

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Telephone 0115517 700

Website: www.africa-union.org

**CONSEIL EXECUTIF
TREIZIEME SESSION ORDINAIRE
24 – 28 juin 2008
Sharm El-Sheikh (EGYPTE)**

Ex.CL/417(XIII)

**RAPPORT D’EVALUATION DU PROGRES VERS LA
REALISATION DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE
DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE ET L’ETAT DE
L’INITIATIVE AFRICAINE DES OMD EN 2008**

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	II
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	1
CONSTRAINTES DANS L'ACCÉLÉRATION DU PROGRES	5
L'INITIATIVE AFRICAINE DES OMD	5
SECTION I: INTRODUCTION.....	7
SECTION II: MESURE DU PROGRES.....	8
<i>Goal 1: Eradiquer la pauvreté extreme et la famine</i>	9
<i>Goal 2: Réaliser l'éducation primaire universelle</i>	9
<i>Goal 3: Promouvoir la parité entre hommes et femmes et habiliter les femmes</i>	13
<i>Goal 4: Reduire la mortalité infantile</i>	15
<i>Goal 5: Améliorer la santé maternelle</i>	18
<i>OMD 6: Combattre le VIH/SIDA, la malaria et d'autres maladies</i>	20
<i>Goal 7: Assurer la durabilité environnementale</i>	24
<i>Goal 8: Développer un partenariat global pour le développement</i>	25
SECTION III: CONSTRAINTES DANS L'ACCÉLÉRATION DU PROGRES	27
SECTION IV: L'INITIATIVE AFRICAINE DES OMD.....	29
SECTION V: RESUME ET CONCLUSIONS	30
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEX I: CADRE RÉVISÉ DU CONTROLE DES OMD	1
ANNEX II: RECOMMANDATIONS DU GROUPE AFRICAIN SUR LES OMD	1

Liste des tableaux

Tableau 1: Progrès au niveau des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	11
Tableau 2: Tendances au niveau de l'incidence, de la prévalence de la tuberculose et des mortalités en Afrique.....	15
Tableau 3:Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans.....	16

Liste des schémas

Schéma 1: Inscription nette dans l'éducation primaire dans des pays africains sélectionnés	4
Schéma 2: Taux de fin de scolarité dans des pays africains sélectionnés (1991-2005).....	5
Schéma 3: Changements au niveau des taux de fin de scolarité en éducation primaire dans les sous-régions.....	6
Schéma 4: Parité entre hommes et femmes en éducation primaire dans des pays africains sélectionnés	7
Schéma 5: Parité entre hommes et femmes dans l'enseignement supérieur	8
Schéma 6: Pourcentage des femmes dans les parlements nationaux.....	9
Schéma 7: Progrès au niveau des taux de mortalité infantile des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2005....	10

Liste des encadrés

Encadré 1:Gains rapides: action concertée en vue des résultats rapides..... 12

Liste des acronymes

ABC	Abstinence, fidélité et usage des condoms
ACT	Thérapie basée sur la combinaison de l'artémisine
AfDB	Banque africaine de développement (BAD)
AGDI	Indice africain du genre et du développement
AMR	Revue annuelle ministérielle
APRM	Mécanisme africain de revue par les paires (MARF)
AUC	Commission de l'Union africaine (CUA)
DAC	Comité d'assistance au développement
DCF	Forum de coopération pour le développement
DHS	Enquête sur la démographie et la santé
DOTS	Stratégie de traitement directement observé
DRC	République démocratique du Congo (RDC)
ECA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA)
ECOWAS	Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations Unies
ERA	Rapport économique sur l'Afrique
GDP	Produit intérieur brut (PIB)
HIPC's	Pays pauvres très endettés (PPTÉ)
HIV/AIDS	Virus de l'immunité humaine/Syndrome de l'immuno-déficience acquise
IDA	Agence internationale de développement
IADG	Objectifs de développement internationalement acceptés
ICPD	Conférence internationale sur la Population et le développement
IMF	Fonds monétaire international
ITNs	Moustiquaires imprégnés d'insecticide
MDGs	Objectifs du Millénaire pour le développement
MDRI	Initiative multilatérale d'annulation de la dette
MMR	Taux de mortalité maternelle
NAMA	Accès au marché non agricole
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
ODA	Aide publique au développement
OECD	Organisation pour la coopération économique et le développement
PRSPs	Documents de stratégie de réduction de la pauvreté
RECs	Communautés économiques régionales
RMB	Renminbi (Monnaie chinoise)
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SRH	Santé sexuelle et de reproduction
TB	Tuberculose
UN	Nations Unies
UNAIDS	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/Sida
UNECA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique

UN-DESA	Département des Nations Unies pour l'analyse économique et sociale
UNEP	Programme des Nations Unies pour le développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNSD	Division des statistiques des Nations Unies
WHO	Organisation mondiale de la santé
WTO	Organisation mondiale du commerce

RESUME ANALYTIQUE

Le présent rapport fait suite aux décisions des chefs d'Etat et de gouvernement, lors de divers sommets de l'UA, demandant à la Commission de l'Union africaine en collaboration avec la Commission des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), d'élaborer des rapports d'activités et des statistiques connexes sur le progrès réalisé en Afrique en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il passe en revue les progrès réalisés par les pays africains en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et propose des recommandations sur la façon d'accélérer la réalisation des OMD. Par ailleurs, le rapport présente les conclusions et les recommandations du Groupe de pilotage africain des OMD mis sur pied par le Secrétaire général des Nations Unies en 2007. Puis il invite les Etats membres de l'Union africaine et les partenaires au développement à appuyer la mise en œuvre des recommandations afin que l'Afrique puisse réaliser les OMD à la date butoir de 2015.

Situation des OMD en Afrique

Selon les données disponibles, l'Afrique est entrain d'accomplir des progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à la date butoir. Cependant, davantage de travaux doivent être effectués afin d'accélérer le progrès. Depuis le dernier rapport en 2007, un certain nombre de pays africains ayant incorporé les OMD dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté ou dans leurs plans nationaux de développement se chiffrent à 41 environ. Des statistiques indiquent que le progrès est accompli dans un certain nombre de domaines tels que l'inscription scolaire, la parité entre hommes et femmes dans l'éducation primaire, les décès dus à la malaria et la représentation des femmes aux parlements. On prévoit que si ce taux de progrès se poursuit, le continent sera en mesure de réaliser un nombre significatif des OMD à la date butoir.

Conformément à l'objectif 1, le rapport indique que plus de 62% des pays africains ont enregistré une amélioration au niveau des conditions de la famine entre 1991 et 2002. Cependant, cette amélioration significative a été remise en cause par les menaces récentes à la sécurité alimentaire, tels que le changement climatique et la flambée des prix des produits alimentaires et du pétrole, compte tenu du fait que beaucoup de pays africains sont largement tributaires de l'agriculture irriguée.

L'objectif 2 préconise la réalisation de l'inscription universelle dans l'éducation primaire d'ici l'an 2015. Le rapport révèle qu'un certain nombre de pays africains sont en bonne voie pour réaliser tous les indicateurs sous cet objectif. Fait plus marquant, c'est l'inscription nette dans l'éducation primaire où beaucoup de pays ont enregistré une amélioration significative. Par exemple, entre 2004 et 2005, 9 pays ont enregistré une inscription nette de plus de 80% dans l'éducation primaire. En général, le taux d'inscription générale pour les pays africains s'est accru de 6% entre 2004 et 2005. S'agissant du taux de fin de scolarité, le rapport indique des variations au sein des régions africaines. L'Afrique du nord a le taux le plus élevé de fin de scolarité au primaire, suivie de l'Afrique australe tandis que l'Afrique de l'ouest a le plus faible taux.

Grosso modo, les taux de fin de scolarité sont demeurés en moyenne à 60% au cours de la période qui nous intéresse.

Pour ce qui est de l'objectif 3, qui vise à encourager la parité entre hommes et femmes et l'autonomisation des femmes, le rapport indique qu'un certain nombre de pays africains sont censés atteindre la parité entre hommes et femmes d'ici 2015, essentiellement dans l'éducation primaire. Selon les statistiques disponibles, onze pays avaient déjà réalisé la parité entre hommes et femmes dans l'éducation primaire en 2005, et 17 pays avaient un taux de parité supérieur à 0,90 au cours de la même année. Cependant, la République Centrafricaine et le Tchad ont enregistré des progrès limités sur la parité entre hommes et femmes dans l'éducation primaire. Par ailleurs, 13 pays africains ont amélioré leur taux de progrès en vue de la parité entre hommes et femmes dans l'éducation primaire. Toutefois, le rapport indique également que des améliorations impressionnantes dans la parité entre hommes et femmes en éducation primaire ne suivent pas le même rythme en éducation secondaire où persiste une sous-représentation significative des filles.

Le rapport souligne également l'état de la représentation des femmes dans les parlements nationaux. Selon les chiffres, L'Afrique détient le taux le plus élevé de progrès par rapport aux 10% réalisés dans le monde au cours de la période allant de 1990 à 2007. Entre 2003 et 2007, la parité entre hommes et femmes au niveau de la prise de décisions a été plus avancée au Rwanda (48,8%), au Mozambique (34,8%), en Afrique du Sud (32,8%), en Tanzanie (30,4%), au Burundi (30,5%), en Ouganda (29,8%), aux Seychelles (29,4%), en Namibie (26,9%), en Tunisie (22,8%), en Erythrée (22%) et en Ethiopie (21,9%).

L'objectif 4 prévoit une réduction de deux-tiers, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. En général, très peu de pays africains semblent être sur la bonne voie, en particulier dans le traitement des maladies qui sont plus censées entraîner le décès des enfants de moins de 5 ans, y compris la rougeole. Les chiffres cités par l'UNICEF (2008) indiquent que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique a baissé de 185% pour 1000 de naissances sans risque en 1990 à 165 pour 1000 naissances sans risque en 2005. Malgré ce progrès, les pays africains demeurent toujours en dessous de l'objectif requis de la réduction de deux-tiers d'ici 2015 afin de réaliser les OMD. L'Afrique en tant que région, a réalisé très peu de progrès vers la réduction des taux de mortalité infantile des enfants de moins de cinq ans au cours de la période 1990-2005. La vaste majorité des pays africains ont connu une légère amélioration de la mortalité des enfants de moins de 5 ans soit 1,8 % entre 1990 et 2005.

Le rapport révèle que les taux élevés de mortalité infantile dans certains pays peuvent être attribués à des situations sanitaires particulières. C'est le cas au Botswana, au Lesotho, en Afrique du Sud, au Swaziland, et au Zimbabwe où le VIH et le SIDA expliquent en grande partie le niveau élevé de la mortalité des enfants de moins de cinq ans alors que la malaria est responsable des taux élevés dans les pays ouest-africains. Par ailleurs, le taux de mortalité infantile au cours de la période de 1990-2005 indique que l'Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest n'ont réalisé que des améliorations marginales de 110 à 99 décès pour 1000 naissances au cours de la

période. Cependant, les pays tels que le Malawi, Djibouti, Maurice, le Maroc et la Tunisie ont enregistré des améliorations de plus de 5%.

L'objectif 5 porte sur la santé et la mortalité maternelle. Le rapport révèle que les données sur les ratios de la mortalité maternelle ne sont pas disponibles dans un certain nombre de pays et que les données les plus récentes disponibles remontent à l'an 2000. Cependant, les données approximatives pour 2005 de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale indiquent que la vaste majorité des pays africains ont connu une légère amélioration au niveau du taux de la mortalité maternelle de 1,8% entre 1990 et 2005. Douze pays avaient un taux de mortalité maternelle de plus de 1000, et il s'agit, entre autres, des pays suivants: Angola, Burundi, Tchad, République démocratique du Congo, Guinée-Bissau, Liberia, Malawi, Nigeria, Niger, Rwanda, Sierra Leone, et Somalie.

Au sujet de l'objectif 6, la lutte contre le VIH et le Sida, la malaria et d'autres maladies, l'Afrique continue d'être la région la plus affectée par le VIH et le Sida dans le monde, avec près de 68% des 33,2 millions de populations vivant avec le VIH et le Sida. La prévalence du VIH chez les adultes varie de moins de 1% dans tous les pays d'Afrique du nord à plus de 15 % dans plusieurs pays africains au sud du Sahara (ONUSIDA, 2007). Dans la plupart des pays, le taux de prévalence s'est soit stabilisé soit tend à la baisse (ONUSIDA, 2007). La Côte d'Ivoire, le Togo, le Zimbabwe et le Kenya ont enregistré des baisses dans leurs taux nationaux de prévalence.

En général, les femmes sont plus affectées par le VIH et le nombre ne cesse d'augmenter. En décembre 2007, les femmes constituaient 61% des personnes infectées dans les quatre sous-régions. Le nombre de personnes ayant reçu les traitements anti-rétroviraux en Afrique centrale, orientale, australe et en de l'ouest, s'est accru de 100.000 en 2003 à 1,3 million en 2006 (OMS, ONUSIDA et UNICEF, 2007). En dépit de ces chiffres alarmants, la malaria demeure la cause principale de la mortalité infantile et de l'anémie chez les femmes enceintes en Afrique. Selon les statistiques, la malaria représente un fort pourcentage de la mortalité infantile et endémique dans 46 pays. L'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticide pour les enfants de moins de cinq ans s'est améliorée dans les régions palustres en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest de 2,1 à 5% entre 2001 et 2005.

Le rapport indique que les tendances en termes d'incidence de la tuberculose, de la prévalence et de la morbidité augmentent dans toutes les sous-régions à travers le continent, à l'exception de l'Afrique du nord. La charge de la tuberculose est ressentie essentiellement en Afrique australe suivie de l'Afrique orientale et de l'Afrique de l'ouest. Treize des quinze pays ayant le taux d'incidence supérieur de la tuberculose en 2005 sont en Afrique et comprennent: Botswana, Cote d'Ivoire, Djibouti, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Sierra Leone, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. La charge létale de la maladie suit un scénario similaire, avec l'Afrique australe supportant le plus lourd fardeau, suivie de l'Afrique orientale et de l'Afrique de l'ouest. En 2005, le taux des mortalités dues à la tuberculose à l'exclusion du VIH en Afrique du nord était de 3 sur 100.000 tandis que dans les autres régions on comptait environ 55 pour 100.000. Par ailleurs, les taux de prévalence de la

tuberculose, présentait un différent scénario. En dépit de ces faibles taux dûs à la tuberculose, les taux de prévalence pour cause de tuberculose semblent augmenter pour les autres régions, à l'exception de l'Afrique du Nord. Par exemple en 2005, le taux de prévalence de la tuberculose à l'exclusion du VIH et du Sida en Afrique du nord n'était que de 44 pour 100.000 tandis que dans les autres régions, elle était d'environ 490 pour 100.000.

Concernant l'objectif 7 relatif à la durabilité de l'environnement, le rapport indique qu'entre 1990 et 2005, le couvert végétal en termes de forêt a baissé de 3% en Afrique à l'exception de l'Afrique du nord. En général, la déforestation continue de contribuer à l'augmentation des terres cultivables mais a eu deux effets néfastes. Premièrement, la productivité agricole accrue sur les forêts récupérées semble éphémère car la terre perd rapidement les éléments nutritifs qui dopent initialement la production. En outre, il y a une perte de la biodiversité qui est responsable de 18 à 25% des émissions de gaz à effet de serre, un facteur clé dans le changement climatique (UN, 2007).

De 1990 à 2004, il y a eu des améliorations dans la fourniture de l'eau potable. Quinze pays africains ont accru de 25% l'accès à l'eau potable dans les zones rurales. Cependant, le fossé entre les zones rurales et les zones urbaines en matière d'accès à l'eau potable est toujours profond et cela tend à faire baisser les statistiques nationales générales dans certains pays. Quand bien même on note certains progrès, les changements demeurent trop faibles pour réaliser l'objectif de réduction de moitié des populations dépourvues d'eau potable d'ici 2015.

Par ailleurs, le pourcentage des populations jouissant d'hygiène améliorée en Afrique, à l'exception de l'Afrique du nord, s'est modérément accru, allant de 32% en 1990 à 37% en 2004, loin de la cible de 66% de couverture à réaliser en 2015. La fracture entre le mode rurale et le monde urbain et la misère des populations vivant dans les taudis freinent davantage ce progrès. L'exode rural et la croissance démographique rapide ont contribué à la précarité de l'habitat, à l'assainissement inadéquat et à la rareté de l'eau potable.

Quant à l'objectif 8, renforcer un partenariat global pour le développement, 26 pays africains avaient le point d'achèvement en vertu de l'initiative des Pays pauvres très endettés (PPTTE) en février 2008. Parmi ces pays, 19 ont réalisé le point d'achèvement. Le rapport souligne également certains engagements pris aux Sommets des G8 de Gleneagles et du Millénaire des Nations Unies +5 en 2005, pour accroître l'appui des donateurs à l'Afrique. Les promesses faites lors de ces Sommets, y compris d'autres engagements, impliquaient qu'il faut porter l'aide de 80 milliards de dollars des EU en 2004 à 130 milliards de dollars des EU en 2010. Les progrès dans la réalisation des engagements de Gleneagles ont été lents. L'aide publique au développement en terme net (selon l'OCDE/DAC) a baissé entre 2006 et 2007.

Les bailleurs de fonds ont également programmé une aide supplémentaire d'environ 11 milliards de dollars dans les dépenses annuelles prévues d'ici 2010, outre les 5 milliards de dollars supplémentaires pour les programmes nationaux et déboursés en 2005. Ceci indique que les efforts pour accroître l'aide sont inclus des plans prévisionnels de certains donateurs, mais il reste environ 34 milliards de dollars en 2004 dollars – environ 38 milliards de dollars en 2007 – à programmer dans les budgets des donateurs si les engagements pris en 2005 d'accroître substantiellement l'aide d'ici 2010 doivent

être respectés (OCDE). L'un des développements majeurs des années récentes est l'importance sans cesse accrue des donateurs membres du Comité d'assistance au développement. La Chine et l'Inde ne cessent de fournir une assistance significative au développement à l'Afrique. La Chine a annulé une dette de 10,9 milliards de RMB (1,47 milliard de dollars des EU) de l'Afrique et s'est engagée à doubler l'aide publique au développement au continent.

Entraves à l'accélération du progrès

Entre autres, le rapport identifie la rareté des données comme étant l'un des entraves essentielles affectant le rapport sur le progrès au niveau des OMD ainsi que dans la prise de décisions. A cet égard, un certain nombre d'indicateurs ne sont pas mentionnés en raison du manque de données, en particulier en ce qui concerne la Cible 1 de l'Objectif 1.

Une autre contrainte est le manque de ressources adéquates, de la part des partenaires internationaux et des pays africains (ressources locales). Le Consensus de Monterrey de 2002 a mis l'accent sur le rôle important de l'aide publique au développement comme complément à d'autres sources de financement dans les pays démunis. Puisque le Consensus a été adopté, plusieurs promesses ont été faites à la région tant en termes d'augmentation de la quantité de l'aide que de son amélioration et de son efficacité. Les résultats du Sommet des G-8 à Gleneagles en 2005 et de la Déclaration de Paris, ont à la fois réaffirmé les engagements pris dans le Consensus de Monterrey et contiennent certaines de ces promesses faites par les partenaires au développement sur la quantité et la qualité de l'aide.

Selon les données disponibles, la part totale de l'aide publique au développement à l'Afrique s'est accrue de 32% à 40%, ce qui demeure toujours inférieur aux engagements pris. L'augmentation de 0,25 à 0,27 de l'indice national de la croissance des pays donateurs (0,7% de l'engagement) demeure faible. Par ailleurs, le flux de l'aide publique au développement a été largement drainé vers une poignée de pays africains.

Initiative africaine des OMD

L'initiative, lancée par le Secrétaire général des Nations unies en 2007, souligne la responsabilité essentielle des gouvernements africains à réaliser les objectifs et la nécessité pour les organisations internationales à financer les stratégies pilotées par les pays. L'objectif principal est de se pencher sur les lacunes dans l'approche adoptée par les partenaires internationaux dans l'appui aux pays africains en vue de la réalisation des OMD. Dans la mise en œuvre de l'objectif précité, le groupe de pilotage des OMD pour l'Afrique, un groupe de haut niveau mis sur pied par le Secrétaire général des Nations Unies en vertu de l'initiative, a identifié les domaines thématiques suivants, qui sont essentiels à la réalisation des OMD: agriculture, sécurité alimentaire et nutrition; éducation; santé; infrastructure et facilitation du commerce; systèmes statistiques nationaux; efficacité de l'aide et prévisibilité de l'aide; et traduction des OMD en programmes intégrés sur le site. Par ailleurs, il a fait un certain nombre de

recommandations sous chacun des domaines thématiques, qui, une fois mise en oeuvre aidera les pays africains à réaliser les OMD à la date butoir.

Résumé et conclusions

Le rapport révèle que certains progrès ont été accomplis, et que la région est sur le point d'atteindre certaines cibles d'ici 2015. Sous la rubrique des financements, le rapport note que le financement privé des investissements et des OMD pourrait être exploré, en particulier avec la baisse de l'aide publique au développement ou de l'aide excluant le pardon de la dette au cours des années récentes. Le rapport recommande les options de financement y compris la mobilisation de ressources internes, les ressources provenant des partenaires comme la Chine et l'Inde, les partenariats public-privé. Etant donné que les conditions de financement pour la réalisation des OMD sont substantielles, le secteur privé est de plus en plus invité à combler le vide des investissements.

Outre la diversification des ressources, les pays africains devraient intensifier la mise en oeuvre des stratégies de développement national conformes aux OMD. Enfin, les Etats membres et les bailleurs de fonds sont invités à soutenir la mise en oeuvre des recommandations faites par le Groupe africain de pilotage des OMD.

Section I: Introduction

1. Le présent rapport fait suite à la décision de Syrte de juillet 2005 (Assembly/AU/Dec 78) (v) demandant à la Commission de l'Union africaine, en collaboration avec la Commission économique pour l'Afrique (CEA), la Banque africaine de développement (BAD) et les Communautés économiques africaines (CER) de suivre de près la mise en oeuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de poursuivre les réflexions afin de rendre compte à la Conférence des chefs d'Etat. De même, c'est la suite donnée à la Décision de janvier 2008 d'Addis-Abeba (Assembly/AU/Dec. 180) (X) demandant à la Commission de l'Union africaine en collaboration avec la CEA d'élaborer des rapports intérimaires et des statistiques correspondantes sur le progrès en Afrique vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

2. Le rapport a été élaboré conjointement par la Commission de l'Union africaine (CUA) et la Commission économique pour l'Afrique (CEA). Il passe en revue le progrès accompli à ce jour, depuis le second rapport, par les pays africains en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il propose également des solutions et des recommandations sur la façon d'accélérer la réalisation des OMD. Par ailleurs, le rapport souligne les progrès accomplis pour ce qui est des travaux en cours de l'Initiative africaine sur les OMD¹.

3. Selon le rapport, le progrès de l'Afrique dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à la date butoir est avancé. Cependant, davantage de travaux sont nécessaires afin d'accélérer le progrès. Depuis le dernier rapport en 2007, le nombre de pays qui ont incorporé les OMD dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté ou dans leurs plans nationaux de développement s'est élevé à 41 environ. Des progrès significatifs ont été réalisés pour les indicateurs tels que l'éducation primaire universelle et la parité entre hommes et femmes. Le Ghana, par exemple, serait sur le point de réaliser l'objectif de la réduction de moitié de la pauvreté d'ici 2015. Par ailleurs, ce pays a accompli des progrès remarquables dans la réduction de la prévalence du VIH.

4. La croissance, alimentée en grande partie par des réformes politiques adéquates, les prix favorables des matières premières et une amélioration nette de la paix et de la sécurité sur le continent demeure forte. En 2007, par exemple, le taux de croissance du PIB se situait à 5,8% et plus de 25 pays africains ont réalisé un taux de croissance réelle du PIB de 5% ou plus tandis qu'un autre groupe de 14 pays a enregistré une croissance entre 3 et 5%. En 2008, ce taux de croissance réel du PIB pour le continent devrait atteindre 6,2%. Cependant, le taux de croissance annuel moyen d'environ 5,8% est encore inférieur à 7% du taux de croissance annuelle nécessaire pour réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015. En outre, cette croissance est de plus en plus menacée par de nouveaux développements telle que la flambée des prix des produits alimentaires et du pétrole ainsi que le changement climatique.

¹ L'initiative de l'OMD a été lancée par le Secrétaire général des Nations Unies pour mobiliser toutes les ressources du système des Nations Unies et de ses partenaires en appui aux Objectifs du Millénaire pour le Développement en Afrique.

5. Il y a eu des initiatives en réponse aux défis précités par les responsables africains et les partenaires aux niveaux national, régional et continental. Il s'agit de: (i) intégration des OMD dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté et les plans nationaux de développements; (ii) la position commune africaine sur les OMD par la Commission de l'Union africaine; (iii) la décision par la Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement tenue à Khartoum, Le Soudan, demandant à la Commission de l'Union africaine en collaboration avec la BAD, de mener l'étude sur la création d'un fonds africain pour le pétrole; (iv) les travaux en cours par la Commission de l'Union africaine visant à trouver des solutions à la crise alimentaire actuelle; et (v) le lancement de l'Initiative africaine des OMD des Nations Unies par le Secrétaire général des Nations Unies pour mobiliser les ressources et renforcer l'appui international pour la réalisation des OMD en Afrique.

6. Les partenaires au développement n'ont pas ménagé leurs efforts pour apporter leur appui financier visant à accélérer les activités destinées à la réalisation des OMD. Les réalisations se traduisent par les flux de l'aide publique au développement, qui est passée d'une moyenne de 16 milliards de dollars des EU entre 1998-2001 à 28 milliards de dollars des EU entre 2002-2005². La décision d'annuler la dette des Pays pauvres très endettés (PPTTE) a contribué largement à encourager la croissance. Les pays dont la dette a été annulée ont pu déployer les ressources destinées au service de la dette vers des secteurs de croissances. Par ailleurs, des efforts sont déployés pour canaliser l'aide publique au développement vers les priorités et les programmes nationaux conformément à la Déclaration de Paris. Par ailleurs, les économies émergentes comme la Chine et l'Inde ont apporté des ressources additionnelles aux Etats membres, ce qui contribuera largement à l'accélération de la réalisation des OMD. Il y a eu également des initiatives des acteurs non gouvernementaux, telle que la Fondation Bill et Melinda Gates pour appuyer les efforts du continent en vue de la réalisation des OMD.

7. Le présent rapport indique que les progrès en vue de la réalisation des OMD ont été accomplis dans un certain nombre de domaines tels que l'inscription scolaire au primaire, la parité entre hommes et femmes en éducation primaire, la réduction des mortalités dues à la malaria, l'autonomisation des femmes, etc. Si le progrès se maintient à ce rythme, le continent serait bien parti pour réaliser un nombre significatif des OMD à la date butoir de 2015. Le rapport indique également que beaucoup de pays africains n'ont pas fait de progrès remarquable en matière des OMD liés à la santé. Par ailleurs, le rapport souligne l'Initiative africaine des OMD et invite les pays africains et les partenaires à soutenir la mise en œuvre de ses recommandations.

Section II: Mesure du progrès

8. Cette section présente le rapport d'activités, objectif après objectif, sur les efforts du continent pour atteindre les cibles des OMD. Elle comporte également une nouvelle série d'indicateurs liées à l'emploi, à la santé de reproduction, à la biodiversité et à l'accès au traitement du VIH et du Sida et indique qu'ils ont été largement négligés. Le

² Rapport économique conjoint CUA/CEA pour l'Afrique en 2008.

rapport ne couvre pas les questions portant sur la pauvreté en raison du manque de données fiables et conformes pour la plupart des pays africains. Cela est dû au fait que beaucoup de pays africains n'ont pas effectué des enquêtes récentes sur les ménages sur la base desquelles une évaluation du progrès vers les cibles de la pauvreté peut reposer de façon fiable. Vu le fort taux de croissance démographique du continent, on comprend que le progrès en vue de la réduction de la pauvreté ait été lent.

Cible 1: Eradiquer la pauvreté extrême et la faim

Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, le pourcentage des populations souffrant de la faim

9. Il n'existe aucune donnée récente sur cette cible à la base de données de la Division des Statistiques des Nations Unies pour actualiser le progrès vers la réduction de moitié de la faim d'ici 2015. Selon le rapport des OMD en 2007 élaboré conjointement par la CUA et la CEA, 62% des pays africains dont les données sont disponibles, ont enregistré une amélioration au niveau des situations de famine entre 1991 et 2002. Cependant, il existe de nouvelles menaces à la sécurité alimentaire compte du fait que beaucoup de pays africains dépendent largement de l'agriculture irriguée. Il s'agit, entre autres, de: les changements climatiques et l'envolée des prix des denrées alimentaires et du pétrole. Ces développements sont censés avoir un impact négatif sur le progrès déjà réalisé par plusieurs pays.

Indicateur 1D: Prévalence des enfants rachitiques de moins de cinq ans

10. Selon le rapport destiné aux ministres africains de la Santé en 2008, le pourcentage général régional des enfants rachitiques en Afrique, à l'exclusion de l'Afrique du nord, était de 28%. Les pays de l'Afrique de l'ouest et de l'Afrique centrale comme la République démocratique du Congo, du Congo, du Ghana, de la Guinée, du Mali, du Nigeria, du Sénégal et du Togo ont un taux annuel moyen de réduction de 1,6, mais ce pourcentage n'est pas suffisant pour atteindre la cible des OMD. D'autres pays n'ont pas fait preuve de beaucoup d'améliorations depuis les années 90 et il s'agit de: Burkina Faso, Cameroun, la République Centrafricaine, Djibouti, Niger, Sierra Leone, Somalie et le Soudan.

Objectif 2: Réaliser l'éducation primaire universelle

Cible 2A: Veiller à ce que, d'ici 2015, les enfants de part le monde, garçons et filles, soient en mesure de terminer leur scolarité intégrale au cours primaire

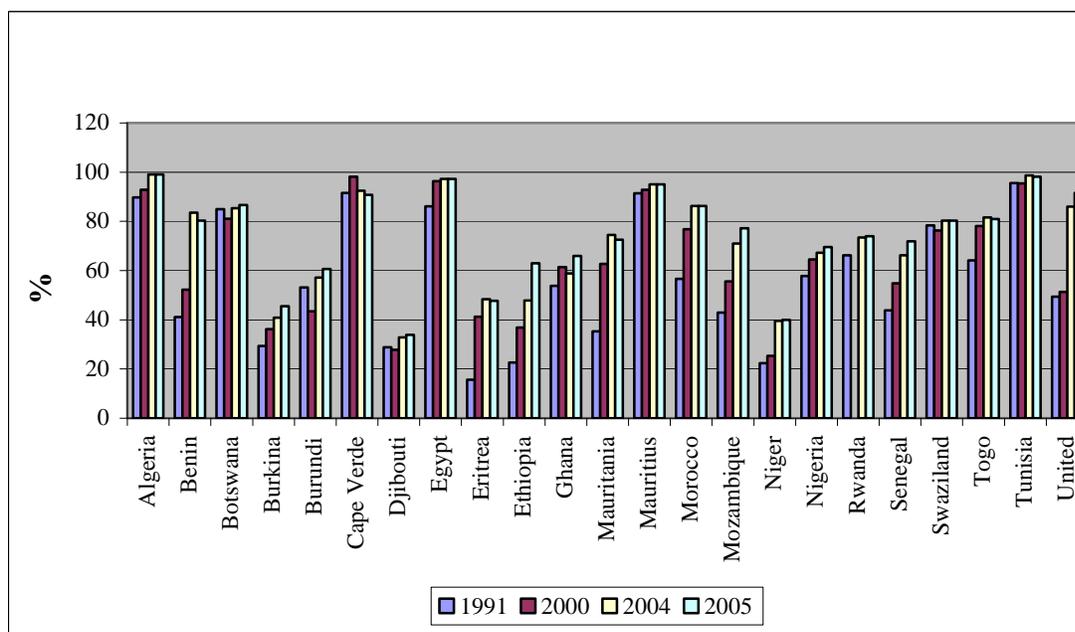
11. L'objectif 2 préconise la réalisation de l'inscription au cours primaire d'ici 2015. La plupart des pays africains sont en voie de réaliser tous les indicateurs en vertu de cet objectif³. Il est important que davantage d'efforts soient orientés vers la réalisation de l'éducation primaire universelle compte tenu du fait que cet objectif est fondamental à la réalisation des autres OMD.

³ Selon le rapport des OMD de la CUA et de la CEA en 2007

Indicateur 2.1:Inscription nette dans l'éducation primaire

12. L'inscription nette au primaire entre 2004 et 2005 a révélé qu'un certain nombre de pays africains ont enregistré une amélioration significative comme le montre le schéma 1 ci-dessous qui fait état d'une inscription nette pour quelques pays africains sélectionnés en 1991, 2000, 2004, et 2005. Si cette tendance se poursuit, plusieurs pays de la région réaliseront l'inscription universelle au primaire d'ici 2015.

Schéma 1: Inscription nette de l'éducation primaire dans les pays sélectionnés africains



Source: UNSD

13. A partir du schéma 1 ci-dessus, entre 2004 et 2005, 9 pays ont enregistré une inscription nette en éducation primaire supérieure à 80%. Au cours de cette même période, quatre pays, à savoir le Burkina Faso, Djibouti, l'Erythrée et le Niger avaient enregistré une inscription nette inférieure à 50%. Pour les pays disposant de données, entre 2004 et 2005, six pays ont accru l'inscription de plus de 4% tandis que dans cinq pays, les taux d'inscription se sont accrus de 2 à 4%. Les autres pays ont enregistré des augmentations de l'ordre de 0 et 2%.

14. Le progrès au niveau de cet indicateur est impulsé par des inscriptions massives dans les pays tels que l'Ethiopie, le Mozambique, Maurice, le Kenya, et la Zambie. Les pays performants comme l'Ethiopie, le Ghana et la Tanzanie⁴ ont maintenu le rythme des années précédentes, affichant respectivement des taux de croissance en matière d'inscription de 6,5%, 4,2% et 17,3%, de 2005 à 2006. Les progrès risquaient d'être

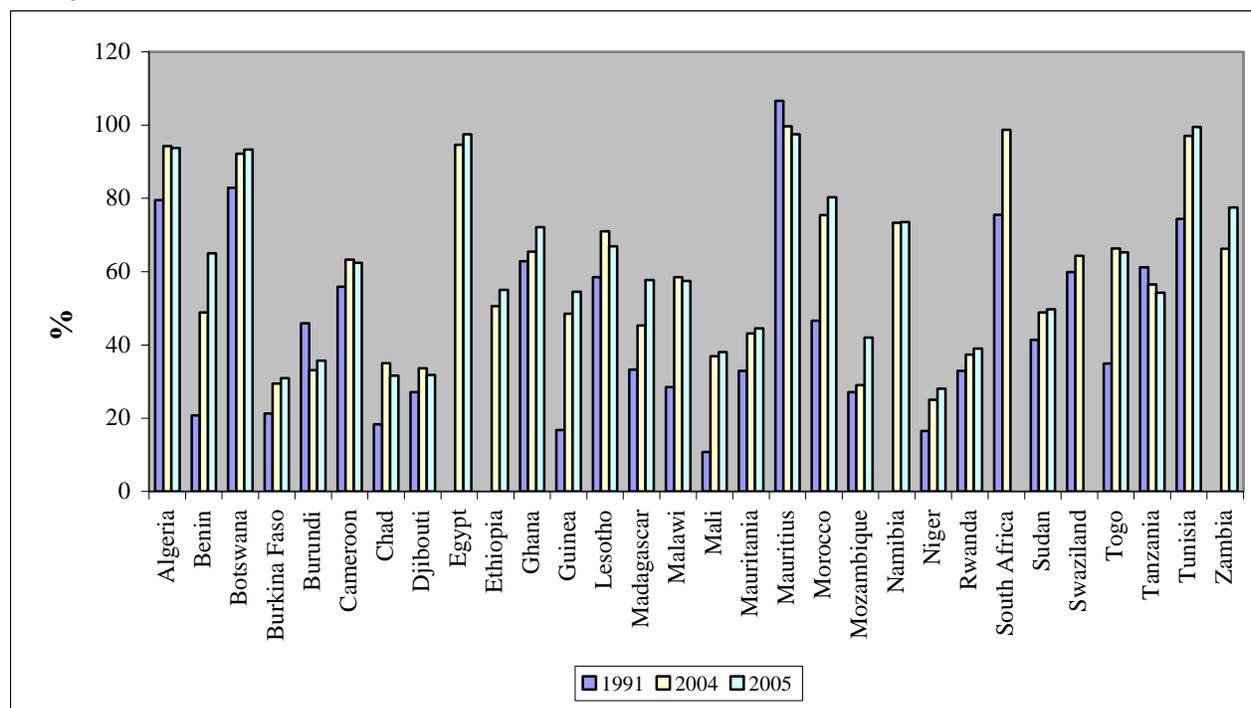
⁴ Seuls ces trois pays ont des données de 2006 sur la base de données de l'UNSD.

compromis au Cap-Vert, en Erythrée et en Mauritanie et d'être modestes à Maurice et à Sao Tome et Principe. En général, le taux d'inscription générale s'est accru de 6% entre 2004⁵ et 2005. Ce niveau de progrès, si elle est soutenue, placera les pays africains sur la voie de la réalisation de l'inscription primaire universelle.

Indicateur 2.2: Pourcentage des élèves en première année et terminant leur scolarité au primaire

15. Selon les données disponibles, l'amélioration continue des taux d'inscription au primaire ne va pas de pair avec une augmentation correspondante du taux⁶ de fin de scolarité au primaire. Par ailleurs, il y a eu un ralentissement au niveau des taux de fin de scolarité au cours des années récentes comme on le constate au schéma 2 ci-dessous qui indique des taux de fin de scolarité du primaire pour des pays africains sélectionnés en 1991, 2004 et 2005. Cependant, le Bénin, l'Ethiopie, le Ghana, la Guinée et Madagascar avaient des taux de fin de scolarité qui se sont accrus respectivement de 16,2%, 4,4 %, 6,7 %, 6,1 % et 12,4% en 2005 par rapport à 2004 mais les pays tels que le Cameroun, Maurice, et la Tanzanie ont enregistré des contre-performances.

Schéma 2: Taux de fin de scolarité pour des pays africains sélectionnés (1991 – 2005)



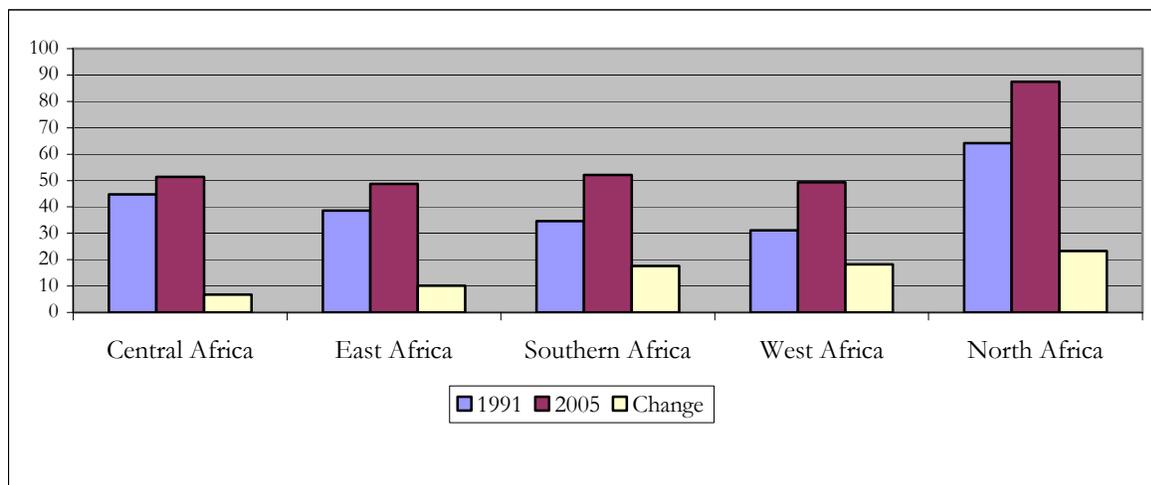
Source: UNSD

⁵ CUA, ECA-Evaluation du progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Addis Abéba 2007.

⁶ Le taux de fin de scolarité est le ratio du nombre total d'élèves ayant terminé avec succès leur scolarité (ou ayant obtenu leur diplôme) de l'an dernier au cours d'une année donnée par rapport au nombre total d'enfants en âge d'être diplômés dans la population (UNSD).

16. La variation en termes de performance est également évidente lorsque les sous-régions servent de base d'analyse. L'Afrique du nord détient le plus fort taux de fin de scolarité au primaire, suivie de l'Afrique australe tandis que l'Afrique de l'ouest a le taux le plus faible (schéma 3). Les taux de fin de scolarité demeurent en moyenne de 60% par rapport à la période qui nous intéresse. Cependant, le taux de fin de scolarité s'est amélioré en Afrique de l'ouest en 2005 par rapport à 2004.

Figure 3: Changements des taux de fin de scolarité dans les sous-régions



Source: Calcul de l'UA/CEA à partir de la Division des Statistiques des Nations Unies

17. Un facteur majeur affectant le taux de fin de scolarité au primaire dans plusieurs pays est l'inscription tardive des élèves dans le système scolaire. Davantage d'enfants scolarisables sont inscrits au cours primaire, en particulier dans les pays où il existe une expansion considérable des programmes de vulgarisation et d'inscription. L'inscription tardive accroît la pression d'entrer sur le marché du travail avant la finalisation du cycle. Cette situation réduit les mesures d'incitation pour aller au secondaire et dans les cycles supérieurs de l'éducation.

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

18. Il y a eu de nouvelles mises à jour aux données mentionnées dans le rapport des OMD de 2007, à l'exception de celles du Burkina Faso et du Niger où le taux d'alphabétisation des jeunes s'est amélioré respectivement de 2 et 36,5% en 2005. Néanmoins, un phénomène mal perçu en Afrique et le taux sans cesse accru de l'alphabétisation de base chez les jeunes, pas seulement dans la langue nationale, mais également dans au moins une langue étrangère⁷ (Anglais ou français). Cela est dû en partie, à l'inscription améliorée dans l'éducation primaire. Cette tendance est également constatée à la fois dans les pays à faibles taux d'alphabétisation initiale des jeunes et au fort taux d'alphabétisation initiale des jeunes et indique un progrès vers la réalisation de cet objectif.

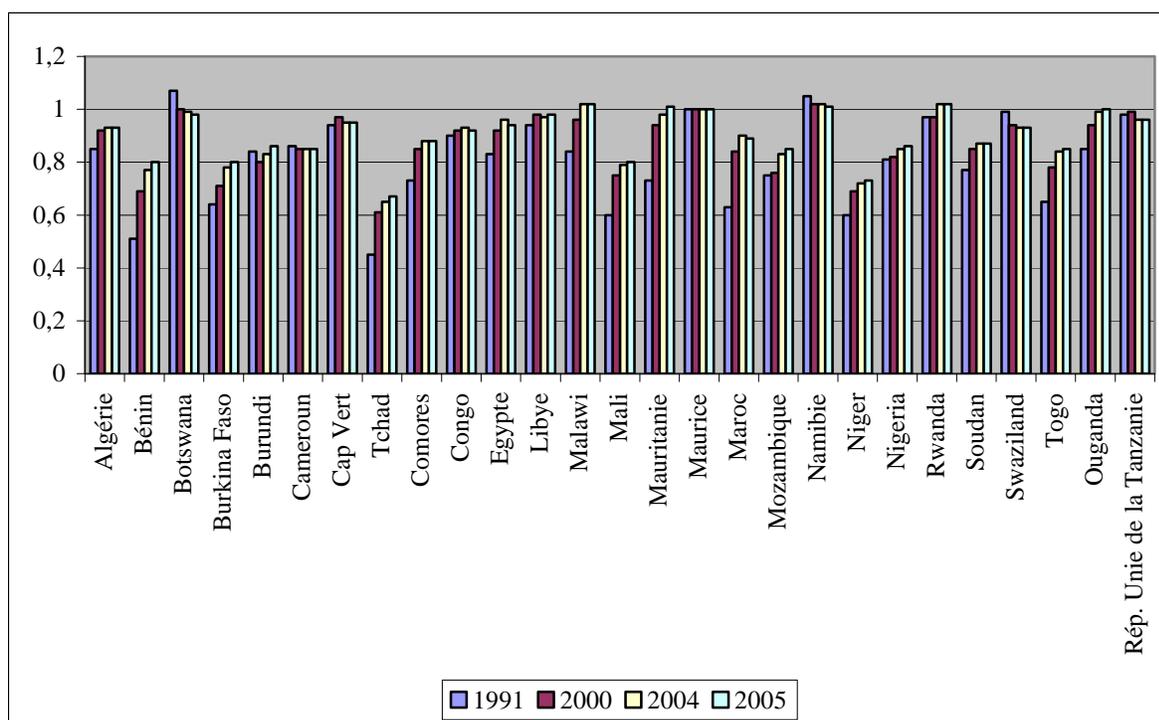
⁷ "Etrangère" signifie la langue d'une ancienne puissance coloniale.

Objectif 3: Promouvoir la parité entre hommes et femmes et l'autonomisation des femmes

Cible 4: Eliminer la disparité entre hommes et femmes en éducation primaire et secondaire d'ici 2005, et à tous les niveaux d'éducation d'ici 2015

19. L'objectif principal N° 3 est de promouvoir la parité entre hommes et femmes et d'habiliter les femmes. Selon les statistiques disponibles, la plupart des pays africains sont censés atteindre la parité entre hommes et femmes d'ici 2015⁸ en matière d'éducation primaire (cf schéma 4). Onze pays⁹ avaient déjà réalisé la parité entre hommes et femmes en éducation primaire en 2005, et 17 pays¹⁰ avaient plus de 0,90 de taux de parité au cours de la même année. Cependant, la République Centrafricaine et le Tchad ont enregistré des progrès mitigés en matière de parité entre hommes et femmes en éducation primaire.

Schéma 4: Parité entre hommes et femmes en éducation primaire dans les pays africains sélectionnés (1991-2005)



Source: UNSD

⁸ Cf Rapport des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport à la Conférence des Ministres africains en charge des Finances, de la Planification et du Développement économique, avril 2007.

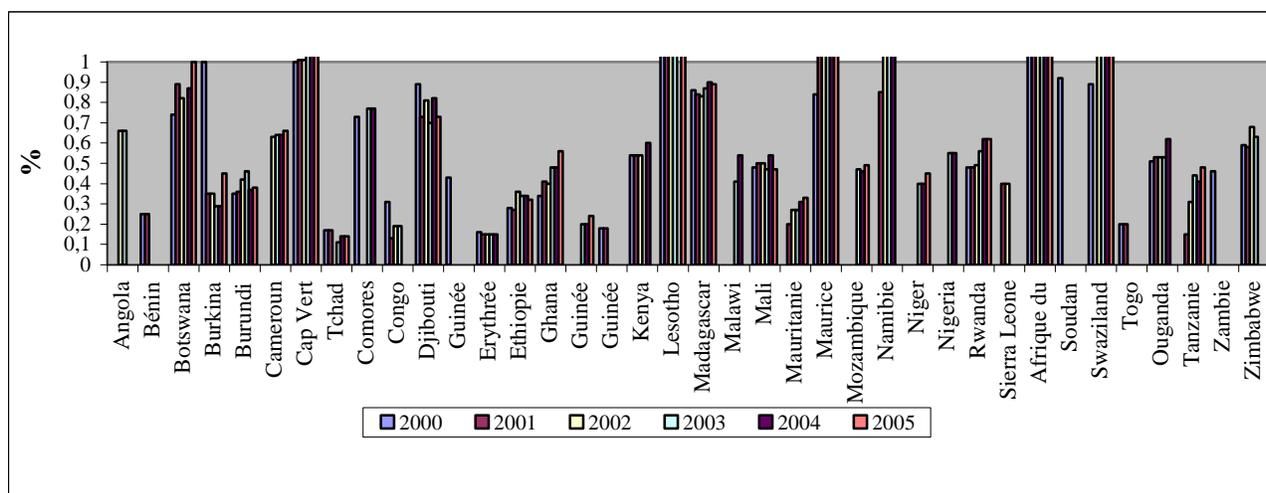
⁹ La Gambie, le Gabon, le Lesotho, la Libye, le Malawi, Maurice, la Mauritanie, la Namibie, le Rwanda, les Seychelles et l'Ouganda.

¹⁰ Algérie, Botswana, Cap-Vert, Congo, Egypte, Guinée Equatoriale, Ghana, Kenya, Madagascar, Sao Tome et Principe, Sénégal, Afrique du Sud, Swaziland, Tunisie, République Unie de la Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

20. Les données récentes révèlent que 13 pays africains ont amélioré leur taux de progrès vers la parité entre hommes et femmes en éducation primaire. Le progrès significatif mentionné en 2007 confirme que la plupart des pays africains sont en voie de réaliser la parité entre hommes et femmes en éducation primaire. Cependant, l'amélioration impressionnante en parité entre hommes et femmes en éducation primaire ne s'est pas traduite en éducation secondaire où il persiste une sous-représentation importante des filles. Par rapport à ce qui a été mentionné dans le rapport de 2007, huit¹¹ pays ont réalisé la parité entre hommes et femmes en éducation secondaire, tandis que six¹² autres ont réalisé un indice de parité entre hommes et femmes de plus 0.90. Par contre, 14 pays ont régressé au cours de la même période. Le taux de progrès est ainsi trop lent et fragile pour que cet objectif soit réalisé d'ici 2015.

21. Le ratio des femmes par rapport aux hommes dans les universités et dans les institutions d'enseignement supérieur demeure intact par rapport à ce qu'il était dans le rapport de 2007 (Schéma 5). Neuf des 13 pays ont atteint la parité entre hommes et femmes. Cependant, Madagascar et le Soudan sont censés réaliser la parité entre hommes et femmes dans l'enseignement supérieur d'ici 2015.

Schéma 5: parité sexuelle en enseignement supérieur pour un nombre sélectionné de pays africains (2000 – 2005)



Source: UNSD

22. La représentation des femmes dans les parlements nationaux s'est améliorée dans un certain nombre de pays africains (schéma 6). L'Afrique aurait fait le plus de progrès par rapport aux 10% réalisés dans le monde au cours de la période allant de

¹¹ Parité entre hommes et femmes en éducation secondaire en 2005: Algérie, Botswana, Cap-Vert, Lesotho, Namibie, Sao Tome et Principe, Seychelles (2004), Afrique du Sud (2004).

¹² Plus de 0.90 en parité sexuelle en éducation secondaire: Egypte, Kenya, Maurice, Soudan et Swaziland

¹³ La parité entre hommes et femmes en enseignement supérieur en 2005: Algérie, Botswana, Cap-Vert, Maurice, Libye, Namibie(2004) Afrique du Sud, Swaziland et Tunisie

1990 à 2007. Malgré ce développement, 17 pays africains demeurent en dessous de la moyenne entre 2003 et 2007.

Figure 6: Pourcentage des femmes aux parlements nationaux

Source: UNSD

23. Entre 2003 et 2007, la parité entre hommes et femmes dans la prise de décisions s'est améliorée essentiellement au Rwanda (48,8%), Mozambique (34,8%), en Afrique du Sud (32,8%), en Tanzanie (30,4%), au Burundi (30,5%), en Ouganda (29,8%), aux Seychelles (29,4%), en Namibie (26,9%), en Tunisie (22,8%), en Erythrée (22%) et en Ethiopie (21,9%). Les données sont inadéquates pour noter le progrès au niveau du pourcentage des femmes dans les emplois rémunérés dans le secteur non agricole. Les données historiques indiquent qu'aucun pays n'a atteint l'égalité entre hommes et femmes. Au Mali, les femmes ont représenté 49,7% des salariés du secteur non agricole en 2004, et ce ratio représente 42% en Afrique du Sud en 2005.

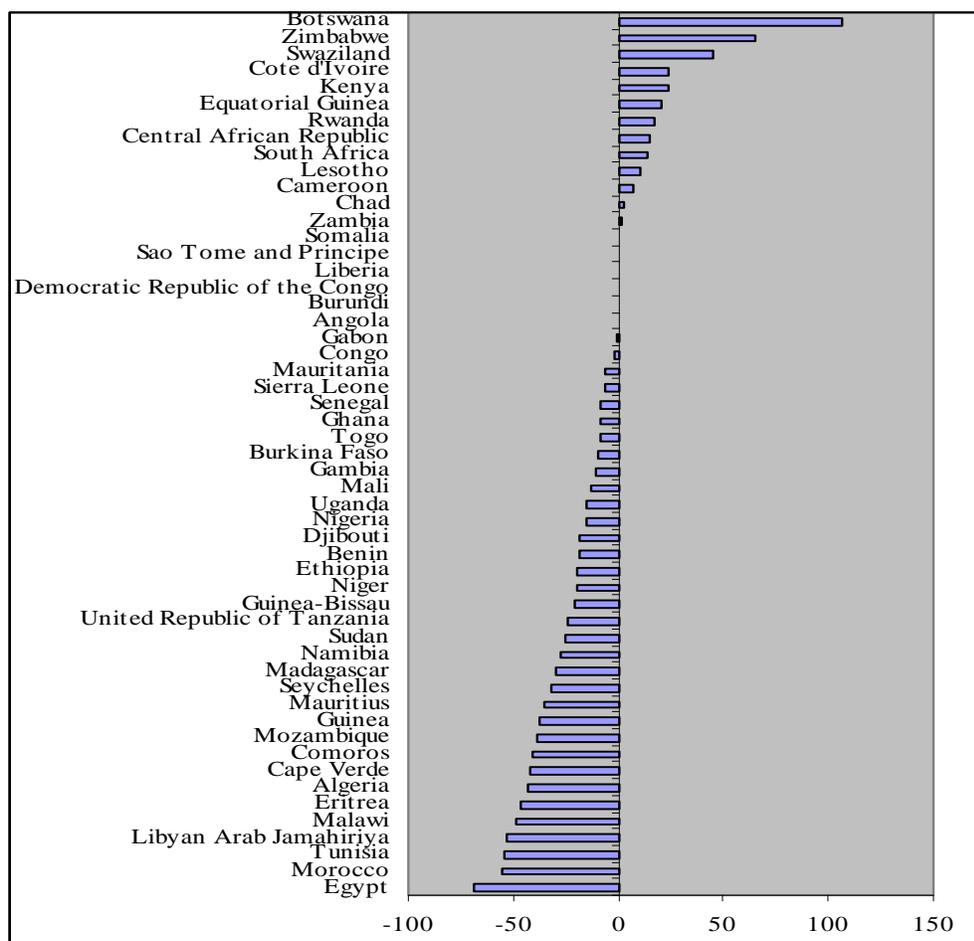
Objectif 4: Réduire la mortalité infantile

24. L'objectif 4 des Objectifs du Millénaire pour le Développement préconise une réduction de deux-tiers, entre 1990 et 2015, du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Le progrès semble en bonne voie dans plusieurs pays africains, en particulier dans le traitement des maladies qui sont censés entraîner le décès des enfants de moins de 5 ans, y compris la rougeole.

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

25. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans: les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique ont baissé de 185 pour 1000 naissances sans risque à 166 pour 1000 naissances sans risque en 2005. Par ailleurs, l'UNICEF (2008) a mentionné que la mortalité des enfants de moins de 5 ans en Afrique a baissé de 166 pour 1000 naissances sans risque en 2005 à 160 naissances sans risque en 2006. Cependant, ce progrès est loin de l'objectif requis d'une réduction de deux-tiers d'ici 2015 afin de réaliser les OMD. L'Afrique en tant que région, a fait très peu de progrès en vue de la réduction des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours de la période 1990-2005 (schéma 7).

Schéma 7: Progrès¹⁴ au niveau des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2005



Source: UNSD

26. La vaste majorité des pays africains ont connu une légère amélioration au niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans soit 1,8% entre 1990 et 2005. Il n'y a pas eu de changement dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans 19 pays, tandis que dans 10 pays, notamment: Botswana, Tchad, Côte d'Ivoire, Les Comores, Djibouti, la Gambie, le Lesotho, l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Zimbabwe, la mortalité des enfants de moins de cinq ans s'est accrue (Tableau 1). Ceci place la plupart des pays africains loin de la réalisation de cet objectif. L'Afrique représente 44% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et chaque année plus de 4,6 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent. La plupart de ces décès sont dûs aux conditions communes, prévisibles et traitables comme: les causes néo-natales (26%), les infections respiratoires (21%), la malaria (17%), les maladies diarrhéiques (17%), le VIH et le Sida (7%), et divers (4%). La mortalité des enfants de moins de 5 ans est également causée par la malnutrition qui représente près de 50% des décès.

¹⁴ Changement en pourcentage des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans – le schéma négatif indique le progrès.

Tableau 1: Progrès au niveau des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Objectif réalisé ou tendance vers la réalisation	Progrès mais tendance insuffisante pour réaliser l'objectif	Aucun progrès ou baisse	Données incomplètes ou non disponibles
Algérie Cap-Vert Erythrée Maurice Seychelles	Bénin , Côte d'Ivoire Gambie , Ghana Guinée, Guinée Bissau Mauritanie, Niger Sénégal, Togo Comores, Ethiopie Lesotho, Madagascar Malawi, Mozambique Namibie, Nigeria Tanzanie, Ouganda Zimbabwe	Burkina Faso, Libéria Mali, Sierra Leone Angola, Burundi Cameroun République Centrafricaine Tchad, Congo, RDC Guinée Equatoriale Kenya, Gabon, Rwanda Sao Tome & Principe Botswana, Afrique du Sud Swaziland, Zambie	

Source: World Health Statistics, 2007

27. Dans certains pays, la mortalité infantile élevée est attribuable aux situations sanitaires particulières. Par exemple, le VIH et le Sida expliquent dans une grande mesure le niveau élevé de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Botswana, au Lesotho, en Afrique du Sud, au Swaziland, et au Zimbabwe tandis que la malaria explique les taux élevés en Afrique de l'ouest alors que la malaria explique les taux élevés en Afrique de l'ouest. Les conflits contribuent également au taux élevé de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

28. **Taux de mortalité infantile:** Le taux de mortalité infantile pour la période de 1990 à 2005 indique que l'Afrique centrale, l'Afrique orientale, l'Afrique australe et l'Afrique de l'ouest, en général, n'ont connu qu'une amélioration marginale de 110 à 99 décès pour 1000 naissances au cours de la période. Cependant, les pays tels que le Malawi, Djibouti, Maurice, le Maroc et la Tunisie ont enregistré des améliorations de plus de 5%.

29. Les données actualisées de l'UNICEF indiquent que l'Afrique centrale, l'Afrique orientale, l'Afrique australe et l'Afrique de l'ouest, en général, ont connu un progrès négligeable dans les taux de réduction de la mortalité infantile, soit 95 pour 1000 naissances sans risque en 2006. Cette baisse, bien que plus prononcée de 2005 à 2006, demeure insuffisante pour réaliser l'objectif des OMD d'ici 2015.

Pourcentage des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

30. Le pourcentage des enfants d'un an vaccinés contre la rougeole en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest, en général, s'est accru de 64% en 2005, à partir de 56% enregistré en 1990 et légèrement en baisse des 65% réalisés en 2004. Les taux d'immunisation contre la rougeole varient selon les pays. Le Botswana, L'Égypte, le Liberia, la Libye, Maurice, les Seychelles, la Tanzanie et la Tunisie ont enregistré des taux de couverture plus élevés que 90%, tandis que le Tchad, la République Centrafricaine, le Nigeria et la Somalie ont des taux de couverture de moins de 40%. Vingt-trois pays ont amélioré le pourcentage des enfants immunisés contre la rougeole, tandis que 18 pays n'avaient pas connu de changement. Les pays qui ont connu des progrès substantiels, avec des augmentations dépassant 5% dans l'amélioration du pourcentage des enfants qui sont immunisés contre la rougeole comprennent : Burkina Faso, Cameroun, Comores, République démocratique du Congo, Djibouti, Éthiopie, Guinée, Liberia, Mali, Niger, Rwanda, Sénégal, et Zimbabwe. En particulier, le Liberia qui ont connu une augmentation nette du pourcentage des enfants immunisés contre la rougeole. Certains pays ont connu une baisse de 10% ou plus dans leur couverture d'immunisation, et il s'agit, entre autres, de : Angola, Congo, Somalie et Swaziland.

Encadré 1: Gains rapides: action coordonnée pour réaliser des résultats rapides

Des progrès dans la réalisation des OMD liés à la santé ont été limités par les ressources humaines et financières inadéquates et des carences dans le financement international. La fragmentation et la mauvaise coordination de la réaction de la communauté internationale sont les causes essentielles. Le succès dans la réduction des décès dus à la rougeole entre 2000 et 2007 indique ce qui peut être réalisé par la coordination améliorée.

Au plan global, les décès dus à la rougeole ont baissé de plus de 60% entre 2000 et 2005. Le progrès le plus significatif a été réalisé en Afrique, où les décès dus à la rougeole ont baissé de près de 75% à partir d'une estimation de 506.000 à 126.000 par l'intensification des campagnes d'immunisation. Ce succès est largement imputé aux actions coordonnées entre l'Initiative internationale contre la Rougeole et 47 pays prioritaires, qui s'est accélérée depuis 2000. La mise en œuvre de cette initiative a eu un impact significatif sur les taux de mortalité et de morbidité des enfants de moins de 5 ans et démontre amplement ce qui peut être réalisé par l'action concertée.

Source : UN 2007

Objectif 4: Améliorer la santé maternelle

Cible 5.A : Réduire de deux-tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

31. Les données sur le ratio de la mortalité maternelle ne sont pas disponibles et actualisées pour tous les pays. Les données récentes sur le ratio de la mortalité maternelle provenant de la Division des Statistiques des Nations Unies remontent à 2000. Les données estimées pour 2005 de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale indiquent que la vaste majorité des pays africains ont connu une

légère amélioration du taux de la mortalité maternelle de 1,8% entre 1990 et 2005. Douze pays ont un taux de mortalité maternelle de plus de 1000, et il s'agit de: Angola, Burundi, Tchad, République Démocratique du Congo, Guinée-Bissau, Liberia, Malawi, Nigeria, Niger, Rwanda, Sierra Leone, et Somalie.

32. Les données plus récentes sur la fourniture de l'assistance par un agent de santé compétent indiquent qu'aucun progrès n'a été réalisé en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest, en général. En 1990, le pourcentage des naissances assistées par le personnel de santé dans ces quatre sous-régions représentait 42% et cela s'est accru à 46% en 2004 et a baissé à 45% en 2005, selon les récentes données de l'UNSD.

Cible 6 B: Réaliser d'ici 2015, l'accès universel à la santé de reproduction

33. En 1994, une définition consensuelle de la Santé sexuelle et de reproduction a été donnée lors d'une Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD). Les données disponibles ne permettent pas de suivre le progrès, mais donnent une idée de l'importance de ce qui a été réalisé. Le lien étroit entre la santé sexuelle de reproduction et les questions sociales plus larges rend la santé sexuelle de reproduction vitale au développement économique et social en Afrique. Outre son importance, il est évident que la santé et les droits de reproduction sont cruciaux dans la réalisation des OMD (Sachs, 2005).

34. Le taux de la prévalence contraceptive s'est accru de 12,3% en 1990 à 21,3% en 2005 chez les femmes mariées. L'utilisation adéquate et consistante des condoms telle que recommandée dans la stratégie (ABC) de l'Abstinence, la Fidélité et l'utilisation des condoms crée un grand fossé dans la disponibilité des condoms. Par ailleurs, la dynamique de l'équilibre des forces au sein des foyers accroît la vulnérabilité des femmes au comportement sexuel à risque.

35. On note une baisse globale des taux de fécondité, et l'Afrique ne fait pas exception à la règle, bien que les taux élevés de naissance chez les adolescents prévalant en 1990 n'aient pas baissé. Ceci contribue également à la forte probabilité des problèmes de natalité liés à la santé et accroît la mortalité maternelle.

36. Les soins anténataux sont une composante essentielle des services de santé maternelle. Depuis 1990, plus des deux-tiers des femmes reçoivent au moins des soins anténataux au cours de la grossesse même si la recommandation médicale est d'au moins 4 visites. Par exemple, 87% des femmes kényanes ont effectué une visite clinique anténatale au moins une fois, mais ce nombre a baissé à 51% pour les 4 fois recommandées.

37. Chaque année un demi-million de femmes meurent de complications de grossesse et d'accouchement qu'on peut prévenir. Au sein des femmes mariées en âge de procréer, la demande d'espacement des naissances a représenté 33 à 75% de la demande de services de planification familiale, un important mécanisme de sauvegarde de la vie. Les enfants espacés de trois à quatre ans ont plus de chance de survivre.

Dans les pays moins avancés, y compris ceux en Afrique, s'il ne se produit aucune naissance dans les 36 mois précédant un accouchement, le taux de mortalité infantile baisserait de 24% et la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 35% (Bertrand and Anhang, 2006). Par ailleurs, la nécessité de services de planification familiale est forte et très inéquitable. Les grandes inégalités entre les riches et les pauvres dans ces pays peuvent traduire les disparités dans l'accès aux services de planification ainsi que dans les différences au niveau de la demande des contraceptifs.

OMD 6: Combattre le VIH et le Sida, la malaria et autres maladies

Cible 6A: Avoir réduit de moitié d'ici 2015 la pandémie du VIH et du Sida et avoir commencé à renverser leur propagation

38. L'Afrique continue d'être la région la plus affectée par le VIH et le Sida dans le monde, avec près de 68% des 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH et le Sida au plan global en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest (ONUSIDA, 2007). Le taux de prévalence des adultes varie de moins de 1% dans tous les pays d'Afrique du nord à plus de 15% dans beaucoup de pays en Afrique australe (ONUSIDA, 2007). Dans la plupart des pays, le taux de prévalence du VIH s'est soit stabilisé soit indique des signes de baisse (ONUSIDA, 2007). La Côte d'Ivoire, le Togo, le Zimbabwe et le Kenya ont connu des baisses dans leurs taux de prévalence nationale. Et pourtant le VIH et le Sida demeurent une cause principale de la mortalité et de la morbidité des adultes dans toutes les sous-régions, sauf en Afrique du nord. En 2007, 76% du total global de 2,1 millions d'adultes et de mortalité infantile due au Sida, se produisent en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest.

39. Le pourcentage des femmes infectées par le VIH est élevé et s'accroît. En décembre 2007, les femmes ont constitué 61% des personnes infectées dans les quatre sous-régions. Dans la quasi-totalité des pays de la région, les taux de prévalence sont plus élevés au sein des femmes que des hommes. La vulnérabilité des femmes et des jeunes filles africaines à l'infection au VIH est intégralement liée aux inégalités sous-jacentes entre les hommes et les femmes, aux normes sociales et à la discrimination.

Cible 6.B: Réaliser d'ici 2010, l'accès universel au traitement du VIH/ Sida

40. L'indicateur pour cette nouvelle cible est le pourcentage des populations à l'état avancé de l'infection du VIH avec l'accès aux médicaments anti-rétroviraux. Le nombre de populations en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest s'est accru de 100.000 en 2003 à 1,3 million en 2006 (OMS, ONUSIDA et UNICEF, 2007). La couverture correspondante des populations qui ont reçu le traitement s'est améliorée de 2% en 2003 à 28% en 2006. Bien que prenant de l'ampleur, le taux de couverture demeure encore faible, en particulier lorsque l'offre est comparée à la demande des gens qui en ont besoin.

Cible 6.C: Avoir réduit de moitié d'ici 2015 la malaria et d'autres maladies importantes et avoir commencé à renverser leur incidence

41. La malaria est la cause principale de la mortalité infantile et de l'anémie chez les femmes enceintes en Afrique. Les données sur l'incidence de la malaria et des taux de mortalité ne sont pas exhaustives et ne révèlent pas de tendances. Cependant, les données rarement disponibles indiquent que la maladie représente un fort pourcentage de la mortalité infantile et endémique dans 46 pays. Bien qu'on signale que l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les enfants de moins de cinq ans se soit améliorée dans les régions palustres en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest, de 2,1 à 5% entre 2001 et 2005, l'ampleur des besoins est encore grande (WHO, 2006b). Une enquête effectuée dans 30 pays africains entre 2000 et 2006 indique que les enfants de moins de 5 ans vivant en zones urbaines, où la malaria est moins endémique, ont 2 fois et demi plus de chances de dormir sous les moustiquaires imprégnées que ceux qui vivent dans les zones rurales (UN, 2007). Par ailleurs, la substitution du traitement de la malaria résistant à la chloroquine par la thérapie de combinaison à base de l'artémisine est confrontée aux problèmes liés à la passation de marché et aux procédés de la chaîne d'approvisionnement dans un certain nombre de pays africains.

Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité associée à la tuberculose

42. Les tendances dans l'incidence, la prévalence et de la morbidité due à la tuberculose s'accroissent dans toutes les autres sous-régions à travers le continent, à l'exception de l'Afrique du nord (cf tableau 1). L'incidence de la tuberculose en Afrique s'est accrue en tandem avec l'épidémie du VIH/Sida, dans la mesure où les populations contractent facilement les infections de la tuberculose. Le poids de la tuberculose est ressenti essentiellement en Afrique australe suivie de l'Afrique orientale et de l'Afrique de l'ouest. Treize des quinze pays qui ont la plus forte incidence de la tuberculose en 2005 sont en Afrique, et il s'agit de : Botswana, Côte d'Ivoire, Djibouti, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Sierra Leone, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. Le poids de la mort provoquée par la maladie suit une tendance similaire, l'Afrique australe supportant le plus lourd fardeau suivie de l'Afrique orientale et de l'Afrique de l'ouest.

Tableau 2: Tendances de l'incidence, de la prévalence et des décès dus à la tuberculose en Afrique

	Afrique du nord			Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Incidence de la TB- Nombre de nouveaux cas pour 100.000 personnes (à l'exception de l'infection au VIH)	54	50	44	148	253	281
Prévalence de la TB- Nombre de cas actuels par 100.000 personnes (à l'exclusion de l'infection	59	53	44	331	482	490

au VIH)						
Décès causés par la tuberculose – Nombre de décès par 100.000 personnes (à l'exclusion de l'infection au VIH)	5	4	3	37	54	55

Source: UNSD data 2008.

43. A partir du tableau 2 ci-dessus, le nombre de décès causés par la tuberculose à l'exclusion de l'infection au VIH en Afrique varie d'une région à l'autre. Par exemple en 2005, le taux de décès dû à la tuberculose à l'exclusion du VIH en Afrique du nord était de 3 sur 100.000 tandis que d'autres régions, il était de 55 pour 100.000. Par ailleurs, les taux de prévalence de la tuberculose, avaient présenté une facette différente. En dépit des faibles taux des décès dus à la tuberculose, les taux de prévalence de la tuberculose semblent en hausse dans les autres régions à l'exception de l'Afrique du nord. Par exemple, en 2005, le taux de la prévalence de la tuberculose à l'exclusion du VIH en Afrique du nord n'était que 44 pour 100.000 tandis que dans les autres régions, il était d'environ 490 pour 100,000.

44. A partir du tableau 3 ci-dessous, quelques pays essentiellement en Afrique australe ont commencé à noter une baisse des tendances de la prévalence du VIH au sein des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans. Cependant, peu de pays recueillent et publient l'âge spécifique de la prévalence du VIH en particulier au sein des bénéficiaires des soins anténataux âgées de 15 à 24 ans, dont la prévalence du VIH agit comme indicateur du taux auquel se produisent de nouvelles infections.

Tableau 3: Prévalence du VIH au sein des femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans

Cible atteinte ou tendance vers l'atteinte	Progrès mais tendance insuffisante pour atteindre la cible	Aucun progrès ou baisse	Données incomplètes ou non disponibles
Botswana Burundi Ethiopie Lesotho Malawi Namibie Rwanda Zimbabwe	Tchad Erythrée	Bénin Ghana Swaziland Sénégal Afrique du Sud Zambie	Algerie, Angola Burkina Faso, Cameroun Cap-Vert République Centrafricaine Congo, Côte d'Ivoire RDC, Guinée Equatoriale Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Madagascar, Maurice, Mozambique, Niger, Nigeria, Sao Tome & Principe, Seychelles Sierra Leone, Togo Ouganda, Tanzanie

Source: WHO TB Global Report 2008

45. Les résultats de la surveillance anténatale du VIH indiquent des variations substantielles dans la prévalence du VIH au sein des jeunes bénéficiaires des soins anténataux âgées de 15 à 24 ans entre les sous-régions, les pays et au sein des pays. En 2005-2006, la prévalence moyenne du VIH au sein des jeunes bénéficiaires des

soins anténataux âgées de 15 à 24 ans variait de moins de 1% à 25,8%. Les pays en Afrique australe ont la plus forte prévalence du VIH au sein des bénéficiaires des soins anténataux âgés de 15 à 24 ans dépassant les 15%.

Pourcentage des cas de tuberculose détectés et guéris conformément au traitement directement observé de courte durée

46. La stratégie de traitement directement observé (DOTS), qui se révèle être l'approche efficace pour combattre la tuberculose, a connu du succès dans sa mise en œuvre dans plusieurs pays africains. Le pourcentage des cas détectés et guéris en vertu de la DOTS s'est accru de 36% en 1990 à 47% en 2004 et de 49% en 2005, tandis que le pourcentage des patients traités avec succès s'est légèrement accru de 72% en 2000 pour passer à 74% en 2004. L'incidence et la prévalence sans cesse accrue de la tuberculose souligne la nécessité de renforcement continu des réponses en vue de se pencher sur l'épidémie de la tuberculose.

47. Une récente étude de la Banque mondiale sur *L'Avantage économique des investissements globaux dans la lutte contre la tuberculose* indique que le coût économique des décès liés à la tuberculose (y compris la co-infection au VIH) en Afrique centrale, orientale, australe et de l'ouest de 2006 à 2015 est estimé à 519 milliards de dollars lorsqu'il n'existe pas de traitement efficace contre la tuberculose. Si un traitement efficace de patients tuberculeux est institué, ces pays tireront des avantages économiques qui dépassent les coûts liés à la maladie d'environ neuf fois. Les facteurs exogènes positifs découlant de la lutte contre la tuberculose constituent un argument de poids pour les gouvernements et les bailleurs de fonds pour réduire sensiblement la prévalence et les décès causés par la tuberculose. Et pourtant, le rythme auquel les pays se penchent sur le fardeau de la tuberculose n'est pas significatif pour atteindre les objectifs des OMD.

48. L'OMS a lancé la Stratégie Globale Halte à la Tuberculose en 2006 qui s'inspire des succès de la DOTS tout en se penchant sur ses lacunes. La Stratégie Halte à la Tuberculose vise à réduire de façon radicale le fardeau global de la tuberculose d'ici l'an 2015 en veillant à ce que tous les patients de la tuberculose y compris ceux à la fois infectés par le VIH et ceux dont la tuberculose résiste au traitement, de bénéficier de l'accès universel au diagnostic de haute qualité et au traitement axé sur le patient. La stratégie encourage la mise à l'échelle de la DOTS par le financement accru et durable, la détection améliorée des cas, le traitement harmonisé avec la supervision et l'appui du patient, la fourniture effective des médicaments et un système de gestion efficace et l'impact du mesurage, la prévention et la lutte contre la tuberculose résistant à plusieurs médicaments, le renforcement du système de santé et l'habilitation des populations souffrant de la tuberculose et des communautés (WHO, 2007b).

49. En général, l'Afrique a peu de chance de réaliser les objectifs des OMD de 2015 pour la lutte contre la tuberculose. Cependant, 5 pays ont déjà réalisé l'objectif et 7 pays sont en voie de réaliser l'objectif. Sur la base du rapport de l'OMS sur la tuberculose en 2008, 10 pays ont réalisé l'objectif de l'Assemblée Mondiale sur la Santé de 70% du taux de détection des cas et 8 pays ont réalisé le taux de succès du traitement de 85% avec deux pays seulement qui n'ont réalisé que les deux objectifs.

Goal 7: Veiller à la durabilité de l'environnement

Cible 7A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes pour pallier la perte des ressources environnementales

50. De 1990 à 2005, les forêts ont vu leur superficie réduite en Afrique, à l'exception de l'Afrique du nord qui n'a perdu que 3%. En général, la déforestation continue de contribuer à l'accroissement des terres cultivables mais, elle comporte deux effets néfastes. D'abord, la productivité agricole accrue sur les forêts récupérées se révèle éphémère dans la mesure où la terre est rapidement dépourvue des éléments nutritifs qui accroît la production. Par ailleurs, il y a perte de la biodiversité qui est responsable de 18 à 25% des émissions de gaz à effet de serre, un facteur clé dans le changement climatique (UN, 2007).

Objectif 7.B: Réduire la perte de la biodiversité en réalisant d'ici 2010, une réduction significative du taux de perte

51. Par rapport à d'autres parties du monde, la biodiversité de l'Afrique est relativement dans de bonnes conditions. Cependant, il existe un certain nombre d'éco-régions qui ont subi des transformations radicales et environ 50% des éco-régions terrestres de l'Afrique ont perdu 50% de leur superficie au profit de l'agriculture, de la dégradation ou de l'urbanisation (UNEP, 2006).

52. L'Afrique dispose de plus de 2 millions de km² de zones protégées, constituées en grande partie d'habitats de savanes. Sur les 119 éco-régions, 89 ont moins de 10% de la zone totale protégée. La zone côtière sur le continent fait face à des priorités toutes aussi importantes: l'extraction pétrolière et minière, le développement des zones côtières, les communautés de pêcheurs confrontées au manque de capacités pour assurer la biodiversité et les stocks de poissons pour le développement durable (UNEP, 2006).

Objectif 10: Réduire de moitié d'ici 2015, le pourcentage des populations sans accès durable à l'eau potable et à l'hygiène de base

53. Il y a eu des améliorations dans la fourniture de l'eau potable de 1990 à 2004 selon les récentes statistiques. Quinze pays africains ont accru de 25% l'accès à l'eau potable dans les zones rurales. Cependant, le fossé entre les populations rurales et urbaines en matière d'accès à l'eau potable est encore grand et cette situation tend à faire baisser les statistiques nationales générales dans certains pays. Bien qu'il ait

quelques progrès, les changements sont encore lents pour réduire de moitié d'ici 2015 les populations dépourvues d'eau.

Objectif 2020: réaliser une amélioration significative des conditions de vie d'au moins 100 millions de personnes vivant dans les bidonvilles

54. Le pourcentage des populations dotées d'hygiène améliorée en Afrique, à l'exception de l'Afrique du nord s'est accru modérément, de 32% en 1990 à 37% en 2004, loin de l'objectif de 66% de couverture à réaliser d'ici 2015. La fracture entre les zones rurales et urbaines et les conditions misérables des habitants des taudis aggravent ce progrès lent. L'exode rural et la croissance démographique rapide ont contribué à la précarité des habitats, à l'assainissement inadéquat et à l'insuffisance de l'eau potable.

Objectif 8: Renforcer un partenariat global pour le développement

Objectif 8.A: Développer davantage, un système financier et commercial non discriminatoire, prévisible et basé sur les règles justes

55. L'un des objectifs des cycles de négociations de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) a été de prendre en compte les préoccupations dans la conception du système commercial multilatéral et de se pencher sur les inégalités du système actuel, en particulier, celles qui sont très désavantageuses aux pays en développement. Malgré de telles bonnes intentions, peu de progrès a été réalisé au niveau des négociations. Il n'y a pas eu d'accord important sur la réduction ou la suppression des subventions agricoles dans les pays industrialisés et aucune innovation majeure sur les négociations en vue de l'accès au marché des produits non agricoles (NAMA). Des efforts récents tels que l'Initiative de l'Aide au Commerce, visant à servir d'outil pour renforcer les capacités en matière de commerce et de marketing pour consolider les infrastructures liées au commerce dans les pays en développement, en particulier en Afrique, n'ont pas encore porté leurs fruits.

Objectif 8.D: Traiter de manière exhaustive des problèmes de la dette des pays en développement par des mesures nationales et internationales afin de rendre la dette réalisable à long terme

56. En février 2008, 26 pays africains étaient parvenus à la décision conformément à l'initiative des Pays pauvres très endettés (PPTTE). Au nombre de ces pays, 19 ont atteint le point d'achèvement. Il convient de souligner que le retard accusé par les PPTTE entre la décision et les points d'achèvement s'est prolongé depuis 2000, et il existe encore des pays qui n'ont pas encore pris la décision.

57. Les pays du G-8 lors de leur Sommet de 2005 à Gleneagles, en Ecosse, outre leur engagement à augmenter l'aide à l'Afrique, ont également lancé l'Initiative de l'annulation de la dette multilatérale (MDRI) en vertu de laquelle 100% des encours de la dette éligible due aux institutions multilatérales par tous les pays PPTTE ayant atteint le point d'achèvement de l'Initiative PPTTE seraient annulés. Cette Initiative vise effectivement à doubler le volume de l'annulation de la dette déjà attendu de l'Initiative

améliorée des PPTE et “prévoit les PPTE qui ont atteint le point d’achèvement irrévocable, l’annulation en amont de la dette due à l’AID, le Fonds africain de développement, le FMI et l’IADB. L’annulation de la dette en vertu de la MDRI se fera en plus du renoncement de la dette déjà engagée en vertu de l’Initiative”¹⁵ PPTE. Les progrès en ce qui concerne le MDRI demeurent lents.

58. Aux sommets du G8 à Gleneagles et du Millénaire des Nations Unies +5 en 2005, les bailleurs de fonds se sont également engagés à augmenter leur aide. Les promesses faites lors de ces sommets, y compris les autres engagements, impliquent l’augmentation de l’aide de \$ 80 milliards de dollars des EU en 2004 à 130 milliards de dollars des EU en 2010. Le progrès dans la réalisation des engagements de Gleneagles a été également lent. L’aide publique nette au développement selon l’OCDE/DAC a baissé entre 2006 et 2007. L’essentiel de l’augmentation nette de l’aide publique au développement à l’Afrique au cours des années récentes a été due à l’annulation de la dette et à l’assistance humanitaire. En général, la plupart des donateurs ne sont pas en mesure de respecter leurs engagements pris d’augmenter l’aide et ils devront faire des augmentations sans précédent pour atteindre les objectifs de 2010.

59. Les donateurs ont prévu une aide supplémentaire d’environ 11 milliards de dollars jusqu’ici dans leurs dépenses annuelles prévues d’ici 2010, en plus des 5 milliards de dollars supplémentaires pour les programmes nationaux qu’ils ont élaborés en 2005. Ceci indique que les efforts pour accroître l’aide sont inclus dans certains plans anticipés des donateurs, il reste encore environ 34 milliards de dollars en 2004 – environ 38 milliards de dollars en 2007 – à prévoir dans les budgets des donateurs si les engagements pris en 2005 pour une augmentation substantielle de l’aide d’ici 2010 doivent être respectés (OECD).

60. L’un des développements majeurs des années récentes est l’importance sans cesse croissante des donateurs non membres du Comité d’assistance au développement. La Chine et l’Inde n’ont cessé d’apporter une assistance importante au développement de l’Afrique. La Chine a annulé RMB 10,9 milliards de RMBn (1,47 milliards de dollars américains) de dette de l’Afrique et s’est engagée à doubler l’aide publique au développement à l’Afrique. De même, l’Inde a annulé les dettes dues par plusieurs pays africains, dans le cadre de l’Initiative PPTE.

61. En dépit du progrès accompli dans la réduction du fardeau de la dette de l’Afrique, l’objectif de la viabilité de la dette n’a pas été atteint dans plusieurs pays africains. Par ailleurs, des litiges récents engagés par certains créanciers commerciaux contre certains pays africains, notamment le Congo, le Cameroun et l’Ouganda, constituent de graves défis à la mise en œuvre de l’Initiative PPTE et sa crédibilité.

Cible 8.H: En collaboration avec les industries pharmaceutiques, assurer l’accès aux produits essentiels abordables dans les pays en développement

62. Les médicaments essentiels sauvent les vies et améliorent la santé lorsqu’ils sont disponibles, de bonne qualité et utilisés judicieusement. Accroître sa disponibilité et le mettre à la portée des bourses sont des défis majeurs pour beaucoup de pays africains en Afrique. Un nombre sans cesse croissant de pays ont mis en œuvre des

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

politiques nationales en matière de médicaments y compris la médecine traditionnelle dans le but général d'améliorer l'accès aux médicaments de qualité et à des prix abordables et d'assurer leur utilisation rationnelle.

63. Par ailleurs, la Commission de l'Union africaine a mis au point un Plan de fabrication pharmaceutique pour l'Afrique, visant à renforcer les systèmes sanitaires et de développement et accroître la production locale et l'accès aux médicaments génériques à bon marché en Afrique. Le plan a été adopté par les ministres africains de la Santé en avril 2007.

64. Par ailleurs, la Décision de l'OUA (juillet 2001) sur la Décennie de la Médecine Traditionnelle et plus tard l'élaboration du Plan d'action de la décennie visait à créer un cadre général pour orienter les Etats africains vers la formulation de leurs stratégies nationales. Plusieurs pays africains mènent la recherche et le développement sur la médecine traditionnelle pour donner des preuves sur la sûreté, l'efficacité et la qualité de la production locale afin de contribuer à l'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels. Malgré ces efforts, l'accès aux médicaments demeure limité dans la région.

Section III: Contraintes à l'accélération du progrès

65. Tel que mentionné dans ce rapport, les conditions pour accélérer le progrès sont bonnes. Les pays africains ont mis en place les réformes institutionnelles et politiques nécessaires. L'engagement aux OMD sur le continent demeure large et profond. Le succès démontré par plusieurs pays sur une gamme d'indicateurs montre que les OMD peuvent être atteints à la date butoir. Mais le progrès dépend essentiellement d'un certain nombre de contraintes essentielles à surmonter, dont plusieurs ont été abordées dans le Rapport¹⁶ de 2007.

66. Au nombre des contraintes essentielles, il y a la disponibilité des données pour rendre compte du progrès et de la prise de décisions. Comme l'indique le présent rapport, un certain nombre d'indicateurs ne sont pas mentionnés en raison de la non disponibilité de données. Ceci est particulièrement important au regard de la Cible 1 de l'Objectif 1 en raison du manque d'enquêtes régulières sur les ménages dans les pays africains. Les données sur l'éducation et le genre sont disponibles, même avec peu d'informations actualisées. Ceci a permis une analyse approfondie sur les niveaux de progrès vers les Objectifs 2 et 3. Par contre, les données sur la santé étalent les lacunes essentielles dans le domaine du contrôle approprié du progrès vers les objectifs de la santé. Les données disponibles, les mises à jour constantes et systématiques sont cruciales pour la politique et la prise de décisions, la dotation adéquate et le ciblage des ressources et en conséquence la mise en oeuvre des plans nationaux bases sur les OMD.

¹⁶ Cf également, les présentations de la Conférence des Ministres africains des Finances, de la planification et du développement économique de la CEA en 2007 intitulées "Accélération de la Croissance et du Développement de l'Afrique pour réaliser les OMD: Les défis émergents et la voie à suivre".

67. Le succès et le progrès au niveau de la coopération financière et technique au plan international auront une certaine influence sur la rapidité du progrès de la région vers les cibles des OMD. Le Consensus de Monterrey de 2002 a mis l'accent sur le rôle important de l'aide publique au développement comme complément à d'autres sources de financement dans les pays pauvres. Il souligne également que les augmentations substantielles de l'aide publique au développement aux pays en développement en particulier en Afrique, seraient nécessaires si ces pays doivent réaliser les objectifs de développement arrêtés au plan international, y compris les OMD. Depuis l'adoption du Consensus, plusieurs promesses ont été faites à la région sur l'augmentation du montant de l'aide et l'amélioration de l'efficacité de l'aide. Les conclusions du Sommet de Gleneagles du G8 en 2005 et la Déclaration de Paris, ont toutes deux réaffirmé les engagements pris dans le Consensus de Monterrey et contiennent certaines des promesses faites par les partenaires au développement relatives à la quantité et à la qualité de l'aide.

68. Bien que la part totale de l'aide publique au développement à l'Afrique ait accru en passant de 32 à 40%, elle est encore loin des engagements pris. L'augmentation de 0,25 à 0,27 de la RNI des donateurs (0,7% de l'engagement) demeure encore trop faible. Les flux de l'aide publique au développement sont largement acheminés vers un nombre limité de pays africains. Non seulement le volume de l'aide importe, mais également la qualité de la fourniture de l'aide est aussi importante.

69. Une préoccupation essentielle des pays africains est que la plupart des augmentations récentes de l'aide sont dues à l'annulation de la dette et ne reflètent pas les ressources additionnelles disponibles pour financer les programmes de développement. Lorsque ces deux composantes de l'aide sont supprimées, il apparaît évident qu'il n'y a pas eu de changements significatifs dans les flux réels de l'aide vers la région depuis 2004 (ERA, 2008). L'harmonisation des priorités d'assistance avec celles définies dans les Documents de Stratégie de réduction de la pauvreté des pays ou les stratégies de développement national basées sur les OMD ainsi que l'harmonisation des pratiques de l'aide sont cruciales pour assurer l'efficacité de l'aide des donateurs. Tout aussi important, plusieurs pays africains pourraient tirer des gains substantiels du commerce si ces questions de perte à court terme des recettes fiscales et les contraintes actuelles d'approvisionnement et d'exportation sont bien abordées.

70. L'un des défis spécifiques demeure l'absence d'indicateurs clairement définis et arrêtés en harmonie avec les OMD liés à la santé pour mesurer de façon adéquate et suivre de près le progrès sur le pourcentage des populations ayant accès aux médicaments essentiels à la portée des bourses.

71. La réalisation des OMD implique également et requiert des partenariats exhaustifs et focalisés pour la mise à l'échelle des interventions sanitaires essentielles et dans le même temps réaliser le développement durable. Différents partenariats/initiatives internationaux et régionaux ont été lancés pour soutenir les pays en vue de la réalisation des OMD sur la santé. Même s'ils donnent des opportunités d'avoir davantage de ressources financières, le défi est de veiller à ce qu'ils soient à long terme, les harmoniser et les adapter aux priorités nationales et veiller à ce que les ressources sont utilisées efficacement.

Section IV: L'Initiative africaine sur les OMD

72. L'initiative, lancée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2007, souligne la responsabilité première des gouvernements africains de réaliser les objectifs et la nécessité pour les organisations internationales de soutenir les stratégies nationales. L'objectif principal est de se pencher sur les lacunes dans l'approche adoptée par les partenaires internationaux dans l'appui aux pays africains en vue de la réalisation des OMD. Suite au lancement de l'initiative, le Secrétaire général des Nations Unies a constitué le Groupe de pilotage africain sur les OMD et le Groupe de travail africain des OMD ¹⁷en appui.

73. Le Groupe de pilotage africain des OMD s'est entendu sur les services essentiels, à donné l'orientation stratégique et a assuré la coordination au sein des organisations membres, a engagé le plaidoyer de haut niveau et a contacté les gouvernements pour assurer la mise en œuvre de ses recommandations. Suite à sa création, il a identifié les domaines thématiques suivants, qui sont essentiels à la réalisation des OMD:

- i. Agriculture, sécurité alimentaire et nutrition;
- ii. Education;
- iii. Santé;
- iv. Infrastructure et facilitation du commerce;
- v. Systèmes nationaux de statistique;
- vi. Efficacité de l'aide et prévisibilité de l'aide; et
- vii. Traduction des OMD en programmes intégrés sur le terrain.

74. L'agriculture a été perçue comme un élément essentiel pour l'éradication de la pauvreté extrême et la faim (réalisation des OMD 1), et l'accélération de la croissance en Afrique. Fait d'une importance particulière, c'est la nécessité de se focaliser sur les petits exploitants agricoles, qui sont dominés par les femmes et qui sont les plus touchés par la pauvreté. A cet égard, le groupe de pilotage a mis l'accent la nécessité de fournir les intrants agricoles de base. S'agissant de l'éducation primaire universelle, le groupe de pilotage a noté que plusieurs pays africains sont censés réaliser l'objectif d'ici 2015. En général, environ 8,3 milliards de dollars américains sont nécessaires tous les ans pour assurer la réalisation des OMD de l'éducation et l'Initiative accélérée de l'Education pour Tous d'ici 2015. Ce schéma exclut les programmes d'alimentation scolaire. Il ne couvre pas non plus les dépenses en éducation technique et professionnelle ainsi que l'enseignement supérieur, qui sont cruciales pour accroître la

¹⁷ Le Groupe de pilotage africain des OMD est présidé par le Secrétaire général des Nations Unies et comprend le Président de la Banque africaine de développement, le président de la Commission de l'Union africaine, le Président de la Commission européenne, le Directeur général du Fonds monétaire international, le Président de la Banque islamique de développement, le Président du Groupe de développement des Nations Unies et le Président de la Banque mondiale. Le Groupe de travail africain sur les OMD est présidé par le Secrétaire général adjoint des Nations Unies et les membres comprennent le Commissaire des affaires économiques de l'UA, le Sous-secrétaire général des Nations Unies et le Secrétaire exécutif de la CEA et l'économiste principal de la BAD.

croissance économique et nécessitera le financement additionnel. Cependant, le groupe de pilotage a reconnu le fait que le secteur de l'éducation est à court de financement.

75. Le constat général du groupe de pilotage est que le continent n'est pas en mesure de réaliser les OMD sur la santé en dépit des efforts consentis au niveau global pour financer le secteur de la santé en Afrique. En tenant compte des synergies dans les objectifs de la santé, on estime que le financement extérieur pour les besoins identifiés ci-dessus pourrait nécessiter 25 à 30 milliards de dollars des EU par an d'ici 2010. L'essentiel de ce financement devrait être fourni avec assez de souplesse pour couvrir les déficits financiers dans les plans nationaux, y compris les plans mis au point conformément au cadre de partenariat international sur la santé.

76. Le manque de prévisibilité de l'aide continue d'affecter les gouvernements africains pour planifier et programmer avec efficacité les investissements publics et les dépenses en cours. Le Groupe de pilotage a reconnu l'importance des plans précis de déboursement de l'aide en vue de la mise en oeuvre efficace des projets, en particulier les projets d'infrastructure, qui sont essentiels à la croissance économique de l'Afrique, le développement du commerce et la réduction de la pauvreté. La disponibilité des statistiques est importante pour veiller au progrès vers la réalisation des OMD et le Groupe de pilotage a noté que certains pays africains ne disposent pas de statistiques adéquates en raison des capacités statistiques faibles des gouvernements.

77. Au vu de ce qui précède, le Groupe de pilotage a identifié les mécanismes d'appui aux gouvernements africains dans la réalisation des OMD, y compris les mécanismes multilatéraux de financement, l'appui politique et la coordination de l'appui des donateurs. Conformément à chaque groupe thématique, il a fait quelques recommandations essentielles qui sont en annexe II.

Section V: Résumé et conclusions

79. Ce rapport a présenté un aspect du progrès du continent vers la réalisation des cibles des OMD. Il a noté les environnements politiques et économiques améliorés en Afrique et l'engagement persistant aux plus hauts niveaux de prise de décisions en vue des OMD en Afrique. Le rapport révèle que certains progrès sont accomplis et que la région est en voie d'atteindre certaines cibles en 2015.

80. A propos du financement, le rapport a souligné que le financement privé des investissements et des OMD pourrait être exploré comme moyen général de veiller à la disponibilité des services de base, en particulier puisque l'aide publique au développement ou l'aide excluant l'annulation de l'aide et l'aide humanitaire ont baissé au cours des années récentes. Les options financières pourraient également inclure la mobilisation des ressources locales ainsi que l'entretien des partenariats avec les partenaires émergents tels que la Chine et l'Inde. Il conviendrait également de souligner que l'investissement direct étranger a un impact significatif sur la réalisation des OMD et un climat propice à l'investissement doit être créé en Afrique afin d'attirer les investissements directs étrangers. Cela permettra d'éviter d'avoir une part significative de l'investissement direct étranger concentrée dans quelques pays

seulement. Par ailleurs, ce serait utile pour les pays africains de respecter leurs propres engagements à augmenter la dotation budgétaire aux secteurs sensibles aux OMD.

81. Idéalement, les secteurs publics et privés se complètent, et le gouvernement crée un environnement propice adéquat pour le développement des initiatives privées. Les partenariats public-privé sont par conséquent un moyen important d'accroître le capital financier, humain et social en Afrique. Les partenariats peuvent inclure l'organisation de la formation aux petites et moyennes entreprises, les partenariats en éducation, la recherche agricole, la santé, l'énergie, la fourniture des informations et des technologies de la communication et l'expansion des infrastructures y compris les routes.

82. Etant donné que les besoins de financement pour la réalisation des OMD sont substantiels, le secteur privé est de plus en plus invité à combler le vide des investissements. Son rôle complémentaire et d'appui dans la prestation des services en eau, en terre, en santé et d'autres infrastructures de développement qui manquent dans la plupart des pays en développement ne peut être ignoré. Il faudra une sorte de participation du secteur privé pour générer les transformations économiques nécessaires. Les entrepreneurs privés sont à présent de plus en plus tenus de respecter les principes environnementaux, sociaux et de gouvernance institutionnelle qui mettent l'accent sur les pratiques commerciales durables et le respect des normes du travail.

83. Beaucoup reste à faire, et ce qui est crucial c'est la mise à l'échelle des ressources pour accélérer le rythme du progrès. Les pays doivent intensifier la mise en œuvre de leurs stratégies nationales de développement axées sur les OMD et les stratégies de réduction de la pauvreté. De même, des efforts intenses doivent être déployés pour déjouer les nouvelles tentatives de conflit qui pourraient saper les progrès fragiles dans certains pays en conflit et s'attaquer aux défis du changement climatique, de la flambée des prix des denrées alimentaires et de l'énergie. Mieux, de nouveaux mécanismes doivent être conçus pour habiliter l'Afrique à réaliser les OMD.

84. Enfin, les Etats membres et les partenaires internationaux sont invités à soutenir la mise en œuvre des recommandations faites par le Groupe de pilotage africain sur les OMD, telles que contenues en annexe II. La mise en œuvre de ces recommandations et celles faites dans cette section contribueront à propulser l'Afrique vers la réalisation des OMD à la date butoir de 2015.

Bibliographie

Bertrand, J.T. and R. Anhang, (2006), "The Effectiveness of Mass Media to Change HIV and AIDS-Related Behaviour among Young People in Developing Countries", in *Preventing HIV and AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*, Ross, D, Dick, B. and Ferguson, J. (eds) pp.205-241. World Health Organization. Technical Report Series no. 938.

ECA, (2005), *Meeting the Challenges of Unemployment and Poverty in Africa*, Economic Report on Africa, Washington.

ECA, (2007), *Assessing Progress towards the Millennium Development Goals*, Report presented at the Conference of Ministers of Finance, Planning and Economic Development, Addis Ababa, Ethiopia.

ILO, (2008), *Global Employment Trends*, Geneva.

Sachs.J. *Investing in Development a Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Report to the United Nations Secretary-General, New York.

Sahn and Stifel, (2000). "Poverty Comparisons Over Time and Across Countries in Africa", *World Development*, Vol 28 No 12, U.K.

The MDG Africa Steering Group, (2008), *Achieving the Millennium Development Goals in Africa*, UN, New York.

UNAIDS, (2007), *AIDS Epidemic Update*, Geneva.

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

United Nations, (2007), *The Millennium Development Goals Report*, New York.

United Nations, (2007), *World Economic Situation and Prospect 2007*, New York.

WHO, (2006), *The World Health Report: Working Together for Health*, Geneva.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, (2007), *Maternal Mortality in 2005*, Geneva.

Annexe I: Cadre révisé de suivi des OMD

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)	
Objectifs et cibles (De la déclaration du millénaire)	Indicateurs pour mesurer le progrès
Objectif 1: Eradiquer la pauvreté extrême et la faim	
Cible 1.A: réduire de moitié entre 1990 et 2015, le pourcentage des populations dont le revenu est de moins d'un dollar par jour	1.1. Pourcentage de la population de moins d'un dollar par jour ¹⁸ 1.2. Ratio du fossé de la pauvreté 1.3. Part du quintile du plus pauvre en terme de consommation nationale
Objectif 1.B: réaliser le plein emploi et la pleine productivité et le travail décent pour tous y compris les femmes et les jeunes	1.4. Taux de croissance du PIB par personne employée 1.5. Ratio de l'emploi par rapport à la population 1.6. Pourcentage des personnes employées vivant de moins d'un dollar par jour 1.7. Pourcentage des travailleurs disposant de leur propre compte et apportant des contributions à la famille dans l'emploi total
Objectif 1.C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, le pourcentage des populations souffrant de la faim	1.8. Prévalence des enfants rachitiques de moins de 5 ans 1.9. Pourcentage de la population au dessous du niveau de la consommation énergétique alimentaire
Objectif 2: Réaliser l'éducation primaire universelle	
Objectif 2.A: Veiller à ce que, d'ici 2015, les enfants où qu'ils sont, les garçons et les filles, soient en mesure de terminer pleinement leur scolarité	2.1. Ratio net d'inscription au cours primaire 2.2. Pourcentage des élèves en première année qui terminent leur scolarité 2.3. Taux d'alphabétisation des femmes et des hommes 15 à 24 ans
Objectif 3: Promouvoir la parité entre hommes et femmes et l'habilitation	
Objectif 3.A: Eliminer la disparité entre hommes et femmes au primaire et au secondaire, de préférence d'ici 2005, et à tous les niveaux d'éducation au plus tard en 2015	3.1. Ratios des filles et des garçons au primaire, au secondaire et à l'université 3.2. Part des femmes dans l'emploi rémunéré dans les secteurs non agricoles 3.3. Proportion des sièges détenus par les femmes dans les parlements nationaux
Goal 4: Réduire la mortalité infantile	
Objectif 4.A: Réduire de deux-tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2. Taux de mortalité infantile 4.3. Pourcentage des enfants d'un an immunisés contre la rougeole

¹⁸ Pour le contrôle des tendances à la pauvreté des pays, les indicateurs basés sur les seuils de pauvreté nationale devraient être utilisés, si possible.

Objectif 5: Améliorer la santé maternelle	
Cible 5.A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de la mortalité maternelle	5.1. Ratio de la mortalité maternelle 5.2. Pourcentage des naissances assistées par les agents de santé compétents
Cible 5.B: Réaliser d'ici 2015, l'accès universel à la santé de reproduction	5.3. Taux de la prévalence contraceptive 5.4. Taux de naissance des adolescents 5.5. Couverture des soins anténataux (au moins une visite et aux moins quatre visites) 5.6. Besoins non satisfaits en planification familiale
Objectif 6: Combattre le VIH/Sida, la malaria et autres maladies	
Cible 6.A: Avoir réduit de moitié d'ici 2015 et avoir commencé à renverser la tendance à la propagation du VIH/Sida	6.1. HIV Prévalence du VIH parmi les populations âgées de 15 à 24 ans 6.2. Utilisation du condom au plus haut risque sexuel 6.3. Pourcentage des populations âgées de 15 à 24 ans avec des connaissances précises du VIH/Sida 6.4. Ratio de l'assiduité scolaire des orphelins par rapport à l'assiduité scolaire des non orphelins âgés de 10 à 14 ans
Cible 6.B: Réaliser, d'ici 2010, l'accès universel au traitement du VIH/Sida pour tous ceux qui en ont besoin	6.5. Pourcentage des populations à l'étape avancée de l'infection au VIH avec accès aux médicaments anti-rétroviraux
Objectif 6.C: Avoir réduit de moitié d'ici 2015 et avoir commencé à renverser l'incidence de la malaria et d'autres grandes endémies	6.6. Incidence et taux de mortalité associée à la malaria 6.7. Pourcentage des enfants de moins de 5 ans dormant sur les moustiquaires imprégnés et pourcentage des enfants de moins de 5 ans fiévreux traités avec des médicaments anti-malaria 6.8. Incidence, prévalence et taux de mortalité associés à la tuberculose 6.9. Pourcentage des cas de tuberculose détectés et guéris par le traitement directement observé à court terme
Objectif 7: Assurer la durabilité de l'environnement	
Cible 7.A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et renverser la tendance aux pertes de ressources de l'environnement	7.1. Pourcentage des terres couvertes par les forêts 7.2. Emissions de CO2 total, par tête et par dollar en PIB et consommation des substances à perte d'ozone 7.3. Pourcentage des stocks de poisons dans les limites biologiques sûres 7.4. Pourcentage des ressources en eau totales utilisées
Cible 7.B: Réduire la perte de la biodiversité, en réalisant d'ici 2010 une réduction	7.5. Pourcentage des zones terrestres et marines protégées

2010, une réduction significative du taux de perte	7.6. Pourcentage des espèces menacées d'extinction
Cible 7.C: Réduire de moitié, d'ici 2015, le pourcentage des populations sans accès durable à l'eau potable et à l'hygiène de base	7.7. Pourcentage de la population se servant d'une source d'eau potable améliorée 7.8. Pourcentage de la population se servant d'une facilité d'hygiène améliorée
Cible 7.D: D'ici 2020, avoir réalisé une amélioration significative dans la vie d'au moins 100 millions de résidents des bidonvilles	7.9. Pourcentage des populations urbaines vivant dans les bidonvilles ¹⁹
Objectif 8: Renforcer un partenariat global pour le développement	
<p>Cible 8.A: Mettre au point un système financier et commercial libre, basé sur les règles, prévisible et non discriminatoire</p> <p>Inclure un engagement à la bonne gouvernance, au développement et à la réduction de la pauvreté – tant aux niveaux national qu'international</p> <p>Cible 8.B: Se pencher sur les besoins spéciaux des PMA</p> <p>Y compris: l'accès non tarifaire et sans quota pour les exportations des PMA; programme amélioré d'annulation de la dette pour les pauvres très endettés (PPTTE) et annulation de la dette officielle bilatérale; et l'aide publique au développement plus généreuse pour les pays en gagés à la réduction de la pauvreté</p> <p>Cible 8.C: Se pencher sur les besoins spéciaux des pays en développement sans littoral et des petits pays insulaires en</p>	<p><i>Certains indicateurs énumérés ci-dessous sont contrôlés séparément pour les PMA, l'Afrique, les pays en développement sans littoral et les pays insulaires en développement.</i></p> <p><u>Aide publique au développement</u></p> <p>8.1. Aide publique nette au développement, totale aux PMA, comme pourcentage des recettes nationales brutes des donateurs de l'OCDE/DAC</p> <p>8.2. Pourcentage de l'aide publique au développement totale bilatérale, attribuable par secteur des donateurs l'OCDE/DAC aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaire, nutrition, eau potable et assainissement)</p> <p>8.3. Pourcentage de l'aide publique bilatérale au développement des donateurs de l'OCDE/DAC et non liée</p> <p>8.4. L'APD reçue dans les pays en développement sans littoral en pourcentage de leurs revenus nationaux bruts (RNI)</p> <p>8.5. L'APD reçue dans les petits Etats insulaires en développement en pourcentage de leurs revenus nationaux bruts</p> <p><u>Accès au marché</u></p> <p>8.6. Pourcentage des importations totales des pays développés (en valeur et à l'exclusion des armes) en provenance des pays en développement et des PMA, exonérés des droits de douanes</p> <p>8.7. Moyennes tarifaires imposées par mes les pays</p>

¹⁹ Le pourcentage effectif des populations vivant dans les bidonvilles est mesuré par une procuration, représentée par les populations urbaines vivant dans des ménages dotés d'au moins l'une des quatre caractéristiques: (a) manque d'accès à la fourniture d'eau améliorée; (b) manque d'accès à l'hygiène améliorée; (c) surpopulations (3 ou plus de personnes par chambre; et (d) habitants faits de matériaux non durables.

<p>développement (par le programme d'action pour le développement durable des petits pays insulaires en développement et les conclusions de vingt-deuxième session spéciale de l'assemblée générale)</p> <p>Cible 8.D: Traiter de manière exhaustive des problèmes de la dette des pays en développement par des mesures nationales et internationales afin de rendre la dette durable à long terme</p>	<p>développés sur les produits agricoles, les textiles et les vêtements en provenance des pays en développement countries</p> <p>8.8. estimation de l'appui à l'agriculture pour les pays de l'OCDE en pourcentage de leur PIB</p> <p>8.9. Pourcentage de l'APD fournie pour aider à renforcer les capacités commerciales</p> <p><u>Durabilité de la dette</u></p> <p>8.10. Nombre total des pays qui ont atteint leurs points de décision des PPTE et le nombre ayant atteint leurs points d'achèvement (cumulative)</p> <p>8.11. Annulation de la dette engagée sous les PPTE et les initiatives de la MDRI</p> <p>8.12. Service de la dette en pourcentage des exportations des biens et des services</p>
<p>Cible 8.E: En coopération avec les sociétés pharmaceutiques, fournir l'accès aux médicaments essentiels abordables dans les pays en développement</p>	<p>8.13. Pourcentage de la population ayant accès aux médicaments essentiels abordables sur une base durable</p>
<p>Cible 8.F: En coopération avec le secteur privé, rendre disponible les avantages des nouvelles technologies, en particulier l'information et les communications</p>	<p>8.14. Lignes téléphoniques par 100 personnes</p> <p>8.15. Abonnés du cellulaire par 100 personnes</p> <p>8.16. Utilisateurs d'Internet par 100 personnes</p>

Recommandations du Groupe africain sur les OMD

a) **Agriculture, sécurité alimentaire et nutrition**

- i. Satisfaire les besoins d'urgence à court terme résultant de la flambée des prix des denrées alimentaires et du pétrole au niveau mondial, les besoins de la communauté internationale pour mobiliser environ 755 milliards de dollars des EU. Le Groupe de travail africain sur les OMD exhorte les gouvernements à saisir cette occasion présentée par les prix des denrées agricoles pour réduire les subventions commerciales déstabilisantes ainsi que les barrières au commerce des produits agricoles;
- ii. Les gouvernements et la communauté internationale devraient apporter leur appui total à la mise en oeuvre du Programme exhaustif de développement de l'agriculture en Afrique (CAADP), qui prévoit le cadre d'appui à la conception et à la mise en oeuvre des stratégies nationales d'agriculture et de sécurité alimentaire;
- iii. Les gouvernements africains, grâce à l'appui des partenaires au développement et en collaboration avec le secteur privé, devraient lancer une révolution verte en Afrique dans le cadre du CAADP. Des interventions clés y compris la fourniture de l'accès aux semences améliorées, aux engrais et aux services de vulgarisation; le renforcement de la gestion foncière et de l'eau; l'amélioration des infrastructures rurales; le renforcement des associations de paysans; et l'accroissement de l'accès aux marchés en étroite collaboration avec le secteur privé. Ces interventions doivent être soutenues par des réformes de politiques agricoles et des institutions ainsi que les achats locaux de l'assistance alimentaire;
- iv. En collaborant avec les gouvernements africains, la communauté internationale doit accroître le financement extérieur pour l'agriculture africaine en passant de des 1 à 2 milliards de dollars actuels par an à environ 8 milliards de dollars d'ici 2010. Tous les canaux de financement multilatéral doivent être mobilisés pour cet effort urgent et sans précédent en respectant à la lettre les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Le Groupe de pilotage africain sur les OMD élaborera une série détaillée de propositions sur la façon dont un tel financement peut être mobilisé;
- v. Les gouvernements africains intéressés devraient être soutenus en diffusant les programmes d'alimentation alimentaire –en se servant d'un produit alimentaire produit localement – qui couvrent tous les enfants du primaire. De même, des programmes nutritionnels exhaustifs à l'échelle nationale sont nécessaires pour s'attaquer aux déficiences micro-nutritives (à savoir., iode, vitamine A, zinc, fer, etc.) en mettant un accent particulier sur les enfants de 0 à 2 ans. La fourniture des rations alimentaires à emporter accroîtra les mesures d'incitation à l'assiduité scolaire des jeunes filles. Ces programmes peuvent être mis en oeuvre avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le

Programme alimentaire mondial (PAM) et nécessitera environ 4 milliards de dollars des EU par an en guise de financement extérieur. Au fil du temps, leur financement doit être assuré par une part accrue des ressources locales;

- vi. Les investissements dans la recherche agricole doivent être accrus de manière significative pour soutenir la recherche en produits agricoles à fort rendement et en variétés de bétails et pour viabiliser les pratiques agricoles résistant à la sécheresse et les effets anticipés du changement climatique. Les investissements accrus doivent respecter le Programme exhaustif africain de développement de l'Agriculture (CAADP), en particulier son Cadre pour la productivité en Afrique (FAAP), et appuyer la recherche africaine à travers le Forum pour la recherche agricole en Afrique (FARA), les organisations sous-régionales et les centres appartenant au Groupe consultatif sur la recherche agricole internationale (CGIAR);

b) Education

- i. La communauté internationale devrait respecter ses engagements en vue de l'éducation en se servant de toute la gamme des instruments bilatéraux et multilatéraux, y compris un Fonds catalytique intégralement financé par la Fondation environnementale pour l'Afrique-FTI. En particulier, les partenaires au développement doivent:
 - combler d'urgence le déficit actuel du FTI pour le financement de l'éducation des pays à faible revenu à l'aide de plans sectoriels approuvés nécessitant au moins 1 milliard de dollars des EU;
 - Accroître les ressources par le FTI et d'autres canaux bilatéraux/multilatéraux pour soutenir les pays dont les plans seront approuvés dans un proche avenir; et
 - Assurer l'éducation dans les pays fragiles et ceux où la faible participation des donateurs est soutenue de manière adéquate.
- ii. Dans le cadre du processus d'approbation, les partenaires du FTI doivent systématiquement réviser les plans sectoriels des pays en vue de la conformité avec les exigences des ressources prévues pour la réalisation des OMD et les objectifs de l'EPT en 2015. Si possible, les partenaires de la FTI devraient appuyer chaque pays pour réviser et mieux adapter ses plans d'éducation aux objectifs de 2015. Fait important, les partenaires doivent adopter une approche à long terme pour aller au-delà des résultats pouvant être réalisés au cours du cycle de planification de quatre à cinq ans.
- iii. Tous les partenaires au développement devraient systématiquement satisfaire les demandes des gouvernements récipiendaires d'appui sectoriel à long terme de l'éducation afin de veiller à l'appropriation des pays au financement prévisible,

à une saine division du travail au sein des donateurs, et à la pleine adaptation des systèmes nationaux au cours des années.

- iv. Les responsables africains devraient accorder une grande priorité à la mise en place de systèmes statistiques nationaux pour mesurer le progrès en vue des objectifs de l'éducation. Pour soutenir leurs objectifs dans les efforts de l'Afrique, la communauté internationale devrait investir dans le renforcement du Groupe de haut niveau de l'EPT et son Groupe de travail d'appui à l'EPT comme plateforme pour:
- Pour que les pays partagent les meilleures pratiques et apprennent des uns et des autres pour concevoir et exécuter les plans sectoriels d'éducation holistiques en vue de la réalisation des OMD et des objectifs de l'éducation pour tous, et
 - Suivre de près le progrès au niveau global par le rapport de suivi global (GMR).

c) Santé

- i. Tous les partenaires au développement, y compris les donateurs non membres du Comité d'assistance au développement, les donateurs philanthropiques et autres, devraient satisfaire systématiquement aux demandes des gouvernements récipiendaires pour les approches sectorielles et les accords de santé de longue durée, tels que soutenus par l'IHP, pour déterminer les besoins de financement, assurer le financement prévisible sur plusieurs années, une saine division du travail au sein des donateurs et la pleine adaptation de l'appui des donateurs aux systèmes nationaux;
- ii. Le groupe de pilotage a demandé à la communauté internationale d'appuyer les gouvernements africains à étendre:
- Les systèmes de soins de santé primaire aux services de santé de base et vital identifiés ci-dessus;
 - Les soins obstétricaux d'urgence pour atteindre toutes les femmes d'ici 2015; et
 - La mise à l'échelle des agents communautaires et cadres moyens de la santé tout en se penchant sur la nécessité de plus de personnels spécialisés et formés.
- iii. Le financement des systèmes de santé peut passer par les guichets des systèmes de santé du Fonds mondial et le GAVI ou d'autres canaux multilatéraux et bilatéraux.

- iv. L'appui International pour la planification familiale exhaustive devrait être élargi par le biais du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUP), d'autres institutions de référence et les canaux bilatéraux.
- v. La poursuite de l'expansion de la prévention, le contrôle, et les programmes de traitement du HIV/Sida, de la malaria, et de la tuberculose et d'autres maladies prioritaires y compris les maladies tropicales endémiques négligées par le biais du Fonds Global et d'autres mécanismes.

d) Infrastructure et facilitation du commerce

- i. Lancer un "New Deal" pour le secteur énergétique en vue de planifier et de bâtir la génération de la transformation et des infrastructures de transmission à travers l'Afrique, et améliorer la performance des services publics d'énergie électrique. En particulier, ils ont demandé que le flux de l'aide publique au développement pour les besoins énergétiques soit porté à 11,5 milliards de dollars des EU par an;
- ii. La communauté internationale devrait aider au financement des infrastructures régionales (par exemple, les corridors routiers, les pools énergétiques, les infrastructures d'eau à but multiple, les technologies d'information et des communications), tels que soulignés dans le Plan d'action à court terme des infrastructures du NEPAD de l'Union africaine et d'autres plans régionaux. Il faudra un investissement de 10 milliards de dollars des EU pour les réseaux énergétiques et de transport, et environ 2 milliards de dollars pour achever les réseaux de communications à large bande;
- iii. La communauté internationale doit soutenir les pays dans l'exécution des stratégies nationales pour réaliser les cibles de la fourniture d'eau et de l'assainissement. Il faudra environ 5,8 milliards de dollars des EU par an en terme de financement extérieur. Par ailleurs, la somme de 0,8 milliard de dollars des EU sera nécessaire chaque année pour investir dans les infrastructures d'irrigation;
- iv. L'aide publique au développement pour les infrastructures en Afrique, y compris les infrastructures de l'eau et de l'assainissement, doit être au moins doublée d'ici 2010 et être fournie par le biais des facilités d'infrastructure mise en place par les agences de développement bilatéral du G8, la Banque africaine de développement, la Commission européenne, la Banque islamique de développement et la Banque mondiale;
- v. La mise en oeuvre intégrale des mécanismes du Cadre intégré amélioré et de l'aide au commerce afin de soutenir les efforts nationaux pour renforcer les capacités et les performances est nécessaire;

- vi. Les donateurs multilatéraux et bilatéraux devraient accroître l'utilisation des partenariats public-privé pour porter à niveau le financement public et renforcer la collaboration avec les donateurs non membres du Comité d'assistance au développement et d'autres partenaires par le cofinancement de projet et d'autres nouveaux instruments de financement hybride; et
- vii. Le Consortium des infrastructures pour l'Afrique (ICA) devrait être renforcé pour appuyer le contrôle des résultats des infrastructures, en particulier dans les secteurs de transport et de l'énergie, où le progrès est nécessaire pour réaliser les OMD1 sur la pauvreté et les OMD 7 sur la durabilité de l'environnement.

e) Systèmes nationaux de statistiques

- i. Les gouvernements, avec l'appui des partenaires au développement, devraient financer et exécuter les stratégies nationales bancables pour la mise au point des statistiques en vue de renforcer les systèmes de données et renforcer les capacités statistiques à travers l'Afrique. A cet égard, les estimations suivantes sont données:
 - En particulier, l'appui est nécessaire pour le cycle de recensement de 2010, la création de systèmes nationaux pour l'enregistrement civil et les statistiques démographiques et les infrastructures pour conduire des enquêtes socio-économiques améliorées et comparables à travers l'Afrique;
 - Environ 250 millions de dollars seront nécessaires tous les ans en termes de financement extérieur pour soutenir les investissements indispensables et les dépenses de fonctionnement connexes.

f) Efficacité de l'aide et prévisibilité de l'aide

- i. Chaque pays qui fournit l'aide au développement devrait reconfirmer son intention d'exécuter pleinement la Déclaration de Paris Déclaration sur l'efficacité de l'aide ainsi que son engagement de 2005 d'accroître l'aide publique au développement, conformément au Consensus de Monterrey pour déployer des efforts concrets en vue de la cible de l'aide publique au développement équivalent à 0,7% du revenu national brut;
- ii. Chaque donateur bilatéral devrait établir des calendriers pays par pays sur la façon dont il répartira son aide à l'Afrique pour respecter les engagements actuels, y compris ceux de Gleneagles et autres pour 2010 qui équivalent à une enveloppe supplémentaire de 25 milliards de dollars des EU pour totaliser 54 milliards de dollars ou 90 dollars par tête aux prix et aux taux de change de 2004;

- iii. La banque africaine de développement, l'Union africaine, le FMI et la banque mondiale devraient aider les gouvernements africains à maintenir des cadres de politiques intérieures puissants ainsi que la conception de politiques et programmes en vue de l'utilisation effective des augmentations d'aide prévue tout en maintenant la croissance et la stabilité macroéconomique;
- iv. Les gouvernements et les partenaires au développement devraient formaliser les accords qui soulignent les rôles et les responsabilités de chacun pour assurer que les engagements financiers sont respectés et se conforment aux systèmes nationaux, à l'aide non liée, à la conception et à l'exécution de toute conditionnalité de manière à encourager la prévisibilité.

9) Traduction les OMD en programmes intégrés sur le site

- i. La Banque africaine de développement, l'Union africaine, le FMI, les systèmes des Nations Unies et la Banque mondiale devraient aider les gouvernements africains qui demandent de l'aide dans la préparation des "scénarios de Gleneagles/OMD". Les scénarios démontreront comment les engagements internationaux, qui tentent de faire correspondre une augmentation de l'aide au développement à l'Afrique à environ 105 dollars par tête (90 dollars par tête en 2004) d'ici 2010, peuvent être mis en œuvre par l'exécution de politiques et programmes au niveau de pays et des communautés pour réaliser des résultats tangibles.

2008

Rapport d'Evaluation du Progres vers la Realisation des Objectifs du Millenaire pour le Developpement en Afrique et l'Etat de l'Initiative Africaine des OMD en 2008

Union Africaine

Union Africaine

<http://archives.au.int/handle/123456789/3097>

Downloaded from African Union Common Repository