



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

Trente deuxième réunion du Comité d'experts



COMMISSION DE L'UNION
AFRICAINNE

Huitième réunion du Comité d'experts

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

Abidjan (Côte d'Ivoire)
21-24 mars 2013



Distr. générale

E/ECA/COE/32/3
AU/CAMEF/EXP/3(VIII)
25 février 2013

Français
Original : anglais

**Rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)
en Afrique, 2013**

Introduction

1. Le présent rapport est la mise à jour la plus récente du rapport de la Commission économique pour l'Afrique (CEA) portant sur les progrès que l'Afrique accomplit vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il fait fond sur les rapports rédigés les années antérieures pour faire le bilan des progrès faits par les pays africains dans la mise en œuvre des engagements relatifs aux OMD en 2012, y compris l'appui fourni par le secrétariat de la CEA.

2. Le message central que véhicule le rapport de cette année est que l'Afrique a accompli d'importants progrès vers la réalisation des OMD, mais que ces progrès sont inégaux et trop lents. Il existe également de grands écarts dans les résultats selon les régions, les pays autant que selon les cibles et les indicateurs au sein desdits objectifs. Le rapport conclut qu'avec imminence de la date butoir convenue de 2015, il reste encore beaucoup à faire pour accélérer le rythme et améliorer la qualité des efforts consacrés aux divers objectifs et indicateurs. À deux ans de la date butoir de 2015, la présente évaluation revêt une importance capitale en ce sens qu'elle aidera les pays à identifier les cibles pour lesquelles des efforts concertés doivent être fournis en vue de la réalisation des OMD.

Objectif 1: Réduire l'extrême pauvreté et la faim

3. L'Afrique n'est pas en voie de réduire de moitié la pauvreté d'ici à 2015 même si les chiffres récents indiquent des progrès substantiels dans ce domaine. La part de la population qui a un emploi augmente, la malnutrition recule tout comme la proportion de personnes employées vivant au-dessous du seuil de pauvreté de référence de 1,25 dollar par jour. De même, la part des travailleurs indépendants dans le nombre total des personnes employées baisse, signe peut-être d'un fléchissement des activités de subsistance, d'une intensification de l'agriculture commerciale et d'un exode rural accéléré. Ces chiffres de l'emploi masquent toutefois la vulnérabilité de tels emplois. Il est possible d'aller davantage de l'avant si des efforts concertés sont fournis pour accroître la valeur ajoutée des matières premières par une audacieuse campagne d'industrialisation qui crée des emplois décents pour une grande majorité de la main-d'œuvre disponible.

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 »

Indicateur 1.1: Proportion de la population disposant de 1,25 dollar par jour

4. Les taux de pauvreté en Afrique sont passés au-dessous de 50 % en 2008 (pour tomber à 47,5 %) pour la première fois, tout comme le nombre absolu de personnes vivant dans la pauvreté a baissé. Toutefois l'Afrique (hors Afrique du Nord), n'est plus en voie de réaliser cette cible. La baisse de la pauvreté masque de grandes disparités entre hommes et femmes et entre zones rurales et zones urbaines, ce qui exigera des ripostes bien ciblées pour s'attaquer aux inégalités. Pour maintenir les progrès enregistrés dans la réduction de la pauvreté, il faudra accélérer le rythme de la croissance et ouvrir celle-ci à tous tout en augmentant les investissements dans les services sociaux et l'infrastructure afin d'améliorer la santé, les revenus et la productivité de la population active, aussi bien que soutenir les couches les plus vulnérables de la société, en particulier les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants.

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

Indicateur 1.5: Ratio emploi/population

La population employée en Afrique est en progression

5. L'emploi est un moyen de sortir de la pauvreté. Depuis 1991, le ratio emploi/population de l'Afrique oscille en moyenne entre 50 et 60 %. Ce ratio est en progression depuis 2008 après avoir atteint un maximum en 2006. Ces chiffres ne tiennent toutefois pas compte de la qualité des emplois disponibles pour la population active. En l'absence de systèmes de protection sociale fonctionnels dans la plupart des pays africains, la grande majorité des travailleurs ne peut que se contenter d'emplois du secteur informel et de conditions ne satisfaisant souvent pas aux normes minimales de sécurité et d'hygiène du travail. En fait, le ratio emploi/population surestime le niveau de bien-être vécu par la population active en Afrique.

Indicateur 1.6: Proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25 dollar par jour

Baisse des taux de pauvreté des personnes employées

6. La proportion moyenne de personnes employées disposant de moins de 1,25 dollar par jour a baissé entre 2008 et 2010 et le chiffre était inférieur à cette moyenne en 1991 (ONU, 2012). Cependant, il s'agit pour la plupart d'emplois vulnérables et, en raison du renchérissement du coût de la vie et des hausses récentes des prix des produits alimentaires, il y a lieu d'interpréter cette tendance avec prudence. La Banque mondiale a fait état de flambées des prix des produits alimentaires en Afrique au cours du troisième trimestre de 2012.

Indicateur 1.7: Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée

La proportion de travailleurs indépendants est en diminution

7. La part moyenne de travailleurs indépendants¹ dans la population totale employée donne une idée des moyens de subsistance et des possibilités de travail indépendant s'offrant aux travailleurs. Les données font apparaître de grandes variations dans les résultats des pays concernant cet indicateur, allant d'une part élevée de 60 % environ au Burkina Faso et en Éthiopie à des parts négligeables en Afrique du Sud et au Swaziland. Les chiffres pourraient toutefois traduire une forte prévalence des activités d'agriculture de subsistance et des emplois du secteur informel dans plusieurs pays africains par rapport à des économies mieux structurées d'Afrique subsaharienne centrées sur le secteur formel en général.

¹ Le terme travailleurs indépendants désigne les travailleurs qui, travaillant pour leur propre compte ou avec un ou plusieurs partenaires, occupent le type d'emploi défini comme étant un emploi indépendant, et n'ont pas employé sur une base continue de personnes pour travailler avec eux pendant la période de référence.

Indicateur 1.9: Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

La sous-alimentation diminue mais lentement

8. Pour les pays africains pris collectivement, la prévalence de la sous-alimentation a baissé de 27,3 % pour s'établir à 22,9 % au cours de la période 1990-2010. Cependant, le taux d'amélioration est très lent (16,1 %) par rapport aux autres régions du monde à l'exception de l'Océanie (11 %). Le Ghana (87,6 %), Djibouti (70,9 %), le Mali (68,8 %), Sao Tomé-et-Principe et le Niger (65,9 %) sont les pays obtenant les meilleurs résultats au cours de la période 1991-2011. Cependant, la prévalence de la sous-alimentation s'est aggravée dans 10² pays africains au cours de la même période (FAO, 2012).

Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous

9. L'éducation joue un rôle crucial dans le développement économique et la progression vers la réalisation de cet objectif a des effets d'entraînement sur d'autres OMD. L'augmentation du nombre d'inscrits dans le primaire est considérable à l'échelle mondiale, mais elle est encore plus prononcée en Afrique, hors Afrique du Nord, où les taux de scolarisation ont progressé de plus de trois quarts, avec 43 millions d'enfants de plus inscrits dans le primaire en 2010 qu'en 1999 (ONU, 2012). Cependant, les avancées significatives réalisées dans les taux de scolarisation ne se sont pas traduites par les améliorations correspondantes des taux d'achèvement du cycle d'études. Alors que le taux d'achèvement s'établit à 90 % au niveau mondial, le chiffre pour l'Afrique, hors Afrique du Nord, n'est que de 70 %. Les faibles taux d'achèvement réduisent le nombre d'élèves qualifiés réussissant à passer du primaire au secondaire et suscitent des questions au sujet de la qualité de l'enseignement primaire en Afrique.

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

Indicateur 2.1: Taux net de scolarisation dans le primaire

10. Les taux nets globaux de scolarisation dans le primaire pour l'Afrique sont passés de 64 % en 2000 à 87 % en 2010 dans les 29 pays (chiffres les plus récents de la Division de statistique de l'ONU). À l'exclusion de l'Afrique du Nord, les taux de scolarisation ont augmenté fortement, pour passer de 58 % à 76 % entre 1999 et 2010. Cela représente un taux annuel d'augmentation de 1,5 point de pourcentage en une période de 12 ans, ce qui est important étant donné la forte croissance démographique enregistrée dans le continent (ONU, 2012). Bien qu'il y ait eu des progrès dans tout le continent, le rythme de ces progrès varie considérablement selon les pays. Il convient de noter que le Niger a fait passer son taux de scolarisation de 53 % à 62 % de 2009 à 2011 et que le Ghana et le Mali ont porté les leurs de 77 % à 84 % et de 64 % à 67 % respectivement au cours de la même période (ONU, 2012).

² Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Madagascar, Ouganda, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

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

11. Les taux d'achèvement du cycle d'études primaires en Afrique n'ont pas évolué au même rythme que les importantes avancées enregistrées dans les taux de scolarisation. Comme indiqué dans le rapport de 2012 sur la réalisation des OMD, environ 70 % des enfants achèvent le cycle d'études primaires. Cependant, il y a eu des cas d'amélioration exemplaire. C'est ainsi que le Ghana a porté son taux d'achèvement de 86 % à 94 % entre 2009 et 2011 et que l'Éthiopie a accru le sien de 17 points de pourcentage pour le faire passer de 55 % à 72 % entre 2009 et 2010 (ONU, 2012).

La faiblesse des taux d'achèvement des études constitue un problème lancinant.

12. Les faibles taux d'achèvement sont en partie imputables à la piètre qualité de l'enseignement ; cependant, l'entrée tardive à l'école et la pauvreté jouent également un rôle. Une proportion de 41 % des enfants qui commençaient l'école primaire en Afrique avaient deux ou plusieurs années de plus que l'âge officiel de scolarisation. En troisième année, les enfants qui sont entrés tardivement à l'école sont quatre fois plus enclins à quitter l'école que les enfants qui ont commencé à l'âge approprié. De surcroît, les enfants issus de ménages pauvres sont plus enclins à commencer tardivement, pour des raisons allant de l'éloignement de l'école au fait que les parents ignorent la nécessité d'envoyer les enfants à l'école à temps, en passant par un piètre état nutritionnel et de santé. La pauvreté a elle aussi un effet négatif sur les taux d'achèvement. En 2006, 97 enfants sur 100 issus du quintile le plus riche en Ouganda sont entrés à l'école primaire et 80 des 97 ont atteint la dernière classe. Dans le cas des enfants issus du quintile le plus pauvre, 90 enfants sur 100 entraient à l'école avec seulement 49 de ces 90 atteignant la dernière classe (UNESCO, 2012).

13. Des efforts ont été déployés dans certains pays africains pour améliorer les taux d'achèvement. Les régimes de protection sociale, en particulier les transferts monétaires et les programmes d'alimentation scolaire, ont aidé à relever les taux de scolarisation et d'achèvement. L'introduction d'un programme préprimaire, comme par exemple au Nigéria et en Tanzanie, a contribué à une transition sans heurt aux classes de l'école primaire, mais – fait plus important – à l'achèvement du cycle d'études primaires tout entier (UNESCO, 2012).

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

14. Les taux d'alphabétisation en Afrique (hors Afrique du Nord) demeurent faibles (72 %) pour les deux sexes, mais les taux d'alphabétisation des femmes sont plus élevés que ceux des hommes. Une aptitude insuffisante à lire, écrire et compter parmi les élèves qui achèvent l'école primaire dénote la faible qualité de l'enseignement. On reconnaît en général qu'il faut quatre ou cinq ans d'enseignement primaire de qualité pour que les enfants aient une aptitude *fonctionnelle* à la lecture et au calcul. Une analyse récente d'enquêtes sur les ménages menées montre toutefois que bien plus d'enfants qu'on ne s'y attend dans les pays à revenu moyen inférieur ou faible achèvent l'école primaire sans savoir lire et écrire. Au Ghana, par exemple, en 2008, plus de la moitié des femmes et plus du tiers des hommes âgés de 15 à 29 ans qui avaient achevé six années d'études primaires ne pouvaient pas du tout lire une phrase. Une proportion de 28 % des jeunes femmes et de 33 % des jeunes hommes ne pouvaient pas lire une phrase entière. (UNESCO, 2012).

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

15. L'Afrique progresse bien vers la réalisation de l'objectif, particulièrement en ce qui concerne l'indice de parité des sexes (IPS) dans l'enseignement primaire. Plusieurs réformes, dont la gratuité de l'enseignement primaire, sont à l'origine de ce progrès. Toutefois, aux niveaux secondaire et supérieur, l'indice de parité des sexes reste bas. Des problèmes tels que la pauvreté, les mariages précoces et le travail des enfants contribuent à cet état de choses. Certains pays affichent toutefois un déséquilibre de plus en plus prononcé en défaveur des garçons, particulièrement dans l'enseignement primaire, disparité à laquelle il faudra également s'attaquer. De nouvelles réformes conjuguées à des campagnes d'autonomisation des femmes ont contribué à accroître la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement.

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

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

Les indices de parité des sexes dans l'enseignement primaire sont encourageants

16. L'indice de parité des sexes de l'Afrique dans l'enseignement primaire est en bonne voie. Sur 37 pays pour lesquels des données existent, 27 affichaient un indice de parité supérieur ou égal à 0,9 en 2010. Les données provenant de neuf de ces 27 pays indiquent un déséquilibre en défaveur des garçons, c'est-à-dire un indice de parité des sexes supérieur à 1. Entre 1991 et 2010, 24 pays ont connu une progression de leur indice de parité des sexes au niveau primaire. Le Bénin vient en tête, avec un taux de 78 %, tandis que le Tchad et la Guinée ont enregistré des hausses de plus 50 %. Pour beaucoup de ces pays, ces performances résultent de mesures de réforme de l'éducation telles que la gratuité de l'enseignement primaire et les efforts visant à la promotion des filles. Cependant, au fur et à mesure que davantage de pays progressent vers la réalisation de l'indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire, on craint qu'à l'avenir un plus grand nombre de pays n'affiche un déséquilibre en défaveur des garçons. Par ailleurs, l'Angola, l'Érythrée, le Lesotho et le Swaziland ont enregistré un léger recul de leur indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire. S'agissant du Lesotho, cette baisse s'explique par les efforts que ne cessent de déployer ses dirigeants pour remédier au déséquilibre en défaveur des garçons.

Des progrès non uniformes vers la réalisation de la parité dans l'enseignement secondaire

17. L'indice de parité des sexes dans l'enseignement secondaire est relativement inférieur à celui du cycle primaire. Il convient cependant de noter qu'au fil des ans, cet indice n'a cessé d'évoluer, quoique à un rythme lent. Du fait qu'un grand nombre de réformes ne touchent pas le cycle secondaire ou sont difficiles à financer à ce niveau, le taux de scolarisation des filles y est inférieur. La scolarisation des filles se ressent également des questions de pauvreté et de préjugé sexiste. Lorsqu'elles connaissent des problèmes de revenu, les familles tendent à favoriser les garçons par rapport aux filles dans la prise des décisions concernant la poursuite des études au niveau secondaire. Les filles sont donc contraintes de rechercher d'autres solutions telles que l'emploi et le mariage.

18. Parmi les 26 pays pour lesquels il existait des données pour 2010, sept³ avaient réalisé la parité entre les sexes dans l'enseignement secondaire. Sur ces sept pays, cinq avaient en effet affiché un déséquilibre en défaveur des garçons, le Lesotho occupant le premier rang avec un indice de 1,38. Le Tchad a enregistré le plus faible indice de parité de 0,42 en 2010. Entre 1991 et 2010, 14 pays⁴ ont vu progresser leur indice de parité des sexes au niveau secondaire, non compris le Lesotho qui a enregistré un léger recul. La Gambie, le Niger et la Mauritanie ont connu les plus fortes hausses, avec respectivement 94 %, 78 % et 77 %.

La parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur reste faible

19. L'indice de parité des sexes dans l'enseignement supérieur est celui dont la progression est la plus lente parmi les trois niveaux. Selon les données communiquées, certains pays africains auraient enregistré un indice de parité inférieur à 0,5. Il s'agit notamment du Burkina Faso, de l'Érythrée, de l'Éthiopie, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, de la République centrafricaine et du Tchad, celui-ci affichant l'indice de parité le plus bas (0,17). En 2010, l'Algérie avait l'indice le plus élevé de 1,46, suivie du Cap-Vert (1,29). L'Égypte, Madagascar et Sao Tomé-et-Principe sont près de réaliser la parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur, leurs indices étant bien supérieurs à 0,9. Sur la base des données disponibles pour 2010 et de la comparaison des progrès accomplis depuis 1991, on estime peu probable qu'un grand nombre de pays africains atteignent la parité entre les sexes dans l'enseignement supérieur.

Cible 3.3: Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national

20. Les pays africains progressent lentement vers la réalisation de la cible de 30 % de femmes siégeant au parlement national. Toutefois, les données pour 2012 montrent que plus de la moitié des pays se trouvent encore en dessous de 20 %, la majorité se situant entre 10 et 20 %. Seuls huit pays⁵ ont atteint ou dépassé la cible de 30 %. Le Cap-Vert, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Lesotho, le Malawi, la Mauritanie, la Namibie, le Sénégal, le Soudan et la Tunisie comptent tous plus de 20 % de femmes siégeant au sein de leur parlement national.

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

21. L'Afrique fait des progrès insuffisants pour atteindre l'objectif 4 et reste la région qui enregistre le taux le plus élevé de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde. La diminution des taux de mortalité néonatale et infantile a été particulièrement lente, ce qui illustre l'importance de l'amélioration des soins de santé prénatale et maternelle dans la région. Le manque d'accès aux services de santé de base pour prévenir et soigner des maladies infectieuses telles que la pneumonie, le paludisme et la diarrhée a également entravé les progrès dans la plupart des pays. Cela dit, le Libéria, le Malawi, le Rwanda et d'autres sont en bonne voie pour réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile d'ici à 2015. L'Afrique du Nord, dans son ensemble, est également en bonne voie pour atteindre l'objectif 4.

³ Cap-Vert, Lesotho, Maurice, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles et Swaziland.

⁴ Pays pour lesquels des données existaient pour 1991 et 2010.

⁵ Afrique du Sud, Angola, Burundi, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Seychelles.

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

22. L'Afrique continue de réaliser des progrès constants mais lents dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5). Depuis 1990, le continent a connu un recul de la mortalité des moins de 5 ans, qui a été réduite de 174 décès pour 1000 naissances vivantes à 121 décès pour 1000 en 2010, le taux de réduction annuel étant de 2,3 % entre 1990 et 2010. Onze pays africains⁶ sont parvenus à faire chuter la mortalité infantile d'au moins 60 % entre 1990 et 2010 et sont de ce fait bien partis pour atteindre l'objectif 4. Ce progrès résulte de plusieurs facteurs, notamment les avancées au niveau des techniques médicales, la programmation du développement, la prestation des services sanitaires et l'amélioration dans les domaines de l'éducation, de la protection de l'enfance et de la croissance économique (UNICEF, 2012).

23. Avec un taux annuel de réduction de seulement 2,3 %, l'Afrique dans son ensemble ne pourra atteindre l'objectif consistant à réduire de deux tiers le TMM5 d'ici à 2015. Par ailleurs, au moment où ce taux baisse dans le monde, on assiste de plus en plus à une concentration des décès d'enfants dans le continent. L'Afrique, hors Afrique du Nord, comptait presque plus de la moitié du nombre total des décès des moins de 5 ans dans le monde en 2011, sans compter que – fait alarmant – un enfant sur neuf y décède avant l'âge de 5 ans. Si tous les États africains, excepté le Swaziland⁷, ont réduit leurs TMM5 depuis 1990, plusieurs enregistrent une hausse du nombre absolu de ces décès. Ces pays⁸ ont enregistré une augmentation de leur nombre national de décès des moins de 5 ans depuis 1990 en raison des effets conjugués d'une forte croissance démographique et d'une allocation générale des ressources qui est restée plutôt constante.

L'Afrique du Nord est en bonne voie tandis que le paludisme freine les progrès en Afrique centrale

24. Au niveau sous-régional, les pays d'Afrique du Nord ont fait le plus de progrès dans la réduction du TMM5, tombant d'une moyenne de 89 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 41 décès pour 1000 en 2011, soit une baisse de 54 %, suivis de l'Afrique australe (46 %) et de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique de l'Est qui ont enregistré chacune une baisse de 42 %. L'Afrique centrale enregistre les progrès les plus lents et reste la sous-région ayant le taux le plus élevé de mortalité des moins de 5 ans, avec 139 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011. C'est également la seule région de l'Afrique qui compte aujourd'hui un nombre absolu de décès des moins de 5 ans plus élevé qu'en 1990. Cette situation peut en grande partie s'expliquer par les taux de mortalité élevés dus au paludisme, qui est à l'origine de plus de 18 % des décès des moins de 5 ans en Afrique centrale contre une moyenne de seulement 7,5 % dans les autres sous-régions du continent (UNICEF, 2012). Il en ressort clairement que l'intensification des efforts de prévention et de traitement du paludisme pourrait considérablement réduire la mortalité infantile en Afrique centrale.

⁶ Cap-Vert, Égypte, Éthiopie, Liberia, Libye, Madagascar, Malawi, Maroc, Niger, Rwanda et Tunisie.

⁷ Le taux de mortalité des moins de cinq ans au Swaziland est passé de 83 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 104 décès pour 1000 en 2011; 23 % de ces décès sont dus au sida.

⁸ Burkina Faso, Cameroun, Congo, Kenya, Mali, Mauritanie, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Somalie, Swaziland et Tchad.

La lutte contre les maladies infectieuses est déterminante pour le succès

25. Les maladies infectieuses telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la méningite, le tétanos, le sida et la rougeole sont la cause d'environ 41 % des décès des moins de 5 ans en Afrique. Lorsque l'on compare aux pays ayant un TMM5 très bas (pays affichant un TMM5 inférieur à 10 décès pour 1000 naissances vivantes) qui n'enregistrent quasiment aucun décès des moins de 5 ans imputable aux maladies infectieuses, on voit combien les maladies infectieuses nécessitent un accès équitable aux interventions de base en matière de prévention et de traitement (UNICEF, 2012).

26. Les décès des moins de 5 ans dus aux maladies infectieuses sont en grande partie évitables, et il ressort des données que bien des cas notables de baisse de ces décès dans le monde résultent de l'intensification des efforts de lutte contre les maladies infectieuses. À titre d'exemple, l'élargissement de la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide au Niger s'est traduit par une diminution considérable des décès des moins de 5 ans. En 2000, juste 1 % des enfants de moins de 5 ans dormaient sous des moustiquaires imprégnées, et on avait enregistré 216 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes. Aujourd'hui, 64 % des enfants de moins de 5 ans dorment sous des moustiquaires imprégnées et le TMM5 du Niger a chuté à 125 décès pour 1000 naissances vivantes – soit une baisse de près de 50 % depuis 2000 (UNICEF, 2012)

Indicateur 4.2: Taux de mortalité infantile

La plupart des décès des enfants surviennent au cours de la première année de leur vie

27. Les décès des moins de 5 ans en Afrique surviennent généralement au cours des 28 premiers jours suivant la naissance, en moyenne 33,6 % de ces décès sur le continent survenant durant cette période néonatale. Près de 65 % des décès des moins de 5 ans en Afrique surviennent au cours de la première année de leur existence. Malheureusement, les taux de mortalité infantile en Afrique baissent plus lentement que les taux de mortalité des moins de 5 ans.

Les complications liées à la naissance sont à l'origine d'une proportion importante des décès

28. La majorité des décès néonataux résultent des complications liées à la naissance prématurée ou aux complications durant l'accouchement. L'accouchement à domicile non assisté par du personnel de santé qualifié expose les femmes et les nourrissons à un plus grand risque de complications de ce type. Par conséquent, l'accès aux soins de santé durant la grossesse et l'accouchement est essentiel pour améliorer à la fois la santé maternelle et infantile. De simples interventions telles que l'administration de supplément d'acide folique, la détection de la prééclampsie et la prévention de l'éclampsie, le traitement du paludisme, les accouchements dans des conditions hygiéniques et l'allaitement au sein peuvent considérablement réduire la morbidité et la mortalité néonatale.

Objectif 5: Améliorer la santé maternelle

29. L'Afrique fait des progrès prometteurs dans ses efforts visant à améliorer la santé maternelle. Le dernier rapport de l'OMS (WHO *et al.*, 2012c) note des avancées importantes. Cependant, l'Afrique continue d'afficher le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde et est loin de parvenir à la réalisation de l'objectif 5. La prise de mesures visant à élargir la couverture de la planification familiale, à lutter contre le VIH/sida, à améliorer les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et l'éducation féminine, peut aider à accélérer les progrès vers l'amélioration de la santé maternelle d'ici à 2015.

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

Indicateur 5.1: Taux de mortalité maternelle (TMM)

Des progrès ont été enregistrés en matière de santé maternelle

30. En moyenne, l'Afrique a réduit son taux de mortalité maternelle de 745 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 429 décès pour 100 000 en 2010, soit une baisse de 42 % (ONU, 2012). La Guinée équatoriale est le seul pays en Afrique à avoir enregistré une baisse assez importante de son taux de mortalité maternelle pour atteindre l'objectif 5, notamment avec 81 % de réduction depuis 1990⁹. Au nombre des autres pays qui accomplissent des progrès satisfaisants figurent l'Égypte et l'Érythrée qui sont « en bonne voie » ainsi que le Botswana, le Cap-Vert et le Rwanda qui enregistrent une baisse moyenne de 5,5 % ou plus depuis 2000 (OMS, 2012).

Le nombre de décès maternels en Afrique reste le plus élevé au monde

31. En dépit de ces progrès, l'Afrique continue d'afficher le plus grand nombre de décès maternels dans le monde, plus de 50 % du nombre mondial de décès survenant sur le continent. Avec 429 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'Afrique est à la traîne par rapport aux autres régions en développement prises ensemble (240), dont l'Asie du Sud (220) et les Caraïbes (190). En fait, les 10 pays comptant les TMM les plus élevés sont en Afrique¹⁰, et environ 14 % des décès maternels dans le monde surviennent au Nigéria. Il importe de noter que quatre pays (Gabon, Kenya, République centrafricaine et Zambie) n'ont enregistré aucun progrès, tandis que neuf pays (Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Congo, Lesotho, Somalie, Swaziland, Tchad et Zimbabwe) ont vu leur TMM s'inscrire à la hausse au cours de la période 1990-2010 (OMS, 2012c).

Le VIH/sida est une cause majeure de la mortalité

32. Pourquoi les pays africains continuent-ils d'accomplir des progrès insuffisants vers la réalisation de l'objectif 5? Une raison majeure est la forte prévalence du VIH/sida dans la région. Sur environ 19 000 décès maternels dus au VIH dans le monde, 17 000, soit 89 %, se sont produits en Afrique (hors Afrique du Nord). Sans le VIH, on estime que le taux de mortalité maternelle pour l'Afrique, hors l'Afrique du Nord, serait de 450 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au lieu de 500. Par conséquent, l'amélioration de l'accès aux mesures de prévention, au dépistage et aux soins aiderait le continent à faire baisser son nombre de décès maternels.

L'accès à des services de santé de qualité est vital

33. Outre le VIH, bien des décès maternels sont dus au manque d'accès aux services de santé de la procréation. Par conséquent, il est également impératif d'accomplir des progrès vers la réalisation de la deuxième cible de l'objectif 5: *Rendre l'accès à la médecine procréative universelle d'ici à 2015*. Grâce à l'amélioration de l'accès aux moyens de contraception et à l'élargissement de la couverture des soins prénatals ainsi qu'à une diminution des taux de natalité parmi les adolescentes, les femmes ont plus de chance d'avoir des grossesses bien planifiées et sans risque. Il existe une grande disparité concernant la réception des soins de santé de qualité dans les sous-régions d'Afrique (voir figure 1). L'accès aux visites prénatales est presque universel en Afrique australe,

⁹ Le Cap-Vert, Maurice et Sao Tomé-et-Principe affichent des TMM bas (c'est-à-dire entre 20 et 90 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) et accomplissent des progrès importants vers la réalisation de cet objectif.

¹⁰ Burundi, Cameroun, Guinée-Bissau, Libéria, Nigéria, République centrafricaine, Sierra Leone, Somalie, Soudan et Tchad.

alors qu'en Afrique de l'Ouest, près d'un tiers des femmes enceintes n'ont reçu aucune visite prénatale en 2010.

Les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil facilitent le suivi des causes de décès

34. Enfin, le manque de systèmes complets d'enregistrement des faits d'état civil qui répertorient adéquatement les causes de décès constitue un défi dans beaucoup de pays africains pour le suivi des OMD liés à la santé. Seules les estimations nationales de la mortalité maternelle de Maurice reposent sur des données d'état civil fiables. Près de 80 % des pays africains sont considérés comme « n'ayant pas de données fiables et complètes d'état civil, mais possèdent d'autres types de données », ce qui signifie qu'on a recours à des enquêtes démographiques périodiques (telles que les enquêtes démographiques et sanitaires et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples) pour recueillir des données sur les décès maternels. Par ailleurs, 10 pays¹¹ ne possèdent pas de données nationales de qualité sur la mortalité maternelle, ce qui rend difficile l'évaluation précise des progrès accomplis vers la réalisation de l'objectif 5 (OMS, 2012). Pour mieux suivre les progrès et planifier des interventions ciblées, les pays africains doivent mettre en œuvre la recommandation de la Commission de haut niveau d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant, selon laquelle « d'ici à 2015, tous les pays devront avoir pris des mesures importantes pour mettre en place un système pour l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès, et posséder des systèmes d'information sanitaire bien fonctionnels qui associent des données provenant des centres de santé, des sources administratives et des enquêtes » (OMS, 2012c). Les pays africains travaillent à l'amélioration de leur système d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil notamment en appuyant et en mettant en œuvre le Programme africain d'amélioration accélérée des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil.

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

35. Les progrès accomplis dans la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme se renforcent de plus en plus rapidement en Afrique, où des résultats sans précédent ont été réalisés dans la réduction du nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH et l'abaissement du nombre de personnes décédées des suites du sida. L'incidence du paludisme et les décès dus à cette maladie continuent de baisser, mais cette baisse n'était pas suffisante pour atteindre la cible de 2010, de 50 % de réduction. On a estimé à 216 millions le nombre de cas de paludisme en 2010, dont 81 % environ, soit 174 millions de cas, ont eu lieu en Afrique. Une proportion de 91 % des quelque 665 000 décès dus au paludisme recensés en 2010, dont 86 % étaient des enfants de moins de 5 ans, a eu lieu en Afrique.

36. À l'échelle mondiale, les nouveaux cas d'infection par la tuberculose et le nombre de décès dus à cette maladie n'ont cessé de baisser depuis plusieurs années. Le taux d'incidence de la tuberculose a baissé de 2,2 % entre 2010 et 2011 et celui de la mortalité due à cette maladie a baissé de 41 % depuis 1990. Le monde est en bonne voie pour réaliser l'objectif mondial consistant à réduire de moitié la mortalité due à la tuberculose d'ici à 2015, mais il est très peu probable que cet objectif soit réalisé en Afrique.

¹¹ Angola, Burundi, Cap-Vert, Comores, Djibouti, Gambie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libye et Somalie.

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

37. L'Afrique (hors Afrique du Nord) demeure la région la plus gravement touchée par le VIH à l'échelle mondiale, avec environ un adulte sur 20 (4,9 %) vivant avec le VIH, soit 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Vingt-trois des pays ayant enregistré des baisses brutales de l'incidence du VIH se trouvent en Afrique (hors Afrique du Nord) où le nombre de personnes infectées par le VIH en 2011 était de 25 % inférieur à celui de 2001 (ONUSIDA, 2012).

38. Le nombre de décès dus à des causes liées au sida a commencé à baisser vers le milieu de des années 2000 grâce à la thérapie antirétrovirale améliorée et à la baisse régulière de l'incidence du VIH depuis l'année 1997, au plus fort de l'épidémie. Cette baisse s'est poursuivie en 2011. En Afrique (hors Afrique du Nord), le nombre de décès dus à des causes liées au sida a davantage baissé, de 32 % entre 2005 et 2011, bien que la région représente encore 70 % de tous les décès dus au sida en 2011.

Indicateur 6.1: Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans

39. La sérologie VIH des jeunes a également changé de manière positive en Afrique (hors Afrique du Nord). Les jeunes femmes en Afrique (hors Afrique du Nord) demeurent plus exposées à l'infection à VIH que les hommes. Toutefois, le taux de prévalence du VIH parmi les femmes a baissé à un rythme plus rapide que celui concernant les hommes (passant de 5,1 à 3,1 % dans le premier cas et de 2 à 1,3 % dans le deuxième) pendant la période 2005-2011.

Indicateur 6.2: Utilisation d'un préservatif lors de rapports sexuels à haut risque

40. Des changements favorables du comportement sexuel à risque sont évidents dans de nombreux pays, dont le Kenya, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria et la Zambie. Cela dit, on relève dans certains pays comme la Côte d'Ivoire et le Rwanda, une augmentation des comportements sexuels à risque, mettant en évidence la nécessité d'intensifier les efforts visant à inciter au changement de comportement et à sensibiliser au VIH et à sa transmission. Il ressort d'enquêtes menées dans 26 des 31 pays où l'épidémie est généralisée que moins de 50 % des jeunes femmes avaient des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH (ONUSIDA, 2012). À de rares exceptions (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Ouganda) les niveaux d'utilisation du préservatif signalés sont généralement en augmentation en Afrique. Il n'empêche que la sensibilisation demeure faible dans plusieurs des pays à forte prévalence, en particulier parmi les jeunes femmes, sans compter que la fourniture de ce produit demeure insuffisante.

Cible 6 B: D'ici à 2015, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès universel aux traitements contre le VIH/sida

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

41. Depuis 1995, la thérapie antirétrovirale a permis d'ajouter 14 millions d'années de vie dans les pays à moyen et faible revenu, notamment 9 millions en Afrique (hors Afrique du Nord). La couverture de l'Afrique (hors Afrique du Nord) est légèrement plus élevée que la couverture mondiale moyenne et fait bénéficier 56 % des personnes concernées de la thérapie en question. Il convient de noter que le Botswana, la Namibie et le Rwanda ont réalisé une couverture universelle permettant d'assurer au moins 80 % du traitement, et que le nombre de pays couverts à moins de 20 % est tombé de 28 en 2009 à 10 en 2011 (ONUSIDA, 2012).

42. La couverture de la thérapie antirétrovirale demeure plus élevée pour les femmes (68 %) que pour les hommes (47 %) dans les pays à faible et moyen revenu, ce qui a peut-être contribué à réduire les taux de prévalence. Toutefois, le traitement antirétroviral fourni aux enfants est limité, car il ne couvre que 20 % environ d'entre eux. L'accès accru au traitement antirétroviral, en particulier pour les enfants, est indispensable pour la réalisation de l'objectif zéro nouvelle infection (ONUSIDA, 2012).

Objectif 6 C: D'ici à 2015, avoir contenu le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser leur incidence

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

43. Dans la région africaine, sur les 43 pays où la transmission du paludisme continue, huit (Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cap-Vert, Namibie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Swaziland) ont pu réduire de 75 % ou plus les taux d'incidence du paludisme ou d'admission des patients atteints de cette maladie. De son côté, l'Érythrée est bien partie pour réduire ses taux d'admission de 75 % ou plus d'ici à 2015, alors que Madagascar et la Zambie prévoient de réduire de 50 à 75 % leurs taux d'ici à 2015 (OMS, 2012a).

Indicateurs 6.7 et 6.8: Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide et proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés

44. En Afrique (hors Afrique du Nord), il est estimé que le pourcentage d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide a augmenté, passant de 2 % en 2000 à 39 % en 2010. De plus, le pourcentage déclaré de la population à risque qui était protégée par la pulvérisation à l'intérieur des logements d'insecticide à effet rémanent est passé de 5 % en 2005 à 11 % en 2010.

45. Bien que la proportion des cas suspects soumis à un examen parasitologique ait augmenté en Afrique, selon l'enquête la plus récente (2010-2011) menée dans 12 pays du continent, moins de 40 % des enfants âgés de moins de 5 ans ont reçu un traitement approprié. En outre, le fait que les médicaments antipaludiques sont distribués à raison de 30 % par des particuliers et 10 % par les pharmacies aggrave l'inégalité d'accès au détriment des groupes à faible revenu.

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

46. Les patients atteints de tuberculose sont de plus en plus nombreux à avoir accès à un traitement de qualité, mais plus d'un tiers de nouveaux cas ne sont pas encore signalés et ne bénéficient pas d'un traitement direct à court terme et sous observation. Ce qui est préoccupant, c'est que plus de 84 % des quelque 290 000 cas de tuberculose multirésistante présents en Afrique en 2010 n'ont encore été ni diagnostiqués ni traités selon les directives internationales en vigueur. Qui plus est, de nombreux patients tuberculeux séropositifs ignorent leur séropositivité et la plupart d'entre eux ne bénéficient pas encore de la thérapie antirétrovirale (OMS, 2012 b).

Objectif 7: Assurer un environnement durable

47. L'Afrique réalise actuellement des progrès en ce qui concerne l'ODD 7. Bien que les émissions de CO₂ aient augmenté dans un certain nombre de pays, la plupart de ces augmentations représentaient moins de 1 % et l'Afrique continue de produire généralement de faibles niveaux d'émissions. En outre, la plupart des pays sont en bonne voie pour atteindre cette cible. La cible

relative à l'eau potable a été atteinte à l'échelle mondiale et bien qu'elle ait également accompli des progrès dans ce domaine, l'Afrique demeure bien à la traîne par rapport au reste du monde.

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

Indicateur 7.1: Proportion de zones forestières

48. Il n'existe pas de données pour cet indicateur au titre de 2011, mais selon certaines indications fournies par plusieurs pays africains la proportion des zones forestières se réduit de plus en plus et le taux de déforestation atteint des niveaux alarmants. Cette tendance est due essentiellement à l'exploitation illicite des forêts et à l'utilisation des terres forestières à des fins d'investissement. Au Libéria, par exemple, plus de la moitié des forêts ont été cédées à des sociétés d'exploitation forestière pour les mêmes raisons (Tamasin Ford, 2012). En République démocratique du Congo, la déforestation sert à faire place à des activités minières.

Indicateur 7.2: Émissions de CO₂ total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat

49. Les émissions de CO₂ en Afrique ont toujours été faibles, car le continent contribue pour moins de 4 % aux émissions mondiales totales. L'Afrique du Sud, l'Algérie, la Guinée équatoriale, la Libye et les Seychelles sont les cinq pays qui contribuent le plus aux fortes émissions de CO₂ en Afrique. Néanmoins, l'Afrique demeure particulièrement exposée aux effets des changements climatiques, qui ont été mis en évidence pendant ces dernières années par de longues périodes de sécheresse et de graves inondations.

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

50. Cet indicateur suit les progrès des pays en matière de réduction puis d'élimination progressive de la consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone conformément à leurs engagements et programmes prévus dans le Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, de 1987. Ce Protocole est celui le plus largement ratifié et l'un des traités auxquels a adhéré la plus forte majorité de pays dans l'histoire des Nations Unies avec 197 Membres qui l'ont ratifié, facilitant ainsi plus de 97 % de réduction de substances appauvrissant la couche d'ozone à l'échelle mondiale.

51. De nombreux pays africains réduisent régulièrement leur consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone et sont en voie d'atteindre cette cible. Plus de la moitié des pays qui ont réduit leur consommation desdites substances l'ont baissée de plus de 50 %. À l'inverse, ceux qui ont enregistré des augmentations ont également accru leurs émissions de plus de 50 %, le record en la matière étant détenu par l'Égypte. Cela est dû largement à l'augmentation massive de la consommation de hydrochlorofluorocarbones.

52. Mettant à profit l'expérience du Zimbabwe, les pays africains ont accéléré leurs efforts en vue de réduire les substances appauvrissant la couche d'ozone en cherchant des produits de substitution au bromure de méthyle pour la fumigation agricole (PNUE, 2012). Il y a toutefois encore lieu d'assurer davantage de formation dans ce domaine, de sensibiliser le public et le faire participer à l'élimination du bromure de méthyle, d'améliorer l'infrastructure et de procéder à des réformes du cadre réglementaire.

Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base (pour plus d'informations, voir la rubrique concernant l'approvisionnement en eau)

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

53. À l'échelle mondiale, la cible de 88 % relative à l'accès durable à l'eau a été dépassée d'un point de pourcentage (OMS/UNICEF, 2012). Toutefois, l'Afrique est à la traîne en ce qui concerne la réalisation de cet indicateur. Plus de 40 % de la population mondiale sans accès à l'eau potable se trouve en Afrique. De plus, d'importantes disparités existent entre la population rurale et la population urbaine en matière d'accès aux sources d'eau. Dans de nombreux cas, l'accès limité à l'eau a également ralenti les progrès dans le domaine de l'assainissement et a contribué à des épidémies de maladies comme le choléra et la diarrhée.

54. Parmi les problèmes qui entravent actuellement les progrès dans ce domaine, on peut citer notamment l'instabilité politique et le problème des réfugiés, ainsi que l'accroissement de la population, qui pèsent lourdement sur les ressources disponibles. En outre, les technologies nécessaires à l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'assainissement font généralement défaut dans les pays africains. Dans les pays où elles existent, ces technologies ne parviennent pas jusqu'à bon nombre de zones rurales qui les mettraient à profit.

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

55. Au moment où l'Europe est en proie à la crise de la dette souveraine et où les taux d'inflation montent, la situation se traduit par une chute de l'aide publique au développement (APD) aux pays en développement. L'APD à destination de l'Afrique a toutefois augmenté légèrement. Les importations des pays développés en provenance des pays en développement sont restées pour l'essentiel inchangées en 2010. En ce qui concerne les technologies de l'information et de la communication (TIC), les progrès de l'Afrique sont encourageants. L'importance grandissante de l'Internet, l'expansion de l'utilisation des téléphones mobiles et les investissements accrus dans les télécommunications ont permis d'améliorer le paysage des TIC dans le continent.

Cible 8B: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés (PMA)

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

56. Le montant de l'APD mondiale en provenance des pays donateurs membres du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (CAD/OCDE) a chuté pour la première fois en 15 ans (OCDE, 2012). En 2011, nombre des pays du CAD/OCDE ont réduit le montant net de leur APD et la plupart ne sont toujours pas près d'atteindre l'objectif de 0,7 % de leur revenu national brut à consacrer aux pays en développement. Seuls 5 des 23 États membres ont atteint l'objectif (à savoir le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède) et seulement 7 ont augmenté le montant net de leur APD. En moyenne, le montant net de l'APD aux PMA en proportion du revenu national brut a progressé de manière soutenue pour passer de 0,06 % en 2006 à 0,11 % en 2010, ce qui laisse un écart de 0,04 % par rapport au seuil de 0,15 %. Seuls 10 des 23 pays du CAD/OCDE ont atteint en 2010 l'objectif de 0,15 à 0,20 % de l'APD à consacrer aux PMA. Le Luxembourg venait en tête avec 0,4 %, tandis que la Belgique, le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et

la Suède avaient tous réalisé des proportions égales ou supérieures à 0,2 %. Le Canada a satisfait à l'objectif inférieur de 0,15 % de la fourchette. En raison de l'incertitude qui plane au sujet de la crise de la dette souveraine laquelle a contribué à la diminution du montant net de l'APD des pays donateurs aux pays en développement, il reste à voir si l'objectif sera atteint dans le moyen terme.

Cible 8C: Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement

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

57. Le montant total de l'APD aux pays en développement sans littoral n'a augmenté que de 2 % entre 2009 et 2010. Le Lesotho, le Malawi et le Niger ont connu les augmentations les plus fortes tandis que le Botswana, l'Éthiopie, l'Ouganda, le Tchad, la Zambie et le Zimbabwe ont accusé des baisses. Les pays en développement sans littoral se heurtent à des défis exceptionnels qui entravent leur croissance économique et leur développement. Le renchérissement des prix mondiaux du pétrole brut et le recours aux ports d'entrée d'autres pays mettent en exergue l'importance d'une coopération intergouvernementale efficace en faveur des pays en développement sans littoral. De même, l'intégration régionale et la facilitation du commerce ont aussi un rôle de plus en plus important dans ce contexte.

58. En 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé de tenir en 2014 une conférence d'examen décennal complet du Programme d'action d'Almaty pour traiter des besoins particuliers des pays en développement sans littoral. La onzième réunion annuelle des ministres des affaires étrangères des pays en développement sans littoral a préconisé l'accélération de la mise en œuvre du Programme d'action d'Almaty, en faisant entre autres en sorte que l'Initiative d'aide au commerce (qui fait partie de l'APD) tienne compte des besoins particuliers de ces pays.

Indicateur 8.6: Proportion du total des importations des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés qui sont admises en franchise de droits

59. Les importations des pays développés en provenance de l'Afrique (admises en franchise de droits) n'ont augmenté que pour quelques pays depuis 1996. La non-conclusion du Cycle de Doha, conjuguée à la crise économique mondiale qui a commencé en 2008, a contribué à cette tendance.

Cible 8 F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies de l'information et de la communication soient accordés à tous

Indicateur 8.14: Nombre de lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants

60. Le nombre de lignes téléphoniques fixes n'a que peu augmenté en Afrique. Entre 1990 et 2011, seuls neuf pays¹² ont enregistré une progression importante de leurs lignes téléphoniques fixes. Aucun pays africain n'a plus de 50 lignes téléphoniques fixes pour 100 habitants, et seules Maurice et les Seychelles ont plus de 20 lignes pour 100 habitants. La stagnation de la croissance de la téléphonie fixe est liée à la rapide adoption de la téléphonie mobile par la population.

¹² Algérie, Botswana, Cap-Vert, Égypte, Libye, Maroc, Maurice, Seychelles et Tunisie.

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

61. Le nombre d'abonnés à un service de téléphonie mobile dans les pays africains a continué de progresser constamment, à une moyenne de huit abonnés pour 100 habitants entre 2010 et 2011. L'Afrique est le marché de téléphones mobiles qui croît le plus rapidement au monde (Natasha Lomas, 2012). L'innovation technologique dans l'utilisation des téléphones cellulaires prend de l'ampleur dans le continent comme en témoigne le recours à ces téléphones pour des transactions financières comme les transferts de fonds, les services bancaires mobiles et le paiement des factures. Entre 2010 et 2011, la Namibie a enregistré la plus forte croissance du nombre d'abonnés, suivie de l'Afrique du Sud, du Botswana et de la Zambie.

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

62. Le nombre d'utilisateurs d'Internet en Afrique s'est accru en moyenne de deux utilisateurs pour tous les 100 habitants en 2011 en partie en raison de l'utilisation croissante des téléphones intelligents pour les services Internet. Une enquête récente a révélé que davantage de Kényans utilisent les téléphones mobiles pour l'Internet que pour les appels téléphoniques. Le Kenya vise un taux de pénétration d'Internet de 100 % pour 2017 grâce à des améliorations à apporter à l'infrastructure des TIC. Le Rwanda, qui a la plus grande vitesse de connexion à l'Internet en Afrique, s'évertue à rendre le coût de la large bande passante abordable pour les utilisateurs. (AllAfrica, 2012).

63. Le Soudan a connu une augmentation de plus de 100 % du nombre d'utilisateurs d'Internet entre 2010 et 2011, et le Kenya de plus de 99 %. Au Niger, en République démocratique du Congo et au Swaziland, le nombre d'utilisateurs d'Internet a augmenté de plus de 50 %.

Conclusions et recommandations

64. Les progrès accomplis vers la réalisation des OMD sont contrastés selon les régions, les pays, les objectifs, les indicateurs et les cibles. Si l'Afrique, dans son ensemble, progresse considérablement vers la réalisation de nombre des OMD, de nombreux pays du continent sont toujours très loin de réaliser la plupart des objectifs. Les questions tenant à la qualité des services fournis, en particulier dans les secteurs de l'éducation et de la santé, à l'inégalité d'accès aux services, au manque d'emplois décents et au chômage, notamment des jeunes, continuent de figurer parmi les priorités.

65. Pour créer des emplois, il faudra que les pays entreprennent une industrialisation fondée sur les produits primaires qui permette de diversifier leurs économies et crée des emplois grâce à l'apport de valeur ajoutée et à l'intégration dans les chaînes de valeur mondiales. Des investissements complémentaires dans les systèmes d'éducation et de santé amélioreront la qualité des services sociaux, renforceront la capacité de production et consolideront la compétitivité sur les marchés. Non seulement de telles mesures réduiront la pauvreté dans le continent, mais encore elles contribueront à combler les écarts dans l'accès à l'éducation et aux services de santé, à l'eau potable et à des services d'assainissement.

66. Les interventions en matière de santé doivent privilégier les soins de santé primaires ainsi que les populations rurales et les couches vulnérables de la population. Les décideurs doivent mener des démarches auprès des partenaires de développement pour que ces derniers allouent une proportion croissante de fonds verticaux au renforcement des systèmes de santé. Un système de santé solide doté de personnel sanitaire qualifié et d'un équipement médical adéquat est nécessaire

pour maintenir et renforcer les interventions ciblées réalisées au moyen de fonds verticaux. Les pays africains doivent également améliorer leurs systèmes d'état civil afin de suivre efficacement les tendances dans le domaine de la santé, en particulier la santé maternelle et infantile.

67. Les investissements dans l'éducation devraient tendre à renforcer l'accès à l'enseignement et à améliorer la qualité et la pertinence des programmes éducatifs au profit de la main-d'œuvre. Il faudra dans ce cadre avoir un taux d'encadrement approprié, améliorer les qualifications des enseignants et encourager une scolarisation à temps. En outre, la fourniture de moyens de transport aux enfants des zones reculées et l'adoption d'une loi sur les mariages précoces amélioreront l'accès à l'éducation, réduiront les abandons et relèveront la qualité générale de l'enseignement en Afrique.

68. Grâce à ses initiatives de renforcement des capacités, la CEA continuera à aider les États membres à accélérer les progrès vers la réalisation des OMD. Dans ce contexte, en collaboration avec la Commission de l'Union africaine et la Banque africaine de développement, elle aide les pays africains à mettre en œuvre le Cadre stratégique régional de référence pour le renforcement des capacités statistiques en Afrique visant à renforcer ces capacités afin de rassembler, de compiler et de diffuser les données. Elle facilitera également des comparaisons plus fiables entre les pays sur les indicateurs de développement, notamment les OMD. De surcroît, la Commission aide les pays à concevoir, à mettre en œuvre et à suivre des plans de développement fondés sur les OMD grâce à des formations, au partage des connaissances et à des initiatives d'apprentissage mutuel. On peut citer à cet égard entre autres le réseau nouvellement créé des planificateurs du développement et l'Observatoire des PMA, qui aide les PMA d'Afrique à suivre les progrès accomplis en ce qui concerne les OMD et le Programme d'action d'Istanbul. La CEA contribue également au débat sur les OMD par des travaux de recherche et des études par pays. L'étude de la Commission sur huit pays concernant la protection sociale a fourni aux décideurs les enseignements acquis sur la façon d'autonomiser les groupes vulnérables et de réduire au minimum les inégalités au moyen de cet instrument.

69. Afin de faire en sorte que le programme de développement de l'après-2015 tienne compte des priorités du continent, la CEA a, en collaboration avec la CUA et les partenaires, facilité la tenue d'une série de consultations régionales et sous-régionales visant à formuler une position commune africaine sur le programme de l'après-2015, position qui sera présentée pour adoption au Sommet des chefs d'État de l'Union africaine en mai 2013.

70. Le programme de développement de l'après-2015 ne doit cependant pas détourner l'Afrique de ses tâches immédiates consistant à éliminer la pauvreté, à dispenser un enseignement de qualité pour tous, à autonomiser les femmes, à améliorer la santé infantile et maternelle, à combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose et à assurer la préservation de l'environnement. Même si le monde tourne le regard au-delà de 2015 vers un nouveau programme de développement, les pays doivent maintenir le cap afin de faire autant de progrès que possible d'ici à la date butoir. Le continent a accompli des progrès considérables dans la réalisation des OMD depuis 2000 et il a acquis une grande expérience au cours des 12 années écoulées. En mettant en pratique les enseignements tirés de cette expérience, les pays africains devraient être en mesure de surmonter les défis et d'accélérer les progrès au cours des trois prochaines années.

Bibliographie

AllAfrica (2012). Africa: Rwanda's Internet fastest. *AllAfrica*, 27 novembre.
Disponible à l'adresse: <http://allafrica.com/stories/201211271318.html>

Banque mondiale (2012). *Droughts Drive Food Prices Higher, Threatening the Poor*. Disponible à l'adresse: <http://www.worldbank.org/en/news/>.

FAO (2012). Dix pays d'Afrique centrale conviennent d'améliorer la surveillance des forêts, consultable à l'adresse: <http://www.fao.org/news/story/en/item/153735/icode/>.

Natasha Lomas (2012). ABI: Africa's mobile market to pass 80 % subscriber penetration in Q1 next year, 13.9 per cent of global cellular market by 2017. *TechCrunch* (online magazine), 28 novembre.

OMS (2012a). *Rapport sur le paludisme*, Genève.

OMS (2012b). *Rapport mondial sur la tuberculose*, Genève.

OMS (2012c). *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2010 -Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale*, Genève.

OMS/UNICEF (2012). Programme commun de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, 2012 www.wssinfo.org.

ONU-Bureau du Haut-Représentant pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement (2012). Rapport de la onzième réunion ministérielle annuelle des pays en développement sans littoral, New York, septembre 2012.

ONUSIDA (2012). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, Genève.

Organisation des Nations Unies (2012). *Objectifs du Millénaire pour le développement – Rapport 2012*, New York.

PNUE (2012). Africa Accelerates MBromide Phase out, consultable à l'adresse: <http://www.unep.org/ozonaction/News/Features/2012/AfricaAcceleratesMBrPhaseOut/tabid/106658/Default.aspx>.

Tamasin Ford (2012). Liberia's hasty forest sell-off risks conflict. *The Guardian*, 5 juillet.

UNESCO (2012). *Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous: jeunes et compétences: l'éducation au travail*, Paris.

UNICEF (2012). *S'engager pour la survie de l'enfant: une promesse renouvelée*.