



NATIONS UNIES
CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL
COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

Vingt-septième réunion du Comité d'experts de la CEA

26 – 29 mars 2008

Quarante et unième session de la Commission

31 mars – 2 avril 2008



COMMISSION DE
L'UNION AFRICAINE

Troisième réunion du Comité d'experts

Troisième session de la CAMEF

**Première réunion annuelle conjointe de
la Conférence des ministres de l'économie et des finances
de l'UA et de la Conférence des ministres africains des
finances, de la planification et du développement
économique de la CEA**

Addis-Abeba



Distr.: Générale
E/ECA/COE/27/10
AU/CAMEF/EXP/10(III)
Date: 6 mars 2008

Français
Original: Anglais

**Rapport 2008 sur l'évaluation des progrès accomplis par Afrique vers la
réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement**

Table des matières

	<u>Page</u>
Introduction.....	1
Section II: SUIVI DES PROGRÈS.....	3
Objectif 1: Réduire l'extrême pauvreté et la faim.....	3
Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous.....	4
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	8
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants.....	12
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	15
OMD 6 : Combattre le VIH/sida, la paludisme et d'autres maladies.....	16
Objectif 7 : Préserver l'environnement	20
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.....	21
Section III : Obstacles à l'accélération des progrès	22
Section IV : Conclusion	24
Appendice I	25
Référence.....	31
Liste des tableaux	
Tableau 1 : Taux d'incidence de prévalence et de mortalité de la tuberculose en Afrique	18
Liste des figures	
Figure 1 : Taux nets de scolarisation primaire dans un certain nombre de pays africains	4
Figure 2 : Taux d'achèvement d'études primaires dans un certain nombre de pays africains (1991-2005).....	6
Figure 3 : Variation des taux d'achèvement selon la sous-région	7
Figure 4 : Parité entre les sexes dans l'enseignement primaire dans quelques pays africains	8
Figure 5 : Niveau et variation du rapport filles/garçons dans le primaire, par sous-région.....	9
Figure 6 : Parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur dans quelques pays africains (2000-2005)	10
Figure 7 : Pourcentage de femmes dans les parlements nationaux	11
Figure 8 : Évolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2005	13
Liste des encadrés	
Encadré 1 : L'IDISA, un outil de mesure de la parité entre les sexes Sources CEA (2006)	12
Encadré 2 : Agir en coordination pour obtenir rapidement des résultats	14
Encadré 3 : Inégalités en matière d'accès aux services de santé, un obstacle à la réalisation des OMD relatifs à la santé en Afrique	19

Liste des sigles

APD	Aide publique au développement
APD	Aide publique au développement
BAD	Banque africaine de développement
BID	Banque interaméricaine de développement
CAD/OCDE	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CER	Communautés économiques régionales
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CUA	Commission de l'Union africaine
DSRP	Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FAD	Fonds africain de développement
FMI	Fonds monétaire international
IADM	Initiative d'allègement de la dette multilatérale
IDA	Association internationale de développement
IDISA	Indicateur de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
PPTTE	Pays pauvres très endettés
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe

INTRODUCTION

Des données disponibles depuis peu portent à croire que l'on assiste à une accélération en Afrique des progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à la date fixée, même s'il reste beaucoup à faire. De réels progrès ont été signalés pour des indicateurs tels que l'éducation primaire pour tous ainsi que l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Par exemple, le Ghana serait en voie d'atteindre l'objectif qu'est la réduction de la pauvreté de moitié d'ici à 2015. La prévalence du VIH a par ailleurs considérablement baissé.

Le présent rapport, qui est le troisième d'une série, passe en revue les progrès accomplis depuis le dernier rapport, examine le chemin que le continent doit encore parcourir, le rythme auquel il doit le faire et ce qui reste à faire. Il s'agit d'une version abrégée d'un rapport conjoint de la Commission économique pour l'Afrique (CEA), de la Commission de l'Union africaine (CUA) et de la Banque africaine de développement (BAD), qui sera présenté lors du sommet de l'Union africaine en juillet 2008.

Les conditions permettant d'accélérer la croissance et le développement en vue d'atteindre les cibles des OMD sont amplement réunies. Depuis le dernier rapport, le nombre de pays africains ayant défini des stratégies de réduction de la pauvreté ou des plans de développement national conformes aux OMD a atteint 41. La croissance demeure forte, alimentée dans une large mesure par des réformes d'orientation adaptées, les prix avantageux des produits de base et une nette amélioration de la situation concernant la paix et la sécurité, notamment en Afrique de l'Ouest et dans le sud de l'Afrique centrale. En 2007, par exemple, plus de 25 pays africains avaient enregistré un taux de croissance réelle du PIB d'au moins 5 %, alors que 14 autres avaient des taux compris entre 3 et 5 %¹.

Toutefois, le taux annuel moyen de croissance (5,8 % environ) reste nettement en dessous du taux annuel de croissance de 7 % requis pour réduire la pauvreté de moitié d'ici à 2015. En outre, l'évolution de la situation remet de plus en plus en cause cette croissance. La flambée des prix des denrées de première nécessité constitue une nouvelle menace. Dans un certain nombre de pays (Cameroun, Burkina Faso, Sénégal et Mauritanie), de violentes protestations ont éclaté contre l'augmentation des prix des produits alimentaires. Les pays africains importateurs nets de produits alimentaires vont être sérieusement touchés par la flambée des prix des produits alimentaires. Cela pourrait gravement menacer la gouvernance, la paix et la sécurité. De même, la montée des prix du pétrole et les changements climatiques font planer une grave menace sur le maintien et l'accélération de la croissance et, par conséquent, sur les progrès vers les cibles des OMD dans la région.

L'État est aussi de plus en plus en mesure d'assurer la croissance dans de nombreux pays. En effet, les OMD mettent en relief l'existence d'un État compétent comme élément déterminant du progrès. Lors de la période considérée, de nombreux pays ont pris des mesures visant à institutionnaliser la bonne gouvernance. Trois nouveaux pays se sont soumis au Mécanisme d'évaluation intra-africaine de l'Union africaine (UA). Des élections ont eu lieu dans des pays aussi divers que le Nigéria et la République démocratique du Congo (RDC). La paix revient petit à petit dans des pays tels que la Somalie et la RDC, tandis que l'on s'achemine vers une paix générale (c'est-à-dire une paix qui s'étend à l'ensemble d'un pays) en Ouganda et en Côte d'Ivoire. Néanmoins, la persistance et la propagation du conflit dans la région soudanaise du Darfour, les

¹ Rapport économique sur l'Afrique 2008

conflits qui sévissent au Tchad et aux Comores continuent de ralentir la croissance et les progrès vers la réalisation des OMD.

Le large appui dont bénéficient les OMD aux niveaux régional et sous-régional demeure intact. L'UA considère toujours les OMD comme un élément essentiel de son Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Lors de ses Sommets d'Accra en juillet 2007 et d'Addis-Abeba en janvier 2008, l'UA a adopté des résolutions réaffirmant la nécessité pour le continent de réaliser les OMD. Lors des deux sommets, il a été décidé que la Conférence des chefs d'État devait être régulièrement tenue informée des progrès accomplis par le continent dans la réalisation des OMD.

La nécessité de réaliser les OMD est également de plus en plus reconnue au niveau sous-régional. Dans le souci de promouvoir les OMD, un certain nombre de communautés économiques régionales (CER) d'Afrique sont en train d'élaborer (ou ont déjà élaboré) des stratégies de réduction de la pauvreté conformes aux OMD. La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a récemment adopté une stratégie régionale de réduction de la pauvreté au centre de laquelle se trouvent les OMD, et la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) est sur la même voie. Lors de la quarantième session de la Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique de la CEA, les ministres ont renouvelé leur détermination à réaliser les OMD et ont adopté un plan d'action à cet effet.

L'évolution de la situation au niveau international a été en général favorable. Même si elle n'a pas été à la hauteur des engagements, l'aide publique au développement (APD) a crû à un rythme honorable, passant d'une moyenne de 16 milliards de dollars durant la période 1998-2001 à 28 milliards de dollars durant la période 2002-2005². Les initiatives visant à faire concorder l'APD avec les priorités nationales conformément à la Déclaration de Paris, se sont poursuivies. Les échanges avec des pays donateurs émergents du Sud comme la Chine et l'Inde et l'APD en provenance de ces pays ont apporté des ressources supplémentaires pour le développement, notamment dans le domaine des infrastructures. Des acteurs non gouvernementaux tels que la Fondation Bill et Melinda Gates continuent de soutenir activement les initiatives du continent en vue de la réalisation des OMD.

L'Organisation des Nations Unies ne cesse de jouer un important rôle de sensibilisation dans la réalisation des OMD en Afrique. Le Secrétaire général a mis en place le Groupe de pilotage pour la réalisation des OMD en Afrique dans le but de mobiliser des ressources et de maintenir l'appui international en vue de la réalisation des OMD en Afrique. La portée de l'apprentissage mutuel, de la mise en commun des données d'expérience et de la mobilisation de ressources a été élargie au moyen des réformes du Conseil économique et social, avec la mise en place de l'Examen ministériel annuel et du Forum pour la coopération en matière de développement. L'Examen ministériel annuel offre l'opportunité, aussi bien aux pays en développement qu'aux pays développés, de faire des présentations volontaires et d'échanger des enseignements sur les activités tendant à la réalisation des objectifs convenus au niveau international, notamment les OMD, alors que le Forum pour la coopération en matière de développement est une tribune qui permet d'examiner les moyens d'intensifier la coopération pour le développement afin de respecter les engagements souscrits.

² Rapport économique sur l'Afrique 2008

Le présent rapport dresse un tableau quelque peu différent de celui de bon nombre d'autres rapports sur les progrès de l'Afrique vers la réalisation des OMD. Il montre que des progrès sont actuellement accomplis dans des domaines tels que le taux de scolarisation dans le primaire, la parité entre garçons et filles dans l'enseignement primaire, le nombre de décès dus au paludisme et la représentation des femmes dans les parlements. À ce rythme, le continent sera en mesure de réaliser un nombre significatif d'OMD à la date fixée. Mais on aura toujours des regrets, dans la mesure où l'objectif est d'atteindre toutes les cibles d'ici à 2015. Par ailleurs, le rapport met en relief un domaine critique dans lequel les progrès sont des plus lents, à savoir les OMD ayant trait à la santé. Les interventions visant à accélérer les progrès pour ce qui des OMD relatifs à la santé déboucheront sur des résultats non négligeables. En somme, les conditions préalables à l'accélération des progrès vers la réalisation des OMD sont désormais bien en place, malgré l'insuffisance des flux de ressources et le manque de capacité dans certains domaines critiques tels que la santé.

Section II: SUIVI DES PROGRÈS

La présente section rend compte des progrès accomplis pour chaque objectif dans le cadre des initiatives prises par le continent pour réaliser les OMD. Elle est légèrement différente du rapport de 2007, en ce sens qu'elle englobe un ensemble de nouveaux indicateurs que l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante-deuxième session avait recommandé de prendre en compte, après avoir passé en revue l'évolution de la situation concernant un certain nombre de questions (notamment celles ayant trait à l'emploi, à la santé en matière de reproduction, à la biodiversité et à l'accès des personnes vivant avec le VIH/sida au traitement) et estimé qu'elles avaient été largement négligées. Ces nouveaux indicateurs et cibles complémentaires ont été rendus opérationnels en 2007 par le Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD.

Dans le présent rapport, comme dans celui de 2007, en l'absence de données fiables et cohérentes sur la plupart des pays africains, la question de la pauvreté monétaire n'a pas été abordée. Ceci tient au fait que bon nombre de pays ne disposent pas de données récentes d'enquêtes sur les ménages à partir desquelles on aurait pu correctement évaluer les progrès. Étant donné le taux d'accroissement démographique élevé du continent, il est tout à fait concevable que les progrès réalisés en matière de réduction de la pauvreté soient lents. Toutes les données utilisées dans le présent rapport ont pour source la Division de statistique du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU.

Objectif 1: Réduire l'extrême pauvreté et la faim

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

Les fichiers de la Division de statistique de l'ONU concernant cette cible n'ont pas été mis à jour récemment pour permettre une évaluation des progrès vers la réduction de moitié d'ici à 2015 de la proportion de la population qui souffre de la faim. Les données présentées dans le rapport de 2007 ont montré des différences significatives entre sous-régions du continent: l'Afrique du Nord a atteint l'objectif, tandis que les pays situés le long de la côte ouest du continent sont en passe de l'atteindre, à l'exception de ceux qui sont en conflit ou qui sortent à peine d'un conflit. Il n'y a aucune raison de s'attendre à un recul au cours de l'année écoulée. Toutefois, de nouvelles menaces

se profilent à l'horizon pour ce qui est de la sécurité alimentaire. La première se rapporte à la variabilité croissante du climat et à la menace que font planer les changements climatiques, étant donné que l'Afrique est lourdement tributaire de l'agriculture pluviale, la deuxième à la montée des prix des produits alimentaires qui résultent en partie de l'accroissement des revenus en Chine, en Inde et dans d'autres parties du monde, et de la part de plus en plus importante des terres consacrées à la production de biocarburants³. Cette évolution aura certainement des répercussions négatives sur la réalisation de cet objectif (ou sur la préservation des acquis) dans bon nombre de pays. Les importateurs nets de produits alimentaires en Afrique risquent d'être gravement touchés.

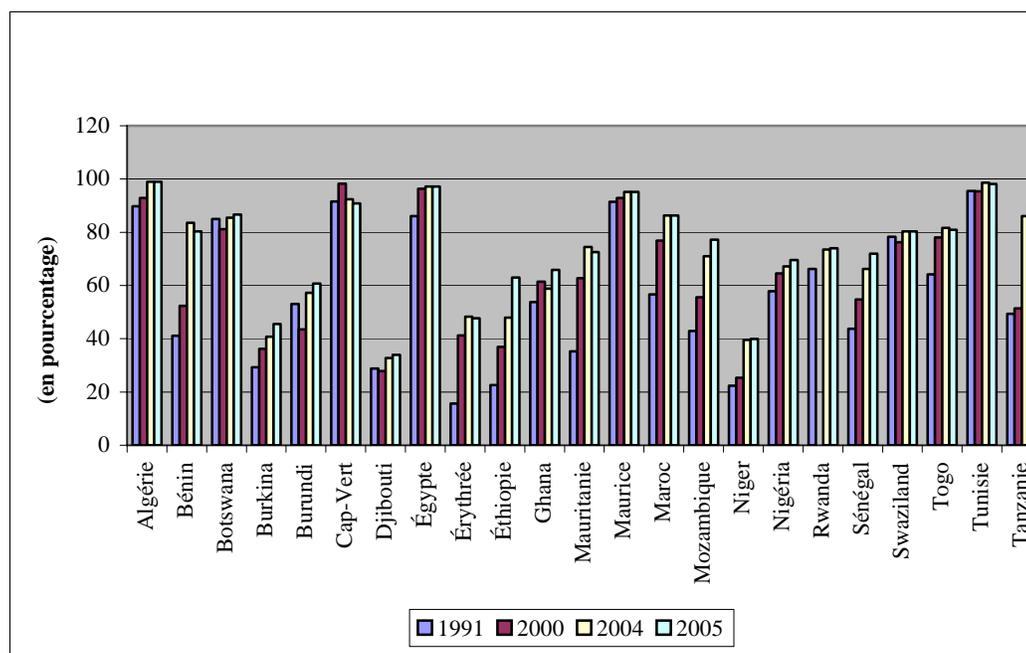
Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

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 Indicateur : Taux net de scolarisation primaire

De nouvelles données transmises à la Division de statistique de l'ONU font apparaître une amélioration du taux net de scolarisation primaire dans un certain nombre de pays africains en 2005 par rapport à 2004. Si cette tendance se confirme, de nombreux pays de la région atteindront cet objectif (voir figure 1). Les progrès accomplis sont importants, aussi bien dans les pays où le taux net initial de scolarisation primaire était très élevé par rapport à 1990 que dans ceux où il était très bas au moment de l'adoption des OMD.

Figure 1: Taux nets de scolarisation primaire dans un certain nombre de pays africains



Source: Données de la Division de statistique de l'ONU

³ La situation est exacerbée par le détournement d'importantes quantités de produits vivriers tels que le maïs aux fins de la production d'éthanol.

En ce qui concerne les pays pour lesquels on dispose de données, entre 2004 et 2005, six ont augmenté leur taux de scolarisation de plus de 4 %, alors que cinq autres enregistraient une progression comprise entre 2 et 4 %. Les autres pays ont connu une augmentation qui se situe entre 0 et 2 %. Les progrès concernant cet indicateur s'expliquent par le grand nombre d'inscrits enregistré dans des pays tels que l'Éthiopie, le Mozambique, le Kenya, Maurice et la Zambie. Les pays ayant obtenu de bons résultats, comme l'Éthiopie, le Ghana et la Tanzanie⁴, ont su maintenir la dynamique des années précédentes, avec des taux de scolarisation de 6,5, 4,2 et 17,3 % respectivement entre 2005 et 2006. On a noté des risques d'inversion de la tendance au Cap-Vert, en Érythrée et en Mauritanie ainsi que des progrès modestes à Maurice et à Sao Tomé-et-Principe. Dans l'ensemble, le taux global de scolarisation a augmenté de 6 % entre 2004⁵ et 2005. Ce rythme de progression, s'il se maintient, permettra à de nombreux pays africains de garder le cap vers l'éducation primaire pour tous.

Indicateur 2.2: Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et atteignant la dernière

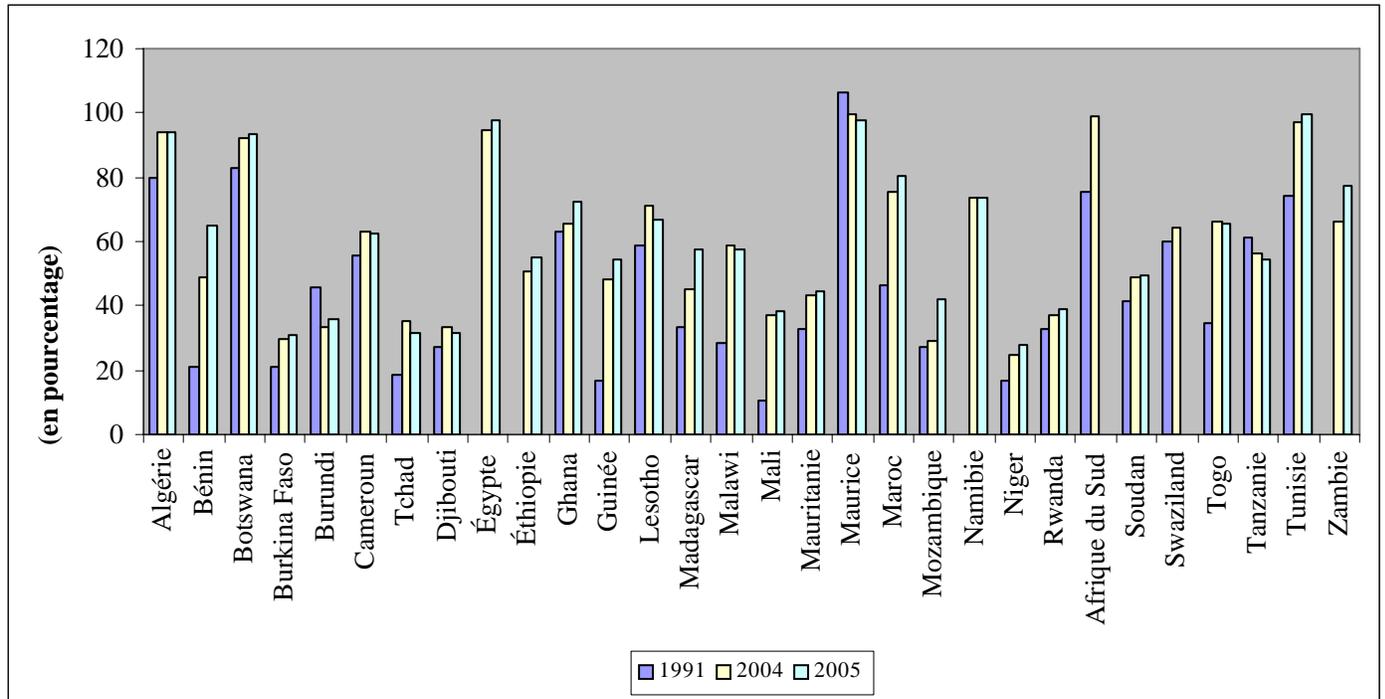
L'accroissement continu des taux de scolarisation dans l'enseignement primaire ne s'est pas accompagné d'un accroissement du taux d'achèvement⁶ à ce niveau. Par rapport à 1991, une nette amélioration a été notée. Toutefois, comme on peut le voir sur la figure 2 ci-dessous, un ralentissement a été constaté au cours de ces dernières années. Certains pays ont vu leur taux de scolarisation dans le primaire augmenter de 2004 à 2005, à l'image du Bénin (16,2 %), de l'Éthiopie (4,4 %), du Ghana (6,7 %), de la Guinée (6,1 %) et de Madagascar (12,4 %), alors que d'autres tels que le Cameroun, le Cap-Vert, Maurice et la Tanzanie ont connu un recul.

⁴ Les données pour 2006 ne sont disponibles que pour ces trois pays dans la base de données de la Division de statistique.

⁵ *Évaluation des progrès accomplis par l'Afrique vers la réalisation des OMD*, CEA, Addis-Abeba, 2007.

⁶ Le *taux d'achèvement d'études du primaire*, (ou la proportion d'écoliers achevant un cycle complet d'études primaires) est le rapport entre le nombre total d'écoliers achevant avec succès (ou obtenant un diplôme) la dernière année des études primaires en une année donnée et le nombre total d'enfants atteignant l'âge correspondant dans la population.

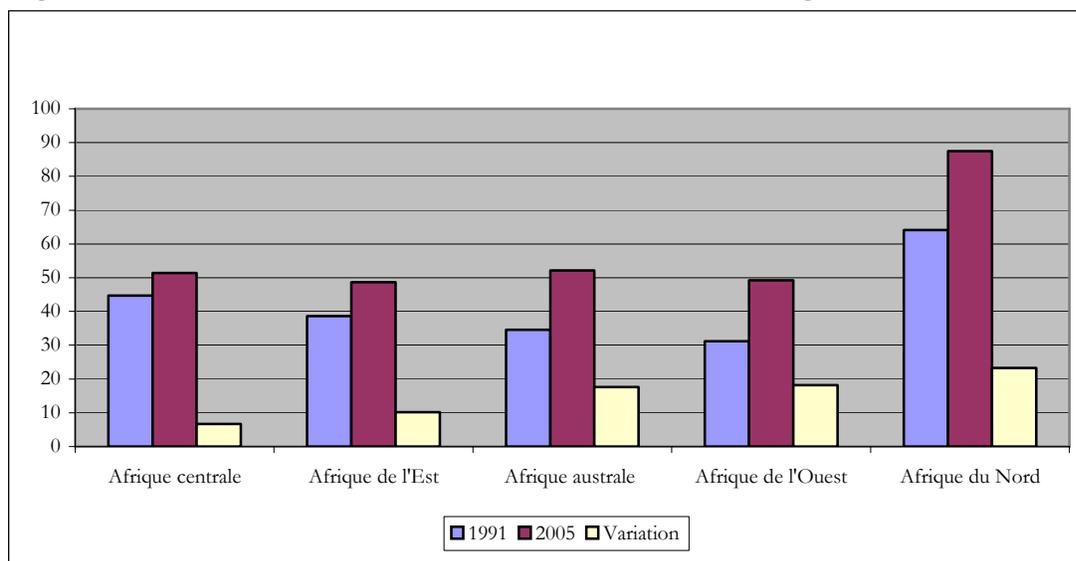
Figure 2: Taux d'achèvement d'études primaires dans un certain nombre de pays africains (1991–2005)



Source: Base de données de la Division de statistique de l'ONU

Les résultats s'avèrent également très différents d'une sous-région à l'autre. L'Afrique du Nord a le taux d'achèvement d'études primaires le plus élevé, suivie de l'Afrique australe, alors que l'Afrique de l'Ouest ferme la marche (voir figure 3). Les taux d'achèvement restent en moyenne aux alentours de 60 % pour la période considérée. Cependant, dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, ils se sont améliorés en 2005 par rapport à 2004.

Figure 3: Variation des taux d'achèvement selon la sous-région



Source: Calculs de la CEA, fondés sur la base de données de la Division de statistique de l'ONU

L'entrée généralement tardive des élèves dans le système scolaire est un facteur qui limite le taux d'achèvement d'études primaires dans de nombreux pays. Davantage d'enfants en âge de fréquenter les établissements secondaires se trouvent encore à l'école primaire, en particulier dans les pays où il y a eu une expansion considérable des programmes décentralisés et de la scolarisation. L'entrée tardive à l'école fait que les élèves subissent davantage de pressions pour rejoindre le marché du travail (ou, en ce qui concerne les filles, pour fonder une famille) avant d'achever le cycle. Ceci incite moins à progresser vers l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur (UN, 2007).

Indicateur 2.3: Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans (hommes et femmes)

Les données présentées dans le rapport de 2007 sur les OMD n'ont pas été mises à jour, à l'exception de celles concernant le Burkina Faso et le Niger, où le taux d'alphabétisation des jeunes a progressé de 2 et de 36,5 % respectivement en 2005. Néanmoins, l'accroissement du taux d'alphabétisation de base chez les jeunes en Afrique, non seulement dans les langues nationales, mais également dans au moins une langue étrangère⁷ (anglais ou français), est une mutation actuellement méconnue. Cette situation s'explique en partie par l'accroissement des taux de scolarisation dans le primaire. La tendance en question est observée aussi bien dans les pays où le taux initial d'alphabétisation des jeunes était faible que dans ceux où il était élevé, ce qui laisse présager que cette cible pourra être atteinte.

⁷ Le terme «langue étrangère» s'entend de la langue de l'ancienne puissance coloniale.

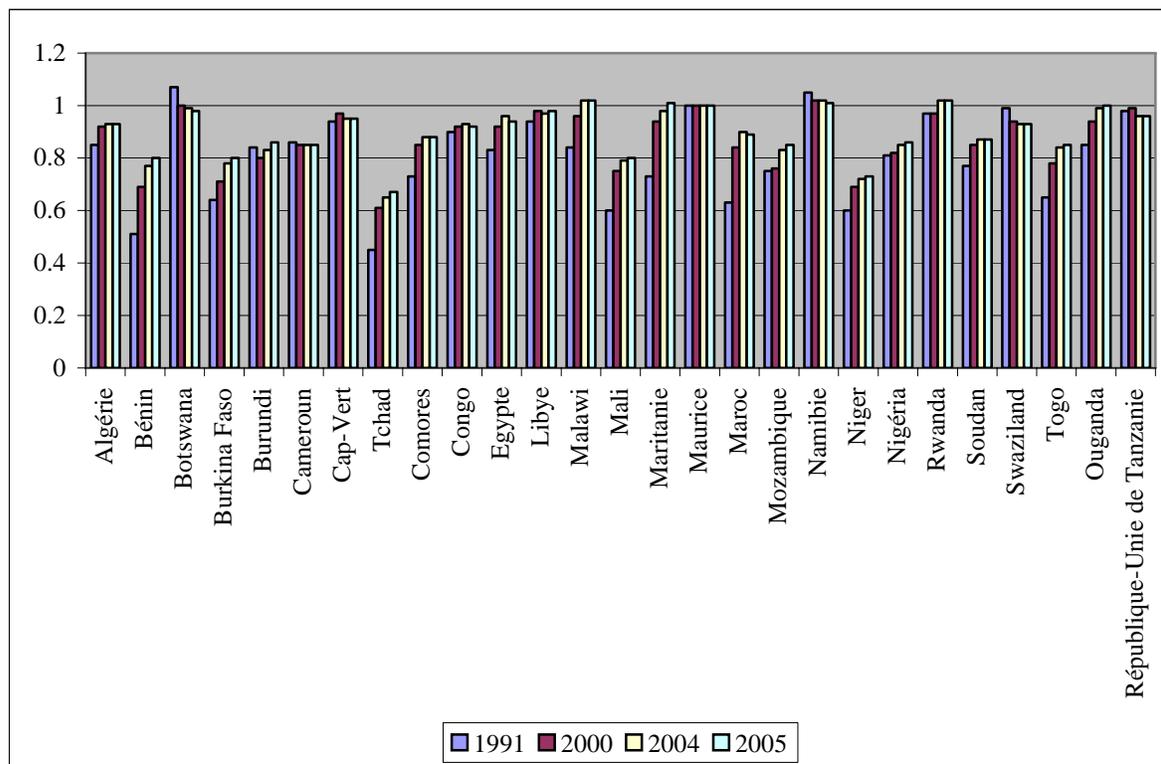
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Parité entre les sexes dans le domaine de l'éducation

Enseignement primaire : La plupart des pays africains sont susceptibles de réaliser la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire en 2015⁸. (Voir figure 4). Onze pays⁹ avaient, en 2005, déjà atteint l'Objectif et 17 pays¹⁰ affichaient, au cours de la même année, un indice de parité supérieur à 0,90. Toutefois, la République centrafricaine et le Tchad ont enregistré des progrès limités vers la réalisation de la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire.

Figure 4 : Parité entre les sexes dans l'enseignement primaire dans quelques pays africains (1991-2005)



Source : Base de données de la Division de statistique de l'ONU

⁸ Voir le rapport sur l'évaluation des progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, présenté à la Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique, avril 2007.

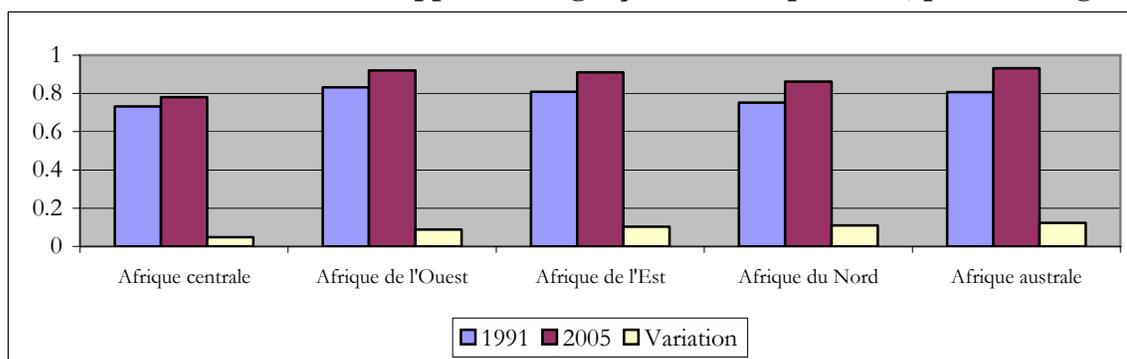
⁹ Les pays ayant réalisé la parité entre les sexes sont les suivants : Gabon, Gambie, Jamahiriya arabe libyenne, Lesotho, Malawi, Maurice, Mauritanie, Namibie, Ouganda, Rwanda et Seychelles.

¹⁰ Les pays ayant atteint un indice de parité entre les sexes de 0,9 dans l'enseignement primaire en 2005 sont les suivants : Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Congo, Égypte, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Madagascar, République-Unie de Tanzanie, Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Swaziland, Tunisie, Zambie et Zimbabwe.

Il ressort des données disponibles les plus récentes que dans 13 pays africains, le rythme, déjà très soutenu, de progression vers la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire s'est intensifié. Les progrès considérables signalés en 2007, tout comme les toutes dernières données, confirment que la plupart des pays africains sont en voie de réaliser la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire.

Ce rythme varie toutefois considérablement au niveau sous-régional. Comme le montre la figure 5 ci-dessous, c'est en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest que la parité est la plus élevée et en Afrique du Nord qu'elle est la plus faible ; l'Afrique centrale pour sa part reste à la traîne. Toutefois, entre 1991 et 2005, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, l'Afrique australe, l'Afrique du Nord et l'Afrique de l'Est ont le plus progressé, alors que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale ferment la marche.

Figure 5 : Niveau et variation du rapport filles/garçons dans le primaire, par sous-région



Source : Calculs de la CEA, fondés sur la base de données de la Division de statistique de l'ONU

L'amélioration notable de la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire n'est toutefois pas observée dans l'enseignement secondaire où les filles sont toujours considérablement sous-représentées. Les progrès sont en effet disparates. Selon le rapport de 2007, huit¹¹ pays ont atteint la parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire alors que six¹² autres affichent un indice de parité entre les sexes supérieur à 0,90. Quatorze pays ont en revanche, au cours de la même période, régressé. Par conséquent, le rythme de progression est trop faible et précaire pour que cet Objectif puisse être atteint d'ici à 2015.

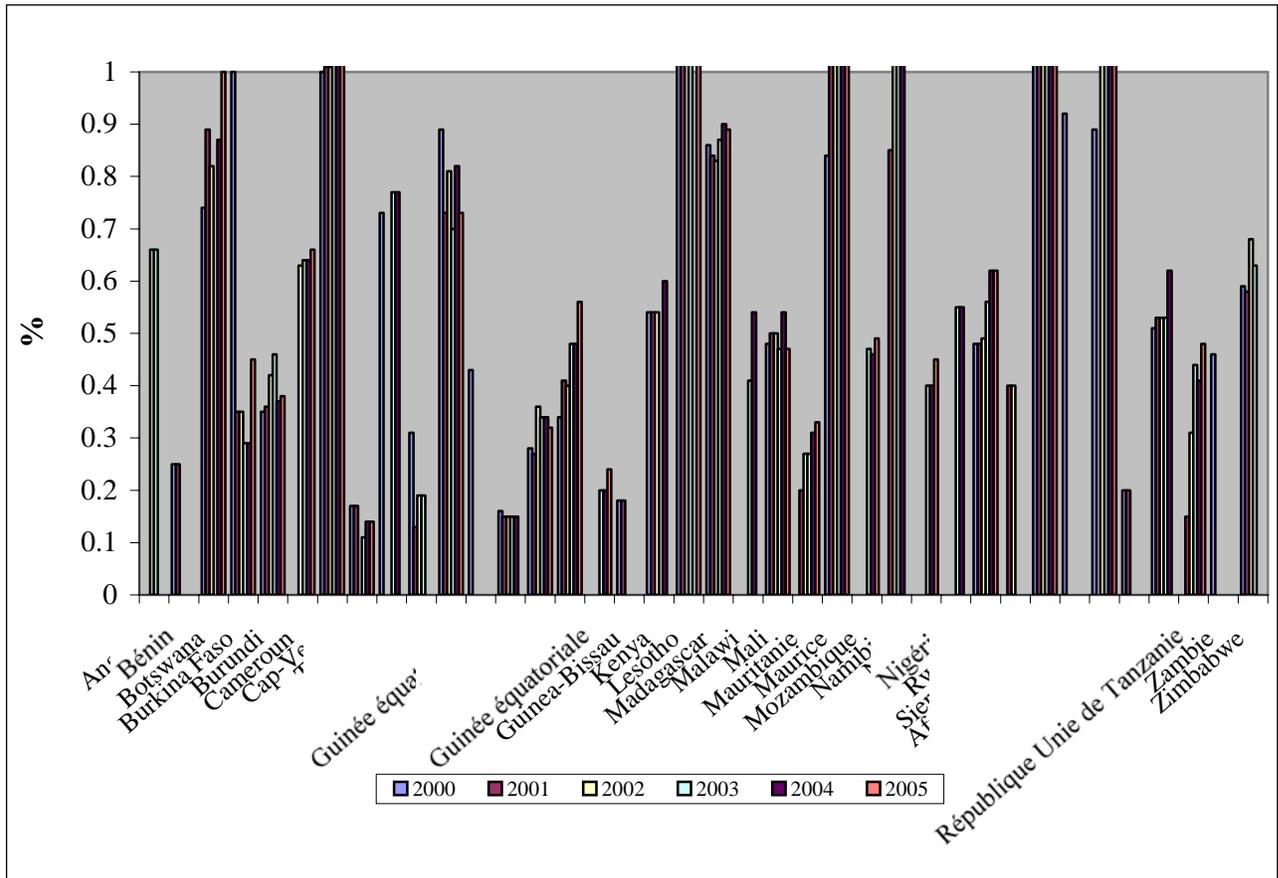
La situation en ce qui concerne la fréquentation par les femmes des universités et autres établissements d'enseignement supérieur est demeurée inchangée par rapport au tableau dépeint dans le rapport de 2007 (voir figure 6). Neuf¹³ pays avaient réalisé la parité entre les sexes. Madagascar et le Soudan sont susceptibles de la réaliser, d'ici à 2015, dans l'enseignement supérieur.

¹¹ Les pays ayant atteint, en 2005, la parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire sont les suivants : Afrique du Sud (2004), Algérie, Botswana, Cap-Vert, Lesotho, Namibie, Sao Tomé-et-Principe et Seychelles (2004).

¹² Les pays affichant un indice de parité entre les sexes de plus de 0,90 dans l'enseignement secondaire sont les suivants : Égypte, Kenya, Maurice, Soudan et Swaziland.

¹³ Les pays ayant réalisé, en 2005, la parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur sont les suivants : Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Jamahiriya arabe libyenne, Maurice, Namibie(2004), Swaziland et Tunisie.

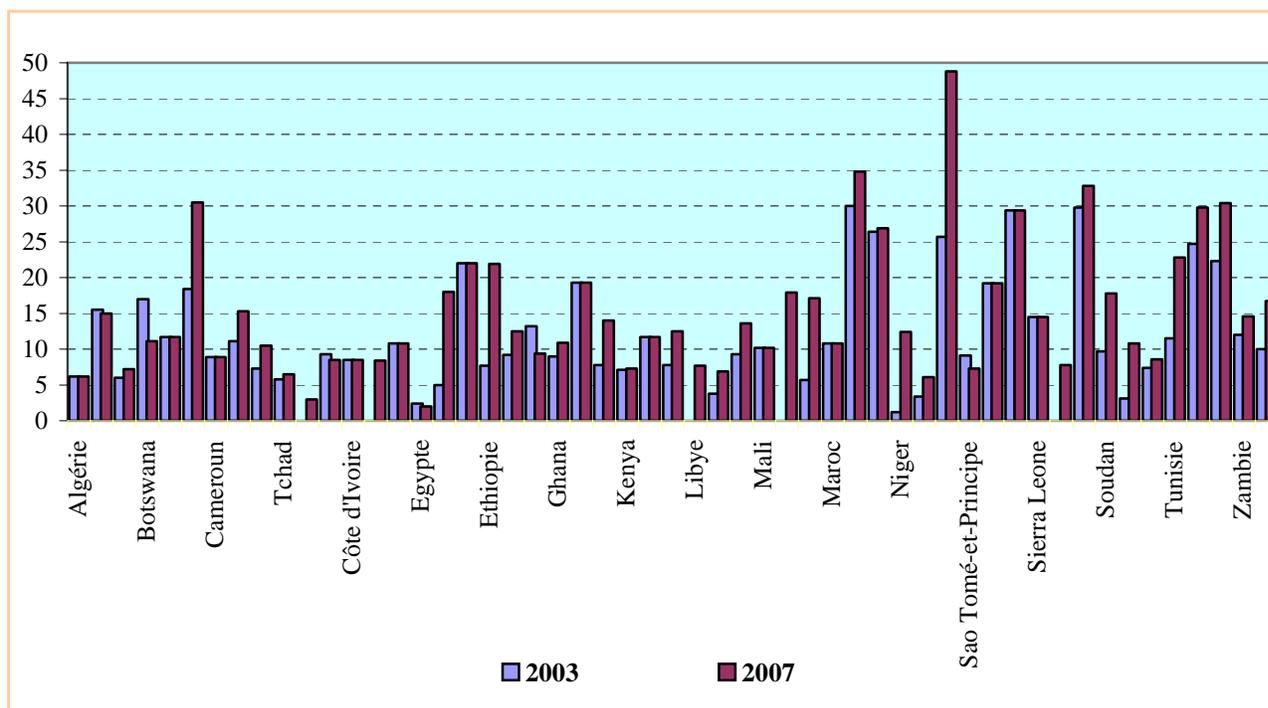
Figure 6: Parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur dans quelques pays africains (2000-2005)



Source : Base de données de la Division de statistique de l'ONU.

La représentation des femmes dans les parlements nationaux s'est améliorée dans la majorité des pays africains (voir figure 7). L'Afrique affiche en la matière le rythme de progression le plus élevé dans le monde, 10 %, au cours de la période 1990-2007. Le tableau n'est cependant pas entièrement réjouissant, 17 pays n'ayant enregistré, entre 2003 et 2007, qu'une légère amélioration.

Figure 7 : Pourcentage de femmes dans les parlements nationaux



Source : Base de données de la Division de statistique de l'ONU

La parité entre les sexes aux postes de décision a le plus progressé dans les pays suivants : Rwanda (48,8 %), Mozambique (34,8 %), Afrique du Sud (32,8 %), République-Unie de Tanzanie (30,4 %), Burundi (30,5 %), Ouganda (29,8 %), Seychelles (29,4 %), Namibie (26,9 %), Tunisie (22,8 %), Érythrée (22 %) et Éthiopie (21,9 %).

Il est difficile, au vu des données dont on dispose, de voir si la proportion des femmes dans les emplois salariés du secteur non agricole s'est accrue. Des données anciennes (rétrospectives) font apparaître qu'aucun pays n'a atteint la parité entre les sexes. Au Mali, les femmes représentaient, en 2004, 49,7 % des salariés du secteur non agricole contre 42 %, en 2005, en Afrique du Sud.

Encadré 1: L'IDISA, un outil de mesure de la parité entre les sexes Source CEA (2006)

Le caractère transversal de la parité entre les sexes dans la plupart des OMD rend difficile la définition d'indicateurs globaux permettant de mesurer comme il convient les progrès concernant la question des différences entre les sexes. Afin de pallier les insuffisances des mécanismes de surveillance et d'aider les gouvernements africains à suivre les progrès accomplis en vue d'assurer la parité et d'améliorer la condition de la femme, la Commission économique pour l'Afrique (CEA), par le biais du Centre africain pour le genre et le développement social, a mis au point l'Indicateur de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique (IDISA). Il s'agit d'un outil qui permet de cerner l'ampleur des inégalités entre les sexes en Afrique et d'évaluer l'efficacité des gouvernements s'agissant de les corriger. Il ressort de l'application de l'IDISA dans 12 pays africains que les femmes, dans la plupart de ces pays, gagnent un peu plus de la moitié de ce que gagnent les hommes. En l'appliquant pour évaluer les résultats obtenus par les pays africains en ce qui concerne la mise en oeuvre des engagements convenus aux niveaux international et régional, il apparaît que ces pays sont placés dans le peloton de tête, tant pour ce qui est de la ratification des politiques prônant l'égalité des sexes que de leur élaboration. C'est, en revanche, au niveau de la mise en oeuvre de ces politiques que les résultats sont médiocres.

Source : Indicateur de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique (IDISA) de la CEA

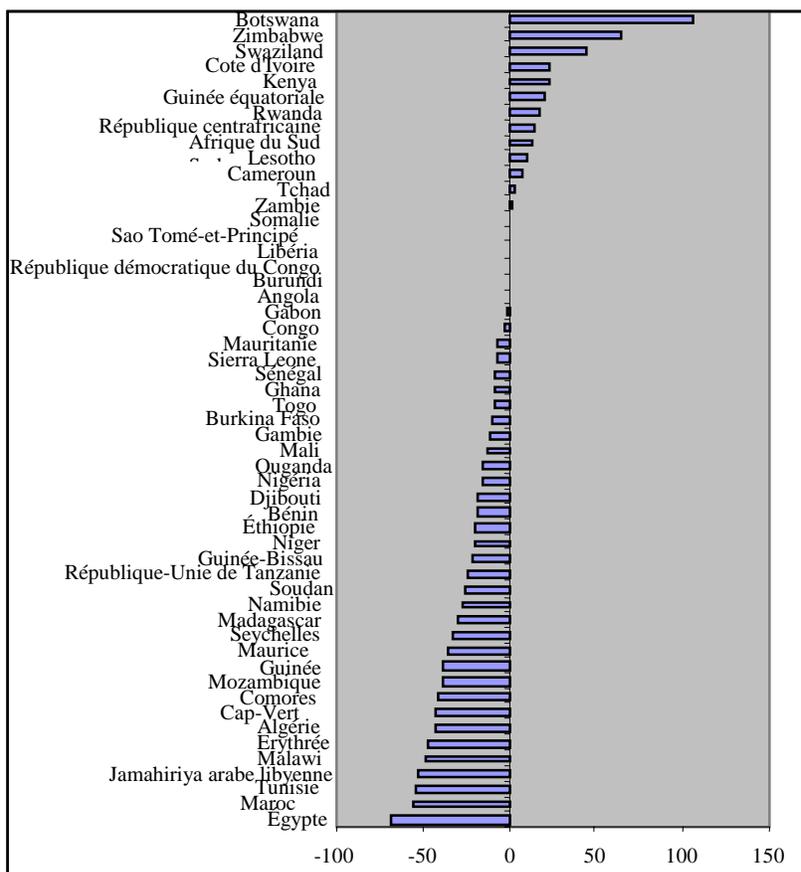
Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants

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

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

L'Afrique en tant que région a très peu progressé en vue de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours de la période 1990-2005 (voir figure 8). Dans la vaste majorité des pays africains, on a noté durant cette période une amélioration, insignifiante, de 1, 8 % de ce taux, soit une progression annuelle de 0, 1 %. Les pays africains sont donc, pour la plupart, très loin d'atteindre cet Objectif. Si dans 19 pays ce taux n'a pas varié, il a, en revanche augmenté, dans 10 autres, à savoir la Côte d'Ivoire, les Comores, l'Afrique du Sud, le Zimbabwe, le Swaziland, le Botswana, le Tchad, Djibouti, la Gambie et le Lesotho. La mortalité infantile élevée est, dans certains pays, imputable aux conditions sanitaires qui y sont spécifiques. C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, au Zimbabwe, au Swaziland, au Botswana et au Lesotho le VIH/sida est la principale cause de mortalité élevée des enfants de moins de 5 ans alors qu'en Afrique de l'Ouest c'est le paludisme. Les conflits sont également un facteur majeur contribuant à la mortalité élevée des enfants de moins de 5 ans.

Figure 8: Évolution ¹⁴ des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2005



Source : Base de données de la Division de statistique de l'ONU

Plusieurs pays tels que l'Érythrée, le Niger, le Malawi, Madagascar, la République-Unie de Tanzanie et l'Éthiopie ont, ces dernières années, considérablement réduit le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les progrès ainsi observés sont corroborés par les données récentes de l'UNICEF (2008) qui montrent que les taux de mortalité infantile en Afrique, sont tombés de 166 décès pour 1000 naissances vivantes en 2005 à 160 décès pour 1000 naissances vivantes en 2006 (UNICEF, 2008). Il reste que ce taux est en deçà de celui requis pour atteindre l'Objectif 4 des OMD d'ici à 2015.

Taux de mortalité infantile

Au cours de la période 1990-2005, les taux de mortalité infantile ne se sont que légèrement améliorés en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest prises ensemble, régressant de 110 à 99 décès pour 1000 naissances. Des pays tels que le Malawi, Djibouti, Maurice, le Maroc et la Tunisie ont quant à eux enregistré une amélioration de plus de 5 %.

Il ressort de données actualisées de l'UNICEF que les pays d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Est, d'Afrique australe et d'Afrique de l'Ouest, pris ensemble, ont connu une autre baisse, légère, de

¹⁴ Variation des points de pourcentage des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans – les chiffres négatifs indiquent des progrès.

leurs taux de mortalité infantile, qui se sont établis à 95 décès pour 1000 naissances vivantes en 2006. Même si elle est plus prononcée entre 2005 et 2006, cette baisse reste insuffisante pour atteindre la cible de l'Objectif 4 des OMD d'ici à 2015.

Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

La proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest, prises ensemble, s'est accrue, passant de 56 % en 1990 à 64% en 2005 contre 65 % en 2004. Les taux de vaccination contre la rougeole varient selon les pays. Au Botswana, en République-Unie de Tanzanie, au Libéria, en Tunisie, dans la Jamahiriya arabe libyenne, au Maroc, en Égypte, à Maurice et aux Seychelles, le taux de couverture a dépassé 90 % alors qu'au Tchad, en République centrafricaine, au Nigéria et en Somalie, il est en deçà de 40 %. Le nombre des enfants vaccinés contre la rougeole a grossi dans 23 pays mais il est demeuré stagnant dans 18 autres. Parmi les pays ayant considérablement réussi à accroître la proportion des enfants vaccinés contre la rougeole, avec une hausse de plus de 5 %, on peut notamment citer l'Éthiopie, le Rwanda, le Cameroun, le Zimbabwe, le Burkina Faso, Djibouti, la République démocratique du Congo, les Comores, le Niger, le Mali, la Guinée, le Sénégal et le Libéria. Au Liberia en particulier, la proportion des enfants immunisés a fait un bond. Dans quelques pays tels que l'Angola, le Swaziland, le Congo et la Somalie, la couverture a chuté de 10 % ou plus.

Encadré 2 : Agir en coordination pour obtenir rapidement des résultats

Les progrès dans la réalisation des OMD relatifs à la santé ont été entravés par le manque de ressources humaines et financières et un acheminement inefficace de l'aide internationale. La dispersion et la mauvaise coordination de la réponse de la communauté internationale sont tout particulièrement à mettre en cause. La diminution des décès dus à la rougeole entre 2000 et 2007 atteste qu'il est possible d'obtenir des résultats en améliorant la coordination.

Entre 2000 et 2005, les décès liés à la rougeole ont chuté dans le monde de plus de 60 %. Les progrès les plus remarquables ont été obtenus en Afrique, où les décès liés à cette maladie ont décliné de près de 75 %, revenant de 506 000 cas environ à 126 000, grâce à l'intensification des campagnes de vaccination. Ces succès tiennent pour beaucoup à l'action menée en coordination dans le cadre de l'Initiative internationale contre la rougeole avec les 47 pays ciblés en priorité, Initiative qui a gagné en ampleur depuis 2000. La mise en oeuvre de cette Initiative a fortement influé sur les taux de mortalité et de morbidité des enfants de moins de 5 ans et prouve amplement que l'on peut obtenir des résultats en menant une action coordonnée.

Source : ONU 2007

Objectif 5: Améliorer la santé maternelle

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

Il n'est pas facile d'obtenir des données, mises à jour pour tous les pays, concernant les niveaux de mortalité maternelle. Les données les plus récentes de la Division de statistique de l'ONU remontent à 2000. Les données estimatives pour 2005 de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale font apparaître que la vaste majorité des pays africains ont enregistré une amélioration, très négligeable, de leur taux de mortalité maternelle (TMM) de 1,8 % entre 1990 et 2005, soit une progression annuelle moyenne de 0,1%. Ils sont donc loin d'atteindre cet Objectif. Douze pays, à savoir le Malawi, la Guinée-Bissau, le Burundi, la République démocratique du Congo, le Nigéria, le Libéria, le Rwanda, l'Angola, la Somalie, le Tchad, le Niger et la Sierra Leone, connaissent un TMM supérieur à 1000 décès.

Les données disponibles les plus récentes concernant les services fournis par le personnel de santé qualifié montrent que pris dans leur globalité, les pays d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Est, d'Afrique australe et d'Afrique de l'Ouest n'ont pas progressé en la matière. Selon des données récentes de la Division de statistique de l'ONU, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé dans ces quatre sous-régions était, en 1990, de 42 %, et est montée à 46 % en 2004 pour régresser légèrement à 45 % en 2005.

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

C'est en 1994 lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) que le terme « santé en matière de sexualité et de procréation » a été défini et admis par la communauté internationale. Les données dont on dispose ne permettent pas de suivre les progrès accomplis mais donnent un aperçu des réussites. Le lien étroit qui existe entre la question de santé en matière de procréation et les questions plus vastes de société rend ladite question essentielle pour le développement économique et social de l'Afrique. Il ne fait aucun doute que la santé et les droits en matière de procréation, outre qu'ils sont importants, contribuent à la réalisation des OMD (Sachs 2005).

Le taux de prévalence de la contraception chez les femmes mariées ou celles en union stable est passé de 12,3 % en 1990 à 21,3 % en 2005. La possibilité de disposer de préservatifs est fortement entravée par le recours correct et systématique au préservatif, prôné par l'approche dite ABC (abstinence, fidélité et utilisation du préservatif). En outre, le rapport de forces au sein des ménages expose davantage les femmes aux comportements sexuels à risque.

Les taux de fécondité sont en baisse dans le monde, et l'Afrique ne fait pas exception, même si les taux élevés de natalité prévalant en 1990 chez les adolescentes n'ont pas diminué. Ce phénomène favorise aussi la probabilité de voir survenir des problèmes de santé liés à l'accouchement et la hausse de la mortalité maternelle.

Les soins prénatals constituent une composante essentielle des services de santé maternelle. Depuis 1990, plus des deux tiers des femmes bénéficient de soins prénatals au moins une fois au cours de leur grossesse, même si c'est un minimum de quatre visites que les médecins

recommandent. C'est ainsi qu'au Kenya, 87 % des femmes se sont rendues dans un service de consultations prénatales au moins une fois, cette proportion tombant à 5,1% pour ce qui est des quatre visites recommandées.

Chaque année, 500 000 femmes meurent des suites des complications de la grossesse ou de l'accouchement pouvant être évitées. Parmi les femmes mariées en âge de procréer, la demande d'espacement des naissances a représenté 33 à 75 % de la demande de services de planification familiale, qui constituent un important moyen de sauver des vies. Un espacement de trois à quatre ans entre les naissances tend à accroître les chances de survie des enfants. Dans les pays peu développés, y compris ceux d'Afrique, si aucune naissance n'intervenait durant les 36 mois suivant le dernier accouchement, le taux de mortalité infantile baisserait de 24 % et celui de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 35 % (Bertrand 2006). De plus, les besoins, très inégaux, de planification familiale sont considérables. Les inégalités marquées entre les riches et les pauvres dans ces pays peuvent expliquer les disparités dans l'accès aux services de planification familiale et dans la demande de contraceptifs.

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

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

L'Afrique reste la région du monde la plus touchée par le VIH/sida : près de 68% des 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH/sida se trouvent en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest (ONUSIDA, 2007). Le taux de prévalence du VIH chez les adultes varie entre bien moins de 1% dans tous les pays d'Afrique du Nord et plus de 15% dans de nombreux pays d'Afrique australe (ONUSIDA, 2007). Dans la plupart des pays, soit le taux de prévalence du VIH s'est stabilisé, soit il est en recul (ONUSIDA, 2007). La Côte d'Ivoire, le Togo, le Zimbabwe et le Kenya ont enregistré une baisse du taux de prévalence national. Le VIH/sida demeure toutefois une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les adultes dans toutes les sous-régions, à l'exception de l'Afrique du Nord. En 2007, 76% du total mondial de 2,1 millions de décès d'adultes et d'enfants dus au sida sont survenus en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest.

La proportion de femmes séropositives est élevée et continue d'augmenter. En décembre 2007, les femmes représentaient 61% des personnes infectées dans les quatre sous-régions. Dans presque chaque pays de la région, les taux de prévalence sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. La vulnérabilité des femmes et des filles africaines à l'infection par le VIH est généralement liée aux inégalités entre hommes et femmes, aux normes sociales et à la discrimination.

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

L'indicateur de cette nouvelle cible est la proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux. Le nombre de patients ayant reçu un tel traitement en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de

l'Ouest est passé de 100 000 en 2003 à 1,3 million en 2006 (OMS, ONUSIDA et UNICEF, 2007). Le pourcentage de patients ayant reçu un traitement s'est amélioré, passant de 2% en 2003 à 28% en 2006. Bien qu'en augmentation, le taux de couverture est encore très faible, en particulier lorsqu'on compare l'offre à la demande des personnes dans le besoin.

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

Le paludisme est la principale cause de la mortalité des enfants et de l'anémie des femmes enceintes dans la majeure partie de l'Afrique. Les données sur l'incidence du paludisme et les taux de décès ne sont pas complètes et ne permettent pas de dégager une tendance. Toutefois, les quelques données disponibles indiquent que la maladie représente un pourcentage élevé de la mortalité des enfants et est endémique dans 46 pays. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les enfants de moins de 5 ans s'est améliorée dans les zones à risque d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Est, d'Afrique australe et d'Afrique de l'Ouest, passant de 2,1 à 5% entre 2001 et 2005, mais les besoins sont encore énormes (OMS, 2006b). Si plusieurs pays ont étendu l'utilisation de moustiquaires imprégnées, il est tout aussi important d'avoir une couverture équitable. Une enquête menée dans 30 pays africains entre 2000 et 2006 a révélé que les enfants de moins de 5 ans vivant dans des zones urbaines, où le paludisme est moins endémique, ont 2,5 fois plus de chances de dormir sous une moustiquaire imprégnée que ceux qui vivent dans des zones rurales (ONU, 2007). En outre, le remplacement du traitement du paludisme chloroquino-résistant par un traitement combiné à base d'artémisine fait face à des difficultés au niveau de l'achat et de l'approvisionnement dans plusieurs pays africains.

Tuberculose

Taux d'incidence de prévalence et de mortalité liés à la tuberculose

Malgré une baisse en Afrique du Nord, les taux d'incidence, de prévalence et de morbidité de la tuberculose sont en augmentation dans toutes les autres sous-régions du continent (tableau 1). L'incidence de la tuberculose en Afrique augmente en conjonction avec l'épidémie de VIH/sida, car les personnes séropositives contractent facilement la tuberculose. La maladie se fait le plus sentir en Afrique australe, puis en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest. Treize des 15 pays ayant le taux d'incidence de la tuberculose par habitant le plus élevé en 2005 se trouvent en Afrique ; il s'agit du Swaziland, de Djibouti, de la Namibie, du Lesotho, du Botswana, du Kenya, du Zimbabwe, de la Zambie, de l'Afrique du Sud, de la Sierra Leone, du Mozambique, du Malawi et de la Côte d'Ivoire. Les décès dus à la maladie suivent le même schéma, l'Afrique australe en comptant le plus grand nombre, suivie de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique de l'Ouest. Au total, le nombre de décès dus à la tuberculose n'a que peu augmenté.

Tableau 1: Taux d'incidence, de prévalence et de mortalité de la tuberculose en Afrique

	Afrique du Nord			Afrique centrale, Afrique de l'Est, Afrique australe et Afrique de l'Ouest		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Incidence de la tuberculose - Nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants (exception faite des personnes séropositives)	54	50	44	148	253	281
Prévalence de la tuberculose - Nombre de cas recensés pour 100 000 habitants (exception faite des personnes séropositives)	59	53	44	331	482	490
Mortalité liée à la tuberculose - Nombre de décès pour 100 000 habitants (exception faite des personnes séropositives)	5	4	3	37	54	55

Source: Données de la Division de statistique de l'ONU, 2008.

Proportion des cas de tuberculose décelés et soignés par un traitement de brève durée sous surveillance directe

La stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), qui s'avère être l'approche la plus efficace pour lutter contre la tuberculose, a été mise en œuvre avec succès dans de nombreux pays africains. Le pourcentage de cas décelés et soignés suivant cette stratégie est passé de 36% en 1990 à 47% en 2004 et à 49% en 2005, alors que la proportion de patients dont le traitement a réussi est passée de 72% en 2000 à 74% en 2004. L'augmentation de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose montre qu'il est nécessaire de continuer à renforcer les moyens de lutter contre cette maladie. Une étude récente de la Banque mondiale sur *l'impact économique des investissements mondiaux dans la lutte contre la tuberculose* indique que le coût économique des décès dus à la tuberculose (y compris les surinfections au VIH) en Afrique centrale, en Afrique de l'Est, en Afrique australe et en Afrique de l'Ouest entre 2006 et 2015 est estimé à 519 milliards de dollars lorsqu'il n'y a pas de traitement efficace contre la tuberculose. Si un traitement efficace est mis en place, les bénéfices économiques pour ces pays seraient environ neuf fois supérieurs aux coûts liés à la maladie. Les retombées positives de la lutte contre la tuberculose devraient inciter les gouvernements et les donateurs à réduire considérablement la prévalence et les décès liés à la tuberculose. Toutefois, les progrès réalisés par les pays dans la lutte contre la maladie ne suffisent pas pour réaliser la cible de l'OMD.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé la stratégie mondiale Halte à la tuberculose en 2006, faisant fond sur les réussites de la stratégie DOTS, tout en corrigeant ses défauts. La stratégie Halte à la tuberculose vise à réduire considérablement le fardeau mondial de la maladie d'ici à 2015 en garantissant à tous les patients, y compris ceux qui sont aussi séropositifs et ceux dont la tuberculose résiste aux traitements, un accès sans exclusive à un diagnostic de haute qualité et à des traitements adaptés à eux. Elle préconise de renforcer la stratégie DOTS par un financement accru et durable, l'amélioration du dépistage des cas, un traitement normalisé avec supervision et aide aux patients, un système efficace d'approvisionnement en médicaments et de

gestion des médicaments, l'amélioration du système de suivi et d'évaluation, l'évaluation de l'impact, les mesures de prévention et de lutte contre la tuberculose polypharmacorésistante, le renforcement des systèmes de santé et l'autonomisation des malades de la tuberculose et des communautés (OMS, 2007b).

Encadré 3 : Inégalités en matière d'accès aux services de santé, un obstacle à la réalisation des OMD relatifs à la santé en Afrique

Les inégalités en matière de santé, qui touchent l'accès aux services de santé et leur utilisation, sont des inégalités évitables et injustes entre les régions et les sous-groupes démographiques au sein d'un pays. Elles ont de graves incidences sur le développement humain et sur la réalisation des OMD.

L'extrême lenteur des progrès en vue de la réalisation des OMD relatifs à la mortalité maternelle et infantile en Afrique est partiellement causée par les inégalités dans l'accès aux services de santé, en raison de facteurs socioéconomiques comme les revenus, le sexe, la race, la résidence en zones rurales ou en zones urbaines et l'origine ethnique. Par exemple, une enquête menée dans 30 pays africains a révélé que les enfants de moins de 5 ans vivant dans des zones urbaines ont 2,5 fois plus de chances de dormir sous une moustiquaire imprégnée que ceux qui vivent dans des zones rurales alors que les femmes du quintile le plus riche ont six fois plus de chances d'accoucher en présence de personnel qualifié (ONU, 2007).

La CEA a récemment effectué une étude, afin d'identifier les principales sources d'inégalités dans l'accès aux soins de santé et leur utilisation dans 10 pays, à savoir l'Éthiopie, le Kenya, le Ghana, le Sénégal, la Zambie, le Malawi, l'Égypte, le Maroc, le Tchad et le Cameroun. L'étude repose sur l'analyse de données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires. Elle révèle des signes frappants d'inégalités d'accès et d'utilisation des soins de santé découlant de différences de revenus et d'une résidence en milieu rural ou urbain. Dans tous les pays étudiés, les femmes des quintiles les plus pauvres ont une probabilité moindre que celle des quintiles plus riches d'utiliser des services de santé de base comme des soins prénatals, des moyens de contraception modernes, un accouchement assisté par un professionnel de la santé et la vaccination. De la même façon, les populations rurales sont désavantagées par rapport aux populations urbaines. C'est dans le domaine des soins obstétricaux que les inégalités sont les plus criantes, tandis que la vaccination représente le service le plus équitable, indépendamment de la tranche de revenus et de la résidence. Pendant la période couverte par deux enquêtes démographiques et sanitaires, les résultats ont montré les progrès de l'Égypte et du Maroc pour réduire les inégalités, alors que ceux du Cameroun, du Ghana, du Malawi et du Sénégal étaient limités.

L'examen des plans nationaux de santé des pays étudiés montre qu'ils abordent tous, dans une certaine mesure, le problème de l'équité. Certains précisent clairement des objectifs d'équité en matière de santé et les stratégies à adopter pour les atteindre. De façon générale, on observe toutefois qu'il est nécessaire d'améliorer les cibles des objectifs de santé, afin qu'ils tiennent compte de l'accès géographique et financier. Il est également important d'inclure ces objectifs dans les programmes de mise en œuvre exécutés sur le terrain. L'augmentation des ressources affectées à la santé, afin d'atteindre l'engagement minimum de 15% adopté par les dirigeants africains à Abuja est indispensable. Compte tenu de la nature multisectorielle de la santé, il est important que les secteurs pertinents comme l'eau et l'assainissement, l'éducation, l'agriculture, les transports et le bien-être

social intègre effectivement l'équité en matière de santé dans leurs politiques sectorielles, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès géographique et financier aux soins de santé. Cela peut se faire en intégrant l'équité en matière de santé dans le cadre global du développement national.

Source : CEA, étude à paraître réalisée à partir de données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires.

Objectif 7. Préserver l'environnement

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

Entre 1990 et 2005, la couverture forestière a baissé de 3% en Afrique subsaharienne. En général, la déforestation continue à contribuer à l'augmentation des terres agricoles, mais elle a deux effets négatifs : premièrement, l'accroissement de la productivité agricole sur les terres récupérées sur des forêts s'avère de courte durée car la terre perd rapidement les nutriments qui dynamisent la production au départ. En outre, il y a une perte de la biodiversité, qui est responsable de 18 à 25% des émissions de gaz à effet de serre, facteur clef des changements climatiques (ONU, 2007).

Sur un plan plus positif, la lutte contre la désertification dans le Sahel africain, important facteur de pauvreté, montre des résultats encourageants, en particulier pour inverser la tendance antérieure à la déforestation (ONU, 2007). En outre, quatre pays africains ont augmenté leurs zones forestières de plus de 25%, alors que deux pays africains ont maintenu le pourcentage de superficie totale couverte par des forêts au taux record de 85% (CEA, 2007).

Cible 7.B : Réduire l'appauvrissement de la diversité biologique et en ramener le taux à un niveau sensiblement plus bas d'ici à 2010

Par rapport à d'autres régions du monde, la biodiversité africaine est encore relativement en bon état. Plusieurs écorégions ont toutefois connu des transformations considérables et environ 50% des écorégions terrestres africaines ont perdu 50% de leur superficie au profit de l'agriculture, de la détérioration ou de l'urbanisation (PNUE, 2006).

L'Afrique compte plus de 2 millions de kilomètres carrés de zones protégées, principalement des savanes. Dans 89 des 119 écorégions, moins de 10% de la superficie totale est protégée. Les zones côtières du continent connaissent des priorités qui s'opposent : l'exploration pétrolière et minière, l'aménagement du littoral, la présence de communautés de pêcheurs sans moyens de garantir la biodiversité et l'existence de réserves de poissons pour un développement durable (PNUE, 2006).

Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès durable à l'eau potable et à des services d'assainissement de base

Les chiffres les plus récents montrent une certaine amélioration de la situation concernant l'eau potable entre 1990 et 2004. Quinze pays africains ont amélioré de 25% l'accès à l'eau potable dans les zones rurales.

L'écart entre zones rurales et zones urbaines en matière d'accès à l'eau potable est encore considérable, ce qui tend à rabaisser les chiffres globaux de certains pays. En résumé, malgré certains progrès, les changements sont encore trop limités pour que soit atteint l'objectif consistant à réduire de moitié avant 2015 le pourcentage de la population n'ayant pas accès à l'eau potable.

Cible 11 : Améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis, d'ici à 2020

La proportion de personnes bénéficiant de services d'assainissement améliorés en Afrique subsaharienne a peu augmenté, passant de 32% en 1990 à 37% en 2004, soit bien loin de l'objectif de 66% devant être atteint avant 2015. La fracture entre zones rurales et zones urbaines et la situation médiocre des habitants de taudis ralentissent encore les progrès. L'exode rural et la croissance démographique rapide contribuent à des conditions médiocres de logement, à un assainissement inadapté et un approvisionnement insuffisant en eau salubre.

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

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

L'un des objectifs du Cycle de négociations multilatérales de Doha de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) est d'intégrer les préoccupations en matière de développement dans la conception du système commercial multilatéral et de résoudre les iniquités du système existant, surtout celles qui sont particulièrement au désavantage des pays en développement. Malgré ces bonnes intentions, peu de progrès ont été accomplis dans les négociations, qui ont été interrompues. Il n'y a pas encore eu d'accord majeur sur la réduction ou la suppression des subventions agricoles dans les principaux pays développés, ni un accord sur l'accès aux marchés pour les produits non agricoles. Des initiatives récentes, comme l'Aide pour le commerce, visant à servir d'outil pour renforcer les capacités sur le plan des échanges et de la commercialisation et dynamiser l'infrastructure commerciale des pays en développement, en particulier en Afrique, n'ont pas commencé à porter leurs fruits.

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

En février 2008, 26 pays africains avaient atteint le point d'achèvement dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), effort volontaire débuté en 1996 et renforcé en 1999 de tous les créanciers tendant à accorder un allègement de la dette en vue de donner un nouveau départ aux pays luttant pour faire face à la dette extérieure qui fait peser une trop lourde charge sur les recettes d'exportation ou les recettes fiscales. Sur ces pays, 19 ont atteint le point d'achèvement, auquel les prêteurs accordent l'allègement total promis au point de décision. Il est à noter que le délai moyen entre le point de décision et le point d'achèvement s'est allongé depuis 2000 et que de nombreux pays n'ont toujours pas atteint le point de décisions, bien qu'ils puissent bénéficier de l'initiative.

Lors de leur sommet de 2005 à Gleneagles (Écosse), outre la promesse de renforcer l'aide apportée à l'Afrique, les pays du G-8 ont lancé l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale

(IADM), en vertu de laquelle 100% de la dette due à des institutions multilatérales par tous les pays PTTE atteignant le point d'achèvement de l'Initiative sera effacée. Cette nouvelle initiative vise à doubler le volume d'allègement de la dette prévu dans l'Initiative PPTE améliorée et donne aux pays PTTE qui ont atteint le point d'achèvement l'annulation directe et irrévocable de la dette due à l'Association internationale de développement (IDA), au Fonds africain de développement (FAD), au Fonds monétaire international (FMI) et à la Banque interaméricaine de développement (BID). L'allègement de la dette en vertu de cette initiative viendra s'ajouter à celui déjà octroyé dans le cadre de l'Initiative PTTE¹⁵. Les progrès dans ce domaine sont encore limités.

La concrétisation des engagements de Gleneagles se fait également attendre. L'aide publique au développement (APD) a baissé en valeur nette en 2006-2007 d'après le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE). L'augmentation de l'APD nette versée récemment à l'Afrique subsaharienne provient en majeure partie de l'allègement de la dette et de l'assistance humanitaire¹⁶.

L'un des principaux faits nouveaux des dernières années est l'importance croissante de pays donateurs n'étant pas membres du CAD/OCDE : la Chine et l'Inde fournissent une aide au développement considérable à l'Afrique. La Chine a annulé 10,9 milliards de **yuan renminbi** (1,47 milliard de dollars) de dette de l'Afrique et s'est engagée à doubler l'aide publique au développement allouée au continent. De même, l'Inde a annulé la dette de nombreux pays africains, dans le contexte de l'Initiative PPTE.

Malgré les progrès réalisés pour réduire le fardeau de la dette en Afrique, l'objectif de viabilité de cette dernière n'a pas été réalisé dans la plupart des pays africains. En outre, les poursuites récentes engagées par certains créanciers commerciaux contre des pays africains, à savoir le Congo, le Cameroun et l'Ouganda, sont un grand problème tant pour la mise en œuvre de l'Initiative PTTE que pour sa crédibilité.

Section III: Obstacles à l'accélération des progrès

Les défis en matière de réalisation des OMD en Afrique ayant été examinés dans d'autres documents et publications de la CEA, il n'y a pas lieu d'y revenir ici. Il s'agit dans cette section de se pencher sur certains obstacles au progrès. Comme indiqué précédemment dans le présent rapport, les conditions sont réunies pour accélérer les progrès. Les pays africains ont mis en place les institutions et les réformes nécessaires à cet effet, et le continent reste très attaché aux OMD. Les succès affichés par plusieurs pays à travers toute une série d'indicateurs montrent que les OMD peuvent être atteints dans le délai prévu. Mais pour avancer, il est essentiel de surmonter certains obstacles majeurs, dont plusieurs ont été examinés dans le Rapport annuel 2007 de la CEA¹⁷.

¹⁵ Voir <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20040942>

¹⁶ La nouvelle initiative du Secrétaire général, le Groupe de pilotage pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique, qui rassemble les principales institutions financières multilatérales et l'ONU, vise à y remédier. Le Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement a également pour objectif de résoudre le problème d'insuffisance de financement.

¹⁷ Voir aussi le document de synthèse de la Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique de 2007, intitulé «Accélérer la croissance et le développement de l'Afrique pour réaliser les OMD: Nouveaux défis et voie à suivre».

Au nombre de ces obstacles figure l'insuffisance de données permettant de rendre compte des progrès et de prendre des décisions. Comme indiqué dans ce rapport, un certain nombre d'indicateurs n'ont pas été couverts faute de données les concernant. Ceci est particulièrement vrai de la cible 1 de l'Objectif 1, du fait que des enquêtes sur les ménages ne sont pas menées régulièrement dans les pays africains. Des données sur l'éducation et la parité entre les sexes sont disponibles, bien que rarement mises à jour. Cela a permis d'étayer l'analyse sur les progrès concernant les Objectifs 2 et 3. À l'inverse, les données sur la santé comportent trop de lacunes pour permettre un suivi adéquat des progrès dans la réalisation des Objectifs de santé. Disposer de données et mettre celles-ci régulièrement et systématiquement à jour sont indispensables pour concevoir des politiques, prendre des décisions, allouer des ressources et les cibler de manière appropriée et, par conséquent, appliquer des plans nationaux élaborés sur la base des OMD.

Les succès et les progrès dans la coopération financière et technique internationale accéléreront quelque peu la marche de la région vers la réalisation des OMD. Le Consensus de Monterrey de 2002 a souligné l'important rôle de complément aux autres sources de financement que joue l'aide publique au développement (APD) dans les pays pauvres. Il a également souligné qu'il serait nécessaire d'augmenter substantiellement cette aide en faveur des pays en développement, africains en particulier, si l'on veut que ceux-ci atteignent les objectifs de développement convenus au niveau international, notamment les OMD. Depuis l'adoption du Consensus, il a été maintes fois promis à la région d'augmenter l'aide et d'en améliorer l'efficacité. Le Document final du Sommet du G-8 tenu à Gleneagles en 2005 et la Déclaration de Paris, qui ont tous réaffirmé les engagements pris dans le Consensus de Monterrey, comprennent quelques-unes des promesses les plus récentes faites par les partenaires de développement sur la quantité et la qualité de l'aide.

Si la part de l'Afrique dans le volume total de l'APD est passée de 32 à 40%, elle reste néanmoins en deçà du niveau promis. L'augmentation de l'aide, pour la porter de 0,25 à 0,27% du revenu national brut (RNB) des pays donateurs (0,7% étant le taux promis), demeure encore très faible. Les flux d'APD ont été largement dirigés vers un nombre restreint de pays africains. Il est important d'accroître non seulement le volume de l'assistance mais aussi la qualité de sa prestation. Une préoccupation majeure pour les pays africains est le fait que la récente augmentation de l'aide est due essentiellement à l'allègement de la dette et à l'assistance humanitaire; elle ne se traduit donc pas par des ressources supplémentaires permettant de financer les programmes de développement. Si l'on exclut ces deux éléments de l'aide, il est clair qu'il n'y a aucun changement significatif dans les flux réels de l'aide à destination de la région, depuis 2004 (Rapport économique sur l'Afrique 2008). Il est crucial, d'une part, d'aligner l'aide sur les priorités que les pays ont définies dans leurs documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) ou dans leurs stratégies nationales de développement élaborées sur la base des OMD et, d'autre part, d'harmoniser les pratiques en matière d'aide, si l'on veut assurer l'efficacité des interventions des donateurs. Il est aussi important, afin qu'un grand nombre de pays africains puissent profiter durablement du commerce, de trouver une solution adéquate au problème de perte à court terme en recettes fiscales et de lever les contraintes qui pèsent actuellement sur l'offre et l'exportation.

SECTION IV: Conclusion

Le présent rapport, comme les précédents, a brossé un tableau des progrès accomplis par l'Afrique vers la réalisation des OMD. Il y est souligné l'amélioration de l'environnement politique et économique et l'engagement constant au plus haut niveau de la prise de décisions en faveur des OMD en Afrique. Le rapport montre que tout n'est pas sombre dans ce tableau, que des progrès sont en cours et que la région est en passe d'atteindre, sinon l'ensemble, du moins certaines des cibles dans le délai prévu.

Beaucoup reste à faire. L'une des mesures cruciales à prendre est d'accroître les ressources afin d'accélérer le rythme du progrès. Les pays doivent intensifier la mise en œuvre de leurs stratégies de développement et de réduction de la pauvreté fondées sur les OMD. Dans le même ordre d'idées, il faut multiplier les efforts pour éteindre les nouveaux foyers de tension qui risquent de remettre en cause les fragiles progrès enregistrés dans certains des pays en conflit et faire face aux défis potentiels que posent les changements climatiques. Il faut, par-dessus tout, concevoir de nouveaux mécanismes permettant aux pauvres de l'Afrique de participer activement aux efforts pour réaliser les OMD.

La Commission économique pour l'Afrique renforce son appui aux États membres pour leur permettre d'atteindre ces Objectifs. Elle prépare, de concert avec la Commission de l'Union africaine (CUA) et la Banque africaine de développement (BAD), un rapport annuel sur les progrès accomplis par le continent dans la réalisation des OMD, destiné au Sommet de l'Union africaine. À sa session de janvier 2008, la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'UA a adopté une résolution saluant la création par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Ban Ki-moon, du Comité directeur sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en Afrique. Elle a demandé à la CUA et à la CEA de lui faire rapport annuellement sur l'état de mise en œuvre de cette initiative.

La CEA améliore ses outils d'évaluation et d'analyse en vue de renforcer son appui. Elle a mis au point une carte des OMD permettant d'avoir une représentation visuelle comparative de l'état de mise en œuvre des objectifs sur l'ensemble du continent et aidant les pays à mieux cibler leurs interventions au niveau sous-régional. La Commission contribue, en collaboration avec le PNUD, à l'élaboration de stratégies nationales de développement sur la base des OMD, conformément à la décision du Sommet mondial de 2005.

La CEA, par l'intermédiaire de son Centre africain pour la statistique, s'attaque actuellement à l'épineux problème de données. Elle aide de nombreux pays africains à effectuer des recensements démographiques dans le cadre du cycle de recensement de la population et des logements de 2010. Les progrès sur ce plan sont très impressionnants. Douze pays (Burkina Faso, Cameroun, Congo, Djibouti, Égypte, Éthiopie, Guinée, Lesotho, Mozambique, Nigéria, Sainte-Hélène et Swaziland) ont déjà entrepris des recensements entre 2005 et 2007. Vingt et un autres, à savoir l'Algérie, le Burundi, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, le Ghana, la Guinée-Bissau, le Kenya, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mali, la Mauritanie, Maurice, le Niger, la République démocratique du Congo, les Seychelles, le Soudan, le Tchad, le Togo et la Zambie, envisagent d'en mener durant la période 2008– 2010. La CEA aidera les pays à analyser les données collectées à partir de ces recensements, données qui devraient améliorer considérablement la surveillance et le suivi des progrès dans la réalisation des OMD ainsi que la prise des décisions destinées à accélérer ces progrès.

Appendice I

Cadre révisé de suivi des OMD comprenant les nouvelles cibles et les nouveaux indicateurs, tel qu'il a été présenté à la soixante-deuxième session de l'Assemblée générale, ainsi que la nouvelle numérotation recommandée par le Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD à sa douzième réunion, le 14 novembre 2007

Objectifs du Millénaire pour le développement	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès
Objectif 1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim	
Cible 1.A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1. Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité de pouvoir d'achat (PPA) ¹⁸ 1.2. Indice d'écart de la pauvreté 1.3. Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale
Cible 1.B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4. Taux de croissance du PIB par personne occupée 1.5. Ratio emploi/population 1.6. Proportion de la population occupée disposant de moins d'un dollar par jour (en parité de pouvoir d'achat) 1.7. Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée
Cible 1.C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8. Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans 1.9. Proportion de la population n'atteignant pas l'apport calorique minimal
Objectif 2. Assurer l'éducation primaire pour tous	
Cible 2.A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1. Taux net de scolarisation dans le primaire 2.2. Proportion d'écoliers commençant la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire

¹⁸ Pour suivre l'évolution de la pauvreté dans les différents pays, il convient d'utiliser, lorsqu'ils existent, des indicateurs fondés sur les seuils de pauvreté nationaux.

Objectifs du Millénaire pour le développement	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès
	2.3. Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans, femmes et hommes
Objectif 3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	
Cible 3.A : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur 3.2. Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole 3.3. Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national
Objectif 4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Cible 4.A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2. Taux de mortalité infantile 4.3. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
Objectif 5. Améliorer la santé maternelle	
Cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1. Taux de mortalité maternelle 5.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Cible 5.B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	5.3. Taux de contraception 5.4. Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5. Accès aux soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites) 5.6. Besoins de planification familiale non couverts
Objectif 6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	
Cible 6.A : D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida	6.1. Taux de prévalence du VIH chez les 15 à 24 ans 6.2. Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque 6.3. Pourcentage des 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

Objectifs du Millénaire pour le développement	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès
Cible 6.B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	6.5. Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux
Cible 6.C : D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies graves	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 et proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés 6.8. Incidence et prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie 6.9. Proportion de cas de tuberculose décelés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation
Objectif 7. Préserver l'environnement	
Cible 7.A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources naturelles	7.1. Proportion de zones forestières 7.2. Émissions de CO ₂ par habitant et pour 1 dollar de produit intérieur brut (parité du pouvoir d'achat), et consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone 7.3. Proportion de stocks de poissons qui ne sont pas en danger pour des raisons biologiques 7.4. Taux d'utilisation de l'ensemble des ressources en eau
Cible 7.B : Réduire l'appauvrissement de la diversité biologique et en ramener le taux à un niveau sensiblement plus bas d'ici à 2010	7.5. Proportion de zones terrestres et marines protégées 7.6. Proportion d'espèces menacées d'extinction
Cible 7.C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès durable à l'eau potable et à des services d'assainissement de base	7.7. Proportion de la population utilisant une source d'eau de boisson améliorée 7.8. Proportion de la population utilisant des

Objectifs du Millénaire pour le développement	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès
	infrastructures d'assainissement améliorées
Cible 7.D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.9. Proportion de citoyens vivant dans des taudis ¹⁹
Objectif 8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	
<p>Cible 8.A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire</p> <p>Comprend un engagement en faveur de la bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international</p> <p>Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés</p> <p>Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application du programme renforcé d'allégement de la dette des pays pauvres très endettés et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté</p> <p>Cible 8.C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits États insulaires en développement et les décisions issues de la vingt-deuxième session extraordinaire de l'Assemblée générale)</p> <p>Cible 8.D : Traiter globalement le problème de</p>	<p><i>Certains des indicateurs ci-dessous font l'objet d'un suivi distinct pour les pays les moins avancés, l'Afrique, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement.</i></p> <p><u>Aide publique au développement (APD)</u></p> <p>8.1. Montant net de l'APD, totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs du Comité d'aide au développement (CAD)/OCDE</p> <p>8.2. Part de l'APD sectorielle des pays du CAD/OCDE consacrée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau salubre et assainissement)</p> <p>8.3. Proportion de l'APD bilatérale des pays du CAD/OCDE qui n'est pas liée</p> <p>8.4. APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut</p> <p>8.5. APD reçue par les petits États insulaires en développement en pourcentage de leur revenu national brut</p> <p><u>Accès aux marchés</u></p> <p>8.6. Proportion du total des importations des pays développés (en valeur, et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droits</p> <p>8.7. Droits de douane moyens appliqués par les pays développés aux produits agricoles, textiles et</p>

¹⁹ La proportion effective d'habitants de taudis s'obtient en calculant le nombre de citoyens soumis à l'une au moins des conditions suivantes : a) Accès insuffisant à une source d'eau améliorée; b) Accès insuffisant à des infrastructures d'assainissement améliorées; c) Surpeuplement (trois personnes ou plus par pièce); et d) Habitations faites de matériaux non durables.

Objectifs du Millénaire pour le développement	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès
la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement tolérable à long terme	<p>vêtements en provenance des pays en développement</p> <p>8.8. Estimation des subventions agricoles versées par les pays de l'OCDE en pourcentage de leur produit intérieur brut</p> <p>8.9. Proportion de l'APD allouée au renforcement des capacités commerciales</p>
	<p><u>Viabilité du niveau d'endettement</u></p> <p>8.10. Nombre total de pays ayant atteint leurs points de décision dans le cadre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) et nombre total de pays ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulatif)</p> <p>8.11. Allègement de la dette annoncé au titre de l'Initiative PPTE et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale</p> <p>8.12. Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services</p>
Cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments	8.13. Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans

Objectifs du Millénaire pour le développement	
Objectifs et cibles (énoncés dans la Déclaration du Millénaire)	Indicateurs de suivi des progrès
essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	des conditions pouvant être maintenues durablement
Cible 8.F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et des communications, profitent au plus grand nombre	8.14. Nombre de lignes téléphoniques pour 100 personnes 8.15. Pourcentage de la population abonné à un service de téléphonie mobile 8.16. Pourcentage de la population utilisant l'Internet

Bibliographie

Bertrand, J.T. et R. Anhang, 2006. The Effectiveness of Mass Media to Change HIV/AIDS-related behavior among young people in developing countries. In Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. Ross, D, Dick, B. et Ferguson, J. (éd) p.205 à 241. Organisation mondiale de la santé. Technical Report Series no. 938.

CEA (2005), Relever le défi posé par le chômage et la pauvreté en Afrique, Rapport économique sur l'Afrique, Addis-Abeba

ECA (2007), Évaluation des progrès accomplis par l'Afrique vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, 2007, rapport présenté à la Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique, Addis-Abeba

BIT (2008), Tendances mondiales de l'emploi, Genève

Sachs.J., Investir dans le développement: Plan pratique pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport au Secrétaire général de l'ONU, New York

Sahn & Stifel (2000) *Poverty Comparisons over time and across countries in Africa*, World Development Vol 28 No 12, Royaume-Uni.

ONUSIDA (2007) AIDS epidemic update, Genève

UNICEF (2008) The State of the World's children Child Survival, New York

Nations Unies (2007), Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, New York

Nations Unies (2007), *Situation et perspectives de l'économie mondiale 2007*, New York

OMS (2006), Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé, Genève

OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale (2007), Mortalité maternelle en 2005, Genève