

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD): Une autre interprétation du bilan de l'Afrique

I. Introduction

Le bilan de l'Afrique en termes de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) est-il vu comme un verre à moitié vide ou un verre à moitié plein? Les partisans du verre à moitié vide soulignent le fait que le continent est loin d'atteindre la plupart des cibles des OMD. Cependant, ce point de vue est fondé sur une méthode d'évaluation qui ne tient compte que de l'évolution d'un indicateur défini par rapport à la cible de 2015 y afférente. Cette méthode d'évaluation des progrès est illustrée par l'exemple suivant: la proportion de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar des États-Unis par jour en Afrique (hors Afrique du Nord) est passée de 56,5 % en 1990 à 48,5 % en 2010. Dans la mesure où cela représente environ 20,25 points de pourcentage de la cible 2015, il est peu probable que la sous-région parvienne à l'objectif fixé si les tendances actuelles se maintiennent.

Cette mesure des réalisations, ci-après dénommée « approche actuelle », ne prend pas en compte les progrès accomplis en matière de réalisation des OMD par rapport à l'année de référence, 1990. En effet, en se concentrant exclusivement sur l'écart entre les réalisations actuelles et les objectifs, elle ignore les efforts déployés par les pays et les régions pour parvenir aux résultats actuels. De plus, elle ne tient pas compte du fait que les pays qui ont entrepris le « voyage » vers la réalisation des OMD avec de très faibles niveaux de développement avaient indubitablement besoin d'importants investissements en matière

d'infrastructures et de capital humain pour rattraper les pays partant avec des niveaux relativement élevés de développement. Par conséquent, en l'absence d'objectifs spécifiques aux régions avec des conditions de départ difficiles, il est logique d'adopter une approche plus nuancée pour évaluer leurs avancées en matière de réalisation des OMD. Cela signifierait donc d'intégrer les progrès accomplis depuis le départ.

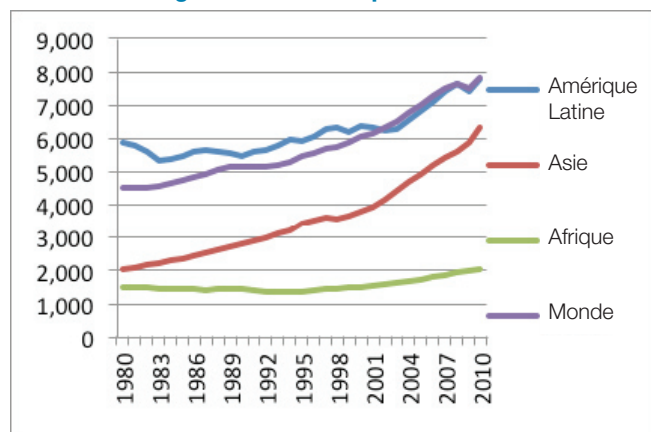
L'enseignement à tirer de la présente note d'orientation est qu'il ne faut pas examiner les réalisations actuelles de l'Afrique en matière d'OMD sans prendre en compte les conditions de départ. Ainsi, alors que nous entrons bientôt dans la dernière année des OMD, il importe de ne pas perdre de vue le contexte historique dans lequel s'inscrivent les réalisations africaines. Cette note en appelle donc à l'adoption d'autres outils afin de mesurer les réalisations au regard des objectifs de développement convenus au niveau international, y compris les OMD, en tenant à la fois compte des conditions initiales et des efforts déployés.

La section suivante décrit le contexte de l'adoption des OMD en Afrique, à l'aide de données récentes issues d'une sélection d'indicateurs des OMD. Elle est suivie par un rapide examen des autres approches d'évaluation des réalisations des OMD et d'une illustration des réalisations d'un certain nombre de pays africains eu égard à l'objectif 1 des OMD si l'on se concentre sur la mesure des résultats. Enfin, nous appellerons à intégrer les efforts déployés dans la mesure des réalisations relatives au programme de développement pour l'après-2015.

A. Les conditions de départ jouent un rôle non négligeable

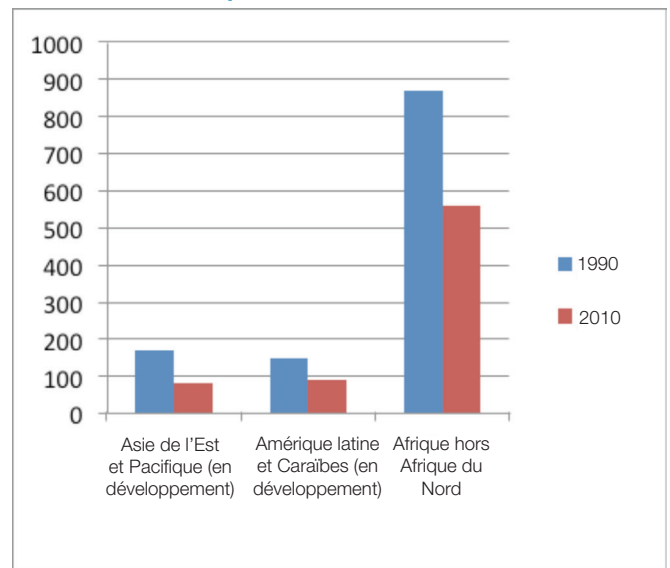
En 1990, année de référence, l'Afrique, (hors Afrique du Nord) a enregistré le plus faible produit intérieur brut (PIB) par habitant et a obtenu des résultats bien inférieurs aux autres régions en développement, selon la plupart des indicateurs des OMD (figure 1). Par exemple, l'Afrique australe, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest, en tant que groupe, avaient le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes le plus élevé, le plus faible accès à des sources d'eau et à des installations sanitaires améliorées, les taux de prévalence du VIH/sida et les taux de mortalité infantile les plus élevés. Les décès maternels représentaient 870 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 (figure 2), par rapport à 170 en Asie de l'Est et dans le Pacifique. La mortalité infantile était de 107 décès pour 1 000 en Afrique, face à 91,7 en Asie du Sud (figure 3). Seuls 47,7 % de la population avait accès à une source d'eau améliorée (figure 4). En revanche, d'autres régions avaient déjà accompli des progrès importants à cet égard. Par exemple, 66 % de la population en Amérique latine et dans les Caraïbes avait accès à des installations sanitaires améliorées, par rapport à 23 % en Afrique et, bien que l'extrême pauvreté en Afrique ne soit qu'à peine plus importante qu'en Asie, le PIB par habitant en Asie était presque deux fois supérieur, soit un plus grand potentiel de croissance et de réduction de la pauvreté.

Figure 1
Tendances régionales du PIB par habitant



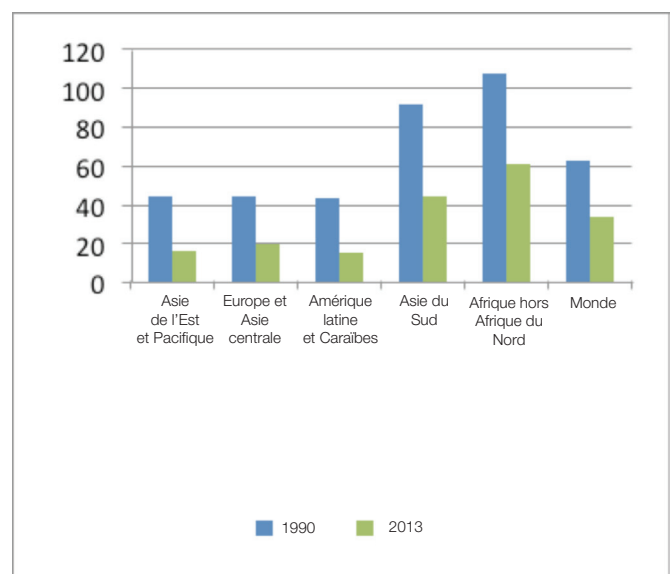
Source: Calculs de l'auteur sur la base de Bolt et Van Zandem, 2013.

Figure 2
Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes



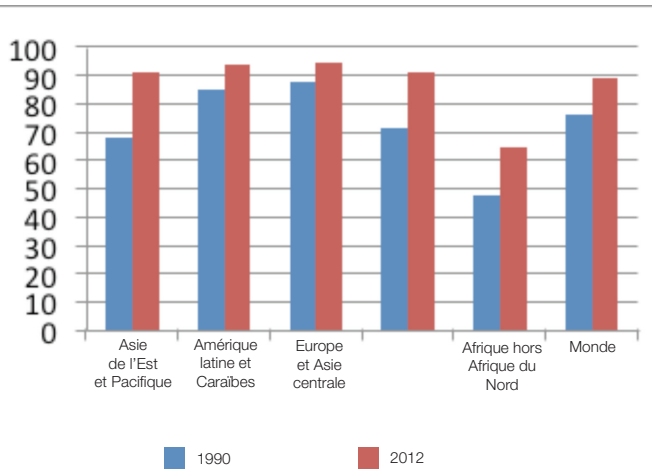
Source: Indicateurs du développement dans le monde, 2014 (Banque mondiale) Disponible sur <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Figure 3
Taux de mortalité infantile (décès pour 1 000 naissances vivantes)



Source: Indicateurs du développement dans le monde, 2014 (Banque mondiale). Disponible sur <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Figure 4
Accès à une source d'eau améliorée (en pourcentage de la population)



Source: Indicateurs du développement dans le monde, 2014 (Banque mondiale). Disponible sur <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

B. Malgré les conditions de départ, l'Afrique a réalisé des progrès notables

Malgré un contexte de départ défavorable, l'Afrique progresse en vue de la réalisation des OMD grâce à un engagement résolu et à des mesures politiques innovantes. En Afrique australe, en Afrique de l'Est, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, pris comme un groupe, des progrès remarquables ont été observés: la mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) a diminué de 47 % entre 1990 et 2013; le taux de mortalité infantile a diminué de 39 % entre 1990 et 2013; le taux de prévalence du VIH/sida est passé de 5,8 à 4,7 % sur la période 2000-12; et l'accès à des sources d'eau potable améliorées a augmenté de 16 points de pourcentage entre 1990 et 2012.

La performance globale au niveau régional occulte toutefois des réalisations remarquables au niveau national. Par exemple, le Swaziland a réduit de 75 % l'incidence du paludisme entre 2000 et 2012 grâce à la pulvérisation à l'intérieur des habitations dans la plupart des zones à risque; l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, en particulier chez les groupes vulnérables; un meilleur suivi des établissements de santé; et des mesures favorisant le partage des informations et la sensibilisation. Le mécanisme « Paying-for-performance » ou paiement à l'acte instauré au Rwanda a contribué à fortement améliorer les résultats des indicateurs de santé grâce à une meilleure structure d'incitations pour les profession-

nels de santé. Au Niger, l'initiative « School for Husbands » (école pour les maris) a augmenté le taux de consultations prénatales, a triplé l'utilisation des services de planification familiale et a doublé le nombre d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, en incitant un changement de comportement dans une société patriarcale et dominée par les hommes. En Algérie, le nombre de femmes actives a augmenté d'environ 20 % et 1,3 million d'emplois destinés aux femmes ont été créés entre 2004 et 2009, en grande partie grâce à des incitations fiscales visant le secteur privé. L'Éthiopie a augmenté son taux net de scolarisation dans le primaire, passant de 50 % en 1990 à 86,5 % entre 2009 et 2010, notamment grâce à des investissements massifs dans la construction de salles de classe, surtout dans les zones rurales, où 16 000 salles de classe ont été construites en 2004 et 25 000 entre 2008 et 2009. L'introduction de l'initiative « Free Health Care » en Sierra Leone pour la gratuité des frais de santé pour les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de cinq ans a permis de réduire le ratio de mortalité maternelle, ramené de 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 857 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008 (CEA et al, 2014).

Il ressort de l'analyse ci-dessus que les conditions de départ sont un facteur important, mais plus importants encore sont les efforts déployés par les différents pays en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, malgré un contexte initial défavorable.

II. Intégrer les efforts dans les évaluations des résultats

Reposant sur l'évaluation métrique la plus fréquemment utilisée, nombre de méthodes alternatives ont été élaborées pour suivre les progrès et évaluer la performance en matière de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en prenant en compte les conditions initiales et les efforts spécifiques entrepris par les différents pays. Parmi ces méthodes, on compte notamment les travaux de Fukuda-Parr et Greenstein (2010), et de Leo et Barmier (2010), qui ont évalué les progrès sur la base du taux de variation de la performance entre deux points dans le temps afin de déterminer si les progrès relatifs à une cible donnée s'accroissent ou ralentissent par rapport à la référence. Leurs études révèlent que les pays les moins avancés et les pays africains, en particulier ceux des sous-régions d'Afrique australe, d'Afrique de l'Est, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest, ont accéléré les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs.

S'appuyant sur cette méthode, d'autres études, telles que celles de Hailu et Tsukada (2011), reposent sur l'hypothèse selon laquelle les avancées enregistrées au titre des indicateurs liés aux OMD sont non-linéaires.

Les efforts nécessaires pour atteindre une cible augmentent à mesure que l'on se rapproche de celle-ci. En effet, ils posent l'hypothèse que cela demande plus d'efforts de faire passer le taux net de scolarisation au primaire de 85 à 90 % que de le faire progresser de 20 à 30 % (Osorio, 2008a et Osorio, 2008b). Par conséquent, cette méthode d'évaluation des progrès accorde plus d'importance aux efforts entrepris par les pays situés à l'extrémité supérieure de la courbe de performance qu'à ceux des pays qui se trouvent en bas de la courbe. Sur la base de cette méthode, Hailu et Tsukada (2011) constatent que huit des dix pays les plus performants (c.-à-d, ceux dont l'accélération était la plus rapide), se trouvent en Afrique australe, en Afrique de l'Est, en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest. Le Burkina Faso arrive en tête en matière d'accélération des objectifs du Millénaire pour le développement. Les progrès ont été plus rapides dans les pays les moins avancés (PMA) que

dans les autres pays, et les indicateurs liés aux OMD 1, 2, 4, 6 et 8 enregistrent les progrès les plus notoires. Pour ce qui concerne l'objectif 1, le taux de progression du PIB par personne employée a enregistré l'accélération la plus rapide. Quant à l'objectif 8, les décaissements de l'aide publique au développement (APD) octroyée pour le financement des services publics dans les petits États insulaires en développement ont connu une accélération rapide. Les indicateurs relatifs à l'augmentation de la proportion des femmes actives dans le secteur non-agricole, la parité filles/garçons au niveau de la scolarisation primaire (objectif 3), la réduction de la mortalité maternelle (objectif 4) et l'amélioration de l'accès à des installations sanitaires (objectif 7) ont montré les progrès les plus lents.

Dans la présente note d'orientation, la performance d'une sélection de pays africains a été évaluée sur la base de données plus récentes et en appliquant à la fois la méthode

Tableau 1
Comparaison entre la méthode basée sur le taux de variation et la méthode actuellement utilisée par les Nations Unies

	Méthode basée sur le taux de variation			Méthode actuellement utilisée par les Nations Unies	
	Taux de variation annuel de la pauvreté 1990-2001	Taux de variation annuel de la pauvreté 2001-2010		Variation en points de pourcentage 1990-2010*	Variation en pourcentage 1990-2010
Burkina Faso	-1,63	-1,98	Accélération	-26,60	-37,35
Côte d'Ivoire	2,33	0,08	Accélération	6,00	33,69
Guinée	-3,03	-4,33	Accélération	-49,30	-53,23
Madagascar	0,48	-2,13	Accélération	-4,70	-6,48
Mali	-3,56	-1,20	Ralentissement	-35,70	-41,46
Maroc	0,38	-0,63	Accélération	0,00	0,00
Mozambique	-0,84	-3,78	Accélération	-51,00	-63,27
Ouganda	-1,26	-2,77	Accélération	-32,00	-45,71
Sénégal	-1,34	-1,46	Accélération	-36,20	-55,01
Swaziland	-2,62	-2,79	Accélération	-38,00	-48,34
Zambie	0,36	1,30	Ralentissement	13,40	20,52

Source: Calculs de l'auteur sur la base des indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement de la Division de statistique de l'ONU. Base de données disponible à l'adresse <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>, consultée le 21 octobre 2014.

Note: Le taux de pauvreté est établi dans ce tableau en pourcentage de la population disposant de de 1 dollar des États-Unis par jour.

*Certains pays ne disposent pas de données pour les années 1990, 2001 et 2010. Dans de pareils cas, les calculs sont établis à partir des données disponibles les plus proches de l'année en question.

actuellement utilisée par les Nations Unies et la méthode du taux de variation annuel de Fukuda-Parr et Greenstein (2010)².

Les résultats indiquent qu'à quelques exceptions près, comme le Mali et la Zambie, la réduction de la pauvreté a été plus rapide au cours de la période 2001-2010 que sur la période précédente 1990-2001. Sur la base de la méthode actuelle, la dernière colonne du Tableau 1 indique si les pays ont réussi ou non à atteindre la cible de l'OMD 1 visant à réduire de moitié le niveau de pauvreté par rapport à 1990. Ces calculs suggèrent que seuls la Guinée, le Mozambique et le Sénégal ont atteint la cible. Toutefois, cette conclusion ne tient pas compte des efforts accélérés déployés par le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, Madagascar, le Maroc et le Swaziland pour réaliser cette cible. Ces informations sont pourtant essentielles pour identifier les pays devant faire l'objet d'interventions ciblées en vue d'accélérer leurs progrès vers la réalisation des OMD.

III. Conclusions

La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement varie selon les pays et les régions: certaines sous-régions sont plus près d'atteindre les objectifs que d'autres. Cependant, tous les pays et les régions n'ont pas les mêmes conditions de départ. Étant donné que 34 des 54 pays africains appartiennent à la catégorie des pays les moins avancés, le continent comprend une part disproportionnée des pays à faible revenu et il avait donc sans surprise les conditions initiales les plus défavorables. Il ne serait donc pas adapté d'évaluer la performance du continent sur la même base que les régions plus avancées. Cela ne signifie pas nécessairement que la région ne doit pas être évaluée, mais plutôt que ces évaluations doivent tenir compte du contexte dans lequel les objectifs du Millénaire pour le développement ont été mis en œuvre en Afrique. En termes opérationnels, cela implique que l'on puisse mesurer les efforts déployés par le continent en vue de la réalisation des objectifs. L'analyse a démontré que les conditions de départ sont importantes pour mesurer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Alors que la communauté internationale s'interroge sur la substance et le format du futur programme de développement pour succéder aux OMD, la méthode utilisée pour mesurer les progrès devrait tenir compte de l'hétérogénéité régionale.

2 Il s'agit de comparer l'indicateur en 1990 ou la première date à laquelle il est disponible à partir de 1990 à son niveau après 2001. Le taux de variation est ensuite calculé pour les deux points dans le temps afin de déterminer si les progrès se sont accélérés ou ont ralenti. Fukuda-Parr et Greenstein (2010) formalisent comme suit cette méthodologie:

Si $((DMID-DFST)/(YMID-YFST)) \geq ((DLST-DMID)/(YLST-YMID))$, "Pas d'accélération", "Accélération" (1).

Si YFST est l'année la plus proche de 1990, YMID est 2001-2010, YLST est l'année disponible la plus récente, DFST est la valeur de l'indicateur lors de la première année, DMID est la valeur de l'indicateur la deuxième année, et DLST est la valeur de l'indicateur lors de la troisième année.

Bibliographie

Bolt, Jutta et Jan Luiten van Zanden, 2013. *The first update of the Maddison Project; re-estimating growth before 1820*. Document de travail n° 4 du projet Maddison. Disponible sur <http://www.ggdc.net/maddison/maddison-project/publications/wp4.pdf>.

Commission économique pour l'Afrique (CEA) et autres, 2014. *Rapport OMD 2013: évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*. Disponible sur: http://www.uneca.org/sites/default/files/publications/mdg_report2013_french.pdf

Cooke, Jennifer, 2009. *Public health in Africa: a report of the CSIS Global Health Policy Center*. Avril. Centre for Strategic and International Studies, Washington D.C. Disponible sur: http://csis.org/files/media/csispubs/090420_cooke_pubhealthafrica_web.pdf.

Fukuda-Parr, Sakiko et Joshua. Greenstein, 2010. *How should MDG implementation be measured: faster progress or meeting targets?* Document de travail n°63, mai. Centre international de politiques pour une croissance inclusive, Brasilia (Brésil). Disponible sur: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper63.pdf>.

Hailu, Degol et Raquel Tsukada, 2011. *Achieving the Millennium Development Goals: a measure of progress*. Document de travail n°78, mai. Centre international de politiques pour une croissance inclusive, Brasilia (Brésil). Disponible sur: www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/Achieving%20the%20Millennium%20Development%20Goals-A%20Measure%20of%20Progress.pdf.

Leo, Benjamin et Julia Barmeier, 2010. *Who are the MDG trailblazers?: A new MDG Progress index*. Document de travail n°222, août. Center for Global Development, Washington D.C. Disponible sur: <http://www.cgdev.org/publication/who-are-mdg-trailblazers-new-mdg-progress-index-working-paper-222>.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2014. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, de la Banque mondiale et de la Division de la population de l'ONU, Genève.

Osorio, Rafael, 2008a, Alternatives for projecting MDGs indicators. Document technique, Brasilia. Centre international pour l'action en faveur des pauvres, Brasilia (Brésil) Disponible sur: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCTechnicalPaper2.pdf>.

Osorio, Rafael, 2008b. *Can we accurately project MDG Indicators?* Document n°68, octobre. Centre international pour l'action en faveur des pauvres, Brasilia (Brésil).

Peterson, Doug, 2009, *Rich country, poor country, bureaucracy and other barriers keep poor countries down*. College of Liberal Arts and Sciences. Mai, Université de l'Illinois; disponible sur: <http://www.las.illinois.edu/news/2009/poorcountries>.

Les notes d'orientation de la CEA se fondent sur divers travaux analytiques ainsi que sur des travaux de recherche sur le développement social et économique de l'Afrique effectués à la Commission elle-même ou réalisées en collaboration avec elle. La CEA a pour mandat de promouvoir le développement économique et social ainsi que la bonne gouvernance dans les États membres et de favoriser l'intégration régionale en Afrique.

Pour plus d'informations, veuillez entrer en rapport avec la Section de la gouvernance et de la gestion du secteur public (GPSMS) de la Division de la politique macroéconomique (MPD), CEA, Addis-Abeba, Éthiopie en téléphonant au numéro : 251-11 -544-3226.