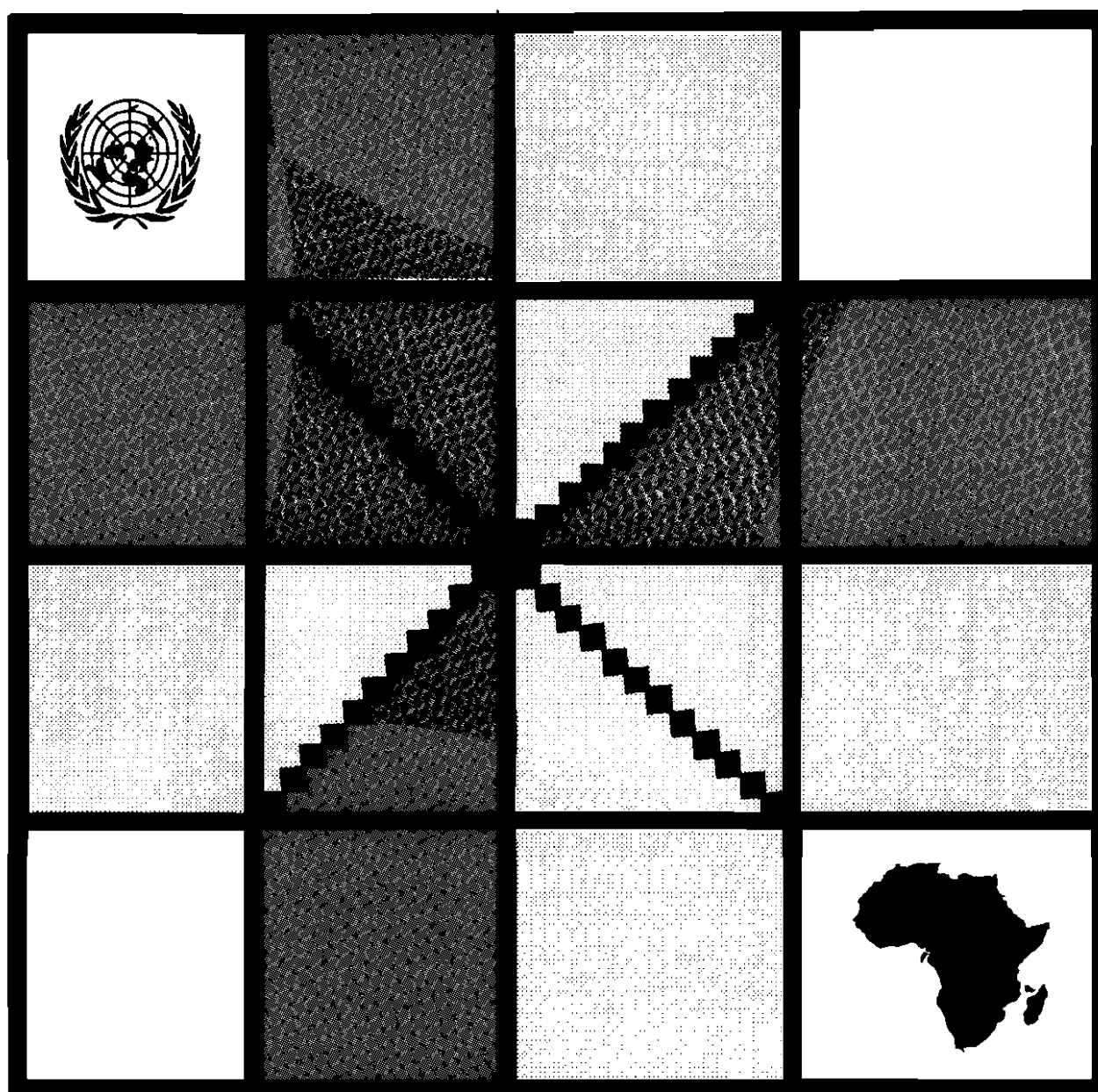


Rapport sur le développement humain en Afrique 1995

NATIONS UNIES
COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE



Division de l'administration publique,
des ressources humaines et du
développement social

**NATIONS UNIES
COMMISSION ECONOMIQUE
POUR L'AFRIQUE**



Rapport sur le développement humain en Afrique 1995

Division de l'administration publique,
des ressources humaines et du
développement social

Table des matieres

Préface	v
Remerciements	vii
I Introduction	1
Le consensus concernant le développement humain	1
Objectifs du Rapport sur le développement humain en Afrique	7
II Developpement humain: Concept et mesure	11
Le concept de développement humain	11
Mesure du développement humain	12
III Etat du developpement humain en afrique	19
IV Objectifs en faveur des enfants	23
La situation de l'enfant africain	23
Engagements pris en faveur des enfants d'Afrique	26
Engagements pris en faveur des enfants d'Afrique: progrès réalisés	28
Défis et possibilités pour l'avenir	32
Leçons tirées de la poursuite des objectifs en faveur des enfants	35
V Sante pour tous d'ici a l'an 2000	39
Situation sanitaire en Afrique	39
Objectif: Santé pour tous d'ici à l'an 2000	41
Bilan de l'Afrique en ce qui concerne la "Santé pour tous"	42
L'avenir: défis et perspectives	50
VI L'education pour tous d'ici a l'an 2000	53
Situation de l'Afrique en matière d'éducation	53
La Conférence mondiale sur l'éducation pour tous	54
Examen des réalisations depuis Jomtien	57
Défis et perspectives	59
VII Perspectives d'avenir	65

Encadrés

1:	Un nouveau paradigme du développement	4
2:	Principaux objectifs du développement humain et social en Afrique	6
3:	Accélérer l'émancipation sociale, économique et politique des femmes: principaux domaines de préoccupation	8
4:	Situation économique et sociale en 1994	22
5:	Le consensus de Dakar: objectifs relatifs à la survie et au développement de l'enfant d'ici à la fin de 1995	30
6:	Déclaration de Dakar/Ngor: objectifs pour l'enfant et la mère	31
7:	Des balles aux vaccins: retombées de la paix pour l'enfant africain?	36
8:	Fréquence des maladies en Afrique	40
9:	Cadre d'action en faveur de la santé pour tous	43
10:	Amélioration de la santé de la femme et de la santé liée à la reproduction, notamment de la planification familiale, et programmes intégrés de population: mesures proposées pour redresser la situation	49
11:	Accès inadéquat des femmes à la formation en matière d'éducation, à la science et à la technologie mesures envisagées	55
12:	Le facteur humain dans les programmes d'ajustement structurel cinq domaines prioritaires	66
13:	Renverser le déclin de l'Afrique subsaharienne	68
14:	Perspectives d'avenir	70

Tableaux en annexe

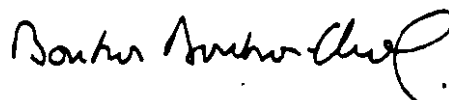
Contenu	75
1-18	77-126

Préface

Le présent rapport est le premier d'une série consacrée au développement humain en Afrique. Conçue pour être publiée tous les deux ans, cette série répond au souci d'informer les responsables et les agents du développement des conditions sociales qui prévalent en Afrique, et traiter d'une façon plus cohérente et systématique les problèmes, les défis et les préoccupations liés au développement humain.

Ce premier rapport est centré sur trois des principaux piliers du développement humain: la survie et le développement de l'enfant, la santé et l'éducation. Pour chacun de ces thèmes, le rapport rappelle les engagements pris, passe en revue les progrès réalisés et identifie les problèmes rencontrés.

La publication de cette nouvelle série par la Commission économique pour l'Afrique, est une initiative heureuse. Elle souligne l'importance croissante que les Nations Unies accordent aux problèmes du développement humain et à la dimension humaine du processus de développement. La série peut également être utilisée comme véhicule pour la promotion et le suivi des résultats du dernier Sommet mondial pour le développement social. J'espère que le présent rapport et la série à laquelle il appartient permettront aux lecteurs de mieux saisir et de mieux absorber les problèmes du développement humain en Afrique.



Secrétaire général
Boutros Boutros-Ghali

Remerciements

Le Rapport sur le développement humain en Afrique, 1995 est le fruit d'une collaboration étroite entre la CEA et plusieurs autres organisations et nous remercions chaleureusement tous les participants.

Le Rapport a été préparé par la division de l'Administration publique, des ressources humaines et du développement social (PHSD), en se référant à des documents, des rapports d'évaluation et des données provenant de la CEA, du PNUD, de l'UNICEF, de l'UNESCO, de la Banque mondiale et de plusieurs autres sources.

Plusieurs organisations et individus ont préparé les données, les statistiques, les études et les rapports. Les tableaux 1 à 15 de l'annexe proviennent du Bureau du développement humain du PNUD. L'OMS et l'UNESCO ont mis à la disponibilité plusieurs études et documents. Le Bureau régional pour l'Afrique de l'est et australe de l'UNICEF a écrit en grande partie le chapitre IV et a fourni les tableaux 16 à 18 sur les Variables du développement féminin dans les pays.

I Introduction

Le consensus concernant le développement humain

Le principe selon lequel les êtres humains devraient être l'élément central des politiques et stratégies de développement est maintenant devenu un axiome. Pendant trop longtemps, l'idée maîtresse avait été que des taux de croissance élevés du revenu par habitant suffisaient à garantir la réduction de la pauvreté, davantage d'emplois et une répartition équitable des bénéfices de la croissance. C'est ainsi que la recherche de taux de croissance élevés était devenue la plus grande préoccupation tant des économistes que des décideurs.

Il a fallu des années de croissance sans développement dans un grand nombre de pays pour que soit remis en question le bien-fondé de cette prémisse. D'un pays à l'autre, on a assisté à une croissance du revenu par habitant allant de pair avec une aggravation de la pauvreté, l'augmentation du chômage et l'élargissement des disparités en matière de répartition du revenu et des richesses. En d'autres termes, la croissance du revenu par habitant s'est rarement traduite par une atténuation de la pauvreté, une réduction du chômage et une répartition plus équitable des biens et services produits en plus grande quantité du fait de la croissance. Ce processus, quel que soit le nom qu'on pourrait lui donner, ne saurait être qualifié de développement car le développement doit consister en une amélioration de la qualité de vie de la grande majorité de la population d'un pays donné et pas seulement d'une couche privilégiée. Il est quelque peu indécent de conférer l'étiquette de développement à un processus qui marginalise des millions d'êtres humains.

Certes, cela ne signifie pas que la croissance est inutile ou sans intérêt. En fait, si la croissance sans développement est un phénomène relativement répandu, il est inconcevable de réaliser le développement sans croissance. En effet, les objectifs que sont la lutte contre la pauvreté, la création d'emplois, l'accès de tous aux services de base et la réalisation d'une plus grande équité ne peuvent être atteints que si la production est plus abondante. Néanmoins, des taux de croissance élevés ne peuvent, à eux seuls, garantir automatiquement la réalisation de ces objectifs.

L'enseignement fondamental qui en découle est que ces objectifs et bien d'autres, notamment la démocratie, le respect des droits de l'homme, la participation populaire, l'égalité des sexes, la conservation et la protection de l'environnement, etc., doivent être explicitement intégrés au modèle de développement. Il est apparu que la nécessité de choisir entre ces objectifs et la croissance, sur laquelle la théorie classique a fait couler beaucoup d'encre, ne se justifie pas ou n'est pas aussi évidente qu'on l'a souvent fait croire. Il se dégage donc un large consensus, voire l'unanimité, chez les spécialistes que la croissance et les autres objectifs doivent être réalisés simultanément au lieu de les considérer comme étant irréconciliables.

C'est dans ce contexte marqué par le débat que le PNUD a publié son premier *Rapport mondial sur le développement humain* en 1990.¹ La primauté de l'être humain dans le développement était, en fait, de plus en plus acceptée bien avant cet événement. Cependant, la publication du

rapport revêtait une importance historique car elle a institutionnalisé le concept de développement humain, lui a conféré l'autorité morale des Nations Unies, a déclenché en canalisant le débat public sur les questions de développement, et mobilisé l'opinion avisée pour placer l'être humain au centre du développement. Bref, le rapport a indubitablement beaucoup contribué au consensus mondial concernant le caractère primordial du développement humain. De façon similaire, le travail de pionnier de l'UNICEF, *L'ajustement à visage humain*, et les documents qui y ont fait suite ont consolidé ce consensus mondial et lui ont donné une base solide intellectuelle. Le Sommet mondial pour les enfants et la Conférence internationale pour l'aide à l'enfant africain (ICAAC) ont permis un transfert de cet engagement au développement humain en buts concrets pour l'enfant et la mère dans un contexte de placer l'être humain au centre du développement.²

L'Afrique aussi partage ce consensus mondial. Elle peut en effet se targuer légitimement d'y avoir contribué. L'impératif que constitue le développement humain a été reconnu dès le début des années 80. A titre d'exemple, un rapport africain critiquait

les approches et stratégies classiques de développement qui mettaient excessivement l'accent sur les aspects liés à la croissance, croyaient à la répartition automatique des avantages de la croissance et faisaient passer au second plan les aspects sociaux et autres du développement. Non seulement ces stratégies n'ont pu atteindre l'objectif pour lequel elles étaient élaborées mais aussi elles ont entraîné des conséquences qui n'étaient ni voulues ni souhaitées telles que l'augmentation des inégalités économiques et sociales, l'accroissement de la pauvreté, le chômage, l'instabilité politique, la criminalité et les menaces sérieuses qui pèsent sur les personnes et les biens.³

De cette situation, la leçon a été tirée dans un rapport CEA/OUA où l'on soutenait

qu'un PNB relativement modeste peut permettre d'améliorer considérablement la qualité de vie de l'ensemble de la population grâce à l'introduction de structures appropriées, à des programmes de développement participatif et à un effort inlassable visant à assurer une répartition équitable des ressources nationales.⁴

D'autres documents de portée régionale contiennent également d'innombrables références à la primauté du développement humain. A cet égard, on peut citer le *Plan d'action de Lagos* (1980), qui a souligné l'importance de la mise en valeur des ressources humaines en vue de la croissance soutenue et du développement, ainsi que le *Programme prioritaire de redressement économique de l'Afrique* et le *Programme d'action des Nations Unies pour le redressement économique et le développement de l'Afrique* (élaborés tous les deux en 1985), qui ont réaffirmé avec encore plus de force l'importance que revêt le développement humain pour le redressement économique et la transformation sociale de l'Afrique.⁵

On pourrait tout particulièrement mentionner la *Déclaration de Khartoum* (1988) et la *Charte africaine de la participation populaire* au

développement (1990), deux documents sur le développement humain qui ont fait date en Afrique. Selon le premier document,

L'homme étant au coeur de tout développement, la condition humaine est la finalité de tout développement. Améliorer cette condition est essentielle pour les personnes démunies et vulnérables qui constituent la majorité de nos populations en Afrique. Les hommes et les femmes d'Afrique doivent être les principaux agents et les bénéficiaires ultimes de tout programme de développement⁶

S'agissant de la tendance à mettre l'accent sur les aspects purement économiques du développement au détriment des considérations humaines, la *Déclaration de Khartoum* indiquait que:

La production et d'autres aspects économiques du développement - en particulier la répartition - ont une importance cruciale. La production par les pauvres est vitale si l'on veut qu'ils soient mieux en mesure de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Mais il est tout aussi important de définir qui produit quoi. La production des denrées alimentaires, de biens de consommation de base, de facteurs de production agricoles, de matériaux de construction, des services de base tels que la santé, l'éducation, l'approvisionnement en eau potable ainsi que des produits pour l'exportation ont tous un rôle central à jouer dans l'amélioration de la condition humaine. Les déséquilibres insupportables ont leur importance.

Les déséquilibres nutritionnels sont tout aussi cruciaux que les déséquilibres commerciaux. Les taux élevés de mortalité infantile, au même titre que des taux élevés d'inflation ou des déficits budgétaires énormes, méritent de faire l'objet d'un examen immédiat et sérieux. Les déséquilibres commerciaux et budgétaires ou ceux dus à l'inflation finissent d'ailleurs par devenir de sérieux obstacles au développement car ils constituent des barrières qui empêchent les pauvres de produire plus, les personnes vulnérables de survivre et de se réadapter, l'Etat et la société d'assurer à tous l'accès aux services de base.⁷

La primauté du développement humain a été également mise en évidence dans la *Charte africaine de la participation populaire au développement*:

Nous sommes... convaincus que les objectifs de développement doivent être axés sur le but final et primordial d'un développement axé sur l'homme qui assure le bien-être général des peuples par l'amélioration soutenue de leur niveau de vie et leur pleine et entière participation à l'orientation de leurs politiques, programmes et processus de développement et à leur exécution. Nous constatons de surcroît que, compte tenu de la situation politique et économique mondiale, l'Afrique est de plus en plus marginalisée dans les affaires mondiales tant sur le plan géopolitique que sur le plan économique. Les pays africains doivent admettre que, plus que jamais, leurs principales ressources sont en fait leurs populations et que c'est grâce à la participation pleine et active de ces dernières que l'Afrique pourra surmonter les difficultés qui l'attendent.⁸

Encadré 1

UN Nouveau paradigme du développement

"L'homme étant au cœur de tout développement, la condition humaine est la finalité de tout développement. Améliorer cette condition est essentielle pour les personnes démunies et vulnérables qui constituent la majorité de nos populations en Afrique. Les hommes et les femmes d'Afrique doivent être les principaux agents et les bénéficiaires ultimes de tout programme de développement."

CEA, *Déclaration de Khartoum*, Addis-Abeba, 1988, p. 21.

"...l'on ne peut construire une nation sans l'appui populaire et la pleine participation du peuple, pas plus que l'on peut résoudre les crises économiques et améliorer les conditions humaines et économiques sans toute la contribution, toute la créativité et tout l'enthousiasme de la vaste majorité de la population. Après tout, n'est-ce pas à la population que doit profiter le développement?"

CEA, *Charte africaine de la participation populaire au développement*, Addis-Abeba, 1990, p. 18.

"L'objectif ultime du développement en Afrique est d'assurer le bien-être général des populations grâce à une amélioration soutenue de leur niveau de vie. C'est cet aspect quintessencié humain du développement qui sous-tend tous les autres objectifs que l'Afrique devra réaliser, qu'ils soient économiques, sociaux, culturels ou politiques... l'urgence qu'il y a à atténuer la pauvreté généralisée et à améliorer le bien-être des populations africaines ne découle pas simplement des aspects humanistes ou altruistes du développement. Elle repose, par-dessus tout, sur l'idée rationnelle que le développement doit être conduit par les populations elles-mêmes grâce à leur participation pleine et active. Le développement ne devrait pas être entrepris au nom d'un peuple; il devrait plutôt résulter naturellement du système de valeurs d'une société, de ses perceptions, de ses préoccupations et de ses efforts."

CEA, *Cadre africain de référence pour les programmes d'ajustement structurel en vue du redressement et de la transformation socio-économiques*, Addis-Abeba, 1990, p. 11-12.

"Relever l'immense défi que pose la sécurité humaine implique de définir un nouveau paradigme du développement. Celui-ci devra être axé sur les gens, considérer la croissance économique comme un moyen et non une fin, préserver les perspectives offertes aux générations actuelles comme aux générations futures, et respecter les écosystèmes dont dépend l'existence de tous les êtres vivants. Ce paradigme du développement doit permettre à tous les individus de développer pleinement leurs capacités pour les utiliser au mieux dans tous les domaines: économique, social, culturel et politique. Il doit aussi préserver les perspectives des générations à venir. Il doit éviter de ruiner le patrimoine naturel de la planète, sans lequel le développement ne saurait être durable... En dernière analyse, le développement humain durable est axé sur les gens, sur l'emploi et sur la nature. Il accorde une priorité absolue à la réduction de la pauvreté, aux emplois productifs, à l'intégration sociale et à la régénération de l'environnement... Il n'ignore pas que le progrès suppose d'améliorer de façon spectaculaire la condition des femmes et de leur ouvrir toutes les composantes de l'économie. Le développement humain durable vise à responsabiliser les gens. Il doit leur permettre de jouer un rôle de bâtisseur et de prendre une part active aux processus et événements qui régissent leur vie."

PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain 1994*, p. 4.

Non seulement ces documents ont été adoptés par la Conférence des ministres de la CEA et les chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA mais encore ils ont été approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies. Cette orientation a été renforcée davantage dans le *Cadre africain de référence pour les programmes d'ajustement structurel en vue du redressement et de la transformation socio-économiques*⁹ et le *Programme d'action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome*¹⁰. Le message central de ces documents, à savoir que le développement devrait être axé sur l'homme, a été étayé par trois récents importants rapports mondiaux de la Banque mondiale¹¹ et par les rapports sur le développement humain publiés chaque année par le PNUD depuis 1990.

L'Organisation des Nations Unies a mis en place une équipe spéciale interinstitutions en 1989, dont la principale initiative a été l'élaboration d'un *Cadre régional pour la mise en valeur et l'utilisation des ressources humaines en Afrique*.¹² Le cadre souligne la nécessité urgente d'un effort global et concerté visant à renforcer la capacité de chaque pays africain à assurer le développement humain. Il présente également des programmes et directives pour traduire en mesures concrètes les objectifs de mise en valeur et d'utilisation des ressources humaines aux niveaux national, sous-régional, régional et international, y compris des orientations concernant la formulation, le suivi et l'évaluation des programmes de mise en valeur et d'utilisation des ressources humaines conformément aux objectifs et stratégies de développement de l'Afrique.

Un autre fait marquant à cet égard a été l'institution de la Conférence des ministres africains responsables du développement humain qui, à sa première réunion en janvier 1994, a adopté la *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, dans le cadre des préparatifs du Sommet mondial pour le développement social prévu à Copenhague (Danemark) en mars 1995. Ce document présente un programme d'action dont les principaux principes étaient énoncés comme suit:

Le changement des conditions humaines et sociales défavorables en Afrique exige une réorientation de toute la base du développement dans la région. Cette réorientation doit se fonder sur les capacités locales et les renforcer tout en créant la confiance en soi chez les populations. Elle doit nécessairement s'accompagner d'une émancipation des populations, notamment des femmes et des jeunes, qui doivent être des agents d'un changement positif. Il faut, à cet égard, une stratégie globale et intégrée de développement et de transformation structurelle dont les préoccupations liées au développement humain doivent constituer l'élément principal.¹³

Le programme d'action traite des questions suivantes: lutte contre la pauvreté; emploi productif et production de revenus; intégration sociale, paix et stabilité politique; démocratisation et participation populaire au développement.

Encadré 2

Principaux objectifs du développement humain et social en Afrique

- Placer le bien-être des populations au centre de tous les programmes, politiques et initiatives de développement
- Mettre en valeur et utiliser efficacement les ressources humaines
- Assurer l'application effective des recommandations de la Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable
- Faire en sorte que les politiques et programmes de population soient élaborés avec la participation des populations et appliqués en coordination avec des politiques tendant à un développement durable et accéléré
- Accorder l'attention et la priorité voulues aux conséquences sociales des stratégies de gestion économique axées sur le marché
- Investir dans la mise en valeur des ressources humaines, notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, des services sociaux et du logement ainsi que dans la promotion de l'autosuffisance et de la sécurité alimentaires
- Créer un environnement propice propre à favoriser l'esprit d'entreprise et le développement de l'entreprise privée de sorte à créer des emplois productifs et des revenus
- Offrir des possibilités viables pour l'utilisation productive des capacités et des moyens humains valorisés
- Promouvoir la paix, la stabilité politique et l'intégration sociale et éliminer les séquelles de l'apartheid
- Prêter une attention particulière aux besoins des groupes vulnérables
- Eradiquer l'injuste et toutes les formes de pauvreté et de dénuement afin d'assurer la justice sociale
- Favoriser la démocratie participative et la mobilisation des populations afin de répondre à leur besoins sociaux et assurer l'autosuffisance
- Mettre en place les institutions législatives ainsi que les structures nécessaires pour exécuter les programmes de développement social

CEA. *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, janvier 1994, p. 23 et 24.

Le document le plus récent qui traite de la question du développement humain, en accordant une attention particulière aux femmes et à la généralisation des politiques, plans et programmes favorables aux femmes est la *Plate-forme d'action africaine*¹⁴ pour la promotion de la femme. Ce document définit 11 domaines de préoccupation dans lesquels des mesures doivent être prises pour accélérer l'émancipation sociale et politique des femmes à tous les niveaux et à toutes les étapes de leur vie (voir Encadré 3). Il a été adopté par les ministres chargés de la condition

féminine à la cinquième Conférence régionale africaine sur les femmes à Dakar (Sénégal), en novembre 1994.

Les documents susmentionnés témoignent ainsi clairement de l'engagement de la CEA en faveur du développement centré sur l'homme en Afrique, dont elle reconnaît l'importance. C'est dans cette optique que l'on peut dire qu'il se dégage un consensus en Afrique concernant la primauté du développement humain. Ce consensus revêt une importance particulière pour l'Afrique, région qui a été la plus marginalisée par le processus de développement et dont le programme de développement humain est par conséquent le plus ambitieux au monde.

Objectifs du Rapport sur le développement humain en Afrique

La nécessité d'établir le *Rapport sur le développement humain en Afrique* découle du caractère extrêmement ambitieux du programme d'action africain. Le présent rapport est le premier de ce qui est appelé à devenir une série qui paraîtra tous les deux ans et sera consacrée aux questions de développement humain en Afrique.

La série a des objectifs intimement liés. En premier lieu, elle vise à informer les décideurs, les universitaires et les personnes oeuvrant dans le domaine du développement de la situation humaine en Afrique. En faisant ressortir des questions critiques dans chaque rapport, elle tentera de présenter un tableau d'ensemble de la condition humaine en Afrique. Les questions étant légion, il ne s'agira pas de les présenter toutes dans le cadre d'un seul rapport mais plutôt de traiter de questions choisies dans chaque rapport, et ce de manière approfondie. C'est ainsi que cette première édition sera consacré aux thèmes suivants: "objectifs pour l'enfant", "santé pour tous" et "éducation de base pour tous". Vu l'urgence de la tâche à accomplir dans ces domaines, il n'est point besoin d'expliquer pourquoi ils ont été choisis pour être traités dans la première édition de la série. Les numéros futurs porteront sur les problèmes de la lutte contre la pauvreté, l'emploi productif et la production de revenus, l'alimentation et la nutrition, les femmes, la participation populaire et les droits individuels.

Un deuxième objectif de la série est de sensibiliser les décideurs et la communauté internationale à l'ampleur des tâches à accomplir en matière de développement humain en Afrique et de les amener à agir. L'efficacité des politiques dépend, dans une large mesure, de la qualité des informations sur lesquelles elles sont basées. Toutefois, l'information seule ne suffit évidemment pas, d'où l'urgence des activités de sensibilisation. En choisissant des questions qui sont source de préoccupations plus immédiates et en se concentrant sur celles-ci, on espère que la série jouera un rôle de catalyseur en incitant à l'action.

En troisième lieu, la série doit assurer le suivi de l'évolution de la situation en matière de développement humain en Afrique, en appelant l'attention à la fois sur les progrès réalisés et sur les difficultés rencontrées sur la voie de l'amélioration de la qualité de vie dans la région. Pour atteindre effectivement cet objectif, il faudrait mettre en place une importante base de données, pays par pays mais aussi pour toute la

région. C'est assurément une tâche redoutable mais aussi une tâche d'une extrême urgence.

En quatrième lieu, la série n'aspire pas seulement à être une importante source d'informations et d'analyses concernant le développement humain en Afrique. Malgré l'importance cruciale de l'information, son utilité peut être gravement compromise si elle ne fait pas l'objet d'une analyse approfondie. Par conséquent, tout en étant un recueil utile de données sur la situation humaine en Afrique, la série sera consacrée à l'examen des concepts, des politiques et des stratégies afin de contribuer à formuler une orientation purement africaine qui se fonde sur l'expérience mondiale mais qui prend également racine dans les réalités africaines. On espère que de cette orientation émergeront des politiques et stratégies adaptées aux conditions africaines.

Encadré 3

Accélérer l'émancipation sociale, économique et politique des femmes: Principaux domaines de préoccupation

- La pauvreté chez la femme, sa sécurité alimentaire insuffisante et son manque de pouvoir économique;
- L'accès insuffisant de la femme à l'éducation, à la formation, ainsi qu'à la science et la technologie;
- Le rôle vital de la femme dans la culture, la famille et la socialisation;
- L'amélioration de la santé de la femme, y compris sa santé en matière de procréation ainsi que les programmes de planification familiale et de population;
- Les rapports entre la femme et l'environnement et son rôle dans la gestion des ressources naturelles;
- La participation de la femme au processus de paix;
- L'émancipation politique de la femme;
- Les droits reconnus à la femme par la loi et ses droits individuels;
- L'élaboration et l'utilisation généralisées de données détaillées par genre;
- La femme, la communication, l'information et les arts;
- La petite fille.

CEA, *Plate-forme d'action africaine*, 1994, p. 6 et 7.

Il va sans dire que ces objectifs sont ambitieux. Nul n'oserait penser qu'ils sont facilement ou rapidement réalisables. Toutefois, ils doivent être traités avec sérieux, même si les premières étapes doivent être marqués par des mesures expérimentales et des hésitations. Le mandat de la CEA et la gravité de la situation humaine en Afrique rendent impératif le lancement de la série. Nous espérons que cette première édition constituera une base à partir de laquelle des améliorations seront apportées de sorte que la série devienne, à terme, une importante source d'informations et d'analyses sur le développement humain dans la région.

Références

1. PNUD, *Rapport sur le développement humain 1990*: Oxford University Press, 1990.
2. Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly and Frances Stewart, *L'ajustement à visage humain*, (deux volumes) Oxford: Clarendon Press, 1987. UNICEF, *Sommet mondial pour les enfants: Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et Plan d'action*. New York: UNICEF, 1990. OUA/UNICEF, *L'avenir de l'Afrique: ses enfants. L'investissement humain: priorités pour les années 90*. Addis-Abeba, New York, 1992.
3. Centre africain de recherche appliquée et de formation en matière de développement social (ACARTSOD), *Rapport de la réunion du Groupe d'experts du Centre africain de recherche appliquée et de formation en matière de développement social*, Tripoli, 1980.
4. Commission économique pour l'Afrique/Organisation de l'unité africaine, *Social Trends and Major Social Development Problems in Africa*, Addis Ababa, 1985, p. 12.
5. Organisation de l'unité africaine (OUA), *Le Plan d'action de Lagos*. Genève: Institut international d'études sociales, 1982; OUA, *Programme prioritaire de redressement économique de l'Afrique, 1986-1990*, Addis-Abeba, OUA, 1986; Nations Unies, *Programme d'action des Nations Unies pour le redressement économique et le développement de l'Afrique, 1986-1990*. New York: Nations Unies, 1986.
6. CEA, *Déclaration de Khartoum*, Addis-Abeba, 1988, p. 17.
7. Ibid., p. 17 et 18.
8. CEA, *Charte africaine de la participation populaire au développement*, Addis-Abeba, 1990, p. 18.
9. CEA, *Cadre africain de référence pour les programmes d'ajustement structurel en vue du redressement et de la transformation socio-économiques*, Addis-Abeba, 1990.
10. CEA, *Programme d'action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome*, Arusha, 1984.
11. Banque mondiale, *L'Afrique subsaharienne, de la crise à une croissance durable: Etude de prospective à long terme*, Washington, D.C.: Banque mondiale, 1989; *Rapport sur le développement dans le monde 1990: la pauvreté*, Washington, D.C.: Banque mondiale, 1990; *Rapport sur le développement dans le monde 1993: Investir dans la santé*, Washington, D.C.: Banque mondiale 1993.
12. CEA, *Cadre régional pour la mise en valeur et l'utilisation des ressources humaines en Afrique*, Addis-Abeba: CEA, 1990.
13. CEA, *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, Addis-Abeba, 1994. E/ECA/PHSD/MC/94/5.
14. CEA, *Plate-forme d'action africaine 1994*. Addis-Abeba.

II Développement humain: Concept et mesure

Le concept de développement humain

Le développement humain, défini en général par le PNUD comme un processus consistant à élargir les possibilités offertes aux individus, repose sur le fait que les populations doivent - ainsi qu'il est indiqué dans l'introduction - être au centre du développement. Cette définition bien qu'exacte pourrait ne pas pleinement refléter toute la portée et le caractère multidimensionnel du concept qui impliquent entre autres le droit à des revenus suffisants pour assurer un niveau de vie décent, à une vie longue et saine, au savoir, à la liberté politique, ainsi qu'une garantie en matière de droits de l'homme et la sécurité, l'égalité des sexes, l'absence de discrimination fondée sur la religion, l'ethnie ou la race et la participation active à toutes les affaires de la communauté. En d'autres termes, le développement humain tourne autour de la qualité de vie dans ses aspects aussi bien matériels que non matériels. L'accroissement du revenu par habitant est certes indispensable pour la réalisation de la plupart de ces objectifs, il ne peut néanmoins en aucun cas déboucher automatiquement sur le développement humain.

Ainsi défini, le développement humain est aussi bien une finalité qu'un moyen permettant d'atteindre cette finalité. Il est une fin en soi en ce sens que ses différents éléments sont souhaitables en eux-mêmes et par eux-mêmes. Il va de ce fait sans dire que les êtres humains veulent vivre longtemps et en bonne santé, se nourrir, s'habiller et se loger et acquérir le savoir, être libres et en sécurité de même que participer aux décisions influant sur leurs conditions de vie et sur leurs communautés. C'est ce qui fait du développement humain une fin en soi dont la réalisation ne nécessite pas de justification outre mesure.

Il faut peut être plutôt mettre l'accent sur le fait que c'est également un moyen permettant d'atteindre une fin. Pendant très longtemps, dans les théories économiques, on a eu tendance à surestimer le rôle du capital physique dans le développement et à négliger l'importance du facteur humain. Aujourd'hui toutefois, un consensus s'est dégagé concernant le fait que le capital humain joue un rôle égal si non plus important dans le processus de développement. Il s'est avéré presque invariablement que les pays qui ont enregistré les taux de croissance les plus élevés sont ceux qui ont investi le plus dans leurs ressources humaines, en particulier dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'éducation. L'existence d'un lien entre ces facteurs et la productivité - qui est le fondement de la croissance - a été suffisamment étayée.

En outre, investir dans les êtres humains permet une utilisation plus rationnelle d'autres ressources, en particulier le capital physique et les ressources naturelles. Par ailleurs, les dividendes d'un investissement dans le capital humain seront vraisemblablement ventilés de façon plus équitable que ceux provenant d'autres types d'investissement, à condition

qu'atteindre de grandes couches de la population soit une stratégie délibérée. Il est également vrai que les différentes composantes du capital humain ont tendance à se renforcer mutuellement. Par exemple, la complémentarité entre nutrition, soins de santé primaires et éducation est évidente ainsi que celle existant entre l'instruction des femmes, leur santé et celle de leurs enfants, la fécondité et l'espérance de vie. Par conséquent, la réalisation du développement humain revêt une importance cruciale non pas simplement parce qu'il est souhaitable en soi mais aussi parce qu'il peut fortement contribuer à accélérer le processus de croissance économique.

Pour récapituler, le développement humain contribue directement au bien-être des individus, assure une répartition plus équitable des dividendes de la croissance, renforce au maximum les liens entre différents types d'investissement dans les ressources humaines, préconise la participation effective des populations au processus de développement, et permet une exploitation plus rationnelle du capital physique et des autres ressources.

A une époque où le développement durable est devenu un objectif mondial, il convient aussi de souligner que le développement humain contribue considérablement à assurer le caractère durable, sur les plans économique, social et écologique. Il est actuellement de notoriété publique que le développement durable signifie assurer la satisfaction des besoins de la génération actuelle sans pour autant hypothéquer celle des besoins des générations futures. Sur le plan économique, ceci signifie que la consommation actuelle ne devrait pas se faire au prix d'une dette insupportable pour les générations à venir. Sur le plan social, un investissement suffisant devrait être effectué dans les services sociaux comme la santé et l'éducation afin que les générations futures n'héritent pas d'une dette sociale. Sur le plan écologique, la génération actuelle ne devrait pas se lancer dans une exploitation irresponsable des ressources naturelles, qui aurait des conséquences négatives pour les générations futures.

Il est évident par conséquent que le concept de développement humain est beaucoup plus large que celui de développement économique et social tel qu'il est traditionnellement conçu. Il couvre certes ce dernier mais s'étend bien au-delà. Il consiste - ainsi qu'il a été souligné plus haut - à élargir pour les individus la liberté de choix dans tous les domaines de la vie.

Mesure du développement humain

S'il est vrai que le concept de développement humain est relativement limpide, son évaluation est une tâche complexe. Le souci de l'évaluer découle de la nécessité de suivre les progrès réalisés en la matière; d'où la nécessité d'élaborer un indicateur pratique, aussi imparfait soit-il.

Avec l'insatisfaction croissante liée à l'utilisation du revenu par habitant comme mesure du développement, il y a eu plusieurs tentatives visant à définir un indicateur plus complet et plus significatif. C'est ainsi que l'approche faisant intervenir les indicateurs sociaux, qui a été élaborée dans les années 60, devait fournir une base mieux documentée et plus solide pour la planification du développement socio-économique et le suivi des progrès réalisés en matière de développement humain. Les

principales tentatives visant à élaborer des indicateurs composites du développement ont permis de mettre au point entre autres l'"indicateur de niveau de vie" (INV), mis au point par Drewnowski et Scott; l'"indicateur de développement" (ID) mis au point par McGranahan et divers collaborateurs; l'"indicateur de la qualité physique de vie" (IQPV) de Morris et; l'"indicateur de développement humain" (IDH) du PNUD.¹

Les niveaux de vie sont depuis longtemps un sujet de recherche sociale. Ainsi, un rapport de l'Organisation des Nations Unies sur la définition et la mesure des niveaux de vie pour la planification du développement a été publié dès 1954. Toutefois, ce n'est qu'à la fin des années 60 que les résultats du programme de recherche de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD) ont été publiés.

La toute première tentative visant à définir un indicateur composite a été faite par Drewnowski et Scott qui ont produit en 1966 un indicateur du niveau de vie ou indicateur de bien-être pour un échantillon de 20 pays.² L'indicateur du niveau de vie couvrait un large éventail d'éléments des besoins fondamentaux - physiques et culturels. Etant donné qu'il était difficile d'obtenir des données sur les différents éléments des indicateurs sociaux, l'applicabilité de l'INV s'est révélée plutôt limitée et cette approche a été abandonnée.

Dans l'étude qu'ils ont réalisée, McGranahan et ses collègues³ ont tenté de choisir les meilleurs indicateurs disponibles du développement social et économique, ont établi le lien entre ces indicateurs à différents stades de développement et les ont combinés en un indicateur composite de développement ou "indicateur général" de développement socio-économique (IG). L'IG devait servir de meilleur indicateur que le revenu national par habitant, pour certaines analyses et certaines opérations de planification. Il était fondé sur 18 indicateurs sociaux et économiques principaux, tirés d'un examen initial de 73 variables sociales et économiques pour 115 pays. La principale conclusion de l'étude était que le développement est un phénomène interdépendant dans lequel les différents facteurs sociaux et économiques évoluent et se développent en même temps à long terme. Toutefois, si l'IG est essentiellement une mesure de ces caractéristiques qui distinguent les pays plus développés des pays les moins développés, il ne constitue pas une mesure du bien-être de l'individu ou de la qualité de la vie.

Les travaux sur les niveaux de vie ont été relancés à la suite des recommandations de la Conférence de l'OIT sur l'emploi dans le monde, tenue en 1976, dont l'idée maîtresse était que l'objectif primordial des efforts de développement devrait être la satisfaction des besoins fondamentaux. Les travaux de l'OIT ont été axés sur l'identification et l'évaluation d'un noyau de besoins fondamentaux ainsi que la définition d'objectifs et l'élaboration de stratégies pour leur réalisation.⁴ L'approche relative aux besoins fondamentaux comprenait également un élément important - celui de la participation populaire au développement en tant qu'objectif général et indicateur de progrès à cet égard. La Banque mondiale a également entrepris des travaux sur les besoins fondamentaux, même si ces travaux ont été limités à certains besoins fondamentaux. Ces travaux tendaient à identifier et à définir le rôle que la Banque mondiale peut jouer dans ce domaine.⁵

Probablement, les travaux les plus connus des années 70 en matière d'évaluation des résultats sociaux étaient ceux relatifs à l'indicateur de qualité physique de la vie⁶ de Morris. Cet indicateur

composite est basé sur trois indicateurs simples: mortalité infantile, espérance de vie et niveau d'instruction. Cette mesure, sur un total de 100, donne une pondération égale à chacun des trois indicateurs. L'indicateur de qualité physique de la vie reflète indirectement les conséquences, sur le développement humain, de l'investissement dans les services de santé et les systèmes d'adduction d'eau et d'égouts, ainsi que de la qualité de l'alimentation et de la nutrition, de l'éducation, du logement et des changements dans la répartition des revenus. Un aspect positif de cet indicateur réside dans le fait qu'il a permis de réorienter l'attention accordée à la croissance vers un concept plus large du développement humain. Il a en outre aidé les experts en développement et les organismes internationaux d'aide à mieux comprendre les aspects humains du développement.

Toutefois, l'indicateur de qualité physique de la vie a fait l'objet de critiques en tant qu'indicateur du développement social, en ce qui concerne aussi bien le choix des indicateurs que l'importance accordée aux différents indicateurs.⁷ L'insuffisance voire l'absence des données sociales les plus élémentaires dans de nombreux pays en développement limitent l'utilité de cette mesure. En outre, l'indicateur de qualité physique de la vie accorde une importance disproportionnée à la longévité dans la mesure où deux des trois indicateurs, à savoir la mortalité infantile et l'espérance de vie, lui sont liés. De même l'importance égale accordée à chacun des indicateurs est arbitraire et ne repose sur rien de rationnel. Finalement, l'indicateur de qualité physique de la vie traite séparément les mesures ou indicateurs économiques et sociaux au lieu de les combiner en un indice composite.

C'est sur cette toile de fond que doit être perçu l'indicateur de développement humain (IDH) du PNUD. L'idéal serait que, quelque soit la mesure choisie, elle tente de saisir le caractère multidimensionnel du concept de développement humain; elle devrait en d'autres termes comprendre autant de variables que possible. Cependant, il est pratiquement impossible d'y inclure tout. En premier lieu, certains éléments (par exemple liberté politique, sécurité de sa personne) ne se prêtent pas facilement à une quantification. En deuxième lieu, même pour des variables facilement quantifiables (répartition du revenu par exemple) les statistiques pourraient ne pas être disponibles ou assez fiables. En troisième lieu, l'inclusion d'une trop grande quantité de variables pourrait rendre impossible l'élaboration d'une mesure unique et appropriée.

C'est pour toutes ces raisons que le PNUD a limité son IDH à trois variables seulement: longévité, éducation et niveau de vie. La longévité mesurée par l'espérance de vie à la naissance est non seulement souhaitable en elle-même mais aussi étroitement associée à des variables telles que la santé et la nutrition. Ainsi son inclusion ne prête pas à controverse. Il en est également de même de l'inclusion de l'éducation. Le PNUD considère qu'éducation signifie instruction et nombre moyen d'années de scolarisation, variable approximative qui a fait l'objet de critiques. Pour les niveaux de vie, l'étalon utilisé est le revenu par habitant (en fait la parité ajustée du pouvoir d'achat). Si la nécessité d'inclure le niveau de vie ne peut être remise en question, des doutes ont été cependant exprimés concernant l'efficacité du revenu par habitant en tant qu'élément de la mesure.

La procédure utilisée pour calculer l'IDH commence par la définition d'une mesure du dénuement pour chaque pays au moyen des trois variables. A cet effet, dans le dernier rapport du PNUD, un plafond

et un plancher ont été établis pour chaque variable. La deuxième étape consiste à définir un indicateur moyen de dénuement, en prenant une moyenne simple des trois indicateurs. Finalement, l'IDH est calculé en soustrayant de 1 l'indicateur moyen de dénuement. Plus l'IDH est élevé, plus la situation d'un pays est supposée être confortable en matière de développement humain. Avec l'IDH on dispose d'un moyen adéquat pour mesurer le niveau de développement humain d'un pays, procéder à des comparaisons au niveau international et suivre les progrès réalisés dans le temps. Les comparaisons de pays selon leur IDH et leur revenu par habitant se sont également révélées pleines d'enseignements, confortant davantage l'argument selon lequel la croissance n'entraîne pas nécessairement le développement humain.

Toutefois, l'IDH soulève un grand nombre de problèmes. Il existe en premier lieu une certaine confusion au sujet de ce qu'il est censé mesurer. Il ne s'agit évidemment pas d'une mesure normative avec comme objectif à réaliser un IDH de 1. Même avec un chiffre proche de 1, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer le développement humain. L'interprétation des chiffres de l'IDH est par conséquent un exercice demandant beaucoup de précaution.

En deuxième lieu, il est restrictif en ce sens qu'il exclut des variables aussi importantes que la liberté humaine. Il s'agit là d'une imperfection dont les auteurs de l'IDH sont bien conscients. En fait, il y a eu des tentatives visant à élaborer un indicateur de liberté humaine distinct. Toutefois, les difficultés d'une telle entreprise sont tout à fait évidentes. Ceci s'explique en partie par le fait que la liberté ne se prête pas facilement à une quantification et en partie par la volatilité dans un monde politique en pleine mutation, de la liberté humaine qui pourrait passer d'un extrême à l'autre du jour au lendemain.

En troisième lieu, il y a un certain malaise concernant le choix des indicateurs pour les variables choisies. Ainsi, l'utilisation de l'espérance de vie à la naissance pour la longévité a été contestée; les indicateurs de remplacement proposés étant la mortalité infantile, l'espérance de vie à un an ou la mortalité des enfants moins de cinq ans. Il a été avancé que pour les pays en développement en particulier, ces mesures sont plus significatives que l'espérance de vie à la naissance. De même, l'idée d'utiliser le taux d'alphabétisation des adultes et le nombre moyen d'années d'études (avec une pondération relative de deux à un) pour mesurer l'éducation a été contestée. En ce qui concerne l'instruction par exemple, les chiffres ne font aucune différence entre l'alphabétisation de type classique et l'alphabétisation fonctionnelle, et peuvent par conséquent prêter à confusion. Par ailleurs, dans une population composée en grande majorité de jeunes, l'utilisation du taux d'alphabétisation des adultes a été remise en cause. Pour ce qui est du nombre moyen d'années d'études, il a été souligné que dans la mesure où les résultats ne changent pas considérablement en des laps de temps courts, il serait peut-être plus instructif d'utiliser les taux d'inscription scolaire. Bien que ces critiques soient quelque peu fondées, il n'a pas encore été démontré que les solutions de substitution proposées seraient plus appropriées que l'approche utilisée actuellement.

En quatrième lieu, les chiffres utilisés pour les trois variables sont des moyennes nationales qui pourraient masquer d'importantes questions relatives à la répartition entre les groupes de revenu, entre hommes et femmes et entre régions. Il est par conséquent nécessaire de décomposer l'IDH pour donner une idée plus claire de la situation des

femmes, du mode de répartition du revenu et des inégalités régionales. Cette critique est fondée et le PNUD a tenté d'en tenir compte. Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, les chiffres de l'IDH désagrégé sur la base de la répartition du revenu et du sexe ont été calculés. Il convient toutefois de reconnaître que cela est pratiquement impossible lorsque des données désagrégées ne sont pas disponibles. Les chiffres de l'IDH ajusté en fonction des disparités entre les deux sexes sont disponibles pour quatre pays africains seulement (et pour 19 pays en développement seulement dans le monde) du fait de l'absence de données.

Cinquièmement, le fait d'accorder un même coefficient de pondération aux trois variables a été remis en question. Cependant, dans la mesure où aucun cas n'a imposé l'utilisation d'un système de pondération différent, la pondération égale continue d'être appliquée.

Néanmoins, même avec ces lacunes, l'IDH est de toute évidence la meilleure mesure actuellement disponible du développement humain et qui convient particulièrement à l'Afrique. Ce qu'il faut donc faire, c'est non pas l'abandonner mais l'utiliser en ayant parfaitement conscience de ses insuffisances et continuer à l'affiner afin qu'il devienne un étalon plus satisfaisant du développement humain. Il doit également être renforcé par d'autres indicateurs de développement humain. Comme cette mesure continue d'être affinée et renforcée par de nombreux autres indicateurs, c'est qu'il peut servir de mesure brute et disponible du développement humain, en particulier lorsqu'il est renforcé par d'autres mesures telles que l'indicateur de développement féminin pour l'Afrique, figurant dans le présent rapport (voir tableaux 16-18).⁸

L'indicateur de développement féminin expliqué ici vise à récapituler la situation actuelle des différents pays grâce à un indicateur assez facile à comprendre - un simple classement des pays en fonction de leur niveau de développement féminin. Cet indicateur couvre 17 autres indicateurs pertinents relatifs ou non aux deux sexes. Ces indicateurs sont regroupés en cinq catégories: environnement, santé, éducation, participation politique et participation au marché du travail. De nombreuses questions importantes ne sont pas couvertes, en raison soit de l'absence de statistiques soit de difficultés d'évaluation. Ces lacunes concernent notamment des questions relatives au statut juridique des femmes, à la violence au foyer et dans la société contre les femmes, à un éventail de préoccupations économiques et à nombre de problèmes ayant trait à l'émancipation des femmes. Même au sein des catégories susmentionnées, il faudrait pouvoir disposer d'une couverture statistique plus complète. Néanmoins, on espère que l'IDH présenté ici, fondé qu'il est sur des travaux précédents dans ce domaine, notamment l'indicateur de développement humain ajusté en fonction des disparités entre les deux sexes et l'indicateur de promotion de la femme (IPF),⁹ cernera aussi utilement d'autres aspects en servant éventuellement de base également à des travaux futurs dans ce domaine qui est d'une importance cruciale. L'indicateur de développement féminin présenté ici s'écarte en quelque sorte, de deux manières, des travaux précédents effectués dans ce domaine. Premièrement, il couvre une gamme relativement plus large de données qui sont actuellement disponibles. En second lieu, il fait appel à une analyse médiane qui facilite l'obtention de résultats relativement plus stables même s'il manque des données pour certains indicateurs dans certains pays.

Le tableau 16 présente les données de base relatives à 17 indicateurs statistiques pertinents concernant les femmes ou les disparités entre elles et les hommes pour les pays africains. Pour chacun des indicateurs choisis, les pays ont été classés en fonction des résultats, du meilleur au pire. Les résultats de cette méthode de classement sont présentés au tableau 17. Au tableau 18, figurent les classements des pays en fonction de l'indicateur de développement féminin, réalisés selon les indicateurs sommaires les plus couramment utilisés par les principaux organismes des Nations Unies: l'indicateur de développement humain (PNUD), les tendances du taux de mortalité des enfants de moins cinq ans (TMM5 de l'UNICEF) et le PNB par habitant (Banque mondiale).

Références

1. Pour une meilleure analyse des questions liées au concept de développement humain et à sa mesure, voir également Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED): rapport sur les pays les moins avancés, 1993-1994 (New York: Nations Unies, 1994).
2. J. Drewnowski et W. Scott. *The level of Living Index*. Genève: Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, rapport No. 4, septembre 1966.
3. D. V. McGranahan et al. *Contents and Measurement of Socio-economic Development*, New York, Praeger Publishers, 1972.
4. OIT. *Employement, Growth and Basic Needs: A One World Problem*. Genève, 1976.
5. S. Burki et M. ul Hag. "Meeting Basic Needs: An Overview". *World Development*, février 1981.
6. M. D. Morris. *Measuring the Condition of the World's Poor: The Physical Quality of Life Index*. New York: Pergamon, 1979.
7. Voir par exemple, J. Forrester. *World Dynamics*. Cambridge, Massachusetts: Wright Allen Press, 1971; et J. Silber. "ELL (*The Equivalent Length of Life*)" ou *Another Attempt at Measuring Development*. *World Development*, janvier 1983.
8. Selon Mahesh Patel. *A Gender Development Index for Africa*. Document de travail 1005, UNICEF ESARO, novembre 1994.
9. Krishna Ahooja-Patel, *Gender Distance Among Countries, Economic and Political Weekly*, 13 février 1993.

III **Etat du développement humain en Afrique**

La situation humaine désastreuse prévalant en Afrique a fait perdre tant de salive et couler tant d'encre qu'une autre tentative dans ce sens provoquera forcément une certaine tiédeur. La tentative la plus récente entreprise par la CEA à cet égard a débouché sur la *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*,¹ à laquelle il a déjà été fait allusion. En fait, ce document peut utilement servir de pendant au présent rapport. Par conséquent, au lieu d'énoncer les faits notoires, il serait plus intéressant de définir les défis en des termes les plus crus. Et pour ce faire, un survol des faits les plus saillants s'impose.

Présentée en des termes simples, la situation humaine est alarmante, il en a été ainsi depuis de nombreuses années et en supposant que cette vieille tendance se poursuive, il sera impossible d'arriver au bout du tunnel même avec l'optimiste le plus béat. Fait qui est des plus alarmants, la menace qui pèse sur la sécurité humaine. Selon le *Rapport mondial sur le développement humain 1994* du PNUD, il est utile de faire la distinction entre deux aspects de la sécurité humaine. En un sens, elle signifie la protection contre tout événement brutal susceptible de perturber la vie quotidienne. De ce point de vue, l'insécurité humaine en Afrique a atteint des proportions effrayantes, tant et si bien que même la simple survie ne peut plus être considérée comme allant de soi pour des millions d'Africains. La colossale tragédie humaine qui s'est déroulée au Rwanda n'est que l'exemple le plus frappant de la menace pesant sur la sécurité humaine. D'autres exemples de conflits armés récents menaçant la sécurité humaine sont ceux qui font rage au Burundi, en Somalie, au Libéria, en Angola, au Mozambique et au Soudan, pour ne citer que les cas les plus connus. Différents de nature mais non moins alarmants sont les drames qui secouent l'Algérie et l'Egypte. Cependant, à des degrés divers, la menace à la sécurité humaine est présente dans bon nombre de pays africains. Il est estimé qu'il y a six millions de réfugiés africains représentant la moitié du nombre total des réfugiés dans le monde, et environ 20 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Lorsque la survie même de millions de personnes est gravement compromise, alors tous les problèmes y compris la misère écrasante deviennent insignifiants.

D'un autre point de vue, la sécurité humaine signifie être à l'abri des menaces chroniques, telles que la famine, la maladie et la répression. Essentiellement, ce type d'insécurité est intimement lié à la pauvreté et, pour la plupart de ceux qui survivent aux grandes catastrophes, la pauvreté - quelle qu'en soit la mesure - continue d'être la réalité omniprésente. Une des mesures composites qui peut être utilisée de façon adéquate ainsi qu'il est indiqué au chapitre II, est l'IDH du PNUD. Ainsi, sur les 55 pays que le PNUD a classés dans la catégorie "Faible développement humain" pour 1992, 41 sont des pays africains. Qui plus est, sur les 25 pays classés au bas de la liste dans cette catégorie, 22

(c'est-à-dire 88%) sont africains. Sur les 52 pays africains, il n'y en a pas un seul qui figure dans la catégorie "Développement humain élevé"; seuls 11 ont pu se classer dans la catégorie "Développement humain moyen" (voir tableau 1 pour les données nationales).

Aussi révélatrices que soient ces statistiques, elles masquent néanmoins beaucoup de choses. Par exemple, il est estimé que 54% de la population africaine vit dans la pauvreté absolue, c'est-à-dire sans accès au minimum nécessaire. Il y a des pays dans lesquels le pourcentage de population "vivant" dans un tel état de dénuement atteint 80% et plus (voir tableau 12). Qui plus est, l'Afrique est la seule région du monde dans laquelle le nombre de ceux qui vivent dans la pauvreté absolue devrait augmenter dans un avenir immédiat.

Une telle paupérisation galopante est due en partie aux résultats économiques catastrophiques de la région. Le continent pour lequel les années 80 ont été une décennie perdue, risque de se retrouver devant cette sinistre possibilité dans les années 90. Au lieu de croître, les économies africaines semblent régresser.

Non moins significatif est le fait que quelque soit le niveau de croissance réalisée, cette dernière n'a pas permis de créer suffisamment d'emplois et d'améliorer les conditions de vie. Ainsi, toutes les statistiques relatives à l'emploi sont inquiétantes. Selon les estimations prudentes, le chômage urbain en Afrique frappe entre un cinquième à un quart de la population active; d'ailleurs, dans un certain nombre de pays les chiffres sont beaucoup plus élevés. Ce qui donne à ces statistiques un caractère particulièrement vicieux, c'est le fait que la plupart des chômeurs sont des jeunes gens instruits. Le chômage leur vole leur avenir pour ainsi dire. Les inégalités existant entre hommes et femmes en matière d'emploi sont également graves et entraînent une grosse perte de potentialités humaines partout dans le continent.

Les tâches consistant à lutter contre la pauvreté et à créer des emplois sont de toute évidence interdépendantes parce qu'il serait impossible de marquer des points contre la pauvreté sans élargir les possibilités d'emploi rémunérateur. Malheureusement, le défi est rendu infiniment plus complexe par les programmes d'ajustement structurel qui, dans un certain nombre de pays, se sont traduits plutôt par des pertes nettes que par des créations d'emplois.

Lorsque les maux ci-après s'ajoutent à cela: statistiques déprimantes sur la sécurité alimentaire, la santé et la nutrition, l'éducation et autres services sociaux (voir tableaux 1 à 10), catastrophe provoquée par les conséquences perverses d'une croissance démographique incontrôlée conjuguées à la dégradation de l'environnement; recours aux armes pour régler les différends; conflits; et perte de tous les acquis obtenus dans la marche vers la démocratie, la gravité de la situation humaine en Afrique apparaît alors dans toute son énormité. Il est ainsi révélateur que sur les sept types courants de menace à la sécurité humaine - économique, alimentaire, sanitaire, écologique, personnel, communautaire et politique - il n'en existe pas un seul qui n'ait des proportions considérables en Afrique.

Malgré tout, on ne saurait prétendre que le tableau est sombre à tous égards en Afrique et qu'aucun progrès n'a été réalisé. Personne par exemple ne devrait sous-estimer l'importance que revêt la fin de l'apartheid en Afrique du Sud, la possibilité d'une paix durable dans des pays comme le Mozambique et les premiers pas en régime démocratique dans certains pays, quelque fragiles que soient ces expériences. Nul ne

devrait non plus sous-estimer les acquis réalisés en matière de développement humain. Comme le montrent les tableaux de l'annexe, des progrès ont été enregistrés. C'est ainsi que l'espérance de vie a augmenté de plus de 11 ans et la mortalité infantile chuté de 40% en une génération. De même, le pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable s'est accru de pratiquement 20% en 15 années environ et l'alphabétisation des adultes a progressé de 23% entre 1970 et 1992. Les inégalités entre filles et garçons en ce qui concerne l'accès à l'enseignement primaire s'atténuent rapidement et ont complètement disparu dans de nombreux pays. Comme l'indique l'indice de développement féminin au tableau 16, dans tous les pays africains pour lesquels des données sont disponibles, l'espérance de vie des femmes est actuellement plus élevée que celle des hommes. Ensuite, bien qu'il ne soit pas facile de disposer de données relatives aux tendances, la représentation des femmes dans la vie politique semble progresser rapidement. Ces acquis sont solides, peut-être d'ailleurs spectaculaires étant donné les circonstances désastreuses dans lesquelles ils ont été obtenus.

Le fait est que de tels cas de progrès sont peu nombreux et espacés. L'aspect négatif des résultats l'emporte en fait de loin parce que - en dépit des progrès - la situation globale est encore désespérée. L'espérance de vie est d'environ 53 ans, soit un quart de siècle en deçà de celle des pays à revenu élevé. La population ayant accès aux services de santé, à l'eau potable et à l'hygiène ne constitue respectivement que 64, 56 et 41% environ. Dans le domaine de l'éducation, seuls 52% des adultes sont instruits et le taux global de scolarisation est bien inférieur à 39% (voir tableau 2 pour les données sur les différents pays). Il est vrai que les inégalités entre garçons et filles en ce qui concerne l'accès à l'enseignement primaire s'estompent, néanmoins les taux de rétention sont encore beaucoup plus faibles pour les filles que pour les garçons.

S'agissant de la survie et du développement de l'enfant, les statistiques sont peu réjouissantes. Le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans est de 148 pour 1 000 naissances vivantes; 24% des enfants souffrent d'insuffisance pondérale; le taux de mortalité maternelle est de 620 pour 1 000 naissances vivantes et moins de 50% des naissances sont médicalement assistées (voir tableau 6).

Les progrès sont relativement peu constants. Ainsi, le taux global de scolarisation a reculé entre 1980 et 1990. Les dépenses militaires en pourcentage des dépenses totales de santé et d'enseignement combinées sont passées de moins de 30% en 1960 à plus de 49% en 1990/1991 (voir tableau 13). Il conviendrait également de noter que même lorsque des progrès ont été réalisés en termes de pourcentages, le taux d'accroissement de la population a été tel, en chiffres absolus, que le nombre d'individus vivant actuellement dans le dénuement est plus élevé qu'il y a sept ans. Par conséquent, la situation africaine en ce qui concerne le développement humain est le terreau même du désespoir.

Encadré 4

Situation économique et sociale en 1994

Les données provisoires dont dispose la Commission économique pour l'Afrique sur l'état des économies nationales africaines en 1994 indiquent une progression modeste du taux de croissance économique de la région. Selon nos estimations, au cours de l'année 1994, la production a augmenté de 2,8%, taux supérieur à ceux de 1993 et 1992 qui étaient respectivement de 1,1% et de -0,3%. C'est dire, malgré cela, que le revenu par habitant ne cesse de baisser et que la région continue de régresser en termes absolus et relatifs. Durant la période 1990-1994, le PIB a en fait diminué au rythme de 1,5% par an. Au cours de la période, la proportion de la population pauvre a augmenté à un rythme encore plus rapide. Et là, il s'agit aussi bien des zones rurales où le déclin économique s'est poursuivi, que des villes où les efforts tendant à promouvoir la croissance et la création d'emplois dans le secteur de l'industrie et des services ont été caractérisés par une faible performance.

Bien que l'Afrique ait enregistré son taux de croissance le plus élevé en cinq ans, sa part dans la production économique totale du monde a continué de reculer, quoique le taux d'accroissement de sa population soit à peu près le double de celui de la population mondiale. L'Afrique est également restée en retrait par rapport aux autres régions en développement qui font actuellement figure d'importants moteurs de la croissance économique mondiale.

CEA, *Évaluation préliminaire des résultats de l'économie africaine en 1994 et perspectives pour 1995*, Addis-Abeba 1995.

Cependant le désespoir est un sentiment que des millions d'Africains ne peuvent se permettre d'éprouver. Les problèmes de la région sont largement d'origine humaine et il n'y a pas de raison qu'on ne puisse les résoudre avec de bons dirigeants et des politiques appropriées. L'objectif du présent rapport est d'appeler l'attention aussi bien sur les défis que sur les possibilités, en mettant l'accent sur les domaines vitaux de la survie et du développement de l'enfant, de la santé et de l'enseignement. Dans chacun de ces domaines, nous commençons par rappeler les engagements déjà pris : Objectifs en faveur des enfants (Sommet mondial pour les enfants, septembre 1990; et la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants en Afrique, le Consensus de Dakar, novembre 1992); Santé pour tous d'ici à l'an 2000 (la Déclaration d'Alma-Ata, 1978); et Education de base pour tous (la Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous, Jomtien, Thaïlande, mars 1990). Une tentative est alors entreprise pour examiner les progrès réalisés depuis que ces engagements ont été pris et pour identifier les défis restants. En d'autres termes, il s'agit en fait d'évaluer le chemin parcouru par l'Afrique dans ces domaines vitaux du développement humain.

Le lecteur n'ignore sans doute pas que l'opération a été rendue plus ardue par la rareté de données complètes et à jour. L'évaluation entreprise doit par conséquent être lue en tenant compte de cette lacune.

Références

1. CEA, *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, Addis-Abeba, 1995.

IV Objectifs en faveur des enfants

La situation de l'enfant africain

Si le développement humain est au coeur du processus de développement, le bien-être de la femme et de l'enfant est quant à lui au centre du développement humain. Les enfants sont l'avenir de la nation et ses plus ardents bâtisseurs. Et le sort de l'enfant est indissociablement lié à celui de la mère, il est donc impossible de parler de l'un sans tenir compte de l'autre.

A cet effet, le développement de l'Afrique représente un ensemble de faits marquants varié de succès indéniables et de revers pénibles, le tout se soldant par une accumulation de problèmes irrésolus et de défis à relever.

S'agissant de nombreux indicateurs, des progrès ont été réalisés concernant l'enfant africain à un rythme encore jamais égalé dans l'histoire de l'humanité. Toutefois, ces progrès sont contrebalancés par l'ampleur de la tâche qu'il reste à accomplir, les revers récents ainsi que par les menaces qui se profilent à l'horizon tels que le prouvent les exemples ci-après:

- Entre 1960 et 1992, le taux de mortalité juvénile a baissé de plus de 50% dans 18 pays africains et de plus d'un tiers dans la plupart des autres. Rien qu'au cours des 10 dernières années, quatre pays de l'Afrique du Nord ont réduit leur taux de mortalité juvénile de plus de moitié. Dans l'ensemble, le taux moyen de mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de près de moitié en Afrique, descendant de 280 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1960 à 165 pour 1 000 en 1991. Au cours de la même période, les taux bruts moyens de mortalité ont accusé un repli, venant de 24 à 16 pour 1 000, tandis que l'espérance de vie passait de 41 à 51 ans (voir tableau 4).
- Mais dans le même temps, près de 5 millions de jeunes Africains continuent de mourir chaque année, soit près de 14 000 par jour. Et ce sont les pays ayant les taux de mortalité les plus élevés qui, d'une manière générale, ont éprouvé le plus de difficultés à les réduire.
- Plus des deux tiers de la population dans plus de 23 pays africains ont actuellement accès aux services de santé de base. En particulier, la généralisation dans ces services de trois modes d'intervention peu coûteux - vaccination des enfants, administration d'antibiotiques et thérapeutique de réhydratation orale - a permis chaque année de sauver la vie à près de 3 millions d'enfants africains, et à d'autres d'être moins souvent malades et de bénéficier ainsi d'une

meilleure croissance, de mieux assimiler les connaissances et d'être plus productifs une fois devenus adultes.

- Mais, alors que dans les années 80, les taux de vaccination des enfants ont plus que doublé dans 28 pays africains, ils ont en 1991-1992 reculé dans 30 pays africains. Dans 18 pays, cette baisse a dépassé à 10% même si dans 10 des pays le retard a pu être entièrement ou partiellement rattrapé.
- Les progrès spectaculaires réalisés dans la diminution des taux de mortalité juvénile en Afrique se ralentissent à l'heure actuelle presque partout, et commencent même à s'inverser dans certains pays en raison de l'épidémie de sida. Plutôt que la rougeole ou le paludisme, la principale cause de décès chez les enfants est en passe d'être le sida. Un enfant né d'une mère infectée par le virus du sida a une chance sur trois de naître avec ce virus. Et les quatre cinquièmes des enfants nés porteurs du VIH mourront avant l'âge de 5 ans.
- Malgré les images des enfants africains affamés véhiculées communément par les médias étrangers, la malnutrition grave ne touche que 1 à 2% des enfants de la région.
- Des formes invisibles ou bénignes de malnutrition retardent le développement physique et mental de plus de 30% des enfants africains, provenant essentiellement d'une insuffisance en calories et en micro-nutriments. En outre, près de 15% des enfants africains sont mal nourris dès leur conception et naissent avec un poids inférieur à 2,5 kg. Cette malnutrition ne provient pas uniquement du manque de nourriture. L'arrêt précoce de l'allaitement au sein, un sevrage mal effectué et de mauvaises pratiques néfastes en matière d'alimentation des enfants sont autant de facteurs qui entraînent une grave sous-alimentation au cours de la deuxième année d'existence de l'enfant. Des maladies fréquentes telles que la diarrhée et le paludisme dans un environnement insalubre non doté de services de santé adéquats contribuent également dans une large mesure à la malnutrition des enfants. Des femmes surchargées de travail et mal nourries - qui la plupart du temps souffrent d'anémie ferriprive - ne sont pas en mesure de donner naissance à des enfants bien nourris, ni de les élever. Le mauvais état nutritionnel de près de la moitié des femmes et des enfants en Afrique cause actuellement et continuera de causer dans l'avenir une immense perte en ressources productives potentielles.
- Les carences en iode sont un phénomène généralisé, qui touche près de 150 millions de personnes dans 38 pays africains vivant dans des zones où sévissent de telles carences. Il s'agit d'une situation à redresser d'urgence, tant en raison des conséquences terribles qui en résultent - accouchement de mort - nés, goitre, diminution des capacités d'assimilation des connaissances, retard mental éventuel - que des possibilités de solutions simples et peu coûteuses (l'association d'iode au sel commercialisé). Grâce à cette méthode, une douzaine de pays prennent

actuellement des mesures pour lutter contre les troubles dus à la carence en iode, et de nombreux autres envisagent sérieusement d'apporter un soutien aux producteurs de sel et/ou de réglementer la commercialisation du sel.

- Un enseignement - de bonne qualité ainsi que l'éducation de base pour tous - constitue la carte maîtresse de l'Afrique dans la lutte pour le développement. C'est l'élément fondamental du principe consistant à "investir dans l'éducation des populations". Les taux bruts d'inscription dans les écoles primaires sont passés de près de 30% en 1960 à environ 70% aujourd'hui. L'écart entre garçons et filles dans l'accès à l'enseignement primaire s'est considérablement réduit (même s'il demeure très important dans certains pays et est encore très grand aux niveaux secondaire et universitaire) (voir tableaux 9 et 10 de l'annexe).
- Mais, cette "carte maîtresse" n'est que partiellement utilisée. Un trop grand nombre d'enfants quittent prématurément l'école. Moins de 80% de l'ensemble des enfants en Afrique du Nord, et moins de 50% en Afrique subsaharienne ont au moins quatre années de scolarité lorsqu'ils quittent l'école primaire - probablement le minimum requis pour savoir lire et compter. Ce taux d'abandon scolaire prouve bien qu'il existe des lacunes considérables dans le système d'éducation primaire. Il s'agit entre autres des suivantes: mauvaise qualité de l'enseignement - due à l'insuffisance des fonds disponibles pour assurer la rémunération des enseignants et acheter le matériel didactique, ainsi qu'à l'effectif pléthorique des classes, ce qui ne permet pas aux parents d'apprécier l'enseignement à sa juste valeur; difficultés linguistiques dans les premières années; manque de moyens permettant à la communauté et aux parents d'être associés au système éducatif; et mauvaise santé et malnutrition qui prévalent chez les élèves. Au niveau du secondaire, les filles qui tombent enceintes ne sont pas aidées à reprendre le chemin de l'école après l'accouchement. De même, les maladies et les décès pour cause de sida de plus en plus fréquents chez les parents sont autant de facteurs qui poussent hors de l'école les enfants d'âge scolaire.
- Enfin, des millions d'enfants africains se retrouvent dans des situations particulièrement difficiles en raison de fléaux tels que les guerres, les déplacements et le sida. Une quinzaine de pays africains comptent chacun plus de 100 000 personnes déplacées, et peut-être 20 millions en tout. La grande majorité des personnes déplacées sont des femmes et des enfants. Cette situation est aggravée par le nombre croissant d'enfants qui tentent de gagner leur vie dans les rues des villes, la plupart ayant perdu leurs parents morts du sida.

Bref, malgré les progrès considérables accomplis, le sort des enfants africains demeure très préoccupant.

Engagements pris en faveur des enfants d'Afrique

Sommet mondial pour les enfants

Le 30 septembre 1990, un très grand nombre de dirigeants du monde, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York, ont adopté une déclaration sur la survie, la protection et le développement de l'enfant. Ils ont également convenu d'un plan d'action qui invitait tous les pays à entreprendre aux plans national et international des efforts concertés, en vue de la réalisation d'ici à l'an 2000 des principaux objectifs suivants:

- Réduire d'un tiers les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans enregistrés en 1990 ou les ramener au niveau de 70 pour 1 000 naissances vivantes (en choisissant la réduction la plus importante);
- Réduire de moitié les taux de mortalité maternelle enregistrés en 1990;
- Réduire de moitié par rapport aux taux enregistrés en 1990 la malnutrition grave ou modérée dont sont victimes les enfants de moins de 5 ans;
- Assurer à tous l'alimentation en eau potable et des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments;
- Universaliser l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80% des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire;
- Réduire le taux d'analphabétisme chez les adultes (le groupe d'âge concerné devant être déterminé par chaque pays) à la moitié au moins de ce qu'il était en 1990, l'accent étant mis sur l'alphabétisation des femmes;
- Protéger les enfants dans des circonstances particulièrement difficiles, en particulier dans les situations de conflits armés.

De même, dans le Plan d'action ont été élaborés des objectifs d'appui et objectifs sectoriels précis touchant aux domaines suivants: la santé et l'éducation des femmes; la nutrition; la santé des enfants; l'eau et l'assainissement; l'éducation de base et les enfants se trouvant dans des circonstances particulièrement difficiles.

Pour les mesures à prendre au niveau national, les gouvernements ayant pris part au Sommet mondial, et ceux qui ont par la suite signé la Déclaration, se sont engagés à entreprendre les actions ci-après:

- Elaborer d'ici à la fin de 1991, les programmes d'action nationaux pour la mise en oeuvre des objectifs du Sommet mondial pour les enfants;
- Accorder, dans le cadre des plans et programmes nationaux, la priorité aux objectifs relatifs à la survie, à la protection et au développement de l'enfant;
- Accorder, en ce qui concerne l'affectation des ressources, la priorité à ces objectifs, et promouvoir les programmes visant à leur renforcement en période d'austérité économique et d'ajustement structurel;

- Mobiliser tous les secteurs de la société en vue de garantir la réalisation de progrès dans la mise en oeuvre de ces objectifs;
- Mettre en place les mécanismes nécessaires, pour rassembler, analyser et publier régulièrement et en temps voulu les données permettant de suivre les indicateurs sociaux relatifs au bien être des enfants;
- Réexaminer les dispositions en cours pour faire face aux catastrophes naturelles et aux catastrophes causées par l'homme en vue de renforcer la capacité nationale permettant de lutter contre ces catastrophes;
- Renforcer les activités de recherche appliquée au bénéfice de nouvelles techniques et percées technologiques, d'une mobilisation sociale plus efficace et d'une meilleure utilisation des services sociaux existants.

Certes, le Plan d'action adopté par le Sommet revêtait un caractère universel, toutefois les pays n'étaient nullement obligés de l'appliquer et il devait plutôt leur servir de cadre d'action, étant entendu que chacun d'entre eux devait formuler son propre programme d'action pour la mise en oeuvre de la Déclaration du Sommet mondial.

Le Sommet s'est également engagé à encourager la ratification, dans les meilleurs délais possibles, de la Convention relative aux droits de l'enfant. L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le 20 novembre 1989 ladite Convention qui offre de nouvelles possibilités permettant de donner un caractère véritablement universel au respect des droits de l'enfant. Les droits susmentionnés ont trait à la survie, au développement et à la protection de l'enfant où qu'il se trouve.

Le Consensus de Dakar

Une importante activité de suivi du Sommet mondial au niveau national a été la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants en Afrique organisée par l'Organisation de l'unité africaine et qui s'est tenue à Dakar (Sénégal) en novembre 1992. Au cours de cette Conférence, 46 pays africains, un grand nombre de partenaires coopérants et d'ONG, notamment plus d'une douzaine de gouvernements donateurs, se sont engagés à tout mettre en oeuvre pour atteindre d'ici à la fin de 1995 une série de buts et d'objectifs intermédiaires. Ces objectifs à mi-parcours de la décennie, tirés de l'ensemble d'objectifs à long terme du Sommet mondial pour la décennie, ont été choisis en fonction de l'urgence qu'ils revêtent, de leur coût - efficacité, de leur faisabilité et de l'impact qu'ils pourraient avoir sur le bien-être des populations. Ils constituent également des points de départ pour la réalisation des objectifs devant être atteints d'ici à l'an 2000. Tels qu'ils sont énoncés par le Consensus de Dakar, ils visaient à:

- porter le taux moyen de couverture vaccinale en Afrique à 80% contre des maladies telles que le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose, et à 90% contre la rougeole et le tétanos chez les femmes en âge de procréer;
- parvenir à un taux de 80% d'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale afin de prévenir la déshydratation causée par la diarrhée;

- éliminer la quasi-totalité des troubles liés à la carence en iode, l'avitaminose A et ses conséquences;
- encourager l'allaitement au sein exclusif pendant quatre à six mois et poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans, tout en apportant une alimentation complémentaire.

Les participants à la Conférence de Dakar ont également réaffirmé leur engagement envers une série d'objectifs majeurs en faveur des enfants à réaliser d'ici à l'an 2000:

- assurer l'accès généralisé à l'éducation de base et garantir l'enseignement primaire à 80% au moins des enfants en âge d'être scolarisés, en accordant une attention à la scolarisation des filles;
- réduire de moitié les cas de malnutrition protéo-calorique aiguë et assurer la sécurité alimentaire des ménages;
- assurer l'accès généralisé à l'eau potable et à des lieux d'aisances dans toutes les communautés;
- réduire d'un tiers les taux de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans;
- réduire de moitié les taux de mortalité maternelle;
- réduire le nombre des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles, et alléger leurs souffrances, et protéger les enfants contre toutes formes d'abus;
- assurer la ratification par tous les pays africains de la Convention relative aux droits de l'enfant et veiller à son incorporation dans les législations nationales.

Le Consensus de Dakar a en outre reconnu la nécessité d'accorder, dans le processus de développement, la priorité à la protection et à la promotion des droits des filles et des femmes.

Engagements pris en faveur des enfants d'Afrique: progrès réalisés

La Conférence internationale sur l'assistance aux enfants en Afrique a remarquablement disposé les partenaires pour le développement à agir. Et ce, malgré la stagnation ou le repli en termes réels des niveaux de l'assistance étrangère accordée à de nombreux pays africains, le fait que la communauté internationale ne parvienne toujours pas à trouver une solution au fardeau insupportable de la dette qui continue de peser et sans grand espoir de remboursement - sur la plupart des pays du continent; et la détérioration continue des termes de l'échange des produits primaires, principale source de devises d'un grand nombre d'économies des pays africains. Les mesures visant à accorder la priorité dans les programmes nationaux aux enfants qui n'ont cessé de prendre de l'ampleur témoignent de l'importance capitale que les sociétés africaines accordent à leurs enfants malgré les difficultés persistantes, et même dans les situations de conflits et de catastrophes climatiques. Les pays africains se rendent également compte qu'en accordant la priorité aux enfants, non seulement ils répondent à un impératif moral et humanitaire, mais aussi ils réalisent un investissement de premier ordre

en vue de la reconstruction et de la croissance de l'économie et de la société africaines.

Des programmes d'action nationaux ont été formulés et consolidés au cours des trois dernières années. Ces programmes ont actuellement quatre fonctions essentielles dans le développement humain de l'Afrique. Premièrement, ils servent de cadre d'investissement des ressources dans les domaines prioritaires du développement humain pour une vaste gamme d'institutions et d'organisations, y compris - de plus en plus - pour la Banque africaine de développement et les institutions de Bretton Woods. Deuxièmement, ils permettent d'axer de façon plus précise la politique nationale sur les questions relatives au développement humain. Troisièmement, ils constituent un mécanisme pour la réalisation d'un large accord sur les objectifs et les indicateurs nationaux devant servir à mesurer et suivre les progrès réalisés dans l'amélioration des conditions de vie des populations. Quatrièmement, ils servent de base officielle à la mobilisation des efforts en vue de réaliser les objectifs du développement humain.

Il importe également de noter que, dans un nombre croissant de pays, les programmes d'action nationaux permettent de relancer la participation au processus de planification au processus de planification tant au niveau local que municipal, dans les villes et au sein des institutions des districts ruraux. Les mesures prises pour décentraliser les programmes d'action nationaux sont souvent accompagnées d'efforts visant à confier aux secteurs vitaux du développement humain la gestion, le contrôle et en fin de compte les responsabilités financières en ce qui concerne ces programmes.

Les pays africains ne se sont pas uniquement contentés d'adopter un ordre du jour global sur les investissements à effectuer en faveur des populations. Les gouvernements africains, par le biais des programmes d'action nationaux, et de plus en plus dans les plans de développement nationaux, les documents de politique générale et les études relatives aux dépenses publiques, ont décidé de réaménager leurs priorités en matière de dépenses afin de privilégier l'investissement humain. Dans de nombreux cas, cette réorganisation s'est effectuée parallèlement à la mise en oeuvre des programmes d'ajustement structurel. Dans ce domaine, les pays ont tenu compte des critiques formulées à l'encontre des méthodes précédemment utilisées dans la mise en oeuvre de l'ajustement structurel, et ont non seulement accordé une attention plus grande à l'élément "pauvreté" dans l'exécution des réformes économiques, mais encore profité de ces réformes pour donner la priorité au développement humain et protéger le bien-être humain.

On note également qu'il est plus facile, dans de plus en plus de pays africains, de réduire dans les budgets nationaux la part accordée à la défense et à la sécurité, en raison notamment des efforts accomplis pour résoudre les conflits. Le Bénin, l'Ethiopie, la Namibie, l'Ouganda, la Tanzanie et le Zimbabwe en sont des exemples patents. Les changements démocratiques qui s'opèrent en Afrique du Sud, conjugués à l'abandon par l'Etat sud-africain des tentatives de déstabilisation et de colonisation dans la sous-région, constituent des processus qui favorisent la démilitarisation et permettent de mieux se consacrer à la reconstruction et au développement humain dans toute l'Afrique australe.

Encadré 5

Le consensus de Dakar: Objectifs relatifs à la survie et au développement de l'enfant d'ici à la fin de 1995

Faire passer le taux moyen de couverture vaccinale en Afrique du taux actuel de 75% réalisé grâce au programme élargi de vaccination (PEV) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose à 80%.

Garantir un taux de vaccination de 90% contre la rougeole qui est de loin la plus mortelle des maladies contre lesquelles il existe un vaccin et contre le tétanos toxoïde en ce qui concerne les femmes en âge de procréer.

Parvenir à un taux de 80% d'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale afin de prévenir la déshydratation causée par la diarrhée.

Éliminer la quasi-totalité des troubles liés aux carences en iode.

Éliminer quasi totalement l'avitaminose A et ses conséquences.

Encourager l'allaitement au sein exclusif pendant quatre à six mois et poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, tout en apportant une alimentation complémentaire à partir de quatre à six mois.

UNICEF/OUA, *Le Consensus de Dakar*, page 12.

Les progrès enregistrés dans l'ensemble de l'Afrique depuis le Sommet mondial pour les enfants de 1990 peuvent se mesurer par le fait que 33 pays africains ont déjà élaboré leurs programmes d'action nationaux en faveur des enfants. Ces programmes sont au stade préparatoire ou de projet dans 12 autres, ce qui porte à 45 le nombre total de pays ayant réalisé des progrès notables. Seuls une poignée de pays dont la plupart se trouvent dans des conditions particulièrement difficiles - graves situations d'urgence - n'ont toujours pas entamé ce processus. Il s'agit donc pour l'Afrique d'une importante avancée qui augure bien du raffermissement de l'engagement politique et social en faveur des enfants, raffermissement à présent nécessaire pour réaliser les objectifs nationaux à court et moyen terme en faveur des enfants. Il convient également de noter que 36 pays africains ont maintenant ratifié la Convention internationale relative aux droits de l'enfant qui trouve une nouvelle expression dans la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant des Etats membres de l'OUA. Ces instruments définissent une nouvelle éthique à laquelle doivent se référer les sociétés pour garantir les droits de l'enfant, ainsi que les normes auxquelles devront se conformer les acteurs du développement aux plans national et international.

En ce qui concerne la réalisation des objectifs à mi-parcours de la décennie fixés à Dakar, il semble que d'une manière générale, 10 pays africains au moins parviendront à les atteindre dans les domaines de la vaccination, de l'élimination des troubles liés à la carence en iode, de l'élimination de l'avitaminose A, de l'allaitement au sein et de l'éradication de la dracunculose; 10 autres pays atteindront ces objectifs dans

certaines zones géographiques. En Afrique du Nord, tous les objectifs à mi-parcours de la décennie seront certainement atteints dans un pays, tandis qu'il existe de bonnes perspectives pour d'autres. Des progrès ont également été réalisés dans la lutte contre le paludisme, grâce à l'introduction à titre d'essai et à la promotion de moustiquaires et de draps imprégnés de produits chimiques. Il s'agit là d'une méthode rentable pour lutter contre le paludisme.

Encadré 6

Declaration de Dakar/NGOR: Objectifs pour l'enfant et la mere

La Déclaration fixe pour l'ensemble de la région des objectifs à atteindre d'ici à l'an 2000, à savoir:

- Un taux de mortalité infantile de moins de 50 pour 1000 naissances vivantes;
- Un taux de mortalité juvénile de 70 pour 1000 ou moins;
- Un taux de mortalité maternelle réduit de 50% au moins par rapport à son niveau de 1990.

CEA, *Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable*, 1991, p. 8.

Au cours des trois dernières années, le taux de couverture vaccinale a été maintenu à son niveau de 1990 dans de nombreux pays, tandis qu'il a augmenté dans d'autres. Par contre, ce taux a baissé dans plusieurs pays. Bien que l'éradication de la poliomyélite ne fasse pas partie des objectifs fixés pour 1995, cette maladie a disparu dans une douzaine de pays africains. Pour ce qui est de la rougeole qui continue d'être l'une des principales causes de décès, la couverture vaccinale reste faible. Concernant le tétanos néonatal, les données disponibles peu fiables, ne permettent pas de tirer des conclusions nettes. Toutefois, on peut noter avec satisfaction que le Lesotho n'a signalé aucun cas de cette maladie et que de nombreux pays tels que le Kenya, le Malawi, Maurice, l'Ouganda et la Zambie se sont fixé comme objectif d'obtenir une couverture vaccinale de 95% des femmes enceintes contre le tétanos toxoïde.

La diarrhée reste la principale cause de décès chez l'enfant africain. Chaque année, près de 1,4 million d'enfants de moins de 5 ans en meurent. Dans l'ensemble, le taux d'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale (TRO) en Afrique est plutôt faible. Il en résulte donc que les objectifs fixés pour cette thérapeutique constituent un sérieux défi pour les pays africains, en même temps qu'ils leur offrent des possibilités. Etant donné que l'adoption de l'utilisation de la TRO implique un changement d'attitude, il conviendra, outre la formation qui sera donnée aux populations, d'entreprendre un vaste programme de sensibilisation dans ce domaine.

Les carences en iode sont un phénomène généralisé, ainsi que l'une des principales causes d'arriération mentale en Afrique. Toutefois, on peut aisément y remédier grâce à l'enrichissement du sel en iode, qui est une méthode simple et efficace. De nombreux pays africains ont élaboré une législation ou sont en train de le faire, pour permettre la fabrication et la distribution de sel iodé.

En ce qui concerne la maladie causée par le ver de Guinée, on peut constater qu'elle ne subsiste plus que dans 15 pays africains. Certes les méthodes de lutte contre cette maladie telles que la formation des agents sanitaires de village, l'éducation sanitaire, la distribution de filtres et les techniques nouvelles ou améliorées d'alimentation en eau potable ont été développées dans les zones affectées, mais il conviendrait d'accélérer le processus. Outre ce qui précède, il faudrait entreprendre des efforts particuliers pour surveiller les nouveaux cas de maladie ainsi que les mouvements des populations de part et d'autre des frontières pour empêcher la propagation de la maladie.

La malnutrition protéo-calorique demeure un grave problème pour l'Afrique où l'on enregistre entre 20 à 40% de cas de malnutrition grave ou modérée dans la plupart des pays. On constate toutefois que l'attention accordée à ce problème ne correspond absolument pas à son ampleur. La pauvreté, l'insuffisance de la couverture par les services de soins de santé infantile et maternelle essentiels, l'insécurité alimentaire, ainsi les pratiques d'origine socio-culturelle en vigueur dans les ménages constituent les principales causes de malnutrition.

Des progrès considérables ont été accomplis au cours de la dernière décennie dans les domaines de l'assainissement et de l'alimentation en eau, en raison d'un meilleur accès à l'eau potable et à l'existence de services d'hygiène appropriés. Il existe toutefois des différences énormes entre différentes régions du même pays notamment entre les zones rurales et urbaines.

L'examen de la situation sanitaire ne saurait être complet si le problème de l'éducation de base était laissée de côté. Comme observé ci-dessus, l'Afrique est la région du monde où le taux d'analphabétisme est le plus élevé, variant de 29% au Cap-vert à 89% au Niger. Par ailleurs, les systèmes d'éducation en Afrique restent caractérisés par la disparité entre les sexes en ce qui concerne l'accès au cycle de l'enseignement primaire et au maintien dans celui-ci. Et compte tenu des écarts considérables à combler s'agissant de l'éducation de base pour tous, seule l'introduction de stratégies novatrices peut permettre d'atteindre l'objectif.

Défis et possibilités pour l'avenir

Si l'on tient compte des défis à relever et des possibilités qui s'offrent pour les résoudre, on s'aperçoit qu'au cours des dernières années, des problèmes continuent de se poser dans au moins quatre domaines.

En premier lieu, il s'agit de conserver les acquis, notamment dans des domaines tels que les soins de santé primaires et l'éducation de base. Souvent en raison de difficultés économiques, des reculs ont été observés dans ces domaines particuliers.

En deuxième lieu, il s'agit d'étendre à d'autres secteurs la bonne disposition enregistrée dans certains domaines et programmes tels que

la nutrition, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement où les progrès ont été moins apparents, malgré une diversité de plus en plus grande d'options rentables, et relativement abordables, mises au point en Afrique.

En troisième lieu, il convient de restaurer et d'améliorer la qualité des services de base tels que l'éducation de base et les soins de santé. Une participation plus grande des usagers et des communautés locales à la planification et au contrôle de ces services constitueraient sans aucun doute des mécanismes plus performants.

Le quatrième défi, et l'un des plus importants, est celui où se fait sentir avec acuité la nécessité de s'attaquer et de rechercher des solutions aux énormes disparités entre les sexes, tant sur le plan de l'accès aux services, que du statut social, économique et politique. A titre d'illustration, le décalage qui persiste dans l'utilisation des services de base nécessaires au développement humain, le taux d'alphabétisation moyen des femmes africaines par rapport à celui des hommes est de 59%, tandis que la proportion équivalente des filles par rapport aux garçons au niveau primaire est de l'ordre de 78%. Dans la majeure partie du continent, les taux de mortalité maternelle demeurent extrêmement élevés. Un facteur qui contribue à cela est que traditionnellement les programmes nationaux relatifs à la santé des femmes et, dans certains cas, l'accès des filles et des femmes à l'éducation n'ont jamais occupé une place prépondérante dans les programmes nationaux. De même, sur le plan social, les femmes dans la plupart des pays d'Afrique sont très désavantagées par rapport aux hommes pendant toute leur existence, de l'enfance à la vie adulte en passant par l'adolescence. C'est ce qui crée et renforce les handicaps économiques et politiques qui sont le lot des femmes africaines. Une telle situation porte également préjudice à la survie, à la santé, à l'alimentation et à l'éducation de leurs enfants, dont elles ont généralement, voire exclusivement la principale responsabilité.

La plupart des programmes d'action nationaux en faveur des enfants élaborés en Afrique depuis 1990 prévoient des plans visant à remédier à ces lacunes. Les récentes initiatives prises dans des domaines tels que la maternité sans risques et l'émancipation économique des femmes laissent espérer que ces nouvelles mesures pourront effectivement se traduire en actions concrètes. Il convient toutefois d'insister sur le fait que les investissements et réalisations en faveur du développement humain ne seront que défectueux et partiels, tant que, pendant toute la durée de leur vie, les femmes ne seront pas véritablement émancipées et qu'il ne sera définitivement mis fin aux inégalités entre les sexes.

Un certain nombre d'indicateurs font apparaître que la fillette en Afrique fait l'objet de discrimination dès sa naissance, ce qui se manifeste par le peu de considération et d'attention que lui accordent ses parents, la piètre alimentation dont elle bénéficie ainsi que l'inégalité des chances en matière d'éducation. A mesure que les perspectives économiques des pays en développement deviennent de plus en plus aléatoires, les chances de survie et d'émancipation de la fillette qui se trouve en situation d'infériorité dès sa naissance diminuent également. Les filles sont dès leur jeune âge conditionnées pour occuper la dernière place.

Afin de faire acquérir à la fillette d'aujourd'hui qui est la femme de demain la confiance et l'éducation qui lui sont nécessaires pour assumer, au même titre que l'homme, son rôle avec dignité au sein de la société, il convient de lui accorder une attention toute particulière. Il faudrait éliminer entre autres toute forme de discrimination à l'encontre

des filles dans les domaines de l'éducation et de la formation, de la santé et de l'alimentation. Il conviendrait de lancer des campagnes pour mettre fin à toutes les attitudes et pratiques culturelles néfastes pour la femme et la fille. En outre, tout en sensibilisant la fillette aux questions et problèmes d'ordre social, économique et politique, des mesures spéciales devraient être prises pour renforcer les capacités des filles et accroître l'estime qui leur est accordée; cela concerne notamment celles ayant des besoins particuliers, tel qu'énoncé dans la Plate-forme d'action africaine pour l'émancipation de la femme.

Il est évident qu'il convient, dans un grand nombre de pays d'Afrique, de prendre en compte l'incidence à court et moyen terme de l'infection à VIH et du sida sur les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle ainsi que sur d'autres importants indicateurs du développement humain. Cette grave menace ne fait que *renforcer* l'importance qu'il convient d'accorder aux objectifs à mi-parcours de la décennie, et à atteindre d'ici à l'an 2000 en faveur des enfants. Cela implique également que tous les partenaires - gouvernements, partenaires étrangers, sociétés civiles et secteurs privés nationaux - entreprennent, de toute urgence, et collectivement, de vastes efforts visant à lutter contre la propagation de la pandémie de sida et à aider les millions de personnes et les familles directement ou indirectement touchées à faire face à ses effets. La menace du sida/VIH a provoqué en Afrique une intensification des efforts dans les domaines de l'éducation publique, la mobilisation sociale, les services de consultation, le dépistage systématique, la surveillance et la mise en place de moyens prophylactiques pour les populations. Pourtant, les répercussions éventuelles sur la stabilité sociale, la cohésion familiale, la croissance économique et le développement humain en général sont si graves, qu'il reste encore beaucoup à faire, notamment de la part des partenaires de l'Afrique.

Dans ce domaine en particulier, il conviendra d'insister sur les leçons à tirer de l'expérience des programmes nationaux de prévention et de lutte contre le sida déjà existants, afin de concevoir ou de reformuler des modes d'intervention plus efficaces dans ce secteur particulièrement difficile et délicat exigeant des changements au niveau du comportement humain. L'une des façons d'y parvenir consistera à bien cibler les groupes sociaux les plus vulnérables, notamment les jeunes, en émettant à leur intention des messages appropriés en matière d'éducation sanitaire - en faisant messages les associant et suscitant leurs réactions. Une autre méthode, consistera à émanciper les filles, pour les amener notamment à mieux maîtriser le processus décisionnel relatif à leur comportement sexuel - en gardant présent à l'esprit que les données les plus récentes provenant des pays africains laissent apparaître que les taux de séropositivité chez les jeunes sont d'une façon générale plusieurs fois plus élevés chez les filles que chez les garçons.

En ce qui concerne les perspectives d'avenir, il importe de mettre l'accent sur un aspect vital mais trop souvent négligé. Il y a de fortes chances de réaliser des progrès rapides et d'atteindre les objectifs à mi-parcours et ceux fixés pour l'an 2000 sur la majeure partie du continent, malgré les difficultés rencontrées d'une façon générale aux niveaux économique et financier.

Par ailleurs, d'intenses consultations entre les gouvernements, les importateurs et producteurs de sel commercialisé aux niveaux national et sous-régional permettent d'envisager la possibilité d'enrichir en iode le sel produit et commercialisé en Afrique. Ce résultat conduira sans aucun

doute à l'élimination virtuelle des troubles liés aux carences en iode et permettra d'accroître de 9 à 13 points le quotient intellectuel des populations affectées. Un autre domaine où les objectifs ont été fixés dans un certain nombre de pays est la lutte contre le paludisme. Des progrès considérables ont été accomplis dans plusieurs pays pour promouvoir l'utilisation de moustiquaires et de draps imprégnés de produits chimiques. Il s'agit d'une méthode extrêmement prometteuse et rentable de lutte contre le paludisme au niveau des ménages. Entretemps, des pays comme la Tanzanie ont prouvé qu'il était possible de réduire sensiblement le niveau de malnutrition grâce à des méthodes relativement peu onéreuses et qui sont basées au sein des collectivités et impliquent leur participation. D'autres pays africains ont démontré que l'on pouvait élargir l'accès à l'éducation de base, et ce à un coût raisonnable, sans pour autant sacrifier les normes de l'enseignement de base.

Il n'existe peut-être pas de recettes faciles pouvant s'appliquer aussi bien à la sécurité alimentaire de l'ensemble des ménages qu'à l'émancipation politique des femmes. Alors que l'on est mieux armé pour trouver des solutions aux bouleversements climatiques passagers, y compris en faisant appel à des méthodes ne nécessitant pas l'apport de nourriture, et à des mesures visant à encourager la reconstruction et la relance économiques, l'Afrique ne dispose à ce jour que de méthodes restreintes d'interventions techniques efficaces pour renforcer la sécurité alimentaire dans les ménages. En outre, les facteurs tels que les pénuries saisonnières de main-d'œuvre familiale, la faible productivité des sols, des prix, un crédit et un environnement pour la commercialisation peu favorables, ont contribué à réduire les acquis. Toutefois, la tendance visant à abandonner l'approche fondée sur les projets proposés aux petits exploitants et aux entreprises pour adopter des techniques reposant sur la formation et dotées de systèmes d'appui financier plus flexibles et de meilleurs services consultatifs pour les affaires - y compris l'assistance à apporter aux entrepreneurs pour évaluer leurs propres risques - semble prometteuse.

Leçons tirées de la poursuite des objectifs en faveur des enfants

De l'examen des réalisations intervenues en Afrique et ailleurs au cours des quatre années écoulées depuis la tenue du Sommet mondial pour les enfants, il ressort qu'il est indispensable que les nations prennent en compte certains facteurs clés, si elles veulent parvenir au développement humain et accomplir des progrès tangibles dans les domaines relatifs à la femme et à l'enfant.

Tout d'abord, pour tout progrès social, il convient absolument de définir des objectifs clairs, à délai déterminé et quantifiables, concernant lesquels un consensus national peut être réalisé et pour lesquels des efforts de grande envergure peuvent être faits. L'expérience africaine prouve clairement qu'il est important d'établir des programmes d'action nationaux qui permettront de fixer des objectifs dans ce domaine.

Encadré 7

Des balles aux vaccins: retombées de la paix pour l'enfant africain?

L'insuffisance des ressources requises par de nombreux gouvernements africains pour investir dans le domaine de la survie, la santé, l'éducation et l'alimentation des enfants dans leurs pays respectifs est source de préoccupation pour tous ceux qui considèrent que de tels investissements sont essentiels pour la croissance économique et le développement humain du continent. La chute des recettes publiques, des dépenses sociales ou leur stagnation à un niveau bas ont conduit à la recherche de nouvelles méthodes de mobilisation des ressources. Parmi ces innovations, on peut citer: les conversions de la dette, les taxes qui pénalisent la consommation d'alcools et de tabac et le partage des coûts des services de base dans les communautés, outre la tendance de plus en plus marquée à accorder dans les budgets la priorité au développement humain.

Les possibilités varient d'un pays à l'autre et selon les périodes. Au cours des dernières années, de grands espoirs ont été suscités par les "retombées de la paix" censées libérer d'importantes recettes à investir au profit des populations, dans les pays où les sous-régions où les conflits sont en passe d'être résolus, les tensions en voie d'apaisement, et où les structures militaires que justifiaient ces conflits peuvent à présent être démantelées. En moyenne, les dépenses militaires continuent d'absorber près de 3% du PIB. L'Afrique au sud du Sahara a toujours autant de soldats que d'enseignants. Et à la suite de travaux de recherche effectués récemment, on s'est aperçu que l'amélioration des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était inversement proportionnelle à l'accroissement des dépenses militaires des pays de cette zone.

Comment traduire en gains substantiels en faveur des enfants les espoirs de paix et, comment les étendre au développement humain dans certains pays africains? Plusieurs questions se posent, à savoir:

- Quelle est actuellement l'ampleur des dépenses militaires excédentaires, ainsi que le PIB par habitant? En réduisant à une moyenne de 3% du PIB les dépenses militaires dans les pays africains au sud du Sahara par rapport au niveau de la fin des années 80, on obtiendrait en gros une économie de 140 dollars par personne et par an en Angola, de 10 à 30 dollars en Éthiopie et au Zimbabwe, de 5 dollars au Mozambique et de moins 2 dollars en Zambie. Ainsi, les retombées potentielles varient énormément d'un pays à l'autre, même dans les pays où ces dépenses sont énormes à l'heure actuelle.
- Quelle est la part des économies réalisées sur les dépenses militaires devant directement servir à réduire le déficit budgétaire plutôt que d'aller couvrir d'autres dépenses?
- Quels sont les frais passagers liés à la réduction des forces militaires? Lorsque les forces armées sont pléthoriques, il peut en résulter d'énormes difficultés pour les soldats et leurs familles, et il pourrait s'avérer nécessaire de mettre en place des programmes compensatoires (à savoir par exemple des aides à la réinstallation et à l'éducation, des cours de formation, des capitaux de lancement et autres apports) pour aider ceux qui sont démobilisés à trouver d'autres moyens d'existence. Les bailleurs de fonds internationaux peuvent fournir une aide utile pour aider ces pays à faire face à ces coûts, comme ce fut récemment le cas en Ouganda et au Mozambique.

De tels facteurs peuvent dans de nombreux cas limiter les gains découlant de la réduction des effectifs militaires. Les annulations ainsi que les conversions de dettes permettent de dégager des ressources plus importantes, plus vite et à une plus grande échelle en faveur des enfants africains. Mais dans des pays tels que la Namibie, la Tanzanie, l'Éthiopie, l'Ouganda et l'Afrique du Sud, ont prouvé le parti à tirer des retombées de la paix en augmentant les dépenses sociales parallèlement à la réduction des effectifs militaires. Il est donc possible d'en faire de même dans d'autres pays africains. En outre, des "retombées" plus importantes permettent la croissance économique et l'élévation du niveau de vie dans le moyen terme, étant donné que les dépenses publiques sont axées essentiellement sur des investissements économiques et sociaux plus productifs.

Peut-on en politique objectivement envisager une démillitarisation? Très certainement, ce processus devrait faire partie des mutations plus importantes devant mener à l'adoption d'une éthique politique accordant le même rang de priorité aux enfants, à la sécurité des populations et à la lutte contre la pauvreté que les familles dans les programmes nationaux et internationaux. Les initiatives récentes visant à trouver des solutions aux conflits ainsi que les résolutions prises en faveur des enfants par l'OUA et par des organismes sous-régionaux tels que la SADC indiquent qu'une telle éthique commence à s'imposer en Afrique. Il est donc urgent de la mettre en application, étant donné que les traumatismes psycho-sociaux dus à la guerre doivent être traités dans les meilleurs délais, tout comme il s'avère urgent d'investir durablement et massivement en faveur de l'avenir de l'Afrique - ses enfants.

Richard Morgan, Regional Planning Officer, UNICEF ESARO.

Ensuite, pour réaliser ces objectifs, la volonté politique est nécessaire au niveau le plus élevé, ainsi qu'un souci politique constant des progrès accomplis.

Troisièmement, outre ce qui précède, il convient, comme mesure d'importance stratégique visant à maintenir l'élan en vue de la réalisation des objectifs sociaux et à permettre la mise en place des mesures d'ajustement importantes requises, de procéder à *un contrôle et un examen réguliers et approfondis des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs* - tous les six mois par exemple tel que c'est envisagé dans un certain nombre de programmes d'action nationaux en Afrique, et en les prévoyant au niveau le plus élevé comme dans certains pays. Il faudra fournir dans le court et moyen terme, à de nombreux pays y compris en Afrique, l'appui nécessaire au renforcement des capacités statistiques nationales requises pour la production d'indicateurs essentiels et suffisamment détaillés du bien-être des populations, afin de disposer d'une base pour le contrôle au niveau social.

Quatrièmement, un *effort de mobilisation sociale*, vaste et efficace s'avérera nécessaire au maintien des efforts de développement menés sur le plan humain et social, faisant appel à une grande diversité de médias nationaux et locaux, ainsi qu'à des responsables, des personnages influents et des mécanismes organisationnels dans tous les domaines requis. Cet effort de mobilisation devra être appuyé par une stratégie de communication efficace ayant fait ses preuves, qui prenne en compte les facteurs sociaux, économiques, culturels et les comportements.

Cinquièmement, il conviendra de maintenir dans tous les mécanismes d'ensemble de planification du développement et d'élaboration des politiques, y compris en tant qu'élément central des programmes d'ajustement structurel là où ceux-ci sont en cours d'application, *le caractère primordial des objectifs fixés au niveau national en faveur des enfants, des femmes et du développement humain*. Des programmes relatifs aux dépenses publiques "essentielle" devront refléter ce caractère primordial, et permettre de maintenir à leur niveau réellement suffisant les priorités en matière de dépenses pour le développement humain - tels que les soins de santé primaires, l'éducation de base, l'eau potable et l'assainissement - tout en ayant pour objectif l'accroissement de l'efficacité, de l'équité et du bien fondé des services publics fournis.

Par ailleurs, et étant donné la rareté des ressources servant dans la plupart des pays africains à réaliser le programme relatif au développement humain ainsi que les objectifs spécifiques, l'accent devra continuer de porter sur la nouvelle orientation dans les priorités en matière de répartition des crédits budgétaires et des ressources au profit de celles qui sont susceptibles de générer les bénéfices les plus importants sur le plan du développement humain, sans oublier le fait de définir et de tester des actions peu coûteuses et à forte incidence sur l'investissement humain et le bien-être social, ainsi que d'en étendre l'utilisation.

Il serait opportun, pour clore ce chapitre, d'insister sur l'importance du Sommet mondial pour le développement social de 1995. Ce Sommet donne aux Etats membres de l'Organisation des Nations Unies l'occasion exceptionnelle d'examiner et de souligner les aspects sociaux et humains du développement ainsi que de parvenir à une nouvelle cohésion et à une unité de vues dans ce domaine particulier de la politique nationale et internationale. L'occasion est d'autant plus importante pour l'Afrique que non seulement la stratégie relative au développement humain s'y développe rapidement, mais encore elle constitue une réponse vigoureuse

et cohérente aux problèmes de développement qui se posent au continent. *La Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, de même que les programmes d'action nationaux ainsi que le Consensus de Dakar donnent un programme clair et réalisable sur ce qu'il convient de faire pour appliquer une telle stratégie dans le contexte africain.

En outre, grâce à ce Sommet et au-delà, l'Afrique devra faire admettre au monde non seulement les problèmes et les défis sociaux auxquels elle fait face mais aussi les mesures positives prises par les gouvernements africains et la société civile pour y remédier. Il conviendra donc de saisir l'occasion pour mettre l'accent sur les programmes spécifiques entrepris pour atteindre les objectifs en faveur des enfants, les réformes et les nouvelles répartitions des crédits budgétaires entreprises par les gouvernements africains en vue de soutenir le développement humain, de même que sur les besoins prioritaires qu'il convient de satisfaire pour réaliser les objectifs en faveur des enfants et, à travers ceux-ci, un vaste programme d'investissement dans les ressources humaines à l'échelle continentale.

Références

Le présent chapitre est basé en grande partie sur les travaux de Richard Morgan du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. Les données y figurant sont tirées d'un certain nombre de références et de sources dont les principales sont les suivantes:

1. OUA/UNICEF *L'avenir de l'Afrique, ses enfants - l'investissement humain: priorités pour les années 90*. (2 volumes, Addis-Abeba, New York, 1992).
2. CEA/UNICEF. *Atlas of the African Child* (février 1995).
3. Conférence internationale sur l'assistance aux enfants en Afrique, 25-27 novembre 1992, Dakar (Sénégal), *Consensus de Dakar* (OUA/UNICEF, 27 novembre 1992).
4. Banque mondiale - *L'Afrique subsaharienne: de la crise à une croissance durable, étude de prospective à long terme*, Washington, 1989.
5. Banque mondiale - *Rapport sur le développement dans le monde - "pauvreté"*, Washington 1990.
6. Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde "investir dans la santé"*, Washington, 1993.
7. ONU. *Déclaration de Khartoum - vers une approche du redressement socio-économique et du développement de l'Afrique centrée sur l'homme*, New York, 1988.
8. Commission économique pour l'Afrique: *Position commune africaine sur le développement humain et social en Afrique*, Addis-Abeba, 1994.
9. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Rapport mondial sur le développement humain*, New York, 1990-1994.
10. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *The Progress of Nations*, New York, 1993-1994.
11. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Accelerating Progress in Africa for Human Development and Achievement of Major Social Goals in the 1990s*, texte ronéotypé, 1994.
12. Morgan, Richard, *Targeting Human Development Priorities: Forward Movement in Africa*. DPMN Bulletin, Maastricht, décembre 1993.

V Sante pour tous d'ici a l'an 2000

Situation sanitaire en Afrique

Malgré des progrès louables, la santé en Afrique laisse encore beaucoup à désirer. Il y a beaucoup de progrès accompli concernant le contrôle de quelques maladies, par exemple la cécité des rivières (l'onchocercose), ce qui fait que le bassin de la rivière Volta peut maintenant être habité et cultivé; l'élimination de la poliomyélite, déjà très avancée dans quelques pays, devrait être réalisée partout en Afrique d'ici l'an 2,000; il y a aussi un progrès encourageant concernant l'élimination du ver de Guinée (dracunculiasis). En dépit de ces réalisations, la situation de la santé en Afrique reste très alarmante.¹ Ainsi, l'espérance de vie moyenne, de 52 ans, y est plus basse que dans toute autre région du monde. Plus de 350 millions de personnes n'ont aucun accès aux soins de santé primaires et un nombre encore plus grand n'ont pas accès à l'eau.

S'agissant de la nutrition, même si la ration calorique par habitant augmente depuis des années, des millions de gens vont encore se coucher le ventre vide; plus de 22 millions de gens ont besoin d'une aide alimentaire d'urgence et 30 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de grave malnutrition. En fait, selon un rapport, "l'Afrique est la seule région du monde où la situation de la nutrition n'ait pas connu d'amélioration au cours des 25 dernières années".² En outre, les taux de mortalité infantile et maternelle atteignent des niveaux inacceptables, dépassant de loin les moyennes de l'ensemble des pays à faible revenu.

Des maladies débilitantes sévissent. Des maladies endémiques telles que le paludisme, la maladie du sommeil, la tuberculose, la méningite et le choléra menacent plus qu'auparavant. C'est ainsi que pour ce qui est du paludisme, 80% des 110 millions de cas mondiaux se trouvent en Afrique subsaharienne.³ Jusqu'à un million de personnes en meurent chaque année, tandis que la bilharziose frappe environ 140 millions d'autres personnes.⁴ La fréquence de la tuberculose augmente également. On estime qu'il y a en Afrique environ 171 millions de porteurs du bacille de Koch.

Toutefois, dans le domaine de la santé, c'est le sida qui représente la plus grave menace pour l'Afrique. Plus de deux millions de personnes en seraient déjà mortes et, d'après certaines sinistres projections, ce chiffre pourrait atteindre 30 à 40 millions d'ici à la fin du siècle.⁵

Pour les enfants en bas âge, les causes de mortalité les plus fréquentes, à l'origine de 75% des décès, sont les maladies périnatales, infectieuses et parasitaires. Selon une source,⁶

les maladies infectieuses et parasitaires sont responsables de 71% des décès chez les enfants de 5 à 14 ans. En Afrique, les enfants sont menacés en particulier par la diarrhée, les affections aiguës des voies respiratoires, le paludisme et la rougeole.

Encadré 8

Fréquence des maladies en Afrique

En règle générale, l'enfant africain de moins de 5 ans a cinq crises diarrhéiques par an, 10% de chances de souffrir de la diarrhée n'importe quel jour de l'année et 14% de chances de mourir d'une crise sévère. La diarrhée est responsable de 25% de toutes les maladies infantiles et cause 15% des admissions dans les établissements de santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 37% de tous les cas mondiaux de diarrhée surviennent en Afrique subsaharienne, où 50% seulement des enfants peuvent bénéficier d'une réhydratation par voie orale, contre 70% en Asie et en Afrique du Nord.

Il semble que l'enfant a d'une façon générale 10 infections respiratoires aiguës par an et 25% de chances de souffrir de telles affections n'importe quel jour de l'année. On estime que ces affections sont responsables de 25 à 66% des maladies infantiles et de 17 à 41% des consultations et des admissions d'enfants dans les établissements de santé.

Des maladies que l'on peut prévenir par la vaccination interviennent dans 20% de la totalité des cas de mortalité infantile.

Banque mondiale, *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*, Washington, 1994.

Avant 1985, c'est-à-dire avant que le sida ne devienne une grave menace, environ la moitié des décès chez les adultes étaient également causés par des maladies infectieuses et parasitaires. Cependant,

aujourd'hui selon l'OMS, un adulte sur 40 en Afrique subsaharienne est infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui cause le sida. Dans de nombreux pays africains très touchés, le sida est devenu la principale cause de décès chez les adultes du groupe d'âge 14-44 ans. Dans d'autres groupes d'âge (les plus de 45 ans), les causes les plus importantes de mortalité sont les maladies vasculaires.⁷

Les causes de cette forte mortalité ont été définies comme étant les suivantes: hémorragie, infections, complications lors de l'accouchement, anémie, hypersensibilité aux troubles accompagnant la grossesse, avortements dans des mauvaises conditions d'hygiène, actes de violence; elles sont aggravées par l'insuffisance des soins prénatals, le fait que les malades ne cherchent pas ou ne parviennent pas à se faire soigner en temps voulu et, enfin, par le risque élevé de maladies sexuellement transmissibles dû à la multiplicité des partenaires.⁸ Le problème se complique du fait qu'en Afrique, les taux de grossesses d'adolescentes sont les plus élevés du monde.

Les problèmes de l'Afrique en matière de santé sont rendus encore plus ardues par une dynamique de la population défavorable. C'est une région où la fécondité est exceptionnellement élevée et l'utilisation de contraceptifs extrêmement faible. Il en résulte une démographie galopante qui se traduit par une très forte pression exercée sur ses équipements de santé déjà limités. Pour ne rien arranger, les ressources

qui pourraient servir à inverser cette tendance semblent plutôt restreintes. Dans plusieurs pays, on a noté soit une stagnation soit une diminution des dépenses de santé. Etant donné l'immensité des besoins, la rareté des ressources et les taux de croissance démographique élevés, il est évident que, même avec la meilleure volonté du monde, l'Afrique se trouve dans ce domaine devant une tâche véritablement titanesque.

Les conséquences de cette situation vont très loin:

Des taux de mortalité et de morbidité aussi élevés coûtent cher à l'Afrique en termes de qualité de vie et de capacité de production de ses ressources humaines. Les problèmes de santé augmentent les souffrances et réduisent la vivacité des gens ainsi que leur capacité de faire face à la vie et d'en jouir. Les problèmes de santé constituent un boulet pour le capital humain et un obstacle à l'instauration d'un environnement socio-économique favorable à l'esprit d'entreprise.⁹

Objectif: Santé pour tous d'ici à l'an 2000

Nul besoin d'explications savantes pour démontrer l'importance d'une bonne santé: n'est-ce pas, après tout, une condition fondamentale - voire la plus fondamentale - du bien-être humain? Toutefois, comme il est mentionné plus haut, et ainsi que la Banque mondiale le démontre dans un autre rapport,¹⁰ d'autres arguments, sociaux et économiques, justifient amplement aussi que l'on investisse dans la santé: "elle limite le manque à produire imputable à l'incidence de la morbidité sur la main-d'oeuvre; elle permet d'exploiter des ressources naturelles qui, situées dans des zones infestées de vecteurs d'agents pathogènes, étaient totalement ou largement inaccessibles; elle accroît le taux de fréquentation scolaire et permet aux enfants de mieux assimiler ce qu'on leur enseigne; enfin, elle libère à d'autres fins les ressources qui auraient servi, sinon, à soigner les malades".¹¹ Le rapport souligne en outre que "Les retombées économiques de l'amélioration de la santé sont particulièrement importantes pour les couches pauvres de la population, habituellement plus sujettes que les autres à la maladie et qui ont plus à gagner à la mise en valeur de ressources naturelles insuffisamment exploitées".¹² On peut en conclure que les problèmes de santé compromettent le bien-être humain, obligent à des dépenses considérables et aggravent les problèmes de pauvreté.

Il n'est donc pas surprenant que les politiques de santé soient l'objet d'une grande attention, que ce soit sur le plan international, régional ou national. A cet égard, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (ancienne URSS) en 1978, constitue un jalon important. Les participants à cette conférence ont lancé un appel pour que le contenu et la conception des services de santé soient modifiés de façon radicale, afin qu'il y ait un traitement équitable entre les nations et au sein des nations en matière de soins et de services de santé par le biais des soins de santé primaires et que se réalise l'objectif, défini pour l'OMS, de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Selon la Déclaration d'Alma-Ata,

les soins de santé primaires sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . . . Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens.¹³

En outre, la Déclaration insiste sur le fait que les soins de santé primaires sont la solution menant à l'objectif de la Santé pour tous. Les cinq conditions suivantes sont les préalables nécessaires à une mise en place de soins de santé primaires:¹⁴

- couverture universelle de la population par des soins répondant aux besoins;
- les services doivent être axés sur la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation pour être fonctionnels et protéger la dignité de la vie;
- les services doivent avoir une portée qui les rend efficaces, être acceptables sur le plan culturel, abordables sur le plan financier et faciles à gérer;
- la participation de la population et de la collectivité au développement des services de santé doit être encouragée: c'est un atout fondamental pour l'autonomie et pour une moindre dépendance vis-à-vis de l'extérieur;
- les approches de la santé doivent prendre en compte d'autres secteurs du développement tels que l'éducation, l'emploi, l'amélioration des logements, l'accès à l'eau salubre et l'assainissement.

Bilan de l'Afrique en ce qui concerne la "Santé pour tous"

A la suite de la Déclaration d'Alma-Ata, de nombreux Etats membres de l'OMS, y compris des pays africains, ont entrepris de réorganiser leurs services de santé en adoptant l'optique des soins de santé primaires. Six ans plus tard, en 1984-1985, une évaluation faite par l'OMS (Région de l'Afrique) a montré que les soins de santé primaires n'avaient pas eu l'incidence escomptée.¹⁵ Ils n'étaient pas devenus accessibles à la totalité de la population. Là où ils avaient été mis en place, ils s'étaient révélés difficiles à maintenir.

Par ailleurs, on s'est rendu compte que l'appui aux efforts entrepris par les collectivités pour faire fonctionner les soins de santé primaires devait se rapprocher des endroits où les gens travaillaient et vivaient. En conséquence, un scénario en trois volets - le niveau du quartier (niveau des opérations), le niveau intermédiaire (niveau technique) et le niveau central (niveau des stratégies), - visant à hâter l'avènement de la Santé pour tous dans la région de l'Afrique, a été adopté en vue de faciliter, au titre de la coopération technique entre pays

en développement (CTPD), l'échange d'informations entre les Etats membres. Tel a été le dispositif jugé opérant pour rendre les soins de santé primaires accessibles à tous dans les pays africains.

Encadré 9

Cadre d'action en faveur de la sante pour tous

La Banque mondiale propose un cadre d'action qui devrait permettre d'avancer rapidement vers les objectifs de la Déclaration d'Alma-Ata sur la "Santé pour tous d'ici l'an 2000" et qui se fonde sur trois principes de base:

adoption de politiques gouvernementales macro-économiques et micro-économiques qui mettent "les ménages à même d'améliorer la santé de leurs membres"

- en favorisant une croissance propre à réduire la pauvreté;
- en préservant les soins de santé essentiels et l'éducation de base des restrictions de dépenses entreprises au titre des ajustements structurels; et
- en favorisant les droits et la condition de la femme, et notamment son émancipation économique.

amélioration qualitative des dépenses publiques de santé

- en transférant les rares ressources dont on dispose des programmes et interventions d'un faible rapport coût-utilité (par exemple les "dépenses publiques en équipements de type tertiaire, en formation de spécialistes", les équipements coûteux et les interventions chirurgicales complexes), fer de lance du réseau national de soins de santé, aux soins de santé publique, dont le rapport coût-utilité est élevé, et à un programme de services cliniques fondamentaux dispensés à la base de la pyramide, qui sera plus utile à la santé des pauvres; et
- en renforçant les moyens de gestion des équipements, des intrants et des services de soins de santé essentiels aux niveaux du gouvernement, des autorités locales et des collectivités.

recherche de nouvelles sources de financement du secteur de la santé et encouragement de la diversité et de la concurrence en matière de services de santé

- en incitant les collectivités locales à utiliser leurs propres ressources pour financer des équipements locaux de soins de santé et les entretenir;
- en encourageant les assurances sociales ou privées, tout en les maintenant sous contrôle grâce à une réglementation et en les incitant à élargir leur protection en se fondant sur le principe d'un accès non discriminatoire;
- en favorisant les régimes où des primes fixes sont payées d'avance pour chaque personne prise en charge par des organisations de protection de la santé, afin de décourager des modalités telles que le paiement à l'utilisation des services dans le cadre d'une assurance au tiers, qui tendent à faire monter les coûts des soins de santé; et
- en encourageant la concurrence entre les fournisseurs d'assurance-maladie, de services cliniques et de produits pharmaceutiques.

Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993: Investir dans la santé*, Washington, 1993.

Pour évaluer les résultats obtenus en matière de soins de santé primaires dans la région de l'Afrique, il convient de se pencher surtout sur les domaines suivants:

- accès à l'eau potable;
- installations adéquates pour l'évacuation des excréments;
- vaccinations contre les six maladies cibles du programme élargi de vaccination;
- services de santé maternelle et infantile, y compris services de planification familiale;
- services de santé locaux, y compris la possibilité de se procurer des médicaments essentiels.¹⁶

La deuxième période d'évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous (1985-1990) a permis de constater que, dans la plupart des pays africains, la prestation de services de santé et les taux de couverture de la population présentaient toujours un déséquilibre, en particulier entre les zones urbaines et rurales et entre la capitale et le reste du pays.¹⁷

S'agissant des domaines spécifiques, certains schémas apparaissent. En matière d'accès à l'eau salubre, les résultats des zones urbaines et des zones rurales sont inégaux. Ainsi, avec une couverture de 83% atteinte en 1988 dans les zones urbaines, l'objectif de 88% défini pour 1990 avait presque été réalisé. Par contre, dans les zones rurales, le pourcentage de 31% atteint en 1988 est inférieur de 23% à l'objectif assigné pour 1990. Pour l'ensemble de la population, cela représentait un taux de couverture supplémentaire de 18% en deux ans. Et selon le rapport du Directeur régional de l'OMS concernant la troisième période d'évaluation (1991-1993), le taux de couverture a stagné dans la plupart des pays, surtout dans les zones rurales. L'absence de progrès a été expliquée, entre autres, par l'insuffisance ou l'absence de coordination entre les différents secteurs, la faiblesse de la mobilisation de la collectivité pour la gestion des ressources en eau salubre et la conservation dans de bonnes conditions d'hygiène de l'eau potable, la crise économique et l'accroissement de la population - et en particulier sa rapide urbanisation.

L'objectif défini en matière d'assainissement était une couverture de 60% pour 1990. Les 54% ayant été réalisés en 1988, l'objectif aurait pu être atteint. Or, il ne l'a pas été. Il n'y a guère eu d'amélioration en ce qui concernait l'évacuation des excréments faute d'équipements adéquats. Toutefois, les progrès ont été beaucoup plus nets dans le domaine du contrôle de la qualité de l'eau, même s'ils touchent surtout les zones urbaines.

Pour ce qui est de la vaccination, le taux de couverture réalisé (56%) est inférieur à l'objectif fixé pour 1990 (75%). En outre, ainsi qu'il est indiqué au chapitre IV, les choses ont évolué de façon inégale par la suite. D'après les données les plus récentes, 12 pays auraient éradiqué ou seraient sur le point d'éradiquer le tétanos néonatal. Onze pays ont fait état de zéro cas de poliomyélite en 1992-1993 et 7 pays ont sensiblement réduit la prévalence de cette maladie. Dans le cas de la rougeole, à l'exception de trois îles, aucun pays n'a atteint l'objectif de 90% de taux de vaccination. Dans la plupart des pays, il y a eu une réduction notable de la prévalence et de la transmission de la dracunculose.

En ce qui concerne la tuberculose, le nombre de nouveaux cas a été estimé à 1,25 million en 1992 et le nombre de décès liés à cette

maladie à 493 000. En revanche, la réduction de 45% de la prévalence de la lèpre enregistrée entre 1992 et 1993 représente un progrès encourageant.

S'agissant de la réhydratation orale, les taux d'accès sont passés de 52% à la fin de l'année 1989 à 63% en 1993. Toutefois, la diarrhée reste l'une des plus grandes causes de décès chez les enfants africains.

Le fléau du sida fait toujours autant de ravages. Le total cumulé des cas signalés est passé de 246 309 (pour 44 pays) en 1992 à 280 766 (pour 34 pays) à la fin de l'année 1993. On estime maintenant à 7,5 millions le nombre des personnes frappées par l'infection à VIH.

En matière de soins de santé locaux aussi, pouvoir vraiment donner à tous moments des services satisfaisants et des médicaments essentiels reste hors de portée des centres médicaux nationaux.

Enfin, la couverture des services de santé maternelle et infantile est inégale et insuffisante. Les programmes nationaux n'accordent toujours pas la place voulue aux éléments fondamentaux des programmes relatifs à la survie de l'enfant et à la maternité sans risques, tels que l'espacement des naissances et la planification familiale. En outre, l'utilisation de contraceptifs reste extrêmement réduite dans la région.

Les *Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme* (1985) demandaient instamment aux gouvernements de "mettre au point ... des plans d'action concernant les femmes, la santé et le développement, en vue d'identifier et de réduire les risques auxquels la santé des femmes est exposée, et de veiller au bon état de santé des femmes à tous les âges de la vie, eu égard au rôle productif que celles-ci jouent dans la société, et à leurs responsabilités dans les domaines de la procréation et de l'éducation des enfants".¹⁸ Cinq ans plus tard, les gouvernements africains ont adopté la *Déclaration d'Abuja sur le développement participatif: Rôle de la femme africaine au cours des années 90*,¹⁹ qui demande que des mesures concrètes soient prises au niveau national dans le domaine des femmes et de la santé, notamment les suivantes:

- des mesures ... pour éviter les grossesses avant 18 ans et après 45 ans;
- formation à la vie familiale ... dans les programmes de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur;
- espacement des naissances "grâce à un accès plus facile des femmes et des hommes aux méthodes de planification familiale;"
- collecte de "données sur la morbidité et la mortalité par genre en mettant l'accent sur la morbidité et la mortalité maternelle et infantile", etc.

S'agissant de la situation sanitaire de la femme, la *Plate-forme d'action africaine*²⁰ signale que la région de l'Afrique a "le taux de fécondité le plus élevé du monde, l'espérance de vie la plus faible ... le taux de mortalité infantile le plus élevé", l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés et l'un des taux de dépendance les plus élevés (47% au-dessous de 15 ans et 3% au-dessus de 65 ans). On y trouve également des taux inacceptables d'avortements à risque, responsables de 30% de la mortalité maternelle dans certains pays, tandis que dans d'autres, "près de deux tiers des cas d'avortements suivis d'infection se retrouvent dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans." Face à la nécessité

Toutefois, on ne sait pas clairement si ces estimations sont calculées sur la base des taux de change du marché ou du pouvoir d'achat des monnaies. Cette question est loin d'être sans importance: le revenu moyen par habitant en Afrique subsaharienne n'est que de 350 dollars et, dans 17 pays représentant plus de la moitié de la population de la région, les revenus par habitant se situent entre 80 et 350 dollars, alors qu'en termes de pouvoir d'achat des monnaies, les revenus par habitant des pays africains se situent entre 600 dollars et 6000 dollars.

Le programme recommandé pourrait être financé par un transfert de ressources à l'intérieur du budget de la santé et grâce à une meilleure rentabilisation de la prestation de services de santé publique. Malgré tout, il sera impossible d'éviter une augmentation des dépenses publiques de santé. De la même manière, les contributions des bailleurs de fonds à la santé devront augmenter et s'accompagner d'un recentrage de l'intérêt des équipements de type tertiaire vers les composantes du programme recommandé, qui offrent un meilleur rapport coût-utilité.

Il faudrait mobiliser des ressources supplémentaires directement auprès des collectivités - en instituant des droits pas trop élevés pour l'utilisation de certains services, des impôts locaux sur le revenu de la propriété ou des contributions en nature, et grâce au travail direct et au système nourriture pour du travail (surtout durant la phase de mise en place des équipements). Bien entendu, l'augmentation de l'apport des collectivités dans le financement des services de santé devra aller de pair avec un accroissement de leur rôle dans la définition des objectifs et des priorités ainsi que dans la gestion du programme communautaire global de soins de santé.

Les services cliniques facultatifs seraient en principe financés exclusivement par les ménages qui en bénéficieraient - par des paiements directs suivant leurs besoins, ou bien, ce qui serait beaucoup mieux, soit par des primes payées à des plans d'assurance-maladie privés ou sociaux, soit par le biais d'adhésions à des organisations de protection de la santé. Le cadre d'action proposé par la Banque mondiale pour avancer rapidement vers les objectifs de la Déclaration d'Alma-Ata est brièvement présenté dans l'encadré 9.

Encadré 10

Amélioration de la santé de la femme et de la santé liée à la reproduction, notamment de la planification familiale, et programmes intégrés de population: Mesures proposées pour redresser la situation

- "Intégrer les préoccupations en matière de population et concernant les deux sexes dans tous les plans, stratégies, politiques et programmes de développement national et assurer la pleine participation des femmes en tant que décideurs dans ces processus;
- Mobiliser des ressources suffisantes pour la recherche, la documentation et les services ayant trait aux effets du stress et des risques liés à l'environnement sur la santé des femmes;
- Améliorer l'accès, la disponibilité et le coût des services de soins de santé primaires et des services de santé en matière de procréation, les rendre abordables et faire en sorte que, dans les interventions sanitaires, il soit tenu compte des responsabilités multiples des femmes et des contraintes sur leur emploi du temps;
- Promouvoir la justice sociale et éliminer la pauvreté grâce à des politiques de croissance économique durable axées sur les populations afin de satisfaire équitablement les besoins en matière de santé des femmes tant de la génération actuelle que des générations futures;
- Promouvoir la maternité sans risques en assurant des soins prénatals, périnatals et postnatals à la mère et à l'enfant;
- Promouvoir des services de planification familiale communautaire pour informer sur tous les choix en ce qui concerne les méthodes de planification familiale, le but étant d'espacer, de différer ou de limiter les grossesses, particulièrement dans les régions rurales et associer les hommes à ce processus;
- Planifier une stratégie en matière d'information, d'éducation et de communication dans tous les lieux où les jeunes se rassemblent pour promouvoir l'éducation à la vie familiale;
- Réduire la mortalité maternelle et infantile de 50% d'ici à l'an 2015;
- Prévenir et réduire l'incidence des MST et fournir un traitement en cas de besoin;
- Sauvegarder la santé mentale des familles en promulguant une législation sur la santé, en mettant en place des installations et des services de conseils; adopter les législations appropriées pour éradiquer les pratiques néfastes;
- Fournir des services de qualité, sûrs et à faible coût pour ce qui est de la santé en matière de procréation, y compris des services de planification familiale à toutes celles qui les demandent et sans discrimination aucune;
- Adopter et faire appliquer des mesures visant à permettre aux femmes et aux hommes d'exercer librement et en toute responsabilité le droit de choisir le nombre d'enfants qu'ils désirent et l'espacement des naissances;
- Fournir une information précise et au moment approprié aux hommes, aux femmes et aux jeunes afin de leur permettre de faire un choix éclairé quand il s'agit de leur sexualité et de leur santé;
- Faire appel aux hommes pour qu'ils aident à préserver la santé de leur partenaire sexuelle en matière de procréation, au moyen de programmes appropriés s'adressant essentiellement aux hommes".

CEA - Plate-forme d'action africaine, p. 43 et 44.

L'avenir: défis et perspectives

Plus de 16 ans se sont écoulés depuis la Conférence d'Alma-Ata et six ans seulement nous séparent de l'an 2000. Certes, l'Afrique peut inscrire quelques progrès à son actif depuis 1978 mais elle a pris un tel retard dans l'accomplissement des tâches prescrites qu'à la fin de ce siècle, l'objectif de la santé pour tous restera largement hors de sa portée.

C'est une généralisation qui doit cependant être soigneusement nuancée. L'Afrique est après tout un continent immense, où les pays présentent une grande diversité pour ce qui est des étapes déjà franchies, des défis encore à relever et des moyens permettant de les relever. En d'autres termes, les résultats obtenus autant que les perspectives d'avenir sont variables. Les inégalités entre les deux sexes persistent. Des données relatives à la situation en matière de santé en fonction du sexe, notamment à l'accès aux services de santé et à la couverture par les services de santé, figurent dans le tableau 16 de l'Annexe. Un classement des pays fondé sur ces données est présenté dans les tableaux suivants de l'Annexe. Certains pays pauvres, comme Madagascar et la Tanzanie, obtiennent d'excellents résultats pour la couverture par les services de santé et l'accès aux services de santé, même en situation de crise économique. Les inégalités entre les zones urbaines et les zones rurales et les restrictions budgétaires continuent de poser de gros problèmes. Toutefois, compte tenu de ces réserves, on peut tirer une conclusion générale concernant les possibilités d'atteindre l'objectif assigné pour la fin du siècle.

Dans quelle mesure l'Afrique pourra-t-elle s'approcher de cet objectif? La réponse dépendra de plusieurs facteurs, dont certains méritent qu'on s'y arrête.

Tout d'abord, les résultats seront largement tributaires de la volonté politique des gouvernements de réaliser l'objectif de la santé pour tous et de l'application d'ordre du jour régionaux déjà existants concernant la santé et le développement, comme le projet de protocole sur la santé du Traité mettant en place la Communauté économique africaine.²³ Il s'agira, avant tout, de mobiliser davantage de ressources et de les affecter de façon plus judicieuse. De toute évidence, les ressources pouvant être consacrées au secteur de la santé sont limitées en montants absolus. Toutefois, en montants relatifs, la marge de manoeuvre est considérable pour ce qui est de réorganiser les priorités et de donner à la santé un rang plus élevé dans le programme budgétaire - ce qui est, en fin de compte, une question de volonté politique. La volonté politique devra aussi aller jusqu'à déterminer quelle part de l'attention doit être accordée aux soins de santé primaires par rapport aux institutions ou équipements de type tertiaire et à une médecine curative sophistiquée.

Deuxièmement, beaucoup dépendra des progrès accomplis dans la lutte contre la pauvreté. Dans la mesure où celle-ci repose en partie sur une augmentation des revenus, la question est liée aux perspectives de croissance économique de la région. Lorsque les revenus sont bas, même des augmentations marginales sont dépensées pour les besoins élémentaires, ce qui a une influence appréciable sur la santé de la population. Il reste que d'une façon générale, comme on le constate dans plusieurs sections du présent rapport, il n'y a guère pour l'Afrique de perspective d'une croissance économique rapide dans un proche avenir.

Cependant, comme on ne le sait que trop bien à l'heure actuelle, la lutte contre la pauvreté est une question qui dépasse les problèmes de croissance économique. Pourvu que la volonté politique soit là, on peut

faire beaucoup pour réduire la pauvreté, même avec des augmentations modestes du revenu par habitant. Un mauvais état de santé constitue précisément l'un des éléments importants de la définition de la pauvreté, car pauvreté signifie malnutrition, vie sans hygiène et soins de santé insuffisants. A l'inverse, un recul de la pauvreté signifiera de meilleurs régimes alimentaires, un cadre de vie plus sain et une meilleure médecine curative.

Le troisième facteur déterminant est le stade atteint dans l'amélioration du sort des femmes africaines, en particulier pour ce qui est d'accroître leurs revenus et de leur faciliter l'accès aux services de santé, à l'éducation, à des emplois productifs, à des services de planification familiale pas trop chers et culturellement acceptables et à des soins de santé en matière de procréation. Personne ne conteste que l'éducation des femmes, leur santé et celle de leurs enfants et la santé de la société dans son ensemble sont fortement liées. Si presque tous les pays africains souscrivent à cette idée en théorie, il en va différemment dans la pratique. En vérité, il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Le problème est en partie un problème de ressources mais - chose plus importante encore - il s'agit aussi une fois de plus d'une question de volonté politique, comme nous le mentionnions plus haut.

Quatrièmement, il faut compter avec le facteur démographique. Lorsque les réseaux de santé n'en peuvent déjà plus de devoir faire face aux besoins des populations existantes, leur demander de prendre soin de quelque 120 millions de personnes supplémentaires d'ici à la fin du siècle équivaut à leur demander l'impossible. Compte tenu de la situation économique de l'Afrique, il est hors de doute que son taux de croissance démographique est élevé. Malheureusement, parvenir à infléchir la courbe de la croissance démographique dépend aussi en partie de la capacité du secteur de la santé de fournir les services nécessaires. Etant donné la répartition par âges de la population et son taux de fécondité élevé, il serait vain de s'attendre à une réduction notable du taux de natalité d'ici à la fin du siècle.

Enfin, même cette liste abrégée des principaux problèmes de l'Afrique dans le domaine de la santé serait incomplète si elle passait sous silence le cadre administratif de la prestation des services de santé. Bien qu'il soit beaucoup question de l'approche par quartiers, le système de prestation de services de santé est encore trop centralisé dans de nombreux pays africains. Cette centralisation excessive est cause de lourdeurs, coûte cher et rend les services inadaptés aux besoins locaux. Elle est également responsable dans une mesure non négligeable des écarts considérables constatés entre les zones urbaines et les zones rurales. C'est là encore un exemple de problème que l'on peut essayer de résoudre avec la volonté politique requise.

La présente étude ne se veut en aucune manière exhaustive. Elle vise plutôt à faire ressortir l'ampleur et la complexité des problèmes de l'Afrique dans le domaine de la santé. Elle ne représente pas non plus une incitation au désespoir mais une évaluation réaliste des possibilités.

Références

1. Voir par exemple OMS, *Orientation de la politique de l'oms pour le redressement et le développement de l'Afrique*, (Document WHO/INA/94.1 Rev.1), 1994.

2. Organisation de l'unité africaine et UNICEF, *L'avenir de l'Afrique: ses enfants - Etudes sectorielles*, 1992, p. 39.
3. Commission économique pour l'Afrique, *Report on the Social Situation in Africa in 1993*, 1993, p. 5.
4. *Africa Recovery Fact Sheet*, août 1991.
5. Commission économique pour l'Afrique, *Report on the Social Situation in Africa in 1993*, 1993, p. 5.
6. Banque mondiale, *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*, Banque mondiale, Washington, 1994, p. 15.
7. *Ibid.*, p. 15 à 17.
8. *Ibid.*, p. 17.
9. *Ibid.*, p. 28.
10. Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993* (Oxford University Press, 1993). Ce rapport est essentiellement axé sur l'investissement dans la santé.
11. *Ibid.*, p. 18.
12. *Ibid.*, p. 18.
13. OMS, *D'Alma-Ata à l'an 2000, Réflexions à mi-parcours*, Genève: OMS, 1988, p. 17.
14. *Ibid.*, p. 18 et 19.
15. OMS, *Evaluation de la Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde - Vol. 2 - Région africaine*, Brazzaville: OMS, Bureau régional pour l'Afrique, 1987.
16. Extrait des deuxième et troisième évaluations de l'OMS portant sur la mise en oeuvre de la Stratégie de la santé pour tous dans la région africaine.
17. OMS, *Deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la région africaine. Rapport du Directeur régional*, Brazzaville: OMS, Bureau régional pour l'Afrique, 1991.
18. ONU, *Les Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme*, Nairobi, 1985.
19. CEA, *Déclaration d'Abuja sur le développement participatif: rôle de la femme africaine au cours des années 90*, Addis-Abeba, 1991.
20. CEA, *Plate-forme d'action africaine*, Addis-Abeba, 1995.
21. OMS, *Troisième évaluation de la mise en oeuvre de la Stratégie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000*.
22. Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Washington, 1993.
23. Le projet de protocole pour la santé a été passé en revue par la Cinquième Conférence des Ministres africains au Caire en avril 1995. Il est concordant avec les cadres de développement élaborés récemment par les Membres des états de l'OUA, de la CEA et avec les principes politiques soutenus par l'OMS, la Banque mondiale, le PNUD et autres institutions des Nations Unies.

VI L'éducation pour tous d'ici à l'an 2000

Situation de l'Afrique en matière d'éducation

L'éducation constitue elle aussi une composante essentielle du développement humain. Toutefois, mesurée à l'aune des indicateurs traditionnels, la situation de l'Afrique dans ce domaine soutient mal la comparaison avec celle du reste du monde. De fait, les pays de la région accusent certains des taux d'alphabétisation les plus faibles du monde et prise dans son ensemble, l'Afrique présentait en 1992 un taux moyen non pondéré d'alphabétisation de 51% et dans 10 de ses pays, moins d'un tiers de la population était alphabétisé.

Chose plus grave encore, on assiste aujourd'hui à une augmentation en termes absolus du nombre d'adultes illettrés. Par exemple, entre 1980 et 1990, le nombre absolu d'analphabètes a progressé dans au moins 32 pays africains.¹ En outre, la population totale d'analphabètes de l'Afrique subsaharienne qui était d'environ 132 millions de personnes en 1980 devrait, selon les projections, s'élever à quelque 147 millions de personnes d'ici à la fin du siècle.² Cette situation contraste nettement avec celle qui prévaut dans les autres régions du monde où l'on prévoit une chute spectaculaire du nombre des analphabètes.

Il convient également de noter qu'il existe de grandes disparités entre les taux d'alphabétisation des hommes et des femmes et entre ceux des zones urbaines et des zones rurales. Les taux d'analphabétisme des femmes sont plus élevés que ceux des hommes dans tous les pays africains pour lesquels on dispose de statistiques. Qui pis est, ces disparités sont en général extrêmement importantes. Ainsi, en 1990, dans 39 des 41 pays pour lesquels on dispose de données, le taux moyen d'analphabétisme des femmes était supérieur d'au moins 10% à celui des hommes. Dans 28 d'entre eux, cet écart était d'au moins 20%.³ Il existe également des différences substantielles entre les zones urbaines et les zones rurales.

En ce qui concerne les niveaux de scolarisation, la situation est tout aussi déprimante. Les taux bruts de scolarisation ne cessent de baisser alors que les taux de réduction naturelle des effectifs continuent à augmenter. En effet, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement du premier degré se situe actuellement à 70,6% contre 80,9% il y a 10 ans.⁴ En outre, à tous les niveaux, les taux de scolarisation ont connu une baisse, descendant de 39% en 1980 à 35% en 1990.⁵ La durée moyenne de la fréquentation scolaire dans la région est inférieure à deux ans et dans 16 des pays du continent elle n'atteint même pas un an.

En matière de fréquentation scolaire, les disparités entre les deux sexes sont tout aussi prononcées tendant même à s'accroître au fur et à mesure qu'on avance dans l'échelle scolaire. A cet égard, les chiffres contenus dans une récente étude de la Banque mondiale sur la participation des femmes au système éducatif en Afrique subsaharienne sont édifiants.⁶ Cette étude se fonde sur le rapport hommes/femmes, c'est-à-dire de la participation des femmes au système éducatif exprimée en tant que pourcentage de celle des hommes, pour 18 indicateurs relatifs à l'accès à l'éducation (la scolarisation des filles), aux réalisations scolaires

(la durée de la fréquentation de l'école par les filles et le niveau d'instruction atteint) et au degré de réussite des filles dans la vie active. Elle utilise ces paramètres pour démontrer que si au niveau du primaire les disparités entre les filles et les garçons ne sont pas très grandes, en revanche

en ce qui concerne l'accès à l'enseignement secondaire, elles sont très prononcées. Toutefois, comme l'indique clairement le rapport brut des garçons aux filles dans l'enseignement secondaire qui est de 0,50, en dépit d'un rapport garçons/filles du ratio d'achèvement des études primaires de 0,81... et d'un rapport garçons/filles du ratio d'achèvement des études secondaires de 0,64, le nombre des filles qui parviennent à terminer leurs études secondaires est nettement inférieur à celui des garçons.⁷

La faiblesse de la représentation des enseignants de sexe féminin dans le système éducatif est également très nette. En effet, moins de 40% des enseignants du primaire, moins de 25% de ceux du secondaire et moins de 20% de ceux de l'enseignement supérieur sont des femmes (voir Annexe). Or, on sait que plus la fille scolarisée avance en âge, plus le sexe de l'enseignant, notamment dans le rôle d'exemple qu'il joue, devient important.

A cela s'ajoute la baisse de la qualité de l'enseignement et la fréquente fermeture des établissements d'enseignement due en partie à la faiblesse de la part de l'éducation dans les dépenses publiques. Ainsi, entre 1980 et 1985, le budget affecté par l'Afrique subsaharienne à l'éducation, en tant que pourcentage de son PNB, a de fait chuté de 4,5% à 3,5%. Pour plusieurs pays africains, cette enveloppe tournait encore autour de 3,5% en 1990, ce qui est très loin du chiffre de 5% du PNB considéré comme nécessaire pour le financement d'un système éducatif durable.⁸

La Conférence mondiale sur l'éducation pour tous

Dans l'ensemble, la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous tenue à Jomtien (Thaïlande) en 1990 constitue un important tournant dans l'histoire de l'éducation. Cette Conférence à laquelle ont participé des représentants de gouvernements, d'organisations non gouvernementales, de donateurs et d'organisations internationales a adopté une Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et Cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux.⁹

S'inspirant de l'axiome selon lequel l'éducation est un droit fondamental de l'être humain et s'appuyant sur la conviction que, pour la première fois dans l'histoire, l'idéal de l'éducation de base pour tous était réalisable, la Déclaration énonce dans une perspective plus large, l'objectif de l'éducation pour tous et réaffirme l'engagement de ses signataires à l'atteindre. Dans le cadre de cette nouvelle perspective, il fallait assurer l'éducation à tous et promouvoir l'équité en matière d'éducation de base; privilégier un enseignement propre à permettre l'acquisition de connaissances utiles, de la capacité à raisonner, de compétences techniques et de valeurs morales; étoffer et redéfinir en permanence les moyens et le champ de l'éducation de base; renforcer l'environnement scolaire en veillant notamment à ce que tous les élèves accèdent à l'alimentation, aux soins de santé et à l'appui physique et

affectif général dont ils ont besoin pour participer de manière active à leur propre éducation et en tirer le maximum de profit; et renforcer le partenariat à tous les niveaux - local, national, régional, international - compte tenu de l'ampleur de la tâche à accomplir.

Encadré 11

Accès inadéquat des femmes à la formation en matière d'éducation, à la science et à la technologie mesures envisagées

"Assurer l'orientation professionnelle et scolaire des filles et leur fournir des services de conseils à tous les niveaux du système éducatif pour ce qui est du choix de la carrière et de l'épanouissement personnel;

Faire en sorte que les statistiques sur l'éducation fassent la part entre les garçons et les filles grâce à l'élaboration de données sur l'éducation détaillées;

Promulguer et faire appliquer effectivement une législation pour une éducation fondamentale minimale d'au moins neuf ans;

Accorder des incitations aux familles afin de réduire les coûts d'opportunité de l'éducation des filles au moyen de bourses pour l'éducation de celles-ci et par la création de garderies d'enfants pour les petits;

Adopter des programmes d'enseignement appropriés pour l'enseignement des droits individuels tenant compte des deux genres et intégrer la double perspective masculine et féminine dans tous les aspects des programmes de formation afin d'éliminer les stéréotypes;

Promulguer une loi et offrir des incitations financières pour que les employeurs dispensent des cours d'alphabétisation et autres aux employées non qualifiées;

Prendre des mesures positives pour promouvoir les intérêts et les avantages que les femmes peuvent retirer de l'enseignement scientifique et technique et, partant, encourager les femmes à s'engager dans des domaines non traditionnels;

Encourager la coopération entre les femmes africaines en vue de promouvoir les échanges sur les techniques nouvelles et traditionnelles;

Promouvoir la formation et le recrutement de personnel féminin enseignant, administratif et technique afin d'assurer l'équité entre les hommes et les femmes en recourant à des mesures novatrices telles que des avantages financiers spéciaux et adopter des mesures administratives favorables et des incitations pour les encourager à servir dans les régions rurales.

CEA, *Plate-forme d'action africaine*, pages 37 et 38.

La Déclaration stipule en outre que pour atteindre l'objectif de l'éducation pour tous, certaines conditions devaient être remplies. Il fallait notamment que soit mis en place un cadre général approprié pour appuyer les secteurs sociaux, culturels et économiques; que soient

mobilisées les ressources nécessaires - financières et humaines, publiques et privées; et que soit renforcée la solidarité internationale parce que subvenir aux besoins fondamentaux d'éducation de la population constitue une responsabilité commune incombant à tous.

Pour permettre à la Déclaration de devenir opérationnelle, la Conférence a également adopté un cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux. Le cadre en question a été créé pour servir de référence aux adeptes de l'éducation pour tous dans l'élaboration de leurs propres plans d'action en vue de la mise en oeuvre de la Déclaration mondiale.

Le Cadre stipule notamment que si le but ultime visé consiste à répondre aux besoins éducatifs fondamentaux de tous, le meilleur moyen de l'atteindre pour les pays concernés consiste à définir des objectifs intermédiaires compatibles avec ceux de la Déclaration. Ces objectifs intermédiaires doivent par ailleurs s'aligner sur les objectifs généraux et priorités de développement national, à charge pour chaque pays d'assurer le suivi des diverses actions entreprises en vue de la réalisation du but final. Le Cadre d'action stipule textuellement ce qui suit:

Des objectifs intermédiaires précis peuvent généralement être définis dans le cadre des plans nationaux et sous-nationaux de développement de l'éducation. La définition de telles cibles implique généralement i) que soient déterminées les modalités de leur réalisation et les résultats attendus, compte dûment tenu du résultat final prévu et en fonction d'un calendrier précis; ii) que soient identifiés les divers groupes prioritaires (par exemple les pauvres, les handicapés); et iii), que soient indiqués les critères propres à permettre le suivi et l'évaluation des progrès enregistrés. Les cibles envisagées représentent un minimum à réaliser en vue d'un développement permanent des programmes et des services éducatifs.

Le Cadre identifie également des actions prioritaires aux niveaux, national, régional et mondial. Au niveau national, il définit les principales tâches comme consistant à évaluer les besoins et à planifier la mise en oeuvre d'actions particulières; à créer un environnement propice au développement des programmes et des services éducatifs; à mettre au point des politiques destinées à améliorer l'éducation de base; à renforcer les capacités analytiques, technologiques et de gestion; à mobiliser les circuits d'information et de communication; et à créer des liens de partenariat ainsi qu'à mobiliser des ressources. Les tâches identifiées au niveau régional ont noms échanges d'information, de données d'expérience et de compétences techniques et réalisation d'activités conjointes. Au niveau mondial, le Cadre fait appel à la coopération internationale; au renforcement des capacités nationales; à la fourniture d'un appui durable aux actions nationales et régionales; et à des actions de consultation sur les questions fondamentales.

Un cadre de référence adapté aux objectifs des pays est également proposé. Il reste toutefois entendu que certaines phases de ce cadre pourraient faire l'objet de chevauchements et que les dates indiquées devront être adaptées à la situation particulière des divers pays et organisations concernés. Les différentes phases prévues dans le cadre de référence sont les suivantes:

- 1990-1991: Phase préparatoire au cours de laquelle les gouvernements et organisations déterminent des cibles particulières, prennent des mesures destinées à créer un environnement général propice; mettent au point des politiques tendant à améliorer la pertinence, la qualité, l'équité et l'efficacité des programmes et des services éducatifs de base; mettent au point des méthodes visant à adapter les moyens d'information et de communication aux besoins éducatifs fondamentaux et mobiliser des ressources et établir des relations opérationnelles; et amènent les partenaires internationaux à les aider directement et par le biais de la coopération régionale.
- 1990-1993: Mise en place par les organismes de développement de politiques et de plans pour les années 90; renforcement et utilisation par tous les partenaires des mécanismes de consultation et de coopération existants et mise au point des procédures nécessaires pour dresser le bilan des activités entreprises aux niveaux national et international.
- 1990-1995: Première phase de la mise en oeuvre des plans d'action: suivi de la mise en oeuvre des plans d'action par les organismes nationaux de coordination et proposition par celles-ci des correctifs appropriés à leur apporter; mise en oeuvre des actions régionales et internationales d'appui nécessaires.
- 1995-1996: Réalisation par les gouvernements et les organisations de l'évaluation à mi-parcours des plans et introduction des correctifs jugés nécessaires; mise en chantier par les gouvernements et les organisations/organismes de développement d'examens exhaustifs des politiques adoptées aux niveaux régional et mondial.
- 1996-2000: Deuxième phase de la mise en oeuvre des plans d'action et des actions d'appui aux niveaux régional et international; modification des plans des organismes de développement selon que de besoin et accroissement en conséquence de l'assistance qu'ils fournissent.
- 2000-2001: Evaluation par les gouvernements et les organisations/organismes de développement des réalisations et examen exhaustif de ces politiques par ces structures aux niveaux régional et mondial.

Examen des réalisations depuis Jomtien

Pour nombre de pays africains, l'objectif de l'éducation pour tous, c'est-à-dire de l'ouverture à tous de l'enseignement primaire, est antérieur à la Conférence de Jomtien de plusieurs années.¹⁰ Cette Conférence n'apportait ainsi rien de vraiment nouveau. Son importance tient plutôt au fait qu'elle:

Permettait aux pays africains de réexaminer avec un peu plus d'optimisme l'ambitieux objectif de l'éducation pour tous. Dans un monde dominé par le cynisme et par de profondes divergences de vues, l'originalité de Jomtien est d'avoir réussi à susciter un regain d'intérêt pour les idéaux de l'éducation pour tous et un nouveau consensus sur son importance. Jomtien a également permis d'identifier de nouvelles perspectives en mettant notamment en lumière des stratégies nouvelles susceptibles d'assurer la réalisation de l'objectif de l'éducation pour tous. Enfin, Jomtien a en particulier fait naître l'espoir que les ressources requises pourront être mobilisées auprès de diverses sources afin de promouvoir par des actions concertées l'objectif de l'éducation pour tous partout dans le monde.¹¹

On ne dispose malheureusement d'aucune étude couvrant de manière exhaustive et systématique les réalisations de l'Afrique en matière de promotion de l'éducation pour tous. Les seules tentatives explicitement effectuées dans ce domaine depuis Jomtien semblent être les deux séminaires sous-régionaux organisés sous les auspices de l'UNICEF et de l'Institut international de planification de l'éducation (IPE), l'un en avril 1993 pour six pays sahéliens et l'autre en septembre de la même année pour sept pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique.¹² On peut bien entendu glaner des informations utiles dans les statistiques publiées régulièrement sur divers aspects de l'éducation encore que l'intérêt d'une telle information dans l'évaluation des progrès enregistrés depuis la Conférence mondiale soit limité.

Il serait toutefois correct de conclure, sur la base de l'information et des données disponibles sur l'Afrique en matière de progrès social et économique (même si celles-ci sont inadéquates), que malgré les efforts considérables déployés dans des conditions particulièrement difficiles en vue de la promotion de l'éducation pour tous, force est de reconnaître que les choses stagnent.¹³ De fait, certains pays ont même vu leur taux de scolarisation primaire reculer de manière notable et sont actuellement en train de perdre le terrain gagné en matière d'alphabétisation au prix de lourds sacrifices.¹⁴ Une étude tire cinq grandes conclusions sur la base de l'information disponible:

Premièrement, les déclarations adoptées et les décisions de principe prises à Jomtien n'ont pas été traduites de manière adéquate en actions et en réalisations concrètes sur le terrain. Deuxièmement, le ralentissement du taux d'accroissement des inscriptions au cycle primaire reste un grave sujet de préoccupation dans plusieurs pays. Troisièmement, même si des progrès considérables ont été enregistrés, la disparité du niveau de participation à l'éducation primaire entre les garçons et les filles continue à constituer un problème. Quatrièmement, les problèmes qualitatifs continuent également à se poser. Cinquièmement, des efforts ont été déployés dans plusieurs pays pour créer des systèmes d'appoint à l'enseignement primaire de type classique mais aucune solution viable n'a pu jusqu'ici s'imposer.¹⁵

Etant donné que l'an 2000 n'est plus qu'à six ans de nous, il serait irréaliste de penser que la plupart des pays africains atteindront l'objectif de l'éducation pour tous à la date cible, quoiqu'un nombre limité de pays soit à même de le faire. De fait, il semble que plusieurs pays soient de moins en moins sûrs d'être capables de répondre aux attentes

de la communauté internationale et qu'ils considèrent que les attentes de la communauté internationale telles qu'exprimées dans la Déclaration de Jomtien sont irréalistes. Selon eux, un réexamen sérieux des objectifs fixés dans cette Déclaration s'impose.¹⁶ Il pourrait par conséquent s'avérer plus prudent d'essayer de mesurer les risques d'échec de l'Afrique dans la poursuite de ces objectifs et de s'employer à les minimiser autant que faire se peut.

Défis et perspectives

La prudence préconisée est dictée par la présence d'obstacles majeurs qui freinent l'action des pays africains et au tout premier rang desquels viennent la dynamique et la structure de la population. Avec un taux de croissance annuel moyen d'environ 3%, la population de l'Afrique est appelée à doubler tous les 25 ans à moins qu'on ne parvienne à inverser cette tendance. Or, il y a peu de chances qu'on assiste dans un proche avenir à une telle inversion de tendance qui ne pourra en aucun cas intervenir avant la fin du siècle. Permettre à tous d'accéder à l'éducation dans un contexte caractérisé par une croissance démographique de ce type constitue ainsi un défi dont l'importance n'échappe à personne. Toutefois, ce n'est pas tout. La population de l'Afrique présente cette autre caractéristique d'être essentiellement composée de jeunes, c'est-à-dire par la tranche de la population qui a le plus besoin de services éducatifs. Un peu moins de la moitié de la population africaine est âgée de 15 ans ou moins. Par conséquent, étant donné l'immensité du déficit du continent en matière d'éducation, l'explosion démographique et la structure de la population africaine, on ne saurait être trop optimiste quant aux perspectives de mise en oeuvre de l'objectif de l'éducation pour tous avant l'an 2000.

Cette approche est corroborée par un rapport de l'Unesco¹⁷ qui démontre que pour faire face à la stagnation de la scolarisation, à la baisse de la qualité de l'enseignement découlant du manque de livres scolaires et de matériel didactique, de l'inadéquation de la formation des maîtres, de la contraction des budgets de l'éducation et de l'inefficacité des pratiques de gestion et d'administration en matière d'éducation qui s'observent dans tous les pays de la région, il faudra en particulier créer dans le cycle primaire un nombre suffisant de places pour accueillir tous les enfants d'âge scolaire au plus tard en l'an 2025.

Au niveau régional, il faudrait que le nombre de places scolaires double entre 1991 et l'an 2000 et qu'il augmente de 250% à l'horizon 2025 pour que chaque enfant d'âge scolaire puisse fréquenter l'école primaire. Compte tenu de l'ampleur du fossé qui existe entre le niveau actuel de scolarisation des enfants dans le cycle primaire et la population projetée des enfants d'âge scolaire, il semble que le principal facteur influant sur le taux de croissance de la population d'âge scolaire soit la fécondité.

A l'échelle individuelle, 30 pays de l'Afrique subsaharienne sur 42 devront à l'avenir au moins doubler les efforts qu'ils ont déployés jusqu'ici en matière d'éducation. Dans le cas de la Somalie, le taux de scolarisation actuel devra être multiplié presque par 25 fois pour que la population d'âge scolaire puisse accéder au cycle primaire d'ici à l'an 2000. Sept pays de la zone devront accroître la capacité d'accueil actuelle de leur cycle primaire entre 10 à 20 fois plus vite que par le passé et en Afrique subsaharienne, seuls huit pays échapperont à l'obligation de créer d'ici

à l'an 2000 des places scolaires à des taux inférieurs aux taux actuels. En Afrique du Nord, seules l'Algérie et l'Égypte pourront se permettre de créer des places scolaires à un taux inférieur au taux actuel en l'an 2000.

On peut donc conclure sans risque de se tromper, qu'exception faite pour 10 de ses pays (cinq en Afrique de l'Est et en Afrique australe, trois en Afrique de l'Ouest et deux en Afrique du Nord), la région africaine ne pourra pas créer entre la période actuelle et la fin du siècle suffisamment de places scolaires pour assurer à tous l'éducation de base requise et éliminer l'analphabétisme. L'an 2025 apparaît par conséquent plus réaliste comme cible pour ces pays en ce qui concerne la concrétisation de l'objectif de l'éducation pour tous.

Le deuxième facteur qui entre en ligne de compte a trait au profond et persistant malaise économique qui règne en Afrique. Les ressources financières et humaines nécessaires pour réaliser l'objectif de l'éducation pour tous sont énormes. Dans de telles conditions, assurer la survie des populations avec les maigres ressources disponibles devient la priorité des priorités. En outre, en ces temps marqués par des impératifs de réduction budgétaire, ce sont les crédits affectés aux services sociaux et notamment à l'éducation qui font l'objet des coupes les plus sombres. Autrement dit, même animés de la meilleure volonté du monde de promouvoir l'éducation, les États se heurtent à des problèmes budgétaires tels que leur capacité de financement du secteur est limitée.

Cela ne veut pas dire que la détermination à promouvoir l'éducation soit générale ou que les politiques poursuivies correspondent toujours à celles qui sont les plus susceptibles d'assurer la concrétisation de l'objectif de l'éducation pour tous. Les pays africains ne sont pas tous animés de la même volonté politique d'atteindre cet objectif. En outre, la répartition des crédits alloués à l'éducation est souvent telle que c'est au fonctionnement de la formation supérieure et au maintien de réalisations de pur prestige que revient la part du lion dans le budget de l'éducation, la promotion de l'éducation pour tous étant réduite à la portion congrue.

Un autre facteur qui entre en ligne de compte est le fait que la viabilité même de plusieurs pays africains en tant qu'entités est loin d'être démontrée à cause des graves troubles politiques et sociaux qui y règnent. Les impératifs de survie prennent alors le pas sur toute autre considération et l'éducation perçue comme une nécessité sociale s'eclipse virtuellement devant les autres priorités. Ce schéma général n'est toutefois pas vrai pour des millions de familles africaines qui continuent à investir autant qu'elles le peuvent dans la formation de leurs enfants, par exemple à travers l'éducation de type extrascolaire et l'enseignement religieux.

Quoique les facteurs mentionnés ci-dessus ne s'appliquent pas de manière uniforme à tous les pays africains, on les retrouve dans la plupart d'entre eux à un degré ou à un autre. Compte tenu de cette réalité, même dans les pays qui ont enregistré des progrès, il est fort probable que l'objectif de l'éducation pour tous à l'horizon 2000 ne pourra pas être atteint.

Les éléments d'information dont on dispose, même s'ils sont fragmentaires, confirment ce qui précède. Par exemple, en ce qui concerne l'accès à l'éducation primaire dans les sept pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe mentionnés plus haut, seul le Zimbabwe a réussi à réaliser et à maintenir un taux de scolarisation net de 100%. Les autres n'ont pas été aussi chanceux. Le cas le plus grave est celui de l'Éthiopie dont le taux brut de scolarisation a connu une baisse de 12,5 points de pourcentage entre 1990 et 1993 (revenant de 32% à 19%). Le

Malawi a également vu son taux brut de scolarisation chuter de 11 points de pourcentage au cours de la même période alors que ce paramètre accusait une baisse relativement mineure (3%) au Kenya et progressait légèrement en Tanzanie (0,7%) depuis Jomtien.¹⁸

Toutefois, la gravité de la crise de l'éducation en Afrique, mesurée à l'aune de l'objectif de l'éducation pour tous, tient beaucoup plus à la faiblesse des taux de rétention scolaire¹⁹ qu'à celle des taux de scolarisation. Cette situation s'explique par le fait qu'en eux-mêmes, les taux de scolarisation ne signifient pas grand chose. Toutefois, ils peuvent occulter des faits importants, par exemple une fréquentation irrégulière de l'école, un séjour trop bref dans le système scolaire pour profiter à l'élève et la multiplication des redoublements de classe. Quoiqu'il soit plus difficile de trouver des données fiables dans ce domaine, l'information disponible semble indiquer que de sérieux problèmes de rétention se posent.²⁰ Les disparités entre garçons et filles sont en particulier plus nettes dans ce domaine parce que les filles abandonnent plus fréquemment l'école que les garçons, à mesure que l'on monte dans le système éducatif, quoique les taux initiaux de scolarisation soient à peu près les mêmes pour les deux groupes.

Le troisième domaine critique est celui de la qualité de l'enseignement qui pose un problème multidimensionnel. Il faut souligner tout d'abord que la qualité de l'enseignement est fonction de la qualité des maîtres. Or, l'argent ne suffit pas pour disposer d'un corps d'enseignants qualifiés, bien que ce facteur ne soit pas à sous-estimer. Même lorsque les fonds nécessaires sont disponibles, il peut s'avérer difficile d'obtenir de bons enseignants. En deuxième lieu, la qualité est fonction du taux d'encadrement qui tend à être exceptionnellement important dans plusieurs pays africains. Or, la réduction de ce taux implique l'exclusion d'un nombre considérable d'élèves.

Les progrès des pays africains sur le plan de la qualité de l'enseignement sont difficiles à estimer puisque ce paramètre se prête mal aux efforts de mesure. Même dans les pays où il est possible d'obtenir rapidement une mesure sommaire du paramètre qualité de l'enseignement, l'information pertinente est difficile à trouver. Mais ce qui a été dit de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe peut être extrapolé à tous les autres Etats africains: ceux-ci sont en fait en train de mener un combat d'arrière-garde contre la qualité. La tâche à mener consiste souvent à freiner un déclin apparemment inexorable dans plusieurs aspects de l'éducation relatifs à la qualité.²¹

Le quatrième domaine critique est celui du coût de l'éducation pour tous. La disponibilité de fonds est une condition nécessaire, encore que non suffisante, de la promotion de l'éducation pour tous. La disponibilité d'écoles, de matériel d'enseignement, de laboratoires, d'enseignants, etc. est fortement tributaire de la disponibilité de ressources financières. Si l'assistance extérieure permet souvent de faire face à certains de ces besoins, elle ne peut en revanche presque jamais se substituer à l'effort national. Et il n'y a pas grand chose à ajouter à ce qui a déjà été dit en ce qui concerne les capacités endogènes.

Toutefois, même dans les cas où l'assistance extérieure est disponible, le problème de la "propriété" des programmes d'éducation pour tous continue à se poser. De fait, aux fins de la vitalisation du processus de promotion de l'éducation pour tous, tout porte à croire qu'une assistance extérieure sera encore nécessaire pendant quelque temps. Toutefois, pour porter ses fruits, un tel appui extérieur doit être

intégré au programme national du pays concerné, ce qui malheureusement est rarement le cas.²²

Un examen des résultats de l'Afrique en matière d'accès des femmes à l'éducation, à la formation, à la science et à la technologie mené dans le cadre de l'élaboration de la Plate-forme d'action africaine révèle que c'est essentiellement au niveau le plus bas que s'effectue l'entrée des femmes dans le système éducationnel. Les disparités entre les deux sexes s'accroissent donc à mesure qu'on passe du niveau inférieur au niveau supérieur. Avec un taux inférieur à 50%, le niveau d'alphabétisation des femmes adultes africaines est le plus faible du monde. Pour ce qui est de l'Afrique subsaharienne, le taux d'alphabétisation des hommes adultes était de 61% en 1990 contre 39% pour les femmes. Certains tabous socioculturels s'opposent à l'accès des femmes à l'enseignement technique et professionnel. En outre, les décisions relatives à ce qu'il convient d'apprendre, à quel niveau et par qui relèvent généralement de la compétence de l'homme, ce qui contribue à perpétuer les stéréotypes basés sur le sexe.

Ainsi, quoique plusieurs pays africains aient pris certaines initiatives en vue de renforcer les capacités des femmes africaines par le biais de la formation à l'analyse et à la planification des questions relatives à la dualité entre les deux sexes, à l'esprit d'entreprise et à la gestion, à la vulgarisation, aux politiques de recherche et d'appui, etc., d'importantes lacunes subsistent encore en particulier en ce qui concerne le premier recyclage et la formation spécialisée, l'enseignement technique et professionnel, etc. La Plate-forme d'action africaine (voir encadré no. 11) a recommandé une série d'actions visant à redresser cette situation.

Nous ne pouvons terminer sans revenir sur la question de l'engagement politique des Etats. Les déclarations officielles ne suffisent pas. Les pouvoirs publics doivent redoubler d'effort en vue de doter le secteur de l'éducation de crédits suffisants. Dans une certaine mesure, cette situation est liée à la perception erronée que les gouvernements ont de l'éducation. En effet, ils considèrent très souvent qu'investir dans l'éducation c'est faire un placement dans la consommation alors qu'en réalité, il s'agit d'un investissement essentiel dans l'avenir. De fait, parce que l'éducation est réputée "improductive" - en ce sens qu'il ne s'agit pas d'un produit marchand, qu'elle ne génère pas de revenus, qu'elle n'améliore pas la position de la balance des paiements et qu'elle ne contribue pas à réduire le déficit budgétaire de l'Etat, on a tendance à la considérer comme un secteur social coûteux.²³ Tant que cette philosophie continuera à dominer la pensée officielle de l'Etat, l'éducation n'occupera pas la place qui lui revient de droit et la réalisation des potentialités des populations africaines continuera à se faire attendre.

Références

1. Rapport sur l'éducation dans le monde 1993. Unesco.
2. Commission économique pour l'Afrique. Rapport économique sur l'Afrique. 1994, p. 52.
3. Unesco, op.cit.
4. Ibid.
5. Rapport mondial sur le développement humain 1994; p. 149.

6. Voir Teresa Hartnett. "The Measurement of Gender Disparities in Education", *Donors to African Education Newsletter*. Vol. 5, No. 2, septembre-novembre 1993.
7. Ibid.
8. Christopher Shaw et Neil Saravanamuttoo. "Can We Swap Debt for Education?" *Donors to African Education*. Vol. 5, No. 2.
9. Conférence mondiale sur l'éducation pour tous - *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et Cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux*. New York, 1990.
10. Voir C. Wright et R. Govinda (éd.) (publié sous la direction de). *Trois ans après Jomtien - Rapport d'un séminaire sur l'éducation pour tous*; Kampala, septembre 1993.
11. Ibid., p. 28 et 29.
12. Voir par exemple, Institut international de planification de l'éducation (IIEP) *Rapport du séminaire sur l'éducation pour tous, tenu à Ouagadougou (Burkina Faso), avril 1993*; et C. Wright et R. Govinda, op. cit.
13. Ibid.
14. Ibid.
15. G. Carron et R. Govinda, "Education for all...a long Way to Go", *Donors to African Education Newsletter*. Vol. 6, No. 1, janvier-mars 1994.
16. Ibid.
17. Unesco. *Statistical Issues: Demographic Pressure on Primary Education (1993 update)*. Paris: Unesco, novembre 1993. STE - 13. Il ressort de ce rapport que l'écart entre le nombre de places scolaires nécessaires (compte non tenu de l'effet des redoublements et des entrées tardives à l'école), c'est-à-dire la population estimée des enfants scolarisables dans le primaire en l'an 2000 (P) et le nombre actuel d'inscriptions actuel dans le primaire (I) s'exprime simplement comme suit:

$$EC = P (2000) - I (1991)$$

Un calcul similaire a été effectué pour l'an 2025. L'écart peut être soit négatif soit positif. Une valeur négative signifie que la projection de la population scolarisable dans le primaire en l'an 2000 (ou 2025) est supérieure au nombre actuel d'inscriptions actuel dans le cycle primaire. Un ensemble de neuf indicateurs est fourni pour chacun des pays africains. L'indicateur le plus important est celui qui exprime sous forme de rapport le nombre moyen de places scolaires nécessaires entre 1991 et l'an 2000 (et entre 1991 et 2025) et la moyenne correspondante entre 1960 et 1991. La valeur de ce rapport peut être:

- a) Inférieure à 1, ce qui implique que les efforts à déployer à l'avenir pour créer des places scolaires devraient être moins importants que ceux déployés depuis 1960;
- b) Egale à 1, ce qui indique la continuation au même niveau des efforts déployés par le passé; et

- c) Supérieure à 1, ce qui signifie qu'une accélération des efforts s'avère nécessaire afin qu'un nombre suffisant de places scolaires puisse être créé pour accueillir les enfants scolarisables dans le primaire.

Il ressort ainsi de ce qui précède que plus la valeur du rapport s'écartera de 1, plus l'effort nécessaire pour réaliser l'objectif de l'éducation de base pour tous devra être grand.

18. Wright et Govinda. op. cit., p. 39.
19. Ibid., p. 61.
20. Ibid., p. 61.
21. Ibid., p. 62.
22. Carron et Govinda, op. cit., p. 17.
23. Shaw et Saravanamuttoo, op. cit., p. 2.

VII

Perspectives d'avenir

L'impératif du développement humain, à savoir faire des personnes l'élément central du développement, ne peut être remis en question. Le faire reviendrait à nier que le développement a pour finalité les personnes et qu'il concerne les personnes et non les choses. Les biens matériels et les services sont nécessaires pour accroître le bien-être des hommes et non pour une fin en soi. L'inconvénient fondamental de la stratégie basée sur la recherche d'une croissance rapide était que, dans cette quête effrénée de taux de croissance élevés, on a failli oublier le but pour lequel ces taux étaient recherchés. L'objectif visé par l'approche du développement humain est d'assurer, tout en reconnaissant le mérite de l'abondance de biens matériels, que celle-ci profite aux êtres humains - pas seulement à une petite couche de la société mais, autant que possible, à tous les membres de la société.

C'est pourquoi le développement humain concerne les personnes. Il s'agit de réduire et d'éradiquer la pauvreté, d'assurer un emploi productif à tous, de répartir équitablement les bénéfices de la croissance, d'assurer la santé et l'éducation pour tous, de protéger et de valoriser l'environnement, d'investir dans les populations afin de libérer leurs énergies créatrices et de les faire participer davantage à la prise des décisions qui affectent leur vie, d'assurer une plus grande liberté à l'homme, et de réaliser bien d'autres choses encore. Rares sont ceux, s'il en est, qui mettraient en cause la légitimité de ces objectifs.

Par conséquent, si des questions sont soulevées, elles ne concernent pas les objectifs en tant que tels mais plutôt leur réalisation, c'est-à-dire la faisabilité de toute l'approche du développement humain même. C'est là une question légitime à laquelle une réponse peut être apportée. Le fait que la croissance économique ne se traduise pas nécessairement par une amélioration des conditions de vie des populations est étayé par l'expérience de nombreux pays depuis des décennies. Cependant, rien n'indique que les objectifs multiples énoncés plus haut peuvent être atteints dans un contexte caractérisé par de mauvais résultats économiques. En particulier, peut-on atténuer la pauvreté sans des taux de croissance économique élevés? Peut-on générer des ressources pour réaliser des investissements suffisants dans l'éducation et la santé des populations? Peut-on créer davantage d'emplois lorsque la production stagne? Ou peut-on répartir plus équitablement les bénéfices de la croissance lorsqu'il y a si peu à partager? Dans les cas où l'on ne peut jouir simultanément de la prospérité économique et de la liberté politique, ne serait-il pas pragmatique d'opter pour la première plutôt que pour la seconde? Est-il raisonnable de parler de protection de l'environnement dans les pays où la survie ne laisse pas d'autre choix que de dégrader l'environnement? Bref, bien que louables, les objectifs du développement humain sont-ils réalistes? En particulier, dans quelle mesure sont-ils réalistes pour l'Afrique, région qui a été marginalisée dans pratiquement tous les domaines du progrès humain?

Ces questions - et bien d'autres qu'on pourrait sans grand effort ajouter à la liste - ne sont pas injustifiées et ne peuvent être facilement ignorées. Cependant, elles ne sont pas aussi difficiles à traiter qu'elles le paraissent à première vue. Elles ne le deviennent que lorsque la volonté

politique nécessaire fait défaut. En effet, il est amplement avéré que les pays qui ont la volonté politique et la détermination nécessaire ont pu faire des progrès importants en matière de développement humain même en l'absence d'une augmentation notable du revenu par habitant. C'est, en fait, le message qui ressort du classement des pays selon le PNB par habitant et l'IDH. Tout comme il y a des pays dont les résultats en matière d'IDH sont en deçà de leurs résultats en matière de revenu par habitant, il en existe d'autres qui sont beaucoup mieux classés en matière d'IDH que de revenu par habitant.

Toutefois, soutenir que le développement humain est réalisable ne revient pas à minimiser les défis à relever ou à affirmer que l'on réussira facilement. Cela est d'autant plus vrai pour l'Afrique que les défis y sont les plus grands et les conséquences d'un échec les plus profondes.

Encadré 12

Le facteur humain dans les programmes d'ajustement structurel cinq domaines prioritaires

"Dans l'ensemble, nous retenons cinq domaines distincts qui doivent faire l'objet d'une attention et d'une action accrues de la part des gouvernements africains, des institutions financières et de la communauté internationale en général. D'abord, tous les programmes d'ajustement structurel en Afrique doivent être conçus, mis en oeuvre et suivis dans le cadre du développement à long terme de l'Afrique. Ces programmes doivent donc être totalement compatibles avec les objectifs et les aspirations des populations africaines tels qu'énoncés dans le Plan d'action et l'Acte final de Lagos. En deuxième lieu, le facteur humain doit être au centre des programmes d'ajustement. Troisièmement, les politiques d'ajustement structurel doivent comporter des ajustements adéquats du secteur social. En quatrième lieu, il importe de prendre en compte les conséquences des politiques macro-économiques sur les pauvres et les personnes vulnérables, non seulement pour concevoir des programmes complémentaires, compensatoires, temporaires et indépendants, mais aussi pour que l'atténuation de la pauvreté absolue et relative et l'élimination des préjugés à l'égard des femmes soient des éléments et des facteurs constituant une partie intégrante des programmes d'ajustement. En dernier lieu, le processus de suivi des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel doit, dans son ensemble, tenir compte des aspects et critères d'ordre social.

CEA, *Déclaration de Khartoum*, p. 26.

Un enjeu colossal est constitué par la stabilité politique sans laquelle tous les autres objectifs du développement humain deviennent purement vains. Aujourd'hui, l'Afrique compte probablement beaucoup trop "d'Etats qui ont échoué" - des pays qui sont devenus à tel point ingouvernables qu'il est très douteux qu'ils puissent se reconstituer en des entités viables. Parler de développement humain dans des contextes où la survie quotidienne est un exploit, c'est manifestement ignorer la gravité du désastre humain que connaissent certains pays d'Afrique. La situation de ces pays est un défi non seulement pour l'Afrique mais aussi pour l'humanité tout entière. Il s'agit en l'espèce de tout reconstruire de sorte que la société puisse commencer à fonctionner quelque peu normalement. On ne peut donc rien attendre des vœux pieux à cet égard.

Même dans les pays où la situation n'est pas aussi grave, il n'est pas toujours possible de considérer comme allant de soi l'engagement en faveur du développement humain. Lorsque les gouvernements ne sont pas responsables devant la société, lorsque les gouvernements se préoccupent plus de rester au pouvoir que du bien-être de ceux qu'ils sont censés diriger, lorsque l'éducation de base, la santé et les autres services sociaux sont considérés comme étant les parents pauvres des politiques, bref lorsque les engagements politiques favorisent d'autres objectifs que le développement humain, il serait stupide d'être porté à l'optimisme quant à la faisabilité de l'approche du développement humain. Et lorsque la volonté politique fait défaut, il n'y a pas de formule pour la susciter, si ce n'est pas un plus grand respect de l'obligation de rendre des comptes.

En fait, beaucoup peut être fait pour promouvoir le développement humain et c'est la raison pour laquelle la stratégie peut être intégralement mise en oeuvre. Pour montrer les possibilités à cet égard, il serait utile de présenter certaines des politiques et stratégies qui méritent qu'on y prête attention.

A partir de la *Position commune africaine*, on peut distinguer les mesures nécessaires aux niveaux national et international. Sur le plan national, les tâches essentielles à accomplir consistent à introduire les changements d'orientation nécessaires et à mobiliser les ressources requises pour leur mise en oeuvre. Parmi les objectifs dont la réalisation devrait être la priorité, on peut citer la lutte contre la pauvreté, la création d'emplois productifs et la production de revenus, l'intégration sociale, la paix et la stabilité politique ainsi que la démocratisation et la participation populaire au développement.

En ce qui concerne la lutte contre la pauvreté, les stratégies devraient porter sur les causes profondes du problème et pas seulement sur les symptômes. Il faut donc accroître la productivité de la main-d'oeuvre et créer un environnement propice pour libérer les énergies productives des populations, notamment grâce à une éducation et à une alimentation meilleures. Quant à la création d'emplois et à la production de revenus, elles exigent également une approche globale consistant notamment à accélérer la croissance, réformer les systèmes d'enseignement, accroître la productivité dans les secteurs structuré et non structuré, et endiguer l'exode rural. Cependant, tous ces efforts seront vains s'il n'y a pas d'intégration sociale, de paix et de stabilité politique. La promotion du processus démocratique et de la participation populaire devrait également faire l'objet de la même attention.

Toutes ces tâches exigent des efforts inlassables de mobilisation des ressources. C'est une activité à deux volets qui touche à la fois le niveau et la structure des dépenses publiques. Comme cela a été indiqué dans la *Position commune africaine*,

la CEA a préconisé la réduction, autant que possible, des dépenses publiques consacrées à la défense et de celles consacrées aux activités du secteur public non productif. En outre, elle a proposé une réorientation des dépenses (sans pour autant augmenter les dépenses publiques totales) pour accroître les dépenses consacrées au secteur social, en particulier à l'éducation, à la santé et à l'intégration des femmes au processus de développement, aspects qui sont susceptibles d'accroître la productivité.¹

Encadré 13

Renverser le déclin de l'Afrique subsaharienne

"Premièrement, ...il faut alléger radicalement les dettes de l'Afrique...

Deuxièmement, il faut permettre à l'Afrique d'affermir sa position commerciale, par des accords lui assurant des prix raisonnables et stables pour la vente de ses matières premières, l'abaissement des barrières commerciales à l'encontre des produits fabriqués ou transformés en Afrique, la création d'un fonds de diversification économique et une augmentation de l'aide et des investissements.

Troisièmement, il faut compresser plus rigoureusement les dépenses militaires.

Quatrièmement, les gouvernements africains doivent honorer les engagements qu'ils ont pris d'investir une proportion plus importante de leurs revenus dans les ressources humaines et d'atteindre les objectifs fondamentaux adoptés dans le domaine de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la planification familiale...

Cinquièmement, la communauté internationale doit seconder l'Afrique dans sa lutte pour la démocratie."

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 1994*, p. 57.

La Position commune est allée plus loin en recommandant

de porter les dépenses publiques consacrées à tous les domaines du développement humain de leur niveau actuel de 14% à 30% et, par la suite, de maintenir un taux de croissance des dépenses publiques dans ces secteurs qui soit supérieur au taux d'accroissement de la population.²

Une tâche tout aussi importante que la mobilisation des ressources est l'utilisation judicieuse des ressources disponibles. C'est une question à plusieurs dimensions. En premier lieu, la réorientation des dépenses publiques en faveur des services de base devrait aller de pair avec une baisse des coûts par bénéficiaire ainsi que des investissements sociaux plus rentables. Le cas le plus évident est celui des soins de santé primaires et préventifs, secteur où la Banque mondiale estime qu'un programme de services essentiels peut être mis en place pour environ 12 dollars E.-U. par personne par an. En outre, la promotion du "souci de la santé" chez les individus et l'augmentation de la demande de services préventifs peuvent, à moindres frais, réduire la morbidité à l'avenir. Dans les communautés pauvres, l'apport complémentaire de micro-nutriments bon marché peut entraîner des gains substantiels pour la santé, accroître l'aptitude à apprendre et la productivité future. Des programmes de communication efficaces tendant à sensibiliser les populations aux questions d'hygiène, d'assainissement et de nutrition, notamment l'amélioration des pratiques en matière d'alimentation des enfants,

pourraient réduire considérablement la morbidité et la malnutrition chez les enfants avec un appui extérieur relativement modeste.

L'enseignement primaire est un secteur aux résultats moins évidents étant donné la baisse de la qualité et des taux de scolarisation nette dans la plupart des pays d'Afrique, et une augmentation annuelle de plus 3% de la demande de places dans les écoles. Néanmoins, des économies importantes peuvent être réalisées par une plus grande récupération des coûts aux niveaux plus élevés du système d'enseignement: dans certains pays africains, l'éducation d'un étudiant à l'université coûte par an au gouvernement 100 à 150 fois plus que l'éducation d'un élève au niveau de l'enseignement primaire. Des réformes *au sein* de l'éducation de base, notamment une utilisation plus souple du temps et des bâtiments, une plus faible priorité à la construction et l'agrandissement des classes (dans certains cas), pourraient également contribuer à couvrir les dépenses plus importantes et si nécessaires à consacrer au matériel didactique, aux stages de perfectionnement pédagogique de brève durée et aux salaires des enseignants. Un réaménagement de la destination de l'aide octroyée par les donateurs en faveur de l'éducation de base pourrait également y contribuer. On pourrait également, lorsque les services fournis sont très limités et les difficultés financières énormes, introduire des systèmes d'éducation de base extrascolaire à faible coût qui complètent les systèmes classiques existants.

En deuxième lieu, plus les ménages auront confiance dans la fiabilité des services, plus ils seront disposés à contribuer aux coûts financiers et autres à partir de leurs ressources modiques. On peut tirer d'importantes leçons de l'expérience de ces dernières années: les droits d'usage fixés par les autorités centrales qui sont reversés au Trésor national et qui n'entraînent pas d'améliorations parallèles de la qualité des services de base (par exemple la disponibilité de plus de médicaments dans les dispensaires) pourraient être préjudiciables à la confiance, à la demande de services et aux objectifs sociaux tels que la santé publique et le développement humain plus généralement. Ces droits permettent rarement de générer des revenus nets importants. En outre, les conséquences des droits de prestation de services pour l'administration locale et le coût des pertes au niveau de la production future et du bien-être immédiat des personnes qui pourraient par erreur être exclues du fait d'une conception ou d'une application inappropriées des dispositions d'exonération devraient être soigneusement pris en considération. Toutefois, l'amélioration de la qualité des services dans des domaines prioritaires pour les utilisateurs devrait entraîner une amélioration de la santé et de la productivité ainsi qu'une plus grande volonté et, à terme, une plus grande aptitude à payer pour le service rendu (ou à payer à l'avance en vue du service). Certes, du fait de la propagation de la pandémie de sida, ces gains sont de plus en plus difficiles à distinguer. Néanmoins, les services de santé doivent être solides et les personnes non atteintes de l'infection à VIH à la fois avisées et productives pour faire face aux nouveaux besoins en matière de soins et se satisfaire aux nouvelles exigences.

Encadré 14

Perspectives d'avenir

La situation en Afrique peut être transformée du tout au tout. Des changements fondamentaux issus de cette dernière décennie pourtant désastreuse, ont débouché sur la création d'un cadre différent et beaucoup plus prometteur pour le développement du continent. Au cours de ces dernières années, de nombreux pays africains ont entrepris des réformes essentielles. Le mouvement vers la démocratie s'est étendu à presque tout le continent, même si cette évolution se montre parfois décourageante et difficile. L'apartheid est en voie de disparition. Les économies se sont libéralisées. Le climat des investissements s'améliore. La guerre froide ne vient plus entretenir les dictatures. Plusieurs conflits qui s'éternisaient se sont finalement apaisés ou ont perdu de leur intensité. Dans quelques pays au moins, les dépenses militaires commencent à donner des signes de régression. De plus, la plupart des dirigeants politiques africains ont pris, personnellement et au nom de leur gouvernement, l'engagement d'atteindre les objectifs humains fondamentaux...

Toutes ces prises de position sont des signes d'espoir. Mais il faut admettre que jusqu'à présent, l'action n'a guère suivi les promesses et que les menaces de réduction de l'aide brandies par les pays industrialisés, même si elles se justifient et semblent parfois nécessaires, ne constituent pas une réponse appropriée à la crise que traverse l'Afrique subsaharienne. Et si les pays industrialisés, après avoir offert pendant des décennies, un soutien moral, matériel et militaire à des dictatures souvent visiblement corrompues et répressives, veulent aujourd'hui favoriser une bonne gestion des affaires publiques en Afrique, ils doivent alors faire tout leur possible pour renforcer l'assise économique du continent en passant par pertes et profits une grande partie de ses dettes, en acceptant des prix équitables et stables pour la vente de ses matières premières, en réduisant les droits de douane sur les exportations des produits manufacturés en provenance d'Afrique et en augmentant le montant de l'aide accordée aux investissements dans le développement humain.

UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 1994*, p. 58.

En troisième lieu, de nombreux pays africains disposent d'infrastructures pour les services de base, d'une capacité administrative et de systèmes de prestation de services mais ceux-ci ont été touchés par la réduction des ressources et la démotivation qui en a résulté. Une relance grâce à des réformes telles que la décentralisation, le perfectionnement professionnel et une meilleure allocation des ressources est certainement possible. En outre, l'augmentation spectaculaire des effectifs de l'enseignement primaire dans les années 70 et du taux de vaccination dans les années 80 en Afrique a non seulement étendu la portée des services mais aussi créé de multiples possibilités avantageuses. Parmi celles-ci, on peut citer l'association de la promotion de l'allaitement au sein, d'un apport complémentaire de micro-nutriments et de l'information sur la planification familiale à la vaccination, et l'introduction de l'éducation sanitaire et de l'apport complémentaire en éléments nutritifs à l'école.

En quatrième lieu, dans de nombreux pays, les collectivités locales, les confessions religieuses et les ONG augmentent leurs moyens de toucher le grand public et leurs capacités, ce qui rend encore plus

accessibles les services de base. Leur rôle et leurs potentialités pour ce qui est de fournir des services et des informations ainsi que dans des domaines tels que la protection de l'enfant sont de plus en plus reconnus officiellement, y compris dans les programmes d'action nationaux en Afrique.

Enfin, une évolution permettant de passer des projets individuels à des programmes ciblés en faveur des priorités du développement humain, tout en exigeant des compétences nouvelles, peut permettre une meilleure utilisation du personnel formé et des capacités de gestion. Les donateurs internationaux peuvent appuyer cette tendance en cessant d'apporter leur concours aux projets - ce qui se fait souvent avec leurs propres cellules d'appui - pour la mise en commun des ressources en vue d'appuyer des programmes nationaux et locaux plus élargis de développement humain et la mise au point de systèmes connexes.

Cependant, cela ne signifie pas que la mobilisation des ressources intérieures et les efforts visant à accroître l'efficacité suffiront pour mener à terme l'impressionnant programme de développement humain de l'Afrique. Ces initiatives doivent être complétées par l'aide extérieure. Pourtant, non seulement les flux de ressources extérieures sont limités mais aussi ils ont tendance à aller décroissant ces dernières années. En outre, l'aide extérieure n'a pas servi à la lutte contre la pauvreté ni aux autres aspects du développement humain. Par ailleurs, l'environnement extérieur, y compris les mécanismes en matière de commerce et de dette, n'est pas favorable à la promotion du développement humain dans la région. Par conséquent, même si l'effort fait au niveau local revêt un caractère primordial, la communauté internationale a la lourde responsabilité de créer les conditions propices au développement humain en Afrique.

La réalisation du développement humain n'est nulle part ailleurs aussi urgente qu'en Afrique tout comme elle n'est nulle part ailleurs une tâche aussi ardue. Comme on s'est efforcé de le montrer dans le présent rapport, des progrès considérables ont été réalisés mais ils sont éclipsés par des problèmes énormes.

Fait incitant à l'optimisme, il est encourageant de noter que les responsables d'Afrique prennent de plus en plus conscience de l'importance du développement humain. En effet, comme il ressort du présent rapport, nombre de documents attestent que l'Afrique tout entière reconnaît la nécessité de politiques et stratégies de développement global dans lesquelles les êtres humains occupent une place de choix. De plus, comme le montre le chapitre précédent, des efforts remarquables ont été déployés pour définir les éléments clés de ces stratégies.

L'un des objectifs du présent rapport est de souligner combien il importe de surveiller régulièrement la situation humaine en Afrique de sorte à relever à la fois les progrès réalisés et les revers enregistrés. Malheureusement, l'absence de statistiques fiables, concordantes et à jour rend cette tâche difficile. Il va sans dire que la production de telles statistiques met à rude épreuve les capacités techniques des pays africains.

Cependant, quelle que soit la gravité des problèmes techniques, il se pose également un problème d'engagement. Aucun effort sérieux visant à améliorer la situation humaine ne peut passer sous silence le fait que des informations fiables sont indispensables. Il incombe aux gouvernements africains de mettre en place, de développer et d'améliorer régulièrement des bases de données sur la situation sociale dans leurs pays respectifs. Ils devraient en effet s'employer à élaborer des rapports réguliers sur le développement humain dans leurs pays. Il est à espérer que le présent rapport servira de première tentative visant à les inciter à agir dans ce sens.

Références

1. CEA, *Position africaine commune*, Addis-Abeba, p. 47-48.
2. Ibid, p. 48.

Tableaux en annexe

Contenu

Tableaux

1:	Indicateurs du développement humain	77
2:	Développement humain	80
3:	Les manques	83
4:	Evolution du développement humain	86
5:	Ecart entre zones rurales et zones urbaines	89
6:	Survie et développement de l'enfant	92
7:	Santé	95
8:	Sécurité alimentaire	98
9:	Enseignement	101
10:	Déséquilibres dans l'enseignement	104
11:	Emploi	107
12:	Richesse, pauvreté et investissement social	110
13:	Déséquilibres des dépenses militaires et de l'emploi des ressources	113
14:	Bilan démographique	116
15:	Agrégats des comptes nationaux	119
16:	Variables du développement féminin dans les pays	122
17:	Classement selon les variables du développement féminin	124
18:	Classement selon divers indicateurs et appréciations	126

Note: Les tableaux 1 à 15 sont extraits du *Rapport sur le développement humain 1994* du PNUD et ne concernent que les pays africains. Comme indiqué dans le présent document, l'Ethiopie comprend l'Erythrée. Les sources des tableaux 16 à 18 sont données au bas des tableaux.

Tableau 1: Indicateurs du développement humain

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (années) 1992	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1992	Années de scolarité (moyenne) 1992	Indice d'alphabétisation	Indice de scolarité	Niveau d'instruction 1992	PIB réel par habitant (\$ ajusté) 1991	PIB réel ajusté par habitant	Indicateur de développement humain 1992	Rang de PNB moins rang d'IDH ^a
60	Maurice	69,6	79,9	4,1	0,8	0,28	1,87	7 178	5 211	0,778	5
79	Jamahiriya arabe libyenne	62,4	66,5	3,5	0,7	0,24	1,57	7 000	5 207	0,703	-38
81	Tunisie	67,1	68,1	2,1	0,7	0,14	1,50	4 690	4 690	0,690	4
83	Seychelles	71,0	77,0	4,6	0,8	0,31	1,85	3 683	3 683	0,685	-44
87	Botswana	60,3	75,0	2,5	0,8	0,17	1,67	4 690	4 690	0,670	-29
93	Afrique du Sud	62,2	80,0	3,9	0,8	0,26	1,86	3 885	3 885	0,650	-33
109	Algérie	65,6	60,6	2,8	0,6	0,19	1,40	2 870	2 870	0,553	-37
110	Egypte	60,9	50,0	3,0	0,5	0,20	1,20	3 600	3 600	0,551	12
111	Maroc	62,5	52,5	3,0	0,5	0,20	1,25	3 340	3 340	0,549	-10
114	Gabon	52,9	62,5	2,6	0,6	0,17	1,42	3 498	3 498	0,525	-72
117	Swaziland	57,3	71,0	3,8	0,7	0,25	1,67	2 506	2 506	0,513	-21
120	Lesotho	59,8	78,0	3,5	0,8	0,23	1,79	1 500	1 500	0,476	4
121	Zimbabwe	56,1	68,6	3,1	0,7	0,21	1,58	2 160	2 160	0,474	-3
122	Cap-Vert	67,3	66,5	2,2	0,7	0,15	1,48	1 360	1 360	0,474	-10
123	Congo	51,7	58,5	2,1	0,6	0,14	1,31	2 800	2 800	0,461	-23
124	Cameroun	55,3	56,5	1,6	0,6	0,11	1,24	2 400	2 400	0,447	-13
125	Kenya	58,6	70,5	2,3	0,7	0,15	1,56	1 350	1 350	0,434	21
127	Namibie	58,0	40,0	1,7	0,4	0,11	0,91	2 381	2 381	0,425	-43
128	Sao Tomé-et-Principe	67,0	60,0	2,3	0,6	0,15	1,35	600	600	0,409	10
131	Madagascar	54,9	81,4	2,2	0,8	0,14	1,77	710	710	0,396	31
134	Ghana	55,4	63,1	3,5	0,6	0,24	1,50	930	930	0,382	-1
136	Côte d'Ivoire	51,6	55,8	1,9	0,6	0,13	1,24	1 510	1 510	0,370	-19

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (années) 1992	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1992	Années de scolarité (moyenne) 1992	Indice d'alphabétisation	Indice de scolarité	Niveau d'instruction 1992	PIB réel par habitant (\$ ajusté) 1991	PIB réel ajusté par habitant	Indicateur de développement humain 1992	Rang de PNB moins rang d'IDH ^a
138	Zambie	45,5	74,8	2,7	0,8	0,18	1,68	1 010	1 010	0,352	-4
139	Nigéria	51,9	52,0	1,2	0,5	0,08	1,12	1 360	1 360	0,348	6
140	Zaire	51,6	74,0	1,6	0,7	0,11	1,59	469	469	0,341	20
141	Comores	55,4	55,0	1,0	0,6	0,07	1,17	700	700	0,331	-10
143	Sénégal	48,7	40,0	0,9	0,4	0,06	0,86	1 680	1 680	0,322	-29
144	Libéria	54,7	42,5	2,1	0,4	0,14	0,99	850	850	0,317	-14
145	Togo	54,4	45,5	1,6	0,5	0,11	1,02	738	738	0,311	-9
148	Tanzanie, Rép. Unie de	51,2	55,0	2,0	0,6	0,14	1,24	570	570	0,306	22
150	Guinée équatoriale	47,3	51,5	0,8	0,5	0,05	1,08	700	700	0,276	4
151	Soudan	51,2	28,2	0,8	0,3	0,05	0,62	1 162	1 162	0,276	-14
152	Burundi	48,2	52,0	0,4	0,5	0,03	1,07	640	640	0,276	6
153	Rwanda	46,5	52,1	1,1	0,5	0,07	1,11	680	680	0,274	-1
154	Ouganda	42,6	50,5	1,1	0,5	0,07	1,08	1 036	1 036	0,272	14
155	Angola	45,6	42,5	1,5	0,4	0,10	0,95	1 000	1 000	0,271	-35
156	Bénin	46,1	25,0	0,7	0,3	0,05	0,55	1 500	1 500	0,261	-14
157	Malawi	44,6	45,0	1,7	0,5	0,12	1,02	800	800	0,260	-1
158	Mauritanie	47,4	35,0	0,4	0,4	0,03	0,73	962	962	0,254	-31
159	Mozambique	46,5	33,5	1,6	0,3	0,11	0,78	921	921	0,252	14
160	Rép. centrafricaine	47,2	40,2	1,1	0,4	0,07	0,88	641	641	0,249	-25
161	Ethiopie	46,4	50,0	1,1	0,5	0,07	1,07	370	370	0,249	10
163	Djibouti	48,3	19,0	0,4	0,2	0,03	0,41	1 000	1 000	0,226	-38
164	Guinée-Bissau	42,9	39,0	0,4	0,4	0,03	0,81	747	747	0,224	3
165	Somalie	46,4	27,0	0,3	0,3	0,02	0,56	759	759	0,217	7

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (années) 1992	Taux d'alphabétisation des adultes (%) 1992	Années de scolarité (moyenne) 1992	Indice d'alphabétisation	Indice de scolarité	Niveau d'instruction 1992	PIB réel par habitant (\$ ajusté) 1991	PIB réel ajusté par habitant	Indicateur de développement humain 1992	Rang de PNB moins rang d'IDH ^a
166	Gambie	44,4	30,0	0,6	0,3	0,04	0,64	763	763	0,215	-22
167	Mali	45,4	35,9	0,4	0,4	0,03	0,74	480	480	0,214	-12
168	Tchad	46,9	32,5	0,3	0,3	0,02	0,67	447	447	0,212	-7
169	Niger	45,9	31,2	0,2	0,3	0,01	0,64	542	542	0,209	-21
170	Sierra Leone	42,4	23,7	0,9	0,2	0,06	0,53	1 020	1 020	0,209	-7
172	Burkina Faso	47,9	19,9	0,2	0,2	0,01	0,41	666	666	0,203	-19
173	Guinée	43,9	26,9	0,9	0,3	0,06	0,60	500	500	0,191	-44

a Un chiffre positif indique que le rang selon l'IDH est meilleur que le rang selon le PNB et un chiffre négatif indique l'inverse.

Tableau 2 : Développement humain

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (année) 1992	Population ayant accès			Apport journalier de calories (en % des besoins)	Taux d'alpha- bétisation des adultes (%)	Taux de scolaris- ation à tous niveaux (6 à 23 ans)	Circulation de journaux quotidiens (pour 100 habitants)	Récepteurs TV (pour 100 habitants)	PIB réel par habitant (\$ ajusté)	PNB par habitant (\$ EU)
			aux services de santé (%)	à l'eau potable (%)	à l'assainis- ement (%)							
		1992	1985-1991	1988-1991	1988-1991	1988-1990	1992	1990	1990	1990	1991	1991
60	Maurice	69,6	100	100	98	129	80	57	7,4	21,7	7 178	2 380
79	Jamahiriya arabe libyenne	62,4	100	93	95	140	66	..	1,5	9,9	..	..
81	Tunisie	67,1	91	99	96	137	68	62	3,7	8,1	4 690	1 500
83	Seychelles	71,0	99	99	65	100	..	..	4,6	8,7	3 683	5 070
87	Botswana	60,3	89	60	42	100	75	64	1,5	1,6	4 690	2 580
93	Afrique du Sud	62,2	..	..	..	128	..	..	3,5	9,7	3 885	2 540
109	Algérie	65,6	90	70	60	118	61	60	5,1	7,4	2 870	1 990
110	Egypte	60,9	99	88	51	133	50	66	5,7	10,9	3 600	610
111	Maroc	62,5	63	73	57	131	52	37	1,3	7,4	3 340	1 030
114	Gabon	52,9	90	68	..	107	62	..	1,7	3,7	3 498	3 980
117	Swaziland	57,3	55	35	40	105	..	64	1,3	2,1	2 506	1 130
120	Lesotho	59,8	80	48	25	93	..	58	1,1	0,6	..	570
121	Zimbabwe	56,1	83	36	42	94	69	66	2,1	3,0	2 160	670
122	Cap-Vert	67,3	..	72	17	125	67	49	1,0	..	1 360	750
123	Congo	51,7	..	21	..	107	59	..	0,8	0,6	2 800	1 040
124	Cameroun	55,3	41	54	78	93	57	52	0,7	2,3	2 400	860
125	Kenya	58,6	77	50	43	86	71	58	1,5	1,0	1 350	340
127	Namibie	58,0	70	52	15	..	..	..	15,3	2,1	2 381	1 520

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (année) 1992	Population ayant accès			Apport journalier de calories (en % des besoins)	Taux d'alpha- bétisation des adultes (%)	Taux de scolaris- ation à tous niveaux (6 à 23 ans)	Circulation de journaux quotidiens (pour 100 habitants)	Récepteurs TV (pour 100 habitants)	PIB réel par habitant (\$ ajusté)	PNB par habitant (\$ EU)
			aux services de santé (%)	à l'eau potable (%)	à l'assainis- ement (%)							
		1992	1985-1991	1988-1991	1988-1991	1988-1990	1992	1990	1990	1990	1991	1991
128	Sao Tomé-et-Príncipe	67,0	..	..	..	103	..	..	2,0	..	..	400
131	Madagascar	54,9	65	20	5	93	81	40	0,4	2,0	710	210
134	Ghana	55,4	60	54	42	91	63	46	1,3	1,5	930	420
136	Côte d'Ivoire	51,6	45	70	35	122	56	37	0,8	6,1	1 510	680
138	Zambie	45,5	74	48	43	87	75	47	1,2	3,1	1 010	420
139	Nigéria	51,9	72	50	15	93	52	37	1,6	3,2	1 360	350
140	Zaïre	51,6	40	33	25	97	74	38	..	0,1	469	..
141	Comores	55,4	82	75	83	90	..	34	..	(.)	..	490
143	Sénégal	48,7	40	47	54	95	40	30	0,7	3,6	1 680	730
144	Libéria	54,7	39	54	15	97	42	..	1,4	1,8	..	..
145	Togo	54,4	60	59	21	99	45	54	0,3	0,6	738	410
148	Tanzanie, Rép. Unie de	51,2	80	51	66	91	..	32	0,8	0,2	570	120
150	Guinée équatoriale	47,3	..	32	37	..	52	64	0,6	0,9	..	290
151	Soudan	51,2	60	45	70	83	28	27	2,4	7,1	1 162	..
152	Burundi	48,2	80	56	48	85	52	30	0,4	0,1	640	220
153	Rwanda	46,5	80	66	58	80	52	39	(.)	..	680	290
154	Ouganda	42,6	70	15	31	83	51	41	0,2	1,0	1 036	170
155	Angola	45,6	30	34	18	80	43	32	1,3	0,6	..	..
156	Bénin	46,1	30	54	42	101	25	30	0,3	0,5	1 500	380
157	Malawi	44,6	80	53	..	87	..	38	0,3	..	800	230

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (année) 1992	Population ayant accès			Apport journalier de calories (en % des besoins)	Taux d'alpha- bétisation des adultes (%)	Taux de scolaris- ation à tous niveaux (6 à 23 ans)	Circulation de journaux quotidiens (pour 100 habitants)	Récepteurs TV (pour 100 habitants)	PIB réel par habitant (\$ ajusté)	PNB par habitant (\$ EU)
			aux services de santé (%)	à l'eau potable (%)	à l'assainis- sement (%)							
		1992	1985-1991	1988-1991	1988-1991	1988-1990	1992	1990	1990	1990	1991	1991
158	Mauritanie	47,4	40	70	23	109	35	25	0,1	2,3	962	510
159	Mozambique	46,5	39	24	24	77	34	24	0,6	0,3	921	80
160	Rép. centr- africaine	47,2	30	12	21	77	40	35	0,1	0,4	641	410
161	Ethiopie	46,4	46	28	16	71	..	17	0,1	0,2	370	120
163	Djibouti	48,3	99	86	59	..	..	24	2,0	5,2	..	..
164	Guinée- Bissau	42,9	80	39	25	97	39	25	0,6	..	747	180
165	Somalie	46,4	27	60	17	81	27	..	..	1,2	759	..
166	Gambie	44,4	90	77	44	103	30	29	0,2	..	763	360
167	Mali	45,4	35	41	23	107	36	..	0,1	0,1	480	270
168	Tchad	46,9	30	..	..	69	33	29	(.)	0,1	447	210
169	Niger	45,9	30	55	10	98	31	14	0,1	0,5	542	310
170	Sierra Leone	42,4	37	50	62	86	24	29	0,2	1,0	1 020	200
172	Burkina Faso	47,9	60	71	12	95	20	17	(.)	0,5	666	290
173	Guinée	43,9	40	64	24	100	27	19	..	0,7	500	500
	Moyenne	53,0	64	56	41	99			1,7	3,2		840

Tableau 3 : Les manques

Rang selon l'IDH		En missions (sauf indication contraire)										
		Population au-dessous du seuil de pauvreté		Réfugiés (en milliers)	Population n'ayant pas accès aux services de santé	Population n'ayant pas accès à l'eau potable	Population n'ayant pas accès à l'assainis- sement	Adultes analpha- bètes (plus de 15 ans)	Femmes analpha- bètes (plus de 15 ans)	Enfants non- scolarisés dans le primaire (en milliers)	Enfants sous- alimentés de moins de 5 ans (en milliers)	Décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)
		Totale	Rurale									
		1992	1992									
60	Maurice	0,1	0,1	..	..	..	(.)	0,2	0,1	..	17	1
79	Jamahiriya arabe libyenne	..	..	..	..	0,3	0,2	0,8	0,5	..	33	21
81	Tunisie	1,4	0,5	(.)	0,8	0,1	0,3	1,6	1,0	48	92	12
83	Seychelles	..	..	..	(.)	(.)	(.)	..	..	..	..	..
87	Botswana	0,6	0,5	1	0,1	0,5	0,8	0,2	0,1	9	57	4
93	Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85
109	Algérie	5,9	3,1	220	2,6	7,9	10,5	5,5	3,7	534	470	60
110	Egypte	12,6	7,7	6	0,3	6,3	27,0	15,9	10,2	..	759	139
111	Maroc	9,7	6,3	(.)	9,8	7,0	11,3	7,1	4,5	1 645	453	81
114	Gabon	..	0,3	(.)	0,1	0,4	..	0,3	0,2	60	26	6
117	Swaziland	0,4	0,3	56	0,4	0,5	0,5	..	..	23	11	3
120	Lesotho	1,0	0,8	(.)	0,4	1,0	1,4	..	..	102	48	7
121	Zimbabwe	..	4,4	135	1,8	6,8	6,1	1,7	1,1	..	252	35
122	Cap-Vert	..	0,1	..	..	0,1	0,3	0,1	..	3	..	1
123	Congo	..	1,1	10	..	1,9	..	0,5	0,3	..	113	14
124	Cameroun	4,5	2,8	42	7,2	5,6	2,6	2,8	1,8	466	335	57
125	Kenya	13,2	10,4	400	5,8	12,7	14,5	3,5	2,4	..	782	90
127	Namibie	..	..	(.)	0,5	0,7	1,3	..	..	50	75	7
128	Sao Tomé-et-Principe	..	(.)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
131	Madagascar	5,6	4,8	..	4,5	10,3	12,2	1,2	0,9	613	834	91

Rang selon l'IDH		En missions (sauf indication contraire)										
		Population au-dessous du seuil de pauvreté		Réfugiés (en milliers)	Population n'ayant pas accès aux services de santé	Population n'ayant pas accès à l'eau potable	Population n'ayant pas accès à l'assainis- sement	Adultes analpha- bètes (plus de 15 ans)	Femmes analpha- bètes (plus de 15 ans)	Enfants non- scolarisés dans le primaire (en milliers)	Enfants sous- alimentés de moins de 5 ans (en milliers)	Décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)
		Totale	Rurale									
		1992	1992									
134	Ghana	6,7	5,6	12	6,4	7,4	9,2	3,0	1,9	..	733	84
136	Côte d'Ivoire	..	..	175	7,1	3,9	8,4	2,7	1,8	963	297	78
138	Zambie	5,5	4,0	140	2,2	4,4	5,0	1,1	0,7	301	419	58
139	Nigéria	46,4	37,2	5	32,5	58,0	98,5	27,4	17,2	..	7 480	791
140	Zaïre	28,0	25,5	390	24,0	26,7	30,2	5,1	3,8	722	2 425	260
141	Comores	..	0,2	..	0,1	0,1	0,1	..	..	..	..	4
143	Sénégal	..	3,2	72	4,7	4,1	3,6	2,4	1,5	626	259	49
144	Libéria	0,6	0,3	100	1,7	1,3	2,3	0,8	0,5	..	95	24
145	Togo	..	0,8	3	1,5	1,6	3,0	1,1	0,7	148	119	22
148	Tanzanie, Rép. Unie de	16,2	13,1	290	5,7	13,6	9,5	..	..	2 405	1 220	208
150	Guinée équatoriale	0,2	0,2	..	..	0,3	0,2	0,1	(.)	..	..	3
151	Soudan	..	17,5	725	10,7	14,6	8,0	9,9	6,1	..	1 525	175
152	Burundi	4,9	4,7	270	1,2	2,6	3,0	1,4	0,9	437	300	44
153	Rwanda	6,4	6,4	25	1,5	2,6	3,2	1,7	1,1	511	457	68
154	Ouganda	..	13,2	195	5,6	15,9	12,8	4,5	2,9	..	896	162
155	Angola	..	4,7	11	7,0	6,6	8,2	2,8	1,8	..	641	106
156	Bénin	..	1,9	(.)	3,5	2,3	2,9	1,9	1,0	366	212	33
157	Malawi	8,4	8,2	1 060	2,1	4,8	..	..	..	1 060	466	121
158	Mauritanie	..	0,9	38	1,3	0,6	1,7	0,7	0,4	..	58	20
159	Mozambique	8,9	6,9	(.)	9,2	11,4	11,4	5,3	3,2	1 045	1 195	158
160	République centrafricaine	..	1,5	19	2,2	2,8	2,5	..	..	216	..	24

Rang selon l'IDH		En missions (sauf indication contraire)										
		Population au-dessous du seuil de pauvreté		Réfugiés (en milliers)	Population n'ayant pas accès aux services de santé	Population n'ayant pas accès à l'eau potable	Population n'ayant pas accès à l'assainis- sement	Adultes analpha- bètes (plus de 15 ans)	Femmes analpha- bètes (plus de 15 ans)	Enfants non- scolarisés dans le primaire (en milliers)	Enfants sous- alimentés de moins de 5 ans (en milliers)	Décès d'enfants de moins de 5 ans (en milliers)
		Totale	Rurale									
		1992	1992									
161	Ethiopie	31,9	29,3	430	28,7	38,4	44,8	..	..	5 660	3 810	499
163	Djibouti	..	(.)	28	(.)	0,1	0,2	..	..	45	..	3
164	Guinée-Bissau	..	0,6	12	0,2	0,6	0,8	0,3	0,2	78	37	10
165	Somalie	5,6	4,3	1	6,8	3,5	7,7	3,4	2,0	..	656	94
166	Gambie	..	0,6	4	0,1	0,2	0,5	0,3	0,2	67	27	9
167	Mali	5,3	4,4	13	6,4	5,8	7,6	3,1	1,8	1 165	390	92
168	Tchad	3,2	2,2	..	4,1	..	..	2,1	1,3	551	296	52
169	Niger	..	2,3	4	5,8	3,7	7,5	2,8	1,7	959	676	85
170	Sierra Leone	..	2,0	6	2,8	2,2	1,6	1,8	1,0	..	196	51
172	Burkina Faso	..	7,1	6	3,8	2,8	8,4	4,0	2,3	980	444	83
173	Guinée	..	3,1	480	3,7	2,2	4,6	2,2	1,3	693	268	65

Tableau 4 : Evolution du développement humain

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (années)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Population ayant accès à l'eau potable (%)		Insuffisance pondérale (en % des enfants de moins de 5 ans)		Taux d'alphabétisatio n des adultes (%)		Taux de scolarisation à tous les niveaux (% de 6 à 23 ans)		PIB réel par habitant (\$ ajusté)	
		1960	1992	1960	1992	1975-80	1988-91	1975	1990	1970	1992	1980	1990	1960	1991
60	Maurice	59,2	69,6	70	21	99	100	32	17	..	..	48	57	2 113	7 178
79	Jamahiriya arabe libyenne	46,7	62,4	160	70	87	93	7	4	37	66	..	..	..	..
81	Tunisie	48,4	67,1	159	44	35	99	17	9	31	68	50	62	1 394	4 690
83	Seychelles	..	..	..	..	79	99	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Botswana	45,5	60,3	116	61	..	..	37	27	41	75	51	64	474	4 690
93	Afrique du Sud	49,0	62,2	89	53	..	..	..	..	..	..	..	..	2 984	3 885
109	Algérie	47,0	65,6	168	62	77	70	23	12	25	61	52	60	1 676	2 870
110	Egypte	46,2	60,9	179	58	75	88	17	10	35	50	51	66	557	3 600
111	Maroc	46,7	62,5	163	70	..	..	19	12	22	52	38	37	854	3 340
114	Gabon	40,8	52,9	171	95	..	..	20	15	33	62	..	..	1 373	3 498
117	Swaziland	40,2	57,3	157	74	43	35	14	9	..	..	59	64	1 182	2 506
120	Lesotho	42,9	59,8	149	80	17	48	20	18	..	..	52	58	346	1 500
121	Zimbabwe	45,3	56,1	110	59	..	..	25	14	55	69	41	66	937	2 160
122	Cap-Vert	52,0	67,3	110	41	40	72	..	..	..	..	45	49	..	..
123	Congo	41,7	51,7	143	83	38	21	43	28	35	59	..	..	1 092	2 800
124	Cameroun	39,3	55,3	163	64	..	..	19	17	33	57	48	52	736	2 400
125	Kenya	44,7	58,6	124	67	17	50	25	17	32	71	62	58	635	1 350
127	Namibie	42,5	58,0	146	71	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
128	Sao Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
131	Madagascar	40,7	54,9	220	110	..	..	30	38	50	81	60	40	1 013	710

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (années)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Population ayant accès à l'eau potable (%)		Insuffisance pondérale (en % des enfants de moins de 5 ans)		Taux d'alphabétisatio n des adultes (%)		Taux de scolarisation à tous les niveaux (% de 6 à 23 ans)		PIB réel par habitant (\$ ajusté)	
		1960	1992	1960	1992	1975-80	1988-91	1975	1990	1970	1992	1980	1990	1960	1991
134	Ghana	45,0	55,4	132	82	35	54	35	27	31	63	48	46	1 049	930
136	Côte d'Ivoire	39,2	51,6	166	91	..	..	18	12	18	56	39	37	1 021	1 510
138	Zambie	41,6	45,5	135	84	42	48	17	26	52	75	46	47	1 172	1 010
139	Nigéria	39,5	51,9	190	97	..	..	30	35	25	52	50	37	1 133	1 360
140	Zaïre	41,3	51,6	158	93	19	33	28	33	42	74	46	38	379	469
141	Comores	42,5	55,4	165	90	..	..	..	..	..	..	45	34	..	..
143	Sénégal	37,3	48,7	172	81	36	47	19	20	12	40	24	30	1 136	1 680
144	Libéria	41,3	54,7	184	127	..	..	24	20	18	42	..	..	967	800
145	Togo	39,3	54,4	182	86	16	59	25	18	17	45	61	54	411	738
148	Tanzanie, Rép. Unie de	40,5	51,2	147	103	39	51	25	24	..	..	44	32	272	570
150	Guinée équatoriale	36,8	47,3	188	118	..	..	..	..	..	..	57	64	..	..
151	Soudan	38,7	51,2	170	100	..	..	36	34	17	28	25	27	975	1 162
152	Burundi	41,3	48,2	153	106	29	56	27	29	20	52	11	30	473	640
153	Rwanda	42,3	46,5	150	111	68	66	37	32	32	52	33	39	538	680
154	Ouganda	43,0	42,6	133	104	35	15	28	26	41	51	25	41	371	1 036
155	Angola	33,0	45,6	208	126	17	34	24	35	12	43	54	32	880	1 000
156	Bénin	35,0	46,1	185	88	34	54	34	24	16	25	34	30	1 075	1 500
157	Malawi	37,8	44,6	207	143	51	53	19	24	..	..	33	38	423	800
158	Mauritanie	35,3	47,4	191	118	..	..	39	16	..	..	19	25	930	962
159	Mozambique	37,3	46,5	190	148	..	..	44	47	22	34	29	24	1 368	921
160	République centrafricaine	38,5	47,2	175	105	..	..	53	32	16	40	33	35	806	641

Rang selon l'IDH		Espérance de vie à la naissance (années)		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)		Population ayant accès à l'eau potable (%)		Insuffisance pondérale (en % des enfants de moins de 5 ans)		Taux d'alphabétisatio n des adultes (%)		Taux de scolarisation à tous les niveaux (% de 6 à 23 ans)		PIB réel par habitant (\$ ajusté)	
		1960	1992	1960	1992	1975-80	1988-91	1975	1990	1970	1992	1980	1990	1960	1991
161	Ethiopie	36,0	46,4	175	123	8	28	45	40	..	..	16	17	262	370
163	Djibouti	36,0	48,3	186	113	42	86	..	..	..	..	19	24	..	..
164	Guinée-Bissau	34,0	42,9	201	141	10	39	..	..	..	..	27	25	..	..
165	Somalie	36,0	46,4	175	123	38	62	47	39	3	27	..	..	891	759
166	Gambie	32,3	44,4	213	133	..	..	28	17	..	..	23	29	411	763
167	Mali	34,8	45,4	210	160	..	..	36	22	8	36	..	..	541	480
168	Tchad	34,8	46,9	195	123	..	..	34	31	11	33	16	29	785	447
169	Niger	35,3	45,9	192	125	..	..	50	44	4	31	12	14	604	542
170	Sierra Leone	31,5	42,4	219	144	14	50	22	26	13	24	30	29	871	1 020
172	Burkina Faso	36,2	47,9	205	118	25	71	34	27	8	20	8	17	290	666
173	Guinée	33,6	43,9	203	135	14	64	28	24	14	27	21	19	444	500
	Moyenne	40,5	52,3	167	96			26	23					880	1 654

Tableau 5 : Ecart entre zones rurales et zones urbaines

Rang selon l'IDH		Population rurale (en % de la population totale)	Population ayant accès aux services (en %)						Disparités zones rurales/urbaines (100=égalité rurale/urbaine; voir note)			
			Santé		Eau		Assainissement		Santé	Eau	Assainissement	Nutrition infantile
			Population rurale	Population urbaine	Population rurale	Population urbaine	Population rurale	Population urbaine				
			1992	1985-91	1985-91	1988-91	1988-91	1988-91				
60	Maurice	59	100	100	100	100	96	100	100	100	96	93
79	Jamahiriya arabe libyenne	16	100	100	80	100	85	100	100	80	85	..
81	Tunisie	43	80	100	99	100	94	98	80	99	96	93
83	Seychelles	..	99	99	98	100	..	..	100	98	..	..
87	Botswana	73	..	..	46	98	20	98	..	47	20	..
93	Afrique du Sud	50	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109	Algérie	47	80	100	55	85	40	80	80	65	50	..
110	Egypte	56	99	100	82	96	26	80	99	85	33	91
111	Maroc	53	30	100	50	100	19	100	30	50	19	91
114	Gabon	53	..	..	50	90	..	..	..	56	..	..
117	Swaziland	72	..	..	..	100	10	100	..	..	10	..
120	Lesotho	79	..	..	45	59	..	..	..	76	..	92
121	Zimbabwe	70	80	90	14	95	22	95	89	15	23	92
122	Cap-Vert	70	..	..	65	87	9	35	..	75	26	..
123	Congo	58	..	..	7	42	..	..	..	17	..	..
124	Cameroun	58	..	..	27	95	64	100	..	29	64	95
125	Kenya	75	..	..	43	74	35	69	..	58	51	89
127	Namibie	71	..	..	35	98	11	24	..	36	46	85
128	Sao Tomé-et- Principe	74	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Rang selon l'IDH		Population rurale (en % de la population totale)	Population ayant accès aux services (en %)						Disparités zones rurales/urbaines (100=égalité rurale/urbaine; voir note)			
			Santé		Eau		Assainissement		Santé	Eau	Assainissement	Nutrition infantile
			Population rurale	Population urbaine	Population rurale	Population urbaine	Population rurale	Population urbaine				
			1992	1985-91	1985-91	1988-91	1988-91	1988-91	1985-91	1988-91	1988-91	1980-92
131	Madagascar	75	..	..	9	55	3	12	..	16	25	88
134	Ghana	65	..	..	35	93	32	64	..	38	50	90
136	Côte d'Ivoire	58	..	..	..	70	62	..	..	..	..	96
138	Zambie	58	50	100	28	70	12	75	50	40	16	90
139	Nigéria	63	62	87	30	81	5	30	71	37	17	83
140	Zaïre	71	..	..	17	59	11	46	..	29	24	..
141	Comores	71	..	..	66	98	80	90	..	67	89	..
143	Sénégal	59	..	..	26	84	36	85	..	31	42	87
144	Libéria	53	..	..	22	93	55	..	..	24	..	..
145	Togo	71	..	60	53	77	10	56	..	68	18	84
148	Tanzanie, Rép. Unie de	78	73	94	45	65	62	74	78	69	84	95
150	Guinée équatoriale	71	..	..	14	70	10	95	..	20	11	..
151	Soudan	77	..	..	43	55	65	89	..	78	73	..
152	Burundi	94	..	..	54	99	47	71	..	54	66	77
153	Rwanda	94	..	..	65	75	56	77	..	86	73	91
154	Ouganda	88	..	..	12	43	28	63	..	28	44	88
155	Angola	73	..	..	20	71	15	25	..	28	60	..
156	Bénin	60	..	..	43	73	31	60	..	59	52	..
157	Malawi	88	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89
158	Mauritanie	50	..	..	..	65	13	34	..	..	38	91
159	Mozambique	70	30	..	17	44	11	61	..	39	18	88

Rang selon l'IDH		Population rurale (en % de la population totale)	Population ayant accès aux services (en %)						Disparités zones rurales/urbaines (100=égalité rurale/urbaine; voir note)			
			Santé		Eau		Assainissement		Santé	Eau	Assainissement	Nutrition infantile
			Population rurale	Population urbaine	Population rurale	Population urbaine	Population rurale	Population urbaine				
			1992	1985-91	1985-91	1988-91	1988-91	1988-91				
160	République centrafricaine	52	..	..	11	14	9	36	..	79	25	..
161	Ethiopie	87	..	..	19	91	7	76	..	20	9	..
163	Djibouti	14	95	100	70	88	24	64	95	80	38	88
164	Guinée-Bissau	80	..	..	35	56	..	27	..	62	..	..
165	Somalie	65	15	50	..	..	5	41	30	..	12	..
166	Gambie	76	..	..	48	..	27	100	..	..	27	..
167	Mali	75	..	..	38	53	10	81	..	72	12	89
168	Tchad	66	..	..	25	..	..	..	..	..	..	..
169	Niger	81	17	86	45	98	3	39	20	46	8	88
170	Sierra Leone	69	13	88	33	..	49	92	15	..	53	89
172	Burkina Faso	83	..	..	70	78	6	77	..	90	8	..
173	Guinée	73	..	..	56	87	5	84	..	65	6	..

Note : Les chiffres des quatre dernières colonnes sont exprimés par rapport aux estimations concernant les zones urbaines dont l'indice est égale à 100. Plus le chiffre est petit, plus l'écart est grand; plus le chiffre se rapproche de 100, plus l'écart est petit; un chiffre supérieur à 100 indique que l'estimation pour les zones rurales est supérieure à celle concernant les zones urbaines.

Tableau 6 : Survie et développement de l'enfant

Rang selon l'IDH		Femmes enceintes		Naissance s suivies par du personnel soignant (%)	Nouveaux nés présentant une insuffisance pondérale (%)	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Durée moyenne d'allaitement au sein (mois)	Enfants d'un an vaccinés (%)	Taux d'accès aux SRO (%)	Insuffi- sance pondérale (% des enfants de moins de cinq ans)	Taux de mortalité des - de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)
		Survi d'hygiène de la grossesse (%)	Cas d'anémie (%)									
		1988-90	1975-90			1988	1992	1985-92	1992	1992	1990	1992
60	Maurice	90	..	91	8	130	21	..	87	..	17	27
79	Jamahiriya arabe libyenne	76	..	76	5	200	70	..	69	80	4	105
81	Tunisie	60	38	60	7	200	44	15	89	100	9	55
83	Seychelles	99	..	99	10	..	..	..	96	..	..	..
87	Botswana	71	..	78	8	300	61	18	75	95	27	80
93	Afrique du Sud	..	28	..	12	250	53	..	..	..	..	70
109	Algérie	..	42	..	9	210	62	12	89	84	12	70
110	Egypte	40	47	24	12	300	58	19	90	95	10	80
111	Maroc	25	46	31	9	270	70	16	87	70	12	95
114	Gabon	70	..	92	10	600	95	..	82	70	15	155
117	Swaziland	76	..	67	7	400	74	16	92	90	9	110
120	Lesotho	50	..	40	10	350	80	19	64	54	18	120
121	Zimbabwe	83	34	65	6	330	59	19	74	70	14	85
122	Cap-Vert	99	..	49	..	200	41	..	94	81	..	55
123	Congo	..	..	..	15	900	83	..	75	75	28	135
124	Cameroun	56	..	25	13	550	64	17	41	50	17	120
125	Kenya	..	57	28	15	400	67	20	62	65	17	85
127	Namibie	82	..	71	14	400	71	17	71	..	29	115

Rang selon l'IDH		Femmes enceintes		Naissance s suivies par du personnel soignant (%)	Nouveaux nés présentant une insuffisance pondérale (%)	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Durée moyenne d'allaitement au sein (mois)	Enfants d'un an vaccinés (%)	Taux d'accès aux SRO (%)	Insuffi- sance pondérale (% des enfants de moins de cinq ans)	Taux de mortalité des - de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)
		Survi d'hygiène de la grossesse (%)	Cas d'anémie (%)									
		1988-90	1975-90									
128	Sao Tomé-et-Principe	76	..	63	7	..	..	..	77	100	..	..
131	Madagascar	77	..	71	10	600	110	17	34	62	38	165
134	Ghana	65	64	42	17	700	82	21	46	78	27	130
136	Côte d'Ivoire	..	34	50	15	680	91	18	38	26	12	130
138	Zambie	80	34	43	14	600	84	19	45	89	26	150
139	Nigéria	86	43	45	17	750	97	20	43	60	35	155
140	Zaïre	..	42	..	10	700	93	..	40	50	33	145
141	Comores	76	..	24	13	500	90	..	34	84	..	145
143	Sénégal	21	55	40	10	750	81	19	51	16	20	150
144	Libéria	50	..	89	..	600	127	16	44	30	20	195
145	Togo	83	47	56	32	600	86	22	51	60	18	140
148	Tanzanie, Rép. Unie de	90	80	60	16	600	103	22	87	75	24	165
150	Guinée équatoriale	15	..	58	10	800	118	..	75	80	..	200
151	Soudan	40	36	60	15	700	100	19	69	22	34	160
152	Burundi	80	68	26	14	800	106	24	81	90	29	170
153	Rwanda	82	..	28	16	700	111	21	86	80	32	185
154	Ouganda	86	..	..	10	700	104	19	77	30	26	180
155	Angola	27	29	16	15	900	126	16	33	60	35	220
156	Bénin	69	55	51	10	800	88	19	75	75	24	145
157	Malawi	76	49	41	11	500	143	..	88	56	24	230

Rang selon l'IDH		Femmes enceintes		Naissance s suivies par du personnel soignant (%)	Nouveaux nés présentant une insuffisance pondérale (%)	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Durée moyenne d'allaitement au sein (mois)	Enfants d'un an vaccinés (%)	Taux d'accès aux SRO (%)	Insuffi- sance pondérale (% des enfants de moins de cinq ans)	Taux de mortalité des - de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)
		Survi d'hygiène de la grossesse (%)	Cas d'anémie (%)									
		1988-90	1975-90									
158	Mauritanie	39	..	20	10	800	118	16	48	30	16	210
159	Mozambique	54	58	29	11	800	148	..	58	30	47	240
160	République centr- africaine	38	67	66	18	650	105	..	52	49	32	175
161	Ethiopie	40	..	10	10	900	123	..	14	50	40	200
163	Djibouti	76	..	79	9	740	113	..	84	80	..	160
164	Guinée- Bissau	29	..	39	12	1,000	141	..	73	80	23	240
165	Somalie	..	73	..	..	900	123	..	24	31	39	210
166	Gambie	72	..	65	10	1,000	133	..	88	80	17	230
167	Mali	11	65	14	10	850	160	18	45	95	22	210
168	Tchad	22	37	21	11	800	123	..	21	65	31	210
169	Niger	33	47	21	20	850	125	21	28	65	44	210
170	Sierra Leone	30	45	25	13	1,000	144	..	69	55	26	250
172	Burkina Faso	49	24	33	12	750	118	..	46	65	27	195
173	Guinée	36	..	76	11	1,000	135	..	55	30	24	220

Tableau 7 : Santé

Rang selon l'IDH		Années de vie perdues du fait de décès prématurés (pour 1 000 habitants)	Cas de tuberculose (sur 100 000 habitants)	Cas de paludisme (pour 100 000 habitants exposés à un milieu infecté)	Cas de SIDA (pour 100 000 habitants)	Population par médecin	Population par infirmière	Infirmières par médecin	Aide extérieure (en % des dépenses totales de santé)	Dépenses publiques de santé		Dépense s totales de santé (en % du PIB)
										% du PNB	% du PIB	
		1990	1990	1991	1992	1990	1990	1990	1990	1990	1990	1990
60	Maurice	..	..	..	0,5	1 180	360	3,3	..	1,5	2,0	..
79	Jamahiriya arabe libyenne	..	12	..	..	690	350	2,0	..	1,3	..	..
81	Tunisie	21	55	..	0,2	1 870	11 660	0,2	3,0	1,6	3,3	4,9
83	Seychelles	..	..	..	1,5	2 170	..	..	..	..	..	..
87	Botswana	..	..	..	13,7	5 150	530	9,8	..	1,5	3,2	..
93	Afrique du Sud	40	250	..	1,7	1 640	360	4,5	..	0,5	3,2	5,6
109	Algérie	27	53	..	0,1	2 330	16 450	0,1	0,1	1,2	5,4	7,0
110	Egypte	33	78	..	..	1 320	3 560	0,4	12,1	0,6	1,0	2,6
111	Maroc	43	125	..	0,1	4 840	22 310	0,2	3,0	1,0	0,9	2,6
114	Gabon	..	..	..	14,1	2 790	270	10,3	..	0,5	3,2	..
117	Swaziland	..	..	..	18,4	18 820	1 050	17,9	..	..	5,8	..
120	Lesotho	..	..	..	6,9	18 610	..	..	..	1,0	1,2	..
121	Zimbabwe	37	207	..	33,5	62 500	10 250	6,1	10,0	1,2	3,2	6,2
122	Cap-Vert	..	..	..	3,2	5 130	710	7,2	..	..	..	..
123	Congo	..	..	..	84,7	8 320	590	14,2	..	1,6	3,0	..
124	Cameroun	67	194	..	11,3	12 500	1 950	6,4	13,4	1,0	1,0	2,6
125	Kenya	45	140	..	24,7	71 430	22 320	3,2	22,3	1,5	2,7	4,3
127	Namibie	..	..	..	..	4 620	..	..	..	..	5,0	..
128	Sao Tomé-et- Principe	..	..	..	1,7	1 940	280	6,9	..	..	..	..

Rang selon l'IDH		Années de vie perdues du fait de décès prématurés (pour 1 000 habitants)	Cas de tuberculose (sur 100 000 habitants)	Cas de paludisme (pour 100 000 habitants exposés à un milieu infecté)	Cas de SIDA (pour 100 000 habitants)	Population par médecin	Population par infirmière	Infirmières par médecin	Aide extérieure (en % des dépenses totales de santé)	Dépenses publiques de santé		Dépense s totales de santé (en % du PIB)
		1990	1990	1991	1992	1990	1990	1990	1990	% du PNB	% du PIB	1990
131	Madagascar	63	310	..	..	8 330	2 380	3,5	21,5	1,4	1,3	2,6
134	Ghana	55	222	..	16,8	25 000	2 750	9,1	14,2	1,1	1,7	3,5
136	Côte d'Ivoire	50	196	..	28,3	16 670	3 470	4,8	3,4	1,5	1,7	3,3
138	Zambie	86	345	..	14,0	11 110	1 850	6,0	4,9	1,0	2,2	3,2
139	Nigéria	98	222	..	0,1	66 670	11 110	6,0	6,4	0,3	1,2	2,7
140	Zaïre	..	333	..	3,0	..	..	2,1	26,7	..	0,8	2,4
141	Comores	..	..	..	..	12 290	2 280	5,4	..	..	3,3	..
143	Sénégal	99	166	..	4,1	20 000	7 690	2,6	16,9	1,5	2,3	3,7
144	Libéria	..	..	..	0,1	9 340	1 370	6,8	..	0,8	3,5	..
145	Togo	79	244	..	18,3	12 500	2 020	6,2	21,0	1,3	2,5	4,1
148	Tanzanie, Rép. Unie de	112	140	..	15,5	33 330	4 570	7,3	48,3	0,5	3,2	4,7
150	Guinée équatoriale	..	..	..	2,5	..	..	..	..	..	..	..
151	Soudan	84	211	..	0,6	11 110	4 120	2,7	13,0	1,0	0,5	3,3
152	Burundi	81	367	..	27,4	16 670	3 880	4,3	42,7	0,8	1,7	3,3
153	Rwanda	124	260	..	37,5	50 000	29 410	1,7	39,5	0,5	1,9	3,5
154	Ouganda	107	300	..	22,3	25 000	2 980	8,4	48,4	0,7	1,6	3,4
155	Angola	..	225	..	1,7	14 290	870	16,4	6,0	..	1,8	..
156	Bénin	89	135	..	4,3	14 290	2 460	5,8	41,8	1,5	2,8	4,3
157	Malawi	110	173	..	51,6	50 000	17 860	2,8	23,3	0,2	2,9	5,0
158	Mauritanie	..	..	..	0,6	11 900	1 180	10,1	..	0,5	5,5	..
159	Mozambique	141	189	..	1,9	50 000	3 820	13,1	52,9	..	4,4	5,9

Rang selon l'IDH		Années de vie perdues du fait de décès prématurés (pour 1 000 habitants)	Cas de tuberculose (sur 100 000 habitants)	Cas de paludisme (pour 100 000 habitants exposés à un milieu infecté)	Cas de SIDA (pour 100 000 habitants)	Population par médecin	Population par infirmière	Infirmières par médecin	Aide extérieure (en % des dépenses totales de santé)	Dépenses publiques de santé		Dépense s totales de santé (en % du PIB)
										% du PNB	% du PIB	
		1990	1990	1991	1992	1990	1990	1990	1990	1960	1990	1990
160	République centrafricaine	74	139	..	13,5	25 000	5 560	4,5	35,8	1,3	2,6	4,2
161	Ethiopie	107	155	..	5,5	33 330	13 890	2,4	18,8	0,7	2,3	3,8
163	Djibouti	..	..	..	33,3	4 180	500	8,3	..	..	..	..
164	Guinée- Bissau	..	..	..	11,2	7 260	1 130	6,4	..	..	1,3	..
165	Somalie	..	222	..	..	14 290	2 010	7,1	45,6	0,6	0,9	1,5
166	Gambie	..	..	..	5,1	11 690	..	..	..	..	1,6	..
167	Mali	108	289	..	4,6	20 000	8 000	2,5	27,7	1,0	2,8	5,2
168	Tchad	106	167	..	6,0	33 330	37 030	0,9	43,0	0,5	4,7	6,3
169	Niger	121	144	..	3,8	33 330	2 950	11,3	34,0	0,2	3,4	5,0
170	Sierra Leone	188	167	..	0,7	14 290	2 860	5,0	33,0	..	1,7	2,4
172	Burkina Faso	114	289	..	..	33 330	4 070	8,2	19,4	0,6	7,0	8,5
173	Guinée	125	166	..	..	50 000	11 630	4,3	23,8	1,0	2,3	3,9

Tableau 8 : Sécurité alimentaire

Rang selon l'IDH		Indice de production alimentaire par habitant (1979-81=100)	Production agricole (en % du PIB)	Apport journalier de calories		Coefficient de dépendance alimentaire (en %)		Importations de céréales (en milliers de tonnes)	Aide alimentaire (en millions de \$ EU)
				Par habitant	En % des besoins				
				1988-90	1988-90	1969/71	1988/90	1991	1992
60	Maurice	104	11	2 900	129	57,0	95,3	183	4,0
79	Jamahiriya arabe libyenne	80	..	3 290	140	69,1	77,9	..	..
81	Tunisie	113	18	3 120	137	38,8	59,9	920	42,5
83	Seychelles	..	..	2 360	100	83,1	86,8	..	0,1
87	Botswana	68	5	2 260	100	47,5	74,8	99	5,4
93	Afrique du Sud	82	5	3 130	128	6,5	9,7	1 350	..
109	Algérie	107	14	2 940	118	34,2	76,8	5 440	11,0
110	Egypte	114	18	3 310	133	19,8	42,6	7 810	410,9
111	Maroc	140	19	3 030	131	18,1	21,1	1 960	74,9
114	Gabon	82	9	2 440	107	19,5	32,8	70	..
117	Swaziland	85	..	2 630	105	25,9	30,5	..	9,2
120	Lesotho	70	14	2 120	93	30,5	59,0	100	11,7
121	Zimbabwe	78	20	2 260	94	5,0	4,6	131	59,8
122	Cap-Vert	..	..	2 780	125	75,7	71,3	..	18,1
123	Congo	92	12	2 300	107	13,2	25,1	96	3,3
124	Cameroun	78	27	2 210	93	6,7	17,7	532	2,6
125	Kenya	103	27	2 060	86	7,4	9,6	330	68,9
127	Namibie	..	10	1 970	..	36,4	30,8	18	6,4
128	Sao Tomé-et-Principe	..	..	2 150	103	51,6	40,1	..	5,5
131	Madagascar	86	33	2 160	93	4,5	5,2	114	14,0
134	Ghana	116	53	2 140	91	12,4	11,3	344	26,9
136	Côte d'Ivoire	93	38	2 570	122	14,7	18,4	644	22,2

Rang selon l'IDH		Indice de production alimentaire par habitant (1979-81=100)	Production agricole (en % du PIB)	Apport journalier de calories		Coefficient de dépendance alimentaire (en %)		Importations de céréales (en milliers de tonnes)	Aide alimentaire (en millions de \$ EU)
				Par habitant	En % des besoins				
138	Zambie	96	16	2 020	87	22,0	7,0	104	27,6
139	Nigéria	123	37	2 200	93	2,6	3,7	763	..
140	Zaïre	94	..	2 130	97	4,9	4,8	..	24,7
141	Comores	..	..	1 760	90	27,2	37,5	..	2,8
143	Sénégal	98	20	2 320	95	31,4	38,1	784	19,8
144	Libéria	66	..	2 260	97	18,6	23,9	..	68,4
145	Togo	95	33	2 270	99	5,5	21,0	238	4,3
148	Tanzanie, Rép. Unie de	78	61	2 200	91	4,9	3,3	130	6,6
150	Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	..	1,7
151	Soudan	80	..	2 040	83	9,5	14,8	1 190	113,1
152	Burundi	91	55	1 950	85	2,0	3,3	31	1,8
153	Rwanda	84	38	1 910	80	2,3	7,4	19	12,3
154	Ouganda	98	51	2 180	83	2,2	1,4	26	14,8
155	Angola	79	..	1 880	80	9,8	35,9	..	43,9
156	Bénin	119	37	2 380	101	5,8	12,0	216	7,0
157	Malawi	75	35	2 050	87	4,4	5,6	120	148,8
158	Mauritanie	80	22	2 450	109	33,4	59,4	342	14,3
159	Mozambique	77	64	1 810	77	7,3	21,9	479	154,6
160	République centrafricaine	94	41	1 850	77	6,1	9,4	27	3,3
161	Ethiopie	86	47	1 700	71	1,1	9,4	802	217,8
163	Djibouti	..	..	2 360	..	90,9	87,7	..	1,9
164	Guinée-Bissau	..	46	2 240	97	24,6	26,6	64	5,0
165	Somalie	78	..	1 870	81	12,7	17,0	..	37,8
166	Gambie	90	..	2 290	103	18,8	64,2	..	5,7
167	Mali	96	44	2 260	107	6,6	7,7	226	16,3

Rang selon l'IDH		Indice de production alimentaire par habitant (1979-81=100)	Production agricole (en % du PIB)	Apport journalier de calories		Coefficient de dépendance alimentaire (en %)		Importations de céréales (en milliers de tonnes)	Aide alimentaire (en millions de \$ EU)
				Par habitant	En % des besoins				
168	Tchad	102	43	1 740	69	3,8	4,8	73	7,5
169	Niger	78	38	2 240	98	2,0	9,9	143	20,2
170	Sierra Leone	84	43	1 900	86	15,3	19,0	183	6,6
172	Burkina Faso	119	44	2 220	95	3,8	8,9	177	17,2
173	Guinée	90	29	2 240	100	4,8	17,2	296	7,8
	Moyenne	92		2 254	99	20,8			

Tableau 9 : Enseignement

Rang selon d'IDH		Taux d'entrée dans l'enseigne- ment primaire (%)	Taux de scolarisation dans l'enseigne- ment primaire		Redoublant s dans l'enseigne- ment primaire (en % des Inscrits)	Elèves achevant leurs études primaires (% des effectifs entrés dans l'enseignement primaire)	Taux d'entrée au niveau secondaire (% des effectifs sortant du primaire)	Elèves entrés dans le primaire entrant dans l'enseignement secondaire (%)	Taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire		Redou- blants dans l'ensei- gnement secondaire (en % des Inscrits)	Taux de scolarisa- tion dans l'ensei- gnement supérieur (brut)
			Net	Brut					Net	Brut		
			1990	1990					1990	1990		
60	Maurice	99	92	106	5	97	48	47	..	53	14	2,2
79	Jamahiriya arabe libyenne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	16,4
81	Tunisie	100	96	116	20	78	43	34	44	46	16	8,4
83	Seychelles	..	..	..	..	78	..	..	..	..	..	..
87	Botswana	100	96	117	5	80	45	36	34	43	0	3,1
93	Afrique du Sud	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
109	Algérie	94	88	95	9	90	82	74	53	60	14	10,9
110	Egypte	87	..	101	8	..	..	..	..	81	..	18,4
111	Maroc	71	57	65	12	75	61	46	28	34	20	9,9
114	Gabon	..	..	..	33	44	37	16	..	..	25	3,7
117	Swaziland	100	85	108	15	73	70	51	..	47	9	4,4
120	Lesotho	100	70	107	22	50	59	30	14	26	6	3,7
121	Zimbabwe	100	..	116	..	94	..	..	..	50	..	4,5
122	Cap-Vert	100	95	115	19	51	45	23	11	16	20	..
123	Congo	..	..	..	37	54	62	33	..	..	44	5,3
124	Cameroun	85	76	103	29	69	30	21	..	28	19	3,2
125	Kenya	..	..	95	..	..	..	..	..	29	..	1,5
127	Namible	..	81	119	..	38	..	..	..	41	..	3,2
128	Sao Tomé-et-Principe	55	..	..	30	88	..	..	..	..	..	..

Rang selon d'IDH		Taux d'entrée dans l'enseigne- ment primaire (%)	Taux de scolarisation dans l'enseigne- ment primaire		Redoublant s dans l'enseigne- ment primaire (en % des inscrits)	Elèves achevant leurs études primaires (% des effectifs entrés dans l'enseignement primaire)	Taux d'entrée au niveau secondaire (% des effectifs sortant du primaire)	Elèves entrés dans le primaire entrant dans l'enseignement secondaire (%)	Taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire		Redou- blants dans l'ensei- gnement secondaire (en % des inscrits)	Taux de scolarisa- tion dans l'ensei- gnement supérieur (brut)
			Net	Brut					Net	Brut		
131	Madagascar	92	64	92	36	38	38	14	..	18	20	3,2
134	Ghana	83	..	77	3	..	..	..	..	38	1	1,4
136	Côte d'Ivoire	60	52	69	24	71	23	16	..	22	17	..
138	Zambie	..	82	97	..	84	..	..	16	20	..	1,9
139	Nigéria	..	..	72	..	58	..	..	..	20	..	3,5
140	Zaïre	77	58	76	21	64	..	..	17	24	..	1,9
141	Comores	68	..	75	..	31	30	9	..	18	33	..
143	Sénégal	52	48	58	16	85	39	33	13	16	11	2,9
144	Libéria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2,5
145	Togo	97	75	111	36	59	27	16	..	23	37	2,5
148	Tanzanie, Rép. Unie de	78	51	69	5	73	..	..	..	5	..	0,3
150	Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
151	Soudan	55	..	50	..	76	..	..	..	22	..	2,8
152	Burundi	68	50	73	22	77	10	8	..	6	14	0,7
153	Rwanda	95	67	71	12	50	4	2	7	8	7	0,6
154	Ouganda	84	..	80	..	..	..	..	..	14	..	1,1
155	Angola	75	..	91	33	34	..	..	..	12	..	0,7
156	Bénin	75	53	67	26	40	38	15	..	11	31	2,7
157	Malawi	98	50	66	21	42	7	3	2	4	2	0,7
158	Mauritanie	70	..	51	17	68	26	18	..	16	11	3,1
159	Mozambique	72	45	64	27	40	34	14	..	8	29	0,2

Rang selon d'IDH		Taux d'entrée dans l'enseigne- ment primaire (%)	Taux de scolarisation dans l'enseigne- ment primaire		Redoublant s dans l'enseigne- ment primaire (en % des inscrits)	Elèves achevant leurs études primaires (% des effectifs entrés dans l'enseignement primaire)	Taux d'entrée au niveau secondaire (% des effectifs sortant du primaire)	Elèves entrés dans le primaire entrant dans l'enseignement secondaire (%)	Taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire		Redou- blants dans l'ensei- gnement secondaire (en % des inscrits)	Taux de scolaris- ation dans l'ensei- gnement supérieur (brut)
			Net	Brut					Net	Brut		
160	République centrafricaine	66	56	68	31	62	31	19	..	12	29	1,4
161	Ethiopie	63	28	39	9	28	78	22	..	12	13	0,8
163	Djibouti	41	37	44	14	88	27	24	12	14	11	..
164	Guinée-Bissau	61	45	60	..	8	73	6	..	7	20	..
165	Somalie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
166	Gambie	73	54	64	16	..	32	31	15	18	2	..
167	Mali	24	19	24	28	50	44	22	5	7	26	0,8
168	Tchad	61	38	57	33	71	40	28	..	7	20	0,8
169	Niger	27	25	29	14	82	31	25	6	7	19	0,7
170	Sierra Leone	..	..	48	..	..	..	..	..	16	..	1,4
172	Burkina Faso	36	29	37	18	71	33	23	7	8	25	0,7
173	Guinée	43	26	37	20	67	58	39	7	9	23	1,4

Tableau 10 : Déséquilibres dans l'enseignement

Rang selon l'IDH		Nombre d'élèves par maître		Scolarisation technique secondaire (en % de la scolarisation secondaire totale)	Scolarisation supérieure en sciences nat. et appliquées (en % de la scolarisation sup. totale)	Etudiants faisant leurs études sup. à l'étranger (en % du nombre dans le pays)	Dépenses publiques					Dépenses ordinaires par étudiant de l'enseigne- ment sup./PNB par habitant
							D'enseignement (en % du PNB)		D'enseig. (en % des dépenses publiques totales)	D'enseig. primaire et secondaire (en % de tous les niveaux)	D'enseig. supérieu- r (en % de tous les niveaux)	
		Primaire	Secondaire				1960	1990	1990	1990	1990	
		1990	1990	1988-91	1990	1987-88			1990	1990	1990	1990
60	Maurice	21	..	1,4	29	..	3,0	3,7	11,8	81	7	1,2
79	Jamahiriya arabe libyenne	12	12	17,2	..	7	2,8	..	..	..	..	..
81	Tunisie	28	17	3,5	35	25	3,3	6,1	14,3	76	19	1,2
83	Seychelles	19	12	29,0	..	..	..	8,5	11,9	79	..	..
87	Botswana	32	17	4,6	22	24	2,7	8,4	15,9	80	12	2,8
93	Afrique du Sud	..	..	..	..	1	3,0	..	..	..	..	..
109	Algérie	28	17	7,0	63	7	5,6	9,1	27,0	..	..	..
110	Egypte	24	18	20,9	28	2	4,1	6,7	..	70	30	0,8
111	Maroc	27	14	1,5	37	14	3,1	5,5	26,1	84	16	0,8
114	Gabon	44	..	20,6	34	26	2,1	5,7	..	..	..	..
117	Swaziland	33	..	1,4	36	12	..	6,4	22,5	62	21	2,6
120	Lesotho	55	20	3,6	..	11	3,2	3,8	13,8	76	18	1,9
121	Zimbabwe	36	28	1,7	27	8	0,5	10,6	..	85	10	1,4
122	Cap-Vert	33	24	7,5	..	..	..	4,1	19,9	72	3	..
123	Congo	66	27	6,7	18	28	2,5	5,6	14,4	..	..	..
124	Cameroun	51	26	18,0	30	40	1,7	3,4	19,6	70	30	3,2
125	Kenya	31	..	1,6	32	17	4,6	6,8	16,7	77	15	6,8
127	Namibie	..	..	1,9	17	..	..	4,7	..	57	10	1,6
128	Sao Tomé-et-Principe	35	..	1,4	..	..	..	..	..	..	..	..

Rang selon l'IDH		Nombre d'élèves par maître		Scolarisation technique secondaire (en % de la scolarisation secondaire totale)	Scolarisation supérieure en sciences nat. et appliquées (en % de la scolarisation sup. totale)	Etudiants faisant leurs études sup. à l'étranger (en % du nombre dans le pays)	Dépenses publiques					Dépenses ordinaires par étudiant de l'enseignement sup./PNB par habitant
		Primaire	Secondaire				D'enseignement (en % du PNB)		D'enseig. (en % des dépenses publiques totales)	D'enseig. primaire et secondaire (en % de tous les niveaux)	D'enseig. supérieur (en % de tous les niveaux)	
131	Madagascar	40	21	5,0	42	12	2,3	..	..	..	..	..
134	Ghana	29	18	2,5	41	15	3,8	3,3	24,3	64	11	2,5
136	Côte d'Ivoire	36	..	9,8	..	20	4,6	..	..	..	..	..
138	Zambie	44	25	2,8	29	14	1,6	2,9	8,7	66	17	2,1
139	Nigéria	39	22	3,9	43	7	1,5	..	..	..	..	..
140	Zaire	..	..	27,4	..	15	2,4	0,9	6,4	77	23	1,4
141	Comores	36	..	1,4	29	..	..	..	..	..	..	..
143	Sénégal	58	23	3,3	38	23	2,4	3,7	24,1	60	23	3,4
144	Libéria	..	..	..	39	18	0,7	..	..	..	..	..
145	Togo	59	28	6,7	25	26	1,9	5,7	24,7	56	29	6,8
148	Tanzanie, Rép. Unie de	35	21	..	62	31	2,1	5,8	11,4	63	17	28,4
150	Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	1,7	3,9	..	..	..
151	Soudan	34	22	4,1	21	27	1,9	..	..	..	..	..
152	Burundi	67	22	12,8	40	19	2,4	3,5	16,7	76	22	11,5
153	Rwanda	57	14	..	26	38	0,3	4,2	25,4	82	16	12,8
154	Ouganda	35	17	2,5	22	10	3,2	2,9	22,5	81	13	4,7
155	Angola	32	..	5,9	40	30	0,3	..	10,7	96	4	..
156	Bénin	35	..	6,1	19	25	2,5	..	..	..	..	..
157	Malawi	64	26	2,4	25	14	2,1	3,4	10,3	55	30	10,3
158	Mauritanie	47	18	2,6	12	34	2,1	4,7	22,0	66	24	4,3
159	Mozambique	55	34	6,0	60	11	..	6,3	12,0	66	10	22,2

Rang selon l'IDH		Nombre d'élèves par maître		Scolarisation technique secondaire (en % de la scolarisation secondaire totale)	Scolarisation supérieure en sciences nat. et appliquées (en % de la scolarisation sup. totale)	Etudiants faisant leurs études sup. à l'étranger (en % du nombre dans le pays)	Dépenses publiques					Dépenses ordinaires par étudiant de l'enseignement sup./PNB par habitant
		Primaire	Secondaire				D'enseignement (en % du PNB)		D'enseig. (en % des dépenses publiques totales)	D'enseig. primaire et secondaire (en % de tous les niveaux)	D'enseig. supérieur (en % de tous les niveaux)	
160	République centrafricaine	..	37	7,1	36	45	2,0	2,8	..	67	22	4,1
161	Ethiopie	30	..	0,5	40	17	0,8	4,8	9,4	82	12	7,1
163	Djibouti	43	20	15,9	..	..	..	3,3	10,5	80	12	..
164	Guinée-Bissau	25	..	10,3	58	..	..	2,8	..	..	..	..
165	Somalie	..	..	..	..	10	0,9	..	..	..	..	..
166	Gambie	32	..	..	..	..	..	3,8	11,0	63	18	..
167	Mali	42	14	13,4	55	39	2,0	3,2	17,3	..	..	..
168	Tchad	67	36	4,8	..	50	0,9	2,3	..	68	8	1,9
169	Niger	42	26	1,1	31	28	0,5	..	..	..	..	..
170	Sierra Leone	31	17	5,3	17	49	..	1,4	..	53	35	3,7
172	Burkina Faso	57	..	7,6	28	30	1,5	2,3	17,5	68	32	11,3
173	Guinée	40	14	9,5	61	20	1,5	..	21,5	42	31	..

Tableau 11 : Emploi

Rang selon l'IDH		Main-d'oeuvre (en % de la pop. totale)	Main-d'oeuvre féminine (en % de la main-d'oeuvre totale)	Répartition de la main-d'oeuvre totale en % dans						Taux annuel de croissance des revenus salariaux (en %)	
				l'agriculture		l'industrie		le secteur tertiaire			
				1965	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92		
		1990-92	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92	1970-80	1980-90
60	Maurice	41	30	37	16	25	30	38	54	1,8	-0,1
79	Jamahiriya arabe libyenne	24	9	41	20	21	30	38	50	..	..
81	Tunisie	30	21	50	26	21	34	29	40	4,2	-0,8
83	Seychelles	44	43	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Botswana	33	38	88	28	4	11	8	61	2,6	-5,5
93	Afrique du Sud	38	39	32	13	30	25	38	62	2,7	0,2
109	Algérie	24	4	57	18	17	33	26	49	-1,0	..
110	Egypte	31	29	55	42	15	21	30	37	4,1	-2,1
111	Maroc	33	26	61	46	15	25	24	29	..	-3,5
114	Gabon	48	38	..	75	..	11	..	14	..	..
117	Swaziland	24	34	..	74	..	9	..	17	..	..
120	Lesotho	46	44	91	23	3	33	6	44	..	..
121	Zimbabwe	41	48	79	71	8	8	13	21	1,6	0,5
122	Cap-Vert	35	37	..	31	..	6	..	63	..	..
123	Congo	40	39	66	62	11	12	23	26	..	-2,6
124	Cameroun	39	30	87	79	4	7	9	14	..	..
125	Kenya	40	40	86	81	5	7	9	12	-3,4	-0,7
127	Namibie	29	24	..	43	..	22	..	35	..	..
128	Sao Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
131	Madagascar	43	40	85	81	4	6	11	13	-0,9	6,6
134	Ghana	38	40	61	59	15	11	24	30	..	7,8
136	Côte d'Ivoire	39	32	80	65	5	8	15	27	-0,9	..

Rang selon l'IDH		Main-d'oeuvre (en % de la pop. totale)	Main-d'oeuvre féminine (en % de la main-d'oeuvre totale)	Répartition de la main-d'oeuvre totale en % dans						Taux annuel de croissance des revenus salariaux (en %)	
				l'agriculture		l'industrie		le secteur tertiaire			
				1965	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92		
		1990-92	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92	1970-80	1980-90
138	Zambie	32	29	79	38	8	8	13	54	-3,2	3,1
139	Nigéria	31	33	72	48	10	7	18	45	-0,8	..
140	Zaïre	37	36	82	71	9	13	9	16	..	..
141	Comores	38	41	..	83	..	6	..	11	..	..
143	Sénégal	34	26	83	81	6	6	11	13	-4,9	0,5
144	Libéria	36	31	79	75	10	9	11	16	..	1,7
145	Togo	41	37	78	65	9	6	13	29	..	..
148	Tanzanie, Rép. Unie de	47	48	91	85	3	5	6	10	..	-13,5
150	Guinée équatoriale	39	36	..	77	..	2	..	21	..	..
151	Soudan	35	29	81	72	5	5	14	23	..	..
152	Burundi	53	53	94	92	2	2	4	6	-7,5	..
153	Rwanda	46	54	95	90	2	2	3	8	..	..
154	Ouganda	45	41	91	86	3	4	6	10	..	..
155	Angola	41	39	79	73	8	10	13	17	..	..
156	Bénin	35	24	83	70	5	7	12	23	..	..
157	Malawi	43	51	92	87	3	5	5	8	..	-0,8
158	Mauritanie	33	22	89	69	3	9	8	22	..	..
159	Mozambique	55	48	87	85	6	7	7	8	..	..
160	République centrafricaine	48	47	88	81	3	3	9	16	..	..
161	Ethiopie	41	41	86	88	5	2	9	10	-4,6	0,5
163	Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
164	Guinée-Bissau	30	42	..	82	..	4	..	14	..	..
165	Somalie	29	39	81	76	6	8	13	16	-5,1	..
166	Gambie	36	41	..	84	..	7	..	9	..	..

Rang selon l'IDH		Main-d'oeuvre (en % de la pop. totale)	Main-d'oeuvre féminine (en % de la main-d'oeuvre totale)	Répartition de la main-d'oeuvre totale en % dans						Taux annuel de croissance des revenus salariaux (en %)	
				l'agriculture		l'industrie		le secteur tertiaire			
				1990-92	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92	1965	1990-92	1970-80	1980-90
167	Mali	32	16	91	85	1	2	8	13	..	..
168	Tchad	37	17	92	83	3	5	5	12	..	..
169	Niger	51	47	95	85	1	3	4	12	..	0,4
170	Sierra Leone	35	33	78	70	11	14	11	16	..	..
172	Burkina Faso	51	49	90	87	3	4	7	9	..	..
173	Guinée	39	30	87	78	6	1	7	21	..	..
	Moyenne	39	35	76	65	8	10	14	24		

Tableau 12 : Richesse, pauvreté et investissement social

Rang selon l'IDH		PIB réel par habitant (\$ ajusté)	PNB par habitant (\$ EU)	Part du revenu		Population au-dessous du seuil de pauvreté			Dépenses de prestations de sécurité sociale (en % du PIB)	Dépenses publiques		Dépenses totales de santé (en % du PIB)
				40% des ménages les plus pauvres (%)	Rapport des 20% les plus riches aux 20% les plus pauvres	Totale (%)	Rurale (%)	Urbaine (%)		D'enseig. (en % du PNB)	Santé (en % du PIB)	
		1991	1991	1980-91	1980-91	1980-90	1980-90	1980-90	1985-90	1990	1990	1990
60	Maurice	7 178	2 380	..	..	8	12	..	5,6	3,7	2,0	..
79	Jamahiriya arabe libyenne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
81	Tunisie	4 690	1 500	16,3	7,8	17	15	20	3,6	6,1	3,3	4,9
83	Seychelles	3 683	5 070	..	..	..	20	..	1,7	8,5	..	..
87	Botswana	4 690	2 580	6,0	47,4	43	55	30	..	8,4	3,2	..
93	Afrique du Sud	3 885	2 540	..	..	..	..	..	..	..	3,2	5,6
109	Algérie	2 870	1 990	..	..	23	25	20	..	9,1	5,4	7,0
110	Egypte	3 600	610	..	..	23	25	21	1,1	6,7	1,0	2,6
111	Maroc	3 340	1 030	17,1	7,0	37	45	28	1,5	5,5	0,9	2,6
114	Gabon	3 498	3 980	..	..	..	41	..	2,0	5,7	3,2	..
117	Swaziland	2 506	1 130	..	..	48	50	45	..	6,4	5,8	..
120	Lesotho	..	570	11,0	13,6	54	55	50	..	3,8	1,2	..
121	Zimbabwe	2 160	670	..	..	..	60	..	0,1	10,6	3,2	6,2
122	Cap-Vert	1 360	750	..	..	..	40	..	..	4,1	..	..
123	Congo	2 800	1 040	..	..	..	80	..	..	5,6	3,0	..
124	Cameroun	2 400	860	..	..	37	40	15	..	3,4	1,0	2,6
125	Kenya	1 350	340	9,1	22,6	52	55	10	0,6	6,8	2,7	4,3
127	Namibie	2 381	1 520	..	..	..	..	..	..	4,7	5,0	..
128	Sao Tomé-et-Principe	..	400	..	..	..	50	..	..	..	..	..

Rang selon l'IDH		PIB réel par habitant (\$ ajusté)	PNB par habitant (\$ EU)	Part du revenu		Population au-dessous du seuil de pauvreté			Dépenses de prestations de sécurité sociale (en % du PIB)	Dépenses publiques		Dépenses totales de santé (en % du PIB)
				40% des ménages les plus pauvres (%)	Rapport des 20% les plus riches aux 20% les plus pauvres					D'enseig. (en % du PNB)	Santé (en % du PIB)	
131	Madagascar	710	210	..	..	43	50	21	..	..	1,3	2,6
134	Ghana	930	420	18,3	6,3	42	54	20	..	3,3	1,7	3,5
136	Côte d'Ivoire	1 510	680	19,2	5,8	..	..	30	0,5	..	1,7	3,3
138	Zambie	1 010	420	..	..	64	80	47	..	2,9	2,2	3,2
139	Nigéria	1 360	350	..	..	40	51	21	..	..	1,2	2,7
140	Zaïre	469	..	..	..	70	90	..	..	0,9	0,8	2,4
141	Comores	..	490	..	..	..	50	..	..	..	3,3	..
143	Sénégal	1 680	730	..	..	..	70	..	1,4	3,7	2,3	3,7
144	Libéria	..	..	..	..	20	23	..	..	..	3,5	..
145	Togo	738	410	..	..	..	30	..	0,8	5,7	2,5	4,1
148	Tanzanie, Rép. Unie de	570	120	8,1	26,1	58	60	10	..	5,8	3,2	4,7
150	Guinée équatoriale	..	290	..	..	67	70	60	..	1,7	..	..
151	Soudan	1 162	..	..	..	..	85	..	(.)	..	0,5	3,3
152	Burundi	640	220	..	..	84	85	55	0,7	3,5	1,7	3,3
153	Rwanda	680	290	22,8	4,0	85	90	30	0,3	4,2	1,9	3,5
154	Ouganda	1 036	170	20,6	4,9	..	80	..	..	2,9	1,6	3,4
155	Angola	..	..	..	..	..	65	..	..	..	1,8	..
156	Bénin	1 500	380	..	..	..	65	..	0,6	..	2,8	4,3
157	Malawi	800	230	..	..	82	90	25	..	3,4	2,9	5,0
158	Mauritanie	962	510	..	..	..	80	..	..	4,7	5,5	..
159	Mozambique	921	80	..	..	59	65	40	..	6,3	4,4	5,9
160	République centrafricaine	641	410	..	..	..	90	..	..	2,8	2,6	4,2

Rang selon l'IDH		PIB réel par habitant (\$ ajusté)	PNB par habitant (\$ EU)	Part du revenu		Population au-dessous du seuil de pauvreté			Dépenses de prestations de sécurité sociale (en % du PIB)	Dépenses publiques		Dépenses totales de santé (en % du PIB)
				40% des ménages les plus pauvres (%)	Rapport des 20% les plus riches aux 20% les plus pauvres					D'enseig. (en % du PNB)	Santé (en % du PIB)	
						Totale (%)	Rurale (%)	Urbaine (%)				
161	Ethiopie	370	120	21,3	4,8	60	63	..	1,4	4,8	2,3	3,8
163	Djibouti	..	..	..	..	..	70	..	1,4	3,3	..	..
164	Guinée-Bissau	747	180	..	..	..	75	..	..	2,8	1,3	..
165	Somalie	759	..	..	..	60	70	..	..	..	0,9	1,5
166	Gambie	763	360	..	..	..	85	..	..	3,8	1,6	..
167	Mali	480	270	..	..	54	60	27	0,5	3,2	2,8	5,2
168	Tchad	447	210	..	..	54	56	30	..	2,3	4,7	6,3
169	Niger	542	310	..	..	..	35	..	0,3	..	3,4	5,0
170	Sierra Leone	1 020	200	..	..	..	65	..	..	1,4	1,7	2,4
172	Burkina Faso	666	290	..	..	..	90	..	0,4	2,3	7,0	8,5
173	Guinée	500	500	..	..	..	70	..	..	..	2,3	3,9

Tableau 13 : Déséquilibres des dépenses militaires et de l'emploi des ressources

Rang selon l'IDH		Dépenses militaires (en % du PIB)		Dépenses militaires (en % des dépenses de santé et d'enseignement combinées)		Importations moyennes annuelles d'armes classiques		Militaires		
						En millions \$ EU	En % des importations totales	Pour 1 000 habitants	Par enseignant	Par médecin
		1960	1990-91	1960	1990-91	1988-92	1991	1990	1990	1990
60	Maurice	0,2	0,2	4	4	..	..	..	..	..
79	Jamahiriya arabe libyenne	1,2	7,8	29	71	140	2,8	18,7	1,1	15
81	Tunisie	2,2	2,9	45	31	14	0,3	4,7	0,5	10
83	Seychelles	..	..	..	..	..	..	..	..	..
87	Botswana	..	2,5	..	22	15	..	3,2	0,3	20
93	Afrique du Sud	0,9	3,5	26	41	7	0,0	2,1	0,3	4
109	Algérie	2,1	1,6	31	11	199	2,6	5,0	0,5	12
110	Egypte	5,5	4,0	117	52	659	8,4	8,6	0,9	7
111	Maroc	2,0	4,6	49	72	103	1,5	7,7	1,1	39
114	Gabon	..	4,5	..	51	29	3,6	4,4	0,8	13
117	Swaziland	..	1,4	..	11	..	..	..	..	..
120	Lesotho	..	2,4	..	48	..	..	1,1	0,2	20
121	Zimbabwe	..	9,1	..	66	27	1,3	5,6	0,7	42
122	Cap-Vert	..	..	..	..	..	..	..	..	..
123	Congo	0,3	3,2	7	37	..	..	4,0	0,7	18
124	Cameroun	1,7	2,1	63	48	..	..	1,0	0,2	15
125	Kenya	0,5	2,3	8	24	14	0,7	1,0	0,1	7
127	Namibie	..	2,2	..	23	..	..	5,1	0,7	30
128	Sao Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..
131	Madagascar	0,3	1,4	8	37	..	..	1,8	0,4	18
134	Ghana	1,1	0,6	22	12	..	..	0,8	0,1	6
136	Côte d'Ivoire	0,5	1,2	8	14	..	..	0,6	0,1	12

Rang selon l'IDH		Dépenses militaires (en % du PIB)		Dépenses militaires (en % des dépenses de santé et d'enseignement combinées)		Importations moyennes annuelles d'armes classiques		Militaires		
						En millions \$ EU	En % des importations totales	Pour 1 000 habitants	Par enseignant	Par médecin
		1960	1990-91	1960	1990-91	1988-92	1991	1990	1990	1990
138	Zambie	1,1	3,2	42	63	..	..	2,0	0,4	18
139	Nigéria	0,2	0,9	11	33	87	1,3	0,8	0,2	6
140	Zaïre	..	1,2	..	71	..	..	1,4	0,3	20
141	Comores	..	..	..	..	..	..	..	..	..
143	Sénégal	0,5	2,0	13	33	..	..	1,4	0,5	20
144	Libéria	1,1	3,5	73	47	..	..	3,1	1,1	40
145	Togo	..	3,2	..	39	..	..	1,6	0,4	30
148	Tanzanie, Rép. Unie de	0,1	6,9	4	77	..	..	1,9	0,4	39
150	Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	2,4	0,5	..
151	Soudan	1,5	2,0	52	44	20	1,4	3,0	1,0	32
152	Burundi	..	2,2	..	42	..	..	1,3	0,6	35
153	Rwanda	..	1,5	..	25	..	..	0,7	0,2	25
154	Ouganda	..	0,8	..	18	6	1,1	4,3	0,7	100
155	Angola	..	20,0	..	208	402	..	10,0	2,8	200
156	Bénin	1,1	2,0	28	..	..	..	0,8	0,3	13
157	Malawi	..	1,5	..	24	..	..	0,8	0,3	35
158	Mauritanie	..	4,1	..	40	..	..	5,6	2,2	55
159	Mozambique	..	13,0	..	121	..	..	4,6	2,9	180
160	République centrafricaine	..	1,8	..	33	..	..	2,0	1,2	60
161	Ethiopie	1,6	13,5	107	190	99	9,6	8,6	4,8	548
163	Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	..
164	Guinée-Bissau	..	..	..	..	12	15,9	..	..	..
165	Somalie	..	3,0	..	200	..	..	8,2	5,8	128

Rang selon l'IDH		Dépenses militaires (en % du PIB)		Dépenses militaires (en % des dépenses de santé et d'enseignement combinées)		Importations moyennes annuelles d'armes classiques		Militaires		
						En millions \$ EU	En % des importations totales	Pour 1 000 habitants	Par enseignant	Par médecin
		1960	1990-91	1960	1990-91	1988-92	1991	1990	1990	1990
166	Gambie	..	0,6	..	11	..	..	1,1	0,3	10
167	Mali	1,7	3,2	57	53	6	1,0	0,8	0,5	23
168	Tchad	..	5,2	..	74	11	2,6	3,0	1,7	170
169	Niger	0,3	0,8	43	11	..	..	0,4	0,3	10
170	Sierra Leone	..	0,7	..	23	..	..	0,7	0,2	10
172	Burkina Faso	0,6	2,8	29	30	..	..	1,0	0,8	45
173	Guinée	1,3	1,3	52	37	17	..	1,7	0,7	100

Tableau 14 : Bilan démographique

Rang selon l'IDH		Population (en millions - estimation)			Taux de croissance démographique (%)		Taux de croissance démographi- que de 1985-90 (en % de celui de 1955-60)	Date de doublement de la population (au taux actuel)	Taux brut de natalité	Taux brut de mortalité	Taux de fécondité é total	Taux de fécondité (de 1992 en % de 1960)	Taux d'emploi des contracepti- fs (%)
		1960	1992	2000	1960-1992	1992-2000			1992	1992	1992		1985-92
60	Maurice	0,7	1,1	1,2	1,6	0,9	36	2060	19	7	2,0	35	75
79	Jamahiriya arabe libyenne	1,3	4,9	6,4	4,1	3,4	101	2011	43	8	6,5	92	..
81	Tunisie	4,2	8,4	9,8	2,2	1,9	116	2025	28	7	3,6	50	50
83	Seychelles	(.)	0,1	0,1	1,7	0,8	58	2075	..	..	..	..	..
87	Botswana	0,5	1,3	1,7	3,2	2,9	141	2015	39	10	5,2	76	33
93	Afrique du Sud	17,4	39,9	47,9	2,6	2,3	99	2020	32	9	4,2	64	50
109	Algérie	10,8	26,4	32,7	2,8	2,7	128	2017	34	7	5,0	69	51
110	Egypte	25,9	54,9	64,8	2,4	2,1	100	2023	32	10	4,2	60	46
111	Maroc	11,6	26,3	31,7	2,6	2,3	94	2020	33	9	4,5	63	42
114	Gabon	0,5	1,2	1,6	3,0	3,2	..	2012	41	16	5,2	..	..
117	Swaziland	0,3	0,8	1,0	2,8	2,7	115	2017	37	11	5,0	77	20
120	Lesotho	0,9	1,8	2,2	2,4	2,5	139	2019	35	10	4,8	82	23
121	Zimbabwe	3,8	10,6	13,2	3,2	2,8	110	2014	41	11	5,5	73	43
122	Cap-Vert	0,2	0,4	0,5	2,1	2,8	77	2015	36	7	4,4	64	..
123	Congo	1,0	2,4	3,0	2,8	2,9	140	2014	45	15	6,3	107	..
124	Cameroun	5,3	12,2	15,3	2,6	2,8	162	2016	41	13	5,8	101	16
125	Kenya	8,3	25,3	32,8	3,5	3,3	116	2012	44	11	6,4	81	33
127	Namibie	0,6	1,5	2,0	2,8	3,1	137	2013	43	11	6,0	100	29
128	Sao Tomé-et-Principe	0,1	0,1	0,1	2,1	2,0	364	2022	..	..	..	..	..
131	Madagascar	5,3	12,9	16,6	2,8	3,2	135	2012	46	13	6,6	100	17

Rang selon l'IDH		Population (en millions - estimation)			Taux de croissance démographique (%)		Taux de croissance démographi- que de 1985-90 (en % de celui de 1955-60)	Date de doublement de la population (au taux actuel)	Taux brut de natalité	Taux brut de mortalité	Taux de fécondité é total	Taux de fécondité (de 1992 en % de 1960)	Taux d'emploi des contracepti- fs (%)
		1960	1992	2000	1960-1992	1992-2000							1985-92
134	Ghana	6,8	16,0	20,2	2,7	2,9	97	2014	42	12	6,1	88	13
136	Côte d'Ivoire	3,8	12,9	17,1	3,9	3,5	113	2010	50	15	7,4	103	3
138	Zambie	3,1	8,6	10,7	3,2	2,7	129	2015	47	17	6,5	98	15
139	Nigéria	42,3	115,9	147,7	2,7	5,1	126	2013	46	14	6,6	96	6
140	Zaïre	15,3	40,0	51,0	3,0	3,1	139	2013	48	15	6,7	112	29
141	Comores	0,2	0,6	0,8	3,2	3,6	172	2010	49	12	7,1	104	..
143	Sénégal	3,2	7,8	9,6	2,8	2,7	111	2017	44	17	6,2	89	7
144	Libéria	1,0	2,8	3,6	3,1	3,2	123	2012	47	15	6,8	103	6
145	Togo	1,5	3,8	4,8	2,9	3,1	225	2013	45	13	6,6	100	12
148	Tanzanie, Rép. Unie de	10,2	27,9	35,9	3,2	3,2	127	2012	48	15	6,8	100	10
150	Guinée équatoriale	0,3	0,4	0,5	1,2	2,5	211	2018	44	18	5,9	107	..
151	Soudan	11,2	26,7	33,2	2,8	2,7	151	2016	43	15	6,2	92	9
152	Burundi	2,9	5,8	7,2	2,2	2,7	161	2015	46	17	6,8	100	9
153	Rwanda	2,7	7,5	9,8	3,2	3,3	120	2011	52	18	8,5	113	21
154	Ouganda	6,6	18,7	23,4	3,3	2,8	93	2014	51	21	7,3	106	5
155	Angola	4,8	9,9	13,1	2,3	3,5	173	2010	51	20	7,2	113	..
156	Bénin	2,2	4,9	6,3	2,5	3,0	257	2013	49	18	7,1	103	9
157	Malawi	3,5	10,3	12,6	3,4	2,6	248	2012	55	21	7,6	110	13
158	Mauritanie	1,0	2,1	2,7	2,4	2,8	143	2015	46	18	6,5	100	3
159	Mozambique	7,5	15,1	19,4	2,2	3,2	47	2015	45	18	6,5	103	..
160	Rép. centrafricaine	1,5	3,2	3,9	2,3	2,5	164	2017	45	18	6,2	110	..

Rang selon l'IDH		Population (en millions - estimation)			Taux de croissance démographique (%)		Taux de croissance démographi- que de 1985-90 (en % de celui de 1955-60)	Date de doublement de la population (au taux actuel)	Taux brut de natalité	Taux brut de mortalité	Taux de fécondité é total	Taux de fécondité (de 1992 en % de 1960)	Taux d'emploi des contracepti- fs (%)
		1960	1992	2000	1960-1992	1992-2000							1985-92
161	Ethiopie	24,2	53,1	67,2	2,5	3,0	133	2014	49	19	7,0	104	4
163	Djibouti	0,1	0,5	0,6	5,7	2,9	99	2014	47	17	6,6	100	..
164	Guinée-Bissau	0,5	1,0	1,2	2,0	2,1	264	2023	43	22	5,8	114	..
165	Somalie	3,8	9,3	11,9	2,8	3,1	91	2013	50	19	7,0	100	1
166	Gambie	0,4	0,9	1,1	3,0	2,5	123	2018	45	20	6,2	97	..
167	Mali	4,4	9,8	12,6	2,6	3,1	136	2013	51	20	7,1	100	5
168	Tchad	3,1	5,9	7,3	2,1	2,8	132	2017	44	18	5,9	99	..
169	Niger	3,0	8,3	10,6	3,2	3,2	132	2012	51	19	7,1	100	4
170	Sierra Leone	2,2	4,4	5,4	2,1	2,6	168	2017	48	22	6,5	104	4
172	Burkina Faso	4,5	9,5	11,8	2,4	2,7	127	2016	47	18	6,5	102	8
173	Guinée	3,1	6,1	7,8	2,1	3,0	138	2014	51	21	7,0	100	..
	Total/Moyenne	281,6	681,4	855,6	2,7	2,8	138		44	15	6	91	

Tableau 15 : Agrégats des comptes nationaux

Rang selon l'IDH		PIB total (milliards de \$ EU)	Production agricole	Production industrielle	Prod. du secteur tertiaire	Consommation		Investis. Intérieur brut	Epargne intérieu- re brute	Recettes fiscales	Dépenses du gouv. central	Export.	Import.
						des ménages	du secteur public						
		1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991	1991
60	Maurice	2,3	11	33	56	65	12	28	23	23	24	53	70
79	Jamahiriya arabe libyenne	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
81	Tunisie	11,6	18	32	50	66	16	23	18	25	35	32	45
83	Seychelles	..	..	..	..	..	..	20	19	..	..	..	..
87	Botswana	3,6	5	54	41	..	..	..	..	34	42	..	..
93	Afrique du Sud	91,2	5	44	51	58	21	..	..	30	34	27	19
109	Algérie	32,7	14	50	36	48	16	30	36	..	..	36	24
110	Egypte	30,3	18	30	52	83	10	20	7	23	40	13	26
111	Maroc	27,7	19	31	50	68	15	22	17	..	..	15	25
114	Gabon	4,9	9	45	46	41	17	26	42	25	38	65	17
117	Swaziland	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
120	Lesotho	0,6	14	38	48	95	18	93	-13	23	32	..	..
121	Zimbabwe	5,5	19	32	49	61	21	22	18	29	36	32	38
122	Cap-Vert	..	..	..	..	..	..	26	-3	..	..	..	..
123	Congo	2,9	12	37	51	58	22	11	20	..	..	50	18
124	Cameroun	11,7	27	22	51	71	14	15	15	18	22	11	12
125	Kenya	7,1	27	22	51	63	17	21	19	19	28	17	29
127	Namibie	2	10	28	62	64	27	14	9	34	48	..	..
128	Sao Tomé-et-Principe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
131	Madagascar	2,5	33	14	53	92	9	8	-1	7	16	14	21
134	Ghana	6,4	53	17	30	83	9	17	8	..	..	15	22

Rang selon l'IDH		PIB total (milliards de \$ EU)	Production agricole	Production industrielle	Prod. du secteur tertiaire	Consommation		Investis. intérieur brut	Epargne intérieure brute	Recettes fiscales	Dépenses du gouv. central	Export.	Import.
						des ménages	du secteur public						
			(en % du PIB)									(en % du PNB)		(en % du PIB)
136	Côte d'Ivoire	7,3	38	22	40	67	18	10	15	24	30	41	23
138	Zambie	3,8	16	47	37	78	10	14	12	11	22	28	33
139	Nigeria	34,1	37	37	26	65	13	16	23	..	..	35	19
140	Zaire	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
141	Comores	..	..	..	..	..	..	16	-6	..	..	..	..
143	Sénégal	5,8	19	19	62	78	13	14	9	..	..	17	24
144	Libéria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
145	Togo	1,6	33	23	44	74	15	19	10	..	..	18	34
148	Tanzanie, Rép. Unie de	2,2	61	5	34	96	16	22	-11	..	..	18	62
150	Guinée équatoriale	..	..	..	..	..	..	52	-3	..	..	..	..
151	Soudan	..	..	..	..	..	..	13	-3	..	..	..	..
152	Burundi	1	55	16	29	85	16	17	-1	..	..	9	25
153	Rwanda	1,6	38	22	40	78	20	13	1	..	..	..	..
154	Ouganda	2,5	51	12	37	93	8	12	-1	..	..	8	22
155	Angola	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
156	Bénin	1,9	37	14	49	85	12	12	3	..	..	18	21
157	Malawi	2	35	20	45	77	14	20	9	21	29	24	36
158	Mauritanie	1	22	31	47	81	9	16	10	..	..	43	46
159	Mozambique	1,2	64	15	21	90	20	42	-10	..	..	..	..
160	République centrafricaine	1,2	42	16	42	86	15	11	-1	..	..	11	16
161	Ethiopie	6	47	13	40	78	21	10	0	..	..	5	17
163	Djibouti	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
164	Guinée-Bissau	0,2	46	12	42	85	17	30	-3	..	63	13	37
165	Somalie	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Rang selon l'IDH		PIB total (milliards de \$ EU)	Production agricole	Production industrielle	Prod. du secteur tertiaire	Consommation		Investis. intérieur brut	Epargne intérieure brute	Recettes fiscales	Dépenses du gouv. central	Export.	Import.
						des ménages	du secteur public						
			(en % du PIB)									(en % du PNB)		(en % du PIB)
166	Gambie	..	..	..	..	..	..	19	8	..	..	..	..
167	Mali	2,5	45	12	43	82	12	23	6	..	..	14	26
168	Tchad	1,2	43	18	39	97	20	8	-17	7	31	16	33
169	Niger	2,3	38	20	42	86	8	9	7	..	..	17	19
170	Sierra Leone	0,7	43	14	43	85	11	11	4	6	10	20	22
172	Burkina Faso	2,6	43	20	37	79	17	23	4	..	..	4	23
173	Guinée	2,9	29	35	36	76	10	18	14	14	25	..	..

Tableau 16 : Variables du développement féminin dans les pays

Pays	Popula-tion fémi-nine ayant accès à l'eau potable (%) 1985-1991	ENVIRON- NEMENT Population ayant accès à l'assainis- sement (%) 1985-1991	SITUATION SANITAIRE			ACCES AUX SERVICES DE SANTE				ALPHABETISATION ET ACCES A L'EDUCATION				DOMAI- NE POLI- TIQUE Sièges de parle- men- taires occupés par les femmes (%)	MARCHE DU TRAVAIL			NOMBRE TOTAL d'indicateu ra par pays avec données correspond antes	
			Espé-rance de vie des femmes en % de celle des hommes 1992	Taux de mortalité mater-nelle 1980-1991	Femmes exposées aux MSP (%) 1993	Popula-tion ayant accès aux services de santé 1985-1992	Naissan-ces suivies par du personnel soignant (%) 1983-1992	Emploi de contra-ceptifs (%) 1980-1993	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos 1990-1992	Taux d'alpha- bétisa-tion des femmes par rapport à celui des hommes 1990	Taux d'inscription dans le système éducatif Femmes en % des hommes				Taux de participation à la main-d'oeuvre Enseignantes en % du total des enseignants Année la plus proche de 1990 disponible				
											1988-1991 Primaire	Secon- daire	1990 Supé- rieur		Prim aire	Secon- daire	Supé- rieur		
Algérie	68	57	104	140		88	15	51	27	66	85	80	10,9	10	39	39	20	16	94
Angola	41	19	107			30	15	1	8	52	93		0,7	10				11	85
Bénin	51	34	107	160	50	18	45	9	83	50	51	38	2,7	6	25		10	16	94
Botswana	90	88	110	250		89	78	33	46	77	105	107	3,1	5	71	39		15	88
Burkina Faso	68	10	107	610	70	49	42	8	26	32	62	56	0,7	6	27		7	16	94
Burundi	57	49	107			80	19		56	66	81	67	0,7	10	47	21	11	15	88
Cameroun	48	74	106	430		41		13	7	64	86	68	3,2	12	30	22		15	88
Cap-Vert							64							7	60	42		3	18
Rép. centrafricaine	24	46	110	600	50	45	96		87	48	61	35	1,4	4	26	9	14	16	94
Tchad	57		107	960	60	30	15	1	5	43	44	25	0,8		8	3	8	15	88
Comores															21	20	31	3	18
Congo	38		110	900		83			60	63		38	5,3		33			9	53
Côte d'Ivoire	76	60	106			30	50	3	35	60	70	44	2,5	5	19			13	76
Djibouti					98									0				2	12
Egypte	90	50	104	270	50		41	47	70	54	86	77	18,4	2	52	39		15	86
Guinée équatoriale																		0	0
Erythrée		68	19	106	90	60	90	80	2	86	66	65	71	1,4	8	37	19	1	6
Ethiopie	25	19	107	560	90	48	14	2	7	46	65	71	0,8	1,4	25	37	19	14	82
Gabon	68	19	106	190	90	90	80	2	86	66	65	71	3,7	6	37	19	19	11	65
Gambie	68	19	106	190	60	90	80	2	86	66	65	71	1,4	8	37	19	19	3	18
Ghana	52	42	107	1000	30	60	40	13	9	73	82	65	1,4	8	36	22		16	94
Guinée	53	21	102	300	50	75	25	1	70	37	48	33			22	12		15	88
Guinée- Bissau	41	31	108	700	50		27	1	35	48	55	44	0,7	13	22	13	3	15	88
Kenya	49	43	107	170	50	77	50	27	37	74	96	70	1,5	3	37	30		16	94
Lesotho	47	22	109			80	40	5	40		116	148	3,7	2	80			12	71
Libéria	50		105		60	39	58	6	20	58	55	39	2,5	6				12	71
Jamahiriya arabe libyenne	97	98	106	70			76		16	67			16,4		67	34		10	59
Madagascar	23	3	106	570		65	58	17	2	83	96	90	3,2		53		27	14	82
Malawi	58	84	103	400		80	55	13	66		83	50	0,7	12	34			13	76
Mali	41	24	107	2000	75	35	32	5	8	59	57	44	0,8	2	24	14		16	94

Pays	Popula-tion fémi-nine ayant accès à l'eau potable (%) 1988-1991	ENVIRON- NEMENT Population ayant accès à l'assainis- sement (%) 1988-1991	SITUATION SANITAIRE			ACCES AUX SERVICES DE SANTE				ALPHABETISATION ET ACCES A L'EDUCATION				DOMAI- NE POLI- TIQUE Sièges de parle- men- tales occupés par les femmes (%)	MARCHE DU TRAVAIL			NOMBRE TOTAL d'indicateu rs par pays avec données correspond antes	
			Espé-rance de vie des femmes en % de celle des hommes 1992	Taux de mortalité mater-nelle 1980-1991	Femmes exposées aux MSF (%) 1993	Popula-tion ayant accès aux services de santé 1985-1992	Naissan-ces suivies par du personnel soignant (%) 1983-1992	Emploi de contra-ceptifs (%) 1980-1993	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos 1990-1992	Taux d'alpha- bétisa-tion des femmes par rapport à celui des hommes 1990	Taux d'inscription dans le système éducatif Femmes en % des hommes				Taux de participation à la main-d'oeuvre Enseignantes en % du total des enseignants Année la plus proche de 1990 disponible				
											1986-1991 Primaire	Secon- daire	1990 Supéri- eur		Prim aire	Secon- daire	Supé- rieur		
Mauritanie	66		107		25	45	40	4	40	45	70	45	3,1	0	18		20	13	76
Maurice	96	94	110	99		100	85	75	77	89	102	100	2,2	3	45			15	88
Maroc	56		106	300		70	26	42	80	62	68	71	9,9	1	38	31		14	82
Mozambique	22	20	107	300		39	25	4	32	47	71	56	0,2	16	23	16	26	16	94
Namibie	52	14	104	370		72	68	26	52		111	127	3,2	7			50	13	76
Niger	53	14	107	700	20	41	15	4	45	43	57	44		6	33	17	11	16	94
Nigéria	38	35	107	800	50	66	37	6	25	65	77	77	3,5	2	43	32	14	17	10
Réunion															71			1	0
Rwanda	66	58	107	210		80	29	21	88	58	99	67	0,6	17	46	20	5	16	6
Sao Tomé-et-Principe														11	26	16		3	94
Sénégal	48	55	104	600	20	40	41	11	26	48	73	52	2,9	12	28	16		16	94
Seychelles															82	39	57	3	18
Sierra Leone	37	56	108	450	90	38	25	4	80	35	70	57	1,3		29	18		15	86
Somalie	37	18	107	1100	98	27	2	1	5	39	50	58	2,3		45	11		15	88
Afrique du Sud	76	52	110	84				72		96	103	99	88	3				10	59
Soudan	48	75	105	550	89	51	69	9	14	28	71	74	2,8	5	51	35	16	17	10
Swaziland													4,4		79	40		3	0
Tanzanie	49	64	106	340	10	76	53	10	15		98	80	0,3	11	40	23	7	16	18
Togo	60	23	107	420	50	61	54	34	81	55	63	30	2,5	6	19	12	12	17	94
																		10	0
Tunisie	99	96	103	70		90	69	50	44	76	89	80	8,4	4	46	32	22	16	94
Ouganda	33	32	105	300	5	61	38	5	16	56	83	50	1,1	13	31			15	86
Zaire	39	23	106	800	5	26		1	20	73	75	50	1,0	5				13	78
Zambie	53	37	103	150		75	51	15	20	80	92	56	1,9	7	45	21		15	88
Zimbabwe	84	40	105			85	70	43	60	81	98	85	4,5	12	41	32		14	82
Nombre de pays ayant fourni des données	44	38	44	37	26	40	41	40	43	40	41	41	44	40	45	32	21		
Pourcentage des pays ayant fourni des données	83	72	83	70	49	75	77	75	81	75	77	77	83	75	85	60	40		

Source: Taux d'inscription dans le supérieur tirés du Rapport sur le développement humain 1994 du PNUD. Données sur les enseignants tirées de l'Annuaire statistique de l'Unesco 1992. Autres données provenant de la Situation des enfants dans le monde 1994 de l'UNICEF. Données sur les sièges de parlementaire et les MSF provenant de l'ESARO Regional Position Paper établi pour Dakar/Beijing, 1994. Sources pour l'Afrique du Sud : UNICEF Situation Analysis 1993, World Bank Baseline Household Statistics 1994.

Tableau 17 : Classement selon les variables du développement féminin

Pays	Populati on féminine ayant accès à l'eau potable (%) 1988- 1991	ENVIRON- NEMENT Population ayant accès à l'assainis- sement (%) 1988-1991	SITUATION SANITAIRE			ACCES AUX SERVICES DE SANTE				ALPHABETISATION ET ACCES A L'EDUCATION				DOMAI NE POLITI- QUE Sièges de parleme ntaires occupés par les femmes (%)	MARCHE DU TRAVAIL		
			Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 1992	Taux de mortalité maternelle 1980-1991	Femmes exposées aux MSF (%) 1993	Popula- tion ayant accès aux services de santé 1985- 1992	Naissan- ces suivies par du personnel soignant (%) 1983-1992	Emploi de contra- ceptifs (%) 1980- 1993	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos 1990-1992	Taux d'alpha- bétisa-tion des femmes par rapport à celui des hommes 1990	Taux d'inscription dans le système éducatif				Taux de participation à la main-d'oeuvre Enseignantes en % du total des enseignants Année la plus proche de 1990 disponible		
											Femmes en % des hommes						
											Prima ire	Secon daire	Supér ieur				
Algérie	9	12	37	21	n.c.	5	36	3	26	12	16	8	4	11	20	2	8
Angola	32	32	9	n.c.	1	35	36	35	37	26	11	n.c.	37	11	n.c.	n.c.	n.c.
Bénin	24	23	9	23	36	40	19	20	4	27	38	36	20	19	35	n.c.	16
Botswana	4	4	1	27	1	4	3	9	16	6	3	3	16	25	4	2	n.c.
Burkina Faso	9	37	9	48	47	24	20	23	27	39	32	23	37	19	31	n.c.	18
Burundi	15	16	9	n.c.	1	8	35	20	14	12	20	18	37	11	11	16	14
Cameroun	28	7	25	36	1	28	10	15	39	16	14	17	13	5	29	14	n.c.
Cap-Vert	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	16	7	1	n.c.
Rép. centrafricaine	42	17	1	41	36	26	9	n.c.	2	28	33	38	29	29	32	31	11
Tchad	15	n.c.	9	50	44	35	36	35	41	34	41	41	34	n.c.	45	32	17
Comores	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	41	18	4
Congo	36	n.c.	1	49	1	7	n.c.	n.c.	12	17	n.c.	36	7	n.c.	26	n.c.	n.c.
Côte d'Ivoire	7	9	25	n.c.	1	35	17	33	22	19	26	31	21	25	42	n.c.	n.c.
Djibouti	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	53	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Egypte	4	15	37	28	36	n.c.	21	5	9	25	14	11	2	34	9	2	n.c.
Guinée équatoriale	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Erythrée	41	32	9	39	50	25	40	34	39	28	30	14	34	n.c.	35	n.c.	n.c.
Ethiopie	9	n.c.	25	25	1	2	2	n.c.	3	12	n.c.	n.c.	10	19	22	20	n.c.
Gabon	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	44	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	29	14	n.c.	n.c.	n.c.
Gambie																	
Ghana	22	19	9	51	35	22	23	15	36	9	19	20	29	14	24	14	n.c.
Guinée	19	30	44	45	36	14	32	35	9	37	40	39	n.c.	n.c.	39	28	21
Guinée-Bissau	32	25	7	43	36	n.c.	30	35	22	28	36	31	37	3	39	27	n.c.
Kenya	26	18	9	24	36	12	17	10	21	8	9	16	28	31	22	12	n.c.
Lesotho	31	29	6	n.c.	1	8	23	26	19	n.c.	1	1	10	34	2	n.c.	n.c.

Pays	Populati on féminine ayant accès à l'eau potable (%) 1988- 1991	ENVIRON- NEMENT Population ayant accès à l'assainis- sement (%) 1988-1991	SITUATION SANITAIRE			ACCES AUX SERVICES DE SANTE				ALPHABETISATION ET ACCES A L'EDUCATION				DOMAI NE POLITI- QUE Sièges de parleme ntaires occupés par les femmes (%)	MARCHE DU TRAVAIL			
			Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes 1992	Taux de mortalité maternelle 1980-1991	Femmes exposées aux MSF (%) 1993	Popula- tion ayant accès aux services de santé 1985- 1992	Naissan- ces suivies par du personnel soignant (%) 1983-1992	Emploi de contra- ceptifs (%) 1980- 1993	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos 1990-1992	Taux d'alpha- bétisa- tion des femmes par rapport à celui des hommes 1990	Taux d'inscription dans le système éducatif				Taux de participation à la main-d'oeuvre	Enseignantes en % du total des enseignants		Année la plus proche de 1990 disponible
											Prima ire	Secon daire	Supér leur			Prim aire	Secon daire		Supér leur
Libéria	25	n.c.	33	n.c.	44	31	11	24	30	21	36	35	21	19	n.c.	n.c.	n.c.	
Jamahiriya arabe libyenne	2	1	25	17	n.c.	n.c.	4	n.c.	32	11	n.c.	n.c.	3	n.c.	6	7	n.c.	
Madagascar	43	38	25	40	n.c.	19	11	13	43	3	9	6	13	n.c.	8	n.c.	5	
Malawi	17	5	41	34	1	8	13	15	11	n.c.	17	27	37	5	25	n.c.	n.c.	
Mali	32	26	9	53	48	34	28	26	37	20	34	31	34	34	37	26	n.c.	
Mauritanie	12	n.c.	9	n.c.	34	26	23	29	19	33	26	30	16	n.c.	44	n.c.	n.c.	
Maurice	3	3	1	20	1	1	1	1	8	2	5	4	25	31	14	n.c.	8	
Maroc	17	n.c.	25	29	n.c.	17	31	7	6	18	29	14	5	38	21	11	n.c.	
Mozambique	44	31	9	29	1	31	32	29	24	32	24	23	44	2	38	23	6	
Namibie	22	35	37	33	1	16	8	11	15	n.c.	2	2	13	16	n.c.	n.c.	2	
Niger	19	35	9	43	32	28	36	29	17	34	34	31	n.c.	19	26	22	14	
Nigeria	39	22	9	45	36	18	27	24	29	15	21	11	12	34	17	8	11	
Réunion	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	4	n.c.	n.c.	
Rwanda	12	10	9	26	1	8	29	12	1	21	6	18	42	1	12	18	20	
Sao Tomé-et- Principe	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	9	32	23	n.c.	
Sénégal	28	13	37	41	32	30	21	18	27	28	23	26	18	5	32	23	n.c.	
Seychelles	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	2	1	
Sierra Leone	37	10	7	37	50	33	32	29	6	38	26	22	32	n.c.	30	21	n.c.	
Somalie	37	34	9	52	53	38	41	35	41	36	39	21	24	n.c.	14	30	n.c.	
Afrique du Sud	7	14	1	19	1	n.c.	n.c.	2	n.c.	1	4	5	1	31	n.c.	n.c.	n.c.	
Soudan	28	6	33	38	49	23	6	20	35	40	24	13	19	25	10	6	10	
Swaziland	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	9	n.c.	3	n.c.	3	
Tanzanie	26	8	25	32	31	13	15	19	34	n.c.	7	8	43	9	19	13	18	
Togo	14	27	9	35	36	20	14	8	5	24	31	40	21	19	42	28	13	
Tunisie	1	2	41	17	n.c.	2	6	4	18	7	13	8	6	29	12	8	7	
Ouganda	40	24	33	29	29	20	26	26	32	23	17	27	33	3	28	n.c.	n.c.	
Zaire	35	27	25	45	29	39	n.c.	35	25	9	22	27	26	25	n.c.	n.c.	n.c.	
Zambie	19	21	41	22	1	14	16	14	30	5	12	23	26	16	14	16	n.c.	
Zimbabwe	6	20	33	n.c.	1	6	5	6	12	4	7	7	8	5	18	8	n.c.	

Source: Mahesh Patel, *A Gender Development Index for Africa*, UNICEF Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, *Staff Working Paper*, 1994.

Tableau 18 : Classement selon divers indicateurs et appréciations (faible = meilleur, élevé = pire)

Pays	Rang selon l'indicateur médian de développement féminin	Rang des pays africains selon certains indicateurs institutionnalisés		
		IDH PNUD	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans UNICEF	PNB, p.h. BIRD
<i>Pays à développement féminin élevé</i>				
Botswana	1	5	5	2
Maurice	1	1	2	3
Afrique du Sud	3	6	8	1
Jamahiriya arabe libyenne	4	2	14	n.c.
Zimbabwe	5	12	13	14
Tunisie	6	3	3	5
Madagascar	7	19	28	31
Algérie	8	7	9	4
Gabon	9	n.c.	25	n.c.
Rwanda	9	32	46	28
Egypte	11	8	4	15
Lesotho	12	11	24	16
Burundi	13	31	32	33
Namibie	13	17	11	6
<i>Pays à développement féminin moyen</i>				
Zambie	15	22	37	12
Cameroun	15	15	17	9
Malawi	17	36	47	29
Kenya	18	16	10	24
Maroc	18	9	7	8
Tanzanie, République-Unie de	20	29	30	36
Ghana	21	20	29	20
Nigéria	22	23	36	23
Togo	22	28	20	19
Congo	24	14	16	7
Bénin	25	35	22	22
Soudan	25	30	27	13
Côte d'Ivoire	27	21	18	11
Burkina Faso	28	49	23	26
Mauritanie	29	37	38	17
<i>Pays à développement féminin faible</i>				
Sénégal	30	26	21	10
Ouganda	31	33	34	34
Zaïre	31	24	35	n.c.
Libéria	33	27	43	n.c.
Niger	34	47	53	25
République centrafricaine	35	39	31	21
Mozambique	35	38	51	37
Sierra Leone	37	48	50	30
Guinée-Bissau	38	42	49	n.c.
Angola	39	34	52	n.c.
Mali	40	45	44	27
Ethiopie	41	40	39	35
Tchad	42	46	41	32
Guinée	42	50	48	18
Somalie	44	43	42	n.c.

Source: Mahesh Patel, *A gender development index for Africa*, UNICEF Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, *Staff Working Paper*, 1994.