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

Rapport OMD 2010

Commission Économique pour l'Afrique
Union africaine
Groupe de la Banque africaine de développement
Programme des Nations Unies pour le développement

Table des matières

Liste des tableaux iv
Liste des figures v
Note au lecteur viii
Avant-propos xi
Remerciements xiv
Liste des abréviations, sigles et acronymes xviii

SECTION I : INTRODUCTION 1

SECTION II : SUIVI DES PROGRÈS 6
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim 6
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous 16
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes 24
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans 32
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle 38
Objectif 6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies 46
Objectif 7 : Assurer un environnement durable 57
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement 63

SECTION III : LE RÔLE DES INNOVATIONS INSTITUTIONNELLES AXÉES SUR LES OBJECTIFS DANS L'ACCÉLÉRATION DES PROGRÈS VERS LES OMD EN AFRIQUE 84
3.1 Innovations axées sur les objectifs 84
3.2 Innovations institutionnelles générales 88

SECTION IV : CONCLUSIONS ET PROGRAMME D'ACTION 96
Bibliographie et ressources en ligne 103
Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD 109
Annexe 2 : Optimisme des Africains envers l'avenir 115
Annexe 3 : Classement et résultats des pays africains (2007-2010) suivant l'Indice de paix mondiale (GPI) 116
Annexe 4 : Classement des pays africains suivant l'Indice de la faim dans le monde (GHI) 117
Annexe 5 : Composition des regroupements de pays par sous-région 119

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Changement du ratio emploi/population exprimé en pourcentage, dans les pays africains sélectionnés, 1991–2007 9
Tableau 2 : Scolarisation dans des écoles primaires privées (en % du taux de scolarisation total et des taux d'achèvement du primaire), 1999 et 2007 19
Tableau 3 : Taux de prévalence de la contraception en Afrique, diverses années (en %) 38
Tableau 4 : Taux de natalité chez les adolescentes en Afrique, diverses années (pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans) 40
Tableau 5 : Taux de couverture des soins anténataux en Afrique, diverses années (en %) 42
Tableau 6 : Taux des besoins non satisfaits en planification familiale en Afrique, diverses années (en %) 43
Tableau 7 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, dans les pays africains sélectionnés, 2000–2008 47
Tableau 8 : Aide publique au développement nette, 2008 et 2009 58
Tableau 9 : APD pour l'Afrique par secteur (% du total des engagements bilatéraux) 2004–2008 61
Tableau 10 : Droits de douane imposés par les pays développés aux exportations africaines en matière de produits agricoles, de textile et d'habillement, en 2000, 2007 et 2008 (en %) 64
Tableau 11 : Engagements de l'OCDE dans le cadre de l'Aide pour le commerce envers l'Afrique, par secteur, en prix constants (2008, en millions USD) 66
Tableau 12 : Classification des pays africains par statut PPTE (au 30 janvier 2010) 67

Liste des figures

Figure 1a : Taux de croissance du PIB par personne occupée, dans les pays africains sélectionnés, 1992-2008 (en %) . . . 7
Figure 1b : Changement du taux de croissance du PIB par personne occupée, dans les pays africains sélectionnés, 1992-2008 (en %) . . . 7
Figure 2a : Taux de croissance du PIB par personne occupée au fil du temps par sous-région africaine, 1992 -2008 (en %) . . . 8
Figure 2b : Changement du taux de croissance du PIB par personne occupée par sous-région africaine, 1992-2008 (en %) . . . 8
Figure 3 : Ratio emploi/population par sous-région africaine, 1991 et 2007 (en %) . . . 10
Figure 4 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale dans les pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (en %) . . . 12
Figure 5 : Proportion de la population souffrant de malnutrition d'après les groupements sous-régionaux du PAM/FAO (hormis l'Afrique du Nord), 1990-2006 (%) . . . 13
Figure 6 : Dépenses dans l'éducation primaire (exprimées en % des dépenses totales en matière d'éducation) . . . 15
Figure 7a : Progrès du ratio de scolarisation net dans le primaire dans les pays africains sélectionnés, 1991, 2005 et 2007 (en %) . . . 17
Figure 7b : Écart par rapport au taux de scolarisation net cible dans le primaire, dans les pays africains sélectionnés, 2007 (en %) . . . 17
Figure 8 : Taux d'achèvement du primaire dans les pays africains sélectionnés, données disponibles pour 1991, 2005 et 2007 (en %) . . . 18
Figure 9a : Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, dans les pays africains sélectionnés, 2007 (en %) . . . 20
Figure 9b : Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, dans les pays africains sélectionnés, données ventilées selon le genre, 2007 (en %) . . . 20
Figure 10 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement primaire dans les pays africains sélectionnés, 1991 et 2007 . . . 22
Figure 11 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement primaire par sous-région africaine, 1991–2007 . . . 23
Figure 12 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement secondaire dans les pays africains sélectionnés, 1991 et 2007 . . . 23

Figure 13 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement supérieur dans les pays africains sélectionnés, 1991 et 2007 24
Figure 14 : Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole dans les pays africains sélectionnés (en %) 25
Figure 15 : Pourcentage de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux, 1990 et 2009 26
Figure 16 : Pourcentage de femmes dans les parlements nationaux par sous-région africaine, 1990-2009 27
Figure 17 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, 1990, 2008 et 2015 (cible) . . 28
Figure 18 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique, 1990, 2007 et 2015 (estimation et cible) 29
Figure 19 : Causes de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique, 2008 30
Figure 20 : Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes par sous-région africaine, 1990–2007 31
Figure 21 : Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes par sous-région africaine, hormis les pays les plus peuplés, 1990–2007 31
Figure 22 : Progrès (% de changement) du taux de mortalité infantile, 1990–2008 32
Figure 23 : Proportion des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole en 2008 et % du changement entre 2000 et 2008 34
Figure 24 : Taux de mortalité maternelle (TMM) pour 100 000 naissances vivantes, par sous-région africaine, 1980-2008 36
Figure 25 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les pays africains sélectionnés 37
Figure 26 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants par sous-région africaine, 1990–2007 49
Figure 27 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants par sous-région africaine (à l'exception des pays les plus peuplés), 1990–2007 49
Figure 28 : Taux de mortalité causée par la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990–2007 50
Figure 29 : Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du DOTS, 1995 et 2007 (en %) 51
Figure 30a : Proportion de la population desservie par une source d'eau améliorée, 1990–2008 55
Figure 30b : Proportion de la population desservie par un meilleur assainissement, 1990–2008 55

Figure 31 : APD nette en pourcentage du RNB, 2009 60
Figure 32 : APD reçue dans les petits États insulaires en développement en pourcentage de leur RNB, 2000–2008 (en %) 62
Figure 33 : Pourcentage des importations en provenance d'Afrique, des PMA et des économies de marché en développement admises en franchise de droits par les pays développés, 1996–2007 63
Figure 34 : Total du service de la dette en pourcentage des exportations de biens et services en Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord, 1990–2011 68
Figure 35 : Nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants, 2008 . 71
Figure 36 : Nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants par sous-région africaine, 2000–2008 72
Figure 37 : Nombre d'utilisateurs Internet pour 100 habitants (2008) 73

Note au lecteur

Le rapport 2010 sur l'*Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des OMD* repose sur les dernières données harmonisées issues des agences des Nations (ONU) ou des bases de données de statistiques de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE). La Division de statistique des Nations Unies (DSNU) est le dépôt d'archives officiel des données destinées à l'évaluation des avancées enregistrées en matière de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le choix de ces deux ressources internationales est essentiellement guidé par leurs méthodes de collecte et de fourniture de données relatives aux indicateurs des OMD précises et comparables, portant sur l'ensemble des pays africains. Les irrégularités constatées au niveau des enquêtes/recensements, des âges, des définitions et des méthodes de production en relation avec les indicateurs peuvent expliquer le décalage entre l'année de référence du rapport et les années se rapportant aux données fournies, à savoir entre 2006 et 2008. Certains indicateurs ont été nouvellement introduits ou modifiés depuis 2007. D'autres, tels que les indicateurs relatifs aux émissions de dioxyde de carbone (CO^2) ou à la destruction de la couche d'ozone, mentionnés au titre de l'Objectif 7, ne sont pas toujours pertinents ou pris en compte dans les priorités nationales. Par conséquent, certains pays ont recours à des indicateurs indirects qui reflètent les spécificités de leurs propres circonstances et sont davantage conformes à leurs priorités. Par ailleurs, plusieurs indicateurs dépendent des recensements/enquêtes effectués tous les 2 ou 10 ans de sorte que les intervalles entre les enquêtes et les recensements sont susceptibles de générer des écarts entre les données. Les données relatives aux OMD sont compilées par le Groupe interinstitutions et d'experts (IAEG) sur les indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement, les agences des Nations Unies concernées étant parallèlement responsables des indicateurs relevant de leur propre domaine de compétence.

Les agences de l'ONU compilent régulièrement les données fournies par les pays en réponse à des questionnaires normalisés ou via d'autres mécanismes convenus à cet effet. Les questionnaires soumis par les pays sont ensuite validés au moyen d'un processus d'évaluation par les pairs fondé sur la méthodologie adoptée pour la collecte et le traitement des données. À l'issue de ce processus, les contrôleurs sont habilités à fournir des estimations pour combler les écarts constatés du fait de l'absence de certaines valeurs et à procéder aux ajustements nécessaires afin de garantir une comparabilité générale entre pays. L'OCDE recueille également des données dans le but spécifique d'assurer le suivi des flux d'aide, en se fondant sur une méthodologie standard et des définitions convenues pour garantir la comparabilité des données disponibles à la fois auprès des bailleurs de fonds et des bénéficiaires de l'aide. En ce qui concerne l'établissement de rapports sur les OMD à l'échelle du continent, l'OCDE ainsi que les agences de l'ONU concernées fournissent des

sources de données pertinentes, harmonisées et comparables. Cependant, les données officielles relatives à des OMD précis provenant de certains pays ont été plus spécifiquement exploitées dans le présent rapport afin de souligner les performances de ces pays eu égard à ces indicateurs.

Les données relatives aux OMD n'ont pas toujours été fournies dans les délais souhaités au niveau des pays. Lorsqu'elles existent, ces données présentent parfois des incohérences par rapport aux normes internationales. En outre, les délais de transmission des données aux agences internationales, l'obligation dans laquelle se trouvent parfois celles-ci de fournir des estimations pour pallier aux lacunes, sans compter que les pays ne produisent pas tous les ans des données relatives aux OMD, tous ces éléments sont autant de facteurs problématiques qui contribuent à générer les écarts constatés. Au cours des dernières années, les pays africains, aidés par les organisations internationales, ont pris des mesures louables pour récolter des données susceptibles d'assurer le suivi des progrès enregistrés dans la réalisation des OMD. Cependant, un certain nombre de défis persistent au niveau de la production de données en Afrique. La mauvaise réputation des statistiques sur le continent est imputable à un certain nombre d'obstacles, notamment : l'inadéquation des ressources affectées aux activités statistiques, l'insuffisance des capacités institutionnelles, l'absence de coordination des activités statistiques et la prise en compte minimale des spécificités africaines dans l'établissement des normes internationales. Le Système statistique africain (SSA) devrait par conséquent concentrer ses efforts sur l'intégration des statistiques nationales disponibles afin de répondre aux exigences d'harmonisation et de qualité requises pour les statistiques à l'échelle de l'ensemble du continent. La Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission économique pour l'Afrique (CEA) et la Banque africaine de développement (BAD) ont mis au point des programmes adaptés, capables de relever ces défis et de renforcer les capacités statistiques dans les pays africains. Il s'agit, notamment, du Symposium sur le développement de la statistique en Afrique (SDSA), qui constitue un cadre de plaidoyer pour les recensements, la Charte africaine de la statistique (ACS), qui fournit un cadre de coordination des activités statistiques sur le continent, la Stratégie pour l'harmonisation des statistiques en Afrique (SHaSA), qui offre des directives sur le processus d'harmonisation des statistiques en Afrique, ainsi que les nouvelles approches des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil dans les différents pays africains. Depuis 2009, ces trois institutions ont mis en place un mécanisme commun de collecte et de validation des données à l'échelle du continent en vue de produire un annuaire statistique pour l'Afrique. Ces initiatives devraient induire une augmentation progressive des données disponibles afin d'assurer le suivi des progrès accomplis sur le front de la réalisation des OMD en Afrique.

Un certain nombre de mesures ont été préconisées pour remédier aux écarts et aux divergences observés au niveau des données, dont voici quelques exemples :

» Financement adéquat et régulier, par les gouvernements africains, de leur système de statistique national afin de garantir à celui-ci une autonomie et une indépendance de fonctionnement, en conformité avec la Charte africaine de la statistique.

» Renforcement du mécanisme commun de collecte et de validation des données de la CUA, de la CEA et de la BAD.

» Consolidation, par tous les pays, de leur système d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil, avec obligation de mener régulièrement des enquêtes et des recensements.

» Mise en place, dans l'ensemble des pays africains, d'un mécanisme de collecte de données relatives aux OMD pour les besoins de l'exécution, à intervalles réguliers, des activités d'établissement de rapport, de validation, de stockage et de diffusion liées aux données.

» Nécessité de revoir certains indicateurs afin de garantir la prise en compte des priorités et des spécificités propres aux pays en développement.

Avant-propos

Dans cinq ans, les chefs d'État et de gouvernement seront appelés à évaluer les progrès accomplis en regard de l'engagement qu'ils ont pris, lors du Sommet du Millénaire, de ne ménager aucun effort pour délivrer leurs « *semblables – hommes, femmes et enfants – de la misère, phénomène abject et déshumanisant* ». Cet engagement, énoncé dans la Déclaration du Millénaire en 2000 et incarné par les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), a constitué le fer de lance de l'effort international mené, ces dix dernières années, en faveur du développement.

Mandatées par l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, la Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission économique pour l'Afrique (CEA) et la Banque africaine de développement (BAD) ont conjointement publié, au cours des cinq dernières années, les différentes éditions du présent rapport annuel sur l'*Évaluation des progrès accomplis en Afrique vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*. Cette année, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) s'est joint aux trois institutions panafricaines et participe à l'élaboration de cette œuvre commune.

Le rapport de cette année met en évidence les avancées régulières enregistrées par les pays africains en matière de réalisation des OMD avant le déclenchement de la crise alimentaire, la flambée des prix de l'énergie et le début de la récession économique mondiale. Bien qu'il ne soit pas encore possible de déterminer l'impact précis de ces trois événements sur la réalisation des OMD, nous savons que nombre de pays africains ont été frappés de plein fouet par ces chocs. Cependant, grâce au soutien des partenaires de développement international, notamment de la Banque africaine de développement et du PNUD, les pays africains ont adopté une série de mesures visant à contenir les effets néfastes de ces crises.

Selon le présent rapport, certains progrès ont été accomplis en matière de réduction des taux de pauvreté et de réalisation des cibles liées aux OMD, même si les pays africains comptent encore la plus grande proportion de personnes vivant dans l'extrême pauvreté parmi les pays en développement. Ces avancées sont en partie imputables à l'amélioration des conditions sociales, économiques et politiques à travers la majeure partie du continent.

Le rapport dépeint l'image d'une Afrique qui a réussi à enregistrer des progrès dans les domaines clés tels que la scolarisation au primaire, la parité entre les genres dans l'enseignement primaire, l'habilitation politique des femmes, l'accès à l'eau potable et le ralentissement de la propagation du VIH/sida. Les traitements antirétroviraux sont désormais disponibles dans un grand nombre de pays et les taux de mortalité maternelle en nette diminution dans certaines régions. Sur le plan économique, la croissance semble avoir repris après la crise économique et financière mondiale.

Le rapport souligne également les nouvelles initiatives adoptées en matière de politique qui favorisent les progrès vers la réalisation des OMD à l'échelle du contient. Ces innovations concernent

essentiellement des programmes de protection sociale étendus, autrefois considérés comme trop onéreux pour la plupart des pays pauvres mais désormais adoptés à titre d'interventions supplémentaires d'importance majeure pour marquer des progrès vis-à-vis des indicateurs clés du développement humain. En outre, les pays se sont servis des OMD comme d'un cadre pour la planification du développement, la consolidation de la coordination et la prise en compte des OMD aux différents échelons du gouvernement.

Le soutien politique aux OMD reste fort. Ainsi, chaque année, l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine continue-t-elle d'examiner les progrès réalisés au titre de la mise en œuvre des OMD. En outre, même au plus fort de la crise, les allocations budgétaires aux secteurs critiques pour les OMD n'ont pas diminué dans la plupart des pays africains. La mise en place du Forum des parlementaires africains sur les OMD, en mars 2010, témoigne également de la solidité de ce soutien politique.

Néanmoins, les défis demeurent, tout particulièrement dans le domaine de la santé. La réalisation de l'objectif de la « Santé pour tous », adopté à Almaty il y a environ 30 ans de cela, s'est avérée ardue. En Afrique, la santé n'est pas encore l'apanage « de tous » ; c'est un domaine caractérisé par des inégalités flagrantes entre les divers groupes et catégories socioéconomiques. Les progrès vers la réalisation des OMD ont, de ce fait, été considérablement entravés par la lenteur des avancées enregistrées sur le plan des cibles relatives à la santé.

Les effets négatifs du changement climatique font peser une menace supplémentaire sur la viabilité des accomplissements réalisés dans le cadre des OMD. En outre, l'atténuation du changement climatique pose un défi politique d'envergure au niveau d'une région confrontée à d'importants besoins énergétiques pour appuyer son développement et son industrialisation. Le continent doit avoir accès à la technologie et au financement qui lui permettront de faire face à ces besoins en énergie mais d'une manière propice, dans la mesure du possible, à l'atténuation du changement climatique.

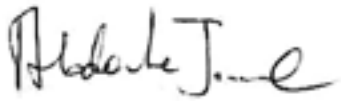
Il est également utile de noter que le partenariat mondial pour les OMD n'a pas tenu ses promesses. Par exemple, le Cycle de négociations commerciales de Doha marque le pas, privant les pays africains de l'opportunité de bénéficier des avancées issues d'un cycle de négociations favorables au développement. En outre, les divers engagements internationaux, pris notamment à Monterrey et Gleneagles, n'ont pas encore été suivis d'effets.

Les preuves fournies dans ce rapport semblent indiquer que les mesures adoptées par les gouvernements africains, en concertation avec leurs partenaires de développement, produisent un impact positif sur la population des pays concernés. À cet égard, les pays africains doivent redoubler d'efforts pour respecter leurs propres engagements, énoncés dans le cadre des diverses décisions de l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine. Les partenaires au développement ont aussi l'obligation de tenir leurs promesses vis-à-vis du développement et des OMD. Nous lançons un appel aux dirigeants du monde afin qu'ils réaffirment et réactualisent leurs engagements à l'occasion de leur prochaine rencontre au mois de septembre 2010 pour examiner les progrès accomplis dans la réalisation des OMD. Au regard des preuves présentées dans

ce rapport et ailleurs, il apparaît clairement que les défis auxquels nous sommes confrontés pour mettre en œuvre les OMD en Afrique peuvent être surmontés à condition d'accorder un appui soutenu aux initiatives qui s'avèrent être payantes et de consolider le partenariat international allant dans ce sens.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la préparation de ce rapport, que nous recommandons à l'attention et l'usage des dirigeants, des décideurs et des praticiens du développement activement engagés en faveur de la promotion de la mise en œuvre des OMD en Afrique et plus spécifiquement attachés à la réalisation des cibles convenues à cet égard.

Jean Ping
Président
Commission de l'Union africaine



Abdoulie Janneh
Secrétaire exécutif
Commission économique pour l'Afrique

Donald Kaberuka
Président
Groupe de la Banque africaine de développement

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 Programme des Nations Unies pour le développement, par le biais de son Bureau régional pour l'Afrique (PNUD/BRA). La CEA a pris en charge l'essentiel des recherches pour les besoins du rapport en mettant en place une équipe spécialement affectée aux travaux de recherche, d'analyse et de rédaction, dirigée par Kasirim Nwuke, Chef de la Section des OMD et des PMA au sein de la CEA, et comprenant Adrian Gauci, Elizabeth Woldemariam, Selamawit Mussie (BAD/CEA-NU), Tsega H. Belai, et Daniel Ayalew. L'équipe de la CUA, placée sous la direction de Yeo Dossina, Responsable du Service de la statistique, était composée de Ndinaye Sekwi Charumbira et Janet Byaruhanga. Quant à l'équipe de la BAD conduite par Beejaye Kokil, elle était formée de Maurice Mubila et Louis Koua Kouakou. Enfin, l'équipe du PNUD/BRA menée par Abdoulie Sireh-Jallow était constituée d'Ayodele Odusola et de Sebastian Levine. L'ensemble de ces équipes a bénéficié de l'excellent soutien logistique et administratif d'Atkilt Getahun (CEA).

Les travaux ont été menés sous l'égide de Monique Rakotomalala, Directrice du Centre africain pour le genre et le développement social (CEA), de Charles Lufumpa, Directeur du Département de la statistique (BAD), d'Emmanuel Nnadozie, Directeur du Développement Économique et de la Division chargée du NEPAD, de René N'Guettia Kouassi, Directeur du Département des Affaires économiques de la CUA, et de Pedro Concéição, Économiste en chef et Responsable de l'Unité d'appui stratégique du Bureau régional pour l'Afrique (PNUD). Les équipes ont également profité des conseils avisés de Maxwell Mkewezalamba, Commissaire aux Affaires économiques de la CUA, et Tegegnework Gettu, Sous-Secrétaire général de l'ONU et Directeur du Bureau Régional pour l'Afrique du PNUD. L'orientation stratégique de l'ensemble du processus a été définie par Abdoulie Janneh, Secrétaire général adjoint des Nations Unies et Secrétaire exécutif de la CEA, Jean Ping, Président de la CUA et Donald Kaberuka, Président de la Banque africaine de développement.

Par ailleurs, un certain nombre de personnes extérieures aux principales équipes ont apporté de précieuses contributions à ce rapport, notamment Dimitri Sanga, Olabisi Shoaga, Bethany Davies, Christine Awiti (PNUD), Sandra Zawedde (CEA), Leila Ben Ali, Olushola Olayide et Beatrice Njenga (CUA), Wambui Gichuri, (Programme eau et assainissement de la Banque mondiale, Conseil des ministres africains chargés de l'eau (AMCOW)) et Estherine Fotabong (NPCA). Les données exploitées dans ce rapport proviennent essentiellement de la base de données de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), qui sert de dépôt d'archives officiel pour les données destinées au suivi des OMD. Cependant, lorsque les données de la DSNU n'étaient pas d'actualité, nous avons utilisé les données d'autres organisations internationales, telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), l'Union

internationale des télécommunications (UIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et la Banque mondiale. Les partenaires de la CEA ont fourni, au titre des modalités de financement concertées des partenaires du fonds commun, les ressources nécessaires à certains travaux préliminaires ayant servi à l'établissement de ce rapport.

Les équipes ont engagé des consultations de grande envergure avec les parties prenantes et les décideurs africains, aux différentes étapes de l'élaboration du rapport, depuis la conceptualisation jusqu'à la rédaction de la version finale. Ces consultations ont impliqué l'organisation de deux réunions d'examen régional sur les OMD en Afrique, respectivement à Bamako, au Mali, en novembre 2009 et à East London, en Afrique du Sud, en décembre 2009, auxquelles ont participé des responsables politiques, des législateurs et des représentants d'Organisations non-gouvernementales (ONG). La version finale de ce rapport a été présentée et débattue en mars 2010 à l'occasion d'une réunion d'experts des États membres de la CEA et de l'UA organisée conjointement par la CUA, la BAD, le PNUD-BRA et la CEA à Addis-Ababa, en Éthiopie. La liste suivante répertorie les pays participants à la réunion du groupe spécial d'experts ainsi que les noms des experts présents : **Afrique du Sud** : Yasen Lagardien et Ngwako Monakhisi ; **Algérie** : Ali Hafrad et Mokrane Djouadi ; **Angola** : Concéicâo Alcino et Olim Constancia ; **Bénin** : Zacharie Richard Akplogan et Emile Djidohokpin ; **Botswana** : Lesego Tebatso Chalashika ; **Burundi** : Balthazar Fengure ; **Comores** : Fatouma Sitti Ahmed ; **Congo** : Joachim Bassakinina ; **Côte d'Ivoire** : Allassane El Banguia ; **Djibouti** : Ahmed M.Abdourahman ; **Égypte** : Karim Elkhashab ; **Éthiopie** : Azanaw Tadesse ; **Gabon** : Marie Rosine Mimie Itsana ; **Gambie** : S. E. Sarjo M. Jallow et Abdou Touray ; **Ghana** : Kenneth Owusu ; **Guinée** : Abdoulaye Touré ; **Guinée Bissau** : José A. Braima Balde ; **Guinée équatoriale** : Teodoro Ondo Mba ; **Kenya** : Benson Kimani ; **Libye** : Kaiem Elfateh et Abdulmoci Gargoum ; **Malawi** : Joseph Chisala et Malawi Yute ; **Mauritanie** : Sidi Mohamed Ould Zenvour ; **Mozambique** : S.E. Manuel Tomas Lubisse et E. Gouvenia ; **Niger** : Djobo Saidou ; **République démocratique du Congo** : Godfroid Kabuki Sinzidi ; **Sénégal** : Alaya Ouarme ; **Sierra Leone** : Moriba Kamara ; **Soudan** : Abbas Younis Adam ; **Swaziland** : Promise S. Msibi ; **Tanzanie** : Msafiri Marwa ; **Tchad** : Ahmat Al-hadj Hamida ; **Togo** : Sodokpo-Afan Emonguo Mawoussi ; **Tunisie** : Faiçal Masmoudi, Smaoui Adel Mohamed et Mohamed Mokdad ; **Zambie** : S.E. Albert Muchanga ; et **Zimbabwe** : Bardwell Raisi.

Les organisations ci-après ont participé aux réunions par la voie de leur représentant, comme suit : **Agence du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD)** : Ibrahim Gouroezl ; **Association des parlementaires africains pour la promotion des objectifs du Millénaire pour le développement (AAPAMDG)** : Hon. Batuke Imenda (député au parlement, Zambie) ; **Banque africaine de développement (BAD)** : Louis Koua Kouakou ; **Commission de l'Union africaine (CUA)** : Tamala Andsen et Janet Edeme ; **Marché commun des États de l'Afrique orientale et australe (COMESA)** : Salvator Matata et Anthony Jude Walakira ; **Parlement panafricain (PPA)** : Lyn Chiandamira et Josiane Wawa Dahab ; **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)** :

Abdoul Dieng et Desmond Johns. **Le Centre OMD**, représenté par Margaret Wanjiku, a participé à la réunion en qualité d'observateur.

Une version abrégée de ce Rapport a été soumise au Comité d'experts de la troisième Conférence conjointe des ministres des Finances, de la planification et du développement économique de la CEA et de la Conférence des ministres de l'Économie et des finances de l'UA, en mars 2010, à Lilongwe, au Malawi. Les commentaires formulés par les experts ont été intégrés à la version finale du présent rapport.

L'impression du rapport a été financée par la Banque africaine de développement. La conception graphique et l'impression ont été réalisées par Phoenix Publishers, au Danemark.

Liste des abréviations, sigles et acronymes

AAA	Programme d'action d'Accra
AAPA-MDGs	Association of African Parliamentarians for the Advancement of the MDGs
ACS	Charte africaine de la statistique
ACT	Polythérapie à base d'artémisinine
ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AGRA	Alliance pour une révolution verte en Afrique
AMNA	Accès aux marchés pour les produits non agricoles
AMS	Assemblée mondiale de la santé
APC	Aide pour le commerce
APD	Aide publique au développement
APE	Accord de partenariat économique
ART	Thérapie antirétrovirale
BAD	Banque africaine de développement
BCI	Bonobo Conservation Initiative
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
BPR	Reconfiguration de processus
BRIGHT	Réponses du Burkina Faso à l'amélioration des chances de succès des filles à l'école
BSN	Bureaux de statistique nationaux
CAADP	Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
CARMMA	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEA-NU	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (voir CEA)
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
CER	Communautés économiques régionales
CIM	Classification internationale des maladies
COMESA	Marché commun de l'Afrique orientale et australe
CONCORD	Confédération européenne des ONG d'urgence et de développement
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
CSO	Organisations de la société civile
CUA	Commission de l'Union africaine
DDEN	Division du développement économique et du NEPAD
DFID	Ministère britannique pour le développement international
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe

DPNU	Division de la population des Nations Unies
DRG	Debt Relief Gain
DSNU	Division de statistique de l'Organisation des Nations Unies
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EDS	Enquête démographique et de santé
EPT	Éducation pour tous
ESA	Afrique orientale et australe
EUR	Euro
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIDA	Fonds international de développement agricole
FISP	Programme de subventions aux intrants agricoles
FMI	Fonds monétaire international
FPA	Forum pour le Partenariat avec l'Afrique
GAIN	Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GHI	Indice global de la faim
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
GPB	Livre sterling
GPI	Indice de paix mondiale
IADM	Initiative d'allégement de la dette multilatérale
IAEG	Groupe interinstitutions et d'experts
IDA	Association internationale de développement
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
IGME	Groupe inter-agence sur la mortalité des enfants
IIAT	Institut international d'agriculture tropicale
IIDD	Institut international de développement durable
IIED	Institut international pour l'environnement et le développement
IRS	Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent
ITN	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
LEAP	Revenu de subsistance contre la pauvreté
LGRP	Programme de réforme des collectivités locales
LLDC	Pays en développement sans littoral
MDR-TB	Tuberculose à bacilles multirésistants
M&E	Suivi et évaluation
MFPED	Ministère des Finances, de la planification et du développement économique (Ouganda)
MKUKUTA	Voir SNCRP
MIT	Massachusetts Institute of Technology
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
NWE	Ministère de l'Eau et de l'environnement (Ouganda)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMC	Organisation mondiale du commerce

OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSSAP-MDG	Office of the Senior Special Assistant to the President on the Millennium Development Goals
PAA	Programme d'action d'Accra
PAEP	Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté
PAM	Programme alimentaire mondial
PASDEP	Plan pour un développement accéléré et durable pour éliminer la pauvreté
PEID	Petits États insulaires en développement
PER/MTEF	Examen des dépenses publiques/ Cadre des dépenses à moyen terme
PIB	Produit Intérieur brut
PMA	Pays les moins avancés
PMI	Initiative présidentielle contre le paludisme
PNAS	Plan national d'action sociale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUD-BRA	Programme des Nations Unies pour le développement – Bureau régional pour l'Afrique
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PPA	Parlement panafricain
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPTE	Pays pauvres très endettés
PTMF	Prévention de la transmission materno-fœtale
RBG	Revenu de base garanti
RCA	République centrafricaine
R&D	Recherche et développement
RDC	République démocratique du Congo
REDD	Réduction des émissions causées par le déboisement et la dégradation des forêts
R4D	Recherche pour le développement
RNB	Revenu national brut
SBAS	Strategic Budget Allocation System (Système stratégique d'allocation de budget)
SDSA	Symposium sur le développement de la statistique en Afrique
SEAGNU	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
SHaSA	Stratégie pour l'harmonisation des statistiques en Afrique
SMDD	Sommet mondial pour le développement durable
SMSI	Sommet mondial sur la société de l'information
SNCRP	Stratégie nationale pour la croissance et pour la réduction de la pauvreté (MKUKUTA, Tanzanie)
SSA	Système statistique africain
TB	Tuberculose
TGF	Taux global de fécondité
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle
TPI	Traitement préventif intermittent antipaludique
TSD	Traitement spécial et différencié

UE	Union européenne
U5MR	Taux de mortalité des moins de cinq ans
UIT	Union internationale des télécommunications
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UN HQ	Siège des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
USD	Dollar des États-Unis
VCT	Conseil et dépistage volontaire du VIH
VPF	Fonds virtuel de lutte contre la pauvreté
VIH/Sida	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

SECTION I : Introduction

En septembre 2010, les dirigeants du monde se réuniront une nouvelle fois au Siège des Nations Unies à New York afin d'évaluer les progrès accomplis par les pays dans la réalisation des cibles liées aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), approuvés lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies en 2000. Cette réunion marquera le début du compte à rebours avant l'échéance, dans cinq ans, de la date butoir fixée pour la réalisation des OMD. Les chefs d'État et de gouvernement examineront à cette occasion l'ensemble des stratégies mises en œuvre à cet effet, celles qui auront été couronnées de succès comme celles qui se seront soldées par un échec, et réaffirmeront leur engagement envers les objectifs convenus.

Ce rapport annuel, commissionné par l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, présente une évaluation des progrès accomplis en vue de réaliser les cibles des OMD en Afrique. Loin d'être une simple actualisation des résultats obtenus d'année en année, le processus sous-jacent à l'élaboration de ce document est plutôt de nature cumulative. Il est principalement fondé sur les informations extraites de la base de données de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), qui constitue le dépôt d'archives officiel des données destinées à l'évaluation des avancées enregistrées sur le front de la réalisation des OMD. Cependant, compte-tenu du fait que les informations les plus récentes stockées dans la base de données de la DSNU datent de 2007, nous nous sommes également servis des statistiques à jour, issues d'autres ressources internationales fournies notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Statistiques sanitaires mondiales, l'initiative de l'Éducation pour tous (EPT) de l'UNESCO, l'UNICEF, le Programme alimentaire mondial et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (PAM/FAO). Le présent rapport préconise des politiques que les gouvernements africains, leurs partenaires au développement et les organisations de la société civile africaines sont invités à examiner en vue de leur adoption pour le renforcement de leurs interventions, afin d'accélérer le rythme des progrès vers la réalisation des OMD d'ici à leur date d'échéance.

L'Afrique est souvent présentée comme étant à la traîne en matière de réalisation des OMD par rapport aux autres régions du monde. Les données utilisées dans ce rapport corroborent ce verdict général. Cependant, cette conclusion hâtive ne tient compte ni des accomplissements importants enregistrés par les pays africains, à titre individuel, eu égard aux OMD ni de la multitude d'opportunités qui découlent de telles avancées. Ce rapport comble en partie cette lacune. Il évalue non seulement les progrès relatifs aux cibles des OMD réalisées globalement dans la région mais identifie aussi les pays africains dont les progrès ont été les plus soutenus. En outre, le rapport met en évidence les interventions innovantes réussies que ces pays ont mises en œuvre afin d'en tirer

les enseignements utiles et de fournir à leurs pairs des opportunités d'apprentissage et de partage d'expériences entre pays.

De manière générale, le rapport montre que la plupart des pays africains marquent des progrès constants sur le front de tous les OMD. La plupart des pays ont évolué de manière régulière vers la réalisation de l'ensemble des cibles liées aux OMD en dépit des récentes crises alimentaire, énergétique, économique et financière. Les domaines clés dans lesquels ces avancées ont été constatées comprennent notamment la réduction de la proportion de personnes sous-alimentées sur le continent. À titre d'exemple, le Ghana a déjà atteint cette cible et un certain nombre de pays situés le long de la côte atlantique du continent sont également en passe de lui emboîter le pas. Par ailleurs, le continent est en bonne position pour satisfaire aux objectifs relatifs à l'éducation primaire universelle, l'égalité entre les genres et l'autonomisation des femmes, comme en attestent les rapports antérieurs. Sur le plan sanitaire, des progrès louables ont été accomplis dans la réduction de la tuberculose alors que la proportion d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est en hausse, grâce à la campagne de lutte contre le paludisme.

Le fait que cet engagement politique de haut niveau à l'égard des OMD n'ait pas été érodé par les crises successives liées d'abord à la flambée des prix des carburants et des denrées premières, puis à la débâcle financière et à la récession économique qui ont récemment frappé le continent est tout aussi louable. Les pays africains ont adopté un large éventail d'instruments politiques pour atténuer les impacts des crises économique et financière. L'Afrique du Sud, la Tunisie et le Maroc ont utilisé leurs réserves en devises pour amortir le choc ; le Nigeria a tenté le sauvetage de quelques-unes de ses banques alors que l'Ouganda, le Kenya et la Tanzanie ont augmenté leurs dépenses publiques en infrastructures de 20 à 30 pour cent afin de dynamiser la croissance économique (BAD, 2010). Les partenaires au développement de l'Afrique ont également prêté main forte au continent. Le G20 a accédé à la demande du Fonds monétaire international (FMI) visant à renforcer sa base en capital. En conséquence, les prêts accordés par le FMI à l'Afrique ont presque quintuplé (World Economic Outlook, 2010a). La Banque mondiale et la Banque africaine de développement ont également fourni un financement contracyclique à la région. En 2009, la Banque mondiale a triplé le montant de ses prêts à l'Afrique, par rapport aux niveaux d'avant la crise, qui a ainsi atteint les 8,25 milliards de dollars USD, dont 7,89 milliards USD ont été affectés par l'intermédiaire de l'Association internationale de développement (IDA) et 362 millions USD via la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) (Banque mondiale, 2009a). De son côté, la Banque africaine de développement (BAD) a mis au point des instruments financiers novateurs, tels que la Facilité de liquidité d'urgence ou l'Initiative de financement du commerce, afin d'aider les pays africains à atténuer l'impact négatif de la crise.

Un élément clé de ce succès tient aux multiples innovations institutionnelles que les pays africains ont introduites en vue de stimuler la croissance et d'atteindre les OMD. Ces initiatives comprennent notamment l'adoption de la planification fondée sur les OMD, l'intégration des OMD, par le biais de la décentralisation, dans les échelons inférieurs du gouvernement afin d'améliorer la fourniture de services, le renforcement de la coordination

et de l'harmonisation des politiques nationales, ainsi que la mise en œuvre de nouvelles politiques sectorielles prônant l'extension de la protection sociale. Par ailleurs, les pays africains sont en train d'accroître la contribution des revenus nationaux à leur croissance économique, bien qu'environ 12 pays continuent de dépendre de l'aide humanitaire à hauteur de 85 pour cent de leur budget annuel. Le soutien international en faveur des OMD en Afrique reste soutenu, avec en toile de fond ces initiatives encourageantes menées par les gouvernements africains, lesquelles viennent s'ajouter aux programmes existants pour offrir une plate-forme solide et propice à l'accélération du rythme des progrès en vue de la réalisation des objectifs durant le quinquennat final avant la date butoir fixée à cet effet.

Cependant, il ne faudrait pas pour autant sous-estimer les défis à venir. La tourmente de la crise financière et économique mondiale commence à se calmer mais son impact négatif sur les économies africaines et leur capacité à réaliser les OMD devrait persister pendant plusieurs années. En effet, les recettes fiscales ont baissé en raison de la chute des prix des matières premières, de la diminution de l'assiette fiscale et du ralentissement de la production nationale. Il sera possible, avec le temps, de rétablir l'équilibre budgétaire mais celui-ci reste précaire, à court terme, du fait de l'incertitude qui plane sur le rythme de la reprise dans les pays industrialisés développés. En dépit de la solidité de la reprise chinoise, il est peu probable qu'elle puisse à elle seule soutenir la relance de la demande sur les matières premières africaines et contribuer à redresser la santé fiscale des économies du continent. Entre-temps, le volume de la dette des pays africains continue de s'alourdir et ces derniers seront dans l'obligation de solliciter une part plus importante de l'aide publique au développement (APD) afin de tenir le cap jusqu'en 2015. Les cœfficients de dépendance augmentent en raison des variables démographiques et de la faiblesse de la croissance de l'emploi, rendant difficile la réduction de la pauvreté. Ces deux facteurs risquent de ralentir le progrès vers la réalisation des OMD et d'inverser les gains récemment acquis.

En outre, les cours des denrées alimentaires restent supérieurs à leur moyenne d'avant la flambée des prix intervenue en 2008, accroissant la vulnérabilité des pauvres, de plus en plus exposés à la faim. Les prix du pétrole ont également augmenté, bien qu'à un moindre taux. Les coupes budgétaires résultant des inquiétudes suscitées par la hausse des déficits dans les pays industrialisés et la crise de la dette souveraine qui a ravagé la zone Euro en 2010 menacent la reprise économique et pourraient provoquer une réduction importante des flux d'aide à destination de l'Afrique en 2010 et au-delà. Le changement climatique pose un défi supplémentaire au développement dans l'ensemble du continent en général et à la réalisation des cibles des OMD en particulier[1]. Malgré l'Accord de Copenhague, les pays africains ont instamment besoin de mobiliser des ressources supplémentaires pour atténuer les méfaits du changement climatique et s'y adapter dans les années à venir.

À cinq ans de l'échéance des OMD et au vu de la lenteur des avancées obtenues au niveau de la plupart de ces objectifs, il est peu probable que

1 Ceci représente un problème de prime importance pour les pays africains. Voir à ce sujet le rapport de la Troisième Conférence africaine des ministres des Finances sur le financement du développement sur le thème *Changement climatique : Opportunités de financement et défis à l'atteinte des OMD*. Voir également les Déclarations ministérielles 2007 et 2008 de la Conférence des ministres des Finances de la CEA.

la région puisse globalement parvenir à réaliser l'ensemble des OMD d'ici 2015, en l'état actuel des tendances et des manières de procéder. Dans certains cas, ce n'est pas le manque d'efforts mais la rigidité culturelle et structurelle de la société africaine qui est en défaut. L'inadéquation des financements représente également un obstacle majeur. Néanmoins, la plupart des africains demeurent optimistes quant à l'avenir. D'après un récent sondage réalisé par le *Pew Forum on Religion and Public Life* (Pew Forum, 2010), 76 pour cent des personnes vivant en Afrique subsaharienne considèrent que leur vie sera meilleure dans cinq ans. Le même sondage révèle que les Africains envisagent l'avenir avec plus d'optimisme que d'autres peuples dans des régions différentes du monde (*voir annexe 2*).

La confiance des africains dans l'espoir d'un avenir meilleur tient en grande partie à la prédominance croissante de la paix dans la région. En effet, bien que l'Afrique soit classée comme étant la région la moins pacifique du globe suivant l'Indice mondial de la paix 2010 (GPI)[2], avec un indice GPI moyen de 2,23, c'est pourtant le continent qui a enregistré la meilleure progression entre 2007 et 2010. Le Botswana est le pays le plus pacifique d'Afrique, suivi de la Tunisie et du Mozambique. Quatre pays ravagés par la guerre, à savoir la Somalie, le Soudan, le Tchad et la République démocratique du Congo occupent toujours les dix derniers rangs de l'indice, avec une progression négative par rapport aux années précédentes. Le GPI moyen de l'Angola s'est amélioré pour la quatrième année consécutive grâce à de meilleurs résultats en matière de respect des droits de l'homme. Quant à la Sierra Leone, classée pour la première fois dans le GPI cette année, elle est classée à la sixième place la plus élevée en Afrique subsaharienne grâce à l'absence de conflits et une très faible présence militaire dans le pays. En Afrique du Nord, l'Algérie et l'Égypte gagnent des points au vu de la réduction de leurs dépenses militaires en pourcentage de leur PIB (*voir annexe 3*).

Les gouvernements africains et leurs partenaires de développement doivent exploiter au maximum le climat de paix et d'optimisme qui règne dans la région. La stabilité politique et les dividendes de la paix libèrent des ressources financières susceptibles d'être affectées au profit de la croissance et du développement, y compris de la réalisation des OMD. La paix favorise également le dialogue national et le renforcement du consensus au sujet des défis internationaux et nationaux majeurs. Les institutions panafricaines telles que la Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), la Banque africaine de développement (BAD), les Communautés économiques régionales (CER), et les agences et les fonds de l'ONU ont un rôle central à jouer pour contribuer à ces efforts. Cependant, les gouvernements africains doivent aussi être prêts à faire des choix difficiles. Compte-tenu de leurs ressources financières et humaines limitées et des contraintes de temps qui leur sont imposées, ils peuvent décider de poursuivre leurs efforts en vue de réaliser l'ensemble des OMD d'ici 2015 ou choisir de se concentrer sur les quelques objectifs qu'ils considèrent comme étant vitaux pour leur développement à long terme. Cependant, tout porte à croire qu'il est possible aux pays africains de réaliser la totalité des huit objectifs, à condition qu'ils redoublent d'efforts, notamment en renforçant le financement des investissements

2 Institute for Economics and Peace, http://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2010-GPI-Discussion-Paper.pdf

dans le secteur public. Il appartiendra à chaque pays africain d'en décider.

Le présent rapport s'articule autour de plusieurs sections : la Section II évalue les progrès accomplis au niveau de chacun des huit OMD séparément. La Section III examine les innovations institutionnelles que les pays africains ont mises en place, notamment pour accélérer la réalisation des OMD. Enfin la Section IV conclut le rapport en préconisant des recommandations et des propositions 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 un dollar par jour

Au cours des deux dernières décennies, beaucoup de progrès ont été réalisés en matière de réduction de la pauvreté à travers le monde. Ceci est en grande partie imputable à la croissance économique en Asie, et en particulier en Chine et en Inde. En tant que région, l'Afrique, d'après les preuves dont nous disposons, n'a pas contribué de manière significative à ce succès. Certains pays africains font des progrès en matière de réduction de la pauvreté (le Ghana, par exemple, a atteint sa cible) mais, pour la région dans son ensemble, il est peu probable que cet objectif soit réalisé sans un renfort de ressources et de mesures appropriées. D'après la Banque mondiale (2010a), le nombre d'Africains vivant en deçà du seuil de pauvreté est susceptible d'augmenter d'ici la date d'échéance des OMD. En Afrique, une proportion importante des pauvres continuent de s'appauvrir de manière chronique. Cela signifie qu'il est nécessaire de déployer encore plus d'efforts pour les faire sortir de la pauvreté de manière durable. De même, un grand nombre de pauvres vivent dans des États fragiles, qui sont en proie à des difficultés spécifiques pour relever les défis en matière de développement.

Un débat important fait rage au sein de la communauté internationale au sujet de la portée et de l'ampleur de la pauvreté en Afrique et des méthodes employées pour la mesurer. Combien d'africains tombent-ils sous le seuil de la pauvreté, défini selon des critères convenus sur le plan mondial, et à quelle rapidité en sortent-ils ? Ce débat a récemment été attisé par un article intitulé « African Poverty is Falling…..Much Faster than You Think! » (La pauvreté africaine est en train de baisser … bien plus vite que vous ne le pensez !), rédigé par Pinkovskiy et Sala-i-Martin du Massachusetts Institute of Technology (MIT) et de Columbia University/NBER, qui suggèrent que la pauvreté en Afrique subsaharienne est en train de baisser bien plus rapidement que la sagesse conventionnelle ne le laisserait entendre. Les auteurs déclarent que ceci tient à la distribution étendue des dividendes de la croissance au sein de la société africaine où l'inégalité des revenus est en baisse depuis 1995, ce qui voudrait dire que la croissance a profité aux pauvres. En outre, ils fournissent des preuves attestant que cette bonne nouvelle concernerait la région dans son ensemble et qu'elle ne serait pas seulement vraie pour les pays riches en ressources naturelles ou les pays côtiers. D'après Pinkovskiy et Sala-i Martin, l'Afrique serait en mesure d'atteindre l'OMD portant sur la réduction de moitié de la pauvreté, peut-être même deux ans avant la date d'échéance.

Cependant, les conclusions de l'article sont sujettes à controverse, au vu des méthodes employées. Qui plus est, les preuves exhibées tendent à confirmer les résultats de Chen et Ravallion

(2008), qui ont fait remarquer que les taux de pauvreté en Afrique subsaharienne avaient chuté, passant de 59 pour cent en 1996 à 51 pour cent en 2005. Toutefois, alors que Pinkovskiy et Sala-i-Martin ont conclu que la pauvreté en Afrique était en passe de baisser rapidement au point où le continent pourrait être en mesure de respecter la cible relative à la pauvreté plus tôt que beaucoup d'autres, Chen et Ravallion ont conclu que cette baisse n'était pas suffisamment rapide pour compenser le taux de croissance démographique élevé, et qu'il était, par conséquent, peu probable que l'Afrique atteigne cet objectif. Chen et Ravallion ont fait remarquer que le nombre absolu de pauvres en Afrique (hormis l'Afrique du Nord) avait presque doublé entre 1981 et 2005.

La controverse portant sur les méthodes employées ne devrait pas obscurcir le fait que tous ces auteurs s'accordent à dire que la pauvreté est en baisse en Afrique. Leurs conclusions offrent une preuve de taille aux pays concernés pour les inciter à rester dans cette voie eu égard à leurs choix politiques et accroître leurs interventions, y compris l'aide humanitaire, afin d'accélérer le rythme des progrès pour atteindre la cible relative à la pauvreté. Ces résultats doivent être comparés aux preuves signalées pour l'Indicateur 1.4 - Taux de croissance du PIB par personne occupée - selon lesquelles une tendance positive en termes de taux de croissance de la productivité de la main-d'œuvre se dessine pour plus de 84 pour cent des 48 pays pour lesquels des données sont disponibles, certains de ces pays ayant accru leur taux de productivité de presque 38 points de pourcentage. Tout renforce l'argument selon lequel la pauvreté africaine est en baisse, en grande partie du fait des améliorations en matière de gouvernance, de la cessation des conflits dans certains pays et de la croissance positive observée ces dix dernières années.

La coopération internationale est essentielle si l'Afrique veut maintenir cette tendance positive en matière de réduction de la pauvreté. À cet égard, il est crucial que le cycle de négociations commerciales de Doha reprenne dès que possible afin de permettre aux pays africains non seulement de tirer parti de l'avantage que confère le commerce en matière de mobilisation des ressources au profit de leur développement mais aussi de faire sortir des millions de personnes de la pauvreté. De même, les pays développés doivent respecter les promesses d'une portée considérable qu'ils ont faites en 2005 de redoubler d'efforts dans la lutte contre la pauvreté à l'échelle mondiale. Lors du Sommet de Gleneagles, les pays du G8[3] ont convenu d'accroître leur assistance à l'Afrique et d'améliorer l'efficacité de l'aide humanitaire. Les engagements pris dans la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra relativement à l'efficacité de l'aide humanitaire ne sont pas encore tenus. Les dirigeants africains se sont engagés, de leur côté, à mener de plein front leur propre développement, en améliorant la gouvernance, en faisant respecter l'État de droit et en mettant leurs ressources à profit dans la lutte contre la pauvreté.

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

Associée à ses indicateurs, cette cible a été officiellement adoptée en 2007 et les premiers rapports la concernant ont vu le jour en 2009. Cependant,

3 Le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, la Russie, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique.

en raison de révisions apportées aux données de la DSNU, il est probable que les progrès décrits dans ce rapport ne soient pas toujours conformes à ce qui a été mis en évidence l'an dernier.

Indicateur 1.4 : taux de croissance du PIB par personne occupée

La croissance de la productivité par personne occupée constitue une condition nécessaire à la réduction de la pauvreté. Une croissance durable de la productivité de la main-d'œuvre est essentielle à l'amélioration du potentiel de réduction de la pauvreté dont dispose les économies africaines. Ceci est atteint en augmentant la production, la demande en main-d'œuvre, et les salaires des travailleurs. Les preuves en provenance d'Afrique quant au taux de croissance du PIB par personne occupée sont mitigées, comme en atteste la *figure 1*. La productivité de la main-d'œuvre par personne occupée a enregistré une hausse dans plus de 84 pour cent des 48 pays pour lesquels des données sont disponibles. Sur ces pays montrant une tendance positive, le Libéria, la Sierra Leone, l'Éthiopie, la République démocratique du Congo, l'Angola, le Mozambique, et le Malawi sont ceux qui ont affiché la plus forte hausse de la productivité de leur main-d'œuvre, dont le taux très faible a été accru de quelque 15 à 38 points de pourcentage entre 1992 et 2008. Environ 14 pays ont également enregistré une augmentation de la productivité de leur main-d'œuvre de 5 à 15 points de pourcentage pour la même période, alors que 17 autres pays ont enregistré des changements positifs se traduisant par une augmentation allant jusqu'à 5 points de pourcentage. Cependant, dix pays[4] ont accusé un recul du taux de croissance de la productivité de leur main-d'œuvre entre 1992 et 2008.

Pour 2008, le Malawi, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Soudan, le Congo, l'Ouganda, l'Éthiopie et l'Angola ont fait état des taux de croissance de la productivité de la main-d'œuvre les plus élevés d'Afrique (en hausse de 5 à 8 pour cent) alors que le Tchad, les Îles Comores, l'Érythrée, le Togo, le Kenya, le Botswana et le Gabon ont accusé un recul dans ce domaine. Pour le Libéria et les pays sortant d'un conflit, le taux de croissance de la productivité de la main-d'œuvre s'est clairement redressé. Dans l'ensemble, les politiques du marché de l'emploi jouent un rôle essentiel dans le maintien de cette tendance positive et dans la réduction de la pauvreté par le biais de l'emploi dans les pays sortant d'un conflit, comme le montrent les leçons apprises de la récente crise financière et économique mondiale.

Une action collective à l'échelle de la région est essentielle afin d'améliorer le taux de croissance du PIB par personne occupée, en raison de l'expansion du commerce interrégional qui pourrait stimuler les opportunités d'emploi alors que les politiques adoptées par les Communautés économiques régionales (CER), par exemple en ce qui concerne le critère de convergence, pourraient avoir un impact important sur les décisions relatives au rendement national du secteur privé dans les pays membres. Pour cette raison, une analyse approfondie des données par sous-région s'impose.

4 Les Îles Comores, le Rwanda, la Guinée équatoriale, le Tchad, le Mali, la Namibie, la Tunisie, l'Érythrée, le Botswana et le Lesotho – *voir figure 1b.*

Figure 1a. Taux de croissance du PIB par personne occupée, dans les pays africains sélectionnés, 1992-2008 (en %)

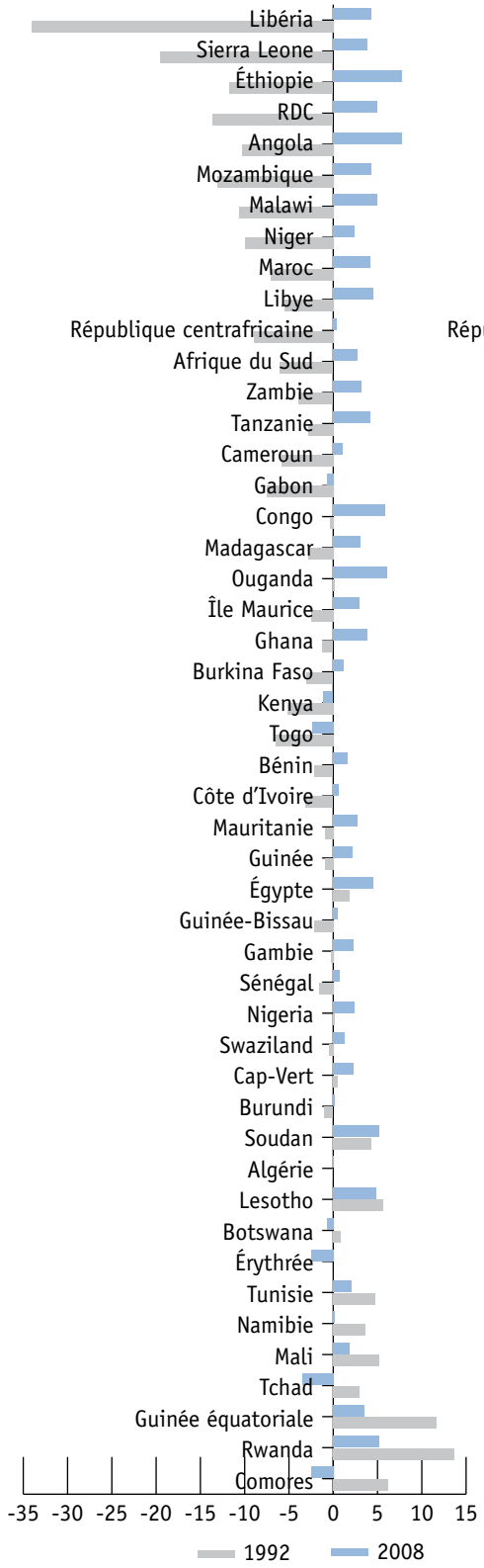
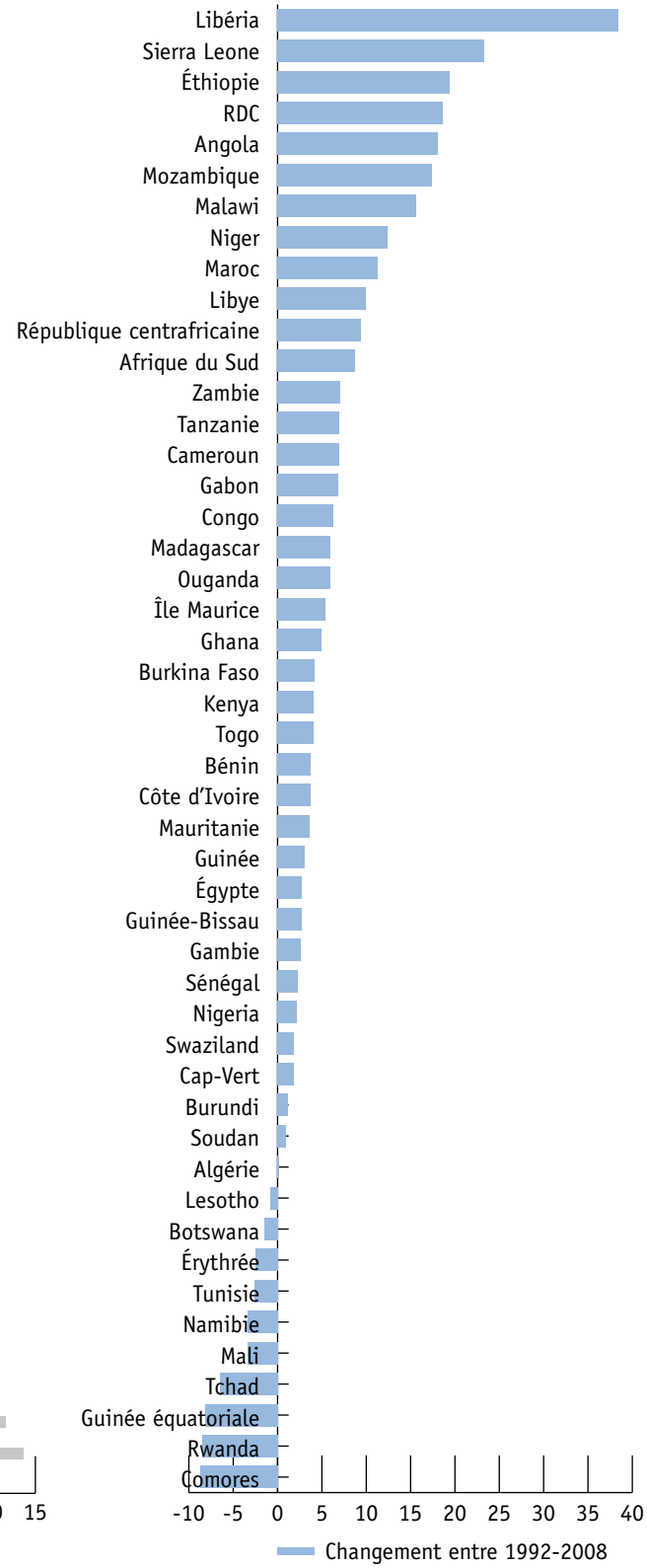


Figure 1b. Changement du taux de croissance du PIB par personne occupée, dans les pays africains sélectionnés, 1992-2008 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009. Aucune donnée de disponible pour cinq pays (Djibouti, São Tomé et Príncipe, Seychelles, Somalie et Zimbabwe) de 1992 à 2008.

Figure 2a. Taux de croissance du PIB par personne occupée au fil du temps par sous-région africaine, 1992-2008 (en %)

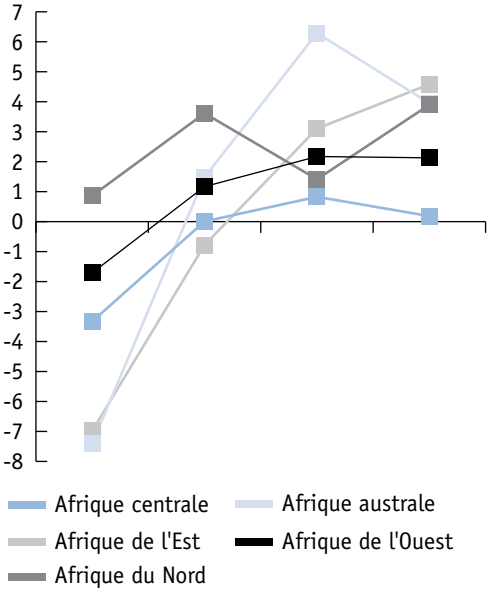
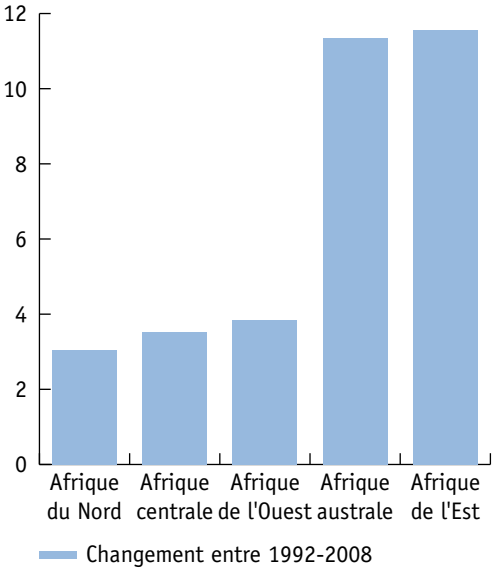


Figure 2b. Changement du taux de croissance du PIB par personne occupée par sous-région africaine, 1992-2008 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : aucune donnée de disponibles pour cinq pays (Djibouti, São Tomé et Príncipe, Seychelles, Somalie et Zimbabwe) de 1992 à 2008. Aucune donnée de disponible pour l'Érythrée en 1992. Pour la composition des sous-régions, voir l'annexe 5.

Les données suggèrent que le PIB par personne occupée a augmenté pendant la période allant de 1992 à 2008 dans toutes les sous-régions d'Afrique. Ceci est surprenant, étant donné que toutes les sous-régions, hormis l'Afrique du Nord, ont enregistré des taux de productivité de la main-d'œuvre négatifs pour l'année de référence 1992 (*voir figure 2a*). Le redressement de ce taux à partir de 1992 n'a pas été maintenu au-delà de 2005, hormis en ce qui concerne les sous-régions d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Est. Ce taux a accusé un recul en Afrique australe et en Afrique centrale et s'est stabilisé en Afrique de l'Ouest entre 2005 et 2008. En Afrique du Nord, il a baissé entre 2000 et 2005 avant de progresser après cette date. Pour la période allant de 1992 à 2008, la croissance de la productivité de la main-d'œuvre a été considérablement plus élevée en Afrique de l'Est et en Afrique australe que dans les autres sous-régions (*voir figure 2b*).

Indicateur 1.5 : ratio emploi/population

Alors que la productivité de la main-d'œuvre s'est accrue, le ratio emploi/population[5] a stagné

5 Le ratio emploi/population peut se définir comme la proportion de la population d'un pays en âge de travailler, soit les personnes âgées de 15 ans et plus qui ont un emploi. Ce ratio représente par conséquent une mesure de l'aptitude d'une économie à créer des emplois (ainsi qu'une mesure de la dépendance).

entre 1991 et 2007 pour l'ensemble des sous-régions du continent. En fait, il a même baissé dans 28 des 50 pays qui ont fourni des données, en particulier en Mauritanie, en Tanzanie et au Rwanda où la baisse enregistrée a été de 13,8, 10,6 et 8,1 pour cent respectivement. La Guinée-Bissau n'a enregistré aucun changement pour la période 1991-2007. Seuls l'Algérie, l'Éthiopie et le Lesotho font figure d'exception eu égard à cette tendance, leur ratio emploi/population ayant augmenté de 28,2, 12,2, et 10,8 pour cent respectivement (*voir tableau 1*).

La *figure 3* résume les performances des cinq sous-régions d'Afrique en matière de création d'emplois et de réduction de la dépendance. En termes absolus, l'Afrique de l'Est dispose du ratio emploi/population le plus élevé alors que celui de l'Afrique du Nord est le plus faible. Cependant, entre 1991 et 2007, l'Afrique du Nord et l'Afrique australe ont amélioré ce ratio alors que celui de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique centrale a marqué le pas.

Un certain nombre de facteurs sont potentiellement imputables au déclin du ratio emploi/population, non seulement en Afrique de l'Ouest mais aussi à travers l'ensemble de la région. La grande part du rendement de l'industrie extractive à forte intensité de capital représente l'un des facteurs incriminés alors que le taux élevé de la croissance démographique de la plupart des pays en constitue un autre, aux côtés des effets défavorables sur l'emploi de la multitude de conflits sur le continent. La paix relative qui règne en Afrique de l'Est a servi de cadre propice à la croissance de l'emploi. Les autres facteurs causatifs comprennent la médiocrité des politiques relatives à la croissance et au marché du travail, la baisse du rôle de l'État en qualité d'employeur et le manque de diversification économique.

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

De nombreux pays africains ont fait des progrès vers la réalisation de cette cible, bien que, sur

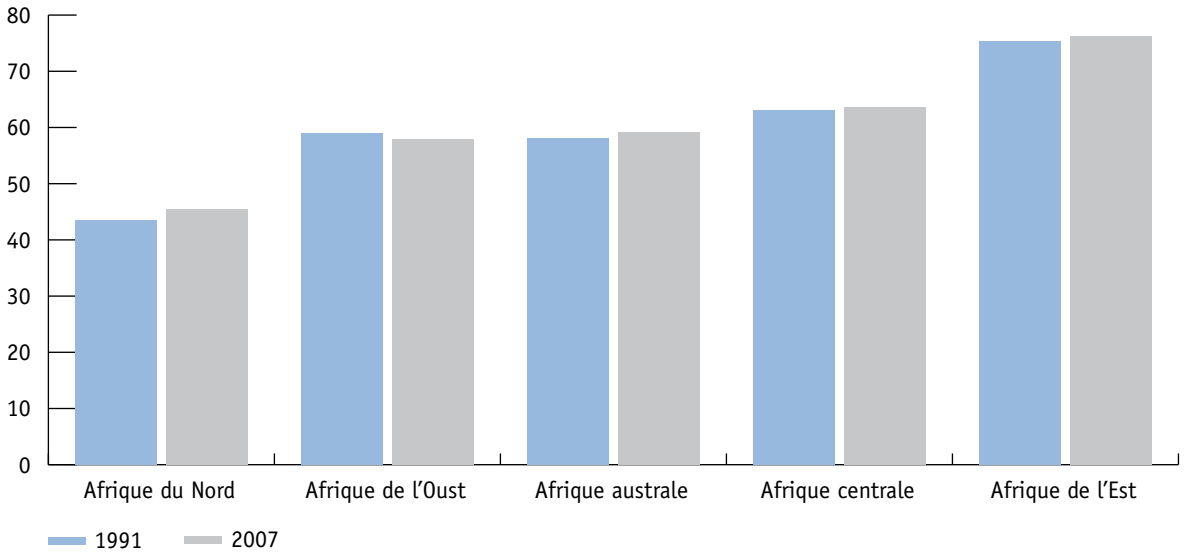
Tableau 1 : Changement du ratio emploi/population exprimé en pourcentage, dans les pays africains sélectionnés, 1991–2007

Pays	> 5 % de hausse du ratio emploi/population	Pays	> 5 % de baisse du ratio emploi/population
Algérie	28,2	Mauritanie	-13,8
Éthiopie	12,2	Tanzanie	-10,6
Lesotho	10,8	Rwanda	-8,1
Zambie	7,0	Swaziland	-6,1
Libye	6,1	Botswana	-5,9
		Ghana	-5,1

Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : aucune donnée de disponible pour trois pays (Seychelles, Congo et Somalie) de 1991 à 2007.

Figure 3 : Ratio emploi/population par sous-région africaine, 1991 et 2007 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : aucune donnée de disponible pour trois pays (Seychelles, Congo et Somalie) de 1991 à 2007.

l'ensemble du continent, le nombre de personnes souffrant de la faim ait en réalité augmenté. Le Ghana a déjà atteint la cible, en grande partie grâce à une bonne gouvernance stable, des politiques macroéconomiques saines et un accroissement des investissements agricoles. Les pays d'Afrique du Nord ont également atteint cette cible. Néanmoins, les pays restants doivent redoubler leurs efforts afin de réduire la faim en raison du lien étroit que cette cible entretient avec les autres OMD, en particulier dans le domaine de la santé. À cet égard, la coopération internationale continue de revêtir un caractère essentiel.

L'assistance internationale dont a bénéficié l'Afrique pour aider le continent à atteindre cette cible a été positive. En juillet 2009, aux côtés des principales organisations internationales, les pays du G8 se sont engagés à donner 20 milliards USD sur trois ans pour aider les agriculteurs à accroître leur productivité. En 2006, les Fondations Gates et Rockefeller ont accordé une subvention de 150 millions USD à l'Alliance pour une révolution verte en Afrique (AGRA) afin de servir de catalyseur à la transformation agricole en Afrique (voir encadré 1). L'Équipe de haut niveau des Nations Unies sur la sécurité alimentaire a également joué un rôle de prime importance dans la stimulation des efforts internationaux en vue de résoudre la crise alimentaire. Depuis 2008, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (GAIN), récemment mise sur pied suite à la pression renouvelée exercée par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU), a reçu plus de 180 millions USD de la part des bailleurs de fonds.

Dans l'ensemble, les efforts pour stimuler la production agricole commencent à porter leurs fruits.

Encadré 1 : Assurer la viabilité de la Révolution verte en Afrique

Alors que les taux de croissance démographique continuent de dépasser la capacité des réserves alimentaires actuelles de l'Afrique, la transformation agricole demeure un défi fondamental au développement, entravant la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. L'émergence de nouveaux modes d'utilisation des produits agricoles a entraîné une pression accrue sur la capacité de l'Afrique à s'alimenter elle-même, ce qui fait planer la menace de la famine sur des millions d'Africains. En réponse à ces inquiétudes concernant les indicateurs relatifs à la sécurité alimentaire et aux faibles performances agricoles, les pays africains et leurs partenaires au développement ont redoublé d'efforts pour exploiter le meilleur de ce que la science et la technologie ont à offrir à l'heure actuelle pour accroître la productivité agricole du continent. L'Alliance pour une révolution verte en Afrique (AGRA) est le premier fruit de ces efforts. AGRA est une initiative coordonnée en vue de garantir le développement agricole et de promouvoir l'importance de l'innovation technologique et de la science autochtone pour soutenir une révolution verte en Afrique depuis l'intérieur du continent.

Depuis sa création en 2006, grâce au soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates, AGRA a offert aux distributeurs locaux des solutions gérables et flexibles pour développer un environnement de travail compétitif dans le domaine de l'agriculture rurale, en améliorant ainsi le rendement. Ciblant l'agriculture à petite échelle, les programmes d'AGRA soutiennent les infrastructures rurales, les systèmes de gestion de l'eau et les entreprises agro-commerçantes, et favorisent la formation portant sur des techniques de culture efficaces et l'impact du développement agricole sur le processus du changement climatique. Étant donné que les femmes sont responsables de la majeure partie de la production agricole en Afrique, le cadre d'orientation d'AGRA se concentre tout particulièrement sur ces dernières.

L'investissement dans la Recherche et le développement agricoles novateurs (R&D) en vue d'accroître la capacité de la culture à petite échelle en Afrique est essentiel pour parvenir à une croissance durable du rendement agricole. Le Programme Recherche pour le développement (R4D) de l'Institut international d'agriculture tropicale (IIAT) a apporté une précieuse contribution à cet égard. Ses recherches ont engendré toute une série d'innovations agricoles à fort rendement et des semences résistantes aux maladies dans de nombreux domaines tels que les plantations de bananes et de bananes plantains, la culture de céréales et de légumes, les plantations d'arbres et l'horticulture. Ce programme a également introduit un mécanisme systématique de protection intégré contre les organismes nuisibles aux applications variées dans une multitude de pays africains, notamment en Guinée, en Côte d'Ivoire, au Nigeria et en Ouganda. La diffusion de cette innovation en Guinée a débouché sur une production record de riz dans ce pays en 2007 avoisinant 1,4 million de tonnes, soit une hausse de 5 pour cent par rapport au rendement obtenu en 2006. Par conséquent, la production de riz de Guinée a été à même de couvrir 70 pour cent de la consommation nationale.

En raison de l'investissement dans le savoir-faire et les connaissances traditionnelles des populations autochtones, il a été possible d'améliorer considérablement les variétés de semences locales et les rendements des cultures. Les cultivateurs maliens du sorgho ont produit trois nouvelles cultures hybrides du sorgho qui ont la capacité de quadrupler les cultures vivrières de base du Mali. Ces céréales résistent à la sècheresse et sont essentielles à la sécurité alimentaire.

Sources : http://www.agra-alliance.org ; http://www.iita.org ; http://www.panapress.com (New Rice Varieties Boost African Rice Production).

À titre d'exemple, le Malawi a réussi à accroître sa productivité agricole. Cependant, il n'existe quasiment pas de consensus sur le prix à payer pour mettre un terme à la faim en Afrique. Le Sommet mondial sur la sécurité alimentaire de 2009 a estimé qu'il faudrait environ 44 milliards USD chaque année pour éradiquer la faim et réaliser la sécurité alimentaire, alors que la Banque mondiale a déclaré que de telles interventions dans les pays fortement affectés par le problème nécessiteraient quelque 11,8 milliards USD par an.

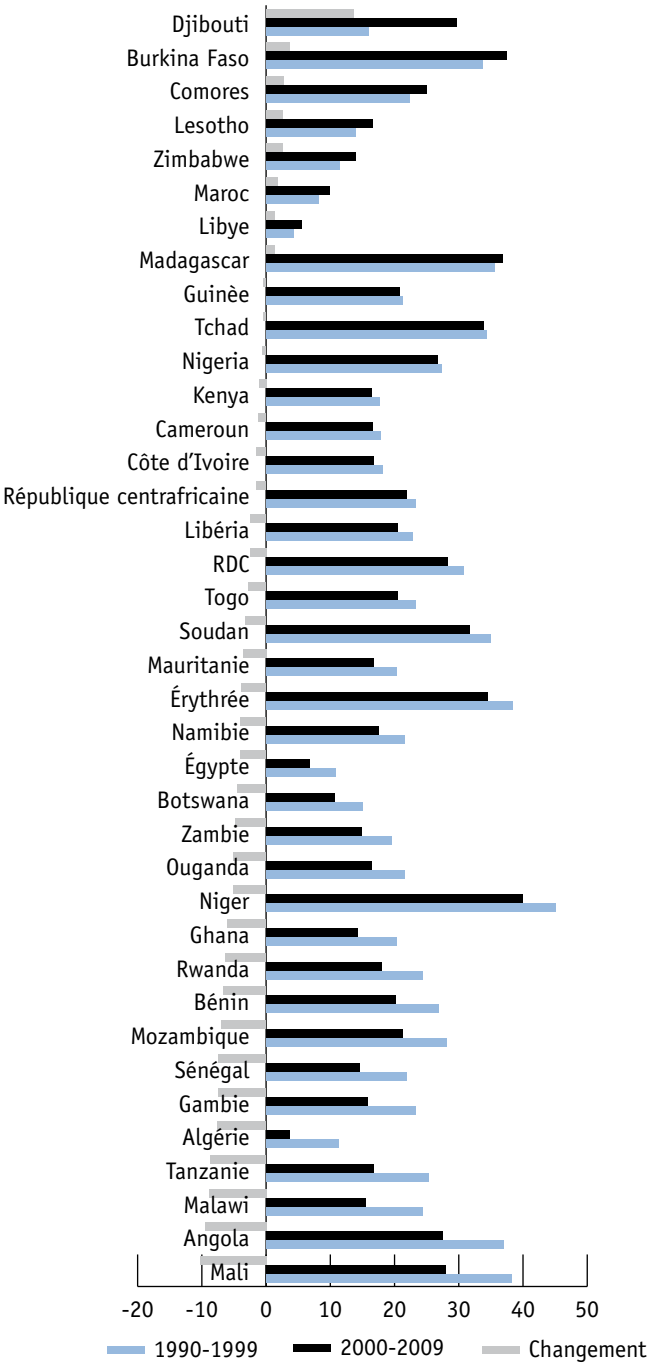
Cependant, le manque de données pour les indicateurs correspondants rend le suivi des progrès difficile à l'échelle des pays. Les données relatives à cette cible proviennent des Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS pour 2010 et de la FAO (2009).

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

La proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale qui tombent sous moins deux (-2) déviations standard (modéré à grave) du poids médian en fonction de l'âge et moins trois (-3) déviations standard (grave) du poids médian en fonction de l'âge de la population de référence constitue une autre mesure de la malnutrition. Cet indicateur a le potentiel de capturer les effets combinés de la malnutrition aiguë et chronique. Comme l'indique la *figure 4*, sur 38 pays pour lesquels des données sont disponibles[6], 30 sont parvenus à réduire la proportion des enfants souffrant d'insuffisance pondérale pendant les périodes allant de 1990–1999 et de 2000–2009,

6 Les pays pour lesquels aucune donnée n'est disponible à la *figure 4* sont les suivants : Burundi, Cameroun, Congo, Guinée équatoriale, Éthiopie, Gabon, Guinée-Bissau, Île Maurice, Sierra Leone, Somalie, Afrique du Sud, Swaziland, Tunisie, São Tomé et Príncipe et Cap-Vert.

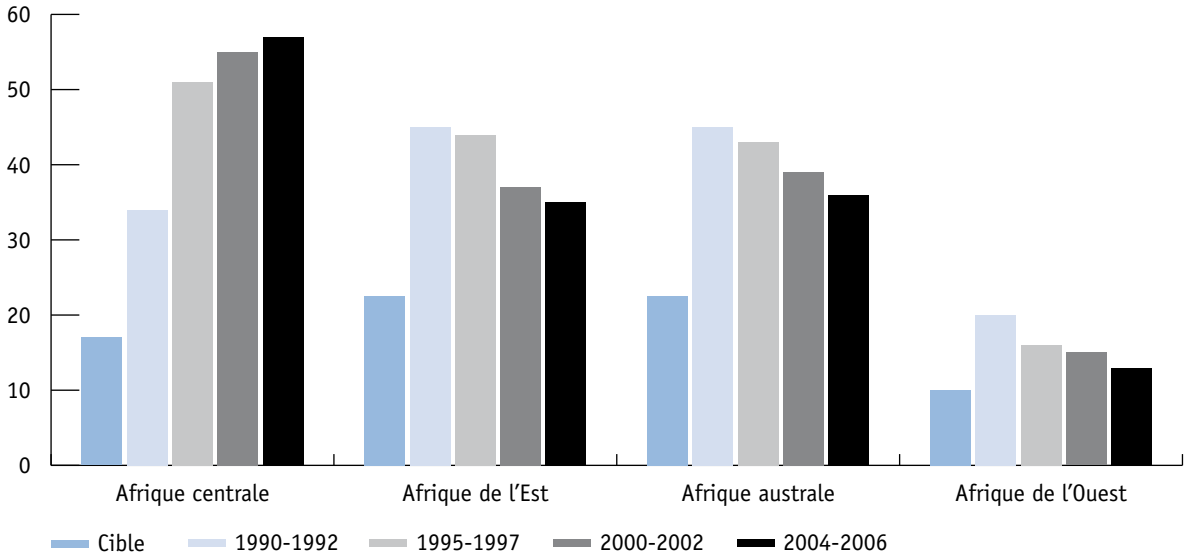
Figure 4 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale dans les pays africains sélectionnés, 1990-1999 et 2000-2009 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les Statistiques sanitaires mondiales 2010.

Note : absence de données pour 15 pays pour les périodes spécifiées.

Figure 5 : Proportion de la population souffrant de malnutrition d'après les groupements sous-régionaux du PAM/FAO (hormis l'Afrique du Nord), 1990-2006 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la FAO (2009).

Note : l'Afrique du Nord a enregistré moins de 5 pour cent de malnutrition au cours de l'ensemble de la période.

le taux de progression variant d'un pays à l'autre. Treize pays ont enregistré une baisse record de plus de 5 points de pourcentage pour cet indicateur alors que cette baisse était inférieure à 5 points de pourcentage pour les 17 pays restants. Cependant, dans huit pays[7], la proportion des enfants souffrant d'insuffisance pondérale a augmenté au cours de cette même période.

Indicateur 1.9 : proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique[8]

Pour nombre de pays africains, l'apport calorique minimal continue de poser problème. Le nombre absolu de personnes souffrant de malnutrition dans la région a augmenté, passant de 172,8 millions en 1990–1992 à 217,2 millions en 2004–2006. Cependant, la proportion de la population ne bénéficiant pas de l'apport calorique minimal a très légèrement chuté de 34 à 30 pour cent en Afrique, sauf en Afrique du Nord, qui connaît une situation bien meilleure, avec seulement 5 pour cent de la population souffrant de malnutrition. Comme l'indique la *figure 5*, la proportion des personnes souffrant de malnutrition a baissé progressivement dans toutes les sous-régions du continent, à l'exception de l'Afrique centrale. Si la tendance persiste, l'Afrique de l'Ouest sera en bonne voie d'atteindre la cible de réduction de moitié de la proportion des personnes souffrant de malnutrition à la date d'échéance prévue. Ceci est en grande partie imputable aux progrès enregistrés par le Nigeria et le Ghana. La proportion des personnes souffrant de malnutrition a en

7 Djibouti, Burkina Faso, Comores, Lesotho, Zimbabwe, Maroc, Libye et Madagascar.

8 L'analyse de cet indicateur a été établie par la FAO (2009).

fait augmenté au Libéria, en Gambie et en Sierra Leone (FAO, 2009).

En Afrique australe et en Afrique de l'Est, les progrès ont été lents eu égard à cet indicateur et, si la tendance actuelle se poursuit, ces deux sous-régions ne parviendront pas à satisfaire à cette cible[9].

Des mesures sont instamment requises en Afrique centrale et notamment en République démocratique du Congo, qui abrite à elle seule la majorité des personnes souffrant de malnutrition dans cette sous-région, et également dans les sous-régions d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est.

Le succès global dépend d'une combinaison de politiques économiques et sociales réussies assorties de choix scientifiques et technologiques judicieux. Comme en atteste l'encadré 1, une Révolution verte en Afrique représente un réel impératif. Cependant, selon Conway et Waage (2010), pour qu'une révolution réussisse, elle doit développer des technologies susceptibles de « produire des résultats pour les petits agriculteurs dans une multiplicité d'environnements hostiles et enclins aux risques ». Il est nécessaire pour cela que les technologies ciblent des besoins spécifiques. Conway et Waage suggèrent de concentrer les efforts sur cinq domaines élargis, à savoir : (i) les nouvelles variétés de cultures, (ii) l'amélioration de la fertilité du sol, (iii) le renforcement de l'efficacité de l'utilisation de l'eau, (iv) un meilleur contrôle des maladies, des organismes nuisibles et des mauvaises herbes, et (v) des systèmes de culture et d'élevage associant les domaines susvisés de manière à profiter aux petits agriculteurs comme aux grandes exploitations.

9 À la figure 5, les pays sont groupés d'après les classifications sous-régionales du PAM/FAO. En conséquence, la RDC a contribué au recul général enregistré par l'Afrique centrale et représente 62 pour cent de la population de la sous-région. Pour la composition des groupes sous-régionaux employés ailleurs dans ce rapport, veuillez consulter l'annexe 5.

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

Les pays africains continuent de réaliser de bonnes performances pour ce qui est de la plupart des cibles relatives à l'éducation. La scolarisation nette à l'école primaire a augmenté dans tous les pays et il est probable que la majorité des pays africains parviennent à respecter cet objectif d'ici la date d'échéance. Cependant, le taux de progrès en matière de scolarisation au primaire n'est pas proportionnel à l'augmentation du taux d'achèvement du primaire. Pour nombre de pays africains, le fait de garantir une bonne qualité de l'éduction primaire pose un défi important.

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

Indicateur 2.1. taux net de scolarisation dans le primaire

Dans l'ensemble, les pays africains continuent de marquer des progrès dans le domaine du taux de scolarisation net dans l'enseignement primaire. Sur 27 pays disposant de données pour 1991 et 2007 (*voir figure 7*), sept pays (Éthiopie, Guinée, Malawi, Mali, Madagascar, Mauritanie et Maroc) ont enregistré une amélioration significative de 30 à 50 points de pourcentage. Le Burkina Faso, le Burundi, Djibouti, la Gambie, le Ghana, le Niger, le Rwanda, le Sénégal, le Swaziland et le Togo ont également réussi à améliorer le taux de scolarisation net de quelque 10 à 30 points de pourcentage au cours

de cette période. Par comparaison à 2005, l'Algérie, le Cap-Vert, l'Érythrée, le Malawi, le Togo, l'Afrique du Sud et la Tunisie ont tous enregistré un faible recul eu égard à cet indicateur en 2007, qui pourrait bien être le résultat des données et ne devrait pas susciter d'inquiétudes importantes en ce qui concerne les politiques de ces pays, en particulier en Tunisie et en Algérie, qui peuvent se targuer de taux de scolarisation nets de presque 100 pour cent.

En ce qui concerne cet indicateur, la République du Congo et la Guinée équatoriale affichent l'inversion la plus forte depuis 2007 par comparaison à 1991. Au Congo, le taux de scolarisation net dans le primaire est tombé d'un peu plus de 85 pour cent en 1991 à environ 60 pour cent en 2007, après s'être redressé de ses 44 pour cent enregistrés en 2005. En Guinée équatoriale, le taux de scolarisation net dans le primaire est tombé de 98 pour cent en 1991 à environ 70 pour cent en 2007. Ceci suscite de vives inquiétudes car l'éducation publique est gratuite et obligatoire dans les deux pays. Cependant, les très faibles dépenses consacrées à l'enseignement primaire dans le budget total alloué à l'éducation dans ces deux pays (*voir figure 6*), associées aux troubles civils et aux conflits ont causé une détérioration importante de l'infrastructure éducative.

L'augmentation du budget alloué aux dépenses dans l'enseignement primaire est essentielle pour hausser le taux de scolarisation net. Une telle mesure permettrait de construire des écoles et de nouvelles salles de classe, de recruter des enseignants supplémentaires, d'augmenter le salaire des enseignants et de fournir livres et repas scolaires. Ces améliorations augmentent à leur tour l'attrait de la scolarisation et favorisent la rétention. La *figure 7a* montre que les pays (d'après la *figure 6*) qui affectent au moins 50 pour cent du budget consacré à l'enseignement à l'éducation primaire

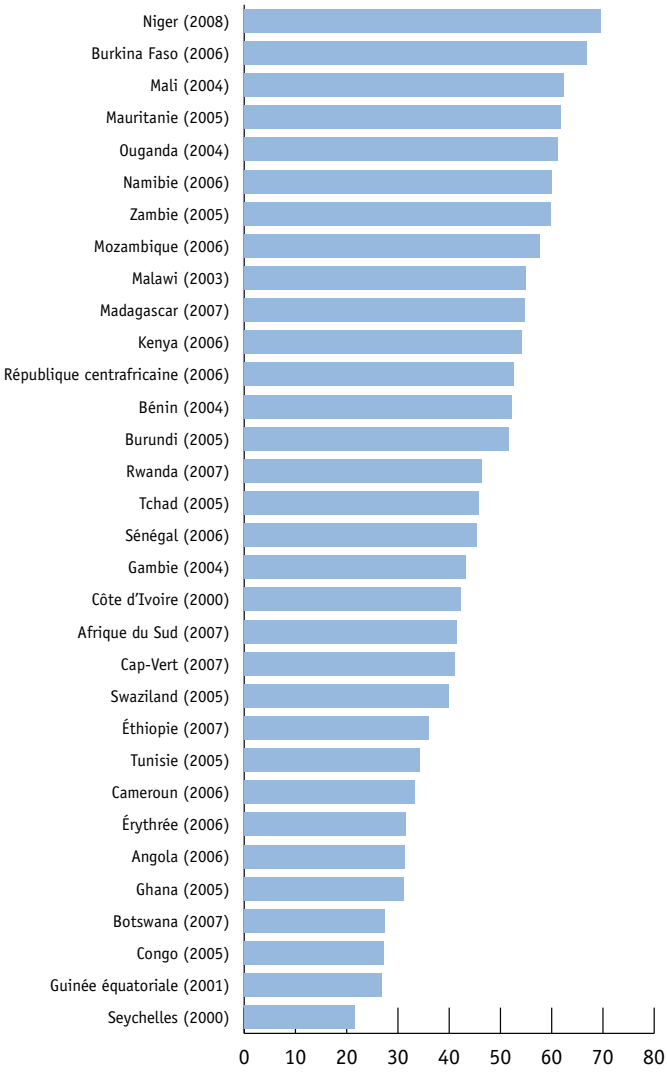
Encadré 2 : Mesurer la situation de la faim – L'Indice global de la faim

Dans le contexte de la recherche d'une mesure complexe de la faim à travers les régions, l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) a mis au point un Indice global de la faim (GHI) en combinant les trois indicateurs suivants : (i) la proportion des personnes souffrant de malnutrition exprimée en pourcentage de la population totale, (ii) la proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant d'une insuffisance pondérale, et (iii) le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

De manière générale les valeurs du GHI sont à la baisse pour les pays en développement (*voir annexe 4*). Cependant, cette tendance n'est pas uniforme sur l'ensemble des régions. L'Afrique, hormis l'Afrique du Nord, a affiché la baisse la plus faible du GHI à 13 pour cent par comparaison à l'Amérique latine et aux Caraïbes dont le GHI a chuté de plus de 40 pour cent. En outre, sur les dix pays qui ont enregistré la plus forte hausse de leur GHI à l'échelle mondiale pour la période 1990-2009, neuf se situent en Afrique (RDC, Burundi, Comores, Guinée-Bissau, Zimbabwe, Libéria, Sierra Leone, Swaziland et Zambie). Point plus positif, certains pays africains ont amélioré leur GHI de plus de dix points de pourcentage (Angola, Éthiopie, Ghana, Malawi, et Mozambique).

Source : Grebmer et al. (2009).

Figure 6 : Dépenses dans l'éducation primaire (exprimées en % des dépenses totales en matière d'éducation)



Source : UNESCO (2009).

Note : les années figurant entre parenthèses sont celles pour lesquelles les dernières données sont disponibles.

ont affiché le taux de progrès le plus rapide eu égard à cette cible en 2007 par comparaison à 1991. Par exemple, la Mauritanie a vu ainsi son taux de scolarisation net augmenter, passant de quelque 38 pour cent en 1991 à 81 pour cent en 2007. Quant au Niger, son taux de 28 pour cent en 1991 est passé à 46 pour cent en 2007. L'exemple de ces pays suggère que l'augmentation des dépenses consacrées à l'enseignement primaire est une condition nécessaire à l'accélération des progrès vers la réalisation de cet indicateur.

Beaucoup d'écoles primaires imposent des frais de scolarité, ce qui est susceptible d'avoir un impact négatif sur le taux de scolarisation net, en particulier dans le segment le plus pauvre de la population.

L'aide internationale a joué un rôle essentiel dans l'accroissement des dépenses consacrées au primaire. En 2005, les bailleurs de fonds internationaux ont fortement concentré leurs efforts sur l'éducation. Le gouvernement britannique, par l'intermédiaire du DFID, son ministère pour le Développement international, a accordé pour la décennie précédant 2015, une aide de 8,5 milliards GBP pour l'enseignement primaire dont une majeure partie au profit de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud-Est. Pour bénéficier de ce financement supplémentaire, les pays candidats devaient préparer des plans d'éducation assortis d'estimations minutieuses. Parmi les nombreux pays éligibles, ceux qui ont augmenté leurs dépenses consacrées à l'enseignement primaire ont été choisis pour bénéficier de ce financement supplémentaire.

Pour réaliser cet indicateur, les pays doivent atteindre un taux de scolarisation net d'au moins 95 pour cent. D'après ce critère, en 2007, l'Algérie, l'Égypte, Madagascar, l'Île Maurice, São Tomé et Príncipe, la Tunisie et la Zambie ont atteint la cible

ou se trouvaient à moins de 5 points de pourcentage de celle-ci, alors que le Maroc, le Rwanda, l'Afrique du Sud et l'Ouganda étaient de 5 à 10 points de pourcentage de celle-ci. Treize[10] autres pays sont également en bonne voie d'atteindre cette cible, sous réserve qu'ils poursuivent leurs progrès sur un rythme identique à celui de la période allant de 1991 à 2007. Si la tendance actuelle se poursuit, quelque 27 pays atteindront l'objectif relatif au taux de scolarisation net dans le primaire d'ici la date d'échéance.

Cependant, un grand nombre de pays sont à la traîne de plus de 11 points de pourcentage. En 2007, pour sept pays (Burkina Faso, République centrafricaine, Congo, Djibouti, Érythrée, Mali, et Niger) l'écart entre le taux atteint et le taux cible de scolarisation nette au primaire variait de 37 à 58 points de pourcentage (*voir figure 7b*). Si la tendance actuelle se poursuit, environ 22 pays manqueront d'atteindre cette cible d'ici 2015. Par conséquent, des mesures urgentes s'avèrent nécessaires afin d'accroître les interventions visant à améliorer le taux de scolarisation dans le primaire dans ces pays, et en particulier dans les sept pays affichant le moins de progrès dans ce domaine. L'aide internationale associée à une affectation budgétaire plus généreuse en faveur du secteur de l'éducation primaire est essentielle à la réussite.

Indicateur 2.2 : proportion d'écoliers ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire

Bien que les nouvelles concernant le taux de scolarisation net soient encourageantes, les progrès quant au taux d'achèvement du primaire sont très lents. Sans être un indicateur officiel des OMD, le taux d'achèvement du primaire n'en demeure pas moins utile pour mesurer la qualité du système éducatif. Il aide à évaluer la réussite d'un système éducatif en réduisant le nombre d'abandons et en améliorant la rétention des élèves, de sorte à ce que les enfants restent à l'école et achèvent le cycle primaire. De plus, un accroissement des investissements, à la fois publics et privés, dans la dispense de l'enseignement primaire, trouve une meilleure justification lorsque les enfants scolarisés restent à l'école jusqu'à ce qu'ils aient terminé leurs études.

10 Burundi, Cap-Vert, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Malawi, Mauritanie, Namibie, Sénégal, Swaziland, et Togo.

Figure 7a : Progrès du ratio de scolarisation net dans le primaire dans les pays africains sélectionnés, 1991, 2005 et 2007 (en %)

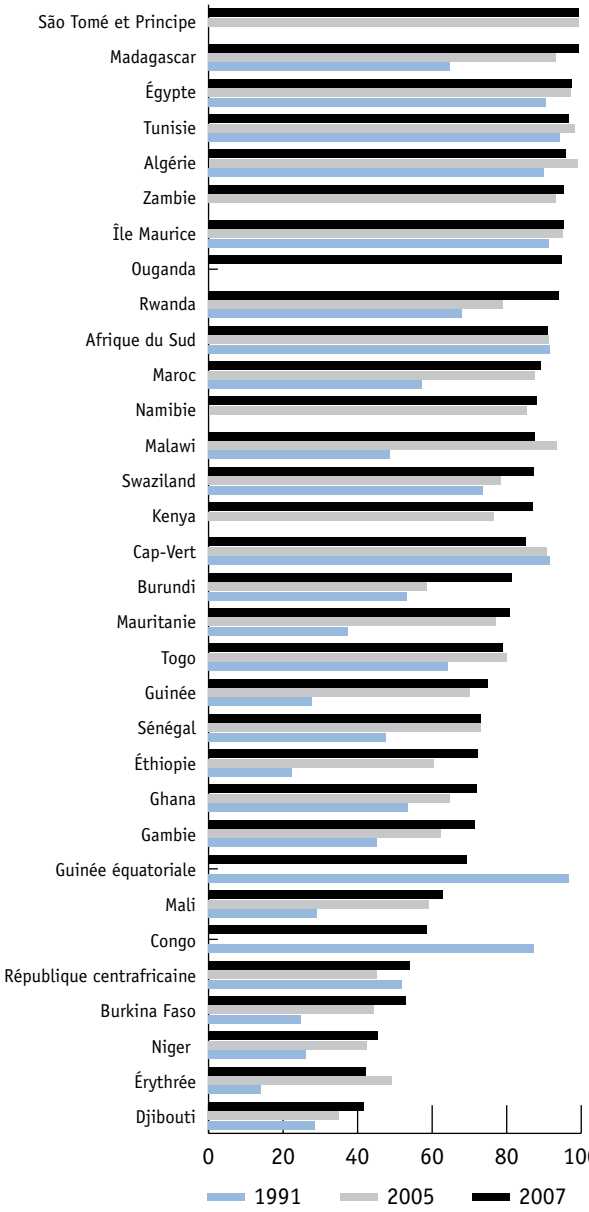
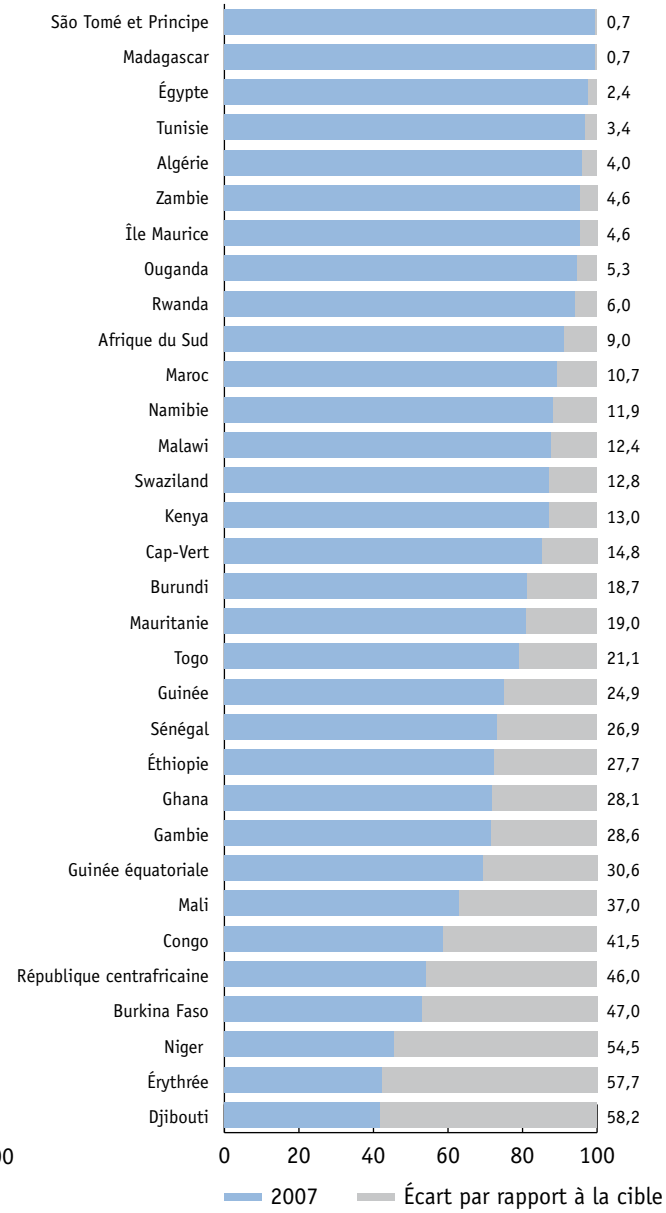


Figure 7b : Écart par rapport au taux de scolarisation net cible dans le primaire, dans les pays africains sélectionnés, 2007 (en %)

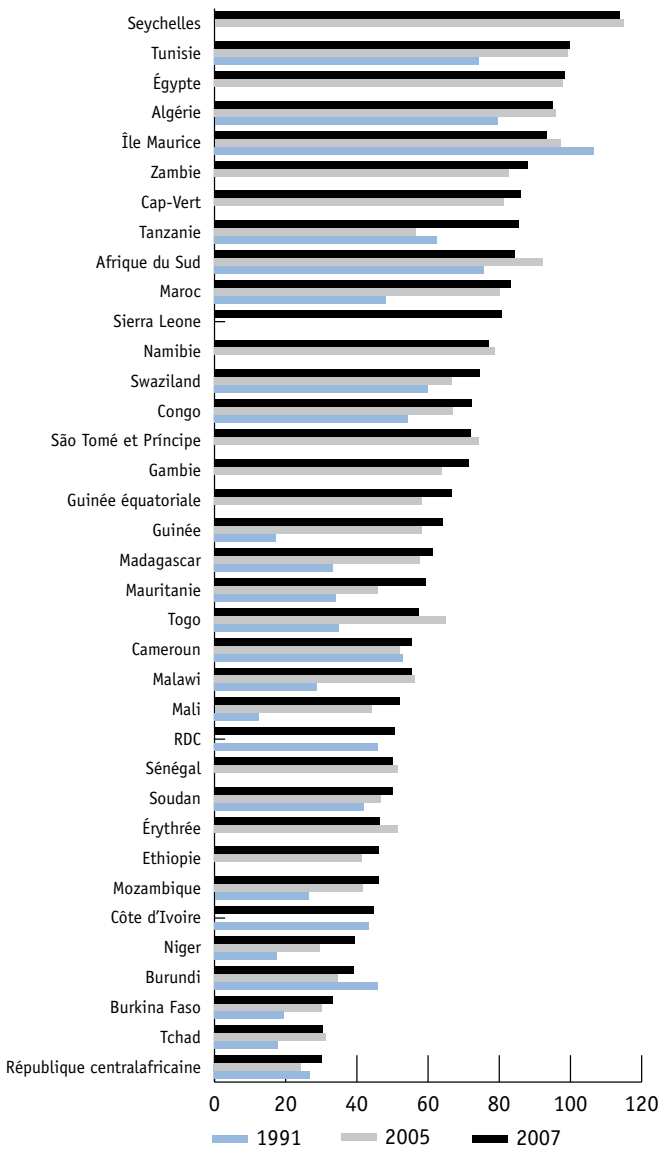


Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 26, 24 et 21 pays pour les années 1991, 2005 et 2007 respectivement.

La *figure 8* présente les preuves relatives au taux d'achèvement dans les pays pour lesquels les données sont disponibles pour 1991, 2005 et 2007. Sur les 24 pays répertoriés[11], 92 pour cent montrent une amélioration significative du taux d'achèvement du primaire. Trente-et-un pour cent de ces pays ont connu des améliorations se traduisant par 25 à 47 points de pourcentage alors que 30 pour cent de pays indiquent une amélioration de 10 à 25 pour cent. Le reste des pays affichent une amélioration inférieure à 10 pour cent. Par comparaison à 1991, la Guinée, le Maroc, la Mauritanie, la Tunisie, le Malawi, Madagascar, le Mali, le Mozambique, le Tchad, la Tanzanie et le Togo ont réalisé des progrès notables sur le front de l'amélioration de leurs taux d'achèvement du primaire. L'Île Maurice et le Burundi sont les deux seuls pays dont le taux d'achèvement du primaire a enregistré un recul de 13 et de 6 pour cent respectivement au cours de la période 1991–2007. En ce qui concerne les progrès les plus récents (2005–2007), la *figure 8* montre une régression des taux d'achèvement du primaire de l'Algérie, du Tchad, de l'Érythrée, du Malawi, de l'Île Maurice, de la Namibie, de São Tomé et Príncipe, des Seychelles, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et du Togo, alors que la Tanzanie a amélioré son taux de plus de 50 pour cent. Au cours de la même période, l'Éthiopie, le Congo, la Zambie, la République centrafricaine, la Guinée, la Gambie, le Swaziland, le Mali, la Guinée équatoriale, le Niger et la Mauritanie ont quant à eux amélioré leur taux d'achèvement du primaire de 5 à 13 points de pourcentage.

Figure 8 : Taux d'achèvement du primaire dans les pays africains sélectionnés, données disponibles pour 1991, 2005, et 2007 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 29, 20 et 17 pays pour les années 1991, 2005 et 2007 respectivement.

11 Algérie, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, RDC, Guinée, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Île Maurice, Maroc, Mozambique, Niger, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, et Tunisie.

Il est important de noter l'importance croissante que revêt l'enseignement primaire privé en Afrique, même dans les pays dans lesquels l'enseignement primaire public est gratuit et garanti par la Constitution, et la contribution de ce phénomène à la cible relative au taux de scolarisation net. Le tableau 2 montre la tendance en matière de scolarisation dans les écoles primaires privées d'un sous-groupe de pays africains et les taux d'ensemble d'achèvement du primaire (nationaux).

En 2007, le secteur de l'enseignement primaire privé représentait 40 pour cent du nombre total d'inscriptions au primaire au Togo, alors qu'au Tchad et au Mali, il était à plus de 30 pour cent. L'enseignement privé gagne en importance dans les pays où le gouvernement détenait jusqu'à récemment le monopole en la matière et garantissait un enseignement gratuit et obligatoire. Il est clair qu'une plus large diffusion de l'enseignement privé est un facteur positif d'accélération des progrès eu égard à cet indicateur.

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

Les progrès réalisés en matière d'alphabétisation des jeunes dans les pays africains continuent d'être louables (*voir figure 9a*) et talonnent les pays dont les taux d'achèvement du primaire sont élevés. En 2007, seuls cinq points de pourcentage séparaient

Tableau 2 : Scolarisation dans des écoles primaires privées (en % du taux de scolarisation total et des taux d'achèvement du primaire), 1999 et 2007

	1999		2007	
	Taux de scolarisation**	**Taux d'achèvement *(total)**	**Taux de scolarisation****	**Taux d'achèvement *(total)**
Mali	22	32,8 (2000)	38	52,2
Togo	36	53,2	42	57,4
Tunisie	0,7	87,9	1	99,9
Tanzanie	0,2	56,8	1	85,4
Tchad	25	20,1	34	30,4
Égypte	N,A	100	8	98,5
Nigeria	4		5	72,4 (2004)
Mozambique	N,A	14,0	2	46,3
Malawi	N,A	67,2	1	55,4
Maroc	4	53,8	8	83,4
Mauritanie	2	52,6 (2000)	9	59,4

Sources : *données de la DSNU mises à jour en juillet 2009 ; **Rapport mondial de suivi sur l'EPT de l'UNESCO

Figure 9a. Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, dans les pays africains sélectionnés, pour les deux genres, 2007 (en %)

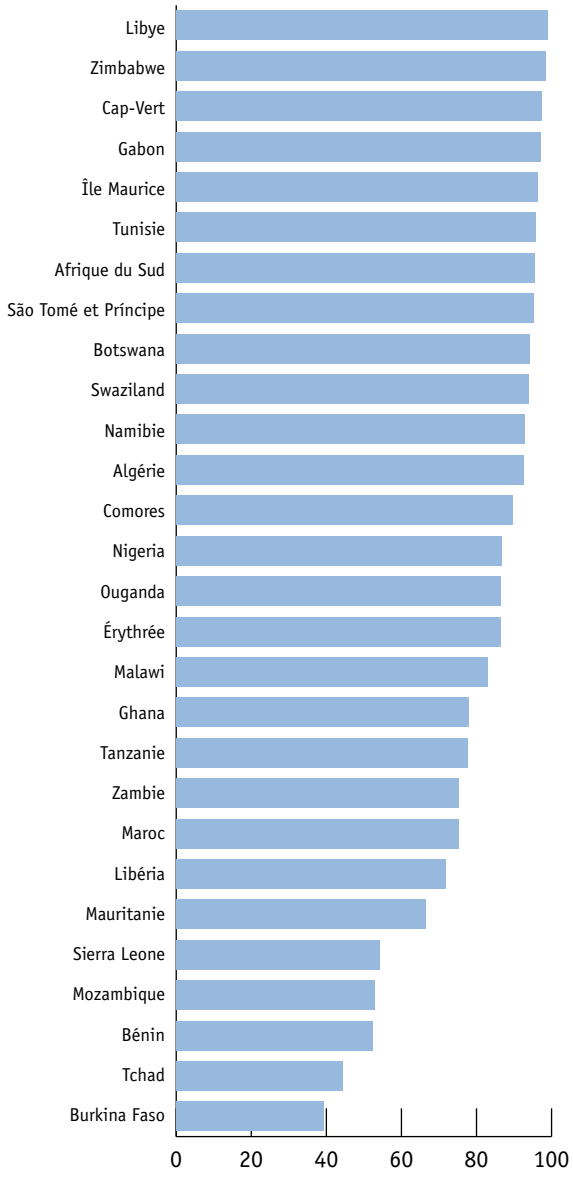
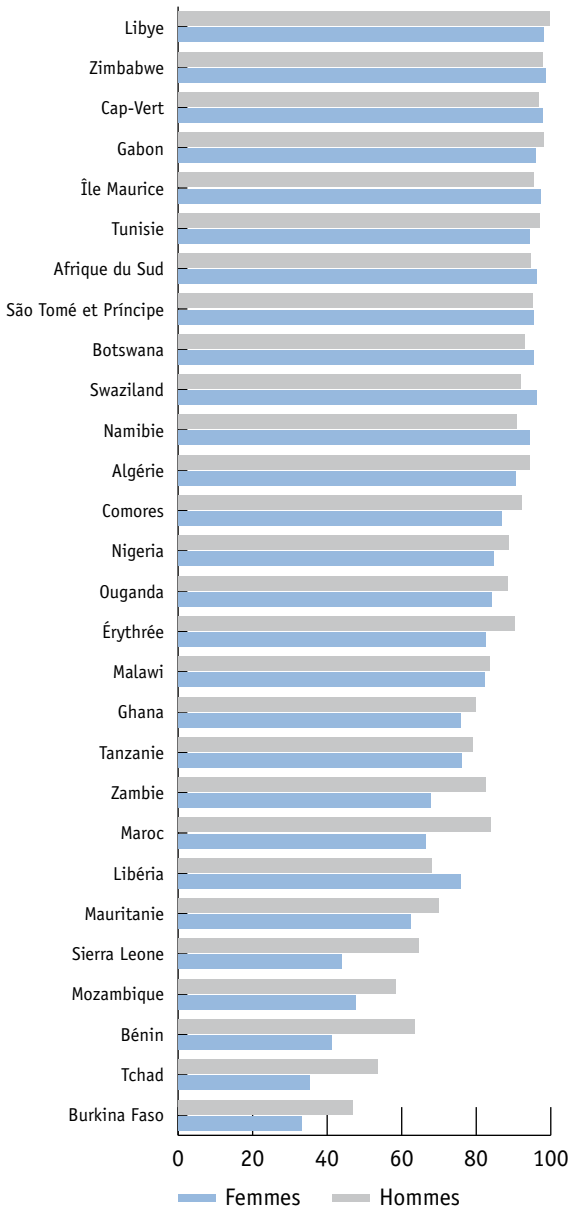


Figure 9b. Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, dans les pays africains sélectionnés, données ventilées selon le genre, 2007 (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 25 pays en 2007.

huit pays[12] de cette cible alors que quatre autres ne se trouvaient qu'à dix points de pourcentage de la cible. En revanche, sur les 28 pays pour lesquels nous disposons des données, un gouffre continue de se creuser entre sept pays et la cible concernée (de 28 à 60 points de pourcentage).

Les résultats de l'alphabétisation en fonction des genres sont mitigés. D'après les données désagrégées par genre (*voir figure 9b*), il existe un écart entre les taux d'alphabétisation des hommes et des femmes dans les 28 pays pour lesquels des données sont disponibles. En 2007, les taux d'alphabétisation de sept pays[13] étaient de 10 à 22 points de pourcentage plus élevés chez les hommes que chez les femmes. 12 pays supplémentaires affichent également des taux d'alphabétisation plus élevés chez les hommes mais dans une moindre mesure (de 1 à 7,5 points de pourcentage). Bien que les hommes jeunes soient, en règle générale, plus susceptibles de savoir lire et écrire, dans un certain nombre de pays tels que le Libéria, la Namibie, le Swaziland ou le Botswana, la situation est inversée, le taux d'alphabétisation des femmes y étant en moyenne plus élevé que celui des hommes de 2 à 7,7 points de pourcentage. Au Libéria et en Namibie, cette tendance pourrait être une répercussion des conflits armés alors qu'au Botswana et au Swaziland, ceci pourrait être imputable à l'attrait relatif du travail dans les mines en Afrique du Sud et qui n'exige pas de qualification spéciale. Bien que cet aspect constitue des preuves positives de l'autonomisation des femmes, les répercussions sociales (en termes de violence et de criminalité, qu'il s'agisse de violences perpétrées à l'encontre des femmes ou de conflits armés) induites par la présence de larges groupes de jeunes hommes illettrés doivent retenir toute l'attention des politiques. Pour parvenir à l'autonomisation des femmes, il est également important de garantir que les hommes ne perdent pas parallèlement leur propre autonomie.

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

Les dernières données disponibles indiquent qu'en 2007, les pays africains ont dans l'ensemble enregistré des progrès dans le domaine de l'égalité entre les genres et de l'autonomisation des femmes. La cible de parité des genres dans l'éducation primaire devrait être atteinte par la plupart des pays. Malheureusement, la parité baisse dans l'enseignement secondaire et le fossé se creuse encore plus dans l'enseignement supérieur.

En ce qui concerne les enseignements primaire et secondaire, les pays d'Afrique de l'Ouest, tels que la Gambie, la Guinée, la Mauritanie et le Sénégal, ont réalisé les progrès les plus importants dans la réalisation de la parité entre les genres. Pour ce qui est de l'enseignement supérieur, en dépit de la rareté des données, l'Afrique du Nord continue de caracoler en tête, la Tunisie et l'Algérie ayant sensiblement dépassé les attentes en matière de parité des genres, dans la mesure où ces pays comptent désormais davantage de femmes que d'hommes dans les collèges et les universités. Les données restent insuffisantes en ce qui concerne l'indicateur 3.2, ce qui rend problématiques le suivi et l'analyse des progrès liés aux femmes salariées dans le secteur non agricole.

12 São Tomé et Príncipe, Afrique du Sud, Tunisie, Île Maurice, Gabon, Cap-Vert, Zimbabwe, et Libye.

13 Burkina Faso, Tchad, Bénin, Mozambique, Sierra Leone, Maroc et Zambie (*voir figure 9b*).

La proportion des femmes élues dans les parlements nationaux africains a progressé en 2009, confirmant la tendance à la hausse des dernières années à cet égard, signalée dans le rapport de l'année précédente. Le Rwanda, l'Angola, le Mozambique et l'Afrique du Sud sont dans le peloton de tête en ce qui concerne les avancées liées à cet indicateur. Le Rwanda qui a enregistré les meilleures performances du continent au cours des deux dernières années, a enregistré une augmentation du nombre de parlementaires femmes de 7,8 pour cent entre 2008 et 2009. Quant à l'Angola, qui a organisé des élections en septembre 2008, la représentation des femmes au parlement a progressé de 22,8 pour cent par comparaison aux dernières élections qui remontent à septembre 1992. De même, entre 1990 et 2009, la participation des femmes au parlement du Mozambique a augmenté de 19,1 pour cent. L'Afrique du Sud a également réalisé des progrès notables vis-à-vis de cet indicateur entre 1994 et 2009.

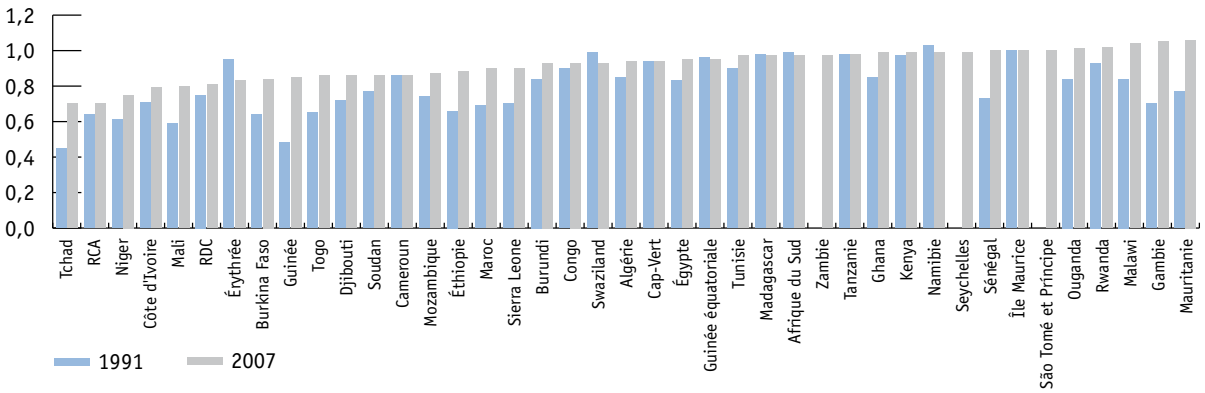
Cible 3.A - Éliminer les disparités entre les genres dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

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

D'après l'analyse de l'indice de parité des genres au niveau du primaire entre 1991 et 2007 (*voir figure 10*), sur les 38 pays pour lesquels des données sont disponibles, six pays (Érythrée, Swaziland, Afrique du Sud, Namibie, Madagascar et Guinée équatoriale) ont marqué un léger recul de leur indice.

L'Île Maurice est le seul pays qui soit parvenu à maintenir l'égalité entre les genres pour la période 1991–2007. Les niveaux de parité des genres au Cameroun, au Cap-Vert et en Tanzanie n'ont pas changé alors que les chiffres concernant les 28 pays restants ont augmenté de 0,02 à 0,37 points. La Guinée et la Gambie ont réalisé la plus

Figure 10 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement primaire dans les pays africains sélectionnés, 1991 et 2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

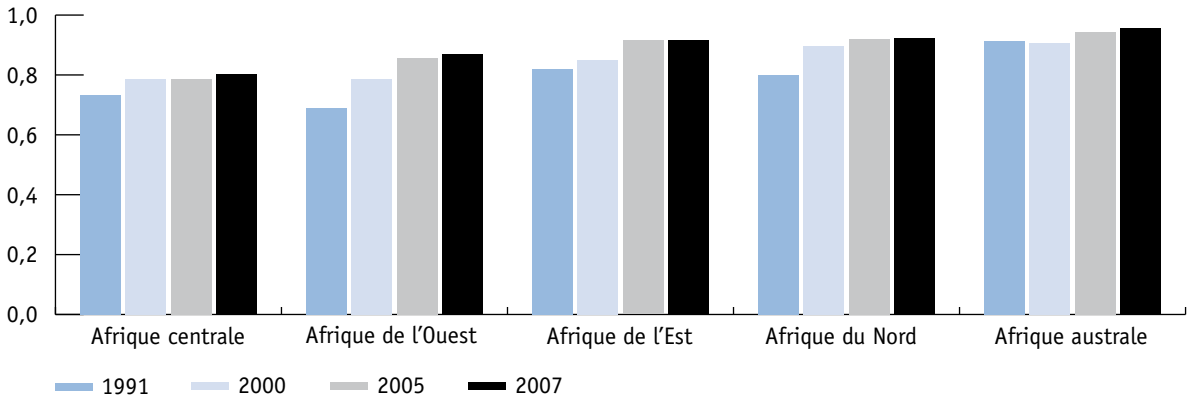
Note : absence de données pour 6 pays en 1991 et 12 pays en 2007.

grande réduction de disparités entre les genres, en réduisant les écarts respectivement de 0,37 et 0,35 points, talonnées par le Sénégal et la Mauritanie. Bien que les données pour l'année de référence de 1991 ne soient pas disponibles, les données relatives à 2007 révèlent que la Zambie, les Seychelles et São Tomé et Príncipe ont atteint la parité entre les genres ou sont en passe de le faire dans les écoles primaires. En 2007, la Gambie, le Malawi, la Mauritanie et le Rwanda ont enregistré un niveau de parité des genres supérieur à 1,0 au primaire, ce qui signifie que davantage de filles que de garçons y sont scolarisées dans les écoles primaires. Pour certains pays dont l'indice de parité des genres est supérieur à 1,0, le défi en matière de politiques consiste à accroître le taux de scolarisation des garçons. Dans l'ensemble, si la tendance actuelle se poursuit, la plupart des pays africains atteindront la parité des genres dans l'éducation primaire d'ici à la date d'échéance.

Bien que l'ensemble du continent ait enregistré de grandes avancées vers la réalisation de la parité entre les genres dans le primaire, la comparaison entre les sous-régions (*voir figure 11*) révèle que les pays d'Afrique australe, bien que plus proches de la cible, ont réalisé le moins de progrès, le Swaziland, l'Afrique du Sud, la Namibie et Madagascar ayant même enregistré un recul à ce niveau. Les pays d'Afrique de l'Ouest ont enregistré les progrès les plus significatifs quant à cet indicateur, la Gambie, la Guinée, la Mauritanie et le Sénégal occupant la tête du classement. À l'échelle des sous-régions, l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale ont, dans l'ensemble, accompli des progrès dans la réalisation de la parité des genres.

D'après l'analyse de l'indice de parité des genres au niveau du secondaire entre 1991 et 2007 (*voir figure 12*), sur les 26 pays pour lesquels des données sont disponibles, l'Éthiopie, le Swaziland, le Madagascar, l'Afrique du Sud et la Namibie ont enregistré un recul de leur indice, la régression la

Figure 11 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement primaire par sous-région africaine, 1991–2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 6 pays en 1991 et 2000, 9 pays en 2005 et 12 pays en 2007.

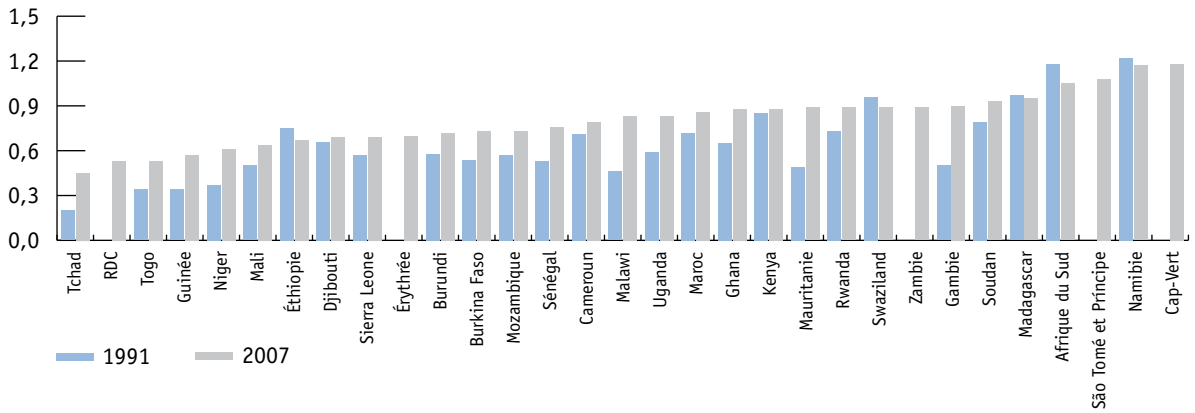
plus nette étant celle de l'Afrique du Sud, avec un repli de 0,13 point. Les 19 pays restants ont réduit la disparité entre les genres de 0,03 à 0,4 point.

La Gambie et la Mauritanie ont le mieux réussi, en réduisant les disparités entre les genres de 0,4 point, suivis de près par le Malawi (0,37 point).

Les données relatives à 2007 révèlent que l'Afrique du Sud, la Namibie, São Tomé et Príncipe et le Cap-Vert ont enregistré un niveau de parité des genres supérieur à 1,0 au secondaire, ce qui signifie que davantage de filles que de garçons sont scolarisées dans les établissements secondaires de ces pays. Étant donné que peu de pays africains ont atteint un indice de parité des genres de 0,9 en 2007, si la tendance actuelle se poursuit, il est très peu probable que le continent dans son ensemble atteigne cette cible d'ici 2015.

Beaucoup de pays africains n'ont pas signalé de données relatives à la parité des genres au niveau de l'enseignement supérieur, seuls neuf pays ayant fourni des données à la fois pour 1991 et 2007 (Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Ghana, Madagascar, Malawi, Maroc, Tanzanie et Tunisie). Les données en provenance de ces neuf pays (*voir figure 13*) indiquent qu'ils sont tous parvenus à réduire la disparité entre les genres, la Tunisie étant en tête (0,85), suivie du Maroc (0,31) et de la Tanzanie (0,29). En 2007, le Cap-Vert, l'Algérie, et la Tunisie ont dépassé la parité et enregistré des indices respectivement de 1,21, 1,4 et 1,51. Ceci signifie que, dans ces pays, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'accéder à l'enseignement supérieur. Étant donné que la majorité des pays africains affichaient un indice de parité des genres inférieur à 0,90 en 2007, et que nombre de pays continuent de rencontrer des difficultés pour atteindre un indice de parité des genres de 0,50, il est très peu probable que le continent dans son ensemble atteigne cette cible d'ici 2015 si la tendance actuelle se poursuit.

Figure 12 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement secondaire dans les pays africains sélectionnés, 1991 et 2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 12 pays en 1991 et 20 pays en 2007.

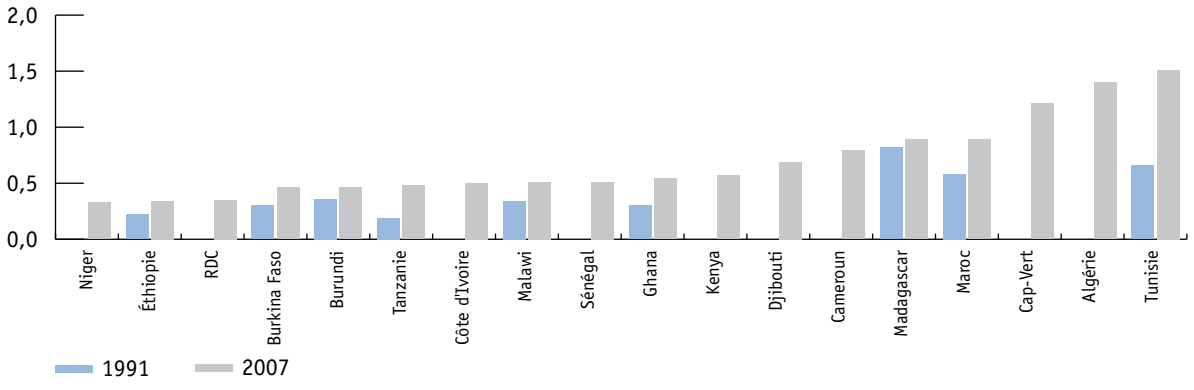
Indicateur 3.2 : proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole

Cet indicateur permet de mesurer l'égalité entre les genres mais il est difficile d'établir un compte-rendu s'y rapportant en raison du manque de données disponibles. Les pays doivent s'employer à recueillir des données désagrégées par genre. Les informations disponibles (*voir figure 14*) indiquent que l'Éthiopie (47 pour cent), la République centrafricaine (47 pour cent), l'Afrique du Sud (44 pour cent) et le Botswana (44 pour cent) sont les pays qui enregistrent les meilleurs scores en la matière alors que des pays comme le Sénégal (11 pour cent), le Libéria (11 pour cent), l'Algérie (15 pour cent), la Libye (16 pour cent) ou bien encore l'Égypte (18 pour cent) doivent fournir davantage d'efforts pour accroître la part des femmes dans les emplois salariés du secteur non agricole. La *figure 14* répertorie les pays, par ordre croissant, en fonction de l'année des données disponibles.

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

Le signalement des données concernant cet indicateur s'améliore, l'ensemble des 53 pays africains ayant fourni des données pour 2009. Les changements de la représentation des femmes au sein des parlements nationaux ont été impressionnants par comparaison à 1990, année de référence. Sur les 37 pays africains disposant de données pour 1990 et 2009 (*voir figure 15*), la proportion des sièges parlementaires occupés par des femmes a augmenté dans 31 pays, bien que six pays (Guinée-Bissau, São Tomé et Príncipe, Congo, Guinée équatoriale, Égypte et Cameroun) aient enregistré un recul à ce niveau au cours de cette période. Comme c'était le cas dans le rapport de l'an dernier, le Rwanda s'est avéré être en tête en ce qui concerne cet indicateur en 2009, comptant 56,3 pour cent de ses sièges parlementaires occupés par des femmes, suivi de l'Afrique du Sud (45,0 pour cent), de l'Angola (37,3 pour cent), du Mozambique (34,8 pour cent) et de l'Ouganda (30,7 pour

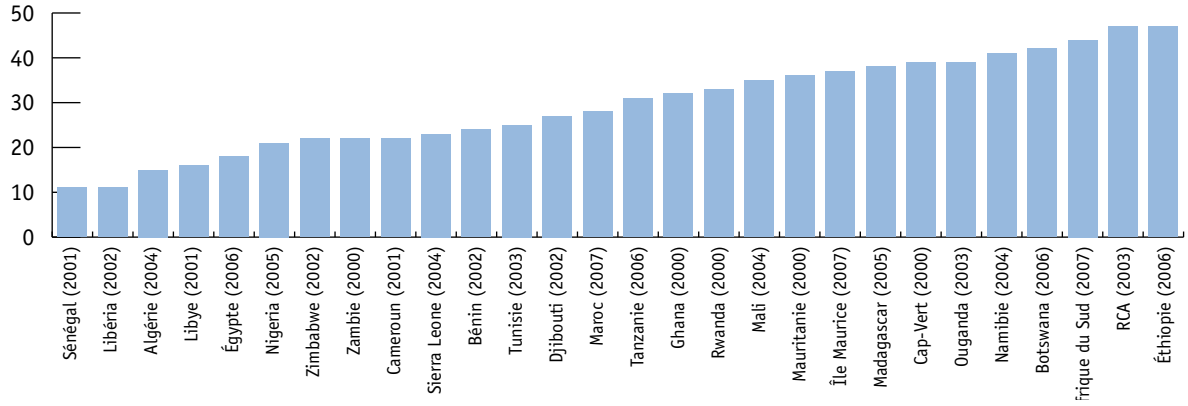
Figure 13 : Indice de parité entre les genres dans l'enseignement supérieur dans les pays africains sélectionnés, 1991 et 2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 28 pays en 1991 et pour 35 pays en 2007.

Figure 14 : Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole dans les pays africains sélectionnés (en %)



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : les années entre parenthèses indiquent les années pour lesquelles les dernières données sont disponibles.

cent). Les 26 pays restants qui ont enregistré une amélioration au cours de cette période comptent moins de 30 pour cent de leurs sièges occupés par des femmes au sein du parlement national. Dix-sept pays affichent une participation des femmes inférieure à 10 pour cent en 2009[14]. Bien que la tendance générale relativement à cet indicateur soit positive en Afrique, un quota minimal de femmes parlementaires doit être instauré à l'avenir afin de protéger les acquis dans le domaine de la parité des genres au parlement.

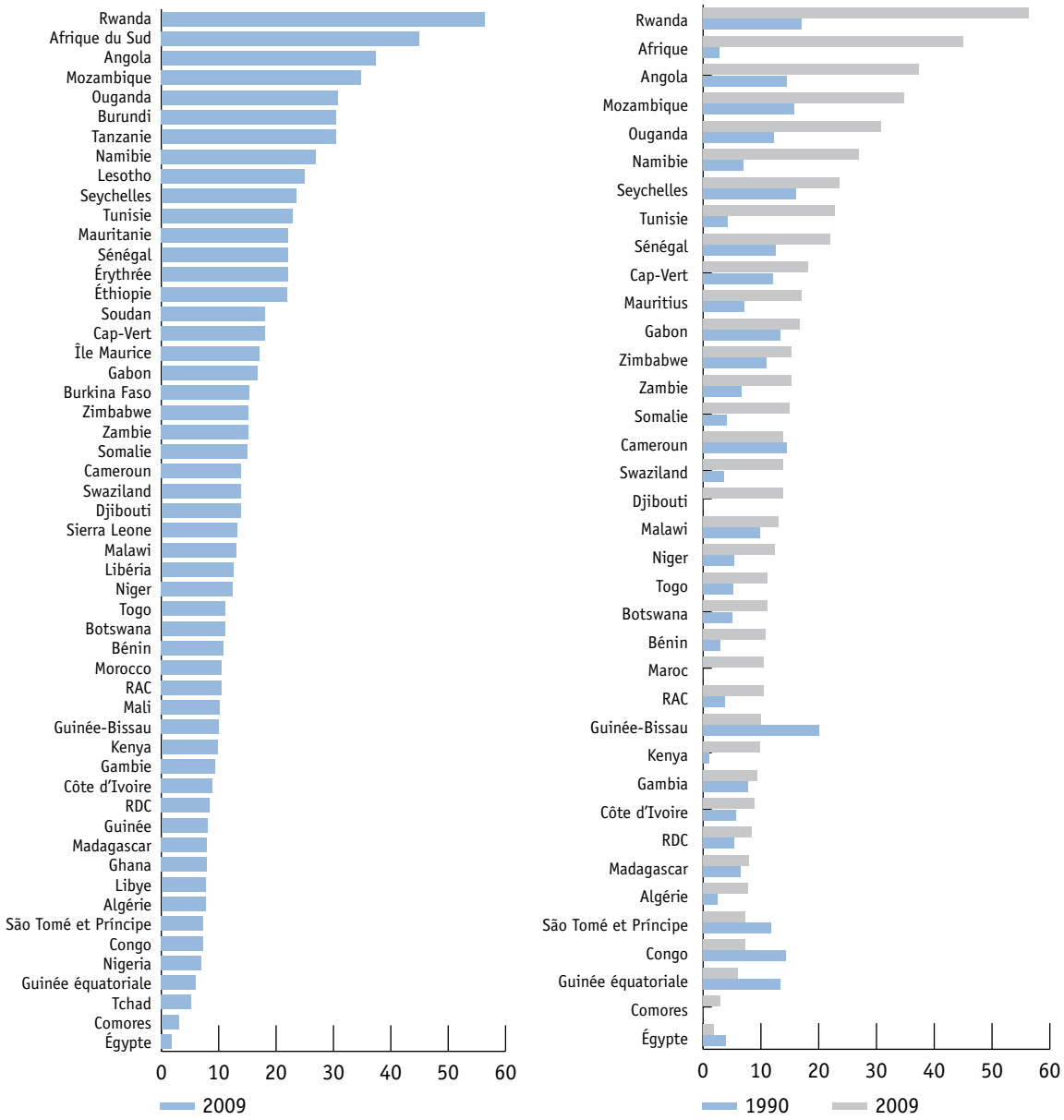
Les quatre pays en tête (Rwanda, Afrique du Sud, Angola et Mozambique) partagent la même caractéristique, à savoir qu'ils se relèvent d'un conflit ou d'une guerre civile. Le Libéria, premier pays africain à avoir élu une femme à la tête de son gouvernement, est sorti d'une guerre civile dévastatrice. Bien que ces pays ne soient plus considérés comme sortant d'un conflit ou en transition[15], il semble que les environnements de conflit permettent une plus grande participation des femmes à la vie politique.

Il existe plusieurs explications possibles à ce phénomène, l'une étant qu'à des moments de troubles graves, les normes culturelles et les inégalités entre les genres sont mises de côté pour des raisons d'opportunité. Les pays sortant d'un conflit ou en transition sont peut-être plus réceptifs aux idées novatrices et à l'influence des bailleurs de fonds en ce qui concerne l'autonomisation des femmes et la

14 Ces pays comprennent (par ordre croissant) : l'Égypte, les Îles Comores, le Tchad, la Guinée équatoriale, le Nigeria, le Congo, São Tomé et Príncipe, l'Algérie, la Libye, le Ghana, le Madagascar, la Guinée, la RDC, la Côte d'Ivoire, la Gambie et le Kenya.

15 L'expression « sortant d'un conflit » couvre la période qui suit immédiatement un conflit et dure environ deux ans. Au cours de cette période, les partenariats avec la communauté internationale jouent un rôle essentiel en matière de soutien aux cessez-le-feu encore fragiles ou aux processus de paix en aidant à créer les conditions nécessaires à la stabilité politique, la sécurité, la justice et l'équité sociale (GNUD/ECHA), définition 2004).

Figure 15 : Pourcentage de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux, 1990 et 2009

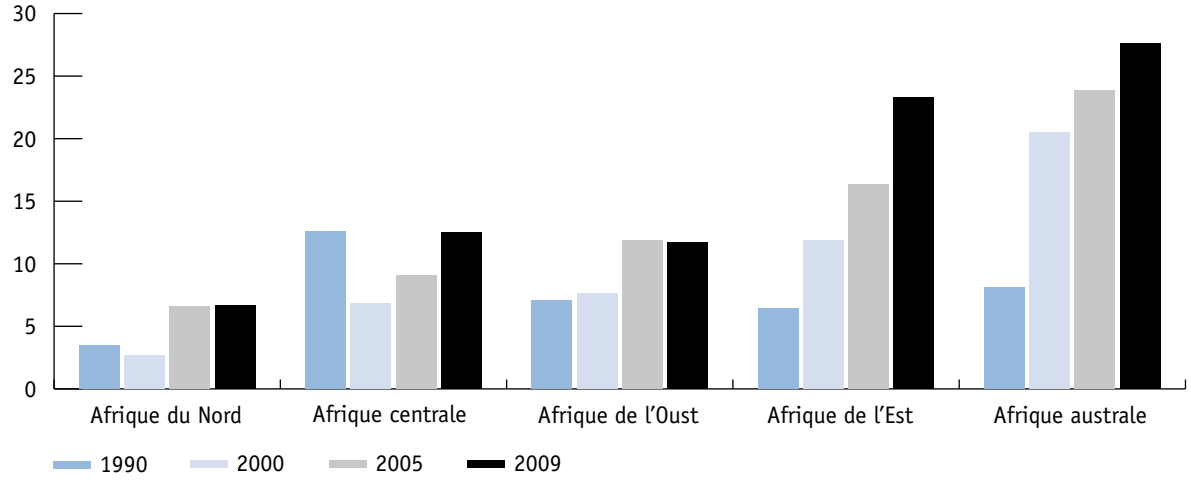


Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : Absence de données pour 16 pays en 1990. Absence de données pour la Guinée[16]. Les données relatives à l'Afrique du Sud se fondent sur les élections de mai 2009.

16 Le parlement a été dissout suite au coup d'État de décembre 2008.

Figure 16 : Pourcentage de femmes dans les parlements nationaux par sous-région africaine, 1990–2009



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Note : absence de données pour 16 pays en 1990, 12 pays en 2000, 4 pays en 2005 et 1 pays en 2009.

parité hommes-femmes. Par conséquent, l'intégration d'une démarche soucieuse d'égalité entre les genres dans le cadre de la reconstruction nécessite le soutien de la communauté internationale.

La *figure 16* montre que quatre sous-régions sur cinq (à l'exception de l'Afrique centrale) ont enregistré une amélioration globale de la proportion des sièges occupés par des femmes au sein des parlements nationaux pour la période allant de 1990 à 2009.

À cet égard, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Est se placent en tête. Cependant, si l'on se penche de plus près sur les tendances sous-régionales, il en ressort qu'entre 1990 et 2005, ces améliorations se sont avérées être les plus significatives en Afrique du Nord, en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, alors que l'Afrique centrale a accusé un recul important de la proportion de femmes occupant des sièges parlementaires au cours de la décennie 1990–2000. L'Afrique du Nord n'a réalisé aucun progrès au cours de la période allant de 2005 à 2009 alors que l'Afrique de l'Ouest a enregistré une légère baisse et que l'Afrique australe, l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est ont affiché des améliorations. Une vue d'ensemble des tendances sous-régionales indique que les femmes d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est sont plus susceptibles d'accéder à des postes de pouvoir que les femmes en Afrique du Nord, en Afrique centrale ou en Afrique de l'Ouest.

Il convient d'accorder une attention plus soutenue à la représentation des femmes au sein des parlements nationaux pour aboutir à des résultats concrets en matière de développement. Ceci est nécessaire pour établir le lien entre la cible et les indicateurs de développement humain, ce qui constitue l'objectif numéro un des OMD.

Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

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

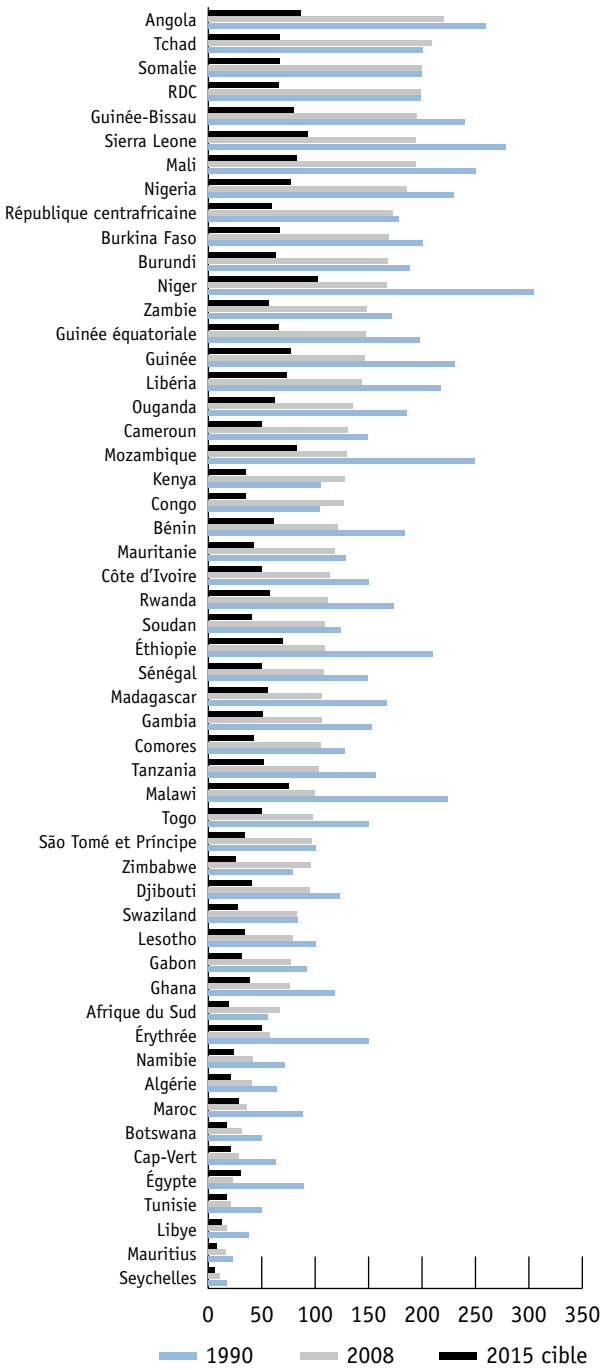
L'Afrique continue de marquer des progrès, bien que lents, dans le domaine de la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ce taux a baissé de 21 pour cent, passant de 168 décès par 1 000 naissances vivantes en 1990 à 132 décès par 1 000 naissances vivantes en 2008 (Danzhen et al., 2009). Cependant, les progrès réalisés sont insuffisants pour atteindre cette cible à l'échelle du continent. Le signalement des données concernant cette cible pose également problème car l'Afrique (hormis l'Afrique du Nord) affiche le pourcentage le plus élevé (66 pour cent) d'enfants de moins de cinq ans dont la naissance n'est pas déclarée (UNICEF, 2007). Les pays africains devraient intensifier leurs efforts pour mettre en place un système d'enregistrement à l'état civil crédible afin d'améliorer le système d'informations sanitaires et leur capacité à assurer le suivi des progrès par rapport à cette cible.

Indicateur 4.1 : taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (U5MR)

Le taux de mortalité des moins de cinq ans exprime la probabilité[17] qu'un enfant né au cours d'une année précisée meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans, ceci étant soumis au taux actuel de mortalité spécifique à l'âge. Étant donné le manque fréquent de données concernant l'incidence et la prévalence des maladies (données relatives à la morbidité), les taux de mortalité sont utilisés pour identifier les populations vulnérables.

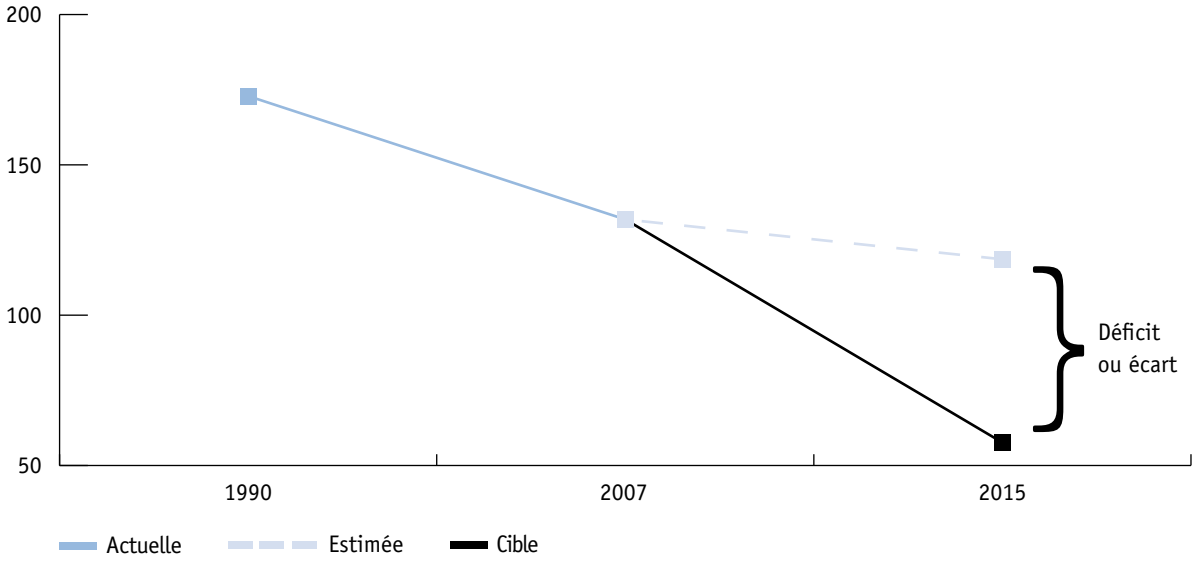
17 Exprimée comme un taux pour 1 000 naissances vivantes.

Figure 17 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, 1990, 2008 et 2015 (cible)



Source : calculs de la CEA fondés sur les Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Figure 18 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique, 1990, 2007 et 2015 (estimation et cible)



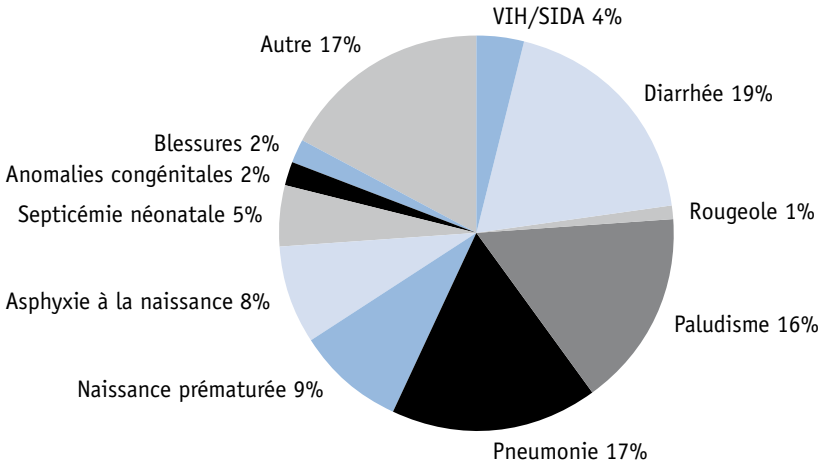
Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Les difficultés liées aux calculs ont nécessité des révisions fréquentes de la méthodologie adoptée par le Groupe inter-agence sur la mortalité des enfants (IGME) pour recueillir les données relatives au taux de mortalité des moins de cinq ans. Par conséquent, il est possible que les données de ce rapport ne soient pas conformes à celles qui ont été fournies par le passé.

La *figure 17* répertorie les taux de mortalité des moins de cinq ans par pays ainsi que les progrès réalisés à ce jour. L'Égypte a déjà dépassé cette cible alors que le Cap-Vert, l'Érythrée, la Libye, l'Île Maurice, le Maroc, les Seychelles et la Tunisie sont en bonne voie de réduire de deux-tiers le taux de mortalité des moins de cinq ans. Dans des pays comme le Bénin, la Guinée équatoriale, l'Éthiopie, la Guinée, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Rwanda, la Sierra Leone, le Togo et la Tanzanie, le taux de mortalité des moins de cinq ans a rapidement baissé (de 50 points de pourcentage ou plus), en comparaison des niveaux antérieurs très élevés. Cependant, le taux actuel de progression ne sera pas suffisant pour atteindre la cible. Les progrès restent très lents (moins de 10 pour cent) dans quatre pays[18], alors qu'aucun changement n'a été enregistré en RDC et en Somalie entre 1990 et 2008. Dans cinq pays, à savoir le Tchad (4,0 pour cent), le Congo (22,1 pour cent), le Kenya (22 pour cent), l'Afrique du Sud (19,6 pour cent) et le Zimbabwe (21,5 pour cent), le taux de mortalité des moins de cinq ans a augmenté entre 1990 et 2008.

18 Mauritanie (8,5 pour cent), São Tomé et Príncipe (4 pour cent), République centrafricaine (2,8 pour cent) et Swaziland (1,2 pour cent).

Figure 19 : Causes de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique, 2008



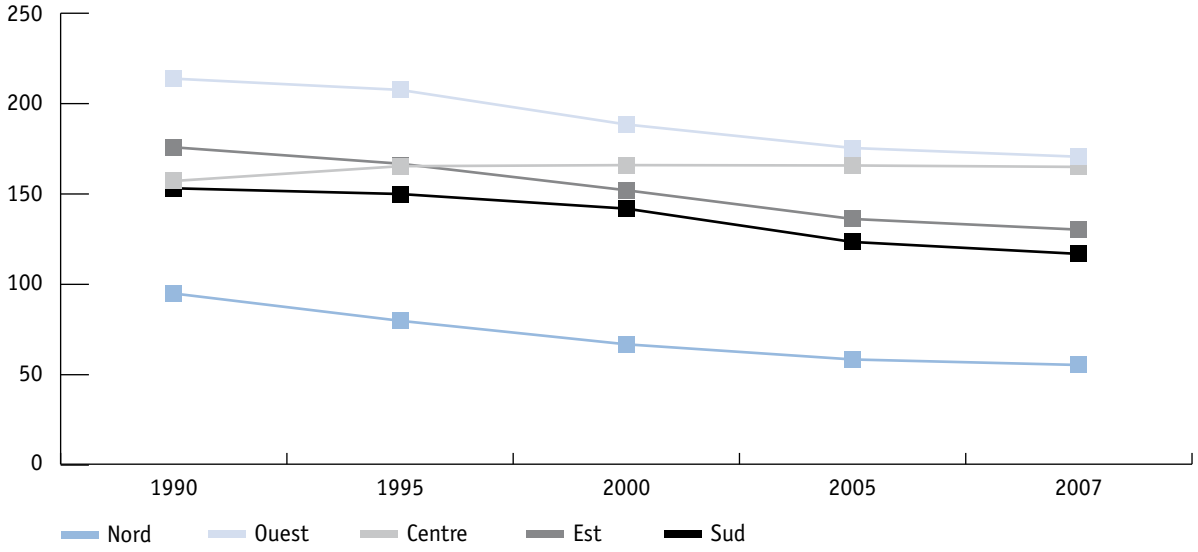
Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, 2010.

Note : la région Afrique telle que définie par l'OMS exclut la Libye, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc, le Soudan, Djibouti et la Somalie.

D'un point de vue général, si la tendance actuelle se poursuit, il est peu probable que le continent dans son ensemble atteigne l'objectif de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici la date cible de 2015 (*voir figure 18*). Hormis l'Afrique du Nord, le reste de l'Afrique représente encore la moitié de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans au monde (ONU, 2009). Ceci indique que les pays africains, à l'exclusion de l'Afrique du Nord, ont besoin d'unir leurs forces pour atteindre cet objectif et de bénéficier d'un soutien renforcé de la part de la communauté internationale à cet effet.

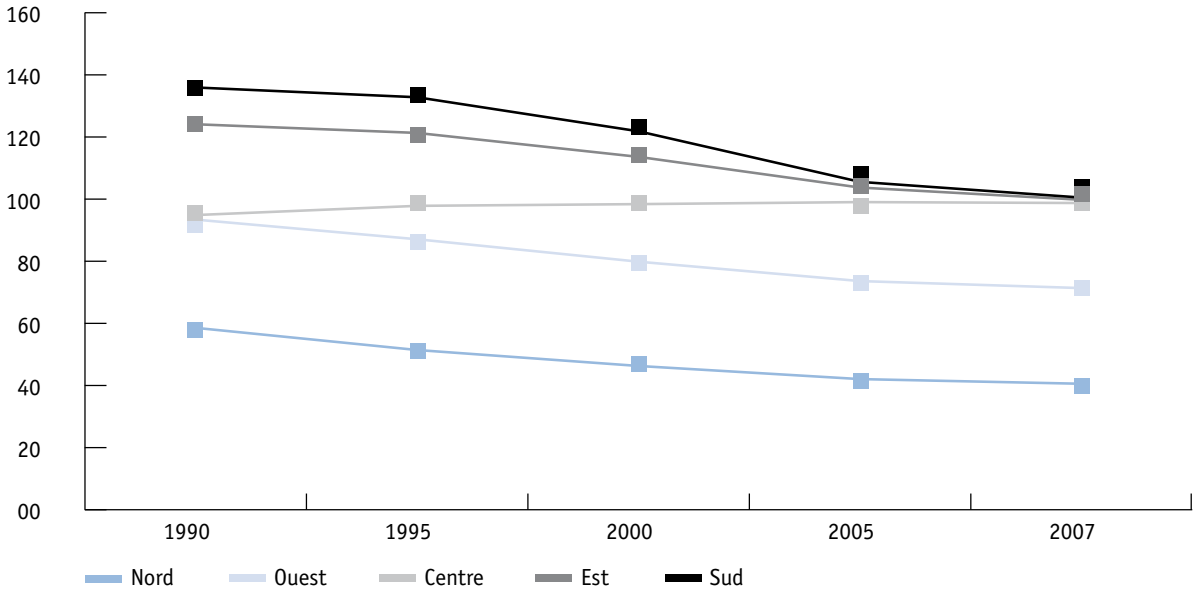
D'après les dernières données publiées dans le rapport 2010 sur les Statistiques sanitaires mondiales de l'OMS, trois maladies, à savoir, les maladies diarrhéiques, la pneumonie et le paludisme, représentaient à elles-seules 52 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans en Afrique en 2008 (*voir figure 19*). Ceci montre que les efforts devraient se concentrer sur la diffusion de mesures préventives et de traitements appropriés abordables afin de combattre ces maladies, notamment : des antibiotiques pour lutter contre la pneumonie ; l'administration de zinc et la réhydratation par voie orale pour combattre les maladies diarrhéiques ; des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des médicaments efficaces pour prévenir et traiter le paludisme. La *figure 20* montre que toutes les sous-régions, à l'exception de l'Afrique centrale, ont réalisé des progrès en matière de réduction du taux de mortalité des moins de cinq ans. L'Afrique du Nord a marqué les avancées les plus significatives, en réduisant le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 42 pour cent entre 1990 et 2007, suivie de l'Afrique de l'Est (26 pour cent), de l'Afrique australe (24 pour cent) et de l'Afrique de l'Ouest (20 pour cent). En Afrique centrale, le taux de mortalité des moins de cinq ans a augmenté de 5 pour cent entre 1990 et

Figure 20 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes par sous-région africaine, 1990–2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009.

Figure 21 : Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes par sous-région africaine, hormis les pays les plus peuplés, 1990-2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009, à l'exclusion du pays le plus peuplé pour chaque sous-région : Égypte (Nord), Nigeria (Ouest), Cameroun (Centre), Éthiopie (Est) et Afrique du Sud (Sud).

2007, en dépit de la stabilisation observée à partir de 1995. Sur ces sous-régions, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale ont enregistré le taux de mortalité des moins de cinq ans le plus élevé pour l'année 2007.

À l'échelle sous-régionale, les progrès liés à cet indicateur dépendent de manière capitale des efforts déployés dans les pays les plus peuplés au sein de chaque sous-région. Par conséquent, les taux de progrès des sous-régions sont fortement déterminés par les avancées réalisées au Nigeria, en Égypte, au Cameroun, en Éthiopie et en Afrique du Sud. Lorsque ces pays les plus peuplés ne sont pas pris en compte dans l'analyse sous-régionale (*voir figure 21*), le taux de mortalité des moins de cinq ans baisse dans les différentes sous-régions, l'Afrique australe, l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale ayant obtenu quasiment le même ratio (100 décès pour 1 000 naissances vivantes) en 2007. L'Afrique du Nord s'est retrouvée en tête du classement relativement à cet indicateur en 2007, suivie de l'Afrique de l'Ouest (si le Nigeria n'est pas comptabilisé).

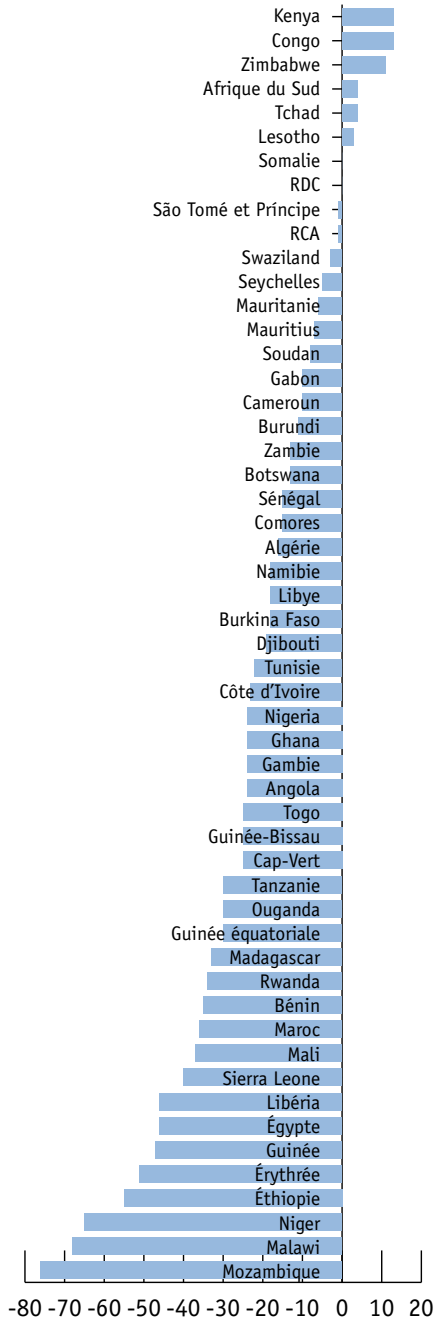
Indicateur 4.2 : taux de mortalité infantile (TMI)

L'Afrique fait face à un défi fondamental : réduire le nombre d'enfants qui meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Le taux de mortalité infantile (TMI) pour une année donnée est le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an par 1 000 naissances vivantes. Le TMI mesure la survie infantile. Il reflète également les conditions économiques et environnementales dans lesquelles les enfants (et les autres personnes de la société) vivent, y compris les soins de santé dont ils bénéficient.

Entre 1990 et 2008, le TMI a affiché une tendance à la baisse dans la plupart des pays africains. La *figure 22* révèle des différences importantes dans les taux de progrès des pays. Les pays répertoriés à gauche ont réalisé les meilleures performances et ceux de droite ont obtenu les résultats les moins bons à cet égard. Le Mozambique a enregistré la plus importante baisse du TMI et le Kenya la moins bonne, suivi du Congo, du Zimbabwe, de l'Afrique du Sud, du Tchad et du Lesotho. La RDC et le Somalie n'ont marqué aucun changement de leur TMI entre 1990 et 2008. Il est bon de noter que sur les six pays ayant obtenu les performances les plus mauvaises, deux se trouvent en Afrique centrale et trois en Afrique australe. Le fort TMI en Afrique centrale pourrait être imputable aux conflits politiques et à la prévalence du paludisme dans cette sous-région. Au Congo et au Tchad par exemple, le taux de mortalité dû au paludisme est supérieur à la moyenne régionale de l'OMS alors qu'en Afrique du Sud, la forte prévalence du VIH (plus de 15 pour cent) constitue un facteur déterminant.

En 2007, les taux de mortalité au premier stade de la vie ont contribué de manière significative au nombre de décès estimé à 9,2 millions d'enfants de moins de cinq ans à travers le monde. Environ 40 pour cent des décès d'enfants âgés de moins de cinq ans concernent des nouveau-nés. Dans nombre de pays en développement, les décès des nouveau-nés représentent plus de la moitié de tous les décès survenant au cours de la petite enfance, la grande majorité de ceux-ci survenant au cours des premiers jours de la vie (UNICEF, 2009). Par conséquent, la réduction du taux de mortalité des nouveau-nés est essentielle à la réduction de la mortalité infantile. En résumé, la lenteur des progrès réalisés dans la région en

Figure 22 : Progrès (% de changement) du taux de mortalité infantile, 1990–2008



Source : calculs de la CEA fondés sur les Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

matière de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est un problème qu'il faut aborder de toute urgence.

Indicateur 4.3 : proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole

Cet indicateur se définit comme le pourcentage des enfants âgés de moins d'un an qui ont reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole. Cet indicateur permet de mesure la couverture et la qualité du système de soins de santé d'un pays. La rougeole est l'une des causes premières de la mortalité infantile dans les pays en développement et c'est une maladie évitable par la vaccination. Comme en atteste la *figure 23* ci-dessous, le taux de vaccination contre la rougeole varie grandement d'un pays à l'autre. Treize pays ont signalé un taux de vaccination de 90 pour cent ou plus, alors que seuls deux pays affichent un taux inférieur à 50 pour cent.

Le taux de progrès réalisés en matière de couverture de la vaccination contre la rougeole est tout aussi important. Ceci indique l'importance accordé par les responsables politiques au problème des soins de santé à l'enfance. La *figure 23* indique que 16 pays ont augmenté leur couverture de vaccination contre la rougeole d'au moins 20 points de pourcentage entre 2000 et 2008. Ces pays comprennent le Niger (46), le Congo (45), l'Angola (38), le Cameroun (31), le Sénégal (29), le Nigeria (27), la République centrafricaine (26), le Madagascar (25), le Burkina Faso (24), São Tomé et Príncipe (24), Djibouti (23), la Sierra Leone (23), l'Éthiopie (22), la Guinée (22), la RDC (21) et le Soudan (21). Cependant, neuf pays[19] ont accusé

19 Ces pays sont les suivants (régression exprimée en % entre parenthèses) : la Gambie (-1), le Tchad (-5), l'Égypte (-6),

un recul de la couverture de vaccination au cours de la même période.

Dans l'ensemble, les performances de ces pays au niveau de cet indicateur sont plutôt bonnes. La plupart des résultats se situent bien au-dessus de la moyenne régionale de 73 pour cent (OMS, 2010), seuls 18 pays étant en-deçà. Il est toutefois essentiel de rester vigilant et de consolider les progrès déjà enregistrés afin d'éviter toute inversion du processus. À cet égard, il est important que les pays africains et leurs partenaires continuent de financer des programmes de prévention contre la rougeole.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

La mortalité infantile continue de poser un défi majeur aux systèmes de santé à l'échelle mondiale. Néanmoins, les toutes dernières données disponibles offrent une lueur d'espoir pour l'Afrique en tant que région qui a enregistré un repli général vis-à-vis de cet indicateur entre 1980 et 2008. Ces mêmes données révèlent que les progrès dans la région auraient été bien plus importants en l'absence du VIH/Sida (hormis en Afrique du Nord dont le taux de VIH/Sida est très faible). Cependant, au vu de leur lenteur, les progrès réalisés ne sont pas suffisants pour atteindre l'objectif d'ici la date d'échéance. Les conséquences négatives de la mauvaise santé maternelle sont bien documentées. Le décès d'une mère pendant l'accouchement est susceptible de raccourcir la vie du nouveau-né. Il peut également être synonyme de pauvreté et de conditions sociales défavorables pour l'enfant survivant ainsi que pour les autres personnes à charge.

le Zimbabwe (-9), la Côte d'Ivoire (-10), l'Afrique du Sud (-10), le Bénin (-11), la Somalie (-14), et le Swaziland (-17).

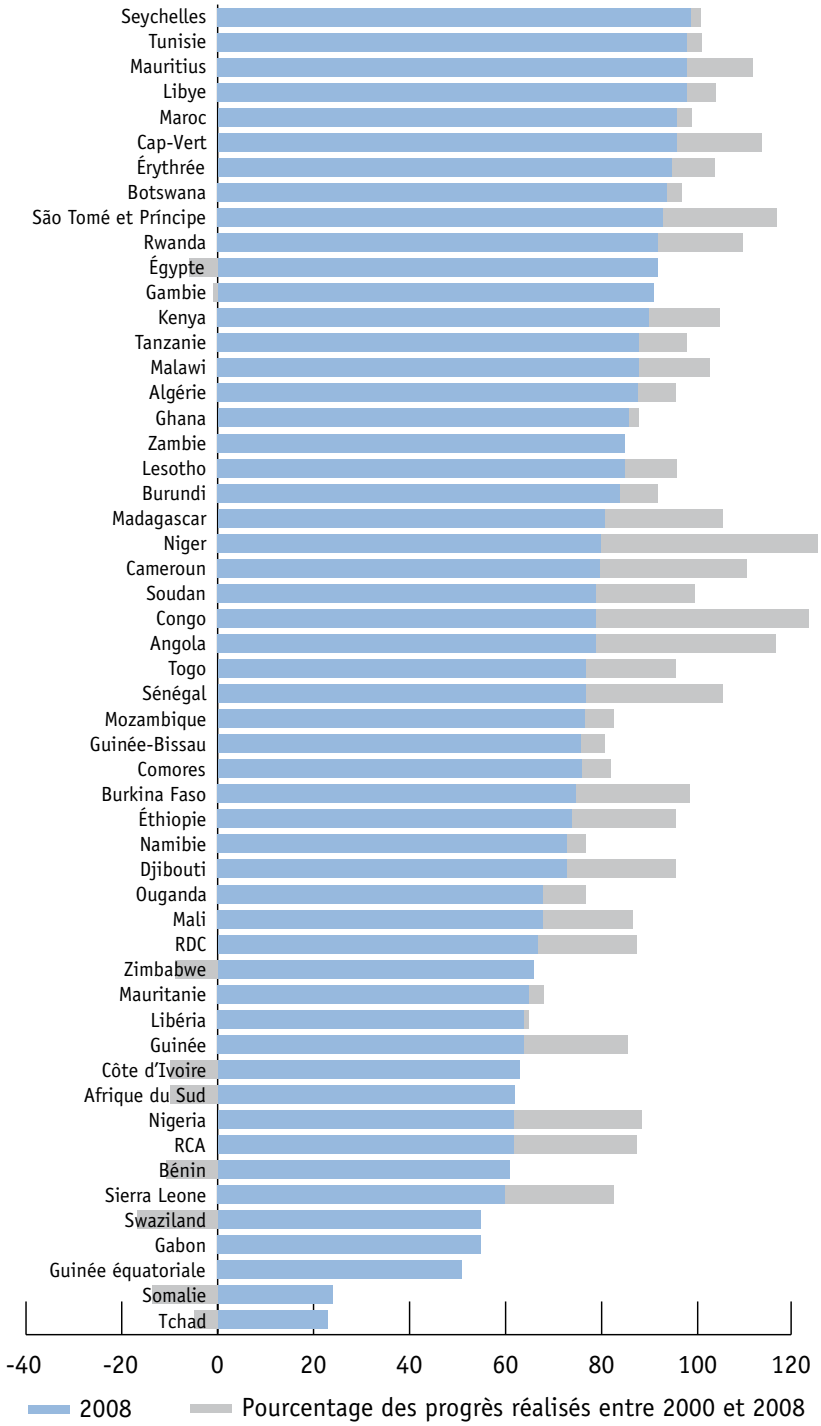
Cible 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle (TMM)

Indicateur 5.1 : taux de mortalité maternelle (TMM)

La mesure la plus commune de santé maternelle est le taux de mortalité maternelle (TMM). La mortalité maternelle se définit par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (exprimée pour 100 000 naissances vivantes). Il est très difficile de rassembler des données pour cet indicateur. Les chiffres disponibles ne sont pas comparables à travers les différentes périodes du fait des fréquentes révisions dans la méthodologie. Selon les données de la Division de statistique des Nations Unies (DSNU), un déclin perceptible de la mortalité maternelle a été enregistré en Afrique.

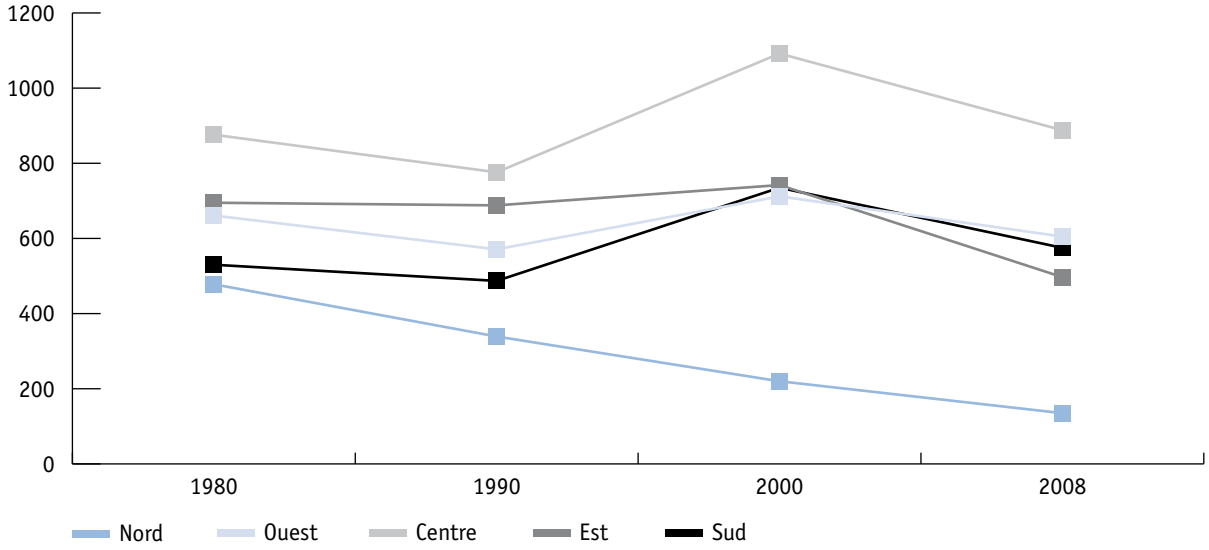
Une étude récente, publiée dans *The Lancet* (Hogan et al., 2010), suggère que le TMM a chuté de manière significative dans le monde entier, y compris en Afrique, dans une proportion bien plus importante que ce que la sagesse conventionnelle laisserait penser. Bien que ce résultat puisse apparaître controversé, un certain nombre de facteurs semblent étayer cette affirmation. Tout d'abord, l'âge médian où a lieu le premier mariage augmente. Deuxièmement, la taille moyenne de la famille diminue. Selon l'ONU (2009), le taux global de fécondité (TGF) a chuté de 6,5 à 4,6 entre les périodes 1970-1975 et 2005-2010. Troisièmement, les efforts visant à prévenir la propagation du VIH et du Sida, y compris l'utilisation du préservatif, ont également un impact sur le nombre de grossesses. Quatrièmement, l'augmentation du taux de divorce en Afrique peut avoir un effet réducteur sur le nombre des grossesses qu'une femme

Figure 23 : Proportion des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole en 2008 et % du changement entre 2000 et 2008



Source : calculs de la CEA fondés sur les Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Figure 24 : Taux de mortalité maternelle (TMM) pour 100 000 naissances vivantes, par sous-région africaine, 1980-2008



Source : Hogan et al. (2010). Disponible sur : www.the lancet.com. Mise en ligne le 12 avril 2010.

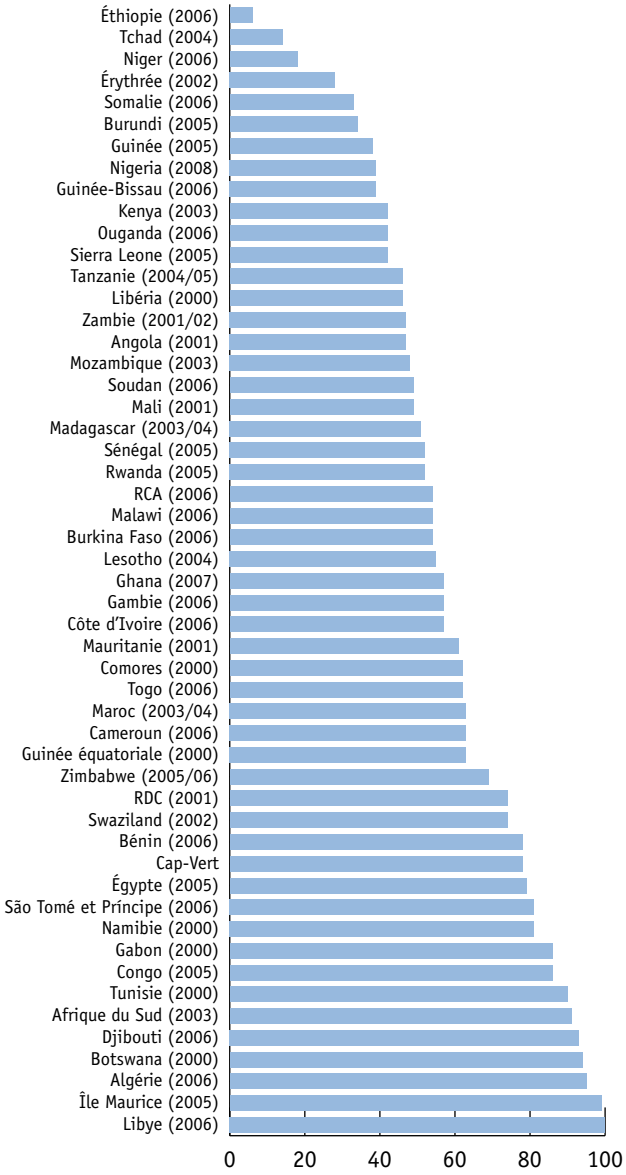
Note : les données sont pondérées en fonction de la population de chaque pays dans le cadre de l'analyse régionale. Aucune donnée pour les Seychelles.

peut connaître au cours de sa vie, ce qui entraîne par là même une réduction du risque de mortalité au cours de la grossesse (et du nombre de femmes qui doivent faire face à ce risque). L'augmentation du revenu par tête, une meilleure alimentation et le nombre croissant de filles achevant un cycle primaire d'éducation comptent parmi les autres facteurs positifs contribuant aux améliorations de cet indicateur.

La *figure 24* reprend les données provenant de l'article susmentionné dans *The Lancet* afin d'explorer les tendances du TMM à travers l'Afrique. Elle montre des tendances à la baisse dans toutes les sous-régions, bien que ce taux demeure élevé (sauf en Afrique du Nord) par comparaison avec les pays développés. L'Afrique Centrale, qui compte la République Démocratique du Congo, un pays en proie à des bouleversements depuis huit ans, enregistre le TMM le plus élevé de toutes les sous-régions africaines, bien que ce taux ait décliné rapidement entre 2000 et 2008 dans l'ensemble de cette sous-région. C'est l'Afrique du Nord qui enregistre le TMM le plus faible, suivie par l'Afrique de l'Est, l'Afrique Australe et l'Afrique de l'Ouest.

Selon cet article de la revue *The Lancet*, trois des six pays qui comptabilisent 50 pour cent de tous les décès maternels dans le monde se situent en Afrique – à savoir le Nigeria, l'Éthiopie et la République Démocratique du Congo. Bien que le TMM ait chuté au Nigeria et en Éthiopie, il doit baisser beaucoup plus rapidement pour que la situation d'ensemble évolue. En Afrique Australe, le fort taux de prévalence du VIH constitue un facteur

Figure 25 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans les pays africains sélectionnés



Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Note : les années entre paranthèses indiquent les dernières données disponibles. Aucune donnée disponible pour les Seychelles.

contributif majeur qui explique le TMM élevé. En effet, les données suggèrent que le VIH est un vecteur de mortalité maternelle : plus le taux de prévalence du VIH est élevé, plus le TMM est élevé. Dans les pays où la prévalence du VIH se situe entre 10 et 15, le TMM chute de 20 pour cent. Il baisse d'environ 36 pour cent dans les pays enregistrant un taux de prévalence du VIH situé entre 5 et 10 pour cent.

Bien que les constats évoqués dans l'article de la revue *The Lancet* soient sujets à débat, ils accréditent néanmoins les progrès décrits dans le rapport de l'année dernière, qui repose sur les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon les statistiques de l'OMS sur la santé dans le monde en 2008, le TMM a baissé dans toutes les régions du globe en 2005 par rapport à 1990, bien que l'Afrique ait enregistré le plus fort taux de mortalité maternelle, suivie de l'Océanie. Ces données suggèrent que les efforts actuels pour réduire le TMM élevé sont probants, mais insuffisants. Il est primordial d'affecter des ressources supplémentaires pour élargir l'accès au traitement antirétroviral et former davantage de sages-femmes. De la même façon, les pays se doivent porter une urgente attention à la réduction des inégalités d'accès aux soins de santé, y compris les soins maternels.

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

Une intervention incontournable pour réduire les décès maternels consiste à accroître le nombre de soignants qualifiés présents lors des accouchements. Ainsi, l'augmentation du pourcentage de naissances supervisées par des soignants qualifiés représente un indicateur pour mesurer les améliorations du taux de mortalité maternelle, car la plupart des décès maternels sont causés par

des hémorragies qui peuvent être évitées grâce à la présence de soignants qualifiés lors des naissances. Bien que les données sur cet indicateur enregistrées dans la base de données de la DSNU se prêtent mal à une analyse, les données 2009 du rapport de statistiques sanitaires mondiales (OMS, 2010) indiquent des améliorations significatives dans de nombreux pays africains. Sur les 52 pays africains pour lesquels des informations sont disponibles (*voir figure 25*), sept pays ont signalé un pourcentage des naissances supervisées par des soignants qualifiés s'élevant à au moins 90 pour cent. La moyenne régionale de l'OMS pour l'Afrique (à l'exception de l'Afrique du Nord) est de 47 pour cent, 38 pays se classant au-dessus de cette moyenne. Dix-neuf pays ont enregistré des pourcentages de naissances supervisées par des soignants qualifiés inférieurs à 50 pour cent, l'Éthiopie étant le seul pays à enregistrer des taux inférieurs à 10 pour cent.

Afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, il est impératif d'améliorer cet indicateur dans deux des pays africains les plus peuplés, à savoir le Nigeria et l'Éthiopie. Il est également crucial de prendre des mesures au niveau régional pour accélérer la prévention contre le VIH et l'accès aux traitements, notamment dans les pays enregistrant des taux supérieurs à la moyenne régionale. Il serait possible d'initier un programme d'action d'ici 2015 dans ces pays, car il existe des interventions qui donnent des résultats probants. Davantage de soignants pourraient être formés grâce à une utilisation intensive des installations en place. Il serait également possible de diminuer le taux d'émigration du personnel soignant grâce à un ensemble de mesures incitatives. En outre, des mesures innovantes pourraient être introduites pour réduire les inégalités d'accès aux soins de santé et encourager les femmes enceintes à requérir des soins professionnels.

Le leadership politique aux échelons national, régional et continental est essentiel pour garantir le succès dans cette région du globe. Au niveau national, il existe des indications positives que les pays ont commencé à prendre les mesures nécessaires. Par exemple, le Nigeria a élargi son programme national concernant les sages-femmes et, début 2010, il a affecté 2 810 sages-femmes dans les zones rurales. Il a également intensifié la mobilisation sociale dans les régions du pays enregistrant les chiffres les plus médiocres.

Au niveau continental, le leadership de l'Union Africaine est primordial. En mai 2009, l'UA a lancé, à l'échelle du continent, des sous-régions et des pays, la campagne CARMMA pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, avec comme slogan : « Aucune femme ne devrait mourir en donnant la vie ». CARMMA vise trois mesures principales : (i) diffuser des messages positifs, (ii) encourager l'apprentissage mutuel et le partage des expériences relatives aux efforts prodigués pour réduire la mortalité maternelle, en vue de répliquer les interventions probantes et d'éviter de reproduire les mêmes erreurs, et (iii) intensifier les actions consistant à réduire les décès maternels et les décès infantiles qui y sont associés en Afrique. La campagne a été lancée au Tchad, en Éthiopie, au Ghana, au Malawi, au Mozambique, au Nigeria, au Rwanda, au Sénégal et en Tunisie, et devrait être étendue à l'ensemble des 53 États membres de l'UA. De plus, le Sommet du mois de juillet 2010 en Ouganda a porté sur la santé des mères, des nourrissons et des enfants, dont l'amélioration est envisagée comme un autre moyen pour mobiliser les efforts en vue d'accélérer les progrès relatifs à cet indicateur.

Tableau 3 : Taux de prévalence de la contraception en Afrique, diverses années (en %)

Taux de prévalence de la contraception supérieur à la moyenne régionale de 23,7 %		Taux de prévalence de la contraception inférieur à la moyenne régionale de 23,7 %		Pays pour lesquels aucune donnée n'est disponible
Île Maurice (2002)	75,8	Ghana (2008)	23,5	Libye
Maroc (2003/04)	63,0	DRDC (2007)	20,6	Seychelles
Algérie (2006)	61,4	Burundi (2002)	19,7	
Cap Vert (2005)	61,3	République Centrafricaine (2006)	19,0	
Égypte (2008)	60,3	Djibouti (2006)	17,8	
Afrique du Sud (2003)	60,3	Gambie (2001)	17,5	
Tunisie (2006)	60,2	Burkina Faso (2006)	17,4	
Zimbabwe (2005/06)	60,2	Bénin (2006)	17,0	
Namibie (2006/07)	55,1	Togo (2006)	16,8	
Swaziland (2006/07)	50,6	Mozambique (2003/04)	16,5	
Botswana (2000)	44,4	Éthiopie (2005)	14,7	
Congo (2005)	44,3	Nigeria (2007)	14,7	
Malawi (2006)	41,7	Somalie (2005/06)	14,6	
Zambie (2007)	40,8	Côte d'Ivoire (2006)	12,9	
Kenya (2003)	39,3	Sénégal (2005)	11,8	
Lesotho (2004)	37,3	Libéria	11,4	
Rwanda (2007/08)	36,4	Niger((2006)	11,2	
Gabon(2000)	32,7	Guinée-Bissau (2006)	10,3	
São Tomé et Príncipe (2000)	29,3	Guinée Équatoriale (2000)	10,1	
Cameroun (2006)	29,2	Mauritanie (2007)	9,3	
Madagascar (2003/04)	27,1	Guinée (2005)	9,1	
Tanzanie (2004/05)	26,4	Mali (2006)	8,2	
Comores (2000)	25,7	Sierra Leone (2008)	8,2	
Ouganda (2006)	23,7	Érythrée (2002)	8,0	
		Soudan (2006)	7,6	
		Angola (2001)	6,2	
		Tchad (2004)	2,8	

Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Note : les années figurant entre parenthèses sont celles des dernières données disponibles.

Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015[20]

L'accès à la médecine procréative est essentiel à l'amélioration de la santé maternelle. Dans de nombreuses régions du continent, il s'agit d'un problème culturel et religieux très épineux. Par conséquent, les données sur l'accès à la médecine procréative demeurent insuffisantes et d'une qualité et d'une fiabilité discutables. Néanmoins, les récentes données de l'OMS permettent d'évaluer les progrès en matière de taux de prévalence de la contraception, de taux de grossesses chez les adolescentes, de couverture des soins anténataux et de besoins non satisfaits en termes de planification de la famille. Ces données présentent toutefois une limitation majeure en ce sens qu'elles ne permettent pas d'évaluer les progrès par rapport à 1990.

Indicateurs 5.3 : taux de contraception

Les progrès de la prévalence de la contraception chez les couples mariés en Afrique restent faibles (en moyenne 24,4 pour cent) par rapport à d'autres régions. Le *tableau 3* récapitule les données pour les 53 pays africains. Il est évident que la plupart des pays africains ont peu de chances d'atteindre la cible, car seuls dix pays ont atteint un taux de prévalence de la contraception supérieur à 50 pour cent : l'Île Maurice (75,8), le Maroc (63), l'Algérie (61,4), le Cap Vert (61,3), l'Égypte (60,3), l'Afrique du Sud (60,3), la Tunisie (60,2), le Zimbabwe (60,2), la Namibie (55,1) et le Swaziland (50,6).

Comme au cours des années précédentes, les pays d'Afrique du Nord ont enregistré les plus forts taux de prévalence de la contraception, et la sous-région d'Afrique de l'Ouest les taux les plus bas. Il faut remarquer que les pays affichant les taux les plus élevés de pourcentages de naissances supervisées par des soignants qualifiés obtiennent également les plus forts taux de prévalence de la contraception chez les couples mariés. Cela suggère que l'accès à des soignants qualifiés lors de la grossesse induit un effet positif sur l'adoption de mesures contraceptives par la suite. Le statut social des femmes mariées dans la société constitue une autre contrainte, de même que les croyances religieuses, la plupart des études indiquant que l'Afrique est profondément religieuse.[21]

Indicateur 5.4 : taux de natalité parmi les adolescentes

Les grossesses chez les adolescentes, notamment chez les filles célibataires, constituent un sérieux problème social et sanitaire, qui entraîne de graves conséquences intergénérationnelles. Non seulement les mères adolescentes courent un risque plus élevé de décéder au cours de la grossesse, mais la maternité précoce peut également raccourcir leur espérance de vie. De même, du fait de leur manque d'expérience, elles sont moins susceptibles de prodiguer des soins de qualité à leur nouveau-né, ce qui est un facteur contribuant au taux de mortalité infantile.

L'objectif est de réduire de manière drastique les taux de natalité chez les adolescentes, tels que mesurés par le taux de fécondité pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans. Le *tableau 4* donne des détails sur 50 pays africains pour lesquels des données sont disponibles. Selon l'OMS, la

20 Cette cible a été adoptée lors du Sommet mondial de l'ONU 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 mise en œuvre par le Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD.

21 Voir par exemple, « Tolerance and Tension : Islam and Christianity in Sub-Saharan Africa ». *Pew Forum on Religion and Public Life*, avril 2010.

Tableau 4 : Taux de natalité chez les adolescentes en Afrique, diverses années (pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)

Taux de fécondité des adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans inférieur à la moyenne régionale de 118 naissances		Taux de fécondité des adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans supérieur à la moyenne régionale de 118 naissances		Pays pour lesquels aucune donnée n'est disponible
Algérie (2006)	4	Somalie (2005)	123	Gabon
Libye (2002)	4	RDC (2006)	124	Soudan
Tunisie (2006)	6	Nigeria (2002)	126	Togo
Maroc (2005)	18	Guinée Équatoriale (2001)	128	
Djibouti (2000)	27	Burkina Faso (2001)	131	
Égypte (2006)	27	Congo (2003)	132	
Burundi (2001)	30	République Centrafricaine (2003)	133	
Île Maurice (2006)	35	Libéria (2004)	137	
Rwanda (2006)	40	Tanzanie (2003)	139	
Botswana (2006)	51	Cameroun (2002)	141	
Seychelles (2006)	54	Sierra Leone (2007)	146	
Afrique du Sud (2007)	54	Zambie (2006)	146	
Ghana (2001)	74	Guinée (2003)	153	
Namibie (2004)	74	Madagascar (2001)	154	
Érythrée (2000)	85	Ouganda (2004)	159	
Mauritanie (2001)	88	Angola (2005)	165	
São Tomé et Príncipe (2001)	91	Guinée-Bissau (2000)	170	
Cap Vert (2003)	92	Malawi (2005)	178	
Comores (2000)	95	Mozambique (2001)	185	
Lesotho (2003)	98	Mali (2004)	190	
Sénégal (2003)	100	Tchad (2002)	193	
Zimbabwe (2003)	101	Niger (2004)	199	
Gambie (2000)	104			
Éthiopie (2003)	109			
Côte d'Ivoire (2006)	111			
Swaziland (2004)	111			
Bénin (2004)	114			
Kenya (2001)	116			

Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Note : les années figurant entre parenthèses sont celles des dernières données disponibles.

moyenne régionale du taux des naissances chez les adolescentes en 2009 est de 118 naissances, 22 pays obtenant un taux supérieur à cette moyenne. Quatre pays d'Afrique du Nord – Algérie, Libye, Tunisie et Maroc – enregistrent les taux de natalité chez les adolescentes les plus bas du continent, plaçant ainsi la performance de cette sous-région bien devant celle des autres régions en ce qui concerne cet indicateur.

Le taux de natalité chez les adolescentes est le plus élevé au Niger, au Tchad, au Mali et au Mozambique, qui comptent parmi les pays les plus pauvres du continent. Dans ces pays, le mariage précoce est fréquent et le pourcentage de filles scolarisées est relativement faible. Ce constat suggère une très forte association entre la pauvreté et le taux élevé de natalité chez les adolescentes et souligne l'interconnectivité de nombreux OMD.

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

La couverture des soins anténataux en Afrique s'améliore constamment, selon le Rapport 2009 des OMD (CEA/CUA/ BAD, 2009). Sur l'ensemble des 53 pays africains (*voir tableau 5*), 18 pays ont enregistré un taux d'au moins 90 pour cent pour une visite au moins, alors que seulement quatre pays (Niger, Tchad, Éthiopie et Somalie) ont obtenu un taux inférieur à 50 pour cent. Trois pays n'ont pas de données disponibles pour cet indicateur. De plus, 40 pays africains ont réalisé un taux supérieur à la moyenne régionale de 73 pour cent indiquée par l'OMS, alors que 10 pays se situaient en deçà de cette moyenne.

Indicateur 5.6 : besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale demeurent un des indicateurs les plus difficiles à évaluer. Pourtant, la planification de la famille est un élément essentiel des politiques et interventions visant à améliorer la santé maternelle. En Afrique, répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale constitue un défi ; de plus, une évaluation des progrès accomplis pour cet indicateur est entravée par des données inadéquates. Le déséquilibre des pouvoirs dans les relations entre genres joue également un rôle, de même que les normes culturelles et sociales restrictives qui limitent la divulgation des besoins. Néanmoins, sur un total de 53 pays (*voir tableau 6*), 19 affichent un taux supérieur à la moyenne régionale de 24,3 pour cent indiquée par l'OMS et 17 se situent en deçà. 18 pays n'ont pas de données disponibles pour cet indicateur.

Objectif 6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et autres maladies majeures

Les maladies de la pauvreté – VIH, Sida, tuberculose, paludisme et autres maladies infectieuses associées – continuent de frapper le continent et d'entraver les améliorations des conditions humaines. Des progrès sont accomplis dans un certain nombre de pays, mais restent limités, entre autres, par deux principaux facteurs : (i) la nécessité d'accroître les financements et (ii) les conflits civils/violents qui continuent d'accabler certains pays. En 2010, sur toutes les régions du globe, l'Afrique avait le plus grand nombre de pays en proie à des violents conflits sur leur territoire. Un conflit signifie que les ressources qui seraient autrement affectées à la lutte contre ces maladies servent plutôt à acheter des armes.

Bien que leur engagement déclaré envers la lutte contre ces maladies reste solide, la plupart des pays doivent à présent tenir leur promesse faite à Abuja d'allouer au moins 15 pour cent de leurs budgets annuels au secteur de la santé. Cependant, le partenariat international pour la santé en Afrique

Tableau 5 : Taux de couverture des soins anténataux en Afrique, diverses années (en %)

Taux de couverture des soins anténataux (en %) : au moins une visite supérieur à la moyenne régionale de 73 %				Taux de couverture des soins anténataux (en %) : au moins une visite inférieur à la moyenne régionale de 73 %		Pays pour lesquels aucune donnée n'est disponible
Cap Vert (2005)	98	Mozambique (2008)	89	Érythrée (2002)	70	Libye
Gambie (2006)	98	Guinée (2007)	88	Mali (2006)	70	Île Maurice
São Tomé et Príncipe (2006)	98	Sénégal (2005)	87	République Centrafricaine (2006)	69	Seychelles
Botswana (2000)	97	Sierra Leone (2005)	87	Maroc (2003/04)	68	
Rwanda (2007/08)	96	Congo (2005)	86	Soudan (2006)	64	
Tunisie (2006)	96	Guinée Équatoriale (2000)	86	Nigeria (2008)	58	
Namibie (2006/07)	95	Burkina Faso (2006)	85	Niger (2006)	46	
Gabon (2000)	94	Côte d'Ivoire (2006)	85	Tchad (2004)	39	
Ouganda (2006)	94	RDC (2007)	85	Éthiopie (2005)	28	
Zambie (2007)	94	Swaziland (2006/07)	85	Somalie (2006)	26	
Zimbabwe (2005/06)	94	Bénin (2006)	84			
Burundi (2005)	92	Togo (2006)	84			
Djibouti (2006)	92	Cameroun (2006)	82			
Kenya (2003)	92	Angola (2006/07)	80			
Malawi (2006)	92	Madagascar (2003/04)	80			
Afrique du Sud (2003)	92	Libéria (2007)	79			
Ghana (2007)	90	Guinée-Bissau (2006)	78			
Lesotho (2004)	90	Tanzanie (2007/08)	76			
Algérie (2006)	89	Mauritanie (2007)	75			
		Comores (2004)	75			
		Égypte (2008)	74			

Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Note : les années figurant entre parenthèses sont celles des dernières données disponibles.

reste, fort heureusement, solide. Grâce à l'aide des partenaires au développement, y compris les organisations non gouvernementales, des ressources supplémentaires continuent de financer la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme et autres maladies infectieuses associées. La solution pour réduire la charge que font peser ces maladies sur l'Afrique réside dans la croissance économique, l'éducation, la paix et la sécurité.

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

Selon l'ONUSIDA, l'Afrique a poursuivi les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/Sida. Les taux de prévalence du VIH et de mortalité enregistrés en 2007 continuent de baisser et le taux de mortalité liée au VIH/Sida n'a pas augmenté depuis le dernier rapport, mais semble s'être stabilisé.

Tableau 6 : Taux des besoins non satisfaits en planification familiale en Afrique, diverses années (en %)

Taux des besoins non satisfaits en planification familiale supérieur à la moyenne régionale de 24,3%		Taux des besoins non satisfaits en planification familiale inférieur à la moyenne régionale de 24,3%		Pays pour lesquels aucune donnée n'est disponible
Ouganda (2006)	40,6	Swaziland (2006/07)	24,0	Algérie
Rwanda (2005)	37,9	Madagascar (2003/04)	23,6	Angola
Libéria (2007)	35,6	Tchad (2004)	23,3	Botswana
Ghana (2003)	34,0	Tanzanie (2004/05)	21,8	République Centrafricaine
Éthiopie (2005)	33,8	Guinée (2005)	21,2	Comores
Mauritanie (2000/01)	31,6	Cameroun (2004)	20,2	Côte d'Ivoire
Sénégal (2005)	31,6	Mozambique (2003/04)	18,4	Djibouti
Mali (2006)	31,2	Nigeria (2003)	16,9	Guinée Équatoriale
Lesotho (2004)	30,9	Cap Vert (2005)	16,7	Gambie
Bénin (2006)	29,9	Congo (2005)	16,2	Guinée-Bissau
Burundi (2002)	29,0	Niger (2006)	15,8	Libye
Burkina Faso (2003)	28,8	Zimbabwe (2005/,06)	12,8	São Tomé et Príncipe
Gabon (2000)	28,0	Tunisie (2001)	12,1	Seychelles
Malawi (2006)	27,6	Égypte (2005)	10,3	Sierra Leone
Érythrée (2002)	27,0	Maroc (2003/04)	10,0	Afrique du Sud
Zambie (2007)	26,5	Namibie (2006/07)	6,7	Somalie
Algérie (2006)	24,6	Île Maurice (2002)	3,5	Soudan
Kenya (2003)	24,5			Togo
RDC (2007)	24,4			

Source : OMS, Statistiques sanitaires mondiales, mises à jour en 2010.

Note : les années figurant entre parenthèses sont celles des dernières données disponibles.

L'accès à la thérapie antirétrovirale (ART) pour les patients atteints du VIH s'est étendu dans la plupart des pays, notamment les pays se trouvant à l'épicentre de l'épidémie. Parallèlement, le nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH a baissé de 17,4 pour cent entre 2001 et 2008. Des programmes de prévention dynamiques associés à un meilleur accès aux traitements et à un changement de comportement semblent être les principaux moteurs de cette amélioration. Néanmoins, le nombre de personnes vivant avec le VIH demeure élevé, et paradoxalement, en raison même du succès des actions menées : un accès accru au traitement réduit la mortalité due au VIH/Sida et augmente le nombre de personnes vivant avec le Sida. Cette situation risque de peser financièrement sur les systèmes de santé et les économies nationales.

Indicateur 6.1 : taux de prévalence du VIH parmi la population âgée de 15 à 24 ans

Le groupe des 15-24 ans est le segment le plus sexuellement actif de la population. Réduire la prévalence du VIH dans cette tranche d'âge est donc essentiel pour arrêter la propagation de l'épidémie et renverser la tendance. Comme indiqué dans les éditions précédentes de ce rapport, les taux de prévalence du VIH et de mortalité dans ce groupe sont en baisse. En 2008, la prévalence dans cette tranche d'âge en Afrique où vit la plupart des patients infectés par le VIH (à l'exception de l'Afrique du Nord) est tombé à 5 pour cent, ce qui confirme la tendance à la baisse depuis 2005 (ONUSIDA, 2009).

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

Un des indicateurs utilisés pour mesurer la probabilité des nouvelles infections par le VIH est l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque. Malgré le fort taux de prévalence du VIH/Sida, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque reste faible. Cette évaluation est cependant problématique, car la plupart des pays africains ne disposent pas de données pour cet indicateur. Par exemple, en 2006, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, seuls 15 pays africains avaient des recueilli des données pour cet indicateur. Selon les chiffres fournis par ces pays, 42 pour cent des femmes et 52 pour cent des hommes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque. Autrement dit, les hommes sont davantage susceptibles d'utiliser un préservatif que les femmes, ce qui souligne l'inégalité frappante dans les rapports entre les genres en Afrique. Les inégalités entre genres continuent d'affecter le processus de prise de décision des femmes et la démonstration de comportements à risque. De plus, la vulnérabilité à la contamination par le VIH est souvent déterminée par une combinaison de facteurs psychologiques et sociaux, qui peuvent se placer au-delà du choix individuel, comme par exemple dans les cas de viol, dans les endroits où la prostitution est fréquente ou bien dans les mariages polygames.

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

Le degré de connaissance approfondie du VIH/Sida et de la prévention du VIH s'améliore parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans. La session spéciale de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/Sida a fixé la cible du taux de connaissance approfondie du VIH à 95 pour cent d'ici 2010. La plupart des pays n'atteindront pas cette cible, bien que la baisse du taux d'infection parmi les jeunes suggère que

le degré de connaissance approfondie progresse et que cela entraîne l'impact escompté sur les comportements. L'éducation sexuelle dans les écoles est considérée comme une intervention essentielle à cet égard. Donner aux écoliers et adolescents des informations sur la prévention du VIH qui sont spécifiques, adaptées à leur âge et qui tiennent compte des disparités entre les genres est une mesure essentielle, au même titre que leur inculquer les aptitudes à la résolution des problèmes, à la négociation et à la prise de décision qui sont nécessaires pour mettre ces connaissances en pratique.

Indicateurs 6.4 : taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans
Les progrès vers la réalisation de l'objectif consistant à renverser la tendance du VIH/Sida dépend fortement du pourcentage d'orphelins âgés de 10 à 14 ans scolarisés. La capacité du système éducatif à offrir des débouchés et à faire diminuer la transmission potentielle de la maladie demeure un élément essentiel pour intégrer les orphelins atteints du VIH dans la société. Malheureusement, pour des raisons diverses – y compris pour éviter la stigmatisation –, la plupart des pays africains ne collectent, ni ne transmettent de données sur la scolarisation des orphelins (âgés de 10 à 14 ans) qui permettraient de les comparer aux données concernant les non-orphelins. Dans les pays qui disposent de telles données, une amélioration a été enregistrée pour cet indicateur. Les enfants dont la mère est décédée tendent à être moins scolarisés que les enfants dont le père est décédé. Et les enfants qui ne sont pas déjà scolarisés au moment du décès d'un de leurs parents sont encore moins susceptibles d'être scolarisés par la suite.

Cible 6B : 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 antiviraux
En décembre 2008, il était estimé qu'environ 3 millions d'Africains (adultes et enfants) recevaient le traitement ART, soit 44 pour cent du nombre total estimé de personnes nécessitant ce traitement (ONUSIDA, mise à jour 2009 sur l'épidémie de Sida). Cinq ans plus tôt, la couverture régionale estimée n'était que de 2 pour cent, donc le nombre de patients et de personnes ayant accès au traitement a été multiplié par vingt. Cela a entraîné une baisse significative du taux général de mortalité liée au Sida et un un gain estimé à 2 millions d'années de vie pour l'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord qui enregistre des taux très bas de VIH/Sida (ONU, 2008). Néanmoins, 1,4 million de personnes sont mortes du Sida rien que l'année dernière. Élargir l'accès au traitement aux 4 à 5 millions de personnes en Afrique qui en auraient besoin et maintenir le traitement ART sur le long terme constituent un défi du fait du coût des ressources, surtout si les patients bénéficiant du traitement ne peuvent pas retrouver un emploi productif.

Les constats préliminaires extraits d'une étude[22] de groupe en cours portant sur les ouvriers d'une plantation de thé au Kenya ayant bénéficié du traitement ART suggèrent que le défi pourrait ne pas être aussi insurmontable, car la plupart des ouvriers ont rapidement retrouvé leur emploi initial (la cueillette du thé) au cours des premiers 12 mois de traitement antirétroviral. Cette étude suggère que le traitement ART peut permettre aux travailleurs

22 Larson et al. (2008)

du secteur informel dans les zones rurales de rapidement retrouver un mode de vie normal et empêcher un brusque déclin de la productivité agricole rurale, mais à deux conditions : garantir aux malades un meilleur accès au traitement et leur assurer un niveau nutritionnel adéquat. Cela renforce la nécessité d'interventions publiques et privées qui (i) suppriment les obstacles à l'accès aux services de santé et (ii) améliorent le statut nutritionnel des patients infectés par le VIH.

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

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

Le paludisme continue de représenter une cause majeure de morbidité et de mortalité en Afrique. Cependant les données sur l'incidence du paludisme et la mortalité qui y est associée ne sont pas disponibles de manière régulière dans la base de données de la DSNU. En 2006, la dernière année où des données existent, un nombre d'épisodes de paludisme estimé à 247 millions a été recensé dans le monde entraînant la mort de 880 000 personnes. Sur ces décès, 91 pour cent ont eu lieu en Afrique, dont 85 pour cent concernaient des enfants âgés de moins de cinq ans. Les femmes enceintes sont aussi particulièrement vulnérables, car elles sont trois fois plus susceptibles que les autres adultes de développer des symptômes de la maladie au cours d'une épidémie de paludisme (GAVI, 2009).

La pauvreté est une cause majeure de décès lié au paludisme. Les ménages les plus pauvres représentent la plus forte proportion de décès causés par le paludisme, du fait de l'accès médiocre aux services de santé et à l'utilisation de ces derniers. Cela peut s'expliquer par le coût de ces services ou par la distance à parcourir pour se rendre aux centres de soins, ou bien par les deux causes à la fois. L'instabilité politique dans des pays comme la République Démocratique du Congo, la Côte d'Ivoire, le Tchad et le Burundi est un facteur aggravant des décès liés au paludisme, car elle empêche les populations qui auraient un besoin urgent d'interventions d'accéder aux centres de soins.

Néanmoins, une baisse de la mortalité liée au paludisme a été enregistrée dans un certain nombre de pays de la région, y compris en Éthiopie, au Mozambique, au Rwanda, en Zambie et dans la région Zanzibar de la République-Unie de Tanzanie. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide constituent un moyen probant de lutte contre le paludisme et de gros efforts sont fournis aux niveaux national et international pour augmenter leur utilisation en Afrique. Cela a débouché sur un accroissement du taux des ménages africains disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide, qui est passé de 17 pour cent en 2007 à 31 pour cent en 2008. La polythérapie à base d'artémisinine est également largement employée pour traiter les cas de paludisme sans complication. Dans un certain nombre de pays, on a de plus en plus recours à la cartographie des conditions climatiques pour cibler les interventions de lutte contre le paludisme.

Malgré ces développements encourageants, il reste encore beaucoup à faire pour réduire la mortalité due au paludisme. En dépit des avantages avérés des moustiquaires imprégnées d'insecticide, un financement inadéquat continue d'entraver leur généralisation. En 2007, le financement international pour ces moustiquaires était de 0,65 milliard USD, ce qui est de beaucoup inférieur à l'estimation globale de 5 milliards USD par an

nécessaires pour garantir une couverture élevée et un impact maximal. La distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides permet de combler ce manque de fonds, bien que ce comportement puisse à moyen et à long terme mettre à mal le développement d'un marché commercial mature de ces moustiquaires. Les partenaires au développement de l'Afrique contribuent aussi à accélérer les programmes très efficaces de prévention et de traitement du paludisme. Par exemple, l'Initiative du Président américain pour lutter contre le paludisme (PMI), dont le but est de « réduire le nombre de décès liés au paludisme de 50 pour cent dans les 15 pays africains accablés par la

Tableau 7 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, dans les pays africains sélectionnés, 2000–2008

% d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides par pays (supérieur à la moyenne régionale de l'OMS de 17 %)		% d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides par pays (supérieur à la moyenne régionale de l'OMS de 17 %)		Pays non endémiques	Pays pour lesquels aucune donnée n'est disponible
Madagascar	60	Tanzanie	16	Lesotho	Algérie
São Tomé et Príncipe	54	République Centrafricaine	15	Libye	Botswana
Gambie	49	Cameroun	13	Île Maurice	Cap Vert
Guinée Équatoriale	42	Burkina Faso	10	Seychelles	Égypte
Zambie	41	Comores	9	Tunisie	Gabon
Guinée-Bissau	39	Somalie	9		Maroc
Kenya	39	Ouganda	9		Namibie
Togo	35	Burundi	8		Afrique du Sud
Éthiopie	33	Mozambique	7		
Sénégal	31	Niger	7		
Ghana	28	Congo	6		
Soudan	28	Côte d'Ivoire	6		
Mali	27	RDC	6		
Sierra Leone	26	Nigéria	6		
Malawi	25	Érythrée	4		
Rwanda	24	Libéria	3		
Bénin	20	Zimbabwe	3		
Angola	17	Mauritanie	2		
		Tchad	1		
		Guinée	1		
		Djibouti	1		
		Swaziland	0		

maladie », contribue à mobiliser les gouvernements nationaux et les autres donateurs en vue d'accélérer les interventions, comme les moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent, le traitement préventif intermittent contre le paludisme au cours de la grossesse (TPI) et la polythérapie à base d'artémisinine (ACT) contre les infections paludiques (USAID, 2009).

Cependant, l'affectation des fonds externes est concentrée de manière disproportionnée sur des petits pays africains moins touchés par le problème du paludisme, au détriment des pays plus grands, qui paient un tribut beaucoup plus lourd en termes de cas de paludisme avérés et de décès liés à cette maladie. Les gouvernements africains doivent allouer davantage de ressources à la prévention et au traitement du paludisme, et tenir leurs engagements pris en 2000 et 2006 lors du Sommet d'Abuja au Nigeria.

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

Le paludisme demeure une cause majeure de décès infantile en Afrique, les enfants de moins de cinq ans comptant pour 85 pour cent de la totalité des décès liés au paludisme sur le continent. La solution à long terme de ce problème réside dans un vaccin contre le paludisme, mais le développement de ce dernier se fait attendre, bien que quelques versions de vaccins prometteurs en soient à présent au stade des essais cliniques. À court terme, il est essentiel, pour réduire le nombre de décès infantiles liés au paludisme, d'accroître la proportion d'enfants de moins de cinq ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide. En 2008, (*voir tableau 7*), la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, seuls 24 pour cent d'enfants âgés de moins de cinq ans dormaient sous ce type de moustiquaires en Afrique.

Ceci constitue un progrès, mais on est encore loin de l'objectif de 80 pour cent de couverture préconisé par l'Alliance mondiale pour la santé (WHA). Seize des vingt pays pour lesquels des données sont disponibles ont au moins triplé leur taux de couverture depuis 2000. Dans les pays tels que la Guinée Équatoriale, l'Éthiopie (basses-terres), le Gabon, le Mali, São Tomé et Príncipe, le Sénégal et la région Zanzibar de la Tanzanie, plus de 60 pour cent des ménages possèdent des moustiquaires imprégnées d'insecticide (critère utilisé pour estimer la proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous ce type de moustiquaire). Cependant, la distribution de ces dernières est entravée par des contraintes liées à l'offre.

Indicateur 6.8 : proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés

Moins de progrès ont été enregistrés dans le traitement du paludisme que dans sa prévention. Les progrès accomplis dans le développement d'un vaccin antipaludique constituent le meilleur espoir pour réduire les incidences de paludisme, mais il n'en existe à présent aucun (les recherches sur un vaccin antipaludique en Afrique sont minimes). Bien que le coût du traitement des enfants souffrant de fièvre soit modérément élevé dans les régions africaines où le paludisme est endémique, très peu de pays ont élargi le taux de couverture du traitement depuis 2000. Fait troublant, la plupart des patients reçoivent souvent des médicaments moins efficaces. Le nombre de polythérapies à base d'artémisinine administrées au niveau national s'est ralenti pendant la période 2004-2006, du fait de la

baisse du taux d'approbation du financement alloué aux activités de lutte contre le paludisme lors des Cycles de négociation cinq et six du Fonds mondial.

Des examens préliminaires entrepris dans dix pays africains en 2008 font ressortir quelques constats concernant deux indicateurs de traitement, à savoir (i) la proportion des enfants de moins de cinq ans traités avec des médicaments antipaludiques et (ii) la proportion des enfants de moins de cinq ans traités avec les polythérapies à base d'artémisinine. La moyenne pondérée des pays étudiés pour le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans traités avec des médicaments antipaludiques était de 32 pour cent et de 16 pour cent pour les polythérapies à base d'artémisinine, bien que seuls sept des dix pays étudiés disposent de données pour calculer ce dernier pourcentage. Bien qu'il soit possible que ces pays ne soient pas représentatifs, un message émerge néanmoins : le nombre d'enfants traités avec des médicaments antipaludiques ou des polythérapies à base d'artémisinine est faible. En 2008, le Gabon et la Tanzanie ont enregistré des pourcentages respectifs de 25 et 22 pour cent d'enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme traités par polythérapie à base d'artémisinine. Seuls 14 pays africains ont signalé administrer un nombre suffisant de traitements à base d'artémisinine pour soigner au moins 50 pour cent des cas de paludisme signalés, alors que cinq pays administraient un nombre suffisant de ces traitements pour remédier à la totalité des cas de paludisme. Du fait que ces interventions ont des résultats probants, il est crucial que les pays accélèrent la disponibilité de ces traitements antipaludiques chez les enfants de moins de cinq ans qui présentent des symptômes de fièvre. Cela permettra de réduire significativement la mortalité infantile.

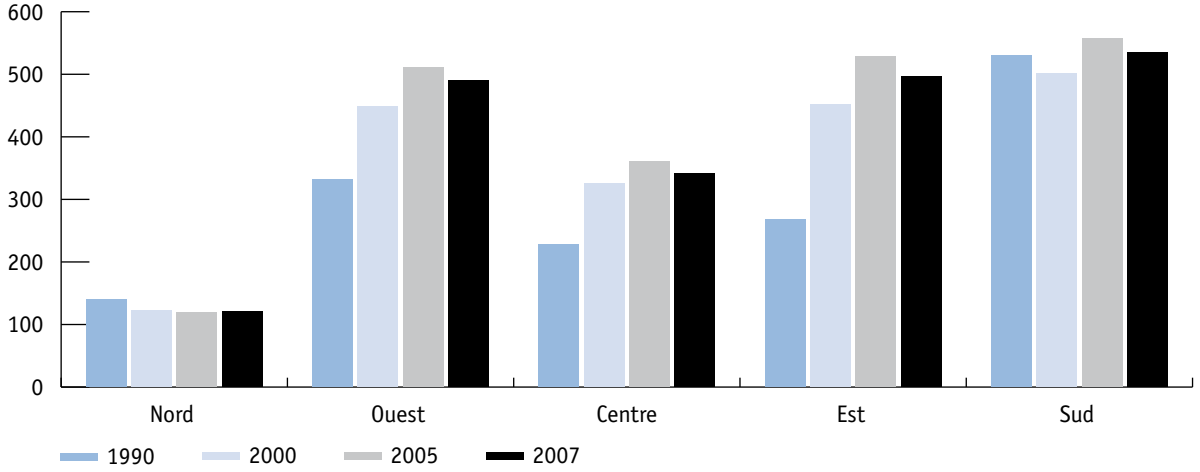
Indicateur 6.9 : incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie

La tuberculose (TB) demeure un risque sanitaire important et une cause majeure de décès en Afrique, notamment dans les pays enregistrant un taux très élevé de prévalence du VIH/Sida. Sur les 22 pays classés par l'OMS comme étant très affectés par la tuberculose, neuf se trouvent en Afrique (République Démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya, Mozambique, Nigeria, Afrique du Sud, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe). L'Afrique Australe continue d'enregistrer le taux d'incidence de tuberculose le plus élevé et l'Afrique du Nord le taux le plus bas. À l'exception de l'Afrique du Nord, où le faible taux d'incidence reste inchangé, toutes les sous-régions du continent ont enregistré un déclin, à des degrés divers toutefois, du taux de prévalence de la TB entre 2005 et 2007 (*voir figure 26*).

Cette situation varie cependant si le pays le plus peuplé par sous-région est exclu de l'analyse. Dans la *figure 27*, le Nigeria est exclu de l'Afrique de l'Ouest, l'Éthiopie de l'Afrique de l'Est, le Cameroun de l'Afrique Centrale, l'Égypte de l'Afrique du Nord et l'Afrique du Sud de l'Afrique australe. À titre d'exemple, le taux général de prévalence pour l'Afrique de l'Ouest diminue si le Nigeria est exclu de l'échantillon, passant de 480 à un peu moins de 220 en 2007. En Afrique australe, le taux général de prévalence chute d'environ 535 en 2007 à près de 290 lorsque l'Afrique du Sud est exclue.[23] L'Afrique de l'Est, à l'exception de l'Éthiopie, a enregistré le taux le plus élevé de prévalence de la TB entre 2000 et 2007 sur l'ensemble des sous-régions ; elle a également connu

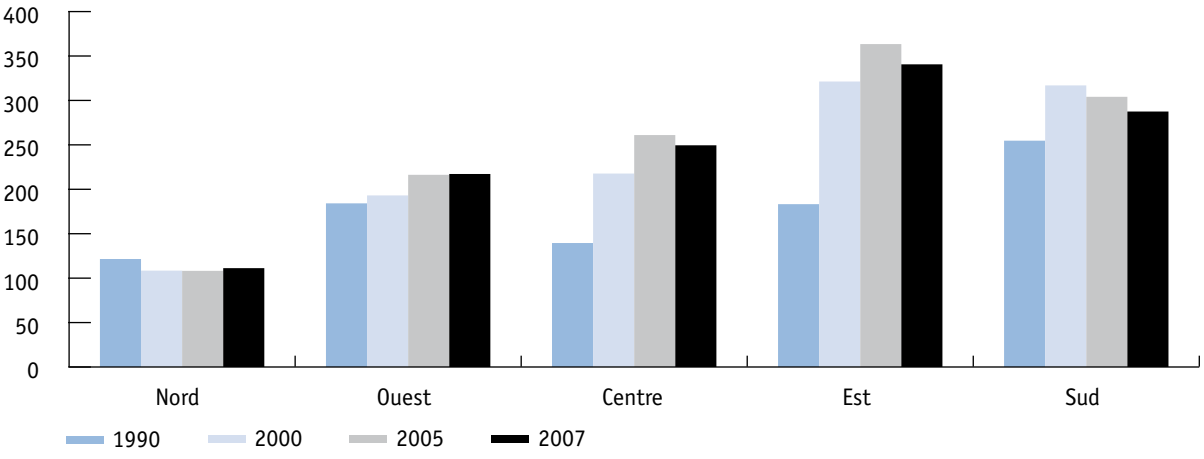
23 Il est possible que ces pays aient un système plus efficace de surveillance et de signalement.

Figure 26 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants par sous-région africaine, 1990–2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU.

Figure 27 : Taux de prévalence de la tuberculose pour 100 000 habitants par sous-région africaine (à l'exception des pays les plus peuplés), 1990–2007



Source : calculs de la CEA fondés sur des données de la DSNU, en excluant le pays le plus peuplé par sous-région : Égypte (Nord), Nigeria (Ouest), Cameroun (Centre), Éthiopie (Est) et Afrique du Sud (Sud).

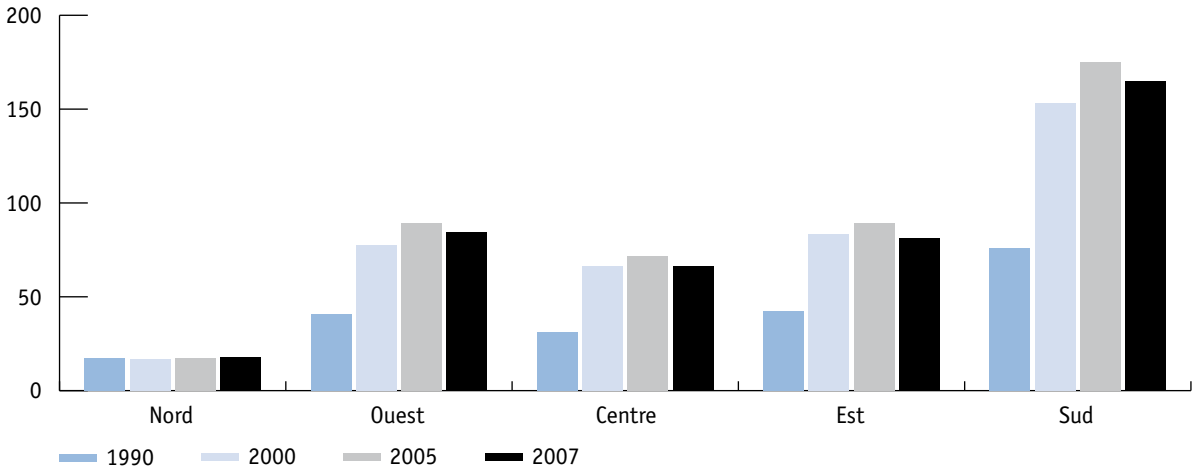
la plus forte baisse en 2007 par rapport à 2005. Un facteur important expliquant la diminution du taux de prévalence de la TB en Afrique pourrait résider dans l'utilisation de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).

Les taux de mortalité due à la tuberculose ont régressé au cours de la période 2005-2007 en Afrique Centrale, de l'Est et Australe et sont restés inchangés en Afrique du Nord et de l'Ouest, démontrant une tendance similaire à celle des taux de prévalence (*voir figure 28*). Ces résultats s'expliquent en partie par le succès croissant du DOTS. En Afrique de l'Ouest, le taux de prévalence de la TB est en constante augmentation depuis 1990 dans un certain nombre de pays, y compris la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Togo et la Sierra Leone. Il a baissé de manière régulière au Nigeria de 2003 à 2007. En Afrique du Nord, le taux de prévalence de la TB a augmenté en Algérie, en Mauritanie, au Soudan et en Tunisie, mais a diminué en Égypte et au Maroc.

Indicateur 6.10 : proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation

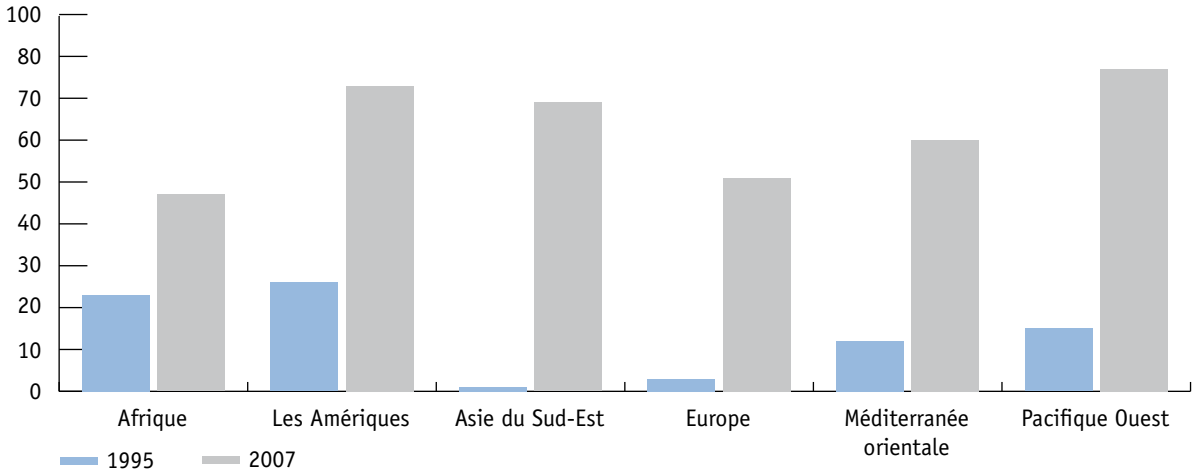
Pour évaluer le taux de pénétration du DOTS, les pays surveillent la « proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe ». Le taux de succès du DOTS s'est considérablement accru de 1995 à 2007 (*voir la figure 29*). Bien que la cible soit fixée à 85 pour cent, le taux de succès à cet égard sera de 100 pour cent. Le DOTS repose sur les trois « I » (dépistage Intensifié ; thérapie préventive à l'Isoniazide ; et contrôle des Infection). Il nécessite un diagnostic approprié et l'enregistrement de chaque cas de tuberculose, suivis d'un traitement polymédicamenteux standardisé. Ce traitement a un impact visible sur le taux de prévalence de

Figure 28 : Taux de mortalité causée par la tuberculose pour 100 000 habitants, par sous-région africaine, 1990–2007



Source : calculs de la CEA fondés sur des données de la DSNU, mises à jour en 2009.

Figure 29 : Taux de détection de la tuberculose dans le cadre du DOTS, 1995 et 2007 (en %)



Source : Statistiques sanitaires mondiales, 2009.

Note : régions conformes aux regroupements régionaux de l'OMS.

la TB et le nombre de décès liés à cette maladie. Les efforts pour contrôler la TB ont été entravés par l'émergence d'une forme de TB à bacilles multi-résistants (TB-MDR), difficile et coûteuse à soigner et qui ne répond pas aux médicaments généralement utilisés en premier ressort. L'Afrique du Sud se classe parmi les cinq premiers pays qui comptent le plus grand nombre de cas de TB-MDR (Stop TB Partnership, 2010).

D'après les constats présentés ci-dessus, l'Afrique en tant que région a peu de chances d'atteindre d'ici 2015 les cibles concernant la TB. Ce fait s'explique en grande partie par le taux encore élevé de prévalence du VIH et par l'augmentation du nombre de décès relatifs au Sida dans certains pays. Les gouvernements africains et les partenaires au développement sont confrontés à un sérieux défi qu'ils doivent surmonter de manière urgente. Les pays africains devraient allouer davantage de ressources à la lutte contre la tuberculose, conformément aux engagements pris lors de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/Sida, la TB et autres maladies infectieuses associées. Les donateurs doivent également allouer plus de ressources au contrôle de la tuberculose, car malgré un financement en hausse, il existe toujours un manque financier significatif dans ce domaine (OMS, 2009b).

Objectif 7 : Assurer un environnement durable

La menace posée par le changement climatique à l'Afrique fait qu'une plus grande attention est portée à la viabilité environnementale et aux OMD sur l'environnement. De nombreuses ressources naturelles et environnementales en Afrique se dégradent à un rythme inquiétant. La croissance économique rapide posera sûrement un sérieux dilemme à l'Afrique : faut-il se concentrer sur les

avantages à court terme qui peuvent être acquis grâce à une expansion économique rapide ou faut-il accorder une plus grande attention à la protection de l'environnement au profit des générations futures ? Une étude menée par la CEA sur la planification des OMD dans 15 pays africains montre que de nombreux pays doivent encore incorporer la viabilité environnementale au sein de leurs plans de développement nationaux. Le débat majeur sur le changement climatique semble se porter sur la viabilité environnementale dans son ensemble. La plupart des pays ne respectent pas les engagements pris lors du Sommet mondial pour le développement durable (SMDD), y compris l'Initiative du NEPAD en faveur de l'environnement.

Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

Indicateur 7.1 : proportion de zones forestières

Les zones protégées se trouvent au cœur des efforts de protection des espèces et écosystèmes du monde et constituent aussi un élément clé pour atténuer le changement climatique. Certains progrès ont été enregistrés dans ce domaine. Par exemple, en 2007 le gouvernement de RDC a établi, en coopération avec la BCI (Bonobo Conservation Initiative), la réserve naturelle Sankuru en tant qu'immense forêt tropicale protégée couvrant une superficie de 30 570 kilomètres carrés. Ce projet offrira des crédits certifiés de carbone en réduisant les émissions de carbone causées par la déforestation et la dégradation des forêts (REDD) (PNUD, 2007). Le Niger généralise également la viabilité environnementale dans ses stratégies fiscales. Par exemple, l'industrie du bois de sciage, qui était précédemment une source de déforestation (depuis atténuée par la taxe actuelle sur le transport du bois négocié), génère des revenus fiscaux au profit de la viabilité environnementale. Entre 40 et 60 pour cent du revenu collecté est mis de côté pour financer des programmes de reboisement, alors que 30 à 50 pour cent de ce revenu est réinvesti dans la planification forestière (UNESCO, 2010).

Le niveau et le taux de déforestation, cependant, continuent de poser problème. Entre 2000 et 2005, l'Afrique perdait ses forêts à un taux annuel de 4,1 pour cent, ce qui représentait néanmoins une légère amélioration par rapport au taux de 4,4 pour cent de déperdition enregistré pour la période 1990-2000. Un certain degré de déperdition est inévitable du fait de la croissance de l'Afrique : les forêts vierges sont défrichées et cultivées et de nouvelles villes et villages se bâtissent. Néanmoins, du fait de l'importance de la forêt en tant que contributeur aux émissions de gaz à effet de serre de nature anthropogène, qui comptaient pour 17,4 pour cent des émissions en 2004, une baisse du taux de déforestation pourrait jouer un rôle dans l'atténuation des effets du changement climatique. L'amélioration constatée dans les zones protégées est de bon augure pour la diminution de la déperdition de la biodiversité, bien que la dégradation environnementale et l'urbanisation galopante demeurent de sérieux problèmes. Une intervention clé à cet égard pourrait être une utilisation plus intensive des terres, par le biais d'un emploi accru d'engrais et de variétés à fort rendement dans l'agriculture et grâce à la construction de bâtiments à plusieurs étages dans les villes.

Indicateurs 7.2 : émissions de C02 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat)

Un indicateur important pour évaluer les progrès vers la viabilité environnementale, y compris le changement climatique, repose sur les émissions de dioxyde de carbone par habitant, mesurées en tonnes métriques. On estime que l'Afrique connaîtra probablement des températures plus élevées, des changements dans les modèles de précipitations et des événements climatiques plus extrêmes que les autres régions du globe (GIEC, 2007). D'autre part, le continent est la région du monde qui émet le plus faible taux de dioxyde de carbone, produisant seulement 4 pour cent du total des émissions de gaz à effet de serre. Les émissions de gaz carbonique ont baissé dans la plupart des pays africains entre 1990 et 2006, à l'exception des pays suivants : Algérie, Botswana, Égypte, Guinée équatoriale, Île Maurice, Maroc, Namibie et Seychelles, où les émissions ont augmenté de plus de 0,5 tonne. La Libye est le plus gros émetteur de CO^2 par habitant en Afrique, principalement du fait du torchage de gaz sur ses champs de pétrole.

Le coût pour contrer les conséquences négatives du changement climatique entravera certainement les progrès vers la réalisation des OMD en Afrique. Sans croissance économique rapide, ces dépenses réduiront probablement de manière significative les ressources disponibles pour l'accélération des progrès vers les OMD. Les estimations de coût varient. Par exemple, la Banque mondiale estime que les mesures d'adaptation coûteraient environ 18,1 milliards USD par an pour l'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord (Banque mondiale, 2009b).

Indicateur 7.3 : consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone

La majorité des signataires africains du Protocole de Montréal[24] ont atteint une réduction de 97 pour cent de la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone. Cet accomplissement extraordinaire résulte à la fois de l'intégration de principes relatifs au développement durable dans les cadres politiques (OMD 7) et du partenariat international pour le développement (OMD 8).

À ce jour, les parties prenantes au Protocole de Montréal ont mis en place des réglementations ou législations nationales pour favoriser une protection efficace de la couche d'ozone et une conformité à long terme à ce Protocole. En plus de financer ces activités essentielles, le Fonds multilatéral du Protocole de Montréal appuie depuis 19 ans les efforts de renforcement des capacités au niveau national et l'établissement de réseaux entre les législateurs, les préposés des douanes et autres. Pourtant, les difficultés subsistent. Surtout celle consistant à éliminer progressivement les hydrochlorofluocarbones tout en évitant l'utilisation de substances alternatives représentant un vecteur potentiel élevé de réchauffement climatique. Les autres problèmes sérieux concernent la gestion des stocks existants de substances appauvrissant la couche d'ozone (y compris leur destruction) et la garantie qu'un commerce illicite ne se mettra

24 Le Protocole de Montréal de la Convention-cadre de Vienne sur les substances appauvrissant la couche d'ozone, signé en 1996, fut le premier traité à fixer au niveau international des cibles de réduction quantifiée des émissions selon un calendrier établi. Il s'agissait également du premier traité à suivre le « Principe de précaution », selon lequel les gouvernements pourraient prendre des mesures d'atténuation même sans l'appui de connaissances scientifiques entièrement prouvées.

pas en place une fois les principales substances éliminées.

Indicateur 7.4 : proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains

Des mesures nationales ont été prises pour limiter l'impact de la pêche et des autres activités humaines sur les espèces de poissons exploitées. Néanmoins, le pourcentage des espèces de poissons épuisées, exploitées au maximum, surexploitées ou en cours de reconstitution a augmenté en passant de 70 pour cent en 1995 à 80 pour cent en 2006. L'effet du changement climatique sur l'ensemble des cibles et indicateurs des OMD, notamment l'OMD 7, exacerbe la vulnérabilité des ressources environnementales en Afrique. Par exemple, le changement climatique pourrait modifier les écosystèmes marins et d'eau douce, affectant les modèles saisonniers de certains processus biologiques, bouleversant ainsi les réseaux alimentaires dans les milieux marins et d'eau douce. Ce phénomène entraîne à son tour des conséquences imprévisibles sur les stocks de poissons. Étant donné l'incertitude de l'impact du changement climatique sur les ressources et les écosystèmes, un haut niveau de précaution est nécessaire pour gérer les ressources halieutiques.

Indicateurs 7.5 : proportion de ressources d'eau totales utilisées

Près de 70 pour cent de l'eau captée en Afrique est utilisée dans l'agriculture. Lorsque 75 pour cent des cours des rivières sont détournés à des fins agricoles, industrielles et municipales, il ne reste simplement pas assez d'eau pour répondre aux besoins humains et environnementaux en eau. Le déficit en eau – caractérisé par une sévère dégradation environnementale, un appauvrissement des nappes phréatiques et les allocations d'eau – s'accroît. Les captages d'eau sont les plus importants dans les zones arides et semi-arides, où ils sont utilisés en grande partie pour l'irrigation et les autres processus agricoles, et les plus faibles dans les pays tropicaux. En Afrique du Nord, en moyenne 78 pour cent des ressources renouvelables en eau sont captées chaque année. Un certain nombre de pays africains sont confrontés à une sérieuse pénurie d'eau. Ce phénomène est exacerbé encore plus par le changement climatique exprimé à travers les changements dans les saisons des pluies et la survenue d'événements climatiques extrêmes qui entraînent l'épuisement des ressources en eau. L'inversement de cette tendance nécessitera une utilisation plus efficace de l'eau, notamment par le biais de variétés de cultures améliorées et de meilleures pratiques agronomiques qui entraînent des profits économiques plus élevés et des récoltes plus importantes avec le même volume d'eau.

Cible 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable, ni à des services d'assainissement de base

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

La source d'eau potable améliorée est directement liée à une meilleure situation sanitaire de la population africaine. Les lents progrès vers les OMD sur la santé sont attribués en partie aux mauvaises conditions d'hygiène, y compris un accès inadéquat à l'eau potable et à un meilleur système d'assainissement.

La plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles ont enregistré un meilleur taux de couverture. En 2008, neuf pays ont atteint un taux de couverture de 90 pour cent en termes d'accès à de l'eau potable ; à savoir le Botswana, les Comores, Djibouti, l'Égypte, la Gambie, l'Île Maurice, la Namibie, l'Afrique du Sud et la Tunisie. Les pays ayant un taux de couverture inférieur à 50 pour cent étaient les suivants (*voir figure 30a*) : Somalie, Éthiopie, Madagascar, RDC, Mozambique, Niger, Mauritanie et Sierra Leone. Bien que des progrès aient été accomplis, ces pays doivent accélérer leurs efforts pour pouvoir atteindre la cible.

Le fossé rural-urbain en matière d'accès à une source d'eau améliorée continue de poser un défi aux autorités politiques. Néanmoins, la proportion des ménages ruraux ayant un meilleur accès aux sources d'eau potable est passée de 54 à 65 pour cent au cours de la période 1990-2006. En Afrique du Nord, au cours de la même période, la disponibilité en eau courante s'est améliorée en passant de 34 à 63 pour cent. Le taux de sources d'eau améliorées n'a enregistré qu'une petite progression de 1 pour cent et le taux de sources d'eau non-améliorées a chuté de 36 pour cent (ONU, 2009).

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

La réalisation des OMD sur la santé dépend dans une grande mesure d'un meilleur assainissement. La cible consiste à fournir un meilleur assainissement à 63 pour cent de la population de la région. Cela nécessite une amélioration pour environ 370 millions de personnes supplémentaires par rapport aux 242 millions de personnes qui étaient estimées avoir accès à ce type d'infrastructure en 2006.

Les améliorations enregistrées dans ce domaine sont encore insuffisantes pour un certain nombre de pays (*voir figure 30b*). Seuls quatre pays africains enregistrent un taux supérieur à 90 pour cent de la population ayant accès à des infrastructures d'assainissement améliorées, à savoir l'Algérie, l'Égypte, la Libye et l'Île Maurice. De nombreux pays se placent bien en deçà de ce niveau. Les pays qui ont un taux de couverture inférieur à 20 pour cent comprennent : le Bénin, le Burkina Faso, le Tchad, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Ghana, la Guinée, le Libéria, Madagascar, le Mozambique, le Niger, la Sierra Leone et le Togo.

Les améliorations dans les infrastructures d'assainissement restent largement un phénomène urbain. La défécation en plein air est encore une pratique très courante dans les zones rurales et n'a pas été éradiquée dans de nombreuses zones urbaines du continent. En 2008, à l'exception de l'Afrique du Nord, la proportion de la population africaine pratiquant la défécation en plein air était de 199 millions dans les zones rurales et 22 millions dans les zones urbaines. De simples interventions, comme la présence de toilettes et de sources d'eau publiques et communautaires, pourraient jouer un rôle important dans l'accélération des améliorations dans le domaine de l'assainissement. L'engagement du gouvernement et le financement adéquat au Sénégal a entraîné une augmentation du taux d'accès aux infrastructures d'assainissement en milieu rural de 19 à 34 pour cent entre 1990 et 2005. Ces deux caractéristiques expliquent également les progrès significatifs accomplis dans l'amélioration de l'assainissement en milieu rural en Ouganda (*voir encadré 3*).

Figure 30a : Proportion de la population desservie par une source d'eau améliorée, 1990–2008

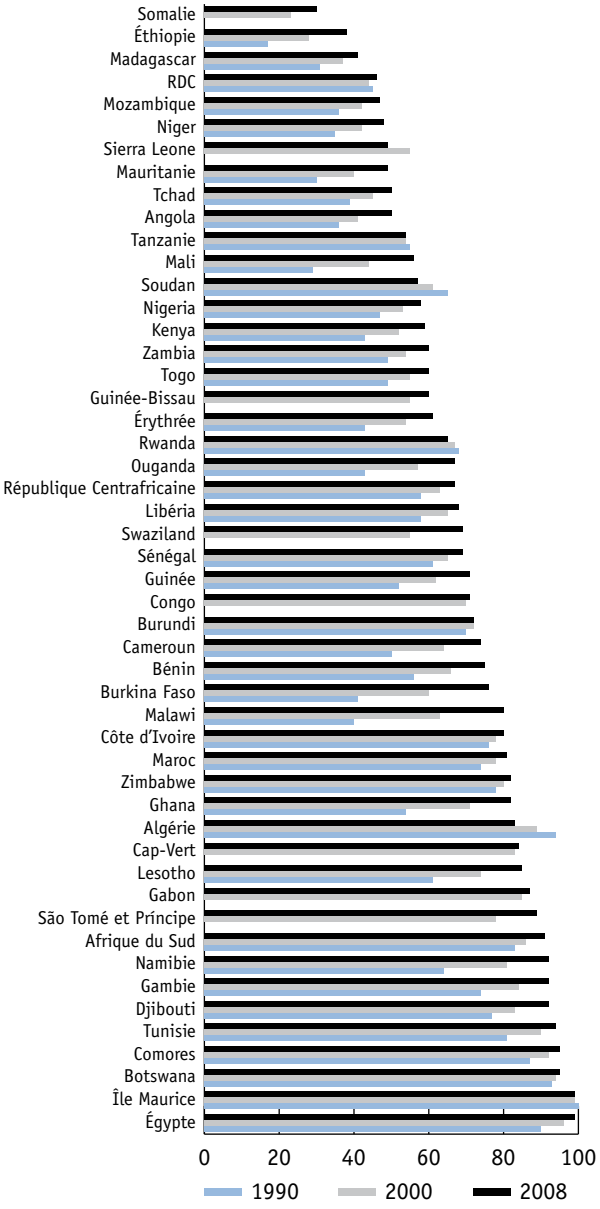
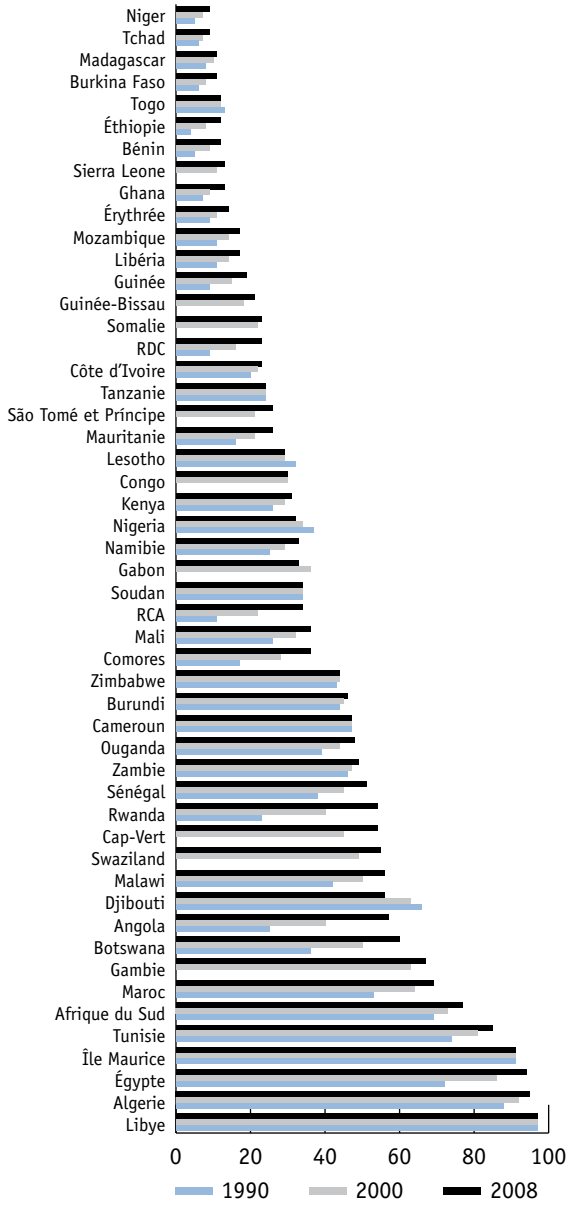


Figure 30b : Proportion de la population desservie par un meilleur assainissement, 1990–2008



Source : calculs de la CEA fondés sur des données de l'OMS et de l'UNICEF, mises à jour en 2010.

En plus du fossé existant entre les zones rurales et les zones urbaines, un important aspect de l'amélioration des infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement repose sur le seuil de revenu. Dans 21 pays africains, à l'exception de l'Afrique du Nord, seuls 16 pour cent du quintile le plus pauvre de la population ont accès à une meilleure infrastructure d'assainissement, alors que cette couverture augmente pour atteindre 79 pour cent du quintile le plus riche de la population (ONU, 2008). Selon une étude de la CEA portant sur 11 pays africains les moins avancés (PMA), les pays comme la Zambie, le Niger et le Rwanda ont connu une augmentation importante des inégalités d'accès. Ce phénomène est associé à une plus forte croissance du taux d'accès à l'eau et l'assainissement des populations plus riches, ce qui montre clairement que les améliorations qui se sont produites dans le secteur de l'eau et de l'assainissement n'ont pas profité aux pauvres. Cependant, des développements positifs se sont également produits à cet égard, notamment en Ouganda et au Malawi. Des similarités peuvent être observées en regardant du côté des inégalités géographiques. Un autre point intéressant concerne le fait que les inégalités sont beaucoup plus marquées pour l'accès aux services d'assainissement que pour l'accès à l'eau. Ce phénomène peut s'expliquer par les taux élevés de couverture pour l'eau et le coût plus important pour l'infrastructure relative à la gestion des déchets (CEA, à paraître).

Encadré 3 : Performance, planification et cibles dans le domaine de l'assainissement en Ouganda

Le gouvernement ougandais a reconnu les impacts directs de l'assainissement et de l'hygiène de base sur la santé, l'éducation et la réduction de la pauvreté dans son Plan d'action pour l'éradication de la pauvreté (PEAP) (MFPED, 2004). Pour encourager une meilleure couverture de l'assainissement et des bonnes pratiques d'hygiène, le gouvernement a établi des cibles nationales au sein de son PEAP. Il a également établi un groupe de travail national intersectoriel sur l'assainissement, afin de coordonner l'ensemble des efforts de promotion de l'assainissement et de l'hygiène, la révision des mécanismes budgétaires et les flux de financement, et a envisagé la possibilité d'établir un nouveau poste de dépense pour la promotion de l'assainissement et de l'hygiène.

En se fondant sur le dernier rapport de performance dans le secteur de l'eau et de l'assainissement (MWE, 2008), 62 pour cent des ménages ruraux et 74 pour cent des ménages urbains en Ouganda avaient accès à de meilleures infrastructures d'assainissement en 2007/2008/ Cela place la moyenne rurale de l'Ouganda en matière d'assainissement sécurisé en dessous de la cible intermédiaire du pays fixée à 64 pour cent pour la période 2007/2008. Cela signifie que les zones rurales n'ont pas réussi à maintenir le cap vers la réalisation de la cible 2015 pour l'Ouganda fixée à 77 pour cent d'accès à une infrastructure sécurisée d'assainissement. Par contraste, les ménages urbains ont atteint leur cible intermédiaire de 74 pour cent pour 2007/2008.

Source : Uganda Ministry of Health et al. (2009)

Cible 7D : 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

En Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord, la proportion de la population privée d'abris a baissé de 71 à 62 pour cent entre 1990 et 2005. En Afrique du Nord, cette proportion a plus que diminué de moitié en passant de 36 à 15 pour cent (ONU, 2009a). Malgré certaines avancées, l'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord, reste la région du globe avec le plus fort taux de prévalence de bidonvilles. Les zones urbaines et les bidonvilles de la région semblent s'être développés au même rythme rapide et les conditions de vie des populations pauvres sont difficiles, avec souvent des privations multiples. Les améliorations des conditions de vie des habitants des bidonvilles dans la plupart des pays africains, à l'exception de l'Afrique du Nord, nécessiteront donc d'importants investissements dans les infrastructures de plusieurs secteurs. Bien que des améliorations générales se soient produites dans les bidonvilles du monde entier, les crises actuelles du logement et de l'énergie peuvent entraîner un ralentissement des progrès dans les régions en développement et, dans certains cas, renverser les tendances positives.

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

Les OMD soulignent l'importance de l'appui de la coopération internationale et d'un partenariat mondial, essentiels à leur réalisation. Ce partenariat est resté solide, même au plus fort des crises de 2008-2009. Le G20 a réaffirmé, lors de ses diverses réunions, le rôle crucial d'un partenariat mondial et son engagement envers les OMD[25]. L'Aide publique au développement (APD) nette pour l'Afrique a connu une augmentation en 2008, malgré la crise économique et financière mondiale. Son niveau était cependant bien en deçà de l'engagement de 0,7 pour cent du RNB pris par les pays de l'OCDE. L'Afrique ne recevra probablement que 12 milliards USD sur l'augmentation de 25 milliards USD envisagée lors du Sommet de Gleneagles de 2010, ce qui s'explique en grande partie par la contre-performance de certains donateurs européens qui approvisionnent dans une large mesure l'Aide publique au développement (APD) pour l'Afrique.

Un élément important mais sous-estimé du partenariat mondial pour le développement, vital pour les pays africains, concerne les sorties illicites de ressources. À Pittsburgh, le G20 s'est engagé à travailler avec le Programme pour le recouvrement des avoirs volés de la Banque mondiale, afin d'assurer le retour des avoirs volés aux pays en développement et d'appuyer les efforts pour enrayer les sorties illicites. Les pays africains seront les grands bénéficiaires de ces mesures si cet engagement est respecté dans sa totalité, car elles dégageront des ressources supplémentaires pour le développement.

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

Les négociations de l'OMC, au point mort en 2005, n'avaient toujours pas repris en 2009. Aucun

25 À Londres et à Pittsburgh, le G20 a réaffirmé son engagement à atteindre les OMD et ses promesses d'APD respectives. Voir www.g20.org/documents/20091107_progress_report_standrews.pdf

progrès n'a eu lieu cette année, en dépit de l'espoir que les négociations pourraient reprendre à la suite de la crise économique et financière mondiale. Cet espoir reposait sur la crainte de voir réapparaître des tendances protectionnistes (par ex. la disposition « Achetez américain » contenue dans l'avant-projet de la loi américaine sur la relance économique (Stimulus bill)) et l'admission, fondée sur les expériences passées, que les marchés ouverts seraient essentiels pour modérer l'impact de la crise (CEA/CUA, 2010). La communauté internationale a tenté d'aborder ces préoccupations lors des divers Sommets organisés en vue de se mettre d'accord sur la manière de réagir à la crise. Dans le but de redynamiser le commerce et l'investissement au niveau mondial, le G20 a promis d'injecter 250 milliards USD pour relancer le financement du commerce mondial et a fait vœux d'éviter la mise en place de politiques protectionnistes. L'Organisation mondiale du commerce (OMC) a été chargée de surveiller et de signaler les mesures de protectionnisme financier. Des ressources supplémentaires ont été approuvées pour le FMI et le G20 s'est engagé en 2010 à apporter une conclusion positive et équilibrée au Cycle de Doha sur le développement.

Pour l'Afrique, le succès des négociations commerciales du Cycle de Doha se mesurera en termes de solides progrès accomplis dans les domaines distincts suivants : agriculture, accès au marché des produits non agricoles (NAMA), accès sans droit et sans quota pour les PMA, aide pour le commerce et traitement spécial et différencié (TSD). Les perspectives de progrès pour certains de ces aspects ne semblent pas être très favorables.[26]

Un autre domaine de préoccupation pour les pays africains concerne les négociations de l'Accord de partenariat économique (APE) avec l'Union européenne (UE). De nombreux pays africains ont signé des APE intérimaires pour la simple raison stratégique consistant à protéger leurs marchés européens, en dépit de sérieuses réserves. Une clause de même rang lors de la ratification des accords intérimaires a également été incluse par des regroupements régionaux – la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (y compris la Mauritanie) (CEDEAO), le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA), la Communauté économique des États d'Afrique centrale (CEEAC) – dans les négociations. Cependant, des questions litigieuses restent à résoudre, notamment dans les domaines des services, renforcement des capacités dans le commerce et la réciprocité totale.

Les dommages infligés par la crise au système financier mondial a incité le G20 à mettre en place des réglementations et réformes visant à restaurer la stabilité de l'économie mondiale. Ces dernières comprenaient notamment l'établissement d'un Conseil sur la stabilité financière, afin de coordonner et surveiller les progrès accomplis dans la remise en état des systèmes réglementaires financiers. Des fonds s'élevant à 2 milliards USD ont été déposés sur le Fonds d'intervention sociale rapide de l'Association internationale de développement (IDA) destiné à aider les pays pauvres à gérer les effets de la crise financière sur leur économie. En outre, il y a eu une concentration des dépenses en début de période des ressources de l'IDA et

26 Une préoccupation grandissante en Europe sur l'accroissement des déficits budgétaires pourrait déboucher sur la prise de mesures concernant les subventions à la production agricole. Il est possible que les pays réduisent le montant des subventions accordées à leurs agriculteurs.

Tableau 8 : Aide publique au développement nette, 2008 et 2009

	2009*		2008		2009	% changement 2008–09**
	APD (min. actuel en USD)	APD/RNB	APD (min. actuel en USD)	APD/RNB	APD (min. en USD aux coûts et taux de change de 2008)**	
Australie	2 761	0,29	2 954	0,32	2 912	_1.4
Autriche	1 146	0,3	1 714	0,43	1 179	-31,2
Belgique	2 601	0,55	2 386	0,48	2 661	11,5
Canada	4 013	0,3	4 795	0,33	4 341	-9,5
Danemark	2 810	0,88	2 803	0,82	2 922	4,2
Finlande	1 286	0,54	1 166	0,44	1 319	13,1
France	12 431	0,46	10 908	0,39	12 746	16,9
Allemagne	11 982	0,35	13 981	0,38	12 297	-12
Grèce	607	0,19	703	0,21	618	-12
Irlande	1 000	0,54	1 328	0,59	1 077	-18,9
Italie	3 314	0,16	4 861	0,22	3 350	-31,1
Japon	9 480	0,18	9 579	0,19	8 556	-10,7
Corée	816	0,1	802	0,09	910	13,5
Luxembourg	403	1,01	415	0,97	423	1,9
Pays-Bas	6 425	0,82	6 993	0,8	6 675	-4,5
Nouvelle-Zélande	313	0,29	348	0,3	337	-3,2
Norvège	4 086	1,06	3 963	0,88	4 650	17,3
Portugal	507	0,23	620	0,27	523	-15,7
Espagne	6 571	0,46	6 867	0,45	6 786	-1,2
Suède	4 546	1,12	4 732	0,98	5 083	7,4
Suisse	2 305	0,47	2 038	0,44	2 271	11,5
Royaume-Uni	11 505	0,52	11 500	0,43	13 179	14,6
Etats-Unis	28 665	0,2	2 6842	0,19	28 305	5,4
Total CAD	**119 573**	**0,31**	**12 2296**	**0,3**	**123 119**	**0,7**
Effort moyen par pays		0,48		0,46		
Institutions de l'UE	15 022		14 757		15 412	4,4
Pays CAD-UE	67 135	0,44	70 974	0,43	70 838	-0,2
Pays du G7	81 390	0,26	82 465	0,26	82 774	0,4
Pays non membres du G7	38 183	0,5	39 831	0,49	40 345	1,3
Économies non-membres du CAD						
République Tchèque	224	0,12	249	0,12	237	-4,7
Hongrie	116	0,09	107	0,08	130	21,7
Islande	34	0,33	48	0,47	43	-11,7
Pologne	343	0,08	372	0,08	422	13,2
République Slovaque	74	0,08	92	0,10	74	-18,9
Turquie	718	0,12	780	0,11	797	2,1

Source : OCDE (2010a). Notes :* données préliminaires pour 2009 ** En prenant en compte l'inflation et les mouvements des taux de change

du Fonds africain pour le développement pour aider les pays africains à surmonter les difficultés.

Indicateur 8.1 : montant net de l'ADP totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE)

L'APD totale de l'OCDE/CAD a baissé en termes nominaux[27] en 2009 par rapport à 2008, comme le montre le *tableau 8*, bien que des progrès considérables aient été réalisés en matière d'APD en faveur de l'Afrique depuis 2004 (*voir le tableau 9*). L'Afrique reste le plus grand bénéficiaire d'APD en provenance des pays de l'OCDE et du CAD comparé aux autres régions en développement. L'APD totale des pays donateurs de l'OCDE et du CAD en 2009 était de 0,31 pour cent du revenu national brut (RNB). En 2009, seuls cinq pays développés ont atteint ou excédé la cible fixée par l'ONU de 0,7 pour cent du RNB pour l'aide aux pays en développement (*voir figure 31*). La Suède, la Norvège et le Luxembourg ont affecté plus de 1 pour cent de leur RNB à l'APD en 2009, alors que le Danemark et les Pays-Bas ont affecté plus de 0,8 pour cent de leur RNB.

L'Union européenne représente environ 55 pour cent des flux d'aide internationaux et constitue le plus grand prestataire d'APD au profit des pays africains, bien que son aide totale globale ait baissé en passant de 50 milliards EUR en 2008 à 49 milliards EUR en 2009 du fait de la contraction des économies des pays de l'UE. En fait, l'UE a dépensé environ 1 trillion pour le sauvetage financier de ses banques, ce qui équivaut à l'APD totale débloquée depuis 1960 (CONCORD/AidWatch, 2010).

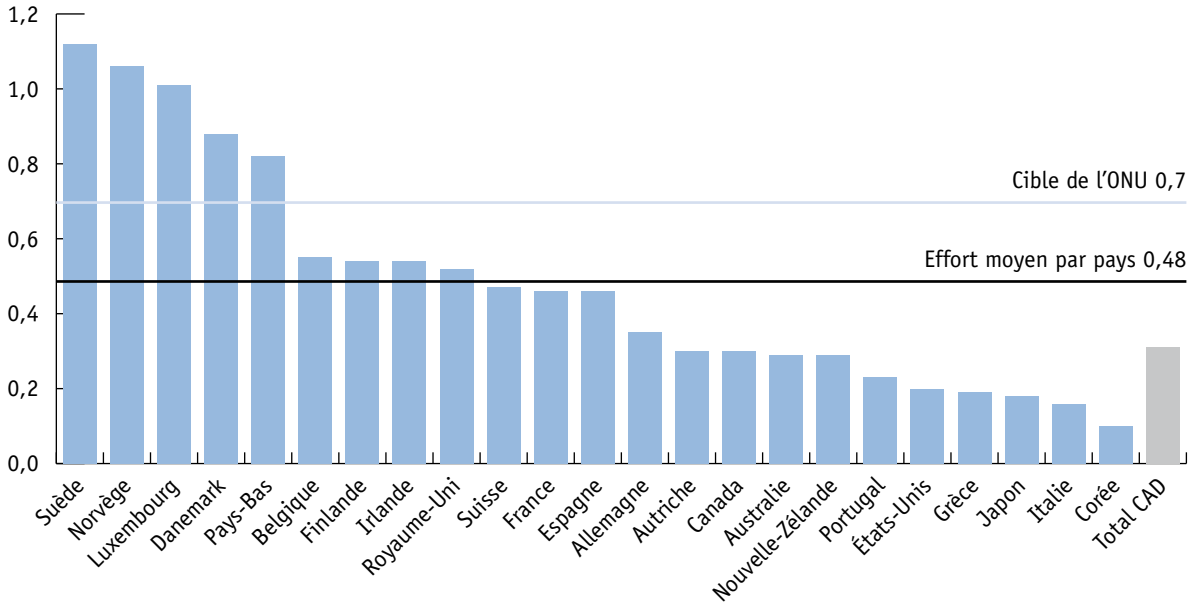
Selon l'OCDE/CAD, la plupart de ses membres atteindront probablement les cibles en APD qu'ils se sont fixés eux-mêmes lors du Sommet du G8 à Gleneagles en 2005 et des Sommets Millenium +5 de l'ONU pour accroître la proportion de leur RNB destinée à l'APD à 0,51 pour cent minimum d'ici 2010. L'OCDE prévoit que, dans l'ensemble, en 2010, l'APD, en tant que pourcentage du RNB des membres de l'OCDE/CAD sera de 0,33 pour cent au lieu des 0,36 pour cent envisagés lors du Sommet de Gleneagles. Cela s'explique par le fait que les autres membres de l'OCDE/CAD ne seront probablement pas en mesure de respecter leurs engagements du fait de difficultés économiques. Cependant, les membres de l'Union européenne appartenant à l'OCDE/CAD sont de leur côté dans une position plus favorable. Les prévisions projettent qu'ils atteindront 0,48 pour cent d'APD en tant que proportion de leur RNB en 2010, même si ce chiffre se situe en deçà des 0,59 pour cent projeté en 2005[28].

Alors que l'APD destinée à l'Afrique augmente depuis 2004, les partenaires au développement du continent n'ont pas entièrement respecté leurs engagements en termes d'aide. D'autre part, l'APD des pays donateurs de l'OCDE/CAD au profit des pays les moins avancés (PMA), dont la plupart se trouvent en Afrique, continue d'être inférieure à la cible de 0,15 – 0,20 fixée dans le Programme d'action de Bruxelles (BPoA) en 2001 (CEA/CUA, 2010).

27 Elle a augmenté en termes réels (prix de 2008) de 0,7 pour cent et de 6,8 pour cent si on exclut l'allègement de la dette.

28 Source : OCDE (2010)

Figure 31 : APD nette en pourcentage du RNB, 2009



Source : OCDE (2010a).

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

Un domaine principal de préoccupation pour l'Afrique concerne le mauvais état de la prestation des services sociaux, qui affecte grandement les OMD sur l'éducation, l'égalité des genres et la santé. Dans la plupart des pays africains, les services sociaux fondamentaux sont sous-financés. L'APD peut jouer un rôle important pour combler le financement insuffisant. Par exemple, le Nigeria a convenu de mettre de côté les 18 milliards USD reçus dans le cadre de l'allègement de la dette en 2005 pour financer le secteur social. Il affecte tous les ans la somme de 1 milliard USD prélevée sur ce fonds pour compléter les dépenses effectuées pour le secteur social. Le Bureau de l'assistant spécial en chef auprès du Président en matière d'OMD est responsable du contrôle de ces dépenses.

La part de l'APD accordée au secteur social en Afrique, en tant que pourcentage de l'ensemble des engagements bilatéraux a augmenté récemment en passant d'un pourcentage faible de 27,4 pour cent en 2005 à 42,6 pour cent en 2008 (*voir le tableau 9*). En excluant l'allègement de la dette, cette part serait encore plus importante. Cet accroissement se traduit par de meilleurs résultats obtenus dans les domaines de la santé et de l'éducation. Par exemple, l'APD a entraîné une meilleure exécution des interventions antipaludiques dans 15 pays africains, ce qui a abouti à une baisse de 50 pour cent du taux d'incidence du paludisme dans ces pays. Le défi fondamental auquel est confronté un secteur social soutenu par l'APD

Tableau 9 : APD pour l'Afrique par secteur (% du total des engagements bilatéraux) 2004–2008

Sector	2004	2005	2006	2007	2008
Social	34,7	27,4	28,7	43,7	42,6
Économique	6,4	7,7	4,4	10	16,1
Production	5	3,9	5,1	6,4	6,5
Multisectoriel	4,5	5,3	3,2	5,1	5,1
Aide aux programmes généraux	8,8	5,2	8	9,2	8,4
Dette	28,1	36,5	40,8	12,7	7,5
Humanitaire	11,6	11,7	8,7	11,2	12
Autre	0,9	2,2	1,2	1,7	1,9

Source : OECD (2010a).

concerne la viabilité à long terme. Surmonter ce défi peut nécessiter l'introduction progressive de droits d'utilisation et une augmentation des taxes – ces deux mesures sous-tendant des compromis significatifs.

Un des indicateurs de la Déclaration de Paris est que l'aide devrait être de plus en plus une aide non liée. Selon l'OCDE (2009b), il y a eu un processus progressif pour délier cette aide. Néanmoins, une proportion significative de l'APD pour l'Afrique est liée. De plus, l'aide reste imprévisible et non alignée sur les priorités nationales en dépit des engagements pris dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans le Programme d'action d'Accra (AAA). Les budgets sectoriels et généraux ont augmenté, mais certains pays européens pensent de plus en plus que l'aide à l'Afrique devrait être en partie utilisée, non pas pour réduire la pauvreté ou pour le développement, mais pour contrôler l'immigration (des africains) dans les pays de l'UE. Il est indubitable qu'une immigration non contrôlée est source de difficultés pour les pays hôtes. Cependant, l'aide liée fait peser sur les pays d'accueil d'énormes coûts de transaction et que cela, en plus de la non utilisation des systèmes des pays, est un facteur important expliquant le faible impact de l'aide sur le développement durable, notamment dans les PMA d'Afrique.

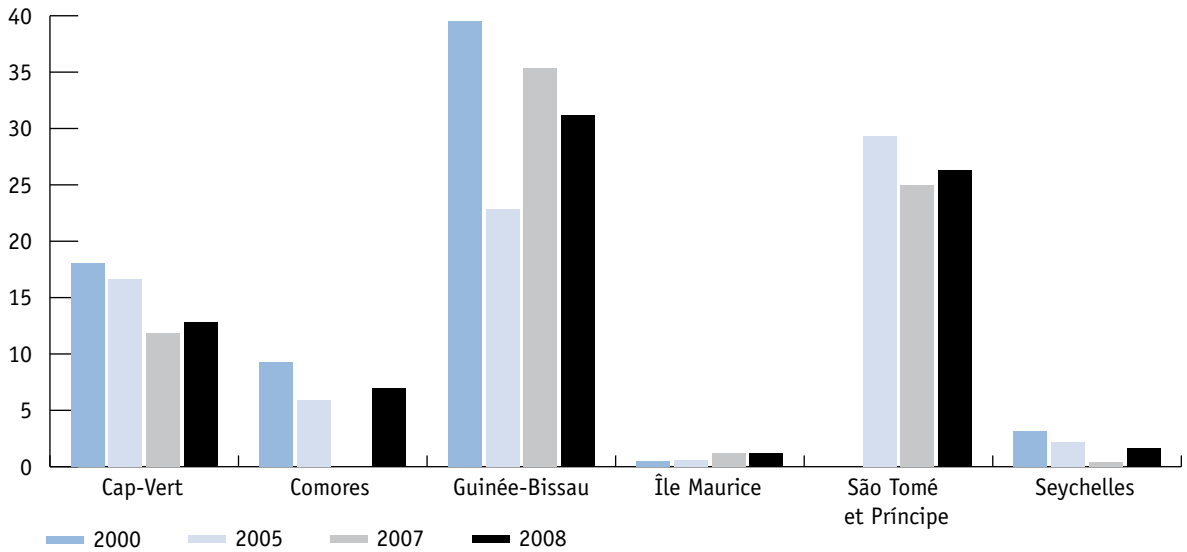
La Déclaration de Paris expire cette année (2010) et il y a un risque que les pays développés ne se mettent pas d'accord sur un cadre de travail de remplacement. Les pays africains devraient s'efforcer d'obtenir un remplacement de la Déclaration de Paris et se servir pour cela du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide au développement qui aura lieu à Séoul en 2011. De plus, les pays africains devraient continuer d'explorer d'autres sources d'APD, y compris par le biais de la coopération Sud-Sud.

Cible 8C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)

Indicateur 8.4 : ADP reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut

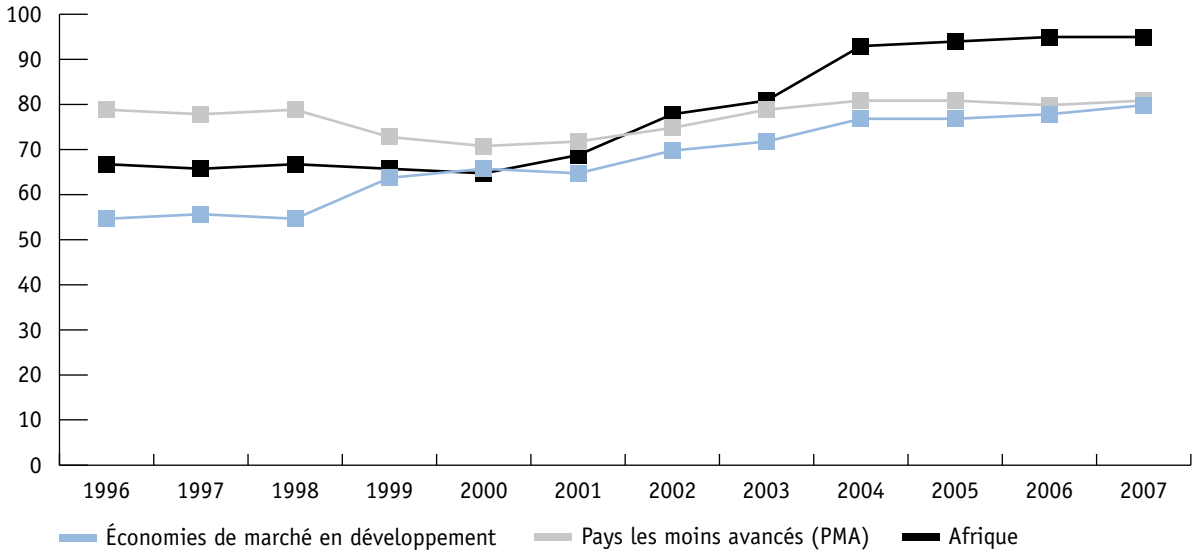
Parmi les pays africains, les pays en développement sans littoral présentent un défi particulier. Les OMD envisagent une augmentation de l'APD en pourcentage du revenu national brut (RNB) de ces pays. Il y a 15 pays en développement sans littoral (PDSL) en Afrique, dont la plupart sont aussi considérés comme des pays les moins avancés (PMA). Plus de deux tiers de ces pays entrent également dans la catégorie des pays pauvres très endettés (PPTE). L'APD perçue dans les PDSL africains en pourcentage de leur RNB a baissé de 4,5 pour cent entre 2007 et 2008. Cependant, un examen attentif de l'APD nette reçue montre que cette aide a en fait augmenté dans 80 pour cent des PDSL et était principalement dirigée vers les domaines de la santé, de l'éducation et de l'eau (OCDE, 2009a). Pour la plupart des PPTE, l'APD reçue en pourcentage de leur RNB a augmenté depuis 2005 à la suite de l'introduction de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM), ce qui sous-entend l'efficacité de l'allègement de la dette à attirer une aide étrangère.

Figure 32 : APD reçue dans les petits États insulaires en développement en pourcentage de leur RNB, 2000–2008 (en %)



Sources : calculs de l'UA fondés sur des données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009, et des données de l'OCDE, mises à jour en février 2010.

Figure 33 : Pourcentage des importations en provenance d'Afrique, des PMA et des économies de marché en développement admises en franchise de droits par les pays développés, 1996–2007



Source : calculs de la CEA fondés sur les indicateurs d'accès au marché par l'ITC, la CNUCED et l'OMC. Disponible sur : http://www.mdg-trade.org/38.Graph.aspx.

Indicateur 8.5 : ADP reçue par les petits États insulaires en développement en pourcentage de leur revenu national brut

L'Afrique abrite aussi des petits États insulaires en développement (PEID). Les OMD envisagent une augmentation de l'APD dévolue à ce groupe de pays. L'APD reçue par les PEID africains en pourcentage de leur RNB est en baisse depuis 2000, bien qu'elle reste élevée en Guinée-Bissau et à São Tome et Principe (*voir figure 32*). Ces pays sont également des PPTE (la Guinée-Bissau devant recevoir un allègement de sa dette telle que prévue pour les PPTE). Quatre des six PEID africains sont également des pays les moins avancés (PMA). Les deux PMA PEID, Île Maurice et Seychelles, enregistrent de manière constante de meilleurs résultats que le reste des pays en termes de croissance économique et de développement humain. Ils ont également reçu une APD moindre par rapport aux autres États, ce qui laisse entendre qu'ils ne sont pas dépendants de l'aide au développement apportée par les pays donateurs. Néanmoins, l'APD pour ces deux pays a augmenté entre 2007 et 2008, de même que l'aide apportée aux autres PEID. L'exception était la Guinée-Bissau, où l'APD en pourcentage de son RNB a légèrement baissé, passant de 35 pour cent à 31 pour cent, en grande partie du fait de l'insatisfaction des donateurs quant au transfert inconstitutionnel de pouvoir et à l'instabilité politique croissante dans ce pays.

Indicateur 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

La proportion du total des importations des pays développés (en valeur) en provenance d'Afrique, qui sont admises en franchise de droits pour toutes les catégories de produits (à l'exception des armes et du pétrole), a augmenté de façon constante entre 2001 et 2004, mais stagne depuis, comme le montre la *figure 33*. Cela contraste énormément avec la tendance à l'augmentation des économies de marché en développement[29]. L'explication possible réside peut-être dans le fait que l'accès en franchise de droits des exportations des PMA – dont la majeure partie se situe en Afrique – n'a pas augmenté. Pour les PMA, cette proportion ne diffère pas significativement de son niveau de 1996. Cela souligne les difficultés particulières auxquelles les PMA doivent faire face lorsqu'ils commercent avec le reste du monde.

L'UE a respecté l'engagement pris lors de la Déclaration ministérielle de l'OMC à Hong Kong en 2005 de donner un accès en franchise de droits et sans quotas à tous les produits en provenance des PMA, dont 33 sont des pays africains. L'UE a également versé aux PMA environ 2 milliards USD sous forme d'aides relatives au commerce.

Indicateur 8.7 : droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement

Les droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux importations en provenance d'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord, sont en baisse depuis 2000 (*voir tableau 10*). Dans le domaine de l'agriculture, ils ont baissé de 6,2 pour cent à 5 pour cent, bien que cette baisse ait été compensée par les subventions agricoles, les barrières techniques au commerce et les barrières sanitaires et phytosanitaires au commerce en Europe et en Amérique du Nord. Les droits de douanes moyens sur les textiles et l'habillement ont également baissé. L'augmentation marginale des droits de douanes moyens sur les textiles de 2,8 pour cent à 2,9 pour cent en 2008 s'explique probablement par la réduction du nombre des pays africains, des Caraïbes et du Pacifique ayant droit à un traitement préférentiel (à la suite de l'expiration des accords de Lomé en 2000 et de l'accord multifibres en 2005), qui a frappé des pays comme l'Île Maurice qui est un pays exportateur de sucre et de textiles.

De nombreux pays africains sont dans l'incapacité de profiter pleinement des termes commerciaux préférentiels qui leurs sont accordés et de la baisse des droits de douane moyens appliqués par les pays en développement sur leurs importations. En 2008, la part mondiale du total du commerce africain (exportations et importations) ne s'élevait qu'à 3,2 pour cent, en légère hausse par rapport aux 2,8 pour cent de 2007 (OMC, 2010). Cela reflète la capacité commerciale limitée de l'Afrique, y compris une infrastructure physique et commerciale fragile, des contraintes du côté de l'offre et des coûts commerciaux élevés dérivés de l'inefficacité des institutions (douanes, taxes et normes des produits).

29 L'accès en franchise de droits pour les pays en développement s'explique par un traitement à la hausse de la nation la plus favorisée (NPF), qui a entraîné l'élimination de nombreux tarifs douaniers auxquels leurs exportations étaient soumises, plutôt qu'à un accès préférentiel proprement dit.

Tableau 10 : Droits de douane imposés par les pays développés aux exportations africaines en matière de produits agricoles, de textile et d'habillement, en 2000, 2007 et 2008 (en %)

		2000	2007	2008
Tous les PED*	Agriculture	9,3	8,3	8,0
	Habillement	10,8	8,3	8,2
	Textile	6,6	5,1	5,1
Afrique du Nord	Agriculture	7,4	7,6	7,3
	Habillement	11,1	6,4	6,2
	Textile	7,2	4,0	3,9
Afrique sub-saharienne	Agriculture	6,2	6,0	5,0
	Habillement	7,9	1,6	1,6
	Textile	3,4	2,8	2,9

Sources : calculs par l'OMC- TIC-CNUCED, sur la base de la base de données de l'OMC-IDB et CNUCED-TIC sur les droits et l'accès au marché (TARMAC).

Note : *Tous les PED = Tous les pays en développement, y compris les PMA.

Indicateur 8.9 : proportion de l'ADP allouée au renforcement des capacités commerciales

L'Aide pour le commerce (APC) aide les pays à améliorer leur capacité à commercer. Elle englobe un certain nombre de domaines, à savoir l'aide technique (conseils et expertise pour aider les pays à gérer les complexités du commerce international moderne), le renforcement des capacités sur les questions relatives au commerce international, la réforme des institutions de commerce, l'infrastructure et les coûts d'ajustement commercial. Les progrès sur l'APC sont essentiels au succès du Cycle de négociations commerciales de Doha.

Des engagements ont été pris par les partenaires au développement de l'Afrique pour aider la région à commercer avec le reste du monde. Le *tableau 11* récapitule les engagements des pays de l'OCDE en matière d'APC au profit de l'Afrique depuis 2002 par secteur économique. Cela montre que ces engagements ont augmenté de 8,17 milliards USD en 2002 à 14,5 milliards USD en 2008. En examinant la décomposition par secteur, le transport et le stockage comptent de manière constante pour plus d'un tiers des engagements d'APC pour l'Afrique, suivis de l'agriculture et de l'énergie. Il est important que les pays développés honorent leurs engagements d'APC. Les chiffres de 2008 confirment que l'UE et ses États-membres ont atteint leur objectif consistant à accroître annuellement l'Assistance liée au commerce (ALC) de 2 milliards EUR (la moitié versée par l'UE et l'autre moitié par les États-membres de l'UE) d'ici 2010.

Les engagements d'APC pris par l'UE et les États-membres en 2008 ont été estimés à 10,4 milliards EUR (Conseil de l'Union européenne, 2010).

En fin de compte, les pays africains doivent profiter pleinement du commerce en tant que moteur de croissance en renforçant leur capacité commerciale. Ils doivent supprimer les droits de douane pour le commerce entre pays africains et réformer leurs institutions, tout en améliorant leurs capacités de production. Cela nécessiterait des améliorations significatives dans les infrastructures liées au commerce et l'intégration du commerce dans les stratégies de développement nationales.

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

Les efforts pour gérer les problèmes d'endettement des pays africains se poursuivent à un rythme soutenu, comme le montre la discussion ci-dessous. Cependant, certains pays, y compris l'Ouganda, connaissent à nouveau des niveaux d'endettement élevés qui ne sont pas tolérables du fait de l'inadéquation de l'allègement de la dette dont ils ont bénéficié. Les discussions se poursuivent sur la meilleure méthodologie de calcul du niveau d'endettement tolérable. La résolution de cette question sera essentielle pour trouver une solution aux problèmes d'endettement des pays en développement.

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)

L'initiative pour les PPTE continue d'avoir un impact sur la réduction du fardeau de la dette des pays qui remplissent les conditions pour un allègement de leur dette. Depuis le dernier rapport, la République Centrafricaine et le Congo ont atteint leurs points d'achèvement et remplissent donc les conditions pour l'obtention d'un allègement irrévocable de leur dette. Le *tableau 12* récapitule le statut de mise en œuvre de l'Initiative pour les PPTE en Afrique.

Les créanciers de l'Afrique continuent d'accorder un allègement de la dette dans le cadre de l'Initiative pour les PPTE et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM). Fin janvier 2010, 22 pays africains avaient passé l'étape des points d'achèvement de l'initiative pour les PPTE ; sept autres pays se situaient entre leurs points de décision et leurs points d'achèvement, alors que quatre pays en étaient au stade précédant celui des points de décision. Dans le cadre de l'IADM, une aide a été apportée à tous les pays ayant atteint les points d'achèvement à la date de mars 2009, pour un montant total de 18,29 milliards USD. L'initiative pour les PPTE a dégagé 45,52 milliards USD au cours de la même période. Néanmoins, la dette continue d'entraver les efforts des pays africains pour atteindre les OMD du fait de l'insuffisance de l'allègement de la dette accordée.

Indicateurs 8.12 : service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services

Il y a eu une réduction significative du service de la dette en pourcentage des exportations des biens et services en Afrique entre 2000 et 2008, dont le pourcentage est passé de 7 pour cent en 2007 à 4,7 pour cent en 2008. Comme illustré par la *figure 34* ci-dessous, le service de la dette

Tableau 11 : Engagements de l'OCDE dans le cadre de l'Aide pour le commerce envers l'Afrique, par secteur, en prix constants (2008, en millions USD)

	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Total	Part en %	Total	Part en %	Total	Part en %	Total	Part en %	Total	Part en %	Total	Part en %	Total	Part en %
Transport & Stockage	2 245,2	27,5	2 885,3	35,3	2 512,1	31,0	3 026,8	35,0	3 018	32,5	4 128,1	36,0	5 545,9	38,3
Communications	166,2	2,0	171,5	2,1	160,1	2,0	75,9	0,9	137,2	1,5	286,8	2,5	114,1	0,8
Énergie	1 153,3	14,1	1 168,7	14,3	1 100,6	13,6	1 568,5	18,2	1 214,1	13,1	2 453	21,4	2 378,8	16,4
Services bancaire & financiers	649,6	8,0	600,5	7,3	825,3	10,2	443,1	5,1	344,0	3,7	420,6	3,7	1 138,2	7,9
Services aux entreprises & autres	589,4	7,2	601,4	7,3	338,9	4,2	590,2	6,8	239,4	2,6	464,6	4,1	1 246,4	8,6
Agriculture	1 564,8	19,2	1 729,5	21,1	1 726,1	21,3	1 578	18,3	2 231,4	24,0	2 570,4	22,4	2 729	18,8
Forêts	129,5	1,6	86,4	1,1	83,7	1,0	161,8	1,9	89,7	1,0	62,7	0,5	229,3	1,6
Pêche	197,4	2,4	155,1	1,9	178,7	2,2	107,4	1,2	79,5	0,9	94,3	0,8	229,2	1,6
Industrie	435,6	5,3	264,2	3,2	607,7	7,5	493,0	5,7	715,1	7,7	608,1	5,3	509,0	3,5
Ressources minérales & minerais	461,5	5,6	282,5	3,5	236,4	2,9	168,6	2,0	113,9	1,2	21,4	0,2	73,4	0,5
Réglementations & politiques commerciales	561,9	6,9	221,7	2,7	324,1	4,0	412,0	4,8	661,1	7,1	346,7	3,0	287,4	2,0
Tourisme	16,0	0,0	18,6	0,2	7,1	0,1	16,0	0,2	450,2	4,8	14,2	3,0	16,5	0,1
Total	**8 170,3**	**100,0**	**8 185,3**	**100,0**	**8 100,7**	**100,0**	**8 641,2**	**100,0**	**9 293,4**	**100,0**	**11 470,9**	**3,0**	**14 497,2**	**100,0**

Source : OCDE. Disponible sur : http://stats.oecd.org

Tableau 12 : Classification des pays africains par statut PPTE (au 30 janvier 2010)

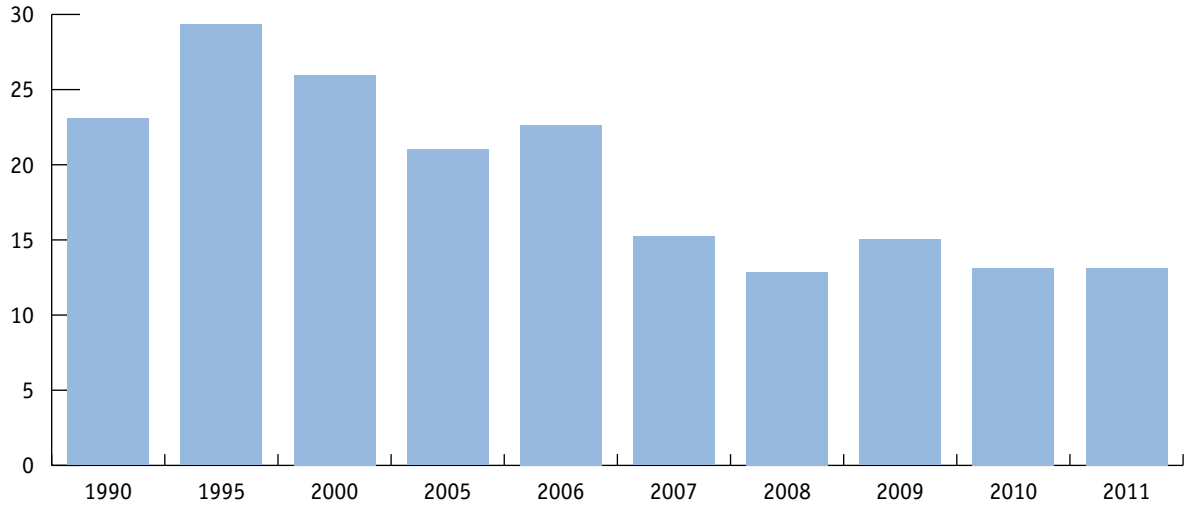
Pays ayant passé l'étape des points d'achèvement (22)		
Bénin	Ghana	São Tomé & Príncipe
Burkina Faso	Madagascar	Sénégal
Burundi	Malawi	Sierra Leone
Cameroun	Mali	Tanzanie
République Centrafricaine	Mauritanie	Ouganda
République du Congo	Mozambique	Zambie
Éthiopie	Niger	
Gambie	Rwanda	
Pays intérimaires (entre les points de décision et les points d'achèvement) (7)		
Tchad	Guinée	Togo
République Démocratique du Congo	Guinée-Bissau	
Côte d'Ivoire	Libéria	
Pays ayant passé l'étape des points de décision (4)		
Comores	Somalie	Soudan
Érythrée		

Source : FMI (2010). Disponible sur : http://www.imf.org/external/np/exr/facts/hipc/htm.

en pourcentage des exportations de biens et de services pour le reste de l'Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord, a baissé régulièrement en passant de 29,3 pour cent en 1995 à 12,8 pour cent en 2008. La légère augmentation en 2009 s'explique en grande mesure par la baisse des exportations du fait de la crise économique mondiale et l'acquisition d'une nouvelle dette par certains pays. Cela apparaissait nécessaire pour maintenir un espace fiscal face à la baisse des revenus tirés des exportations et de l'accroissement des besoins de développement.

Le progrès constant de cet indicateur est dû en grande partie aux diverses initiatives d'allègement de la dette, à commencer par l'Initiative pour les PPTE, puis par d'autres initiatives telles que l'IADM. De plus, l'augmentation récente des exportations de produits de base a permis d'accroître la capacité des pays à gérer leur dette. Mais le service de la dette en pourcentage des exportations de biens et de services varie grandement en fonction des pays. Il a augmenté en 2000 dans des pays comme les Comores, l'Érythrée, la Guinée et São Tomé et Príncipe. Trois de ces pays – Comores, Érythrée et Guinée –

Figure 34 : Total du service de la dette en pourcentage des exportations de biens et services en Afrique, à l'exception de l'Afrique du Nord, 1990–2011



Source : calculs de la CEA fondées sur des données du FMI et de la Base de données des Perspectives de l'économie mondiale, avril 2010.

sont en situation de conflit et n'ont pas pu préparer leurs documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), afin de bénéficier des initiatives d'allègement de la dette. São Tomé et Príncipe est un pays qui avait atteint ses points d'achèvement et son retour à une situation d'endettement parle en faveur d'une révision de la méthodologie employée pour calculer le niveau d'endettement tolérable.

Cible 8E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Indicateur 8.13 : proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement

Il s'agit d'une cible très importante pour l'Afrique au vu de ses lents progrès dans le domaine des OMD relatifs à la santé, tel qu'illustré dans ce rapport. Le souvenir des sérieuses pénuries de médicaments essentiels en Afrique dans les années 90 s'est estompé. Néanmoins, des millions de personnes continuent de mourir inutilement du fait de l'accès insuffisant aux médicaments essentiels à un prix abordable. Ce problème d'accès est lié à un certain nombre de facteurs – pénurie de l'offre, distribution géographique inadéquate et prix élevé des médicaments.

Les progrès accomplis pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels est difficile à mesurer car les pays ne collectent pas ce type de données de manière systématique. Les constats effectués dans de nombreux pays africains suggèrent qu'il existe des insuffisances significatives de l'offre dans les secteurs public et non gouvernemental de la santé. Le prix élevé de nombreux médicaments

essentiels a entraîné l'explosion dans de nombreux pays africains d'un marché des médicaments contrefaits et périmés, en provenance de Chine et d'Inde principalement, et qui est à l'origine de nombreux décès évitables. Les gouvernements africains doivent prendre des mesures urgentes en matière de contrefaçon de médicaments, de concert avec leurs partenaires au développement et pays fournisseurs, afin de garantir que les acquis dans le domaine de la santé ne soient pas sérieusement remis en question.

Les dispositifs d'assurance santé et les dépenses du secteur public en matière de médicaments essentiels, parallèlement à une meilleure distribution géographique des services de santé, pourraient contribuer à élargir l'accès aux médicaments essentiels à un prix abordable. Cependant, la portée de l'assurance santé est limitée dans la plupart des pays africains car elle repose largement sur l'emploi. Les inégalités d'accès aux soins de santé constituent également un facteur contributif. De plus, les gouvernements africains sont limités dans leur capacité à résoudre le problème d'accès aux médicaments essentiels à prix abordable en fonction de la géographie, du fait de ressources humaines et financières inadéquates. Dans certains pays, des droits d'utilisation sont encore en place pour les services publics de soins de santé. Si les patients ne peuvent aller chez le médecin en raison de ces droits d'utilisation à payer, ils ont donc peu de chances d'obtenir des médicaments essentiels à un prix subventionné dans les hôpitaux publics.

L'établissement de nouvelles compagnies pharmaceutiques en Afrique et l'expansion de la capacité des compagnies existantes à produire des médicaments génériques pourraient contribuer à atténuer les pénuries d'offre et améliorer l'accès aux médicaments essentiels à un prix abordable. Cependant, à cet égard, l'accord de l'OMC sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, y compris le commerce des marchandises de contrefaçon) – qui établit des normes minimum pour les droits de propriété intellectuelle que les membres de l'OMC doivent instituer et respecter dans leur législation nationale – pose un problème. Néanmoins, les ADPIC contiennent des dispositions qui laissent une certaine marge de flexibilité et de mouvement aux pays pour adapter leurs propres systèmes de brevet et de propriété intellectuelle à leurs besoins de développement. Cependant, de nombreux pays africains n'ont pas pleinement profité de ces mesures flexibles du fait de politiques inadaptées en termes de développement pharmaceutique et de mesures d'incitation inadéquates pour que le secteur privé puisse produire au niveau local les médicaments essentiels. La fourniture transfrontalière de médicaments essentiels et abordables (grâce au commerce intra-africain) est entravée par un manque d'harmonisation entre les systèmes réglementaires, de certification et d'immatriculation des différents pays africains.

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

Les avantages des nouvelles technologies, notamment les technologies de l'information et de la communication, sur la croissance économique et le développement sont incontestables. Cependant, le fossé numérique existant entre l'Afrique et le reste du monde, et entre les pays des sous-régions

Encadré 4 : le Rwanda et l'Île Maurice – pionniers des TIC en Afrique

La politique du Rwanda en matière de TIC repose sur l'affirmation que les TIC sont un moteur de la croissance économique. Le pays envisage de devenir pays leader de la compétitivité dans le secteur des TIC et de servir de plate-forme africaine pour les TIC. Le Rwanda jouit d'un appui solide dans les plus hautes sphères politiques pour alimenter cette ambition. Le gouvernement a établi un budget pour le domaine de la science et de la technologie représentant 1,6 pour cent du PIB, ce qui est comparable au budget des pays de l'OCDE. Dans l'intention de transformer le Rwanda en une économie reposant sur l'information et le savoir, plusieurs projets ont été lancés, y compris : la construction de télécentres ; l'équipement des écoles en matériel informatique ; l'e-gouvernance ; et l'investissement dans l'Institut de science et de technologie de Kigali. Ces projets forment une partie de la politique TIC 2020, qui sera mise en œuvre dans des plans quinquennaux, en mettant l'accent sur l'exploitation, l'utilisation, la production, le développement et la fourniture de produits et services TIC.

L'Île Maurice est un autre pays africain qui reconnaît la contribution massive des TIC à son développement macroéconomique et qui a pour ambition de se transformer en cyber-île. Le pays a commencé à élaborer les TIC, à les mettre en œuvre et à construire l'infrastructure physique dans les années 1990. Le gouvernement s'est engagé à promouvoir les TIC dans tous les secteurs en vue d'amener le pays à une complète intégration dans l'ère informatique. L'informatisation des diverses agences gouvernementales a commencé dès 1989 avec la mise en place des institutions suivantes pour superviser le processus : Conseil national de l'informatique, Bureau central de l'informatique, State Informatics Limited et State Informatics training Center Limited. Grâce à cette solide politique dans le domaine de l'information, le secteur des TIC compte aujourd'hui pour plus de 5 pour cent du PIB, en hausse par rapport au 1 pour cent en 2005. L'Île Maurice continue de mettre en œuvre divers projets pour atteindre son objectif de devenir leader sur le marché des TIC.

Sources : www.rwandagateway.com et www.gov.mu.

africaines, agit comme un obstacle majeur à l'exploitation du plein potentiel de l'ère du numérique. Pour stimuler et encourager la prise de mesure à cet égard, la 14e Session ordinaire de l'Assemblée de l'Union africaine a choisi pour thème « Les technologies de l'information et de la communication (TIC) en Afrique : défis et perspectives pour le développement ». Ce Sommet a souligné le rôle vital que les TIC peuvent jouer dans le développement et l'intégration de l'Afrique en termes d'infrastructure, de culture et d'économie, et en tant qu'instrument essentiel pour faire progresser le développement social, économique et politique et atteindre les OMD. Un certain nombre de pays africains ont embrassé cette philosophie avec succès (*voir encadré 4*).

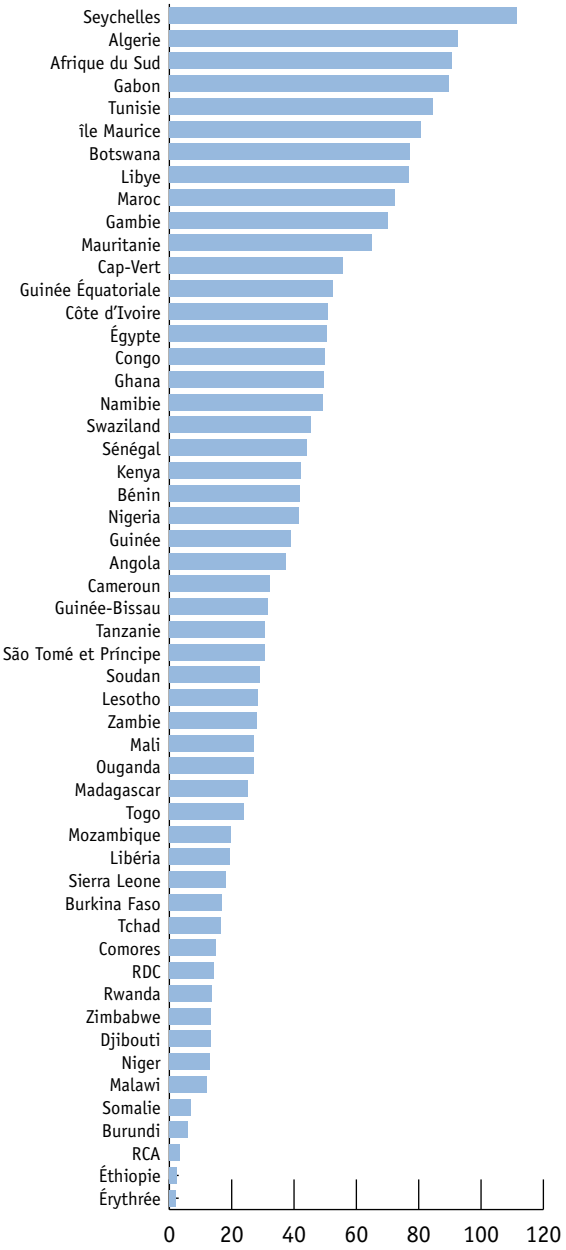
L'absence de cible quantifiable pour cet indicateur rend l'évaluation des progrès difficiles sinon impossible. Le Sommet mondial sur la société de l'information (WSIS) de 2003 a convenu d'un plan d'action pour atteindre 10 cibles d'ici 2015. Parmi ces cibles se trouvaient les éléments suivants : (i) connecter les villages aux TIC fixes et à la téléphonie mobile et établir des points d'accès dans les communautés, (ii) connecter, entre autres, les

établissements scolaires (écoles, universités), les centres de recherche, les centres de santé et les hôpitaux et les organisations gouvernementales aux TIC ; (iii) garantir que plus de la moitié des habitants du globe sont à proximité d'un point d'accès aux TIC. Bien qu'il n'existe pas de surveillance indépendante des progrès de l'Afrique quant aux cibles de la WSIS, le débat sur l'accès aux lignes téléphoniques suggère que les pays africains, malgré leurs excellents progrès, n'atteindront probablement pas les cibles de la WSIS d'ici 2015.

Indicateur 8.14 : nombre de lignes fixes, pour 100 habitants

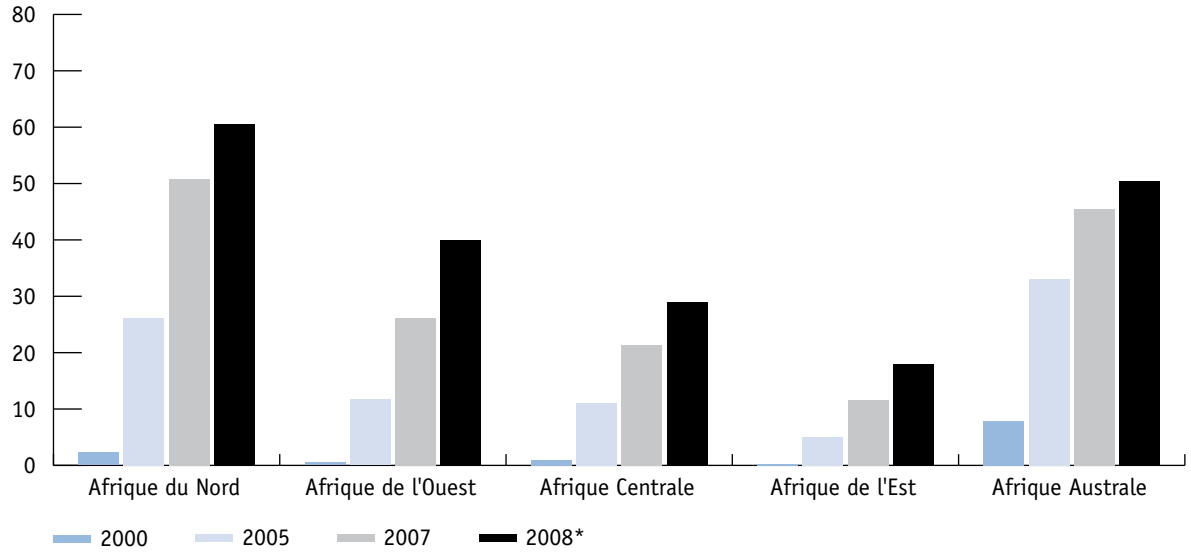
La communication est essentielle pour créer un espace économique et social intégré, pour construire et exploiter le capital social, pour accéder aux connaissances et pour la croissance économique. Les lignes téléphoniques fixes ont joué un rôle important à cet égard. Le nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants en Afrique a stagné entre 2006 et 2007. La moitié des pays pour lesquels des données étaient disponibles n'ont enregistré qu'une croissance marginale, alors que l'autre moitié n'enregistrait ni croissance, ni déclin. En fait, la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles n'ont enregistré qu'une croissance modeste du nombre des lignes téléphoniques entre 1990 et 2007. Les Seychelles et l'Île Maurice sont les deux pays qui ont connu une croissance impressionnante pour cet indicateur. La croissance lente dans les autres pays est en grande partie due au coût élevé de la téléphonie fixe et l'attraction relative de la téléphonie mobile qui continue de croître à un rythme rapide.

Figure 35 : Nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants, 2008



Source : calculs de la CEA fondés sur des données de l'UIT, mises à jour en 2009.

Figure 36 : Nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants par sous-région africaine, 2000–2008



Sources : calculs de la CEA fondés sur les données de la DSNU, mises à jour en juillet 2009, et les données de l'UIT, mises à jour en 2009.

Notes : aucune donnée disponible pour Djibouti en 2007. *Données UIT pour 2008.

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

Le marché de la téléphonie mobile continue de croître très rapidement sur le continent. Les abonnés à un service de téléphonie mobile ont augmenté entre 2006 et 2008 dans tous les pays africains. Les Seychelles, l'Algérie, l'Afrique du Sud, le Gabon, la Tunisie, l'Île Maurice, le Botswana et la Libye ont enregistré un taux d'abonnés supérieur à 75 pour cent de la population en 2008, alors que 18 pays connaissaient un taux d'abonnés inférieur à 25 pour cent (*voir figure 35*).

Les progrès sont mitigés au sein des sous-régions et entre elles (*voir figure 36*), l'Afrique du Nord enregistrant le progrès le plus important et l'Afrique de l'Est le plus faible. Dans la sous-région nord-africaine en 2008, l'Afrique du Nord comptait 92,7 abonnés à un service de téléphonie mobile sur 100 habitants et l'Égypte 50,6 abonnés. En Afrique de l'Est, qui est la région comptant le plus petit nombre d'abonnés, les Seychelles enregistrait en 2008 le plus fort taux d'abonnés (111,5 abonnés pour 100 habitants), alors que l'Érythrée et l'Éthiopie avait le plus faible taux (seulement 2,2 et 2,4 abonnés pour 100 habitants respectivement). Cependant, la solide performance des Seychelles sur cet indicateur ne permet pas d'affecter la moyenne sous-régionale du fait de la population restreinte du pays. Par contraste, l'Éthiopie fait baisser la moyenne sous-régionale du fait de sa population importante. Il est évident que les téléphones portables sont davantage accessibles que les lignes fixes sur le continent.

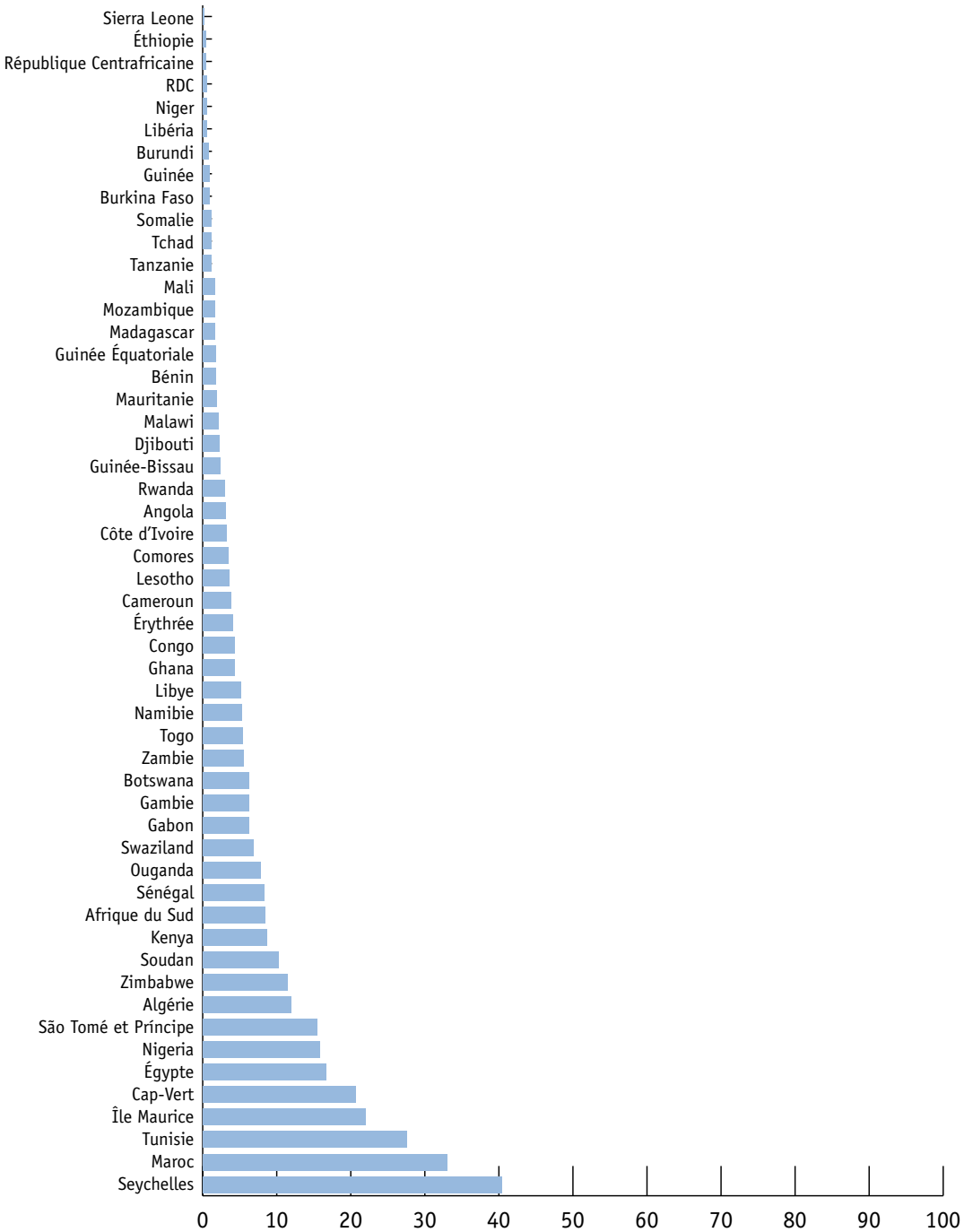
Indicateur 8.16 : nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

L'utilisation d'Internet en Afrique est en baisse depuis 2000. En 2008, les Seychelles enregistraient le plus grand nombre d'utilisateurs Internet, suivies du Maroc, de la Tunisie, de l'Île Maurice, du Cap-Vert et de l'Égypte. Le taux de pénétration d'Internet est plus faible (moins de un pour cent habitants) au Libéria, au Niger, en République Démocratique du Congo, en République Centrafricaine, en Éthiopie et au Sierra Leone (*voir figure 37*).

Dans l'ensemble, le rythme de progression vers cette cible dépendra de la politique gouvernementale envers le secteur privé, y compris l'investissement étranger direct. La libéralisation du secteur de la communication – qui s'est produite dans des pays comme le Nigeria, le Kenya et le Ghana – est essentielle à l'exploitation des avantages présentés par les nouvelles technologies. Les pays doivent garantir des politiques appropriées en matière de réglementation et de fixation des prix, tout en restant compétitifs.

Les nouvelles technologies seront également essentielles à l'adaptation et l'atténuation des conséquences négatives possibles du changement climatique et à l'exploitation des opportunités qu'elles peuvent représenter. Les gouvernements africains doivent disposer d'une politique proactive pour pouvoir garantir la disponibilité de ces technologies et la large diffusion de leurs avantages dans les pays. En ce qui concerne la restriction possible que fait peser l'accord de l'OMC sur les ADPIC en matière de capacité de l'Afrique à utiliser les nouvelles technologies liées au climat, les pays africains devraient, de concert avec les partenaires au développement, demander la réforme de ces ADPIC. Les pays doivent également renforcer leur savoir au niveau national et leurs systèmes d'innovation, afin de mettre en place un vaste vivier de professionnels formés et qualifiés au niveau local en vue d'aider à établir et maintenir les systèmes de TIC.

Figure 37 : Nombre d'utilisateurs Internet pour 100 habitants (2008)



Source : calculs de la CEA fondés sur des données de l'UIT, mises à jour en 2009.

SECTION III :
Le rôle des innovations institutionnelles[30] axées sur les objectifs dans l'accélération des progrès vers les OMD en Afrique

La plupart des débats portant sur l'atteinte des OMD en Afrique présument l'existence d'interventions probantes, d'institutions de médiation et de pratiques, toutes essentielles au succès. Cette présomption a dans certains cas entraîné une priorité trop grande accordée au manque de finances (ou de ressources) et une attention trop insuffisante portée à l'adoption de nouveaux modèles de prestation de services, à l'accélération des interventions probantes, au renforcement de l'efficacité de l'aide et à l'obtention de meilleurs résultats de développement. Bien que cette priorité ne soit pas placée au mauvais endroit, il est important de reconnaître que le contexte institutionnel et de gouvernance, dans lequel les interventions des OMD sont entreprises, doit également être pris en compte.

Aujourd'hui, personne ne remet en cause le rôle central joué par les institutions dans le développement économique et social. La différence entre le succès et l'échec de nombre d'interventions dépend de la manière dont les politiques, les processus et les relations sont structurés, organisés et améliorés. Cependant, les institutions africaines responsables de la planification, des statistiques, de la coordination politique et de la gouvernance restent, malgré une plus grande solidité, relativement faibles pour réagir efficacement au défi que représente l'atteinte des OMD. C'est pourquoi l'établissement de telles institutions, là où elles sont absentes, et la maintenance et le renforcement, là où elles existent, sont fondamentaux pour atteindre les OMD et les faire perdurer.

En reconnaissance du rôle central joué par l'innovation institutionnelle dans la gestion du développement, de nombreux pays africains s'attaquent à présent aux défis institutionnels qui entravent les progrès vers l'atteinte des OMD. Cette section discute des progrès d'abord accomplis par le biais des *innovations axées sur les objectifs*, puis par le biais des *innovations institutionnelles générales*.

3.1 Innovations axées sur les objectifs

Cette section aborde et souligne les innovations axées sur les objectifs qui entrent en ligne de compte pour les progrès accomplis sur les divers indicateurs dont il a été question plus haut. Son

30 Les institutions sont définies beaucoup plus précisément ici en tant qu'organisations qui « mettent en œuvre les règles et codes de conduite afin d'atteindre les résultats désirés ».

objectif est de diffuser ces innovations auprès d'un large public dans l'espoir qu'elles puissent être adoptées et adaptées par les pays, lorsqu'elles ne font pas déjà partie de l'éventail des politiques de ces derniers. Certaines de ces innovations sont antérieures aux OMD dans certains pays. Néanmoins, leur contribution potentielle à l'atteinte des OMD a renforcé leur importance, en mettant en avant leur valeur potentielle dans le contexte de l'apprentissage mutuel et du partage des connaissances. Parmi ces innovations se trouvent les dispositifs de protection sociale, qui sont essentiels pour soutenir les groupes les plus vulnérables de la population, le Fonds virtuel de lutte contre la pauvreté (VPF), la prestation de services décentralisée, le financement innovant du secteur social etc.

Innovations pour l'OMD 1 :
Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Les pays africains ont adopté un certain nombre d'innovations ou d'interventions renforcées déjà en place afin d'accélérer la progression vers l'atteinte de l'OMD 1. Un certain nombre de gouvernements ont renforcé leur appui au secteur agricole. Ils ont résolu les difficultés présentes sur le marché des intrants agricoles et ont obtenu de bons résultats. La Zambie a introduit le Programme de subventions aux intrants agricoles (FISP) destiné à aider ses petits agriculteurs. Selon des estimations du gouvernement, 500 000 agriculteurs bénéficient de ces subventions. Le gouvernement zambien a également élargi et renforcé l'accès aux services de vulgarisation pour les agriculteurs. Par conséquent, le pays anticipe une récolte de maïs record en 2010 de 2,7 millions de tonnes, 48 pour cent supérieure à la récolte de 2009. Le Malawi a commencé en 2006 à subventionner la distribution d'engrais chimiques et de variétés hybrides de maïs à ses agriculteurs, ce qui a permis à ces derniers d'accroître substantiellement leur production. Cela a eu un impact positif sur les prix alimentaires, les revenus des ménages et devrait contribuer à réduire la malnutrition.

Un développement majeur qui s'est produit à la suite de la crise alimentaire de 2007-2008 concerne l'augmentation sans précédent du taux, de la taille et du nombre d'acquisitions de vastes parcelles de terres agricoles d'excellente qualité par les gouvernements étrangers, les banques d'investissement, des fonds de retraite et d'autres entreprises. Cela a été considéré par de nombreux gouvernements africains comme une innovation qui leur permettrait d'élargir leur espace fiscal en tirant avantage de l'augmentation des prix alimentaires et des produits de base, en acquérant de nouvelles technologies et en améliorant les infrastructures, notamment l'infrastructure rurale. Ces acquisitions avaient aussi pour but de créer des emplois et d'augmenter la productivité agricole, permettant ainsi de progresser vers l'OMD 1. La participation à ces acquisitions a été incroyable. L'Éthiopie à elle seule a approuvé 815 projets agricoles financés par l'étranger depuis 2007[31]. Le gouvernement de Djibouti a acquis 55 000 hectares de terres irriguées auprès du gouvernement du Malawi en 2009. La Chine a signé un contrat avec la République Démocratique du Congo pour cultiver 2,8 millions d'hectares d'huile de palme destinés aux biocarburants. Madagascar et la compagnie sud-coréenne Daewoo étaient sur le point de finaliser un accord de bail qui aurait concerné près de la moitié des terres arables du pays[32]. La Tunisie a

31 http://www.taipeitimes.com/News/editorials/archives/2010/03/12/2003467789.

32 Voir von Braun et Meizen-Dick (2009).

récemment pris la décision de louer ses terres agricoles à des investisseurs étrangers. Selon un récent rapport publié par la FAO, l'IIED et le FIDA[33], 2,49 millions d'hectares de terres ont été alloués à des investisseurs étrangers dans cinq pays africains – Éthiopie, Ghana, Madagascar, Mali et Soudan – entre 2004 et 2009. Bien que cette innovation présente des opportunités pour l'accélération de la progression vers l'atteinte de l'OMD 1, elle a également soulevé des préoccupations à propos de l'impact sur les personnes pauvres, qui courent le risque de perdre l'accès et le contrôle des terres dont ils dépendent, surtout du fait qu'ils n'ont aucuns droits de propriété sur ces terres[34].

Une innovation majeure dans certains pays concerne le Fonds virtuel pour la lutte contre la pauvreté (VPF). Le Nigeria et l'Ouganda, par exemple, ont des VPF destinés à repérer les dépenses axées sur les OMD. Au Nigeria, le VPF, connu aussi sous le nom de Debt Relief Gain (DRG), a été créé grâce à l'allègement de la dette s'élevant à 18 milliards USD que le pays a négocié avec le Club de Paris en 2005. Cela a permis au pays d'allouer 1 milliard USD annuel à l'atteinte des OMD, en ciblant notamment la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'environnement, l'énergie, le logement, l'autonomisation des femmes, le VIH/SIDA et les filets de sécurité sociale. Le Lesotho, outre ses programmes de travaux publics pour la protection des sols et de l'eau et pour la sécurité alimentaire des ménages, octroie aussi une retraite aux personnes âgées d'au moins 70 ans versée tous les mois et s'élevant pour commencer à 150 malotis par personne, mais qui est depuis avril 2009 passée à 300 malotis (environ 40 USD). Le Swaziland a introduit un système de bourses pour les enfants orphelins et vulnérables, faisant grimper de ce fait le taux de scolarisation de ce groupe déshérité. Les programmes d'intervention sociale du Ghana, tels que le Programme LEAP (Revenu de subsistance contre la pauvreté), la « capitation grant » (une subvention versée aux parents pour chaque enfant scolarisé), les subventions à l'achat d'engrais pour les petits exploitants et les initiatives de distribution de repas scolaires et de suppléments nutritionnels, ciblent principalement le renforcement de la productivité. Le Régime d'assurance sociale de la République Centrafricaine apporte les avantages suivants : des retraites vieillesse pour les hommes âgés de 55 ans et les femmes âgées de 50 ans ; une pension d'invalidité, une pension pour le conjoint survivant ; des allocations maladie et maternité ; et une allocation familiale pour les employés ayant au moins un enfant.

Innovation pour l'OMD 2 :
Assurer l'éducation primaire pour tous

Trois innovations institutionnelles clés sont à l'origine des progrès substantiels réalisés par de nombreux pays africains sur l'OMD 2 : à savoir l'augmentation des ressources, des modèles de services pédagogiques alternatifs et l'adoption de systèmes décentralisés. Conjointement à une attention grandissante portée par les gouvernements sur le rôle central de l'éducation dans le processus de développement, le secteur de l'éducation de nombreux pays a enregistré un accroissement régulier de l'allocation de ressources publiques.

De plus, des pays comme le Nigeria, l'Éthiopie et la Gambie ont adopté des modèles non traditionnels d'enseignement primaire afin d'encourager la

33 Cotula et al. (2009).

34 Il s'agit d'un argument clé pour parler en faveur de la démarginalisation par le droit des pauvres.

scolarisation en cycle primaire, la parité éducative et l'alphabétisation des adultes. Grâce à des comptes séquestres ou des fonds spéciaux au Nigeria et le Fonds fiduciaire pour l'éducation des filles en Gambie, ces pays ont facilité l'accès à la scolarisation pour un grand nombre d'enfants vivant dans les régions côtières, pastorales, semi-pastorales et dans quelques régions reculées hors d'atteinte du système scolaire formel. De plus, divers fonds ont contribué à combler les manques de financement pour l'éducation dans de nombreux États. Des pays comme le Rwanda ont eu recours à l'utilisation intensive des installations et des enseignants, par le biais de doublement des heures de travail pour enseigner aux enfants du premier cycle, afin de gérer une demande beaucoup plus élevée que le taux d'expansion.

De nombreux pays ont également lancé une éducation basique primaire universelle, obligatoire et gratuite (par ex. Bénin, RDC, Nigeria, Namibie, Ouganda et Île Maurice) et l'ont complété avec des politiques supplémentaires comme les programmes de distribution de repas scolaires. L'Éthiopie a introduit en 2005 un programme de filet de sécurité productif, ciblant spécifiquement les ménages sans sécurité alimentaire et avec peu d'avoirs, afin d'augmenter les taux de scolarisation dans cette tranche de la population et d'allonger le nombre de mois passés à l'école et le temps dévolu à étudier à la maison. Le Burkina Faso a introduit son programme BRIGHT (Réponse du Burkina Faso pour améliorer les chances de réussir des filles à l'école) en 2005 et a lancé en 2009 la seconde phase de ce programme. Le programme BRIGHT distribue des repas quotidiens à tous les enfants et des rations aux filles à emmener chez elles, afin de réduire le temps qu'elles passent aux corvées du foyer et accroître le temps dévolu à étudier à la maison.

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

Engagement politique, facteurs culturels et mobilisation sont les moteurs nécessaires à l'atteinte de l'OMD 3 sur la participation des femmes. L'engagement politique envers l'établissement de politiques nationales sur l'égalité des genres a contribué à un progrès non négligeable sur la parité des genres dans le domaine de l'éducation et à une augmentation de la participation des femmes dans les processus de prise de décision (Rwanda, Seychelles, Swaziland et Afrique du Sud). Une reconnaissance explicite du droit foncier des femmes en Tanzanie et les initiatives de discrimination positive, telles que l'attribution directe de terres aux ménages dont le chef de famille est une femme, associées à l'aide au crédit pour cultiver ces terres, en Tanzanie, en Zambie et en Érythrée, ont servi de tremplin à la promotion des droits des femmes et à leur participation active dans les processus de prise de décision. Quelques pays ont promulgué des lois relatives aux droits de propriété et d'héritage des orphelins porteurs du VIH/SIDA et relatives aux droits d'héritage équitables pour les veufs/veuves au niveau national (Kenya).[35]

Innovations pour les OMD 4, 5 et 6 :
Améliorer la santé (réduire les taux de mortalité infantile et maternelle et lutter contre le VIH, le Sida, le paludisme et d'autres maladies majeures)

Les OMD sur la santé s'avèrent être les plus difficiles à atteindre en Afrique. Les constats suggèrent que les pays qui démontrent une collaboration solide

35 Voir Augustinus et Deininger (2005) pour de plus amples informations sur les innovations relatives aux droits de propriété foncière des femmes en Afrique.

entre acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux (secteur privé et organisations de la société civile) et les partenaires au développement ont tendance à progresser plus vite sur les OMD 4, 5 et 6. Par exemple, São Tomé et Príncipe, les Seychelles, le Malawi, l'Érythrée et l'Île Maurice expliquent leurs succès par une solide collaboration avec les partenaires au développement et un pouvoir politique engagé. Une approche intégrée à l'échelle du secteur de la santé, avec des rôles et responsabilités clairement démarqués pour chaque acteur, a permis de placer ces pays dans une position innovante et avantageuse vis-à-vis des OMD sur la santé. L'Érythrée et São Tomé et Príncipe ont par conséquent enregistré la réduction la plus rapide du taux de mortalité infantile dans la région[36]. Le Mali, le Togo et le Sénégal sont en bonne voie d'atteindre la cible sur le VIH/SIDA, grâce à un pouvoir politique solide, une approche multisectorielle coordonnée, une priorité accordée au renforcement des capacités du secteur public et des organisations de la société civile, une sensibilisation accrue de la population, l'introduction de tests de dépistage anonymes et volontaires et l'accès gratuit au traitement antirétroviral (ART) et une meilleure mobilisation de l'aide internationale.

Innovations pour l'OMD 7 :
Assurer un environnement durable

Les résultats de l'OMD 7 sur la viabilité environnementale sont très inégaux sur l'ensemble du continent, bien qu'il existe une documentation limitée sur les bonnes pratiques. L'Île Maurice est un très bon exemple en ce qui concerne plusieurs cibles de l'objectif 7, grâce à des réductions substantielles des émissions de gaz carbonique et un accès quasi universel à l'eau potable et l'assainissement. Au Ghana et en Angola, des projets-pilotes innovants et axés au niveau local sur l'eau potable et l'assainissement visent à accroître l'accès à ces installations de base dans les zones déshéritées.

Un certain nombre de pays appliquent également des politiques innovantes pour proposer des logements à faible coût aux populations pauvres (par ex. la Namibie et l'Afrique du Sud). L'aménagement du territoire attire un peu d'attention dans plusieurs pays. L'aménagement décentralisé du territoire en Éthiopie a permis une approche plus flexible et un transfert des compétences au niveau local. Des programmes de logement pour les habitants des bidonvilles en Namibie débouchent sur des résultats positifs tangibles en faveur de ces groupes traditionnellement désavantagés. De même, le partenariat entre New Rest (un campement informel au Cap) et la ville du Cap en Afrique du Sud utilise une approche progressive envers la propriété foncière et la gestion du voisinage. Ce programme est considéré comme étant facile d'utilisation, flexible et abordable et prend en compte les pratiques locales de régime foncier tout en satisfaisant aux exigences du système officiel (Kingwell et al., 2006). Cependant, les problèmes liés aux émissions de gaz carbonique n'ont pas fait l'objet d'une attention appropriée.

3.2 Innovations institutionnelles générales

Outre les innovations axées sur les objectifs dont il est question ci-dessus, un certain nombre

36 Cela a été possible en Érythrée grâce au meilleur accès aux services de soins de santé résultant des investissements injectés dans la reconstruction des installations détruites, la formation des professionnels de la santé et la fourniture accrue de médicaments et d'équipements, ainsi que des campagnes proactives et généralisée de vaccination contre les principales maladies à l'origine de décès (PNUD, Document de base sur l'Érythrée, 2010).

d'innovations institutionnelles générales ont également contribué aux progrès enregistrés en Afrique sur les OMD. Ces innovations sont importantes car les OMD doivent être des initiatives vers lesquelles sont engagés le gouvernement et la société dans leur ensemble. Ils concernent à la fois les programmes ministériels, départementaux et des agences. Ils ne s'arrêtent pas aux différentes limites juridictionnelles, ni aux différents niveaux gouvernementaux – national, étatique, provincial, du district et municipal. De solides institutions sont essentielles pour déployer toutes les ressources d'un État en vue d'atteindre les OMD. La discussion ci-dessous cible certaines des innovations institutionnelles générales dans les domaines de : (i) la protection sociale, (ii) la planification axée sur les OMD, (iii) la décentralisation – faire descendre les responsabilités en matière d'OMD vers les niveaux inférieurs de la hiérarchie gouvernementale, (iv) la coordination des programmes et politiques et (v) la responsabilisation et la gestion de la performance axée sur les résultats.

La protection sociale[37]

Une innovation-clé pour aider les populations pauvres et marginalisées concerne la protection sociale, qui jouit d'une longue histoire dans de nombreux pays africains. Cependant, un certain nombre de pays ont freiné ces programmes ou abandonné des plans pour les introduire au cours des programmes d'ajustement structurel des années 80. L'urgence consistant à atteindre les OMD, associée aux conséquences sociales des récentes crises alimentaire, énergétique, financière et économique, ont donné un nouvel élan aux pays africains pour élargir la portée de la sécurité sociale en tant qu'instrument supplémentaire pour atteindre l'OMD 1 et pour préserver les avantages déjà acquis.

Les résultats positifs enregistrés par les pays d'Amérique Latine en termes de l'aide apportée aux populations pauvres servent de modèles aux efforts en Afrique pour réintroduire la protection sociale. Par conséquent, un grand nombre de « nouveaux » programmes de protection sociale ont été initiés par les pays donateurs pour démontrer leur applicabilité dans le contexte de l'Afrique. Il y a également eu une croissance endogène de la protection sociale en tant que concept, l'Union africaine se trouvant à la tête de cette initiative.[38]

L'approche et la portée de ces programmes varient en fonction des pays. Aux Seychelles, la protection des populations pauvres et marginalisées est un droit fondamental intégré dans la Constitution du pays. La mise en œuvre diligente de ce droit constitutionnel explique l'absence d'abjecte pauvreté dans ce pays. L'Île Maurice, la Tunisie, la Libye, l'Égypte et l'Afrique du Sud sont tous des pays dotés de systèmes de protection sociale significatifs. L'Afrique du Sud a la protection sociale

37 La définition de la protection sociale, telle qu'utilisée dans ce rapport, est l' « ensemble des politiques et programmes publics et privés mis en place par les sociétés pour répondre aux différentes situations d'urgence et compenser l'absence ou la réduction substantielle des revenus générés par le travail ; aider les familles ayant des enfants et donner à la population un accès aux soins de santé et au logement » (ONU, 2001).

38 En 2005, l'UA a rédigé un avant-projet du cadre de politique sociale de l'Union africaine. En 2006, la CUA a organisé la Conférence intergouvernementale sur la protection sociale de base à Livingstone, en Zambie, qui a débouché sur l'Appel à l'action de Livingstone. En 2008, l'UA a organisé la première Conférence de l'Union africaine des ministres chargés du développement social à Windhoek, qui a débattu et convenu de soumettre le cadre de politique sociale à l'approbation des chefs d'État et gouvernements de l'UA ; ce dernier a été adopté en 2009.

la plus vaste d'Afrique, couvrant une bonne partie de la population désavantagée. Elle fournit de nombreuses aides, allant des allocations familiales et l'allocation aux jeunes chômeurs aux retraites vieillesse, qui couvraient à la date de mars 2009 plus de 13 millions de personnes.

Il existe trois instruments généraux de protection sociale en Afrique : (i) les instruments de protection sociale subordonnés à des contributions (fonds de retraite contributifs, programmes nationaux d'assurance-santé, programmes privés d'assurance-santé, programmes communautaires d'assurance, programmes d'assurances agricoles pour se prémunir contre le risque climatique ; (ii) les instruments de protection sociale non subordonnés à des contributions (transferts monétaires assortis de conditions/programmes travail contre argent, suppression des cotisations pour l'accès aux soins de santé et à l'éducation, bons d'alimentation ; transferts monétaires/de bons/ en nature non assortis de conditions, transferts monétaires non assortis de conditions pour les ménages pauvres, retraites vieillesse, allocations familiales, allocations personnes handicapées ; et (iii) normes et réglementations minimum (salaires minimums) pour protéger les moyens de subsistance des personnes et ménages.

De nombreux pays africains ont déjà conçu et mis en œuvre des régimes de protection sociale et de filet de sécurité pour minimiser l'impact des récentes crises et pour aider à sortir de la pauvreté. De nombreux autres pays sont en train d'élaborer et de mettre en œuvre ce type de programmes. Les divers exemples donnés ici illustrent à quel point l'adoption de la protection sociale s'est répandue en Afrique au cours de ces dernières années. Le Burkina Faso a adopté un *Plan National d'Action Sociale* (PNAS) en avril 2007 et est actuellement en cours d'élaboration d'un plan de mise en œuvre sur trois ans. Le Cap-Vert a adopté une Stratégie nationale de protection sociale en 2006 et a institué un régime de retraite sociale. La Guinée Équatoriale a créé en 2005 un Fonds pour le développement social pour appuyer les politiques visant à améliorer le bien-être de ses citoyens et à atteindre les OMD. Elle a signé un Protocole d'accord avec les États-Unis pour une coopération mutuelle dans la gestion du « Fonds pour les besoins sociaux » qu'elle a mis en place. Le Ghana a lancé en 2008 son programme LEAP (Revenu de subsistance contre la pauvreté) pour répondre à la crise des prix alimentaires. Ce dernier reposait sur la Stratégie nationale de protection sociale finalisée en 2007. Le Malawi a développé et adopté en 2006 un Cadre politique de protection sociale, pendant que la Namibie introduisait en 2007 le projet pilote BIG (revenu minimum garanti), un programme de transfert monétaire non assorti de conditions. Le Nigeria a développé et adopté en 2004 une stratégie de protection sociale. Le Programme de filet de protection sociale du Sierra Leone a été lancé en 2007 et vise à couvrir 16 000 ménages extrêmement vulnérables. La Stratégie nationale de protection sociale du Sénégal vise à faire bénéficier, d'ici 2015, 50 pour cent de la population d'une assurance-santé et aussi à établir un système pour prémunir les populations rurales contre les risques de désastres naturels. Il s'agit là des prémices d'un système qui devra être entretenu afin qu'il puisse porter ses fruits.

Cependant, il existe des risques – le plus urgent étant la viabilité fiscale. Les fondations des économies africaines sont peu profondes (par rapport à celles des pays d'Amérique Latine par exemple), et donc peuvent s'avérer inadaptées pour soutenir

ces programmes une fois déployés de manière extensive. De plus, les programmes de protection sociale pourraient créer une dépendance et potentiellement fausser le marché de l'emploi en altérant l'équilibre entre les loisirs et le travail. Pour ces raisons, les gouvernements devraient se montrer prudents en ce qui concerne l'élargissement de la couverture.

Planification axée sur les OMD

La planification du développement a connu une vague de popularité après son retrait dans les années 80 et 90. Le retour de la planification nationale en matière de développement a été affirmé par les dirigeants du monde entier dans le Document final du Sommet mondial des Nations Unies de 2005 et de l'Examen des progrès accomplis à mi-parcours vers les OMD. Il y a une reconnaissance explicite du fait que les OMD sont des aspirations mondiales, non pas des cibles de planification nationale, et que les pays devraient les adapter, de manière cohérente, à leurs propres réalités. Pour que les OMD deviennent des cibles de planification, ils doivent être intégrés dans les plans nationaux de développement et les stratégies de réduction de la pauvreté[39] et convertis en cibles nationales concrètes. Depuis 2005, plus de 40 pays africains ont préparé et sont en train de mettre en œuvre au niveau national des plans et/ou stratégies de développement axés sur les OMD. Ces plans nationaux de développement sont essentiels pour éviter ou minimiser le risque d'une « énigme du Kerala » (*voir encadré 5*).

Deux pays illustrent cette tendance. En 2005, la Tanzanie a adopté sa Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté (SNCRP en français, connue sous son acronyme en swahili MKUKUTA) en vue de fournir un cadre de travail en matière de développement pour la période 2005-2010. La stratégie MKUKUTA représente une partie des efforts de la Tanzanie pour réaliser sa vision nationale pour 2025, dont les objectifs sont alignés sur les OMD. Cette stratégie s'articule autour de trois groupes généraux de résultats : (i) croissance économique et réduction de la pauvreté de revenu ; (ii) meilleure qualité de vie et bien-être social ; (iii) meilleure gouvernance et responsabilisation. La clé de la réussite de mise en œuvre de la stratégie MKUKUTA réside dans la budgétisation du gouvernement. Le gouvernement tanzanien a annexé MKUKUTA au budget national par le biais de son Système stratégique d'allocation budgétaire (SBAS). La réussite de mise en œuvre de la stratégie MKUKUTA a nécessité le renforcement du processus d'Examen des dépenses publiques/ du Cadre de dépense à moyen terme (PER/MTEF), en vue de garantir que les allocations de ressources reflètent les trois domaines ciblés suivants : réduction de la pauvreté ; réforme des secteurs monétaire et financier pour garantir une stabilité macroéconomique et un environnement propice aux investissements ; et initiation de programmes pour accélérer l'accès aux financement pour les communautés désavantagées.

De même, l'Éthiopie a adopté son Plan pour un développement accéléré et durable pour en finir avec la pauvreté (PASDEP) afin de guider son cadre stratégique pour éradiquer la pauvreté à partir de 2005/06 jusqu'en 2009/10. Le PASDEP est axé sur les résultats et définit la stratégie générale de l'Éthiopie en matière de développement et sa vision pour réaliser un développement accéléré

39 Un débat houleux a eu lieu en 2005 et 2006 pour savoir si oui ou non le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) publié par la Banque mondiale constituait un cadre de travail approprié pour les OMD. Pour accéder au résumé de ce débat, voir Nwuke (2006).

et durable et ainsi atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire. Cela se fera par la mise en place d'un programme dynamique axé sur la croissance des secteurs agricole et industriel et sur le développement du secteur privé et par l'accélération des efforts pour atteindre les OMD. À cet égard, le gouvernement a entrepris des réformes institutionnelles et un processus intensif de décentralisation. Les réformes institutionnelles comprennent notamment le renforcement du cadre de réglementation, la simplification du système fiscal, la réforme du secteur financier, la réduction des contraintes bureaucratiques grâce à une reconfiguration de processus (BPR) et la privatisation des entités gouvernementales.

Décentralisation : transférer la responsabilité des OMD vers les niveaux inférieurs hiérarchiques du gouvernement

La mise en œuvre des interventions des OMD s'est avérée la plus efficace lorsqu'elle était entreprise au niveau local. Cela fait de la décentralisation de la gouvernance, en termes de responsabilités économiques et administratives, un élément-clé des récentes réformes institutionnelles en Afrique. Les méthodes de décentralisation varient, allant du renforcement de l'autonomie des unités fédératives (dans les pays dotés de constitutions fédérales) à la décentralisation profonde des structures gouvernementales dans les pays dotés de constitutions unitaires, en passant par la décentralisation fiscale

Encadré 5 : Planification pour les OMD – enseignements tirés du Kerala, en Inde

Le Kerala est l'État indien le plus développé au niveau social, nombre de ses indices de développement humain étant comparables à ceux des pays développés. En comparaison avec le reste de l'Inde, les indicateurs sociaux du Kerala sont à un niveau bien supérieur. Le Kerala enregistre ainsi le plus fort taux d'alphabétisation, le meilleur taux d'espérance de vie, le plus faible taux de mortalité infantile, le plus faible taux de déscolarisation, un faible taux de croissance de la population et une meilleure espérance de vie pour les femmes, etc.

Cependant, même si cet État a atteint la plupart des OMD, son économie dépend largement du tourisme et des transferts de fonds et le chômage est très élevé. Le développement social n'a pas débouché sur un développement économique, ce qui rend la viabilité des programmes sociaux de la région précaire. Par exemple, la main-d'œuvre, dotée d'un excellent niveau d'éducation, est obligée de chercher un emploi à l'extérieur de l'État.

Les économistes pensent que le Kerala est confronté à un problème de croissance de « deuxième génération », car, suite aux énormes investissements dans le développement social, le Kerala ne dispose plus que de très peu de ressources financières pour capitaliser sur les succès réalisés et faire avancer l'économie.

L'énigme du Kerala offre aux États africains un aperçu précieux sur la nécessité d'équilibrer les programmes de développement social avec des mesures de développement économique. Observer la manière dont la situation du Kerala se développe permettra aux experts africains du développement de tirer des enseignements importants et des bonnes pratiques.

Source : BBC News (17 mars 2010) "Conundrum of Kerala's struggling economy."

peu importe le type de constitution en place. La décentralisation est utilisée non seulement pour promouvoir et faire avancer l'unité nationale dans un contexte multiethnique, mais également pour remédier à l' « échec du gouvernement » et pour améliorer la fourniture de biens et services publics destinés à accroître le bien-être des citoyens.

La priorité croissante accordée à la décentralisation en Afrique entraîne des changements significatifs dans le paysage économique, administratif et politique de nombreux pays. Elle détermine et forme aussi les modalités de prestation de services. Dans la plupart des pays, il existe une dimension géographique pour atteindre les OMD. Par exemple, au Nigeria, quelques régions sont en voie de réaliser la plupart des cibles des OMD. Les variations à l'intérieur du pays du taux de progression peuvent être atténuées par la délégation des responsabilités aux niveaux hiérarchiques inférieurs du gouvernement. Selon Gupta et al. (2005), les gouvernements locaux comptent pour près de 70 pour cent des dépenses destinées à réduire la pauvreté dans certains pays, donc leur donner davantage de pouvoirs est essentiel au progrès. Au Nigeria, les gouvernements infranationaux comptent à présent pour plus de la moitié des dépenses totales du gouvernement.

En plus du Nigeria, qui constitue la plus ancienne fédération de la région, on compte au moins cinq autres pays dotés de constitutions fédérales : Éthiopie, Érythrée, Comores, Somalie et Soudan. L'Afrique du Sud a un système semi-fédéral unique dans le sens où sa constitution stipule la délégation significative de pouvoirs aux régions et gouvernements locaux. Des pays comme le Kenya et la République Démocratique du Congo explorent les meilleures façons de décentraliser en vue « d'amener le développement plus près de la population » et d'apaiser les tensions politiques. Dans le reste de l'Afrique, où la décentralisation n'est pas stipulée dans la constitution, des juridictions infranationales, telles que des gouvernements locaux au niveau régional, provincial, urbain et du district, ont été créées par voie législative.

Les pays explorent les meilleures façons de renforcer le rôle et la contribution de ces unités infranationales en vue d'accélérer la réalisation des OMD. Par exemple, en Tanzanie, l'adoption de l'initiative de développement au titre de la stratégie MKUKUTA a exigé une délégation de pouvoir vers le niveau local, afin d'améliorer la prestation de services. Cela a débouché sur le Programme de réforme des collectivités locales (LGRP) qui touche cinq principaux domaines : (i) la décentralisation politique (renforcement des institutions locales) ; (ii) la décentralisation fiscale (déléguer davantage de responsabilité financière aux gouvernements locaux) ; (iii) la décentralisation administrative (restructuration des organisations du gouvernement local) ; (iv) la décentralisation des services (localisation de la gestion et de la prestation de services) ; et (v) la modification des relations pouvoir central-gouvernement local.

De même, en Éthiopie, la décentralisation du pouvoir et de l'autorité du gouvernement fédéral aux gouvernements régionaux, et des administrations urbaines aux zones, a permis une prestation plus rapide et mieux ciblée des services essentiels aux niveaux locaux. Cela peut être constaté dans l'augmentation des constructions de logements à faible coût, de nouvelles routes bien entretenues, de centres de santé publics et dans la mise en place de programmes de création d'emplois, entre autres réalisations.

Coordination des programmes et politiques

Malgré les avantages de la décentralisation, la mise en œuvre de cette dernière est confrontée à certains défis. La décentralisation exige le transfert des responsabilités administratives et fiscales et implique donc un grand nombre d'acteurs publics, au niveau local comme au niveau national. Cela peut déboucher sur des problèmes de coordination verticale et horizontale entre les agences et les différents niveaux de la hiérarchie gouvernementale et entre le secteur privé et le secteur public. C'est d'autant plus probable s'il n'existe pas déjà de coordination systémique et à plusieurs niveaux ou bien si ces mécanismes ne fonctionnent pas correctement. Dans de telles circonstances, le pouvoir central a tendance à conserver un contrôle plus grand sur les décisions relatives aux dépenses et revenus. La situation est très différente dans les pays dotés d'un système de gouvernement fédéral, dans lequel les responsabilités sont délimitées par la constitution entre les différents niveaux du gouvernement.

Ces mécanismes de réglementation verticale sont essentiels à la surveillance et à la garantie du fait que les différents niveaux du gouvernement accomplissent bien leurs responsabilités et exercent un degré d'autorité approprié. Ce type de mécanisme apporte une meilleure appréhension des différents niveaux du gouvernement et contribue à aligner les politiques et interventions locales sur celles existant niveau national. Ces mécanismes permettent aussi d'intégrer dans la planification et la budgétisation nationales les priorités établies dans les stratégies nationales de développement axées sur les OMD. Les mécanismes de coordination aident à établir un consensus sur les problèmes actuels et nouveaux, sur l'établissement de priorités et l'exécution partagée du programme, et sur le suivi des résultats de développement.

Un certain nombre de pays ont introduit des mécanismes pour coordonner les actions relatives aux OMD entre les différents ministères et niveaux du gouvernement. Le Nigeria, par exemple, dispose d'un Bureau des OMD au sein de la Présidence, dirigé par un assistant spécial en chef auprès du Président. Ce Bureau (OSSAP), qui sert de Secrétariat du Comité présidentiel sur les OMD, est chargé de financer, repérer et surveiller les interventions spécifiques aux OMD, afin de décider de manière informée des allocations budgétaires annuelles. Chaque ministère au niveau fédéral a un bureau des OMD qui travaille en étroite collaboration avec l'OSSAP-OMD. Le pays possède également un Comité des OMD au Parlement national, ainsi que la législature des 36 États de la Fédération. Un Conseil national de planification commune coordonne, avec la Commission de planification nationale en tant que secrétariat, la planification entre les 36 États de la Fédération, garantissant par là même une bonne cohérence.

L'Afrique du Sud a récemment mis sur pied une Commission de planification nationale pour coordonner les activités de ses ministères/départements et agences. En outre, l'Afrique du Sud a également introduit un mécanisme de coordination horizontale. Le Cabinet Lekgotla, qui se réunit chaque année pour coordonner la stratégie, établit les plans d'action pour l'année suivante et évalue les résultats déjà obtenus. De même, l'ensemble des départements/ministères gouvernementaux est regroupé en cinq groupes : social, économie et emploi, justice et sécurité, gouvernance, administration. Cet arrangement favorise la cohérence politique, la coordination des plans et stratégies

et une meilleure prestation de services. De plus, dans de nombreux pays (par ex. Nigeria, Kenya et Sénégal), un bureau des OMD a été établi dans les ministères et départements principaux. Ces innovations institutionnelles contribuent à réduire les coûts de transaction des interventions essentielles aux OMD en plus d'aider à bâtir un consensus national sur les OMD.

Responsabilisation et gestion de la performance axée sur les résultats

Un certain nombre de documents gouvernementaux, y compris les rapports nationaux sur les OMD, ont mis en exergue la nécessité d'améliorer la capacité d'absorption[40], comme étant un facteur clé à la réalisation des OMD. C'est une mesure nécessaire pour résoudre les problèmes liés à une responsabilisation et une transparence médiocres en ce qui concerne l'utilisation des fonds publics. Une faible capacité d'absorption et le gaspillage ont contribué à la lenteur des progrès. Le recours croissant à des dépenses extrabudgétaires et supplémentaires suggère un manque de discipline budgétaire.

De nombreux pays africains mesurent la performance en fonction des ressources dépensées plutôt qu'en fonction des résultats et de l'impact sur les bénéficiaires ciblés. Des stratégies de gestion axées sur les résultats nécessitent la séparation des unités de mise en œuvre et des institutions de supervision et de suivi, ainsi que la non implication des bénéficiaires dans les programmes de suivi et d'évaluation des OMG. L'institutionnalisation d'un cadre de suivi et d'évaluation efficace facilitera le processus de réalisation des OMD. Tout porte à croire qu'un facteur crucial, faisant la différence entre les pays qui réussissent et ceux qui enregistrent une performance médiocre en termes d'indicateurs de développement humain, réside dans l'adhésion ou autre à un système de gouvernance transparent et responsable.

40 Dans ce contexte, on entend par capacité d'absorption la capacité à utiliser l'aide supplémentaire sans une entraîner une inefficacité prononcée des dépenses publiques et sans entraîner d'effets négatifs.

SECTION IV : Conclusions et programme d'action

À l'approche de la fin de la première décennie des OMD et à cinq ans de la date butoir de 2015, il faut constater que l'Afrique a accompli des progrès significatifs depuis 2000. Des avancées notables ont été réalisées sur les indicateurs sociaux, tels que la scolarisation en cycle primaire, le taux de vaccination des enfants, le ralentissement de la propagation du VIH/Sida et de la tuberculose, et l'autonomisation des femmes, y compris la représentation des femmes dans les processus de prise de décision. Cependant, les progrès dans les principaux domaines de la réduction de la pauvreté, de l'emploi et de la plupart des objectifs relatifs à la santé restent décevants.

Néanmoins, le continent va dans la bonne direction, même si c'est lentement comparé aux autres régions en développement. Pourtant, la forte croissance de la population par rapport aux autres régions masque certains des progrès accomplis par le continent pour améliorer les indicateurs sur le développement humain. De plus, les défis de développement auxquels est confronté le continent ne sont pas nécessairement identiques à ceux auxquels sont confrontées les autres régions et exigent davantage de ressources et d'efforts pour les surmonter.

Les OMD ont permis une meilleure sensibilisation sur les défis de développement de l'Afrique et un consensus au niveau national et à celui des partenaires au développement sur l'urgence de s'y attaquer. Des institutions destinées à accélérer les progrès ont été mises en place. Les objectifs ont facilité l'évaluation comparative et encouragé des comparaisons entre les pays. La gouvernance démocratique, l'état de droit, la responsabilisation et la transparence – des ingrédients essentiels au développement et qui vont de soi dans la plupart des endroits du globe – commencent seulement à prendre racine en Afrique. Les économies africaines, longtemps dépendantes de l'aide étrangère, sont en pleine croissance, ce qui permet aux pays d'élargir leur espace fiscal.

En dépit de ces développements positifs, les défis subsistent. Un des plus difficiles réside dans la réduction des inégalités d'accès aux services sociaux et donc aux avantages liés au développement. De fortes inégalités caractérisent l'accès à de nombreux services sociaux en Afrique, y compris la santé et l'éducation. Il existe un risque sévère que les pauvres restent à la traîne, car la plupart des cibles sont des moyennes (nationales). Ces inégalités expliquent en grande mesure la lenteur des progrès de la région dans la réalisation des OMD sur la santé, car il existe des preuves scientifiques solides pour suggérer que des sociétés plus égalitaires tendent à être en meilleure santé[41]. De plus, à cinq ans seulement de la date butoir

41 Wilkinson (1995) ; Wilkinson et Pickett (2007)

des OMD et de par la lenteur des progrès sur la plupart des objectifs entravant leur réalisation, des efforts vigoureux sont nécessaires de la part des gouvernements africains et de leurs partenaires au développement pour élargir l'accès des services sociaux aux pauvres et aux personnes habitant dans les zones rurales. Cependant, les gouvernements africains sont confrontés à un choix difficile. Dans un contexte de ressources humaines et financières restreintes et de contrainte de temps, devraient-ils viser à atteindre tous les objectifs dans les délais impartis ou bien à n'atteindre que ceux qu'ils considèrent comme essentiels à leur développement à long terme ? La décision doit être prise par chaque pays. Les gouvernements devront peut-être redéfinir l'ordre de leurs priorités et identifier les OMD qui sont à leur portée, étant donné les ressources financières, et concentrer leurs efforts sur ces derniers. Cependant, il s'agit d'un choix que les pays pourraient éviter d'avoir à faire si les partenaires au développement de l'Afrique réaffirmaient leurs engagements et réalisaient les promesses faites lors des divers Sommets du G8, notamment le Sommet de Gleneagles de 2005.

L'analyse contenue dans ce rapport montre que les pays africains progressent vers la réalisation des cibles des OMD. La direction des indicateurs de développement humain a changé de manière significative et positive depuis les années 80 et 90. Le rythme de progression est cependant plus lent que nécessaire pour atteindre les OMD. Ce rapport souligne ainsi l'urgence à agir pour les pays africains, leurs partenaires au développement et les autres parties prenantes dans le développement de l'Afrique (ONG, secteur privé, organisations de la société civile) et à redoubler d'efforts pour accélérer le rythme de progression pour atteindre les OMD dans les délais impartis. Tout porte à croire que les OMD sont réalisables si les pays africains, leurs gouvernements et populations et leurs partenaires au développement se ressaisissent et réaffirment leur engagement envers les OMD. Pour ce faire, ils doivent accorder toute la considération due à la mise en œuvre d'un Programme d'action.[42]

Le Programme d'action proposé ci-dessous n'est pas exhaustif. Il se compose de deux parties : (i) les politiques générales qui donnent un contexte d'ensemble et qui définissent l'environnement et (ii) les interventions axées sur les objectifs qui sont essentielles à l'accélération des progrès. Les actions générales cherchent à créer un environnement favorable à la croissance, alors que les actions spécifiques ciblent principalement la prestation de services.

PROGRAMME D'ACTION POSSIBLE

(i) Actions générales

» Maintenir des politiques macroéconomiques stables et saines.

» Améliorer la capacité nationale à surveiller et faire état des OMD. Cela inclura le renforcement des systèmes statistiques nationaux.

» Renforcer la planification axée sur les OMD à tous les niveaux du gouvernement ; les pays devraient déléguer la planification aux niveaux inférieurs du gouvernement et renforcer à ces

42 Ces actions s'inspirent de diverses sources, y compris les Déclarations ministérielles des conférences 2007 et 2008 des ministres des Finances, de la planification et du développement économique des pays-membres de la CAE et diverses Résolutions de 2007 à 2010 de l'UA sur les OMD. Les recommandations sont également cohérentes avec les recommandations du groupe de pilotage du Secrétaire-général de l'ONU sur les OMD en Afrique.

niveaux les capacités appropriées en termes d'OMD.

» Les pays devraient accroître les investissements dans le secteur public en vue d'atteindre les OMD.

» Les pays devraient encourager une participation active du secteur privé, des organisations de la société civile et des ONG dans le cadre de la réalisation des OMD.

» Promouvoir un cadre de planification unifié qui apporte un cadre macroéconomique solide propice à la réalisation des OMD.

» Exploiter le potentiel de l'intégration régionale, y compris la coopération sud-sud.

(ii) Interventions axées sur les objectifs

OBJECTIF 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

» La stabilité macroéconomique est essentielle à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté. À cet égard, les pays devraient conserver les politiques macroéconomiques qui ont contribué au cours de ces dix dernières années aux résultats positifs en termes de croissance.

» Entreprendre des réformes structurelles, y compris la réduction des coûts de recherche d'emploi, afin de favoriser l'emploi en tant que solution pour sortir de la pauvreté.

» Considérer la possibilité de protection sociale pour les groupes les plus vulnérables et désavantagés, afin de les protéger des impacts sociaux négatifs de la crise financière mondiale et de garantir les progrès déjà accomplis envers la réalisation des OMD. Cependant, les programmes de protection sociale devraient être correctement budgétisés et conçus de manière à garantir une durabilité dans le temps.

» Exploiter de manière stratégique la science et la technologie pour encourager la productivité agricole.

» Opérationnaliser le Fonds des engrais, ainsi que mettre rapidement en œuvre le Programme intégré pour le développement de l'agriculture en Afrique (CAADP), y compris réserver 10 pour cent du budget annuel à l'agriculture.

» Développer l'infrastructure rurale, y compris les routes et le réseau électrique dans les zones rurales.

» Considérer la proposition de mesures incitatives/subventions aux agriculteurs en fonction des préférences alimentaires du pays (comme c'est le cas du Kenya et de ses cultivateurs de maïs) et des besoins nutritionnels.

» Mettre en œuvre des politiques macroéconomiques/fiscales qui permettent une croissance durable et la création d'emplois.

OBJECTIF 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

» Améliorer la qualité des enseignants et de l'enseignement, y compris en établissant des institutions d'assurance-qualité.

» Créer des mesures incitatives pour permettre un plus grand choix dans l'éducation primaire, y compris encourager la prestation privée d'enseignement primaire.

» Mettre en œuvre avec vigueur l'obligation de présence (pour prévenir l'absentéisme scolaire) dans les pays où l'éducation primaire, de par la constitution, est gratuite et obligatoire.

» Accroître le financement pour réparer et améliorer les établissements d'enseignement primaire délabrés.

» Améliorer les mesures incitatives offertes aux enseignants, notamment ceux qui enseignent dans les communautés rurales et marginalisées.

» Si cela est possible au niveau fiscal, introduire des mesures comme les soins médicaux (pour réduire l'absentéisme), la distribution gratuite de repas scolaires, des latrines destinées aux filles, des manuels scolaires gratuits etc., afin d'améliorer les taux de présence scolaire.

» Élargir l'accès à l'enseignement primaire, notamment dans les zones rurales ; établir des points de comparaison au niveau national pour l'accès nominal, tels que la proximité d'une école primaire.

» Garantir un apaisement du climat social afin que les actions de revendication sociale des enseignants ne bouleversent pas l'apprentissage.

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

» Favoriser la prise de mesures visant à décourager le mariage précoce des filles, grâce à des campagnes publiques de sensibilisation et une scolarisation plus longue des filles. Ces mesures peuvent englober des interventions pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes et le nombre de naissances hors mariage.

» Prendre des mesures spéciales et de discrimination positive (par ex. quotas d'absentéisme[43] pour les filles) pour encourager la scolarisation des filles dans les établissements d'enseignement secondaire et tertiaire.

» Introduire des mesures pour décourager la discrimination entre les genres sur le lieu de travail et résoudre les objections culturelles et religieuses au travail des femmes à l'extérieur du foyer.

» Prendre des mesures spéciales et de discrimination positive – quotas d'absentéisme – pour élargir l'accès à l'emploi salarié non agricole et la participation des femmes dans les processus de prise de décision, y compris la prise de décision politique.

OBJECTIF 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

» Améliorer la pose de diagnostic et les systèmes nationaux de la santé.

» Accélérer l'accès aux interventions probantes, y compris les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les programmes de vaccination, l'emploi d'antirétroviraux pour éviter la transmission mère-enfant du VIH ; mesure anthropométrique régulière des enfants (afin d'édu-

43 Les quotas d'absentéisme permettent aux filles de s'absenter un certain nombre de jours par mois sans conséquence. Le but est d'améliorer le taux de déscolarisation due aux menstruations et à l'administration de soins à des membres de famille malades, etc.

quer les mères lors des visites sur les besoins nutritionnels de leurs enfants).

» Améliorer l'hygiène générale, l'assainissement et l'accès à une eau de meilleure qualité et en plus grande quantité.

» Améliorer et intégrer les politiques de santé maternelle et infantile, y compris la formation de sages-femmes.

» Améliorer la qualité et le nombre des soignants.

» Élargir l'accès aux soins de santé et réduire les inégalités frappantes dans l'accès aux services de santé en fonction du revenu et du lieu de résidence. Des points de comparaison nationaux, tels que la distance (en miles) pour se rendre dans un centre de santé, peuvent être utiles. Promouvoir de manière offensive l'étendue du secteur non gouvernemental de prestation de soins de santé, par le biais de réformes légales, franchises etc.

» Prescrire des visites gratuites ambulatoires pour les enfants âgés de cinq ans et moins.

» Entreprendre des recherches sur les causes principales de mortalité et de morbidité chez les enfants, y compris le développement de nouveaux vaccins plus efficaces et de régimes alimentaires.

» Exploiter de façon stratégique le savoir indigène, par exemple les herbes traditionnelles utilisées pour prévenir et soigner des maladies comme le paludisme. Former les médecins traditionnels et les sages-femmes sur les nouvelles maladies et les certifier en tant que professionnels de la santé homologués et compétents, afin de réduire la mortalité résultant d'interventions dangereuses.

OBJECTIF 5 : Améliorer la santé maternelle

» Améliorer les soins obstétriques, notamment l'obstétrique d'urgence. Cette mesure devrait être une haute priorité dans les plans du secteur de la santé des pays enregistrant des taux de mortalité maternelle élevés.

» Veiller à ce que toutes les femmes enceintes aient accès aux cliniques et puissent déterminer leur statut VIH/Sida.

» Veiller à ce que les antirétroviraux soient librement disponibles pour toutes les femmes enceintes et mères allaitantes qui sont atteintes du VIH afin d'éviter la transmission mère-enfant.

» Garantir un accès aux aliments nutritionnels et aux conseils pour les femmes enceintes atteintes du VIH.

» Promouvoir activement les soins prénataux pour que des causes sous-jacentes de mortalité maternelle, comme le paludisme, l'obstacle à l'accouchement, les infections, les problèmes d'hypertension liée à la grossesse, soient rapidement diagnostiquées et soignées au plus tôt.

» Élargir l'accès aux méthodes contraceptives pour les couples mariés.

» Renforcer les capacités au niveau local des centres de santé et proposer des mesures incitatives aux soignants pour les retenir au niveau local. Par exemple, les infirmières et

les sages-femmes, ainsi que les consultants et nutritionnistes qui conseillent les femmes sur les questions sanitaires.

» Réduire le nombre des mariages précoces et encourager une scolarisation prolongée des filles, notamment en cycle secondaire et tertiaire.

» Appuyer et promouvoir la campagne de l'Union africaine sur l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA).

» Exploiter de façon stratégique la science et la technologie en vue d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle.

OBJECTIF 6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies

» Continuer d'encourager les changements de comportement par le biais de l'éducation, la communication et la mobilisation.

» Promouvoir les méthodes de prévention, y compris les rapports sexuels protégés et l'abstinence.

» Promouvoir et élargir le dépistage, en mettant l'accent sur le conseil et dépistage volontaire du VIH (VCT).

» Réduire le nombre d'enfants atteints du VIH/Sida grâce à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PMTCT).

» Promouvoir et élargir la pratique de la circoncision masculine

» Élargir l'accès au traitement antirétroviral (ART), y compris l'administration gratuite (ou subventionnée) du traitement ART pour tous.

» Garantir l'accès aux infrastructures de santé, à des soignants formés, ainsi que la disponibilité des informations.

» Accroître la qualité et le nombre des prestataires.

» S'efforcer de réduire le champ d'application mondiale des normes minimum de la propriété intellectuelle dans le cadre de l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelles qui touchent au commerce (ADPIC).

» Encourager la production au niveau local des médicaments génériques pour soigner le VIH, si possible dans chaque sous-région.

» Promouvoir la recherche et le développement de vaccins contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose.

OBJECTIF 7 : Assurer un environnement durable

» Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources naturelles (environnementales), y compris l'octroi de droits aux communautés dépendantes des ressources naturelles ou environnementales.

» Garantir une fixation adéquate des prix des ressources environnementales et naturelles, pour s'assurer que les individus internalisent le coût des externalités négatives qu'ils génèrent (principe du pollueur-payeur). Cela pourrait comprendre une promotion agressive des

marchés de droits d'émission de gaz carbonique en Afrique.

» Établir des zones protégées/réserves et régénérer les terres dégradées.

» Proposer des mesures incitatives, comme une diminution des taxes pour les organisations qui respectent les bonnes pratiques internationales relatives à la viabilité de l'environnement, et pour les organisations qui prennent des mesures de discrimination positive pour atténuer l'impact négatif des agissements humains sur l'environnement.

» Améliorer l'habitat humain et la qualité des établissements humains grâce à des programmes offensifs de planification en matière d'environnement et de logements à un coût abordable.

» Exploiter la science et la technologie pour faire progresser la viabilité environnementale.

» Généraliser la viabilité environnementale au sein des plans nationaux de développement et des stratégies de réduction de la pauvreté.

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

» Mettre en œuvre de manière dynamique et rigoureuse le Programme d'action d'Accra et la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

» Les pays développés devraient respecter leurs engagements en matière d'aide au développement, notamment ceux qui ont été pris à Gleneagles et réaffirmés lors des Sommets suivants du G8 et des Sommets du G20 à Londres et Pittsburgh.

» Permettre aux pays en développement de mieux se faire entendre au sein des institutions financières internationales.

» Promouvoir les initiatives de facilitation du commerce (y compris l'infrastructure portuaire et logistique) afin de favoriser le commerce intra-africain.

» Utiliser l'allègement de la dette pour les pays enclavés de la région. Les fonds supplémentaires issus de l'allègement de la dette pourraient être utilisés pour développer les infrastructures régionales et fournir d'autres biens publics régionaux.

» Promouvoir les technologies d'octroi de licences et l'accès aux technologies et innovations déjà dans le domaine public, pour accélérer le transfert des technologies, innovations et connaissances vers les pays en développement, notamment les pays les moins avancés (PMA).

Bibliographie
et ressources en ligne

AGRA (Alliance pour une révolution verte en Afrique). Site Web. Disponible sur : http://www.agra-alliance.org/section /fr

Augustinus, C. et K. Deininger. 2005. « Innovations in land tenure, reform and administration in Africa ». Article présenté à la conférence du PNUD intitulée « *Land Rights for African Development ; From Knowledge to Action* », Nairobi, Kenya, 31 octobre - 3 novembre.

BAD (Banque africaine de développement). 2010. « L'Afrique au lendemain de la crise financière mondiale : Défis à venir et le rôle de la Banque » Note d'information sur la crise financière, janvier 2010.

Banque mondiale. 2002. *Rapport sur le développement dans le monde 2002 : des institutions pour les marches.* Washington, DC.

Banque mondiale. 2009a. *Rapport annuel de la Banque mondiale 2009*. Washington, DC.

Banque mondiale. 2009b. *The Cost to Developing Countries of Adapting to Climate Change – New Methods of Estimates. The Global Report of the Economics of Adaptation to Climate Change Study*. Washington, DC.

Banque mondiale. 2010b. *Global Monitoring Report 2010: The MDGs after the Crisis*. Washington, DC.

BBC. 2010. « The Conundrum of Kerala's Struggling Economy ». Diffusé le 17 mars 2010.

Beegle, K., J. de Weerdt et S. Dercon. 2007. « Orphanhood and the long-run impact on children ». Article présenté à l'atelier annuel de l'AIID sur le thème « *The Economic Consequences of AIDS* », Amsterdam, décembre 2007.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2009a. *Rapport sur les femmes en Afrique 2009 – Mesurer l'inégalité entre les sexes en Afrique : expériences et leçons tirées de l'Indicateur de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique*, Addis-Abeba, Éthiopie.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). 2009b. *ICPD and MDGs Working as One: Report of the Fifteen-year Review of the Implementation of the ICPD Programme of Action in Africa*, Addis-Abeba, Éthiopie.

CEA (Commission économique pour l'Afrique). (à paraître). *Equal Access to Basic Services in African LDCs : The Need for Coherent, Inclusive and Effective Policy Frameworks*. Addis-Abeba, Éthiopie.

CEA (Commission économique pour l'Afrique), BAD (Banque africaine de développement) et Gouvernement du Rwanda. 2009. *Climate Change: Financing Opportunities and Challenges to Achieve the MDGs in Africa*. Avant-projet du rapport final de la troisième Conférence ministérielle africaine

sur le financement du développement, Kigali, Rwanda, 21–22 mai 2009.

CEA (Commission économique pour l'Afrique), CUA (Commission de l'Union africaine) et BAD (Banque africaine de développement). 2009. *Évaluation des progrès accomplis par l'Afrique dans la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement – Rapport OMD 200*. Addis-Abeba, Éthiopie.

CEA (Commission économique pour l'Afrique) et CUA (Commission de l'Union africaine). 2010. *Rapport économique sur l'Afrique 2010 – Promouvoir une croissance forte et durable pour réduire le chômage en Afrique.* Addis-Abeba, Éthiopie.

Chen, S. et M. Ravallion. 2008. « The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty ». Banque mondiale. Document de travail consacré à la recherche sur les politiques n° 4703. Washington, DC.

CONCORD (Confédération européenne des ONG d'urgence et de développement) et AidWatch. 2010. *Penalty against poverty: More and better EU aid can score Millennium Development Goals.* Disponible sur : http://www.concordeurope.org

Conseil de l'Union européenne. 2010. *Aid for Trade Monitoring Report 2010.* Document de travail de la Commission européenne sur le Rapport du suivi de l'aide au commerce (2010). Disponible sur : http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st08/st08910-ad02.en10.pdf

Conway, G. et J. Waage. 2010. *Science and Innovation for Development*, Londres : UKCDS.

Cotula, L., S. Vermeulen, R. Leonard et J. Keeley.2009. « Land grab or development opportunity? Agricultural investment and international land deals in Africa ». FAO, IIED, IFAD. Disponible sur : http://www.ifad.org/pub/land_grab.pdf

DSNU (Division statistique de l'Organisation des Nations Unies). Base de données de la DSNU. Disponible sur : http://unstats.un.org/unsd/default.html.

Fanzo, J. et P. Pronyk (n.d.). « An Evaluation of Progress toward the Millenium Development Goal One hunger target: A country-level, food and nutrition perspective », Center for Global Health and Economic Development & The Earth Institute of Columbia University, New York.

FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). 2009. *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde 2009 Crises économiques – répercussion et enseignements*. Rome.

FMI (Fonds monétaire international). 2010. Perspective de l'économie mondiale 2010. Washington, DC.

FMI (Fonds monétaire international). 2010. Fiche technique : « Allègement de la dette au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) ». Disponible sur : http://www.imf.org/external/np/exr/facts/fre/hipcf.htm

FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2005. Site Web. Disponible sur : http://www.unfpa.org/safemotherhood/mediakit/documents/

FPA (Forum pour le Partenariat avec l'Afrique). 2009. Site Web. Disponible sur : http://www.africapartnershipforum.org

GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination). 2009. Notes d'information. Disponible sur : http://www.gavialliance.org/french/.

GIEC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat). 2007. Site Web. Disponible sur : http://www.ipcc.ch/

GPI (Indice de paix mondiale). 2010. *Peace, Wealth and Human Potential*. Institute for Economics and Peace. Document de réflexion 2010. Disponible sur : http://www.humansecuritygateway.com

Grebmer, K., B. Nestorova, A. Quisumbing, R. Fertziger, H. Fritschell, R. Pandya-Lorch et Y. Yohannes. 2009. *2009 Global Hunger Index. The Challenge of Hunger: Focus on the Financial Crisis and Gender Inequality*. Bonn/Washington, DC/ Dublin: Deutsche Welthungerhilfe e.v./International Food Policy Research Institute/ Concern Worldwide. Octobre 2009.

Gupta, S., S. Tareq, B. Clements, A. Segura-Ubiergo, R. Bhattacharya et T. Mattina. 2005. « Rebuilding fiscal institutions in post-conflict countries », Étude spéciale du FMI n°247. Washington, DC: Fonds monétaire international.

Hogan, M.C., K.J. Foreman, M. Naghavi, S.Y. Ahn, M. Wang, S.M. Makela, A. D. Lopez, R. Lozano, et C.J.L. Murray. 2010. « Maternal Mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress toward Millennium Development Goal 5 ». Disponible sur : http://www.thelancet.com.

IIDD (Institut international de développement durable). Site Web. Disponible sur : http://www.iisd.org/climate/.

IITA (Institut international d'agriculture tropicale). Site Web. Disponible sur : http://www.iita.org.

Kingwell, R., R. Cousins, T. Cousins, D. Hornby, L. Royston et W. Smit. 2006. « Mysteries and myths: De Soto, property, and poverty in South Africa ». Gatekeeper Series 124, p. 4. London: International Institute for Environment and Development (IIED). Disponible sur : http://www.iied.org/pubs/pdfs/14517IIED.pdf.

Larson, B., M.P. Fox, S. Rosen, M. Bii, C. Sigei, D. Shaffer, F. Sawe, M. Wasunna et J. Simon. 2008. « Early effects of antiretroviral therapy on work performance: preliminary results from a cohort study of Kenyan agricultural workers », AIDS 2008, Vol. 22, pp. 421–25.

May, J. 2009. *The Role of Sub-national Jurisdictions in Achieving the MDGs: The Experience of South Africa*. Rapport préparé pour la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique.

MFPED (Ministère ougandais de la planification, des finances et du développement économique). 2004. Site Web. Disponible sur : http://www.finance.go.ug/

Ministère ougandais de la santé, Ministère ougandais de l'eau et de l'environnement, Bureau des statistiques de l'Ouganda, International Livestock Research Institute et Institut Mondial des Ressources (2009). *Mapping a Healthier Future: How Spatial Analysis Can Guide Pro-Poor Water*

and Sanitation Planning in Uganda. Washington, D.C. et Kampala.

Nwuke, K. 2006. « PRSP as a Framework for Scaling up Efforts to Reach the MDGs ». Document d'information préparé pour la première Conférence des ministres africains des finances sur le thème : *Financing for Development: From Commitment to Action in Africa*, Abuja, Nigeria, 21–22 mai.

Nwuke, K. 2009. « Why should we bother about the role of subnational jurisdictions in efforts to achieve the MDGs in Africa? » Article présenté à la conférence sur le thème « *The Role of Subnational Jurisdictions to Achieve the MDGs in Africa* », Abuja, Nigeria, mai 2009.

Nwuke, K., O. Diallo et J. Ndabaniyi. 2009. « Social protection in Africa: examining the scope so far », CEA, Mimeo.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) / CAD (Comité d'aide au développement) (2007). « Reaching our development goals: Why does aid effectiveness matter? » Disponible sur : http://www.oecd.org/dataoecd/43/31/40987004.pdf

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2009a. « L'annexe statistique de la publication Coopération pour le développement, Rapport 2010 ». Disponible sur : http://www.oecd.org/document/9/0,3343,fr_2649_34447_34036298_1_1_1_1,00.html

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2009b. « Enquête 2008 de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris ». Disponible sur : http://www.oecd.org/document/0/0,3343,fr_2649_3236398_41203425_1_1_1_1,00.html

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2010a. « L'aide au développement a augmenté en 2009 et la plupart des donneurs atteindront les objectifs d'aide pour 2010 ». Disponible sur : http://www.oecd.org/document/11/0,3343,fr_2649_34447_44995507_1_1_1_1,00.html

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). 2010b. « Les performances inégales de l'aide au développement pour 2010 suscitent des inquiétudes. » 17 février 2010. Disponible sur : http://www.oecd.org/document/20/0,3343,fr_2649_34447_44620069_1_1_1_37413,00.html

OMC (Organisation mondiale du commerce). 2010. Calculs par l'OMC- TIC-CNUCED, sur la base de la base de données de l'OMC-IDB et CNUCED-TIC sur les droits et l'accès au marché (TARMAC).

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2009a. *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, Genève.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2009b. *Rapport 2009 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2010. *Statistiques sanitaires mondiales 2009*, Genève.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2008. *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève.

ONU (Organisation des Nations Unies). 2001. *Amélioration de la protection sociale et réduction de la vulnérabilité dans le contexte de la mondialisation* : Rapport du Secrétaire général à la 39ème session du Conseil économique et social, E/CN.5/2001/2, New York.

ONU (Organisation des Nations Unies). 2008. *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2008*. New York. Disponible sur : http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_Fr.pdf

ONU (Organisation des Nations Unies). 2009a. Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2009. New York. Disponible sur : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/2009report.shtml

ONU (Organisation des Nations Unies). 2009b. Rapport du Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2009. *Renforcement du partenariat mondial pour le développement en temps de crise*. Disponible sur : http://www.un.org/esa/policy/mdggap/mdg8report_frw.pdf

ONU (Organisation des Nations Unies). Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. 2010. *World Fertility Patterns 2009*, New York.

ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida). 2009. Site Web. Disponible sur : http://www.unaids.org/fr/default.asp.

Panapress: *The African Perspective*. Site Web. Disponible sur : http://www.panapress.com

Pew Forum. 2010. *Islam and Christianity in Sub-Saharan Africa*. Disponible sur : http://www.pewforum.org.

Pinkovskiy, M. et X. Sala-i-Martin (2010). « African poverty is falling .... much faster than you think », NBER document du travail, No 15775, février 2010. Disponible sur : http://www.nber.org/papers/w15775

PNUE (Programme des Nations Unies pour le développement). 2007. « World's Largest Continuous Protected Area for Great Apes Protects the Endangered Bonobo ». Publié en ligne le 26 novembre 2007. Disponible sur : http://www.unep-wcmc.org/latenews/previous/2007.cfm

Rwanda Development Gateway. Site Web. Disponible sur : http://www.rwandagateway.org

Stop TB Partnership. Site Web. Disponible sur : http://www.stoptb.org

UIT (Union internationale des télécommunications). 2009. *Profils statistiques 2009 de la société de l'information – Africa*. Disponible sur : www.itu.int/publ/D-IND-RPM.AF-2009/fr

UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture). 2010. Site Web. Disponible sur : http://www.unesco.org/new/fr/unesco/resources/publications/

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2007. *Progrès pour les enfants. Un monde digne des enfants, bilan statistique*, New York. Disponible sur : http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/files/Progres_pour_les_enfants-No6.pdf

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2008. *La survie de l'enfant : Situation des enfants dans le monde 2008*, New York. Disponible sur : http://www.unicef.org/french/sowc08/report/report.php

USAID (Agence américaine pour le développement international). 2009. *The President's Malaria Initiative: Working with Communities to Save Lives in Africa*, 3ème rapport annuel, mars 2009.

Vision of Humanity. 2007. Global Peace Index. Site Web. Disponible sur : http://www.visionofhumanity.org/gpi-data/#/2007/scor/

von Braun, J., et Meizen-Dick, R. 2009. « 'Land Grabbing' by Foreign Investors in Developing countries: Risks and opportunities ». International Food Policy Research Institute (IFPRI), Note d'orientation 13. Disponible sur : http://www.landcoalition.org/pdf/ifpri_land_grabbing_apr_09.pdf

Wagstaff, A. et M. Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*, Washington, DC: Banque mondiale.

Wangwe, S. 2010. *MDGs-based Planning: The Experience of Tanzania*. Rapport préparé pour la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique.

Wilkinson, R. 1995. *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. London: Routledge.

Wilkinson, R.G. et K.E. Pickett. 2007. « The problems of relative deprivation: Why Some Societies Do Better than Others », *Social Science & Medicine*, Vol. 65, No. 9, pp. 1965–78.

You, D., T. Wardlaw, P. Salama, et G. Jones. 2009. « Levels and Trends in Under-5 Mortality 1990–2008 ». *The Lancet*, Vol. 375, No. 9709, pp. 100–103. Disponible également sur : http://www.thelancet.com.

Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD

Effectif à compter du 15 janvier 2008

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA)[i] 1.2 Indice d'écart de la pauvreté 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 1B : Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5 Ratio emploi/population 1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins de 1 dollar PPA par jour 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
Cible 1C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 1.9 Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

i 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 (OMD)

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 2A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2 Proportion d'écoliers ayant commencé la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire 2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 3A : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2 Taux de mortalité infantile 4.3 Proportion d'enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	
Cible 5A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3 Taux de contraception 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5 Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 6A : D'ici à 2015, avoir 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 6B : D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Cible 6C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	6.6 Incidence du paludisme et taux de mortalité due à cette maladie 6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide 6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés 6.9 Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie 6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	
Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion de zones forestières 7.2 Emissions de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat) 7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone 7.4 Proportion de stocks de poissons vivant dans des milieux biologiques sains 7.5 Proportion de ressources d'eau totales utilisées
Cible 7B : 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 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	7.8 Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée 7.9 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées
Cible 7D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.10 Proportion de citadins vivant dans des taudis[ii]

i La proportion effective d'habitants vivant dans des taudis s'obtient en calculant le nombre de citadins 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 (OMD)

Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
Cible 8A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire *Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international* Cible 8B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés *Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE) et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté* Cible 8C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)	*Certains des indicateurs ci-après sont évalués séparément dans les cas des pays les moins avancés (PMA) de l'Afrique, des pays sans littoral et des petites Etats insulaires en développement* **Aide publique au développement (APD)** 8.1 Montant net de l'ADP totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE) 8.2 Proportion de l'ADP bilatérale totale des pays du CAD/OCDE, par secteur, consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement) 8.3 Proportion de l'ADP bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée 8.4 ADP reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut 8.5 ADP reçue par les petits Etats 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 Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles et textiles en provenance des pays en développement 8.8 Estimation des subventions aux produits agricoles dans les pays de l'OCDE en pourcentage de leur produit intérieur brut 8.9 Proportion de l'ADP allouée au renforcement des capacités commerciales

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

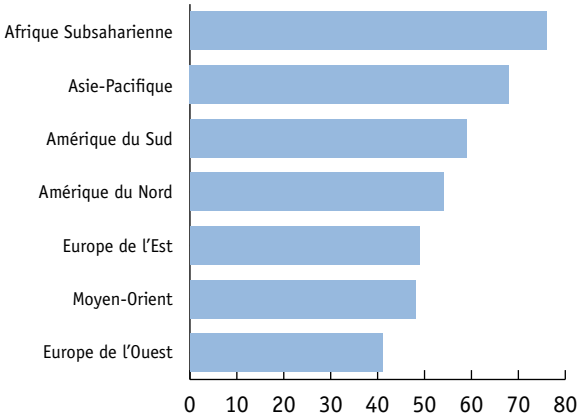
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès accomplis
Cible 8D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme	**Viabilité de la dette** 8.10 Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif) dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) 8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services
Cible 8E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.13 Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
Cible 8F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants 8.15 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants

Les objectifs du Millénaire pour le développement, et les cibles correspondantes, sont tirées de la Déclaration du Millénaire, signée en septembre 2000 par les dirigeants de 189 pays, dont 147 Chefs d'Etat et de gouvernement (http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm), et d'un autre accord auquel sont parvenus les Etats membres lors du Sommet Mondial de 2005 (Résolution adoptée par l'Assemblée Générale - A/RES/60/1, http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/60/1). Les objectifs et cibles sont interdépendants et doivent être considérés comme un tout. Ils représentent un partenariat entre les pays en développement et les pays développés, tous résolus à «créer - au niveau tant national que mondial - un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté ».

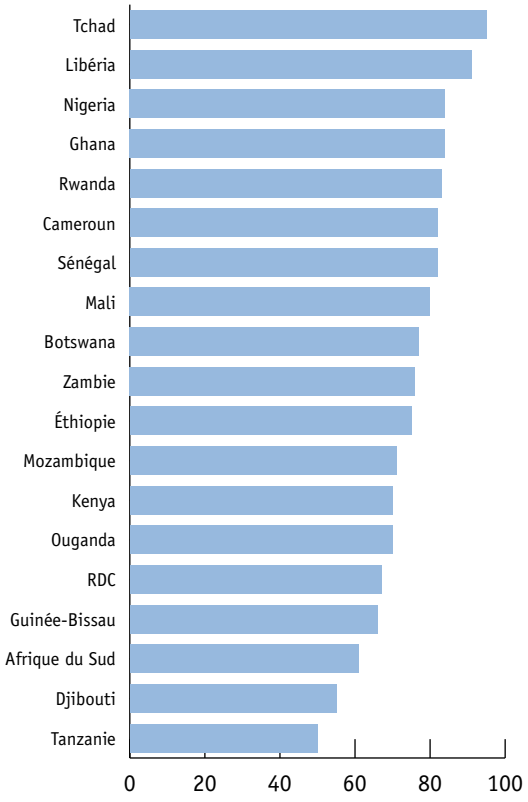
Annexe 2 :
Optimisme des Africains envers l'avenir

Proportion des personnes qui affirmant que leur vie sera meilleure dans les cinq prochaines années :

Proportion moyenne par région…

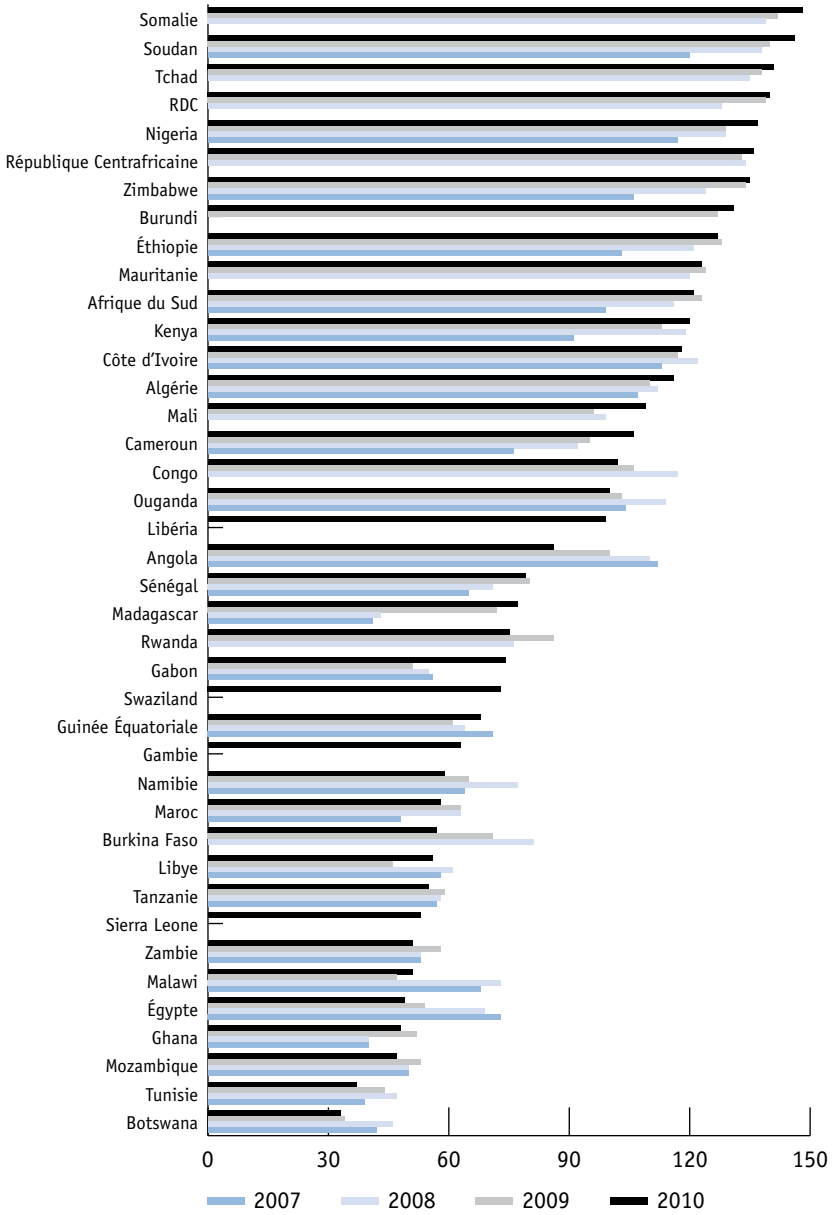


Proportion dans la population générale par pays …



Source : The Pew Forum. Disponible sur : www.pewforum.org.

Annexe 3 :
Classement et résultats des pays africains (2007-2010) suivant l'Indice de paix mondiale (GPI)



Source : Vision of Humanity. Disponible sur : http://www.visionofhumanity.org/gpi-data/#/2010/scor.

Annexe 4 :
Classements des pays africains suivant l'Indice de la faim dans le monde (GHI)

Pays	1990	2009
Libye	<5	<5
Tunisie	5,1	<5
Algérie	6,3	<5
Égypte	7,1	<5
Maroc	7,3	5,8
Île Maurice	7,4	6,7
Gabon	7,7	6,9
Afrique du Sud	7,2	7,0
Swaziland	10,9	11,1
Ghana	23,5	11,5
Lesotho	13,0	12,0
Botswana	14,5	12,1
Namibie	19,7	14,4
Cote d'Ivoire	16,0	14,5
Ouganda	18,7	14,8
Mauritanie	22,1	15,1
Congo	21,0	15,4
Bénin	23,9	17,2
Sénégal	20,8	17,3
Cameroun	22,0	17,9
Guinée	22,6	18,2
Nigeria	24,4	18,4

Pays	1990	2009
Malawi	30,1	18,5
Gambie	18,3	18,9
Mali	24,2	19,5
Soudan	26,3	19,6
Kenya	20,0	20,2
Burkina Faso	21,8	20,4
Zimbabwe	19,2	21,0
Tanzanie	22,9	21,1
Djibouti	32,6	22,9
Guinée-Bissau	21,6	23,1
Togo	27,8	23,1
Libéria	23,0	24,6
Angola	41,5	25,3
Mozambique	35,9	25,3
Rwanda	29,6	25,4
Zambie	25,3	25,7
Comores	22,7	26,9
République Centrafricaine	30,0	28,1
Madagascar	28,1	28,3
Niger	36,5	28,8
Éthiopie	43,5	30,8
Tchad	37,7	31,3

Pays	1990	2009
Sierra Leone	33,1	33,8
Érythrée	-	36,5
Burundi	32,2	38,7
République Démocratique du Congo	25,5	39,1

Source : Grebmer et al. (2009) « 2009 Global Hunger Index. The Challenge of Hunger ». Deutsche Welthungerhilfe e.v., Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, Concern World Wide.

Note : le GHI de 1990 est établi selon les données de 1988-92 et le GHI de 2009 selon les données de 2002-2007.

Annexe 5 :
Composition des regroupements de pays par sous-région

Les regroupements de pays par sous-région utilisés dans ce rapport sont comme suit :

Afrique du Nord	Algérie
	Égypte
	Libye
	Mauritanie
	Maroc
	Soudan
	Tunisie
Afrique de l'Ouest	Bénin
	Burkina Faso
	Cap Vert
	Côte d'Ivoire
	Gambie
	Ghana
	Guinée
	Guinée-Bissau
	Libéria
	Mali
	Niger
	Nigeria
	Sénégal
	Sierra Leone
	Togo

Afrique centrale	Cameroun
	Congo
	Guinée Équatoriale
	Gabon
	République Centrafricaine
	São Tomé et Principe
	Tchad
Afrique de l'Est	Burundi
	Comores
	Djibouti
	Érythrée
	Éthiopie
	Kenya
	Madagascar
	Ouganda
	République Démocratique du Congo
	Rwanda
	Seychelles
	Somalie
	Tanzanie

Afrique australe	Afrique du Sud
	Angola
	Botswana
	Île Maurice
	Lesotho
	Malawi
	Mozambique
	Namibie
	Swaziland
	Zambie
	Zimbabwe