agence nationale de l'emploi (ANEM) a augmenté de 167 pour cent de 2005 à 2009. De plus, l'emploi des femmes a enregistré une progression remarquable, passant de 1,2 million à près de 1,5 million de salariées, soit une augmentation de 20 pour cent. Au total, entre 2004 et 2009, le gouvernement algérien a réussi à créer 1,3 million d'emplois. Cette évolution positive a conduit à une baisse du taux de chômage total de 30 pour cent en 2000 à 15,3 pour cent en 2005, puis à 10,2 pour cent en 2009. En particulier, le taux de chômage des jeunes a reculé, passant de 48 pour cent en 2001 à 31 pour cent en 2005.

La politique publique en matière d'emploi a sans aucun doute contribué à une diminution significative de la pauvreté dans le pays, laquelle ne frappait plus que 5 pour cent de la population en 2008, contre 14,1 pour cent en 1995.

Sources : Kpodar (2007) et *Algérie - Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le développement (2010)*.

Nord, alors qu'il a diminué de 1,7 pour cent sur le reste du continent (OIT, 2010a). Cette variation peut s'expliquer par l'insuffisance de la protection sociale, qui oblige les jeunes à s'engager dans des activités à faible productivité, surtout dans le secteur informel¹⁶. Cette situation a sûrement

contribué aux vagues récentes de protestation croissante en Afrique du Nord et au Moyen-Orient.

Investir dans la jeunesse constitue une stratégie majeure pour transformer les défis démographiques en opportunités économiques et en autant de chances d'inclusion sociale et de réduction de la pauvreté. Il est aujourd'hui plus pressant que jamais que les pays élaborent des plans d'action en faveur de l'emploi des jeunes. Ces plans doivent analyser les obstacles qui entravent le recrutement des jeunes aux niveaux national et local et prévoir la mise à l'échelle des interventions qui s'avèrent être innovantes en termes de promotion de la

16 Bien que le secteur informel en Afrique offre des opportunités de travail aux jeunes chômeurs, il n'est pas facile d'y entrer, en raison de certains défis majeurs : manque de ressources pour accéder aux niveaux supérieurs du secteur, obstacles à l'acquisition de compétences techniques ou entrepreneuriales, environnements opérationnels défavorables (infrastructures défaillantes, telles que l'électricité) et salaires rigides (Chaudhuri et Mukhopadhyay, 2010).

participation des jeunes et de la mise à contribution du secteur privé. Les questions urgentes qu'il reste à résoudre dans de nombreux pays africains concernent notamment le manque de compétences techniques et non techniques (analphabétisme, inaptitude au calcul), les obstacles à l'emploi dûs à une faible croissance, la discrimination sur le marché du travail et l'insuffisance des financements disponibles pour le démarrage des entreprises.

Indicateur 1.6 : Proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25 dollar PPA par jour

Cet indicateur mesure la pauvreté extrême parmi la population occupée. Au plan mondial, le nombre de travailleurs pauvres (subsistant avec moins de 1,25 dollar USD par jour) a chuté de 875,1 millions en 1999 à 631,9 millions en 2009. Contrastant avec cette tendance mondiale, cet indicateur a au contraire augmenté en Afrique, passant de 158 à 185 millions de personnes pendant la même période (*Tableau 1*). Cette tendance a été confortée par la rigidité des salaires nominaux couplée à une hausse du coût de la vie dépassant celle de nombreuses autres régions du monde.

Bien que le nombre de travailleurs pauvres ait augmenté en Afrique, le ratio entre travailleurs pauvres et population active totale affiche une tendance à la baisse. Cependant, un renversement marginal de cette tendance a été constaté en 2009 en raison de la crise économique, qui a provoqué la perte de nombreux emplois dans le secteur formel et favorisé le développement de l'emploi informel. Par comparaison à la moyenne mondiale de 20,7 pour cent en 2009, la proportion des travailleurs pauvres en Afrique (hors Afrique du Nord) était de 58,9 pour cent. Une tendance

comparable a été observée dans le cas des travailleurs pauvres vivant avec moins de 2,0 dollars USD par jour (*Tableau 1*).

La réduction de la proportion des travailleurs pauvres en Afrique nécessitera une stratégie très complète pour freiner la pratique du travail occasionnel, promouvoir l'indexation des salaires et encourager l'intégration du secteur informel dans l'économie officielle à l'échelle du continent.

Indicateur 1.7 : Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée

Les progrès en matière de réduction de la proportion des emplois vulnérables en Afrique ont été limités¹⁷. Au plan mondial, le nombre des travailleurs vulnérables est passé de 1,38 milliard en 1999 à 1,53 milliard en 2009, ce qui représente une augmentation de 11,0 pour cent environ, contre un accroissement de près de 30 pour cent en Afrique. La prépondérance du secteur informel en Afrique (hors Afrique du Nord) explique cette tendance régionale.

Bien que le nombre effectif des travailleurs vulnérables soit en augmentation, le ratio emploi vulnérable/emploi total en Afrique est à la baisse. De 1998 à 2008, ce ratio a régressé de 43,7 à 40,2 pour cent en Afrique du Nord, et de 80,5

17 Les « emplois vulnérables » englobent les travailleurs indépendants et les travailleurs familiaux non rémunérés. Cet indicateur donne un aperçu de l'étendue des arrangements prédominants dans le secteur du travail informel, caractérisés par le manque de protection sociale et l'absence de tout mécanisme de dialogue social. Les arrangements de ce type sont souvent associés à de faibles salaires et à des conditions de travail difficiles (OIT, 2011). La vulnérabilité du travail est un indicateur important pour mesurer la qualité de l'emploi de manière générale.

Tableau 1 : Indicateurs de la proportion des travailleurs pauvres en Afrique, 1999-2009

	Afrique du Nord		Afrique, hors Afrique du Nord	
Année	Travailleurs pauvres (millions)	% de l'emploi total	Travailleurs pauvres (millions)	% de l'emploi total
Personnes occupées disposant de moins de 1,25 dollar USD par jour				
1999	10,5	21,4	147,5	66,9
2003	11,1	20,2	156,2	63,0
2008	10,5	16,2	170,2	58,5
2009	10,7	16,1	174,6	58,5
Personnes occupées disposant de moins de 2,0 dollar USD par jour				
1999	20,7	42,2	189,6	86,1
2003	21,5	39,1	209,3	84,4
2008	20,6	31,7	236,7	81,4
2009	20,7	31,2	243,2	81,5

Source : données compilées à partir des données de l'OIT (2011).

à 75,3 pour cent dans les autres sous-régions. Cette tendance a cependant été inversée en 2009 (*Tableau 2*) en raison de la crise financière mondiale. Dans les périodes difficiles, les gens se tournent vers le secteur informel pour faire face à la disparition d'emplois dans le secteur formel. Le nombre de personnes engagées dans des emplois précaires en Afrique s'est accru de 7,4 millions en 2009, contre 8,5 millions en Asie du Sud (OIT, 2011). L'emploi vulnérable en Afrique (hors Afrique du Nord) a représenté, en 2009, jusqu'à 75,8 pour cent de la population active, taux considérablement plus élevé que la moyenne mondiale de 50,1 pour cent pour cette même année.

Les emplois précaires sont très courants dans les économies où le secteur informel prédomine.

Les gouvernements doivent donc prendre des mesures ciblées pour accroître la productivité et améliorer les conditions de travail du secteur des services. Ces mesures pourraient porter sur l'accès aux marchés de produits (promotion de la sous-traitance entre opérateurs formels et informels), l'encouragement du capital-risque et l'amélioration du cadre réglementaire¹⁸.

Une autre caractéristique de l'emploi vulnérable en Afrique est la tendance émergente à la féminisation. Environ six travailleuses sur dix en Afrique du Nord sont occupées dans des emplois vulnérables, mais ce ratio monte à huit sur dix dans le

18 Voir Obadan, Odusola, et Akerele (1999) pour les stratégies détaillées permettant de faire face aux défis de l'emploi vulnérable et du secteur informel.

Tableau 2 : Proportion de l'emploi vulnérable par rapport à l'emploi total en Afrique, 1998-2009

	Afrique du Nord			Afrique, hors Afrique du Nord		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
1998	43,7	40,1	55,4	80,5	75,5	87,3
1999	42,1	38,1	52,9	79,9	74,5	87,1
2000	42,4	38,2	56,0	79,5	74,0	86,9
2005	42,6	37,0	59,7	77,1	70,1	86,2
2006	41,1	35,4	58,3	76,6	69,6	85,6
2007	41,2	35,1	69,3	76,0	69,2	84,9
2008	40,2	34,1	58,2	75,3	68,5	84,0
2009	40,4	34,9	56,7	75,8	69,5	84,0

Source : données compilées à partir des données de l'OIT (2011).

reste de l'Afrique. L'écart entre les genres pour ce qui est de l'emploi vulnérable en Afrique était de 21,8 en Afrique du Nord et 14,5 pour cent dans le reste du continent en 2009 (*Tableau 2*). Il est clair que des efforts accrus doivent être déployés pour freiner la discrimination qui s'exerce à l'égard de l'emploi des femmes dans le secteur formel, tant privé que public.

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

Les progrès relatifs à cet indicateur ont été forts lents en Afrique depuis les années 1990. La proportion des habitants du continent (hors Afrique du Nord) souffrant de la faim n'a que légèrement varié, passant de 25,3 pour cent en 1990 à 21,7 pour cent en 2010 sur l'échelle de l'Indice de la faim dans le monde (IFM). Cette amélioration est très inférieure à ce qui a été réalisé en Asie du Sud-Est (25 pour cent) et dans la région Moyen-Orient/

Afrique du Nord (33 pour cent) pendant la même période¹⁹. Un des facteurs clés sous-jacents à ce phénomène est l'augmentation du prix des aliments de base, qui est resté élevé en 2009 après la crise alimentaire initiale de 2008.

La tendance à la hausse des denrées alimentaires sur le plan mondial a eu un impact majeur en Afrique. L'indice des prix alimentaires publié par la FAO en octobre 2010 montre une progression de 34 points des prix des produits alimentaires, à moins de 16 points seulement de la hausse maximale enregistrée en 2008 (FAO, 2010). Cela

¹⁹ Voir IFPRI (2010), Indice de la faim dans le monde (IFM). L'IFM est un outil statistique multidimensionnel qui permet de mesurer les progrès et les reculs dans la lutte contre la famine sur le plan mondial. Il combine les trois indicateurs suivants, qui sont pondérés de manière équivalente : 1) la proportion des malnutris en pourcentage de la population ; 2) la prévalence des enfants âgés de moins de cinq ans en situation d'insuffisance pondérale ; et 3) le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans..

vulnérabilise d'autant plus la situation alimentaire des pays à faible revenu et à déficit vivrier (PFRDC). La récente hausse du prix du pain dans des pays tels que le Kenya, le Zimbabwe ou le Mozambique constitue également un motif de préoccupation. Bien que le prix du maïs soit resté stable au Burkina Faso, en Éthiopie, au Kenya, au Mali, au Niger et en Tanzanie grâce à de bonnes récoltes, il est en augmentation en Somalie, du fait de la sécheresse, et en Ouganda, à cause d'une forte demande d'importations.

L'augmentation du prix des aliments a été aggravée par le déclin des revenus des ménages pauvres en raison des pertes d'emploi occasionnées par le marasme économique. Ces facteurs ont tous contribué à la chute du pouvoir d'achat des consommateurs pauvres, qui doivent dépenser une part importante de leur revenu pour se procurer les aliments de base.

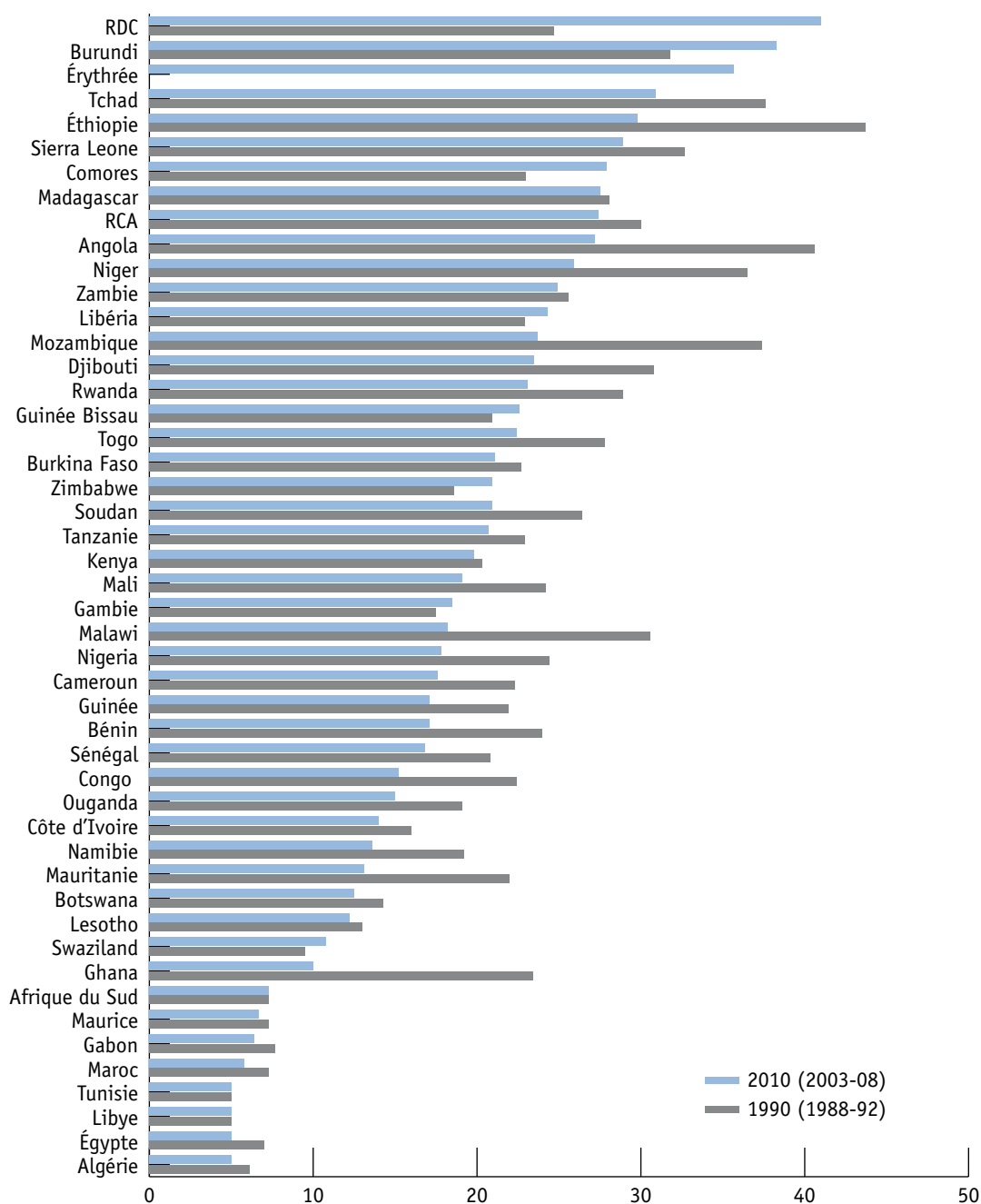
Bien que le continent dans son ensemble soit très en retard sur l'objectif de réduction de la faim, les performances à cet égard varient considérablement d'un pays à l'autre. Certains pays ont fait d'énormes progrès (*Figure 9*), tels que le Ghana et la Tunisie, qui sont les seuls à avoir déjà atteint l'objectif souhaité. Le Ghana, par exemple, a pu réduire la prévalence de la faim de 57 pour cent entre 1990 et 2008 à la faveur de saisons de pluie régulières, et grâce à une gouvernance judicieuse et stable, à des politiques macroéconomiques avisées, et à des investissements agricoles conséquents. Le Malawi et la Mauritanie ont fait baisser le niveau de la faim de 40 pour cent parmi leur population pendant cette période. En Afrique du Nord, le Maroc est le seul pays à enregistrer un indice IFM de 5,8. Les autres pays de la sous-région (Tunisie, Libye, Égypte et Algérie) ont obtenu un

indice inférieur à 5 en 2010. Le niveau alarmant de la faim dans les autres pays africains résulte de différents facteurs, liés notamment aux conflits armés (Burundi et RDC), aux catastrophes naturelles (Érythrée, Éthiopie, Kenya et Tchad), à la mauvaise gouvernance, à des moyens de subsistance non viables et à l'effondrement des institutions locales (par exemple, à la faiblesse du système de protection sociale en Gambie et la disparition de certaines institutions au Zimbabwe).

Pour faire face au problème de la faim et de la sécurité alimentaire en Afrique, l'accroissement qualitatif et quantitatif des investissements dans l'agriculture doit devenir une priorité. Or, ce secteur n'a pas reçu l'attention qu'il méritait depuis une vingtaine d'années. La proportion de l'APD totale affectée à l'agriculture est en déclin depuis la fin des années 1990. Alors qu'elle était de 15 pour cent environ en 1990, elle n'était plus que de 5 pour cent en 2008²⁰. Dans les années 2005 à 2008, par exemple, la part de l'APD accordée à l'agriculture dans les pays confrontés à des crises alimentaires était disproportionnellement faible. Elle était inférieure à 2 pour cent au Libéria, en République du Congo, en RDC, en Somalie, au Soudan et au Tchad. Elle se situait entre 2 et 5 pour cent en Angola, au Burundi, en Érythrée, en Guinée, en Ouganda, en République centrafricaine (RCA), en Sierra Leone et au Zimbabwe. Cette proportion était très en deçà de la moyenne de 6 pour cent enregistrée pour l'ensemble des pays les moins avancés (PMA). Par contre, des pays tels que la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie et le Kenya ont bénéficié d'une aide alimentaire représentant 5 à 8 pour cent du total de l'aide affectée durant cette période (FAO et PAM, 2010).

20 Voir ONE (2010, p.125).

Figure 9 : Indice de la faim pour l'Afrique, 1990 et 2010



Note : données indisponibles pour Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles, la Somalie et la Namibie.

Source : données compilées à partir des données de l'IFPRI (2010).

Un autre facteur qui complique le problème tient aux disparités entre l'aide humanitaire et l'aide agricole accordées à l'Afrique. Une part importante des financements en faveur de la sécurité alimentaire continue à être fournie par le biais de l'aide alimentaire, aussi bien en temps normal que dans les situations d'urgence. C'est ainsi qu'en 2008, les pays du G-8 ont fourni une aide alimentaire de 3 milliards de dollars USD, montant de loin supérieur au 1,8 milliard de dollars USD accordé à l'agriculture²¹. La situation dans les pays connaissant des crises prolongées est plus grave encore. Entre 2000 et 2008, plus de 60 pour cent de l'APD totale a été dépensée en assistance humanitaire à la Somalie et au Soudan, et plus de 20 pour cent au profit de l'Angola, du Burundi, du Congo, de l'Érythrée, de l'Éthiopie, de la RDC, du Tchad et du Zimbabwe (FAO et PAM, 2010, p. 13).

Bien que, dans un passé récent, l'assistance internationale ait permis d'atteindre les objectifs relatifs à l'élimination de la faim en Afrique²² la région a toujours besoin d'un appui technique et financier

substantiel pour garantir sa sécurité alimentaire. L'aide alimentaire est nécessaire pour répondre à des besoins alimentaires et nutritionnels urgents (surtout en période de crise prolongée) mais ne doit pas être fournie aux dépens d'investissements agricoles à long terme, de nature à garantir l'auto-suffisance des communautés et leur sécurité alimentaire. L'aide alimentaire constitue une solution à court terme. Elle ne conduira pas les pays à réaliser la Cible 1.C de manière durable. La meilleure façon résoudre ce problème est de lancer des programmes nationaux ciblés pour assurer une nutrition essentielle aux femmes enceintes dans les ménages pauvres et fournir des repas scolaires en faisant appel à des aliments produits localement²³.

Consciente de la nécessité de promouvoir les investissements agricoles dans la région, l'Union africaine privilégie aujourd'hui le PDDAA. Ce programme accorde une attention particulière à l'emploi accru d'engrais, à l'usage de semences améliorées et au développement de programmes d'irrigation en vue de réduire substantiellement la malnutrition en Afrique. En outre, il est prévu que le Programme conjoint relatif à la chaîne de valeur régionale pour les produits agricoles améliore également la sécurité alimentaire et réduise la malnutrition (CEA, 2007). Ce sont de telles initiatives que les gouvernements africains et leurs partenaires du développement devront soutenir et développer afin de parvenir à une amélioration rapide de la productivité.

21 Ibid., p. 126.

22 Par exemple, tous les communiqués du G-8 entre 2005 et 2007 avaient reconnu l'importance d'accorder un soutien accru à la productivité agricole en Afrique. En 2008 et 2009, ces pays se sont collectivement engagés à inverser la tendance à la baisse de l'APD affectée à l'agriculture. Alors que le sommet de Hokkaido Tokyo de 2008 avait pris l'engagement de consacrer 10 milliards de dollars pour affronter la crise alimentaire mondiale et appuyer le secteur agricole, le sommet de L'Aquila de 2009 s'est engagé à y consacrer 20 milliards de dollars USD (révisés depuis lors à 22 milliards) sur une période de trois ans via l'Initiative alimentaire de L'Aquila. Cette initiative prévoit d'appuyer les programmes agricoles contrôlés par les pays bénéficiaires au moyen de financements prévisibles, de longue durée et bien coordonnés, et d'aider les processus nationaux tels que le CAADP (Programme détaillé pour le développement de l'agriculture en Afrique). Le Programme mondial sur l'agriculture et la sécurité alimentaire (GAFSP), un fonds d'affectation multilatéral géré par la Banque mondiale, a été établi lors de la réunion du G-20 de Pittsburgh afin de compléter l'Initiative de L'Aquila (voir PNUD, Bureau régional pour l'Afrique, 2011).

23 Le Programme d'horticulture vivrière locale pour les repas scolaires financé par le Programme alimentaire mondial et le DFID à hauteur de 25 millions de dollars USD représente une solution de ce type. Tombant sous le pilier 3 du Programme détaillé pour le développement de l'agriculture en Afrique (CAADP), il associe l'offre de repas scolaires au développement agricole local par l'achat de nourriture produite et préparée localement.

Tableau 3 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans dans des pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (%)

Les dix pays les plus performants		Les dix pays les moins performants	
Pays	% de variation de l'insuffisance pondérale chez les enfants	Pays	% de variation de l'insuffisance pondérale chez les enfants
Algérie	-67,26	Nigeria	-2,20
Égypte	-37,04	Guinée	-1,89
Malawi	-36,48	Tchad	-1,17
Sénégal	-33,79	Madagascar	3,66
Gambie	-31,90	Burkina Faso	10,98
Ghana	-29,56	Comores	12,11
Botswana	-29,14	Lesotho	18,57
Mali	-26,96	Zimbabwe	21,74
Rwanda	-25,93	Maroc	22,22
Angola	-25,68	Djibouti	85,00

Source : données compilées à partir des données de l'OMS (2010b).

Indicateur 1.8 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Les progrès visant à réduire la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale sont également restés balbutiants, et il est peu probable que cet objectif soit atteint d'ici 2015. Sur les 36 pays pour lesquels des données complètes sont disponibles, 28 ont réussi à diminuer la prévalence des enfants souffrant d'insuffisance pondérale, bien qu'à un rythme lent, contre huit autres qui régressé dans ce domaine. En 2009, seule l'Algérie avait atteint l'objectif, et des pays tels que Djibouti, le Maroc et le Zimbabwe se retrouvent aujourd'hui à cet égard dans une posture encore plus défavorable qu'en 1990 (*Tableau 3*). Le Zimbabwe, autrefois considéré comme le grenier de l'Afrique, a été très

durement touché au niveau de cet indicateur en raison de l'effondrement économique du pays.

La malnutrition des enfants tend à perpétuer le cycle de régression au niveau de tous les autres OMD, particulièrement les Objectifs 4 et 5. Par exemple, la malnutrition infantile contribue à plus du tiers des maladies chez les moins de 5 ans et à plus du cinquième de la mortalité maternelle chez les femmes en cours de grossesse²⁴. Les données de l'IFM pour 2010 indiquent que des jeunes filles ayant grandi dans un état de malnutrition chronique donneront naissance à des bébés de poids insuffisant. Il s'agit là de l'une des principales causes

²⁴ Voir Go et al. (2010).

de la lenteur des progrès enregistrés en matière de réduction de la mortalité infantile.

Une approche globale s'impose pour affronter la malnutrition dans la petite enfance. Les interventions doivent porter sur une meilleure alimentation de la mère pendant la grossesse, la promotion de la lactation et de l'allaitement exclusif, tout en prévoyant l'apport en micronutriments essentiels et le lancement de programmes d'immunisation pour les enfants de 0 à 24 mois. Le gouvernement et les parties prenantes doivent également traiter de manière préventive les causes de la malnutrition, dont l'insécurité alimentaire, l'accès inéquitable aux services de santé essentiels, les pratiques d'allaitement peu hygiéniques et l'insuffisance des programmes de nutrition et d'éducation. Pour parvenir à des progrès sûrs, il y a lieu de mettre en place des programmes de développement complets dans lesquels la sécurité alimentaire, la nutrition et l'accès équitables aux services de santé essentiels seraient pleinement intégrés.

Indicateur 1.9 : Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

L'effort ininterrompu déployé en faveur de la réduction du nombre de personnes insuffisamment nourries en Afrique depuis 1990 a été inversé par la forte hausse des prix des produits alimentaires pendant les années 2006 à 2008. C'est ainsi que l'Afrique (hors Afrique du Nord) est retombée à son niveau d'avant 2002 en ce qui concerne cet indicateur²⁵. L'impact de la crise alimentaire, des hausses du prix du carburant et de la crise

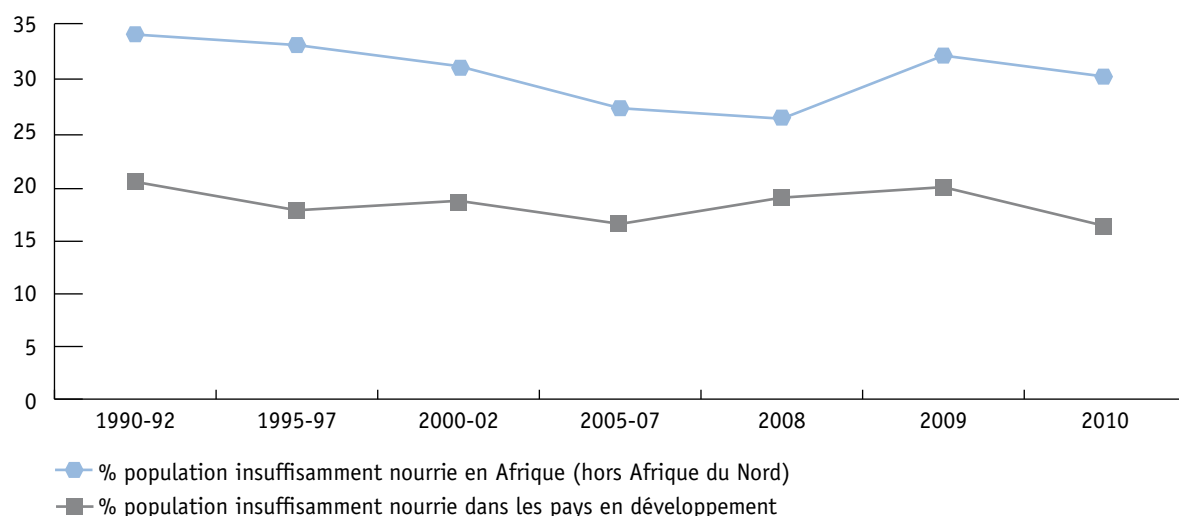
financière sur le continent paraît avoir été plus prononcé que dans d'autres régions en développement. Après 1990, l'écart entre la proportion des personnes insuffisamment nourries en Afrique (hors Afrique du Nord) et celle d'autres pays en développement s'est réduit, mais il s'est élargi à nouveau depuis 2008 (*Figure 10*). Sur la base des projections de la FAO pour 2010, il semble que l'Afrique (hors Afrique du Nord) pourrait abriter 25,8 pour cent du nombre total des personnes insuffisamment nourries dans l'ensemble des pays en développement, après l'Asie et le Pacifique, qui en compteraient 62,5 pour cent²⁶.

Avant l'impact de la crise alimentaire de 2006-2008, le nombre de personnes insuffisamment nourries avait diminué dans toutes les sous-régions du continent, hormis l'Afrique centrale, où cette réduction n'avait duré que de 2000 à 2002. Parmi les pays pour lesquels des données sont disponibles, 31 ont enregistré des avancées en la matière, 11 ont régressé et un seul pays (Guinée-Bissau) est demeuré stationnaire entre 1990 et 2007. Comme le montre le *Tableau 4*, en 2007, le Ghana, le Congo, le Nigeria, le Mali et Djibouti avaient atteint la cible, tandis que des pays comme le Niger, la Mauritanie, le Soudan et la Namibie, entre autres, s'étaient rapprochés de celle-ci. Cependant, en RDC, en raison du conflit prolongé, de l'effondrement économique, du déplacement massif de populations et de l'insécurité alimentaire chronique que connaît le pays, la proportion des personnes insuffisamment nourries est passée de 26 pour cent en 1990 à 69 pour cent en 2007. Parmi les pays enregistrant un recul au niveau de cet indicateur, figurent notamment le Swaziland, le Burundi, la Gambie et le Botswana.

25 Bien que la proportion des personnes insuffisamment nourries ait régulièrement baissé de 1990 à 2008, leur nombre aurait en réalité augmenté, passant de 175 millions environ en 1990 à près de 250 millions d'individus en 2009. Voir FAO et PAM (2010, 11).

26 Voir FAO et PAM (2010).

Figure 10 : Proportion des populations insuffisamment nourries en Afrique (hors Afrique du Nord) comparée à celle d'autres pays en développement, 1990-2010



Source : données compilées à partir des données de la FAO et du PAM (2010).

Note : les chiffres pour 2009 et 2010 sont des projections réalisées à partir des statistiques de la FAO pour 2010.

La lenteur des progrès visant à réduire la pauvreté de moitié, créer des emplois durables et diminuer la malnutrition a contribué à ralentir la réalisation des progrès au niveau des autres objectifs. Une approche à deux niveaux s'impose pour faire face à l'insécurité alimentaire dans le court et le long terme. Il y a lieu de soutenir les consommateurs très pauvres par des interventions en matière de protection sociale couplées à des efforts d'accroissement du volume de la production agricole (surtout chez les petits agriculteurs) et d'amélioration de la gestion des marchés alimentaires, afin d'aboutir à une croissance économique plus inclusive (Ortiz et al. 2011). Une telle approche devra être étayée par une population active motivée, éduquée et bien portante.

Les résultats économiques sont d'autant plus performants que l'état nutritionnel de la

main-d'œuvre est satisfaisant. Par conséquent, il importe de renforcer les efforts visant à améliorer la croissance économique en faveur des pauvres, en mettant l'accent sur la productivité agricole et l'égalité des genres. La mise en œuvre du PDDAA (avec une attention particulière accordée à l'utilisation d'engrais et de semences améliorées, ainsi qu'à un programme d'irrigation étendu) pourrait contribuer à réduire sensiblement la malnutrition et à promouvoir la sécurité alimentaire en Afrique.

Protection sociale et réduction de la pauvreté

En dépit de la trajectoire économique positive actuellement projetée pour l'Afrique, le risque de nouveaux chocs mondiaux et leurs conséquences éventuelles sur les ménages confèrent une importance critique aux politiques sociales de caractère proactif, et tout particulièrement à la protection

Tableau 4 : Onze pays africains respectivement en tête et à la traîne du classement en matière de réalisation de la réduction de la malnutrition, 1990-2007

Pays en tête du classement		Pays à la traîne du classement	
Pays	% du niveau d'amélioration	Pays	% du niveau de régression
Ghana	-81,5	RDC	165,4
Congo	-64,3	Swaziland	50,0
Nigeria	-62,5	Burundi	40,9
Mali	-55,6	Gambie	35,7
Djibouti	-53,3	Botswana	31,6
Niger	-46,0	Zambie	22,9
Soudan	-43,6	Tanzanie	21,4
Mauritanie	-41,7	Comores	21,1
Namibie	-40,6	Madagascar	19,1
Éthiopie	-40,6	Ouganda	10,5
Bénin	-40,0	Libéria	10,0

Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Note : les données sont incomplètes pour huit pays : Afrique du Sud, Algérie, Égypte, Gabon, Libye, Maroc, Sao Tomé-et-Principe et Tunisie.

sociale. Nombreuses sont les stratégies adoptées dans ce domaine par différents pays africains qui se sont avérées probantes : pension vieillesse (Afrique du Sud et Lesotho) ; programme de repas scolaires préparés à partir de produits locaux (Kenya) ; dispositif de sécurité productif (Éthiopie) ; travaux publics et versements en espèces non assortis de conditions (Rwanda).

Loin d'être perçue comme une « aumône », la protection sociale doit être considérée comme un investissement à long terme nécessitant des allocations budgétaires régulières. En Algérie, le budget alloué à la sécurité sociale représente environ 11 pour cent du budget de l'État. Les

mécanismes susceptibles de générer le moins d'effets dissuasifs sont ceux qui tendent à exercer un impact optimal en termes de réduction de la pauvreté et de développement humain. Une approche complète reposant sur l'un ou plusieurs des éléments suivants a fait ses preuves dans de nombreux pays : interventions axées sur la productivité, la création d'emploi, les échanges commerciaux ou les transferts. La coopération Sud-Sud peut également jouer un rôle important via le partage d'expériences, la transmissibilité des leçons tirées, l'assistance technique adéquate pour promouvoir des politiques et des programmes de protection sociale orientés vers le développement humain.

La protection sociale engendre la cohésion sociale et autonomise les femmes, surtout lorsqu'elle cible les fillettes et améliore les niveaux de consommation des ménages. Le transfert de revenus accroît la participation des femmes aux prises de décision familiales et permet d'affecter ces allocations à la scolarisation des enfants et l'accès aux services médicaux. Les interventions sensibles à la dimension de genre produisent ainsi des effets multiplicateurs, particulièrement dans les domaines de l'éducation des filles, de la santé maternelle et infantile et de l'autonomisation économique des femmes. Les interventions ciblées en faveur de la nutrition infantile ou de l'emploi des jeunes auront aussi des effets bénéfiques sur les autres OMD.

Une forte volonté politique, des capacités administratives et institutionnelles, la viabilité financière et le caractère abordable des dépenses joueront un rôle critique pour le succès des programmes de protection sociale en Afrique. (Voir également la Section III de ce rapport, qui examine la protection sociale et son rôle dans l'accélération des progrès en vue de la réalisation des OMD en Afrique.)

OBJECTIF 2 : ASSURER L'ÉDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

Le taux d'inscription dans le primaire a continué à s'améliorer, atteignant un taux de 89 pour cent dans le monde en développement. Toutefois, le rythme d'une telle avancée est insuffisant pour garantir que, d'ici 2015, tous les garçons et les filles dans les pays en développement auront complété le cycle de la scolarisation primaire. Néanmoins, l'Afrique a accompli des progrès remarquables sur la voie de l'éducation primaire universelle, faisant passer son taux net de scolarisation de 65 pour cent en 1999 à 83 pour cent en 2008. En effet, cet

OMD est l'un de ceux sur lesquels les pays africains ont le mieux progressé. Alors que la plupart des pays d'Afrique peuvent s'attendre à réaliser la scolarisation universelle dans le primaire à l'échéance de 2015, ils sont beaucoup moins nombreux à tabler sur la réalisation des objectifs concernant l'achèvement du cycle d'éducation primaire et l'alphabétisation des jeunes adultes. L'éducation au-delà du primaire est également jugée critique pour garantir une progression soutenue en vue de la réalisation d'autres objectifs, tels que les OMD liés au plein emploi, à la réduction de la pauvreté et à la santé.

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

Indicateur 2.1 : Taux net de scolarisation dans le primaire

La plupart des pays d'Afrique ont enregistré une progression sensible du taux net de scolarisation dans le primaire. Sur les 36 pays africains pour lesquels des données sont disponibles pour 2008/2009, 16 au total²⁷ ont réalisé des taux nets de scolarisation de plus de 90 pour cent. L'Algérie, le Burundi, l'Égypte, Madagascar, l'Ouganda, le Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, la Tanzanie, la Tunisie et la Zambie ont déjà atteint ou même dépassé la cible minimum, qui consiste à parvenir à un taux net de scolarisation de 95 pour cent d'ici à 2015. L'Afrique du Sud, le Bénin, le Malawi, Maurice, le Maroc, la Namibie et le Togo sont à 5 à 10 pour cent de la cible (*Figure 12*). Les autres pays sont également en bonne voie pour

27 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burundi, Égypte, Malawi, Maurice, Namibie, Ouganda, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Togo, Tunisie, Tanzanie et Zambie.

Encadré 2 : Succès en matière de scolarisation primaire

L'accent placé dans les politiques nationales sur l'enseignement primaire et sa mise en œuvre ont mis l'Afrique sur la voie de la réalisation de l'éducation primaire pour tous d'ici 2015. Un nombre important de pays d'Afrique se sont distingués à cet égard par des politiques d'intervention judicieuses et des allocations budgétaires résolues qui leur ont permis d'obtenir d'excellents résultats dans ce domaine.

L'Éthiopie, dont le taux net initial de scolarisation était très faible (50 pour cent en 1990), a aujourd'hui atteint le taux de 86,5 pour cent (2009/2010). Cette solide progression a été rendue possible, entre autres, par la construction de salles de classe : il y en avait 16 000 en 2004 et 25 000 en 2008/09, à 80 pour cent en milieu rural. En outre, l'éducation est préconisée dans les politiques publiques et établie comme une priorité dans les dépenses de l'État.

L'Égypte a atteint des taux nets de scolarisation encore plus élevés dans le primaire, en partant d'un taux initial de 83 pour cent en 1995 pour atteindre celui de 90 pour cent en 2008, en ayant recours aux mesures suivantes : projets de développement pour la petite enfance ; transferts d'espèces destinés aux familles pauvres afin de les encourager à continuer à envoyer leurs enfants à l'école ; et ouverture d'écoles où l'environnement est convivial pour les filles.

Un autre cas intéressant est celui du **Togo**. En réponse à un manque de fonds publics, des familles et des communautés se sont engagées directement dans l'administration des écoles. Dans la région la plus pauvre du pays (Savanes), la plupart des écoles sont financées entièrement par les ménages ruraux, qui ont pris en charge la construction de salles de classe et la rémunération des enseignements. C'est ainsi que le taux net de scolarisation togolais est passé de 67 pour cent en 1990 à 87 pour cent en 2008. Dans le même temps, le pays a amélioré l'indice de parité des sexes pour le porter à 0,95 dans le primaire.

Sources : *Ethiopia National MDG Report 2010 ; Egypt National MDG Report 2010 ; Togo National MDG Report 2010.*

réaliser cette cible, mais des efforts supplémentaires s'imposent pour accélérer le processus. Dix pays (Burkina Faso, Éthiopie, Guinée, Mali, Maroc, Mozambique, Niger, Rwanda, Sénégal et Tanzanie) ont amélioré leurs taux nets de scolarisation de plus de 25 pour cent entre 1991 et 2008 (*Figure 11*). L'amélioration des taux de scolarisation a été obtenue grâce à des interventions publiques spécifiques, animées par la volonté politique ferme de parvenir à l'éducation primaire universelle. La fourniture de repas scolaires, l'augmentation des budgets alloués à l'éducation et les transferts d'espèces aux ménages pauvres ont été au nombre des facteurs qui ont favorisé cette tendance (voir *l'Encadré 2*).

Si la majorité des pays d'Afrique sont en bonne voie de réaliser cet OMD, certains pays sont toujours à la traîne au niveau des objectifs de scolarisation et n'ont guère progressé sur ce plan ces dernières années. C'est par exemple le cas de la République centrafricaine, où le taux net de scolarisation n'est que de 66,9 pour cent, comparé à 53,4 pour cent en 1991. Djibouti et l'Érythrée ont également beaucoup de retard en ce qui concerne cet indicateur, avec des taux nets de scolarisation de moins de 50 pour cent.

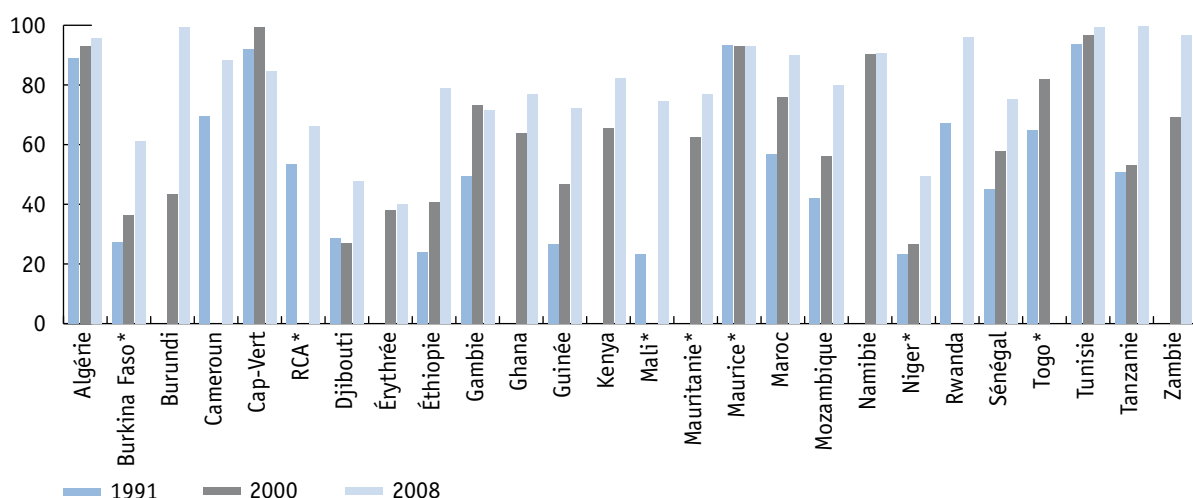
Il faut toutefois noter qu'un certain nombre de pays dotés de très faibles taux nets de scolarisation initiaux ont néanmoins fait des progrès

remarquables, même s'ils ne parviendront probablement pas à l'objectif de l'éducation primaire pour tous d'ici 2015. Au Burkina Faso, par exemple, le taux net de scolarisation a fait un bond en avant, passant de 27,3 pour cent en 1991 à 64,4 pour cent en 2008. De la même façon, le taux pour l'Éthiopie a progressé de 24 pour cent en 1991 à 86,5 pour cent en 2009 (voir *l'Encadré 2*). La Gambie, la Guinée, le Kenya, le Mali, le Mozambique et le Niger, dont les taux de scolarisation nets sont encore en deçà des 90 pour cent, ont toutefois enregistré, depuis 1991, des améliorations de plus de 20 pour cent, voire de plus de 50 pour cent dans certains cas.

Qu'ils aient atteint la barre des 90 pour cent ou qu'ils soient toujours laborieusement en dessous du taux de 75 pour cent, la progression de la plupart des pays démontre qu'il était nécessaire

de déployer un effort soutenu en matière d'éducation primaire. Il reste à connaître les effets de l'amélioration de la scolarisation au primaire. En fait, il ne sera probablement pas encore possible d'en observer les résultats en 2015. Pour prolonger les avantages de telles avancées en matière d'éducation, il est indispensable de procéder à une planification appropriée permettant d'améliorer la qualité de l'éducation primaire et d'accroître le taux de scolarisation au-delà de l'enseignement primaire. À mesure que les pays africains relèveront leur taux de scolarisation primaire, ils devront allouer les ressources adéquates pour améliorer les taux d'achèvement du cycle primaire ainsi que les taux d'alphabétisation des jeunes adultes.

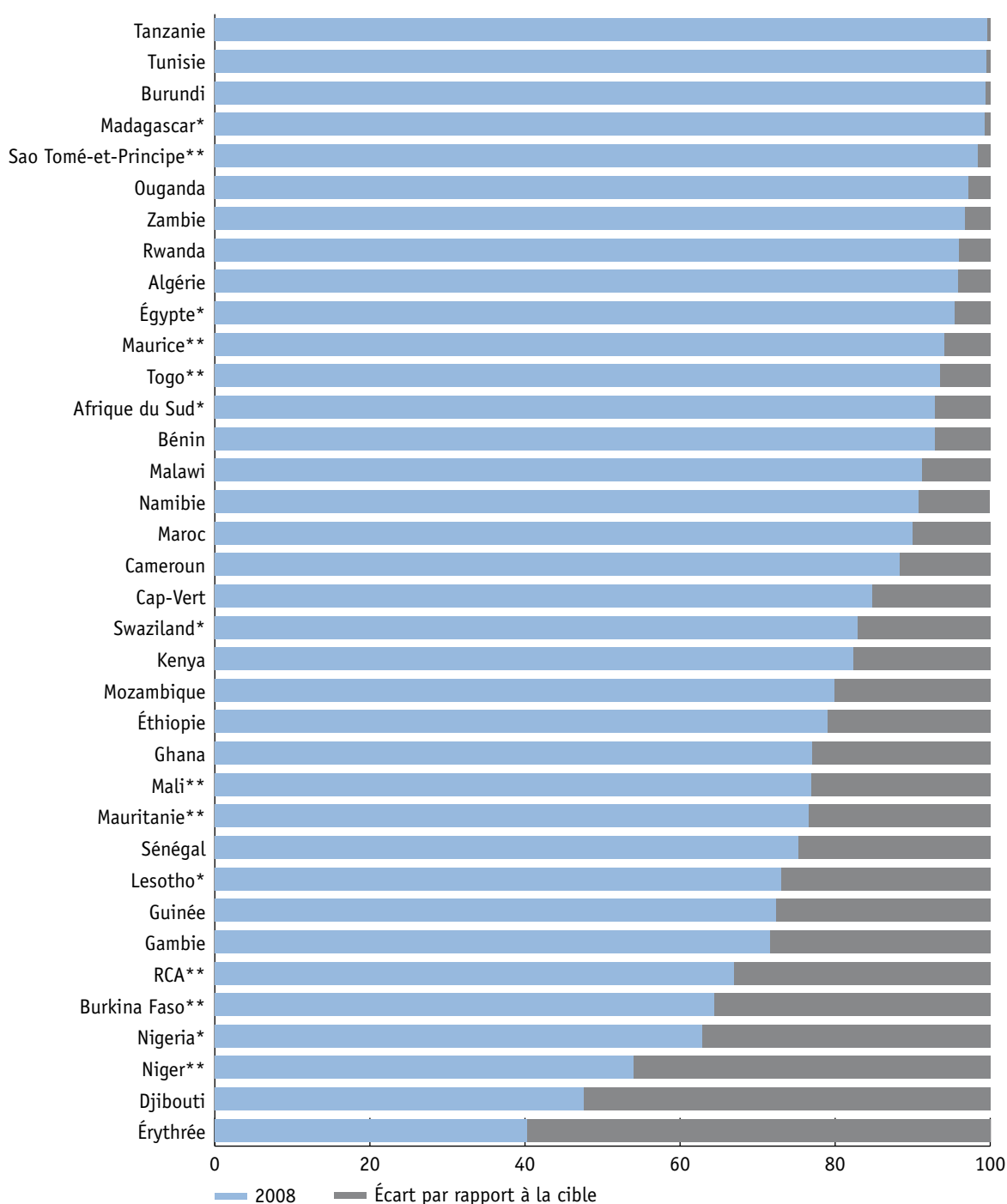
Figure 11 : Avancées enregistrées au niveau du taux net de scolarisation primaire dans des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008/2009 (%)



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Légende : *données 2009.

Figure 12 : Écarts à combler pour atteindre la cible du taux net de scolarisation primaire dans des pays africains sélectionnés, 2008



Légende : * données 2007 ; ** données 2009.

Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Rares sont les pays africains dans lesquels l'éducation primaire est gratuite et qui offrent aux élèves des fournitures scolaires gratuites telles que des manuels ou des uniformes. La nécessité, pour les ménages, de s'acquitter des frais de scolarité accentue les inégalités dans l'accès à l'enseignement primaire. Il en résulte que dans 27 pays d'Afrique, il n'y aucune obligation légale de dispenser une scolarité gratuite (UNESCO, 2009) et il n'existe pas de relation clairement établie entre le niveau des dépenses affectées à l'éducation et le taux de scolarisation primaire. Le montant des allocations ne constitue pas l'unique critère, comme le montrent les cas du Botswana et de Maurice (*Figure 13*). C'est le niveau de quantification de l'allocation de ressources à l'éducation, couplé à l'efficacité des dépenses engagées qui permet d'obtenir des taux de scolarisation primaire élevés.

Indicateur 2.2 : Taux d'achèvement de l'éducation primaire (Proportion d'élèves ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire)

Malgré la bonne performance de la plupart des pays africains en termes de réalisation de la scolarisation universelle dans le primaire, ces progrès doivent encore se traduire par des taux d'achèvement du même ordre. La *Figure 14* reprend les indices disponibles pour le taux net de scolarisation et le taux d'achèvement du primaire relatifs à des pays africains sélectionnés, en utilisant des données de 2008 pour les deux indicateurs. Peu de pays ont vu leurs taux d'achèvement du primaire augmenter depuis 2007 et certains pays, comme par exemple le Congo, l'Érythrée, la Namibie, le Tchad et la Tunisie, ont même accusé un recul dans ce domaine. De plus, les tendances en matière d'achèvement du primaire sont le plus souvent

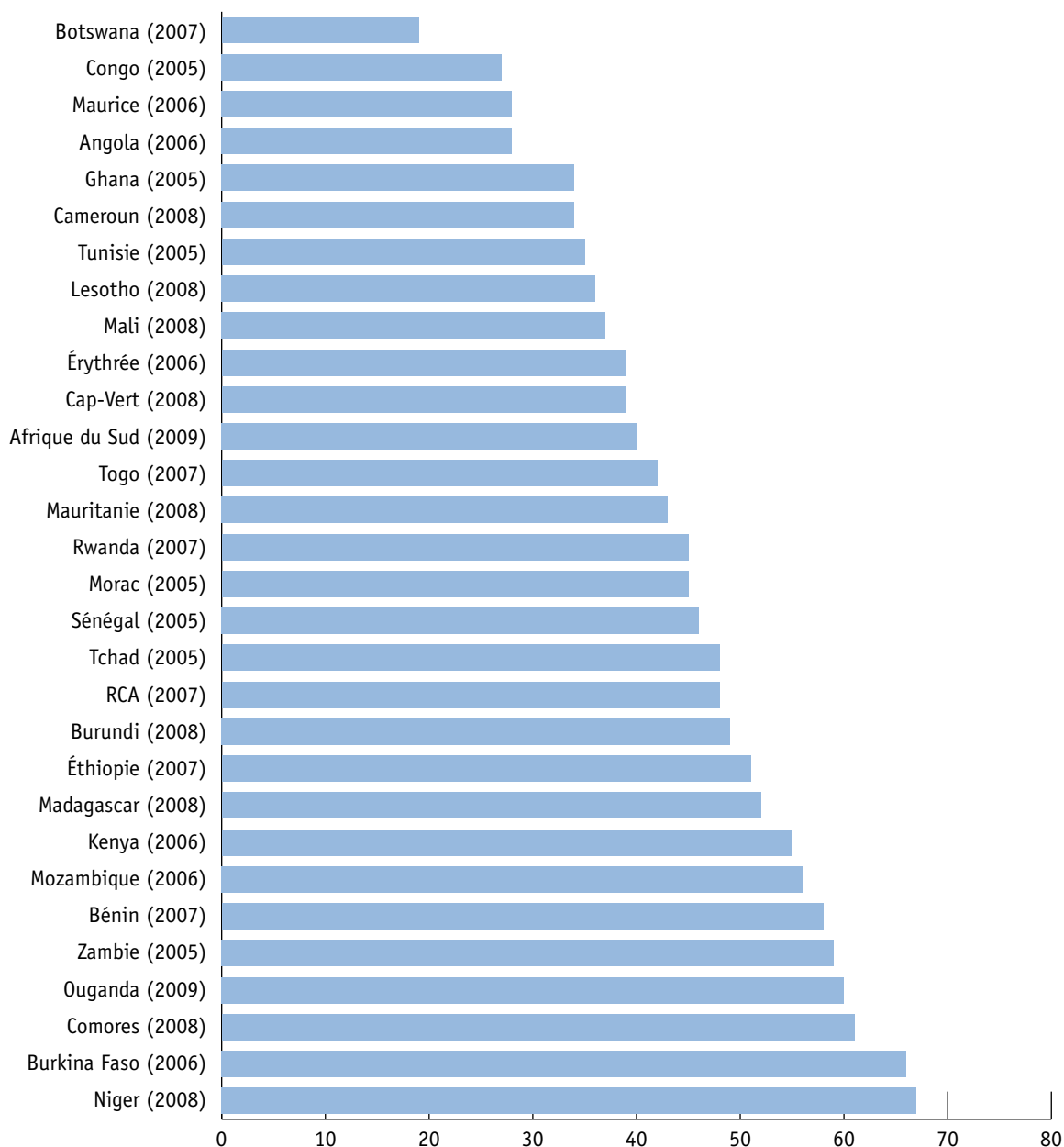
moins bonnes d'une année sur l'autre. Cette évolution généralement lente mais parfois régressive est guidée par plusieurs facteurs. Le premier se résume au fait que, dans de nombreux pays d'Afrique, l'âge de l'entrée au primaire dépasse l'âge officiellement prévu. De ce fait, les élèves plus âgés sont poussés à entrer sur le marché du travail avant d'avoir terminé leur cycle d'études primaires (CEA, 2005). En deuxième lieu, l'éducation en Afrique fait les frais d'un accès inégal aux services de l'éducation, ce qui affecte les ménages à faible revenu, diminue les taux de rétention et les résultats scolaires, compromet la qualité de l'éducation et accroît les redoublements²⁸. En Afrique du Nord, le pourcentage des enfants quittant prématurément l'école primaire a baissé, passant de 3 pour cent en 1999 à 2 pour cent en 2008. Par contre, dans le reste de l'Afrique, le pourcentage des enfants déscolarisés a légèrement augmenté, de 43 pour cent en 1999 à 46 pour cent en 2008. Cela signifie que 31 millions d'enfants d'âge scolaire en Afrique (hors Afrique du Nord)²⁹ ne fréquentaient plus l'école.

Mais d'autres pays ont réalisé d'excellents progrès dans l'amélioration des taux d'achèvement du primaire. Au Bénin, ce taux est passé de 22,1 pour cent en 1991 à 65,1 pour cent en 2008. Le Cameroun a enregistré une progression remarquable de 17 pour cent en l'espace d'un an, en augmentant le taux d'achèvement du primaire de 55,5 pour cent en 2007 à 72,7 pour cent en 2008. Les Comores, le Mozambique, le Rwanda et le Soudan ont également obtenu des avancées satisfaisantes, de plus de 10 pour cent, au niveau de cet indicateur au cours des dernières années. Par rapport à

²⁸ UNICEF et UNESCO (2011).

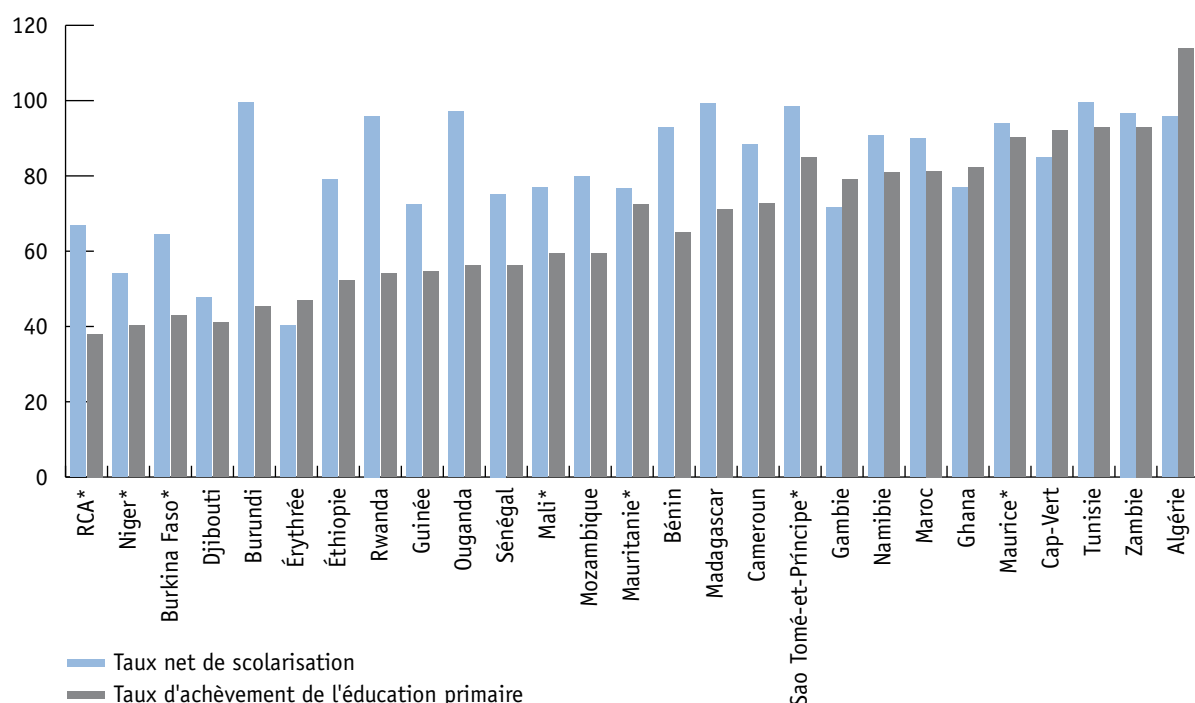
²⁹ ONU (2010).

Figure 13 : Dépenses affectées à l'enseignement primaire en % du total des dépenses consacrées à l'éducation



Source : données compilées à partir des données de l'UNESCO (2010).

Figure 14 : Taux de scolarisation et taux d'achèvement du primaire pour des pays africains sélectionnés, 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Légende : *données 2009.

1991, l'Algérie, le Bénin, la Guinée, Madagascar, le Mali, la Mauritanie, le Maroc et le Mozambique ont également marqué des bons points en matière d'amélioration de leur taux d'achèvement du primaire. Cependant, sept pays (Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Niger et RCA) ont enregistré des taux inférieurs à 50 pour cent en 2008 (Figure 15).

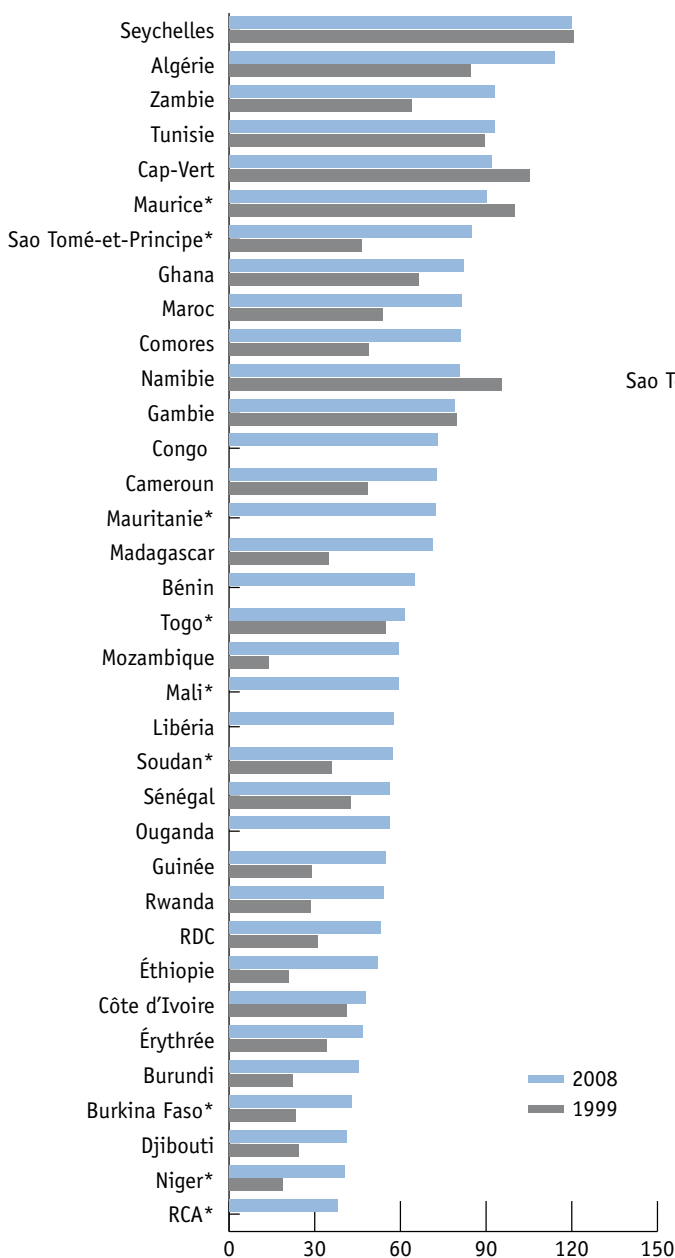
L'analyse des données ventilées par genre montre que dans 14 pays³⁰, le taux d'achèvement du

primaire pour les garçons dépasse le taux obtenu par les filles de plus de 10 pour cent en 2008. À l'inverse, d'autres pays (Cap-Vert, Gambie, Maurice, Mauritanie, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Tunisie) enregistrent un taux d'achèvement légèrement supérieur chez les filles que chez les garçons. Suivant la même tendance que les taux de scolarisation, les taux d'achèvement favorisent les ménages plus aisés, les populations urbaines et les garçons. En effet, les filles issues des 20 pour cent de ménages les plus pauvres risquent trois fois plus de quitter l'école que les filles appartenant aux ménages situées dans la tranche supérieure de revenus

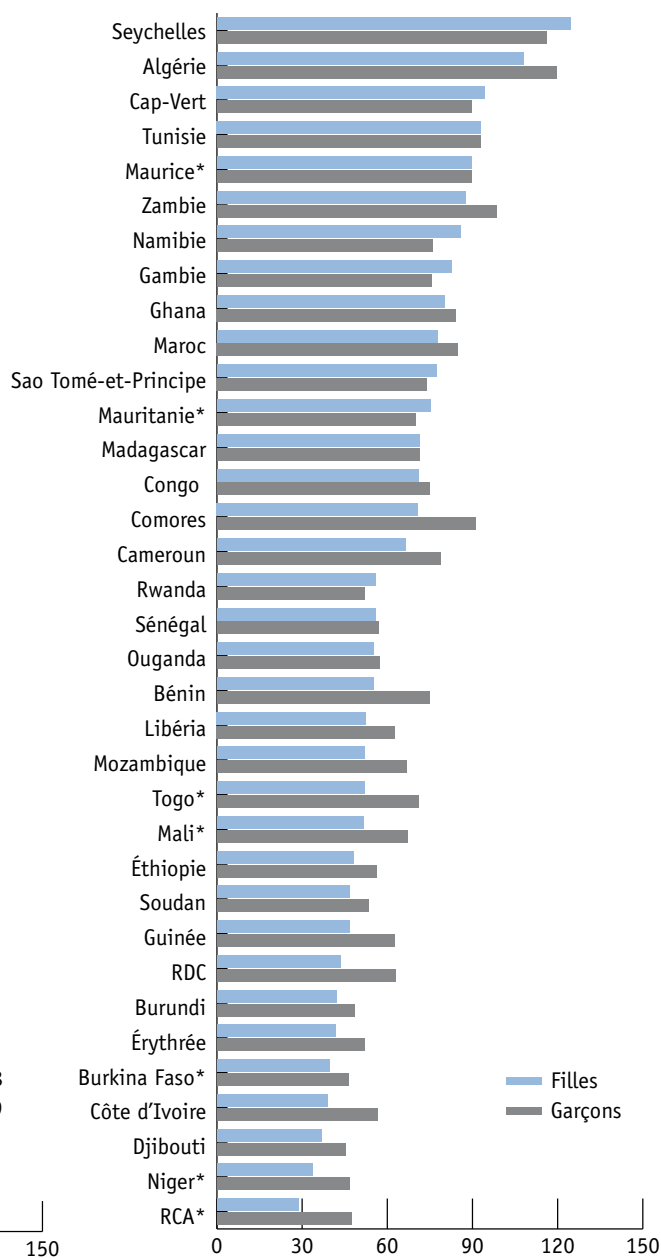
30 Algérie, Bénin, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, RCA, RDC, et Zambie.

Figure 15 : Taux d'achèvement du primaire pour des pays africains sélectionnés (%)

15a : Données obtenues pour les deux genres, 1999 et 2008



15b : Données ventilées par genre, 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Légende : *données 2009 ; **données 1991.

(ONU, 2010). De surcroît, les données relatives aux ménages collectées dans 42 pays montrent que les enfants en milieu rural sont deux fois plus susceptibles de quitter l'école que les enfants vivant en milieu urbain (ONU, 2010). En outre, la qualité de l'éducation, mesurée indirectement par le biais du rapport entre le nombre d'élèves par enseignant, établi à 1 pour 45, reste très faible sur le continent. Il manque approximativement 3 millions d'enseignants et l'offre d'enseignants qualifiés est de toute évidence insuffisante.

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

Il est peu probable que le taux d'alphabétisation des adultes puisse augmenter de 50 pour cent d'ici 2015. Les taux d'alphabétisation décrivent une tendance comparable à ceux de l'achèvement du primaire. Comme on pouvait le prévoir, les pays enregistrant de bons taux d'achèvement du primaire ont également de meilleurs taux d'alphabétisation parmi les jeunes adultes. En outre, le déséquilibre entre les genres persiste dans de nombreux pays d'Afrique (*Figure 16*). Dans la plupart des pays, les taux d'alphabétisation sont plutôt stationnaires. Seuls trois pays (Côte d'Ivoire, Guinée et Mozambique) montrent des améliorations sensibles à cet égard depuis quelques années. Alors que de nombreux pays enregistrent des taux d'alphabétisation de plus de 75 pour cent, seuls 15 pays ont atteint le taux des 90 pour cent, qu'ils avaient, pour la plupart, déjà réalisé en 1991.

Les pays disposant d'un taux d'alphabétisation inférieur à 75 pour cent ont peu progressé ces dernières années. Le taux d'alphabétisation de la Sierra Leone est aujourd'hui de 55,7 pour cent, contre 47,9 pour cent en 2004. Le Tchad, dont le taux

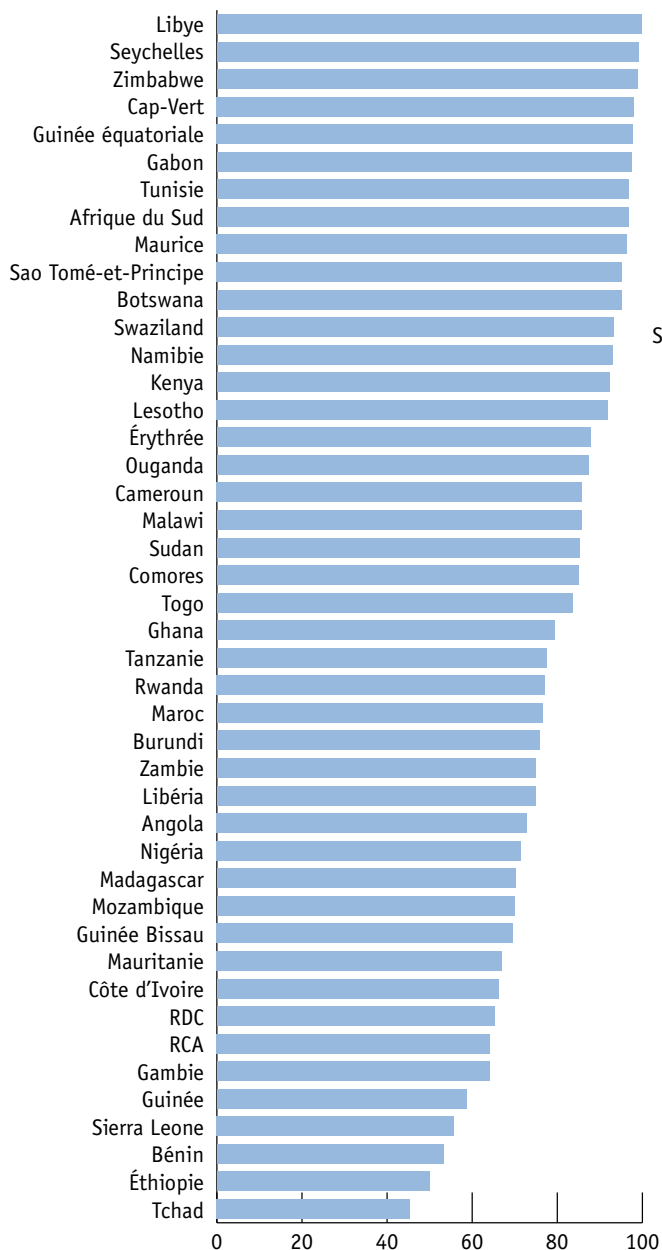
d'alphabétisation est le plus bas, à 45,4 pour cent, enregistre une légère amélioration par rapport au taux de 37,6 pour cent de 2000. En Éthiopie, le taux d'alphabétisation est de 49,9 et n'a pas évolué depuis 2004. Étant donné que ces mêmes pays ont obtenu des améliorations de leurs taux nets de scolarisation, l'absence de progrès en matière d'alphabétisation reflète la qualité souvent médiocre de l'enseignement primaire. À de rares exceptions près, telles que celles du Lesotho et du Libéria, les taux d'alphabétisation sont généralement plus élevés parmi les hommes³¹.

Malgré les efforts des gouvernements et de leurs partenaires, il reste toujours 153 millions d'adultes analphabètes en Afrique. Cela représente 20 pour cent des 759 millions de personnes qui ne savent ni lire ni écrire à travers le monde. Plus des deux tiers des analphabètes en Afrique sont des femmes. Certains gouvernements africains, via *l'Initiative pour l'alphabétisation : savoir pour pouvoir*, ont pris des mesures concrètes pour s'atteler à ce problème, qui ne recueille pas encore l'attention qu'il mérite.

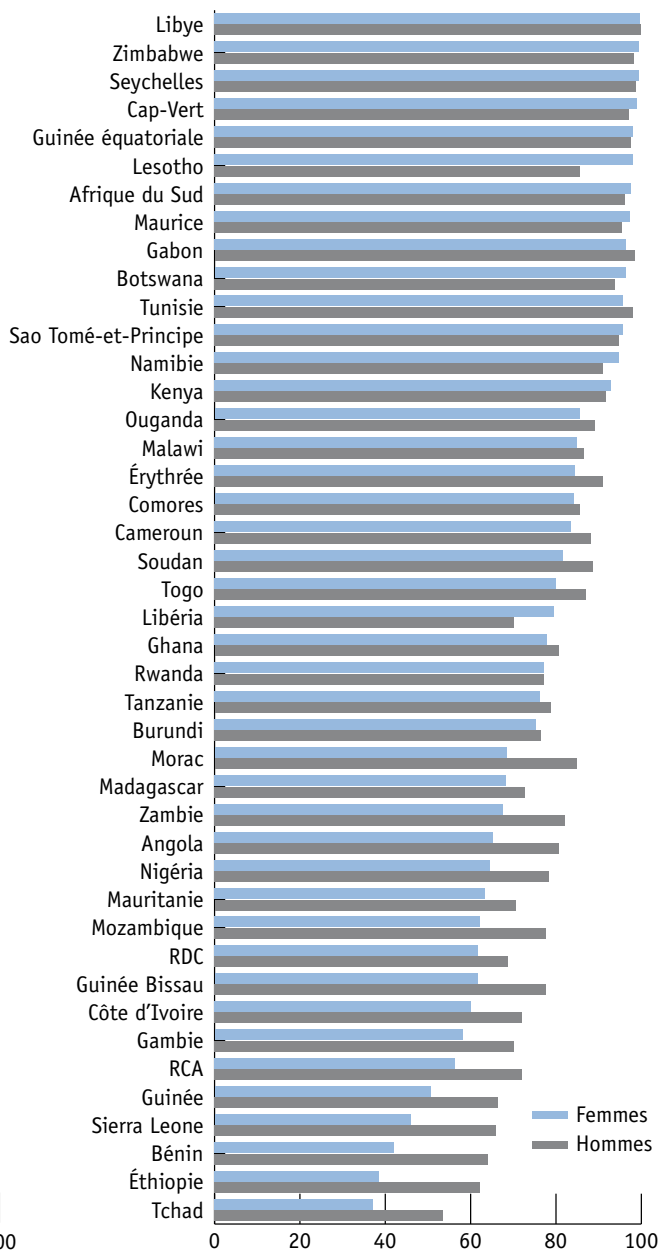
31 Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Maurice, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Swaziland et Zimbabwe.

Figure 16 :

16a : Taux d'alphabétisation des deux genres, 2008 (%)



16b : Taux d'alphabétisation ventilé par genre, 2008 (%)



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Les progrès accomplis par les pays africains en matière d'égalité des genres et d'autonomisation des femmes ont été, dans l'ensemble, plutôt satisfaisants ces dernières années. Le rapport entre le nombre d'inscriptions de filles et de garçons à l'école primaire se rapproche de la parité dans presque tous les pays, et le nombre de femmes députés dans les parlements africains a continué de progresser en 2010. Cependant, il faudra des prises d'engagement fermes pour maintenir, voire accélérer, ces progrès puisque peu de pays ont atteint la parité entre genres dans l'éducation secondaire et supérieure, et la plupart des pays n'ont qu'un tout petit nombre de femmes députés.

Il faut aussi que la promotion de l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes soient intégrées à d'autres OMD, tels que la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et la lutte contre les maladies majeures, qui toutes exigent une focalisation sur les femmes.

Pour accélérer les progrès en matière de genre, il est indispensable d'instaurer des lois et des politiques prévoyant des dispositions à long terme pour autonomiser les femmes de tout âge, quelle que soit leur occupation. En appliquant de telles politiques, il sera possible de maintenir le statut prioritaire de l'égalité entre les genres au-delà de 2015. Comme le thème du genre affecte tous les segments de la société, il est également recommandé d'impliquer les hommes dans les programmes, clubs, réseaux sociaux et activités organisationnelles ciblant les femmes.

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

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

Enseignement primaire

Bien que de récentes initiatives aient favorisé la scolarisation des filles, surtout au niveau primaire, les données montrent qu'en 2008, la parité entre garçons et filles n'avait pas encore été atteinte en Afrique (hors Afrique du Nord). Globalement, 91 filles étaient inscrites dans le primaire pour 100 garçons, et 84 filles étaient inscrites dans le secondaire pour 100 garçons. En dépit d'une volonté politique en faveur de l'éducation des filles et d'un financement accru à cette fin, de grands obstacles restent à surmonter, notamment la pauvreté, qui pèse surtout sur les femmes, et les pratiques culturelles tendant à favoriser les garçons³².

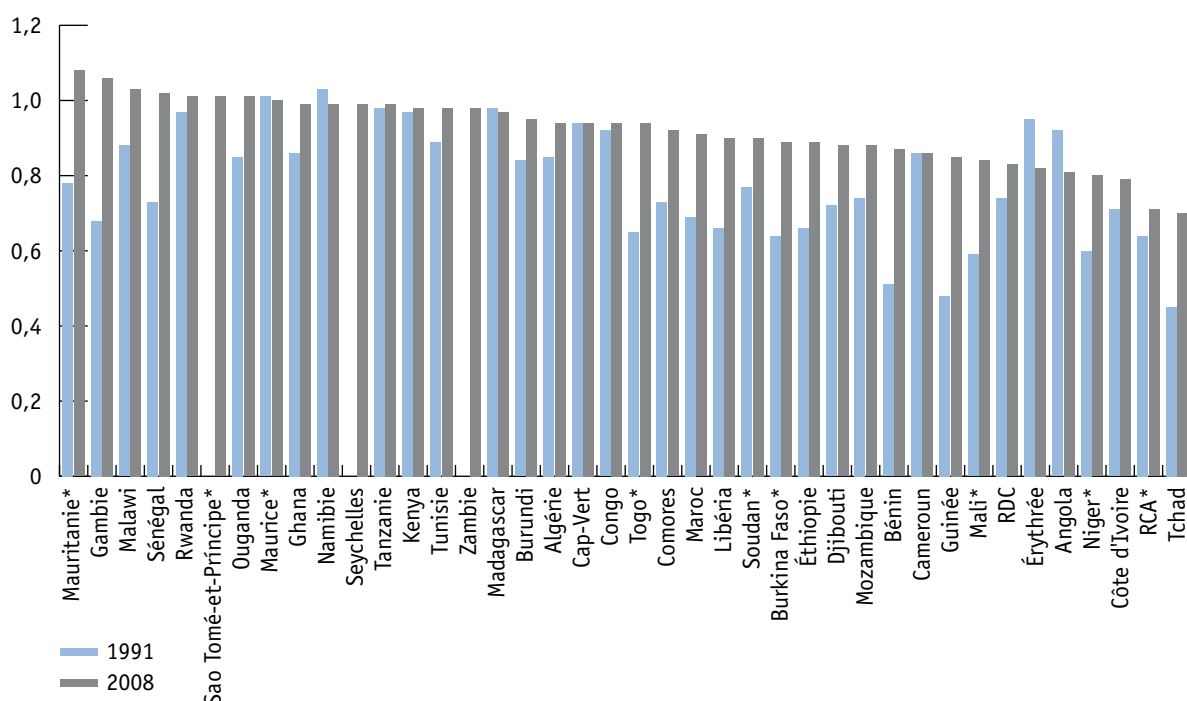
En Afrique, les frais scolaires imposent une forte contrainte à la scolarisation des filles. Dans les pays où l'école est gratuite, le nombre des filles scolarisées tend à être plus élevé³³. Dès lors que la seule scolarisation des garçons est mise en avant, les frais scolaires seront toujours considérés comme une contrainte supplémentaire à l'inscription des filles à l'école.

Dans les 37 pays pour lesquels des données comparables sont disponibles, l'analyse de l'Indice de

³² UNICEF et UNESCO (2011).

³³ ONU

Figure 17 : Indice de parité des genres dans l'enseignement primaire pour des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juillet 2010).

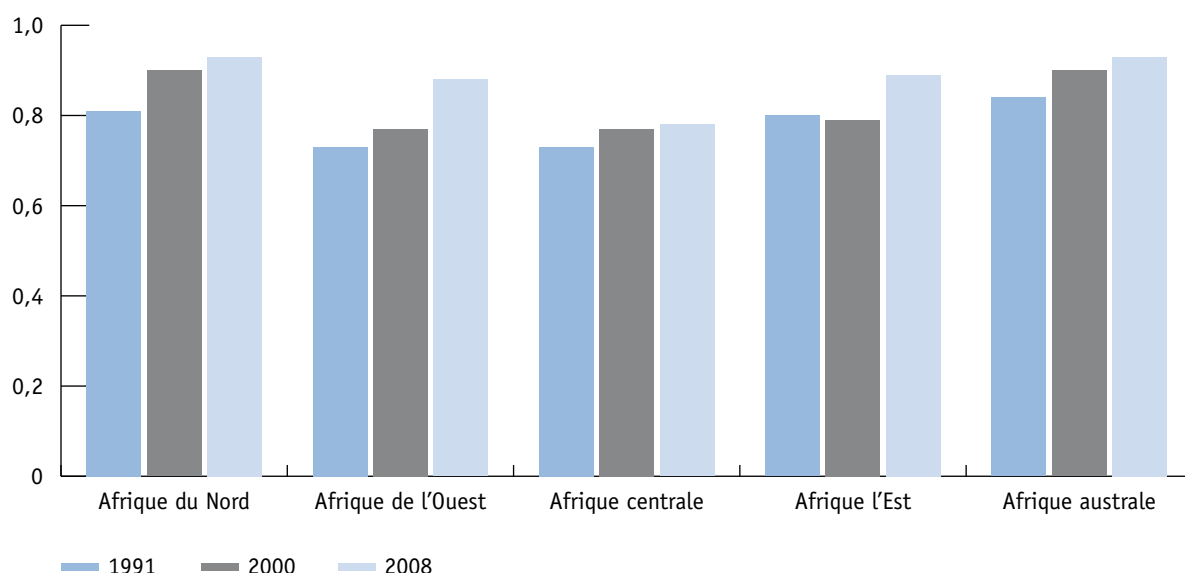
Légende : * données 2009.

parité des sexes (IPS) dans le cycle primaire entre 1991 et 2008 montre que la plupart des pays africains parviendront à réaliser la parité au niveau de l'enseignement primaire d'ici 2015. Dix-sept pays³⁴ s'approchent de la parité avec des scores égaux ou supérieurs à 90 en 2008 (*Figure 17*). En fait, le Malawi, la Mauritanie, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, le Rwanda, le Sénégal et le Togo ont dégagé un IPS légèrement supérieur à 1,0, ce qui signifie que le nombre des filles scolarisées y dépasse celui des garçons. Dans ces pays-là, le défi émergeant au

niveau de l'éducation nationale sera d'accroître la scolarisation des garçons pour assurer une véritable égalité des genres. C'est au Bénin, en Gambie et en Guinée que l'on observe la plus forte réduction, de plus de 0,35 points, en termes de disparité des genres au primaire de 1991 à 2008. À l'autre extrémité, la disparité entre les genres dans le cycle primaire semble avoir augmenté en Angola et en Érythrée pendant la même période. Aucun changement n'a été noté au Cameroun et au Cap-Vert en ce qui concerne cet indicateur entre 1991 et 2009. Mais dans l'ensemble, il paraît tout à fait plausible que la plupart des pays d'Afrique puissent réaliser la parité entre les genres à l'école primaire d'ici 2015.

34 Algérie, Burundi, Cap-Vert, Comores, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Maroc, Namibie, République du Congo, RDC, Seychelles, Soudan, Tanzanie, Togo, Tunisie et Zambie.

Figure 18 : Indice de parité des genres dans l'enseignement primaire par sous-région africaine, 1991-2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mis à jour en juillet 2010).

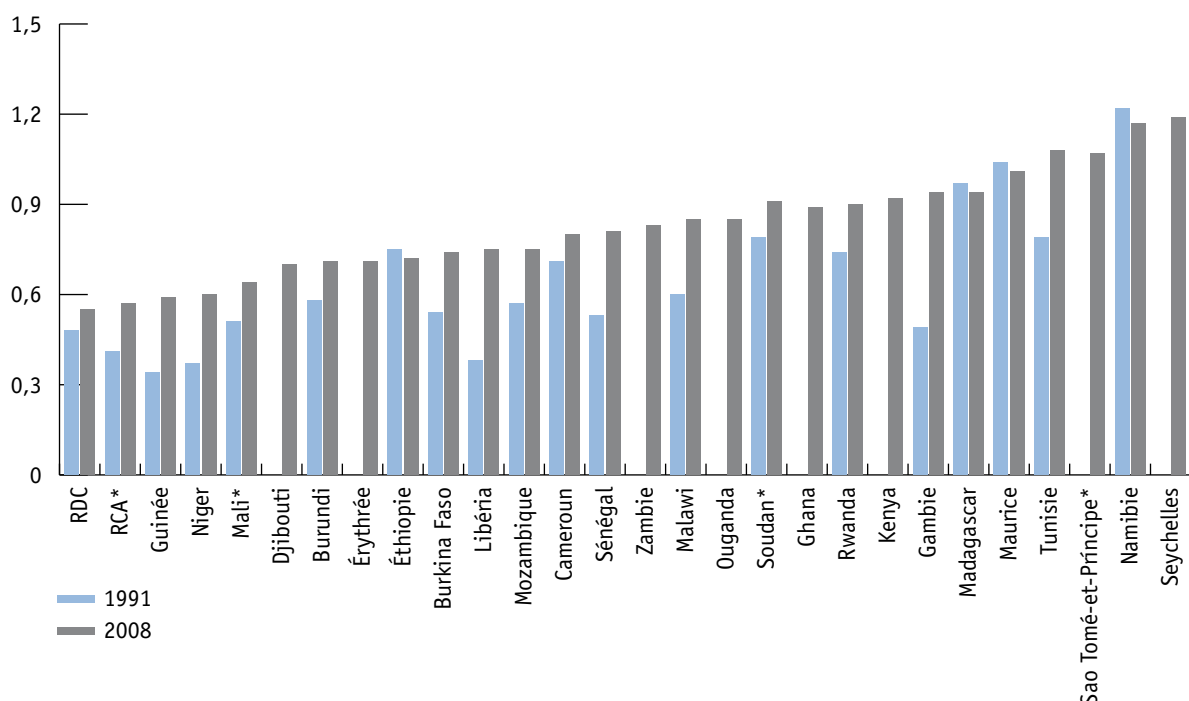
La *Figure 18* résume la performance des sous-régions africaines en vue de la réalisation de l'égalité des genres au niveau de la scolarisation dans le primaire. Dans l'ensemble, les sous-régions africaines montrent une évolution positive de l'IPS pour ce qui est de l'enseignement primaire. L'Afrique de l'Ouest enregistre les avancées les plus probantes à cet égard, suivie de l'Afrique du Nord et de l'Afrique de l'Est, pour la période 1991-2008. Mais les progrès ont été plus lents en Afrique centrale et australe.

Enseignement secondaire

L'impressionnante amélioration de la parité entre les genres dans l'enseignement primaire n'est pas reproduite au niveau du secondaire, où un écart important subsiste. Sur les 29 pays africains pour lesquels des données sont disponibles, Maurice,

la Namibie, Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles et la Tunisie ont légèrement dépassé la parité entre genres pendant la période 1991-2008/09 (*Figure 19*), avec un IPS supérieur à 1,0, ce qui signifie que dans ces pays, il y a eu davantage d'inscriptions de filles que de garçons dans le cycle secondaire. Des pays tels que la Gambie, la Guinée, le Libéria, le Malawi, le Niger, le Sénégal et la Tunisie sont parvenus à réduire sensiblement l'écart de scolarisation dans le secondaire entre filles et garçons, de 25 à 45 pour cent de 1991 à 2008. Cependant, en Éthiopie, à Madagascar, à Maurice et en Namibie, cet écart s'est légèrement creusé durant la même période. Globalement, si les tendances actuelles se confirment, il sera peu probable que les pays africains puissent atteindre la parité des genres dans l'enseignement secondaire d'ici 2015.

Figure 19 : Indice de parité des genres dans l'enseignement secondaire pour des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juillet 2010).

Légende : * données 2009.

Enseignement supérieur

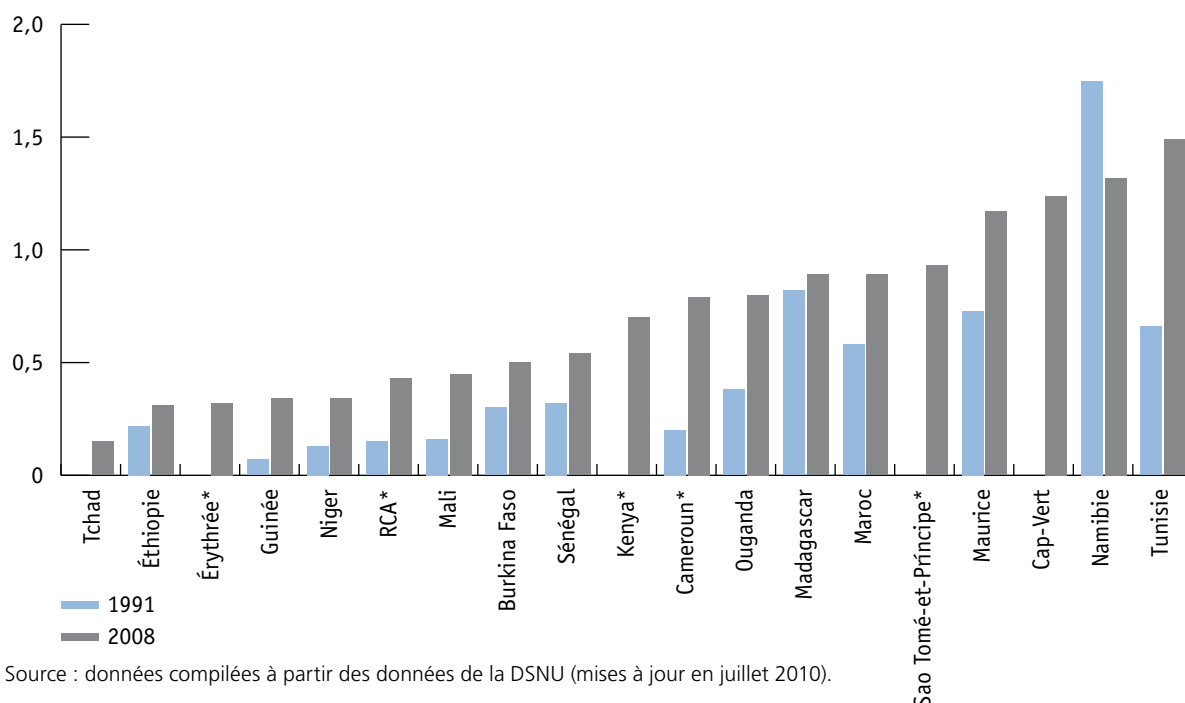
Les progrès en vue de la réalisation de la parité des genres au niveau de l'éducation supérieure sont également lents. Sur les 19 pays pour lesquels des données sont disponibles pour 2008/2009, le Cap-Vert (1,24), Maurice (1,17), la Namibie (1,32) et la Tunisie (1,49) ont dépassé la parité, de sorte que les filles y sont désormais plus nombreuses que les garçons dans l'enseignement supérieur. Ces pays sont donc mis au défi d'accroître le ratio d'inscription des garçons afin de parvenir à une véritable parité entre les genres dans l'enseignement supérieur. Comme il a été mentionné pour les cas présentant des tendances similaires au niveau de l'enseignement

primaire, il appartient aux gouvernements de prendre conscience de cette préoccupation émergente afin de prendre, si nécessaire, les mesures adaptées pour y remédier.

Sur les 14 pays pour lesquels des données sont disponibles pour 1991 et 2008, le Cameroun, Maurice, l'Ouganda et la Tunisie ont visiblement progressé en termes de réduction de la disparité entre les genres dans l'enseignement supérieur (*Figure 20*). Huit³⁵ d'entre eux ont obtenu un IPS inférieur à 0,50 à cet égard en 2008. Étant donné

35 Burkina Faso, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Mali, Niger, RCA et Tchad.

Figure 20 : Indice de parité des genres dans l'enseignement supérieur pour des pays africains sélectionnés, 1991 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juillet 2010).

Légende : * données 2009.

Encadré 3 : Objectif 3 - Réaliser l'égalité des genres en Afrique du Sud

L'égalité des genres est un impératif constitutionnel en Afrique du Sud. Le gouvernement a donc introduit une gamme de politiques, de lois, de programmes et de mécanismes destinés à répondre aux besoins spécifiques des femmes et des filles.

Dans le contexte de l'indicateur 3.1, le ratio filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur est respectivement de 0,96, 1,05 et 1,26 (données de 2009). Il y a donc plus de filles que de garçons dans l'enseignement secondaire et supérieur. Au niveau de l'indicateur 3.2 (proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole), le ratio était de 45 pour cent en 2009, ce qui représentait une légère augmentation par rapport aux 43 pour cent de 1996. La progression est beaucoup plus nette en ce qui concerne l'indicateur 3.3 (proportion des sièges occupés par des femmes au parlement national), car le pourcentage de participation des femmes est passé de 25 pour cent en 1994 à 44 pour cent en 2009. Dans l'ensemble, l'Afrique du Sud a progressé de manière très satisfaisante, de sorte qu'elle a déjà atteint la plupart des cibles des OMD liées à la dimension de genre. Néanmoins il reste toujours des améliorations à apporter à cet égard, notamment en matière de violences faites aux femmes. Mais l'on peut aisément présager de la volonté de ce pays de continuer à lutter contre les inégalités entre genres.

Source : *South Africa National MDG Report, 2010*.

que la plupart des pays d'Afrique n'ont pas pu réaliser un IPS de 0,90 en 2008 et que nombre peinent toujours pour atteindre un indice de 0,50, il est fort peu probable que les pays africains atteignent cette cible d'ici 2015 si la tendance actuelle se confirme.

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

Le suivi des avancées relatives à cet indicateur est quelque peu problématique en raison de l'insuffisance des données s'y rapportant. Pour cette raison, l'analyse effectuée repose sur les données les plus récentes disponibles pour les différents pays (Figure 21). En effet, on procède très rarement à des enquêtes d'opinion visant à mesurer la proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole. De fait, la plupart des pays ne disposent, pour cet indicateur, que de données portant sur une seule année, ce qui rend impossible le suivi des progrès au niveau des pays à long terme. En outre, comme les données nationales les plus récentes portent sur des années différentes (allant de 2000 à 2008), l'absence de comparabilité fait qu'il est impossible d'assurer le suivi de la progression des différents pays.

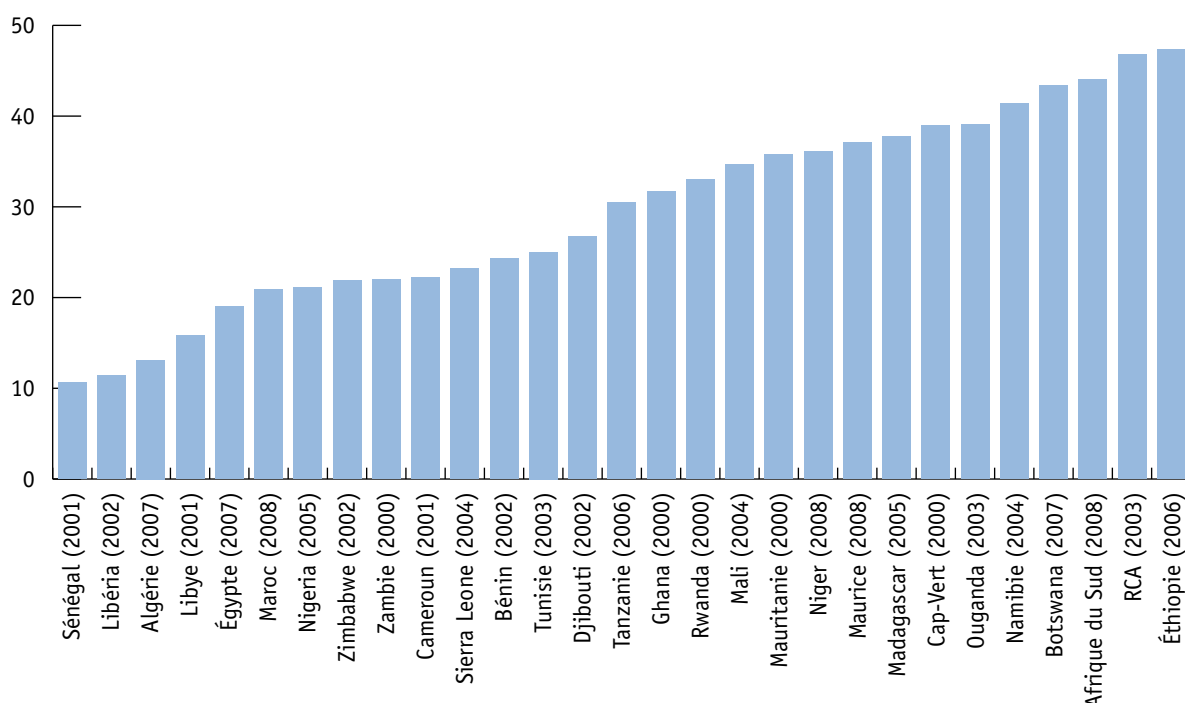
Néanmoins, il est possible d'affirmer que la performance globale de l'Afrique au regard de cet indicateur a été décevante. À l'échelle du continent, la part des femmes salariées dans le secteur non agricole est inférieure à 50 pour cent. L'Éthiopie qui a enregistré le taux le plus élevé (47,3 pour cent) réalisé pour 2006 est considérée comme le pays le plus performant au regard de cet indicateur. Cela peut s'expliquer par l'intérêt particulier accordé par le gouvernement éthiopien à la création de PME comme un moyen efficace pour générer des opportunités d'emploi pour les femmes.

Il est probable que la crise financière de 2007/2008 ait également contribué à une forte progression de l'emploi informel à la suite des nombreuses pertes d'emploi survenues dans le secteur formel. Dans certains pays en développement, plus de 80 pour cent des travailleurs occupent un emploi informel, à titre de propriétaires de petites entreprises du secteur informel, par exemple, ou comme employés ou travailleurs familiaux. Les emplois de ce type sont très vulnérables, car ils ne font l'objet d'aucun contrat écrit et d'aucune prestation de sécurité sociale (cela s'applique également aux travailleurs exerçant en sous-traitance à domicile et aux employés domestiques). Dans la plupart des pays africains, les femmes sont surreprésentées dans les emplois informels. (Voir également la Section III de ce rapport sur la protection sociale comme moyen de faire face à la vulnérabilité des emplois informels.)

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

Il est encourageant de constater que des données relatives à la proportion des femmes parlementaires étaient disponibles pour la totalité des 53 pays africains en 2010 (Figure 22). La représentation des femmes au parlement national a progressé dans un nombre important de pays d'Afrique. Les plus performants en 2010 étaient le Rwanda (56 pour cent), l'Afrique du Sud (45 pour cent), le Mozambique (39 pour cent), l'Angola (39 pour cent), l'Ouganda (31,5 pour cent), le Burundi (31,4 pour cent) et la Tanzanie (30,7 pour cent). Parmi les 36 pays d'Afrique qui ont produit des données pour les années 1990 et 2010, plus de 80 pour cent (soit 29 pays) ont connu, dans l'intervalle, une augmentation de la proportion des femmes députés au parlement national (Figure 22). Les progrès les plus notables signalés à cet égard entre 1990 et 2010 ont été enregistrés par l'Afrique du Sud, l'Angola,

Figure 21 : Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

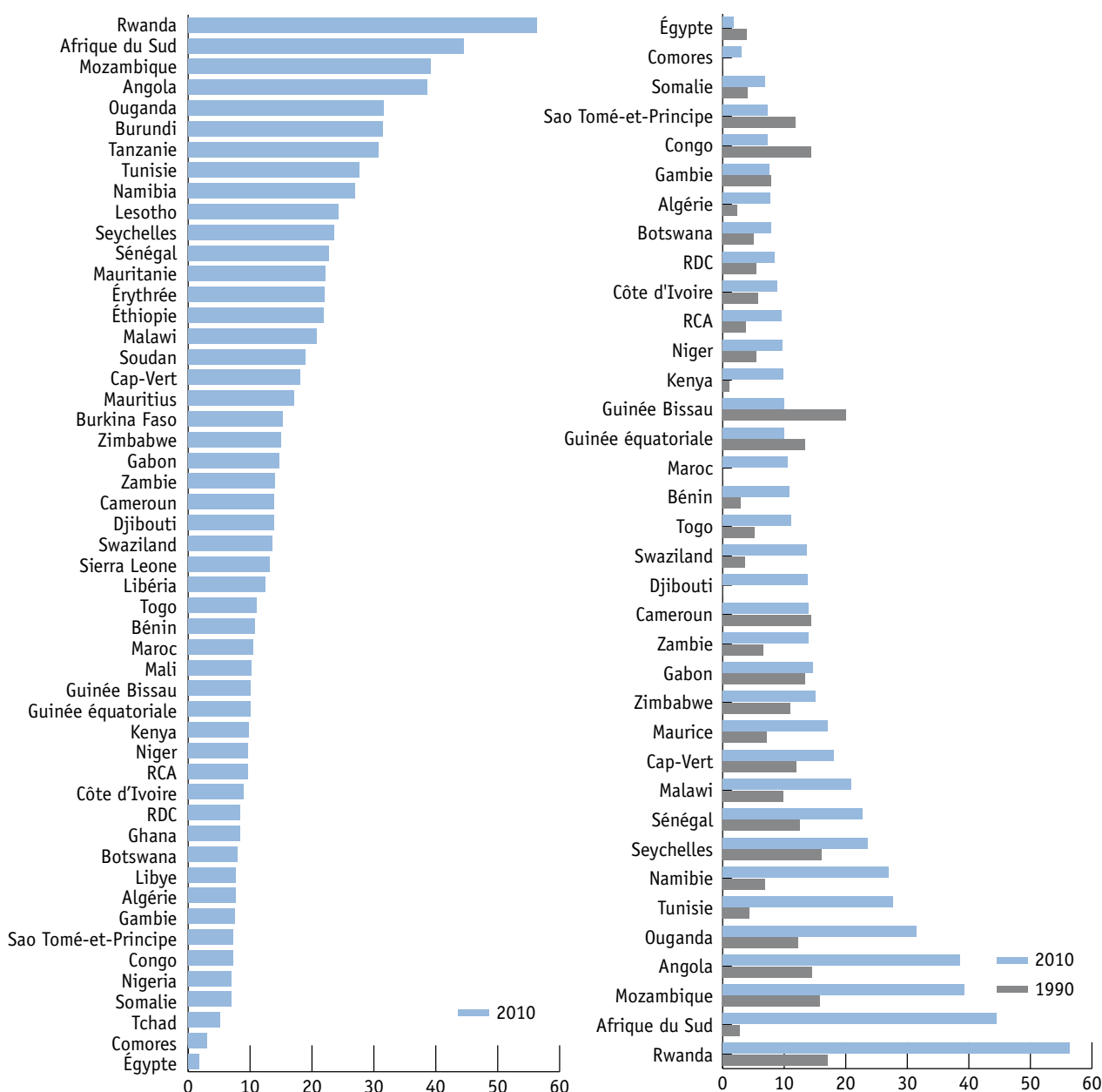
le Mozambique, la Namibie, le Rwanda et la Tunisie. À l'issue des élections de 2009 en Afrique du Sud, 44 pour cent des sièges à la Chambre basse ont été attribués à des femmes, plaçant ce pays à la troisième position mondiale au niveau de cet indicateur, devant le Rwanda et la Suède (ONU, 2010). Les femmes accèdent désormais de plus en plus aux plus hautes fonctions de l'État. Pour preuve, ce sont des femmes qui occupent les postes de Président de l'Assemblée nationale en Afrique du Sud et au Lesotho, de Président du sénat au Swaziland et au Zimbabwe, de Président de la Chambre des représentants au Nigeria et de Président de la République au Libéria³⁶.

Cependant, sept pays (Cameroun, Congo, Égypte, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Gambie et Sao Tomé-et-Principe) ont accusé une baisse, entre 1990 et 2010, du nombre de femmes députés au parlement. De plus, on a noté en 2010 que dans 17 autres pays³⁷, la représentation des femmes au parlement était inférieure à 10 pour cent, les pays les moins performants à cet égard étant l'Égypte et les Comores (1,8 et 3,0 pour cent respectivement). Par ailleurs, la représentation des femmes dans le système exécutif, judiciaire ou traditionnel ainsi que dans d'autres sphères de la vie publique est faible dans la plupart des pays, seuls 29 pour cent des

36 www.escueladefeminismo.org/IMG/pdf/models.pdf

37 Algérie, Botswana, Comores, Côte d'Ivoire, Égypte, Gambie, Ghana, Kenya, Libye, Niger, Nigeria, RCA, RDC, République du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Somalie et Tchad.

Figure 22 : Pourcentage des sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux, 1990 et 2010



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

postes de haut-fonctionnaires sont détenus par des femmes³⁸. Mais dans l'ensemble, les avancées enregistrées par les pays africains dans leur progression vers la réalisation d'une meilleure parité entre les genres au sein des parlements nationaux sont très encourageants. Afin de consolider ces gains et poursuivre la progression sur cette voie, tant au parlement que dans les autres sphères de la vie publique, les gouvernements devraient institutionnaliser des quotas minimum de parlementaires femmes tout en s'employant à lever les difficultés liées aux normes culturelles et aux institutions traditionnelles. Cela garantira la poursuite des efforts en vue de la réalisation de la parité des genres dans la vie publique au-delà de 2015.

OBJECTIF 4 : RÉDUIRE LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 90 pour cent de la totalité des décès d'enfants sont imputables aux seules six conditions suivantes : causes néonatales, pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole et VIH/sida. Les avancées réalisées au titre de l'ODD 4 (réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans), nécessitera une couverture universelle garantissant les interventions efficaces et abordables suivantes : prise en charge des nouveau-nés et de leurs mères ; programmes d'alimentation des tout-petits et des jeunes enfants ; vaccins ; prévention et gestion de cas de diarrhée, pneumonie et septicémie ; maîtrise du paludisme ; et prévention et prise en charge des cas de VIH/sida. On estime que ces interventions pourraient réduire le nombre des décès d'enfants

de plus de moitié, particulièrement dans les pays où la mortalité infantile est élevée³⁹.

Il est difficile d'établir des estimations précises du taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans en raison de la disponibilité limitée des données de qualité dans de nombreux pays en développement. Les estimations mondiales les plus récentes, produites par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (IGME), montrent que parmi les 31 pays faisant état d'un taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans (U5MR) égal ou supérieur à 100 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2009, 30 d'entre eux se trouvent en Afrique. L'U5MR mondial a diminué de près de deux tiers en l'espace de 20 ans, passant de 89 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 60 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009. Cependant, les avancées obtenues à cet égard dans des régions telles que l'Afrique (hors Afrique du Nord), l'Asie australe et l'Océanie ne sont pas suffisantes pour réaliser l'Objectif 4 à l'échéance de 2015 (IGME, 2010).

Dans l'ensemble, des améliorations ont été constatées au niveau des trois indicateurs permettant d'assurer le suivi des réalisations des pays au titre de l'ODD 4. Malgré ces avancées et considérant que la plupart des décès d'enfants peuvent être anticipés ou évités, les pays d'Afrique devraient relancer leurs efforts, sous forme de démarches polyvalentes et intégrées, afin d'éradiquer les principales maladies à l'origine de la mortalité infantile, en renforçant leurs systèmes de santé et en veillant à la continuité de la prise en charge médicale des enfants.

38 ONU (2010).

39 ONU (2010).

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

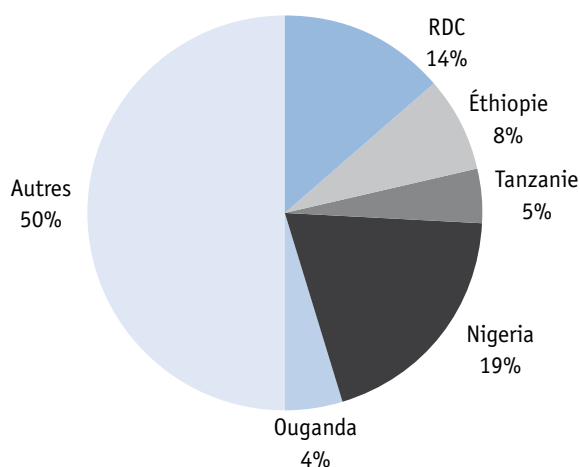
Indicateur 4.1 - Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (U5MR)

L'Afrique a enregistré une baisse de l'U5MR, qui est passé de 165 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 118 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009, soit une réduction de 28 pour cent en l'espace de 20 ans. Cette diminution se traduit par une réduction moyenne annuelle de 1,8 pour cent, jugé insuffisante pour permettre à l'ensemble du continent d'atteindre cette cible d'ici 2015 (IGME, 2010). Le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans légèrement reculé, à hauteur de 4 pour cent, passant de 4,2 millions de morts en 1990 à 4,1 millions en 2009. La RDC, l'Éthiopie, la Tanzanie, le Nigeria et l'Ouganda comptaient environ 50 pour cent (2,0 millions) des morts d'enfants de moins de 5 ans survenus en 2009 (Figure 23). Le Nigeria a identifié un certain nombre de facteurs contribuant à un U5MR élevé, en particulier, la baisse d'affectation des ressources et les inégalités dans l'accès aux services de santé. Dans le cas de la Tanzanie, les contraintes ont trait à l'insuffisance des ressources financières et humaines dans le secteur de la santé et l'absence de système de gestion des informations pour les besoins du suivi. Certains pays, tels que la Sierra Leone, ont lancé diverses initiatives publiques pour améliorer la santé maternelle et infantile afin de surmonter les difficultés suscitées par la défaillance des ressources financières et humaines (voir l'Encadré 4 sous l'OMD 5). Cependant, l'U5MR reste élevé dans la plupart des pays d'Afrique, 30⁴⁰

40 Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie,

d'entre eux sur 53 ayant enregistré des taux de plus de 100 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009 (Figure 24). La lenteur des progrès en matière de réduction de la mortalité infantile est exacerbée par la forte croissance démographique dans les pays concernés.

Figure 23 : Pays enregistrant la plus forte prévalence de décès des moins de 5 ans en Afrique, en 2009

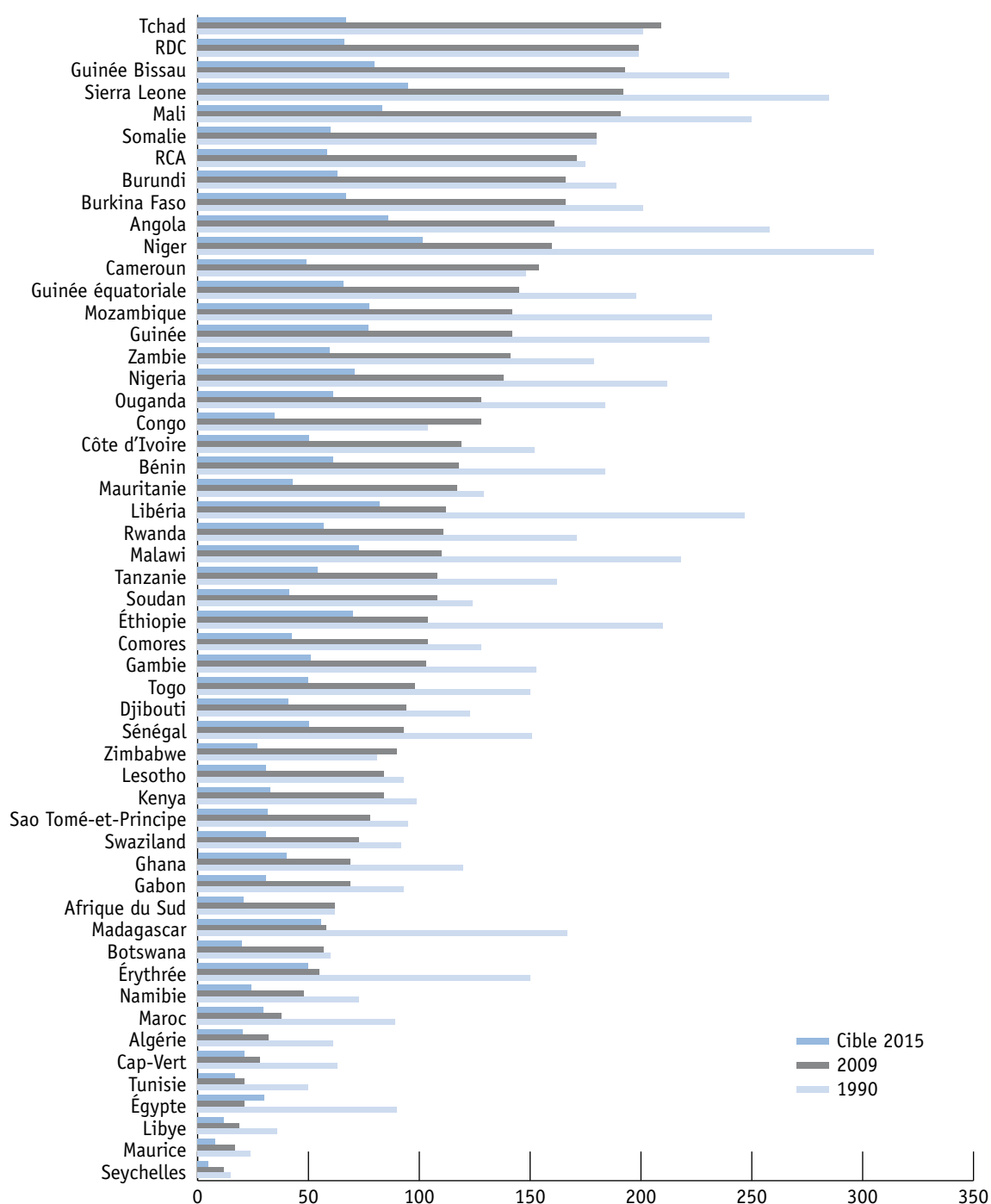


Source : IGME (2010).

Comme dans le cas des autres OMD, la moyenne régionale de cet indicateur masque de fortes disparités entre les différents pays. Les avancées enregistrées entre 1990 et 2009 indiquent que six pays (Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Libye, Maroc et Tunisie) sont en bonne voie pour réaliser l'objectif, étant parvenus à réduire le taux de mortalité parmi les moins de 5 ans de plus de 45 pour cent. Ce résultat est en grande partie imputable aux facteurs suivants : amélioration du niveau éducatif des mères ; renforcement des systèmes

Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda, RCA, RDC, République du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad et Zambie.

Figure 24 : Progrès dans la réduction de l'U5MR, 1990, 2009 et 2015 (cible)



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

de santé par des politiques opérant un équilibre entre les interventions curatives et préventives ; accès amélioré aux services de santé ; et mise en œuvre de systèmes de suivi et d'évaluation fiables. De plus, parmi les pays qui ont réussi à réduire leur U5MR d'au moins 33 pour cent, cinq d'entre eux (Ghana, Madagascar, Namibie, Sénégal et Togo) figurent au nombre des pays jugés en bonne voie de réaliser l'ODD 4. Cependant la majorité des pays ne sont pas parvenus à progresser suffisamment pour réduire l'U5MR. Le Tchad et la RDC ont eu tendance à afficher un taux stationnaire ou à régresser au niveau de leur U5MR de 1990, principalement en raison de l'insuffisance des financements et des compétences professionnelles dans le secteur de la santé, et l'incapacité des politiques d'intervention du gouvernement à résoudre ces problèmes de manière efficace.

Le cas de l'Éthiopie, qui se situe dans le peloton de tête du fait d'avoir réussi à opérer une réduction de 50 pour cent du taux de l'U5MR entre 1990 et 2009, mérite d'être signalé (*Figure 25*). Cette réalisation doit être d'autant mieux appréciée à la lumière de la forte démographie en Éthiopie aussi bien qu'au Nigeria. En effet, dans ces deux pays, un taux U5MR initialement élevé avait rendu d'autant plus difficile le défi visant à la réduction de ce taux des deux tiers.

La *Figure 25* montre que neuf pays ont accompli des progrès jugés optimaux, en réduisant leur U5MR de 50 pour cent ou plus entre 1990 et 2009. L'Égypte a déjà atteint cette cible et d'autres pays en feront vraisemblablement autant d'ici 2015 si la tendance actuelle se confirme. Le nombre de pays ayant affiché un U5MR inférieur à 100 morts

pour 1 000 naissances vivantes est passé de 17 pays⁴¹ en 1990 à 23 pays⁴² en 2009.

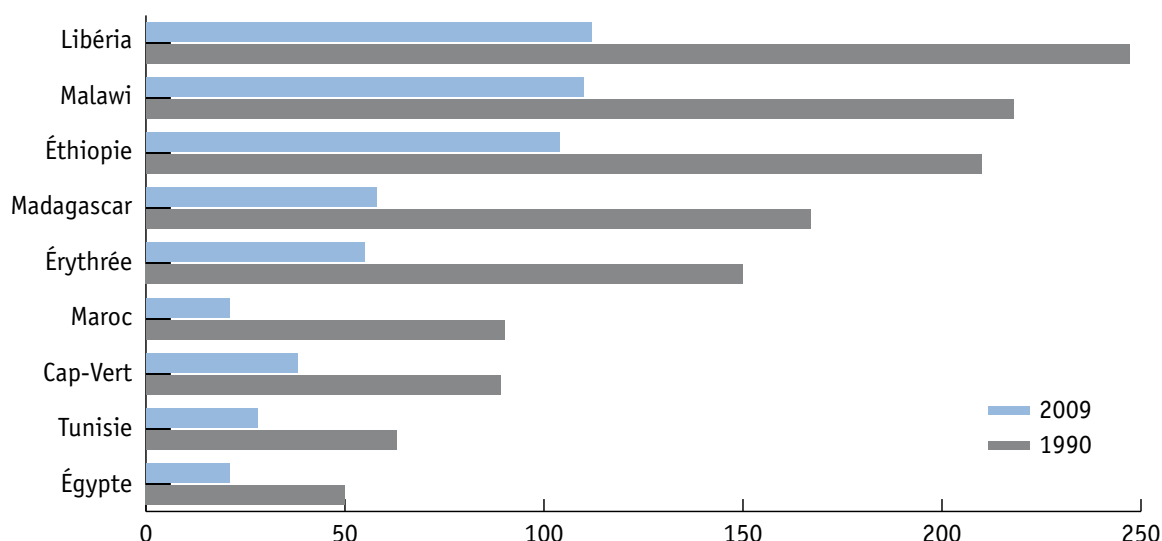
Les politiques d'intervention ayant abouti à de fortes réductions de l'U5MR sont spécifiques aux pays, mais certains points communs peuvent être notés. La volonté politique de réduire la mortalité infantile est cruciale à cet égard, car elle permet d'établir les priorités en termes d'allocations budgétaires afin de réduire la mortalité infantile et de mieux aiguiller les interventions à cette fin. Par exemple, l'Éthiopie a étendu le déploiement d'agents de santé dans les zones rurales en vue de fournir des informations et des recommandations en matière de nutrition et de vaccination, ainsi que des conseils aux mères sur les soins à prodiguer à leurs enfants. Le Malawi, quant à lui, a mis en œuvre un programme de lutte contre les maladies infantiles axé sur l'exploitation des synergies entre les différents organes d'exécution étatiques et non étatiques afin d'améliorer la coordination et le rendement (OMS, 2009).

Il convient de noter un fait particulièrement remarquable au niveau des pays les plus performants répertoriés dans cette liste. En effet, ces derniers comptent des États en situation de post-conflit, comme le Libéria et l'Érythrée, qui sont pourtant parvenus à faire baisser leur U5MR respectivement de 55 et de 63 pour cent. Dans le cas du Libéria, les ingrédients clés de sa bonne performance comprennent notamment un engagement infaillible de la part du leadership, des partenariats solides, une

41 Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Égypte, Gabon, Kenya, Lesotho, Libye, Maurice, Maroc, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Swaziland, Tunisie et Zimbabwe.

42 Ces 23 pays comprennent les 17 mentionnés plus haut, ainsi que Djibouti, l'Érythrée, le Ghana, Madagascar, le Sénégal et le Togo.

Figure 25 : Les neuf pays les plus performants en matière de réduction de l'U5MR, 1990 et 2009



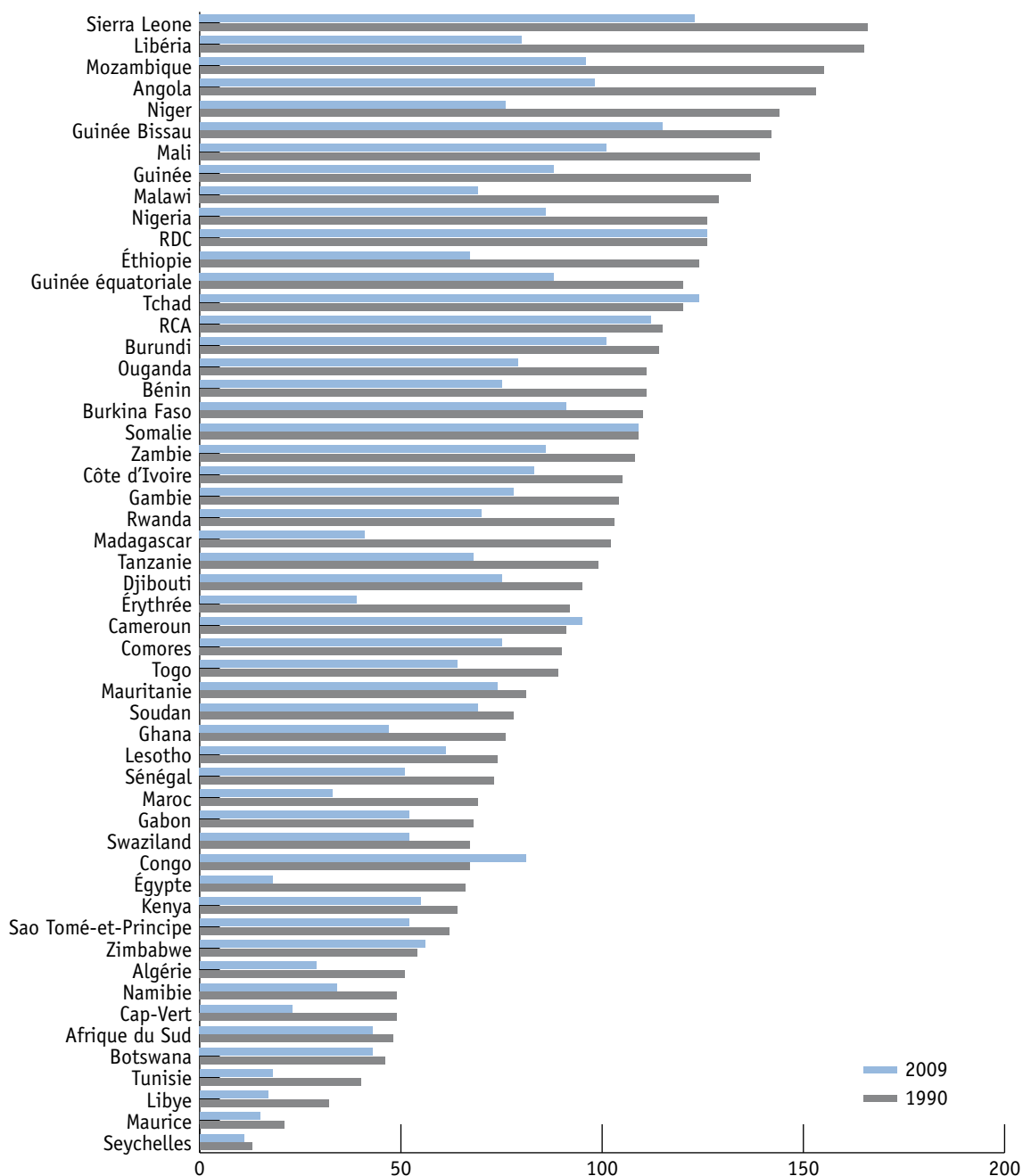
Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

fourniture de services améliorée, et incluent des facteurs secondaires tels que le développement d'infrastructures, des améliorations apportées à l'éducation formelle, une production alimentaire accrue et l'essor du secteur privé. Sur ce dernier point, le secteur privé est en mesure de jouer un rôle clé en offrant des salaires plus élevés, qui permettent aux ménages de mieux accéder aux services de santé. La baisse du taux de mortalité infantile en Érythrée s'explique par un recours renforcé à des interventions sanitaires clés telles que les immunisations, notamment la vaccination contre la rougeole, l'emploi de moustiquaires imprégnées pour combattre le paludisme, et la distribution de vitamine A et d'aliments complémentaires.

Pour accélérer les progrès relatifs à cet indicateur, il est indispensable de procéder à des interventions

ciblées visant les causes essentielles du problème. À travers le monde, quatre maladies seulement (pneumonie, diarrhée, paludisme et sida) ont causé 43 pour cent des décès d'enfants de moins de 5 ans. La plupart de ces vies auraient pu être sauvées par des mesures peu onéreuses de prévention et de traitement, notamment des antibiotiques contre les infections respiratoires aiguës, la réhydratation par voie buccale dans le cas de diarrhées, la vaccination et l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de médicaments antipaludiques. Il est urgent de recentrer l'attention sur la pneumonie et la diarrhée, qui constituent deux des trois principales causes de mortalité chez les enfants. Le recours à des outils innovants, tels que les vaccins antipneumococciques, donnerait une nouvelle impulsion à la lutte contre ces maladies courantes, mais mortelles. Utilisés conjointement à un intérêt renouvelé pour une nutrition appropriée, de tels

Figure 26 : Progrès dans la réduction du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 1990 et 2009



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

outils fournissent un point d'entrée à la revitalisation des programmes de soins complets.

Indicateur 4.2 - Taux de mortalité infantile (TMI)

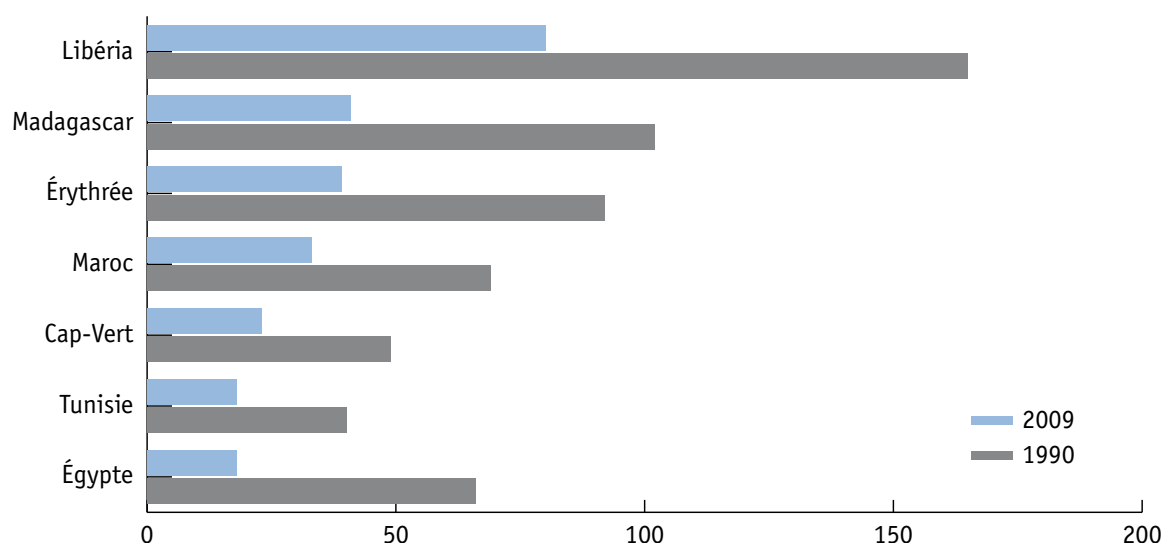
Le taux de mortalité infantile, c'est-à-dire le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes au cours d'une même année, affiche également une tendance à la baisse en Afrique, puisqu'il passe de 102 morts pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 75 morts pour 1 000 naissances vivantes en 2009, soit une diminution de 26 pour cent en l'espace de 20 ans. À l'échelle du continent, le nombre réel de morts infantiles a accusé une légère baisse de 2 pour cent, avec 2,64 millions de décès en 1990 contre 2,59 millions en 2009. Le nombre total de décès d'enfants de moins d'un an en Afrique, hors Afrique du Nord a toutefois atteint 2,5 millions, ce qui représente la fraction inquiétante de 97 pour cent du total

des morts infantiles survenues sur l'ensemble du continent en 2009.

Le chiffre agrégé du TMI pour l'ensemble du continent révèle de fortes disparités entre pays. La majorité des pays africains ont réalisé quelques avancées, quoique timides, au niveau de cet indicateur. Quarante-sept pays ont ainsi enregistré, entre 1990 et 2009, des réductions du TMI allant de 3 à 73 pour cent (*Figure 26*).

La *Figure 27* montre les sept pays les plus performants en matière de réduction du TMI d'au moins 50 pour cent entre 1990 et 2009. La sous-région d'Afrique du Nord montre la voie, avec trois de ses membres (Maroc, Tunisie et Égypte) dans le peloton de tête des sept pays les plus performants sur 20 ans. Il convient de noter que le Libéria et l'Érythrée, qui figurent tous deux sur cette liste,

Figure 27 : Les sept pays les plus performants en matière de réduction du TMI, 1990 et 2009



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

sont des pays en situation de post-conflit. Cela démontre non seulement que les conflits entraînent des taux élevés de mortalité infanto-juvénile, mais aussi qu'il est possible d'aboutir à des changements positifs significatifs grâce à une volonté politique forte qui se traduit par l'adoption de mesures d'intervention adéquates.

Parmi les sept pays les plus performants en termes de réduction du TMI en Afrique entre 1990 et 2009, trois se situent en Afrique du Nord (Égypte, Maroc et Tunisie), deux en Afrique de l'Ouest (Cap-Vert et Libéria) et deux en Afrique de l'Est (Madagascar et Érythrée). Les sous-régions de l'Afrique centrale et de l'Afrique australe ne sont pas répertoriées sur cette liste. En outre, parmi les trois pays (Cameroun, Tchad et Zimbabwe) où le TMI a augmenté, deux appartiennent à l'Afrique centrale (*Figure 28*). Ces chiffres peuvent être indicateurs de taux de prévalence élevés de maladies telles que le paludisme, qui

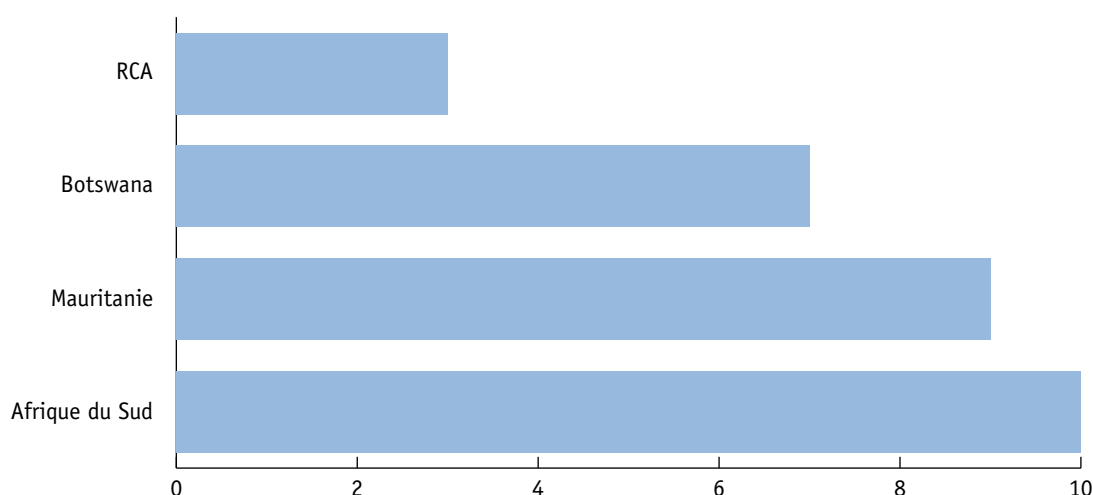
est responsable de la majorité des décès d'enfants dans la sous-région et d'une insuffisance des capacités requises pour réagir à ce fléau.

Dans l'ensemble, les efforts visant à réduire le taux de mortalité infantile et l'U5MR nécessiteront des systèmes intégrés de prise en charge des mères et des enfants, ainsi qu'une extension de la couverture d'immunisation.

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

Au vu du potentiel offert par la vaccination contre la rougeole pour réduire le TMI, la couverture de vaccination de routine contre la rougeole a été sélectionnée comme indicateur des progrès vers la réalisation de l'ODM 4. De plus, la couverture de vaccination contre la rougeole est souvent utilisée comme valeur de substitution pour mesurer l'accès aux services de santé infantile. En Afrique,

Figure 28 : Les quatre pays les moins performants en matière de réduction du TMI, 1990-2009 (réductions de 10 % ou moins)



Source : données compilées à partir des données de l'IGME (2010).

la rougeole constitue la première cause de mort des enfants, devant le sida, la tuberculose et le paludisme (OMS, 2009).

Bien que la couverture de vaccination contre la rougeole en Afrique ait été étendue de sorte à atteindre 84 pour cent des enfants en 2009 contre 54 pour cent en 1990, cette avancée n'est pas jugée suffisante pour garantir la survie des enfants. Les taux de vaccination contre la rougeole à l'échelle du continent varient selon les pays, certains ayant déployé davantage d'efforts pour étendre cette couverture. Ainsi, 17 pays⁴³ ont signalé des taux de couverture de 90 pour cent ou plus alors que trois pays (Nigeria, Somalie et Tchad) ont enregistré une couverture de vaccination inférieure à 50 pour cent en 2009. Cependant, l'évolution de la couverture de vaccination a accusé un recul entre 1990 et 2009 dans certains pays (*Figure 29*)⁴⁴. La diminution de la couverture de vaccination y a été diversement imputée à des conflits, des pratiques traditionnelles et un accès insuffisant aux soins de santé.

Une stratégie de vaccination par dose unique ne suffira pas pour prévenir les épidémies de rougeole. Dans les pays ne disposant pas de systèmes de santé solides, une seconde dose est fournie dans le cadre de campagnes destinées à garantir une meilleure couverture de vaccination. Entre 2000 et 2008, les actions combinées d'immunisation de routine et d'offre d'un second vaccin ont permis

de réduire sensiblement le taux de mortalité dû à la rougeole. Les projections indiquent toutefois qu'en l'absence de campagnes de vaccination complémentaires, ce taux risque de remonter rapidement, entraînant quelque 1,7 million de décès liés à la rougeole de 2010 à 2013. Cependant, il devrait être possible de consolider les gains exceptionnels obtenus à ce jour, à condition d'y consacrer les financements nécessaires, d'appliquer une volonté politique affirmée et de mettre en œuvre une stratégie de vaccination de seconde dose efficace dans les pays prioritaires.

Dans l'ensemble, on constate des avancées sur les trois indicateurs mesurant les progrès des pays en direction de la réalisation de l'OMD 4. Malgré ces résultats, et étant donné que la plupart des décès d'enfants sont évitables, les pays africains sont tenus de revitaliser leurs efforts en mettant en place une action globale et intégrée destinée à lutter contre les principales maladies responsables de la mortalité infantile, telles que la rougeole, la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et le sida. Cette démarche doit s'effectuer dans le cadre du renforcement des systèmes de santé de manière à de garantir la continuité des soins.

OBJECTIF 5 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE

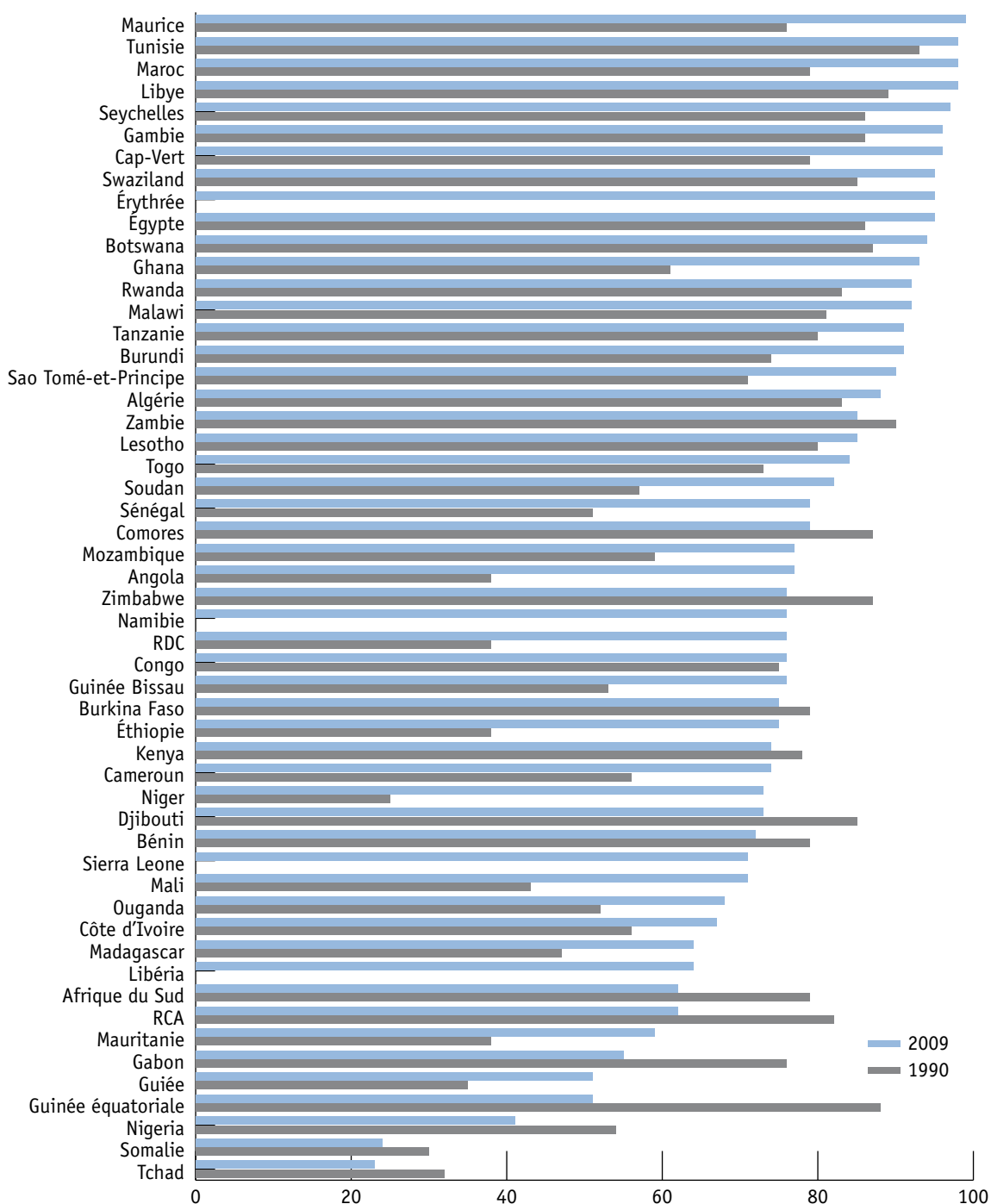
Lors de la Réunion de haut niveau de septembre 2010 sur les OMD, les dirigeants du monde se sont inquiétés de la lenteur des progrès en matière d'amélioration de la santé maternelle et reproductive et de réduction de la mortalité maternelle. Ils ont néanmoins salué les efforts régionaux qui avaient été entrepris pour relever ces défis.

La Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA)

43 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Égypte, Ghana, Libéria, Libye, Malawi, Maurice, Maroc, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, RCA, Tanzanie, Tunisie et Zambie.

44 Des inversions de tendance ont été enregistrées à ce titre, entre 1990 et 2009, dans les pays suivants : Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Comores, Djibouti, Guinée équatoriale, Gabon, Kenya, RCA et Zambie.

Figure 29 : Progrès dans la vaccination contre la rougeole dans des pays d'Afrique, 1990-2009 (%)



Source : OMS (2010)

est une initiative remarquable à cet égard. Lancée par l'Union africaine en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et d'autres agences des Nations Unies en mai 2009, elle a été mise en œuvre dans 26 pays⁴⁵, pour la période 2010/11, sous le slogan « *Afrique : Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie* ». Tous ces pays ont instauré des interventions de suivi de la santé maternelle, néo-natale et infantile afin de réduire la morbidité et la mortalité.

Les leaders africains se sont également engagés à accroître les budgets alloués au secteur de la santé. Plusieurs pays se sont consacrés à la mise en œuvre de la Déclaration d'Abuja de 2001, dans laquelle les chefs d'État et de gouvernement africains avaient convenu d'affecter un minimum de 15 pour cent de leur budget au secteur de la santé, dans un effort destiné à activer les OMD liés à la santé. Fin 2010, six pays (Botswana, Burkina Faso, Libéria, Madagascar, Rwanda et Tanzanie) avaient tenu promesse et plusieurs autres étaient en bonne voie pour cela⁴⁶. Dans ce contexte, certains pays (notamment le Burundi,

le Ghana et la Sierra Leone) ont pris des engagements conséquents en vue de supprimer les frais à payer pour recevoir les soins de santé maternelle. D'autres ont prévu des subventions ou des plans de protection dans ce domaine (voir *l'Encadré 4*). Ces initiatives font écho au sentiment prédominant lors du quinzième Sommet de l'Union africaine, à Kampala, qui a réaffirmé la nécessité d'augmenter les budgets alloués aux soins de santé maternelle et infantile. Plusieurs pays, dont le Ghana et l'Ouganda, ont adopté des Cadres d'accélération des OMD (CAO) afin d'identifier les goulots d'étranglement qui entravent la mise en œuvre de certaines interventions prioritaires spécifiques (voir *l'Encadré 4*).

Bien que le manque de données sur la santé maternelle continue grandement d'entraver le suivi des progrès, les informations disponibles suggèrent que les progrès accomplis ne seront pas suffisants pour réaliser cet objectif d'ici la date cible.

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

Indicateur 5.1 : Taux de mortalité maternelle (TMM)

Le taux de mortalité maternelle, qui constitue la mesure la plus courante de la santé maternelle, reste un grand défi pour l'Afrique, notamment en comparaison avec le reste du monde. Bien que toutes les régions en développement aient enregistré des progrès sensibles à cet égard durant ces deux dernières décennies (*Figure 30*), la baisse du pourcentage annuel moyen du TMM mondial n'était que de 2,3 pour cent entre 1990 et 2008, bien en deçà des 5,5 pour cent requis pour réaliser la cible OMD y afférente. Et si l'on examine les chiffres pour l'Afrique (hors Afrique du Nord), l'on

45 Bénin, Botswana, Cameroun, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, RCA, République du Congo, RDC, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe. Huit de ces pays ont lancé la campagne en 2009, à savoir, le Ghana, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Rwanda, le Swaziland et le Tchad.

46 Fin 2009, le ratio des dépenses de santé par rapport aux dépenses publiques totales pour le Botswana, le Burkina Faso, le Libéria, Madagascar, le Rwanda et la Tanzanie étaient respectivement de 16,7, 16,3, 17,2, 15,1, 16,8 et 18,1 pour cent. Dans quatre autres pays (Djibouti, Namibie, Sao Tomé-et-Principe et Tchad), ce pourcentage avait progressé régulièrement et devrait bientôt atteindre la cible de 15 pour cent. En 2009, ces pays avaient consacré respectivement 13,8, 13,9, 14,5 et 13,2 pour cent de leur budget au secteur de la santé (OMS, 2010b).

Encadré 4 : Accélération des progrès vers la réalisation de l'OMD 5 - Le Cadre d'accélération des OMD (CAO) en Ouganda et la Free Health Care Initiative (Initiative de soins de santé gratuits) en Sierra Leone

Alors que la plupart des pays d'Afrique ne parviennent pas à avancer à un rythme suffisant pour améliorer leur TMM, certains pays ont lancé des initiatives innovantes pour accélérer les progrès vers la réalisation de l'OMD 5.

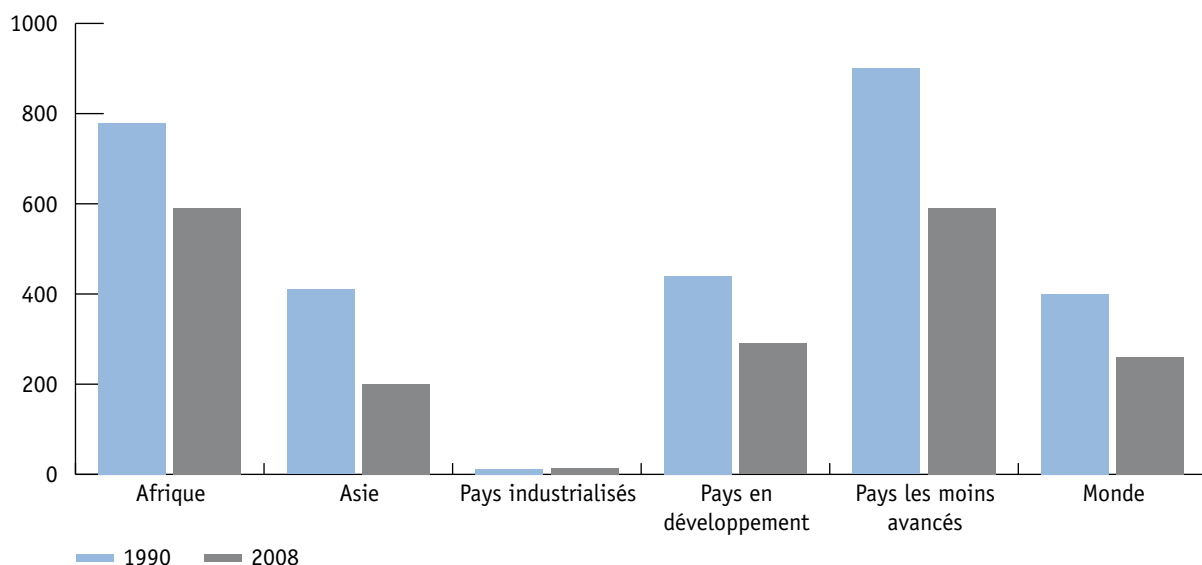
Ouganda : en Ouganda, les effets d'accélération contribuent à la mise en œuvre de la Maternal Health Roadmap (Feuille de route de la santé maternelle), initialement conçue en 2007. Le Cadre d'accélération des OMD (CAO) vise à équilibrer les activités génératrices de bienfaits immédiats et celles qui produisent des avantages à long terme et qui permettent de pérenniser les améliorations en matière de santé maternelle. Ainsi, une campagne de recrutement efficace a été mise en œuvre au sein des Commissions de la fonction publique au niveau des districts pour pallier à l'insuffisance des effectifs en personnel de santé. Le CAO explore également les moyens d'améliorer la prestation de services en transférant certaines responsabilités, jusqu'alors assumées par les médecins, au personnel infirmier ou assistant. Ces deux initiatives devraient produire des résultats à court terme. Par ailleurs, dans une perspective de plus longue durée, une stratégie visant à promouvoir l'éducation scientifique des filles afin de constituer une réserve de sages-femmes compétentes est en cours d'examen.

À l'échelon local, le district de Soroti situé dans la partie est du pays, à 320 km de Kampala, a adopté une Initiative Pour une grossesse à moindre risque (MPS), inspirée de l'OMS, qui est susceptible de fournir de nombreux enseignements pour le Cadre d'accélération de l'OMD 5. Ce district s'efforce de faire baisser la mortalité maternelle en adoptant une approche multisectorielle pour éliminer tous les goulots d'étranglement à l'échelle du système, et non seulement ceux qui sont liés à la santé. Mis à part les trois types de retard qui interviennent au cours d'une grossesse (retard dans la décision de solliciter des soins, retard dans l'accès aux soins et retard dans l'obtention des soins), il existe d'autres facteurs non sanitaires qui contribuent à un accouchement en toute sécurité. Par conséquent, les actions menées dans le district de Soroti comportent différents volets : (i) éduquer les femmes et les prestataires de services de santé sur les signes de danger à guetter chez les femmes sur le point d'accoucher ; (ii) améliorer les routes afin de faciliter l'accès des femmes enceintes aux maternités ; et (iii) prévoir des ambulances qui soient prêtes pour le transport des femmes sur le point d'accoucher. D'après les statistiques de l'OMS, ces mesures ont permis de réduire de 75 pour cent le nombre de morts maternelles dans le district de Soroti, qui est passé de 750 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 190 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006. De manière analogue, 43 pour cent des femmes vivant à Soroti accouchent aujourd'hui avec l'assistance d'un travailleur de santé formé, contre 26 pour cent avant le démarrage du projet MPS.

Sierra Leone : en avril 2010, la Sierra Leone a introduit la Free Health Care Initiative (FHCI), une initiative de soins de santé gratuits ciblant les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de 5 ans. L'initiative vise à assurer un ensemble de services groupés, délivrés gratuitement dans l'établissement de santé. Le gouvernement espère renforcer la FHCI en ratifiant une Convention sur la sécurité sociale (National Health Compact) qui garantit que tous les investissements dans les soins de santé, existants et futurs, reposent sur une stratégie nationale de la santé unique. Cette politique devrait protéger les engagements des partenaires, améliorer l'harmonisation de l'aide, favoriser la coordination entre le gouvernement, les parties prenantes nationales et les partenaires du développement, renforcer la transparence et la redevabilité mutuelle de tous les partenaires du développement, et réduire la complexité et les frais de transaction liés aux prestations des services de santé. Ce faisant, la Sierra Leone s'est engagée à poursuivre son effort de réduction du TMM, qui a baissé de 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 857 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008.

Sources : *Uganda National MDG Report, 2010 ; Sierra Leone National MDG Report, 2010*

Figure 30 : Taux de mortalité maternelle dans des régions sélectionnées du monde (pour 100 000 naissances vivantes), 1990 et 2008



Sources : données compilées à partir des données de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale (2010).

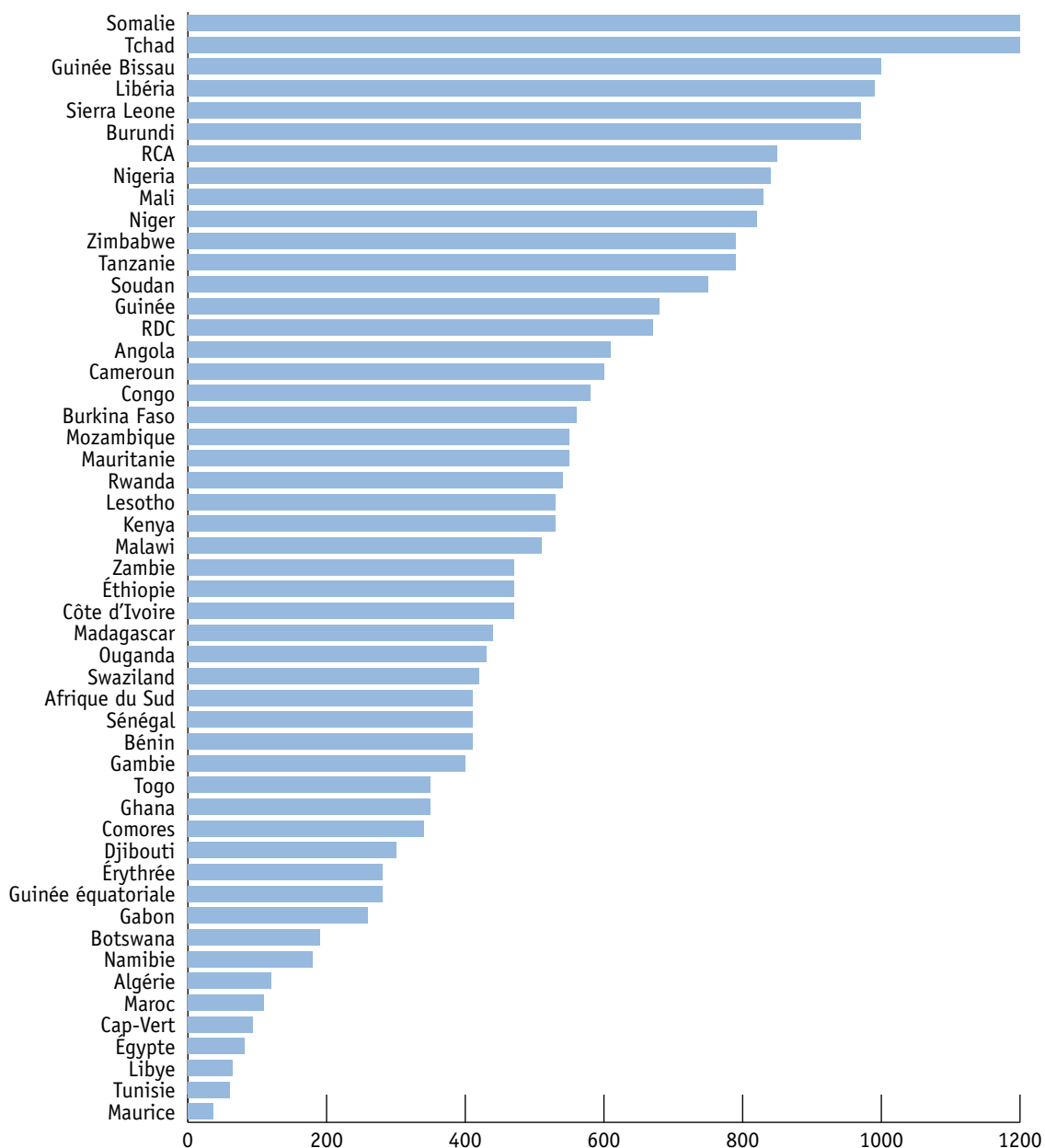
constate une diminution du taux annuel moyen du TMM de 1,7 pour cent, résultat inférieur à celui de toutes les autres régions. En revanche, l'Afrique du Nord a progressé bien mieux que les autres sous-régions puisqu'elle a enregistré une baisse de 59 pour cent du TMM entre 1990 et 2008, contre une moyenne de 26 pour cent seulement pour le reste du continent⁴⁷.

En 2008, trois pays d'Afrique (Guinée-Bissau, Somalie et Tchad) en situation de conflit ou de post-conflit ont enregistré des TMM exceptionnellement élevés, dépassant les 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Quant aux pays détenant les meilleures performances au niveau de cet indicateur, cinq d'entre eux (Cap-Vert, Égypte,

Libye, Maurice et Tunisie) ont réalisé des TMM inférieurs à 100 décès pour 100 000 naissances vivantes. Parmi les pays restants, 21 ont enregistré un TMM de 100 à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes et 22 autres un TMM allant de 500 à 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes (*Figure 31*).

⁴⁷ Voir OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale (2010).

Figure 31 : Taux de mortalité maternelle pour des pays africains sélectionnés (pour 100 000 naissances vivantes), 2008⁴⁸



Sources : données compilées à partir des données de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale (2010).

48 Les estimations nationales du taux de mortalité maternelle peuvent différer des estimations de l'UNSD du fait que le Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (réunissant l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale) réajuste les estimations nationales pour tenir compte des défauts des dispositifs de signalement de la mortalité maternelle dans les différents pays. Ainsi, dans le cas de l'Algérie, l'estimation nationale était initialement de 81,4 décès pour 100 000 naissances. Après réajustement, elle a été corrigée par l'IGME à 120 décès pour 100 000 naissances.

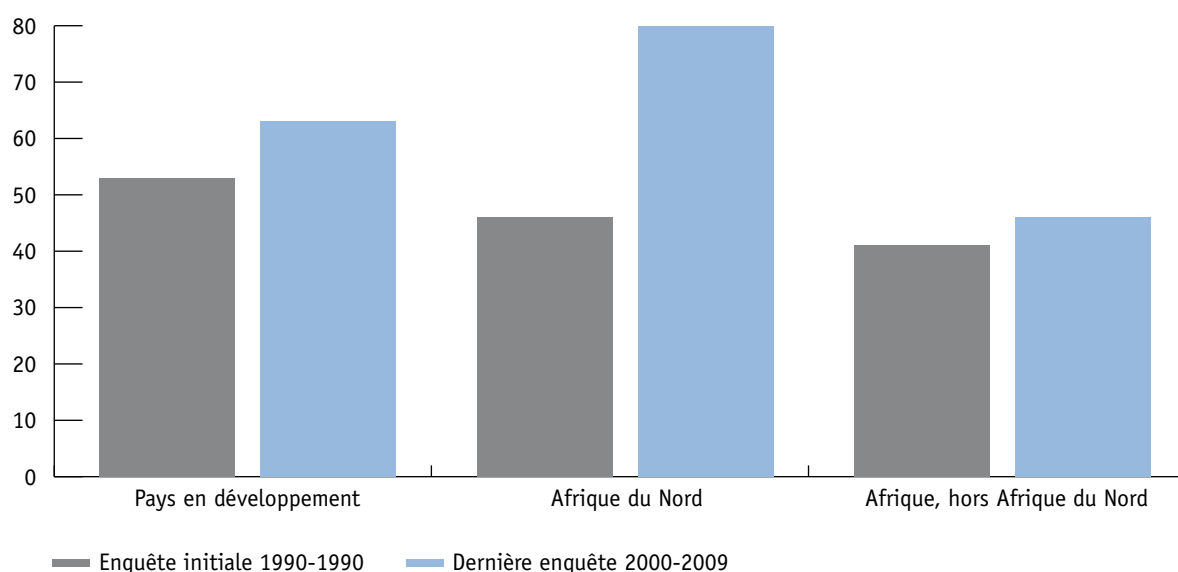
Indicateur 5.2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

L'assistance pendant l'accouchement influence le résultat de l'opération ainsi que l'état de santé de la mère et du nouveau-né pendant et après l'accouchement. La compétence et l'efficacité du personnel soignant déterminent son aptitude à gérer ou non les complications éventuelles et à observer les pratiques d'hygiène. La qualité des services d'assistance à l'accouchement influe également sur la décision de la mère de solliciter l'assistance d'un professionnel de la santé. Comme le montre la *Figure 30* ci-dessus, les accouchements sont particulièrement risqués en Afrique (hors Afrique du Nord) car plus de la moitié des femmes enceintes y accouchent sans soins spécialisés. Pendant les années 1990-2009, les progrès enregistrés au titre de cet indicateur ont été soutenus en Afrique

du Nord (voir la *Figure 32*), mais lents sur le reste du continent. La proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est actuellement plus faible en Afrique (hors Afrique du Nord) que dans le reste des régions du monde en développement.

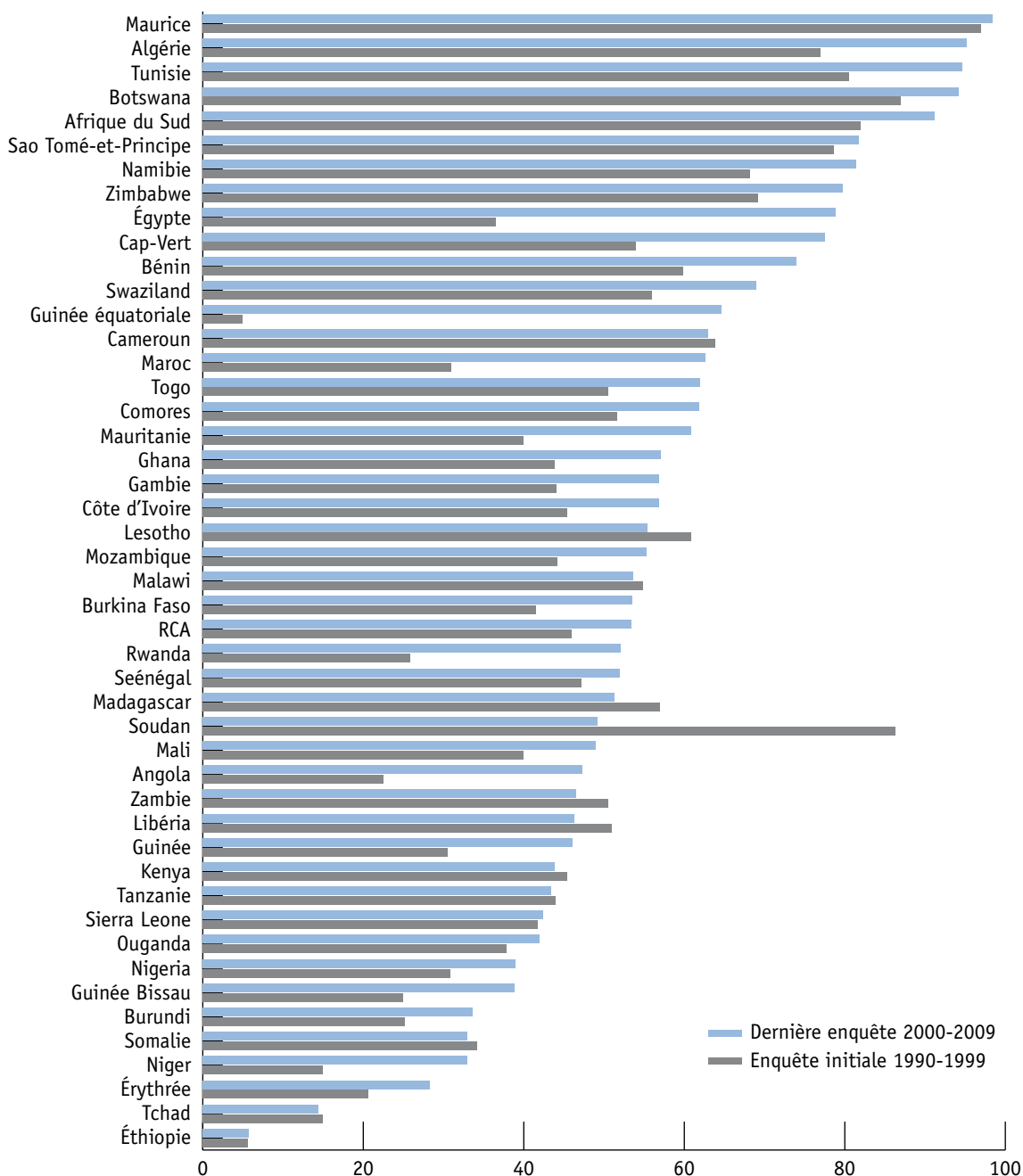
Le traitement des problèmes liés à la santé maternelle est une question complexe, qui pose d'innombrables difficultés en matière de soins de santé, tant du point de vue de l'offre que de la demande. La mortalité maternelle est en grande partie imputable à trois types de retard qui interviennent dans le processus de la grossesse : retard dans la décision de solliciter des soins, retard dans l'accès aux soins, et retard dans l'obtention des soins. Le premier retard se manifeste au niveau de la demande, c'est-à-dire qu'il provient de la mère, alors que les deux

Figure 32 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié par région, 1990-1999 et 2000-2009 (%)



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Figure 33 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié pour des pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (%)



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

autres types de retard sont essentiellement associés à l'offre. La distance jusqu'à l'établissement de santé est un indicateur relatif à l'offre, mais il affecte également la demande en matière de soins maternels, étant donné que la difficulté d'accès à un tel établissement du fait de son éloignement peut dissuader une femme enceinte de chercher à se faire soigner. Du point de vue de l'offre, la disponibilité, la qualité et le coût des services de soins exercent un impact manifeste sur l'incidence de mortalité maternelle. Du point de vue de la demande, le coût des services, la qualité des soins (tant réelle que perçue), la confiance accordée au personnel soignant et les barrières culturelles risquent d'empêcher de nombreuses femmes de solliciter des soins, même lorsque les services de santé sont disponibles.

Alors que la plupart des stratégies visant à réduire le TMM se concentrent sur le déploiement d'équipements en plus grand nombre et sur une offre de services moins onéreuse à l'intention des femmes enceintes, une stratégie efficace consisterait à renforcer la demande pour de tels services, notamment en formant des sages-femmes traditionnelles vivant en milieu rural aux pratiques de l'obstétrique moderne, et en s'appuyant sur la confiance qui existe entre les sages-femmes et les autres femmes de la communauté dans ce type d'environnement.

Par ailleurs, d'importantes différences existent entre les différents pays africains quant à la performance de cet indicateur. Dans les six pays les moins performants (Burundi, Érythrée, Éthiopie, Niger, Somalie et Tchad), seul un tiers des femmes accouchent en présence d'un personnel de santé qualifié. D'autres pays (Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Somalie et Zambie) n'ont pas enregistré de progrès au niveau de cet indicateur

quand ils n'ont pas régressé. Le Soudan a accusé une baisse spectaculaire sur ce plan, passant de 86,3 pour cent en 1990-1999 à 49,2 pour cent en 2000-2009. Cette chute est certainement due à la poursuite des conflits dans ce pays. Au vu des résultats de l'enquête portant sur les années 2000-2009, les pays les mieux performants à cet égard (c'est-à-dire les pays où 75 pour cent de femmes au moins reçoivent une assistance qualifiée pendant l'accouchement) sont comme suit (par ordre de classement) : Maurice, Algérie, Tunisie, Botswana, Afrique du Sud, Sao Tomé-et-Principe, Namibie, Zimbabwe, Égypte et Cap-Vert (*Figure 33*). Parmi ces pays performants, seul Sao Tomé-et-Principe appartient à la catégorie des pays les moins avancés (PMA).

Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015⁴⁹

Le suivi et le signalement des taux de prévalence contraceptive, des taux de grossesse chez les adolescentes, de la couverture des soins prénatals et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont extrêmement difficiles à réaliser en Afrique. En effet, les taux de prévalence contraceptive ne sont normalement enregistrés que pour les femmes mariées et ne couvrent pas toutes les méthodes contraceptives modernes. En outre, une proportion importante des grossesses adolescentes n'est pas déclarée, et les accouchements en dehors des établissements de santé sont au moins aussi fréquents parmi les adolescentes que parmi les femmes

49 Cette cible a été adoptée lors du Sommet mondial des Nations Unies de 2005 et de l'examen à mi-parcours des progrès accomplis dans la réalisation des OMD, mais elle n'est effective que depuis 2007, après avoir été rendue opérationnelle par le Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD.

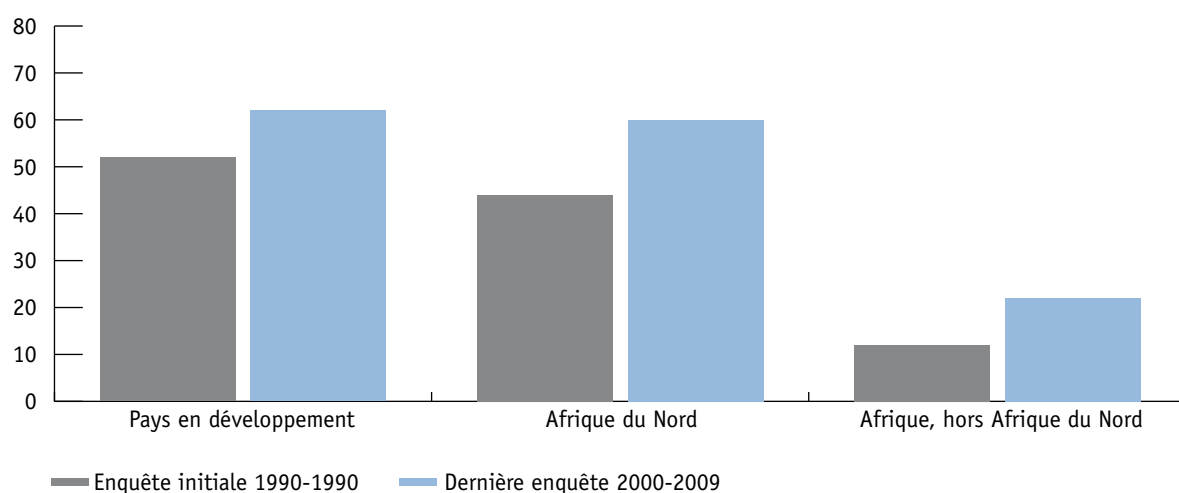
adultes. Nonobstant l'édition précédente du *Rapport OMD 2010 - Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*, et la publication récente de nouvelles données pour 2010, on ne dispose guère de séries chronologiques générales sur ces indicateurs et il n'est donc pas possible de proposer une synthèse des progrès réalisés à ce titre depuis 1990. Les données présentées ci-dessous sont les mêmes que celles qui ont été présentées dans le rapport 2010, mais différents aspects des progrès obtenus y ont été évalués.

Indicateur 5.3 : Taux de prévalence contraceptive pour personnes mariées (Taux de contraception)

Le taux de prévalence contraceptive (TPC), qui représente le pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ayant recours à une méthode contraceptive, est relativement élevé en Afrique

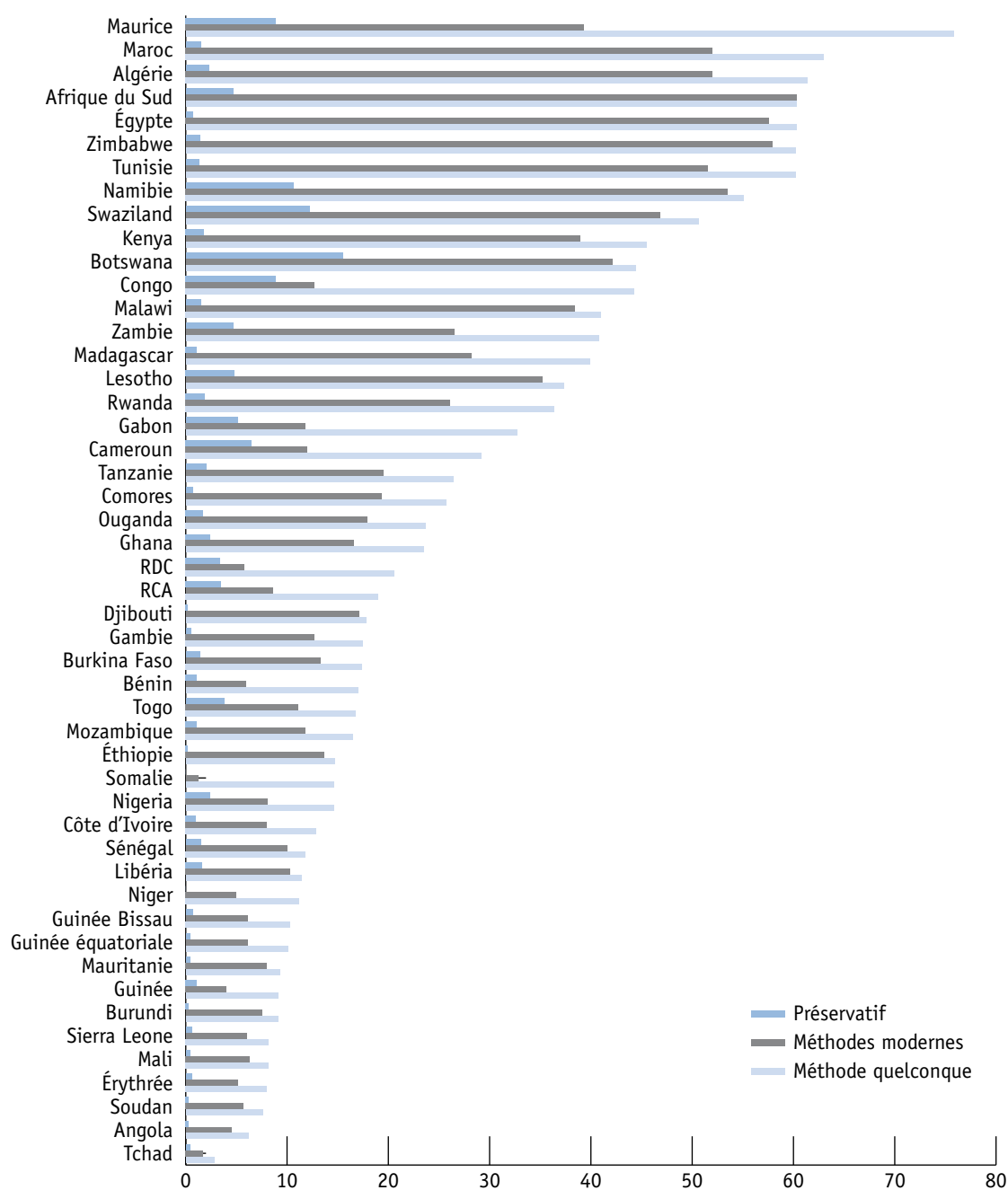
du Nord (60 pour cent) par comparaison au reste du continent (22 pour cent) (*Figure 34*). Le TPC reflète la capacité des femmes à planifier le moment où elles souhaitent avoir des enfants ainsi que le nombre de ceux-ci. Au cours de la période 1990-2009 pour laquelle l'enquête la plus récente a été menée, l'utilisation de contraceptifs chez les femmes a augmenté dans presque tous les pays africains. Les taux de prévalence contraceptive les plus élevés (plus de 30 pour cent) ont été enregistrés dans les 12 pays suivants : Algérie, Afrique du Sud, Botswana, Égypte, Kenya, Malawi, Maurice, Maroc, Namibie, Swaziland, Tunisie et Zimbabwe (*Figure 35*). Le recours au préservatif est encore relativement faible, son taux d'utilisation le plus élevé est au Botswana (15,5 pour cent). Comme signalé sous l'*Indicateur 5.6 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale*, il est très important de prendre en considération, dans l'utilisation de contraceptifs, le point de vue de la demande aussi bien que de l'offre.

Figure 34 : Pourcentage de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, 1990-1999 et 2000-2009



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Figure 35 : Différents types de contraceptifs utilisés par les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, 2000-2009



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Qu'une femme souhaite espacer ses grossesses ou ne plus avoir d'enfants, sa motivation aura un impact décisif sur le type de contraceptif qu'elle choisira. Afin d'en accroître l'usage, il importe non seulement de rendre les contraceptifs plus aisément disponibles et plus abordables (du point de vue de l'offre), mais aussi de sensibiliser le public cible aux divers types de contraceptifs et à la manière dont ceux-ci peuvent répondre aux besoins spécifiques des femmes (influence exercée sur la demande).

Indicateur 5.4 : Taux de natalité parmi les adolescentes

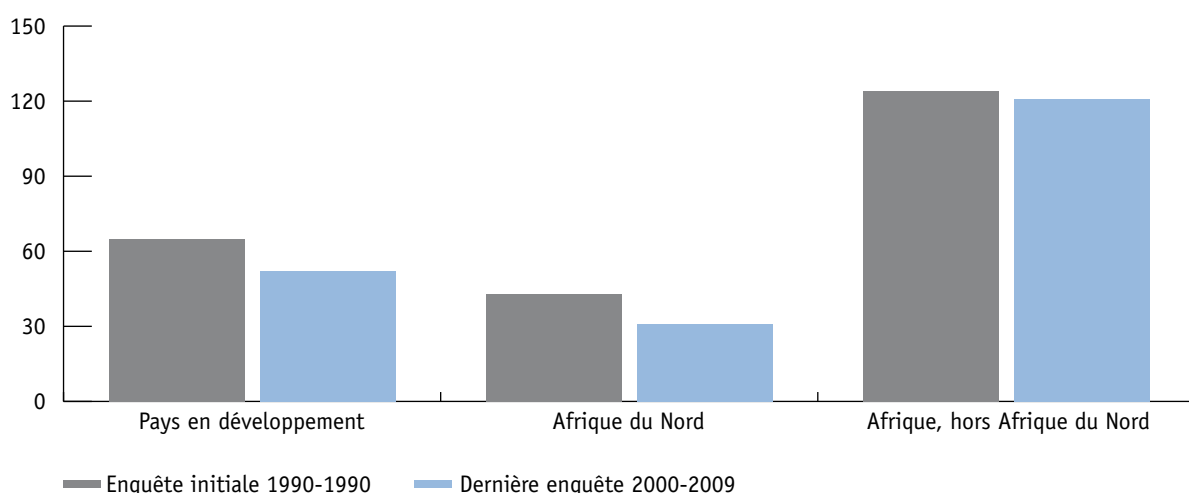
Au plan mondial, le taux de natalité le plus élevé parmi les adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) est observé en Afrique (hors Afrique du Nord) et aucune amélioration n'a été constatée dans ce domaine entre 1990 et 2009 (*Figure 36*). En fait, il n'y a pas eu de diminution sensible du taux de

natalité parmi les adolescentes entre la période 1990-1999 (124 naissances pour 1 000 femmes) et la période 2000-2009 (121 naissances pour 1 000 femmes). Les taux de natalité les plus élevés (plus de 150 naissances pour 1 000 femmes) sont constatés dans dix pays africains : Angola, Guinée, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, Tchad et Zambie. Des taux de natalité de cette ampleur parmi les adolescentes contribuent à aggraver les taux de mortalité maternelle.

Indicateur 5.5 : Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)

Les soins prénatals sont efficaces pour prévenir les issues défavorables, à condition d'y avoir recours à un stade précoce de la grossesse et de les poursuivre jusqu'au moment de l'accouchement. La détection précoce des problèmes en cours de grossesse permet d'orienter les patientes présentant des

Figure 36 : Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, 1990-1999 et 2000-2009



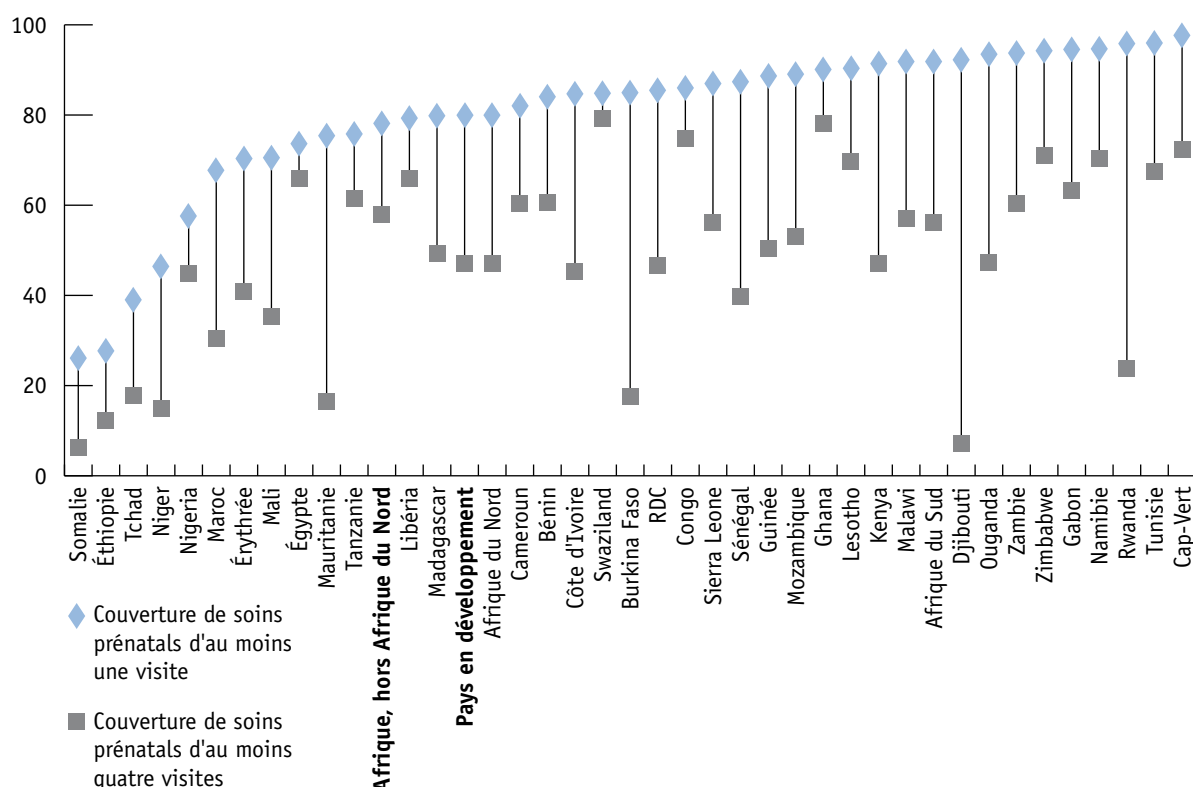
Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

risques ou des complications vers des spécialistes de manière opportune. En outre, une prise en charge prénatale au bon moment augmente les chances de la femme enceinte d'accoucher en présence d'un personnel qualifié, ce qui améliore d'autant l'issue de l'accouchement. Cela est particulièrement vrai en Afrique, où une partie importante de la population vit dans des zones rurales et où les barrières physiques et culturelles continuent à freiner la fourniture des soins médicaux.

Des gains remarquables ont été enregistrés à travers le continent dans le domaine des soins

prénatals. La proportion des femmes ayant consulté un travailleur de santé qualifié au moins une fois pendant leur grossesse a augmenté respectivement de 25 pour cent en Afrique du Nord et de 69,6 pour cent dans le reste du continent pendant la période 2000-2009. Dans des circonstances normales, l'OMS recommande qu'une femme enceinte ayant une grossesse sans complications effectue au moins quatre visites de soins prénatals, dont la première devrait avoir lieu durant le premier trimestre de sa grossesse. Toutefois, comme l'illustre la *Figure 37* ci-dessous, dans seulement 14 pays (Bénin, Cameroun, Cap-Vert, Égypte,

Figure 37 : Nombre de visites de soins prénatals auprès de professionnels de la santé, selon des enquêtes menées dans 38 pays africains, 2000-2009 (en % de femmes enceintes)



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

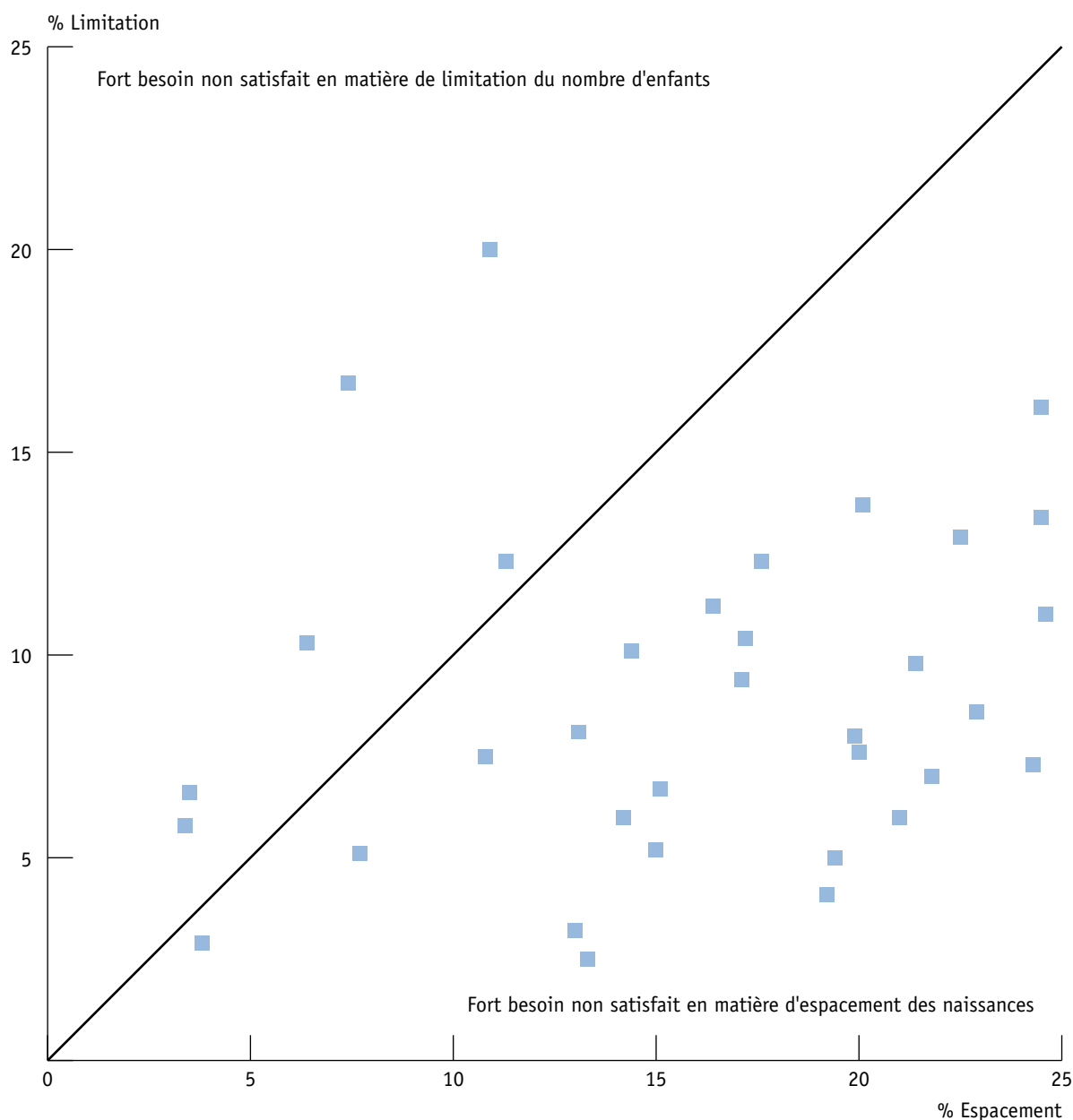
Gabon, Ghana, Lesotho, Libéria, Namibie, République du Congo, Swaziland, Tanzanie, Tunisie et Zimbabwe) sur les 38 pour lesquels des données sont disponibles, y a-t-il eu un pourcentage supérieur à 60 pour cent de femmes ayant bénéficié des quatre visites recommandées, et ce, pendant la période 2000-2009.

Indicateur 5.6 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La proportion de femmes souhaitant ne plus procréer ou désireuses de retarder la conception de leur prochain enfant donne une mesure grossière des besoins en matière de planification familiale. Il est à noter que ces femmes ne sont pas toutes exposées à un risque de grossesse et que certaines d'entre elles utilisent déjà des contraceptifs. Les femmes souhaitant ne pas avoir d'enfant dans les deux années à venir ou au-delà ou entendant éviter toute grossesse sans toutefois pratiquer la contraception sont réputées avoir un « besoin non satisfait en matière de planification familiale ». Les femmes enceintes seront réputées avoir un besoin non satisfait en matière d'espacement des naissances ou de limitation du nombre d'enfants dans leur famille si leurs grossesses ne surviennent pas en temps voulu ou sont indésirables. Similairement, les femmes aménorrhéiques, qui ne peuvent pas tomber enceintes, seront considérées comme ayant un besoin non satisfait si la naissance de leur dernier enfant n'est pas intervenue au moment souhaité ou si elle était indésirable. Les femmes ayant actuellement recours à la planification familiale sont réputées avoir satisfait à un besoin de planification familiale. La demande totale en services de planification familiale couvre les deux catégories de femmes : celles aux besoins satisfaits et celles aux besoins non satisfaits.

Tous les pays d'Afrique enregistrent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La *Figure 38* classe les pays africains en deux groupes : le premier comprend deux pays (Lesotho et Swaziland) présentant un important besoin non satisfait en matière de limitation du nombre d'enfants, et dans lesquels plus de 15 pour cent des femmes ne souhaitent plus avoir d'enfant. Le second groupe réunit 18 pays où le besoin d'espacer les naissances (éprouvé par plus de 15 pour cent des femmes) n'est pas satisfait. Il s'agit des pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Ouganda, RDC, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Zambie. Le graphique montre que dans l'ensemble, ces pays ont un besoin d'espacement des naissances plus important que leur besoin d'arrêter la procréation. Cependant, la plupart d'entre eux comptent au moins 5 pour cent de femmes ne souhaitant plus avoir d'enfant. De plus, la divergence entre les pays où règne un besoin non satisfait de limitation des naissances et ceux où prédomine le besoin d'espacer les naissances n'est pas sans conséquence en matière de politique. En effet, les pays où le besoin de limitation des naissances est le plus important doivent privilégier les méthodes de planification familiale permanentes, à effet prolongé, telles que les dispositifs intra-utérins (DIU) ou la stérilisation féminine. Quant aux pays où le besoin non satisfait le plus important concerne l'espacement des naissances, il appartient à ceux-ci d'opter pour les méthodes de contraception à court terme, telles que la pilule ou le préservatif. L'évaluation du pourcentage des femmes relevant de chaque type de besoin non satisfait focalise l'attention sur la demande en matière de services de santé. Cela est indispensable pour permettre au pays concernés de planifier leurs politiques sanitaires à bon escient.

Figure 38 : Besoin non satisfait en matière de planification familiale dans 34 pays africains, selon des enquêtes nationales, 2000-2009



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en août 2010).

OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Les efforts visant à combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de l'OMD 6 ont abouti à des avancées indéniables en termes de prévention et de traitement. L'Objectif 6 affiche désormais de bien meilleurs progrès que dans les années précédentes grâce à la performance améliorée des fonds mondiaux, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cependant, la réalisation de l'Objectif 6 nécessite que cette progression soit consolidée pour ce qui est des cibles 6.A et 6.B, et accélérée au niveau de la cible 6.C.

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

Selon le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du sida 2010* (ONUSIDA, 2010), le VIH et le sida sont aujourd'hui mieux maîtrisés que jamais. Les avancées pour endiguer la pandémie du VIH et du sida ont été significatives dans la plupart des pays africains, tant au niveau de la prévention de nouvelles infections que de la mise à disposition de médicaments antirétroviraux aux personnes infectées.

L'ONUSIDA estime que la prévalence du VIH/sida en Afrique (hors Afrique du Nord) est tombée à 5,0 pour cent en 2009, par comparaison à 5,9 pour cent en 2001⁵⁰. Mais cela ne s'est pas traduit par une diminution du nombre effectif de personnes vivant avec le VIH/sida en raison de la croissance démographique. En effet, fin 2009, 22,5 millions

de personnes vivaient avec le VIH/sida en Afrique contre 20,3 millions fin 2001 (*Tableau 5*). Bien que le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH (incidence⁵¹) baisse régulièrement depuis la fin des années 1990, cet effet est moins important que la diminution de la mortalité liée au sida (1 300 000 décès en 2009 contre 1 400 000 en 2001), rendue possible grâce à un recours croissant aux TAR ces dernières années. Cette régression encourageante du nombre de morts liés au sida signifie que les patients survivent plus longtemps à la maladie. Ils sont donc classés comme vivant avec le VIH.

Malgré une tendance globalement positive dans les progrès vers la réalisation de la cible 6.A, les résultats ne sont pas encourageants pour tous les pays africains, certains ayant enregistré des revers, tant au niveau de la prévention que du traitement (*Encadré 5*). Il faut aussi s'inquiéter de ce que le nombre des enfants vivant avec le VIH est en train de croître (augmentation de 500 000 cas entre 2001 et 2009), car ce phénomène ne reflète pas la disponibilité accrue des TAR pour les enfants (voir la cible 6.B).

L'incidence du VIH a diminué de 25 pour cent entre 2001 et 2009 dans 22 pays africains (hors Afrique du Nord). Aussi, la progression de l'accès aux traitements antirétroviraux a-t-elle contribué, depuis 2001, à un recul de 19 pour cent du nombre de morts parmi les personnes vivant avec le VIH.

50 Il convient de noter que les données de l'ONUSIDA regroupent l'Afrique du Nord et les pays arabes, de sorte qu'il n'est pas possible de fournir des chiffres séparés pour l'Afrique du Nord.

51 L'incidence renvoie au nombre de nouvelles infections, alors que la prévalence se rapporte au nombre total d'infections. L'incidence est un meilleur indicateur de l'évolution d'une épidémie, car il ne tient compte que des nouvelles infections, alors que la prévalence couvre également les décès liés à l'infection.

Tableau 5 : Statistiques du VIH/sida pour l'Afrique (hors Afrique du Nord), 2001 et 2009

Année	Personnes vivant avec le VIH (million)	Personnes nouvellement infectées par le VIH (million)	Enfants vivant avec le VIH (million)	Décès liés au sida (million)
2009	22,5	1,8	2,3	1,3
2001	20,3	2,2	1,8	1,4

Source : ONUSIDA (2010).

Cependant, la prévalence du VIH parmi les adultes⁵² a augmenté entre 2001 et 2009 en Afrique du Sud, en Angola, en Gambie, en Guinée-Bissau, en Guinée équatoriale, à Maurice, au Mozambique, au Sénégal, en Sierra Leone, en Somalie, au Swaziland et au Tchad (*Figure 39*). De plus, aussi importantes que soient les améliorations réalisées dans ce domaine, la prévalence du VIH parmi les adultes est toujours plus élevée en Afrique que dans les autres régions du monde, comme l'indique la *Figure 40*.

Le rapport de l'ONUSIDA montre que les épidémies donnant lieu au plus grand nombre de personnes infectées en Afrique (par opposition au taux de prévalence), c'est-à-dire en Afrique du Sud, en Éthiopie, au Nigeria, en Zambie et au Zimbabwe, sont désormais stabilisées ou montrent des signes de déclin.

Indicateur 6.1 : Taux de prévalence du VIH⁵³ dans la population âgée de 15 à 24 ans

Les enquêtes menées par l'ONUSIDA indiquent que le taux d'incidence est le moins élevé chez les

jeunes âgés de 18 ans. En effet, ce taux a nettement baissé dans cette tranche d'âge, passant de 1,8 pour cent en 2005 à 0,8 pour cent en 2008 (ONUSIDA, 2010). De récentes analyses fournissent des preuves supplémentaires de la diminution de l'incidence du VIH et de l'adoption de comportements sexuels moins risqués parmi les jeunes. Les enquêtes nationales pertinentes indiquent que cinq pays (Afrique du Sud, Botswana, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) semblent afficher un recul sensible de la prévalence du HIV chez les jeunes des deux sexes. La modification des comportements sexuels (y compris l'usage accru de préservatifs, l'augmentation de l'âge du premier rapport sexuel et la diminution du nombre de partenaires multiples) contribue à expliquer la baisse encourageante du nombre de nouvelles infections par VIH dans les pays africains.

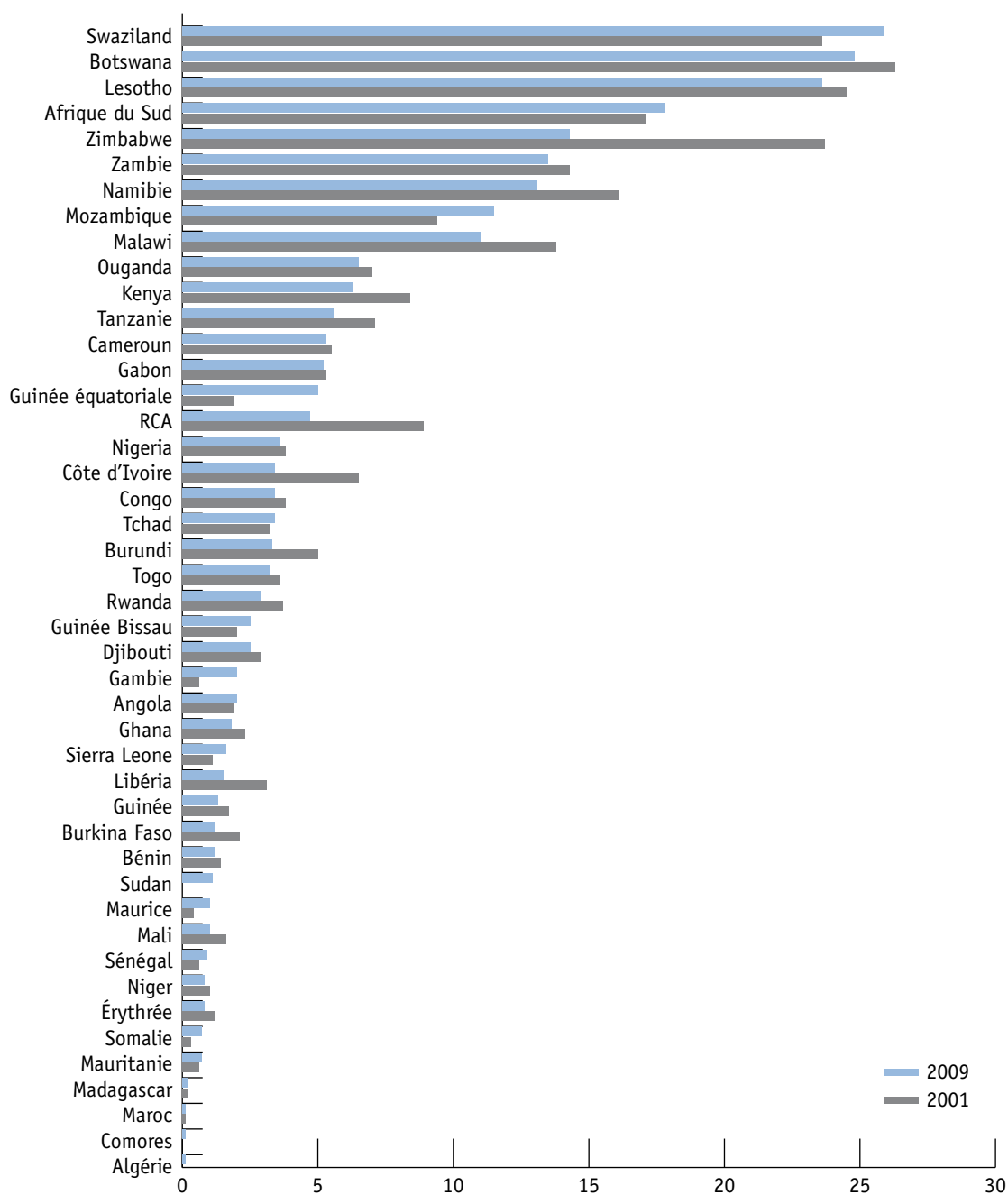
Indicateur 6.2 : Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

Une nette amélioration des comportements sexuels a été notée dans de nombreux pays africains, particulièrement chez les jeunes. Par exemple, en Zambie, où l'incidence du VIH a baissé de plus de 25 pour cent entre 2001 et 2009, il y eu une réduction du nombre d'adultes jeunes et d'âge mûr ayant des partenaires multiples. Une

52 L'ONUSIDA considère comme adulte toute personne âgée d'au moins 15 ans.

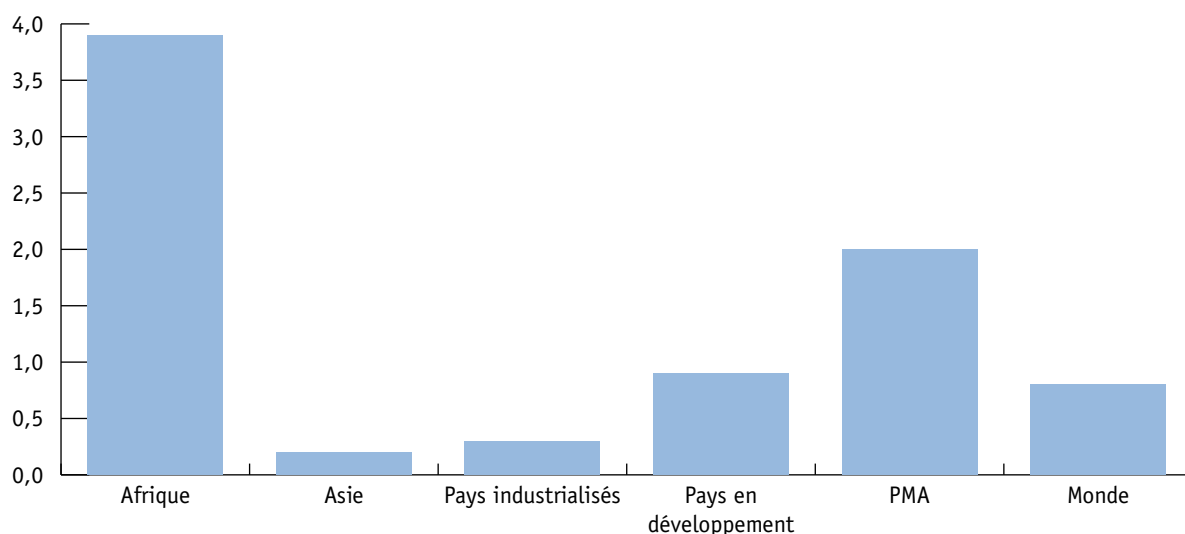
53 Comme il n'existe pas de nouvelles données de prévalence pour ce groupe d'âge, les progrès ont été évalués ici en utilisant les taux d'incidence.

Figure 39 : Prévalence du VIH parmi les adultes dans les pays africains, 2001 et 2009 (%)



Source : données compilées à partir des données de l'ONUSIDA (2010).

Figure 40 : Prévalence du VIH parmi les adultes, par région mondiale, 2009 (%)



Source : données compilées à partir des données de l'ONUSIDA (2010).

autre diminution a été constatée au niveau de la proportion des hommes et des femmes de 15 à 24 ans ayant eu plusieurs partenaires sexuels pendant les 12 mois précédents et qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque.

Les données relatives aux tendances qui se dégagent des Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) montrent que l'utilisation du préservatif est en hausse en Afrique. Mais malgré cette tendance positive, l'emploi du préservatif dans les rapports à haut risque reste minime sur le continent, en raison de divers facteurs, dont les barrières culturelles et les déséquilibres liés au genre. En plus, les chiffres agrégés dans ce domaine masquent de très grandes disparités entre les groupes urbains et ruraux et les différentes tranches d'âge. Une autre complication tient au fait que l'usage du préservatif est très difficile à négocier dans le cadre

d'un mariage ou d'une relation stable⁵⁴, car des rapports à haut risque peuvent aussi intervenir dans un tel contexte du fait de l'infidélité de l'un des conjoints.

Dans une série d'enquêtes nationales récentes, il apparaît qu'au moins 80 pour cent des hommes au Botswana ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport à haut risque. À l'autre extrémité du spectre, 14 pays africains signalent des taux d'utilisation du préservatif de 20 pour cent ou moins par les personnes des deux sexes ayant eu plusieurs partenaires au cours de l'année écoulée. Ce faible emploi du préservatif concerne des pays à forte prévalence tels que l'Éthiopie, le Malawi, l'Ouganda, la RDC, le Rwanda et la Tanzanie. Cela illustre la

54 Voir la Figure 35 (Objectif 5) pour l'emploi du contraceptif parmi les femmes mariées. Les taux d'utilisation du préservatif sont bien inférieurs aux chiffres indiqués, qui portent sur l'ensemble des méthodes de contraception.

Encadré 5 : Revers dans la lutte contre le VIH/sida - Études de cas du Mozambique et de l'Ouganda

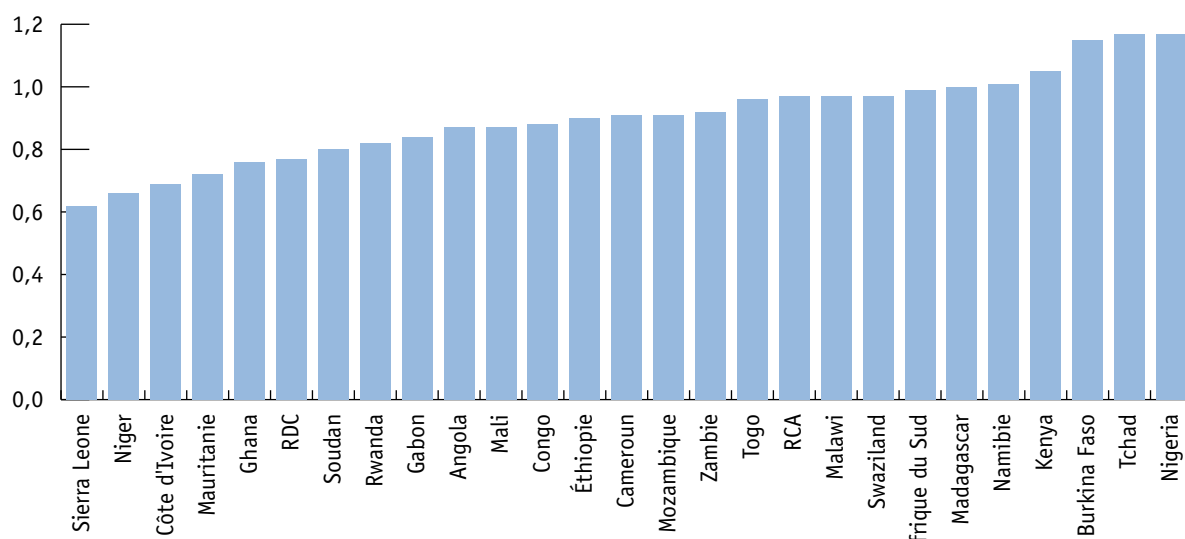
Malgré les progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida, globalement satisfaisants à l'échelle du continent, certains pays ont enregistré des revers, non seulement en matière de prévention, mais aussi au niveau du traitement.

Au Mozambique, le taux de prévalence du VIH/sida parmi les adultes (15-49 ans) a considérablement augmenté, passant de 8,6 pour cent en 1997 à 11,5 pour cent en 2009, les femmes étant beaucoup plus susceptibles de contracter l'infection que les hommes. Le taux de prévalence parmi les femmes est de 18,4 pour cent contre 12,8 pour cent chez les hommes. En effet, les femmes supportent le gros du fardeau du sida en Afrique, car en moyenne, trois femmes en sont atteintes pour deux hommes. Cela est dû au rôle des femmes dans la société ainsi qu'à leur vulnérabilité biologique à l'égard de l'infection par VIH. On observe des disparités comparables dans les taux d'infection entre les populations urbaines (15,9 pour cent) et rurales (9,2 pour cent). Il existe aussi une nette corrélation entre les taux de prévalence et la proximité avec la frontière sud-africaine. Ce taux varie de 3,7 pour cent dans la province de Niassa (la plus éloignée de l'Afrique du Sud) à 25,1 pour cent à Gaza (la province la plus proche). Cet effet est nettement lié au fait que des hommes dans les provinces limitrophes travaillent dans les mines d'Afrique du Sud. Une autre statistique à signaler concerne la prévalence la plus élevée dans les quintiles les plus aisés de la population. Ce qui est le plus inquiétant est qu'en dépit des succès limités dans la réduction des taux de prévalence du VIH, les cibles de performance restent peu ambitieuses. Par exemple, la cible consistant à distribuer des antirétroviraux aux enfants infectés n'a été fixée qu'à 12,3 pour cent pour 2014, contre 9,9 pour cent en 2010.

L'Ouganda offre un autre exemple de régression dans la lutte contre le VIH/sida. Alors que par le passé, le pays avait été cité en exemple pour avoir réussi à arrêter la propagation du VIH, la situation aujourd'hui est en train de se dégrader. En effet, dans les années 1990, l'Ouganda avait réalisé des progrès louables en vue de réduire la propagation du VIH/sida. Ainsi, la proportion de femmes enceintes déclarées comme étant séropositives à l'issue d'une consultation dans une clinique prénatale est-elle tombée de 18 pour cent en 1992 à environ 6 pour cent en 2000. Ce succès était dû à diverses mesures visant à modifier les comportements sexuels ainsi qu'à l'offre de soins et de services d'appui. Cependant les données les plus récentes montrent à quel point il est difficile de conserver les acquis des années précédentes. On estime qu'en Ouganda, plus de 130 000 personnes ont été infectées par le VIH rien qu'en 2010. Le nombre total des ougandais vivant avec le VIH en 2010 frôlait les 1,2 million de personnes, soit un chiffre supérieur à celui qui prévalait au plus fort de l'épidémie dans les années 1990. La progression récente du nombre absolu de nouvelles infections n'est pas seulement liée à une forte croissance démographique mais, fait important, il est également dû à une aggravation du nombre des indicateurs de comportements à risque (notamment les rapports avec des partenaires multiples et le non usage de préservatifs). Le gouvernement ougandais entend réévaluer sa politique nationale en matière de VIH/sida afin de refocaliser celle-ci sur la prévention de nouvelles infections, et non sur la distribution d'antirétroviraux.

Sources : *Mozambique MDG Progress Report, 2010* ; *Uganda MDG Progress Report, 2010*.

Figure 41 : Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans dans des pays africains sélectionnés, 2008



Source : données compilées à partir des données de l'ONUSIDA (2010).

nécessité non seulement d'induire des changements de comportement positifs à l'échelle du continent, mais surtout de consolider les acquis.

Indicateur 6.3 : Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida

La sensibilisation au VIH/sida et aux questions y afférentes ne progresse pas comme prévu parmi les jeunes. Par exemple, moins de la moitié des jeunes dans 15 des 25 pays ayant les taux de prévalence du VIH les plus élevés⁵⁵ sont capables de répondre correctement à cinq questions essentielles sur le HIV et sa transmission. Bien que les connaissances des jeunes au sujet du VIH dans ces 15 pays se sont progressivement améliorées,

⁵⁵ Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Nigeria, RCA, République du Congo, Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.

les niveaux atteints sont très loin des cibles fixées en 2001. Les disparités entre milieux urbain et rural dans l'accès à la technologie, aux moyens de diffusion et à la téléphonie mobile contribuent à limiter les progrès relatifs à cet indicateur à tous les niveaux.

Indicateur 6.4: Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans

Le rapport entre le nombre d'orphelins et le nombre de non-orphelins âgés de 10 à 14 ans scolarisés est un indicateur qui varie considérablement d'un pays africain à l'autre. En 2008, la valeur de cet indicateur était de 0,6 pour l'ensemble des pays produisant des données à ce sujet. Au Burkina Faso, au Kenya, en Namibie, au Nigeria et au Tchad, la fréquentation scolaire des orphelins était plus élevée que celle des non-orphelins, comme le montre la *Figure 41*. Cet

indicateur est étroitement lié à l'Objectif 2. Pour cette raison, les politiques et stratégies visant à réaliser l'éducation primaire pour tous doivent tenir compte de cette interdépendance.

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

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

Des progrès significatifs ont été réalisés en 2009 en faveur de l'accès universel aux services de traitement, de soins et de soutien pour toutes les

personnes malades à un stade avancé de l'infection par le VIH sur l'ensemble du continent. Ces résultats sont d'autant plus encourageants que les financements mondiaux des programmes de lutte contre le VIH ont stagné dans les pays à revenu faible et moyen. Les bénéficiaires de TAR en Afrique, comme dans toutes les autres régions du monde, sont aujourd'hui plus nombreux qu'ils ne l'ont jamais été dans l'histoire de l'épidémie.

L'ONUSIDA estime que près de 37 pour cent de toutes les personnes qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'un traitement antirétroviral en Afrique (hors Afrique du Nord) ont pu accéder aux médicaments nécessaires à leur survie en 2009. Trois pays (Botswana, Namibie et

Encadré 6 : L'accès universel aux traitements et aux soins est réalisable : le cas du Botswana

Le Botswana a connu un succès considérable avec son programme TAR à financement public. En 2007, la couverture des personnes vivant avec le VIH/sida remplissant les conditions requises pour recevoir des médicaments antirétroviraux (AVR) variait de 82 pour cent dans les zones de faible couverture à plus de 90 pour cent dans les zones de forte couverture. Il s'agissait d'une amélioration considérable par rapport aux taux respectifs de 7,3 pour cent en 2003 et 62,7 pour cent en 2005.

Le Botswana enregistre aussi un taux élevé d'observance du traitement antirétroviral, ce qui a permis d'obtenir des taux de résistance secondaire inférieurs à 4 pour cent après huit ans de fourniture de TAR. Les taux de mortalité et de survie au Botswana n'ont rien à envier à ceux des pays développés. Le Botswana est donc devenu un modèle pour la programmation en matière de TAR, particulièrement pour l'Afrique australe, où les taux de prévalence sont les plus élevés du monde.

Le Botswana a également lancé un programme réussi de prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT). La couverture de ce programme est passée de 34,3 pour cent en 2003 à 89 pour cent en 2007. De ce fait, les taux de transmission mère-enfant du VIH ont été réduits du dixième en l'espace de six ans, en passant d'un taux supérieur à 40 pour cent en 2001 à un taux inférieur à 4 pour cent en 2007. Le gouvernement envisage de garantir l'accès universel aux traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) au profit de toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, afin de réduire à moins de 1 pour cent le taux d'incidence du VIH chez les nouveau-nés.

Source : *Botswana National MDG Progress Report, 2010.*

Rwanda) ont réalisé une couverture TAR de 80 pour cent ou plus (*Encadré 6*). Cependant, sept pays à forte prévalence (Afrique du Sud, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Mozambique, Tanzanie et Zimbabwe) ont assuré une couverture TAR de 40 pour cent ou moins, et cette couverture y était moindre pour les enfants que pour les adultes.

Bien qu'elle mérite d'être saluée, la disponibilité croissante des TAR présente certaines caractéristiques potentiellement négatives, qui sont la rançon de son propre succès. En premier lieu, les personnes bénéficiant de ces traitements vivent plus longtemps et risquent donc davantage de transmettre le virus. En deuxième lieu, la viabilité budgétaire de la distribution de TAR à l'avenir n'est pas garantie, pour les trois raisons suivantes : (i) bien que le prix d'un traitement de première ligne⁵⁶ ait chuté en Afrique, il représente toujours une proportion substantielle des budgets de la santé ; (ii) dans de nombreux pays, les TAR sont principalement financés par des donateurs (Fonds mondial, PEPFAR) ; et (iii) certains patients sont obligés de passer aux traitements, plus onéreux, de deuxième ligne⁵⁷ parce qu'ils ont développé une résistance aux traitements de première ligne⁵⁸.

56 Le traitement de première ligne recommandé par l'OMS coûte soit 139 dollars USD soit 158 dollars USD, selon les médicaments utilisés dans la combinaison (source : OMS, 2011).

57 Le traitement de deuxième ligne recommandé par l'OMS coûte soit 908 dollars USD soit 1 025 dollars USD, selon les médicaments utilisés dans la combinaison (source : OMS (2011).

58 Entre 2007 et 2010, l'OMS a mené 15 enquêtes sur la résistance aux antirétroviraux respectivement au Burundi, en Inde, au Malawi, au Mozambique et au Nigeria. Il ressort de ces enquêtes que 6 pour cent des patients ont développé une résistance à l'un ou plusieurs des médicaments de première ligne après 12 mois de traitement (source : OMS, 2011).

Les avantages des TAR sont particulièrement manifestes en Afrique (hors Afrique du Nord) où l'on estime qu'en 2009, 320 000 personnes (soit 20 pour cent des malades) ne sont pas mortes du sida, alors qu'elles l'auraient été en 2004, année où l'usage massif des TAR a démarré. Il a été établi que les financements, par les donateurs, de programmes de lutte contre des maladies spécifiques, au moyen de fonds verticaux, impactent positivement le rythme des progrès. La mise en place de financements prévisibles et suffisants pour lutter contre le VIH/sida et assurer la fourniture gratuite des traitements a été couronnée de succès. Un changement d'orientation a été observé au niveau des financements, du fait que le traitement n'est plus considéré dans les allocations budgétaires comme étant distinct de la prévention car il est désormais admis qu'il favorise celle-ci.

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

Le paludisme est toujours endémique dans la plupart des pays d'Afrique où il représente une cause majeure de morbidité et de mortalité. En effet, les taux élevés de prévalence du paludisme, combinés à un manque de capacités pour réagir à ce fléau, constituent une cause majeure des morts infantiles. Globalement, les progrès vers la réalisation de la cible 6.C offrent un tableau mitigé. Des avancées indéniables ont été enregistrées dans certains domaines, notamment pour réduire le taux de mortalité due à la tuberculose en Afrique australe et pour multiplier l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticides qui permettent de prévenir le paludisme. Néanmoins, la prévalence de la tuberculose en Afrique de l'Ouest est croissante et le continent dans son ensemble est nettement en retard sur cette cible.

Il est réjouissant de constater que les financements internationaux destinés à juguler le paludisme ont considérablement augmenté au cours de la décennie écoulée. Les décaissements ont atteint le niveau record de 1,5 milliard de dollars USD en 2009. Cependant les engagements en faveur de la lutte antipaludique, à hauteur de 1,8 milliard de dollars USD en 2010, semblent avoir stagné. Malheureusement, bien qu'ils soient substantiels, les montants engagés restent bien inférieurs aux ressources requises. Pour l'année 2010, celles-ci étaient estimées à plus de 6 milliards de dollars USD.

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

Le *Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde* (OMS, 2010a) indique que sur les 46 pays africains pour lesquels des données sont disponibles, seuls quatre (Afrique du Sud, Cap-Vert, Égypte et Swaziland) avaient des incidences inférieures à 100 cas notifiés de paludisme pour 100 000 habitants. Il y a certes eu une réduction de la mortalité due au paludisme dans plusieurs pays de la région, dont l'Éthiopie, le Mozambique, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie, mais il reste encore beaucoup à faire à cet égard. Le taux de mortalité due au paludisme reste élevé en Afrique (*Tableau 6*). Seize pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda, République du Congo, RDC, Sierra Leone, Soudan, Tchad, Zambie) ont enregistré, en 2008, plus de 100 décès dûs au paludisme pour 100 000 habitants. Sur une note plus positive, huit pays ont affiché des taux de moins de 10 décès pour 100 000 habitants : Afrique du Sud, Botswana, Cap-Vert, Djibouti, Égypte, Érythrée, Sao Tomé-et-Principe et Swaziland.

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

L'augmentation des contributions des bailleurs de fonds dans la lutte contre le paludisme a considérablement amélioré l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ces trois dernières années. Fin 2010, environ 289 millions de MII avaient été livrées à l'Afrique (hors Afrique du Nord), ce qui suffisait pour couvrir 76 pour cent des 765 millions de personnes exposées au risque de contracter la maladie. Mais des efforts supplémentaires doivent être consentis pour garantir que les moustiquaires parviennent à tous les ménages qui en ont besoin, et qu'elles y soient utilisées correctement et régulièrement afin de prouver leur efficacité escomptée, notamment en termes de réductions significatives des taux de mortalité infantile.

Il ressort des enquêtes menées auprès de ménages entre 2007 et 2009 que le taux de propriété des MII par les ménages dépassait 50 pour cent dans les pays suivants : Gabon, Guinée équatoriale, Éthiopie, Mali, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie. Toujours dans ces pays, le pourcentage moyen des enfants de moins de 5 ans dormant sous de telles moustiquaires était de 45 pour cent. Ce pourcentage très inférieur à l'objectif de 80 pour cent fixé par l'Assemblée mondiale de la santé s'explique en partie par le faible accès aux MII dans certains des pays d'Afrique parmi les plus peuplés. Il s'agira donc d'entreprendre de nouveaux efforts pour garantir que ces services parviennent à tous les ménages, particulièrement les plus vulnérables.

Tableau 6 : Taux de mortalité due au paludisme pour 100 000 habitants de tout âge, 2008

Pays	Décès pour 100 000 habitants
Égypte	0
Cap-Vert	1
Djibouti	1
Érythrée	1
Afrique du Sud	1
Swaziland	1
Botswana	3
Sao Tomé-et-Principe	8
Madagascar	17
Namibie	19
Zimbabwe	33
Rwanda	40
Éthiopie	44
Somalie	65
Burundi	73
Ghana	74
Malawi	75
Mauritanie	80
Mozambique	80
Kenya	81
Gabon	83
Sénégal	83
Tanzanie	84
Libéria	87
Côte d'Ivoire	88
Togo	88
Angola	97

Pays	Décès pour 100 000 habitants
Gambie	97
RCA	98
Comores	98
Cameroun	103
Sierra Leone	103
Soudan	106
Zambie	107
Bénin	113
Congo	120
Guinée	140
Guinée Bissau	142
Ouganda	149
Guinée équatoriale	150
Nigeria	151
Niger	154
RDC	156
Burkina Faso	163
Mali	176
Tchad	181

Note : pas de données disponibles pour l'Algérie, le Lesotho, la Libye, Maurice, le Maroc, les Seychelles et la Tunisie.

Source : OMS (2010a).

Indicateur 6.8 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés

Selon les informations fournies par les fabricants, le nombre de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) fournies aux patients atteints de paludisme n'a cessé d'augmenter chaque année depuis 2005. Fin 2009, 11 pays d'Afrique ont assuré l'approvisionnement de traitements ACT en quantité suffisante pour couvrir plus de 100 pour cent des cas de paludisme pris en charge par les services de santé publique alors que 8 autres pays en ont distribué un nombre suffisant pour traiter 50 à 100 pour cent des cas. Ces chiffres représentent une augmentation substantielle par rapport à 2005, année où seuls cinq pays étaient parvenus à assurer la fourniture de traitements ACT susceptibles de soigner plus de 50 pour cent des patients suivis dans les hôpitaux publics. Cependant, l'information disponible sur l'administration de ces traitements est généralement incomplète, surtout en ce qui concerne la proportion importante des traitements administrés dans le secteur privé. Aussi, la plupart des pays qui autorisent encore la commercialisation des monothérapies (face auxquelles les patients développent généralement une résistance) se trouvent-ils en Afrique.

Indicateur 6.9: Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie⁵⁹

Le nombre de personnes atteintes de tuberculose continue à croître dans le monde, l'Afrique

connaissant des taux d'incidence très supérieurs à ceux des autres régions du monde (OMS, 2010b). Ce taux est particulièrement élevé en Afrique australe, où il est en rapport étroit avec la forte prévalence du VIH et du sida. De 2005 à 2008, la prévalence de la tuberculose s'est stabilisée dans toutes les sous-régions africaines, hormis en Afrique de l'Est, où il a légèrement baissé (*Figure 42*).

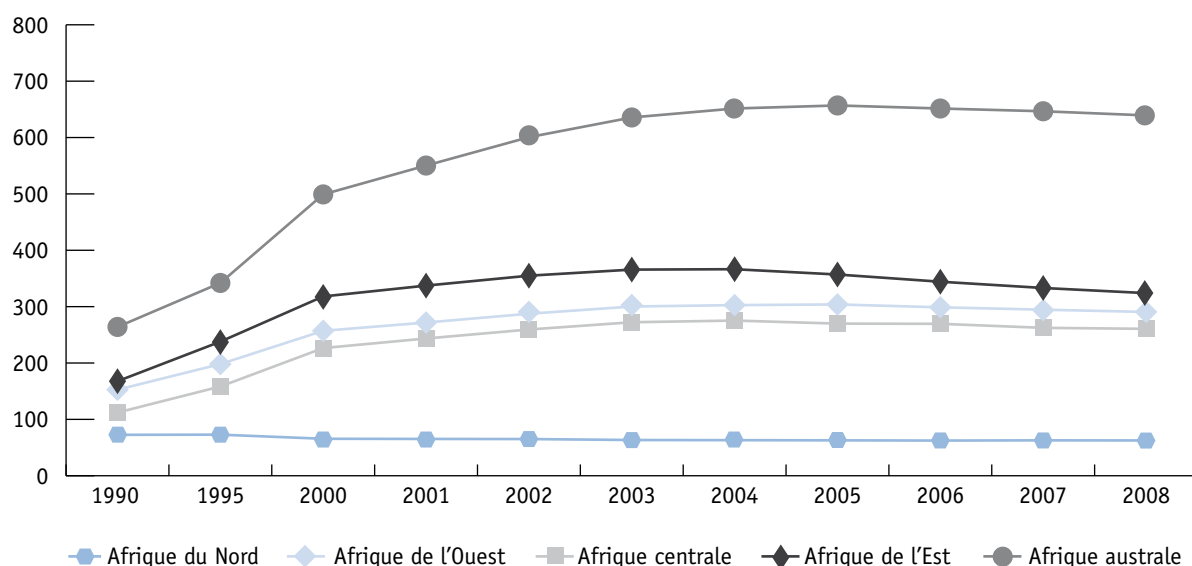
Bien que la tuberculose fasse planer un grave risque sanitaire sur les populations africaines, particulièrement dans les pays fortement touchés par le VIH/sida, une baisse des taux de prévalence de la tuberculose a été observée en 2004 en Afrique centrale, orientale, australe et occidentale. Ce recul a été le plus significatif en Afrique centrale et orientale (*Figure 43*).

Il est permis d'affirmer que, dans l'ensemble, le taux de mortalité due à la tuberculose est en baisse dans la plupart des régions africaines. L'unique exception concerne l'Afrique de l'Ouest, où la prévalence de cette maladie s'est légèrement accrue entre 2007 et 2008, faisant de cette sous-région celle au taux de tuberculose le plus élevé du continent. En Afrique australe, la mortalité due à la tuberculose a chuté à la faveur du recul massif enregistré par le taux de mortalité causée par la tuberculose en Afrique du Sud⁶⁰, qui est passé de 220 décès pour 100 000 habitants en 2006 à 39 décès pour 100 000 habitants en 2008 (*Figure 44*).

⁵⁹ L'incidence représente le nombre de nouvelles infections, alors que la prévalence se rapporte au nombre total d'infections (anciennes et nouvelles). L'incidence est un meilleur indicateur de l'évolution d'une épidémie parce qu'elle ne tient compte que des nouvelles infections, tandis que la prévalence intègre également les décès liés à l'infection.

⁶⁰ Environ 35 pour cent de la population en Afrique australe est composée de Sud-Africains.

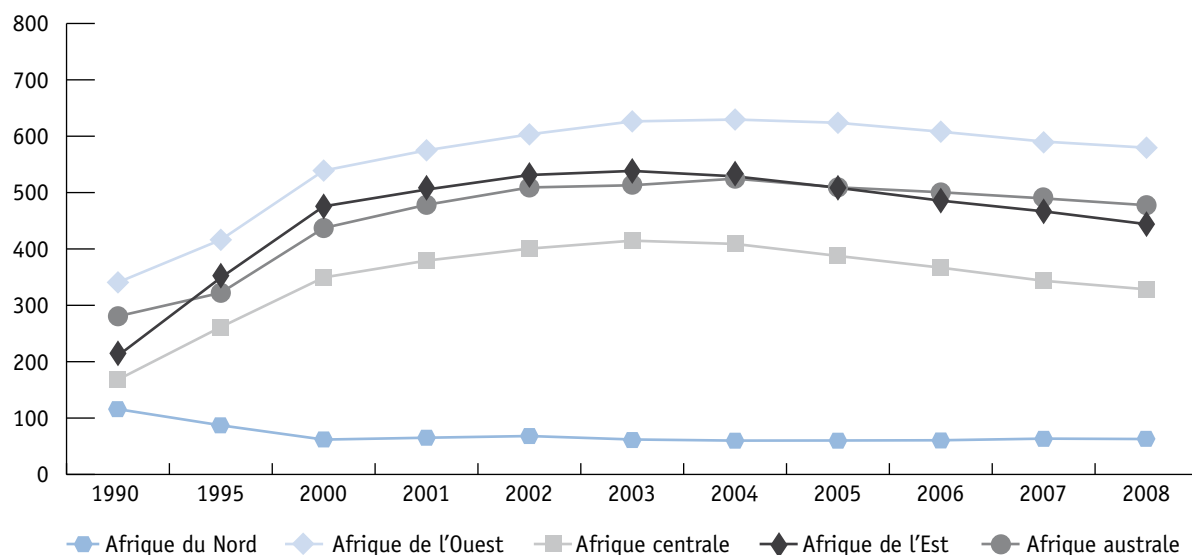
Figure 42 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Note : pour les besoins de l'analyse par sous-région, les données sont pondérées selon la taille de la population.

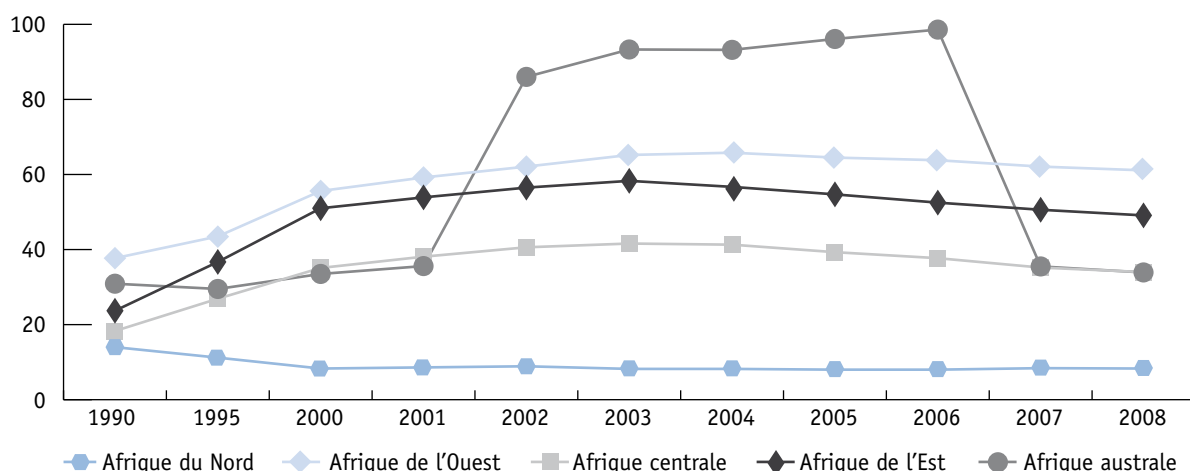
Figure 43 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Note : pour les besoins de l'analyse par sous-région, les données sont pondérées selon la taille de la population.

Figure 44 : Taux de mortalité due à la tuberculose, pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990-2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Note : pour les besoins de l'analyse par sous-région, les données sont pondérées selon la taille de la population.

Afin de combattre efficacement le paludisme et la tuberculose et accélérer les progrès vers la réalisation de la cible 6.C, il est nécessaire de traiter les divers aspects du système sanitaire dans son ensemble. Tout d'abord, il convient de mieux contrôler le financement, la qualité⁶¹ et l'efficacité⁶² des médicaments. En particulier, les capacités des laboratoires en matière de diagnostic du paludisme, de mise en culture et de recherche des germes, et de Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTs) sont insuffisantes et doivent être renforcées.

61 L'OMS a constaté que près de 30 pour cent des médicaments antipaludiques dans six pays africains étaient des contrefaçons et ne respectaient pas les normes internationales de qualité.

62 La résistance aux médicaments complique considérablement les traitements antituberculeux. Les causes possibles sont multiples : traitement inappropriés, mauvaise posologie, médicaments de piètre qualité, médicaments en vente libre ou non observance des traitements prescrits.

En deuxième lieu, les ressources humaines dans le secteur ne suffisent toujours pas, en termes d'effectifs, de compétences et de rémunérations, pour affronter la situation sanitaire en Afrique. Par exemple, l'OMS estime qu'il faut compter 2,5 agents sanitaires pour 1 000 habitants pour espérer réaliser les OMD liés à la santé. Or, dans la région Afrique, ce ratio est actuellement estimé à 0,8 agent sanitaire pour 1 000 habitants.

Enfin, il convient de développer les partenariats entre le secteur public et le secteur privé en matière de santé et d'en assurer un suivi de meilleure qualité. La situation est d'autant plus pressante qu'une partie significative de la population se fait soigner dans le secteur privé, en s'approvisionnant en médicaments et en monothérapies disponibles en vente libre et pouvant susciter une résistance au traitement, alors qu'aucun mécanisme réglementaire

n'a été mis en place pour remédier à cet état de choses. De ce fait, la surveillance globale des performances de programme reste fort problématique.

OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

La protection de l'environnement constitue l'un des fondements essentiels du développement durable et de la réduction de la pauvreté. Cela signifie que si l'on ne parvient pas à assurer une biodiversité stable, les efforts de développement social et économique en seront compromis. Les forêts jouent aussi un rôle critique dans la préservation de la santé de l'environnement en atténuant le changement climatique, en protégeant la biodiversité, en conservant des sources d'eau propres et salubres, en contrôlant l'érosion, en protégeant les sols agricoles, en fournissant une énergie renouvelable à un prix abordable, et en valorisant l'environnement urbain. Il y a une triste réalité que notre société mondialisée a impunément autorisée : l'exploitation incontrôlée des ressources naturelles que sont les forêts, les terres, les étendues d'eau et les pêcheries. Bien qu'étant souvent le fait d'un petit nombre de puissants, ce type d'exploitation a occasionné des changements alarmants dans notre monde naturel au cours des dernières décennies. Cette évolution s'est avérée être particulièrement préjudiciable aux populations les plus vulnérables du monde, qui dépendent des ressources naturelles pour leurs moyens de subsistance (CEA, 2010b).

De ce fait, la situation générale relative à l'OMD 7 est quelque peu contradictoire. D'une part, l'on constate que la plupart des pays paraissent théoriquement acquis à la cause de la viabilité de l'environnement mais d'autre part, l'on observe que les progrès vers la réalisation de cet objectif sont fort

lents. Le volume des émissions de gaz à effet de serre continue de croître et rares sont les pays qui ont procédé à des réductions substantielles en la matière. Des difficultés ont surgi dans la réalisation de la cible de la biodiversité et seul un petit nombre de pays est parvenu à étendre la couverture de ses aires protégées.

Des progrès destinés à faciliter l'accès aux sources d'eau sont en cours, mais l'accès à des installations sanitaires améliorées reste problématique dans la plupart des pays, surtout en zone rurale. La réalisation des cibles de l'OMD 7 et des autres OMD en Afrique est exacerbée par la menace du changement climatique et ses impacts potentiels sur les écosystèmes, l'approvisionnement en eau et la dégradation de la biodiversité.

La plupart des données relatives aux quatre cibles de l'Objectif 7 ne sont pas disponibles au niveau des pays ou n'ont pas été mises à jour depuis la publication du *Rapport OMD 2010 - Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des OMD*. C'est pour cette raison que l'évaluation des progrès relatifs à cet objectif ne portera que sur les indicateurs pour lesquels des données mises à jour sont disponibles.

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

Indicateur 7.2 : Émissions de CO₂ (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat)

Les émissions de l'ensemble des combustibles ont augmenté au fil des années sur le continent

africain. Aujourd'hui, les combustibles liquides et solides représentent 36 pour cent des émissions, et les combustibles gazeux 16,3 pour cent du total des émissions (Boden et al., 2010). Il convient cependant de noter que l'Afrique ne contribue que marginalement (moins de 4 pour cent) aux émissions mondiales de CO₂. Un petit nombre de pays (Afrique du Sud, Algérie, Égypte, Libye, Maroc et Nigeria) sont responsables de la majeure partie des émissions provenant de combustibles fossiles. Dans 36 pays africains, les émissions de CO₂ ont augmenté entre 1990 et 2007 et parmi ceux-ci, trois pays (Guinée équatoriale (7,1 pour cent), Seychelles (5,9 pour cent) et Maurice (1,7 pour cent) ont enregistré des augmentations conséquentes. Cependant, 16 autres pays ont réalisé des réductions dans leurs émissions. Le Gabon, en particulier, a réduit ses émissions de CO₂ à raison de 5,1 tonnes métriques par habitant entre 1990 et 2007 (*Figure 45*).

Certains pays d'Afrique, notamment l'Afrique du Sud et la Zambie, ont introduit des politiques de taxation des émissions de carbone comme moyen de réduire leur empreinte carbone. La taxe est appliquée à des véhicules non munis d'un certificat d'émissions de CO₂, lequel dépend essentiellement de la cylindrée du moteur. Cela montre qu'il est possible de mettre en place, au niveau national, des interventions réglementaires et des taxes environnementales dans le but d'assurer un environnement durable.

La Banque africaine de développement (BAD) a introduit un Cadre d'investissement dans l'énergie propre en Afrique⁶³ visant à accroître l'accès à

l'énergie sur le continent africain tout en favorisant l'usage progressivement accru d'énergies propres, à faibles émissions de carbone. Cette politique entend valoriser le fait que le continent dispose de vastes ressources d'énergie renouvelables, dont un potentiel hydro-électrique chiffré à 1 750 térawatts-heures, un potentiel géothermique estimé à 9 mégawatts ainsi que de l'énergie solaire et éolienne. En outre, les sources d'énergie renouvelables ne représentent pas seulement la meilleure option pour répondre aux besoins de l'importante population rurale de l'Afrique, mais elles peuvent aussi s'appliquer à une échelle suffisante pour ne plus dépendre de la production électrique de petites centrales thermiques onéreuses à moteur diesel.

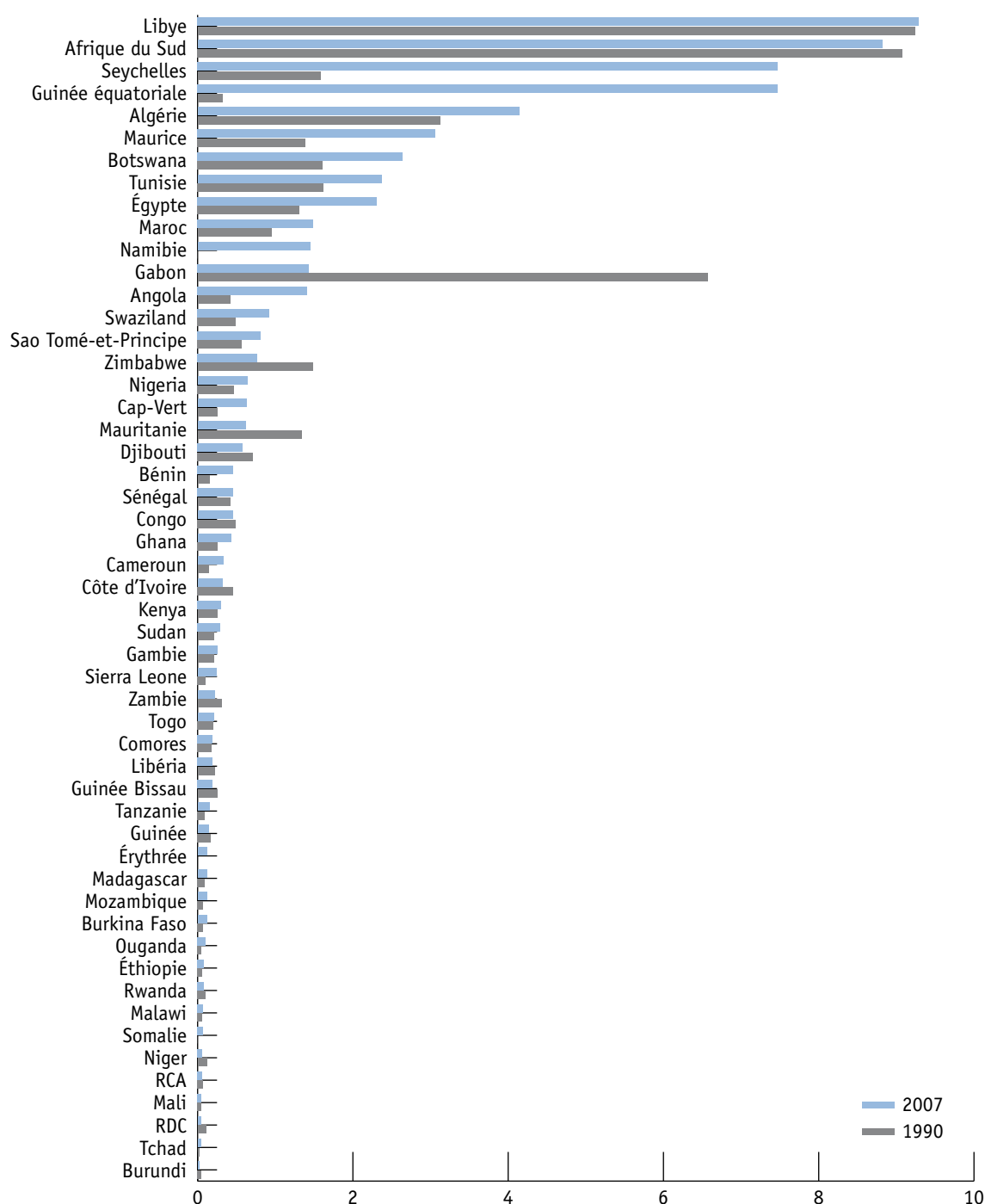
Indicateur 7.3 : Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO)

Cet indicateur permet d'assurer le suivi des progrès en vue de l'élimination progressive des substances appauvrissant la couche d'ozone (SAP), selon les calendriers définis par le Protocole de Montréal relatif aux substances qui appauvrissent la couche d'ozone, conclu en 1987, et ses amendements subséquents. Sur le plan mondial, le Protocole de Montréal s'est avéré très fructueux, puisque la consommation de SAO a été réduite de 98 pour cent entre 1986 et 2008⁶⁴.

climatique et d'adaptation aux changements (CRMA) du Groupe de la BAD, destinée à réduire la vulnérabilité de ses pays membres régionaux (PMR) face à la variabilité du climat et à promouvoir la résilience climatique au moyen de projets et de programmes de développement financés par la Banque. Le Cadre d'investissement dans l'énergie propre en Afrique vise également le renforcement des capacités et des connaissances des PMR pour faire face aux défis du changement climatique et assurer la viabilité par le biais de réformes politiques et réglementaires adaptées.

64 ONU (2010, p. 54).

63 Approuvé par le Conseil d'administration de la BAD en mars 2008, le Cadre d'investissement dans l'énergie propre en Afrique (CEIF) complète la Stratégie de gestion du risque

Figure 45 : Émissions de CO₂ en tonnes métriques par habitant (CDIAC), 1990 et 2007

Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

En Afrique, la consommation de SAO a aussi sensiblement diminué dans la plupart des pays entre 1996 et 2008 (*Tableau 7*). L'intégration du développement durable dans les cadres d'orientation nationale et le renforcement du partenariat mondial pour le développement ont contribué à ces avancées. La plupart des pays africains sont parvenus à réduire leur consommation de SAO en important moins de substances associées aux SAO. C'est ainsi que l'Afrique du Sud a diminué ses importations de halons et de chlorofluorocarbones (CFC) et éliminé presque complètement l'utilisation de SAO, notamment comme agents propulseurs d'aérosols.

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

Indicateur 7.6 : Proportion des zones terrestres et marines protégées

L'Union internationale pour la conservation de la nature (UICN) définit ainsi les aires protégées : « une portion de terre et/ou de mer vouée spécialement à la protection et au maintien de la diversité biologique, ainsi que des ressources naturelles et culturelles associées, et gérée par des moyens efficaces, juridiques ou autres ». Les cibles de pourcentage de couverture en aire protégée fixées par la Convention sur la biodiversité biologique (CDB), soit 10 pour cent en 2010 pour les environnements terrestres et 10 pour cent en 2012 pour les environnements marins, ont incité les pays à examiner et étendre leurs systèmes d'aires protégées, et à instaurer un suivi des progrès dans ce domaine.

Au cours de la période 1990-2009, 34 pays ont augmenté le pourcentage de leurs aires terrestres

et marines protégées. En 2009, 23 pays au total avaient atteint la cible de 10 pour cent de zones terrestres et marines protégées sur l'ensemble de leur territoire, par comparaison à 19 pays en 1990. Quatre pays ont accompli des progrès remarquables à cet égard pendant la période 1990-2009 : Guinée-Bissau (progression du pourcentage en aires protégées passant de 5,8 à 26,9 pour cent), Guinée équatoriale (de 5,0 à 14,0 pour cent), Gabon (de 3,9 à 14,3 pour cent) et Zimbabwe (de 18,0 à 28 pour cent) (*Tableau 8*).

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

Indicateur 7.8 : Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée

Bien que la part de la population ayant accès à l'eau salubre soit passée de 56 pour cent en 1990 à 65 pour cent en 2008, le taux de cette progression n'est pas suffisant pour permettre au continent d'atteindre la cible d'ici à 2015 (*Tableau 9*). L'accès à des sources améliorées d'eau potable a augmenté dans les zones rurales, passant de 40 pour cent en 1990 à 53 pour cent en 2008, alors qu'il est resté constant à 86 pour cent dans les zones urbaines sur la même période. La situation en milieu urbain est exacerbée par l'urbanisation rapide qui a donné lieu à une prolifération des bidonvilles.

Tableau 7 : Consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone en tonnes métriques de potentiel de déplétion ozonique (PDO), 1996 et 2008

Pays	1996	2008	Pays	1996	2008
Nigeria	5 111,1	312,7	Érythrée	43,2	3,1
Égypte	2 944,9	726,2	Mozambique	42,4	4,9
Algérie	2 654,5	236,9	Burkina Faso	41,8	27,2
Libye	1 498,7	111,6	Maurice	37,7	6,9
Maroc	1 465,0	212,7	Tchad	35,0	21,5
Tunisie	1 011,1	59,2	Namibie	33,9	5,8
RDC	960,4	16,6	Togo	33,7	9,4
Zimbabwe	901,3	37,3	Rwanda	30,4	2,9
Afrique du Sud	798,5	435,1	Guinée Bissau	26,3	2,2
Soudan	436,4	91,9	Swaziland	23,8	3,3
Kenya	410,6	75,7	Madagascar	23,5	3,0
Côte d'Ivoire	394,5	24,1	Djibouti	21,5	1,5
Cameroun	333,5	36,1	Gambie	21,0	0,5
Sénégal	298,4	19,5	Congo	18,9	2,0
Tanzanie	297,5	15,4	Niger	18,1	3,1
Somalie	259,4	28,3	Ouganda	15,8	0,0
Malawi	181,3	6,7	Ghana	15,7	21,6
Angola	114,8	20,2	Gabon	13,5	5,2
Mali	111,6	5,1	Mauritanie	7,8	6,5
Sierra Leone	111,5	5,8	Botswana	6,7	13,6
Libéria	89,0	3,4	Lesotho	6,6	11,6
Zambie	60,9	6,9	RCA	6,5	6,7
Guinée équatoriale	60,8	8,1	Sao Tomé-et-Principe	4,3	0,2
Bénin	59,0	6,0	Seychelles	2,4	0,6
Burundi	58,8	1,0	Comores	2,3	0,2
Guinée	52,4	2,7	Cap-Vert	2,3	0,8
Éthiopie	47,7	4,3			

Source : données extraites de la DSNU (mises à jour en août 2010).

Tableau 8 : Pourcentage de couverture des aires terrestres et marines protégées par rapport à l'ensemble du territoire, 1990 et 2009 (%)

Pays	1990	2009	Pays	1990	2009
Djibouti	0,1	0,1	Tchad	9,4	9,4
Libye	0,1	0,1	Ouganda	7,3	9,7
Somalie	0,3	0,3	RDC	10,0	10,0
Lesotho	0,5	0,5	Rwanda	9,9	10,0
Maurice	0,4	0,7	Togo	11,3	11,3
Seychelles	0,9	0,9	Kenya	11,4	11,6
Mauritanie	1,1	1,1	Angola	12,1	12,1
Tunisie	1,2	1,3	Nigeria	11,3	12,6
Gambie	1,2	1,3	Ghana	13,3	13,3
Maroc	1,1	1,5	Burkina Faso	13,4	13,9
Madagascar	1,7	2,4	Namibie	13,9	13,9
Mali	2,3	2,4	Guinée équatoriale	5,0	14,0
Cap-Vert	2,5	2,5	Gabon	3,9	14,3
Comores	0,0	2,7	RCA	14,4	14,7
Swaziland	3,0	3,0	Mozambique	13,8	14,8
Soudan	4,7	4,8	Malawi	15,0	15,0
Burundi	3,8	4,9	Éthiopie	17,7	18,4
Érythrée	4,9	5,0	Côte d'Ivoire	21,8	21,8
Sierra Leone	5,0	5,0	Sénégal	23,1	23,5
Libéria	5,1	5,1	Bénin	23,8	23,8
Égypte	2,1	6,1	Guinée Bissau	5,8	26,9
Algérie	6,2	6,3	Tanzanie	25,7	27,0
Guinée	6,8	6,8	Zimbabwe	18,0	28,0
Afrique du Sud	6,2	6,8	Botswana	30,3	30,9
Niger	6,8	6,8	Zambie	36,0	36,0
Congo	4,7	8,5			
Cameroun	6,9	9,0			

Source : données extraites de la DSNU (mises à jour en juin 2010)

Tableau 9 : Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée, 1990 et 2008 (%)

Population	1990	2008
Urbaine	86	86
Rurale	40	53
Total	56	65

Source : données extraites de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Entre 1990 et 2008, sur les 42 pays pour lesquels des données étaient disponibles, 37 ont enregistré des avancées, d'importance variable, dans leur taux d'accès à des sources d'eau améliorées. Cependant, quatre pays (Algérie, Rwanda, Soudan et Tanzanie) ont régressé à cet égard tandis qu'à Maurice, le taux de couverture est resté inchangé (*Figure 46*). Les tendances relatives à cet indicateur révèlent de fortes disparités entre les milieux urbain et rural, les habitants des campagnes ayant moins d'accès à une source d'eau améliorée que les habitants des villes. La nette progression de l'accès à des sources d'eau améliorées est essentiellement imputable au secteur urbain, et notamment aux réformes de l'eau mises en œuvre dans un grand nombre de pays. Celles-ci ont généralement et dans une certaine mesure impliqué le secteur privé, mais les considérations relatives à l'égalité dans l'accès à l'eau n'ont pas été suffisamment prises en compte (CEA, 2009a).

Couverture urbaine – approvisionnement en eau amélioré

En 2008, la proportion de la population urbaine ayant accès à une source d'eau améliorée variait entre 52 pour cent (Mauritanie) et 100 pour cent (Égypte, Maurice et Seychelles) (*Figure 47*). En 1990, 26 pays bénéficiaient d'une couverture

de 80 pour cent en termes de sources d'eau améliorées en milieu urbain, contre 40 pays en 2008. Les pays les moins performants à cet égard en 1990 incluaient l'Angola, la Mauritanie et le Tchad, avec un taux inférieur à 50 pour cent. Par contre, en 2008, il n'existait plus de pays ayant une couverture inférieure à 50 pour cent en zone urbaine.

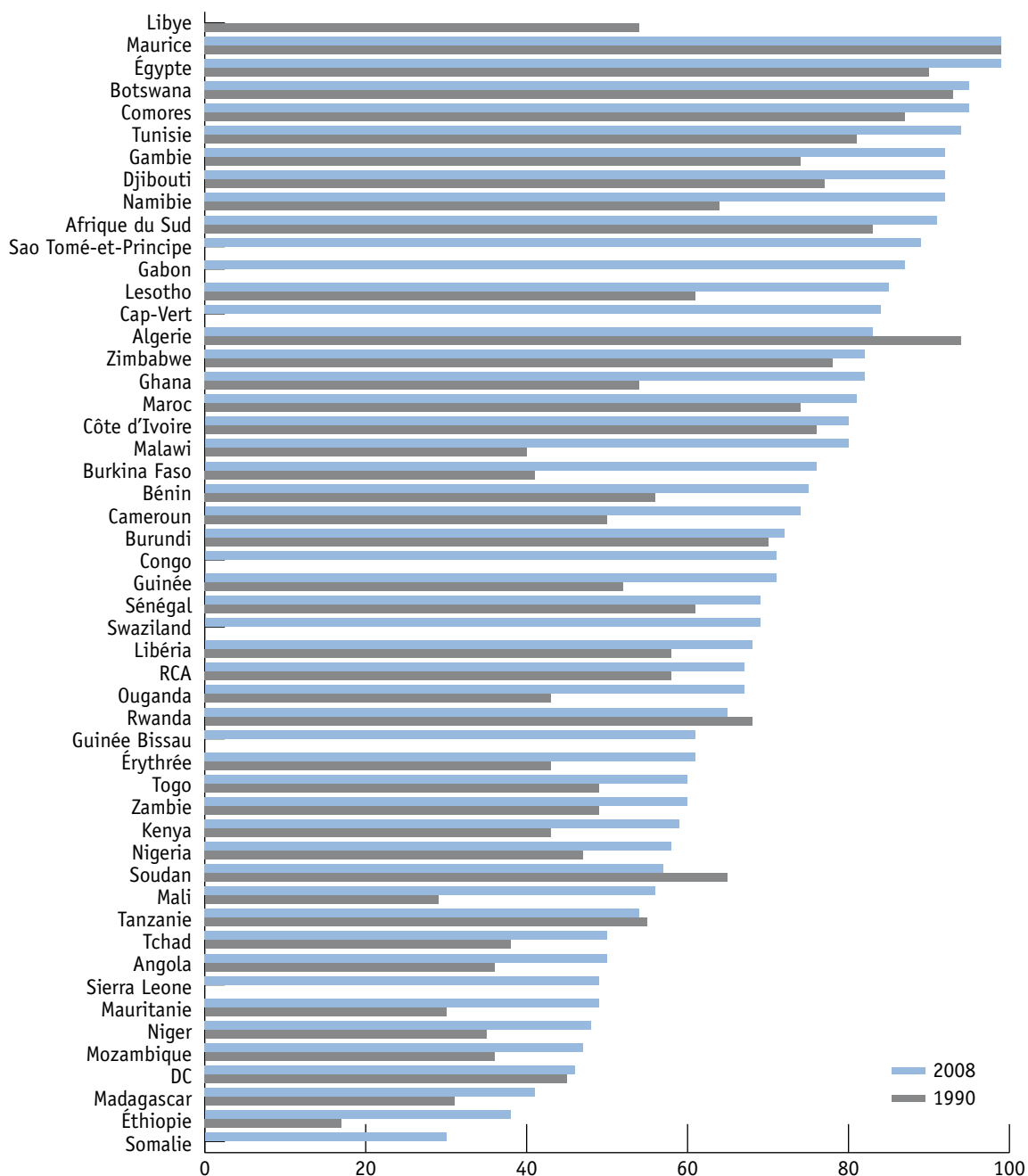
Couverture rurale - approvisionnement en eau amélioré

Le nombre de pays bénéficiant d'un taux de couverture égal ou supérieur à 80 pour cent en matière de sources d'eau améliorées en milieu rural est passé de 6 pays en 1990 (Algérie, Botswana, Comores, Égypte, Guinée équatoriale et Maurice) à 10 pays en 2008 (Botswana, Cap-Vert, Comores, Égypte, Gambie, Lesotho, Maurice, Namibie, Sao Tomé-et-Principe et Tunisie). Quant aux pays affichant un taux de couverture inférieur à 50 pour cent en zone rurale, leur nombre a diminué de 26 pays en 1990 à 17 pays en 2008. De fortes disparités ont été enregistrées au niveau de cet indicateur, qui varie de 9 pour cent dans le cas de la Somalie à 99 pour cent dans le cas de Maurice (*Figure 48*).

Indicateur 7.9 : Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées

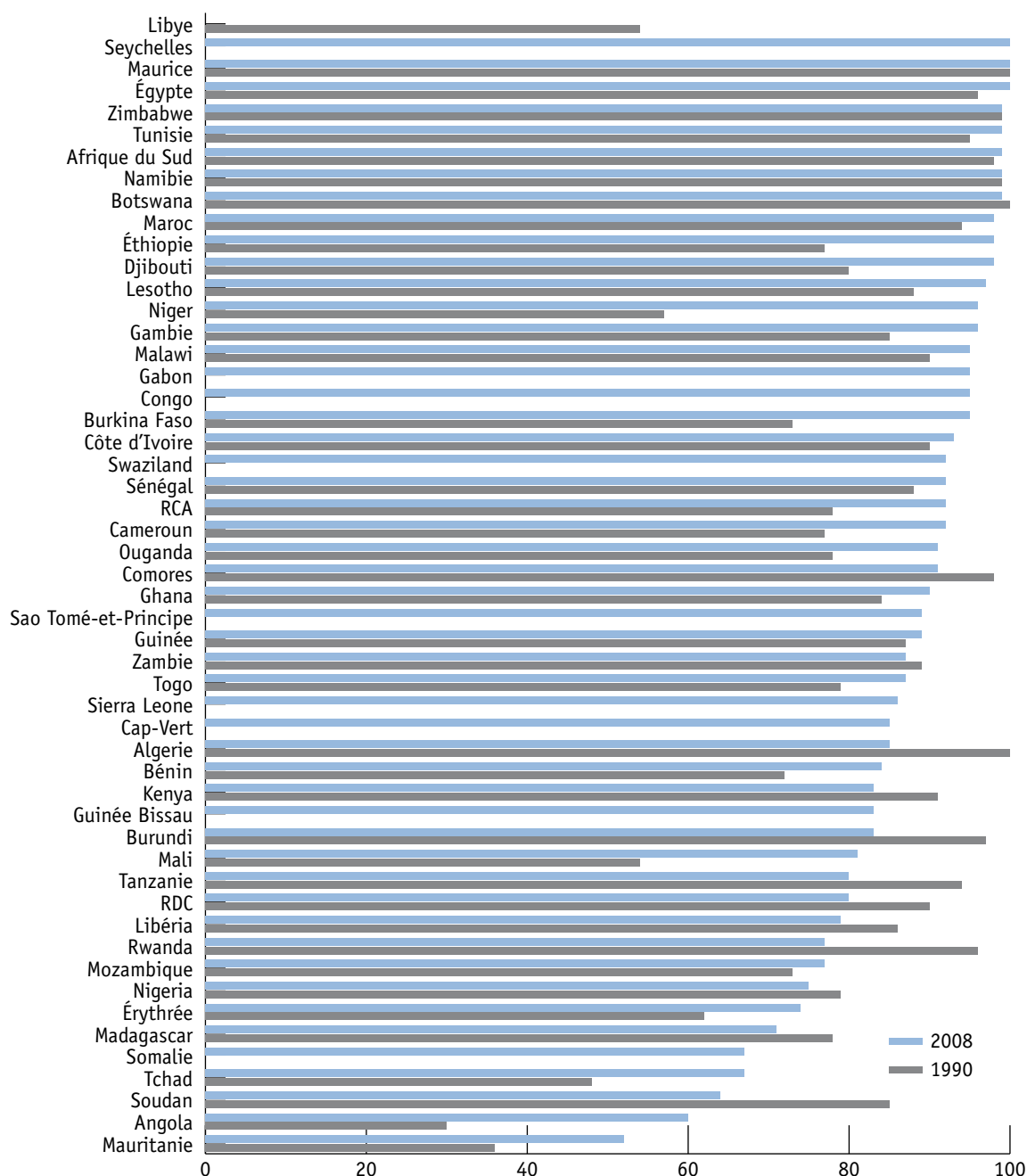
L'utilisation d'infrastructures d'assainissement améliorées en Afrique est généralement faible, atteignant tout juste 41 pour cent en 2008. Étant donné que ce taux était de 36 pour cent en 1990, la progression au niveau de cet indicateur n'a été que de 5 pour cent en 20 ans. Les deux principales contraintes qui entravent le déploiement à large échelle d'installations sanitaires améliorées tiennent au coût élevé des infrastructures nécessaires et au faible rendement des investissements pour le secteur privé. Cette dernière considération

Figure 46 : Progrès en matière d'accès à des sources d'eau améliorées en zones urbaine et rurale (en % de la population totale), 1990-2008



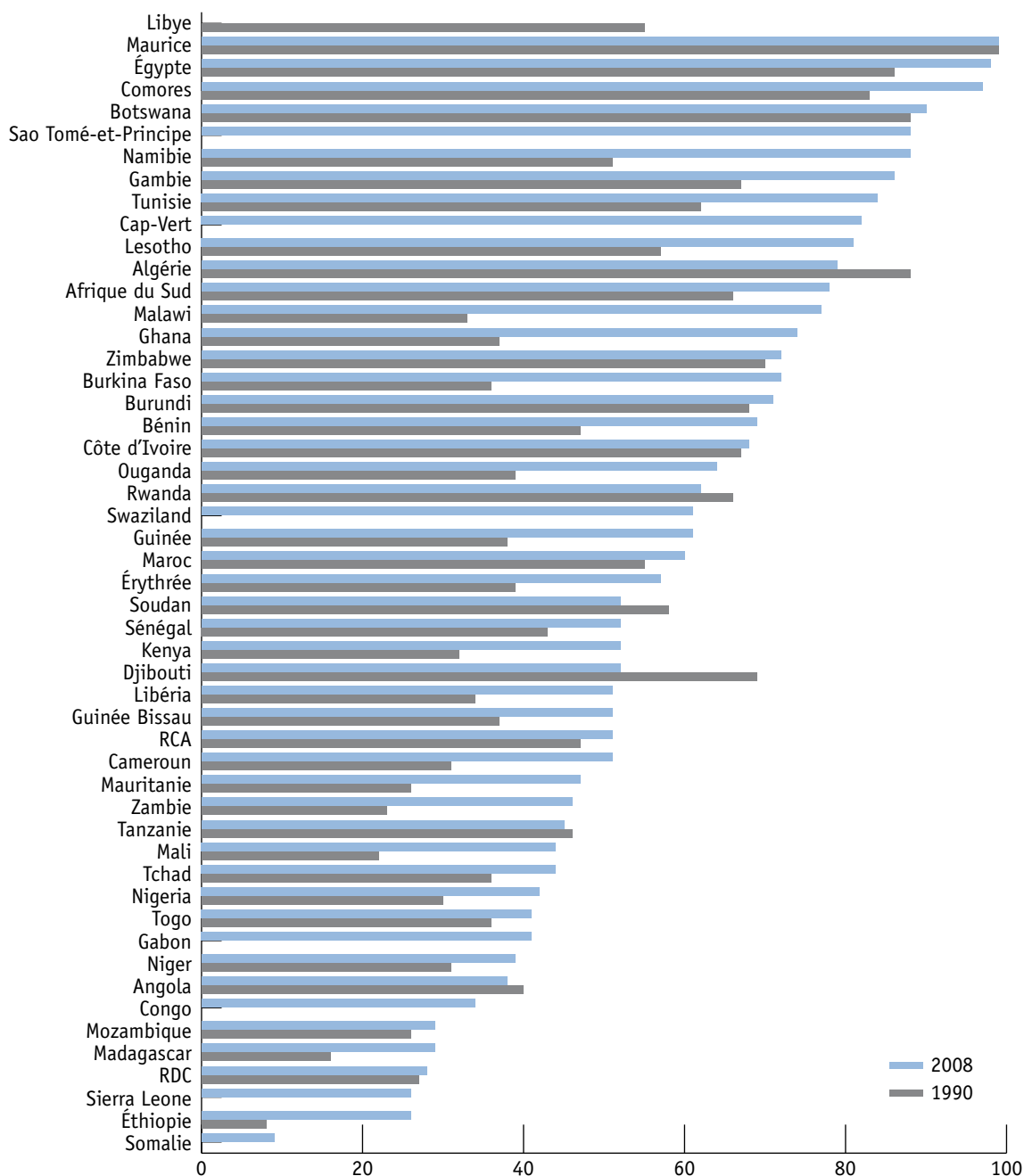
Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Figure 47 : Progrès en matière d'accès à des sources d'eau améliorées en zone urbaine (en % de la population urbaine), 1990 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Figure 48 : Progrès en matière d'accès à des sources d'eau améliorées en zone rurale (en % de la population rurale), 1990 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en 2010).

explique en partie la rareté des partenariats public-privé dans le secteur de l'assainissement. On estime qu'en 2006, 242 millions de personnes bénéficiaient d'installations sanitaires améliorées en Afrique. Pour augmenter la proportion de ces usagers à 66 pour cent de la population africaine (cible 7.C), il faudrait étendre l'accès à de telles infrastructures à 370 millions de personnes supplémentaires.

De fortes disparités existent entre zones urbaine et rural pour ce qui est de l'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées. En milieu urbain, la proportion des habitants utilisant des installations sanitaires améliorées était de 58 pour cent en 1990. Elle a légèrement régressé à 56 pour cent en 2008. Cette baisse est probablement imputable à la forte proportion des habitants vivant dans des taudis et à la croissance démographique galopante dans les zones urbaines. L'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées a continué d'être plus faible dans les zones rurales, en comparaison avec les zones urbaines. Cependant, le rythme des progrès en milieu rural était plus soutenu, passant de 26 pour cent en 1990 à 32 pour cent en 2008 (*Tableau 10*). Quant au pourcentage de la population rurale utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées, elle allait de 3 pour cent (Togo) à 96 pour cent (Libye) (*Figure 50*). En milieu urbain, elle variait entre 15 pour cent (Madagascar) et 98 pour cent (Algérie) (*Figure 51*).

Dans l'ensemble, la plupart des pays (33 pays sur les 43 pour lesquels des données étaient disponibles) ont enregistré des améliorations, à des degrés divers, dans l'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées. Quatre pays seulement (Djibouti, Lesotho, Nigeria et Togo) ont régressé

sur ce plan. Dans cinq autres pays (Cameroun, Libye, Maurice, Soudan et Tanzanie) la situation est restée inchangée par rapport aux niveaux de 1990 (*Figure 49*).

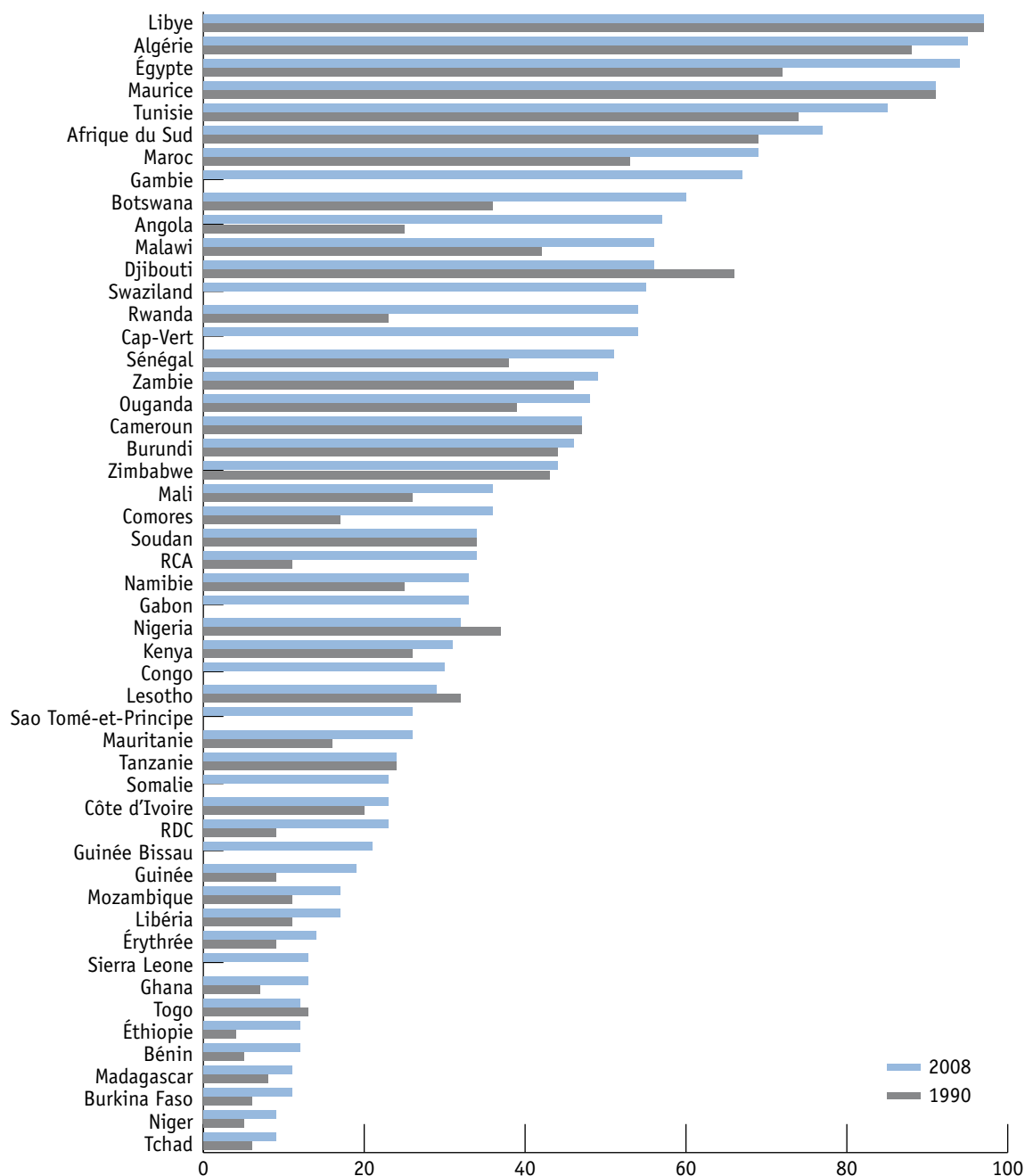
Tableau 10 : Proportion des populations urbaines et rurales utilisant des infrastructures d'assainissement sanitaires améliorées, 1990 et 2008 (%)

Population	1990	2008
Urbaine	58	56
Rurale	26	32
Total	36	41

Source : OECD (2010).

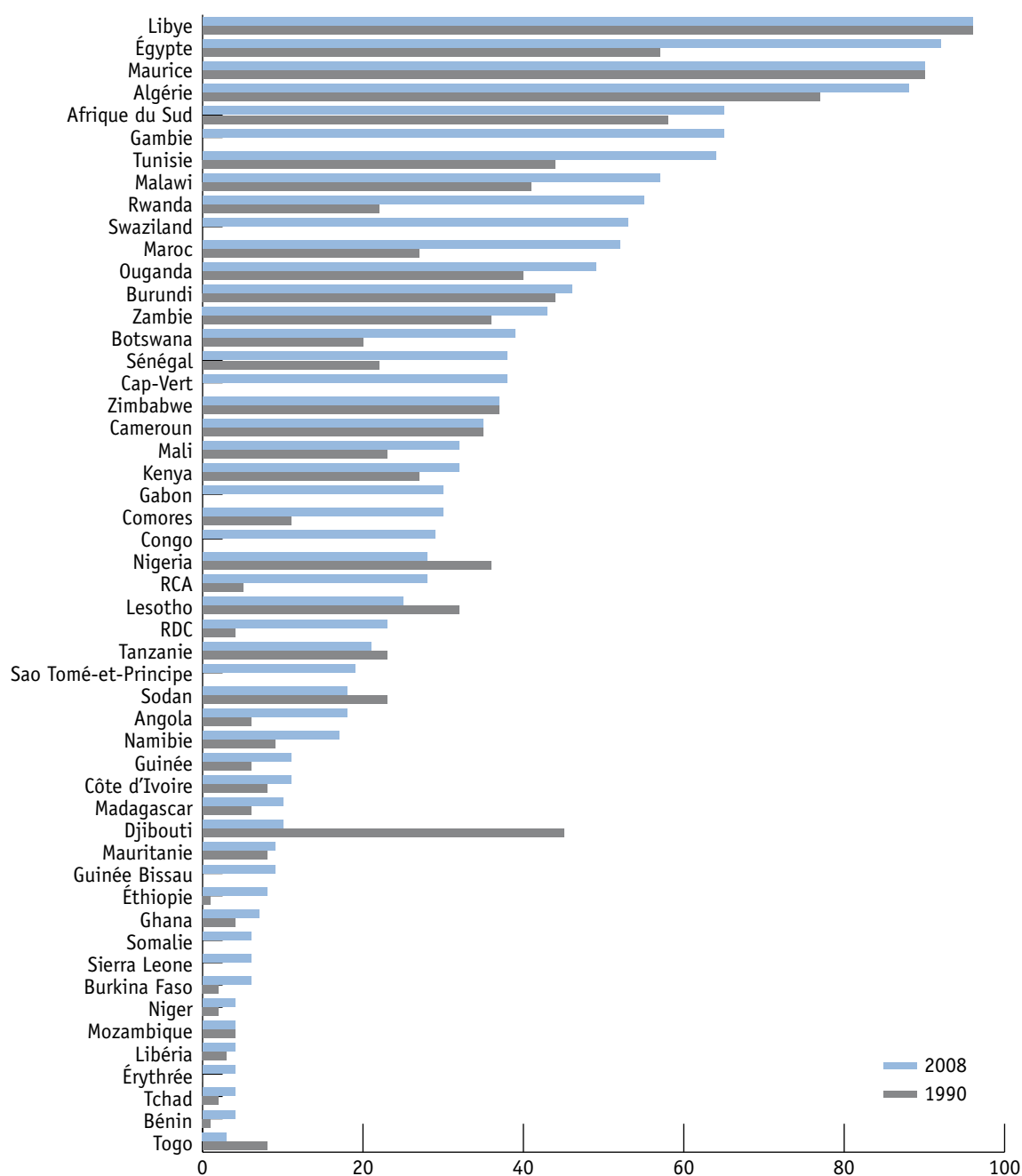
Toute discussion portant sur la lenteur des progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées doit tenir compte de certaines considérations liées à l'équité sociale. En effet, selon une étude menée par la CEA (CEA, 2009b), parmi les 11 pays africains appartenant à la catégorie des pays les moins avancés (PMA), la Zambie, le Niger et le Rwanda, par exemple, ont enregistré un recul spectaculaire en termes d'égalité d'accès. Cette étude a démontré que les populations les plus riches ont accédé plus rapidement à des installations sanitaires améliorées, au détriment des pauvres. En revanche et sur une note plus positive, il a été établi que des pays comme l'Ouganda et le Malawi, qui ont intégré une politique de l'eau et de l'assainissement à leur Plan national de développement ou leur Stratégie pour la réduction de la pauvreté, ont progressé très nettement vers une couverture plus équitable en matière d'eau et d'assainissement.

Figure 49 : Progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées en zones urbaine et rurale (en % de la population totale), 1990 et 2008 (%)



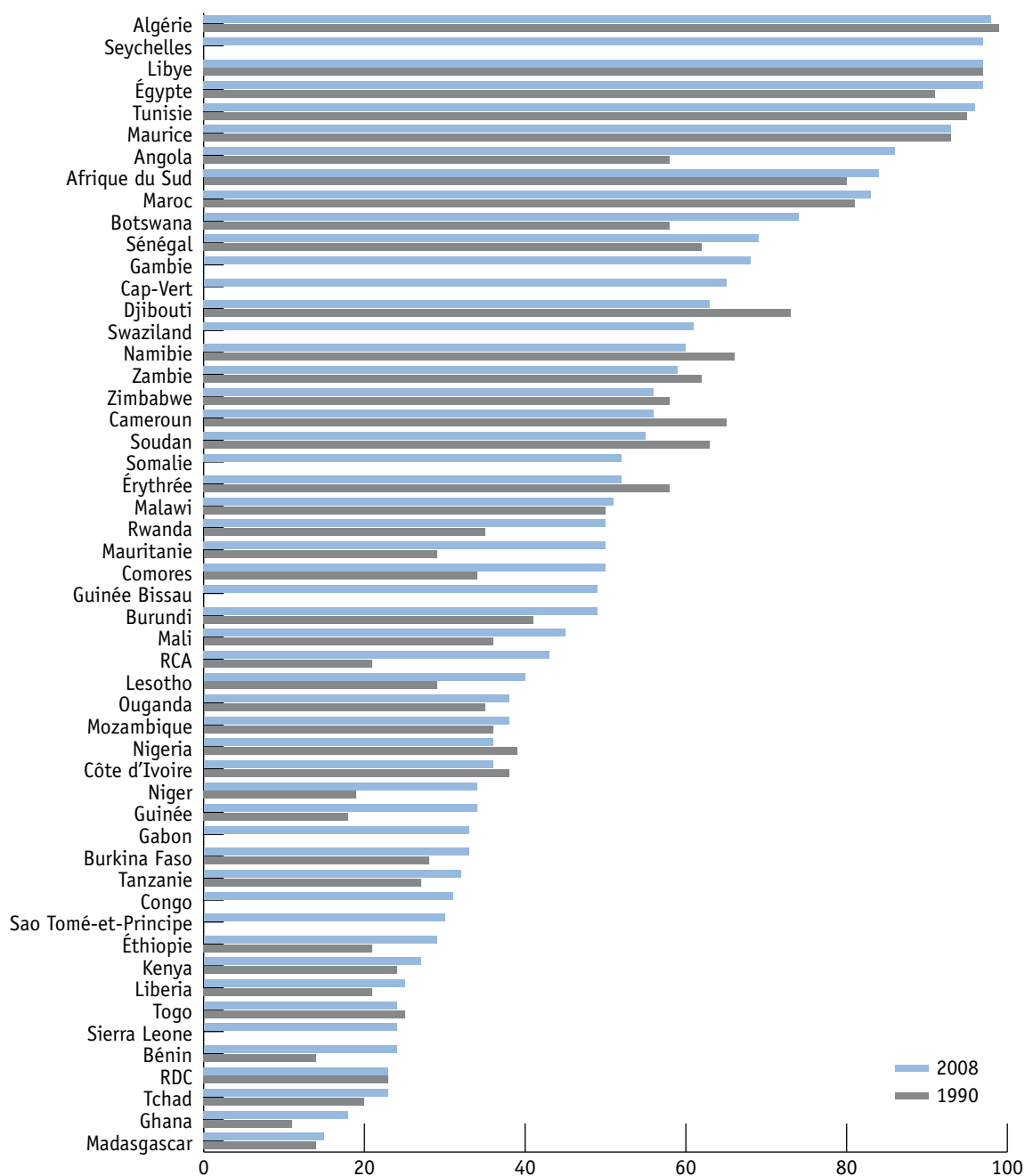
Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Figure 50 : Progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées en zone rurale (en % de la population rurale), 1990 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

Figure 51 : Progrès en matière d'accès à des infrastructures d'assainissement améliorées en zone urbaine (en % de la population urbaine), 1990 et 2008



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

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

Indicateur 7.10 : Proportion de citadins vivant dans des taudis

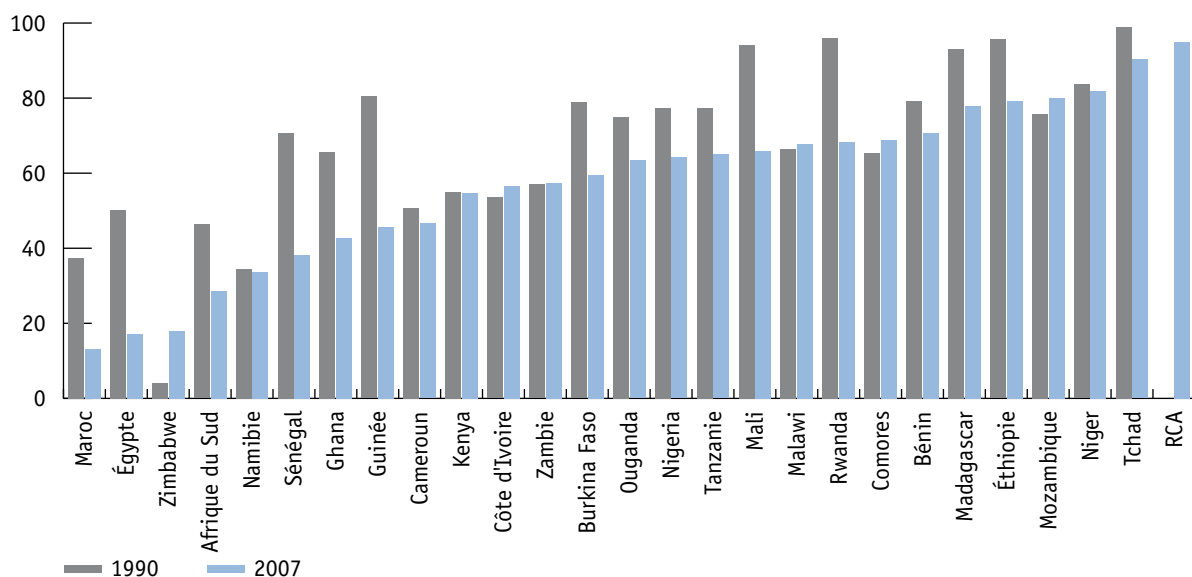
De tous les continents du monde, l'Afrique est celui qui compte le plus grand nombre d'habitants vivant dans des taudis, soit 211,3 millions d'individus qui représentent 75 pour cent de la population urbaine. En Afrique du Nord, 13,3 pour cent des citadins vivent dans des taudis, mais dans le reste du continent, cette proportion est beaucoup plus élevée, se situant à 61,7 pour cent (ONU-Habitat, 2010). Pourtant, des progrès ont été accomplis au cours des dix dernières années et les 24 millions de personnes vivant dans des taudis ont vu leur vie s'améliorer grâce à des conditions de logement plus adaptées et à un accès accru à des services tels que l'eau et l'assainissement (voir les paragraphes précédents relatifs aux Indicateurs 7.8 et 7.9). Cependant, le nombre d'habitants de taudis en Afrique (hors Afrique du Nord) n'a baissé que de 5 pour cent pendant cette période. L'Afrique du Nord est la région qui affiche la meilleure progression à cet égard, puisqu'elle a réussi à améliorer les conditions de vie de 34,9 pour cent de ses habitants de taudis, soit de 8,7 millions de personnes (ONU-Habitat, 2010).

Au niveau des pays, la tendance montre que sur les 27 pays africains pour lesquels des données étaient disponibles à la fois pour 1990 et 2007, l'Égypte, le Sénégal, la Guinée, le Mali et le Rwanda ont réalisé la meilleure progression en parvenant à réduire le nombre d'habitants de taudis de plus de 25 pour cent pendant la période considérée. Cependant, aux Comores,

en Côte d'Ivoire, au Malawi, au Mozambique, en RCA, en Zambie et au Zimbabwe, la proportion de la population urbaine vivant dans des taudis a augmenté entre 1990 et 2007. Dans un certain nombre de pays (Éthiopie, Madagascar, Mozambique, Niger, RCA et Tchad), ce pourcentage reste élevé (plus de 75 pour cent), tandis que dans des pays comme le Maroc ou l'Égypte, qui ont réalisé d'excellents progrès au niveau de cet indicateur, le taux est désormais à moins de 20 pour cent (*Figure 52*). La réduction de cette fracture dans la population urbaine au Maroc et en Égypte représente les deux tiers des progrès réalisés en Afrique du Nord.

L'urbanisation galopante en Afrique constitue l'un des principaux défis qui entravent l'amélioration des conditions de vie des habitants de taudis. Pour pallier cette situation, les pays africains doivent mettre en place des interventions fondées sur une double approche : (i) élaborer des politiques et des stratégies destinées à transformer les taudis et améliorer les conditions de vie de leurs habitants et (ii) prendre les mesures nécessaires pour empêcher la création de nouvelles implantations informelles. S'agissant de la seconde approche, les municipalités ont l'obligation d'adopter des politiques à long terme s'attaquant aux causes premières de l'existence des bidonvilles, telles que l'exode rural vers les villes. Dans les deux cas, il convient d'avoir une volonté politique ferme, des ressources financières accrues et un aménagement urbain stratégique intégrant des partenariats public-privé, afin de répondre aux besoins des pauvres (ONU-Habitat, 2010).

Figure 52 : Pourcentage de la population urbaine vivant dans des taudis (pays sélectionnés), 1990 et 2007



Source : données compilées à partir des données de la DSNU (mises à jour en juin 2010).

OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DÉVELOPPEMENT⁶⁵

La coopération internationale et les partenariats mondiaux jouent un rôle crucial dans la réalisation des OMD. L'aide publique au développement (APD) en faveur de l'Afrique demeure très inférieure à l'engagement d'y consacrer 0,7 pour cent du PIB, souscrit par le Groupe des Huit (G8) au sommet de Gleneagles en 2005. Le G8 a réaffirmé sa volonté de renforcer les partenariats entre partenaires du développement et pays en développement. Par ailleurs, la nouvelle coopération Sud-Sud entre

les nations émergentes offre des perspectives de croissance et de développement qu'il convient d'exploiter pour la réalisation des OMD en Afrique.

On ne peut surestimer l'importance des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la réalisation de ces objectifs. L'Afrique est à la traîne par rapport à toutes les autres régions en matière d'utilisation des TIC. Les frais élevés associés à la connexion large bande en Afrique ont des conséquences directes sur le taux d'utilisation des TIC à l'échelle du continent. Par conséquent, il est primordial de s'attaquer à ce problème afin d'améliorer l'accès à ces technologies. Dans l'ensemble, les progrès vers la réalisation de l'Objectif 8 restent lents et il importe de renforcer les efforts en vue de tirer pleinement parti des avantages offerts par les partenariats mondiaux.

⁶⁵ Les données relatives à certains indicateurs de l'Objectif 8 n'ont pas été mises à jour depuis le *Rapport OMD 2010* et l'accent sera mis dans la présente édition sur les indicateurs de cet objectif ayant été mis à jour et pour lesquels des données sont désormais disponibles dans la plupart des pays.

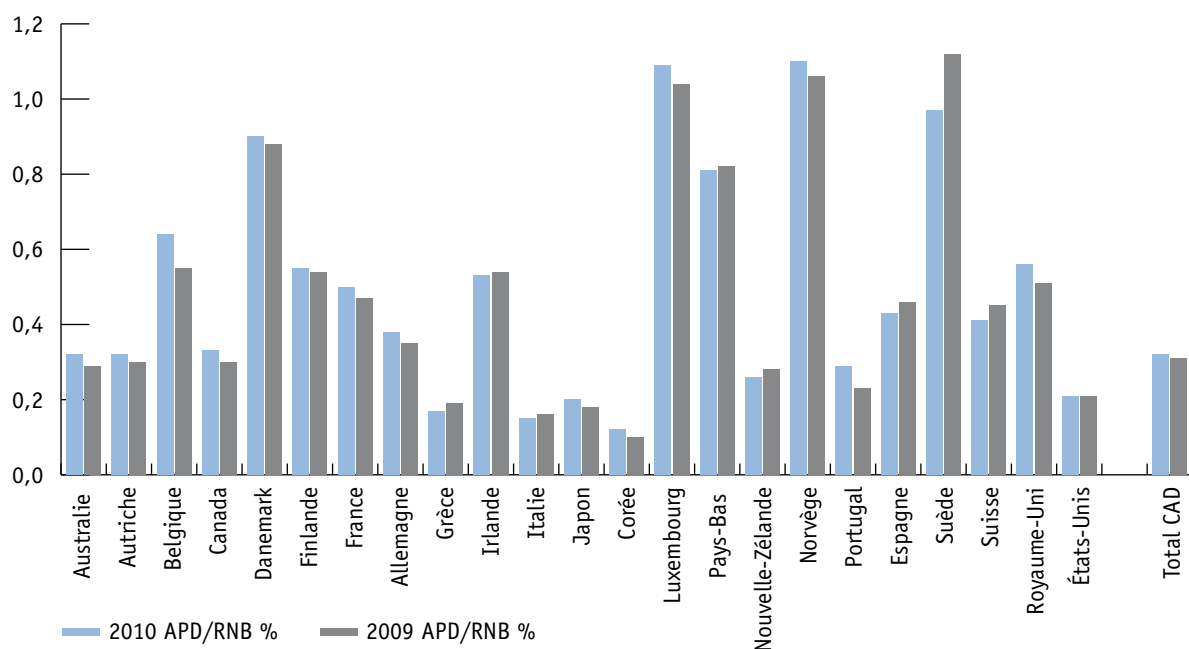
Cible 8A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non-discriminatoire

Depuis le début de la crise financière et économique qui a ébranlé le monde en 2007 et 2008, la reprise mondiale a figuré en bonne place dans l'ordre du jour de plusieurs forums internationaux. Les discussions se sont poursuivies en 2010 en vue de trouver les moyens d'assurer une reprise durable. Parmi celles-ci, les plus marquantes ont été les sommets du G20, y compris le quatrième Sommet du G20 à Séoul, en novembre 2010, qui a abouti à l'adoption d'un plan d'action détaillé, le Plan d'action de Séoul, dans lequel les pays membres ont réaffirmé avec force la nécessité de parvenir à une croissance robuste, durable et équilibrée et renouvelé leur promesse de ne pas recourir au protectionnisme. Mais cela n'a nullement empêché l'apparition de pressions protectionnistes croissantes sous l'effet des fluctuations intempestives des taux de change. L'incidence de telles velléités sur l'économie mondiale pourrait en effet s'avérer fort négative, ce qui serait d'autant plus préjudiciable à la croissance économique de l'Afrique. Par conséquent, les efforts se sont également concentrés sur les moyens de supprimer les principaux goulets d'étranglement afin de parvenir à une croissance durable et résiliente. Le *Rapport de suivi mondial* (Banque mondiale et FMI, 2011) met en lumière certaines mesures phares qui contribueraient à intégrer les pays en développement les plus pauvres au sein du système des échanges mondiaux, à savoir : (i) extension de l'accès en franchise de droits et non contingenté aux marchés appliqué aux exportations en provenance de ces pays ; (ii) fourniture d'une assistance financière et technique pour faciliter les échanges commerciaux ; et (iii) simplification des règles d'origine au titre des accords commerciaux préférentiels.

Dans le contexte du Cycle de Doha de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), les pays du G20 avaient envisagé l'année 2011 comme une fenêtre d'opportunités. Les négociations se sont intensifiées entre les pays membres de l'OMC pour conclure ce cycle avec succès, et dont l'issue finale dépend en grande partie de la conduite des négociations. À en juger par l'enthousiasme émis à ce titre par les différentes parties prenantes, le Cycle de Doha aboutira très vraisemblablement à la conclusion positive, ambitieuse, globale et équilibrée que les dirigeants du Groupe de 20 avaient envisagée. Les groupes de négociation ont intensifié leur engagement et leurs efforts en vue de faire aboutir leurs travaux. Cependant, l'absence de progrès dans certains domaines clés des négociations risque d'être préjudiciable à l'aboutissement de ces discussions.

Le processus de développement et de consolidation des liens Sud-Sud, notamment entre l'Afrique et ses partenaires émergents que sont la Chine, l'Inde et le Brésil, qui est en cours depuis plusieurs années, aura d'importantes implications pour le développement du continent. Le commerce Sud-Sud a connu une progression remarquable, passant de 500 milliards de dollars USD en 1990 à 2,9 trillions de dollars USD en 2008, ce qui représentait 19 pour cent du volume total des échanges mondiaux (OCDE, 2010). Cependant, les pays africains ne sont pas parvenus à tirer pleinement parti de cette évolution pour améliorer leurs balances commerciales. En 2008, ils ont accusé un déficit, leurs importations en provenance de leurs partenaires du Sud ayant dépassé leurs exportations vers ces pays. Il est désormais indispensable que le continent profite du potentiel offert par la coopération Sud-Sud en matière d'investissements, de commerce et de transferts technologiques. Les efforts d'intégration

Figure 53 : APD nette en pourcentage du RNB, 2009 et 2010



Source : OCDE (2011).

régionale visant à réduire les barrières tarifaires et les frais imposés par les réglementations frontalières doivent être renforcés afin que l'Afrique puisse pleinement profiter du commerce Sud-Sud. En outre, comme le souligne le rapport 2010 sur *Le développement économique en Afrique* de la CNUCED, il appartient à l'Afrique de gérer l'évolution de ses relations avec ses partenaires du Sud d'une manière susceptible d'appuyer et d'accroître le progrès technologique, l'accumulation de capital et la transformation structurelle dans la région.

Les négociations relatives aux Accords de partenariat économique (APE) entre les pays africains et l'Union européenne (UE) se poursuivent toujours mais ne progressent guère. Concernant l'Afrique centrale, les discussions portent, entre autres,

sur l'accès aux marchés, les règles d'origine et les mesures y afférentes. Seul un pays d'Afrique centrale, le Cameroun, a décidé en 2009 de conclure avec l'UE un APE intérimaire, limité aux marchandises. La Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE) est la seule région dont tous les États membres ont signé cet APE intérimaire. Des négociations se poursuivent également entre l'UE et les pays d'Afrique de l'Ouest, les pays de l'Afrique orientale et australe, et la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

Tableau 11 : Aide bilatérale totale des pays membres du CAD, tous secteurs confondus, 2005-2010 (en millions de dollars USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Total pays CAD</i>	<i>107 838</i>	<i>104 814</i>	<i>104 206</i>	<i>121 954</i>	<i>119 781</i>	<i>128 728</i>
Australie	1 680	2 123	2 669	2 954	2 762	3 849
Autriche	1 573	1 498	1 808	1 714	1 142	1 199
Belgique	1 963	1 977	1 951	2 386	2 610	3 000
Canada	3 756	3 683	4 080	4 795	4 000	5 132
Danemark	2 109	2 236	2 562	2 803	2 810	2 867
Finlande	902	834	981	1 166	1 290	1 335
France	10 026	10 601	9 884	10 908	12 600	12 916
Allemagne	10 082	10 435	12 291	13 981	12 079	12 723
Grèce	384	424	501	703	607	500
Irlande	719	1 022	1 192	1 328	1 006	895
Italie	5 091	3 641	3 971	4 861	3 297	3 111
Japon	13 126	11 136	7 697	9 601	9 457	11 045
Corée	752	455	696	802	816	1 168
Luxembourg	256	291	376	415	415	399
Pays-Bas	5 115	5 452	6 224	6 993	6 426	6 351
Nouvelle-Zélande	274	259	320	348	309	353
Norvège	2 794	2 945	3 735	4 006	4 086	4 582
Portugal	377	396	471	620	513	648
Espagne	3 018	3 814	5 140	6 867	6 584	5 917
Suède	3 362	3 955	4 339	4 732	4 548	4 527
Suisse	1 772	1 646	1 685	2 038	2 310	2 295
Royaume-Uni	10 772	12 459	9 849	11 500	11 283	13 763
États-Unis	27 935	23 532	21 787	26 437	28 831	30 154

Source : OCDE (2011)

Note : données préliminaires pour 2010.

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

Indicateur 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 CAD/OCDE

L'aide publique au développement (APD) des pays CAD/OCDE à l'Afrique a atteint 29,3 milliards de dollars USD en 2010, en progression de 3,6 pour cent par rapport à 2009 et représentant le montant le plus élevé depuis 1992. Mais malgré cette augmentation, la proportion de l'APD nette des États membres du CAS/OCDE par rapport à leur revenu national brut (RNB) demeure au même niveau qu'en 2005, c'est-à-dire à 0,32 pour cent⁶⁶. Le Luxembourg et la Norvège ont consacré plus de 1 pour cent de leur RNB à l'APD en 2010 (soit respectivement 1,09 et 1,10 pour cent), un pourcentage légèrement supérieur à celui de l'an passé. La Suède, le Danemark et les Pays-Bas ont encore cette année dépassé la cible des Nations Unies fixée à 0,7 pour cent du RNB.

Si l'on exclut les subventions accordées au titre de l'allègement de la dette, l'APD bilatérale versée à l'Afrique en 2010 n'a baissé que de 0,1 pour cent par rapport à 2009. D'autre part, l'APD totale en provenance des pays CAD est passée de 119,7 milliards de dollars en 2009 à 128,7 milliards en 2010, la contribution américaine étant toujours supérieure à celle de tout autre membre du CAD.

Le ratio APD/RNB moyen pour tous les pays CAD était de 0,32 pour cent en 2010, un niveau inférieur au ratio de 0,36 pour cent projeté par le sommet G8 de Gleneagles en 2005. Cependant les États

membres de l'UE qui adhèrent également au CAD ont alloué 0,46 pour cent de leur RNB à l'APD en 2010, soit plus que la proportion de 0,44 pour cent de 2009. Les raisons principales de cette progression de l'APD accordée par la plupart des pays de l'UE membres du CAD tenaient à une augmentation des subventions bilatérales combinées avec des prêts, et aux remises de dettes. Les États-Unis ont dépassé l'objectif qu'ils s'étaient fixés de doubler leur aide à l'Afrique (hors Afrique du Nord) entre 2004 et 2010, avant même la date cible.

De manière générale, les engagements pris au sommet de Gleneagles de 2005 à l'égard de l'Afrique n'ont pas été tenus et cela a été imputé à la mauvaise performance économique de certains donateurs. L'aide versée aux pays africains ne devrait augmenter que de 1 pour cent par an en termes réels entre 2011 et 2013. Il est cependant encourageant de constater que les pays en développement ont également bénéficié du concours de donateurs non membres du CAD ainsi que de donations du secteur privé dans certaines économies avancées.

Indicateur 8.2 : Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)

La part du secteur social dans l'APD accordée par les pays du CAD à l'Afrique en pourcentage du total des engagements bilatéraux a légèrement augmenté, passant de 42,6 pour cent en 2008 à 44,8 pour cent en 2009. Sur le montant global affecté au secteur social, les services de santé, y compris de santé reproductive, ont reçu la part la plus importante, soit 11,5 pour cent du total. La Grèce et l'Irlande ont attribué une affectation plus importante au secteur social qu'aux autres

⁶⁶ Calcul basé sur des données préliminaires de l'OCDE pour 2010.

Tableau 12 : APD accordée à l'Afrique, par secteur, 2005-2009 (en % du total des engagements bilatéraux)

Secteur	2005	2006	2007	2008	2009
Social	27,4	28,7	43,7	42,6	44,8
Économique	7,7	4,4	10,0	16,1	11,6
Production	3,9	5,1	6,4	6,5	7,8
Multisectoriel	5,3	3,2	5,1	5,1	4,8
Programme général d'aide	5,2	8,0	9,2	8,4	10,2
Dette	36,5	40,8	12,7	7,5	7,4
Humanitaire	11,7	8,7	11,2	12,0	11,9
Autre	2,2	1,2	1,7	1,9	1,6

Source : OCDE (2011).

secteurs (70 et 61 pour cent, respectivement) au titre de leur APD, en accordant une contribution plus grande à l'éducation.

La plupart des autres secteurs ont enregistré une baisse dans le montant de l'APD qui leur était attribuée en 2008-2009, exception faite du secteur de la production (en augmentation de 6,5 à 7,8 pour cent) et du programme général d'aide (en augmentation de 8,4 à 10,2 pour cent) (*Tableau 12*). Dans le secteur de la production, ce sont l'agriculture, la pêche et la foresterie qui ont bénéficié de la majeure partie des fonds versé au titre des engagements bilatéraux. Cela signale peut-être un changement d'orientation, aussi bien en Afrique que chez les bailleurs de fonds, en faveur de l'agriculture, considérée comme un moteur de la croissance et de la sécurité alimentaire, particulièrement au vu des récentes escalades mondiales des prix des denrées alimentaires. Cependant, comme il a été mentionné à propos de l'Objectif 1, il est important que la communauté des bailleurs de fonds

réponde aux exigences du développement agricole à long terme plutôt qu'aux besoins à court terme des programmes d'assistance alimentaire. Une perspective de plus longue durée s'impose pour parvenir au développement durable de l'Afrique et lui permettre ainsi de réduire la faim et la pauvreté.

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

Indicateur 8.10 : Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE)

Depuis la publication du *Rapport OMD 2010*, quatre pays (Guinée-Bissau, Libéria, RDC et Togo) ont atteint leur point de décision PPTE, satisfaisant

ainsi aux conditions requises pour bénéficier, s'ils le souhaitent, d'un allègement définitif de leur dette. Outre ces pays, les Comores ont atteint la phase intérimaire (située entre les points de décision et d'achèvement), et deviennent également admissibles à l'allègement de la dette. À la mi-décembre 2010, vingt-six pays d'Afrique avaient atteint le point d'achèvement de l'Initiative PPTE, quatre se trouvaient en phase intérimaire, soit entre les points de décision et d'achèvement (Comores, Côte d'Ivoire, Guinée et Tchad), et trois autres étaient sur le point d'atteindre le point de décision (Érythrée, Somalie et Soudan) (*Tableau 13*).

Des progrès significatifs ont été réalisés par les pays africains dans la gestion du fardeau élevé de leur dette, dans le cadre de l'Initiative PPTE. Il faut néanmoins rester vigilant dans ce domaine car certains pays ayant atteint le point d'achèvement continuent d'encourir un risque d'endettement

élevé. Par exemple, la RDC avait consenti des garanties publiques sur des prêts assortis de conditions favorables qu'elle avait obtenus pour le financement de projets d'infrastructures à grande échelle.

Les 30 pays qui ont atteint leur point de décision ou d'achèvement au titre de l'Initiative PPTE avaient bénéficié, en octobre 2010, d'un allègement de la dette à hauteur de 36 milliards de dollars USD en prix courants. Les chiffres indiquent que les budgets affectés à la réduction de la pauvreté dans les pays ayant atteint leur point de décision ont augmenté depuis le lancement de l'Initiative PPTE. Néanmoins, l'endettement continue à grever les efforts des pays africains en vue de réaliser les OMD en raison de l'insuffisance de l'allègement de la dette obtenu. Ces pays ont vu ainsi leur marge de manœuvre réduite en matière de politique budgétaire, ce qui les a empêchés d'étendre l'application de certaines mesures critiques pour la réalisation des OMD.

Encadré 7 : Le Mozambique et la soutenabilité de la dette

Tous les pays du monde contractent des dettes, tant intérieures qu'extérieures. Cependant, il est vital pour un pays de maîtriser l'accumulation de la dette publique. Face à cet impératif, les pays les moins avancés (PMA) sont particulièrement vulnérables au niveau de leurs recettes en devises, du fait de l'absence de diversification dans la structure de leurs exportations. Mais le Mozambique s'en sort honorablement à cet égard.

En effet, le Mozambique a tablé sur sa réputation de pays pacifique et politiquement stable pour bénéficier d'un allègement substantiel de sa dette dans le cadre de divers aménagements multilatéraux et bilatéraux. Il a parallèlement réussi à augmenter ses rentrées en devises grâce à une hausse sensible du volume de ses exportations, qui représentait 12,7 pour cent du PIB dans les années 1990 contre 28,8 pour cent du PIB durant la première décennie du millénaire. De ce fait, sa performance au niveau de l'Indicateur 8.12 (service de la dette en pourcentage des exportations de biens et services) s'est notablement améliorée, avec une chute de 20 pour cent environ en 1997 à près de 2,5 pour cent en 2009. Néanmoins, le Mozambique devra surveiller toute hausse soutenue de l'encours total de sa dette extérieure, qui est passée de 3,3 milliards de dollars en 2007 à 3,9 milliards en 2009, pour atteindre 20 pour cent environ de son PIB.

Source : *Mozambique MDGs Progress Report 2010*.

Tableau 13 : Classement des pays d'Afrique par statut PPTE (au 17 décembre 2010)

Pays ayant atteint le point d'achèvement (26)		
Bénin	Ghana	Rwanda
Burkina Faso	Guinée Bissau	Sao Tomé-et-Principe
Burundi	Libéria	Sénégal
Cameroun	Madagascar	Sierra Leone
RCA	Malawi	Tanzanie
République du Congo	Mali	Togo
RDC	Mauritanie	Ouganda
Éthiopie	Mozambique	Zambie
Gambie	Niger	
Pays en phase intérimaire (entre les points de décision et d'achèvement) (4)		
Tchad	Côte d'Ivoire	
Comores	Guinée	
Pays n'ayant pas atteint le point de décision (3)		
Érythrée	Somalie	Soudan

Source : FMI (2010) <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/hipcf.htm>.

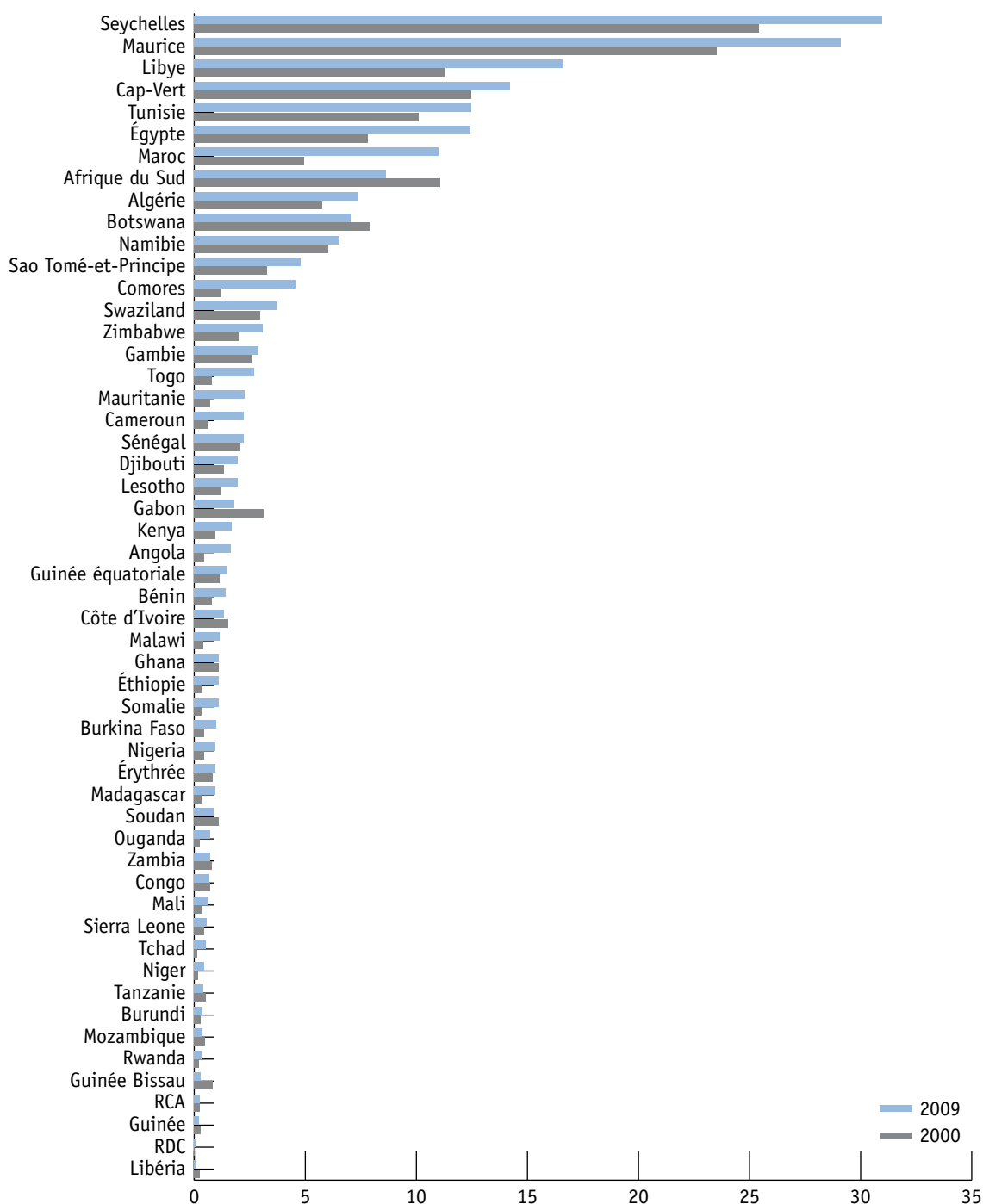
Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous

Indicateur 8.14: Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants

Il n'y a guère eu de changement en Afrique dans le nombre de lignes fixes par 100 habitants, entre 2000 et 2009. En 2010, le nombre de lignes fixes y était estimé à 1,6 pour 100 habitants, contre 1,5 en 2008 et 2009. La plupart des pays pour lesquels des données pertinentes sont disponibles n'ont enregistré que des augmentations marginales ou nulles à cet égard. Cette tendance s'est également

vérifiée sur le long terme, puisque le nombre de lignes téléphoniques fixes n'a augmenté que de façon modique entre 1990 et 2009. La lenteur de cette progression s'explique en grande partie par le coût élevé des lignes de téléphone fixes et par l'attractivité relative de la téléphonie mobile, qui continue à se développer très rapidement à l'échelle du continent.

Au niveau de cet indicateur, ce sont le Maroc, l'Égypte, la Tunisie, le Cap-Vert, la Libye, Maurice et les Seychelles qui ont obtenu les meilleurs résultats. En effet, ces 7 pays disposaient de plus de 10 lignes fixes pour 100 habitants en 2009 alors que 21 pays africains avaient moins d'une ligne fixe pour 100 habitants et 13 autres pays

Figure 54 : Nombre de lignes téléphoniques pour 100 habitants, 2000 et 2009

Source : données compilées à partir des données de l'UIT (mises à jour en 2010).

ont connu une baisse de ce taux entre 2000 et 2009 (*Figure 54*).

Indicateur 8.15 : Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants

Le nombre des abonnés à un service de téléphonie mobile a fortement augmenté entre 2000 et 2009 à l'échelle de l'Afrique. Les taux de pénétration du téléphone cellulaire mobile devraient atteindre 41 pour cent fin 2010, contre 32,1 pour cent en 2008 et 37,6 pour cent en 2009. Cette avancée de la téléphonie mobile est certes excellente, mais demeure très en deçà du taux de pénétration mondial de 76 pour cent.

Cependant, la moyenne continentale n'est pas représentative de l'ensemble des pays. En Libye et aux Seychelles, la plupart des habitants disposent d'une ou de plusieurs lignes de téléphonie mobile alors que l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Botswana, le Gabon et la Tunisie comptaient plus de 90 abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants en 2009 (*Figure 55*). Il est intéressant de noter que trois de ces pays ont enregistré une diminution du nombre de lignes fixes entre 2000 et 2009, ce qui indique que le développement de la téléphonie mobile s'y est effectué aux dépens des lignes de téléphone fixes. En revanche, l'Érythrée, l'Éthiopie et la Somalie avaient moins de 10 abonnés de téléphonie mobile pour 100 habitants en 2009.

L'usage du téléphone cellulaire mobile a eu des effets micro et macro-économiques positifs sur le développement. Dans les pays en développement, l'utilisation des téléphones mobiles induit une réduction des frais de transaction, génère de nouvelles opportunités d'emploi et contribue à la croissance économique. Cette constatation illustre les liens qui existent entre l'amélioration de

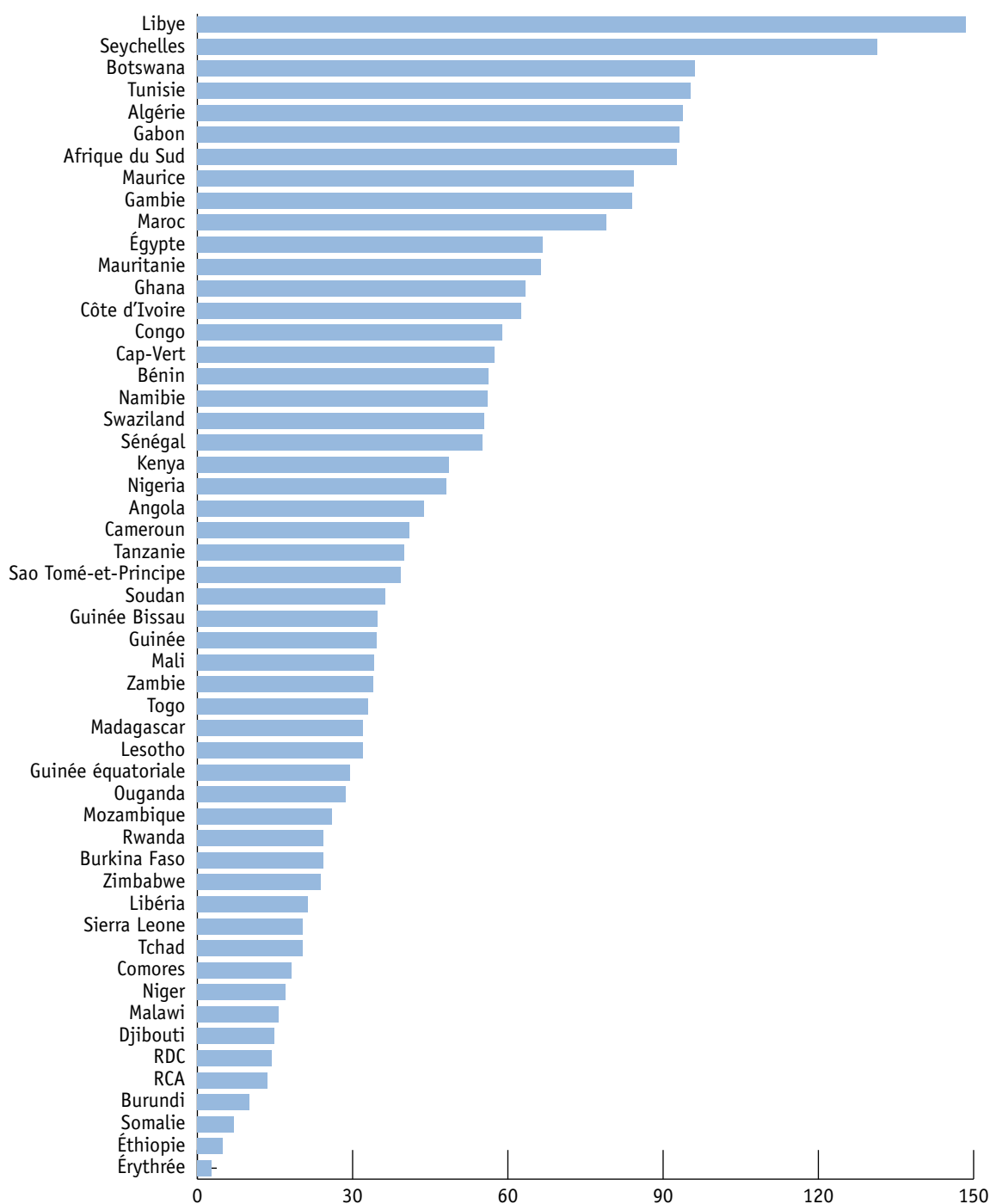
l'accès aux technologies et le relèvement accéléré du niveau de vie (*Encadré 8*).

Indicateur 8.16 : Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

En Afrique, l'utilisation d'Internet a connu une lente progression depuis 2000. Le taux de pénétration devrait, selon les prévisions, atteindre 9,6 pour cent fin 2010, en hausse par rapport aux taux de 8,8 pour cent en 2009 et 5,9 pour cent en 2008. Néanmoins, ce niveau reste bien en deçà de la moyenne mondiale de 30 pour cent, et de la moyenne de 21 pour cent obtenue dans les pays en développement.

Selon les données disponibles, le Maroc comptait en 2009 le plus grand nombre d'internautes, suivi de la Tunisie, du Cap-Vert, du Nigeria et de l'Égypte. Les pays d'Afrique où les internautes étaient les moins nombreux en 2009 étaient la Sierra Leone, la RCA, le Libéria, l'Éthiopie, le Niger et la Guinée (moins d'un internaute pour 100 habitants). Cette année-là, il n'y avait pas de données disponibles pour la RDC, l'Érythrée, les Seychelles et le Soudan. Néanmoins, le nombre d'utilisateurs d'Internet a augmenté entre 2000 et 2009 dans tous les pays pour lesquels des données existent dans ce domaine (*Tableau 14*).

Le taux de pénétration de l'accès à large bande en Afrique est fixe et inférieur à 1 pour cent, ce qui illustre les défis associés à la mise en place de l'accès haut débit et haute capacité à Internet. On peut noter, toutefois, que certains pays d'Afrique ont adopté une stratégie nationale d'accès à large bande instituant le droit légal d'accès au haut débit à certaines catégories de personnes. Les taux d'abonnement au service de téléphonie mobile à large bande sont estimés à 3,6 pour cent en

Figure 55 : Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants, 2009

Source : données compilées à partir des données de l'UIT (mises à jour en 2010).

Afrique contre 5,4 pour cent dans les pays en développement et 13,6 pour cent dans le monde. Il faut donc clairement déployer beaucoup plus d'efforts pour améliorer l'accès à l'Internet haut débit en Afrique, et le rendre abordable.

Encadré 8 : Gains socio-économiques générés par la téléphonie mobile au Kenya et en Tanzanie

Kenya : c'est en Afrique, et notamment au Kenya, que le marché de la téléphonie cellulaire mobile connaît l'essor le plus rapide au monde. Au cours des cinq dernières années, cette progression s'est effectuée à l'échelle du continent à un taux annuel de 65 pour cent, soit le double de la moyenne mondiale. Selon *l'Economic Survey 2005*, l'enquête économique pour 2005 publiée par le gouvernement kenyan, le secteur des petites entreprises, qui est le premier employeur du pays, avait créé 437 900 nouveaux emplois en 2004. Cette croissance a été, pour une bonne partie, imputée au boom de la téléphonie mobile dans le pays. En effet, il a été démontré que l'ajout de 10 lignes de cellulaire pour 100 habitants dans un pays en développement entraîne une augmentation moyenne de 0,6 pour cent de la croissance du PIB. Une part importante de cet essor découle de l'usage novateur de la technologie des téléphones mobiles par les entrepreneurs locaux.

L'accès aux informations relatives aux marchés, rendu possible grâce aux téléphones mobiles, a fourni aux communautés rurales de précieux renseignements sur les centres d'activité commerciale du pays. Par exemple, nombreux sont les pêcheurs africains qui vérifient aujourd'hui les cours du marché local de poisson sur leur téléphone mobile avant de décider du lieu de livraison de leurs prises du jour. La Kenya Agricultural Commodity Exchange (Bourse de produits agricoles du Kenya) diffuse désormais par texto (SMS) des renseignements mis à jour sur les cours des produits agricoles. Cela permet aux agriculteurs de connaître les cours des fruits et légumes d'une dizaine de marchés, et nombre d'entre eux ont ainsi quadruplé leurs gains du fait de disposer d'une telle information sur les acheteurs et les prix potentiels avant d'entreprendre le fatigant trajet vers les centres urbains pour vendre leurs produits.

Tanzanie : autre innovation unique par les pays en développement, le publiphone communautaire a permis d'introduire la téléphonie mobile dans les régions les plus pauvres d'Afrique. Ces appareils appartiennent à des entrepreneurs qui en assurent la gestion et achètent des temps d'utilisation qu'ils revendent ensuite à des habitants locaux ne possédant pas de mobile. Une enquête a récemment montré que 97 pour cent des tanzaniens ont aujourd'hui accès à un téléphone mobile grâce au publiphone communautaire, et ce, malgré l'absence d'infrastructure électrique dans une grande partie du pays. Les publiphones sont facilement exploitables dans les zones reculées, éloignées des lignes fixes les plus proches. Alimentés par un accumulateur de voiture ou une batterie solaire, ils fonctionnent indépendamment de l'existence d'un réseau électrique. La manière dont l'Afrique a su adapter la téléphonie mobile montre tout l'intérêt de communications mobiles peu onéreuses pour des populations représentant 1,4 milliard d'utilisateurs du téléphone portable dans les pays en développement.

Source : EPROM (2009).

Tableau 14 : Nombre d'utilisateurs d'Internet pour 100 habitants, 2000 et 2009

Pays	2000	2009	Pays	2000	2009
Sierra Leone	0,12	0,26	Namibie	1,64	5,87
RCA	0,05	0,51	Botswana	2,90	6,15
Libéria	0,02	0,51	Zambie	0,19	6,31
Éthiopie	0,02	0,54	Congo	0,03	6,66
Niger	0,04	0,76	Gabon	1,22	6,70
Guinée	0,10	0,94	Swaziland	0,93	7,60
Burkina Faso	0,08	1,13	Gambie	0,92	7,63
Somalie	0,20	1,16	Afrique du Sud	5,35	8,82
Tchad	0,04	1,50	Ouganda	0,16	9,78
Tanzanie	0,12	1,55	Kenya	0,32	10,04
Madagascar	0,20	1,63	Zimbabwe	0,40	11,36
Burundi	0,08	1,90	Algérie	0,49	13,47
Mali	0,14	1,92	Sénégal	0,40	14,50
Guinée équatoriale	0,13	2,13	Sao Tomé-et-Principe	4,64	16,41
Bénin	0,23	2,24	Maurice	7,28	22,51
Mauritanie	0,19	2,28	Égypte	0,64	24,26
Guinée Bissau	0,23	2,30	Nigeria	0,06	28,43
Mozambique	0,11	2,68	Cap-Vert	1,82	29,67
Djibouti	0,19	3,00	Tunisie	2,75	34,07
Angola	0,11	3,28	Maroc	0,69	41,30
Comores	0,27	3,59			
Lesotho	0,21	3,72			
Cameroun	0,25	3,84			
Rwanda	0,06	4,50			
Côte d'Ivoire	0,23	4,59			
Malawi	0,13	4,69			
Togo	1,91	5,38			
Ghana	0,15	5,44			
Libye	0,19	5,51			

Source : calculs basés sur des données de l'UIT (mises à jour en 2010).

SECTION III :

La protection sociale comme instrument d'accélération des progrès vers la réalisation des OMD en Afrique

CONTEXTE

Définition de la protection sociale

La protection sociale a été définie de diverses façons. Selon la Banque mondiale (2003a), il s'agit d'un ensemble de mesures destinées à soutenir les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société, et à aider les individus, les ménages et les communautés à mieux gérer les risques auxquels ils sont confrontés. De telles mesures comprennent les interventions sur le marché du travail (réglementation du marché du travail, programmes et règles de détermination des salaires), les programmes d'assurance sociale (pensions de retraite, allocations chômage et familiales, indemnités maladie), l'assistance sociale (transferts en espèces ou en nature, subventions, allocations conditionnelles) et les programmes d'assistance aux personnes démunies, telles que les groupes vulnérables (personnes handicapées, orphelins, enfants vulnérables, etc.).

L'Union africaine (2008) définit la protection sociale comme un ensemble d'actions publiques entreprises par l'État et d'autres parties prenantes en vue de répondre aux risques, à la vulnérabilité, à la discrimination et à la pauvreté chronique. De

telles mesures comprennent les pensions alimentaires au titre des enfants, les pensions de retraite et les allocations d'invalidité. La protection sociale est ainsi envisagée comme une stratégie visant à améliorer et consolider le contrat social qui lie les citoyens à leur gouvernement, qui est fondée sur des droits et des obligations mutuellement convenus en vue de faire progresser les intérêts communs (CEA, 2009a).

Le *Rapport européen sur le développement 2010* propose un cadre adapté, qui permet de définir la protection sociale comme un investissement en matière de développement humain, dans les termes suivants :

« Un ensemble spécifique d'actions pour pallier la vulnérabilité des populations par la *sécurité sociale*, qui offre une protection contre les aléas de la vie et l'adversité ; par l'*assistance sociale*, qui offre des allocations en espèces et en nature pour soutenir les plus démunies et leur accorder une plus grande autonomie ; et par des *efforts d'inclusion* qui renforcent les capacités des personnes marginalisées à accéder à la sécurité sociale et à l'assistance sociale. »

(RED, 2010, p. 1)

Le concept de protection sociale actuellement en vigueur a subi un changement de paradigme à la faveur duquel il ne s'agirait plus d'un simple système de distribution de subsides publics mais d'une série d'instruments de gestion du risque et de dispositions informelles ou axées sur le marché, mises en place pour aider les individus, les ménages et les communautés à mieux gérer les chocs d'une manière susceptible de promouvoir le développement humain et de réduire la vulnérabilité.

Dans le présent rapport, la protection sociale n'est pas envisagée comme un simple moyen d'offrir aux individus un filet de sécurité pour les protéger contre les risques et les chocs. Elle est présentée comme servant à résoudre les causes principales de la pauvreté en permettant à des groupes marginalisés ou vulnérables de bénéficier du processus de la croissance économique et d'y participer de manière productive. Pour que la protection sociale ait une incidence directe sur le développement humain, elle doit avoir un effet de protection et de prévention, et servir d'instrument de justice sociale. La nécessité de recourir à des mécanismes de protection sociale pour assurer le suivi des OMD en Afrique souligne à quel point il est important d'inscrire les stratégies pertinentes à l'ordre du jour des plans nationaux pour le développement et de les compléter concrètement par des plans d'investissements et des projets de mise en œuvre.

L'intérêt grandissant pour la protection sociale en Afrique

La protection sociale envisagée comme un instrument de transformation sociale et de développement suscite un intérêt croissant à l'échelle du continent. La récente crise économique, les programmes d'ajustement structurel ainsi que la mondialisation, qui a démarré dans les années 1990,

sont autant d'expériences qui ont amené les pays en développement à prendre conscience de l'importance d'intégrer les programmes de protection sociale aux politiques sociales visant à promouvoir le développement humain. Au niveau international, les appels en faveur du recours à la protection sociale comme un moyen efficace pour promouvoir la réalisation des OMD et résoudre les problèmes de développement y afférents se sont faits de plus en plus pressants. Un jalon important dans cette direction a été l'adoption, en avril 2009, d'un Socle universel de protection sociale (SPS-1), proposé, conjointement à huit autres initiatives, comme une réponse à la crise économique mondiale. L'initiative du SPS a été rapidement plébiscitée puis subséquentement endossée par différentes instances internationales, dont notamment : les ministres du Travail et de l'Emploi du G20, le Pacte mondial pour l'emploi de l'OIT, l'OCDE-Povnet, le Forum des ministres du Développement social et le Conseil international d'Action sociale (OIT/OMS, 2009). L'importance de la protection sociale dans le contexte africain a été également réaffirmée à deux reprises : dans le Consensus sur le développement de Séoul, adopté par le G20 en 2010, et à l'occasion de la Réunion plénière de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement, organisée en septembre 2010.

Pourtant, dès 2003, la Banque mondiale avait attiré l'attention sur les liens importants entre la protection sociale et les OMD et prévenu qu'en l'absence d'une prise en considération adéquate des risques inhérents au processus de développement, et faute de mécanismes appropriés de gestion du risque, y compris en termes de protection sociale, les OMD ne pourront pas être atteints (Banque mondiale, 2003a). Dans de nombreux pays d'Amérique latine et d'Asie du Sud-Est, les exemples ne manquent

pas pour démontrer le rôle vital que la protection sociale peut jouer pour accélérer la réduction de la pauvreté et les progrès en matière de réalisation des OMD. Ces preuves constituent un argument probant pour l'adoption de telles mesures dans d'autres régions du monde, et notamment en Afrique.

Et de fait, le soutien politique ne cesse aujourd'hui de s'intensifier en faveur de l'investissement dans la protection sociale sur l'ensemble du continent. En 2004, l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine a adopté la Déclaration et le Plan d'action d'Ouagadougou visant à accroître les moyens d'action des populations, générer de nouvelles opportunités d'emploi, développer la protection sociale et assurer la sécurité au moyen d'emplois décents (Taylor, 2009). L'Appel à l'action sur la protection sociale de Livingstone (Zambie), lancé en mars 2006, a affirmé l'importance de la protection sociale et préconisé l'intégration, dans le programme de protection sociale, des notions d'autonomisation et de respect des droits. En septembre de la même année, l'Appel à l'action de Yaoundé a recommandé l'instauration de programmes de protection sociale globaux pour les personnes âgées, ayant comme élément central l'octroi de pensions au titre d'un régime universel de pensions sociales (Union européenne, 2010). Le Cadre de politique sociale pour l'Afrique mis en place par l'Union africaine (UA, 2008) a proposé la fourniture de prestations minimales de services de protection sociale essentiels groupés, centrés sur les soins de santé et les allocations destinées aux enfants, aux travailleurs informels, aux chômeurs, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Le lancement de la Plate-forme de la société civile africaine pour la protection sociale en Afrique a contribué à renforcer l'impulsion nouvelle

conférée à l'idée d'une protection sociale panafricaine. En 2010, la Déclaration de Khartoum sur le renforcement des mesures de la politique sociale en faveur de l'inclusion sociale a été adoptée, avec pour objectif la définition d'une approche exhaustive de la protection sociale en Afrique.

L'intérêt pour la protection sociale au niveau sous-régional est encore plus prononcé au sein de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). La charte des droits sociaux fondamentaux de cette organisation élaborée en 2003 a mandaté ses États membres afin qu'ils veillent à assurer une protection sociale suffisante à leurs travailleurs (article 10). Cette obligation s'est traduite, en 2007, par l'institution du Code de sécurité sociale 2007 de la SADC (SADC, 2007). Alors que la Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC) s'est engagée à améliorer la protection sociale des personnes handicapées, l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD) a mis l'accent sur les rapports entre protection sociale et sécurité alimentaire. L'harmonisation des lois du travail et de la protection de l'enfant constitue le domaine de préoccupation et d'intervention central de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEEAO). Aussi, l'application et l'extension de systèmes de protection sociale nationale en matière de santé sont-elles vivement encouragées aujourd'hui par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) (Union européenne, 2010).

À l'échelon national, les politiques d'intervention en matière de protection sociale ont été engagées de longue date dans certains pays africains alors qu'elles n'ont été lancées que depuis peu de temps dans d'autres pays du continent. Malgré l'intérêt croissant qu'elle suscite, la protection

sociale est encore trop souvent perçue comme un filet de sécurité plutôt qu'un investissement en capital humain et une stratégie clé en faveur du développement humain. Cette vision des choses persiste encore malgré les appels internationaux et régionaux à une perspective élargie en la matière.

En ce qui concerne la communauté internationale des bailleurs de fonds, les partenaires du développement ont à présent tendance à considérer que les pays en développement ont l'obligation d'élaborer des politiques et des mécanismes de protection sociale ou de renforcer les mesures et les dispositifs existants pour se prémunir contre les vulnérabilités et les chocs toujours plus nombreux (Banque mondiale, 2003a ; UA, 2008 ; OIT et OMS, 2009 ; Union européenne, 2010 ; DFID, 2011). Ces prises de position renforcent le consensus général désormais établi entre les différentes parties prenantes nationales, régionales et internationales sur le caractère vital des questions liées à la protection sociale. C'est là pour l'Afrique une belle occasion de tirer pleinement parti du soutien (tant technique que financier) qui lui est actuellement accordé pour les besoins de l'examen des mécanismes de protection sociale et de leur institutionnalisation, dans le but d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD.

LE RÔLE CLÉ DE LA PROTECTION SOCIALE DANS L'ACCÉLÉRATION DES PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OMD EN AFRIQUE

Au cours des dix dernières années, l'Afrique a connu une croissance économique rapide qui commence à dégager des dividendes sociaux. Il est indéniable que des progrès ont été enregistrés sur le front de la totalité ou presque des OMD. Des améliorations ont été introduites au niveau de la gouvernance et de la gestion macroéconomique,

mises en œuvre par des institutions à présent plus robustes et transparentes. Il reste néanmoins que le continent est toujours exposé à de multiples chocs potentiels et récurrents, qui nécessitent des réponses sociales ex-ante et ex-post. Ces chocs incluent notamment les éléments suivants : vulnérabilité macroéconomique (dont l'impact des prix volatiles associés aux produits alimentaires et au carburant) ; situations de fragilité et de conflit civil chroniques ; épidémie de VIH/sida et autres maladies telles que la tuberculose ou le paludisme ; et vulnérabilité accrue aux impacts du changement climatique et à l'insécurité alimentaire. L'érosion du système de la famille étendue (causée en grande partie par la modernisation et la migration), qui autrefois sous-tendait le système de sécurité sociale en Afrique, a également rendu les gens plus vulnérables. Tout cela nécessite des mécanismes de protection sociale institutionnalisés, capables de résister aux répercussions induites par ces différents chocs.

Il est désormais clairement établi que la croissance économique rapide de l'Afrique ces dix dernières années ne s'est pas traduite en progrès de niveau comparable en termes de réduction de la pauvreté ou d'autres objectifs liés aux OMD. Il faut donc en conclure que la croissance économique est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour réaliser de rapides avancées vers la réalisation des OMD. Le processus passe par des interventions spécifiques en faveur des pauvres, susceptibles de répondre aux besoins, à court terme, des personnes marginalisées et vulnérables tout en les protégeant contre les risques de replonger dans la pauvreté à long terme, sous l'effet de chocs à l'échelle de l'économie, de la communauté ou du ménage. De telles mesures doivent également garantir une participation significative des pauvres au processus

de la croissance. Cette constatation souligne le rôle central de la protection sociale dans l'accélération de la réalisation des OMD.

L'Afrique présente de graves disparités sociales et n'est devancée, à cet égard, parmi les régions du monde, que par l'Amérique latine. En effet, le continent africain est émaillé de fractures sociales horizontales caractérisées par l'exclusion de certains groupes de toute participation active aux processus sociaux, économiques et politiques de la société. Ces inégalités ont réduit l'impact de la croissance économique sur la réalité sociale. Par exemple, en 2010, lorsque l'indicateur relatif à l'inégalité a été supprimé de la mesure de l'Indice de développement humain (IDH) se rapportant à l'Afrique (hors Afrique du Nord), l'IDH a perdu 32,8 points de pourcentage, comparé à 30,2 et 25,1 respectivement pour l'Asie du Sud et l'Amérique latine et les Caraïbes. Une tendance comparable a été constatée au niveau des indices relatifs à l'espérance de vie, à l'éducation et au revenu (PNUD, 2010a). En outre, les vecteurs principaux de la croissance économique en Afrique étant essentiellement les secteurs à forte intensité de capital, les retombées en matière de création d'emplois et sur le reste des secteurs de l'économie sont fort limitées. Il en a résulté des inégalités croissantes en termes de revenu. Par exemple, dans les pays africains pour lesquels des données comparables sont disponibles, 12 pays ont affiché un coefficient de Gini⁶⁷ inférieur ou égal à 0,50 entre 2000 et 2010. La plupart de ces pays se trouvent dans la sous-région d'Afrique australe.

Il s'agit de la Namibie (0,74), des Comores (0,64), de l'Angola (0,59), de l'Afrique du Sud (0,69), du Lesotho (0,53), du Libéria (0,53) et du Botswana (0,51) (PNUD, 2010a)⁶⁸. S'atteler aux inégalités en ayant recours à la protection sociale permet d'obtenir une croissance plus inclusive. Une telle approche entraîne un renforcement de la cohésion sociale et encourage l'établissement de relations plus harmonieuses entre l'État et les citoyens. Ces résultats permettent de jeter les fondements d'une croissance durable, de renforcer la stabilité sociale et d'asseoir la légitimité politique du gouvernement en place.

Cependant, les disparités observées dans les sociétés africaines ne se limitent pas aux revenus, elles sont également présentes au niveau d'autres OMD. À titre d'exemple, il existe de fortes inégalités entre pays africains en matière d'accès aux services d'éducation et de santé. De fait, l'absence de protection oblige les ménages à vendre leurs actifs, à réduire leur consommation alimentaire, à retirer leurs enfants de l'école, perpétuant ainsi le cercle vicieux de la pauvreté. Les données disponibles révèlent que les enfants qui ont quitté l'école appartiennent principalement à des ménages dirigés par des femmes vivant dans les zones rurales. Elles montrent que les enfants des campagnes ont deux fois plus tendance à quitter l'école que les enfants des villes. De plus, les filles appartenant au quintile le plus pauvre de la population risquent 3,5 fois plus que leurs congénères du quintile le plus riche de quitter l'école, et quatre fois plus que les garçons au sein du même quintile. Les

67 Le coefficient de Gini est un indice compris entre 0 et 1 qui mesure l'inégalité. Lorsque sa valeur s'approche de 1, cela indique que la distribution des revenus est très inégale. Si elle tend vers 0, cela implique que la répartition des revenus est presque uniforme.

68 Il se peut que les coefficients de Gini signalés ici soient différents de ceux qui sont utilisés dans les statistiques nationales du fait de la disparité entre statistiques nationales et internationales. Cette question est actuellement examinée par la Commission de statistique des Nations Unies.

inégalités d'accès à l'éducation fondées sur le revenu, le genre et l'emplacement géographique augmentent la vulnérabilité des populations marginalisées (ONU, 2010).

La faim chronique produit des effets irréversibles sur le développement de la personne : arrêt de la croissance, mauvaise santé et résultats scolaires médiocres. L'Afrique (hors Afrique du Nord) a affiché en 2010 l'Indice de la faim le plus élevé (21,7 pour cent), derrière l'indice de l'Asie du Sud (22,9 pour cent). La nécessité de contenir les effets irréversibles de la malnutrition sur le développement des enfants plaide en faveur de la protection des plus vulnérables en Afrique. La cause est entendue : les enfants des ménages les plus pauvres risquent deux fois plus de souffrir d'insuffisance pondérale que ceux des ménages plus prospères. L'emploi vulnérable, dépourvu de la protection garantie dans les emplois du secteur formel s'est accru en Afrique depuis la crise mondiale et les femmes y sont représentées de manière disproportionnée. On constate aussi qu'au niveau des OMD liés à la santé (y compris l'accès à des sources d'eau et à des infrastructures d'assainissement améliorées), les habitants des villes appartenant aux tranches de revenu supérieur bénéficient de meilleures prestations (CEA, 2009a). La situation de faiblesse et de marginalisation des groupes vulnérables a été d'autant plus exacerbée par les crises mondiales financière, alimentaire et énergétique, qui ont contribué à couper ces populations de tout éventuel bénéfice qu'elles auraient pu tirer des politiques généralisées susceptibles de leur apporter de l'aide. À moins de mettre en place des interventions spéciales ciblant spécifiquement ces groupes, il sera difficile de réaliser des progrès rapides en direction des OMD.

La protection sociale joue un rôle central dans l'amélioration de la qualité de vie des individus et des sociétés. Elle induit un tel résultat en développant et en libérant le potentiel humain, en facilitant le changement structurel, en améliorant la stabilité, en faisant progresser la justice et la cohésion sociales, et en encourageant le dynamisme économique (Bonilla Garcia et Gruat, 2003). Une mise en œuvre efficace de la protection sociale peut renforcer les liens entre la croissance économique et le développement humain, un facteur délaissé par de nombreux pays africains depuis vingt ans.

La protection sociale compense les défaillances du marché qui n'ont pas été résolues en Afrique⁶⁹. Dans les pays dotés d'une protection sociale efficace (par ex., Afrique du Sud, Brésil, Mexique et Ghana), celle-ci s'est avérée être un instrument majeur pour atténuer la pauvreté et favoriser les perspectives de croissance à long terme. La protection sociale offre aux ménages des garanties que les marchés et les réseaux informels sont incapables de leur fournir.

Les facteurs mentionnés ci-haut rendent la mise en œuvre d'une protection sociale en Afrique non seulement souhaitable, mais aussi inévitable. Du fait de l'intensité de la pauvreté et de l'inégalité, et de la défaillance des infrastructures qui entravent la prestation de services essentiels (particulièrement en matière d'éducation et de santé) sur le continent, il devient vital d'y adopter des interventions en faveur des pauvres pour faire progresser le développement humain. Cependant, les réductions budgétaires constantes, imputables en partie à la crise financière

69 Voir Conning et Kavane (2001) sur la manière dont la protection sociale compense les défaillances du marché, et voir Subbarao (1998) pour les sources d'assistance à base de réciprocité que représentent les familles étendues et les voisins.

mondiale, posent de sérieux défis à l'instauration de la protection sociale dans certains pays.

LA PROTECTION SOCIALE COMME STRATÉGIE D'ACCÉLÉRATION DE LA RÉALISATION DES OMD : POTENTIALITÉS, EXPÉRIENCES ET LEÇONS APPRISSES

Liens potentiels entre la protection sociale et les OMD

La protection sociale aide les ménages à mieux répartir leur consommation, construire un capital humain, accumuler des actifs de production et participer au marché du travail. Elle part du principe que le risque, la vulnérabilité et la privation sont au cœur du processus de la pauvreté (qu'elle soit chronique ou transitoire) et qu'en s'attaquant à ces problèmes, il est possible d'extraire ces populations de leur état de dénuement. La Banque mondiale (2003a) et Barrientos et Schepherd (2003) ont élaboré un cadre conceptuel traitant des rapports entre la vulnérabilité, la pauvreté et la protection sociale. La démarche est fondée sur le principe de base selon lequel l'impact du risque et de la vulnérabilité sur le bien-être social est déterminé par trois facteurs : le risque de survenue d'un événement défavorable, la réalisation de cette éventualité et les réponses comportementales des ménages. Les personnes qui se retrouvent dans la pauvreté de manière chronique sont confrontées à des risques plus élevés que les autres membres de la population, tout en étant moins capables de protéger leur bien-être lorsqu'elles sont touchées par un événement défavorable. Par conséquent, ces personnes sont obligées d'adopter des stratégies de minimisation du risque, susceptibles de les plonger dans le cercle vicieux de la pauvreté, comme par exemple, l'adoption de techniques de production à faible rendement mais qui présentent

une meilleure sécurité, ou le refus d'investir en capital physique et humain. Par conséquent, la protection sociale qui leur sera appliquée visera dans ce cas à réduire de tels risques ainsi que les réponses comportementales qui en découlent.

Il existe un cercle vicieux, tant au niveau des individus que des sociétés, qui lie les trois éléments suivants : pauvreté, mauvais état de santé (y compris la malnutrition) et capital éducatif. Cette théorie est corroborée par de nouvelles preuves qui attestent de l'incidence plus élevée des dépenses en matière d'éducation et de santé parmi le quintile le plus prospère de la population comparé au quintile le plus pauvre. Par exemple, en Afrique (hors Afrique du Nord), les dépenses de santé du quintile le plus pauvre sont égales au tiers de celles du quintile le plus riche (Banque mondiale et FMI, 2011). La protection sociale ciblant la gestion des risques de santé peut améliorer l'accès aux soins de santé et permettre le traitement des maladies de manière opportune et durable, contribuant ainsi à préserver le capital de santé de la population. Une logique comparable est applicable au capital éducatif.

En Afrique, le risque et la vulnérabilité contribuent directement et indirectement à la pauvreté et à de piètres résultats sur le plan social. La voie directe passe par une dégradation des actifs productifs, notamment en période de sécheresse, de conflit ou de catastrophe naturelle (cyclones ou inondations). La voie indirecte passe par des mesures d'atténuation de risques prises par les ménages pauvres et qui se traduisent comme suit : réduction des investissements en actifs physiques (par exemple, vente de biens fonciers) ; réduction des investissements en capital humain (par exemple, retrait d'enfants de l'école, ajournement des soins de santé, abandon des comportements

de sollicitation des soins médicaux au profit de pratiques douteuses, fécondité accrue aux conséquences préjudiciables pour la santé maternelle et infantile) ; adoption de solutions à faible productivité (sélection de cultures, recours à des emplois informels)⁷⁰. L'appréciation de la complexité d'un tel processus a imposé l'adoption de la protection sociale comme une politique innovante, capable de rassembler les parties prenantes au développement autour de ses capacités à réduire la pauvreté chronique et à accélérer les avancées vers la réalisation des OMD en Afrique. Le *Tableau 15* présente une matrice des interventions au titre de la protection sociale et de leurs impacts potentiels sur la réalisation des OMD.

70 Voir Barrientos et Shepherd (2003) et la Banque mondiale (2003a) pour comprendre comment la protection sociale peut contribuer à une réduction de la pauvreté.

Tableau 15 : Contributions potentielles des diverses interventions au titre de la protection sociale à la réalisation des OMD

Intervention au titre de la protection sociale	OMD 1	OMD 2	OMD 3	OMD 4-6	OMD 7
Pensions	Réduit la pauvreté parmi les personnes âgées et les handicapés.			Accroît l'accès des personnes âgées aux services de santé.	Accroît l'accès à l'eau et à l'assainissement.
Allocations chômage	Réduit la pauvreté transitoire chez les chômeurs.		Offre aux femmes des moyens d'auto-nomisation financière temporaire, en améliorant leur consommation et leur accès aux services de base.	Protège l'état de santé et l'employabilité.	Réduit le braconnage dans les réserves et la déperdition d'autres ressources naturelles. Accroît l'accès à l'eau.
Dispenses de frais pour les services de santé et d'éducation et les services connexes	Permet aux familles d'accéder aux services sans accuser de baisse de revenu.	Contribue à améliorer le taux de scolarisation.	La scolarisation des filles étant sensible aux frais dans certaines communautés, ces dispenses contribuent à multiplier les inscriptions de filles.	L'usage de services de santé étant sensible aux frais, une dispense améliore l'accès aux soins et l'état de santé général.	Accroît l'accès à l'eau et à l'assainissement.
Filets de sécurité	Égalise ou augmente les revenus. Les transferts monétaires au profit des enfants vulnérables peuvent réduire la pauvreté intergénérationnelle.	L'appui aux personnes handicapées et aux enfants vulnérables améliore l'inscription et la fréquentation scolaires. Avantages (argent/nourriture) subordonnés à la scolarisation. Incite les familles à envoyer leurs enfants (surtout les filles) à l'école.	Contribue à la scolarisation des filles. Un appui spécial aux femmes augmente leurs aptitudes et leur productivité.	Améliore l'état de santé des orphelins et des enfants vulnérables. Les transferts au profit des ménages pauvres améliorent la nutrition, favorisant des gains de poids et de taille chez les enfants, ainsi que l'état nutritionnel et sanitaire des femmes.	
Programme de repas scolaires	Réduit la pauvreté et la malnutrition chez les enfants.	Contribue à améliorer le taux de scolarité, la fréquentation et les performances scolaires des élèves.	Contribue à améliorer la scolarisation et les performances scolaires des filles.	Réduit la morbidité juvénile.	

Intervention au titre de la protection sociale	OMD 1	OMD 2	OMD 3	OMD 4-6	OMD 7
Fonds sociaux, y compris dépenses de frais	Habilite les communautés très pauvres à construire des infrastructures sociales. Augmente le revenu des ménages affecté à la consommation courante.	Contribue à l'augmentation de la fréquentation scolaire des filles en améliorant les critères d'assainissement, de sécurité etc. dans la construction des écoles. La construction et la remise en état de bâtiments scolaires contribuent à augmenter les inscriptions et la fréquentation scolaire, et à diminuer la taille des classes.	Favorise l'accès des filles à l'école par le développement d'environnements conviviaux pour les filles (construction de toilettes séparées et assistance spéciale).	La construction et la remise en état d'installations sanitaires via des fonds sociaux améliorent l'accès aux soins de santé primaires. Les fonds sociaux consacrés à la sensibilisation et au plaidoyer en matière de VIH/sida et d'hygiène de base favorisent les changements de comportement et les résultats positifs en matière de santé. Les fonds sociaux ciblant les nouveau-nés et les femmes enceintes contribuent à la santé infantile et maternelle grâce à la réduction de la morbidité et de la mortalité.	Les fonds sociaux visant la plantation d'arbres, la gestion de la biodiversité et la maîtrise de l'érosion favorisent un environnement durable.

Intervention au titre de la protection sociale	OMD 1	OMD 2	OMD 3	OMD 4-6	OMD 7
Projets d'auto-assistance	Contribuent à la construction de chemins vicinaux, de ponts et de ponceaux, améliorant ainsi l'accès aux marchés et aux intrants.	La construction et la remise en état d'écoles favorisent les inscriptions, les fréquentations et les performances scolaires. Les associations de parents d'élèves contribuent à la bonne gestion des écoles et à la qualité de l'éducation. La construction de puits ou de trous de forage améliore la fréquentation et l'apprentissage scolaires des enfants qui consacrent de longues heures à la collecte d'eau.	La création de plates-formes multifonctionnelles dans les communautés reculées contribue à l'autonomisation des femmes. Le soutien de la communauté aux enfants déscolarisés favorise le développement de leurs compétences et leur situation face à l'emploi. La construction de trous de forage ou de puits réduit le temps consacré par les femmes à la collecte de l'eau, et les encourage à se consacrer à des activités plus productives.	La construction et la remise en état de cliniques et de maternités, et la mise en place de fonds renouvelables de médicaments⁷¹ améliorent l'accès aux services de santé de base en les rendant plus abordables. La construction de trous de forage ou de puits réduit les maladies d'origine hydrique et accroît l'hygiène au foyer.	La gestion communautaire des réserves forestières locales réduit la déforestation et crée des puits de carbone.

71 Les fonds renouvelables de médicaments subventionnent les produits pharmaceutiques coûteux au profit des malades qui ne peuvent pas se permettre de les acheter. Après une mise de fonds initiale, les fournitures de médicaments sont renouvelées grâce à l'argent perçu au titre de la vente de médicaments.

Intervention au titre de la protection sociale	OMD 1	OMD 2	OMD 3	OMD 4-6	OMD 7
Les politiques relatives au marché du travail ⁷²	Peuvent donner lieu à un environnement plus favorable à la création d'emplois, la productivité et la revalorisation des salaires. Les programmes d'emploi dans la fonction publique offrent du travail temporaire, surtout en période de difficulté économique, augmentant ainsi le revenu des ménages en situation de pauvreté transitoire. L'appui aux travailleurs informels en termes d'amélioration des compétences et d'accès aux marchés leur permet de développer leur productivité. Les politiques relatives à l'indemnisation des travailleurs et à la sécurité du travail préservent la santé (et la productivité) des travailleurs et les protègent contre l'invalidité due aux accidents du travail.	La résolution de la question du travail des enfants peut accroître les taux de scolarisation et d'alphabétisation. Les augmentations salariales peuvent amener les ménages à dépenser davantage en éducation et à réduire le travail des enfants, améliorant d'autant la scolarisation dans le primaire.	Encourager la participation des femmes à la force de travail crée des incitations à l'éducation des femmes. L'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, des personnes handicapées et des minorités ethniques sur le marché du travail et dans la fonction publique améliore l'autonomisation et l'égalité entre les genres. Les interventions relatives au marché du travail qui encouragent la participation des femmes à des activités non agricoles peuvent réduire l'écart entre hommes et femmes dans les pratiques de recrutement et de rémunération.	Les politiques relatives au marché du travail sensibles à la dimension de genre (congés maternité et paternité) favorisent la prise en charge des enfants et accordent davantage d'attention aux soins pré- et postnataux. Le congé maternité permet aux femmes de garder leur emploi pendant la grossesse et les premières étapes de la maternité. L'aménagement de crèches sur le lieu de travail favorise l'allaitement exclusif et la prise en charge des enfants par leurs mères.	Une politique des revenus favorable à la foresterie peut induire une meilleure application des lois et des réglementations sur l'environnement.

72 En particulier les politiques relatives aux travaux publics, au travail des enfants, aux augmentations salariales, à la participation des femmes à la force de travail, au programme de renforcement des compétences, etc.

Intervention au titre de la protection sociale	OMD 1	OMD 2	OMD 3	OMD 4-6	OMD 7
Assurance invalidité (AI) et assurance sociale (AS)	L'assurance invalidité régularise le revenu de ceux qui sont empêchés de travailler provisoirement ou de manière permanente. Le congé maladie garantit un niveau de revenu donné durant les périodes de maladie, et permet aux bénéficiaires de prendre en charge les frais liés à leur traitement.	L'assurance sociale étale les revenus des ménages dans la durée (pour les protéger contre des chocs). Elle améliore la scolarisation et réduit le travail des enfants.	La sécurité sociale axée sur les femmes réduit l'impact de la vulnérabilité et favorise l'égalité des genres.	L'assurance médicale rend les traitements médicaux plus accessibles.	

Sources : Banque mondiale (2003a) ; Ajakaiye et Odusola (2002) ; UNICEF et ODI (2009c) ; et DFID (2011).

ÉTUDES DE PAYS : L'IMPACT DE LA PROTECTION SOCIALE SUR LES OMD

Cette section examine l'impact de la protection sociale sur les OMD en se basant sur les données quantitatives (quoique limitées) et qualitatives disponibles. Conformément à la matrice présentée ci-dessus, les études de cas CEA 2010a⁷³ montrent que la plupart des instruments de protection sociale exercent un impact positif sur les OMD. La grande majorité de ces interventions priorisent la réduction de la pauvreté au sein d'un groupe vulnérable spécifique, tel que les personnes âgées ou les personnes vivant dans l'insécurité alimentaire. Les données recueillies indiquent que la protection sociale agit davantage sur la réduction de la pauvreté et de la faim (OMD 1) que sur la plupart des autres objectifs.

Réduction de la pauvreté

Il n'est pas toujours possible d'établir des indications factuelles concernant les effets de la protection sociale sur la réduction de la pauvreté et l'accélération des progrès vers la réalisation des OMD. Cela est dû au fait qu'il est souvent difficile, tant au plan des concepts que celui des méthodes, de séparer ces effets de ceux d'autres politiques. Les chaînes de causalité par lesquelles la protection sociale exerce ses effets sur la vie des familles pauvres sont si complexes et mêlées à d'autres facteurs, qu'il existe peu de mesures fiables de ses impacts. Selon les estimations de la Banque mondiale, les interventions au titre de la sécurité sociale pourraient réduire le nombre des pauvres de 5 à 10 pour cent (Banque mondiale, 2003a, p. 8). Un travail de simulation entrepris par Dethier et al. (2010) pour 18 pays d'Amérique

latine montre que l'introduction d'une pension de vieillesse minimum universelle réduirait sensiblement, à hauteur de 25 à 50 pour cent, la pauvreté parmi les personnes âgées. Un examen mené par le DFID (2011) appuie cette assertion : au Brésil, l'introduction d'un programme de transferts d'espèces a occasionné une baisse de 28 pour cent du taux d'inégalité (coefficient de Gini) entre 1995 et 2004. Au Mexique, les transferts d'espèce ont, en l'espace de deux ans, réduit de 30 pour cent l'écart de pauvreté qui frappait les bénéficiaires du programme Progres-sa-Oportunidades.

Les mécanismes de protection sociale en Afrique ont pris des formes différentes, notamment : fourniture gratuite de services de santé nationaux financés par l'impôt, fourniture de services de santé contre des bons d'échange, programmes de transferts d'espèces, systèmes fondés sur les cotisations, tels que les régimes d'assurance santé. Des études empiriques sur la manière dont la protection sociale contribue à la réduction de la pauvreté et à d'autres OMD ont progressivement émergé. Le *Tableau 16* en donne des exemples illustratifs tirés d'un certain nombre de pays africains.

L'institution de la pension sociale universelle à **Maurice** a contribué au faible taux de pauvreté de ce pays. Par exemple, le taux de pauvreté des personnes âgées vivant avec une ou plusieurs personnes plus jeunes aurait été de 30 pour cent plus élevé en l'absence de cette pension universelle (Kaniki, 2007).

Les exemples relevés en **Afrique du Sud** (Samson et al., 2004) indiquent également que le système de sécurité sociale y réduit la pauvreté, la privation et le

73 La CEA a fait procéder à des études de cas dans neuf pays d'Afrique (Afrique du Sud, Algérie, Éthiopie, Kenya, Maurice, Malawi, Namibie, Nigeria et Tunisie).

dénuement⁷⁴. L'allocation sociale en Afrique du Sud y a diminué l'incidence de la pauvreté de 4,3 pour cent, et l'écart de dénuement de 45 pour cent. L'allocation au titre de la retraite a baissé l'écart de pauvreté de 2,5 pour cent ; l'allocation invalidité a réduit ce dernier de 5,1 pour cent, tandis que l'extension de l'allocation familiale jusqu'à 18 ans a permis une réduction de 21,4 pour cent de l'écart de pauvreté. Fiszbein et Schady (2009) constatent également que les pensions alimentaires au titre des enfants ont fait tomber l'écart de pauvreté subi par les familles bénéficiaires de 47 pour cent. De la même façon, Samson (2007) démontre que les allocations sociales versées en Afrique du Sud réduisent l'écart de pauvreté de 48 pour cent et l'écart de dénuement de 67 pour cent tout en appuyant le développement du capital humain des bénéficiaires et leur participation au marché du travail. Samson (2006) note que les travailleurs issus de ménages touchant des allocations sociales enregistrent des degrés plus élevés de participation à la force de travail et de réussite dans la recherche d'emploi que les personnes provenant de ménages ne touchant pas de telles allocations. Le système étendu d'allocations sociales en Afrique du Sud a conduit à plusieurs résultats positifs : réduction de 3 pour cent du coefficient de Gini ; doublement de la part du quintile le plus pauvre dans le RNB⁷⁵ ; baisse de l'incidence de la pauvreté de 11,3 pour cent en 1994 à 5,0 pour cent en 2006 (Gouvernement sud-africain, 2010) ; et diminution de la faim et de la malnutrition.

74 Selon la définition appliquée, le dénuement frappe toute personne située au niveau du dernier cinquième de la répartition des dépenses, soit la ligne de pauvreté la plus extrême déterminée dans le pays sur la base d'un seuil de pauvreté égal à 180 rands par mois et par personne (DSD, 2004).

75 Voir DFID (2011) pour plus de précisions à ce sujet.

L'Afrique du Sud peut se prévaloir du système⁷⁶ le plus étendu de protection sociale du continent essentiellement centrée sur la pension de vieillesse fournie par l'État (SOAP), l'allocation d'invalidité, la pension alimentaire au titre de l'enfant, l'allocation pour placement familial, l'allocation pour personnes à charge, l'allocation des anciens combattants et l'aide non remboursable. La plupart de ces interventions ont été couronnées de succès. Les allocations sociales couvrent environ 14 millions de personnes (représentant le tiers de la population). Cependant, malgré le chômage élevé qui sévit dans le pays (environ 23 pour cent), l'absence d'allocations chômage au profit des jeunes implique qu'un groupe vulnérable de la population a été exclu. Les dépenses en allocations sociales ont augmenté progressivement, passant de 1,5 pour cent du PIB en 2001 à 3,4 pour cent en 2007. Bien que ce niveau soit toujours soutenable compte tenu de l'étendue de la couverture (plus de 14 millions de bénéficiaires), il faudra veiller à la viabilité future de ce programme. Il importe de souligner que ce programme a bénéficié d'une forte volonté politique⁷⁷ qui a été déterminante pour son succès.

La **Namibie** administre un programme de protection sociale multidimensionnel couvrant la pension de retraite et l'allocation d'invalidité, l'allocation pour enfant, le programme de repas scolaires, la subvention aux anciens combattants,

76 En termes de portée (instruments multiples) et de couverture, et d'inconditionnalité.

77 Avant l'accession au pouvoir du président Thabo Mbeki, les interventions en matière de protection sociale étaient de piètre qualité. Thabo Mbeki a fait de la protection sociale la pierre angulaire de sa campagne électorale en mobilisant un plan d'action nationale pour la réaliser. On estime actuellement que le taux de délivrance des services de protection sociale atteint 80 pour cent (Samson, 2007).

le programme d'assistance ad hoc et le programme de réinstallation. Dans ce pays, la couverture appréciable de la pension de retraite et les régimes de transferts d'espèces ont eu un fort impact sur la réduction de la pauvreté de groupes vulnérables, la scolarisation primaire, l'autonomisation des femmes et la prévention des maladies. Ces observations sont conformes aux conclusions de Levine et al. (2011) qui ont mené une analyse multivariée sur l'impact des transferts d'espèces sur le bien-être des ménages en Namibie. En basant leurs calculs sur le seuil inférieur de revenu par équivalent-adulte du ménage, les auteurs ont conclu que les transferts d'espèces avaient réduit l'incidence de la pauvreté de 4,3 pour cent, l'écart de pauvreté de 18,4 pour cent, et la sévérité de pauvreté⁷⁸ de 27,5 pour cent. Les effets sont nettement plus prononcés pour les dépenses de consommation par équivalent-adulte. Ces résultats multivariés montrent que la pension de retraite et les allocations pour enfants ont un impact très sensible sur la réduction de la pauvreté, avec un intervalle de confiance de 95 pour cent. Dans le cas de la pension de retraite, par exemple, une augmentation de 1 pour cent des retraites réduit la pauvreté de 0,2 pour cent. Les auteurs concluent que les effets réducteurs de la pauvreté induits par les allocations pour enfants sont vraisemblablement amenés à se multiplier car l'accès à ces prestations est en expansion rapide. Cependant, les impacts de ce programme restent limités en ce qui concerne la réduction des inégalités en

Namibie. (Voir le *Tableau 16* pour plus d'informations sur le cas de la Namibie.)

La Namibie offre donc à l'émulation des autres pays des leçons et des expériences utiles en matière de prestations sociales (notamment en ce qui concerne les retraites vieillesse et les allocations pour enfants) et indique les moyens d'en garantir la viabilité financière. Cependant, la mise en œuvre de la protection sociale dans le pays se heurte à des problèmes de coordination et à l'absence de mécanismes permettant d'évaluer les impacts véritables des différentes initiatives.

La protection sociale contribue à une réduction de la faim et à une amélioration de la sécurité alimentaire dans plusieurs pays d'Afrique. Dans ce domaine, le Dispositif de sécurité productif (PSNP) mis en place par **l'Éthiopie** se signale par son succès enviable. Ce dispositif repose sur trois composantes : travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre (pour la population active), transferts d'espèces assortis de conditions (pour les pauvres qui ne sont pas en mesure de s'engager dans d'autres formes de travail productif, comme par exemple, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les veuves ou les écoliers) et transferts d'espèces inconditionnels (notamment pour les personnes ne possédant rien, c'est-à-dire, dans un dénuement total) (Desta, 2010). Ce programme innovant lutte encore pour résoudre certaines difficultés structurelles, en particulier une forte dépendance à l'égard de l'aide extérieure, qui pourrait en compromettre la viabilité, et l'absence d'un cadre stratégique clairement établi pour la protection sociale, qui a entraîné un manque de coordination. Néanmoins, entre 2005 et 2008, le PSNP a permis la construction de nombreux équipements communautaires en Éthiopie : édification

78 La sévérité de pauvreté est une forme spéciale de l'écart de pauvreté, souvent mesurée comme égale au carré de l'écart de pauvreté. Elle ne tient pas seulement compte de la distance séparant les pauvres du seuil de pauvreté (l'écart de pauvreté), mais également de l'inégalité parmi les pauvres. Cette mesure saisit les ménages qui sont les plus éloignés du seuil de pauvreté.

de 2,1 millions de km de digues en pierres pour prévenir l'érosion des sols et améliorer la préservation de l'eau, plantation d'environ 1 milliard d'arbres pour réhabiliter les bassins versants dégradés et améliorer la préservation des sols et de l'eau ; construction de 7 000 km de canaux d'irrigation à petite échelle et aménagement de 190 600 étangs fournissant de l'eau pour l'agriculture. Ce programme a évité à d'innombrables personnes vulnérables de vendre leurs actifs à la suite de chocs extérieurs, et 55 pour cent des bénéficiaires déclarent que le PSNP a accru leurs revenus. Le PSNP a amélioré la sécurité alimentaire de 7,8 millions de personnes qui dépendaient auparavant d'opérations de secours alimentaire (surtout dans les communautés confrontées à des pénuries alimentaires).

Devereux et Coll-Black (2007) ont montré que 75 pour cent des bénéficiaires⁷⁹ du programme PSNP ont pu accroître leur consommation alimentaire et jouir d'une nourriture de meilleure qualité, et que 60 pour cent d'entre eux ont pu éviter de vendre des actifs productifs dans le but d'acheter de la nourriture en période de pénurie. Ce programme innovant a contribué à une réduction d'environ 41 pour cent de la malnutrition entre 1990 et 2007. Il en a résulté une baisse de l'indice de la faim en Éthiopie qui est passé d'un niveau supérieur à 50 pour cent en 1990, à un niveau inférieur à 30 pour cent en 2008. L'effet cumulatif de toutes ces réalisations positives est

d'avoir réduit de 30 pour cent le niveau général de la pauvreté dans le pays entre 1998 et 2008.

Dans un contexte similaire, le programme de protection sociale du **Malawi** a sensiblement réduit la faim dans ce pays, entraînant une forte augmentation du nombre de ménages jouissant de la sécurité alimentaire, soit une progression de 67 pour cent en 2005 à 99 pour cent en 2009. La consommation de céréales par habitant est passée de 270 kg à 285 kg pendant la même période. Le programme a également contribué à stabiliser les prix alimentaires et à améliorer les revenus des bénéficiaires.

Le **Rwanda** présente aussi un cas de réussite remarquable grâce à la mise en place d'un système combinant plusieurs mécanismes de protection sociale : une assurance santé universelle (couvrant 91 pour cent de la population), l'éducation gratuite pour tous, des transferts sociaux de type régime de retraite, le programme Vision 2020 Umurenge (VUP), l'assistance aux survivants du génocide et le programme « une vache par famille ». Par exemple, le VUP comporte trois volets en vue d'orienter les programmes de protection sociale vers les populations vulnérables : (i) *travaux publics* utilisant des actifs communautaires pour créer des infrastructures, touchant par exemple à l'aménagement de bassins versants et offrant des emplois à l'extérieur des exploitations agricoles ; (ii) *offres de crédit* l'Ubudehe⁸⁰ pour combattre la pauvreté extrême et favoriser les perspectives d'emploi à l'extérieur des exploitations agricoles, et (iii) *soutien direct* permettant d'étendre l'accès aux services sociaux ou aux prestations par des ménages sans

79 Voir au *Tableau 16* des précisions sur la couverture du programme. Engagé dans 300 communautés rurales souffrant de pénuries alimentaires, celui-ci fournit de l'argent liquide ou de la nourriture en échanges d'heures de travail, ainsi que des transferts inconditionnels de nourriture aux personnes non en mesure de participer aux travaux publics.

80 Le terme Ubudehe désigne une pratique traditionnelle axée sur une culture de l'action collective pour résoudre les problèmes communautaires.

terre et d'encourager l'acquisition des compétences appropriées. Le gouvernement a affecté 4,7 pour cent de son budget au secteur de la protection sociale en 2009/2010, cette proportion devant, selon toute attente, passer à 4,9 pour cent en 2010/2010 et à 5,1 pour cent en 2011/2012. Le programme VUP a été lancé en 2008 comme projet pilote accompagnant la composante travaux publics. Il a été suivi en 2009 de l'instauration des transferts d'espèces et, en février, 2010, du programme d'octroi de crédits. Une évaluation rapide de la mise en œuvre de ces programmes montre qu'environ 55 pour cent des bénéficiaires ont épargné une partie de leurs versements VUP pour acheter de la nourriture et des actifs productifs tels que du cheptel ou des intrants agricoles⁸¹. Les programmes de travaux publics et d'allocations sociales (qui ont constitué 50 pour cent du budget national de protection sociale) ont conduit à une réduction de la pauvreté extrême, laquelle a chuté du taux de 40,6 pour cent à celui de 9,0 pour cent (Union européenne, 2010) parmi les bénéficiaires. Le gouvernement attribue le succès de ce programme à une diminution générale de l'extrême pauvreté, dont le taux est tombé de 39 pour cent en 2006 à 34,5 pour cent en 2009. Les principales leçons à retenir de ce programme sont l'importance d'un alignement sur la stratégie nationale, le rôle d'une harmonisation judicieuse qui offre aux bailleurs de fonds un cadre de soutien idéal (Banque mondiale, UE et DFID notamment), et l'exemple d'une approche décentralisée reposant sur le mécanisme de l'Ubudehe.

81 Les bénéficiaires ont utilisé leurs économies pour se procurer ce qui suit : produits alimentaires (53,3 pour cent), actifs productifs tels que des animaux d'élevage (24,5 pour cent), intrants agricoles (18,3 pour cent) et services liés à l'éducation (13,1 pour cent) (Union européenne, 2010).

Développement du capital humain

Il est permis de penser que la protection sociale a contribué au développement du capital humain de plusieurs pays d'Afrique, même si les relations causales ne sont pas immédiatement évidentes. Les informations collectées indiquent que la protection sociale doit bénéficier d'un seuil de soutien minimum pour avoir un impact sensible sur les OMD. En outre, si la protection sociale n'est pas bien gérée, elle pourra subir la loi des rendements décroissants.

Le *Tableau 16* donne des exemples de pays qui ont utilisé différentes actions de protection sociale, y compris celles visant à accroître les inscriptions et la fréquentation scolaires à l'école primaire. Les travaux publics lancés en **Éthiopie**, par exemple, ont abouti à la construction de 4 494 salles de classe afin d'améliorer les services d'éducation dans les communautés rurales. En **Namibie**, les transferts d'espèces aux orphelins et aux enfants vulnérables et le versement de pensions de retraite ont conduit à une scolarisation accrue. Le **Malawi** offre un bon exemple de l'impact de la protection sociale sur l'éducation. Outre qu'ils favorisent l'inscription à l'école, surtout parmi ceux qui l'avaient quittée (Baird et al., 2010), les transferts d'espèces ont également relevé de 5 pour cent le taux de scolarisation des enfants de 6 à 17 ans (Handa et Stewart, 2008).

La mise en œuvre de transferts d'espèces assortis de conditions en Afrique n'est pas sans présenter de difficultés. Au **Nigeria**, un système de ce type ciblait les mères d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire (exigeant une fréquentation scolaire d'au moins 80 pour cent) et offrait l'usage de services hospitaliers aux membres des ménages concernés (Aigobkhan, 2010). Mais la

protection sociale dans ce pays reste confrontée à des problèmes de ciblage, de viabilité, de suivi et d'évaluation, et de coordination. Le **Malawi** a également mis en œuvre des programmes étendus de protection sociale, comprenant les instruments suivants : aides directes (transferts d'espèces inconditionnels et assortis de conditions, programmes de repas scolaires et aide alimentaire) ; programmes d'aide à la productivité (par exemple, programmes de travaux publics et subventions à l'achat d'engrais) ; programmes d'intervention sur les marchés (contrôle des prix du maïs, détermination de prix minimum pour les produits agricoles et constitution de réserves stratégiques de nourriture). Les subventions à l'achat d'intrants agricoles ont eu un impact indéniable, salué par les décideurs et les analystes. Ce programme a concerné 1,7 millions de petits exploitants en 2009, et a contribué à réduire la pauvreté de 26 pour cent au cours d'une période de quatre ans à peine (de 2005 à 2009). Plusieurs publications dont des rapports issus par le gouvernement ont associé ce programme à une augmentation de 32 pour cent des ménages jouissant de la sécurité alimentaire entre 2005 et 2009 ainsi qu'à une réduction rapide des cas d'arrêt de la croissance parmi les enfants de moins de 5 ans. Malgré cet accomplissement, les frais de fonctionnement croissants de ce programme en menacent la viabilité. Le coût des subventions est monté en flèche au fil des ans, grimant de 5,1 milliard de MK (2,1 pour cent du PIB) en 2005/06 à 16,3 milliards de MK (3,4 pour cent du PIB) en 2007/08, pour atteindre 31,0 milliards de MK (5,5 pour cent du PIB) en 2008/09 (Chirwa, 2010).

Une analyse économétrique des allocations pour enfants en **Afrique du Sud** a également montré que les enfants ayant bénéficié du programme pendant leurs trois premières années d'existence

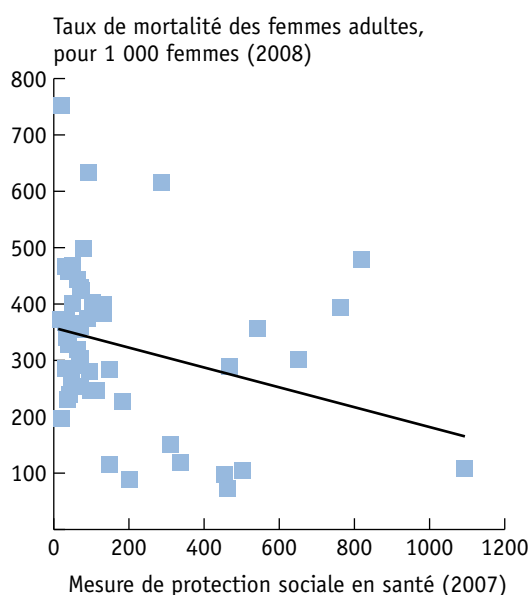
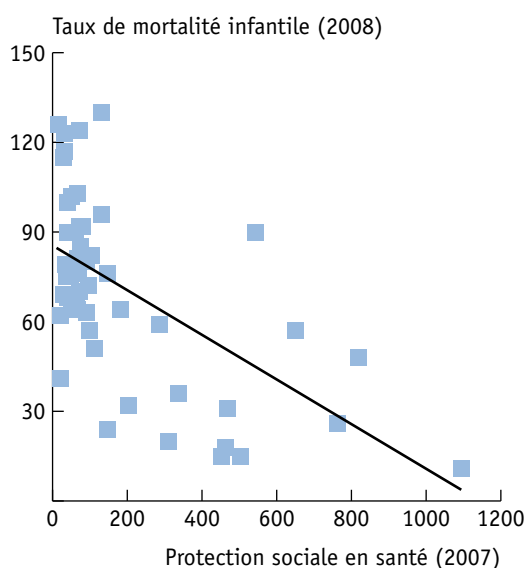
ont progressé dans le rapport taille-âge à l'âge de trois ans. Cela devait se traduire par un gain de taille de 3,5 cm à l'âge adulte (Augero et al., 2007). Par contre, au **Mozambique** les transferts d'espèces inconditionnels n'ont pas entraîné d'impact appréciable sur la nutrition (Yablonski et O'Donnel, 2009). Les auteurs font état de trois facteurs majeurs expliquant l'incidence des transferts d'espèces et des allocations sur l'état nutritionnel de l'enfant : (i) la période de temps totale durant laquelle les transferts ont été versés, (ii) l'âge des bénéficiaires (la tranche des 0 à 24 mois donnant les meilleurs résultats) et (iii) le montant des transferts (les transferts très modiques ne produisant guère d'impact).

L'UNICEF et l'ODI (2009c) ont constaté que les pays qui disposent d'une protection sociale élevée⁸² récoltent aussi les meilleurs résultats au niveau des indicateurs relatifs aux taux U5MR, TMM et aux soins prénatals. Les indices qui se dégagent des *Figures 56a et 56b* étayent les conclusions de l'UNICEF concernant les liens positifs entre la protection sociale et les résultats sanitaires. Les pays qui dépensent davantage au titre de la protection sociale tendent à enregistrer de meilleurs résultats en matière de santé (baisse de la mortalité des enfants et des femmes), ce qui est souvent le cas des pays qui offrent un appui direct aux femmes⁸³. Comme l'indique l'élasticité de la courbe à la *Figure 56b*, une petite augmentation dans les dépenses allouées à la protection sociale

82 L'UNICEF et l'ODI (2009c) utilisent le montant total des dépenses de santé comme indicateur de substitution de la protection sociale.

83 Les analyses effectuées par le DFID (2011) et l'Union européenne (2010) laissent à penser que la protection sociale assortie de conditions n'offre pas nécessairement de meilleurs résultats que la protection sociale conditionnelle.

Figures 56a et 56b : Corrélation entre protection sociale et résultats sanitaires, 2007



Source : calculs basés sur les données du PNUD (2010a).

des femmes provoque une forte réduction de la mortalité féminine en Afrique. La forme en « U » de la relation renvoie, dans une certaine mesure, à l'éventualité de rendements décroissants. La mise en œuvre de la protection sociale ne produit pas automatiquement les résultats escomptés. Les investissements en protection sociale appuieront les progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé à condition que de tels investissements soient gérés effectivement et efficacement. De nouveaux efforts doivent donc être consentis pour améliorer la gestion des mécanismes de protection sociale.

Tableau 16 : Exemples de protection sociale réussie en Afrique

Pays	Type et objet du programme	Couverture	Impact
Namibie ⁸⁴	Appui nutritionnel aux orphelins et aux enfants vulnérables (OEV) : en 2010, chaque OEV a reçu 30 \$N par mois. Pensions de vieillesse (pour les 60 ans et plus) : 500 \$N par mois.	160 000 OEV en zone rurale. Le nombre de bénéficiaires de pensions de vieillesse et d'allocations d'invalidité a augmenté en passant de 109 894 en 2004 à 130 455 en 2008, chiffre représentant 82 % du groupe d'âge des 60 ans et plus ⁸⁵ . En 2009, cette couverture se montait à 4,05 % des dépenses totale et à 1,36 % du PIB.	Réduction du taux de mortalité infantile et augmentation des taux de scolarisation et d'achèvement du au primaire, avec une réduction concomitante du taux de mortalité juvénile. Les transferts d'espèces ont relevé le revenu des ménages, ce a contribué à réduire la pauvreté et renforcer l'autonomie des femmes tout en améliorant leur état de santé (surtout en rapport avec l'OMD 6) et en augmentant les taux de scolarisation (Kaakunga, 2010). Les transferts d'espèces ont permis de réduire respectivement l'incidence de la pauvreté de 4,3 %, l'écart de pauvreté de 18,4 % et la sévérité de la pauvreté de 27,5 % (Levine et al., 2011).
Nigeria	Programme de transferts d'espèces assortis de conditions, appelé Cash for the People (COPE), ciblant initialement les ménages dirigés par des femmes, les femmes handicapées et les femmes appartenant à des groupes spéciaux, telles que les femmes vivant avec le VIH (toutes avec enfants en âge d'aller à l'école primaire) ; l'accès en est conditionné à l'engagement des bénéficiaires de s'investir dans le capital humain représenté par leurs enfants.	La phase 1 de ce programme couvrait, en 2009, 8 850 ménages (44 250 individus) et appliquait un seuil de subvention allant de 100 dollars USD par mois pour un ménage ayant un seul enfant, à 33,33 dollars USD pour un ménage à plusieurs enfants.	Les transferts d'espèces ont amélioré la consommation des bénéficiaires, réduisant d'autant leur niveau de pauvreté. Ce programme axé vers les femmes s'est avéré avoir un impact positif sur l'inscription et la fréquentation scolaires des enfants, et sur le recours aux services hospitaliers.

84 Les prestations sociales totales (pensions de vieillesse et allocations d'invalidité) en pourcentage des dépenses gouvernementales sont passées de 3,1 pour cent en 2001/02 à environ 6 pour cent en 2008/09, ce qui correspond à une augmentation de 1 à 2 pour cent du PIB.

85 Le degré de couverture tend à varier d'un rapport à l'autre en raison de variations dans les projections démographiques (voir Levine et al., 2011).

Pays	Type et objet du programme	Couverture	Impact
Malawi	Programme de transferts d'espèces assortis de conditions (Zomba Conditional Cash Transfer Program). Programme de subventions aux intrants agricoles (Farm Input Subsidy Program - FISP) : les ménages bénéficiaires reçoivent un paquet « maïs » comprenant des engrais et des semences ou un paquet « tabac » contenant des engrais ou un paquet « coton » incluant des produits chimiques et des semences.	Ce programme ciblait 1 230 écolières et 3 805 fillettes déscolarisées, avec des subventions mensuelles de 1 à 5 dollars USD aux filles et de 4 à 10 dollars USD à leurs parents/tuteurs. Ce programme permet aux petits agriculteurs d'accéder à 2 sacs de 50 kg d'engrais par an. Environ 1,7 million de petits agriculteurs bénéficient actuellement de ce projet.	Les transferts d'espèces ont augmenté les taux d'inscription scolaires (surtout chez les enfants déscolarisés) et diminué l'incidence des rapports sexuels non protégés de raison de 38 % par rapport à celle du groupe témoin (Baird et al., 2010). Les transferts d'espèces ont accru de 5 % la scolarisation des enfants de 6 à 17 ans (Handa et Stewart, 2008). De 2007 à 2008, les maladies ont régressé de 23 % chez les enfants ayant pris part au programme de transferts d'espèces inconditionnels de Mchinji, contre 12,5 % chez les enfants non participants (DFID, 2011). Le FISP a fortement accru la part des ménages jouissant de la sécurité alimentaire, qui est passée de 67 % en 2005 à 99 % en 2009. La consommation de céréales par habitant a également augmenté de 170 kg à 285 kg pendant cette période. Le programme a aussi contribué à stabiliser les prix des denrées alimentaires et à accroître le revenu des bénéficiaires. De plus, la proportion des moins de 5 ans victimes d'arrêt de la croissance et d'émaciation a diminué, en passant respectivement de 6,4 % et 6,8 % en 2005 à 4,9 % et 5,8 % en 2007. Dans l'ensemble, l'incidence de la pauvreté a chuté de 52,4 % en 2005 à 39,0 % en 2009 (Chirwa, 2010).

Pays	Type et objet du programme	Couverture	Impact
Éthiopie	Le Dispositif de sécurité productif (PSNP) ⁸⁶ a été conçu en complément du Programme global de sécurité alimentaire (FSP) du gouvernement.	En 2009, ce programme couvrait 7,56 millions de personnes souffrant d'insécurité alimentaire chronique dans 8 régions et 290 districts. Il concernait donc le dixième de la population du pays. Son objectif était de fournir des transferts d'espèces ou de nourriture prévisibles pendant six mois de l'année. Chaque ménage touchait un maximum annuel de 137 dollars USD en transferts d'espèces, aux prix de 2009.	Le programme a déclenché une extension rapide des actifs communautaires, tels que les routes, les barrages, les digues anti-érosion et les écoles. Environ 55 % des bénéficiaires confirment que le programme a relevé leurs revenus réels, et 50 % déclarent qu'il les a empêchés de vendre leurs actifs en période de choc et de retirer leurs enfants de l'école, ce qui diminué la proportion des enfants déscolarisés. Le programme a occasionné une baisse de 30 % du niveau de pauvreté entre 1998 et 2008. La sécurité alimentaire en a également été accrue de 11 % et la propriété d'animaux d'élevage de 7 % (Union européenne, 2010). Le PSNP a fourni de la nourriture à 7,8 millions de personnes victimes de pénuries alimentaires chroniques ; 15 % des bénéficiaires ont consacré une partie de leurs transferts d'espèces inconditionnels à l'éducation de leurs enfants (DFID, 2011).
Afrique du Sud	Pensions alimentaires au titre des enfants (Child Support Grant - CSG).	En octobre 2010, ce système couvrait tous les enfants pauvres jusqu'à l'âge de 18 ans, soit 8 765 354 individus. Chacun de ces bénéficiaires touchait un montant mensuel de 250 rands (environ 40 dollars USD). Cette prestation représentait 28,85 % du total des allocations sociales en 2008. Elle couvre aujourd'hui 20 % de la population totale et 70 % des enfants du pays.	Les pensions alimentaires au titre des enfants ont permis de diversifier l'apport alimentaire et d'améliorer l'état nutritionnel des bénéficiaires et de leurs familles, réduisant ainsi les cas d'arrêt de la croissance qui étaient courants au sein de la population noire durant l'apartheid (Delany et al., 2008). Le rapport taille-âge à trois ans en a été accru, ce qui devrait se traduire par une augmentation de 3,4 cm de la taille à l'âge adulte (Aguero et al., 2007). Cette prestation sociale a également eu des effets bénéfiques sur l'état nutritionnel ainsi que sur les taux de scolarisation, de fréquentation et d'achèvement au primaire, et sur l'alphabétisation fonctionnelle. Le DFID (2011) a noté une plus forte fréquentation scolaire parmi les enfants dont les familles reçoivent des transferts d'espèces inconditionnels.

86 Le PSNP fonctionne selon trois volets : travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre (pour la population active), transferts assortis de conditions (pour les pauvres incapables de fournir d'autres formes de travail productif, par exemple les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les veuves et les écoliers), et transferts inconditionnels (surtout pour des personnes sans biens, c'est-à-dire, totalement dénuées).

Pays	Type et objet du programme	Couverture	Impact
Afrique du Sud	Pension de vieillesse (State Old Age Pension - SOAP).	Cette allocation couvre les Sud-Africains âgés de 60 ans ou plus et leur offrent des versements mensuels de 1 080 rands (166 dollars USD). En 2009, elle concernait 2,4 millions de prestataires représentant 5,3 % de la population et 80 % des personnes âgées.	La pension de vieillesse SOAP a réduit l'incidence de la pauvreté de 2,5 % et l'écart de pauvreté de 5,1 %. L'ensemble des sept instruments sociaux considérés conjointement ⁸⁷ a diminué l'écart de pauvreté de 4,3 % et l'écart de dénuement de 43 % (DSD, 2004 et 2006). Ce système étendu de protection sociale a réduit les inégalités de trois pour cent (Samson, 2007).
Rwanda	Programme Vision 2020 Umu-renge.	Ce programme à trois volets propose des embauches dans le secteur des travaux publics, des transferts d'espèces et des services financiers (crédit et épargne) à environ 36 000 ménages. En janvier 2009, la composante de transferts d'espèces concernait 6 800 ménages dans 30 districts pilotes.	Tout en permettant de relever le système de suivi et d'évaluation, ce programme a contribué à une réduction de 40,6 % à 9,0 % de l'incidence de la pauvreté extrême (Union européenne, 2010).
Ghana	Assurance médicale nationale (National Health Insurance Scheme). Programme LEAP (Livelyhood Empowerment Against Poverty) .	Ce système couvre 67 % de la population (employés des secteurs formel et informel). Transferts mensuels allant de 8 shillings (6,9 dollars USD) pour une personne à charge, à un maximum de 15 shillings (12,9 dollars USD) pour quatre personnes à charge. Ciblent le sixième de la population extrêmement pauvre, sur une période de cinq ans, ce programme prévoit des transferts d'espèces aux ménages prenant en charge des orphelins et des enfants vulnérables, des personnes âgées très vulnérables et des personnes handicapées. En mai 2009, 26 200 ménages en bénéficiaient.	L'assurance a réduit de 50 % les frais de santé déboursés par les familles. L'accès aux services de santé en a été amélioré, au profit de la santé maternelle et infantile. Ce programme a contribué au succès du Ghana dans la réalisation de l'ODM relative à la réduction de la pauvreté avant 2015.

87 Le système rassemble sept types de prestations : pension de retraite (OAP), allocation pour enfant (CSG), allocation invalidité (DG), pension d'anciens combattants, allocation placement familial, allocation personnes à charge et aide non remboursable (« Grant in Aid »).

Pays	Type et objet du programme	Couverture	Impact
Algérie	Filet de sécurité sociale. Ce programme comprend l'Allocation forfaitaire de solidarité (AFS) et les Activités d'intérêt général (AIG).	L'Algérie applique un système de protection sociale multidimensionnel. L'AFS apporte une aide aux chefs de famille ou aux individus vivant seuls sans revenu, handicapés ou invalides, âgés de plus de 60 ans, ainsi qu'aux femmes chefs de famille sans revenu, quel que soit leur âge. Depuis février 2009, les bénéficiaires touchent 3 000 dinars par mois, assortis d'un complément de 120 dinars par personne à charge, à concurrence maximale de 3 personnes. Activités d'intérêt général (AIG) : travaux d'intérêt général touchant à l'entretien et à la rénovation de logements en milieu urbain et rural, à des activités éducatives et culturelles, à l'amélioration de la propreté de l'environnement, aux aménagements sociaux et à la préparation à une activité professionnelle indépendante.	Même si l'impact de ce programme n'a pas été étudié dans l'étude de cas CEA, tout indique que de nombreuses personnes en ont bénéficié. Ainsi, le nombre des prestataires de l'AFS était d'environ 622 000 personnes en 2009. Ce chiffre comprenait 288 000 personnes handicapées et 272 000 personnes âgées. Plus de 300 000 personnes à charge ont bénéficié des prestations de l'AFS. Les activités d'intérêt général ont profité à plus de 270 000 personnes (Boulahbel, étude de cas 2010 sur l'Algérie). L'impact de la protection sociale sur la réduction du chômage est jugé significatif : le chômage est tombé de 30 % en 2000 à 15,3 % en 2005 puis à 10,2 % en 2009 (Kpodar, 2007 ; <i>Rapport national 2010 sur les OMD</i>).
Kenya	Programmes de repas scolaires préparés localement.	Il s'agit d'un programme de transferts d'espèces assortis de conditions, versés à des établissements scolaires pour l'achat de nourriture couvrant 500 000 élèves dans 29 districts arides et semi-arides et 2 quartiers de taudis à Nairobi.	Ce programme a stimulé la production alimentaire locale, accru l'apport alimentaire journalier des enfants ainsi que leurs facultés d'apprentissage et la fréquentation scolaire.
Lesotho	Pension de vieillesse.	Programme visant tous les citoyens inscrits de 70 ans et plus. Son coût est estimé à moins de 2 % du PIB.	Le programme a accru la sécurité alimentaire et sanitaire des ménages ainsi que la participation des personnes âgées à des activités au sein des ménages et des communautés (Union européenne, 2010). 50 % des bénéficiaires ont augmenté leur budget alloué aux dépenses de santé depuis 2005 (Samson, 2007). 48 % des bénéficiaires de la pension de vieillesse, contre 19% précédemment, confirment qu'ils n'ont plus jamais eu faim depuis l'introduction de cette allocation. Les bénéficiaires rapportent également qu'ils achètent des uniformes, des livres et autres matériels pour leurs petits-enfants (DFID, 2011).

Sources : données compilées à partir des études de cas CEA 2010 concernant 9 pays ; Samson (2007) ; Holmes and Barrientos (2009) ; (Union européenne, 2010) ; Baird et al. (2010) ; (Boulahbel 2010), Chirwa (2010) ; Levine et al. (2011) ; et DFID (2011).

OPPORTUNITÉS ET DÉFIS

Enseignements à retenir pour l'élaboration de politiques

Les études de pays citées précédemment font état d'un certain nombre d'aspects importants qu'il convient de prendre en compte dans l'élaboration de toute politique d'intervention en matière de protection sociale en Afrique. De nombreux pays africains ont montré qu'il était possible de mettre en place un système de protection sociale avec l'appui d'une solide volonté politique au niveau national et d'un soutien sérieux de la part des partenaires du développement. Cependant, des améliorations s'imposent dans un certain nombre de domaines.

Viabilité budgétaire des mécanismes de protection sociale : il est important de prévoir les dispositions nécessaires pour garantir la viabilité à terme de la protection sociale en Afrique. Bien que la situation soit viable dans plusieurs pays (notamment en Afrique du Sud et en Namibie), cela n'est pas le cas pour nombre d'autres pays, dont le Malawi, surtout en matière de subventions agricoles. La planification de la viabilité budgétaire implique que l'on élabore une stratégie efficace de mobilisation des ressources nationales, que l'on réaffecte les budgets de manière judicieuse, et que l'on fasse un usage avisé des appuis budgétaires extérieurs. La protection sociale assortie de conditions, et basée sur la production, pourrait également conduire à la soutenabilité budgétaire. Lorsque des instruments spécifiques de protection sociale (notamment les transferts d'espèces) sont appliqués en dehors de toute intervention complémentaire susceptible d'appuyer les moyens de subsistance (telle que la formation à de nouveaux métiers), il devient très difficile de s'extirper de

la pauvreté et la viabilité du système s'en trouve compromise.

La protection sociale financée par les bailleurs de fonds comporte de sérieuses limitations en termes de ressources, qui risquent d'affecter la prévisibilité et la viabilité des programmes de ce type. C'est pour cette raison qu'il convient d'institutionnaliser la protection sociale afin d'augmenter ses chances de bénéficier de dotations budgétaires prévisibles et adéquates. Une récente étude de l'OIT (2008)⁸⁸ fournit des orientations sur la mise en œuvre de programmes de sécurité sociale générale. Un ensemble d'instruments de protection sociale considéré comme étant potentiellement viable inclut les mesures suivantes : allocations de soins de santé pour enfants (15 % du PIB par habitant à hauteur de 0,5 dollar USD par jour, en parité de pouvoir d'achat (PPA)) ; allocations de revenu ciblées pour les pauvres et les chômeurs et allocations aux personnes âgées et aux handicapés (30 % du PIB par habitant à hauteur de 1,0 dollar USD par jour (en PPA) versé à 1 % de la population active et à toutes les personnes de 65 ans et plus). Cependant, le rapport impôt/PIB relativement faible (10 à 18 %) dans plusieurs pays d'Afrique laisse prévoir que des mesures de mobilisation des ressources intérieures plus vigoureuses seront nécessaires pour assurer la faisabilité de tels projets dans la durée. Parallèlement, l'aide au développement sera requise à court terme pour compléter les ressources nationales.

88 Cette étude a porté sur 12 pays à faible revenu (dont le Burkina Faso, le Cameroun, l'Éthiopie, la Guinée, le Kenya, le Sénégal et la Tunisie) pour établir le coût des systèmes de sécurité sociale générale comprenant les soins de santé primaires pour tous, une pension vieillesse et invalidité de base, des allocations pour les deux premiers enfants et une garantie de travail de 100 jours pour le décile le plus pauvre de la population occupée.

Les stratégies de protection sociale comme programmes à effet de renforcement mutuel : les programmes de protection sociale ne doivent pas être perçus comme des instruments isolés, mais plutôt comme des ensembles intégrés. Par exemple, un programme de « sécurité sociale » fournit une assistance sociale et des services de base à des groupes vulnérables, tandis qu'un programme de « sécurité alimentaire » vise à assurer des moyens de subsistance durables aux travailleurs pauvres : ces deux programmes se renforcent mutuellement. En réalité, il est nécessaire de prévoir une protection à la fois contre les « risques associés au cycle de vie » (portant, par exemple, sur la petite enfance et la vieillesse) et les « risques associés aux moyens de subsistance » (concernant, par exemple, la perte d'emploi ou la destruction des récoltes). Lorsque les mécanismes de protection sont gérés d'une manière globale et holistique, ils tendent à bénéficier de manière optimale à la réalisation des OMD.

Problèmes de coordination : dans presque tous les pays examinés, les études de cas font état d'une absence de coordination efficace aux niveaux vertical et horizontal, notamment en ce qui concerne la coordination et la collaboration intergouvernementale et interinstitutions. Les efforts déployés en double par les institutions disposant de mandats similaires au sein du gouvernement ou entre différentes hiérarchies d'un gouvernement augmentent les coûts de transaction, réduisent le rendement et compromettent les résultats. Il y a lieu de réunir un consensus social et politique en vue d'appuyer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme. Les études de cas ont montré que, si la protection sociale dans ces pays a certes eu des effets positifs sur le front des OMD, ce résultat a été en grande partie accidentel,

et non le fruit d'une politique délibérée. Dans plusieurs pays, les interventions effectuées au titre de la protection sociale sont généralement individuelles, ciblant un groupe vulnérable donné et ne contribuent pas à la constitution d'un instrument de développement social ; elles n'ont donc pas de rapport explicite avec les OMD. Il est donc vital de rapprocher de telles initiatives des résultats escomptés au niveau des OMD afin de garantir la cohérence de la planification nationale et de l'exécution des budgets, et promouvoir la coordination et les synergies entre les ministères concernés. Il convient de reconnaître le potentiel de transformation des instruments de protection sociale et de relier ce potentiel au processus global de la planification axée sur les OMD.

Tirer les leçons des autres mécanismes de protection sociale : la coopération Sud-Sud pourrait jouer un rôle important dans le recours à la protection sociale en vue d'accélérer la réalisation des OMD, mais il ne faut pas oublier les différences de contexte entre pays. La possibilité de transférer les leçons apprises des différentes expériences dépend du contexte local et de la capacité des parties prenantes à gérer les défis de la mise en œuvre.

Suivi et évaluation : des systèmes adéquats de suivi et d'évaluation doivent être élaborés pour juger du degré de réussite des interventions, évaluer les impacts, analyser les coûts et les avantages, et renseigner de futures interventions. Afin de mieux apprécier les impacts des politiques adoptées, le suivi doit être institutionnalisé et distinct de la mise en œuvre. Une plus grande précision de ciblage est nécessaire pour s'assurer que seules les personnes qui ont besoin des prestations de protection sociale les reçoivent. Cela aidera également à minimiser l'exclusion involontaire de bénéficiaires méritants.

Élaboration et maintien d'un mécanisme de mise en œuvre : Pour parvenir au succès, il importe de disposer d'un processus de mise en œuvre progressif, assorti d'un dispositif de retour d'informations. Le système de protection sociale doit être testé au moyen d'essais pilotes, puis mis à l'échelle une fois que ses caractéristiques conceptuelles auront été entièrement testées. D'autres éléments de stratégies de mise en œuvre efficaces portent sur l'enregistrement des bénéficiaires potentiels, la détermination des critères d'admissibilité, et la mise en place de mécanismes de paiement reposant sur des processus transparents et redevables. Un des impératifs de la mise en œuvre est de disposer des ressources humaines nécessaires pour gérer le processus. L'efficacité du fonctionnement d'un tel système repose sur la définition de directives nationales spécifiques, centrées sur les modalités de coordination des interventions, de ciblage des bénéficiaires, et de garantie de continuité afin d'éviter les gaspillages. Cela implique également la définition et l'application d'un ensemble clair de critères de sélection des bénéficiaires.

Légitimation : pour assurer la continuité de ses programmes, la protection sociale doit être légalement considérée comme un droit fondamental du citoyen. Cette légitimité garantira également l'établissement de cadres institutionnels, de lignes directrices nationales et de dispositions budgétaires.

Renforcement des capacités pour la conception et le déploiement d'un système de protection sociale : les capacités institutionnelles et administratives appropriées doivent être réunies pour concevoir, mettre en œuvre et élargir les programmes de protection sociale. Il appartient aux gouvernements d'investir dans les capacités des organismes chargés d'appliquer de tels programmes. Cela nécessite un développement des capacités humaines et institutionnelles, la fourniture de services complémentaires, et le suivi et l'évaluation. Il importe également de veiller à mettre en place un système de gestion des connaissances solide, fiable, accessible et fondé sur les faits.

SECTION IV :

Conclusions et perspectives d'avenir des OMD au-delà de 2015

Le continent africain continue d'avancer, lentement mais sûrement, vers la réalisation des OMD, en dépit des conséquences négatives de la crise financière mondiale, la flambée des prix des denrées alimentaires et la forte hausse du pétrole. En ce qui concerne les taux de scolarisation, l'égalité des genres dans les inscriptions au cycle d'enseignement primaire, la participation des femmes aux prises de décision, la vaccination des enfants et l'arrêt de la propagation du VIH/sida et de la tuberculose, les performances de l'Afrique ont été particulièrement fortes.

Des pays à peine sortis d'un conflit ont également accompli de grands progrès dans la réduction du taux de mortalité des moins de 5 ans, malgré des conditions économiques et sociales difficiles. Une telle évolution suggère, surtout lorsqu'elle se produit dans des États fragilisés, en situation de post-conflit, qu'en appliquant la volonté politique nécessaire, en affectant les ressources suffisantes et en renforçant les structures de gouvernance, il est possible de réaliser les OMD, même dans des circonstances extrêmement compliquées.

Cependant, les tendances relatives à d'autres indicateurs sont préoccupantes. Le rythme des progrès visant respectivement à réduire de moitié la pauvreté, à créer des emplois productifs et à

diminuer la faim et la malnutrition a été fort lent. Les tendances favorables qui se dessinaient en faveur de la réduction de la pauvreté ont subi un brusque coup d'arrêt en raison des récents chocs mondiaux, et le nombre absolu des travailleurs pauvres est à la hausse. En effet, plus d'un travailleur sur deux vit dans la pauvreté (parce qu'il gagne moins de 1,25 dollar USD par jour) et ce chiffre devrait continuer d'augmenter. Le chômage élevé des jeunes, surtout parmi les jeunes femmes d'Afrique du Nord, constitue un autre domaine de préoccupation, compte tenu de son potentiel de déclenchement de conflits et de troubles sociaux.

Les efforts entrepris pour réduire l'incidence de la faim ont donné des résultats positifs mais, là aussi, les progrès ont été modestes. La région n'a pu réduire son incidence de la faim qu'à un rythme annuel d'environ 0,7 pour cent au cours des vingt dernières années. La hausse des prix de l'énergie et des denrées alimentaires continuera vraisemblablement à saper la performance relative à cet indicateur, avec des conséquences inévitables sur l'incidence des cas d'insuffisance pondérale et de malnutrition chez les enfants. Hélas, la progression de l'Afrique vers la diminution de la proportion de ses habitants malnutris a été stoppée net par la hausse des prix alimentaires entre 2006 et 2008.

L'amélioration des taux nets de scolarisation n'a pas été suivie d'une augmentation correspondante des taux d'achèvement dans le cycle primaire ni d'une incidence conséquente sur les taux d'alphabétisation. Et s'il est vrai que l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes a, dans l'ensemble, marqué des progrès certains, le continent est en regard pour ce qui est de la réalisation de la parité des genres dans les cycles d'enseignement secondaire et supérieur. Par ailleurs, la tendance actuelle joue en défaveur des garçons dans plusieurs pays. Il s'agira donc de remédier à ce problème pour rétablir la parité des genres dans les établissements scolaires.

Les avancées relatives aux indicateurs de santé, tels que les taux de mortalité des moins de 5 ans, les taux de mortalité infantile et les taux d'immunisation ont été encourageantes, bien qu'insuffisantes pour atteindre les objectifs escomptés d'ici à 2015. Par exemple, le continent a réduit d'un tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2009, mais cette performance est insuffisante pour atteindre l'objectif y afférent d'ici 2015. L'accès à la santé reproductive en Afrique est limité mais n'en progresse pas moins régulièrement. Cependant, seul le cinquième des femmes mariées, âgées de 15 à 49 ans utilise une méthode de planification familiale. Cette tendance explique peut-être pourquoi la région enregistre le taux de natalité chez les adolescentes le plus élevé au monde (défini par le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans). Cependant, l'Afrique a réalisé des avancées remarquables en matière de soins prénatals. Ainsi, en Afrique du Nord, la proportion de femmes consultant un professionnel de la santé au moins une fois pendant la grossesse est-elle passée de 46 pour cent dans les années 1990-1999 à 80 pour cent pendant la période 2000-2009.

En ce qui concerne le taux de mortalité maternelle, l'Afrique a encore beaucoup à faire pour rattraper son retard. Malgré les progrès accomplis au niveau de cet indicateur dans toutes les régions du continent, le taux demeure excessivement élevé, dépassant 1 000 morts pour 100 000 naissances dans plusieurs pays. Les causes de ce pourcentage élevé sont imputables aux retards qui interviennent aux différentes phases du processus : retard dans la décision de solliciter des soins, retard dans l'accès aux soins et retard dans l'obtention des soins. D'autres facteurs contributifs incluent le grand nombre d'accouchements de jeunes adolescentes et le niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Dans ce contexte, il est vital de disposer d'une assistance obstétrique de qualité afin de réduire le nombre de morts maternelles. Cependant, l'accès à un personnel de santé compétent pendant la grossesse est particulièrement limité en Afrique (hors Afrique du Nord) où plus de la moitié des femmes enceintes accouchent sans assistance médicale.

Les efforts déployés pour enrayer la propagation du VIH/sida semblent donner des résultats positifs. Des progrès considérables ont été obtenus sur le plan de la prévention de nouvelles infections et de la distribution de traitements antiviraux aux séropositifs. Dans l'ensemble de la région, les épidémies les plus graves du fait du nombre important de nouvelles contaminations se sont stabilisées ou sont en régression. Mais la situation peut varier considérablement d'un pays à l'autre, et certains pays ont essuyé des revers, tant au niveau de la prévention qu'au niveau du traitement. De plus, le nombre absolu d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/sida a augmenté. La baisse de l'incidence de la séropositivité et du sida

est due en grande partie à des améliorations des comportements sexuels dans de nombreux pays d'Afrique (usage accru du préservatif et diminution du nombre d'adultes ayant des partenaires multiples). Compte tenu de l'interdépendance entre le VIH, le sida et la tuberculose, les réductions du taux de prévalence du VIH/sida ont été associées à des déclinés correspondants dans le taux de prévalence de la tuberculose, tels qu'enregistrés en 2004. Le taux de mortalité due au paludisme a également baissé, à la faveur d'un accès accru à des moustiquaires imprégnées d'insecticide et à la thérapie combinée à base d'artémisinine. La lutte contre le paludisme sur le continent a grandement bénéficié d'une ferme volonté politique en haut lieu, appuyée par un soutien financier externe résolu.

La performance de l'Afrique au niveau des indicateurs liés à l'environnement est mixte. D'un côté, la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO) a diminué et l'accès à des sources d'eau améliorées a augmenté. D'un autre côté, bien que la contribution de l'Afrique aux émissions à gaz à effet de serre ne soit que marginale, ses émissions vont en augmentant et la plupart des pays d'Afrique sont en retard sur la réalisation de l'objectif de biodiversité en raison de progrès limités dans l'établissement d'aires protégées.

Malgré les améliorations substantielles obtenues dans l'accès à l'eau potable salubre, les progrès dans ce domaine sont insuffisants pour permettre au continent d'atteindre la cible d'ici à 2015. Les zones rurales ont connu à cet égard une progression plus rapide que les zones urbaines. Dans les villes, l'accès à des sources d'eau salubre est resté pratiquement inchangé pendant la même période.

Cela est en partie imputable à la croissance de l'exode rural vers les villes et aux conditions de vie insalubres régnant dans les implantations informelles qui ont essaimé aux abords des villes pour accueillir l'afflux massif de nouveaux arrivants.

L'assainissement reste problématique dans la plupart des pays, surtout en milieu rural, où le tiers seulement de la population dispose d'installations sanitaires améliorées. Le nombre des habitants de taudis en Afrique a baissé, mais seulement de manière marginale, si bien qu'environ deux citadins sur trois vivent dans des taudis. Pour l'Afrique, le grand défi à relever pour réaliser l'OMD 7, et d'autres OMD, est constitué par la menace grandissante que fait planer le changement climatique et ses impacts sur les écosystèmes, les sources d'eau, et la préservation de la biodiversité. L'élévation des températures et le changement des profils de pluviométrie en Afrique pourraient réduire la production agricole, et aggraver l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Ce scénario funeste risque d'avoir un impact dévastateur sur la sécurité alimentaire des ménages les plus vulnérables. Une assistance sera donc requise à court et long terme pour multiplier les investissements dans l'agriculture africaine, et financer des travaux de recherche, des services de conseil et des infrastructures d'accès aux marchés.

L'aide publique au développement (APD) accordée à l'Afrique a augmenté ces dernières années, mais elle reste très inférieure à l'engagement pris par les partenaires du développement au sommet du G8 de Gleneagles de 2005, prévoyant un doublement du volume de l'aide. L'APD bilatérale versée à l'Afrique a augmenté modestement en 2010 grâce à l'augmentation des subventions et des prêts, et aux remises de dette. Néanmoins,

l'aide dans son ensemble reste inférieure aux objectifs de Monterrey et aux engagements de Gleneagles. Cela dit, les remises de dette ont soulagé les pays africains de leur lourd fardeau d'endettement, bien qu'un certain nombre de pays ayant franchi leur point d'achèvement au titre de l'Initiative PPTE restent exposés à un risque majeur de rechute, en termes d'endettement. Les services sociaux, notamment en matière de santé reproductive, absorbent une part importante de l'APD même si la part relative du secteur productif (essentiellement l'agriculture, la pêche et la foresterie) a augmenté ces dernières années. Cette évolution reflète un décalage progressif vers une distribution sectorielle de l'aide. Il sera également important de trouver un juste équilibre entre les flux d'APD affectés en appui à la sécurité alimentaire et les fonds consacrés au développement agricole visant à appuyer les gains déjà acquis en vue d'extirper les populations de la pauvreté.

Dans l'ensemble, le rythme des progrès de l'Afrique a été lent et généralement insuffisant pour tenir l'échéance de 2015. Les performances ont également été mixtes, et caractérisées par de fortes variations dans l'accès aux services sociaux de base entre les pays et les régions, et au sein même des pays. Les variations de performance constatées à l'intérieur des pays relèvent de clivages rural-urbain et de disparités entre groupes sociaux appartenant à des tranches de revenu différents. Lorsque les disparités dans l'accès aux services sociaux imputables à la localisation géographique coïncident avec des frontières ethniques, les inégalités horizontales (c'est-à-dire entre différents groupes ethniques) sont exacerbées. Cela pourrait intensifier les tensions et devenir une source de troubles sociaux.

POUR ALLER DE L'AVANT : CONSIDÉRATIONS EN VUE D'ACCÉLÉRER LES PROGRÈS DANS LA RÉALISATION DES OMD D'ICI À 2015 ET AU-DELÀ

Accélération des progrès face à l'échéance de 2015

Alors que l'échéance de 2015 s'approche à grands pas, nous devons redoubler d'effort pour accélérer les avancées sur le front de la réalisation des OMD en procédant d'une manière plus systématique et pragmatique. Pour ce faire, nous pouvons tirer les leçons de nos expériences passées, repérer les goulets d'étranglement qui entravent les progrès, identifier des solutions communes et établir les priorités. Les stratégies de développement national doivent déterminer les plans d'actions prioritaires et élaborer des interventions éprouvées, susceptibles d'exercer des effets multiplicateurs sur l'ensemble des OMD. En particulier, l'accent devra être placé sur le développement de l'accès à l'énergie, l'investissement dans le capital humain représenté par les femmes et les filles, et le renforcement des capacités de gouvernance locale et de gestion économique.

Des expériences fructueuses et des leçons utiles peuvent être tirées de nombreux pays d'Afrique afin de les mettre au service de cette accélération. Cependant, la plupart des interventions qui ont réussi n'en étaient qu'au stade pilote, et nécessitent une montée en échelle pour induire un impact optimal. En fonction du pays concerné, ces interventions devront être identifiées en vue d'être priorisées et financées au niveau national. C'est ainsi que les succès de la protection sociale pourront être renforcés, dotés en ressources et accélérés. Les programmes de protection sociale existants devraient être légitimés, bénéficier de

meilleurs mécanismes de mise en œuvre et d'une coordination plus appuyée, et faire l'objet d'études préalables de viabilité.

Il sera important de remédier à la fragmentation actuelle des efforts et des ressources au niveau des agences gouvernementales, des partenaires du développement et d'autres parties prenantes pour faciliter l'adoption de mesures concrètes et ciblées. Les interventions portant sur la réalisation d'OMD présentant des défis majeurs devraient être amenées à exercer un effet multiplicateur afin de servir à renforcer les progrès vers les autres objectifs. Les OMD plus difficiles à réaliser devraient faire l'objet d'un partenariat et d'une collaboration plus fermes afin d'aboutir à de meilleurs résultats.

L'agenda des OMD à prévoir pour l'après-2015

Alors que l'année 2015 se rapproche inexorablement, la question que se posent de nombreux praticiens du développement est la suivante : Et après ? Quel devra être l'agenda du développement post-2015 ? S'agira-t-il de remplacer le programme d'action actuel des OMD entièrement, de le poursuivre sous une forme modifiée, ou simplement de le reconduire sous sa configuration actuelle ? Autant de questions difficiles qui restent, dans l'immédiat, sans réponse. Ce qui est clair, toutefois, c'est que les performances des pays, des régions, voire des entités nationales, ont considérablement varié selon les cas. Certains ont réalisé des progrès remarquables, d'autres ont marqué le pas ou régressé. Si bien que pour les pays qui ont atteint les cibles, certains OMD pourraient ne plus être pertinents sous leur forme actuelle. Il pourrait être

utile et pertinent, pour ces pays-là, de disposer d'un agenda qui prioriserait la consolidation et la viabilité des acquis en matière d'OMD.

En ce qui concerne les sous-régions africaines où les progrès au niveau des OMD auraient été mixtes, les priorités sont doubles : réaliser les cibles non encore atteintes tout en consolidant les progrès acquis relatifs aux cibles déjà atteintes. Pour les sous-régions et pays de cette catégorie, l'agenda post-OMD devrait mettre l'accent sur le renforcement des modalités de mise en œuvre et sur la consolidation des partenariats afin que tous les OMD soient véritablement réalisés. Parallèlement, pour appuyer les progrès afférents aux objectifs désormais atteints et prévenir les éventuels dérapages, il convient d'envisager des mesures visant à améliorer la qualité de l'éducation, minimiser les inégalités d'accès aux services sociaux et renforcer les capacités de réduction des risques de catastrophe naturelle.

Alors que nous approchons de la date cible de 2015, l'agenda post-2015 devra reconnaître, au lendemain de cette échéance, que la réalisation des objectifs ne doit pas constituer un événement ponctuel, mais plutôt un processus dynamique pouvant subir des secousses et des revirements sous l'effet de facteurs exogènes et endogènes. Et s'il est certain que la réalisation des OMD constitue une première étape critique, la consolidation et la pérennisation de ces acquis durement gagnés pourrait s'avérer un défi encore plus difficile à relever.

Bibliographie

et ressources en ligne

Aguero, J. M., M. R. Carter et I. Woodland. 2007. « The Impact of Unconditional Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grant ». Document de travail n° 39. Centre international pour l'action en faveur des pauvres du PNUD.

Aigbokhan, B. E. 2010. « Exploring the Scope of Social Protection as an Instrument for Achieving the MDGs in Nigeria ». Étude de cas commanditée par la CEA (Commission économique pour l'Afrique), septembre 2010.

Ajakaiye, D. O. et A. F. Odusola. 2002. « Poverty in a Globalizing Nigerian Economy: The Role of Rural Institutions » in Mashiko Nissanke (ed.), *Globalization and Poverty: The Role of Rural Institutions*. Tokyo : FASID (Fondation pour les études supérieures en développement international).

Baird, S., C. McIntosh et B. Ozker. 2010. « Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment? ». Document de travail de recherche sur les politiques n° 5259. Washington, DC : Banque mondiale.

Baliamoune-Lutz, M. 2010. « Social Protection and Africa's Progress towards Achieving the MDGs », août 2010. Disponible en ligne sur : <http://erd.eui.eu/media/2010/Baliamoune.pdf>.

Banque mondiale. 2003a. *Social Risk Management: The World Bank's Approach to Social Protection*. Washington, DC : Banque mondiale.

Banque mondiale. 2003b. *Kyrgyz Republic Poverty Assessment*. Chapitre 8. Washington, DC : Banque mondiale.

Banque mondiale. 2010. *The World Bank's Reproductive Health Action Plan 2010-2015*, Washington, DC : Banque mondiale.

Banque mondiale et FMI (Fonds monétaire international). 2010. *Rapport de suivi mondial 2010 : Les OMM après la crise*. Rapport de synthèse établi à l'occasion de la réunion du Comité du développement, DC2010-0008, 21 avril, 2010. Washington, DC : Banque mondiale/FMI.

Banque mondiale et FMI (Fonds monétaire international). 2011. *Global Monitoring Report 2011. Improving the Odds of Achieving the MDGs (2011): Heterogeneity, Gaps and Challenges*. Washington, DC : Banque mondiale/FMI.

Barrientos, A. et A. Shepherd. 2003. « Chronic Poverty and Social Protection ». Article présenté à la Conférence sur la pauvreté chronique organisée par le CPRC (Centre de recherche sur la pauvreté chronique), Université de Manchester, Royaume-Uni, avril 2003.

Boden, T. A., G. Marland, et R. J. Andres. 2010. *Global, Regional, and National Fossil-Fuel CO₂ Emissions*. Centre d'analyse et d'information sur le dioxyde de carbone, Laboratoire National d'Oak

Ridge, Département de l'énergie des États-Unis, Oak Ridge, Tennessee.

Bonilla García, A. et J. V. Gruat. 2003. *Protection sociale : Investir à toutes les étapes du cycle de vie pour la justice sociale, la réduction de la pauvreté et le développement durable*. Genève, novembre 2003 : BIT (Bureau international du travail). Disponible en ligne sur : <http://www.onubenin.org/IMG/pdf/cycledevie.pdf>.

Boulahbel, B. 2010. « La portée des filets de sécurité sociale et des régimes de protection sociale pour faire avancer les progrès en vue de la réalisation des OMD en Afrique », Étude sur l'Algérie. Étude de cas commanditée par la CEA (Commission économique pour l'Afrique), novembre 2010.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2005. *Rapport économique sur l'Afrique 2005 - Relever le défi posé par le chômage et la pauvreté en Afrique*. Addis Abeba : CEA. Disponible en ligne sur : <http://www.uneca.org/fr/era2005>.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2007. *Rapport économique sur l'Afrique 2007 – Accélérer le développement de l'Afrique par la diversification*. Addis Abeba : CEA. Disponible en ligne sur : <http://www.uneca.org/fr/era2007>.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2009a. *The African Social Development Report 2009*. Addis Abeba : CEA.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2009b. « Access to Social Services in African LDCs ». Addis Abeba : CEA.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2010a. *Rapport économique sur l'Afrique 2010 – Promouvoir une croissance forte et durable pour réduire le chômage en Afrique*. Addis Abeba : CEA. Disponible en ligne sur : <http://www.uneca.org/fr/era2010>.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2010b. « Tracking Progress in the Implementation of Regional and International Agendas, Including NEPAD and Other Special Initiatives in the Sub-region: Ensuring environmental sustainability in West Africa ». Bureau Sous-Régional pour l'Afrique de l'Ouest (CEA/BSR-AO), CEA.

CEA (Commission économique pour l'Afrique) et CUA (Commission de l'union africaine). 2011. « Gérer le développement en Afrique : le rôle de l'État dans la transformation économique ». Document de synthèse. Addis Abeba : CEA. Disponible en ligne sur : <http://www.uneca.org/cfm/2011/documents/French/IssuesPaper-GoverningdevelopmentinAfricaFR.pdf>.

CEA (Commission économique pour l'Afrique) et OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2011. *Examen mutuel de l'efficacité du développement en Afrique : Rapport Intérimaire 2011*. Paris : OCDE. Disponible en ligne sur : <http://www.oecd.org/dataoecd/7/38/48089828.pdf>.

Chaudhuri, S. et U. Mukhopadhyay. 2010. *Revisiting the Informal Sector: A General Equilibrium Approach*. Londres/New York : Springer.

Chen, S. et M. Ravallion. 2008. « The Developing World is Poorer than We Thought, but No Less Successful in the Fight against Poverty ». Document

de travail de recherche sur les politiques n° 4703. Washington, DC : Banque mondiale.

Chirwa, E.W. 2010. « Exploring the Scope of Social Protection as an Instrument for Achieving the MDGs in Malawi ». Étude de cas commanditée par la CEA (Commission économique pour l'Afrique), octobre 2010.

Clemens, M. 2004. « The Long Walk to School: International Education Goals in Historical Perspective ». Document de travail n° 37. Washington, DC : Center for Global Development.

CNUCED (Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement). 2010. *Le développement économique en Afrique Rapport 2010 – La coopération Sud-Sud : l'Afrique et les nouvelles formes de partenariat pour le développement*. Genève : CNUCED.

Conning, J. et M. Kevane. 2001. « Community Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets ». Série de documents de discussion sur la protection sociale, n° 0102. Washington, DC : Banque mondiale.

Conway, T., A. de Haan et A. Norton (eds.). 2000. « Social Protection: New Directions of Donor Agencies ». Londres : DFID (Ministère du Développement international, Royaume-Uni).

Delany, A., Z. Ismail, L. Graham et Y. Ramkissoon. 2008. *Review of the Child Support Grant: Uses, Implementation and Obstacles*. Rapport commandité par le Département de développement social de la République sud-africaine, l'Agence de sécurité sociale sud-africaine et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Johannesburg : Community Agency

for Social Enquiry (Agence communautaire pour l'enquête sociale).

Desta, G. T. 2010. « Exploring the Scope of Social Protection as an Instrument for Achieving the MDGs in Ethiopia ». Étude de cas commanditée par la CEA (Commission économique pour l'Afrique), février 2010.

Dethier, J.-J., P. Pestieau et R. Ali (2010). « Universal Old Age Pensions: Impact on Poverty and Fiscal Cost in 18 Latin American Countries ». Document de travail de recherche sur les politiques n° 5292. Washington, DC : Banque mondiale.

Devereux, S. et S. Coll-Black. 2007. « Review of Evidence and Evidence Gaps on the Effectiveness and Impacts of DFID-supported Pilot Social Transfer Schemes ». Document d'évaluation (non publié). Londres : DFID (Ministère du Développement international, Royaume-Uni), 2011.

DFID (Ministère du Développement international, Royaume-Uni). 2011. « Cash Transfers Evidence Paper », avril. Division des politiques. Londres : Department for International Development (DFID). Disponible en ligne sur : http://www.dfid.gov.uk/r4d/PDF/Articles/Evidence_Paper-FINAL-CLEARAcknowledgement.pdf

Dorward, A., E. Chirwa et R. Slatter. 2010. « Evaluation of the 2008/09 Agricultural Input Subsidy Programme, Malawi. Report on Programme Implementation ». Article préparé à l'intention du gouvernement du Malawi et du DFID (Ministère du Développement international, Malawi).

DSD (Département de développement social de la République sud-africaine). 2004. *The Social and*

Economic Impact of South Africa's Social System. Pretoria : Department of Social Development (DSD).

DSD (Département de développement social de la République sud-africaine). 20046. *The Incentive Structure of Social Assistance Grants in South Africa*. Pretoria : Department of Social Development (DSD).

EPROM (Entrepreneuria Programming and Research on Mobiles). 2009 « Why Africa? ». Disponible en ligne sur : <http://media.mit.edu/ventures/EPROM/whyafrika.html> (page consultée le 3 juillet 2011).

FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2010. Food Prices in Africa: Quarterly Bulletin – December 2010, Regional Price Update and Responses, No.7. Disponible en ligne sur : <http://www.fao.org/docrep/013/am073e/am073e00.pdf>.

FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture) et PAM (Programme alimentaire mondial). 2010. *The State of Food Insecurity in the World 2010: Addressing Food Insecurity in Protracted Crises*. Rome : FAO. Disponible en ligne sur : http://typo3.fao.org/fileadmin/templates/publications/ppt/SOFI_Presentation2010_en.ppt.

FIDA (Fonds international de développement agricole). 2010. *Rapport sur la pauvreté rurale 2011. Nouvelles réalités, nouveaux défis : de nouvelles chances pour la prochaine génération*. Rome : FIDA. Disponible en ligne sur : <http://www.ifad.org/rpr2011/report/f/rpr2011.pdf>.

FMI (Fonds monétaire international). 2010. *Perspectives de l'économie mondiale Avril 2010 – Rééquilibrer la croissance*. Washington, DC : FMI.

Disponible en ligne sur : <http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/weo/2010/01/pdf/textf.pdf>.

Fiszbein, A. et N. Schady. 2009. *Transferts monétaires conditionnels – Réduire la pauvreté actuelle et future (Vue d'ensemble)*. Washington DC : Banque mondiale. Disponible en ligne sur : [http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/CCTS-Over-](http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/CCTS-Overview-)
[view-](http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/CCTS-Overview-).

Go, D. S., R. Harmsen et H. Timmer (2010). « Regaining momentum », *Finance and Development*, September 2010.

Gouvernement algérien. 2010. *2^{ème} Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le développement*. Disponible en ligne sur : http://www.dz.undp.org/publications/national/RNODM_2010/RNODM_2010_part_1.pdf (1^{ère} partie) et http://www.dz.undp.org/publications/national/RNODM_2010/RNODM_2010_part_2.pdf (2^{ème} partie).

Gouvernement d'Afrique du Sud. 2010. *The National MDG Report*, Pretoria.

Gouvernement d'Egypte. 2010. *The National MDG Report*, Le Caire.

Gouvernement d'Éthiopie. 2010. *The National MDG Report*, Addis Abeba.

Gouvernement du Lesotho. 2010. *The National MDG Report*, Maseru.

Gouvernement du Mozambique. 2010. *The National MDG Report*, Maputo.

Gouvernement du Nigeria. 2010. *The National MDG Report*, Abuja.

Gouvernement d'Ouganda. 2010. *The National MDG Report. Special theme: Accelerating progress toward improving maternal health*, Kampala.

Gouvernement de Sierra Leone. 2010. *The National MDG Report*, Freetown.

Gouvernement du Togo. 2010. *The National MDG Report*, Lomé.

Handa, S. et S. Stewart. 2008. « The Orphan Targeting Dilemma in Eastern and Southern Africa », in : D. Halilu and F.V. Soares (eds.), *Cash Transfers, Lessons from Africa and Latin America*, Poverty in Focus No. 3. Brésil : IPC (Centre international pour l'action en faveur des pauvres).

Holmes, R. et A. Barrientos. 2009. « Child Poverty: a Role for Cash Transfers? West and Central Africa ». UNICEF and ODI Briefing Paper Social Policy. Bureau régional de l'UNICEF, Afrique de l'Ouest.

IFPRI (Institut international de recherche sur les politiques alimentaires). 2010. *2010 Indice de la faim dans le monde – Relever le défi de la faim, Objectif : éradiquer la sous-alimentation infantile*. Washington, DC : IFPRI. Disponible en ligne sur : <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi10fr.pdf>.

IGME (Groupe interinstitutions pour l'estimation de la mortalité de l'enfant). 2010. *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2010*. New York : UNICEF.

ISU (Institut de statistique de l'UNESCO). *Parité entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire*.

Bulletin d'information de l'ISU, septembre 2010, n° 4. Disponible en ligne sur : <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001926/192600f.pdf>.

Jones, N., W. Ahadzie et D. Doh. 2009. *Social Protection to Tackle Child Poverty in Ghana*. New York : UNICEF et ODI.

Kaakunga, E. 2010. « Exploring the Scope of Social Protection as an Instrument for Achieving the MDGs in Namibia ». Étude de cas commanditée par la CEA (Commission économique pour l'Afrique), février 2010.

Kpodar, K. (2007). *Why Has Unemployment in Algeria Been Higher than in MENA and Transition Countries?* Washington, DC : FMI.

Levine, S., S. van der Berg et D. Yu. 2011. « The Impact of Cash Transfer on Household Welfare in Namibia », *Development South Africa*, Vol. 28, No.1, March.

Miller, C. M., M. Tsoka et K. Reichert. 2010. « Targeting Cash to Malawi's Ultra-Poor: A Mixed Methods Evaluation », *Development Policy Review*, Vol. 28, No. 4, pp.481–502.

Obadan, M. I., A. F. Odusola et W. O. Akerele (1999). « Strategies for Revitalizing the Nigerian Economy: The Role of the Informal Sector », in: *The Role of Human Capital Formation and the Public and Private Sectors in Revitalizing the Nigerian Economy*. Réunions des séminaires d'un jour organisés en 1995 et 1996. Ibadan : Nigerian Economic Society.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2010. *Perspectives on*

Global Development 2010: Shifting Wealth. Paris : OCDE.

OIT (Organisation internationale du travail). 2008. « Can Low-income Countries Afford Basic Social Security? » Social Security Policy Briefings, Paper No. 3. Genève : OIT. Disponible en ligne sur : www.ilo.org/public/english/protection/seccsoc/downloads/policy/policy3e.pdf.

OIT (Organisation internationale du travail). 2009. *Tendances mondiales de l'emploi*. Janvier 2009. Genève : OIT. Disponible en ligne sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_103280.pdf.

OIT (Organisation internationale du travail). 2010a. *Les tendances mondiales de l'emploi des jeunes – Une édition spéciale sur l'impact de la crise économique mondiale sur l'emploi des jeunes*. Août 2010. Genève : OIT.

OIT (Organisation internationale du travail). 2010b. *Compiling Country-level Working Poverty Indicators: Group Exercises*. Economic and Labour Market Analysis Department. Genève : OIT.

OIT (Organisation internationale du travail). 2010c. *Rapport mondial sur les salaires 2010/2011. Politiques salariales en temps de crise*. Genève : OIT. Disponible en ligne sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/--publ/documents/publication/wcms_146706.pdf.

OIT (Organisation internationale du travail). 2011. *Tendances mondiales de l'emploi 2011 – Le défi d'une reprise de l'emploi*. Genève : OIT. Disponible

en ligne sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_150441.pdf.

OIT (Organisation internationale du travail) et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2009. *The Social Protection Floor: A Joint Crisis Initiative of the UN in a Globalizing World*. Genève : OIT/OMS.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2009. *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Genève : OMS.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2010a. *Rapport 2010 sur la lutte contre le paludisme dans le monde*. Genève : OMS.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2010b. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*. Genève : OMS.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2011. « HIV Drug Resistant Factsheet ». Avril 2011. Genève : OMS.

OMS (Organisation mondiale de la santé)/UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)/FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) et Banque mondiale. 2010. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. Genève : OMS.

ONE. 2010. *The DATA Report 2010: Monitoring the G8 Promise to Africa*. Washington, DC : ONE.

ONU (Organisation des Nations Unies). 2010. *Rapport 2010 sur les OMD*. New York : ONU.

ONU-Habitat. 2010. *Etat des villes du monde 2010/2011 - Villes pour tous : réduire la fracture urbaine*. Nairobi : ONU-Habitat.

ONUSIDA (Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida). 2010. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève : ONUSIDA.

Ortiz, I., J. Chai et M. Cummins. 2011. « Escalating Food Prices: The Threat to Poor Households and Policies to Safeguard a Recovery for All ». UNICEF Social and Economic Policy Working Paper. New York : UNICEF.

Pinkovskiy, M. et X. Sala-i-Martin. 2010. « African Poverty is Falling Much Faster than You Think ». Document de travail n° 15775. Cambridge, MA : NBER.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2010a. *Rapport Mondial sur le développement humain 2010. La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain. Édition du 20^{ème} anniversaire*. New York : PNUD.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2010b. « The Role of Social Protection in Enhancing Food Security in Africa ». Document reproduit à la Ronéo du Bureau régional pour l'Afrique. New York : PNUD.

PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). 2011. « Action Plan to Speed Up Progress on the MDGs (2011–2015) ». Note de synthèse préparée à l'intention du Comité de pilotage des OMD sur le Plan d'action des OMD en Afrique. Document reproduit à la Ronéo du Bureau régional pour l'Afrique. New York : PNUD.

Samson, M. 2007. *Social and Economic Impact of Benefits of Children and Older People in Southern Africa*. Cape Town : EPRI Press.

Samson, M. et al. (2004). « The Social and Economic Impact of South Africa's Social Security System ». Economic Policy Research Institute (EPRI). Document de recherche n° 37. Cape Town : EPRI Press.

Samson, M., I. van Niekerk et K. Mac Quene (2006). *Designing and Implementing Social Transfer Programmes*. Cape Town : EPRI Press.

Subbarao, K. 1998. « Namibia's Social Safety Net: Issues and Options for Reforms ». Mimeo, Poverty Reduction and Economic Management Network. Document de travail n° 1996. Washington, DC : Banque mondiale.

Taylor, V. (2009) « Social Protection in Africa: An Overview of the Challenges ». Article préparé à l'intention de l'Union africaine.

UA (Union africaine). 2008. « Cadre de politique sociale pour l'Afrique » Première session de la Conférence de l'Union africaine des ministres en charge du développement social, octobre 2008, Windhoek.

UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2009. *Vaincre l'inégalité : l'importance de la gouvernance*. Rapport mondial de suivi sur l'EPT. New York : UNESCO. Disponible en ligne sur : <http://www.unesco.org/new/fr/education/themes/leading-the-international-agenda/efareport/reports/2009-governance>.

UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2010. *Atteindre les marginalisés*. Rapport mondial de suivi sur l'EPT. New York : UNESCO. Disponible en ligne sur : <http://www.unesco.org/new/fr/education/themes/leading-the-international-agenda/efareport/reports/2010-marginalization>.

UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2011. *La crise cachée : les conflits armés et l'éducation*. Rapport mondial de suivi sur l'EPT. New York : UNESCO. Disponible en ligne sur : <http://www.unesco.org/new/fr/education/themes/leading-the-international-agenda/efareport/reports/2011-conflict>.

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2010. *Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère : une priorité en matière de survie et de développement*. New York : UNICEF. Disponible en ligne sur : http://www.unicef.org/french/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_FR_011510.pdf.

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) et ODI. 2009a. *Promoting Synergies between Child Protection and Social Protection in West and Central Africa*. Bureau régional de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest et centrale.

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) et ODI. 2009b. *Social Protection to Tackle Child Poverty in Ghana*. Note de synthèse de l'UNICEF (Politique sociale), février 2009.

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) et ODI (2009c). *Maternal and Child Health : The Social Protection Dividend*. Regional Thematic

Report 4 Study for the West and Central Africa. Février 2009.

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) et UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2011. « Imperative for Quality Education for All in Africa: Ensuring Equity and Enhancing Teaching Quality ». Note de synthèse préparée à l'occasion de l'Examen ministériel annuel de l'ECOSOC (Conseil économique et social des Nations Unies), organisé à Lomé, au Togo, en avril 2011.

Union européenne. 2010. *Rapport européen sur le développement 2010 – La protection sociale pour un développement inclusif. Une nouvelle perspective dans la coopération de l'Union européenne avec l'Afrique*. Centre Robert Schuman pour les études avancées. San Domenico di Fiesole : Institut universitaire européen. Disponible en ligne sur : http://erd.eui.eu/media/2010/18825_ERD_Report_FR+Cover_LR.pdf.

Wodon, Q. (2007). « Growth and Poverty Reduction in West Africa: A Brief Overview » in: Q. Wodon (ed.), *Growth and Poverty Reduction: Case Studies from West Africa*. Washington, DC : Banque mondiale.

Yablonski, J. et M. O'Donnell. 2009. *Lasting Benefits: The Role of Cash Transfers in Tracking Child Mortality*. London : Save the Children Fund.

Annexe 1 :

Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Effectif à compter du 15 janvier 2008

Objectifs du Millénaire pour le développement

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) ⁸⁹ 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 5 ans 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 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

⁸⁹ Pour suivre l'évolution de la pauvreté dans les différents pays, il convient d'utiliser, lorsqu'ils existent, des indicateurs fondés sur les seuils de pauvreté nationaux.

Objectifs du Millénaire pour le développement

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 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
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

Objectifs du Millénaire pour le développement

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. C : D'ici 2015, avoir contenu 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 des 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 Emissions 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 7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées
Cible 7.B : Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte	7.6 Proportion 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

Objectifs du Millénaire pour le développement

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
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 ⁹⁰

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 <i>Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international</i> Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés <i>Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègements de la dette des pays pauvres très endettés (PPTÉ) 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</i>	<i>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.</i> 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 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 Droit de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement
---	--

90 La proportion effective d'habitants vivant dans des taudis s'obtient en calculant le nombre de citoyens soumis à l'une au moins des conditions suivantes : a) accès insuffisant à une source d'eau améliorée ; b) accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées ; c) surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce) ; d) habitations faites de matériaux non durables.

Objectifs du Millénaire pour le développement

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. 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	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 leur point de décision et nombre total de pays ayant atteint leur point d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) 8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
Cible 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 maintenue durablement
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 téléphoniques fixes pour 100 habitants 8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

Les objectifs du Millénaire pour le développement, et les cibles correspondantes, sont tirés de la Déclaration du Millénaire, signée en septembre 2000 par les dirigeants de 189 pays, dont 147 chefs d'État et de gouvernement (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>), et d'un autre accord auquel sont parvenus les États membres lors du Sommet mondial de 2005 (Résolution adoptée par l'Assemblée générale - A/RES/60/1, <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1>). Les objectifs et cibles sont interdépendants et doivent être considérés comme un tout. Ils représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés, tous résolus à « créer - au niveau tant national que mondial - un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté ».



Groupe de la Banque africaine
de développement



Commission économique
pour l'Afrique



Union africaine



Programme des Nations Unies
pour le développement