

Objectifs du Millénaire pour le développement



NATIONS UNIES



Le présent rapport est fondé sur un ensemble de données compilées par le Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement. Ce Groupe, coordonné par le Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, a été créé en réponse au vœu de l'Assemblée générale que soient effectuées des évaluations périodiques des progrès vers la réalisation de ces objectifs. Le Groupe est composé de représentants des organisations internationales (liste ci-dessous) qui comptent au nombre de leurs activités l'établissement d'une ou de plusieurs des séries d'indicateurs statistiques définis comme permettant de suivre ces progrès. Plusieurs statisticiens nationaux et experts extérieurs ont également apporté leur concours pour le rapport.

BANQUE MONDIALE

CENTRE DU COMMERCE INTERNATIONAL

COMMISSION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE

COMMISSION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE POUR L'ASIE OCCIDENTALE

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AFRIQUE

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAÏBES

COMMISSION ÉCONOMIQUE POUR L'EUROPE

CONFÉRENCE DES NATIONS UNIES SUR LE COMMERCE ET LE DÉVELOPPEMENT

CONVENTION-CADRE DES NATIONS UNIES SUR LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

ENTITÉ DES NATIONS UNIES POUR L'ÉGALITÉ DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENVIRONNEMENT

FONDS MONÉTAIRE INTERNATIONAL

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT INDUSTRIEL

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LES ÉTABLISSEMENTS HUMAINS

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA COMMUNAUTÉ DU PACIFIQUE

UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS

UNION INTERPARLEMENTAIRE

Objectifs du Millénaire pour le développement

Rapport 2014



NATIONS UNIES
NEW YORK, 2014

**ÉLIMINER
LA PAUVRETÉ**
2015 OBJECTIFS DU
MILLENAIRE POUR
LE DÉVELOPPEMENT
C'EST POSSIBLE!



Avant-propos

Au début du siècle, les dirigeants mondiaux se sont réunis aux Nations Unies et se sont accordés sur une vision audacieuse du futur à travers la Déclaration du Millénaire. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) constituaient un engagement pour soutenir les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité, et libérer le monde de l'extrême pauvreté. Les OMD, comprenant huit objectifs et un ensemble de cibles assortis de délais, établissaient un plan directeur en vue de régler les problèmes de développement les plus urgents de notre époque.

Ce rapport examine les derniers progrès accomplis vers la réalisation des OMD. Il réaffirme que les OMD ont aidé à transformer la vie des gens. La pauvreté mondiale a été réduite de moitié cinq ans avant la date butoir de 2015. 90 % des enfants des régions en développement bénéficient désormais d'une éducation primaire, et les disparités de scolarisation entre garçons et filles se sont réduites. Des gains remarquables ont été également obtenus dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose, avec des améliorations de tous les indicateurs de santé. La probabilité qu'un enfant meure avant l'âge de cinq ans a été presque réduite de moitié au cours des deux dernières décennies. Cela signifie que près de 17 000 enfants sont sauvés chaque jour.

Nous avons aussi atteint l'objectif consistant à réduire de moitié la proportion des personnes sans accès à des sources d'eau améliorées.

Les efforts concertés des gouvernements nationaux, de la communauté internationale, de la société civile et du secteur privé ont permis de donner de l'espoir et des opportunités aux individus à travers le monde. Mais de plus grands efforts sont requis pour progresser plus vite. Nous avons besoin d'une action plus audacieuse et plus ciblée là où des écarts et des lacunes importants existent.

Les États Membres sont maintenant pleinement engagés dans des discussions pour définir des objectifs de développement durable, qui seront à la base du programme universel de développement de l'après-2015. Nos efforts pour réaliser les OMD constituent un jalon crucial pour établir des bases solides pour la mise en place de nos activités de développement au-delà de 2015.



BAN KI-MOON
Secrétaire général des Nations Unies

Présentation générale

Il y a quatorze ans, la Déclaration du Millénaire formulait une vision audacieuse et définissait des cibles concrètes en vue d'améliorer l'existence de nombreuses personnes et de sauver la vie de celles menacées par la maladie et la faim. D'importants progrès ont été accomplis par rapport à tous les objectifs, avec un certain nombre de cibles atteintes bien avant la date butoir de 2015. Toutefois, toutes les parties prenantes devront intensifier et concentrer leurs efforts sur les secteurs où les progrès ont été trop lents et n'ont pas bénéficié à l'ensemble de la population.

Plusieurs cibles OMD ont été atteintes

- **Le monde a réduit de moitié l'extrême pauvreté**

En 1990, près de la moitié de la population des régions en développement vivait avec moins de 1,25 dollar par jour. Fin 2010, ce taux a baissé à 22 %, soit une réduction de 700 millions du nombre de personnes vivant dans une extrême pauvreté.

- **Les efforts déployés dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose ont donné des résultats**

Entre 2000 et 2012, environ 3,3 millions de décès dus au paludisme ont été évités grâce à l'expansion considérable des campagnes antipaludiques. Près de 90 % des décès évités, soit 3 millions, concernaient des enfants de moins de cinq ans vivant en Afrique subsaharienne. Depuis 1995, les efforts intensifs pour combattre la tuberculose ont sauvé près de 22 millions de vies dans le monde. Si ces tendances se maintiennent, le monde atteindra les cibles OMD sur le paludisme et la tuberculose.

- **L'accès à une source d'eau potable améliorée est devenu une réalité pour 2,3 milliards de personnes**

La cible consistant à réduire de moitié la proportion de personnes sans accès à une source d'eau potable améliorée a été atteinte en 2010, cinq ans avant la date prévue. En 2012, 89 % de la population mondiale avait accès à une source améliorée, contre 76 % en 1990. Entre 1990 et 2012, plus de 2,3 milliards de personnes ont accédé à une source d'eau potable améliorée.

- **L'élimination des disparités entre garçons et filles en matière de scolarisation dans le primaire se poursuit dans toutes les régions en développement**

Des gains substantiels ont été obtenus vers l'égalité des sexes dans la scolarisation à tous les niveaux de l'enseignement dans toutes les régions en développement. Fin 2012, toutes ces régions ont atteint, ou étaient sur le point d'atteindre, la parité des sexes dans l'enseignement primaire.

- **La participation politique des femmes a continué d'augmenter**

En janvier 2014, 46 pays se targuaient d'avoir plus de 30 % de femmes parlementaires dans au moins une chambre. Un plus grand nombre de femmes détiennent maintenant quelques-uns des portefeuilles ministériels dits « lourds », comme la défense, les affaires étrangères ou l'environnement.

- **L'aide au développement a repris, le système commercial est resté favorable aux pays en développement, dont la charge de la dette est restée à un faible niveau**

L'aide publique au développement s'est élevée à 134,8 milliards de dollars en 2013, son niveau le plus élevé jamais enregistré, après deux années de baisse des montants. Cependant, l'aide est en train de se détourner des pays les plus pauvres. 80 % des importations en provenance des pays en développement sont entrées dans les pays développés en franchise de droits et les tarifs douaniers sont restés au plus bas. La charge de la dette des pays en développement est restée stable à environ 3 % des recettes tirées des exportations.

Des progrès substantiels ont été réalisés dans la plupart des zones, mais de plus gros efforts sont nécessaires pour atteindre les cibles fixées

- **Les principaux risques menaçant la viabilité de l'environnement sont toujours présents, mais il existe des exemples d'actions réussies au plan mondial**

Les émissions mondiales de dioxyde de carbone (CO₂) ont continué à augmenter; les taux de 2011 étaient en hausse d'environ 50 % par rapport au niveau de 1990. Des millions d'hectares de forêts disparaissent chaque année, de nombreuses espèces sont menacées d'extinction et les ressources en eau renouvelables se raréfient. Toutefois, la communauté internationale est sur le point d'éliminer les substances appauvrissant la couche d'ozone et la proportion de zones terrestres et marines protégées a augmenté.

- **La faim continue de diminuer, mais des efforts supplémentaires doivent être entrepris immédiatement pour atteindre la cible OMD**

La proportion de personnes sous-alimentées a diminué de 24 % en 1990-1992 à 14 % en 2011-2013. Cependant, cette progression s'est ralentie au cours de la dernière décennie. Pour atteindre la cible consistant à réduire de moitié le pourcentage de personnes souffrant de la faim

d'ici à 2015, il faut déployer immédiatement des efforts supplémentaires, notamment dans les pays qui ont peu progressé.

- **La sous-alimentation chronique chez les jeunes enfants a diminué, mais un enfant sur quatre en souffre toujours**

En 2012, environ un quart des enfants de moins de cinq ans avaient un retard de croissance, c'est-à-dire une taille inadaptée à leur âge. Cela représente une baisse significative depuis 1990, lorsque 40 % des jeunes enfants présentaient un retard de croissance. Cependant, il est inacceptable que 162 millions de jeunes enfants continuent de souffrir de sous-alimentation chronique.

- **La mortalité des enfants a été presque réduite de moitié, mais de plus grands progrès sont nécessaires**

Au plan mondial, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de près de 50 %, passant de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 48 en 2012. Les maladies évitables constituent la principale cause de décès des enfants de moins de cinq ans, et des actions appropriées doivent être entreprises pour remédier à cette situation.

- **De plus grands efforts doivent être déployés pour réduire la mortalité maternelle**

Au plan mondial, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % entre 1990 et 2013, passant de 380 à 210 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2013, dans le monde, près de 300 000 femmes sont mortes de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La grande majorité de la mortalité maternelle est évitable, et de plus grands efforts sont indispensables pour que les femmes enceintes bénéficient de soins.

- **Le traitement antirétroviral sauve des vies et son accès doit être davantage étendu**

L'accès au traitement antirétroviral des personnes infectées au VIH a considérablement augmenté, avec un total de 9,5 millions de personnes des régions en développement recevant un traitement en 2012. Le traitement antirétroviral a sauvé 6,6 millions de vies depuis 1995. Élargir son accès permettrait de sauver bien plus de vies encore. En outre, afin d'arrêter la propagation de la maladie, il est nécessaire que les jeunes soient mieux informés sur le VIH.

- **Plus du quart de la population mondiale a désormais accès à des services d'assainissement améliorés depuis 1990, mais un milliard de personnes continuent de déféquer à l'air libre**

Entre 1990 et 2012, près de 2 milliards de personnes ont accédé à des services d'assainissement améliorés.

Cependant, en 2012, 2,5 milliards de personnes ne bénéficiaient pas de ces services et 1 milliard de personnes déféquaient toujours à l'air libre, pratique qui présente un risque important pour des communautés qui sont souvent déjà pauvres et vulnérables. De bien plus grands efforts et investissements seront nécessaires pour améliorer, dans les années à venir, un assainissement inadéquat.

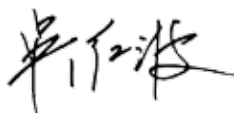
- **Dans les régions en développement, 90 % des enfants fréquentent l'école primaire**

Dans les régions en développement, les taux de scolarisation dans l'enseignement primaire ont augmenté de 83 % à 90 % entre 2000 et 2012. La plupart des gains ont été obtenus avant fin 2007, mais depuis les progrès ont stagné. En 2012, 58 millions d'enfants n'étaient pas scolarisés. Des taux d'abandon élevés restent une entrave majeure pour une éducation primaire pour tous. Environ 50 % des enfants non scolarisés en âge de fréquenter l'école primaire vivent dans des zones affectées par des conflits.

Les OMD montrent que les progrès sont possibles, et fournissent une plate-forme pour davantage d'initiatives

Les OMD ont rassemblé les gouvernements, la communauté internationale, la société civile et le secteur privé en vue de réaliser des objectifs concrets pour le développement et l'éradication de la pauvreté. Beaucoup a été accompli grâce aux efforts concertés et ciblés de tous, améliorant et sauvant la vie de nombreuses personnes, mais le programme reste inachevé. L'analyse présentée dans ce rapport souligne l'importance d'intensifier les efforts afin d'atteindre toutes les cibles OMD.

Le programme de développement pour l'après-2015 a été conçu pour continuer le travail sur les OMD et intégrer les dimensions sociales, économiques et environnementales du développement durable. Il est essentiel de poursuivre les efforts en vue de réaliser les OMD au cours de cette dernière année, afin d'édifier des fondations solides pour le programme de développement de l'après-2015.



WU HONGBO
Secrétaire général adjoint
aux affaires économiques et sociales

Données pour le développement

Des données fiables et solides sont cruciales pour concevoir des politiques et des actions appropriées en vue de la réalisation des OMD et pour tenir responsables les gouvernements et la communauté internationale. Le cadre des OMD a favorisé le renforcement des systèmes statistiques aux niveaux à la fois national et international pour permettre la production de données de qualité en vue de mesurer les progrès vers la réalisation de l'ensemble des objectifs concrets et assortis de délais. Malgré des avancées considérables au cours des dernières années, des statistiques fiables pour surveiller le développement restent insuffisantes dans de nombreux pays. Des lacunes dans les données, la qualité des données, la conformité avec les normes méthodologiques et la non-disponibilité de données ventilées sont les enjeux majeurs à relever pour le suivi des OMD.

Le suivi des OMD influence les décisions prises au sujet des politiques de développement

- La surveillance des OMD a généré un support public et un financement pour le développement

Le nombre d'États Membres transmettant des rapports de situation de pays au Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida a augmenté de 102 en 2004 à 186 en 2012. La surveillance du VIH/sida a permis de galvaniser les efforts mondiaux et d'augmenter l'allocation de l'aide pour la lutte contre le VIH/sida. Le financement de programmes contre le VIH a plus que triplé depuis une décennie, et près de dix millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement antirétroviral en 2012.

- Des données fiables et opportunes permettent des mesures ciblées contre la pauvreté

Le Gouvernement de Tanzanie a mis en place un système de surveillance de la pauvreté complet basé sur les OMD, et a utilisé ces informations pour parfaire sa stratégie pour la réduction de la pauvreté. Les signes de disparités croissantes entre les zones urbaines et rurales ont amené le gouvernement à accroître le financement de l'agriculture, afin de combattre la pauvreté rurale et d'améliorer la sécurité alimentaire. De même, les tendances dans l'éducation et la santé ont incité le gouvernement à tenir pleinement ses engagements budgétaires pour l'éducation primaire et la santé de base. La suppression des frais de scolarité dans le primaire, une mesure mise en place par la Stratégie de réduction de la pauvreté, a stimulé la scolarisation des enfants à l'école primaire de manière substantielle, de moins de 50 % en 1999 à une scolarisation quasi universelle fin 2008.

- Des données ventilées servent à identifier les problèmes de populations spécifiques au niveau local, permettant ainsi des actions efficaces

Des données ventilées permettent de suivre précisément les progrès au niveau local et dans les groupes marginalisés et désavantagés afin de cartographier les inégalités. Par

exemple, en Bosnie-Herzégovine, des enquêtes sur les ménages ont montré que seulement 32 % du cinquième le plus pauvre de la population rom avait accès à une source d'eau potable améliorée, contre 82 % du cinquième le plus pauvre de la population générale. Ainsi, la ventilation des données rend visible l'invisible et permet la surveillance des progrès vers l'élimination des inégalités qui ont compromis la pleine réalisation des droits de l'homme à l'eau et à l'assainissement pour tous.

Le cadre de surveillance des OMD a permis d'améliorer la capacité statistique et la disponibilité des données

- La capacité statistique a été renforcée pour produire des indicateurs du développement comparables au plan international

Dans de nombreux pays en développement, le besoin de suivre les progrès dans la réalisation des OMD a donné aux systèmes statistiques nationaux l'occasion de développer leur capacité à produire et fournir les informations nécessaires. La communauté statistique internationale a aidé à améliorer les méthodologies, à produire des directives et à définir les priorités et les stratégies pour soutenir les pays dans la collecte, l'analyse et la transmission de rapports de données sur les OMD. Des enquêtes sur les ménages, comme les enquêtes démographiques et de santé et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples, soutenues par la communauté statistique internationale et menées par les autorités nationales, ont permis aux pays en développement de produire des estimations statistiquement fiables et comparables au niveau international des indicateurs OMD, dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection de l'enfance, du VIH et du sida.

- La coordination entre les pays s'est améliorée et l'office national des statistiques a renforcé son rôle de coordination

Au Mexique, un comité technique spécialisé a été mis en place pour coordonner l'intégration des indicateurs OMD dans le plan national de développement. Tous les ministères sont impliqués dans le processus, fournissant les données de base, révisant et actualisant les métadonnées. L'Institut national des statistiques et de la géographie s'est vu confier le rôle de coordinateur. En conséquence, la surveillance des OMD a amélioré la coopération entre les bureaux gouvernementaux et renforcé le rôle de l'office national des statistiques, aboutissant à une amélioration des rapports sur les indicateurs du développement aux niveaux national et sous-national.

- La normalisation statistique et les systèmes d'information se sont améliorés

Au Cambodge, la mise en place du suivi des OMD a facilité le développement de normes statistiques courantes sur les indicateurs fondamentaux dans le système statistique national. Les efforts ont porté entre autres sur la mise en place d'un registre central pour les indicateurs

du développement et sur la production d'un manuel de métadonnées pour davantage promouvoir les normes convenues et créer une plus grande transparence pour les utilisateurs des données.

► La disponibilité des données et la qualité des indicateurs du développement se sont améliorées

Le cadre de surveillance des OMD a permis d'améliorer la disponibilité des données pour la majorité des indicateurs OMD sous contrôle international. Une analyse d'un sous-ensemble de 22 indicateurs OMD a montré que le nombre de pays en développement ayant au moins deux points de données pour au moins 16 de ces indicateurs a augmenté de quatre pays en 2003 à 129 pays en 2013. Ainsi, en 1990-1994, à peine la moitié des pays dans ces régions avaient au moins un point de données disponible pour mesurer de manière précise la présence d'un personnel de santé qualifié lors des accouchements, alors que 90 % de ces pays disposaient de ce type de données en 2005-2009.

L'absence de données entrave la mise en place de politiques efficaces

► Des données de base pour le développement sont inexistantes

Des données importantes pour le développement, telles le nombre de naissances et de décès, le nombre et la qualité des emplois, et des données sur la productivité agricole, sont toujours inexistantes dans de nombreux pays en développement. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne et de nombreux autres pays en développement n'ont pas encore de systèmes complets de registres d'état civil, qui permettent d'établir les déclarations de naissances et de décès. Environ 230 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde n'ont jamais été enregistrés, soit près d'un enfant sur trois de moins de cinq ans. Les enfants non enregistrés à la naissance ou sans documents d'identité se voient souvent refuser l'accès à l'éducation, aux soins de santé et à la sécurité sociale.

► Des lacunes dans les données pour le suivi de la réalisation des OMD subsistent

La disponibilité, la fréquence et la qualité des données de surveillance de la pauvreté restent faibles, particulièrement dans les petits États et les pays et territoires se trouvant dans des situations précaires. Des obstacles institutionnels, politiques et financiers ont continué d'entraver la collecte, l'analyse et l'accès public des données. Il est urgent d'améliorer les programmes d'enquêtes sur les ménages pour la surveillance de la pauvreté dans ces pays.

Entre 2000 et 2012, les rapports sur le paludisme se sont améliorés dans un bon nombre des 103 pays qui avaient des cas de transmission de cette maladie. Cependant, dans 41 pays où 85 % du nombre estimé des cas se sont produits, les données générées par les systèmes nationaux d'information sanitaire ont continué d'être incomplètes ou

incohérentes, rendant difficile l'évaluation des tendances d'apparition du paludisme au fil du temps. Les systèmes de surveillance sont les plus faibles, et les taux de dépistage les plus bas, dans les pays où le fardeau de la maladie est le plus élevé. En 2012, les systèmes d'information sanitaire courants ont détecté seulement 14 % des cas de paludisme dans le monde.

► Les données existantes sont sous-exploitées

Les sources de données utilisées pour produire les indicateurs du développement n'ont pas été suffisamment exploitées. Par exemple, la profusion d'informations disponibles suite à des recensements de populations et des enquêtes sur les ménages, telles les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les enquêtes démographiques et de santé, est restée sous-exploitée. Des efforts limités ont été faits pour analyser complètement et utiliser efficacement ces sources de données, surtout par rapport aux informations ventilées par quintile de richesse, sexe, groupes spécifiques de populations et lieu de résidence, qui seront utiles pour lutter contre les inégalités persistantes dans la société.

Des données durables sont nécessaires pour un développement durable

Alors que l'échéance de 2015, la date limite pour les OMD, se rapproche, la communauté internationale a commencé à travailler sur un nouveau cadre pour le développement. Le Rapport du Groupe de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015 a lancé un appel pour faire une « révolution des données », qui tienne compte de la demande croissante de données de meilleure qualité, plus rapides, plus accessibles et davantage ventilées, afin de vaincre la pauvreté et réaliser un développement durable.

La nouvelle demande de données nécessite de la part des institutions et des gouvernements l'engagement d'accroître les ressources des systèmes statistiques et de construire une capacité statistique, avec le soutien de la communauté internationale. Elle demande aussi de réunir les nouvelles technologies de l'information des infrastructures existantes de données dans le but de produire des données améliorées pour le développement. En exploitant le potentiel des progrès technologiques, il faut renforcer de manière continue les infrastructures de données existantes, comme les registres d'état civil, les systèmes d'information de santé et d'éducation, et les systèmes d'enquêtes. De plus, promouvoir le libre accès aux données et l'utilisation efficace des données est essentiel.

L'expérience en matière de suivi des OMD a montré que les données joueront un rôle central pour faire progresser le nouvel agenda pour le développement. Nous avons besoin de données durables pour promouvoir un développement durable.

Objectif 1

Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

En bref

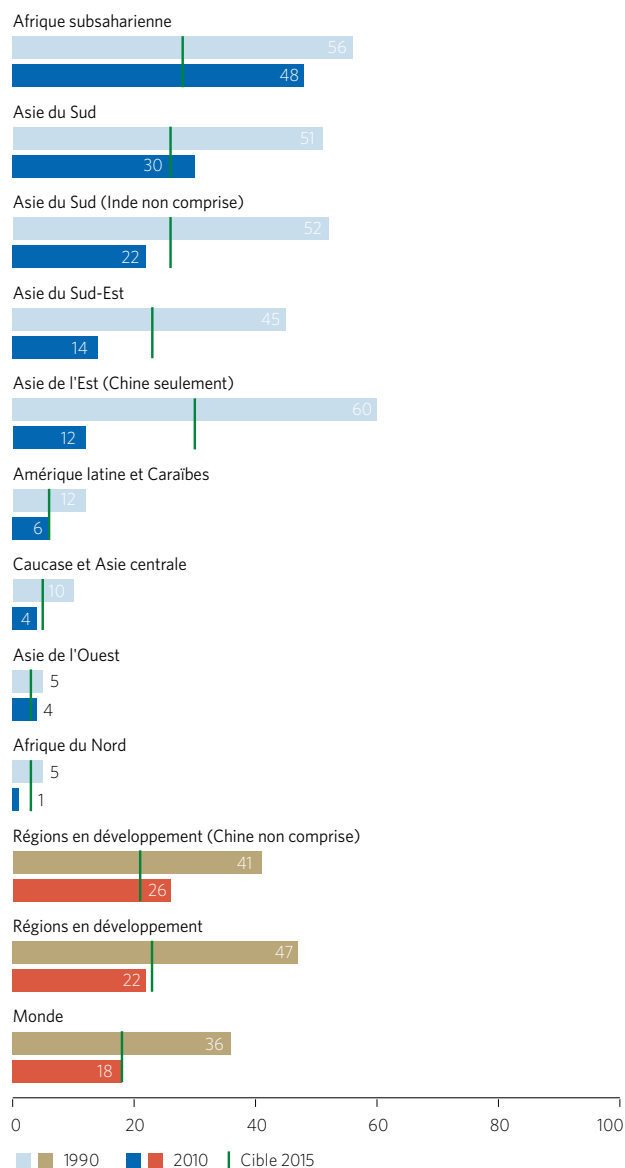
- ▶ Près d'une personne sur cinq dans les régions en développement dispose de moins de 1,25 dollar par jour.
- ▶ Les emplois précaires représentent 56 % du total des emplois dans les régions en développement, contre 10 % dans les régions développées.
- ▶ En 2011-2013, près de 173 millions de personnes en moins dans le monde souffraient de faim chronique qu'en 1990-1992.
- ▶ Dans le monde, un enfant de moins de cinq ans sur quatre présente un retard de croissance.
- ▶ En 2013, chaque jour, 32 000 personnes ont dû abandonner leur foyer à cause de conflits.

CIBLE 1.A

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

Le taux d'extrême pauvreté a été réduit de moitié, mais il reste encore des défis importants à relever

Proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar par jour, 1990 et 2010 (pourcentage)



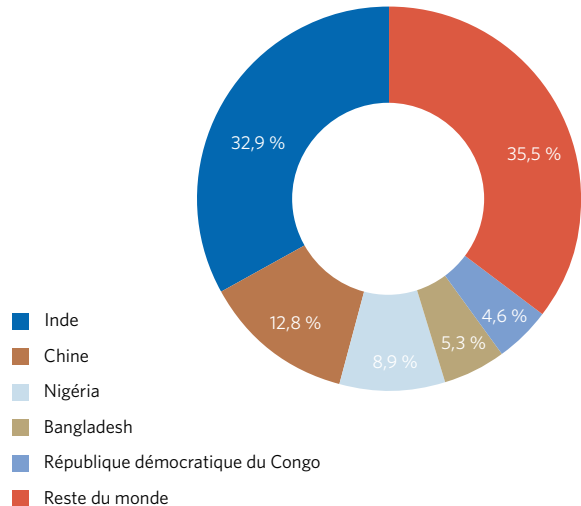
Note : Les données nationales sont insuffisantes pour calculer les valeurs agrégées pour l'Océanie.

Le monde a réalisé de remarquables progrès dans la réduction de l'extrême pauvreté. En 1990, près de la moitié de la population des régions en développement disposait de moins de 1,25 dollar par jour. Ce taux s'est réduit à 22 % fin 2010. Cela signifie que le monde a atteint la cible OMD consistant à réduire de moitié la proportion de la population vivant dans une extrême pauvreté cinq ans avant la date limite de 2015. Entre-temps, le nombre total de personnes vivant dans une extrême pauvreté a chuté de 1,9 milliard en 1990 à 1,2 milliard en 2010. Malgré ces résultats remarquables au plan mondial, les progrès dans la réduction de la pauvreté ont été inégaux. L'Asie de l'Est, l'Asie du Sud-Est, l'Amérique latine et les Caraïbes, le Caucase et l'Asie centrale ont atteint la cible consistant à réduire de moitié le taux d'extrême pauvreté, tandis que l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud accusent toujours un retard. D'après les projections de la Banque mondiale, il est peu probable que l'Afrique subsaharienne atteigne la cible d'ici à 2015.



La majorité des personnes vivant dans une extrême pauvreté se trouve dans un petit nombre de pays

Pays présentant les plus fortes proportions de personnes vivant dans une extrême pauvreté dans le monde, 2010 (pourcentage)



Une très grande majorité de personnes disposant de moins de 1,25 dollar par jour vit dans deux régions : l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne. En 2010, un tiers du 1,2 milliard de personnes dans le monde souffrant d'extrême pauvreté vivait en Inde. La Chine, malgré de nombreux progrès réalisés pour réduire la pauvreté, venait en deuxième position avec près de 13 % du nombre total de personnes vivant dans une extrême pauvreté au niveau mondial. Le Nigéria (9 %), le Bangladesh (5 %) et la République démocratique du Congo (5 %) suivaient dans le classement. Près de deux tiers des personnes vivant dans une extrême pauvreté habitaient dans ces cinq pays en 2010.

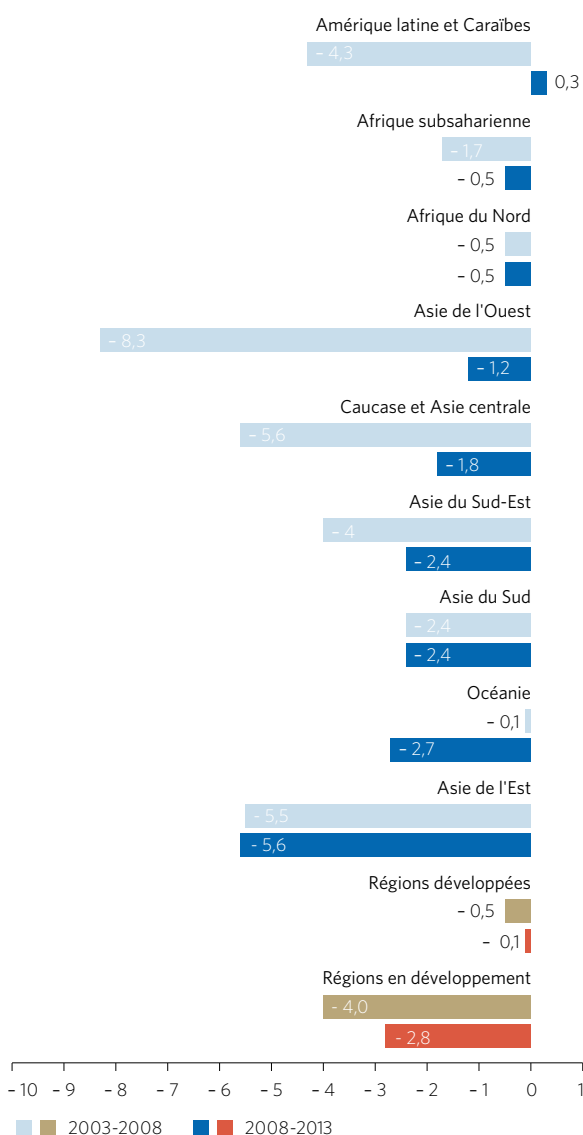
À côté de ces pays très peuplés regroupant un grand nombre de personnes vivant dans une extrême pauvreté, on trouve souvent des taux élevés de pauvreté dans des petits pays fragiles et affectés par des conflits. Cependant, de tels pays ne disposent souvent pas d'enquêtes sur les ménages fréquentes et de qualité, qui pourraient fournir des détails sur le revenu et la consommation, ce qui entrave les efforts pour concevoir et mettre en place des politiques et des programmes appropriés qui lutteraient contre la pauvreté.

CIBLE 1.B

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

Une croissance économique lente affecte les marchés du travail

Changements dans la proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux par rapport à l'emploi total, 2003-2008 et 2008-2013 (pourcentage)



En 2013, la croissance économique mondiale a ralenti jusqu'à atteindre son niveau le plus bas depuis 2009. La reprise économique mondiale, faible et inégale, a continué à affecter les marchés du travail, en particulier dans les pays en développement. Cela s'est traduit, dans la plupart des pays en développement, par des progrès limités dans la réduction des emplois de mauvaise qualité.

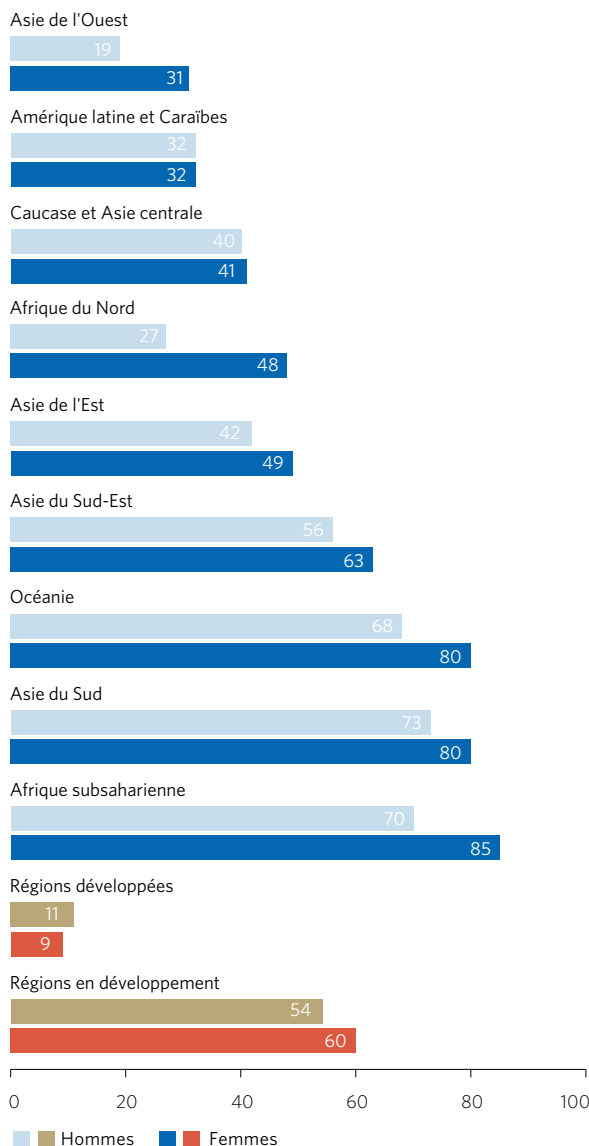
Le taux d'emploi précaire, défini comme le pourcentage des travailleurs indépendants et des travailleurs familiaux non rémunérés par rapport à l'emploi total, représentait environ 56 % de la totalité des emplois dans les régions en développement en 2013, contre 10 % dans les régions développées. Ce taux a diminué de 2,8 points de pourcentage au cours de la période 2008-2013, contre une diminution de 4,0 points de pourcentage au cours de la précédente période de cinq ans (2003-2008). Une proportion élevée de travailleurs occupant des emplois précaires signifie que des arrangements informels du travail sont largement répandus. Les travailleurs se trouvant dans ces situations manquent souvent de protection sociale adéquate, ont un faible revenu et subissent des conditions de travail difficiles qui ne respectent pas toujours leurs droits fondamentaux.

Le ralentissement de la diminution des emplois précaires a affecté la plupart des régions, et a été particulièrement significatif en Asie de l'Ouest. Dans cette région, le taux d'emploi précaire a diminué de seulement 1,2 point de pourcentage en 2008-2013, contre plus de 8 points de pourcentage en 2003-2008. Le taux d'emploi précaire a augmenté en Amérique latine et aux Caraïbes, tandis que seule l'Océanie affichait une diminution plus forte en 2008-2013 qu'au cours de la période précédente.



Plus de femmes que d'hommes ont un emploi précaire

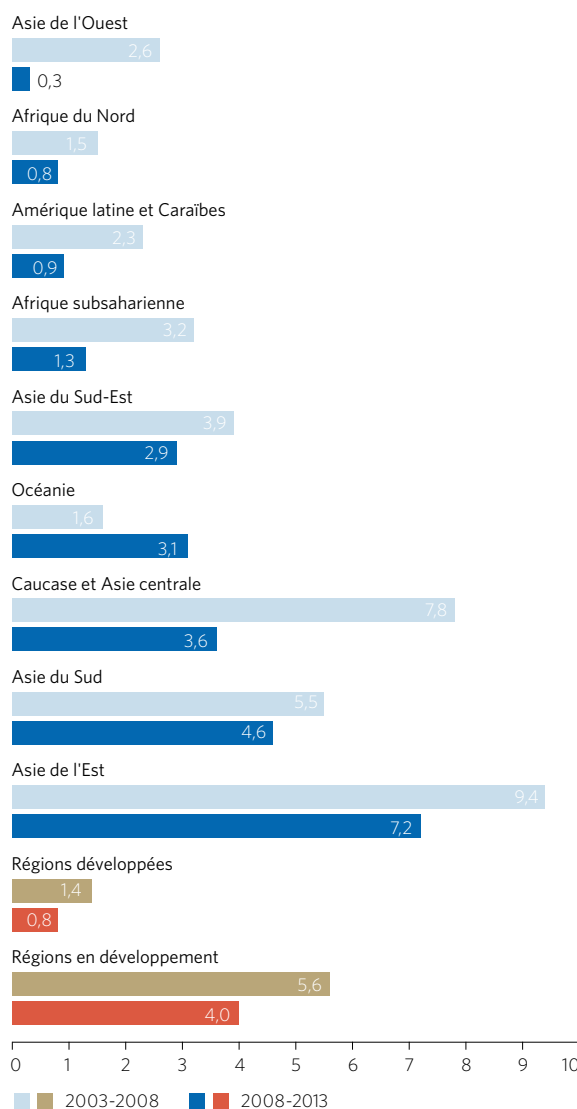
Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux par rapport à l'emploi total, femmes et hommes, 2013 (pourcentage)



Les femmes continuent d'occuper plus d'emplois précaires. Dans les régions en développement, 60 % des femmes avaient un emploi précaire en 2013, contre 54 % des hommes. Les plus grandes disparités entre les sexes (toutes supérieures à 10 points de pourcentage) se trouvaient en Afrique du Nord, en Afrique subsaharienne, en Asie de l'Ouest et en Océanie. Cet écart, résorbé en Amérique latine et aux Caraïbes au cours des dernières années, était très réduit (1 point de pourcentage) dans le Caucase et l'Asie centrale.

L'amélioration limitée de la qualité des emplois va de pair avec un ralentissement de la croissance de la productivité

Croissance annuelle moyenne de la production par travailleur, 2003-2008 et 2008-2013 (pourcentage)



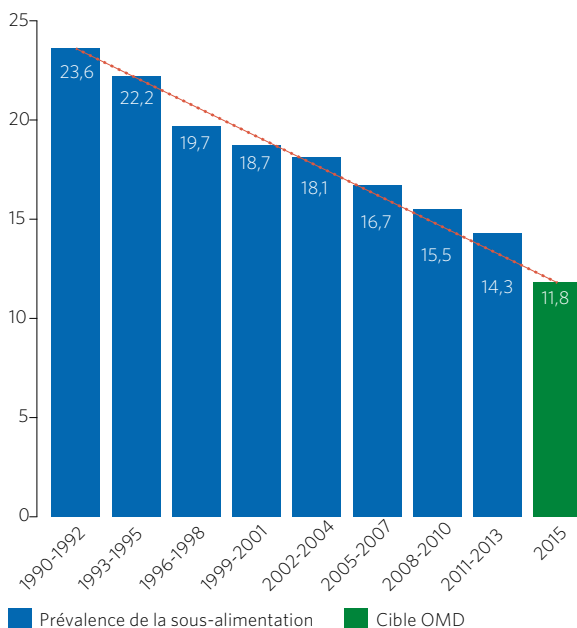
La productivité du travail, une mesure clé de la performance économique, évalue la quantité de biens et services qu'un travailleur produit en un temps donné. Les taux annuels moyens de productivité ont nettement ralenti dans la plupart des régions en développement au cours de la période 2008-2013, comparés à 2003-2008. En moyenne, la croissance de la productivité dans les régions en développement a ralenti, passant de 5,6 % annuellement à 4,0 %. Le ralentissement a particulièrement affecté le Caucase et l'Asie centrale et l'Asie de l'Ouest. Seule l'Océanie a connu récemment une plus forte croissance de la productivité.

CIBLE 1.C

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

La faim continue de diminuer, mais des efforts importants sont requis au plan mondial pour atteindre la cible sur la faim d'ici à 2015

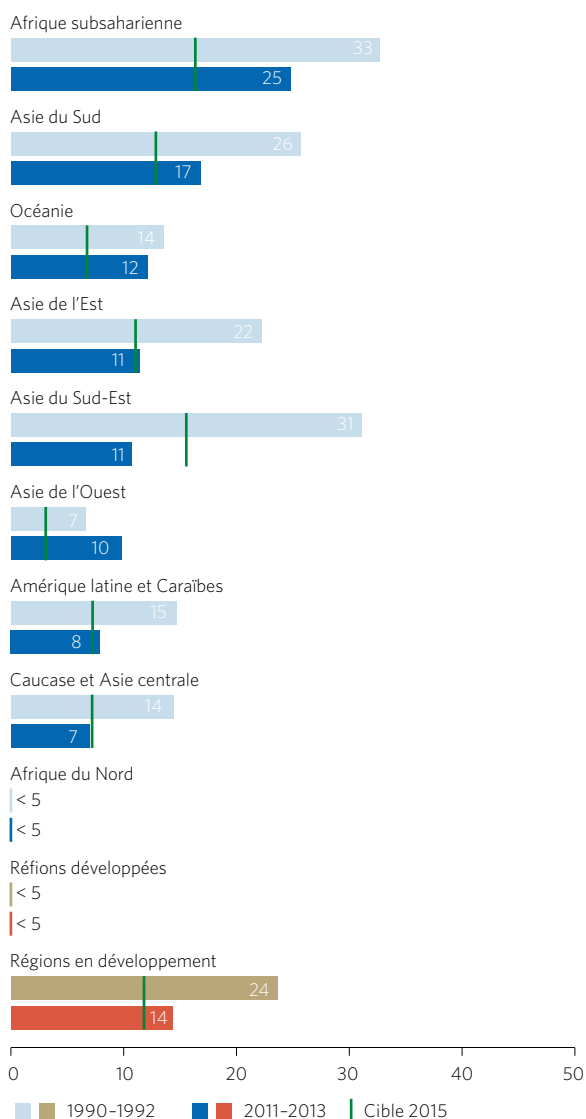
Proportion de personnes sous-alimentées dans les régions en développement, 1990-2013 (pourcentage)



Environ 842 millions de personnes au total, soit près d'une personne sur huit dans le monde, souffraient de faim chronique en 2011-2013. La grande majorité de ces personnes (827 millions) résidaient dans les régions en développement. Depuis 1990-1992, d'importants progrès vers la réalisation de la cible OMD relative à la réduction de la faim ont été enregistrés dans ces régions. La proportion de personnes sous-alimentées, qui ne sont pas en mesure d'obtenir régulièrement une nourriture suffisante pour mener une vie active et saine, a baissé de 23,6 % en 1990-1992 à 14,3 % en 2011-2013. Cependant, les progrès au cours de la dernière décennie ont été plus lents comparés à ceux enregistrés dans les années 90. Si la diminution annuelle moyenne constatée au cours des 21 années précédentes continue jusqu'en 2015, la prévalence de la sous-alimentation dépassera à peine la cible d'environ 1 point de pourcentage. Par conséquent, pour atteindre la cible, il faudra déployer des efforts supplémentaires considérables et immédiats, en particulier dans les pays qui ont fait peu de progrès.

Les progrès dans la réduction de la sous-alimentation sont inégaux entre les régions et les pays

Proportion de personnes sous-alimentées, 1990-1992 et 2011-2013 (pourcentage)



Malgré les progrès réalisés au plan mondial, des différences notables dans la réduction de la sous-alimentation persistent entre les régions. Il y a eu des réductions importantes aussi bien de la prévalence estimée de la sous-alimentation que du nombre de personnes sous-alimentées dans la plupart des pays d'Asie du Sud-Est, d'Asie de l'Est, du Caucase et d'Asie centrale, ainsi que d'Amérique latine et Caraïbes, où la cible consistant à réduire de moitié la prévalence de personnes souffrant de la faim a été atteinte, ou presque atteinte. En comparaison, l'Afrique subsaharienne a affiché des progrès limités ces dernières années, et reste la région ayant la plus forte proportion de personnes sous-alimentées. L'Asie de l'Ouest a connu une hausse de la prévalence de la sous-alimentation par rapport à 1990-1992. L'Asie du Sud et l'Océanie ont fait des progrès insuffisants pour atteindre la cible OMD de réduction de la faim d'ici à 2015.

Des implications utiles en matière de politiques peuvent être établies en analysant les différentes dimensions de la sécurité alimentaire

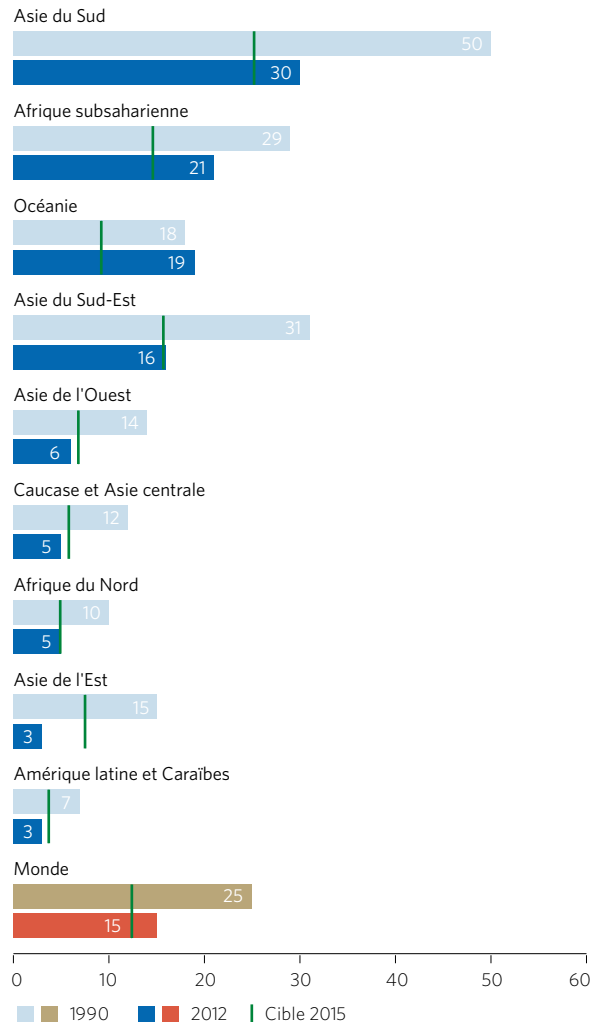
La prévalence de la sous-alimentation ne reflète pas la complexité de la sécurité alimentaire et ses multiples dimensions. Il y a plusieurs pays où l'insuffisance pondérale et le retard de croissance chez les enfants persistent, quand bien même la sous-alimentation est faible et la majorité de la population a accès à des quantités suffisantes de nourriture.

La malnutrition est la conséquence non seulement d'un accès insuffisant à la nourriture, mais également de conditions sanitaires déplorables et de la forte incidence de maladies comme la diarrhée, le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose.

L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a récemment proposé un ensemble d'indicateurs pour mesurer les différentes dimensions de la sécurité alimentaire afin de pouvoir identifier les actions politiques appropriées. Dans les pays où une sous-alimentation réduite coexiste avec une malnutrition élevée, des interventions axées sur l'augmentation des valeurs nutritives sont essentielles pour améliorer les aspects nutritionnels de la sécurité alimentaire. Ces progrès nécessitent un éventail de politiques et doivent englober des améliorations des conditions sanitaires, de l'hygiène, des ressources en eau et de l'éducation, celle des femmes en particulier, en accordant moins d'importance à l'accès à la nourriture en soi.

Dans le monde, un enfant de moins de cinq ans sur sept souffre d'insuffisance pondérale

Proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale modérée ou grave, 1990 et 2012 (pourcentage)



Note : L'analyse des évolutions présentée ci-dessus est basée sur des estimations harmonisées de la malnutrition des enfants provenant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale.

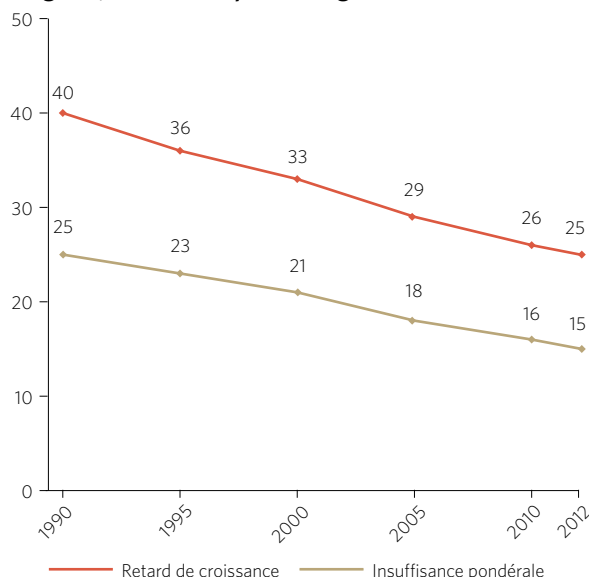
Environ 99 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde souffraient d'insuffisance pondérale — poids inadapté à l'âge — en 2012. Cela représentait 15 % de tous les enfants de moins de cinq ans, soit environ un enfant sur sept. Ce nombre a diminué de 38 % depuis 1990, où environ 160 millions d'enfants souffraient d'insuffisance pondérale.

L'Asie de l'Est a connu la plus grande diminution relative de la prévalence de l'insuffisance pondérale parmi

toutes les régions depuis 1990, suivie en cela par l'Asie de l'Ouest. Alors que l'Asie du Sud présentait la plus forte prévalence de l'insuffisance pondérale en 2012, elle a aussi connu la plus grande diminution absolue depuis 1990 et a contribué de manière significative à la diminution de cette prévalence au plan mondial pendant cette période. L'Afrique subsaharienne, malgré une réduction modeste de la prévalence de l'insuffisance pondérale depuis 1990, était la seule région où le nombre d'enfants sous-alimentés a augmenté, passant d'environ 27 millions à 32 millions entre 1990 et 2012. Parmi toutes les régions, seule l'Océanie a vu cette prévalence augmenter.

En dépit de progrès constants, un enfant sur quatre dans le monde continue d'accuser un retard de croissance

Proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance modéré ou élevé et présentant une insuffisance pondérale modérée ou grave, 1990-2012 (pourcentage)



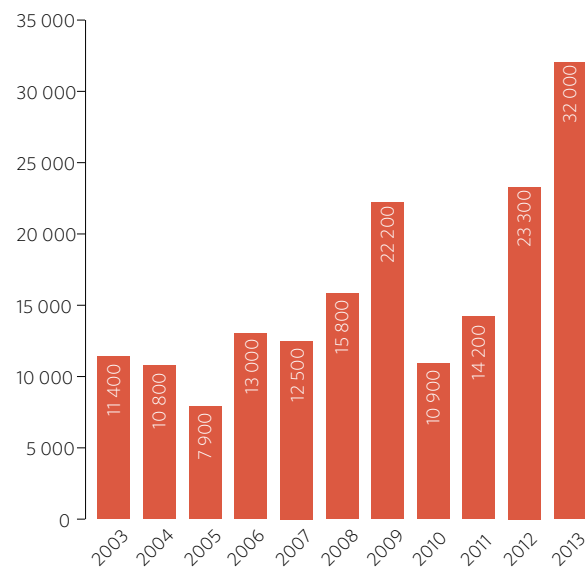
Le retard de croissance, c'est-à-dire une taille insuffisante par rapport à l'âge, peut montrer, mieux que l'insuffisance pondérale, les effets cumulés de la sous-alimentation et de l'infection des enfants durant la période critique de 1 000 jours, correspondant à la grossesse et aux deux premières années de la vie d'un enfant. Au niveau mondial, en 2012, le retard de croissance est plus courant que l'insuffisance pondérale, avec un enfant sur quatre affecté. Bien que la prévalence du retard de croissance ait baissé d'environ 40 % en 1990 à 25 % en 2012, environ 162 millions d'enfants de moins de cinq ans courent toujours le risque d'une diminution de leur développement cognitif et physique,

associé à cette forme chronique de sous-alimentation. Tout comme pour l'insuffisance pondérale, toutes les régions ont connu une diminution du nombre d'enfants affectés par un retard de croissance, excepté l'Afrique subsaharienne, où le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance a augmenté d'un tiers de manière alarmante, passant de 44 millions à 58 millions entre 1990 et 2012.

Les diminutions de cas de retard de croissance et d'autres formes de sous-alimentation peuvent être obtenues grâce à des actions qui ont fait leurs preuves. Ces actions incluent l'amélioration de l'alimentation maternelle, surtout avant, pendant et immédiatement après la grossesse; l'allaitement précoce et exclusif; et des compléments alimentaires sûrs, appropriés et de haute qualité donnés aux nourrissons en temps opportun et accompagnés d'apports adéquats de micronutriments.

Le nombre de personnes nouvellement déplacées a triplé depuis 2010

Nombre moyen de personnes nouvellement déplacées* par jour, 2003-2013



* Déplacées à l'intérieur de leur pays ou au-delà de frontières internationales.

L'année 2013 a été marquée par la persistance de plusieurs crises de réfugiés, résultant en un nombre de réfugiés jamais vu depuis 1994. Les conflits au cours de cette année, comme ceux au Mali, en République arabe syrienne, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, et à la région frontalière entre le Soudan du Sud et le Soudan, entre autres, ont obligé en moyenne 32 000 personnes par jour à abandonner leur foyer et à tenter d'obtenir une protection ailleurs.

Fin 2013, un nombre record de 51 millions de personnes étaient déplacées de force à travers le monde suite aux persécutions, conflits, violences généralisées et violations des droits de l'homme. Ces personnes déplacées étaient constituées de 16,7 millions de réfugiés, dont 11,7 millions relevaient de la responsabilité du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et 5 millions étaient des réfugiés palestiniens enregistrés auprès de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA). En outre, fin 2013, plus de 1,1 million de personnes attendaient une décision concernant leur demande d'asile. Enfin, 33,3 millions de personnes déracinées par les violences et les persécutions sont restées à l'intérieur des frontières de leur propre pays.

Les pays en développement, dont beaucoup sont frappés par la pauvreté, continuent de prendre en charge la majorité des réfugiés. Ils abritaient 86 % des réfugiés sous mandat du HCR, contre 70 % il y a 10 ans. L'Afghanistan (2,55 millions), la République arabe syrienne (2,47 millions) et la Somalie (1,12 million) étaient les trois principaux pays d'origine de réfugiés sous la responsabilité du HCR, représentant plus de la moitié du total. La République arabe syrienne est devenue une source principale de réfugiés en 2013, en raison de la situation humanitaire dramatique dans ce pays.

Plus de la moitié des réfugiés dans le monde sont aujourd'hui hébergés dans des zones urbaines et non dans des camps, contre environ un tiers seulement il y a 10 ans.



Objectif 2

Assurer l'éducation primaire pour tous

En bref

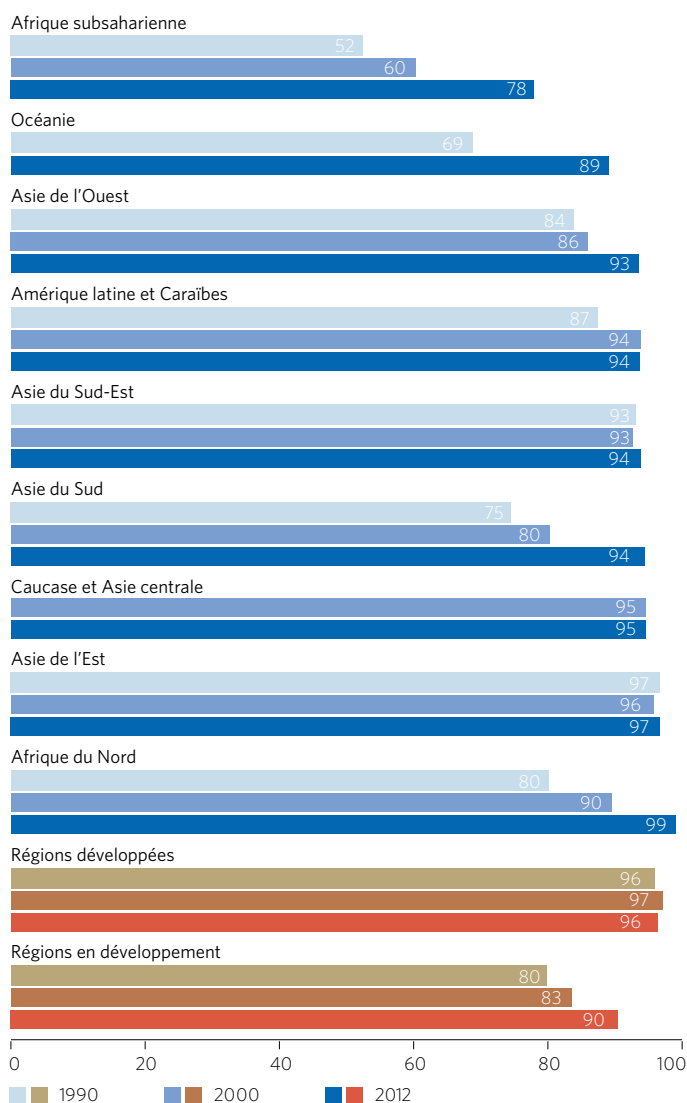
- La moitié des 58 millions d'enfants non scolarisés en âge de fréquenter l'école primaire vit dans des zones affectées par des conflits.
- Dans les régions en développement, plus d'un enfant sur quatre entrant à l'école primaire abandonnera probablement l'école.
- 781 millions d'adultes et 126 millions de jeunes dans le monde sont analphabètes; plus de 60 % d'entre eux sont des femmes.

CIBLE 2.A

D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens de terminer un cycle complet d'études primaires

Malgré des avancées impressionnantes au début de la décennie, les progrès pour réduire le nombre d'enfants non scolarisés se sont considérablement ralentis

Taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire*, 1990, 2000 et 2012 (pourcentage)



* Défini comme le nombre d'élèves ayant l'âge officiel de suivre des études primaires et inscrits dans une école primaire ou secondaire, exprimé en pourcentage de la population totale dans ce groupe d'âge.

Note : Les données pour l'Océanie pour l'année 2000 ne sont pas disponibles.
Les données de 1990 pour le Caucase et l'Asie centrale ne sont pas disponibles.

Entre 2000 et 2012, les régions en développement ont fait des progrès significatifs en vue d'un enseignement primaire universel, avec un taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire en augmentation de 7 points de pourcentage, passant de 83 % à 90 %. Fin 2012, un enfant sur dix en âge de fréquenter l'école primaire n'était toujours pas scolarisé. Dans le monde, il y a eu une forte diminution du nombre d'enfants non scolarisés au début des années 2000, de 100 millions en 2000 à 60 millions en 2007, suivie d'une stagnation de la progression. Il y avait encore 58 millions d'enfants non scolarisés en 2012.

Les régions d'Asie de l'Est, d'Asie du Sud-Est, du Caucase et d'Asie centrale, ainsi que d'Amérique latine et des Caraïbes n'étaient pas loin de réaliser l'éducation primaire pour tous, mais n'ont guère progressé depuis 2000. L'Afrique du Nord, qui avait un taux de scolarisation de 80 % en 1990, avait quasiment réalisé l'éducation primaire universelle fin 2012. L'Asie de l'Ouest et l'Asie du Sud ont également réduit l'écart

qui les sépare de l'éducation primaire pour tous, surtout depuis 2000. L'Océanie a fait des progrès substantiels entre 1990 et 2012, avec une augmentation des taux de scolarisation qui sont passés de 69 % à 89 %. La plus grande amélioration a eu lieu en Afrique subsaharienne, où le taux net ajusté de scolarisation a augmenté de 18 points de pourcentage entre 2000 et 2012.

Cependant, l'Afrique subsaharienne, malgré ses réalisations impressionnantes, est confrontée à un grand défi : une forte croissance de la population. Par rapport à 2000, il y avait 35 % d'élèves supplémentaires à accueillir en 2012. Des pays de la région ont aussi connu des conflits armés et de nombreuses autres situations d'urgence qui ont empêché les enfants d'être scolarisés. Ainsi, bien que le nombre d'enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ait plus que doublé entre 1990 et 2012, passant de 62 millions à 149 millions, il y avait encore 33 millions d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire qui n'étaient pas scolarisés, dont 56 % étaient des filles.

Les enfants vivant dans des zones en proie à des conflits, les filles des ménages ruraux pauvres et les enfants ayant un handicap sont plus susceptibles de n'être pas scolarisés

Près de 50 % des enfants non scolarisés en âge d'aller à l'école primaire vivent dans des zones touchées par des conflits, bien que ces zones ne représentent que 22 % de la population mondiale des enfants en âge de fréquenter l'école primaire. 44 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne, environ 19 % en Asie du Sud et 14 % en Asie de l'Ouest et en Afrique du Nord.

Des récentes enquêtes sur les ménages ont révélé l'effet négatif des conflits sur la scolarisation. Par exemple, en République démocratique du Congo, dans la province du Nord-Kivu touchée par un conflit, dans les ménages les plus pauvres près d'un enfant sur deux en âge d'aller à l'école primaire n'avait jamais été scolarisé en 2010, contre un enfant sur quatre dans la province du Kasai oriental. En Iraq, dans la région de Najaf, affectée par un conflit, 27 % des enfants en âge d'aller à l'école primaire dans les ménages les plus pauvres n'avaient jamais été scolarisés en 2011, contre 3 % dans la province d'As-Sulaymaniyah.

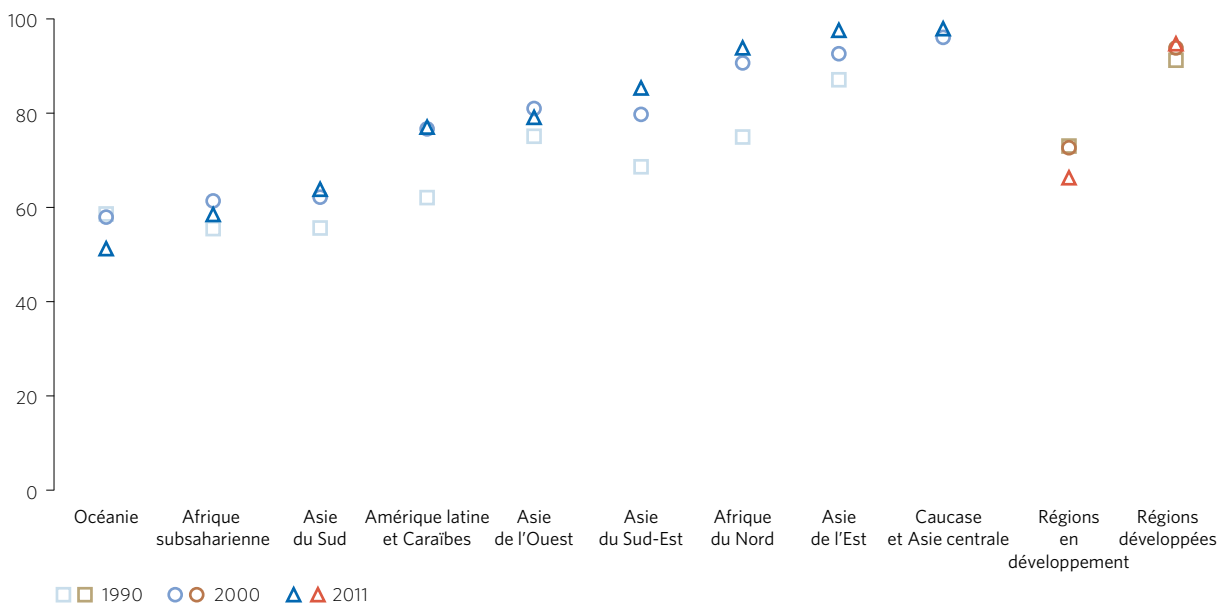
La pauvreté, le sexe et le lieu de résidence constituaient les facteurs les plus répandus liés aux disparités concernant la scolarisation des enfants en âge d'aller à l'école primaire et secondaire. Une analyse de 61 enquêtes sur les ménages des pays en

développement, entre 2006 et 2012, a montré que les enfants en âge de fréquenter l'école primaire des 20 % des ménages les plus pauvres étaient trois fois plus susceptibles d'être non scolarisés que les enfants des 20 % des ménages les plus riches. Dans les ménages les plus pauvres, les filles étaient plus souvent exclues du système éducatif que les garçons. Les disparités dans la fréquentation scolaire liées au lieu de résidence ont également persisté. Les enfants des zones rurales en âge d'aller à l'école primaire avaient deux fois moins de chance d'être scolarisés que les enfants des zones urbaines. En Afrique subsaharienne, 23 % seulement des filles pauvres et vivant dans des zones rurales ont terminé leur éducation primaire.

Les enfants désavantagés, tels ceux ayant un handicap, sont aussi défavorisés. Ces enfants doivent souvent suivre une éducation adaptée à leurs besoins. Cependant, dans de nombreux pays en développement, de telles approches personnalisées sont soit déficientes soit indisponibles, ce qui empêche ces enfants d'aller à l'école ou ralentit leur progression. L'éducation inclusive nécessite d'apporter une plus grande attention aux enfants ayant un handicap, ainsi qu'à ceux qui sont plus généralement marginalisés ou vulnérables.

Des taux élevés d'abandon restent un obstacle majeur à l'éducation primaire pour tous

Proportion d'élèves commençant la première année d'étude dans l'enseignement primaire et achevant la dernière année du cycle primaire, 1990, 2000 et 2011 (pourcentage)



Note : Les données de 1990 pour le Caucase et l'Asie centrale ne sont pas disponibles.

Assurer l'éducation primaire pour tous nécessite à la fois que les enfants soient scolarisés et achèvent le cycle d'éducation primaire. Entre 2000 et 2011, des abandons scolaires persistants et prématurés ont ralenti la progression vers cet objectif dans les régions en développement. Durant cette période, la proportion d'élèves des régions en développement commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la dernière année du niveau primaire est restée égale à 73 %.

Entre 2000 et 2011, des progrès ont été observés partout excepté en Océanie, en Afrique subsaharienne et en Asie de l'Ouest. Dans le Caucase et en Asie centrale, en Asie de l'Est et en Afrique du Nord, neuf élèves sur dix inscrits en première année de l'école primaire ont terminé la dernière année, ce qui rapproche ces régions de l'objectif d'une éducation primaire pour tous. Cependant, seulement trois élèves sur cinq en Afrique subsaharienne et un élève sur deux en Océanie ont pu terminer l'école primaire. Les garçons étaient plus susceptibles de quitter prématurément l'école que les filles.

Les enfants étant plus âgés par rapport à l'âge prévu pour leur classe risquaient davantage de quitter l'école prématurément à cause de leur inscription tardive, d'un redoublement ou de l'augmentation du coût d'opportunité lié à la scolarisation. D'autres facteurs essentiels expliquant un abandon scolaire prématuré sont les longs trajets entre la maison et l'école, la

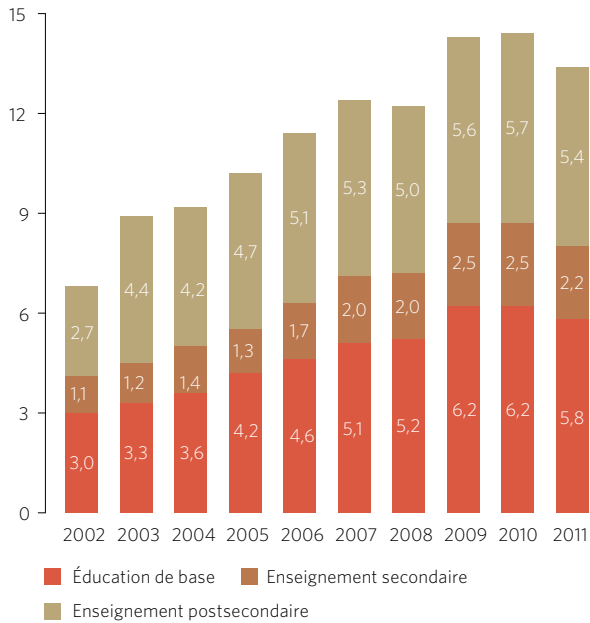
pauvreté du ménage, le fait de travailler tout en étudiant et les coûts d'opportunité. En conséquence, des mesures satisfaisantes pour prévenir l'abandon scolaire prématuré devraient prendre en compte ces facteurs et promouvoir des actions précoces, dont un plus large accès aux programmes préscolaires pour préparer les enfants à l'école et leur scolarisation en temps opportun.

Au niveau mondial, le nombre d'analphabètes reste élevé malgré des taux d'alphabétisation en hausse

Au cours des deux dernières décennies, le monde a connu des progrès remarquables pour les taux d'alphabétisation des jeunes et des adultes, et en même temps une diminution de l'écart entre les taux d'alphabétisation des hommes et des femmes. Le taux d'alphabétisation des jeunes âgés de 15 à 24 ans a augmenté au plan mondial, passant de 83 % en 1990 à 89 % en 2012. Le taux d'alphabétisation des adultes âgés de plus de 15 ans a augmenté de 76 % à 84 %. Toutefois, encore 781 millions d'adultes et 126 millions de jeunes dans le monde ne possédaient pas les compétences de base en lecture et en écriture en 2012, les femmes représentant, à la fois, plus de 60 % des adultes et des jeunes analphabètes.

La réduction de l'aide menace l'éducation dans les pays les plus pauvres

Aide totale pour les dépenses en éducation, 2002-2011
(milliards de dollars constants des États-Unis de 2011)



Étant donné qu'il n'y a eu qu'une faible diminution du nombre d'enfants non scolarisés depuis 2007, un dernier effort est nécessaire pour s'assurer que le plus grand nombre possible d'enfants soient scolarisés d'ici à 2015. Avant même la récession économique, les donateurs n'avaient pas respecté les engagements pris à Dakar en 2000, stipulant qu'aucun pays ne serait laissé de côté à cause d'un manque de ressources. Plus récemment, les donateurs ont abandonné cette promesse.

L'aide des donateurs à l'éducation avait régulièrement augmenté après 2002, avait culminé en 2010, puis avait diminué de 7 % entre 2010 et 2011. Il est alarmant de constater que, pour la première fois depuis 2002, l'aide à l'éducation de base a diminué, passant de 6,2 milliards de dollars en 2010 à 5,8 milliards de dollars en 2011.

Les pays à faibles revenus, qui ont reçu un tiers de l'aide totale à l'éducation de base, ont connu une diminution de l'aide à l'éducation de base, contrairement aux pays à revenus intermédiaires où l'aide à l'éducation de base a augmenté. L'aide a diminué de 9 % dans les pays à faibles revenus entre 2010 et 2011, passant de 2,1 milliards à 1,9 milliard de dollars. En Afrique subsaharienne, où réside plus de la moitié de la population mondiale non scolarisée, l'aide à l'éducation de base a diminué de 7 % entre 2010 et 2011.



Objectif 3

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

En bref

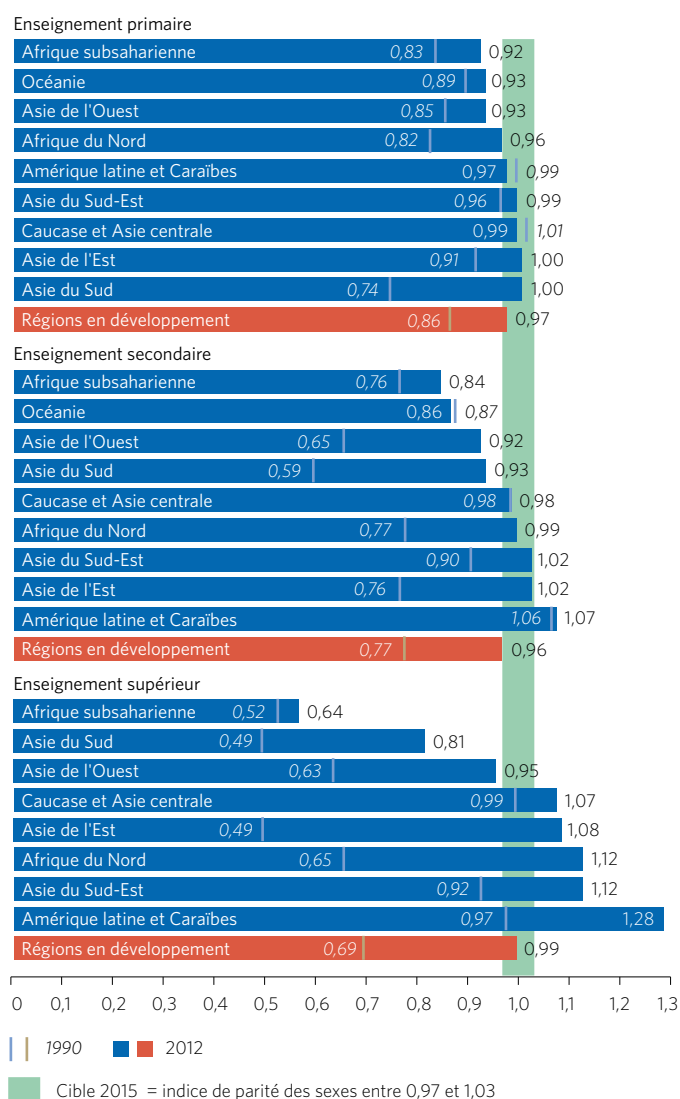
- En 1990, en Asie du Sud, seulement 74 filles étaient inscrites à l'école primaire pour 100 garçons. Fin 2012, les taux de scolarisation étaient les mêmes pour les filles et les garçons.
- En Afrique subsaharienne, en Océanie et en Asie de l'Ouest, les filles sont toujours confrontées à des obstacles aussi bien pour l'entrée dans l'enseignement primaire que secondaire.
- Les femmes en Afrique du Nord occupent moins d'un emploi salarié sur cinq dans le secteur non agricole.
- Dans 46 pays, les femmes occupent maintenant plus de 30 % des sièges aux parlements nationaux dans au moins une chambre.

CIBLE 3.A

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

Les disparités entre les sexes sont plus répandues aux niveaux supérieurs de l'enseignement

Indice de parité des sexes pour les ratios bruts d'inscription dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur des régions en développement, 1990 et 2012



Note : Pour l'enseignement supérieur et secondaire, les données de l'année 1990 pour le Caucase et l'Asie centrale se réfèrent à l'année 1993. Pour l'enseignement supérieur, les données de l'année 2012 pour l'Océanie ne sont pas disponibles.

La parité des sexes dans l'éducation est atteinte lorsque l'indice de parité des sexes, défini comme le taux brut de scolarisation des filles divisé par le taux correspondant pour les garçons, se situe entre 0,97 et 1,03. Les tendances de l'indice de parité des sexes montrent des gains importants dans toutes les régions en développement à tous les niveaux de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur. Cependant, les disparités entre les sexes sont plus répandues dans l'enseignement supérieur, avec de plus grands écarts entre les régions en développement.

En 2012, toutes les régions en développement ont atteint, ou étaient près d'atteindre, la parité des sexes dans l'enseignement primaire. L'Asie du Sud se distingue en ce qui concerne l'ensemble des progrès accomplis dans l'enseignement primaire : en 1990, l'indice de parité des sexes pour l'enseignement primaire, égal à 0,74, était le plus bas parmi toutes les régions; fin 2012, il était monté à 1,0. Cependant, il existe toujours des pays dans cette région où la parité des sexes est encore à atteindre, à savoir l'Afghanistan et le Pakistan, où il y a tout au plus neuf filles pour dix garçons inscrits, ainsi que le Bangladesh et le Népal, où la disparité entre les sexes est en faveur des filles.

L'Afrique subsaharienne, l'Océanie, l'Asie de l'Ouest et l'Afrique du Nord sont toujours confrontées à des désavantages persistants pour les filles, bien que ces régions aient fait de substantiels progrès au cours des deux dernières décennies. Les progrès les plus importants dans ce groupe ont été observés en Afrique du Nord, où l'indice a augmenté de 0,82 à 0,96. En 2012, l'Afrique subsaharienne avait l'un des indices de parité des sexes les plus bas, 0,92, malgré des progrès sensibles depuis 1990. Dans cette région, durant la période considérée, les améliorations les plus significatives ont été observées au Bénin, au Burkina Faso, en Guinée, en Mauritanie, au Sénégal, en Sierra Leone et au Tchad, où 30 à 40 filles supplémentaires étaient inscrites à l'école primaire pour 100 garçons.

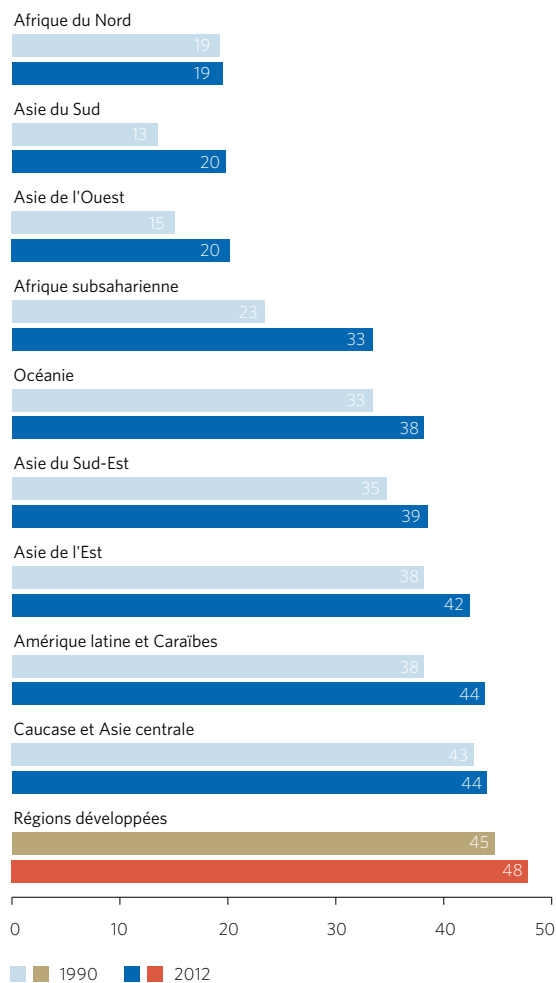
Les disparités entre les sexes sont plus prononcées dans l'enseignement secondaire que dans le primaire. Alors que le Caucase et l'Asie centrale, l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud-Est et l'Asie de l'Est ont atteint la parité des sexes, les taux de scolarisation des filles sont toujours inférieurs à ceux des garçons en Afrique subsaharienne, en Océanie, en Asie de l'Ouest et en Asie du Sud. En 2012, l'Amérique latine et les Caraïbes était la seule région où la disparité entre les sexes était en faveur des filles.

Dans l'enseignement supérieur, les taux de scolarisation dans la plupart des régions se sont substantiellement améliorés au fil des années, mais des disparités considérables existent dans toutes les régions. Les taux de scolarisation des jeunes filles sont significativement inférieurs à ceux des jeunes hommes en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. En revanche, les jeunes filles dans le Caucase et en Asie centrale, en Asie de

l'Est, en Amérique latine et aux Caraïbes, en Afrique du Nord et en Asie du Sud-Est ont des taux de scolarisation plus élevés que les jeunes hommes.

Le statut des femmes s'améliore sur le marché du travail, mais la disparité entre les sexes existe toujours

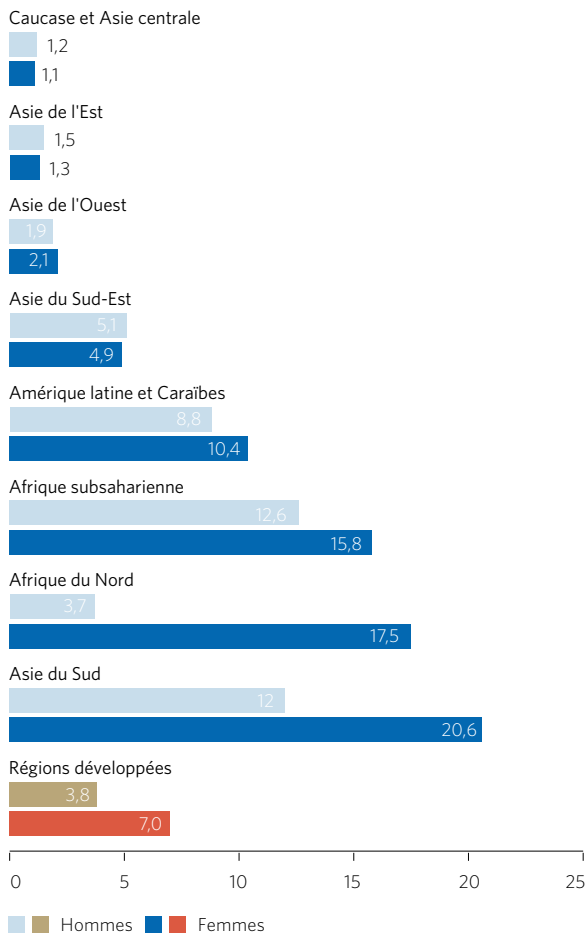
Femmes occupant un emploi salarié non agricole, 1990 et 2012 (pourcentage)



L'accès des femmes à l'emploi salarié dans les secteurs non agricoles a lentement augmenté au cours des deux dernières décennies. La proportion de ces femmes a augmenté au plan mondial, passant de 35 % en 1990 à 40 % en 2012, avec des augmentations, bien qu'inégales, observées dans presque toutes les régions. Les progrès les plus impressionnants ont été enregistrés en Afrique subsaharienne, avec une augmentation de 10 points de pourcentage pendant la période 1990-2012. L'Afrique du Nord, en revanche, avait un des plus bas taux d'emploi salarié des femmes en 1990, et on ne notait pas d'augmentation sensible fin 2012.

Des politiques plus favorables à la famille sont nécessaires pour augmenter la participation des femmes au marché du travail

Taux de sous-emploi lié à la durée du travail*, hommes et femmes, données les plus récentes pour la période 2010-2012 (pourcentage)



* Défini comme le pourcentage d'hommes et de femmes employés qui souhaitent et qui sont disponibles pour travailler davantage.

Non seulement les femmes ont moins de possibilités d'emploi que les hommes, mais il est aussi plus probable qu'elles occupent un emploi à temps partiel et qu'elles soient en situation de sous-emploi lié à la durée du travail. La proportion de femmes ayant un emploi à temps partiel est plus du double que celle des hommes dans presque tous les pays où des données sont disponibles. Ces taux plus élevés d'emplois à temps partiel sont associés à de nombreux facteurs, dont l'inégalité des sexes dans les rôles familiaux, l'absence de structures d'accueil adéquates et abordables pour les enfants et les personnes âgées, et/ou d'autres perceptions sociales qui jouent un rôle important dans la participation des femmes à l'emploi, dans leurs choix

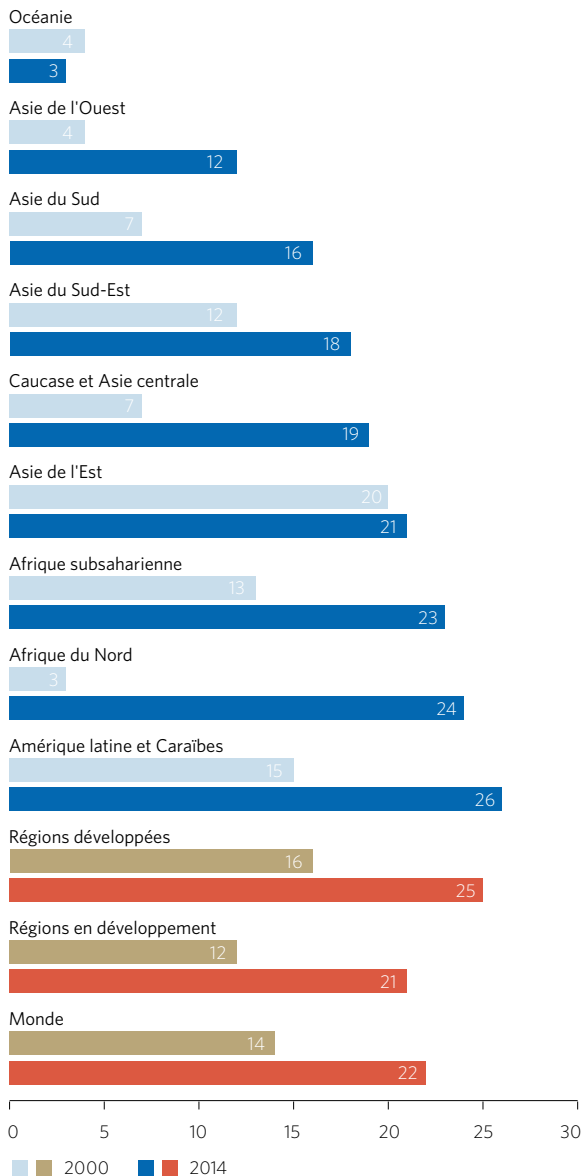
professionnels et dans les types d'emploi qui renforcent les disparités entre les sexes sur le marché du travail.

Un des indicateurs qui mesurent la disparité entre les sexes sur le marché du travail est le taux de sous-emploi lié à la durée du travail. Ce taux mesure le pourcentage d'hommes et de femmes employés qui souhaitent et qui sont disponibles pour travailler davantage. Dans la plupart des régions en développement, le taux de sous-emploi lié à la durée du travail pour les femmes est plus élevé que celui des hommes. Les différences sont particulièrement notables en Afrique du Nord et en Asie du Sud. Cette situation requiert des politiques facilitant la vie familiale, qui non seulement encouragent un meilleur équilibre travail-famille, mais améliorent également la qualité des emplois à temps partiel et la productivité globale des entreprises. Ces politiques englobent une législation sur des horaires flexibles, le congé parental, d'autres codes de conduite et de nouvelles méthodes de travail, ainsi que des structures d'accueil pour les enfants et les personnes âgées.



La participation des femmes à la vie politique continue d'augmenter, mais les plafonds de verre n'ont pas disparu

Proportion de sièges occupés par des femmes dans les chambres uniques ou les chambres basses des parlements nationaux, 2000 et 2014 (pourcentage)



Les femmes élues au parlement représentaient 21,8 % de tous les sièges parlementaires en janvier 2014, en augmentation par rapport à 20,3 % l'année précédente. En janvier 2014, 46 pays avaient plus de 30 % de femmes parlementaires dans au moins une chambre, contre 42 pays l'année précédente. Le Rwanda, où les femmes ont obtenu 64 % des sièges dans la chambre basse, a maintenu son leadership. Fin 2013, seulement

cinq chambres dans le monde n'avaient pas de femmes au parlement.

La proportion de femmes siégeant au parlement est en hausse dans 42 des 64 chambres renouvelées dans le monde en 2013. La proportion de femmes a augmenté le plus rapidement, de plus de 20 points de pourcentage, dans deux chambres : la chambre basse de la Grenade (à 33,3 %) et la chambre haute du Zimbabwe (à 47,5 %). Ils sont suivis par quatre pays : l'Arabie saoudite, le Cameroun, le Zimbabwe et la Guinée équatoriale, avec une augmentation de plus de 15 points de pourcentage dans les chambres basses. Cependant, la proportion de femmes a diminué dans 14 chambres. Des quotas législatifs ou volontaires ont été utilisés dans 39 chambres organisant des élections. De telles mesures ont un impact positif sur l'accès des femmes au parlement. Cependant, les seuls quotas ne sont pas suffisants; les partis politiques doivent présenter plus de femmes candidates.

En 2013, on a également constaté une prise de conscience croissante de l'importance d'en finir avec la violence politique contre les femmes. La violence pré- et postélectorale, qui inclut l'intimidation, les agressions physiques et d'autres formes d'agression contre les candidates et les femmes élues, constitue une forme de dissuasion courante contre la participation politique des femmes dans toutes les parties du monde. Des pays comme la Bolivie et le Mexique ont été les premiers à adopter une loi pour régler ce problème qui dissuade les femmes de s'engager politiquement.

Le pourcentage de femmes ministres est de 17,2 % en 2014, contre 16,1 % en 2008. Fin janvier 2014, 36 pays avaient 30 % ou plus de femmes ministres. Au niveau mondial, le Nicaragua était chef de file avec 57 % des postes ministériels détenus par des femmes, suivi par la Suède, la Finlande, la France, le Cap-Vert et la Norvège. L'engagement politique et la politique sont des facteurs clés pour la progression des femmes dans ce domaine.

Une autre tendance positive est que non seulement les portefeuilles ministériels traditionnellement dits « légers », comme les affaires sociales, l'éducation et les affaires féminines, continuent d'être détenus par des femmes ministres, mais aussi plus de femmes détiennent maintenant quelques-uns des portefeuilles ministériels dits « lourds », comme la défense, les affaires étrangères et l'environnement.

Contrairement à ces tendances positives, il y a eu une légère diminution ou inertie du nombre de femmes chefs d'État/chefs de gouvernement et présidentes de parlement. Depuis 2012, le nombre de femmes chefs d'État ou de gouvernement dans le monde a diminué légèrement, passant de 19 à 18. Entre-temps, le pourcentage de femmes présidentes de parlement a à peine augmenté, passant de 14,2 % en 2012 à 14,8 % en 2013, ce qui suggère l'existence d'un plafond de verre pour les femmes dans certains pays.

Objectif 4

Réduire la mortalité des enfants

En bref

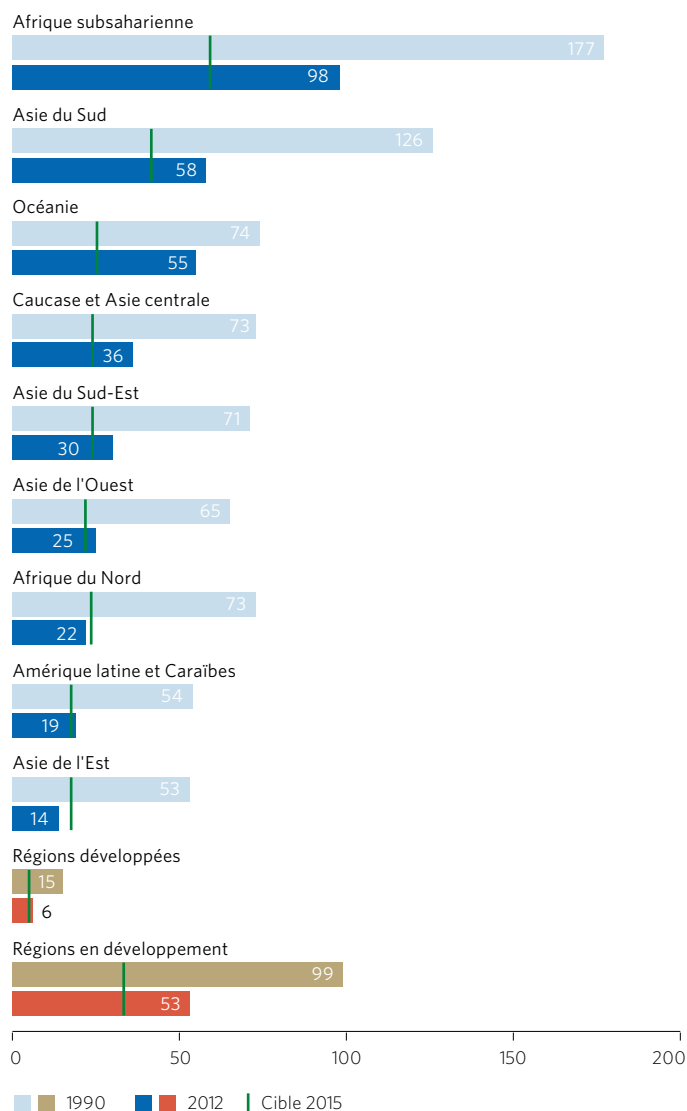
- Le taux de mortalité infantile a été presque divisé par deux depuis 1990; il y a eu 6 millions de décès d'enfants en moins en 2012 par rapport à 1990.
- De 2005 à 2012, le taux annuel de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé trois fois plus rapidement qu'entre 1990 et 1995.
- Au plan mondial, quatre décès sur cinq d'enfants de moins de cinq ans continuent de se produire en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.
- La vaccination contre la rougeole a permis d'éviter près de 14 millions de décès entre 2000 et 2012.

CIBLE 4.A

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

En dépit de progrès substantiels, le monde est loin d'avoir atteint la cible relative à la mortalité infantile

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, 1990 et 2012 (décès pour 1 000 naissances vivantes)



En 2012, au niveau mondial, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était presque la moitié de ce qu'il était en 1990, passant de 90 à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans est passé d'environ 12,6 millions à 6,6 millions pendant la même période : par rapport à 1990, il y a eu près de 17 000 décès d'enfants en

moins par jour en 2012. Toutes les régions, à l'exception de l'Afrique subsaharienne et de l'Océanie, ont réduit le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans par plus de la moitié.

Actuellement, dans le monde, la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est plus rapide qu'à toute autre période au cours des deux dernières décennies. Au niveau mondial, le taux annuel de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a régulièrement augmenté, passant de 1,2 % entre 1990 et 1995 à 3,9 % entre 2005 et 2012. Cependant, des régions comme l'Océanie, l'Afrique subsaharienne, le Caucase et l'Asie centrale ainsi que l'Asie du Sud n'ont pas encore atteint l'objectif fixé pour 2015. Au rythme actuel, il faudra attendre 2028 pour que l'objectif 4 soit réalisé au plan mondial. Il faudrait que ce rythme quadruple au cours de la période 2013 à 2015 pour que la cible prévoyant une réduction de deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans soit atteinte.

Des maladies évitables sont les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans, et près de la moitié de ces décès surviennent durant la période néonatale

Distribution par âge de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde, 1990, 2000 et 2012 (pourcentage)



La plupart des 6,6 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans en 2012 étaient dus aux principales maladies infectieuses comme la pneumonie, la diarrhée et le

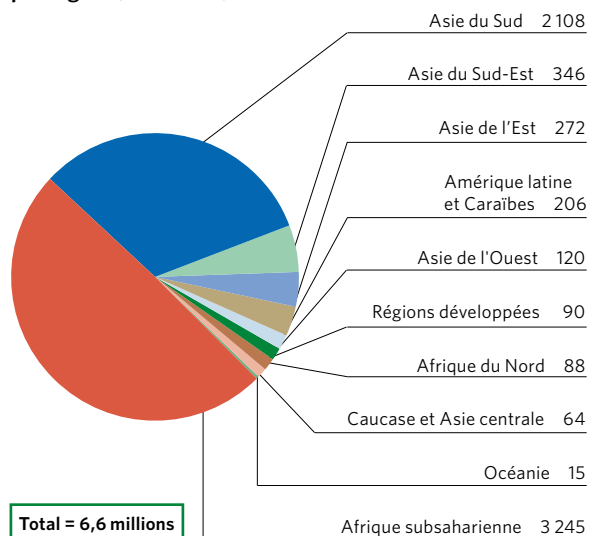
paludisme. De plus, 2,9 millions de décès surviennent au cours des 28 premiers jours de vie (0 à 27 jours), pendant la période néonatale. De nombreux décès d'enfants de moins de cinq ans se produisent chez des enfants déjà affaiblis par la malnutrition, qui joue un rôle majeur pour près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde, principalement dans les pays à faible revenu où la malnutrition et les maladies infectieuses sont fortement concentrées, surtout chez les pauvres.

Il est encourageant de constater que la mortalité néonatale est à la baisse au niveau mondial. Entre 1990 et 2012, le taux mondial de mortalité néonatale a diminué de près d'un tiers, passant de 33 à 21 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cependant, cette baisse a pris du retard par rapport à celle de la mortalité postnéonatale. En conséquence, la proportion de décès survenant au cours des 28 premiers jours de vie a augmenté, passant de 37 % en 1990 à 44 % en 2012.

La plupart des décès néonataux sont évitables. Des investissements plus importants en soins maternels durant les 24 premières heures suivant la naissance, particulièrement durant le travail et l'accouchement, ainsi que d'autres interventions à fort impact sont la meilleure manière de réduire la mortalité néonatale. De trop nombreuses naissances, plus de la moitié dans certains pays, ont lieu en dehors d'établissements de santé, malgré l'augmentation au niveau mondial des accouchements dans des structures médicales.

Il est essentiel de réduire le nombre de décès d'enfants en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne

Nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans en 2012 par région (en milliers)



L'Afrique subsaharienne continue d'être confrontée à un immense défi. Non seulement cette région possède le taux de mortalité le plus élevé au monde pour les enfants de moins de cinq ans, plus de 16 fois la moyenne des régions développées, mais elle est également la seule région où le nombre de naissances vivantes et celui des enfants de moins de cinq ans devraient augmenter substantiellement au cours des deux prochaines décennies. En 2012, un enfant sur dix en Afrique subsaharienne est mort avant son cinquième anniversaire.

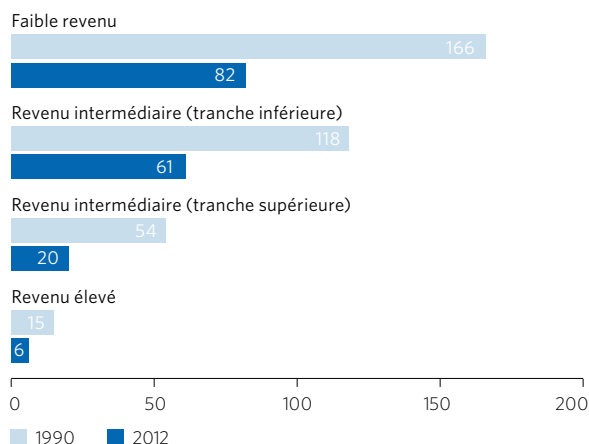
Néanmoins, cette région a réalisé de remarquables progrès depuis 1990, réduisant le taux de mortalité infantile de 45 %. Cependant, elle continue de prendre du retard par rapport à toutes les autres régions, excepté l'Océanie : près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde en 2012, soit 3,2 millions, sont survenus en Afrique subsaharienne.

Toutefois, des signes indiquent que des progrès rapides sont possibles. L'Afrique subsaharienne, malgré son taux de mortalité relativement élevé des enfants de moins de cinq ans, a été en mesure de relever le taux annuel de réduction de 0,8 % à 4,1 %, soit cinq fois plus rapidement pour la période 2005-2012 que pour la période 1990-1995.

L'Asie du Sud a également réalisé des progrès importants et réguliers dans la réduction des décès d'enfants, diminuant de plus de moitié son taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Mais près d'un décès sur trois d'enfants de moins de cinq ans survient encore dans cette région. L'Inde avait le plus grand nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans en 2012, soit 1,4 million.

De fortes réductions de la mortalité infantile ont été observées à tous les niveaux de revenu national

Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans par niveau de revenu national, 1990 et 2012 (décès pour 1 000 naissances vivantes)



Les pays à revenu élevé ont, en moyenne, les taux les plus bas de mortalité des enfants de moins de cinq ans, avec six décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ont obtenu le plus de succès dans la réduction des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2012, enregistrant une diminution de 63 % pendant cette période. Quel que soit leur niveau de revenu, les pays ont fait des progrès réguliers pour sauver la vie des enfants. Le taux annuel de réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'est accéléré depuis 1995 à tous les niveaux de revenu national, excepté dans les pays à revenu élevé.

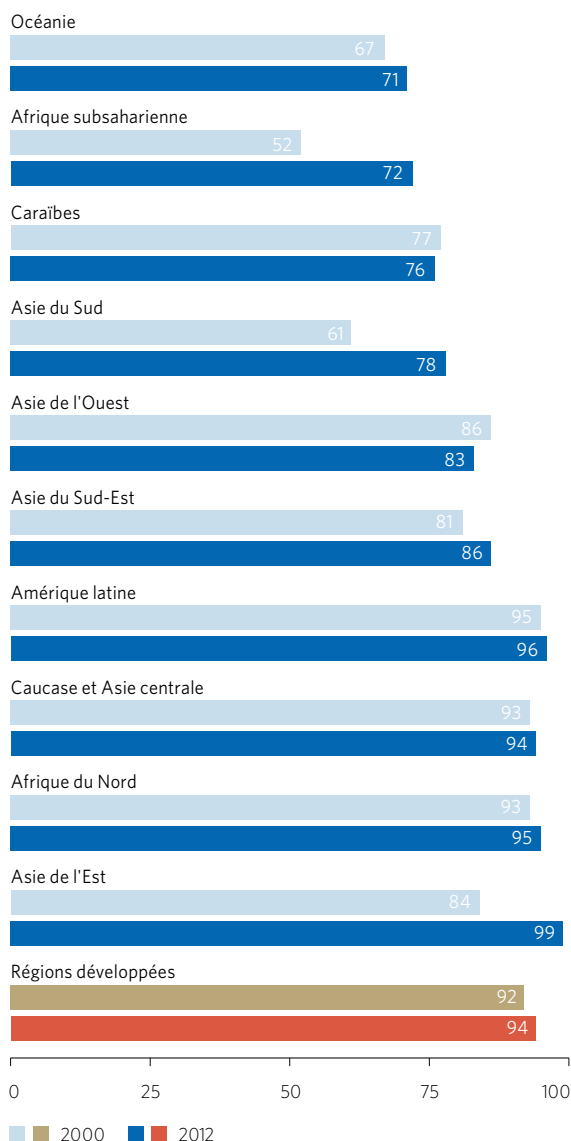
Un revenu faible n'est pas nécessairement un obstacle pour sauver la vie des enfants, malgré le lien existant entre le niveau de revenu d'un pays et son taux de mortalité infantile. Il y a eu des réductions notables du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans depuis 1990, et particulièrement depuis 2000 dans certains pays à faible revenu comme le Bangladesh, le Cambodge, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Guinée, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mozambique, le Népal, le Niger, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda. Même les pays à revenu élevé et intermédiaire qui ont un faible taux de mortalité peuvent continuer à progresser considérablement. Il y avait 53 pays en 1990 avec un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans égal ou inférieur à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes, parmi lesquels 36 pays avaient réduit au moins de moitié leur taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, et 11 pays qui l'avaient réduit d'au moins deux tiers fin 2012.

Une nouvelle analyse permet d'envisager une baisse générale des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans chez les ménages les plus pauvres dans toutes les régions. Les disparités de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre les ménages les plus riches et les plus pauvres ont diminué dans la plupart des régions du monde, à l'exception de l'Afrique subsaharienne. Il est par conséquent possible de limiter les décès évitables d'enfants indépendamment du niveau de revenu du pays ou du ménage.

La réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans nécessite une volonté politique qui soit appliquée systématiquement en soutien à la santé infantile et maternelle, par l'intermédiaire d'une action concertée, de stratégies rationnelles et de ressources adéquates. La réussite d'un nombre significatif de pays dans la réalisation de l'objectif 4 devrait encourager tous les acteurs mondiaux de la santé à s'engager à construire un monde plus juste et plus équitable pour tous les enfants.

Bien que récemment les progrès ont cessé, la vaccination contre la rougeole a permis de réduire de manière importante les décès dus à la rougeole

Proportion d'enfants dans le groupe d'âge approprié ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole, 2000 et 2012 (pourcentage)



Les décès dus à la rougeole ont diminué de plus de trois quarts au cours des douze dernières années, passant de 562 000 décès en 2000 à 122 000 en 2012, surtout parmi les enfants de moins de cinq ans.

Les décès dus à la rougeole en Afrique subsaharienne (56 000) et en Asie du Sud (53 000) représentaient 89 % du total mondial estimé des décès dus à la rougeole en 2012. Comparé à la mortalité estimée en l'absence complète d'un programme de vaccination contre la rougeole, 13,8 millions de décès ont été évités grâce à la vaccination entre 2000 et 2012.

Des progrès substantiels ont été réalisés dans la plupart des régions, en Océanie, en particulier, où les décès dus à la rougeole ont diminué d'environ 89 % entre 2000 et 2012. Malheureusement, des épidémies persistantes de rougeole en Europe, en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, dues au faible développement des campagnes de vaccination systématiques et au retard pris dans la mise en place de programmes accélérés de lutte contre les maladies, ont affaibli la dynamique concernant les cibles de surveillance et d'élimination de la rougeole au plan régional et mondial.

La rougeole peut être évitée grâce à deux doses d'un vaccin sûr, efficace et peu coûteux. Les réductions de la mortalité due à la rougeole ont été obtenues, en partie, grâce aux améliorations de la couverture de routine parmi les enfants du groupe d'âge approprié ayant reçu la première dose de vaccin contre la rougeole (MCV1), ainsi qu'au succès d'activités de vaccination supplémentaires consistant à vacciner des enfants n'ayant pas accès aux services de santé existants.

Entre 2000 et 2009, la couverture mondiale du MCV1 a augmenté, passant de 72 % à 84 %, puis a stagné à 84 % entre 2009 et 2012. Les taux recommandés de couverture du MCV1 — au moins 90 % au niveau national et au moins 80 % dans tous les régions — ont été atteints dans 58 pays disposant de données en 2012. Cependant, au cours de la même période, il y avait 35 pays avec une couverture du MCV1 inférieure à 80 %. On estime que, en 2012, 21,2 millions d'enfants en bas âge, la plupart issus des populations les plus pauvres et les plus marginalisées résidant dans des zones particulièrement difficiles d'accès, n'ont pas reçu le MCV1.

Faire face aux conséquences de la diminution de l'engagement politique et financier pour lutter contre la rougeole est essentiel pour progresser davantage vers les objectifs de lutte contre la rougeole fixés en 2010 par l'Assemblée mondiale de la santé.

Objectif 5

Améliorer la santé maternelle

En bref

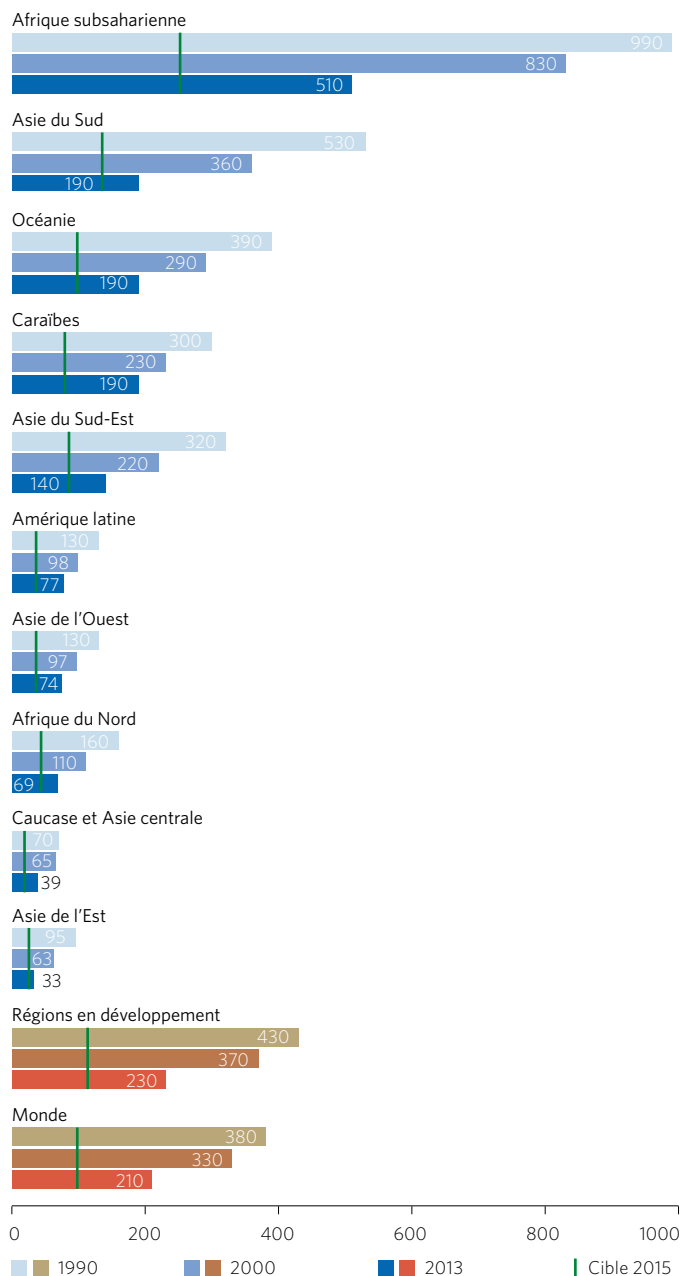
- En 2013, dans le monde, près de 300 000 femmes sont mortes de complications dues ou aggravées par la grossesse et l'accouchement.
- Dans les régions en développement, la proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié a augmenté de 56 à 68 % entre 1990 et 2012.
- En 2012, 40 millions d'accouchements dans les régions en développement n'étaient pas assistés par un personnel soignant qualifié; plus de 32 millions de ces accouchements ont eu lieu dans des zones rurales.
- 52 % des femmes enceintes ont reçu au moins quatre visites de soins prénatals durant leur grossesse en 2012, soit une augmentation de 37 % par rapport à 1990.

CIBLE 5.A

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Il reste encore beaucoup à faire pour réduire la mortalité maternelle

Taux de mortalité maternelle, 1990, 2000 et 2013
(décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, femmes entre 15 et 49 ans)



Au plan mondial, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % entre 1990 et 2013, passant de 380 à 210 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, cela reste bien en dessous de la cible OMD visant à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts d'ici à 2015. Rien qu'en 2013, environ 289 000 femmes sont décédées au cours de la grossesse, durant l'accouchement, ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse pour des raisons liées à la grossesse ou aggravées par celle-ci ou son suivi, à l'exclusion des causes accidentelles ou fortuites.

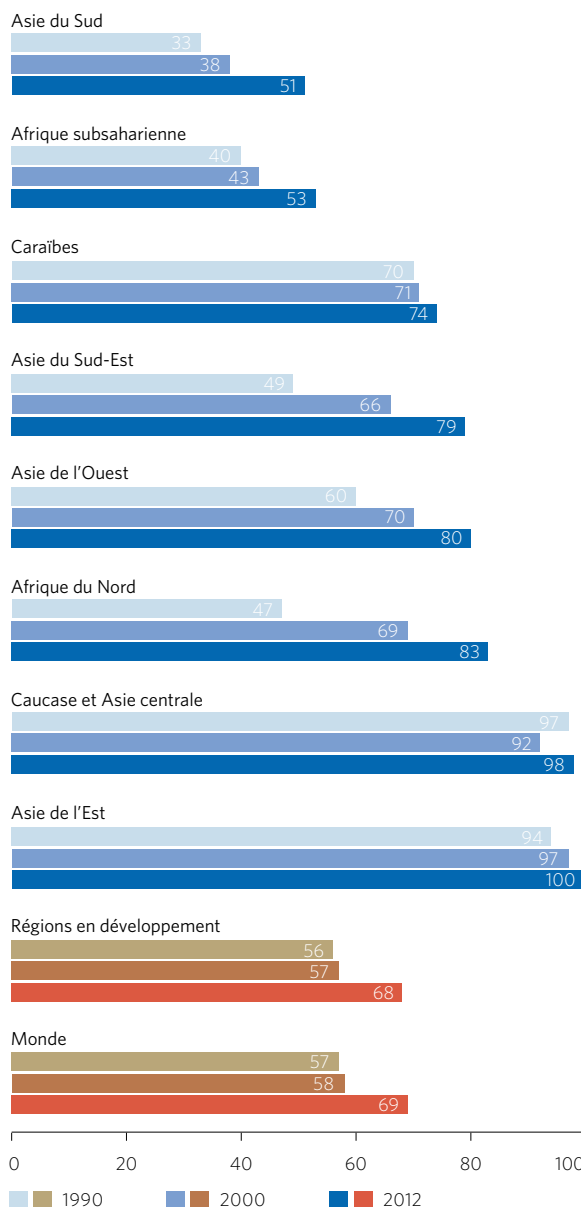
Malgré des progrès réalisés dans toutes les régions du monde, le taux de mortalité maternelle des régions en développement — 230 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013 — est quatorze fois supérieur à celui des régions développées, qui ont enregistré uniquement 16 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013. L'Afrique subsaharienne détient le taux de mortalité maternelle le plus élevé des régions en développement, avec 510 décès pour 100 000 naissances vivantes, suivie par l'Asie du Sud, l'Océanie et les Caraïbes, qui enregistrent chacune 190 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, et puis par l'Asie du Sud-Est. Dans les autres régions en développement, la mortalité maternelle est devenue un événement rare de nos jours, avec moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes. En 2013, la plupart des décès maternels ont eu lieu en Afrique subsaharienne (62 %) et en Asie du Sud (24 %).

Il subsiste des écarts très importants entre les pays par rapport à la mortalité maternelle. Ainsi, la Sierra Leone détient le taux de mortalité maternelle le plus élevé, avec 1 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que la Biélorussie affiche un taux de 1 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes. Près d'un tiers de tous les décès maternels dans le monde sont concentrés dans deux pays très peuplés : l'Inde, avec un nombre de décès maternels estimé à 50 000 (17 %), et le Nigéria, avec un nombre de décès maternels estimé à 40 000 (14 %).

La plupart des décès maternels sont évitables. Il existe des soins de santé bien connus pour prévenir et traiter les complications. Par exemple, les produits utérotoniques et le sulfate de magnésium peuvent prévenir et/ou traiter les complications courantes comme les hémorragies pendant l'accouchement et les problèmes d'hypertension provoqués par la grossesse. Il est nécessaire de fournir un effort concerté pour assurer un accès universel aussi bien aux soins prénatals par un personnel qualifié qu'aux interventions efficaces, effort qui doit être renforcé pour inclure l'accès à la planification familiale ainsi qu'à l'information et aux services pour une santé procréative, en particulier auprès des populations vulnérables. Le contrôle des efforts doit être renforcé afin de s'assurer qu'une action efficace est entreprise.

Plus de deux tiers des bébés des régions en développement sont mis au monde par un personnel de santé qualifié, mais les régions rurales sont toujours très en retard

Proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié, 1990, 2000 et 2012 (pourcentage)



Une stratégie cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles consiste à s'assurer que chaque bébé est mis au monde avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme). Un accoucheur disposant de la formation et des médicaments requis peut intervenir pour prévenir et faire face à des complications potentiellement mortelles telles que les fortes hémorragies, ou transférer la patiente dans un établissement mieux équipé. En 2012, dans les régions en développement, 68 % des accouchements étaient assistés par un personnel soignant qualifié, contre 56 % seulement en 1990. L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne, deux régions affichant les taux les plus bas d'accouchements

assistés par un personnel de santé qualifié, ont accru cette assistance de 10 points de pourcentage ou plus depuis l'an 2000.

En dépit des améliorations dans l'accès aux soins de santé maternelle, il existe encore de grandes disparités entre les zones urbaines et rurales. Dans les régions en développement, l'écart de proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié entre les zones urbaines et rurales s'est réduit seulement de 33 à 31 points de pourcentage entre 2000 et 2012. En 2012, plus de 32 millions des 40 millions de naissances non assistées par un personnel soignant qualifié ont eu lieu en zones rurales.

CIBLE 5.B

Atteindre, d'ici à la fin 2015, l'accès universel aux soins de santé procréative

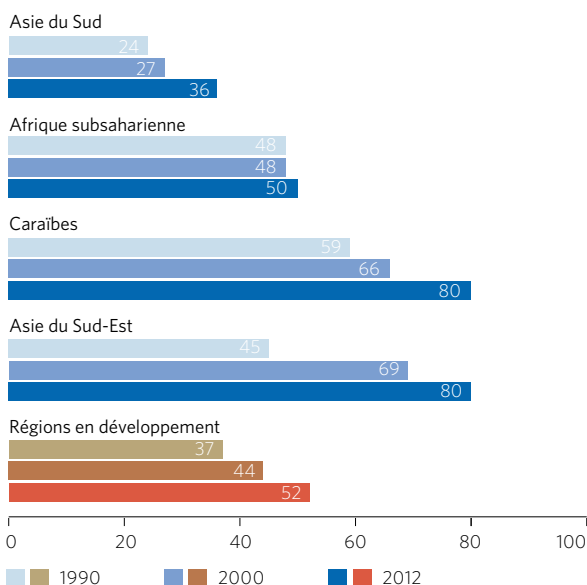
La plupart des femmes enceintes des régions en développement sont examinées au moins une fois durant leur grossesse par du personnel soignant qualifié. Mais, seulement la moitié d'entre elles reçoit les quatre visites prénatales recommandées

Des soins prodigués durant la grossesse sont essentiels pour assurer l'évolution normale et saine de la grossesse et pour prévenir, détecter ou anticiper des complications potentielles durant la grossesse ou l'accouchement. Des soins de bonne qualité doivent être fournis par un personnel de santé qualifié équipé pour détecter des complications potentielles et fournir l'attention requise ou orienter la patiente dans un établissement mieux équipé. La proportion de femmes dans les régions en développement ayant été examinées au moins une fois durant leur grossesse par un personnel soignant qualifié a augmenté, passant de 65 % en 1990 à 83 % en 2012. Dans la plupart des régions en développement, près de 80 % des femmes enceintes ont vu au moins une fois du personnel soignant qualifié, à l'exception de l'Asie du Sud où seulement 72 % des femmes ont bénéficié de ces soins.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande un minimum de quatre visites de soins prénatals, pour assurer le bien-être des mères et des nouveau-nés. Au cours de ces visites, les femmes doivent au moins recevoir un ensemble de soins essentiels et être surveillées pour déceler des signes avant-coureurs de complications. Néanmoins, seulement 52 % des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales durant leur grossesse en 2012, contre 37 % en 1990. De toute évidence, les femmes des régions en développement continuent d'éprouver des difficultés à accéder aux soins de santé réguliers durant leur grossesse. Des différences substantielles dans

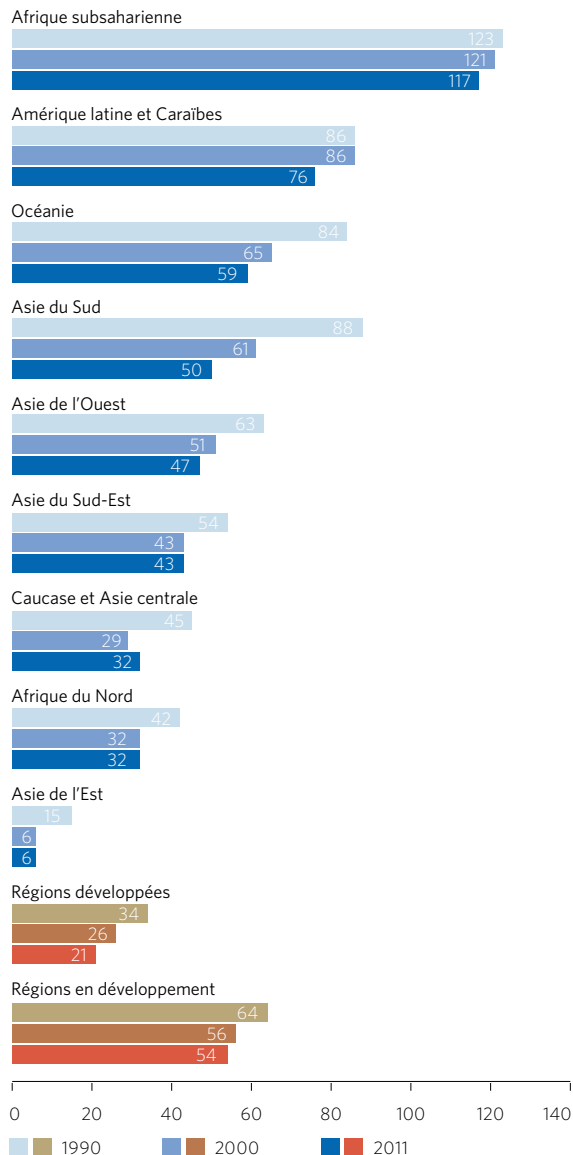
l'accès aux soins prénatals sont visibles parmi les régions. Dans les Caraïbes et en Asie du Sud-Est, 80 % des femmes enceintes ont déclaré au moins quatre visites de soins prénatals en 2012, contre 50 % en Afrique subsaharienne, et seulement 36 % en Asie du Sud.

Proportion de femmes entre 15 et 49 ans examinées au moins quatre fois durant leur grossesse, 1990, 2000 et 2012 (pourcentage)



Les grossesses d'adolescentes ont diminué, mais se maintiennent à des niveaux très élevés dans certaines régions

Nombre de naissances pour les jeunes filles de 15 à 19 ans, 1990, 2000 et 2011 (pour 1 000 femmes)



Une grossesse précoce augmente non seulement les risques de santé encourus à la fois par la jeune mère et son enfant, mais aussi les opportunités manquées à l'école et au travail, ainsi que la transmission d'une génération à l'autre de la pauvreté qui en résulte. Par conséquent, réduire les grossesses précoces peut avoir

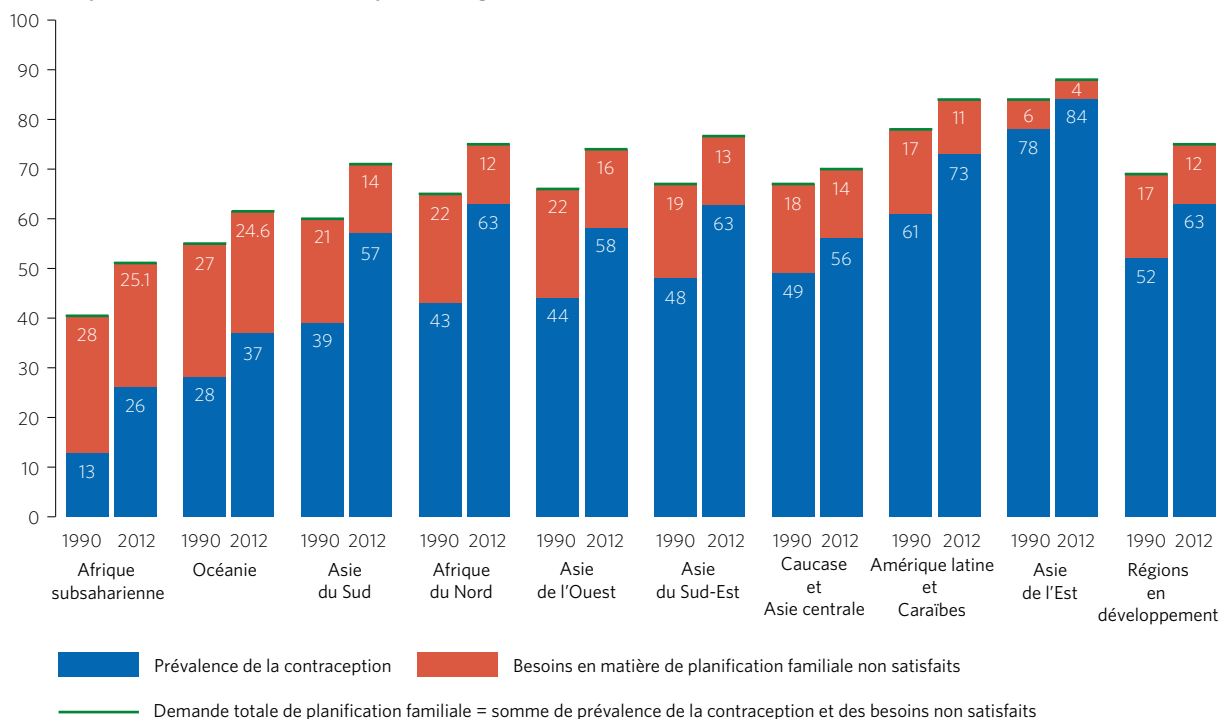
un impact sur les autres objectifs du Millénaire pour le développement portant sur la pauvreté, l'éducation, l'égalité des sexes et la mortalité infantile.

Le nombre de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans a diminué dans toutes les régions du monde entre 1990 et 2011. En Asie du Sud, le taux de natalité a diminué de 88 à 50 naissances pour 1 000 adolescentes, et il s'est accompagné d'une augmentation de la fréquentation scolaire, d'une augmentation de la demande en matière de contraception, et d'une diminution de la proportion d'adolescentes qui se sont mariées. Cependant, le taux de natalité n'a diminué que légèrement en Afrique subsaharienne, et était de 117 naissances pour 1 000 filles en 2011, un taux bien supérieur à celui des autres régions. Le taux de natalité chez les adolescentes est également resté élevé en Amérique latine et aux Caraïbes, avec 76 naissances pour 1 000 jeunes filles en 2011.



L'usage des contraceptifs a augmenté dans la plupart des régions, mais les services restent insuffisants pour satisfaire la demande totale de planification familiale

Proportion de femmes entre 15 et 49 ans, mariées ou en couple, ayant des besoins en matière de planification familiale, utilisant une forme ou une autre de contraception, et femmes dont les besoins en matière de planification familiale ne sont pas satisfaits, 1990 et 2012 (pourcentage)



Le recours à la contraception a augmenté dans les régions en développement, dû, en partie, à un accès amélioré à des méthodes de contraception sûres, abordables et efficaces. En Afrique subsaharienne, la proportion de femmes entre 15 et 49 ans, mariées ou en couple, utilisant une forme ou une autre de contraception, a doublé entre 1990 et 2012, passant de 13 % à 26 %. En Asie du Sud, cette proportion est passée de 39 % à 57 % pour la même période.

L'augmentation de la prévalence de la contraception dans les régions en développement entre 1990 et 2012 s'est accompagnée d'un déclin, de 17 % à 12 %, des besoins

non satisfaits de planification familiale.

C'est en Afrique subsaharienne que les besoins non satisfaits de planification familiale étaient les plus élevés, alors que la demande totale de planification familiale y était plus basse que dans toute autre région.

En 2012, 25 % des femmes entre 15 et 49 ans résidant dans cette région, mariées ou en couple, exprimaient le souhait de retarder ou d'éviter une grossesse, mais n'avaient eu recours à aucune forme de contraception. De grandes différences dans le recours à la contraception entre populations urbaines et rurales, ménages riches et pauvres, et instruits et non instruits, persistent en Afrique subsaharienne.



Objectif 6

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

En bref

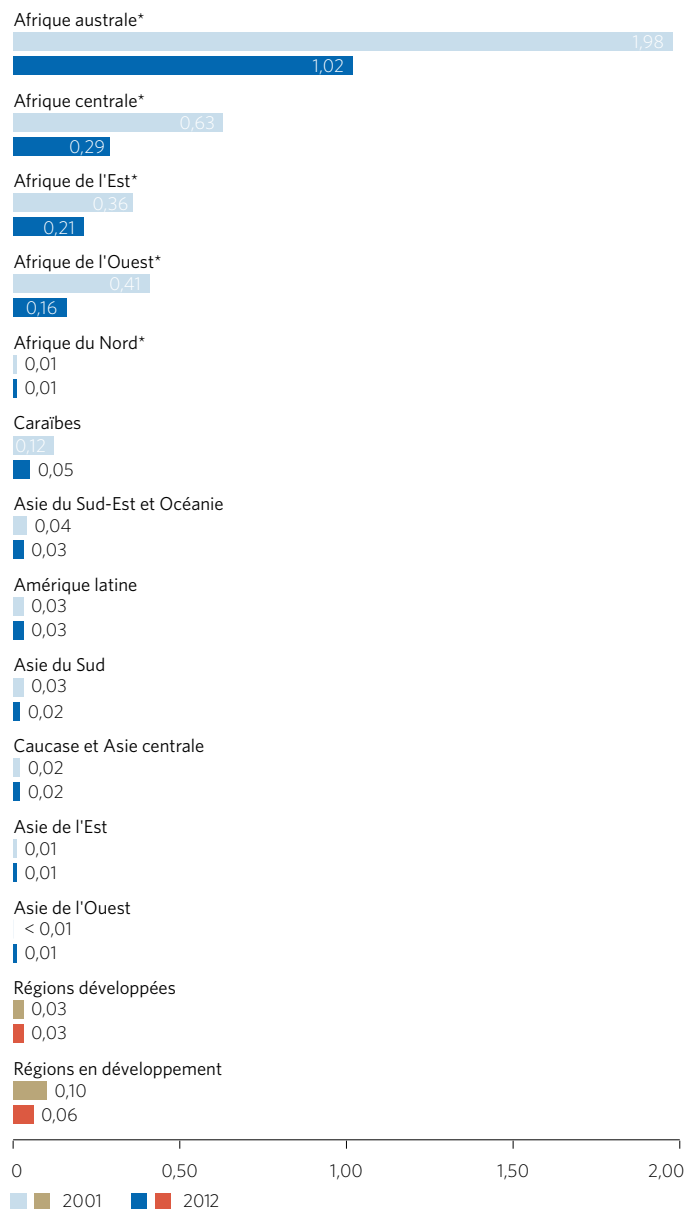
- En 2012, près de 600 enfants sont morts chaque jour des suites du sida.
- 9,5 millions de personnes ont reçu des médicaments antirétroviraux dans les régions en développement en 2012.
- Les interventions contre le paludisme ont sauvé la vie de trois millions d'enfants entre 2000 et 2012.
- Entre 1995 et 2012, le traitement de la tuberculose a sauvé 22 millions de vies.

CIBLE 6.A

D'ici à 2015, avoir enrayé et commencé à inverser la propagation du VIH/sida

Il y a encore trop de nouvelles infections au VIH

Taux d'incidence du VIH (nombre estimé de nouvelles infections par an pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans), 2001 et 2012



* La composition des sous-régions en Afrique est montrée à la page 55 dans la section sur les groupements régionaux.

Au plan mondial, le nombre de nouvelles infections au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) pour 100 adultes (âgés de 15 à 49 ans) a diminué de 44 % entre 2001 et 2012. L'Afrique australe et l'Afrique centrale, les deux régions avec la plus grande incidence, ont connu de fortes diminutions de 48 % et 54 %, respectivement. Mais on estimait encore à 2,3 millions le nombre de personnes de tous âges nouvellement infectées et à 1,6 million le nombre de décès liés au sida. L'Afrique subsaharienne est la région où 70 % du nombre estimé des nouvelles infections se sont produits en 2012, soit 1,6 million de cas.

Au niveau mondial, en 2012, on estimait qu'un nombre record de 35,3 millions de personnes vivaient avec le VIH, alors que le nombre de nouvelles infections continuait de dépasser celui des décès liés au sida et qu'un nombre inégalé de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale, les aidant à vivre plus longtemps. Il y a eu une diminution rapide de la mortalité due au sida chez les enfants, grâce à des interventions efficaces visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Cependant, près de 210 000 enfants sont morts de causes associées au sida en 2012, contre 320 000 en 2005.

De nombreux jeunes ne sont pas assez informés sur le VIH et continuent d'avoir un comportement à risque

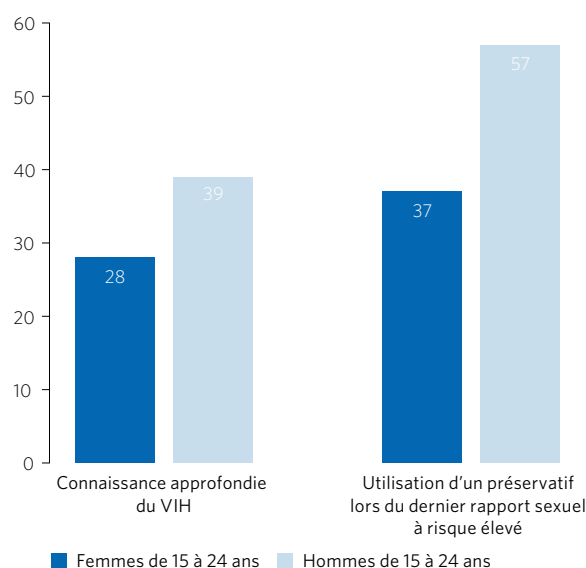
Les comportements à risque et l'insuffisance des connaissances sur le VIH restent à des niveaux alarmants chez les jeunes de certaines régions. Dans les zones où la majorité des nouvelles infections au VIH sont transmises sexuellement, des relations sexuelles protégées constituent le meilleur moyen de réduire le risque de contracter le virus. Au plan mondial, la diminution des nouvelles infections au VIH depuis 2001 témoigne de l'efficacité des efforts de prévention. Cependant, au cours de la dernière décennie, il n'y a pas eu de diminution substantielle du nombre de nouvelles infections au VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, malgré les efforts spéciaux visant ce groupe d'âge.

En Afrique subsaharienne, région la plus affectée par l'épidémie du VIH, seulement 39 % des jeunes hommes et 28 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont une connaissance approfondie du VIH. Dans cette même région, l'usage du préservatif chez les jeunes hommes et femmes ayant des rapports sexuels à haut risque a atteint 57 % et 37 %, respectivement. Ces taux étaient bien en deçà de la cible de 95 % fixée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida en 2001.

Dans plusieurs pays, certains signes indiquent une augmentation des comportements sexuels à haut risque,

tels qu'une diminution de l'utilisation des préservatifs et/ou une hausse du nombre de partenaires sexuels. Les efforts pour fournir des informations détaillées sur le VIH et des services pour atténuer la propagation du VIH doivent être intensifiés. Les jeunes doivent comprendre de bonne heure, avant qu'il ne soit trop tard, qu'il y a un risque permanent de contracter le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles.

Proportion de femmes et d'hommes de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne ayant une connaissance approfondie de la transmission du VIH et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque élevé, 2006-2012 (pourcentage)



Près de 18 millions d'enfants ont perdu un ou deux parents à cause du sida

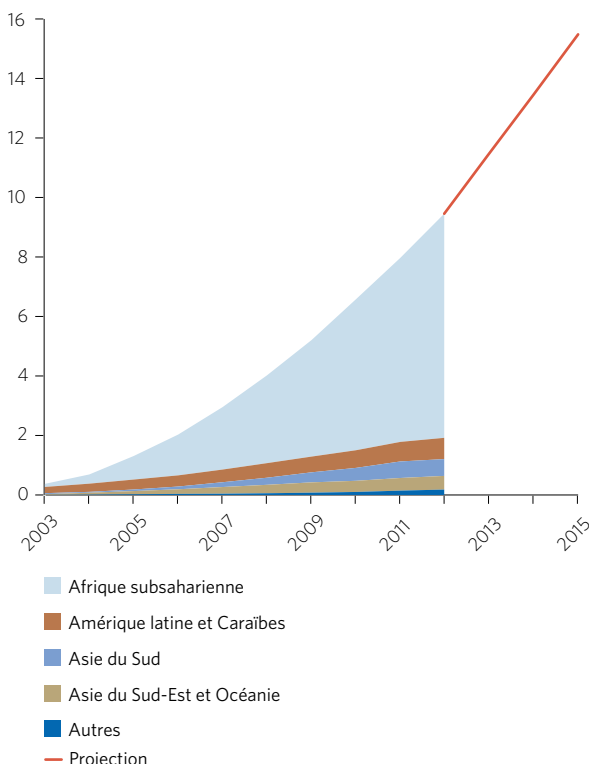
En 2012, il y avait environ 17,8 millions d'enfants dans le monde âgés de 0 à 17 ans qui avaient perdu un ou deux parents à cause du sida. Les efforts des programmes nationaux et des partenaires mondiaux pour atténuer l'impact du sida sur les ménages, les communautés et les enfants se sont intensifiés. Ces programmes ont assuré la continuité des soins pour les enfants et leurs familles et ont permis d'atteindre une scolarisation proche de la parité entre les orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans. Cependant, de plus grands efforts sont requis pour fournir une protection complète, des soins et une aide à tous les enfants vivant avec le VIH et aux ménages affectés par le sida.

CIBLE 6.B

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

Le traitement antirétroviral a sauvé 6,6 millions de vies depuis 1995, et élargir l'accès à cette thérapie peut en sauver bien plus encore

Nombre réel et projeté de personnes recevant un traitement antirétroviral, régions en développement, 2003-2015 (millions)



L'accès à un traitement antirétroviral a considérablement augmenté au cours des dernières années, sauvant encore plus de vies. En 2012, 1,6 million de personnes supplémentaires, la plus grande augmentation annuelle de tous les temps, ont reçu un traitement. Au total, 9,5 millions de personnes dans les régions en développement ont reçu un traitement. L'Afrique subsaharienne avait à la fois la plus grande proportion de personnes vivant avec le sida et la plus grande augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral. Ce traitement a permis d'éviter 6,6 millions de décès liés au VIH/sida dans le monde, entre 1995 et 2012, dont 5,4 millions de décès dans les régions en développement.

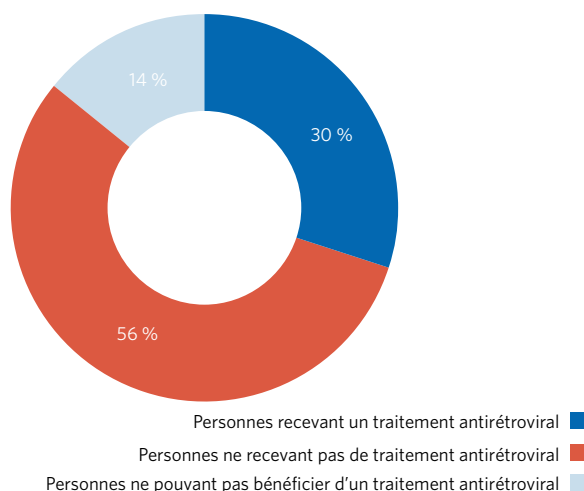
En supposant que l'élan actuel puisse être maintenu, le monde pourra atteindre l'objectif consistant à faire bénéficier d'un traitement antirétroviral 15 millions de personnes d'ici à fin 2015, comme cela avait été

décidé lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida en juin 2011. Il faut non seulement maintenir l'engagement politique et la mobilisation des communautés, mais également le financement national et international requis pour dispenser la thérapie antirétrovirale à travers le monde.

Les nouvelles directives pour le traitement du VIH fournies par l'Organisation mondiale de la Santé préconisent un traitement rapide du VIH et le traitement immédiat de certains groupes, comme les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, et les personnes atteintes de tuberculose et d'hépatite B liées au VIH. Ces nouvelles recommandations font que le nombre de personnes éligibles pour un traitement antirétroviral a augmenté de 15,4 millions à 27,5 millions dans les régions en développement. Actuellement, seulement 30 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement. Ces directives ouvrent non seulement de nouvelles opportunités pour le traitement et la prévention du VIH, mais ont également incité les pays à intensifier leurs actions contre le VIH.

Dans le monde, fin décembre 2012, plus de 900 000 femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient une prophylaxie ou un traitement antirétroviraux. La couverture des programmes

Éligibilité et accès à un traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH d'après les directives de 2013 de l'OMS, régions en développement, 2012 (pourcentage)



antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (à l'exclusion du traitement moins efficace de névirapine à dose unique) a augmenté de 57 % en 2011 à 62 % en 2012.

Le nombre total de personnes recevant une thérapie antirétrovirale masque d'importantes disparités en

matière d'accès au traitement entre les populations. Les enfants, les adolescents et les populations les plus exposées au risque de contamination par le VIH, comme les travailleurs du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, et les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, ne bénéficient pas assez des programmes de traitement.

CIBLE 6.C

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

Avec plus de trois millions de vies sauvées au cours de la dernière décennie, le monde est sur le point d'atteindre la cible contre le paludisme, mais de grands défis doivent encore être surmontés

Au niveau mondial, entre 2000 et 2012, l'expansion substantielle des actions contre le paludisme a permis une diminution de 42 % des taux de mortalité dus au paludisme. Durant cette période, près de 3,3 millions de décès, un chiffre plus important que prévu, ont été évités. Environ 90 % de ces décès évités, soit 3 millions, concernaient des enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne, contribuant considérablement à la réduction de la mortalité des enfants. Bien que les systèmes de surveillance du paludisme soient faibles dans la plupart des pays particulièrement affectés, la dernière en date des analyses de tendance indiquait que le monde est sur le point d'atteindre entièrement sa cible contre le paludisme.

La lutte contre le paludisme nécessite un engagement politique et financier durable de la part de la communauté internationale et des pays affectés, car environ 3,4 milliards de personnes risquent encore d'être infectées. En 2012, près de 207 millions de cas de paludisme ont été enregistrés à travers le monde, et la maladie a tué environ 627 000 personnes, dont 80 % d'enfants de moins de cinq ans. Environ 80 % des décès mondiaux dus au paludisme surviennent dans 17 pays. Au niveau mondial, deux pays, la République démocratique du Congo et le Nigéria, représentent 40 % de la mortalité due au paludisme.

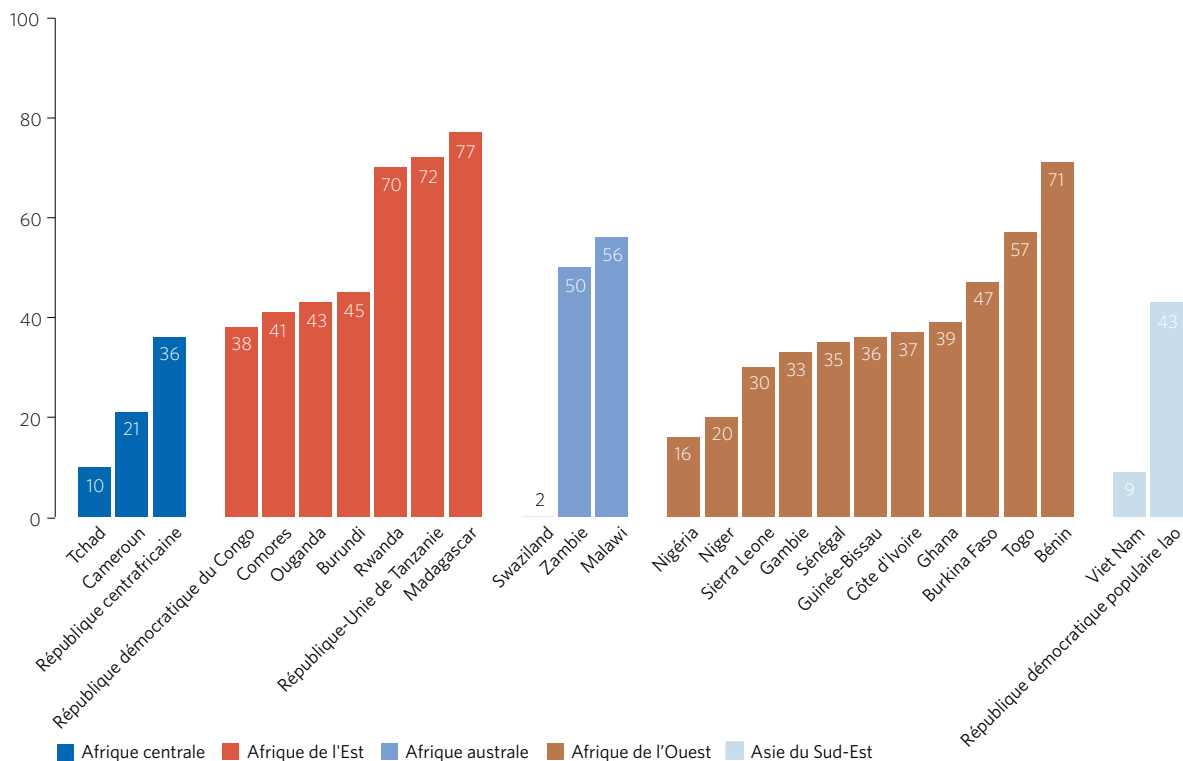
Des actions de contrôle des moustiques, dont la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et des programmes pour accroître la pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations, doivent être plus généralisées. Entre 2004 et 2013, plus de 700 millions de moustiquaires ont été fournies à des pays d'Afrique subsaharienne. Cependant, en 2013, environ 36 % seulement de la population vivant dans des zones à risque de paludisme en Afrique subsaharienne dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Les femmes enceintes et les enfants demeurent les plus vulnérables à la maladie.

Au Bénin, à Madagascar, en République-Unie de Tanzanie et au Rwanda, plus de 70 % des enfants de moins de cinq ans dormaient sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en 2012, contre seulement 20 % ou moins d'enfants de moins de cinq ans au Cameroun, au Niger, au Nigéria et au Tchad.

Une thérapie préventive, un diagnostic précoce et un traitement efficace et en temps opportun peuvent prévenir des décès. Des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine constituent le traitement le plus efficace contre les infections causées par le *P. falciparum*, le parasite transmettant le paludisme le plus mortel. Le nombre de traitements à base d'artémisinine fournis aux pays où le paludisme est endémique a augmenté de 11 millions en 2005 à 331 millions en 2012; la vente de tests de diagnostic rapide dans ces pays a augmenté de 200 000 unités à 205 millions d'unités pendant cette période. Les taux de dépistage et de traitement se sont donc substantiellement améliorés.

La dernière décennie a démontré à quel point les actions sanitaires publiques existantes pouvaient être puissantes et économiques pour réduire le fardeau du paludisme et sauver des vies afin de mettre la cible contre le paludisme à notre portée. Cependant, des millions de personnes n'ont pas encore accès à de tels programmes. Le budget annuel mondial nécessaire pour prévenir, diagnostiquer et traiter le paludisme est estimé à 5,1 milliards de dollars. En 2012, 2,6 milliards de dollars manquaient pour atteindre cet objectif, menaçant ainsi les progrès accomplis, en particulier dans les pays africains les plus touchés. En l'absence d'actions de contrôle durables, de financements prévisibles et d'investissements stratégiques pour le renforcement des systèmes de surveillance, les épidémies et les résurgences du paludisme continuent d'être une réelle menace. L'émergence d'une résistance aux médicaments et aux insecticides antipaludiques est également un sujet de préoccupation.

Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, sélection de pays, par région*, 2010-2012 (pourcentage)



* La composition des sous-régions en Afrique est montrée à la page 55 dans la section sur les groupements régionaux.

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose et de décès est en déclin, ce qui rend la cible accessible

En 2012, environ 8,6 millions de cas supplémentaires de tuberculose ont été diagnostiqués et 11,0 millions de personnes vivaient avec cette maladie.

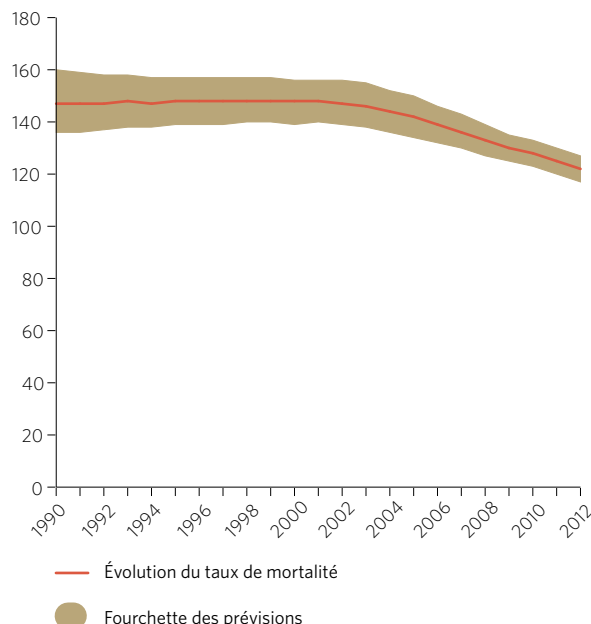
Au plan mondial, le nombre de nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 personnes a continué de diminuer, avec une baisse d'environ 2 % entre 2011 et 2012. Si cette tendance continue, la cible OMD qui consiste à arrêter et à inverser l'incidence de la tuberculose sera atteinte. Le taux de diminution de l'incidence de la tuberculose a été très lent.

On estime que bien plus de 2 milliards de personnes ont été infectées par le *Mycobacterium tuberculosis* dans le passé. L'absence d'une stratégie efficace, telle la

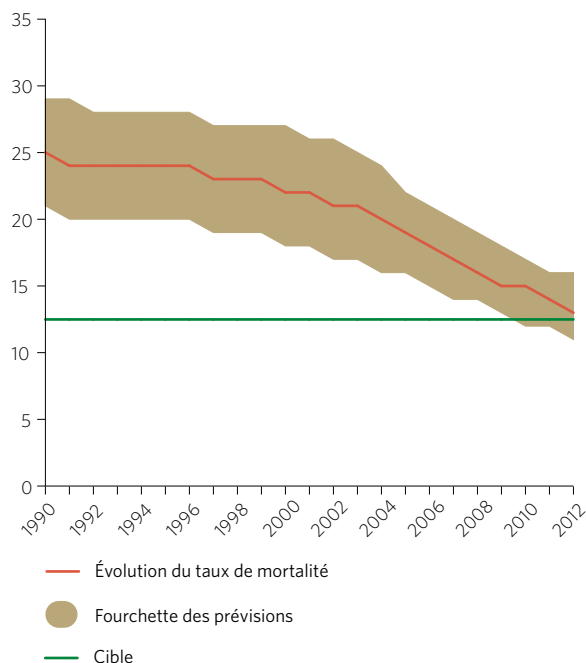
vaccination post-exposition pour prévenir la réactivation de la tuberculose chez les personnes déjà infectées, a limité l'impact du contrôle de la tuberculose.

En 2012, près de 1,3 million de personnes sont mortes de cette maladie, dont 320 000 étaient séropositives. Le nombre de décès dus à la tuberculose pour 100 000 personnes (à l'exclusion des personnes séropositives) est en diminution dans la plupart des régions. Les projections actuelles suggèrent que la cible de l'Initiative Halte à la tuberculose établie pour réduire de moitié, fin 2015, les taux de mortalité de 1990 pourrait être atteinte à la fois au plan mondial et dans plusieurs régions.

Nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 personnes, y compris les personnes séropositives, 1990-2012



Nombre estimé de décès dus à la tuberculose pour 100 000 personnes, à l'exclusion des personnes séropositives, 1990-2012



La mise en place de stratégies de traitement efficaces contre la tuberculose a sauvé des millions de vies, mais il reste des défis importants à relever

En 2012, 6,1 millions de personnes atteintes de tuberculose ont été officiellement diagnostiquées. Au total, 87 % des patients diagnostiqués en 2011 ont été traités avec succès, dépassant ainsi la cible de 85 % pour la quatrième année consécutive. Entre 1995 et 2012, le total cumulé des patients atteints de tuberculose et traités avec succès était de 56 millions, soit 22 millions de vies sauvées. Ce succès a été obtenu grâce à la mise en place intensive de l'Initiative Halte à la tuberculose lancée en 2006, et à son prédécesseur, le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS).

Malgré ces progrès satisfaisants, il reste encore beaucoup à faire. Un tiers des tuberculeux nouvellement diagnostiqués ne reçoit pas un traitement adéquat. En 2012, un tiers seulement des 300 000 cas de tuberculose multirésistante était diagnostiqué et traité selon les directives internationales. De nombreux patients séropositifs atteints de tuberculose ne connaissent pas leur statut sérologique, et près de la moitié de ces patients n'a pas encore reçu de traitement antirétroviral. Le défi est de combler l'insuffisance du financement qui, malgré l'augmentation des financements au cours de la dernière décennie, ainsi qu'un financement important du Fonds mondial dans de nombreux pays, est encore conséquent.

Objectif 7

Assurer un environnement durable

En bref

- Les émissions mondiales de gaz à effet de serre ont augmenté de presque 50 % depuis 1990.
- Les écosystèmes protégés couvraient 14 % des terres et des zones marines dans le monde fin 2012.
- Plus de 2,3 milliards de personnes supplémentaires ont eu accès à une source d'eau potable améliorée depuis 1990, mais 748 millions de personnes continuent de s'approvisionner en eau à partir d'une source non améliorée.
- Entre 1990 et 2012, près de deux milliards de personnes obtenaient l'accès à des services d'assainissement améliorés. Cependant, un milliard de personnes continuent de déféquer à l'air libre.
- Un tiers des habitants des zones urbaines dans les régions en développement vit encore dans des taudis.

CIBLE 7.A

Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales

Des millions d'hectares de forêts sont perdus chaque année, menaçant ainsi cette ressource précieuse

Dans le monde, chaque année entre 2000 et 2010, environ 13 millions d'hectares de forêts ont disparu à la suite de ravages naturels ou parce que les terres ont été converties à d'autres usages. L'urbanisation et l'expansion de l'agriculture commerciale à grande échelle ont été les principales raisons de la déforestation au plan mondial.

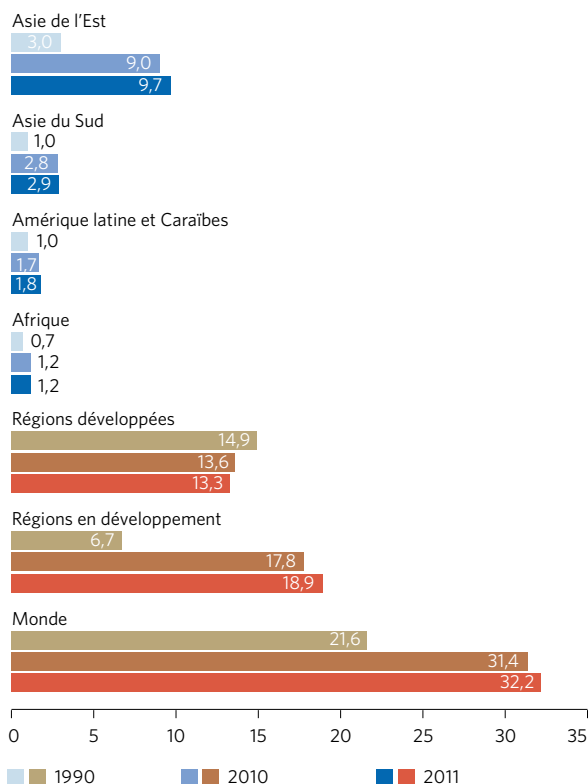
Le reboisement et l'expansion naturelle des forêts ont réduit la perte nette en forêts, la faisant passer d'une moyenne annuelle de 8,3 millions d'hectares dans les années 90 à une moyenne annuelle de 5,2 millions d'hectares entre 2000 et 2010. Cela a été la conséquence, en grande partie, des mesures prises par des pays tels que le Brésil, le Chili, la Chine, le Costa Rica, le Rwanda et le Viet Nam en vue de lutter contre la déforestation et gérer leurs forêts de manière durable.

La déforestation diminue la biodiversité et l'accès à une eau propre, elle augmente l'érosion du sol et l'émission de carbone dans l'atmosphère. Elle aboutit souvent à la perte de cette ressource économique majeure, et celle de moyens de subsistance pour les communautés rurales, les peuples indigènes et les femmes dans les pays en développement.

Les émissions mondiales de gaz à effet de serre continuent leur tendance à la hausse

Les émissions mondiales de dioxyde de carbone (CO₂) ont continué leur tendance à la hausse, en augmentation de 2,6 % entre 2010 et 2011. Les émissions mondiales de CO₂ ont atteint 32,2 milliards de tonnes métriques en 2011, soit une augmentation de 48,9 % par rapport à leur niveau en 1990. La croissance des émissions de CO₂ s'est accélérée après 2000, avec des émissions en augmentation de 35 % de 2000 à 2011, contre 10 % de 1990 à 2000. Cela a été essentiellement dû à la croissance rapide des émissions dans les régions en développement.

Émissions de dioxyde de carbone (CO₂), 1990, 2010 et 2011* (milliards de tonnes métriques)



* Les données pour 2011 sont des estimations préliminaires; les données pour quelques régions des OMD ne sont pas disponibles.

Les émissions moyennes par habitant dans les régions développées sont restées substantiellement plus élevées que celles des régions en développement. Les émissions moyennes des régions développées étaient d'environ 11 tonnes métriques de CO₂ par personne et par année en 2011, contre environ 3 tonnes métriques dans les régions en développement, bien qu'il y ait de grandes différences entre les régions. Cependant, les émissions en 2011 par unité de production économique étaient plus élevées dans les régions en développement que dans les régions développées : 0,4 contre 0,3 kilogramme de CO₂, respectivement, par dollar de production économique.

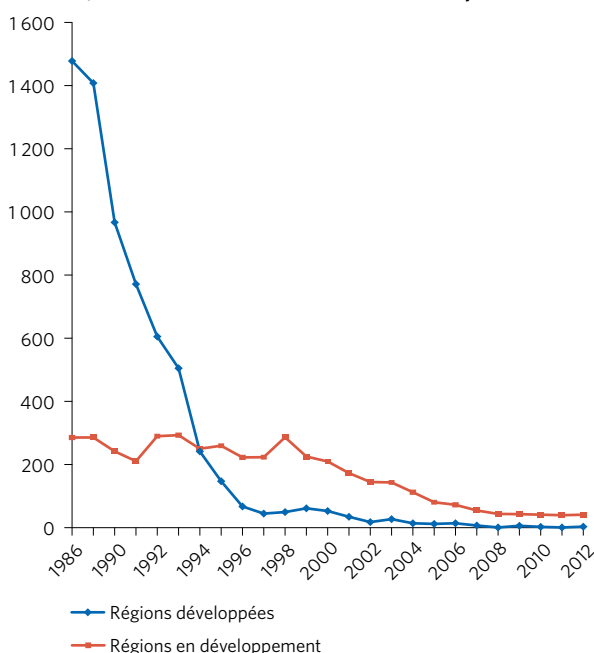
Contenir la croissance des émissions mondiales reste un défi. Des négociations pour relever ce défi sont en cours sous l'égide de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), destinée à développer « un protocole, un autre instrument juridique ou un texte agréé doté de force juridique dans le cadre de la Convention applicable à toutes ses parties » d'ici à fin 2015; ces négociations doivent s'achever lors de la conférence de la CCNUCC à Paris en décembre 2015.

Le monde a presque éliminé les substances appauvrissant la couche d'ozone

La consommation mondiale de substances appauvrissant la couche d'ozone a diminué de plus de 98 % entre 1986 et 2013. Les régions développées ont réussi à réduire leur consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone dans les dix années qui ont suivi 1986, alors que la réduction de cette consommation dans les régions en développement n'est devenue perceptible qu'après 2000, après que ces régions ont assumé leurs obligations. Tous les pays avaient arrêté l'utilisation des principales substances appauvrissant la couche d'ozone fin 2010 et elles seront progressivement supprimées au cours des deux prochaines décennies. Ces réalisations sont le résultat du Protocole de Montréal relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, un traité sur l'environnement conclu en 1987 et universellement ratifié. Le contrôle de conformité et le financement des pays en développement ont été les facteurs clés de son succès. Quelques problèmes subsistent, notamment l'utilisation de substances appauvrissant la couche d'ozone faisant l'objet de dérogations et la lutte contre leur commerce illicite.

Les substances appauvrissant la couche d'ozone sont des gaz à effet de serre. On a estimé que le Protocole de Montréal a évité des émissions de gaz à effet de serre équivalentes à plus de 135 milliards de tonnes métriques de dioxyde de carbone.

Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone, 1986-2012 (milliers de tonnes métriques)

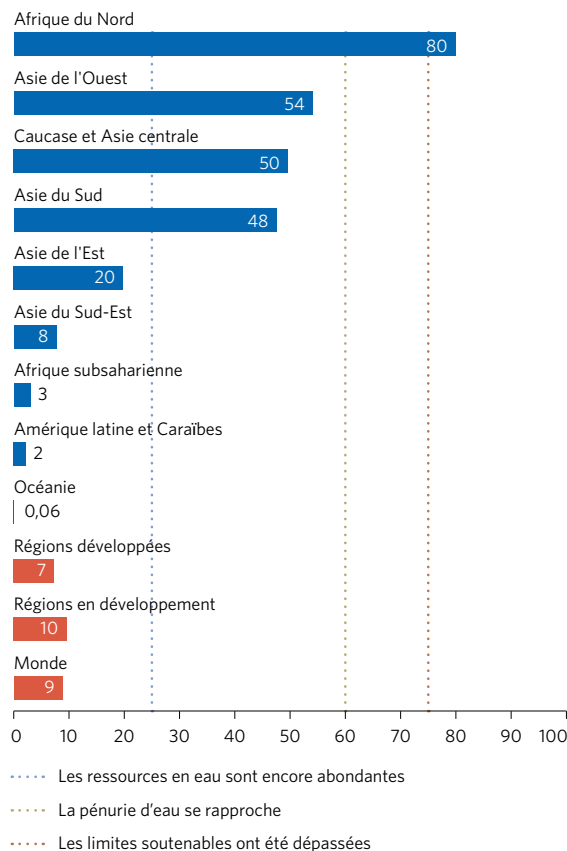


Les ressources en eau renouvelables sont de plus en plus rares

Les ressources en eau renouvelables en Afrique du Nord et dans la péninsule arabique en Asie de l'Ouest ont des taux de prélèvement excédant 75 %, à la limite de ce qui est considéré durable. Le reste de l'Asie de l'Ouest, ainsi que l'Asie du Sud, le Caucase et l'Asie centrale, ont des taux de prélèvement proches de, et supérieurs à, 50 %, ce qui n'est pas très éloigné du seuil de 60 % à partir duquel la rareté matérielle de l'eau devient une préoccupation à la fois pour les personnes et pour l'environnement : les écosystèmes sont mis à rude épreuve et tous les utilisateurs n'obtiennent pas à tout moment les quantités d'eau nécessaires.

D'autres régions prélèvent moins de 25 % de leurs ressources en eau renouvelables, qui est le plafond pour lequel les ressources en eau sont considérées abondantes. Cependant, ces valeurs régionales masquent d'énormes différences entre les régions et à l'intérieur des pays. Ainsi de nombreuses personnes en Australie et en Chine vivent dans des zones où la rareté de l'eau est grave, bien que, dans l'ensemble, chaque pays dispose de ressources en eau renouvelables suffisantes.

Proportion des prélèvements des ressources en eau renouvelables, vers 2008 (pourcentage)

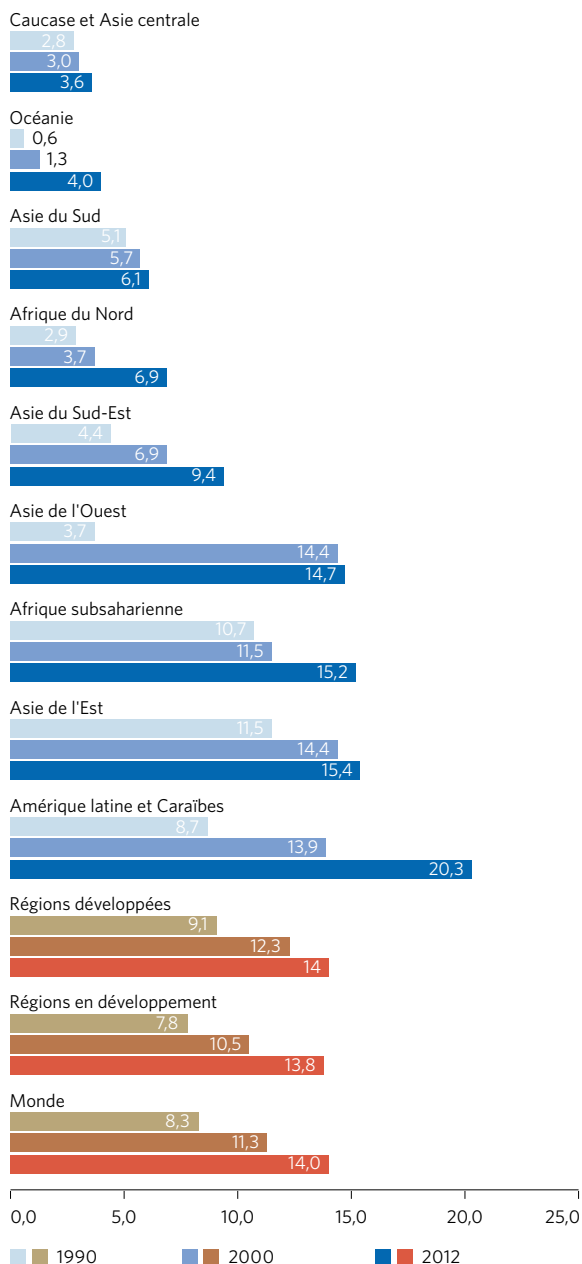


CIBLE 7.B

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

Les zones protégées sont en augmentation, ce qui contribue à la sauvegarde des ressources naturelles

Zones terrestres et marines protégées, 1990, 2000 et 2012 (pourcentage)



D'après les dernières estimations, au moins 14 % des zones terrestres et marines côtières (jusqu'à 12 milles nautiques) sont protégées. De telles zones protègent la diversité biologique et procurent de nombreux biens et services, comme de la nourriture et de l'eau, le contrôle du climat, la pollinisation des cultures et des loisirs.

Dans le monde, dans de nombreuses régions, les zones protégées ont augmenté de manière significative. En Amérique latine et aux Caraïbes, la couverture de la zone protégée a augmenté de 8,7 % à 20,3 % entre 1990 et 2012. L'Asie de l'Ouest a aussi étendu sa zone protégée significativement, de 3,7 % en 1990 à 14,7 % en 2012.

Les êtres humains dépendent des services et des ressources naturelles que l'on cherche à maintenir ou améliorer grâce à des zones protégées. La Convention sur la diversité biologique, ayant reconnu l'importance des zones protégées, a fixé une cible de protection égale à au moins 17 % de couverture des zones terrestres mondiales et 10 % des zones côtières et marines d'ici à la fin 2020, à travers un réseau mondial de zones protégées géré efficacement et équitablement, écologiquement représentatif et qui sauvegarde les zones particulièrement importantes en matière de biodiversité et de services écosystémiques. Actuellement, les zones protégées couvrent seulement 14,6 % des zones terrestres et 9,7 % des zones côtières marines (jusqu'à 12 milles nautiques). Des efforts renouvelés seront nécessaires pour atteindre les cibles de protection fixées par la Convention.

De nombreuses espèces sont menacées d'extinction du fait du déclin de leur population et de leur répartition

L'indice de la Liste rouge montre que, dans leur ensemble, les espèces connaissent des déclins de leur population et de leur répartition et, par conséquent, se rapprochent plus vite de l'extinction. L'indice mesure les tendances du risque global d'extinction d'ensembles d'espèces, et est établi par l'Union internationale pour la conservation de la nature et ses partenaires. Il est maintenant disponible pour tous les oiseaux du monde (10 000 espèces), les mammifères (4 500 espèces), les amphibiens (5 700 espèces) et les récifs coralliens en eau chaude (700 espèces).

La diversité biologique procure de nombreux services variés fournis par les écosystèmes, desquels dépendent les hommes et leurs moyens d'existence. Par exemple, de nombreuses études ont montré que les déclins ou les absences d'espèces qui pollinisent les cultures aboutissent à une productivité et une valeur moindres des cultures. Une analyse récente de l'indice de la Liste rouge a révélé des tendances au déclin des populations et de leur répartition et une augmentation du risque d'extinction des espèces d'oiseaux et mammifères pollinisateurs, ce qui sera vraisemblablement le cas aussi

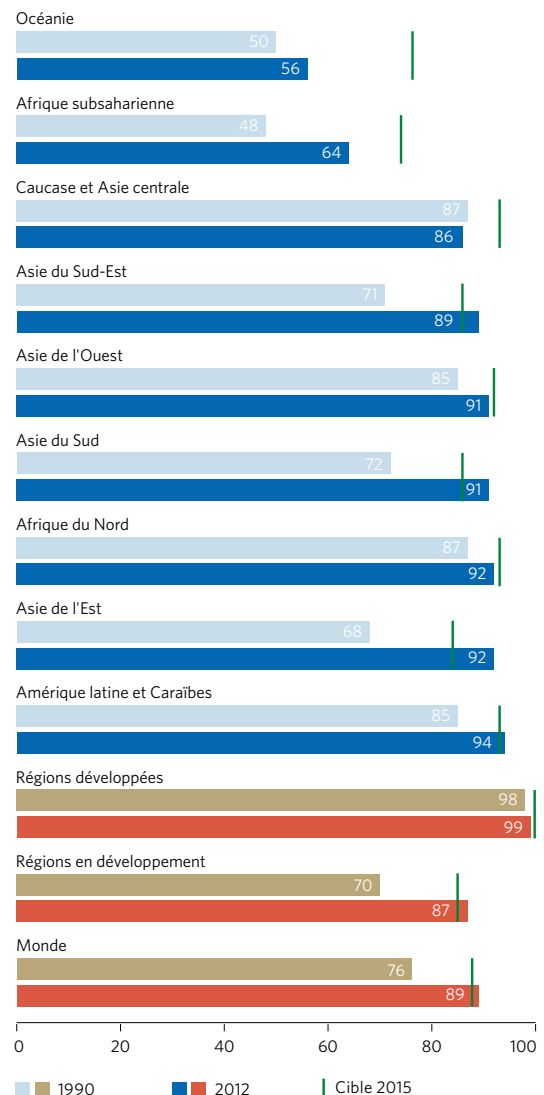
pour les insectes pollinisateurs. Il faut entreprendre plus d'actions pour inverser ces tendances, réduire les taux d'extinction et sauvegarder ainsi les avantages que ces espèces procurent aux sociétés humaines.

CIBLE 7.C

Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population n'ayant pas un accès durable à l'eau potable et à un assainissement de base

L'accès à une source d'eau potable améliorée est devenu une réalité pour 2,3 milliards de personnes depuis 1990

Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée, 1990 et 2012 (pourcentage)



En 2012, la proportion de la population mondiale ayant accès à une source d'eau potable améliorée était de 89 %, en hausse par rapport à 76 % en 1990.

La cible consistant à réduire de moitié la proportion des personnes sans accès à une source améliorée avait déjà été atteinte deux ans auparavant en 2010, cinq ans avant la date prévue. Plus de 2,3 milliards d'individus ont obtenu un accès à une source d'eau potable améliorée entre 1990 et 2012, parmi lesquels 1,6 milliard avaient l'eau courante dans leur foyer, ce qui représente le niveau de service le plus élevé, associé aux meilleurs résultats sanitaires.

L'Asie de l'Est, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Est ont enregistré les plus grandes augmentations de la proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée, avec des augmentations de 24, 19 et 18 points de pourcentage, respectivement. En Afrique subsaharienne, où la couverture initiale était faible, la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable améliorée a augmenté de 16 points de pourcentage entre 1990 et 2012, malgré une croissance importante de la population.

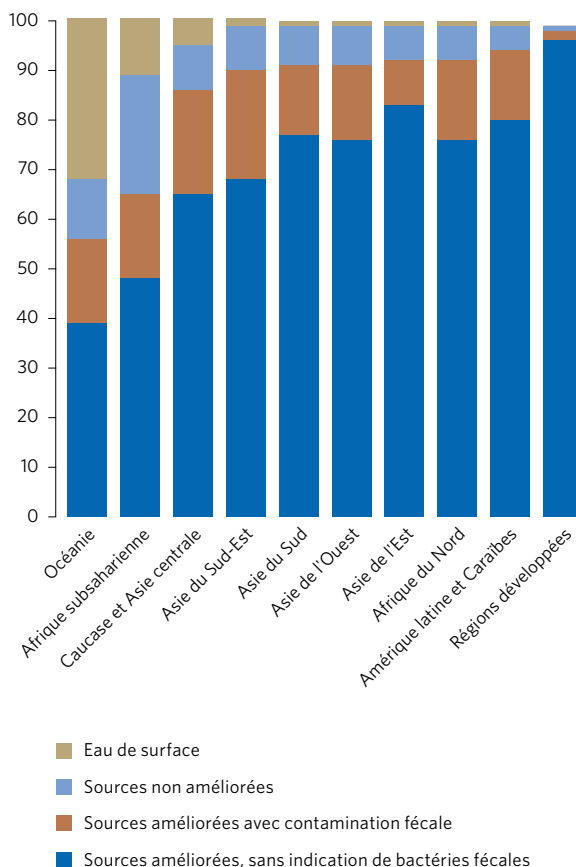


De nombreuses personnes dépendent encore de sources d'eau non potables

Il y avait 748 millions de personnes qui dépendaient encore de sources d'eau insalubre en 2012, dont 173 millions qui puisaient leur eau directement dans les rivières, ruisseaux ou étangs. Le reste de la population dépendait de puits ouverts non protégés ou de sources naturelles peu protégées. Quarante-cinq pays au monde n'étaient pas près d'atteindre la cible OMD sur l'eau potable.

En outre, ces populations utilisant une source d'eau potable améliorée n'ont pas nécessairement une eau salubre. De nombreuses installations améliorées sont microbiologiquement contaminées. Qui plus est, l'eau n'est pas facilement accessible pour de nombreux ménages, en particulier en Afrique subsaharienne. De nombreuses personnes, des femmes ou des jeunes filles en général, doivent fréquemment supporter de longues files d'attente ou parcourir de longues distances pour accéder à une source d'eau améliorée.

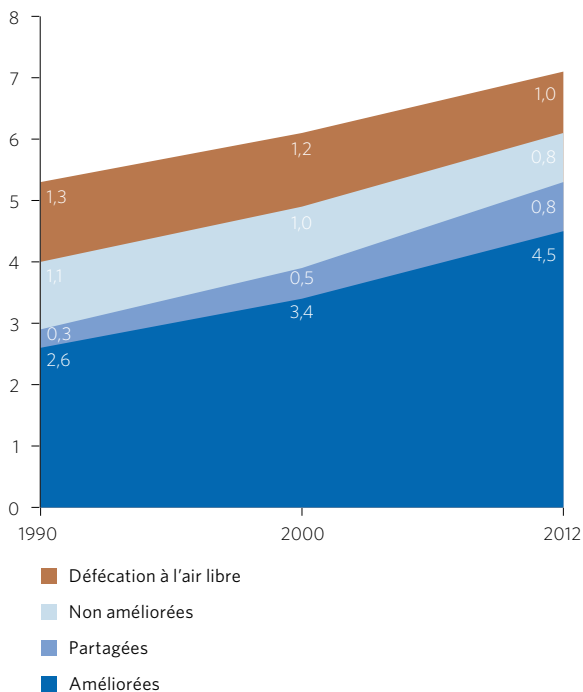
Répartition de la population par accès à des sources d'eau potable, 2012 (pourcentage)



Note : Estimations basées sur une analyse systématique de 345 études contenant des informations sur la qualité de l'eau potable.

Plus du quart de la population mondiale a obtenu un accès à des services d'assainissement améliorés depuis 1990, mais un milliard de personnes sont encore contraintes de déféquer à l'air libre

Population par pratiques d'assainissement, 1990, 2000 et 2012 (milliards)



Entre 1990 et 2012, près de 2 milliards de personnes supplémentaires ont obtenu un accès à des services d'assainissement améliorés, séparant de manière hygiénique les individus des matières fécales. Malgré l'augmentation importante de la couverture sanitaire, passée de 49 % en 1990 à 64 % en 2012, il semble peu probable que la cible OMD d'une couverture de 75 % sera atteinte d'ici à fin 2015. En 2012, 2,5 milliards de personnes n'utilisaient pas de services d'assainissement améliorés. De plus grands efforts et investissements seront requis pour remédier aux pratiques d'assainissement inadéquates dans les prochaines années.

En 2012, un milliard de personnes avaient toujours recours à la défécation à l'air libre, une pratique qu'il est nécessaire de stopper, car elle représente un risque énorme pour des communautés qui sont souvent déjà pauvres et vulnérables. La défécation à l'air libre est particulièrement prévalente en Asie du Sud, en Océanie et en Afrique subsaharienne. La grande majorité, 82 %, des personnes pratiquant la défécation à l'air libre vit désormais dans des pays très peuplés à revenus intermédiaires, comme l'Inde et le Nigéria.

Les habitants des zones rurales, les pauvres et les minorités ont un accès plus limité à une eau et à des services d'assainissement améliorés

L'absence d'une eau et de services d'assainissement améliorés est un phénomène principalement lié à la ruralité et à la pauvreté. Sept personnes sur dix n'ayant pas accès à des installations d'assainissement améliorées vivent dans des zones rurales. Les riches vivant dans des zones urbaines ont plus de chances d'avoir l'eau courante dans leur foyer, ou des toilettes reliées à un système d'égouts, alors que les pauvres utilisent souvent des sources communes ou doivent acheter leur eau auprès de marchands, partagent des installations publiques, ou dépendent de latrines à fosse. À part les disparités entre zones rurales et urbaines et celles liées à la richesse, des enquêtes auprès des ménages ont montré une couverture bien plus faible dans les pays pour certaines zones, minorités et autres groupes désavantagés.

En 2010, une résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies reconnaissait que l'accès à l'eau et à l'assainissement était un droit de l'homme. Elle demandait une couverture universelle, en mettant l'accent sur le besoin de surveiller et de remédier aux inégalités dans l'accès à une eau non polluée et un assainissement approprié.



CIBLE 7.D

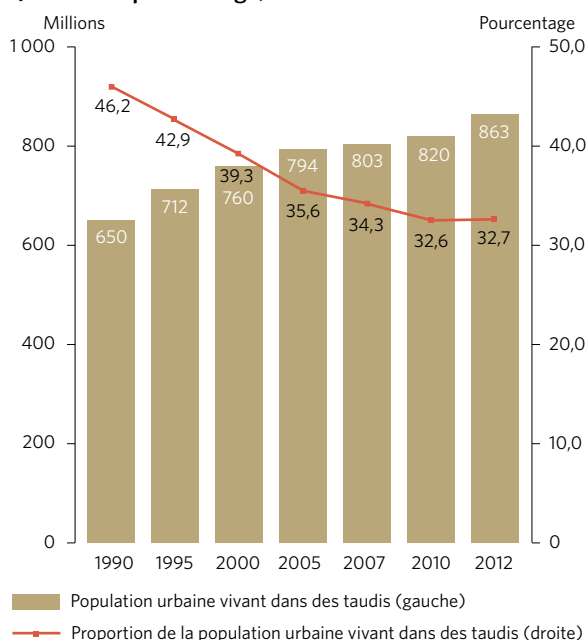
Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

Bien que la cible OMD ait été atteinte, le nombre de personnes vivant dans des taudis augmente

Les taudis sont caractérisés par l'absence de services de base, comme une eau potable améliorée et des installations d'assainissement adéquates, ainsi que par un régime foncier précaire, un logement non durable et le surpeuplement. Entre 2000 et 2012, plus de 200 millions d'habitants de taudis ont obtenu un accès à une eau améliorée, à des installations d'assainissement améliorées, à un logement durable, ou à des conditions de logement moins surpeuplé. Fin 2012, près de 33 % des habitants des villes dans les régions en développement vivaient encore dans des taudis. Douze années auparavant, en 2000, pratiquement 40 % des habitants des villes de ces régions se trouvaient dans cette situation.

Malgré ces avancées, le nombre de personnes vivant dans des taudis a continué d'augmenter, en partie à cause du rythme rapide de l'urbanisation. Le nombre d'habitants des villes vivant dans des taudis était estimé à 863 millions en 2012, contre 760 millions en 2000, et 650 millions en 1990. La proportion de personnes vivant dans des taudis dans les zones urbaines était particulièrement élevée en Afrique subsaharienne (62 %) et, dans une moindre mesure, en Asie du Sud (35 %), contre 24 % en Amérique latine et aux Caraïbes, et 13 % en Afrique du Nord. De plus grands efforts sont indispensables pour améliorer les vies des pauvres vivant dans des villes dans les régions en développement, et pour inverser la tendance à l'augmentation du nombre de personnes vivant dans des taudis.

Population urbaine vivant dans des taudis, pays en développement, 1990-2012 (millions et pourcentage)



Une mesure pour empêcher les taudis de s'étendre consiste à construire plus de rues

Une ville bien planifiée alloue entre 25 % et 30 % des terres aux rues. Les systèmes d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées sont ensuite habituellement construits le long des réseaux de rues existantes. Les zones urbaines non planifiées n'allouent pas assez d'espaces aux rues, rendant ainsi la tâche difficile aux autorités pour fournir des services de base d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

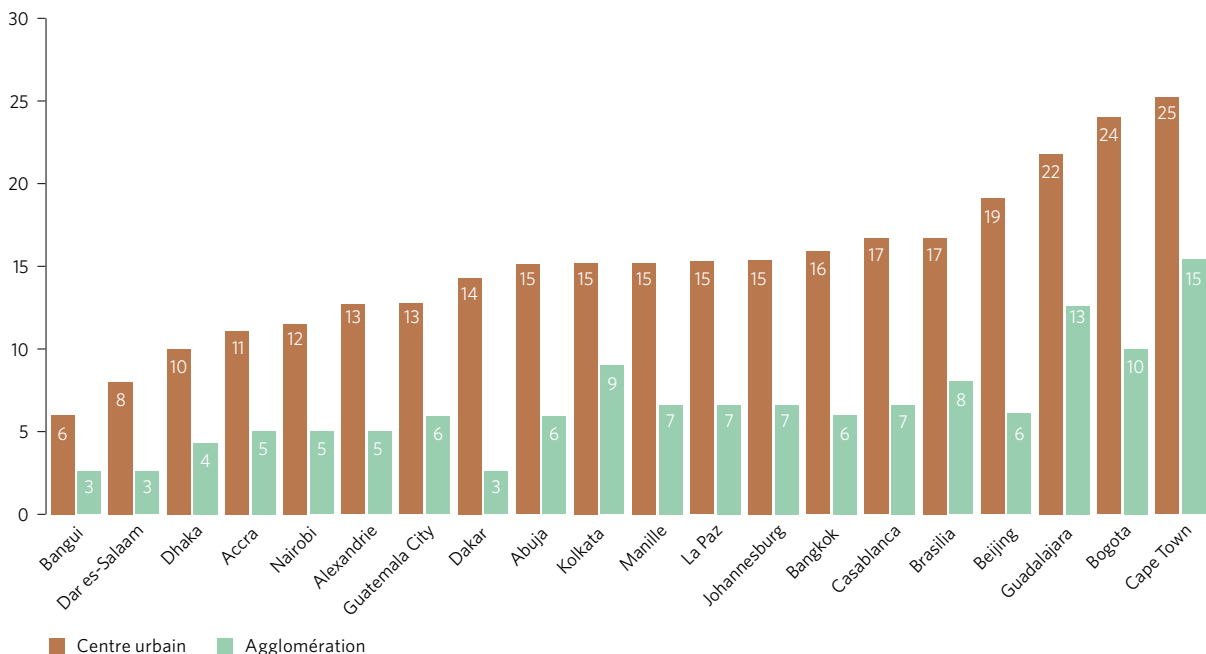
Moins de 15 % des terres étaient allouées aux rues dans de nombreux peuplements urbains en Afrique, en Asie ainsi qu'en Amérique latine et aux Caraïbes. Cette évaluation est basée sur des données provenant des systèmes d'informations géographiques (SIG) et des images satellites des réseaux de rues dans plus de 100 villes à travers le monde. Dans les 18 villes africaines incluses dans cette étude, 13 allouaient moins de 15 % des terres aux rues. La même étude montrait qu'il était courant dans les zones suburbaines pour toutes les villes que moins de 10 % des terres soient allouées aux rues, ce qui montre la fréquence de peuplements urbains non planifiés.

De nouvelles données géospatiales peuvent permettre un meilleur traitement du problème des taudis

Des informations sur les éléments de forme et structure urbaines, comme les réseaux de rues, les zones bâties et non bâties et la densité urbaine, permettent le développement de politiques urbaines efficaces en vue de résoudre l'absence de services de base dans les villes des régions en développement.

De telles informations peuvent être obtenues de nos jours en utilisant les SIG et la télédétection. La définition et la mesure des taudis devraient être améliorées afin d'inclure ces éléments, dans le but de fournir de meilleures directives pour les politiques.

Proportion des terres occupées par des rues dans une sélection de villes en Afrique, en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes, centre urbain et agglomération, 2013 (pourcentage)



Objectif 8

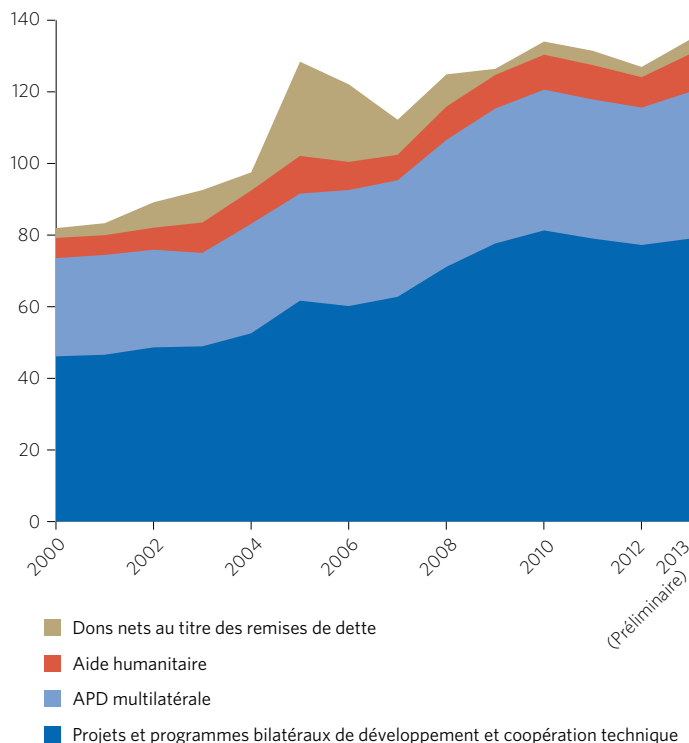
Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

En bref

- En 2013, l'aide publique au développement s'est élevée à 134,8 milliards de dollars, son plus haut niveau jamais enregistré.
- 80 % des importations en provenance des pays en développement sont admises en franchise de droits dans les pays développés.
- La charge de la dette des pays en développement reste stable à environ 3 % des recettes d'exportation.
- En Afrique, le nombre d'utilisateurs d'Internet a presque doublé au cours des quatre dernières années.
- 30 % des jeunes du monde entier sont des natifs numériques, se connectant depuis au moins cinq ans à Internet.

L'aide publique au développement se situe maintenant à son plus haut niveau, enrayant le déclin des deux dernières années

Aide publique au développement (APD) des pays du CAD/OCDE, 2000-2013 (milliards de dollars constants des États-Unis de 2012)



En 2013, l'aide publique au développement (APD) nette des pays développés aux pays en développement a augmenté de 6,1 % en termes réels par rapport à 2012, après deux années de baisse. L'APD nette des membres du groupe de pays appartenant au Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a atteint 134,8 milliards de dollars, son plus haut niveau jamais enregistré. Cela représentait 0,3 % du revenu national brut cumulé des pays développés. L'aide bilatérale (à l'exclusion des dons au titre des remises de dettes et de l'aide humanitaire) a augmenté de 2,3 % en termes réels et les contributions de base aux organisations multilatérales ont augmenté de 6,9 %.

Au total, 17 pays sur les 28 pays membres du CAD ont enregistré une augmentation de leurs allocations à l'APD, alors que 11 de ces pays ont déclaré une diminution. En 2013, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'Allemagne, le Japon et la France étaient les plus gros donateurs en volume. Le Danemark, le Luxembourg, la Norvège et la Suède ont continué de dépasser la cible APD des Nations Unies de 0,7 % du revenu national brut, alors que le Royaume-Uni a atteint cet objectif pour la première fois.

L'aide a aussi augmenté de la part de pays non membres du CAD. L'APD nette des Émirats arabes unis a atteint 1,25 % du revenu national brut, le ratio le plus élevé de tous les pays en 2013. La Turquie a augmenté son APD nette de 30 % en termes réels, et l'Estonie et la Russie de plus de 20 % par rapport à 2012.

Une récente enquête sur les plans prévisionnels de dépenses des donateurs du CAD a prévu une augmentation réelle de 2,4 % de l'aide programmable par pays en 2014, due principalement aux augmentations continues par certains donateurs et à des prêts à taux réduit de la part d'organisations multilatérales. Il est prévu que cette aide restera stable par la suite. L'aide programmable par pays exclut, par exemple, les éléments qui sont de nature imprévisible (aide humanitaire et allègement de la dette), n'impliquant pas des flux transfrontaliers (par exemple, coûts administratifs) ou ne faisant pas partie d'accords de coopération entre gouvernements. Elle est considérée comme un bon indicateur de l'aide enregistrée au niveau d'un pays.

En 2011-2012, sur les 98,8 milliards de dollars d'aide totale allouée à des secteurs spécifiques, 23,5 milliards de dollars ont été octroyés à la réalisation de l'objectif sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.



CIBLES 8.B et 8.C

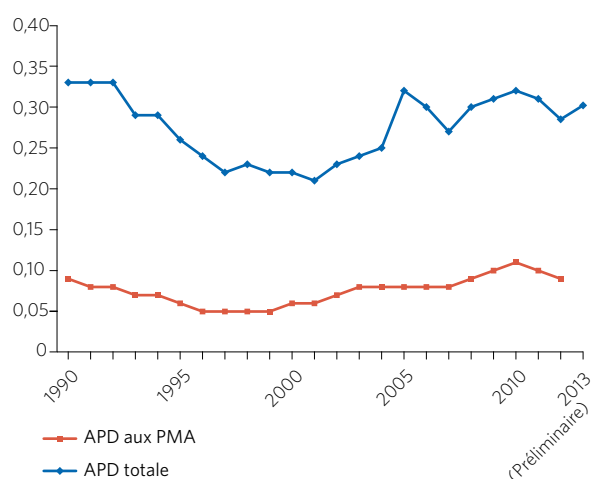
Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés (PMA), des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement

L'aide va de moins en moins aux pays les plus pauvres

Ces dernières années, près d'un tiers du flux de l'aide totale des donateurs était destiné aux pays les moins avancés (PMA). En 2012, l'aide des donateurs du CAD aux PMA se montait à 0,09 % de leur revenu national brut cumulé, son ratio le plus bas depuis 2008.

L'aide bilatérale nette à l'Afrique (où se trouvent 34 des 48 PMA) a baissé de 5,6 % en 2013, passant à 28,9 milliards en termes réels. L'enquête du CAD suggérait la possibilité d'une baisse continue de 5 % de l'aide programmable par pays aux PMA et aux pays à faibles revenus, en particulier en Afrique, reflétant ainsi un accès réduit aux subventions dont les PMA dépendent étroitement. La même enquête révélait la priorité accordée à moyen terme aux pays à revenus intermédiaires; beaucoup de ces pays ont un grand nombre de personnes vivant dans une extrême pauvreté. Très probablement, l'aide à ces pays revêtira la forme de prêts à taux réduits.

Aide publique au développement nette des pays du CAD/OCDE en proportion du revenu national brut des donateurs, 1990-2013 (pourcentage)

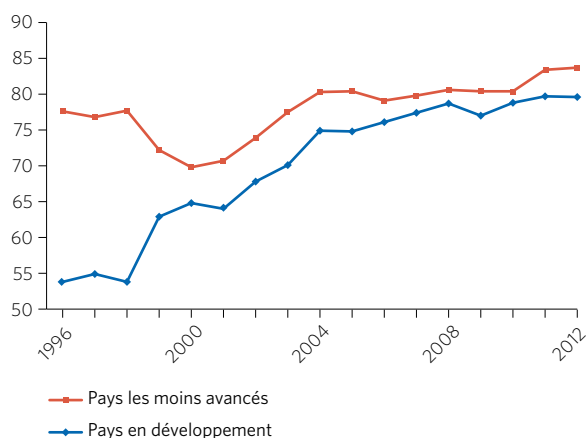


CIBLE 8.A

Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire

La libéralisation du commerce s'est ralentie, tandis que les pays les moins avancés bénéficient d'un traitement préférentiel réel

Proportion des importations des pays développés (pétrole et armes exclus) en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés (PMA) qui sont admises en franchise de droits, 1996-2012 (pourcentage)



Note : Cet indicateur est soumis à l'influence des modifications de la structure des exportations et des prix relatifs.

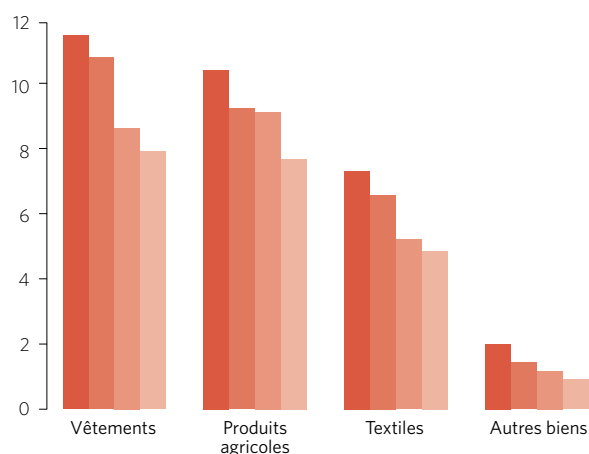
En 2012, 80 % des importations en provenance des pays en développement sont entrées dans les pays développés en franchise de droits. Entre 1996 et 2004, suite à la fin des négociations multilatérales sur la libéralisation du commerce du Cycle d'Uruguay de 1995, le pourcentage des importations (à l'exclusion du pétrole et des armes) en provenance des pays en développement qui sont entrées dans les pays développés en franchise de droits a augmenté de 2,5 points de pourcentage en moyenne chaque année. Une grande proportion des importations qui sont entrées en franchise de droits résulte de l'élimination multilatérale des tarifs douaniers au titre du traitement de la nation la plus favorisée (NPF). Après 2004, l'accès en franchise de droits accordé aux importations en provenance des pays en développement ne s'est amélioré que graduellement et représentait 0,5 point de pourcentage supplémentaire chaque année. L'accès en franchise de droits pour les exportations des pays les moins avancés vers les marchés des pays

développés atteignait 84 % en 2012. La majeure partie du traitement en franchise de droits, soit 54 %, était véritablement préférentielle et non le résultat du traitement de la nation la plus favorisée, accessible à tous les exportateurs. L'écart du traitement préférentiel en faveur des PMA a augmenté depuis 2010.

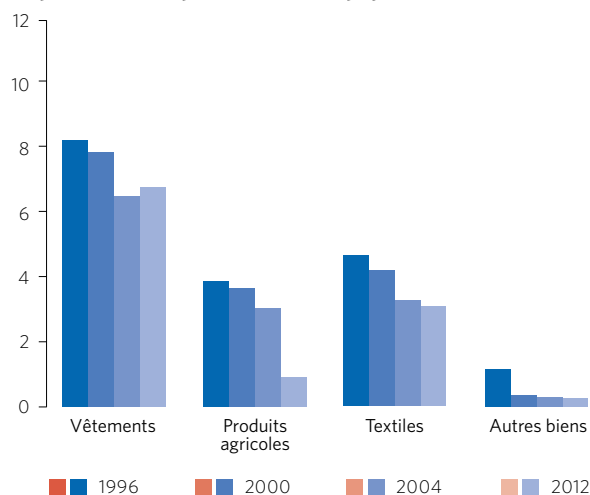
Les tarifs douaniers moyens ont diminué, mais leur diminution s'est ralentie

Tarifs douaniers moyens des pays développés sur des produits essentiels en provenance des pays en développement et des pays les moins avancés (PMA), 1996, 2000, 2004 et 2012 (pourcentage *ad valorem*)

Exportations en provenance des pays en développement



Exportations en provenance des pays les moins avancés



Note : Basés sur une structure fixe des exportations, 1999-2001.

L'augmentation ponctuelle, en 2012, des tarifs douaniers moyens pour les vêtements en provenance des PMA est due à une hausse des importations par les États-Unis de produits en provenance des pays asiatiques les moins avancés et non pas à un changement des tarifs nominaux.

Entre 1996 et 2004, le tarif douanier moyen appliqué par les pays développés aux importations de vêtements et de textiles en provenance des pays en développement a diminué de 2,8 et 2,1 points de pourcentage, respectivement. Entre 2005 à 2012, le tarif douanier moyen sur ces produits a diminué de moins de 1 point de pourcentage. Le tarif douanier moyen sur les produits agricoles a baissé de 1,3 point de pourcentage entre 1996 et 2004, puis, par la suite, de 1,4 point de pourcentage supplémentaire jusqu'à fin 2012.

De même, les PMA ont connu des baisses des tarifs douaniers moyens sur les vêtements et les textiles entre 1996 et 2004, mais qui, cependant, n'ont pas duré les années suivantes. Cela s'explique en partie par le fait que de nombreux pays développés avaient déjà accordé à la plupart des PMA un traitement en franchise totale de droits pour ces produits, l'indicateur ne montrant plus alors que les exceptions. En revanche, le tarif douanier moyen sur les produits agricoles en provenance des PMA a continué de baisser après 2004, passant à moins de 1 %, ce qui s'est traduit par une marge préférentielle de presque 6,8 points de pourcentage par rapport aux exportations concurrentes provenant d'autres pays en développement.

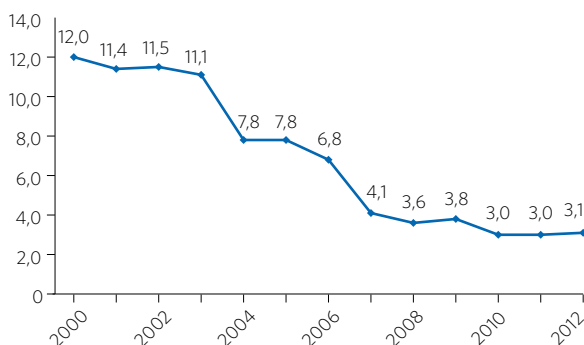


CIBLE 8.D

Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement

La charge de la dette des pays en développement est bien moins élevée qu'en 2000, mais elle ne diminue plus

Versement au titre de la dette extérieure en proportion des recettes tirées des exportations, tous les pays en développement, 2000-2012 (pourcentage)



Note : Les données couvrent uniquement les pays en développement qui communiquent leurs informations au Système de notification de la dette de la Banque mondiale.

La charge de la dette extérieure d'un pays affecte sa solvabilité et sa vulnérabilité aux chocs économiques. En 2012, la charge de la dette des pays en développement, mesurée comme le ratio entre le service de la dette extérieure et les recettes d'exportation, était de 3,1 %, au même niveau que les deux années précédentes. Cela était beaucoup plus bas qu'en 2000, lorsque la charge de la dette des pays en développement représentait 12 % de leurs recettes d'exportation. Une meilleure gestion de la dette, l'expansion du commerce, et, pour les pays les plus pauvres, un allègement substantiel de la dette ont réduit la charge de la dette.

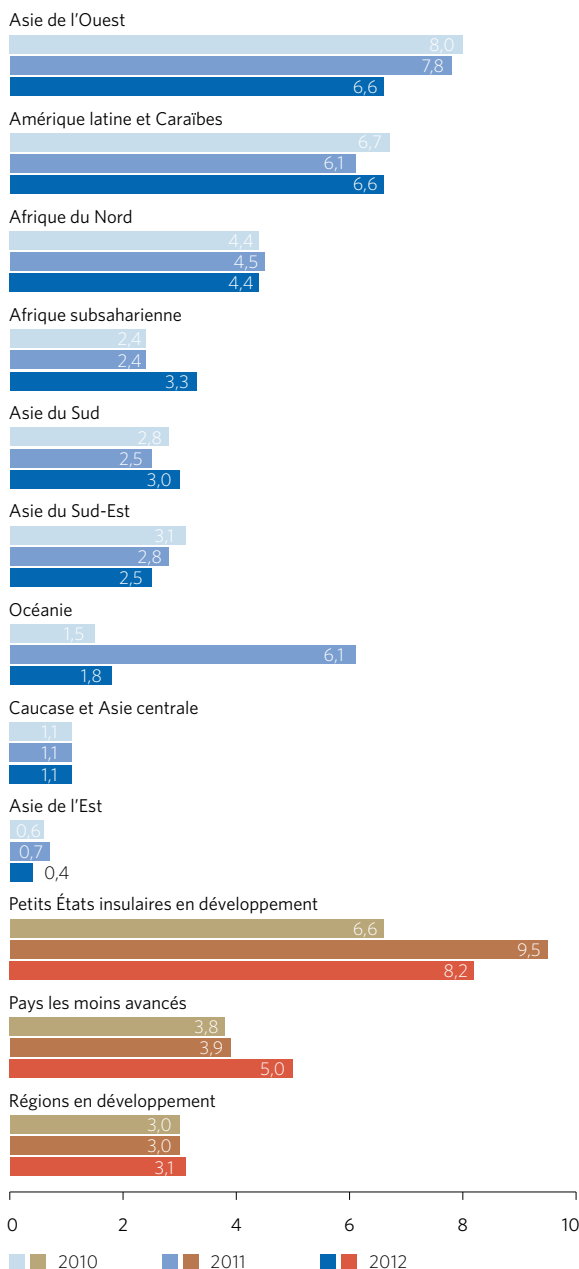
La tendance à la baisse du taux d'endettement a été brièvement interrompue en 2009 par la chute brutale des recettes d'exportation due à la crise financière mondiale. Cependant, à mesure que les recettes d'exportation ont augmenté, les taux d'endettement ont repris leur progression à la baisse en 2010, avec les taux de plusieurs régions tombant en dessous de leur niveau de 2008, et sont restés relativement inchangés depuis.

En 2011, l'Océanie et les petits États insulaires en développement ont vu bondir leurs ratios entre le service de la dette et les recettes d'exportation, principalement en raison du remboursement d'un emprunt d'obligations de 150 millions de dollars par les Fidji. Bien évidemment, l'Océanie et les petits États insulaires en développement

étaient aussi les régions affichant la plus grande diminution de leurs ratios entre le service de la dette et les recettes d'exportation en 2012, lorsque le service de la dette publique totale des Fidji est revenu à un niveau plus normal.

Trente-neuf pays peuvent bénéficier d'un allègement de la dette au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres

Service de la dette extérieure en proportion des recettes tirées des exportations, 2010, 2011 et 2012 (pourcentage)



Note : Les données couvrent uniquement les pays en développement qui communiquent leurs informations au Système de notification de la dette de la Banque mondiale.

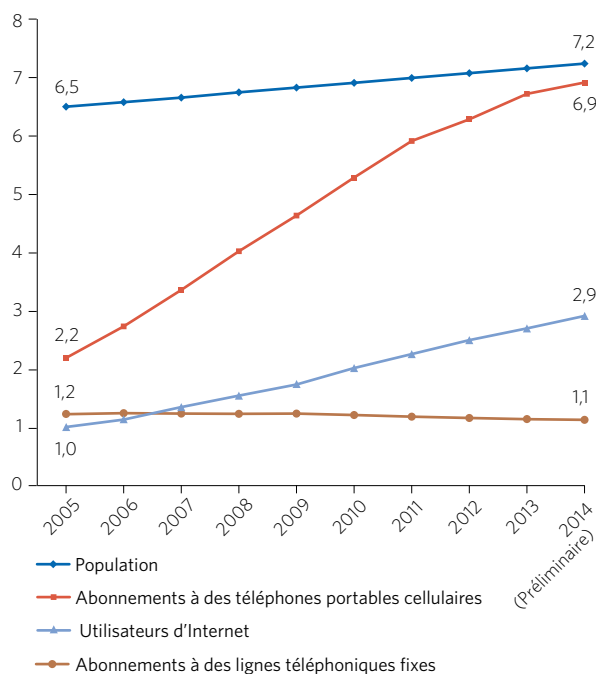
très endettés (PPTE). Parmi eux, 36 pays ont atteint leur point de décision et ont fait réduire de 57,3 milliards de dollars le service futur de la dette (en valeur actuelle nette fin 2012); les 35 pays qui ont atteint leur point d'achèvement bénéficient d'un allègement complet de la dette au titre de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale.

CIBLE 8.F

En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et des communications, soient accordés à tous

L'utilisation des technologies modernes de l'information et des communications continue de croître, avec près de trois milliards de personnes connectées et sept milliards d'abonnements à des téléphones portables cellulaires

Nombre estimé des abonnements à des téléphones portables cellulaires, des utilisateurs d'Internet et des abonnements à des lignes téléphoniques fixes, 2005-2014 (milliards)



Près de trois milliards de personnes, soit 40 % de la population mondiale, utiliseront Internet fin 2014. Des réseaux et services des technologies

de l'information et des communications (TIC) plus largement disponibles, un contenu et des applications en augmentation, et la baisse des prix des TIC permettent à un nombre croissant de personnes de rejoindre la société mondiale de l'information. Alors que le nombre d'abonnements à des lignes téléphoniques fixes stagne depuis plus de dix ans, les abonnements à des téléphones portables cellulaires ont continué de croître, surtout dans les pays en développement. Fin 2014, le nombre d'abonnements à des téléphones portables cellulaires atteindra presque sept milliards au plan mondial; de nombreuses personnes détenant plusieurs abonnements à des téléphones portables.

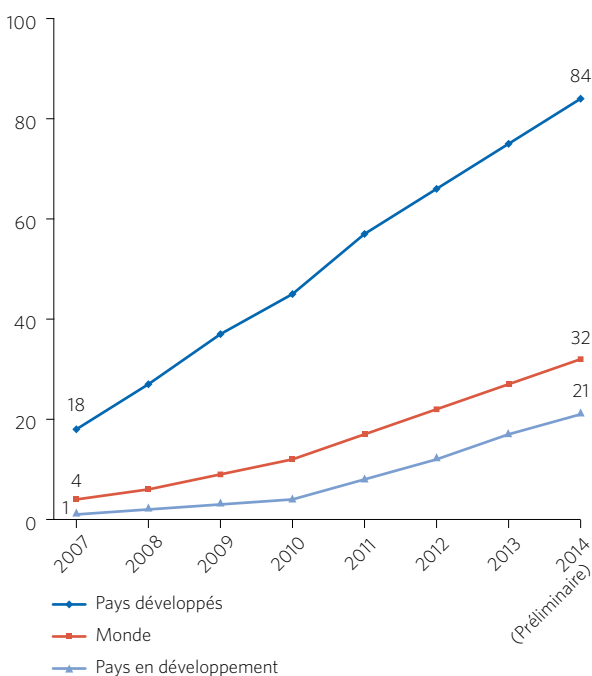
Deux tiers des utilisateurs d'Internet dans le monde vivent dans les régions en développement, où leur nombre a doublé en seulement cinq ans entre 2009 et 2014. En Afrique, près de 20 % de la population est connectée, contre 10 % en 2010. En 2014, la pénétration et l'utilisation d'Internet dans les pays en développement a augmenté de 8,7 %, deux fois plus rapidement que dans le monde développé où son utilisation a augmenté de 3,3 %. Malgré tout, moins d'un tiers de la population

du monde en développement est connectée, contre 78 % dans le monde développé. Au niveau mondial, plus de quatre milliards de personnes n'utilisent pas encore Internet, dont 90 % vivent dans des pays en développement, soulignant la nécessité d'améliorer l'accessibilité et les prix des services Internet.

Les jeunes jouent un rôle moteur dans la société de l'information, en particulier dans les pays en développement où ils représentent une part substantielle de la population totale. En 2012, il y avait près de 363 millions de natifs numériques, soit des personnes entre 15 et 24 ans se connectant depuis au moins cinq ans à Internet. Cette cohorte correspond à 30 % des jeunes dans le monde et à 5 % de la population mondiale totale. Dans les régions développées, 82 % des jeunes sont des natifs numériques. En revanche, dans les pays en développement, où un grand nombre de jeunes n'ont été connectés que plus récemment, 23 % seulement des jeunes sont des natifs numériques. Cependant, dans les cinq prochaines années, la population des natifs numériques des pays en développement va plus que doubler, ce qui va aider ces pays à accélérer l'adoption de programmes numériques.

L'accès à Internet à haut débit croît rapidement, les prix de la large bande baissent et les réseaux à large bande mobile se développent rapidement

Nombre d'abonnements actifs à large bande mobile pour 100 habitants, 2007-2014



L'expansion rapide des services à large bande fixe et mobile et la baisse des prix du haut débit ont été les principaux moteurs de la société de l'information. Dans le monde, presque tous les pays ont au moins lancé les services à large bande mobile de troisième génération, et le nombre des abonnements a augmenté rapidement. D'ici à la fin 2014, il y aura 32 abonnements à large bande mobile pour 100 habitants, soit presque le double du taux de pénétration de 2011. La pénétration de la large bande mobile a atteint presque 84 % dans les pays développés, contre 21 % dans les pays en développement. La pénétration de la large bande fixe est plus lente que celle de la large bande mobile, mais atteindra le niveau de 10 % au plan mondial fin 2014.

Le prix des services à large bande a continué de chuter. Au niveau mondial, entre 2008 et 2012, les prix de la large bande fixe ont diminué de 82 %, la plus forte baisse ayant eu lieu dans les pays en développement. Cependant, les services à large bande sont bien plus abordables dans les pays développés que dans les pays en développement, où ils restent hors de prix pour une grande partie de la population. Ajouter des forfaits abordables de transmission de données à des services de base de téléphonie vocale mobile relativement peu coûteux est une des stratégies qui permettrait à un plus grand nombre de personnes des pays en développement de bénéficier de l'accès à Internet.

Note au lecteur

Mesurer les progrès vers les OMD

Les progrès accomplis dans la réalisation des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) se mesurent par rapport à 21 cibles et 60 indicateurs officiels¹. Le présent rapport détaille les avancées faites au plan mondial pour chacun de ces objectifs en s'appuyant sur les données disponibles en juin 2014².

La plupart des cibles des OMD ont pour échéance 2015, avec 1990 comme date de référence pour juger des progrès accomplis. Les données nationales sont agrégées aux niveaux régionaux et sous-régionaux, afin de montrer les avancées globales au fil du temps. La composition des régions et sous-régions des OMD est basée sur les divisions géographiques de l'ONU, avec quelques modifications nécessaires pour créer, dans la mesure du possible, des groupes de pays pour lesquels une analyse significative peut être faite. En plus des groupements régionaux des OMD, le rapport présente aussi des données relatives à des sous-régions en Afrique, basées sur la classification adoptée par la Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies³. Bien que les chiffres agrégés représentent un moyen pratique de mesurer les progrès, la situation de chaque pays au sein d'une région peut présenter de fortes variations par rapport aux moyennes régionales. On trouvera les données concernant chaque pays, ainsi que la composition de toutes les régions et sous-régions, à l'adresse suivante : <http://mdgs.un.org>.

¹ On trouvera une liste complète des objectifs, cibles et indicateurs à l'adresse suivante : <http://mdgs.un.org>.

² Comme il s'écoule un certain temps entre la collecte et l'analyse des données, on n'a pu compiler que très peu d'indicateurs pour l'année en cours. La plupart des indicateurs sont calculés à partir de données recueillies les années précédentes, en général jusqu'en 2012 ou 2013.

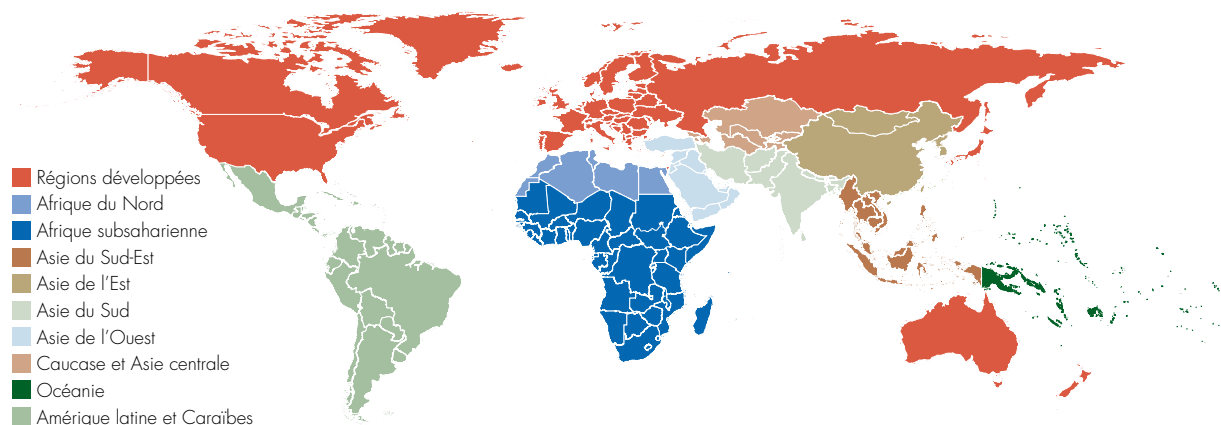
³ La composition de ces sous-régions est présentée à la section Groupements régionaux.

Les bases de l'analyse

Les chiffres régionaux et sous-régionaux présentés dans ce rapport ont été rassemblés par les membres du Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement. Les chiffres sont des moyennes pondérées des données de pays et utilisent la population de référence comme coefficient de pondération. Pour chacun des indicateurs, une organisation spécialisée a été désignée pour réunir les données officielles et prendre en charge l'élaboration de méthodologies pour la collecte et l'analyse de ces données. (Voir page 56 la liste de ces organisations.) Les données proviennent le plus souvent des statistiques officielles fournies par les pouvoirs publics aux organismes internationaux responsables de l'indicateur. Pour combler d'éventuelles lacunes, nombre d'indicateurs proviennent exclusivement de données réunies dans le cadre d'enquêtes commanditées et réalisées par des organismes internationaux ou sont complétés par ces données.

Il s'agit, notamment, d'un certain nombre d'indicateurs sanitaires, qui sont compilés en grande partie à partir des enquêtes par grappes à indicateurs multiples et des enquêtes démographiques et sanitaires. Certains pays disposent de données plus récentes qui n'ont pas encore été communiquées à l'institution spécialisée concernée. Dans d'autres cas, les pays ne produisent pas les données requises pour compiler l'indicateur et les institutions internationales responsables doivent procéder à une estimation des valeurs manquantes. Même lorsqu'on dispose de données nationales, il est souvent nécessaire de procéder à des ajustements à des fins de comparabilité internationale. Les données provenant de sources internationales diffèrent donc souvent de celles dont disposent les pays. La Division de statistique de l'ONU tient à jour le site Internet officiel du Groupe interinstitutions et d'experts sur les indicateurs relatifs aux OMD (<http://mdgs.un.org>) ainsi que sa base de données. Pour en améliorer la transparence, les séries de données par pays qui y figurent ont des codes de couleur indiquant si les chiffres sont des estimations ou s'ils ont été fournis par des organismes nationaux; ils sont aussi accompagnés de métadonnées, avec des explications détaillées sur la façon dont les indicateurs sont produits et sur les méthodologies utilisées pour les agrégats régionaux.

Groupelements régionaux



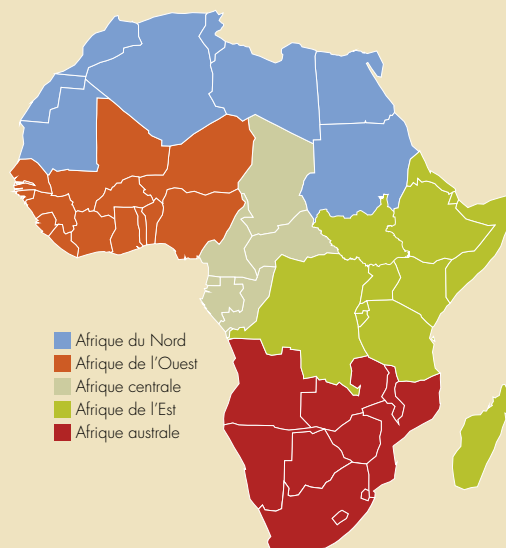
Ce rapport présente des données sur les progrès réalisés vers les objectifs du Millénaire pour le développement pour l'ensemble du monde et pour certains groupements de pays. Ceux-ci sont classifiés en régions « en développement » et régions « développées »*. Les régions en développement sont encore décomposées en sous-régions indiquées sur la carte ci-dessus. Ces groupements régionaux sont basés sur des divisions géographiques des Nations Unies, avec quelques modifications nécessaires pour créer au mieux des groupes de pays, pour lesquels une analyse significative peut être effectuée. Une liste complète des pays inclus dans chaque région et sous-région est disponible sur mdgs.un.org.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent aucune expression d'opinion quelconque de la part du Secrétariat des Nations Unies concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou domaine de ses autorités, ou la délimitation de ses frontières.

* Comme aucune convention n'a été établie pour la classification des pays « développés » ou « en développement » dans le système des Nations Unies, cette distinction est faite uniquement pour les besoins de l'analyse statistique.

Sous-régions africaines

Pour quelques indicateurs des OMD, les données sont présentées séparément pour les plus petites sous-régions en Afrique, et sont basées sur la classification adoptée par la Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies.



Contributions des organismes

Les contributions en données et analyses pour les indicateurs présentés dans les huit objectifs ont été faites par des organismes spécialisés de la manière suivante :

- **Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim**
Cible 1.A : Banque mondiale
Cible 1.B : OIT
Cible 1.C : FAO et UNICEF
Contribution supplémentaire : HCR
- **Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous**
Cible 2.A : UNESCO
- **Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes**
Cible 3.A : OIT, UIP, UNESCO et ONU-Femmes
- **Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants**
Cible 4.A : UNICEF, Division de la population des Nations Unies, Banque mondiale et OMS
- **Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle**
Cible 5.A : FNUAP, UNICEF, Division de la population des Nations Unies, Banque mondiale et OMS
Cible 5.B : FNUAP, UNICEF, et Division de la population des Nations Unies
- **Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies**
Cible 6.A : ONUSIDA, UNICEF et OMS
Cible 6.B : ONUSIDA et OMS
Cible 6.C : UNICEF et OMS
- **Objectif 7 : Assurer un environnement durable**
Cible 7.A : CDIAC, FAO, PNUE et CCNUCC
Cible 7.B : UICN et PNUE-WCMC
Cible 7.C : UNICEF
Cible 7.D : ONU-Habitat
- **Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement**
Cible 8.A : ITC, CNUCED et OMC
Cibles 8.B et 8.C : OCDE
Cible 8.D : Banque mondiale
Cible 8.F : UIT

Pour plus d'informations, visitez le site de la Division de statistique sur les objectifs du Millénaire pour le développement : <http://mdgs.un.org>.

Visitez le site Web de l'ONU sur les objectifs du Millénaire pour le développement : www.un.org/millenniumgoals.

Visitez le site Web du bureau de la campagne du Millénaire des Nations Unies : www.endpoverty2015.org.

Photos :

Couverture : © UNICEF/Asselin

Page 2 : © Stanislas Fradelizi/Banque mondiale

Page 9 : © UNICEF/Asselin

Page 10 : © Ray Witlin/Banque mondiale

Page 15 : © UNICEF/Noorani

Page 19 : © UNICEF/Pirozzi

Page 22 : © Simone D. McCourtie/Banque mondiale

Page 31 : © UNICEF/Pirozzi

Page 33 : © UNICEF/Le Moyne

Page 44 : © UNICEF/Asselin

Page 45 : © UNICEF/Estey

Page 46 : © UNICEF/Asselin

Page 49 : © Salahaldeen Nadir/Banque mondiale

Page 51 : © Dominic Sansoni/Banque mondiale

Éditrice : Tessa Too-Kong

« Les objectifs du Millénaire pour le développement ont montré que nous pouvons avoir un impact important sur la vie des individus.

« Le voyage que nous avons commencé en 2000 nous a permis de poser des fondations solides pour davantage de progrès. »

BAN KI-MOON, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DES NATIONS UNIES

