



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

Trente et unième réunion du Comité d'experts



**COMMISSION DE L'UNION
AFRICAINNE**

Septième réunion du Comité d'experts

Réunion du Comité d'experts de la cinquième réunion annuelle conjointe de la Conférence des ministres de l'économie et des finances de l'Union africaine et de la Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique de la Commission économique pour l'Afrique

Addis-Abeba (Éthiopie)
22-25 mars 2012



Distr.: GÉNÉRALE

E/ECA/COE/31/8
AU/CAMEF/EXP/8(VII)
10 février 2012

FRANÇAIS
Original : ANGLAIS

**RAPPORT SUR LES PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA RÉALISATION
DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT (OMD)
EN AFRIQUE, 2012**

Introduction

1. À la quatrième *Réunion annuelle conjointe de la Conférence des ministres de l'économie et des finances* de l'Union africaine et de la *Conférence des ministres africains des finances, de la planification et du développement économique* de la Commission économique pour l'Afrique, les États membres ont constaté que les résultats obtenus par l'Afrique dans le domaine des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) étaient positifs et allaient dans la bonne direction, mais que les progrès étaient trop lents et inégaux selon les pays et les objectifs pour permettre de réaliser les OMD d'ici l'échéance de 2015.

2. Les progrès de l'Afrique dans la réalisation des OMD, réels quoique contrastés, se sont accompagnés d'une accélération de la croissance sur presque une décennie. En dépit du fléchissement enregistré pendant les crises financières et économiques mondiales, les perspectives économiques à moyen terme de l'Afrique restent encourageantes; la croissance devrait remonter à 4,3 % en 2012 pour atteindre 5,2 % en 2013. Parallèlement aux tendances favorables de la croissance, le continent a nettement progressé en matière d'accès à l'éducation primaire et d'autonomisation des femmes. La réduction des taux d'infection au VIH a été maintenue et des progrès mesurables obtenus dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose. Cependant, des niveaux élevés de pauvreté et de malnutrition, ajoutés à la lenteur des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, représentent autant d'obstacles sérieux à la réalisation des OMD en Afrique.

3. Les inégalités en matière d'accès et d'utilisation des services publics empêchent toujours de progresser plus rapidement dans la réalisation des OMD. Ce sont les groupes à faible revenu, les populations rurales et les groupes vulnérables qui ont généralement un accès moindre aux services essentiels de base. Ainsi, un citadin a 1,8 fois plus de chances d'accéder à l'eau potable qu'un habitant de zone rurale. Au vu des indicateurs de santé, on constate des disparités géographiques et des différences de revenu similaires dans la réalisation des OMD. De fait, les tendances globales n'offrent aux décideurs que des informations partielles et rendent davantage nécessaires des interventions en matière d'équité et des mécanismes de suivi.

4. Les bonnes perspectives de croissance économique en Afrique offrent au continent une nouvelle occasion de mettre l'accent sur une croissance qui profite à tous, améliore la situation des pauvres et fasse fond sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration des possibilités d'emploi. Les nouveaux défis de l'Afrique, en particulier les changements climatiques, imposent des contraintes supplémentaires tout en présentant des possibilités de relancer le secteur agricole, sur lequel pourrait s'appuyer une transformation structurelle durable et un nouveau programme d'OMD pour l'après-2015.

5. Le constat ci-dessus repose sur des données provenant de la Division de statistique de l'ONU, qui centralise les données servant à évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des cibles des OMD, et d'autres sources internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La majorité des indicateurs ont été mis à jour aux fins du présent rapport. À l'instar de celui de 2011, le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis dans la réalisation des OMD, cible par cible (et non objectif par objectif)¹, en faisant la distinction entre les cibles que le continent dans son ensemble est en bonne voie d'atteindre et celles pour lesquelles les efforts doivent être intensifiés.

¹ Dans la mesure où plusieurs cibles et indicateurs ont été définis pour évaluer chacun des OMD, le rythme des progrès peut largement varier d'une cible à l'autre pour un même objectif.

I. Cibles pour lesquels d'importantes améliorations ont été enregistrées

6. Les données les plus récentes dont on dispose montrent des tendances encourageantes en ce qui concerne un certain nombre d'objectifs: l'éducation et l'égalité des sexes (Objectifs 2 et 3), la réduction de la mortalité infantile (objectif 4), la lutte contre le VIH/sida (Objectif 6), la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement et l'accès aux nouvelles technologies (Objectif 8).

Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

7. Les acquis obtenus en matière d'éducation primaire en Afrique ont été maintenus grâce, en partie, à l'instauration de la gratuité de l'enseignement primaire dans 27 pays africains et à la construction d'écoles (UNESCO, 2011).

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

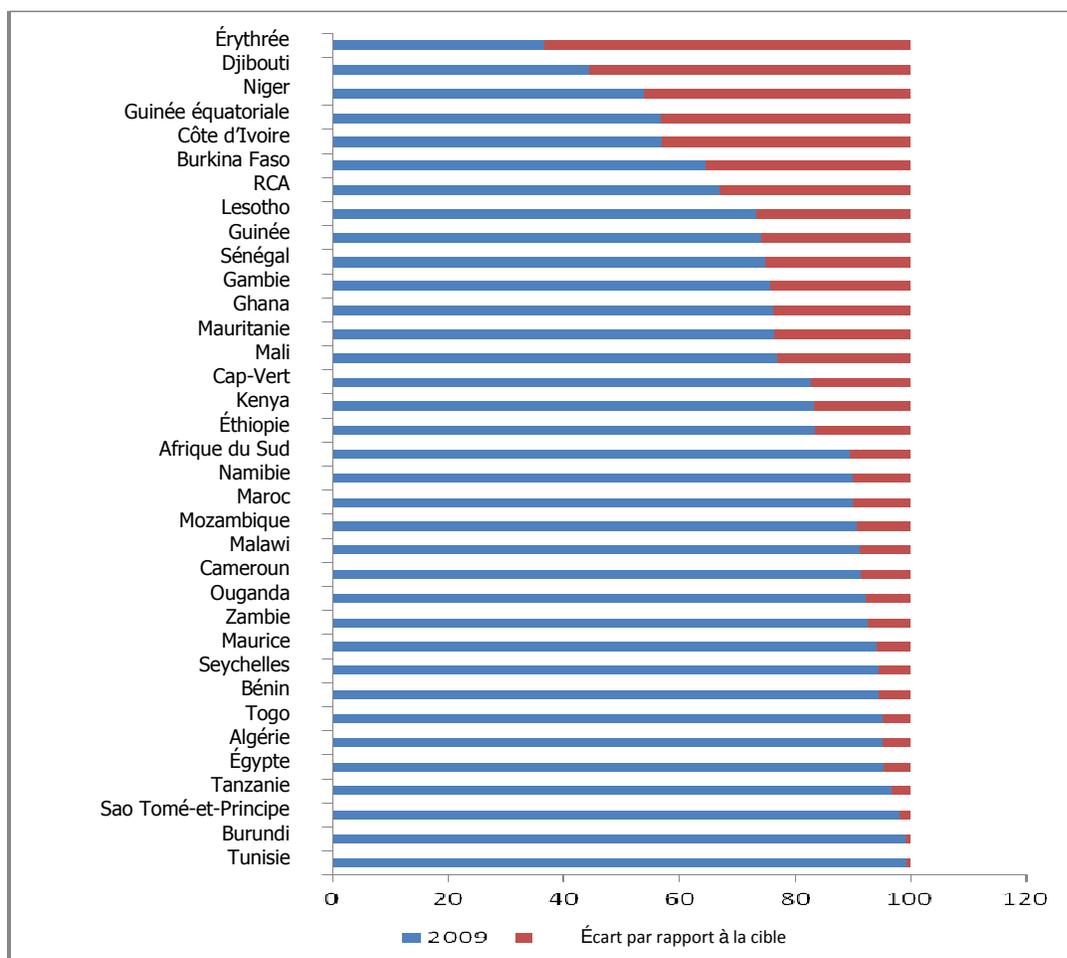
Indicateur 2.1. : Taux net de scolarisation dans le cycle primaire

8. Sur les 35 pays africains pour lesquels on dispose de données, 17 ont réalisé des taux nets de scolarisation supérieurs à 90 % à partir de 2009². Et bien que la majorité des pays ne soit pas encore parvenue à la scolarisation universelle dans le cycle primaire, seuls neuf pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Guinée, Guinée équatoriale, Lesotho, Niger et République centrafricaine) ont des taux de scolarisation inférieurs à 75 %. En outre, même dans les pays où ils sont bas, les taux de scolarisation progressent à un rythme relativement rapide. C'est ainsi qu'au Niger les taux de scolarisation ont progressé de 30,7 % de 1991 à 2009.

9. L'écart par rapport à la cible du taux net de scolarisation primaire montre que les pays ont encore du chemin à faire pour réaliser l'éducation primaire pour tous. Comme le montre la figure 1, Djibouti, la Côte d'Ivoire, l'Érythrée, la Guinée équatoriale et le Niger sont les moins susceptibles d'atteindre la cible 2A d'ici à 2015.

² Algérie, Bénin, Burundi, Cameroun, Égypte, Malawi, Maroc, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Togo, Tunisie, Tanzanie et Zambie.

Figure 1: Écart par rapport au taux net de scolarisation dans le cycle primaire pour certains pays africains, 2009



Source: Calculs basés sur les données de la Division de statistique de l'ONU

Indicateur 2.3: Taux d'alphabétisation des 15-24 ans

10. Outre les progrès réalisés dans l'éducation primaire, il y a eu une augmentation des taux d'alphabétisation partout sur le continent. Dans les régions d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Est, d'Afrique australe et d'Afrique de l'Ouest, les taux d'alphabétisation des jeunes (âgés de 15 à 24 ans) se sont accrus de 7 points de pourcentage, passant de 65 % à 72 % entre 1990 et 2009, en partie grâce à la hausse des taux de scolarisation. L'Afrique du Nord a enregistré une augmentation remarquable de 20 points de pourcentage, passant de 68 % à 88 % au cours de la même période.

11. Les données globales masquent des écarts entre pays. Pour 2009, le taux d'alphabétisation des jeunes est supérieur à 90 % dans 13 pays africains, tandis que dans cinq autres, il se situe entre 80 % et 90 % en 2009. La modeste amélioration enregistrée en Afrique (hors Afrique du Nord) traduit de faibles taux d'achèvement du cycle scolaire et des problèmes de qualité dans l'éducation primaire. Il est essentiel d'améliorer les taux d'alphabétisation pour renforcer la productivité du travail et l'employabilité de la main-d'œuvre.

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

Cible 3A : 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

12. Il y a eu une nette amélioration en Afrique concernant l'autonomisation des femmes, comme le montrent les avancées obtenues en matière de parité des sexes dans l'enseignement primaire et la plus grande présence des femmes dans les parlements nationaux. Cependant, renforcer l'égalité des sexes dans l'enseignement supérieur et améliorer l'accès des femmes au marché du travail restent un défi pour l'autonomisation de celles-ci.

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

13. Les pays africains continuent de faire des progrès au regard de l'indice de parité entre les sexes (IPS) dans la scolarisation primaire. Sur les 41 pays pour lesquels on dispose de données pour 2009, 18 ont réalisé un indice supérieur ou égal à 0,9 (90 % de filles contre 100 % de garçons), tandis que sept ont obtenu un résultat légèrement supérieur à 1.

14. Pour ce qui est de l'évolution dans le temps, 11 pays ont très bien progressé, réalisant au moins 25 % d'amélioration dans la période entre 1991 et 2009. Au cours de cette même période, 13 pays ont bien progressé avec des améliorations se situant entre 10 et 25 points de pourcentage, tandis que six pays ont peu ou pas du tout progressé. Malheureusement, les données donnent à penser que l'Afrique du Sud, la Namibie et l'Érythrée ont, à cet égard, régressé sur la même période (voir tableau 1 ci-dessous).

Tableau 1: Évolution de l'IPS de 1991 à 2009

Plus de 25 %		Entre 10 % et 25 %		Évolution faible ou nulle		Détérioration	
Guinée	79,2	Djibouti	23,6	Congo	2,2	Afrique du Sud	-3
Bénin	72,5	Mozambique	21,6	Tanzanie	2,0	Namibie	-4,9
Tchad	55,6	Malawi	17	Rwanda	2,0	Érythrée	-12,6
Togo	44,6	Soudan	16,9	Kenya	1,0		
Sénégal	42,5	Égypte	15,7	Cameroun	0,0		
Mali	42,4	Burundi	15,5	Madagascar	0,0		
Burkina Faso	39,1	Ghana	15,1				
Mauritanie	38,5	RDC	14,9				
Éthiopie	37,9	Côte d'Ivoire	14,1				
Maroc	33,3	Nigéria	11,4				
Niger	33,3	RCA	10,9				
		Algérie	10,6				
		Tunisie	10,1				

Source : Calculs basés sur les données de la Division de statistique de l'ONU

15. Les données sur la scolarisation dans le niveau secondaire, sont rares, mais semblent indiquer que les progrès réalisés quant à la parité entre les sexes à ce niveau sont relativement plus faibles qu'au niveau primaire. Sur les 31 pays pour lesquels on dispose de données pour 2009, huit (Afrique du Sud, Algérie, Cap-Vert, Lesotho, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et

Tunisie) ont un IPS supérieur à 1, tandis que les 22 restants affichent d'importantes disparités au détriment des filles.

16. En ce qui concerne l'évolution dans le temps, l'ensemble des 19 pays pour lesquels on dispose de données comparables entre 1991 et 2009 affichent une plus grande parité entre les sexes. La Gambie, le Malawi, le Mozambique, le Mali, le Niger, la Guinée et la République centrafricaine ont été pionniers dans la réduction significative (plus de 25 %) des disparités au niveau de l'enseignement secondaire, entre 1991 et 2009.

17. Les données sur l'enseignement supérieur sont encore plus rares. Sur les 21 pays pour lesquels des données sont disponibles pour 2009, trois (Algérie, Cap-Vert et Tunisie) ont dépassé la parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur, tandis que deux seulement (Sao Tomé-et-Principe et Madagascar) ont atteint cette parité. À l'inverse, huit pays affichent un IPS inférieur à 0,5.

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

18. La proportion des sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux africains a enregistré une augmentation constante. Sur les 35 pays pour lesquels on dispose de données concernant 1990 et 2011, 30 affichent des progrès réels, quoique partant de niveaux très bas. En outre, dans la moitié de ces 30 pays, le nombre de femmes députés a plus que doublé entre 1990 et 2011.

19. Il convient cependant d'intensifier les efforts en vue de réaliser l'égalité entre les sexes dans les parlements africains. Sur les 50 pays du continent pour lesquels on dispose de données, seul le Rwanda est parvenu à la parité. Les femmes comptaient pour entre 26 % et 39 % des parlementaires dans neuf pays et entre 10 % et 24 % dans 27 pays (voir tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 : Pourcentage de sièges occupés par des femmes au parlement national, 2011³

45 - 100 %		25-44,9 %		10 - 24,9 %			0-9,9 %		
Rwanda	56 (17)	Mozambique	39 (16)	Namibie	24 (7)	Cameroun	14 (nd)	Kenya	10 (1)
Afrique du Sud	45 (3)	Angola	39 (15)	Lesotho	24 (nd)	Djibouti	14 (0)	Côte d'Ivoire	9 (6)
		Tanzanie	36 (nd)	Seychelles	24 (16)	Swaziland	14 (4)	RDC	8 (5)
		Burundi	32 (nd)	Sénégal	23 (13)	Sierra Leone	13 (nd)	Ghana	8 (nd)
		Ouganda	31 (12)	Mauritanie	22 (nd)	Égypte	13 (4)	Botswana	8 (5)
		Éthiopie	28 (nd)	Érythrée	22 (nd)	Libéria	13 (nd)	Algérie	8 (2)
		Tunisie	28 (4)	Malawi	21 (10)	Madagascar	13 (7)	Libye	8 (nd)
		Soudan	26 (nd)	Maurice	19 (7)	Togo	11 (5)	Gambie	8 (8)
				Sao Tomé-et-Principe	18 (12)	Bénin	11 (3)	Congo	7 (14)
				Cap-Vert	18 (12)	Maroc	11 (0)	Nigéria	7 (nd)
				Burkina Faso	15 (nd)	Mali	10 (nd)	Somalie	7 (4)
				Zimbabwe	15 (11)	Guinée équatoriale	10 (13)	Tchad	5 (nd)
				Gabon	15 (13)	Guinée-Bissau	10 (20)	Comores	3 (0)
				Zambie	14 (7)				

Source: Calculs effectués à partir des données de la Division de statistique de l'ONU

Objectif 4: Réduire la mortalité infantile

20. Sur les trois cibles servant à évaluer la réalisation de cet objectif, seul le taux de mortalité infantile affiche une tendance satisfaisante.

³ Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de sièges occupés par des femmes en 1991; "nd": non disponible, et les pays apparaissant en grisé sont ceux où la représentation parlementaire des femmes a reculé.

Indicateur 4.2 : Taux de mortalité infantile

21. Si dans la majorité des pays africains les progrès vers la réalisation de l'Objectif 4 sont insuffisants ou nuls, les tendances sont plus prometteuses s'agissant du taux de mortalité infantile. Huit pays (Égypte, Érythrée, Libéria, Libye, Madagascar, Malawi, Maroc et Tunisie) ont obtenu une réduction de plus de 50 % du taux de mortalité infantile entre 1990 et 2010. Vingt-deux pays ont enregistré entre 25 % et 50 % de réduction et 15 pays entre 10 % et 25 %. Le Burkina Faso, le Cameroun, le Lesotho, la Mauritanie, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Zimbabwe affichent les résultats les plus médiocres, avec une réduction du taux de mortalité infantile inférieure à 10 % entre 1990 et 2010. Incidemment, la majorité de ces pays appartiennent aux pays les moins avancés (le Cameroun et le Zimbabwe exceptés).

22. Ce succès relatif dans la réduction de la mortalité infantile peut être attribué à des interventions ciblées comme les campagnes de vaccination gratuite. De fait, il y a eu une augmentation de la couverture vaccinale en Afrique de 1990 à 2010.

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

23. Les données les plus récentes montrent que la couverture vaccinale a nettement augmenté. Vingt-et-un pays ont enregistré des taux de couverture supérieurs à 90 % en 2010. Seuls le Tchad et la Somalie ont signalé des taux de couverture inférieurs à 50 %, tandis que l'Afrique du Sud, le Bénin, les Comores, le Gabon, la Guinée équatoriale, la République centrafricaine et le Zimbabwe ont enregistré une légère diminution de la couverture entre 1990 et 2010.

Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies

L'Afrique a obtenu des résultats positifs dans la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose.

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

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

24. L'Afrique, hors Afrique du Nord, reste la région la plus sévèrement touchée par le VIH. En 2010, elle compte près de 68 % de l'ensemble des personnes infectées par le VIH et 70 % des nouvelles infections au virus. Il y a eu cependant une baisse sensible du nombre de nouvelles infections dans la région, lequel est passé de 2,2 millions en 2001 à 1,9 million en 2010. La partie australe du continent reste la plus durement touchée par l'épidémie; en 2010, elle a enregistré à elle seule près de la moitié des décès attribuables à des maladies liées au sida. Ainsi, l'Afrique du Sud est le pays qui abrite le plus grand nombre de séropositifs (estimé à 5,6 millions) dans le monde.

25. L'incidence annuelle du VIH en Afrique du Sud, bien qu'élevée, a baissé d'un tiers de 2001 à 2009, passant de 2,4 % à 1,5 %. Pareillement, l'épidémie semble reculer au Botswana, en Namibie et en Zambie. Elle paraît se stabiliser au Lesotho, au Mozambique et au Swaziland, bien qu'à des niveaux inacceptablement élevés (ONUSIDA, 2011). Sur les 47 pays pour lesquels on dispose de données concernant 2009, quinze seulement ont fait état d'un taux de prévalence du VIH chez les adultes supérieur à la moyenne régionale de 4,7 % établie par l'OMS.

26. Le nombre total de nouvelles infections au VIH en Afrique (hors Afrique du Nord) a baissé de plus de 26 %, entre 1997 et 2011, et les décès liés au sida connaissent une diminution constante, grâce à la gratuité des médicaments antirétroviraux de plus en plus accessibles sur le continent.

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

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

27. L'augmentation du nombre de personnes séropositives reflète les effets positifs des traitements antirétroviraux sur l'allongement de la durée de vie. Trois pays africains (les Comores, le Botswana et la Namibie) sont parvenus à un taux de couverture en thérapie antirétrovirale de 90 % et plus en 2010. Toutefois, dans 33 autres pays, le taux de couverture restait inférieur à 50 % en 2010.

Cible 6C : D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies graves

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

28. Le nombre estimatif de cas de paludisme a diminué, passant de 233 millions en 2000 à 225 millions en 2009 sur l'ensemble de la planète (OMS, 2011). Depuis 2000, onze pays africains (Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Érythrée, Madagascar, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland et Zambie) affichent des réductions de plus de 50 % du nombre des cas de paludisme confirmés et de décès (et/ou d'hospitalisations signalées pour cause de paludisme) (ONU, 2011). L'une des explications plausibles à cette baisse est l'utilisation accrue de moustiquaires imprégnées d'insecticide, particulièrement dans les zones rurales.

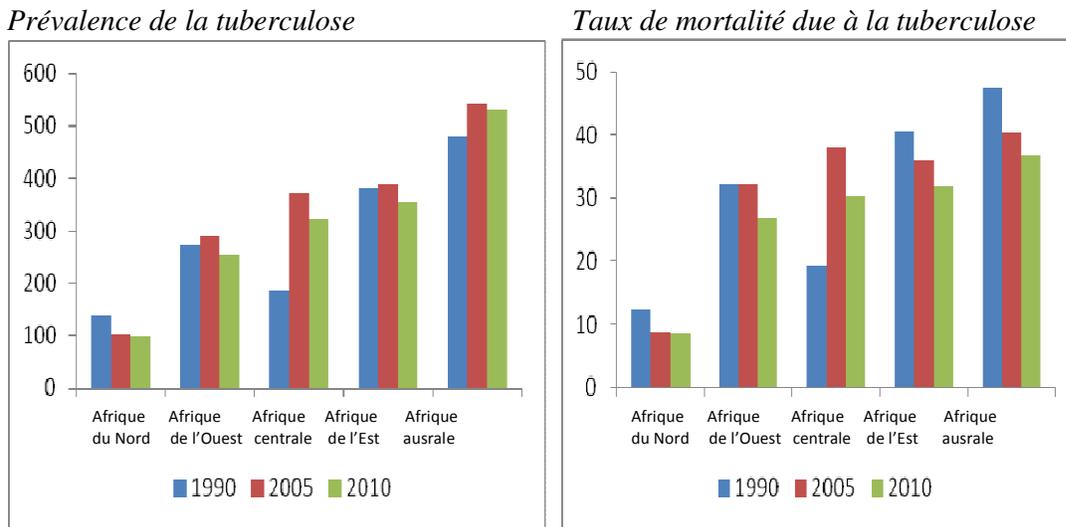
Indicateur 6.7: Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide

29. D'après un rapport récent de l'ONU (2011), la plupart des pays africains pour lesquels on dispose de données concernant la période 2009-2010 affichent une augmentation de la couverture en moustiquaires et une réduction des disparités entre les différents groupes de la population, dues largement à des campagnes nationales de distribution gratuite de moustiquaires privilégiant les zones rurales pauvres. Les enfants des zones rurales et urbaines d'Afrique ont désormais des chances égales de dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

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

30. On constate dans toutes les régions du continent, quoiqu'à des degrés divers, un déclin de la prévalence de la tuberculose et des taux de décès dus à cette maladie entre 1990 et 2010 (voir figure 2).

Figure 2: Prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie par sous-région africaine en 1990, 2005 et 2010



Source: Figure établie à partir du Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde

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

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

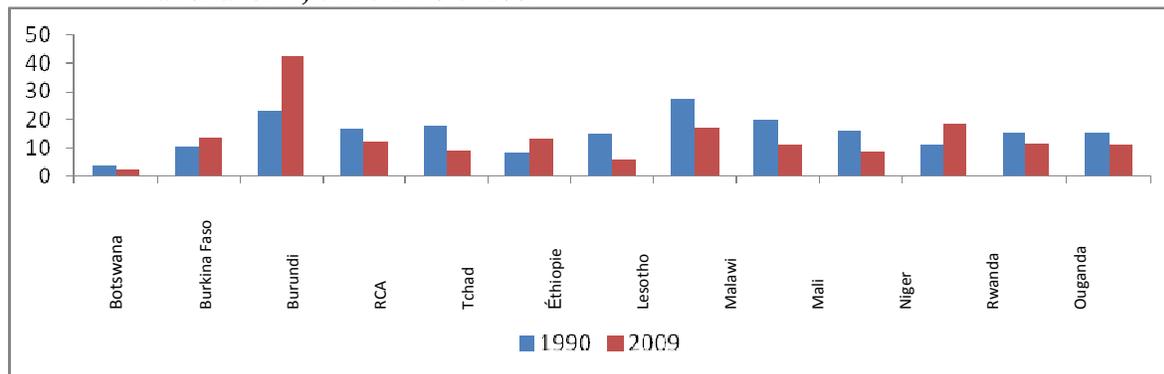
Cible 8.1: Montant net de l'APD, totale et en faveur des pays les moins avancés, en pourcentage du revenu national brut des pays donateurs membres du CAD/OCDE

31. L'aide publique au développement (APD) dispensée par les pays donateurs du Comité d'aide au développement (CAD) a atteint le chiffre record de presque 129 milliards de dollars en 2010, d'après des données préliminaires. L'APD a atteint 0,32 % du revenu national brut des pays membres du CAD en 2010, contre 0,31 % en 2009. Toutefois, le volume d'APD reste toujours en deçà de l'objectif fixé par les Nations Unies de 0,7 % du revenu national brut des pays donateurs. Le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède ont satisfait à ce critère en 2010.

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

32. Pour la période 1990-2009, quatre pays africains en développement sans littoral (Burkina Faso, Burundi, Éthiopie et Rwanda) ont vu l'APD qu'ils ont reçue augmenter en pourcentage de leur revenu national brut (figure 3).

Figure 3: APD reçue par les pays en développement sans littoral en pourcentage de leur revenu national brut, entre 1990 et 2009



Source: Figure établie à partir des données de la Division de statistique de l'ONU (mises à jour en juillet 2011)

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

33. L'APD reçue par les petits États insulaires en développement d'Afrique en pourcentage de leur revenu national brut est en recul depuis 1990, même si elle est restée élevée en Guinée-Bissau et à Sao Tomé-et-Principe. Elle a amorcé une hausse après 2005 dans l'ensemble des petits États insulaires en développement, à l'exception du Cap-Vert et de Sao Tomé-et-Principe.

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

34. En Afrique, si l'offre de services de téléphonie fixe est limitée, l'expansion de la téléphonie mobile se poursuit à un rythme rapide. En Afrique du Sud, au Botswana, au Gabon, en Libye, aux Seychelles, en Tunisie et au Maroc, chaque habitant possédait plus d'un numéro de téléphonie mobile en 2010. L'Algérie, le Congo et Maurice comptaient plus de 90 abonnés pour 100 habitants en 2010. Toutefois, l'Érythrée, l'Éthiopie et la Somalie, tous des PMA, comptaient moins de 10 abonnés à un service de téléphonie mobile pour 100 habitants en 2010.

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

35. À l'échelle de la planète, les taux de pénétration d'Internet ont augmenté en moyenne de près de 14 % par an de 2005 à 2010, mais la croissance a été plus forte dans les pays en développement (+22 %) que dans les pays développés (+ 7 %). L'utilisation de l'Internet continue de se développer en Afrique. D'après des données récentes, le Maroc comptait en 2010 le plus grand nombre d'utilisateurs, suivi des Seychelles, de la Tunisie, du Cap-Vert, du Nigéria et de l'Égypte. À l'inverse, l'Éthiopie, le Libéria, le Niger et la Guinée affichaient en 2010 le plus petit nombre d'utilisateurs (moins de 1 utilisateur pour 100 habitants).

II. Objectifs dont la réalisation exige des efforts accrus

36. Si des efforts louables ont été faits concernant les objectifs présentés dans la première section du présent rapport, les pays africains doivent accélérer la réalisation des objectifs consistant à réduire la pauvreté, créer des emplois décents, maintenir la qualité de l'enseignement, améliorer la santé infantile et maternelle, assurer la viabilité de l'environnement et accroître l'accès aux services de base (eau, assainissement et médicaments essentiels).

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

37. La croissance positive qu'a connue l'Afrique ne s'est pas traduite par une création d'emplois et une réduction de la pauvreté à la mesure de cette croissance. La lenteur des progrès accomplis en ce qui concerne l'objectif 1 peut en partie s'expliquer par le fait que la croissance économique globale de l'Afrique, aussi bien avant qu'après les crises internationales, n'a pas atteint le seuil de 7 % nécessaire pour réduire la pauvreté.

38. La principale difficulté à laquelle on se heurte pour déterminer dans quelle mesure la réalisation de l'Objectif 1 a progressé est le manque de données actualisées, en particulier en ce qui concerne la cible 1A. Les principales sources de données pour cette cible sont les enquêtes démographiques et sanitaires et les études de la mesure des niveaux de vie qui, les unes comme les autres, sont coûteuses et exigent beaucoup de temps. En outre, elles ne sont pas réalisées selon un calendrier fixe dans tous les pays, ce qui empêche de faire des comparaisons internationales.

Cible 1A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar par jour

39. La proportion des Africains (non compris ceux d'Afrique du Nord) ayant un revenu inférieur à 1,25 dollar par jour a légèrement baissé, passant de 58 % en 1990 à 51 % en 2005. Toutefois, à en juger par les récents résultats de la croissance économique et les tendances prévues, le pourcentage de la pauvreté extrême en Afrique (hors Afrique du Nord) devrait descendre sous la barre de 36 % d'ici à 2015. Même si cette perspective reste en deçà de l'objectif consistant à réduire la pauvreté de moitié d'ici à 2015, elle est néanmoins encourageante et va dans le bon sens (ONU, 2011). De fait, un certain nombre de pays africains sont en voie d'atteindre cet objectif. C'est ainsi qu'au Ghana, les politiques dites de revenu de subsistance contre la pauvreté, qui sont favorables aux pauvres et centrées sur l'agriculture, ont aidé le pays à atteindre l'objectif de réduction de la pauvreté.

Cible 1B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

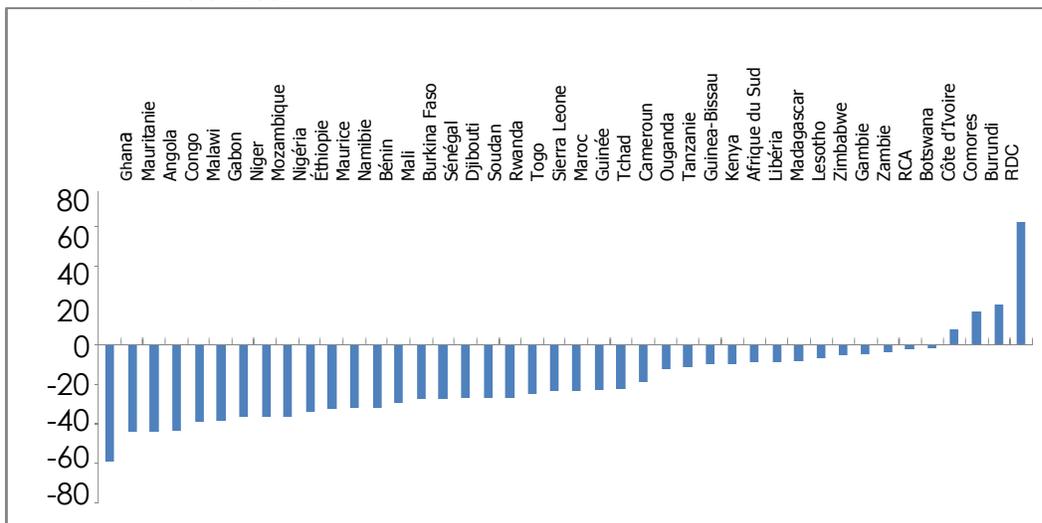
40. Le ratio emploi/population n'a pas fondamentalement changé depuis le dernier rapport. Néanmoins il importe de noter, s'agissant de l'Afrique, que la croissance économique relativement bonne et des interventions du législateur ont permis de réduire significativement la part des travailleurs pauvres de 63 % à 58,5 % de l'emploi total entre 2003 et 2008.

41. Tandis que les groupes vulnérables ne cessent de se heurter à des difficultés accrues sur le marché du travail, la part des emplois précaires en Afrique (hors Afrique du Nord) est tombée de 79,5 % en 2000 à 75,8 % en 2009. En Afrique du Nord, le taux de chômage est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, contre 12 % environ d'écart en Afrique subsaharienne pour la même période. En Afrique du Nord, les disparités sont encore plus prononcées entre les jeunes de 15-24 ans et les adultes, le taux de chômage étant quatre fois plus élevé chez les premiers que chez les seconds. En Afrique subsaharienne, cet écart est de deux fois plus.

Cible 1B: Réduire de moitié la proportion des personnes qui souffrent de la faim entre 1990 et 2015

42. Le nombre de personnes qui souffrent de la faim en Afrique ne cesse de diminuer, mais les progrès sont lents. L'Indice de la faim⁴ a réculé de 18 % entre 1990 et 2011 (voir figure 4). Il faut signaler au passage que, en termes de progrès absolu, l'Angola, l'Éthiopie, le Mozambique et le Niger se classent parmi les plus performants entre 1990 et 2011. À l'inverse, cinq pays d'Afrique (hors Afrique du Nord) ont régressé au cours de la même période et la famine s'y est aggravée, en partie à cause de l'instabilité politique.

Figure 4: Évolution en pourcentage de l'indice de la faim pour certains pays africains, entre 1990 et 2011



Source: Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (2011)

43. Ce léger recul de la faim a été sérieusement mis à mal par la crise alimentaire mondiale. La crise financière, énergétique et alimentaire s'est traduite par l'instabilité des cours mondiaux de produits alimentaires, tirés à la hausse par l'augmentation de la production de biocarburants, des conditions climatiques extrêmes et l'accroissement des échanges sur les marchés à terme des produits de base.

Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

Indicateur 2.2: Taux d'achèvement du cycle primaire

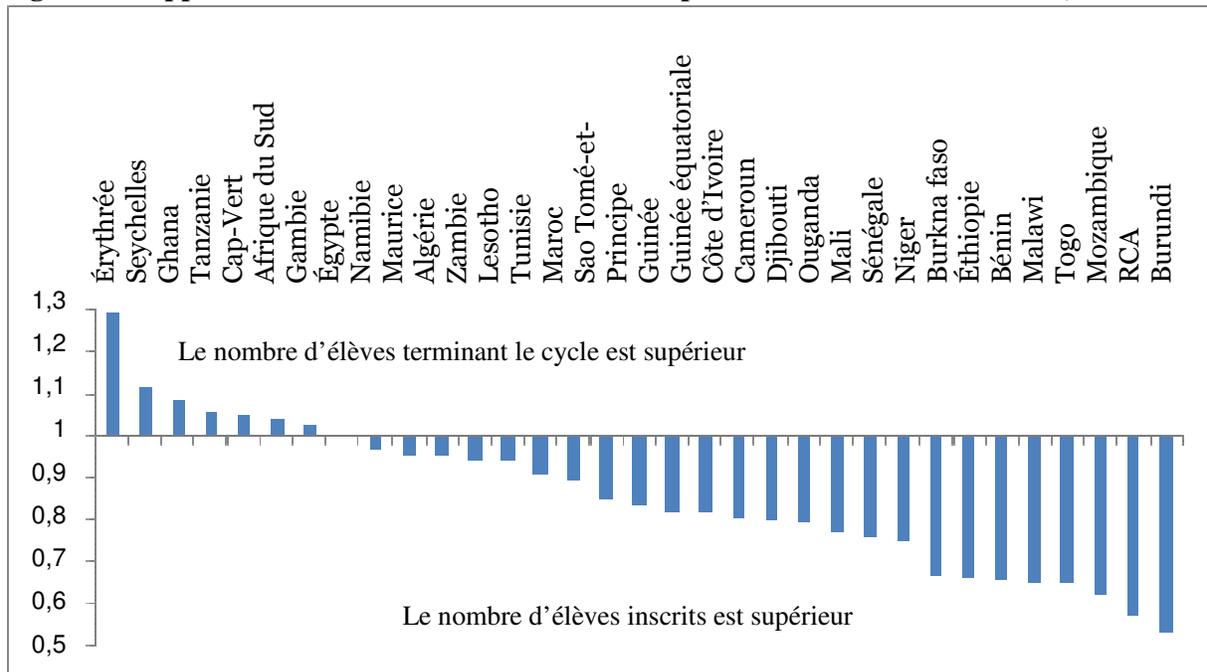
44. Malgré la belle image que renvoie l'analyse des chiffres de scolarisation, la qualité de l'enseignement primaire reste un sujet de préoccupation partout en Afrique. Les taux d'achèvement du cycle primaire demeurent bas, comparés aux taux de scolarisation. Sur les 38 pays pour lesquels

⁴ L'Indice de la faim dans le monde, élaboré par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, est un outil statistique qui permet de mesurer les progrès et les échecs dans la lutte mondiale contre la faim. Il combine trois indicateurs d'importance égale, qui sont: a) la proportion de la population sous-alimentée en pourcentage de la population globale, b) la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans et c) le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

on dispose de données concernant l'année 2009, six seulement ont un taux d'achèvement supérieur à 90 % et 15 seulement un taux supérieur à 75 %. D'après les mêmes données, huit pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Guinée équatoriale, Niger, République centrafricaine et Tchad) ont un taux d'achèvement inférieur à 50 % en 2009. Cependant, dans la grande majorité des pays, ce taux s'est amélioré entre 1999 et 2009. Sur les 33 pays pour lesquels on dispose de données à la fois pour l'année 1999 et l'année 2009, seuls cinq (Cap-Vert, Guinée équatoriale, Malawi, Maurice et Namibie) ont enregistré un recul de leur taux d'achèvement au cours de la période de référence.

45. Pour faire ressortir un indicateur de succès dans l'éducation primaire, les taux d'achèvement sont divisés par les taux de scolarisation. Les ratios ainsi obtenus apparaissent dans la figure ci-dessous. Le ratio le plus élevé de 1,3 (celui de l'Érythrée) signifie que le nombre des élèves ayant terminé le cycle primaire dépasse de 30 % celui des élèves inscrits la même année (cela pourrait s'expliquer par l'effet à retardement d'une stagnation antérieure de l'éducation primaire). À l'autre extrême se trouve le Burundi, où le nombre des élèves ayant terminé le cycle primaire correspond à seulement environ la moitié de celui des élèves inscrits la même année.

Figure 5: Rapport taux d'achèvement de l'éducation primaire/taux de scolarisation, 2009



Source: Calculs effectués à partir des données de la Division de statistique de l'ONU.

Objectif 4: Réduire la mortalité infantile

46. En dépit de récentes améliorations, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans reste insuffisante pour atteindre l'objectif 4 à la date butoir.

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

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

47. Les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans (pneumonie, diarrhée, paludisme, rougeole et VIH/sida) sont à l'origine de 43 % du nombre total de décès enregistrés dans ce groupe d'âge à l'échelle mondiale (UNICEF et Banque mondiale, 2011). Seuls deux pays africains, l'Égypte et la Tunisie, ont réussi à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans depuis 1990 et quelques pays sont en voie de réaliser l'objectif 4 à la date de 2015. L'Afrique (hors Afrique du Nord) n'a enregistré que 1 % de réduction entre 1990 et 2010, tandis que l'Afrique du Nord est arrivée à une réduction de 69 % sur la même période, soit le meilleur résultat du monde. Toutefois, en dépit de la lenteur des progrès accomplis au cours des 20 dernières années, l'Afrique (hors Afrique du Nord) a doublé son taux moyen de réduction, qui est passé de 1,2 % par an, pour la période de 1990-2000 à 2,4 % par an pour la période 2000-2010. Cela reste encore en deçà du seuil de 4 % défini par l'UNICEF comme critère permettant de penser que l'Objectif 4 est en voie de réalisation.

48. Onze pays (Algérie, Égypte, Érythrée, Libéria, Libye, Madagascar, Malawi, Maroc, Maurice, Seychelles et Tunisie) sont en voie⁵ de réaliser l'Objectif 4 ou l'ont déjà fait; 27 pays font des progrès, mais ceux-ci sont insuffisants⁶ et 11 autres (Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Lesotho, Mauritanie, République démocratique du Congo, République centrafricaine, Somalie, Tchad et Zimbabwe) n'ont fait que peu ou pas de progrès⁷ vers la réalisation de l'Objectif 4⁸.

Objectif 5: Améliorer la santé maternelle

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

49. Le manque de données sur la santé maternelle continue d'entraver sérieusement l'évaluation des progrès dans ce domaine. Les données les plus récentes dont on dispose montrent que l'Afrique a enregistré des progrès constants dans l'amélioration de la santé maternelle. Cependant, le rythme de ce progrès est trop lent pour permettre d'atteindre cet objectif à la date butoir.

Indicateur 5.1 : Taux de mortalité maternelle

50. La mortalité maternelle, mesurée par le taux de mortalité maternelle, continue d'être très élevée en Afrique, comparée à d'autres régions du monde. D'après l'OMS, le taux de mortalité maternelle (hors Afrique du Nord) s'élevait en Afrique à 620 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2008, et il ne recule que lentement par rapport à d'autres régions du monde (OMS, 2011). Sur les 50 pays pour lesquels on dispose de données pour 2008, 24 pays africains⁹ ont enregistré un taux de mortalité maternelle de plus de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes (figure 6a). À partir de 2008, seuls l'Égypte, la Guinée équatoriale, Maurice et la Tunisie semblent en voie de réaliser la réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Si

⁵ Le taux de mortalité des moins de 5 ans est inférieur à 40 % en 2010; ou le taux moyen annuel de réduction de la mortalité chez les enfants de cette classe d'âge est au moins de 4 % au cours de la période 1990-2010.

⁶ Le taux de mortalité des moins de 5 ans est au moins de 40 % et le taux moyen annuel de réduction est au moins de 1 %, mais moins de 4 % au cours de la période 1990-2010.

⁷ Le taux de mortalité des moins de 5 ans est au moins de 40 % et le taux moyen annuel de réduction est moins de 1 % au cours de la période 1990-2010.

⁸ Niveaux et tendances de la mortalité infantile: rapport 2011→ Estimations publiées par le groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation relative à la mortalité infantile. Les tendances y ont été réestimées, ce qui rend difficile la comparaison avec le rapport de l'année dernière (UNICEF et Banque mondiale, 2011).

⁹ Angola, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe.

les tendances actuelles se maintiennent, la majorité des pays africains ne réaliseront pas cet indicateur d'ici à la date butoir (figure 6b).

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

51. Parmi les facteurs les plus étroitement associés à la réduction de la mortalité maternelle figure la fourniture d'une assistance qualifiée pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant. Ce qui se mesure par la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Il ressort des données connues de la Division de statistique de l'ONU d'importantes améliorations dans de nombreux pays en ce qui concerne cet indicateur. Sept pays (Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Djibouti, Libye, Maurice et Tunisie) font état de 90 % ou plus d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Dans 19 pays africains, cependant, la proportion est inférieure à 50 % et la majorité des pays ne sont pas en voie d'atteindre cet indicateur.

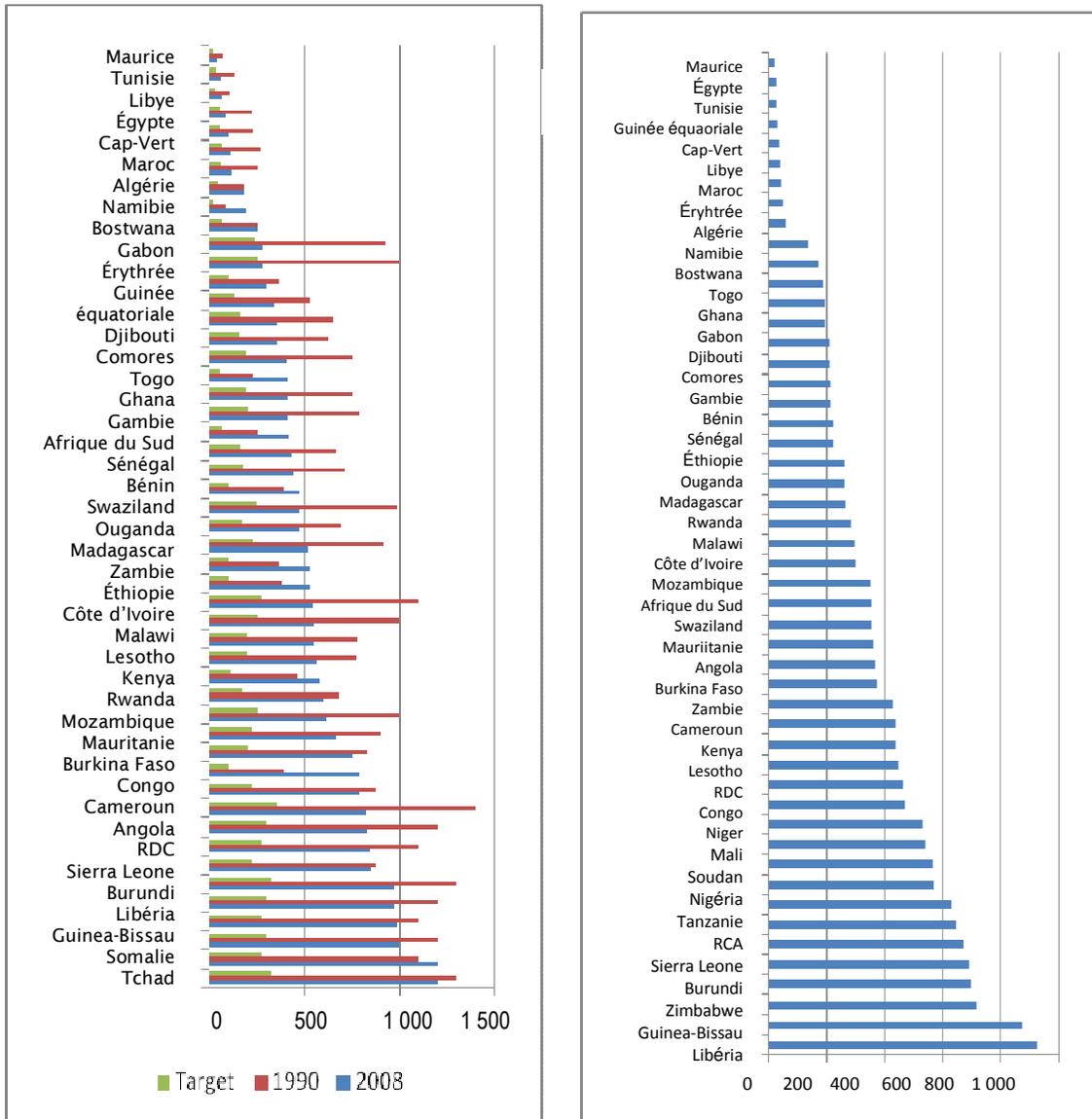
Cible 5B: Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

Indicateur 5.3: Taux de prévalence de la contraception pour les personnes mariées

52. L'absence d'accès aux méthodes contraceptives représente un autre facteur clef de mortalité maternelle, dans la mesure où elle favorise les grossesses non désirées à haut risque. D'après l'OMS, le taux d'utilisation des moyens contraceptifs est en moyenne de 24,4 % pour la région. Sur les 51 pays africains pour lesquels on dispose de données, 23 ont dépassé cette moyenne, tandis que 28 pays se trouvent en dessous; la Libye et les Seychelles, ne fournissent aucune donnée (OMS 2011). Avec des taux pareils, la plupart des pays africains hors Afrique du Nord n'atteindront pas cette cible à la date butoir.

Figure 6: Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes en Afrique

a) Taux de mortalité maternelle en 1990, 2008 et b) Écart par rapport à la cible à l'échéance de 2015



Source: Figure établie à partir des données de la Division de statistique de l'ONU (mises à jour en juillet 2011)

Objectif 7: Préserver l'environnement

53. L'Afrique a fait des efforts louables pour garantir la viabilité de l'environnement, mais il faut néanmoins multiplier les interventions pour apporter une réponse efficace aux changements climatiques. Bien qu'on ne dispose pas de nouvelles données depuis le dernier rapport, on peut

affirmer que les progrès concernant l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à un meilleur assainissement demeurent insuffisants et profitent surtout aux zones urbaines.

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

Indicateur 7.1 : Couverture forestière

54. L'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré 2011 *Année internationale des forêts* afin de sensibiliser les opinions à l'importance de la gestion durable, de la conservation et de la mise en valeur de tous les types de forêts. Il ressort des données connues de la Division de statistique de l'ONU que, dans 38 pays africains, la couverture forestière s'est amoindrie entre 1990 et 2010. Ces données révèlent par ailleurs que l'Afrique a connu la plus grande perte nette de zones forestières de 2000 à 2010. L'urbanisation rapide et non planifiée en est une des causes.

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

55. Dans la plupart des pays africains, les émissions de dioxyde de carbone n'ont pas diminué. En Afrique du Sud, en Guinée équatoriale, en Libye et aux Seychelles, ces émissions (estimées à plus de 5 tonnes métriques) restent un sujet de préoccupation en 2008. Le Gabon a réduit de 3,52 tonnes métriques ses émissions de dioxyde de carbone entre 1990 et 2008, soit une réduction importante (Division de statistique de l'ONU, 2011).

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

56. De nombreux pays africains, notamment le Botswana, le Gabon, le Ghana, le Lesotho, Madagascar, la Mauritanie, la République centrafricaine, Sao Tomé-et-principe, les Seychelles et le Swaziland, ont consommé plus de substances appauvrissant la couche d'ozone entre 2000 et 2009. Un aspect positif à signaler est que de nombreux autres pays, dont l'Algérie, Djibouti, l'Éthiopie, l'Érythrée, la Libye, le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda, la Sierra Leone, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe, ont obtenu de meilleurs résultats, réduisant de plus de 90 % cette consommation entre 2000 et 2009 (Division de statistique de l'ONU, 2011).

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

Indicateur 7.6: Proportion de zones terrestres et marines protégées

57. Dans 24 pays africains, la proportion de zones terrestres et marines protégées n'a pas progressé entre 1990 et 2010. Toutefois, la proportion des zones marines et terrestres protégées par rapport à la superficie totale s'est renforcée dans un grand nombre de pays africains (Division de statistique de l'ONU, 2011).

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

58. L'engagement de la communauté des donateurs porte sur, outre les ressources, une assistance technique pour faciliter l'accès aux marchés, en particulier de médicaments essentiels abordables.

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

59. Durant la période 2001-2009, les médicaments essentiels n'étaient disponibles, en moyenne, que dans 42 % des établissements publics, contre 58 % des établissements privés. Les prix médians étaient, en moyenne, 2,7 fois supérieurs aux prix de référence internationaux dans le secteur public et 6,4 fois supérieurs dans le secteur privé dans les 17 pays africains pour lesquels on dispose de données. Le développement des capacités de production locales a été élevé au rang de priorité dans plusieurs programmes régionaux et sous-régionaux en Afrique, tels que le Plan relatif à la fabrication de médicaments pour l'Afrique de l'Union africaine, le plan d'activités pharmaceutiques de la Communauté de développement de l'Afrique australe et le projet de plan d'action régional de la Communauté d'Afrique de l'Est relatif à la fabrication de médicaments, qui est en cours de finalisation.

III. Conclusion et voie à suivre

60. À seulement quatre années de l'échéance de 2015 pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les progrès accomplis par l'Afrique en ce qui concerne les différentes cibles attachées aux OMD restent toujours mitigés.

61. Des avancées remarquables ont été obtenues s'agissant de certains indicateurs comme le taux net de scolarisation primaire, la parité des sexes dans l'enseignement primaire, la proportion de femmes dans les instances décisionnelles, la couverture vaccinale et le ralentissement de la propagation du VIH/sida. Cependant les objectifs fixés en matière d'éducation demeurent un constant sujet de préoccupation et les progrès sont trop lents pour ce qui est des OMD liés à la santé, tels que la mortalité infantile et maternelle et l'accès à l'assainissement. En outre, si la pauvreté en Afrique, hors Afrique du Nord, a diminué grâce à une croissance accélérée depuis 2000, le continent n'est pas en voie d'atteindre l'objectif consistant à réduire la pauvreté et la faim de moitié. La réduction des inégalités dans l'accès aux services sociaux de base reste aussi un défi fondamental pour l'Afrique, inégalités qui expliquent dans une large mesure la lenteur des progrès accomplis par le continent dans la réalisation des OMD relatifs à la santé.

62. La récente crise de la dette européenne affectera probablement les exportations et les recettes du tourisme en Afrique et pourrait, par voie de conséquence, affecter aussi les perspectives de croissance du continent. En outre, l'assainissement des finances publiques dans la zone euro pourrait se traduire par une réduction de l'aide publique au développement et réduire par conséquent la capacité des pouvoirs publics africains de financer les programmes et les projets de développement, qui sont essentiels pour améliorer les conditions socioéconomiques de leurs populations. En particulier, les investissements à forte intensité de ressources dans le domaine des infrastructures et de la santé risquent d'être freinés si les niveaux de l'APD chutent considérablement.

63. Pour relever les défis posés par la réalisation des OMD en Afrique, il faudrait donc mettre en œuvre une démarche plus stratégique et mieux intégrée de prestation de services sociaux. Les décideurs devront apprécier les interactions entre les OMD et investir davantage dans des interventions ayant le plus grand impact sur les autres indicateurs. Par exemple, l'amélioration de la parité entre les sexes influe favorablement sur la santé maternelle et infantile et les investissements dans le domaine de l'eau et de l'assainissement amélioreront les conditions de santé.

64. En outre, les décideurs doivent trouver un équilibre entre scolarisation et qualité de l'enseignement. Les efforts déployés pour scolariser plus de jeunes ne doivent pas se faire au détriment de la qualité des services éducatifs. Les campagnes de construction de nouvelles écoles doivent être complétées par des interventions visant à former les enseignants et à en recruter de nouveaux.

65. Il est également impératif que les pays africains trouvent de nouvelles sources de financement, multiplient leurs efforts pour mobiliser des ressources internes et favorisent les échanges intra-africains afin d'atténuer les effets négatifs internes de la crise de la dette dans la zone euro. Ils devront veiller à ce que les mesures visant à assurer la stabilité macroéconomique ne compromettent pas les dépenses sociales et n'aient pas pour effet de toucher plus durement les couches vulnérables de la société.

66. Enfin, les pays africains doivent jouer un rôle plus affirmé dans l'élaboration du programme de développement qui prendra la suite des OMD. Il leur faudra à cet effet se coordonner en vue d'arrêter une position commune précisant clairement leurs priorités et leurs aspirations en matière de développement.