



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

Vingt-neuvième réunion du Comité des experts



AFRICAN UNION
COMMISSION

Cinquième réunion du Comité des experts

**Réunion du Comité des experts de la troisième
réunion conjointe en 2010 de la Conférence des
ministres de l'économie et des finances de l'Union
africaine et de la Conférence des ministres africains
des finances, de la planification et du développement
économique de la Commission économique pour
l'Afrique**

*Lilongwe (Malawi)
25 –28 mars 2010*



Distr.: Générale
E/ECA/COE/29/15
AU/CAMEF/EXP/15(V)
Date: 5 mars 2010

FRANÇAIS
Original : ANGLAIS

Rapport 2010 sur l'évaluation des progrès accomplis par l'Afrique vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement

TABLE DES MATIÈRES

| | Page |
|--|------|
| Sigles/Acronymes..... | ii |
| Section 1: Introduction..... | 1 |
| Section 2: Bilan des progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles des OMD | 2 |
| 2.1. Progrès dans la réalisation des objectifs relatifs à la pauvreté et à la faim | 2 |
| 2.2. Progrès dans la réalisation des OMD relatifs à l'éducation | 6 |
| 2.3. Progrès dans la réalisation de l'objectif de l'égalité des sexes | 9 |
| 2.4. Progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé..... | 12 |
| 2.5. Progrès dans la réalisation des OMD relatifs à environnement | 22 |
| 2.6. Progrès vers le renforcement de la coopération internationale et la..... | 25 |
| mise en place d'un partenariat mondial | |
| Section 3: Conclusion et voie à suivre | 27 |
| Bibliographie:..... | 29 |

SIGLES/ACRONYMES

| | |
|----------|---|
| APD | Aide publique au développement |
| BAD | Banque africaine de développement |
| CEA | Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique |
| CUA | Commission de l'Union africaine |
| IADM | Initiative d'allègement de la dette multilatérale |
| MII | Moustiquaires imprégnées d'insecticide |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PMA | Pays les moins avancés |
| PNB | Produit national brut |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le développement |
| PPTE | Pays pauvres très endettés |
| RDC | République démocratique du Congo |
| RNB | Revenu national brut |
| TAR | Thérapie antirétrovirale |
| TMI | Taux de mortalité infantile |
| VIH/sida | Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise |
| WHS | Statistiques sanitaires mondiales |

Section 1: Introduction

1. En septembre 2010, les dirigeants du monde se réuniront de nouveau au Siège de l'Organisation des Nations Unies (ONU) à New York pour évaluer les progrès que les pays ont accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) convenus lors du Sommet du Millénaire de 2000. Ils feront le point sur les stratégies qui ont été couronnées de succès et sur celles qui ont abouti à un échec, tout comme ils réaffirmeront leur engagement à poursuivre les objectifs en question. Si de nombreux dirigeants feront état de progrès louables accomplis vers la réalisation de plusieurs des objectifs fixés, ce que vont dire les dirigeants africains ne suscitera pas autant d'espoir.

2. En tant que région, l'on considère que l'Afrique est en retard sur les autres régions du monde dans la réalisation des OMD. Les données sur lesquelles s'appuie la présente analyse, bien que n'étant à jour que jusqu'en 2007, confirment ce verdict. Toutefois, le tableau général ainsi brossé ne fait pas apparaître les résultats importants que sont en train d'obtenir des pays pris individuellement dans la poursuite des objectifs fixés et les énormes possibilités qui découlent de ces progrès. Au total, il ressort du présent rapport que les pays africains ont poursuivi une progression régulière pour atteindre les cibles des OMD. Comme indiqué dans les rapports précédents, le continent est sur la bonne voie pour réaliser les objectifs relatifs à l'enseignement primaire et à l'égalité homme-femme. Des progrès encourageants ont été enregistrés dans la lutte contre la tuberculose et la proportion d'enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est en augmentation.

3. Tout aussi encourageant est le fait que le niveau de l'engagement politique en faveur des OMD reste très élevé, en dépit des crises – énergétique, alimentaire, économique et financière – qui ont dans un passé récent durement frappé le continent. De nombreux pays ont adopté d'importantes réformes institutionnelles – décentralisation pour améliorer la prestation des services sociaux, amélioration de la coordination et de la cohérence dans les politiques, planification fondée sur les OMD – afin de donner une nouvelle impulsion aux efforts tendant à la réalisation des OMD. L'appui international à la réalisation des OMD en Afrique reste important. Se trouve ainsi créé un point d'appui pour accélérer le rythme de progression vers la réalisation des OMD au cours des cinq dernières années du programme les concernant.

4. Les défis à relever restent cependant nombreux. La situation économique a été difficile en 2009. Les tourbillons de la crise financière et économique mondiale commencent certes à se calmer, mais leurs effets sur les économies africaines et sur la capacité des pays africains d'atteindre les OMD se feront encore sentir longtemps. La crise a eu des effets fâcheux importants sur la santé budgétaire de nombre de pays africains, du fait qu'elle a ralenti le rythme des progrès pour atteindre les cibles des OMD, quand elle n'a pas freiné ce rythme de progression ou provoqué une régression.

5. Le présent rapport constitue la version abrégée d'un rapport plus exhaustif, intitulé « *Examen 2010 des progrès accomplis en Afrique en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement* », un rapport annuel établi par la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), la Commission de l'Union africaine (CUA) et la Banque africaine de développement (BAD), avec, cette année, la contribution du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Il repose sur des données émanant de la Division de statistique du Secrétariat de l'ONU, le dépositaire officiel des données permettant d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des cibles des OMD.

6. Le rapport se divise en trois sections : l'introduction (section 1) est suivie de la section 2, qui contient une évaluation des progrès accomplis dans la réalisation de chacun des huit objectifs. Les progrès sont analysés dans le cadre des six modules thématiques suivants : a) l'objectif 1 est examiné dans le cadre du module sur la faim et la pauvreté ; b) l'objectif 2 l'est dans le cadre du module sur l'éducation ; c) l'objectif 3 est analysé dans le cadre du module sur l'égalité homme-femme ; d) les objectifs 4, 5 et 6 le sont dans le cadre du module sur la santé ; l'objectif 7 est examiné dans le cadre du module sur l'environnement et les objectifs 7 et 8 sont analysés dans le cadre du module sur le partenariat mondial. La section 3 contient les conclusions générales et les propositions concernant la voie à suivre.

Section 2.: Bilan des progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles des OMD

2.1. Progrès dans la réalisation des objectifs relatifs à la pauvreté et à la faim

7. *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 1 dollar par jour ;
- Cible 1.B – Réaliser le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les enfants, de trouver un travail décent et productif ;
- Cible 1.C – Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

8. L'Afrique en tant que région n'a pas enregistré les résultats obtenus sur le plan mondial dans la réduction de la pauvreté, même si les revenus moyens ont été en hausse dans la région. Des pays comme le Ghana sont en train de progresser vers la réduction de la pauvreté (le Ghana a déjà atteint la cible), mais la région prise ensemble n'atteindra pas la cible de réduction de la pauvreté avant la date butoir. Selon les estimations de la Banque mondiale, le nombre d'Africains vivant sous le seuil de la pauvreté va probablement augmenter d'ici à la date butoir. Une proportion significative de pauvres en Afrique est constituée de pauvres chroniques, ce qui signifie qu'il faudra consentir beaucoup plus d'efforts pour les sortir de la pauvreté.

9. En 2005, les pays riches ont pris des engagements ambitieux en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté dans le monde. Au sommet de Gleneagles, les pays du G-8¹ sont convenus d'augmenter progressivement l'aide à l'Afrique et d'améliorer l'efficacité de cette aide. Les dirigeants africains, pour leur part, se sont engagés à assumer la responsabilité de leur propre développement en améliorant la gouvernance, en faisant respecter l'État de droit et en mobilisant leurs ressources en faveur de la lutte contre la pauvreté.

¹ Allemagne, Canada, États-Unis d'Amérique, France, Italie, Japon, Russie et Royaume-Uni

Indicateur 1.1. : Proportion de la population disposant de moins de 1 dollar par jour en proportion du pouvoir d'achat (PPA)

10. Selon la Banque mondiale, en Afrique hors Afrique du Nord, la proportion de la population disposant de 1,25 dollar par jour était de 50% en 2005, soit la même qu'en 1981, après une hausse suivie d'une baisse au cours de la période. Le nombre de pauvres a quasiment doublé, passant de 200 millions en 1981 à près de 380 millions en 2005. Si cette tendance se maintient, le tiers des pauvres du monde seront des Africains d'ici à 2015. La consommation moyenne des pauvres vivant en Afrique subsaharienne était d'un faible montant de 70 cents par jour en 2005. Face à cette si grande pauvreté, le continent a besoin d'une croissance encore plus forte que celle réalisée dans les autres régions du monde pour parvenir aux mêmes résultats que ces dernières dans la lutte contre la pauvreté (Banque mondiale, 2009).

Indicateur 1.4. : Taux de croissance du PIB par personne occupée

11. Un accroissement soutenu de la productivité de la main-d'œuvre est d'une importance cruciale, si l'on veut renforcer les moyens dont disposent les économies africaines pour réduire la pauvreté. Les données recueillies en Afrique sur le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) par personne occupée, un indicateur utilisé pour la première fois en 2007, sont contrastées. Plus de 84% des 48 pays pour lesquelles des données sont disponibles font état de tendances positives dans le domaine de l'accroissement de la productivité de la main-d'œuvre entre 1992 et 2007. En tête du peloton (bien que partis de taux de croissance négatifs) se trouvent l'Angola, l'Éthiopie, le Malawi, le Mozambique, la République démocratique du Congo (RDC) et la Sierra Leone. Dix pays² ont fait état d'une baisse de leurs taux de croissance de la productivité de la main-d'œuvre au cours de la période considérée.

12. Une analyse plus fouillée des données par sous-région fait apparaître que toutes les sous-régions, à l'exception de l'Afrique du Nord, avaient connu des taux négatifs d'accroissement de la productivité de la main-d'œuvre en 1992, qui sert d'année de référence. Toutefois, elles ont toutes vu leurs taux s'améliorer au cours d'une période de 16 années. Dans cette période comprise entre 1992 et 2008, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe ont obtenu les meilleurs résultats, améliorant leurs taux de croissance de la productivité de leur main-d'œuvre de près de 11,5 points de pourcentage ; elles sont suivies de l'Afrique du Nord et de l'Afrique centrale. Les gains obtenus dans ce domaine étaient moindres en Afrique de l'Ouest, en raison probablement des nombreux conflits que connaissait la sous-région.

Indicateur 1.5. : Ratio emploi/population

13. Le ratio emploi/population, une mesure du nombre de personnes dépendant d'un seul salaire, a stagné entre 1991 et 2007 dans toutes les sous-régions du continent. Le ratio a baissé dans 28 des 50 pays pour lesquels des données sont disponibles, et plus particulièrement en Tanzanie, en Mauritanie et au Rwanda, pays dans lesquels le ratio du taux emploi/population a connu un déclin de respectivement de 9,3, 7,5 et 7 points de pourcentage. Le Lesotho, l'Éthiopie et l'Algérie ont constitué des exceptions remarquables, ayant enregistré un changement positif, traduit par une amélioration du taux emploi/population respectivement de 5, 5, 8,8, et 11,1 points de pourcentage.

² Botswana, Comores, Erythrée, Guinée équatoriale, Lesotho Mali, Namibie, Rwanda, Tchad et Tunisie

14. Au niveau sous-régional, le ratio du taux emploi/population était en 2007 à peu près le même qu'en 1991 dans toutes les sous-régions, à l'exception de l'Afrique de l'Ouest, qui a enregistré une baisse de son taux. Un certain nombre de facteurs peuvent être à l'origine de ce déclin de taux en Afrique de l'Ouest, au nombre desquels figurent notamment l'accroissement démographique et les répercussions fâcheuses sur l'emploi des nombreux conflits existant dans la sous-région. L'Afrique de l'Est avait enregistré le pourcentage de ratio emploi/population le plus élevé.

15. La cible 1.C de l'objectif sert de mesure de la pénurie alimentaire. Les progrès pour atteindre cette cible ont été sous la menace des effets combinés de la crise alimentaire de 2008, de la crise énergétique et de la crise économique et financière mondiale. En 2010, la faim continue de sévir dans de nombreux pays africains. Les récentes crises alimentaire et économique mondiales font que nombre de pays africains ne pourront pas atteindre cette cible (Rapport des Nations Unis sur les OMD, 2009).

16. Une évaluation d'ensemble des progrès réalisés dans la réduction de la faim montre que, en 2007, le continent continuait à progresser vers cette cible en termes de proportion, même si le nombre réel de personnes qui souffrent de la faim est à la hausse. Le Ghana a déjà atteint la cible, dans une large mesure grâce à une bonne gouvernance qui ne se dément pas, à la mise en œuvre de politiques macroéconomiques saines et à l'accroissement des investissements dans l'agriculture. Les pays d'Afrique du Nord ont eux aussi atteint la cible. Il conviendrait néanmoins d'intensifier les efforts pour atteindre cette cible, compte tenu de l'interaction qui existe entre elle et les autres OMD, en particulier ceux qui ont un lien avec la santé, la coopération internationale demeurant d'importance cruciale à cet égard.

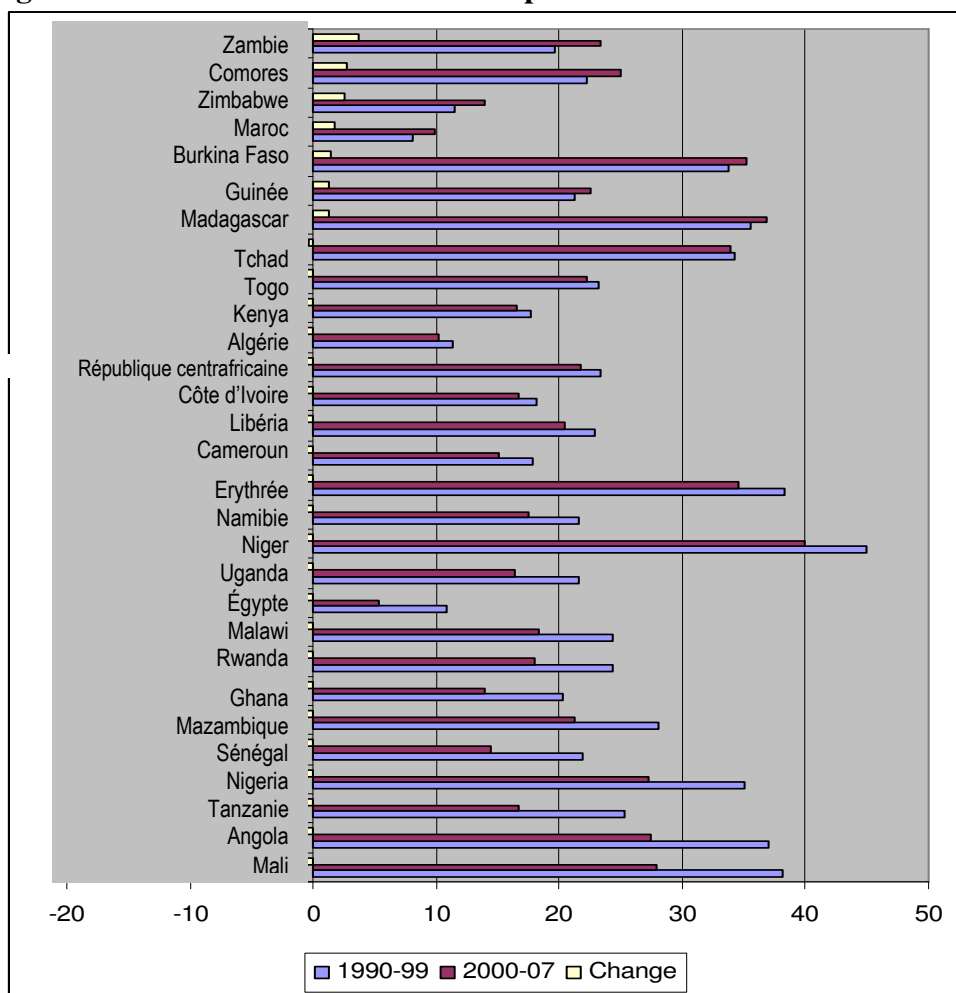
17. Dans l'ensemble, les efforts visant à stimuler la production agricole commencent à porter leurs fruits. Le Malawi, par exemple, est parvenu à augmenter fortement la productivité de son agriculture. Cependant, les avis divergent quant au coût de la faim en Afrique. Le Sommet alimentaire mondial de 2009 sur la sécurité alimentaire a estimé qu'un montant de 44 milliards de dollars serait nécessaire chaque année pour éliminer la faim et parvenir à la sécurité alimentaire dans le monde, tandis que la Banque mondiale, elle, a estimé que l'intervention dans les pays les plus fortement touchés coûterait 11,8 milliards de dollars par an.

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

18. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est une autre mesure de la pénurie alimentaire, cette prévalence ayant chuté, par rapport à l'indice poids pour âge médian de la population de référence, d'indices inférieurs à deux fois moins (-2) les écarts-types, soit des écarts-type d'une insuffisance pondérale modérée et grave, à des indices inférieurs à trois fois moins (-3) les écarts-types, soit des écarts-types d'une insuffisance pondérale grave. Cet indicateur permet de mesurer les effets combinés de la malnutrition aiguë et chronique. Dans l'ensemble, le rythme de progression vers la réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique a été lent, mais la progression est réelle dans la majorité des pays. Comme le montre la figure 1, 22 pays sur 29, pour lesquels des données sont disponibles, ont réalisé des progrès dans la réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans au cours de la période 1990-1999 à 2000-2007, le taux de progression variant d'un pays à l'autre. Douze pays ont réduit la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans de plus de 5 points de pourcentage, alors que les dix

pays restants ont réduit cette prévalence de moins de 5 points de pourcentage. Dans sept pays, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans s'est accrue au cours de cette même période.

Figure 1. : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans



Source: Calculs de la CEA fondés sur les données des statistiques sanitaires mondiales (WHS) 2009. Les données concernant 24 pays³ n'étaient pas disponibles pour la période considérée.

Indicateur 1.9. : Proportion de la population n'atteignant pas l'apport calorique minimal

19. Les résultats de l'Afrique sont médiocres, en ce qui concerne cet indicateur. Bien que le nombre absolu de personnes sous-alimentées dans la région ait augmenté en moyenne, passant de 172,8 millions en 1990-92 à 217,2 millions en 2004-2006, la proportion de la population n'atteignant pas l'apport calorique minimal a connu une légère baisse, passant de 34% à 30%,

³ Il s'agit des pays suivants : Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Djibouti, Éthiopie, Gabon, Guinée équatoriale, Gambie, Guinée-Bissau, Lesotho, Libye, Maurice, Mauritanie, RDC, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland et Tunisie.

excepté en Afrique du Nord, où moins de 5% de la population est sous-alimentée. Par ailleurs, l'Afrique de l'Ouest a fait état d'une diminution du nombre absolu de personnes sous-alimentées au cours de la période.

2.2. Progrès dans la réalisation des OMD relatifs à l'éducation

20. 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.

Indicateur 2.1. : Taux net de scolarisation dans le primaire

21. Les pays africains continuent de réaliser de bons résultats, s'agissant de la réalisation de la plupart des objectifs dans le domaine de l'éducation. Les taux nets de scolarisation dans le primaire se sont accrus dans tous les pays et la région dans son ensemble va satisfaire à cet indicateur. Parmi les pays qui ont fait état de résultats remarquables figurent l'Éthiopie, la Guinée, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Maroc et la Mauritanie. Dès 2007, l'Algérie, l'Égypte, Madagascar, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, la Tunisie et la Zambie, avaient atteint la cible ou se trouvaient à seulement 5 points de pourcentage du but, tandis que l'Afrique du Sud, le Maroc et l'Ouganda se trouvaient à quelque 5 à 10 points de pourcentage de la cible. Treize autres pays sont susceptibles d'atteindre cette cible. Dans sept autres pays, le taux net de scolarisation dans le primaire était très faible et se trouvait éloigné de quelque 37 à 58 points de pourcentage de la cible. Mais tout ne doit pas inciter à l'optimisme face à ces résultats, qui demeurent fragiles. Dans la période comprise entre 2005 et 2007, l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Cap-Vert, l'Érythrée, le Malawi, le Togo et la Tunisie, ont enregistré des taux de scolarisation dans le primaire en régression, en termes réels.

Indicateur 2.2. : Proportion d'écoliers commençant la première année d'études primaires qui terminent l'école primaire

22. Si les nouvelles concernant le taux de scolarisation sont encourageantes, le rythme de progression des taux d'achèvement des études demeure, lui, très lent. Même si ce taux ne constitue pas un indicateur OMD, il a néanmoins été utilisé en tant que succédané de cet indicateur, en l'absence de données permettant d'évaluer la qualité du système d'enseignement. Il aide à mesurer les résultats qu'obtient un système d'éducation en matière de baisse du taux d'abandon scolaire ou de maintien des enfants à l'école jusqu'à l'achèvement des études primaires.

23. Sur 24 pays⁴ qui ont communiqué des données entre 1991 et 2007, 92% ont affiché des taux d'achèvement des études primaires en augmentation sensible. Parmi ces pays, 31% avaient enregistré une hausse de taux allant de 25 à 47 points de pourcentage, tandis que 30% étaient parvenus à une amélioration de taux de 10 à 25 points de pourcentage. Le reste des pays affichaient une amélioration de moins de 10 points de pourcentage.

⁴ Afrique du Sud, Algérie, Burkina-Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Niger, République centrafricaine, RDC, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Tchad, Togo, Tunisie.

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

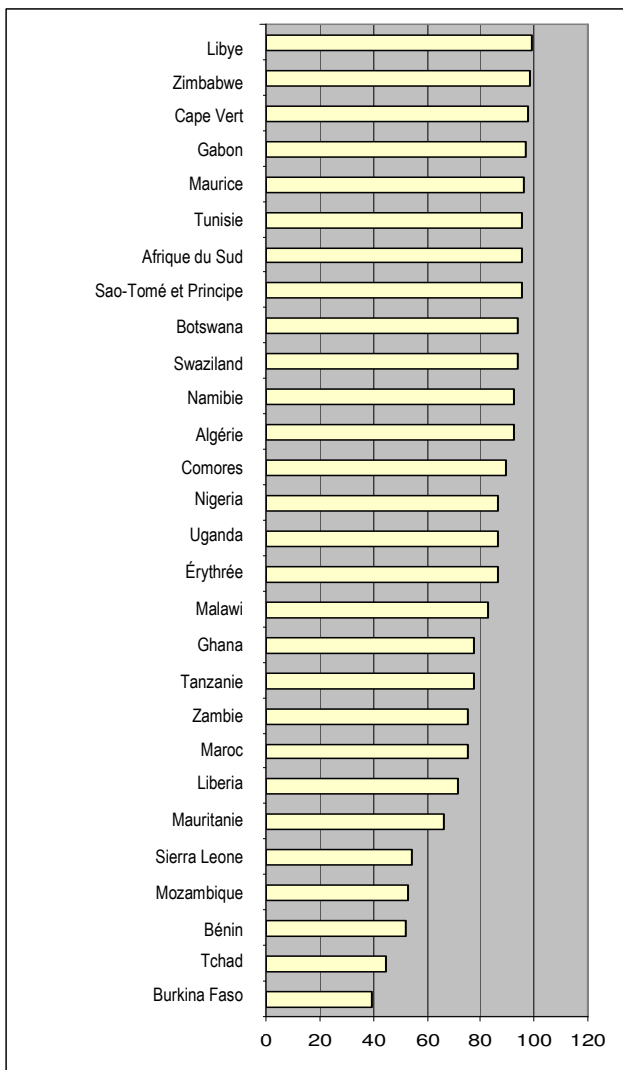
24. Les progrès en matière d'alphabétisation des jeunes en Afrique (*voir figure 2*) continuent d'être excellents, les pays ayant les taux d'achèvement les plus élevés étant sur le bonne voie et non loin d'atteindre la cible fixée. En 2007, huit pays⁵ étaient à moins de 5 points de pourcentage de cette cible, alors que quatre autres en étaient à moins de 10 points de pourcentage. En revanche, sept des 28 pays pour lesquels des données sont disponibles étaient très loin de la cible, de 28 à 60 points de pourcentage. Les taux d'alphabétisation par sexe sont contrastés. Bien que les jeunes hommes aient en moyenne plus de chances d'être alphabétisés que les femmes, le contraire peut être vrai dans un certain nombre de pays⁶.

⁵ Afrique du Sud, Cap-Vert, Gabon, Libye, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Tunisie et Zimbabwe

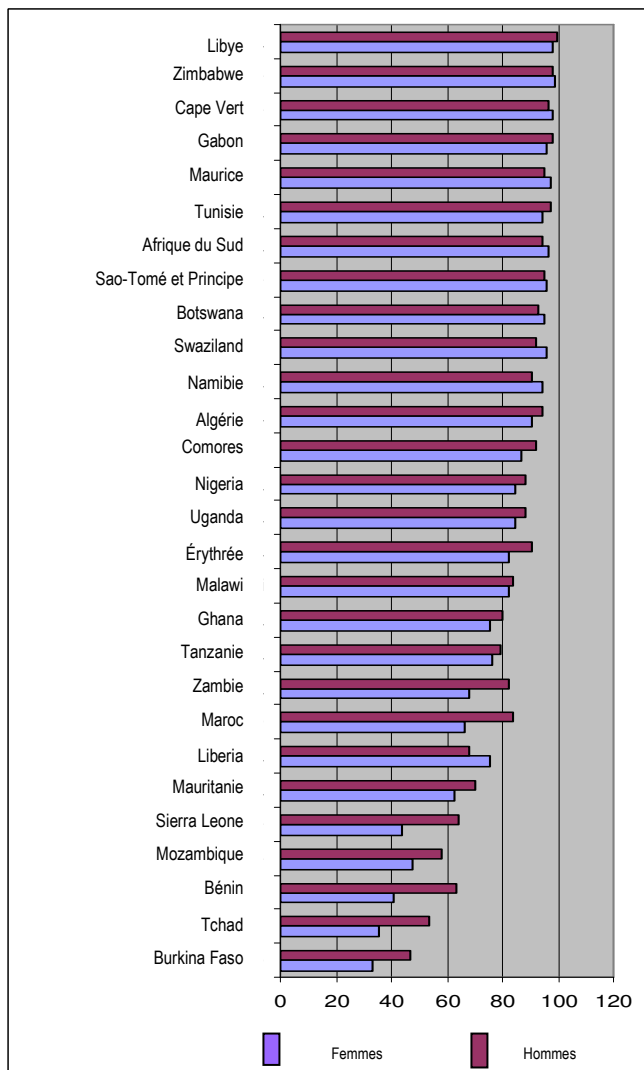
⁶ Afrique du sud, Botswana, Cap-Vert, Maurice, Libéria, Namibie et Zimbabwe

Figure 2 : Taux d’alphabétisation des 15-24 ans dans un certain nombre de pays disposant de données pour 2007

Taux d’alphabétisation, pour les deux sexes



Taux d’alphabétisation, pour les deux sexes



Source : Calculs effectués par la CEA sur la base de données fournies par la Division de statistique de l’ONU, mises à jour en juillet 2009. Il n’y avait pas de données concernant les 25 pays ci-après en 2007 (Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d’Ivoire, Djibouti, Égypte, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Madagascar, Mali, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Somalie, Soudan, Togo).

2.3. Progrès dans la réalisation de l'objectif de l'égalité des sexes

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

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

26. Les pays africains continuent d'enregistrer des progrès en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes. La parité entre les sexes dans l'enseignement primaire sera probablement réalisée par la plupart des pays. Il est toutefois regrettable qu'elle régresse dans l'enseignement secondaire, devenant cependant plus grande dans l'enseignement supérieur. L'évaluation de la proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole demeure difficile en raison de données insuffisantes. En 2009, la tendance globale à la hausse de la proportion de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux africains demeure ferme. S'agissant de cet indicateur, des pays comme l'Angola, le Mozambique et le Rwanda ont pris une longueur d'avance sur le reste du continent.

Indicateur 3.1. : Rapports filles/garçons dans l'enseignant primaire, secondaire et supérieur

27. La parité entre les sexes dans l'enseignement primaire continue de progresser. Les données pour évaluer les progrès faits au titre de cet indicateur sont disponibles pour trente-huit pays. Entre 1991 et 2007, l'indice de parité dans l'enseignement primaire a légèrement fléchi en Afrique du Sud, en Érythrée, en Guinée équatoriale, à Madagascar, à Maurice, en Namibie et au Swaziland. Maurice est le seul pays à avoir réussi à maintenir la parité entre les sexes pendant toute la période allant de 1991 à 2007. Le Cameroun, le Cap-Vert et la Tanzanie n'ont, eux, enregistré aucun changement dans les niveaux de parité entre les sexes pendant la même période. Les 28 pays restants ont amélioré cette parité de 0,02 à 0,37 points. Dans l'ensemble, si la tendance actuelle se poursuit, la plupart des pays africains atteindront la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire d'ici à la date butoir.

28. La comparaison au niveau de la région montre que les pays d'Afrique australe, pourtant les plus près d'atteindre la cible de la parité entre les sexes, sont ceux qui ont enregistré le moins de progrès en la matière, les résultats de l'Afrique du Sud, de Madagascar, de la Namibie et du Swaziland indiquant une régression. Les pays d'Afrique de l'Ouest ont obtenu les progrès les plus importants dans ce domaine, les meilleurs résultats ayant été obtenus par la Gambie, la Guinée, la Mauritanie et le Sénégal. Quant à l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale, elles ont, dans l'ensemble, réalisé des progrès en la matière.

29. L'indice de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire a connu une amélioration entre 1991 et 2007 dans les vingt-six pays pour lesquels des données sont disponibles. L'Afrique du Sud, L'Éthiopie, Madagascar, la Namibie et le Swaziland ont enregistré une régression en ce domaine, l'Afrique du Sud ayant affiché la régression la plus importante. Les dix-neuf pays restants ont réduit la disparité entre les sexes de 0,03 à 0,4 point, la Gambie et la Mauritanie ayant enregistré la baisse la plus importante, soit 0,4 point ; elles sont suivies de près par le Malawi (0,37 point). L'Afrique du Sud, le Cap-Vert, la Namibie et Sao Tomé- et- Principe, qui ont affiché un indice de parité entre les sexes au dessus de 1 point dans l'enseignement secondaire ont plus de filles

scolarisées dans le secondaire que de garçons. La plupart des pays n'ayant pas réalisé dans le secondaire un indice de parité de 0,90 dans ce domaine en 2007, si les tendances actuelles se poursuivent, il est très peu probable que la région dans son ensemble atteigne cette cible d'ici à 2015.

30. Il ressort de la comparaison au niveau de la région que, bien qu'étant les plus près de réaliser la parité, les pays d'Afrique australe sont ceux qui ont enregistré le moins de progrès. L'Afrique du Nord a accompli des progrès considérables en la matière et a atteint en 2007 le même niveau que l'Afrique australe. Certes, l'Afrique de l'Ouest a affiché le plus de progrès dans ce domaine, mais elle a toujours du retard sur l'Afrique de l'Est. Les pays d'Afrique centrale ont enregistré des progrès plus importants que les pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe ; cela dit, ils sont distancés par le reste de l'Afrique en matière de parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire.

31. De nombreux pays africains continuent de ne pas rendre compte de la parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur, neuf pays seulement ayant fourni des données pour la période 1991 à 2007 (Burkina Faso, Burundi, Éthiopie, Ghana, Madagascar, Malawi, Maroc, Tanzanie et Tunisie). Il ressort de l'analyse des données disponibles pour ces huit pays qu'ils ont tous réduit la disparité entre les sexes, la Tunisie ayant obtenu les meilleurs résultats (0,85), suivie du Maroc (0,31) et de la Tanzanie (0,29). Les données pour 2007 montrent que le Cap-Vert, l'Algérie et la Tunisie affichent même des indices supérieurs à 1, ayant enregistré respectivement des indices de 1,21, 1,4 et 1,51, ce qui indique que, dans ces pays, les femmes ont beaucoup plus de chances que les hommes d'avoir accès à l'enseignement supérieur. La majorité des pays africains n'étant pas encore parvenu à un indice de parité de 0,90 entre les sexes et de nombreux pays éprouvant encore d'énormes difficultés pour atteindre un indice de 0,50, il est hautement improbable que les pays africains atteignent cette cible d'ici à 2015, si la tendance actuelle se poursuit.

Indicateur 3.2. : Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole

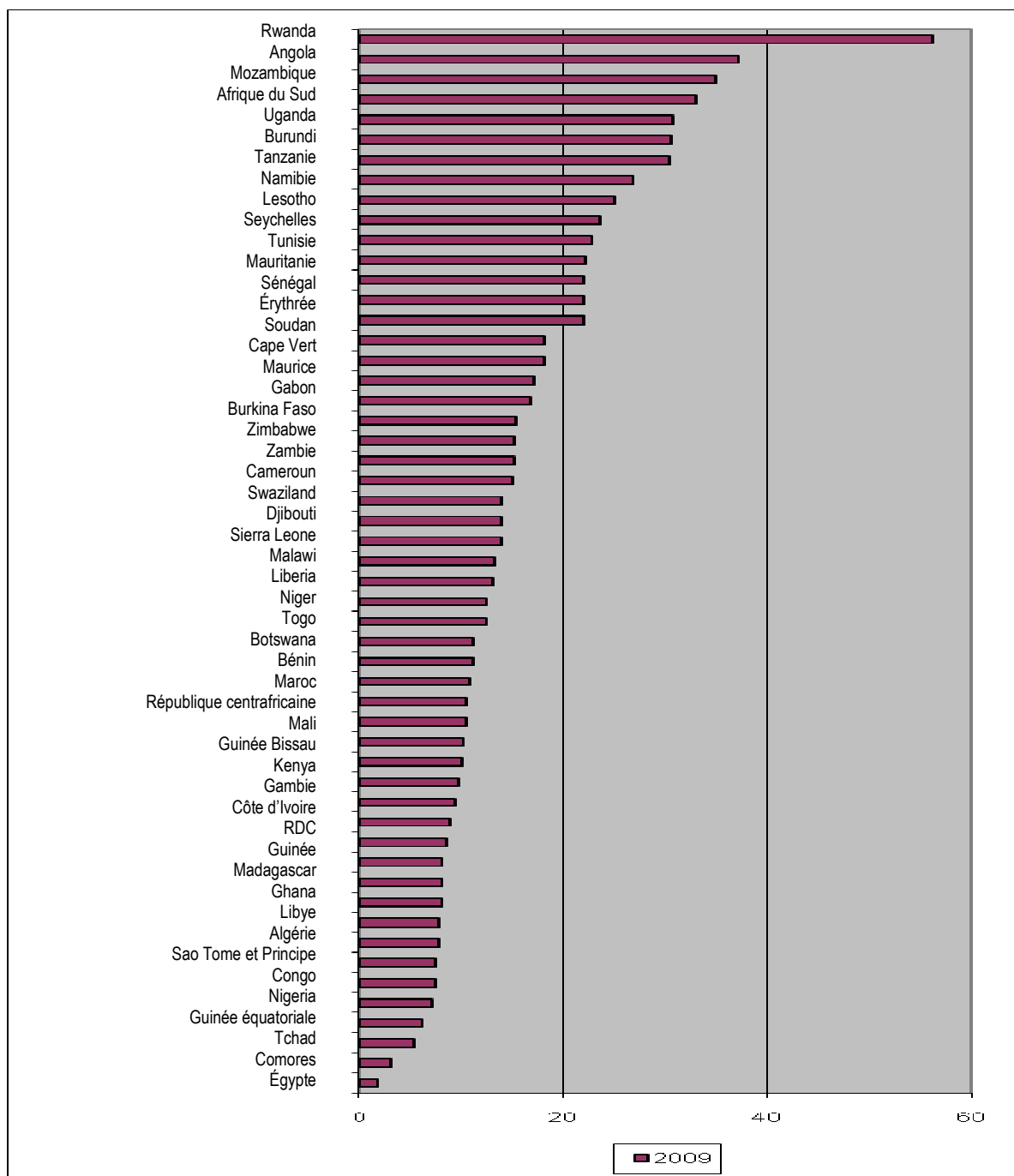
32. Cet indicateur mesure l'égalité entre les sexes, mais il est difficile de faire rapport à son sujet en raison du manque de données. Selon les renseignements disponibles, l'Éthiopie (47%) la République centrafricaine (47%), l'Afrique du Sud (44%) et le Botswana (40%) semblent en bonne voie pour réaliser la parité entre les sexes alors que des pays comme le Sénégal (en 11%), le Libéria (11%), l'Algérie (15%), la Libye (16%) et l'Égypte (18%) ont besoin de davantage d'efforts pour atteindre la parité entre les sexes dans l'emploi salarié.

Indicateur 3.3. : Proportion des sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux

33. L'évolution de la situation en ce qui concerne le nombre de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux entre 1990, l'année de référence, et 2009 a été impressionnante. Des 37 pays africains pour des données sont disponibles pour la période 1990 à 2009, 31 ont augmenté la proportion des sièges occupés par des femmes, alors que le Cameroun, le Congo, l'Égypte, la Guinée-Bissau, la Guinée équatoriale et Sao Tomé-et-Principe ont connu une réduction du pourcentage de sièges parlementaires occupés par des femmes. Le Rwanda arrive largement en tête avec 56,3% de sièges parlementaires occupés par des femmes, suivi de l'Angola (37,3%) du Mozambique (34,8%), de l'Afrique du Sud (33%) et de l'Ouganda (30,7%), les 36 pays restants qui ont enregistré des progrès dans ce domaine au cours de la même période comptant une proportion de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux inférieure à 30%. Bien que les

tendances globales pour cet indicateur soient positives en Afrique, il y a lieu de fixer officiellement un quota minimum de sièges parlementaires revenant aux femmes dans les parlements afin d'éviter que les progrès obtenus ne soient remis en cause d'une élection à l'autre.

Figure 3: Proportion des sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux en 2009



Source: Calculs effectués par la CEA sur la base de données de la Division de statistique de l'ONU, mises à jour en juillet 2009

34. Sur les 53 pays africains (*voir figure 3*), sept ont indiqué que la proportion de sièges parlementaires occupés par des femmes dépasse 30%, 17 autres ont fait part d'une proportion inférieure à 10%, alors que les 29 pays restants ont fait état d'une proportion de femmes occupant des sièges parlementaires allant de 10 à 30%.

35. Il ressort de l'examen des tendances sous-régionales que toutes les sous-régions, à l'exception de l'Afrique centrale, ont connu dans l'ensemble une augmentation de la proportion de sièges parlementaires occupés par des femmes au cours de la période comprise entre 1990 à 2009, les progrès les plus importants ayant été enregistrés en Afrique australe et en Afrique de l'Est. Toutefois, une analyse plus minutieuse des tendances sous-régionale permet de constater que l'amélioration de la situation a été beaucoup plus importante dans les sous-régions de l'Afrique du Nord, de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe entre 1990 et 2005, alors que l'Afrique centrale a enregistré une chute brutale du nombre de sièges parlementaires occupés par des femmes.

2.4. Progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé

36. **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 ;

37. **Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle**

- Cible 5.A : Réduire de trois-quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ;
- Cible 5. B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015.

38. **Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies**

- Cible 6.A : D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inversé la progression du VIH/sida ;
- Cible 6. B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida ;
- Cible 6.C : D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies.

Santé infantile

39. La mortalité infantile mesurée selon *le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans*, qui est la probabilité (exprimée en tant que taux pour 1000 naissances vivantes) qu'un enfant né une année donnée meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans, est communément utilisée, compte tenu des taux courants de mortalité par âge. Des progrès, quoique lents, continuent à être enregistrés en

Afrique dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ce taux a baissé de 21%, passant de 168 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 132 décès pour 1000 naissances vivantes en 2008 (Danzhen *et al*, 2009).

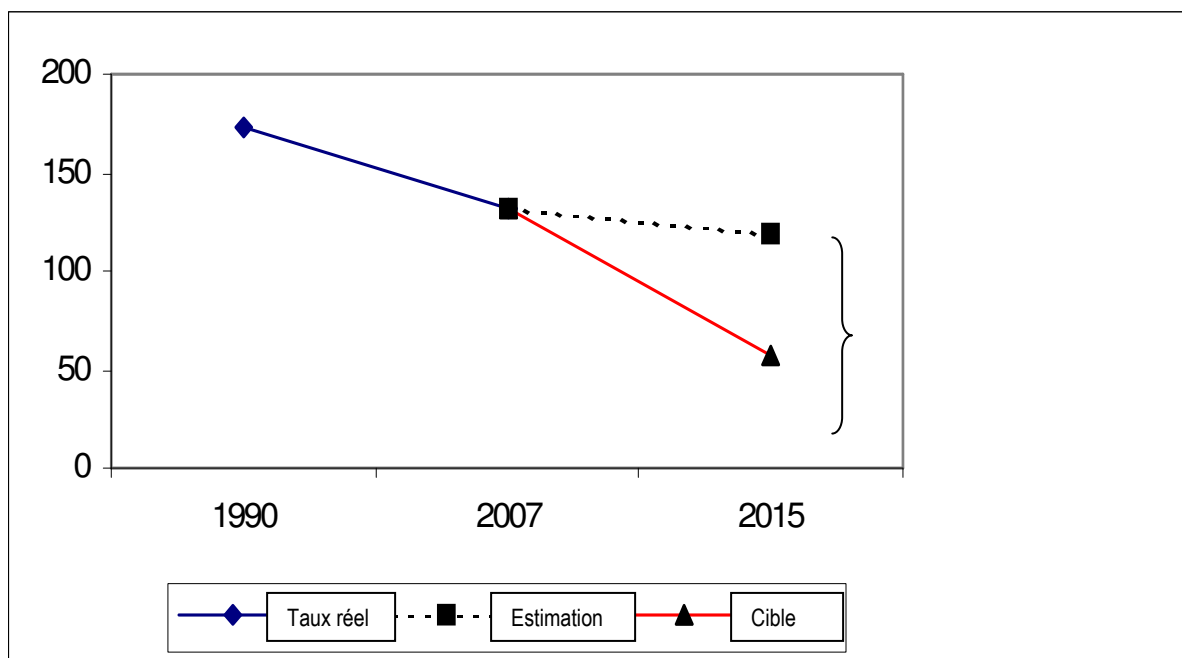
Indicateur 4.1. : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

40. Les progrès accomplis en matière de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans varient considérablement selon les pays. Les pays africains à revenu moyen que sont l'Algérie, le Cap-Vert, l'Égypte, la Libye la Mauritanie, le Maroc, les Seychelles et la Tunisie sont en bonne voie pour atteindre l'objectif de réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Des pays tels que l'Angola, le Bénin, les Comores, l'Érythrée, la Guinée, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Niger, le Rwanda, la Somalie et le Togo ont signalé des améliorations rapides en ce qui concerne le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (une baisse de quelque 50 points de pourcentage ou plus) par rapport à des valeurs initiales très élevées, mais ce rythme de progression est insuffisant pour leur permettre d'atteindre la cible fixée. Les progrès demeurent très lents (moins de 10%) dans 10 pays⁷. Dans six pays, à savoir le Cameroun (6,5%), la République centrafricaine (0,6%), le Tchad (4%), le Congo (20,2%), le Kenya (24,7%) et la Zambie (4,3%), la mortalité des enfants de moins de 5 ans a augmenté entre 1990 et 2008.

41. Si la tendance actuelle se poursuit, le continent dans son ensemble ne pourra probablement pas atteindre la cible de la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans avant la date butoir, comme indiqué dans la figure 4. Le manque d'accès à des soins de santé de qualité, à l'eau potable, à l'assainissement, la dénutrition, le VIH/sida, le taux élevé de mortalité néonatale, le paludisme, la diarrhée, la rougeole sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Étendre la prévention et renforcer les moyens de traitement à faible coût pourraient permettre de sauver la vie de la plupart des enfants qui en sont victimes. Les systèmes d'état civil – enregistrement des naissances et des décès - constituent les meilleures sources de données sur les taux de mortalité infantile et des enfants de moins de 5 ans. Comme ces systèmes sont pratiquement inexistant dans de nombreux pays africains, ce sont les enquêtes sur les ménages portant sur les enfants qui sont utilisées.

⁷ Sierra Leone (9,7%), Mauritanie (8,5%), Afrique du Sud (7,8%), Burkina Faso (7,3%), Zimbabwe (5,3%), Swaziland (5,2%), Burundi (4,8%), Ghana (4,2%), Sao Tomé-et-Principe (2%) et Gabon (1,1%).

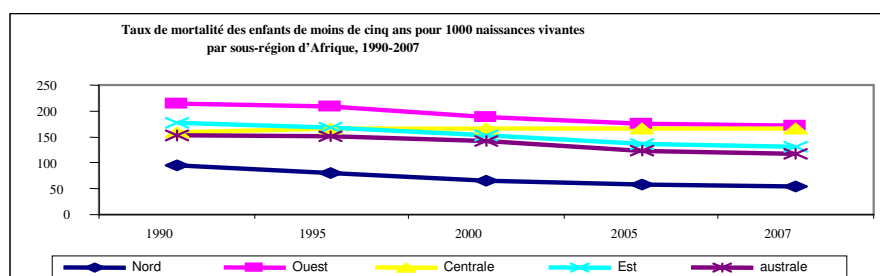
Figure 4: Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour la période 1990-2007 ; taux estimé pour 2015 et cible à atteindre en 2015



Source: Calculs effectués par la CEA sur la base de données de la Division statistique de l'ONU, mises à jour en juillet 2009.

42. La figure 4 fournit une synthèse par sous-région. À l'exception de l'Afrique centrale, toutes les sous-régions ont accompli des progrès dans la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. L'Afrique du Nord a réalisé la progression la plus importante, avec un recul de 42% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2007 ; elle est suivie de l'Afrique de l'Est (26%), de l'Afrique australe (24%) et de l'Afrique de l'Ouest (20%). En Afrique centrale, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a augmenté de 5% au cours de la période comprise entre 1990 et 2007. Les données pour 2007 indiquent que les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans les plus élevés ont été enregistrés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale.

Figure 5 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par sous-région (1990-2007), estimation de 2015 et cible fixée pour 2015



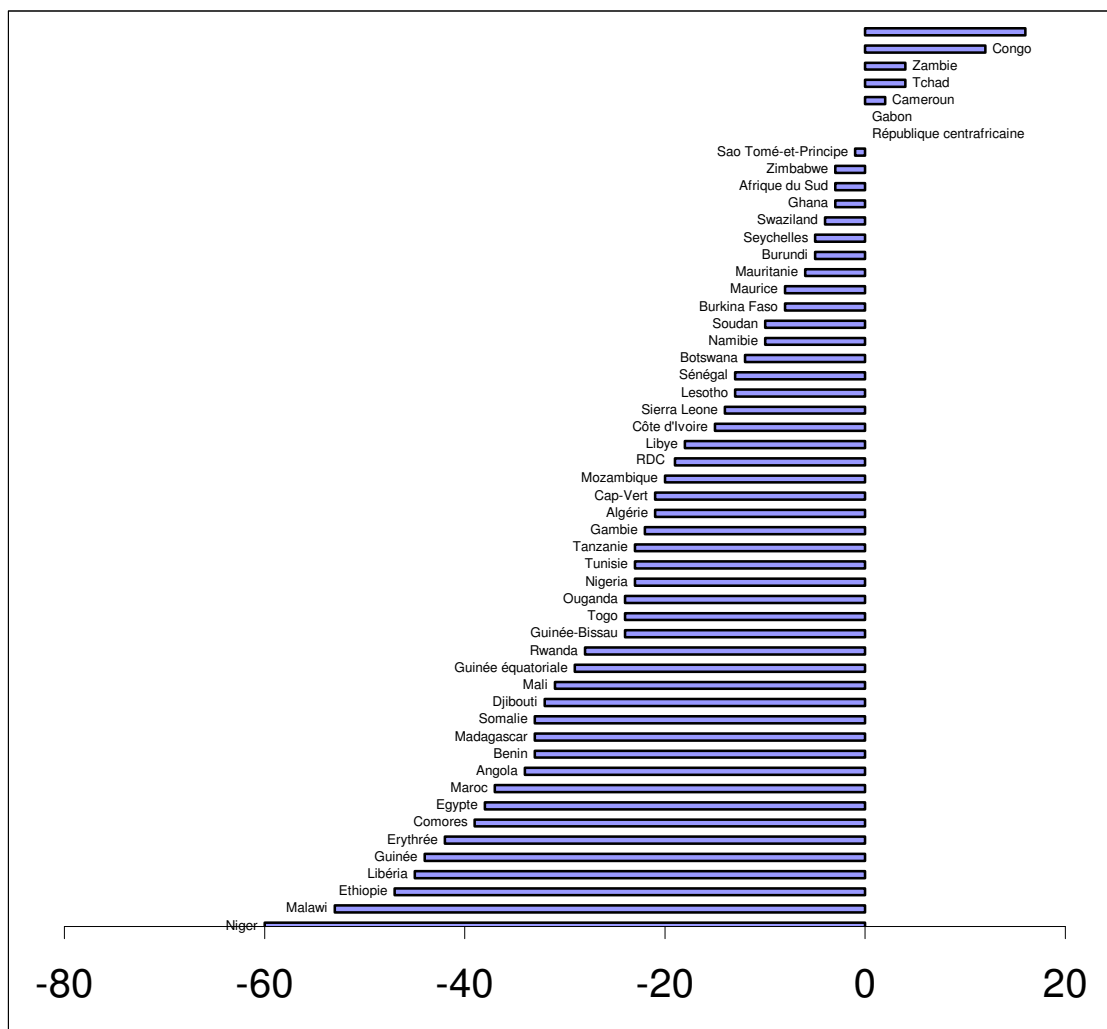
Source: Calculs de la CEA sur la base de données de la Division statistique de l'ONU, mises à jour en juillet 2009.

43. Au niveau sous-régional, les progrès relatifs à cet indicateur dépendent essentiellement des avancées réalisées par les pays les plus peuplés de chaque sous-région du continent. Les taux de progression sous-régionaux sont donc largement déterminés par les avancées réalisées *en* Afrique du Sud, au Cameroun, en Égypte, en Éthiopie, au Nigéria et en République démocratique du Congo.

Indicateur 4.2. : Taux de mortalité infantile

44. L'un des défis fondamentaux pour l'Afrique est la réduction du nombre de décès de nourrissons de moins de 1 an. Le taux de mortalité infantile (défini comme le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an durant une année donnée pour 1000 naissances vivantes cette même année) est l'instrument le plus fréquemment utilisé pour évaluer la survie infantile. De 1990 à 2007, on a constaté dans la plupart des pays africains une tendance à la baisse de ce taux. La figure 5 révèle toutefois des différences significatives de l'évolution de ce taux d'un pays à l'autre. Les pays situés à gauche de l'axe ont eu les meilleurs résultats, tandis que ceux situés à sa droite ont obtenu les résultats les moins bons. La réduction la plus importante du taux de mortalité infantile a été enregistrée au Niger, tandis que le Kenya a réalisé le moins de progrès, suivi du Congo, de la Zambie, du Tchad et du Cameroun. Il convient de souligner que des cinq pays ayant enregistré les résultats les moins bons, trois sont situés en Afrique centrale et que deux d'entre eux, où aucun progrès n'a été enregistré, se trouvent également en Afrique centrale. En résumé, le rythme de progression en matière de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la région demeure insuffisant.

Figure 6 : Progrès (pourcentage de variation) dans la réduction du taux de mortalité infantile entre 1990 et 2007



Source: Calculs de la CEA sur la base de données de la Division de statistique de l'ONU, mises à jour en juillet 2009.

Indicateur 4.3. : Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole

45. La rougeole pouvant être prévenue par la vaccination, la proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre cette maladie est indicative de la couverture et de la qualité du régime de soins de santé disponible pour les enfants dans un pays donné. Des 53 pays africains, 15 ont fait état d'un taux de couverture de 90% au minimum, tandis que trois n'atteignaient pas 50%. Si le rythme de progression relatif à cet indicateur est généralement satisfaisant, il faut signaler que la couverture de vaccination antirougeoleuse a baissé dans 13 pays ; les pays doivent donc redoubler de vigilance pour préserver les acquis dans ce domaine.

Santé maternelle

46. L'Afrique continue de compter les taux de mortalité maternelle les plus élevés du monde, avec une estimation de l'ordre de 48% de tous les décès maternels enregistrés dans le monde⁸. L'amélioration de la santé maternelle est un objectif important non seulement en soi, mais également pour l'amélioration de la santé des enfants, des familles et des communautés. Les répercussions de la mortalité maternelle vont bien au-delà du décès d'un individu. De fait, le décès d'une mère peut signifier une plus courte vie pour un nouveau-né et entraîner une baisse du niveau de vie des autres enfants, ainsi que personnes à la charge de la défunte.

Indicateur 5.1. : Taux de mortalité maternelle

47. Les données concernant les taux de mortalité maternelle demeurent insuffisantes pour évaluer les progrès réalisés en Afrique relativement à cette cible. Celles qui sont disponibles donnent néanmoins à penser que la mortalité maternelle a baissé de manière significative dans toutes les régions du monde, sauf en Afrique. Selon une étude effectuée en 2004 par le Département pour le développement international du Royaume-Uni, toute femme en Afrique (hormis en Afrique du Nord) court le risque 1 fois sur 22 de mourir à la suite d'un problème obstétrique, alors que le risque est de 1 fois sur 8000 dans les pays industrialisés. D'après les tendances constatées entre 1990 et 2005 et à moins qu'il n'y ait des interventions vigoureuses, la majorité des pays africains n'atteindra pas cette cible d'ici à 2015.

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

48. Le nombre de professionnels de la santé présents lors des accouchements est un élément clef pour la réduction de la mortalité maternelle. Ainsi l'augmentation de la *proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié* constitue-t-elle un indicateur indirect permettant de mesurer les progrès en matière de réduction de la mortalité maternelle, puisque la majorité des décès maternels résultent d'hémorragies qui pourraient être évitées si des professionnels sont présents lors de l'accouchement. Les statistiques sanitaires mondiales font ressortir des améliorations importantes dans de nombreux pays africains. Sept des 52 pays africains rapportent un pourcentage de 90% des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Le pourcentage le plus bas (6%) est enregistré en Éthiopie. Moins de 50% des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié dans un nombre important de 19 pays, dont 12 sont en deçà du taux régional moyen de 46% calculé par l'OMS. Quarante pays se situent au-delà de cette moyenne.

Indicateur 5.3. : Taux de contraception chez les personnes mariées

49. Le taux régional moyen de prévalence de la contraception calculé par l'OMS est de 24,4%. Des 53 pays africains pour lesquels des données sont disponibles, 25 se situent au-delà de cette moyenne, tandis que 21 sont en deçà et que six n'ont fourni aucune donnée. À ce rythme, la plupart des pays africains, hormis ceux d'Afrique du Nord, n'atteindront pas cette cible d'ici la date butoir. En matière de prévalence de la contraception, l'Afrique du Nord est en tête et l'Afrique de l'Ouest en queue de peloton. Si l'augmentation des taux de prévalence de la contraception semble être une cible facile à atteindre, par le biais de l'éducation à la santé procréative et de l'amélioration de

⁸ FNUAP, UNICEF, OMS 2003.

l'accès aux contraceptifs, les coûts et les normes socioculturelles (telles la préférence accordée aux familles nombreuses, dans les zones rurales) continuent à entraver les efforts tendant à accroître l'utilisation des préservatifs.

Indicateur 5.4. : Taux de natalité parmi les adolescentes

50. La santé maternelle se mesure également par le biais du taux de natalité parmi les adolescentes (défini comme le taux de fertilité pour 1000 des adolescentes âgées de 15 à 19 ans). Des 53 pays pour lesquels des données sont disponibles, ce taux est le plus bas dans des pays d'Afrique du Nord (Algérie - 4/1000; Libye - 4/1000; et Tunisie - 6/1000), ces pays étant suivis du Maroc, de Djibouti et de l'Égypte.

Indicateur 5.5. : Accès aux soins prénatals

51. Il n'y a pas eu de progrès dans la région en matière de couverture en soins prénatals. En 2009, selon des données de l'OMS pour les 53 pays africains, 17 pays rapportaient un taux dépassant 90% pour au moins une visite prénatale. Seuls quatre pays (Éthiopie, Niger, Tchad et Somalie) rapportent un taux inférieur à 50%.

Indicateur 5.6. : Besoins de planification familiale non couverts

52. La planification familiale est un élément essentiel des politiques et des interventions destinées à améliorer la santé maternelle. En Afrique, il s'est avéré difficile de satisfaire les besoins de planification familiale non couverts; par ailleurs, l'évaluation des progrès dans ce domaine est rendue difficile par l'insuffisance des données. Le rapport de forces entre hommes et femmes, défavorable à celles-ci, joue un rôle de même nature que les normes socioculturelles restrictives, en limitant la révélation des besoins. Néanmoins, des 53 pays, 19 signalent un taux dépassant la moyenne régionale de 24,4% calculée par l'OMS, tandis que 14 se situent en deçà. Vingt pays n'ont pas fourni de données relatives à cet indicateur.

VIH/sida, paludisme et autres maladies

Indicateur 6.1. : Taux de prévalence du VIH chez les 15 à 24 ans

53. Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Afrique a maintenu les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/sida. Le taux de la mortalité liée au VIH/sida n'a pas augmenté depuis le rapport 2009. L'accès à la thérapie antirétrovirale (TAR) pour les patients porteurs du VIH s'est amélioré dans la plupart des pays, notamment ceux situés à l'épicentre de l'épidémie. Le total cumulé des adultes et des enfants nouvellement infectés par le VIH a chuté de 17,4% entre 2001 et 2008. Le nombre de personnes vivant avec le VIH demeure néanmoins élevé, en partie à cause du paradoxe de la réussite : l'amélioration de l'accès au traitement fait baisser la mortalité liée au VIH/sida et entraîne donc l'augmentation des personnes vivant avec le sida, ce qui fait peser une lourde charge sur les systèmes de soins de santé.

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

54. En dépit des taux élevés de prévalence du VIH/sida, l'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels à haut risque demeure peu importante. En 2006, seuls 15 pays africains ont fourni des données relatifs à cet indicateur. Selon ces données, 42% des femmes et 52% des hommes ont utilisé un préservatif lors de rapports sexuels à haut risque. Les inégalités entre les sexes continuent d'avoir une incidence sur la prise de décisions en la matière par les femmes et d'exposer davantage celles-ci aux comportements à risques.

Indicateur 6.3. : Pourcentage des 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida

55. Les connaissances complètes au sujet du VIH/sida et de la prévention du VIH sont en amélioration parmi les jeunes de 15 à 24 ans. La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida avait fixé à 95% le pourcentage des jeunes devant avoir eu accès à ces connaissances avant la fin de l'année 2010. La plupart des pays n'atteindront pas cette cible. Toutefois, la baisse des taux d'infection parmi les jeunes donne à penser que ces connaissances complètes sont à la hausse et qu'elles produisent un effet positif sur les comportements. À cet égard, l'éducation sexuelle à l'école constitue une mesure essentielle.

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

56. Les progrès en vue d'atteindre la cible consistant à inverser la progression du VIH/sida dépendent essentiellement du pourcentage d'orphelins de 10 à 14 ans scolarisés. Malheureusement, la plupart des pays africains ne recueillent et ne fournissent pas de données se rapportant à cet indicateur. Le rôle de l'éducation en tant que moyen d'offrir des perspectives d'avenir et de faire reculer le risque de transmission de la maladie demeure un élément clef de l'intégration des orphelins du VIH au sein des sociétés africaines.

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

57. Cet indicateur n'a pas été mis à jour depuis 2007. Selon les chiffres les plus récents, la proportion de patients recevant des médicaments antirétroviraux en Afrique (31%) est plutôt faible par rapport à la demande, mais ces médicaments ont néanmoins permis de gagner environ 2 millions d'années de vie pour la seule Afrique subsaharienne (ONU, 2008). La montée en puissance obtenue jusqu'en 2007 doit se poursuivre et s'accélérer grâce à une intensification des interventions et une amélioration de l'acquisition des données.

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

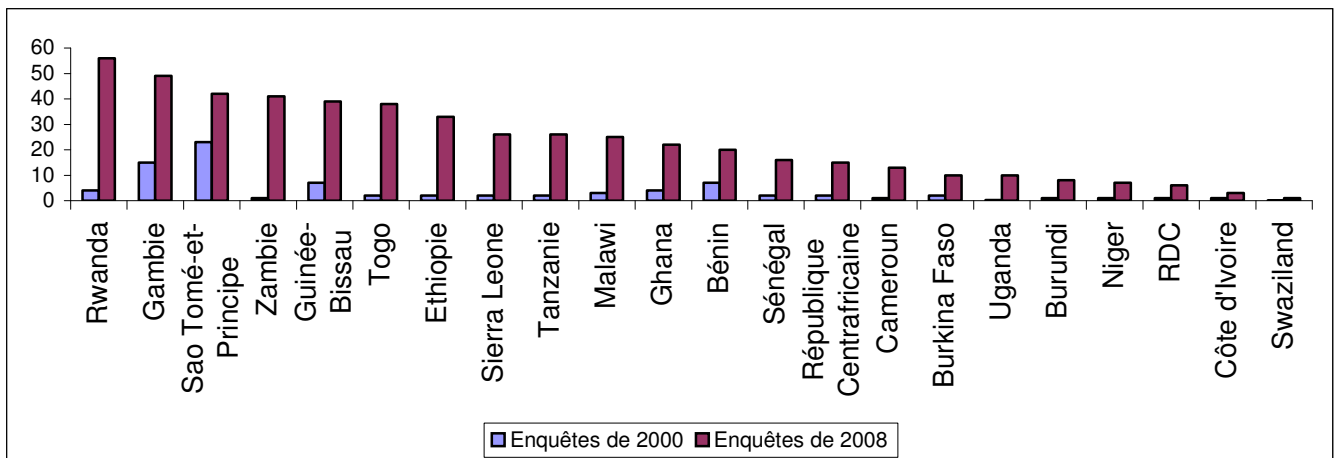
58. Le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité en Afrique. Cependant, les chiffres relatifs à l'incidence de cette maladie et à la mortalité qui en résulte ne sont pas communiqués de façon systématique. On estime qu'il y a eu dans le monde en 2006 environ 247 millions d'épisodes de paludisme ayant entraîné 881 000 décès, dont 91% en Afrique. Les enfants de moins de 5 ans constituaient 85% des cas. Les femmes enceintes sont aussi particulièrement

vulnérables, courant trois fois plus de risques que les autres adultes de contracter une grave forme de paludisme lors d'une épidémie de cette maladie (note de synthèse de la GAVI, 2009).

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

59. La proportion de ménages africains disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide est passée de 17% en 2007 à 31% en 2008. En 2008, la proportion d'enfants de moins de 5 ans utilisant une Moustiquaires imprégnées d'insecticide a été de 24%. Malgré cette amélioration, on est encore loin de l'objectif de 80% de couverture fixé par l'Assemblée mondiale de la santé. Dans les pays pour lesquels on dispose de données, des progrès ont été réalisés en ce qui concerne cet indicateur. Seize de ces 20 pays ont au moins multiplié par trois leur taux de couverture depuis 2000. La proportion de ménages possédant des Moustiquaires imprégnées d'insecticide a dépassé les 60% en Guinée équatoriale, dans les basses terres d'Éthiopie, au Gabon, au Mali, à Sao Tomé-et-Principe, au Sénégal et en Tanzanie (Zanzibar). Cependant, la diffusion des Moustiquaires imprégnées d'insecticide reste faible en raison de problèmes d'approvisionnement. La figure 7 indique la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui dormaient sous des Moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2000 et en 2008 dans différents pays africains.

Figure 7 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans un certain nombre de pays africains vers 2000 et vers 2008 (%)



Source: ONU, 2009

60. Les progrès ont été moins importants dans le traitement du paludisme que dans la prévention de la maladie et il n'existe toujours pas de vaccin contre celle-ci. Bien que la proportion d'enfants fébriles bénéficiant d'un traitement soit relativement élevée dans les régions d'Afrique où le paludisme est endémique, rares sont les pays où le taux de couverture a progressé depuis 2000. Ce qui est plus préoccupant encore, c'est que la plupart des patients reçoivent souvent des médicaments moins efficaces. Le nombre de traitements combinés à base d'artémisinine distribués au niveau national a diminué en 2006 - 2008 par rapport à 2004 - 2006 en raison du faible montant des fonds approuvés pour les activités antipaludiques lors des cinquième et sixième cycles du Fonds mondial.

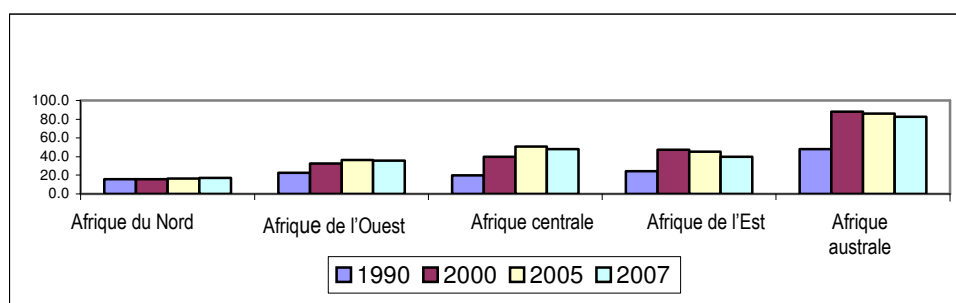
Indicateur 6.8. : Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés

61. Des enquêtes préliminaires entreprises dans 10 pays africains en 2008 donnent des renseignements concernant deux indicateurs de traitement du paludisme, à savoir la proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre qui bénéficient d'un traitement antipaludéen et la proportion de ces enfants bénéficiant d'un traitement combiné à base d'artémisinine. Les moyennes pondérées obtenues pour ces deux indicateurs ont été respectivement de 32% et de 16%, bien que ce dernier chiffre n'ait été fourni que dans sept des 10 pays où ont été menées les enquêtes. Le recours à des antipaludéens et aux traitements combinés à base d'artémisinine pour soigner les enfants reste limité. L'efficacité de ces traitements étant connue, il est important que les pays y aient davantage recours pour soigner les enfants de moins de 5 ans afin d'améliorer ces indicateurs.

Indicateur 6.9. : Incidence et prévalence de la tuberculose et taux mortalité due à cette maladie

62. La tuberculose reste un risque sanitaire important et une cause majeure de morbidité en Afrique. L'Afrique australe reste la sous-région à faire état de l'incidence de la tuberculose la plus élevée et l'Afrique du Nord celle de l'incidence la plus faible. À l'exception de l'Afrique du Nord, où le taux d'incidence est resté inchangé, toutes les sous-régions du continent ont enregistré une baisse de ce taux, quoique à des degrés divers, entre 2005 et 2007 (voir figure 7). Les baisses les plus fortes ont été enregistrées en Afrique centrale, en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Le tableau varie légèrement si l'on exclut les pays fortement peuplés.

Figure 8 : Nombre de décès imputables à la tuberculose pour 100 000 habitants dans les différentes sous-régions africaines



Source: Calculs de la CEA sur la base des données de la Division de statistique de l'ONU, mis à jour en juillet 2009 et excluant le pays le plus peuplé de chaque sous-région (Nigéria, Éthiopie, Cameroun, RDC et Afrique du Sud).

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

63. La cible fixée pour le traitement direct à court terme et sous observation est de 85%, même si c'est un résultat de 100% qui constituerait un niveau de réussite réelle. Le traitement direct de courte durée et sous observation consiste à la fois à intensifier le dépistage, à administrer un traitement préventif à l'isoniazide et à lutter contre l'infection, ce qui suppose que chaque cas soit dûment

diagnostiqué et enregistré et que chaque patient reçoive le traitement standard associant plusieurs médicaments. Ce régime de traitement a eu un effet démontrable sur le taux de prévalence de la tuberculose et le nombre de décès imputables à cette maladie. La lutte contre la tuberculose est devenue plus complexe du fait de l'apparition de formes multirésistantes, qu'il est difficile et coûteux de traiter et qui ne réagissent pas aux médicaments de première ligne. L'Afrique du Sud figure parmi les cinq pays comptant le plus grand nombre de cas de tuberculose multirésistante (Stop TB partnership, 2010).

64. En résumé, pour ce qui concerne les OMD relatifs à la santé, la conclusion est aussi réservée que celle à laquelle l'on était parvenu dans le rapport de 2009 : si les tendances actuelles persistent, il est peu probable que l'Afrique dans son ensemble parvienne à réaliser l'un quelconque de ces OMD.

2.5. Progrès dans la réalisation des OMD relatifs à environnement

65. *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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- Cible 7.D : Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.

Indicateur 7.1. : Proportion de zones forestières

66. Les zones protégées occupent une place centrale dans les efforts visant à préserver les espèces et les écosystèmes de la planète, et dans les mesures pour atténuer les effets des changements climatiques. En 2007, la République démocratique du Congo a créé la plus grande réserve forestière humide du monde, d'une superficie totale de 9 000 km² (ONU, 2009). En revanche, la déforestation s'est poursuivie au même rythme. Au cours de la période 2000 - 2005, la couverture forestière a diminué de 4,1% en Afrique (Afrique du Nord non comprise), ce qui représente toutefois une amélioration par rapport à la période 1990 - 2000, où elle avait diminué de 4,4%. Il est important de noter que l'exploitation forestière a causé 17,4% des émissions de gaz à effet de serre d'origine humaine en 2004 et qu'une réduction des activités de ce secteur pourrait contribuer de manière importante aux efforts visant à atténuer les effets des changements climatiques.

Indicateur 7.2 : Émissions de CO2 par habitant et pour 1 dollar de produit intérieur brut (parité du pouvoir d'achat)

67. La menace que les effets néfastes des changements climatiques pourraient présenter pour l'Afrique incite à accorder davantage d'importance aux OMD relatifs à l'environnement sur le continent. Les émissions de dioxyde de carbone, exprimées en tonnes par habitant, constituent un critère important pour évaluer les progrès en matière de lutte contre les changements climatiques. Les chiffres montrent que c'est en Afrique que ces émissions sont les plus faibles. Le coût des mesures visant à faire face aux effets néfastes des changements climatiques risque de peser sur les progrès vers la réalisation des OMD sur le continent. Par exemple, la Banque mondiale estime que les mesures d'adaptation coûteraient environ 18,1 milliards de dollars par an en Afrique subsaharienne (Banque mondiale, 2009). Dans le secteur de la santé, le coût de ces mesures serait compris entre 4 et 12 milliards de dollars et pourrait entraîner une aggravation de la malnutrition et une augmentation des maladies d'origine hydrique entre 2010 et 2030.

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

68. La majorité des pays africains qui sont actuellement parties au Protocole de Montréal est parvenue à réduire de 97% la consommation des substances appauvrissant la couche d'ozone de la Terre. Cette prouesse est un excellent exemple à la fois de l'intégration des principes du développement durable dans les cadres et programmes nationaux (OMD 7) et d'un partenariat mondial pour le développement (OMD 8).

Indicateur 7.4 : Proportion de stocks de poissons qui ne sont pas en danger pour des raisons biologiques

69. Des mesures sont prises au niveau national pour limiter l'impact de la pêche et d'autres activités humaines sur les stocks de poissons exploités. Le pourcentage d'espèces de poissons épuisées, totalement exploitées ou surexploitées, ou en redressement est passé de 70% en 1995 à 80% en 2006. Les effets des changements climatiques sur toutes les cibles et indicateurs des OMD, particulièrement sur l'Objectif 7, exacerbent toutefois la vulnérabilité des ressources environnementales de l'Afrique. Ainsi les changements climatiques pourraient-ils entraîner une modification des écosystèmes marins et d'eau douce, affectant la saisonnalité de certains processus biologiques et perturbant donc les chaînes alimentaires marines et l'approvisionnement en eau douce, ce qui aurait des répercussions imprévisibles sur les stocks de poissons. Compte tenu de l'incertitude concernant les effets des changements climatiques sur les ressources et sur les écosystèmes, un niveau de précaution plus élevé s'impose dans la gestion des ressources halieutiques.

Indicateur 7.5. : Taux d'utilisation de l'ensemble des ressources en eau

70. En Afrique, près de 70% de l'eau tirée sont destinés à l'agriculture. Lorsque plus de 75% des flux fluviaux sont détournés au profit de l'agriculture, de l'industrie et des villes, l'eau ne suffit tout simplement pas pour satisfaire les besoins à la fois des populations et des flux environnementaux. La rareté physique de l'eau – caractérisée par une dégradation sévère de l'environnement, la baisse des nappes phréatiques et la nécessité de procéder à la répartition des ressources en eau - est à la

hausse. Les prélèvements en eau sont plus importants dans les terres arides et semi-arides (où ils sont nécessaires essentiellement pour l'irrigation) et plus faibles dans les pays tropicaux.

Indicateur 7.6. : Proportion de zones terrestres et maritimes protégées

71. Occupant une place centrale dans les efforts visant à préserver les espèces et les écosystèmes de la planète, et dans les mesures pour atténuer les effets des changements climatiques, les zones protégées s'élargissent en Afrique. C'est un indicateur qui fait apparaître que le continent ne cesse de faire de remarquables progrès dans le domaine en question. En 2007, la République démocratique du Congo a créé la plus grande réserve forestière humide du monde, d'une superficie totale de 9 000 km² (ONU, 2009). En revanche, la déforestation s'est poursuivie au même rythme. Au cours de la période 2000 - 2005, la couverture forestière a diminué de 4,1% en Afrique, ce qui représente toutefois une amélioration par rapport à la période 1990 - 2000, où elle avait diminué de 4,4%. Il est important de noter que l'exploitation forestière a causé 17,4% des émissions de gaz à effet de serre d'origine humaine en 2004 et qu'une réduction des activités de ce secteur pourrait contribuer de manière importante aux efforts visant à atténuer les effets des changements climatiques. L'amélioration enregistrée dans le domaine des zones protégées est de bon augure pour la réduction de la perte de biodiversité, même si la dégradation de l'environnement et la rapide urbanisation posent demeurent de sérieux problèmes.

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

72. De nombreux pays font face au stress hydrique, qui risque d'être aggravé par les changements climatiques. À mesure que l'utilisation de l'eau à des fins agricoles, notamment pour l'irrigation, continue d'augmenter, les pays vont devoir mettre en place des systèmes de gestion de l'eau plus efficaces. L'écart entre zones urbaines et rurales en matière d'accès à des sources d'eau de boisson améliorée demeure un défi en ce qui concerne les politiques mises en oeuvre. Néanmoins, la proportion de ménages ruraux bénéficiant d'un accès amélioré à l'eau potable a connu une hausse de 54 à 65% entre 1990 et 2006.

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

73. Cet indicateur a pour cible la fourniture d'infrastructures d'assainissement améliorées à 63% de la population de la région. Il faut pour cela améliorer l'assainissement pour quelque 370 millions de personnes de plus que le total estimé de 242 millions d'individus qui disposaient d'infrastructures adéquates en 2006. L'amélioration des infrastructures d'assainissement intervient essentiellement en milieu urbain. La défécation en plein air reste très répandue en milieu rural et n'a pas disparu dans de nombreuses zones urbaines du continent. Des mesures simples, comme la mise en place de toilettes et d'approvisionnements en eau publics, peuvent pourtant accélérer considérablement les efforts régionaux en matière de fourniture d'infrastructures d'assainissement améliorées.

Indicateur 7.10.: Proportion de citoyens vivant dans des taudis

74. En Afrique (hors Afrique du Nord), la proportion de la population subissant les privations associées à la vie dans un taudis a baissé de 71% à 62% entre 1990 et 2005, tandis que, en Afrique du Nord, cette proportion a baissé de 36% à 15% (ONU, 2009). Malgré quelques progrès, l'Afrique

(hors Afrique du Nord) reste la région où la proportion de taudis est la plus élevée. Tant les taudis que les zones urbaines semblent s'y développer à un rythme également rapide, et les conditions de vie des pauvres sont très difficiles, les exposant souvent à de multiples privations.

2.6. Progrès vers le renforcement de la coopération internationale et la mise en place d'un partenariat mondial

75. 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, règlementé, prévisible et non discriminatoire ;
- Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés ;
- Cible 8.C : Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement ;
- 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 leur endettement tolérable à long terme ;
- Cible 8.E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement ;
- Cible 8.F : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et de la communication, profitent au plus grand nombre.

APD, accès aux marchés et viabilité de la dette (indicateurs 8.1 à 8.12)

76. La coopération internationale et la mise en place d'un partenariat mondial sont indispensables pour réaliser les OMD. L'aide au développement fournie à l'Afrique a augmenté en 2008 malgré la crise financière et économique mondiale, mais reste encore bien en deçà de l'objectif de 0,7% que les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) se sont engagés à atteindre.

77. Parmi les pays africains, les pays sans littoral représentent un défi particulier. Les OMD prévoient une augmentation de l'aide publique au développement (APD) destinée à ces pays en pourcentage de leur revenu national brut (RNB). L'APD reçue par les pays en développement sans littoral d'Afrique en pourcentage de leur PNB a augmenté entre 2006 et 2007 dans la moitié des pays pour lesquels des données sont disponibles. Pour la plupart des pays pauvres très endettés (PPT), l'APD reçue en pourcentage du RNB a augmenté à partir de 2005 suite à la mise en œuvre de l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM), ce qui semble dénoter l'efficacité de l'allègement de la dette pour attirer l'aide étrangère.

78. L'Afrique abrite également de petits États insulaires en développement. Les OMD prévoient une augmentation de l'APD destinée à ces pays, mesurée en proportion de leur revenu national brut. Or l'APD reçue par les petits États insulaires en développement africain en proportion de leur RNB a baissé depuis 2000, même si elle reste élevée en Guinée-Bissau et à Sao Tomé-et-Principe. Les deux petits États insulaires en développement faisant partie des pays les moins avancés, Maurice et les Seychelles, ont constamment enregistré des résultats meilleurs que les autres en termes de croissance économique et de développement humain. Ils ont également reçu moins d'APD que les autres États, ce qui laisse à penser qu'ils n'ont pas eu à être tributaires de l'assistance des donateurs.

79. Le service de la dette en pourcentage des exportations de biens et services a baissé de 7% en 2007 à 4,7% en 2008. Il y a une réduction sensible du service de la dette en proportion des recettes d'exportation en Afrique depuis 2000. Cela peut être le résultat des diverses initiatives d'allègement de la dette prises en faveur du continent. Toutefois, le service de la dette en proportion des recettes d'exportation varie d'un pays à l'autre, la proportion augmentant depuis 2000 dans des pays tels que les Comores, l'Érythrée, la Guinée et Sao Tomé-et-Principe. Ces pays, à l'exception de Sao Tomé-et-Principe, sont soit des pays à un stade intermédiaires, soit des pays n'ayant pas encore atteint le point de décision, ce qui pourrait expliquer le montant élevé du remboursement de la dette.

80. L'initiative PPTE continue à produire un effet sur la réduction de la charge de la dette sur les pays remplissant les conditions requises pour bénéficier des mesures d'allègement. La République centrafricaine a désormais atteint le point d'achèvement et peut donc demander un allègement irrévocable de sa dette. Les créanciers de l'Afrique continuent d'accorder un allègement de la dette dans le cadre de l'initiative PPTE et de l'initiative IADM. En 2009, 21 pays africains ont atteint le point d'achèvement de l'initiative PPTE, huit autres étaient à un stade intermédiaire entre le point de décision et le point d'achèvement, alors que quatre pays se trouvaient au stade préalable à la décision. Dans le cadre de l'IADM, une assistance avait été apportée à tous les pays ayant passé le point d'achèvement en mars 2009. Le montant total de l'allègement de la dette accordée était de 18 291 millions de dollars. L'initiative PPTE a donné 45 524 millions de dollars pendant la même période. La dette continue néanmoins à peser sur les efforts des pays africains pour réaliser les OMD en raison de l'insuffisance de l'allègement consenti. La marge de manœuvre en matière budgétaire des pays est réduite et, partant, leur capacité de renforcer les interventions indispensables en ce qui concerne les OMD.

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

81. Les rapports des pays laissent penser qu'il existe des écarts considérables en ce qui concerne la disponibilité de médicaments aussi bien dans le secteur public que privé, de même que de larges variations de prix, ce qui met les médicaments essentiels hors de portée des pauvres (Rapport du Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, 2009). Les médicaments génériques ne sont par ailleurs pas toujours disponibles et, lorsqu'ils le sont, coûtent nettement plus cher que les prix de référence internationaux. Les prix élevés rendent les médicaments inabordables et le coût du traitement de maladies chroniques est particulièrement élevé, car il s'agit là d'un traitement à vie, ce qui ne convient guère à des stratégies de survie financière à court terme. La médiocrité de l'accès effectif aux médicaments a créé en Afrique un marché florissant pour les médicaments de contrefaçon ou périmés. Au niveau continental, il convient de s'efforcer d'achever dans les délais prévus la mise en place, prévue de

longue date, des centres régionaux de production de médicaments. De même, les pays pourraient prendre des dispositions pour acheter les médicaments en grandes quantités, de façon à réduire les coûts. Enfin, des mesures d'incitation - exonérations fiscales et autres subventions - pourraient être accordées aux entreprises pharmaceutiques afin de les encourager à produire dans les pays africains.

Indicateur 8.14 : Nombre de lignes téléphoniques pour 100 habitants

82. La communication est indispensable pour créer un espace économique et social intégré, pour mettre en place et exploiter le capital social, pour avoir accès au savoir et pour assurer la croissance économique. Le nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants en Afrique a stagné entre 2006 et 2007. Dans la moitié des pays pour lesquels des données sont disponibles, la progression en ce qui concerne cet indicateur n'a été que marginale, alors que la situation est demeurée inchangée ou qu'il y a eu régression dans l'autre moitié. Cela s'explique en grande partie par les coûts élevés de la téléphonie fixe et l'attrait relatif de la téléphonie mobile, qui continue à croître très rapidement sur le continent.

Indicateur 8.15 : Nombre d'abonnés au téléphone portable pour 100 habitants

83. Le taux d'abonnement à la téléphonie cellulaire a augmenté de 2006 à 2007 dans tous les pays africains, à l'exception de Djibouti, pour lequel des données n'étaient pas disponibles, de la Guinée et de la Sierra Leone, qui n'ont pas fourni de données pour 2006. Les progrès varient à l'intérieur des régions et entre celles-ci, l'Afrique du Nord ayant enregistré les progrès les plus rapides et l'Afrique de l'Est les plus lents. Alors que, en Afrique du Nord, l'Algérie comptait 81 abonnés cellulaires pour 100 habitants, l'Égypte n'en comptait que 40 pour cent habitants en 2007, ce qui montre les disparités à l'intérieur d'une même région. Les téléphones mobiles sont partout sur le continent manifestement plus accessibles que les téléphones fixes.

Indicateur 8.16 : Nombre d'internautes pour 100 habitants

84. L'utilisation de l'Internet augmente en Afrique depuis 2000. En 2007, les Seychelles étaient le pays comptant le plus grand nombre d'internautes, suivies de Maurice, du Maroc, de la Tunisie, de Sao Tomé-et-Principe et de l'Égypte. Le taux de pénétration de l'Internet est plus faible (moins d'un internaute pour 100 habitants) en République démocratique du Congo, en Éthiopie, au Libéria et en Sierra Leone.

Section 3 : Conclusion et voie à suivre

85. Alors que nous arrivons à la fin de la première décennie des OMD et qu'il ne reste que cinq ans avant la date butoir de 2015, les données montrent que l'Afrique a connu une certaine progression pour atteindre les cibles des OMD. Des avancées notables ont été obtenues en ce qui concerne des indicateurs sociaux tels que le taux net de scolarisation dans le primaire, la vaccination des enfants, le ralentissement de la propagation du VIH/sida et de la tuberculose, et la parité homme-femme, notamment la représentation des femmes dans les organes de décision. S'agissant des domaines clefs que sont la réduction de la pauvreté, l'emploi et la plupart des objectifs liés à la santé, les progrès restent décevants.

86. Il reste encore de nombreux défis à relever, les plus importants étant la réduction des inégalités dans l'accès aux services sociaux et, par là, dans les revenus. L'accès à de nombreux services en Afrique, notamment la santé et l'éducation, se caractérise par de graves inégalités. Ces inégalités expliquent dans une large mesure la lenteur des progrès de la région dans la réalisation des OMD liés à la santé. En outre, ne disposant que de cinq ans avant la date butoir des OMD et au vu de la lenteur des progrès accomplis dans la réalisation de la plupart des objectifs, les gouvernements africains pourraient avoir à faire un choix difficile. Dans un contexte marqué par des ressources humaines et financières limitées et par des contraintes de temps, ils doivent choisir entre réaliser tous les objectifs d'ici à la date butoir ou ne réaliser que ceux qu'ils considèrent comme les plus importants pour leur développement à long terme. Ce choix appartient à chaque pays. Les gouvernements devront peut-être procéder à un réajustement et déterminer quels sont les OMD qui sont à leur portée, pour concentrer leur action sur ceux-ci.

87. S'agissant des points positifs à retenir dans le bilan, les OMD ont aidé à forger un consensus sur l'impératif du développement. Les objectifs ont permis de définir des étapes et incité à établir des comparaisons entre pays. La gouvernance démocratique, l'État de droit, l'obligation redditionnelle et la transparence, ingrédients fondamentaux pour le développement et considérés comme allant de soi dans la plupart des pays du monde, commencent à peine à prendre racine en Afrique. Par ailleurs, les économies africaines ont enregistré une croissance positive ces dernières années, ce qui permet aux pays de disposer de plus de marge de manœuvre en matière budgétaire.

88. En outre, de nombreux pays ont créé ou sont en train de créer des institutions visant à accélérer les progrès en vue de la réalisation des OMD. Ils sont en effet nombreux à s'être attaqués ou à s'attaquer effectivement aux difficultés institutionnelles dans trois domaines fondamentaux, à savoir la planification fondée sur les OMD, la décentralisation et la coordination des politiques. Les progrès dans ce domaine sont manifestes dans des pays tels que l'Éthiopie, le Nigéria et la Tanzanie. Tous les gouvernements africains doivent toutefois accorder une attention accrue à la nécessité d'accélérer le rythme de progression dans les cinq années à venir, années qui sont d'une importance cruciale.

Bibliographie

Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) (2009), fiche de synthèse.
Disponible en ligne à l'adresse: www.gavialliance.org

Banque mondiale (2009), *The Cost to Developing Countries of Adapting to Climate Change - New Methods of Estimates - The Global Report of the Economics of Adaptation to Climate Change Study* (Coûts pour les pays en développement de l'adaptation au changement climatique – Nouvelles méthodes d'estimation – Rapport mondial de l'étude sur l'économie de l'adaptation au changement climatique).

Danzhen You, Tessa Wardlaw, Peter Salama, Gareth Jones (2009), *Levels and Trends in Under-Five Mortality, 1990-2008*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York.
Disponible en ligne à l'adresse: www.TheLancet.com publié en ligne le 10 septembre 2009.

Division de statistique de l'ONU, base de données de la Division.
Voir <http://unstats.un.org/unsd/default.html>

Nations Unies (2009), *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement*, New York.

Nations Unies (2009a), *Rapport du Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement: Renforcement du Partenariat mondial pour le développement en temps de crise*.
Disponible en ligne à l'adresse: http://www.un.org/esa/policy/mdggap/mdg8report_frw.pdf

Partenariat mondial Halte à la tuberculose (Stop TB Partnership).
Site Web: www.stoptb.org