

CIPD/15

Conférence internationale sur la
population et le développement

Rapport régional d'évaluation de l'Afrique

La CIPD et les OMD: un tout orienté vers l'action

Troisième examen quinquennal de la mise en œuvre du Programme
d'action de la Conférence internationale sur la population et le
développement en Afrique – CIPD+15 (1994 – 2009)

Rapport



Commission économique pour
l'Afrique des Nations Unies



Fonds des Nations Unies
pour la population



Commission
de l'Union africaine



Commission économique pour l'Afrique
des Nations Unies



Fonds des Nations Unies
pour la population



Commission
de l'Union africaine

Rapport régional d'évaluation de l'Afrique

La CIPD et les OMD: un tout orienté vers l'action

Troisième examen quinquennal de la mise en œuvre du Programme d'action de
la Conférence internationale sur la population et le développement en Afrique –
CIPD+15 (1994–2009)

ECA/ACGS/HSD/ICPD/RP/2009

CEA
Addis-Abeba
Octobre 2009

Table des matières

Abréviations et sigles.....	v
Avant-propos	vii
Remerciements	ix
Résumé.....	I
Partie I Processus d'évaluation.....	4 I
Partie II Résultats de l'évaluation	5 I
Chapitre 1 Pauvreté, population, environnement et développement durable	53
Chapitre 2 Égalité entre les sexes, équité et autonomisation des femmes	71
Chapitre 3 La famille, son rôle, ses droits, sa composition et sa structure	87
Chapitre 4 Les enfants et les jeunes.....	93
Chapitre 5 Droits et santé en matière de procréation	107
Chapitre 6 VIH/sida, paludisme, tuberculose et autres maladies transmissibles	131
Chapitre 7 Répartition de la population, urbanisation et migrations internes	145
Chapitre 8 Migrations internationales	157
Chapitre 9 Situation de crise et préparation aux situations d'urgence	163
Chapitre 10 Population et données sur le développement.....	173
Chapitre 11 Mobilisation des ressources, partenariats et coordination.....	181
Chapitre 12 Mécanismes de suivi et d'évaluation	187
Chapitre 13 Facteurs déterminant la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et des OMD	193
Partie III Recommandations et voie à suivre	199
Références bibliographiques	209
Annexes.....	212

Abréviations et sigles

APD	Aide publique au développement
APRM	Mécanisme d'évaluation intra-africaine
BAD	Banque africaine de développement
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CENOE	Centre nationale des opérations d'urgence
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CUA	Commission de l'Union africaine
DRSP	Documents de stratégies pour la réduction de la pauvreté
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IST	Infection sexuellement transmise
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MST	Maladie sexuellement transmissible
NEMA	Agence nationale de gestion des situations d'urgence
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	Organisation de la société civile
PIB	Produit intérieur brut

PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RDC	République démocratique du Congo
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TJTC	Comité technique conjoint tripartite
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Avant-propos

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 a adopté un Programme d'action sur vingt ans intitulé Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. La CIPD a été précédée de la Déclaration de Dakar/Ngor de 1992 sur la population, la famille et le développement durable. Toutes deux constituent des repères qui marquent les progrès réalisés en matière de population et de développement en Afrique. La Déclaration de Dakar/Ngor a constitué le fondement de la position commune de l'Afrique à la CIPD (1994); le Programme d'action de la CIPD, quant à lui, fournit un cadre d'ensemble dans lequel s'inscrivent les questions touchant les rapports d'interdépendance entre population, croissance économique durable et développement durable ainsi que les avancées enregistrées dans l'éducation, le statut économique et l'autonomisation des femmes. Depuis lors, la Déclaration de Dakar/Ngor et le Programme d'action de la CIPD guident l'exécution des politiques sanitaires, démographiques, environnementales et les politiques de développement qui leur sont associées en Afrique. La mise en œuvre des recommandations figurant dans le Programme d'action «est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement». Le Programme d'action de la CIPD invite également les institutions régionales, y compris les organismes des Nations Unies, à jouer un rôle actif dans cette mise en application.

En Afrique, la Commission économique pour l'Afrique (CEA) a été chargée par l'Assemblée générale des Nations Unies de suivre la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD. En collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et en étroite consultation avec les gouvernements africains, la Commission de l'Union africaine (CUA), la Commission africaine de la population et la Banque africaine de développement (BAD), la CEA s'est acquittée de ce mandat en effectuant une évaluation tous les cinq ans, la première en 1999 et la deuxième en 2004. Celle de 1999 a recensé certains domaines d'action prioritaires d'importance, notamment l'éducation et l'alphabétisation, les soins de santé génésique et les besoins insatisfaits en matière de contraception, la diminution de la mortalité maternelle et le VIH/sida. À cet égard, le rapport d'évaluation de 1999 a indiqué qu'il était nécessaire d'aborder les questions de la santé en général, de l'éducation, de la création de revenus et de l'emploi, de la réduction de la mortalité infantile et maternelle, de la lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmises, tout comme il est nécessaire d'accorder suffisamment d'importance à des questions comme la famille, les réfugiés, le rôle des personnes âgées dans la société, l'instabilité politique et sociale, l'interdépendance du rôle des organisations non gouvernementales (ONG), du secteur privé et de la société civile, l'information, l'éducation, les moyens de communication et les stratégies de sensibilisation.

L'évaluation de la CIPD de 2004 a montré que les pays africains avaient fait de remarquables progrès en adoptant et en mettant en œuvre l'approche des droits en matière de santé génésique, en s'efforçant d'améliorer l'égalité entre hommes et femmes, l'équité et l'autonomisation des femmes, en abordant la question

de la santé en matière de procréation des adolescents, en instaurant de nouveaux partenariats avec la société civile et le secteur privé et en accélérant l'intégration de la dynamique et des tendances démographiques dans la planification et la prise de décisions en matière de développement. Toutefois, les résultats ont révélé également les grands problèmes liés à la pleine mise en œuvre de l'Agenda du Caire.

Cette année, alors que nous célébrons le quinzième anniversaire de l'adoption de la CIPD, la CEA et ses partenaires, l'Union africaine (UA) et le FNUAP, ont entrepris une évaluation, après 15 ans, de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD en Afrique à la lumière des OMD. Le processus d'évaluation a consisté à recueillir des données auprès des États Membres, à les analyser pour élaborer la présente publication intitulée la CIPD et les OMD: un tout orienté vers l'action.

Le rapport montre le travail remarquable effectué jusqu'à présent par l'Union africaine, les organismes des Nations Unies et les États membres pour formuler des politiques, créer des cadres juridiques appropriés et adopter des instruments internationaux pertinents afin d'atteindre les buts du Programme d'action et les OMD. Bon nombre de pays ont commencé à créer de nouvelles institutions et à renforcer celles qui étaient déjà en place et ont conçu des plans et programmes nationaux ou sectoriels pour traiter les divers aspects de la question démographique. Cependant, plusieurs pays doivent encore prendre expressément en compte la planification familiale et concevoir un plan ou un programme d'action spécifique pour appliquer ces mesures et politiques. Globalement, l'évaluation reflète un décalage préoccupant, dans la plupart des pays africains, entre les politiques démographiques et leur application dans les faits.

Cinq ans à peine avant la fin des cycles de programmation de la CIPD et des OMD (en 2014 et 2015 respectivement), les pronostics concernant la possibilité d'atteindre les buts de la CIPD et les cibles des OMD montrent que des engagements et des efforts plus soutenus sont nécessaires. Si les conditions varient d'un pays à l'autre, les résultats de la présente évaluation suggèrent que si tous les pays se concentraient davantage sur les questions de population et de développement en s'appuyant sur une approche fondée sur les droits de l'homme, cela pourrait améliorer considérablement la situation dans les domaines de la santé et de la santé génésique, de l'éducation, de l'acquisition de compétences et de l'emploi productif, des ressources humaines et des capacités institutionnelles et financières et, en particulier, de la mobilisation de ressources internes. Toutes les parties prenantes présentes en Afrique et tous les partenaires ont un rôle à jouer dans l'intensification des efforts pour trouver une solution à ces problèmes, notamment en améliorant les activités de mise en œuvre grâce au renforcement des capacités et à l'augmentation des ressources allouées à ce domaine déterminant du développement.

Nous espérons que les décideurs nationaux, les organisations intergouvernementales, les partenaires de développement bilatéraux ou multilatéraux, les organisations non gouvernementales, les milieux universitaires et le grand public jugeront la présente publication utile et opportune pour atteindre les buts et les objectifs du Programme d'action de la CIPD ainsi que les OMD.

Abdoulie Janneh

Secrétaire général adjoint de l'ONU et
Secrétaire exécutif de la Commission économique
pour l'Afrique

Jean Ping

Président de la Commission
de l'Union africaine

Remerciements

Le processus d'évaluation qui a permis d'établir le présent rapport a été conduit par la Commission économique pour l'Afrique en partenariat avec le Bureau de liaison du FNUAP et le Département des affaires sociales de la Commission de l'Union africaine, en étroite consultation avec les gouvernements africains.

Ce rapport a été élaboré sous l'égide du Secrétaire général adjoint de l'ONU et Secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Afrique, M. Abdoulie Janneh, dont les conseils et la perspicacité ont été grandement appréciés. Nous remercions Mme Lalla Ben Barka, Secrétaire exécutive adjointe, qui a toujours été disposée à contribuer à l'ensemble du processus d'évaluation régionale de la CIPD, notamment en coprésidant son Comité directeur. Nous remercions également M. Bience Gawanas, Commissaire des affaires sociales de la CUA, de sa disponibilité et de son soutien sans faille du début du processus d'évaluation à la finalisation du présent rapport.

M^{me} Etta Tadesse, chef du Bureau de liaison du FNUAP auprès de la CUA et de la CEA, a été d'une très grande aide en facilitant le suivi de la collecte de données auprès des pays et en jouant un rôle essentiel, à plusieurs égards, tout au long de ce processus. Nous remercions aussi les bureaux de pays du FNUAP et les bureaux sous-régionaux de la CEA de leur contribution, qui en a permis le bon déroulement. Le soutien financier du FNUAP a été très apprécié.

Nous adressons nos remerciements aux coordonnateurs chargés de la population dans les pays, qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires et d'élaborer un rapport national, sans lesquels le présent document n'aurait pas vu le jour.

Que M^{me} Thokozile Ruzvidzo, chef de la Section du genre et des femmes, soit chaleureusement félicitée du dynamisme et du dévouement dont elle a fait preuve en prenant dès le début la direction du processus d'évaluation. Notre gratitude va également au Docteur Monique Rakotomalala, Directrice du Centre africain pour le genre et le développement social, dont l'engagement en faveur des questions de population et de développement a été déterminant pour la finalisation du présent rapport. Il est également rendu hommage à la contribution de Mme Rose Aderolilin, officier en charge de la Section du développement humain et social, et aux qualités d'animatrice dont elle a fait preuve.

Nous saluons tout particulièrement les experts nationaux, ceux de la CEA, du FNUAP et de la CUA qui, grâce à leurs diverses contributions et à leurs observations perspicaces, ont permis la production d'un rapport de qualité.

L'apport important des fonctionnaires de la CEA, de la CUA et du FNUAP tout au long de l'élaboration du rapport a été très apprécié.

Recherche, rédaction et statistiques

Nous saluons le dur labeur et les compétences des personnes ci-après, qui se sont chargées de la collecte et de l'analyse des données ainsi que de la rédaction du rapport:

MM. Oladele Arowolo, Desmond Koroma, Hassan Yousif, Tamirat Badi et M^{me} Meron Tewfik.

Principales contributions au travail d'édition et d'analyse

Docteur Monique Rakotomalala, M. Bunmi Makinwa, M^{me} Thokozile Ruzvidzo, M^{me} Rose Ade-
rolli, M^{me} Etta Tadesse, M. Kebede Kassa, M. Kasirim Nwuke, M^{me} Oladele Arowolo, M. Desmond
Koroma, M^{me} Gladys Mutangadura, M^{me} Anne-Marie Bakyono, M^{me} Awa Thiongane, M. Derrese
Degefa, M^{me} Emebet Mesfin, M^{me} Fatouma Sissoko, M. Getachew Tessema, M^{me} Hadija N Gava, M.
Hamdou Wane, M. Hassan Yousif, M. Hopestone Chavula, M. Jack Jones Zulu, M. Michael Girma,
M^{me} Ngone Diop, M^{me} Sandra Zawedde, M. Sher Verick, M^{me} S. Guermas De Tapia, M^{me} Meron
Tewfik, M^{me} Beatrice Duncan, M^{me} Selamawit Abebe, M^{me} Emelang Leteane, M. Oumar Diallo, M.
Adrian Gauci, M^{me} Meaza Ashenafi, M^{me} Tiruset Haile, M. Peter Chen, M. Mady Biaye, M^{me} Miriam
Jato, M^{me} Margaret Agama, M^{me} Naisidet Mason, M. Thomas Bisika, M. Richmond Tiemoko, M^{me}
Edwige Adekambi, M. Laurent Assogba, M^{me} Siti Batoul, M. Eric Dairo, M^{me} Asha Mohammed, M.
Yahya Kane, M^{me} Claire Grebovail, M. Leonard Kamugisha et M. Motsholathebe.

Recherches supplémentaires et rédaction

MM. Oladele Arowolo et Desmond Koroma

Équipe administrative

L'équipe administrative, composée de M^{me} Tigist Eshetu, M. Berhanu Tesfaye, M^{me} Sofanit Abebe,
M^{me} Yatenayet Wogayehu et M. Abraham Kassa, a apporté une précieuse contribution.

Soutien éditorial

Les services d'édition de M^{me} Dana Peebles, de Kartini International, et la Section des publications
et de la gestion des conférences de la CEA sont également remerciés.

Communication

M^{mes} Myriam Dessables, Houda Mejri et Kaylois Henry

Production du rapport

Section des publications et de la gestion des conférences de la CEA.

Gestion et coordination des projets

Docteur Monique Rakotomalala, M^{me} Thokozile Ruzvidzo et M^{me} Rose Aderolli

Nous réitérons nos remerciements à tous les partenaires de la CIPD, au FNUAP, aux membres de la
famille des Nations Unies et à la CUA, dont l'engagement a permis le succès du processus d'évalua-
tion de la CIPD+15 et la production d'un rapport d'une qualité sans égale.

Résumé

Introduction

1.1 Historique

L'année 2009 marque le 15^e anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 et le 17^e anniversaire de la Déclaration de Dakar/Ngor (DDN) sur la population, la famille et le développement durable. Les participants à la Conférence ont adopté un programme d'action sur vingt ans, doté d'un large mandat portant sur l'interdépendance entre la population, la croissance économique soutenue et le développement durable, les avancées dans les domaines de l'éducation, du statut économique et de l'autonomisation des femmes.

Environ cinq ans après le Programme d'action de la CIPD, la Déclaration du Millénaire était adoptée par tous les États Membres des Nations Unies en septembre 2000; elle engage la communauté internationale à prendre les mesures nécessaires pour parvenir à la paix, à la sécurité et au développement dans le monde et surtout à mettre en œuvre les stratégies qui accéléreront le développement des pays les plus pauvres dans le cadre du Programme d'action de la CIPD.

Allant dans le sens de ces initiatives mondiales, l'Union africaine a mis en place un cadre continental pour le développement durable – le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). Le NEPAD est un cadre stratégique et visionnaire pour le renouveau de l'Afrique. Il a été conçu pour traiter les problèmes qui se posent actuellement sur le continent africain, notamment la pauvreté grandissante, le sous-développement et la marginalisation continue de l'Afrique.

1.2. Suivi des progrès réalisés (CIPD+5 et CIPD+10)

La première évaluation quinquennale (1999) a souligné la grande importance accordée aux droits et à la santé en matière de procréation au détriment de la santé en général, l'éducation, l'emploi et la création de revenu, l'importance de réduire la mortalité infantile et maternelle, le VIH/sida et les infections sexuellement transmises (IST). L'évaluation indiquait également que des questions comme la famille, les réfugiés, le rôle des personnes âgées dans la société, l'instabilité politique et sociale, l'interdépendance du rôle des ONG, du secteur privé et de la société civile ainsi que les stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC) et de sensibilisation n'avaient pas reçu une attention suffisante.

L'évaluation du Programme d'action de la CIPD par la Commission économique pour l'Afrique (CEA) après dix ans (2004) montre que des progrès significatifs ont été réalisés par les pays qui ont:

- a. adopté et mis en œuvre l'approche des droits et de la santé en matière de procréation;
- b. renforcé les efforts visant à améliorer l'égalité entre hommes et femmes, l'équité et l'autonomisation des femmes;
- c. traité la question de la santé en matière de procréation des adolescents;
- d. instauré de nouveaux partenariats avec la société civile et le secteur privé;
- e. favorisé l'intégration de la dynamique et des tendances démographiques dans la planification et la prise de décisions en matière de développement.

Toutefois, les résultats révèlent également les grands problèmes liés à la pleine mise en œuvre de l'Agenda du Caire, notamment la plus grande importance à accorder à la question du VIH/sida, la prise en compte des traditions culturelles dans la programmation et le renforcement de la collecte de données et des systèmes d'analyse. Il faut également noter que tant dans l'évaluation de 1999 que dans celle de 2004, le rôle de la recherche dans la mise en œuvre de la programmation a été minime.

1.3 Évaluation régionale de la CIPD+15

Le processus d'évaluation de la CIPD+15 comporte des outils techniques permettant la compilation de données et d'informations qualitatives et quantitatives provenant des pays, ainsi que des arrangements institutionnels pour fournir des orientations globales dans les domaines des politiques et techniques. Les outils techniques élaborés en août 2008 et distribués à tous les pays africains étaient notamment: i) un questionnaire principal; ii) l'appendice 1 au questionnaire principal; iii) un rapport national; iv) l'appendice 1 au rapport national; v) l'appendice 2 au rapport national. Quarante-trois pays sur 53 ont envoyé des réponses au titre des cinq outils d'évaluation, ce qui donne un taux de réponse de 81%, chiffre impressionnant qui traduit l'engagement des pays vis-à-vis de la CIPD et leur volonté de traiter les questions de population et de développement en Afrique. Cependant, tous les pays étaient censés envoyer des réponses aux cinq outils d'évaluation, mais cela n'a pas été le cas.

Le Rapport de la CIPD+15 traite des treize domaines thématiques du Programme d'action de la CIPD, y compris des OMD pertinents, qui sont:

- a. La pauvreté, la population et le développement durable;
- b. La santé en matière de sexualité et de procréation et les droits en matière de procréation;
- c. L'égalité, l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes;
- d. La famille: son rôle, ses droits, sa composition et sa structure;
- e. Les enfants et les adolescents;
- f. Le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et autres maladies transmissibles;
- g. La répartition de la population, l'urbanisation et les migrations internes;
- h. Les migrations internationales;
- i. Les situations de crise et les conséquences sur la population;

- j. La mobilisation des ressources, les partenariats et la coordination;
- k. Les données et la recherche démographiques;
- l. Les mécanismes de suivi et d'évaluation.

Le dernier chapitre traite des facteurs qui ont une incidence sur la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et des OMD en Afrique et contient des recommandations formulées sur la base de l'analyse des conclusions de l'évaluation.

Les défis à relever

La présente évaluation est la dernière de la série précédant l'évaluation finale du Programme de la CIPD en 2014. Il est donc nécessaire de réfléchir sur les progrès réalisés, les problèmes rencontrés, et, ce faisant, de fournir une orientation stratégique pour la mise en œuvre du Programme pendant les cinq années restantes. Les résultats présentés au titre des outils d'évaluation par les États membres montrent que des efforts considérables ont été déployés pour atteindre les objectifs du Programme d'action de la CIPD et les OMD correspondants. Toutefois, compte tenu du manque de ressources et d'efforts en matière de gouvernance, des problèmes se posent toujours dans de nombreux pays africains dans des domaines tels que les capacités humaines et institutionnelles, les investissements financiers pour la gestion de programmes sur la population et l'engagement politique. Il est évident que la plupart des objectifs du Programme d'action de la CIPD et les OMD ne seront vraisemblablement pas atteints d'ici à 2014-2015, à moins que les États membres ne s'engagent à renouveler leurs efforts pour la mise en œuvre du Programme.

Les pays africains ont fait des progrès remarquables en ce qui concerne les objectifs du Programme d'action de la CIPD et les OMD du point de vue de l'élaboration de politiques, de la conception de cadres juridiques appropriés et de l'adoption d'instruments internationaux pertinents, notamment ceux qui découlent des initiatives prises par l'Union africaine (UA) suite à la Déclaration de Dakar/Ngor de 1992. De nombreux pays ont également progressé sur la voie de la création de nouvelles institutions et du renforcement de celles qui existent et ils ont conçu des programmes et des plans nationaux et sectoriels pour traiter les diverses questions concernant la population – pauvreté, égalité entre hommes et femmes, adolescents, accès aux services de santé et de santé en matière de procréation, planification familiale, éducation, logement, transport, communication, données, recherches, et autres. Cependant, dans bon nombre de pays, la planification familiale n'a pas été expressément prise en compte. Certes, dans ces pays des politiques démographiques peuvent être clairement définies, mais il n'y a ni plan ni programme d'action spécifiquement conçu pour pouvoir les appliquer. Globalement, l'évaluation fait observer le large fossé qui existe dans la plupart des pays africains entre politiques démographiques et application de fait.

À peine cinq ans avant la fin des cycles de programmation de la CIPD et des OMD (2014 et 2015 respectivement), les pronostics concernant la réalisation des objectifs de la CIPD et les cibles des OMD sont d'une manière générale peu rassurants. Le temps est limité et les questions démographiques sont d'habitude difficiles à résoudre rapidement. Toutefois, une planification stratégique ou ciblée, accompagnée d'engagements, permettrait encore de réaliser beaucoup en peu de temps. Si les conditions varient d'un pays à l'autre, les résultats de la présente évaluation montrent que l'attention renouvelée portée par tous les pays aux questions démographique et de développement ci-dessous,

étayée par une approche fondée sur les droits de l'homme, pourrait propulser rapidement l'Afrique vers l'an 2015:

- a. Santé et santé en matière de procréation, notamment mortalité maternelle, planification familiale et VIH/sida;
- b. Question hommes-femmes et développement;
- c. Jeunes (éducation, création d'aptitudes et emploi productif);
- d. Ressources (capacités humaines et institutionnelles, financement, et surtout mobilisation des ressources intérieures).

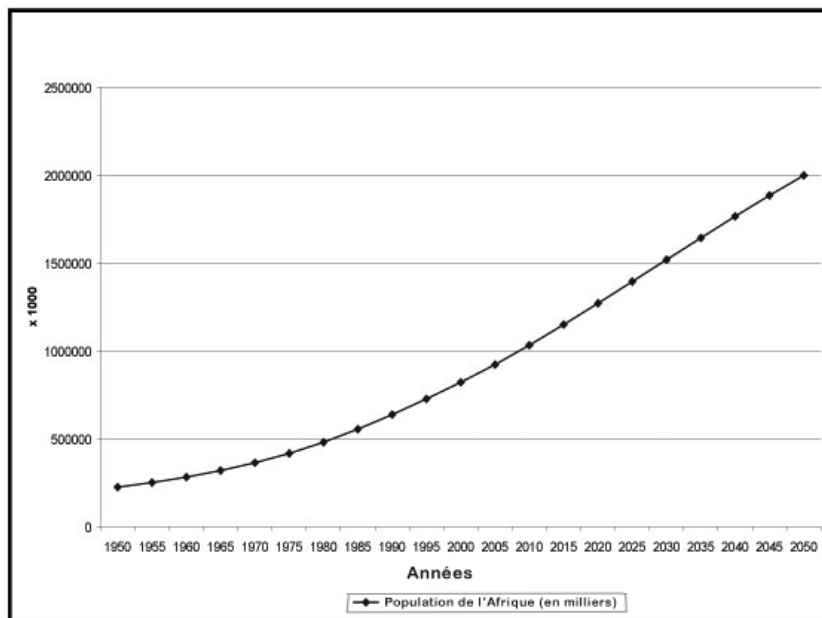
I- Pauvreté, population et développement durable

I.1 Tendances démographiques

L'estimation la plus récente de la population africaine faite par le FNUAP donne un chiffre de 987 millions en 2008, établi sur la base d'un taux de croissance démographique annuelle moyen de 2,3% entre 2005 et 2010. Des estimations antérieures montrent que pendant les dix années entre 1990 et 2000, la population africaine est passée de 622,4 à 795,7 millions, soit une augmentation de 173,3 millions (28,4%) en dix ans. La population africaine fera plus que doubler pendant les quarante prochaines années, pour atteindre près de 2 milliards d'ici à 2050 (voir la figure 1).

L'espérance de vie à la naissance en Afrique en général a enregistré une augmentation lente mais régulière, passant de 39 ans pendant la période 1950-1955 à 54 ans pendant la période 2005-2010. Pendant la même période, les pays de l'Afrique du Nord ont enregistré une espérance de vie moyenne plus élevée, laquelle est passée de 43 ans à 68 ans. L'incidence de la mortalité due au sida est la plus ressentie dans la sous-région de l'Afrique australe, où l'espérance de vie moyenne a atteint 61 ans pendant la période 1990-1995 mais a chuté ensuite à 51,6 ans pendant la période 2005-2010 ce qui montre un recul significatif au plan de l'amélioration de la santé. La Tunisie a enregistré le taux le plus élevé pendant la période en question, le chiffre passant de 41,4 à 73,89 ans alors que le Swaziland présente toutes les caractéristiques de l'expérience de l'Afrique australe, l'espérance de vie passant de 41,4 années (1950-1955) à 60,7 années (1990-1995) et chutant ensuite à 45,8 (2005-2010).

Figure 1 Projections relatives à la population africaine 1950-2050



Alors que les décès liés au Sida seraient en augmentation dans certains pays, le taux de fécondité prétransitionnelle prévalant, estimé à 4,63 pour l'Afrique en 2008, est le principal facteur contribuant au fort taux de croissance démographique du continent. Dans la plupart des pays, l'augmentation de la taille de la population a été le fait d'une fécondité élevée et constante associée à un taux de mortalité élevé mais en diminution pendant la même période. Outre le VIH/sida, les principales causes de la forte mortalité en Afrique sont notamment des systèmes de santé inappropriés, la pauvreté généralisée, le manque de reconnaissance du statut des femmes sur le continent, la prévalence de maladies infectieuses telles que la tuberculose et le paludisme, l'exode du personnel médical à l'étranger, l'appui financier limité pour traiter les problèmes de santé et la mauvaise qualité des infrastructures dans la majorité des pays.

La population de la plupart des pays africains continue d'être jeune, les enfants et les adolescents âgés de moins de 15 ans en constituant environ 40% du total. Les estimations les plus récentes montrent que les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 41,2% de la population. Ensemble, les enfants et les jeunes de 30 ans et moins constituent plus de 70% de l'ensemble de la population du continent (ONU, Perspectives de la population mondiale - révision de 2008). D'ici à 2050, les effectifs de main-d'œuvre seront plus importants et le nombre d'enfants à aider en diminution, ce qui créera une fenêtre d'opportunité permettant d'augmenter la production et d'améliorer le développement socioéconomique, appelé habituellement le «dividende démographique». Bien qu'elle doive rester ouverte pendant plusieurs années, cette fenêtre d'opportunité se fermera lorsque les effectifs de main-d'œuvre auront vieilli et qu'un nombre relativement plus petit de travailleurs aura à aider un nombre croissant de personnes âgées, comme cela est le cas actuellement en Europe. Ce scénario exigera de déployer des efforts soutenus pour répondre aux besoins des jeunes.

Même si leur nombre actuel est faible, on prévoit que d'ici à 2050, les personnes âgées constitueront 10% de la population du continent. Étant donné que ce sont des personnes très vulnérables et qui

pourraient être sévèrement touchées par des problèmes tels que le changement climatique, l'insécurité alimentaire et les nouvelles préoccupations en matière de santé, leurs besoins doivent être de toute évidence pris en compte dans les politiques et programmes de développement.

1.2 Évolution de l'incidence de la pauvreté

Mis à part le piège démographique, comparée à d'autres régions du monde, l'Afrique souffre d'une façon disproportionnée de la pauvreté et de ses conséquences. Environ 20% de la population mondiale survit avec moins d'un dollar des États-Unis par jour. En Afrique, le problème de la pauvreté est beaucoup plus ancré et étendu que dans les autres grandes régions. La moitié de la population africaine vit dans une extrême pauvreté et un tiers de celle-ci ne mange pas à sa faim. De même, un enfant sur six meurt avant l'âge de cinq ans, ce qui était déjà le cas il y a dix ans. Dans les pays ravagés par des conflits comme l'Angola, le Burundi, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Libéria, la République démocratique du Congo, le Rwanda, la Sierra Leone, la Somalie et le Soudan, le niveau actuel de la pauvreté et de la faim stagne, ou dans certains pays, s'aggrave. La situation en matière de sécurité alimentaire se détériore en Afrique depuis 1970. Le pourcentage de personnes victimes de malnutrition reste compris entre 33 et 35% en Afrique subsaharienne et plus de 70% de la population, victime de l'insécurité alimentaire sur le continent, vit dans les zones rurales.

Le dernier Rapport mondial sur le développement humain (2008) montre toutefois que le développement humain en Afrique a évolué de façon spectaculaire. Le nombre de pays africains appartenant à la catégorie des pays à développement humain «moyen» a augmenté, passant de 16 en 2004 à 23 en 2008. L'Algérie, l'Afrique du Sud, le Botswana, le Cameroun, les Comores, l'Égypte, le Gabon, le Ghana, la Guinée équatoriale, Maurice, le Maroc, la Namibie, Sao Tomé-et-Principe, le Soudan et le Swaziland se trouvent dans cette catégorie depuis 2004 et sont maintenant rejoints par le Congo, Djibouti, Kenya, Madagascar, la Mauritanie, le Sénégal et la Tanzanie. En bas de l'échelle, malheureusement, on trouve les pays à développement humain «faible», dont tous (à l'exception de trois pays d'Asie) se trouvent en Afrique subsaharienne.

1.3. Politiques et programmes

L'élimination de la pauvreté étant une priorité nationale, tous les pays africains ont continué de renforcer leurs actions et politiques pour traiter ce problème en s'appuyant sur une vaste gamme de stratégies. Les rapports nationaux montrent que la plupart des pays mettent actuellement en place des politiques et des programmes pertinents visant à améliorer la qualité de vie de la population, la stratégie la plus connue dans ce domaine pour traiter le problème de la pauvreté étant les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). Toutefois, un certain nombre de pays mettent en place des programmes de réduction de la pauvreté à titres divers. Dans certains pays, des études nationales sur les perspectives à long terme ont également été entreprises et ont offert une «vision» pour la formulation d'interventions en matière de réduction de la pauvreté et de développement. Il s'agit notamment de l'Afrique du Sud-Vision 2014, du Bénin, du Ghana - Vision 2035, du Malawi, de la Namibie - Vision 2030, du Nigéria, de la Tanzanie, de la Sierra Leone - Vision 2025. D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, ont signalé une réallocation de fonds à des programmes susceptibles d'éradiquer la pauvreté dans le but de réduire les inégalités socioéconomiques, notamment la mise en place d'infrastructures et de services sociaux.

1.4 Résumé des défis et contraintes

- a. La crise financière mondiale, le manque d'énergie, la crise alimentaire et l'incapacité générale de s'adapter aux changements climatiques;
- b. Presque tous les pays, à l'exception d'un petit nombre, sont dépendants, voire trop dépendants, de la communauté de donateurs pour la protection sociale, la réduction de la pauvreté et les interventions en matière de développement;
- c. Incapacité de mettre en œuvre des plans internationaux et de dégager un consensus international comme la Déclaration de Johannesburg, le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique, la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses;
- d. Participation et investissements limités du secteur privé local dans le développement social, en particulier dans le domaine de la protection sociale;
- e. Manque de participation communautaire aux activités liées au Programme d'action de la CIPD;
- f. Le taux de fécondité globale toujours élevé, l'augmentation démographique et une forte dépendance en raison de performances économiques insuffisantes seraient les principaux facteurs ayant amenuisé les gains engrangés en matière de réduction de la pauvreté dans la plupart des pays.

2- Droits et santé en matière de procréation

2.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD cherche à promouvoir la santé des femmes et une maternité sans risques, à diminuer rapidement et de façon substantielle la mortalité maternelle et à réduire les écarts observés entre pays en développement et pays développés et, à l'intérieur des pays, à réduire sensiblement le nombre de décès et la morbidité résultant des avortements à risques. La cible pertinente est la cible 5.A de l'OMD 5: «Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle». Les indicateurs de santé maternelle et juvénile recouvrent notamment les taux de mortalité maternelle, de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans.

2.2 Mortalité maternelle

Parmi les principales régions du monde, l'Afrique est celle qui enregistre les chiffres les plus élevés de mortalité maternelle. On a relevé 529 000 décès maternels par an dans le monde, dont 48% en Afrique (Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et FNUAP, 2003). Pour chaque décès maternel, on estime qu'il y a 30 à 50 cas de morbidité, y compris des maladies passagères ou chroniques (FNUAP, 2004). Dans les régions développées, le taux de mortalité maternelle était aussi faible que 20 pour 100 000 naissances vivantes alors qu'en Afrique subsaharienne, il était de 920. Des estimations plus récentes des taux de mortalité maternelle montrent que la situation pourrait se détériorer dans un certain nombre de pays. Le taux de mortalité maternelle de plusieurs pays africains dépasse 1500 pour 100 000 naissances vivantes

(Angola, Malawi, Niger, Sierra Leone et Tanzanie). Le cas le pire est celui de la Sierra Leone, qui enregistre un taux record de 2 000 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La tendance qu'auraient les taux de mortalité maternelle à fluctuer inquiète certains pays comme par exemple la Namibie, où le taux semble avoir augmenté, passant de 227 en 1992 à 271 en 2000 et à 449 en 2006. En Afrique du Sud, le taux de mortalité maternelle a également augmenté pendant un certain temps, passant de 64 en 1999 à 78 en 2001 avant de retomber à 73,1 en 2002. De même, au Ghana, le taux de mortalité maternelle avait baissé, passant de 250 en 1999 à 186 en 2006, mais il est remonté à 230 en 2007. L'une des augmentations les plus spectaculaires jamais enregistrées est peut-être celle du Soudan où le taux est passé de 509 en 1999 à 1 107 en 2007. Aussi bien Maurice que les Seychelles ont signalé de faibles taux de mortalité maternelle, ce qui s'explique par la qualité de leurs infrastructures et leur capacité de gestion.

Il ne fait aucun doute qu'il est possible de faire baisser considérablement le nombre de décès liés à la grossesse en Afrique. Les risques sanitaires pour les mères sont bien moindres à mesure qu'augmente le nombre d'accouchements effectué sous la supervision de professionnels de santé. Tous les pays ont reconnu que des efforts visant à la fourniture de soins prénatals, à la présence de personnels qualifiés à la naissance, à des soins de base à la fois pour la mère et le nouveau-né, à un meilleur accès aux urgences obstétriques et néonatales, à des services de planification familiale de qualité, et à l'apport de soins post-IVG sont importants pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés en Afrique.

Conscients que la prestation de services de santé maternelle et infantile dans le cadre de soins de santé primaires est fondamentale pour mettre à disposition des communautés des services de santé en matière de procréation, tous les pays ont fait part d'une amélioration de l'offre de soins de santé primaire même si des disparités subsistent entre zones rurales et urbaines ainsi qu'entre districts et provinces. Le Rapport national de la Tanzanie indique que le programme du secteur de la santé primaire (2007-2017) sert à orienter la mise en œuvre de programmes de santé maternelle et infantile visant à atteindre les OMD 4 et 5. Le Maroc met actuellement en place un plan national d'action sanitaire pour la période 2006-2015, qui comporte un important volet sur la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé juvénile.

Les données disponibles montrent à l'évidence que dans certains pays, un petit nombre (mais en augmentation) d'accouchements ont lieu dans des centres de santé ou avec l'aide de professionnels de santé qualifiés. Les soins postnatals sont importants pour la santé de la mère car une forte proportion des décès maternels intervient très peu de temps (48 heures) après l'accouchement en raison de l'insuffisance de services de soins maternels et de leur inadéquation en termes de qualité. Des complications résultant d'avortement à risques contribuent également de manière significative à la mortalité maternelle sur le continent mais il est difficile de se procurer des données de référence. En outre, la pauvreté réduit la possibilité d'avoir accès à une nutrition équilibrée, facteur critique pour la santé et la survie de l'enfant. Des programmes de planification familiale efficaces pourraient largement contribuer à réduire la fécondité et par conséquent à diminuer les risques d'une forte mortalité maternelle dans la population. De plus, la pratique répandue des mutilations génitales féminines dans de nombreux pays africains a aussi souvent des effets négatifs sur la santé des femmes.

2.3 Mortalité juvénile

Les tendances régionales montrent que l'Afrique du Nord et l'Afrique australe enregistrent le taux de mortalité infantile le plus faible tandis que ces taux sont supérieurs à 80 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique de l'Est et à 100 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest et centrale. En termes d'évolution dans le temps, l'Afrique du Nord enregistre un taux de mortalité néonatale et des moins de cinq ans faible, et en déclin constant, depuis 1990. L'Afrique de l'Est confirme l'évolution de l'Afrique qui connaît un déclin progressif de la mortalité juvénile. L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe ont toutes deux connu des fluctuations de la mortalité juvénile, bien que les niveaux d'ensemble soient plus élevés en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique australe. Certains pays à forte mortalité juvénile connaissent une baisse constante tandis que pour d'autres, les taux ont diminué jusqu'au début des années 90 pour remonter ensuite en raison principalement de l'incidence du sida.

Il est très probable que des pays comme le Burundi, le Kenya, Maurice, le Niger et les Seychelles atteindront la cible 4.A de l'OMD 4 «Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans», vu les résultats positifs obtenus dans la mise en œuvre de programmes qui offrent des services médicaux gratuits aux enfants âgés de moins de cinq ans. Dans le cas des Seychelles et de Maurice, la mortalité juvénile est déjà très faible; aux Seychelles, elle était de 10,6 par 1 000 naissances vivantes en 2007. Le Bénin, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Swaziland, et la Tanzanie devraient atteindre l'OMD 4 grâce à la mise en œuvre réussie de programmes de santé juvénile, notamment une vaste campagne de vaccination qui a entraîné une baisse du taux de mortalité juvénile dans ces pays.

2.4 Résultats des politiques et des programmes

Des mesures significatives ont été prises dans la plupart des pays en vue d'intégrer les questions de population dans les politiques et plans existants mais la mise en œuvre de ces programmes n'a pas été une totale réussite. La plupart des pays ont indiqué qu'ils avaient réexaminé les politiques et législations, et conçu des plans et programmes tenant compte des recommandations contenues dans des instruments de politiques adoptés sur la santé en matière de sexualité et de procréation au niveau du continent, tels que la Stratégie africaine de santé et le Plan d'action de Maputo pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation. Vingt-huit pays ont formulé des plans et des programmes allant dans ce sens; 27 pays se sont lancés dans des actions de sensibilisation alors que 22 sont parvenus à des consensus et ont créé des partenariats afin d'adapter la Stratégie africaine de santé 2007-2015.

Tous les pays ont reconnu que la prestation de services de santé maternelle et infantile dans le cadre des soins de santé primaires était fondamentale pour pouvoir offrir des services de santé en matière de procréation au niveau des communautés. Bien que ces pays aient signalé une amélioration de la prestation de soins de santé primaires, des disparités subsistent toujours entre zones rurales et urbaines ainsi qu'entre districts et provinces.

En 2007, le taux de prévalence global de méthodes de contraception moderne était d'environ 20% pour l'Afrique. Ce n'est qu'en Afrique australe que ce taux dépassait 50%, suivie de l'Afrique du Nord

(44%), de l'Afrique de l'Est (17%), de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale (moins de 10%). Sans l'adoption à grande échelle de méthodes modernes de planification familiale et sans une diminution de l'ampleur des besoins insatisfaits dans ce domaine, il sera difficile, voire impossible, de réduire sensiblement la mortalité maternelle et juvénile et de parvenir au seuil de transition de la fécondité, déterminant pour recueillir les fruits du dividende démographique.

Globalement, 40% des pays ne sont pas certains de pouvoir améliorer la santé maternelle d'ici à 2015. Du point de vue des cibles, 50% ont exprimé l'espoir que le taux de mortalité maternelle puisse être réduit de trois quarts d'ici à cette date; toutefois, seulement 35,5% sont optimistes quant à la possibilité d'offrir un accès universel à la santé génésique à leur population d'ici à 2015.

Dans de nombreuses parties du monde, y compris notamment dans les pays développés, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un sujet sensible en matière de santé de la procréation. Qu'elle soit légalisée ou non, la pratique de l'IVG est universelle. Le Programme d'action de la CIPD a attiré l'attention sur les conséquences pour la santé de la femme des avortements à risques et proposé des mesures permettant de traiter ce problème de santé publique critique (Nations Unies, 1994). Il est noté en outre que les soins associés aux IVG devraient faire partie intégrante des soins de santé primaires et que dans les cas où l'avortement est autorisé par la loi, il devrait être sans risque. Le Rapport de la CIPD+5 de l'Organisation des Nations Unies a de nouveau demandé que les systèmes de santé, dans les cas où l'avortement est légal, forment des prestataires de services de santé et leur fournissent les équipements nécessaires et que d'autres mesures soient prises pour faire en sorte que les IVG soient sans risques et que les femmes puissent y avoir accès (Nations Unies, 1999).

2.5 Résumé des défis

- a. Malgré les engagements forts pris au niveau continental et national en matière de politiques, il y a un manque de continuité entre les politiques adoptées et les mesures concrètes, ce qui laisse souvent un fossé à combler;
- b. Si l'on veut réaliser des progrès significatifs dans les années à venir, les valeurs socio-culturelles discriminatoires qui empêchent les femmes et les hommes d'avoir accès aux services de santé doivent être vigoureusement remises en question.

3- Égalité entre les sexes, équité et autonomisation des femmes

3.1 Introduction

Dans de nombreuses zones en développement, notamment en Afrique, l'ethnicité, l'appartenance à une classe, la religion et la politique continuent de façonner les relations entre hommes et femmes, et ce toujours en faveur des hommes. Les relations entre les sexes déterminent l'accès des femmes aux ressources et leurs opportunités de travail; elles définissent les limites de ce qu'une femme peut entreprendre au travail, au sein de la famille ou dans la vie publique; elles déterminent le comportement des hommes, les responsabilités et les droits; elles ont une incidence sur le fonctionnement

économique et social à tous les niveaux et elles influencent les relations entre époux, enfants et parents, cadres et employés, et entre membres de la communauté.

C'est dans ce contexte que le Programme d'action de la CIPD a défini l'objectif consistant notamment à atteindre l'égalité et l'équité sur la base d'un partenariat harmonieux entre hommes et femmes afin qu'ils puissent exploiter au mieux leur plein potentiel. À ces objectifs correspondent l'OMD 3 qui vise à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et l'OMD 2 qui vise à assurer l'éducation primaire pour tous.

Au niveau continental, l'Union africaine a adopté en 2009 un Document de politique sur les questions hommes-femmes (Rév. 2, 10 février 2009) en tant que cadre permettant de favoriser un environnement et des pratiques tenant compte des questions hommes-femmes et de renforcer les engagements pris en vue de réaliser l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, en particulier dans les États membres.

3.2 Politiques, programmes et arrangements institutionnels

Fort de l'appui des partenaires de développement, l'Union africaine a mis en place un certain nombre de cadres et politiques juridiques favorables à l'équité, à l'égalité entre les sexes et à l'autonomisation des femmes. Il s'agit entre autres de la Déclaration solennelle sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique, du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique et de la Politique continentale sur les questions hommes-femmes. Ces cadres ont servi à orienter les gouvernements des pays dans l'élaboration de politiques et de programmes dans ce domaine.

La plupart des pays africains ont mis en place des mesures législatives visant à garantir l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes qui vont au delà du simple principe d'égalité des personnes devant la loi prévu dans les constitutions nationales. Un ensemble de lois spécifiques telles que les lois intitulées National Civil Society Law 2007 (loi de 2007 sur la société civile nationale) du Soudan, *Legal Capacity of Married Persons Act 2006* (loi de 2006 sur la capacité juridique des personnes mariées), la Constitution de 2006 de la République démocratique du Congo ou encore le Code de la nationalité de 2006 du Maroc, ont toutes été promulguées pour traiter des préoccupations concernant l'égalité entre hommes et femmes, l'équité et l'autonomisation des femmes. Certains pays, notamment le Gabon, Sao Tomé-et-Principe et le Sénégal, ont tous promulgué des lois concernant spécifiquement les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation des femmes et des hommes.

Les rapports nationaux ont montré que des arrangements institutionnels d'envergure ont été mis en place pour faciliter l'intégration des questions hommes-femmes et promouvoir l'avancement des femmes dans les pays africains. Le Bénin, l'Éthiopie, le Gabon, le Ghana, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria et la Tanzanie ont signalé qu'ils avaient créé des ministères spécifiques, dotés de pouvoirs décentralisés aux niveaux sous-nationaux et chargés de s'occuper de la problématique hommes-femmes et de promouvoir l'autonomisation de ces dernières.

3.3 Mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et réalisations

Les rapports nationaux de l'Éthiopie, du Gabon, du Ghana, de Madagascar, du Malawi, du Sénégal et de la Sierra Leone ont indiqué que des programmes visant à réduire la mortalité maternelle étaient actuellement mis en œuvre. Ils ont indiqué également que même s'il était indispensable que les hommes participent à la réalisation des objectifs en matière de santé génésique, les efforts étaient avant tout axés sur les femmes, principalement sur la mortalité maternelle. De même, les valeurs sociales et les traditions culturelles associés aux rapports de force au sein du foyer continuent de contribuer à la vulnérabilité des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles (MST et VIH), à la morbidité et à la mortalité maternelles.

Les rapports nationaux ont signalé une augmentation progressive de la participation politique et de la représentation des femmes dans les principaux organes décisionnels dans presque tous les pays africains. Pour la législature actuelle, le Rwanda détient le record mondial avec 57% de femmes députées. C'est en 2006 au Libéria que la première chef d'État a été élue démocratiquement en Afrique. Comme dans plusieurs autres pays africains, la représentation des femmes est supérieure à 30% en Afrique du Sud, au Mozambique et en Namibie. Actuellement, le parlement sud-africain occupe la dixième place sur 130 parlements à travers le monde pour ce qui est de l'avancement des femmes au plan de la gouvernance. En Ouganda, le nombre de femmes députées est passé de 25% en 2003 à 29,2% en 2007. Grâce à des mesures d'autonomisation proactives, à une législation et à une sensibilisation efficaces, 51% des personnes occupant des postes de décision dans le secteur public à Maurice sont des femmes. En revanche, au Maroc, seulement 20,6% de femmes occupent un poste de ministre et 10,5% sont députées.

Bien que le taux d'analphabétisme chez les femmes régresse et que les écarts entre hommes et femmes se combler, de nombreux pays rencontrent toujours des problèmes. Selon des sources de l'UNESCO de 2007, le Tchad faisait état d'un taux d'analphabétisme de 12,8% chez les femmes contre 40,8% chez les hommes. Dans quatre autres pays, moins de 20% de l'ensemble des femmes sont alphabétisées: Niger (15,1%), Mali (15,9%), Burkina Faso (16,6%) et Guinée (18,1%). En Ouganda, le taux de scolarisation des filles s'est amélioré, passant de 47% en 1997 à 50% en 2005. Au Maroc, le taux de scolarisation des filles et des garçons dans le primaire et le secondaire est sensiblement le même, celui des filles atteignant 47%. Toutefois, comme dans d'autres pays, des disparités existent aux niveaux sous-nationaux.

Entre 1990 et 2006, le nombre de femmes occupant un emploi salarié dans le secteur non-agricole en Afrique subsaharienne est passé de 25 à 31%. En Afrique du Nord, le chiffre est resté stable à 21% pendant la même période. Le taux de chômage des femmes est aussi plus élevé que celui des hommes en Afrique du Nord, mais plus bas dans le reste de l'Afrique. En 2007, les Marocaines ne représentaient que 20,7% des travailleurs salariés contre 79,3% pour les hommes. De plus, seulement 13,8% des femmes contre 86,2% des hommes sont des travailleurs indépendants au Maroc. À noter aussi que si le nombre de Sud-Africaines ayant un emploi salarié dans le secteur non agricole a, paraît-il, augmenté, il existe toujours de gros écarts de salaire selon le sexe.

Les rapports montrent en général que les valeurs culturelles et les pratiques traditionnelles continuent d'influencer la prise de décision et la participation des hommes et des femmes au niveau de

la famille et du ménage. Toutefois, de nombreux pays (comme l'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho, le Sénégal) ont conçu des programmes visant à encourager la participation des hommes à la vie familiale et aux questions de santé en matière de procréation, notamment la prévention des violences à l'égard des femmes. Le Rapport national de l'Ouganda montre que le nombre de femmes à prendre seules des décisions concernant l'utilisation de leurs revenus a reculé, passant de 59,6% en 2001 à 54,6% en 2006, indépendamment du niveau d'éducation, de l'âge ou de la zone d'habitation (rurale ou urbaine).

La violence sexiste a été reconnue comme un problème critique, qui se manifeste sur le continent sous diverses formes, notamment le harcèlement psychologique et moral et les abus sexuels au sein des familles et des communautés. Le Rapport national de l'Éthiopie montre que les problèmes de santé en matière de procréation, en particulier chez les jeunes femmes, pourraient être liés à certaines pratiques traditionnelles néfastes, telles que le mariage précoce, l'enlèvement des femmes, l'excision et les mutilations génitales féminines, les inégalités entre hommes et femmes, la coercition sexuelle, le viol et les privations, en particulier le manque d'accès à des services en matière de santé sexuelle et de procréation. Au Soudan, le mariage précoce est aussi une pratique habituelle, notamment dans les zones rurales où 12% des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans et 27% avant l'âge de 18 ans. Le Congo, la République centrafricaine et la Sierra Leone ont indiqué que les conflits armés constituent les principaux facteurs qui aggravent l'occurrence de la violence sexuelle à l'encontre des femmes et des filles. Selon le Rapport national de l'Ouganda, les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2006 montrent que 70% des femmes ont été victimes de violences physiques ou sexuelles, environ 29% d'entre elles ayant subi les deux. Le Rapport du Soudan a indiqué que la prévalence des mutilations génitales féminines ou de l'excision était de 70% dans le nord du Soudan et que 53,6% des femmes qui s'étaient mariées avaient toujours l'intention de faire subir cette opération à leurs filles. Le Rapport national de l'Afrique du Sud montre que de nombreuses adolescentes ne veulent pas tomber enceintes à un âge précoce mais qu'elles subiront vraisemblablement une initiation sexuelle forcée ou des abus sexuels de la part de leurs partenaires.

Le Gabon, le Ghana, Madagascar, le Nigéria, la République démocratique du Congo, la Sierra Leone, le Sénégal et la Tanzanie ont dit avoir pris diverses mesures de nature à protéger les petites filles, notamment la ratification de diverses conventions internationales et la mise en œuvre de cadres juridiques nationaux. Plus précisément, le Nigéria a adopté les lois de 2003 sur les droits de l'enfant et la Tanzanie a révisé sa législation sur le travail pour empêcher le travail des enfants de moins de 14 ans. Afin de réduire l'incidence des mariages précoces, la Sierra Leone a adopté la loi de 2008, qui porte l'âge minimum légal du mariage à 18 ans.

3.4 Atteindre les OMD

Une majorité écrasante de pays (90%) qui ont répondu au questionnaire ont indiqué qu'ils atteindront probablement l'objectif de l'éducation primaire pour tous ainsi que la cible 2.A de l'objectif 2, «D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires». À la question concernant les perspectives d'atteindre l'OMD 3, la plupart des pays africains (76,7%) ont déclaré qu'ils y parviendraient probablement et un plus petit nombre de pays (66,7%) se sont dits optimistes quant à leur chance d'y arriver d'ici à 2015.

Maurice, les Seychelles et la Tunisie ont indiqué avoir presque atteint la cible 3.A de l'OMD 3: «Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard». La Gambie, le Lesotho, le Maroc, le Sénégal, la Sierra Leone et la Tunisie atteindront selon toute probabilité cette cible, étant donné les politiques et les programmes mis en place et les résultats déjà obtenus.

Des pays comme le Burundi, les Comores, la Guinée, le Kenya, Madagascar, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, le Swaziland et la Tanzanie, devraient atteindre la cible 3.A, vu les résultats positifs obtenus à la suite de la mise en place de politiques et de programmes appropriés. Grâce à l'accès à l'éducation pour tous, tant au niveau primaire que secondaire, en Ouganda, le taux de scolarisation filles/garçons en primaire en 2006, a atteint 0,96 alors que celui du niveau secondaire est passé de 0,83 en 2001 à 0,84 en 2006. Le Soudan, le Niger et la République centrafricaine n'atteindront vraisemblablement pas la cible 3.A car, en raison de divers facteurs, l'écart entre le nombre d'inscrits en primaire et en secondaire n'a pas diminué comme prévu et a même augmenté.

3.5 Engagements vis-à-vis des accords internationaux

Les rapports nationaux montrent que la Déclaration solennelle de l'Union africaine sur les droits des femmes et la Charte africaine sur les droits des personnes ont été adoptées à l'occasion d'un réexamen des politiques et des lois, de réformes institutionnelles et de l'élaboration de plans et de programmes. Les pays ont indiqué que d'autres instruments, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et les Objectifs et les cibles du développement pour le Millénaire, avaient servi à trouver des ressources et à déployer des efforts pour trouver une solution à la problématique hommes-femmes.

Tous les pays ont indiqué que, outre la ratification de la CEDAW, ils ont élaboré au moins un rapport sur l'état de la mise en œuvre de la Convention dans leur pays. Les 39 pays qui ont répondu ont tous dit avoir ratifié la Convention, 35 l'ont mise en œuvre alors que 32 pays élaborent actuellement leur rapport sur sa mise en œuvre. Les quelques pays qui n'ont pris aucune mesure ont donné comme raison le manque d'engagement politique et de capacités institutionnelles. Seuls deux pays ont indiqué que la Convention et son application au niveau national ne faisaient pas partie de leurs priorités.

3.6 Résumé des contraintes et défis majeurs

Bien que la plupart des pays aient indiqué avoir réalisé des progrès, ils continuent de faire face à des défis qui entravent la réalisation des objectifs fixés. Certains d'entre eux sont décrits ci-après:

- a. S'il y a pléthore de politiques et de législations relatives à la problématique hommes-femmes, la concrétisation de ces politiques en programmes, la mise en vigueur des législations et la mise en œuvre durable des programmes restent un défi majeur pour traiter les questions d'égalité entre les sexes dans la plupart des pays;
- b. Le fardeau du VIH/sida sur le continent repose toujours largement sur les femmes et les filles;
- c. Les valeurs socioculturelles ainsi que les pratiques traditionnelles continuent d'entraver la promotion de l'égalité des sexes, de l'équité et de l'autonomisation des femmes dans tous les pays.

4- La famille: son rôle, ses droits, sa composition et sa structure

4.1 Introduction

En Afrique, la famille est reconnue comme une unité importante de la société et du développement et joue un rôle clef dans la production et les fonctions socioéconomiques de ses membres ainsi qu'en matière de procréation. La Déclaration de Dakar/Ngor de 1992 reconnaît la famille comme une composante essentielle du tissu économique et social, et préconise l'adoption de stratégies adaptées aux services nécessaires aux familles. En juillet 2004, les chefs d'État et de gouvernement africains ont adopté le Plan d'action sur la famille en Afrique. Cet instrument de politique recommande des mesures permettant d'améliorer la qualité de vie de la famille en Afrique dans neuf domaines prioritaires qui couvrent l'éradication de la pauvreté; le droit à des services sociaux comme l'éducation; la santé familiale; la santé en matière de procréation; les familles ayant des besoins spécifiques, la promotion de la viabilité environnementale, en particulier dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, de la nutrition et de la sécurité alimentaire, de la fourniture de logements adéquats, et le droit à la propriété. De même, le Programme d'action de la CIPD de 1994 demandait aux gouvernements d'élaborer des politiques et des lois pour aider la famille et contribuer à sa stabilité, de prendre des mesures de sécurité sociale qui s'attaquent aux facteurs sociaux, culturels et économiques qui sous-tendent le coût sans cesse croissant d'élever des enfants, et de promouvoir l'égalité des chances pour les membres de la famille.

4.2 Situation de la famille

La situation de la famille en Afrique continue d'être gravement perturbée par toute une série de facteurs, notamment les conflits et l'instabilité, la mauvaise gouvernance et la détérioration des droits de l'homme, ce qui compromet sa stabilité et son bien-être et a pour conséquences de rendre les relations familiales tendues et de faire régner la violence et le crime. En raison de la crise alimentaire, énergétique et financière, l'Afrique connaît une pauvreté grandissante. Pourtant l'incidence de la pauvreté sur la structure et la formation des familles africaines n'est pas très bien comprise à cause de l'insuffisance des recherches effectuées dans ce domaine. Aux plans sanitaire et démographique, les recherches montrent que l'urbanisation rapide et l'utilisation accrue de méthodes contraceptives modernes contribuent à l'essentiel de la baisse de la fécondité constatée ces trente dernières années. Cependant, le taux de fécondité en Afrique a reculé principalement dans les zones urbaines et reste élevé dans les zones rurales, où les valeurs et les institutions sociales traditionnelles continuent de caractériser le style de vie familiale. La gravité de la situation démographique et sanitaire, notamment en raison de la prévalence du VIH/sida, entraîne un nombre croissant d'orphelins et de veuves et des taux élevés d'abandon scolaire, notamment chez les filles.

4.3 Mise en œuvre du programme d'action de la CIPD

Les réponses au questionnaire de l'évaluation de la CIPD+15 montrent que les pays ont mis en place des stratégies concernant le logement (26 pays), l'emploi (24 pays), l'éducation (33 pays), la sécurité sociale (29 pays), l'héritage (26 pays) et les personnes âgées (31 pays). Les mesures prises depuis 2004 concernent les membres de la famille, en particulier ceux qui vivent avec le VIH/sida, les per-

sonnes âgées, les personnes handicapées, les individus sans emploi, les veuves et les personnes touchées par des catastrophes naturelles (voir les tableaux 3.1 et 3.2). Les rapports nationaux donnent davantage d'informations détaillées sur les mesures prises par les pays, notamment les politiques permettant d'aborder le bien-être familial dans des domaines comme la sécurité sociale, l'éducation, la santé et le logement. L'Afrique du Sud, le Bénin, le Malawi, Maurice, le Mozambique, le Nigéria, les Seychelles et la Sierra Leone ont adopté des politiques, des lois et autres cadres institutionnels pour répondre aux besoins des familles ainsi que des programmes pour aider les individus les plus vulnérables, notamment les orphelins du sida, les personnes handicapées et les personnes âgées. La famille a reçu une attention spéciale dans les pays sortant de conflits, comme l'Angola, le Libéria, le Mozambique et la Sierra Leone.

4.4 Résumé des défis

Malgré ces mesures et ces réalisations, les rapports montrent que le Plan d'action sur la famille en Afrique de l'Union africaine n'a pas été largement appliqué et que la mise en œuvre des codes et réglementations juridiques existants qui visent à améliorer le bien-être familial laisse beaucoup à désirer. Lorsque des politiques macroéconomiques sont mises en œuvre, leurs conséquences et leurs impacts sur les différentes catégories de familles sont souvent négligés. C'est pourquoi l'application de lois, de politiques et de stratégies sur la famille doit être accélérée et qu'il faut mener des recherches pour que les décisions concernant l'intégration des préoccupations familiales dans le processus de développement soient prises en toute connaissance de cause, comme le prévoit le Programme d'action de la CIPD.

5- Les enfants et les jeunes

5.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD exhorte les gouvernements notamment a) à accorder un haut rang de priorité et une attention particulière à tous les aspects de la protection, de la survie et du développement des enfants et des jeunes, b) à prendre des mesures efficaces pour lutter contre l'abandon et contre tous les types d'exploitation et de mauvais traitements infligés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes et c) à promulguer des lois contre l'exploitation économique, les mauvais traitements physiques et psychologiques infligés aux enfants et l'abandon d'enfants, et à les faire rigoureusement respecter. Dans le même esprit que le Programme d'action de la CIPD, la Charte africaine de la jeunesse sert de guide aux États membres de la Commission de l'Union africaine, qui sont tenus de mobiliser des ressources et de faciliter (en y faisant participer effectivement les jeunes) la mise en œuvre de programmes en faveur de l'emploi et des droits des jeunes, de l'équilibre entre les sexes, d'actions de sensibilisation, de l'éducation et de la formation pratique, de la santé, de la paix et de la sécurité, de la culture, des sports et des loisirs. La Convention relative aux droits de l'enfant stipule (article 24) que les enfants ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de soins de santé (y compris l'éducation et les services en matière de planification familiale).

5.2 Analyse de la situation

5.2.1 Les enfants

Le rapport de l'UNICEF intitulé *La Situation des enfants en Afrique 2008* indique clairement que l'Afrique subsaharienne est la région du monde dans laquelle il est le plus difficile pour un enfant de survivre jusqu'à l'âge de cinq ans. Selon les indications, trois pays (l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo) représenteraient plus de 43 % du nombre total des décès d'enfants de moins de cinq ans sur l'ensemble du continent.

5.2.2 Les jeunes

Le caractère prédominant de la population africaine est sa jeunesse, puisque les enfants et les jeunes de moins de 15 ans représentent plus de 40 % du total de la population. Selon les rapports nationaux, les difficultés que rencontrent les jeunes et les adolescents dans tous les pays sont très similaires: fort taux de chômage déclaré, toxicomanie, vulnérabilité aux problèmes liés à la santé génésique et autres problèmes connexes comme les IST et le VIH/sida, mariages et grossesses précoces, complications à l'accouchement et avortements à risques. Comme beaucoup d'autres pays, le Soudan et le Malawi ont indiqué que c'est chez les jeunes que l'on trouve la majorité des cas signalés d'infection par le VIH. L'enquête sentinelle 2006 de la Namibie a révélé que le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH était de 10,2 % chez les 15 à 19 ans et de 16,4 % chez les 20 à 24 ans. En Afrique du Sud, on prévoyait un taux de prévalence du VIH de 33,7% en 2008 chez les femmes âgées de 27 ans.

Le Rapport national de Maurice indiquait qu'en 2007, 10,6% des naissances vivantes étaient le fait d'adolescentes de 15 à 19 ans et que ces grossesses, ainsi que les avortements et les complications en découlant étaient en hausse. En ce qui concerne la République centrafricaine, plus de la moitié des adolescents (15 à 19 ans) vivaient en concubinage en 2006 et environ 20,4% des femmes étaient mariées avant l'âge de 15 ans.

Selon les rapports nationaux, pour apporter une réponse qui soit à la hauteur des difficultés que rencontrent les jeunes, les gouvernements ont adopté des politiques et des programmes visant à conférer à ces jeunes une autonomie socioéconomique, grâce notamment à des structures décentralisées à l'échelon sous-régional pour la coordination des questions les concernant. Dans certaines pays africains comme le Ghana, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, le Sénégal et la Tanzanie, les stratégies et programmes de développement des jeunes se sont également intéressés avant tout à la promotion d'un mode de vie sain, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Outre l'élaboration en 2004 de la politique nationale en faveur de la jeunesse, l'Éthiopie a fait état de la prise en compte, à tous les niveaux, des questions relatives à la jeunesse dans le Plan de développement accéléré et durable en vue de mettre fin à la pauvreté (PASDEP) qui couvre la période 2006-2010. Des projets visant à promouvoir l'emploi des jeunes dans le cadre d'une stratégie de réduction de la pauvreté sont mis en œuvre au Bénin, au Lesotho et au Sénégal afin de créer au niveau national, des conditions favorables à la promotion de l'emploi des jeunes et au développement des entreprises.

Dans leurs rapports nationaux, les pays indiquent que des mesures sont prises pour encourager la participation des jeunes à la prise de décisions, y compris au processus politique. Au Mozambique, en Ouganda et en Tanzanie, par exemple, des dispositions particulières permettent aux jeunes de participer au processus politique, tant à l'échelon des conseils sous-nationaux qu'à l'échelon national.

Tous les pays ont indiqué avoir mis en place des stratégies pour aborder les questions liées à la santé sexuelle et génésique des adolescents. L'essentiel des efforts déployés par le Gabon, le Ghana, le Lesotho, Maurice, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, le Sénégal et la Tanzanie a porté sur la recherche de solutions aux problèmes de santé génésique des adolescents (scolarisés ou non), par le biais de programmes spécifiques. En Afrique du Sud, au Bénin, en Namibie, en Ouganda et en Tanzanie, des programmes de prévention du VIH/sida ont permis de cibler spécifiquement les filles et les garçons afin de les aider à faire des choix pour se protéger contre l'infection.

5.3 Réussites

Même si des progrès ont été signalés en Afrique de l'Ouest, cette région totalisait encore plus de 40 % des décès d'enfants en Afrique en 2006, suivie par l'Afrique de l'Est (30 %), l'Afrique centrale (18 %), l'Afrique australe (8 %) et l'Afrique du Nord (2 %).

Grâce aux mesures prises dans certains pays comme l'Ouganda, l'incidence des grossesses chez les adolescentes, qui était élevée, a considérablement baissé. Au Ghana, l'utilisation de contraceptifs par les adolescents a augmenté et, comme dans d'autres pays, ceux-ci sont maintenant plus au fait des questions de santé génésique. Dans les pays en situation de conflit ou d'après-conflit comme la République démocratique du Congo ou la Sierra Leone, l'exécution de programmes spécifiques a permis la réadaptation et la réinsertion d'enfants et de jeunes ex-combattants dans la société.

Dans l'ensemble, ces efforts ont été entravés par le manque de ressources, qui limite les programmes à des dispositifs pilotes de faible portée ou à des programmes concernant seulement certains districts. De même, des groupes spécifiques comme les filles mariées très jeunes ou les jeunes handicapés ont beaucoup de mal à accéder à divers services en raison d'obstacles socioculturels et logistiques. De façon générale, la pauvreté, le chômage et l'impossibilité d'exercer une activité économique productive ainsi que la discrimination fondée sur le sexe (présente dans tous les domaines de la vie et notamment à l'égard des petites filles) continuent d'être des problèmes majeurs pour la prestation de services aux enfants et aux jeunes.

5.4 Résumé des défis

Selon le rapport de l'UNICEF de 2008, la solution à adopter pour répondre aux besoins des enfants, notamment en Afrique subsaharienne, consiste à transformer radicalement les systèmes de santé de chaque pays, la priorité étant accordée à des domaines stratégiques importants tels que: a) le renforcement des systèmes de santé avec l'appui de partenariats communautaires, afin de favoriser l'appropriation des initiatives en faveur de la survie de l'enfant au niveau local; b) l'établissement d'un système de soins suivi dans le temps et dans l'espace de façon à établir un lien entre services de santé essentiels pour la mère, le nouveau-né et l'enfant, tout au long de la grossesse, de l'accouchement,

de la période postnatale, de la petite enfance et de l'enfance, et pour l'apport de soins intégrés aux adolescentes, et c) le renforcement des systèmes de santé grâce à des stratégies axées sur les résultats, ainsi que des programmes et des partenariats consolidés.

En ce qui concerne les jeunes, les recherches montrent qu'en termes de dividende démographique, la plupart des pays d'Afrique enregistreront des gains bien après 2040. Il est nécessaire par conséquent de prendre des mesures appropriées, prévoyant notamment des programmes d'enseignement et de formation professionnelle efficaces, conduisant à une plus grande souplesse du marché du travail, et d'avoir recours à une planification tenant compte des questions hommes-femmes, pour faire en sorte que l'Afrique soit bien placée pour tirer profit des bénéfices démographiques.

6- VIH/sida, paludisme, tuberculose et autres maladies transmissibles

6.1 Introduction

En ce qui concerne le VIH/sida et les MST, le Programme d'action de la CIPD a pour objectif de les prévenir, d'en réduire l'incidence et de fournir un traitement, non seulement pour les MST, dont le VIH/sida, mais aussi pour leurs complications, comme la stérilité, une attention particulière étant portée aux jeunes filles et aux femmes. Afin d'accélérer la mise en œuvre du volet du Programme d'action de la CIPD concernant le VIH/sida et les MST, la Déclaration du Millénaire (2000) a établi pour l'objectif 6 «Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies» les deux cibles suivantes: a) D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida; b) D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies graves.

6.2 Évolution et tendances

Les données disponibles indiquent que la prévalence du VIH chez les femmes adultes (15-49 ans) est plus élevée en Afrique australe qu'en Afrique du Nord. Tous les pays ayant un taux de prévalence de 25% et plus pour les femmes adultes (2005) se trouvent en Afrique australe: Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. À l'exception de la République centrafricaine, les pays d'Afrique australe comme le Mozambique ou le Malawi enregistrent également un taux de prévalence compris entre 10 et 20%. À l'inverse, plusieurs pays d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Ouest comme l'Algérie, l'Égypte, Madagascar, le Maroc, Maurice, la Mauritanie, le Sénégal ou la Somalie, ont maintenu un taux de prévalence très faible pour les femmes adultes, de l'ordre de 1% ou moins.

Compte tenu des répercussions dévastatrices de la pandémie du VIH/sida, la plupart des pays ont indiqué avoir pris des mesures visant à créer un environnement favorable pour lutter contre la maladie afin d'en réduire la prévalence et les incidences. Ces mesures comprennent notamment l'élaboration de politiques, de lois et de réglementations ainsi que la création d'institutions de coordination, tant à l'échelon national que sous-national. Les rapports nationaux indiquent en outre que des plans stratégiques et des programmes nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH/sida ont été mis en place à titre de mesures globales permettant à chaque pays de prévenir l'épidémie, de la

traiter et d'en atténuer les conséquences. De plus, en raison des liens étroits entre la santé en matière de sexualité et de procréation, les IST et le VIH/sida, la plupart des pays comme le Lesotho, le Malawi, Maurice, le Nigéria et l'Ouganda, ont pris des mesures telles que l'élaboration de politiques, de directives techniques et la formulation de protocoles ainsi que la réforme des mécanismes de prestation de services, dans le but d'intégrer le VIH/sida dans des programmes portant sur la santé génésique.

Les réponses à l'enquête CIPD+15 révèlent que la tuberculose est considérée comme un problème majeur de santé publique dans tous les pays, particulièrement dans ceux qui présentent une prévalence élevée du VIH/sida. Les rapports indiquent également que des plans stratégiques et des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose sont en place dans presque tous les pays, avec pour but principal de sensibiliser la population et d'améliorer le dépistage et le traitement de cette maladie.

La plupart des pays ont indiqué que le paludisme était la première cause de morbidité et de mortalité pour toutes les tranches d'âges. La majorité des pays, dont l'Éthiopie, le Malawi, le Mozambique, le Soudan et la Tanzanie ont signalé avoir mis en place des programmes visant à faire reculer le paludisme ainsi que d'autres programmes stratégiques susceptibles d'améliorer la prise en charge de cette maladie (en particulier pour les groupes vulnérables comme les enfants et les femmes enceintes) et la lutte antivectorielle grâce à la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Compte tenu de la forte prévalence du paludisme et de ses incidences, en particulier dans les pays de l'Afrique subsaharienne, des programmes spécifiques de lutte antivectorielle, de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que des diagnostics et des traitements ont été mis en œuvre afin de réduire les effets de la maladie.

6.3 Réussites dues aux politiques et programmes

La Commission de l'Union africaine a appliqué de nombreuses stratégies régionales, à savoir la Stratégie de la santé en Afrique, le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique, la déclaration d'Abuja en faveur d'un accès universel à la prévention du VIH, du paludisme et de la tuberculose et l'appel d'Abuja en faveur d'un accès universel au traitement, aux soins de santé et aux services de soutien. Grâce à ces initiatives d'envergure continentale, les pays d'Afrique ont intensifié leurs efforts pour lutter contre la pandémie du VIH/sida. Au fil des années, des mécanismes ont été adoptés afin d'améliorer la surveillance des maladies infectieuses, dont le paludisme et la tuberculose. Ces mécanismes ont orienté la prise de mesures visant à réduire la prévalence de ces maladies. On s'oriente de plus en plus vers la recherche empirique pour la gestion des programmes de lutte contre le VIH/sida, comme c'est le cas pour la circoncision où l'on a la preuve qu'elle contribue à freiner la propagation du virus. De plus, davantage de personnes dans le besoin ont eu accès à des médicaments pour le VIH/sida à des tarifs plus abordables. Des initiatives novatrices de financement des soins de santé ont été mises en œuvre, par exemple la gratuité des soins dans des pays comme le Kenya et Maurice et des services gratuits de vulgarisation en Éthiopie.

D'après les rapports nationaux pour la CIPD, environ un tiers des pays estime qu'ils atteindront probablement l'ODD 6, à savoir «Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies». Trente

pour cent des pays ont indiqué avoir peu de chances d'atteindre la cible de cet objectif «D'ici à 2015, avoir annulé et commencé à inverser la progression du VIH/sida» et environ la même proportion (28,6%) considèrent qu'ils n'atteindront probablement pas la deuxième cible «D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies graves».

6.4 Résumé des défis

Malgré les progrès réalisés, les rapports nationaux indiquent que les liens entre les différents types de programmes sont intrinsèquement faibles, par exemple entre le VIH/sida et la santé génésique. Au Maroc et en Ouganda, ce problème a affaibli la synergie et l'harmonisation des interventions. Selon les rapports, l'accroissement des connaissances sur le VIH/sida se traduit rarement par des changements comportementaux positifs et particulièrement l'adoption de pratiques sexuelles sans risque, comme l'utilisation efficace et continue de préservatifs. La pauvreté, les préjugés, les religions et les facteurs socioculturels restent les principaux éléments qui aggravent la propagation du VIH/sida sur le continent. De plus, selon les rapports nationaux, bien que les femmes et les jeunes filles soient les plus touchées par le VIH/sida, elles continuent de ne pas avoir accès aux services nécessaires, principalement en raison de l'intégration inadéquate de la dimension sexospécifique dans la fourniture des services liés au VIH/sida. De même, les conflits qui détruisent les infrastructures de santé et provoquent des déplacements forcés de population, ont posé d'énormes difficultés pour mener à bien des interventions dans les pays touchés. Ils contribuent également à attiser la violence sexiste et augmentent la vulnérabilité des femmes face aux risques d'infection par le VIH et autres IST.

7- Répartition de la population, urbanisation et migration interne

7.1 Introduction

Outre l'importance accordée à la répartition de la population et au développement durable, à la croissance démographique dans les grandes agglomérations urbaines et aux personnes déplacées, le Programme d'action de la CIPD+15 fixe également des objectifs pour résoudre les problèmes en matière de population et d'environnement. Ils sont clairement liés à l'objectif 7 de la Déclaration du Millénaire pour le développement, à savoir «Préserver l'environnement» et à ses cibles: i) «intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources naturelles»; ii) «réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès durable à l'eau potable ni à des services d'assainissement de base»; iii) «améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis». Pour parvenir à un développement durable, il est important de résoudre les problèmes liés à la répartition de la population, à l'urbanisation et à la migration interne, compte tenu de leur incidence sur la réalisation de tous les OMD.

7.2 Analyse de la situation

Il ressort des enquêtes menées dans le cadre de la CIPD+15 que les pays sont préoccupés par les questions de la répartition de la population et de la rapide urbanisation parce qu'ils ont constaté des évolu-

tions notables de la taille et de la répartition de leur population, de l'urbanisation et de la migration interne. Les données sur la répartition régionale de la population indiquent qu'avec 315,8 millions de personnes (31 %), l'Afrique de l'Est est la région la plus peuplée, suivie de près par l'Afrique de l'Ouest (29,5 %), l'Afrique du Nord (19,7 %), l'Afrique centrale (11,9 %) et l'Afrique australe (5,7 %). Les estimations les plus récentes de la population mondiale (ONU, 2008) indiquent que la densité moyenne de population dans le monde est de 50,8 personnes par km². Par rapport aux 23,3 personnes par km² dans les pays développés et aux 68,4 personnes par km² dans les régions du monde en développement, on peut dire que l'Afrique, avec une densité de 34,1 personnes par km², est relativement peu peuplée. Cependant, on trouve des zones de forte densité de population le long des côtes du Golfe de Guinée, de l'océan Indien et de la mer Méditerranée ainsi qu'autour des grands lacs africains (lacs Victoria, Tanganyika et Tchad).

On observe également des variations sous-régionales, l'Afrique de l'Est affichant la densité la plus élevée (51 personnes par km²), suivie de l'Afrique de l'Ouest (49), de l'Afrique du Nord (25), de l'Afrique australe (22) et de l'Afrique centrale (19). Les capitales de la plupart des pays africains connaissent aussi de fortes densités de population. Ainsi, au Mozambique, la densité de population est de 25 habitants par km² pour l'ensemble du pays et de 3 663 habitants pour la ville de Maputo; en Éthiopie, la densité de population est de 68 personnes par km² pour l'ensemble du pays et de 5 609 personnes pour Addis-Abeba; en Sierra Leone, elle est de 69 personnes par km² et de 9 426 personnes pour Freetown. Dans le cadre de l'enquête pour la CIPD+15, tous les pays ont indiqué que l'urbanisation rapide, la densité élevée de population et l'exode rural étaient des problèmes majeurs entravant leurs efforts de développement.

Pour beaucoup, le XXI^e siècle sera une période sans précédent dans l'histoire de l'humanité qui verra l'expansion des villes du monde entier et l'urbanisation jouer un rôle majeur dans le développement social et économique. Actuellement, plus de la moitié de la population mondiale vit en milieu urbain; elle devrait dépasser les 4,9 milliards d'ici à 2030. Pour l'Afrique, entre 2005 et 2010, les taux de croissance urbaine devraient rester élevés dans des pays comme le Burundi (6,8 %), le Libéria (5,7 %), l'Érythrée (5,4 %), le Malawi (5,2 %), la République démocratique du Congo (5,1 %) et le Burkina Faso (5,0 %). Cette situation a de vastes conséquences, étant donné que huit des quinze pays dont plus de la moitié de la population urbaine vit en-dessous du seuil de pauvreté se trouvent en Afrique (Angola, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Sierra Leone, Tchad et Zambie). Le profil démographique des villes d'Afrique se caractérise par la prépondérance des jeunes, particulièrement visible dans les taudis. Ce scénario démographique aura d'importantes répercussions si le secteur urbain doit être le moteur du développement du développement national par le secteur urbain.

L'Afrique est l'un des continents dont la plus grande partie de la population urbaine vit dans les zones côtières, témoignage de l'héritage colonial du continent; en outre, 12 % de cette population urbaine vit dans des zones côtières de basse altitude, qui seront vraisemblablement les plus touchées par la montée du niveau des océans. L'expansion rapide des villes d'Afrique apporte son lot de problèmes et d'opportunités pour le développement et les changements socioculturels. De plus, l'interaction continue entre citadins et habitants des zones rurales pourrait contribuer à la diffusion de facteurs de changements sociaux sur l'ensemble du continent. Cependant, la marginalisation, accompagnée de crises d'identité et de sentiments de frustration, en particulier chez les pauvres, a attisé la violence et l'insécurité dans les zones urbaines d'Afrique.

Si la présence de personnels qualifiés lors des accouchements et un meilleur accès aux soins obstétricaux d'urgence ont contribué à réduire la mortalité maternelle dans les zones urbaines, les citoyens pauvres ont toujours peu de chance d'avoir accès à des accoucheurs qualifiés. De même, le risque et la prévalence du VIH/sida sont plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales environnantes. Ainsi 25% du nombre total des personnes atteintes par le VIH en Afrique de l'Est et en Afrique australe sont originaires des 14 grandes zones métropolitaines (qui comptent chacune plusieurs millions d'habitants); 20 à 25% des personnes atteintes par l'épidémie en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale sont originaires des 25 grandes villes de cette sous-région.

7.3 Résumé des défis

Bien que les rapports nationaux fassent état d'une préoccupation croissante quant au phénomène urbain, les décideurs ont souvent négligé le fond du problème en ne tenant pas compte des besoins des citoyens pauvres et en décourageant la migration interne. Cependant, des éléments probants soulignent le rôle positif que l'urbanisation peut jouer dans le développement social et économique. C'est dans les villes, et en particulier dans les taudis, qu'il faudrait faire porter les efforts pour atteindre les OMD. Les pays africains devraient donc envisager d'accorder une juste priorité à l'urbanisation ainsi qu'au déplacement et à la répartition de la population, en faisant de ces questions un aspect essentiel de leur stratégie de développement. Tant pour les zones rurales qu'urbaines, il faudrait adopter des stratégies spécifiques ou consolider celles qui existent afin d'intégrer les enjeux de la répartition de la population, de l'urbanisation et de la migration interne dans les politiques et les programmes visant la réduction de la pauvreté et le développement. Ainsi se créerait un environnement favorable, dans les zones rurales et urbaines, qui permettrait à toutes les catégories d'individus d'améliorer leurs moyens d'existence et aux pays de faire fructifier leur dividende démographique en offrant des débouchés aux jeunes.

8- Migration internationale

8.1 Introduction

Reconnaissant l'importance du rôle que joue la migration internationale dans le développement, le Programme d'action de la CIPD demande aux pays d'origine et aux pays d'accueil de coopérer et de dialoguer afin d'en accroître les bénéfices pour le développement. Le Programme invite les gouvernements à résoudre les problèmes des migrants en situation régulière et irrégulière, des réfugiés, des demandeurs d'asile et des personnes déplacées hors de leur pays. La migration internationale ne fait pas partie des objectifs de la Déclaration du Millénaire. Néanmoins, il est généralement admis que chaque OMD a un rapport, direct ou indirect, avec la migration. En effet, après avoir analysé le lien entre les OMD et la migration internationale, le FNUAP (2006) est parvenu à la conclusion que celle-ci facilitait autant qu'elle freinait la réalisation des OMD.

Les avantages de la migration internationale pour le développement sont nombreux et très bien documentés. La migration apporte aux pays d'accueil une main-d'œuvre, qualifiée ou non, qui contribue au développement. De leur côté, les pays d'origine reçoivent, par des moyens officiels ou autres, des sommes d'argent provenant des travailleurs de l'étranger. En outre, la migration facilite les échanges et les investissements ainsi que le transfert et l'échange de connaissances, de compéten-

ces et de technologies entre les pays d'origine et les pays d'accueil. En Afrique, le rôle de la migration internationale dans le développement s'étend à d'autres domaines importants comme la lutte contre la pauvreté et l'apport de liquidités, par des voies officielles ou autres, afin de répondre aux besoins en matière de santé, d'éducation, de logement et aux autres besoins sociaux. Les droits de l'homme liés aux flux migratoires en Afrique sont tout aussi importants.

8.2 Situation et évolution de la migration internationale

Les données les plus récentes sur la migration internationale en Afrique montrent que les principaux pays d'accueil sont l'Afrique du Sud, le Burundi, la Guinée équatoriale, le Libéria et dans une moindre mesure, le Botswana, la Gambie et la Sierra Leone. Ces pays présentent des taux nets de migration internationale compris entre 4 et 20 pour 1 000 personnes. Par ailleurs, les principaux pays d'origine enregistrent des taux négatifs élevés. Il s'agit notamment du Cap-Vert, des Comores, du Congo, de la Guinée, du Lesotho, du Mali, du Maroc, de Sao Tomé-et-Principe et du Zimbabwe. Les taux nets de migration de ces pays sont compris entre -11 et -3 pour 1 000 personnes. Pour environ 17 pays, le taux net de migration internationale est de zéro tandis que pour les autres pays africains, les valeurs nettes sont faibles ou insignifiantes.

Pour l'ensemble de l'Afrique, la migration internationale est passée d'environ 16,5 millions de personnes en 2000 à environ 17 millions en 2005, soit un accroissement d'un demi-million de personnes en cinq ans. Avec un taux de croissance exponentiel annuel de 0,7%, la migration internationale en Afrique avoisinerait les 22,6 millions de personnes en 2009. Cette situation générale masque une réalité variable, étant donné que la situation et l'évolution de la migration internationale varient considérablement d'un pays à l'autre. Les pays ayant le stock le plus important (au moins 274 000 migrants internationaux en 2005) sont présentés sur la figure 8.1 du chapitre 8. Ensemble, ces 21 pays accueillent 82,6 % de la population totale des migrants internationaux du continent. La grande majorité des migrants internationaux proviennent de pays voisins.

Le développement en Afrique attire de plus en plus de main-d'œuvre issue d'autres continents, particulièrement d'Asie. La main-d'œuvre d'Inde, de Chine et des Philippines est de plus en plus recrutée dans les secteurs de l'extraction minière, de l'énergie et de la construction. L'accroissement rapide des relations économiques et politiques entre les pays d'Afrique et tant la Chine que l'Inde témoignent de cette tendance.

Le phénomène de la «fuite des cerveaux» concerne non seulement une importante émigration de travailleurs qualifiés de l'Afrique vers d'autres pays hors du continent mais aussi la migration intra-continentale de travailleurs qualifiés quittant un pays africain pour un autre. La grande majorité des pays se sont dits préoccupés par la fuite des cerveaux et ses conséquences sur le développement. La plupart signalent que la migration d'Africains talentueux et qualifiés vers l'Europe, les États-Unis, l'Australie et les États du golfe Persique dépouille le continent de ressources humaines déjà rares. De même, on observe un mouvement considérable de travailleurs qualifiés entre pays africains, la destination préférée étant les pays voisins. La fuite des cerveaux aurait une incidence directe sur des secteurs spécifiques comme la santé et l'éducation. Il ressort des rapports nationaux que de nombreux pays d'Afrique resteront confrontés à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, particulièrement dans le secteur de la santé, et à une surabondance de travailleurs non qualifiés.

En général, la migration illégale est élevée en Afrique australe, en Afrique de l'Ouest et en Afrique du Nord. Les pays qui accueillent un grand nombre de migrants en situation irrégulière sont l'Afrique du Sud, le Botswana, la Libye, le Sénégal et le Soudan. Bien que la suppression des visas soit entrée en vigueur en 2005 en vertu du protocole de la Communauté du développement de l'Afrique australe (SADC) qui a établi la liberté des échanges fondée sur la libre circulation des biens et des personnes, les pays d'Afrique australe ont déclaré que les migrants en situation irrégulière étaient de plus en plus nombreux. En Afrique du Sud, la grande majorité des migrants illégaux viennent du Mozambique et du Zimbabwe, le reste provenant de pays aussi éloignés que l'Éthiopie, le Nigéria et la Somalie.

La migration de retour est un phénomène en plein essor dans de nombreux pays africains. L'Afrique connaît deux grands schémas de migration de retour: le retour de réfugiés dans leur pays d'origine, principalement en raison de la fin d'un conflit, et le retour de travailleurs qualifiés et spécialisés qui étaient partis sur un autre continent, tendance apparue dans le sillage des crises financières qui ont mis à mal les économies des pays d'accueil. Certains pays ont enregistré une augmentation du nombre de retours de leurs ressortissants; ainsi, des Ghanéens, des Nigériens, des Soudanais et d'autres, partis travailler à l'étranger pendant des années, reviennent à présent dans leurs pays d'origine.

8.3 Mesures politiques

Les pays africains ont adopté différentes mesures pour résoudre les préoccupations en matière de migration internationale, notamment en favorisant la migration de retour des travailleurs qualifiés et en encourageant les investissements venant des membres des diasporas par des exonérations fiscales et douanières. En raison de la pression sociale due à des comportements xénophobes en Afrique du Sud, le gouvernement local a été obligé d'adopter des mesures restrictives, notamment le rapatriement ou l'expulsion des immigrants en situation irrégulière. Face à ces attaques xénophobes, certains pays ont pris des mesures afin de protéger leurs ressortissants immigrés en facilitant leur retour.

À ce jour, 16 pays sur 40 ont ratifié la Convention de l'ONU sur la protection des droits des travailleurs migrants et des membres de leur famille, et ses protocoles. Onze de ces pays en appliquent déjà les dispositions. En outre, sur les 40 pays ayant répondu, 19 ont dit avoir ratifié la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée et ses protocoles additionnels (le Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, mer et air et le Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants) et 14 ont affirmé mettre en œuvre leurs dispositions.

De manière générale, les pays ont exprimé leur inquiétude à propos de certains aspects de la migration internationale, en particulier la fuite des cerveaux, les mouvements de réfugiés, les pressions exercées par les migrants sur les ressources locales et l'empreinte écologique négative qu'ils laissent. Face à cette situation, les blocs sous-régionaux du continent devraient envisager l'adoption de protocoles qui faciliteraient la migration internationale tout en réduisant au minimum ses inconvénients, à la fois pour les pays d'origine et pour les pays d'accueil.

9- Situation de crise et préparation aux situations d'urgence

9.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD invite tous les gouvernements à adopter des mesures collectives afin d'atténuer les souffrances des enfants victimes des conflits armés et autres catastrophes et de contribuer à leur réadaptation. Il appelle en outre tous les pays à résoudre les causes des conflits et des déplacements, à instaurer les mécanismes nécessaires pour protéger et aider les réfugiés et les personnes déplacées, à adopter des mesures visant à fournir des services aux personnes déplacées et aux réfugiés, notamment des soins médicaux de base ainsi que des services de santé génésique et de planification familiale et à s'efforcer, conformément aux conventions et aux chartes existantes, de trouver des solutions durables aux problèmes rencontrés par les réfugiés et les personnes déplacées. Bien qu'il n'existe ni objectif ni cible du Millénaire pour le développement en ce qui concerne les conflits ou les situations de crise, en soulignant que la paix, l'harmonie et le respect des droits de l'homme sont des conditions préalables au développement durable, la Déclaration du Millénaire fait du règlement des conflits ainsi que de la préparation et de l'intervention face aux situations d'urgence l'assise essentielle pour atteindre les OMD. En effet, au Sommet du Millénaire, l'Assemblée générale a pris la résolution de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour atteindre la paix, la sécurité et le développement dans le monde.

9.2 Situation de crise en Afrique

Près d'un tiers des pays africain vit actuellement une crise ou en a vécu une l'année précédente. Dans la corne de l'Afrique, la sécheresse permanente, combinée à la fois à la flambée des prix des denrées alimentaires et du carburant et à la pauvreté généralisée, a provoqué des urgences humanitaires dans différents pays. En raison des conflits prolongés qui touchent la région des Grands Lacs africains, des millions de personnes ont été déplacées à l'intérieur de leurs frontières ou sont réfugiées dans les pays voisins. Dans la région du Sahel, la sécheresse prolongée, attribuable au changement climatique, est à l'origine de la désertification, de la disparition des terres agricoles et de mauvaises récoltes. Cette région est également minée par des conflits, ce qui contribue largement à l'insécurité alimentaire et à la pauvreté persistante. En Afrique australe, les pluies torrentielles de 2007-2008 ont provoqué des inondations au Mozambique, en Zambie et au Zimbabwe, touchant près de 90 000 personnes, dont quelque 72 000 au Mozambique et 8 000 au Zimbabwe. Parmi les autres points chauds, figurent la République centrafricaine, la Guinée-Bissau, le bassin du fleuve Mano en Afrique de l'Ouest, le delta du Niger et le sud du Soudan.

Cette situation a érodé les moyens de subsistance, exacerbé la pauvreté, occasionné des millions de déplacés et de réfugiés et exposé de nombreuses personnes, en particulier les femmes et les enfants, aux maladies, aux violations des droits humains et à la pratique de métiers à haut risque. Selon le Rapport de la Commission pour l'Afrique, ce continent enregistre de loin le taux de déplacements forcés le plus élevé dans le monde, avec 13 millions de personnes déplacées et 3,5 millions de réfugiés, soit plus du double du nombre absolu de l'Asie.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) indique qu'en 2008, le nombre de demandes d'asile ou du statut de réfugié a augmenté de 28 %, principalement pour les raisons suivantes: a) un nombre spectaculaire de demandes d'asile en Afrique du Sud et b) le nombre beaucoup plus élevé de personnes de certaines nationalités (en particulier les Afghans, les Érythréens, les Somaliens et les Zimbabwéens) qui ont demandé une protection internationale au cours de l'année.

9.3 Préparation aux situations d'urgence

Les rapports nationaux montrent que les conventions et les protocoles internationaux sur les crises, les réfugiés et les personnes déplacées ont fourni des cadres pour la gestion des crises et des catastrophes et pour la mise en œuvre de programmes d'urgence en collaboration avec des partenaires de développement. Les réponses à l'enquête pour l'évaluation de la CIPD+15 montrent que les cadres ont été adaptés pour mobiliser et sensibiliser le public, élaborer des programmes et des plans nationaux et créer des consensus et des partenariats sur les questions d'après-conflit.

Les rapports nationaux indiquent également que les facteurs responsables des mouvements de réfugiés dans les pays ayant répondu sont principalement d'origine humaine. Selon ces rapports, les conflits armés, qui sont à l'origine de l'instabilité politique et des problèmes économiques, sont les principaux vecteurs des flux de réfugiés en Afrique. Ils sont suivis de très près par la mauvaise gouvernance et l'échec des stratégies et des politiques de développement. Le problème des réfugiés sur le continent doit plus à ces facteurs qu'aux facteurs environnementaux. Toutefois, les gouvernements africains ont élaboré des politiques et promulgué des lois, non seulement pour faciliter la gestion des crises et des catastrophes sur le continent mais aussi pour résoudre les différents problèmes humanitaires. Ils ont également créé un environnement favorable pour que les organisations non gouvernementales locales et internationales puissent venir en aide aux personnes déplacées et aux réfugiés, en leur accordant notamment des privilèges et des concessions spéciales et en leur allouant des ressources.

9.4 Résumé des défis

Les pays africains continuent à rencontrer diverses difficultés pour résoudre les différents types de problèmes humanitaires auxquels ils sont confrontés. Parmi celles-ci figurent:

- a. Le manque de ressources financières et de personnes qualifiées pour gérer efficacement et rapidement les catastrophes;
- b. L'absence de politiques nationales sur les demandeurs d'asile et les réfugiés;
- c. L'augmentation rapide de la population et son incidence sur l'environnement;
- d. La prolifération des armes légères qui menacent la paix et la sécurité;
- e. La fragilité des institutions démocratiques;
- f. Le manque de respect des principes de bonne gouvernance.

Par conséquent, les gouvernements et leurs partenaires de développement devraient mettre en place des mécanismes de suivi et de résolution des conflits, notamment en encourageant la bonne gouvernance, la paix et la sécurité, la réconciliation et le respect des droits de l'homme ainsi que la reconstruction durable post-conflit, tant à l'échelon régional que national. Il est également très important que les gouvernements intègrent les stratégies sur la préparation aux catastrophes dans leurs

politiques et programmes, en y incluant l'apport d'informations et de services sur la santé génésique aux réfugiés, aux demandeurs d'asile et aux personnes déplacées.

I0- Données sur la population et le développement

I0.1 Introduction

Selon le Programme d'action de la CIPD, il est important de disposer de données démographiques valides, fiables, opportunes, tenant compte des différences culturelles et comparables au niveau international pour élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques et les programmes. Le Plan d'action de la CIPD met l'accent sur la recherche en tant que véritable source de données médicales, socioéconomiques et démographiques pour l'élaboration de politiques et le développement, le suivi et l'évaluation de programmes. Il appelle les gouvernements à renforcer leur capacité nationale de mettre en œuvre des programmes globaux et durables de recherche sur la population et le développement ainsi qu'à collecter, analyser, diffuser et utiliser des données en la matière. Étant donné leur pertinence directe pour la gestion de programmes, on n'insistera jamais assez sur la nécessité de développer les capacités de formation et de recherche dans les domaines de la population et du développement.

I0.2 Données sur la population

Les recensements sur la population et le logement constituent la principale source de données démographiques pour l'élaboration de politiques ainsi que pour la planification et la gestion des programmes dans les pays africains. On peut généralement obtenir des ensembles de données démographiques et socioéconomiques à partir des dossiers officiels, de recherches opérationnelles et de sondages ponctuels. Les estimations des taux démographiques (fécondité et mortalité) reposent généralement sur les statistiques des registres d'état civil. En l'absence de systèmes fiables, comme c'est le cas dans la plupart des pays africains, il est possible de réaliser des estimations indirectes à partir de sondages ou de données des recensements. Il est également possible d'analyser les statistiques officielles qui sont systématiquement collectées par les ministères, les organismes et les institutions religieuses et utiliser les estimations des caractéristiques démographiques ainsi obtenues aux fins de la planification démographique.

Cependant, il est très coûteux de collecter, traiter et diffuser ce type de données. Le FNUAP a aidé de nombreux pays africains à entreprendre des recensements sur la population et le logement, complétés par des enquêtes démographiques de santé. Ces ensembles de données se sont avérés très précieux pour aider les pays à élaborer des politiques et des programmes démographiques, sanitaires, sociaux et autres, ainsi que pour assurer un suivi de leur mise en œuvre. De plus en plus, les gouvernements d'Afrique se chargent de générer des données sur le développement. L'utilisation de DevInfo pour le stockage et la gestion des données gagne également en popularité.

En réponse aux nouvelles exigences en matière de données de l'après-CIPD, de nouvelles stratégies ont été élaborées et mises en œuvre dans les pays d'Afrique, y compris, sans que cette liste soit limitative, la production et la gestion de données pour appuyer les programmes de développement aux échelons national et sous-national ainsi que la création et la tenue à jour de bases de données et de systèmes intégrés de gestion.

10.3 Recherches sur la population

Depuis le lancement du Programme d'action de la CIPD en 1994, aucune évaluation complète n'a été menée sur le rôle de la recherche dans la réalisation des objectifs de ce Programme en Afrique. L'orientation de la recherche et la capacité en la matière sont deux aspects essentiels liés à la mise en œuvre du Plan d'action de la CIPD en Afrique.

Avant la Conférence du Caire, une partie non négligeable des financements consacrés à la recherche et aux activités en matière de population provenait de sources étrangères et était surtout utilisée dans les domaines de la fécondité et de la planification familiale. Le document *Le Caire plus cinq*, publié par le Bureau d'information démographique et le Conseil de population, New York (1999), est également assez révélateur. Sur les 172 références, 120 - soit plus de 54 % - concernent les questions de santé génésique; 11 % la population et l'environnement et 4 % la migration. En ce qui concerne la recherche sur la population en Afrique, l'intérêt des organisations étrangères semble encore une fois se concentrer surtout sur la santé génésique.

Dans la préface de sa résolution de 2001 sur la recherche en matière de population et de développement, la Southern African Ministers' Conference on Population and Development (Conférence des ministres d'Afrique australe sur la population et le développement) note que:

Les États membres en sont à différentes étapes de l'élaboration du programme de recherche en matière de population. En attendant les résultats des recherches sur la migration internationale, il faut encourager le réseautage sur la recherche en matière de population. La région de la SADC (Communauté de développement de l'Afrique australe) continuera à assurer le suivi des modalités pour la mobilisation des ressources et le recensement institutionnel, en vue d'entreprendre des recherches et des études.

Ceci souligne également la nécessité d'entreprendre un inventaire des recherches sur la population et le développement en Afrique, de recenser les lacunes dans ce domaine et de commencer à élaborer un programme continental de recherche doté d'orientations sous-régionales et sous-nationales.

On pourrait résumer la situation concernant les capacités humaines et institutionnelles de recherche dans les pays d'Afrique comme suit: i) la capacité de recherche est insuffisante et exige la formation de ressources humaines de haut niveau dans tous les domaines pertinents; ii) les instituts de recherche ont besoin d'un financement adéquat de la part des gouvernements, des organismes locaux et des partenaires afin que les activités de recherche répondent aux besoins locaux, nationaux ou régionaux; iii) les gouvernements de chaque pays doivent être dûment informés de l'importance des recherches et fournir par conséquent un soutien politique et financier qui orientera ou réorientera délibérément la recherche et les chercheurs vers les priorités et les besoins nationaux.

1.4 Résumé des défis

- a. Dans la plupart des pays d'Afrique, l'enregistrement des événements démographiques (naissances, décès, mariages) a été négligé ou est très incomplet, malgré l'importance administrative, statistique et juridique des données de l'état civil;

- b. Bien que de nombreux pays aient effectué des recensements nationaux sur la population et le logement, ces données restent sous-utilisées en raison des limites de capacité;
- c. Les données utiles pour l'élaboration des politiques et la planification dans de nombreux domaines sont insuffisantes ou indisponibles (incidence du VIH, mortalité due au sida, mortalité maternelle, mortalité néonatale, etc.);
- d. Bien qu'il soit admis que la recherche est déterminante pour le développement, dans de nombreux pays, la capacité en la matière est limitée en raison de l'insuffisance des financements et du soutien institutionnel;
- e. Les chercheurs doivent collaborer afin d'établir un programme de recherche pour le Programme d'action de la CIPD et les OMD, de mobiliser des ressources, d'échanger des idées et de favoriser la recherche axée sur le développement pour l'Afrique;
- f. Il faut faire bon usage des données de recherche disponibles aux échelons nationaux et régionaux.

I I- Mobilisation des ressources, partenariats et coordination

I I.1 Introduction

Reconnaissant l'ampleur des ressources requises pour sa mise en œuvre dans chaque pays, et compte tenu de l'étendue limitée de ces ressources, en particulier dans les pays africains, le Programme d'action de la CIPD appelle instamment la communauté internationale à tout faire pour réaliser l'objectif convenu qui consiste à allouer 0,7% du produit national brut au titre de l'aide publique au développement (APD) et à s'efforcer d'augmenter la part du financement en faveur de programmes sur la population et le développement afin d'accroître les activités nécessaires pour atteindre les objectifs et les buts du Programme d'action de la CIPD. En outre, il recommande que les gouvernements consacrent une part croissante des dépenses publiques au secteur social, afin d'éradiquer la pauvreté et de favoriser le développement durable. En ce qui concerne les partenariats, le Programme d'action invite les gouvernements, les organismes internationaux et les organisations non gouvernementales à collaborer étroitement pour l'application des mesures recommandées. De même, le Programme cherche à améliorer et à renforcer les engagements mutuels pour favoriser un dialogue sur les politiques ainsi que la coordination des programmes et des activités en matière de population et de développement aux échelons nationaux, continentaux et international.

I I.2 Mobilisation des ressources

Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, la plupart des pays ont pris des mesures pour mettre en place des systèmes améliorés de gestion financière pour l'utilisation de l'aide extérieure. La plupart des pays d'Afrique qui ont approuvé cette Déclaration se sont engagés à mettre en œuvre des cadres stratégiques continentaux ou régionaux comme le Traité d'Abuja, qui demande aux États de consacrer 15% de leur budget national au secteur de la santé. Les rapports existants ne permettent pas de connaître la mesure dans laquelle les gouvernements africains ont honoré l'engagement pris lors des réunions continentales. Il est donc important d'introduire des mécanismes permettant un suivi rigoureux de l'application des traités et autres instru-

ments internationaux juridiquement contraignants, afin de s'assurer que les pays respectent leurs engagements et rendent des comptes à leur population.

Les rapports nationaux indiquent que, dans presque tous les pays, la mobilisation des ressources visant à appuyer les interventions prévues dans le cadre de la CIPD se concentre principalement sur la santé génésique, y compris la planification familiale, les statistiques et les systèmes de données (en particulier les recensements sur la population et le logement et les enquêtes démographiques et sanitaires); le VIH/sida; les questions hommes-femmes; la mobilisation et la sensibilisation; et la réduction de la pauvreté. En ce qui concerne les ressources pour la mise en œuvre des programmes nationaux de population, les pays indiquent que la plupart des ressources intérieures sont allouées par le gouvernement. En 2004, les financements d'origine étrangère à l'appui des programmes nationaux sur la population en Afrique provenaient de cinq partenaires de développement majeurs: le FNUAP, la Banque islamique de développement, le DFID, l'Association internationale de développement (IDA) et la BAD. D'autres partenaires importants (tels le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GTA FM), GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale ainsi que l'Union européenne et sa Commission ont commencé à manifester un certain intérêt entre 2005 et 2007. Comme le montre le tableau 10.2 du chapitre 10, le soutien apporté par les partenaires a pris la forme d'une aide financière et/ou technique. Ce type d'aide, en particulier l'aide technique, s'est avéré déterminant pour la mise en œuvre de programmes.

L'enquête menée dans le cadre de la CIPD+15 cherche à connaître le montant précis des crédits budgétaires alloués à la santé génésique dans le cadre de la répartition des ressources entre les sous-programmes. La plupart des pays ayant répondu ont confirmé qu'ils avaient alloué des fonds spécifiques pour les questions liées à la santé génésique dans leurs derniers budgets. Les pays ont également signalé la mise en place de certains mécanismes de soutien financier, comme l'imposition de tarifs pour les services, l'exonération de paiement pour les familles pauvres et la création d'une assurance communautaire. Dans la plupart des pays, il n'y a pratiquement aucune composante du programme national sur la population pour laquelle il n'est prévu de disposition budgétaire. Ces dispositions se reflètent dans les volets de la stratégie nationale en matière de santé, dans la stratégie nationale sur la santé génésique ou dans les deux.

11.3 Partenariats et coordination

Le NEPAD est considéré comme le projet phare du continent en matière de partenariat. Il a été complété par la Déclaration sur la démocratie, la gouvernance politique, économique et d'entreprise adoptée au Sommet de l'Union africaine tenu à Durban en 2002. Aux termes de cette déclaration, les États participants se sont notamment engagés à établir un Mécanisme d'évaluation intra-africaine (APRM) afin d'encourager le respect de leurs engagements et leur pleine mise en œuvre. Le Mécanisme est un système volontaire ouvert à tous les membres de l'Union africaine. En janvier 2009, les 28 États suivants avaient officiellement signé le Protocole d'accord du Mécanisme: Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Djibouti, Égypte, Éthiopie, Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tanzanie, Togo et Zambie.

Les rapports nationaux ont indiqué que tous les gouvernements travaillaient de concert avec un éventail de partenaires de développement et de coopération à la réalisation des objectifs de la CIPD. Le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) fournit un cadre stratégique pour s'assurer que les interventions soutenues par les organismes de l'ONU, comme le FNUAP, le PNUD, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, ONUSIDA, le Département des affaires humanitaires de l'ONU (OCHA) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), s'alignent sur les objectifs fixés par les gouvernements en matière de développement. Outre les institutions des Nations Unies, toute une série d'organismes internationaux et de groupements de donateurs (comme le DFID, l'Agence américaine pour le développement international (USAID), l'Union européenne (UE), l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA), l'Office allemand de la coopération technique (GTZ), l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (SIDA), la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), CARE, Marie Stopes International et une pléiade d'autres organisations, dont des ONG locales interviennent dans presque tous les pays. Cette situation constitue à la fois un avantage et un inconvénient, en particulier pour la coordination des efforts.

I 1.4 Progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement

L'OMD 8 consiste à «Mettre en place un partenariat mondial pour le développement». Si aucun rapport national n'a mentionné que cet objectif serait très vraisemblablement atteint, certains pays, dont le Bénin, le Burundi, l'Érythrée, le Kenya, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, les Seychelles, la Sierra Leone et la Tanzanie, ont indiqué que l'amélioration de la collaboration avec leurs partenaires en matière de développement pourrait permettre de le remplir d'ici à 2015. D'autres pays, comme le Soudan et le Swaziland, ont précisé qu'ils ne l'atteindraient vraisemblablement pas. Dans le cas du Soudan, les relations entre le gouvernement et la communauté internationale sont peu favorables à ce type de coopération, tandis qu'au Swaziland, l'investissement étranger direct est actuellement en baisse.

La cible 8.D de l'OMD 8 vise à : «Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement tolérable à long terme». De nombreux pays, dont le Burundi, l'Érythrée, le Kenya, le Maroc, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles, le Swaziland et la Tanzanie, ont indiqué avoir adopté des mesures visant à garantir la soutenabilité de la dette et être donc en mesure d'atteindre cette cible.

La cible 8.E de l'OMD 8 vise à : «En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement». L'Érythrée, le Kenya, le Maroc, le Niger, Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles et la Tanzanie estiment pouvoir atteindre cette cible grâce aux efforts déjà faits en vue d'améliorer la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels et d'encourager une solide collaboration entre le gouvernement et diverses institutions et fondations pharmaceutiques internationales.

La cible 8.F de l'OMD 8 vise à : «En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et des communications soient à la portée de tous». On estime qu'il est très probable que le Soudan, en raison de l'expansion de l'utilisation

du téléphone mobile, et le Zimbabwe, qui signale que la proportion de personnes ayant accès à un ordinateur est passée de 13% en 2000 à 77% en 2008 atteignent cette cible. L'Érythrée, le Kenya, le Maroc, le Niger, les Seychelles et la Tanzanie considèrent pouvoir atteindre cette cible, grâce aux efforts déployés pour adopter les technologies de l'information et de la communication en vue de développer les différents secteurs de la société.

11.5 Résumé des défis et des contraintes

- a. L'augmentation du nombre de mesures à prendre pour atteindre les OMD nécessitera des fonds supplémentaires ainsi que de nouvelles approches, raison pour laquelle les Nations Unies ont proposé l'Initiative 20/20 [PNUD et al., 1998];
- b. L'aide publique au développement et l'allégement de la dette seront indispensables, en particulier pour les pays les moins développés et ceux à faible revenu; cependant, la crise financière mondiale actuelle entraînera peut-être une réduction supplémentaire des fonds alloués à ces pays au titre de l'aide publique au développement;
- c. Dans de nombreux pays, le service de la dette constitue également une entrave à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD;
- d. Le problème principal de l'Afrique semble être sa dépendance excessive vis-à-vis des ressources extérieures et le faible niveau de mobilisation des ressources intérieures, en particulier du secteur privé, pour soutenir les activités liées à la population;
- e. En ce qui concerne l'aide extérieure, l'Afrique semble affronter un triple problème: i) le retard avec lequel les partenaires de développement tiennent leurs promesses; ii) les conditionnalités liées la plupart du temps à l'aide au développement et iii) la mauvaise gestion de l'argent des donateurs.

La récente réunion d'experts africains qui s'est tenue au Caire (juin 2009) sur la politique budgétaire en vue de la mobilisation des ressources intérieures venait à point nommé. À cette réunion, M. Abdoulie Janneh, Secrétaire général adjoint de l'ONU et Secrétaire exécutif de la Commission économique pour l'Afrique, a déclaré: «Tout en s'efforçant d'obtenir autant d'aide extérieure que possible, l'Afrique doit chercher des solutions qui lui permettront de mieux mobiliser, sur le continent même, les ressources indispensables à son développement». En ce qui concerne le Programme d'action de la CIPD et les programmes liés aux OMD sur le continent, il faudrait se concentrer davantage durant les cinq prochaines années sur le secteur privé en tant que vecteur de mobilisation des ressources intérieures.

12- Mécanismes de suivi et d'évaluation

12.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD encourage les gouvernements à suivre les progrès accomplis vers la réalisation des buts et des objectifs du Programme d'action et préconise d'obtenir des données valides, fiables, opportunes, tenant compte des différences culturelles et comparables au niveau international, pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes.

Le suivi des OMD a eu lieu au niveau mondial, par l'intermédiaire des rapports annuels que le Secrétaire général des Nations Unies soumet à l'Assemblée générale ainsi que des rapports nationaux périodiques. Le suivi porte sur deux aspects interdépendants: les *résultats des OMD* (niveau de normes atteint en ce qui concerne les droits de l'homme) et le *processus des OMD* (mesure dans laquelle des progrès ont été réalisés sans compromettre les principes des droits de l'homme), ce qui souligne que le processus de développement humain est aussi important que les résultats.

À l'échelon continental, le NEPAD fournit une vision et un cadre pour le suivi du processus de développement en Afrique. Aux termes du NEPAD, la démocratie, les droits de l'homme et la bonne gouvernance sont les principaux défis à relever pour faire progresser le continent (Commission économique pour l'Afrique, 2005). Le Protocole d'accord de l'APRM fournit aux États membres de l'Union africaine un cadre leur permettant d'évaluer volontairement leurs résultats en matière de bonne gouvernance, de recenser les bonnes pratiques et les enseignements tirés et de les diffuser pour qu'ils servent d'exemple. Les adhérents au Mécanisme représentent 652,7 millions de personnes – soit 74% de la population totale de l'Afrique. Bien que de nombreuses difficultés se posent sur le plan des finances, des capacités, des procédures, des activités et des politiques, tant aux échelons nationaux que continental, le rapport de 2007 sur le Mécanisme indique qu'il a servi de vitrine aux idées novatrices de l'Afrique en matière de gouvernance. Le Rapport sur la gouvernance en Afrique de la Commission économique pour l'Afrique (publié en 2005 et en 2009) a également servi de mécanisme essentiel pour surveiller la gouvernance et l'obligation de rendre des comptes dans les pays d'Afrique.

12.2 Précédentes évaluations

La CEA, en collaboration avec d'autres partenaires, et particulièrement le FNUAP, a mené deux évaluations spécifiquement liées à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD en Afrique: la CIPD+5 en 1999 et la CIPD+10 en 2004. Afin d'appuyer la mise en œuvre, la gestion, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes sur la population, les gouvernements africains ont créé des organes spécialisés (commissions, conseils ou comités), souvent composés de hauts fonctionnaires, de parlementaires ou de particuliers. Parallèlement, des stratégies sectorielles, dotées de cadres permettent de surveiller et de faire rapport sur les cibles établies, par exemple dans le secteur de la santé ou de l'éducation. Les enquêtes ont révélé que ces institutions et ces cadres étaient souvent peu efficaces et incapables de mener à bien leur tâche sans le soutien de donateurs.

12.3 La CIPD+15

Les réponses à l'enquête menée dans le cadre de la CIPD+15 indiquent que la plupart des pays ont mis en place des mécanismes intégrés (allant d'unités de suivi et d'évaluation dans un ministère central ou dans divers ministères sectoriels à des cadres de surveillance et d'évaluation centralisés pour le suivi de la stratégie de lutte contre la pauvreté, en passant par des stratégies nationales de développement en dehors des ministères gouvernementaux, afin de surveiller les stratégies de développement, y compris les OMD et les stratégies nationales de développement, comme les documents de stratégies pour la réduction de la pauvreté (DRSP). Les pays indiquent qu'ils suivent de près et évaluent les principaux enjeux de la CIPD à l'aide de mécanismes établis pour coordonner et superviser les programmes et les projets nationaux de développement, notamment le cadre de dépenses à moyen terme.

Grâce à l'assistance du PNUD et d'autres organismes des Nations Unies (UNICEF et FNUAP), les pays ont installé et institutionnalisé des bases de données DevInfo et des systèmes intégrés de gestion afin de faciliter d'une part le stockage de données pour la surveillance des objectifs nationaux de développement et d'autre part l'établissement des rapports nationaux sur les OMD.

Les pays d'Afrique ont donc appelé à des efforts soutenus pour harmoniser les cadres de surveillance et de présentation des rapports, et les rendre acceptables à la fois pour les gouvernements et pour les partenaires de développement. Cependant, ce projet doit encore être concrétisé dans presque tous les pays. Il faut encore renforcer les institutions, mobiliser des ressources et maintenir les capacités pour pouvoir gérer les vastes systèmes de données et d'informations requis pour fournir un mécanisme de surveillance et d'évaluation dynamique à l'échelon national.

12.4 Résumé des défis

Les pays assurent généralement le suivi des OMD sous deux aspects interdépendants, à savoir les *résultats des OMD* et le *processus des OMD*. Il en va de même pour les indicateurs du Programme d'action de la CIPD, qui présentent les résultats en matière de développement. Cependant, comme l'a indiqué le PNUD (2000), même si l'approche du développement humain a toujours mis l'accent sur l'importance du processus de développement, bon nombre d'outils évaluent les résultats des dispositifs sociaux sans vraiment tenir compte du processus qui a permis de les atteindre. Ceci met en évidence la nécessité de veiller à ce que les outils de surveillance portent de manière égale sur les deux types de mesures.

La CEA a réalisé deux évaluations de la gouvernance en Afrique (Rapport sur la gouvernance I, 2005; Rapport sur la gouvernance II, 2009). Pour les futures évaluations, tant du Programme d'action de la CIPD que des OMD, il faudra également relever le défi consistant à élaborer des indicateurs et des critères efficaces pour l'évaluation du processus.

13- Facteurs déterminant la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD et des OMD

13.1 Introduction

Les comptes rendus de l'évaluation de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD+15, présentés dans les différents chapitres de ce rapport, montrent que le processus a été facilité ou freiné par toute une gamme de facteurs que l'on peut regrouper en quatre catégories: i) disponibilité des ressources, ii) volonté politique, iii) réformes politiques et institutionnelles, iv) mise en œuvre et gestion du Programme.

13.2 Facteurs favorables

L'enquête indique que les gouvernements restent déterminés à résoudre les préoccupations liées à la population, aux questions hommes-femmes et à la santé génésique. Donc, le large éventail de réformes politiques et institutionnelles énumérées et examinées dans les chapitres précédents témoigne de l'engagement des gouvernements africains et de leurs partenaires à atteindre les objectifs du

Programme d'action de la CIPD ainsi que les OMD. Dans presque tous les pays ayant répondu aux questionnaires, de nouvelles institutions ont été créées, d'anciennes ont été restructurées, les capacités humaines et institutionnelles ont été renforcées et des bases de données ont été établies pour l'élaboration de politiques et la gestion de programmes, y compris pour le suivi et l'évaluation.

13.3 Facteurs défavorables

Cependant, l'enquête montre aussi que les pays sont touchés par des problèmes financiers extérieurs, comme le fardeau de la dette, la baisse de l'aide publique au développement et l'accès insuffisant aux marchés internationaux. Ils ne sont donc pas en mesure de mobiliser suffisamment de ressources financières extérieures pour les programmes sur la population. Ils sont en outre confrontés à l'insuffisance des financements gouvernementaux pour les activités en matière de population au regard d'autres problèmes nationaux concurrents et ils ont du mal à mobiliser des ressources auprès d'autres sources intérieures pour les programmes sur la population.

De plus, on a recensé dans différents pays un ensemble de facteurs socioculturels freinant la mise en œuvre des programmes et des politiques liés à la population et à la santé génésique. Environ 70% des pays ayant répondu ont indiqué que des normes, des valeurs et des pratiques socioculturelles défavorables entravaient considérablement leurs efforts. Notamment, 68% des pays répondants ont notamment indiqué que le statut socioéconomique et la vulnérabilité des femmes étaient des facteurs importants qui continuent à ralentir la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD en Afrique. Les résultats de l'enquête montrent en outre que, dans au moins 40% des pays répondants, des problèmes de coordination freinent la mise en œuvre du Programme. On constate également que les pays sont confrontés à des difficultés internes pour assurer la coopération entre les ministères sectoriels et pour faire participer pleinement des parties intéressées, comme les femmes, la société civile et les ONG. Les pays ont aussi indiqué que la coopération inadéquate des organisations internationales, y compris des donateurs, posait un problème notable pour le processus.

Les rapports des évaluations des besoins liés aux OMD menées en Afrique soulignent également ces obstacles et attirent l'attention sur le fait que les pays ne disposent pas de ressources suffisantes pour atteindre les OMD d'ici à 2015, en raison notamment de l'amenuisement de l'aide au développement d'origine étrangère. De plus, la persistance de la pauvreté dans la plupart des pays malgré des décennies d'investissements, le piège démographique, l'inégalité omniprésente et le fardeau des maladies font planer des doutes quant à la possibilité d'atteindre les OMD d'ici 2015. Les autres problèmes qui affecteront la réalisation des objectifs convenus à l'échelon international sont la stagnation économique, l'insuffisance des ressources humaines dans des secteurs essentiels comme la santé, l'insécurité et l'instabilité politique résultant de conflits civils, le manque de transparence et les responsabilités limitées, les inégalités entre les sexes et la dégradation de l'environnement.

14- Recommandations

Dans l'ensemble, la mise en œuvre à la fois du Programme d'action de la CIPD et des OMD a été inégale mais généralement lente dans la plupart des pays d'Afrique. Ils se sont efforcés de formuler des politiques nationales et d'adopter des conventions et des accords continentaux et mondiaux dans pratiquement tous les domaines concernant la population, la lutte contre la pauvreté et le dévelop-

pement durable, qu'ils ont complétés par des programmes nationaux. Cependant, le travail effectué en matière de planification intégrée de la population et du développement reste limité. En effet, seuls quelques pays ont pris des mesures pour élaborer des plans d'action visant la mise en œuvre de leurs politiques en matière de population. Globalement, il semble y avoir une discontinuité notable entre l'élaboration des programmes sur la population et le développement et leur mise en œuvre, ce qui explique en grande partie la lenteur des progrès accomplis par la plupart des pays africains dans la mise en œuvre du Plan d'action de la CIPD et des OMD.

Recommandations

Accélérer les efforts visant à atteindre les objectifs de la CIPD exigerait de résoudre les difficultés dans le contexte socioéconomique de chaque pays. À cet égard, les recommandations ci-après sont formulées en vue d'accélérer les efforts visant à atteindre les objectifs de la CIPD ainsi que d'autres cadres de développement, dont les OMD:

14.1 Pauvreté, population et développement durable

- a. Intensifier les efforts visant à promouvoir la paix et la bonne gouvernance, et à résoudre les conflits sur le continent;
- b. Appuyer les stratégies visant à lutter contre la pauvreté généralisée, en particulier dans les zones rurales et pour les groupes de population vulnérables;
- c. Mettre en place des mesures visant à résorber la pénurie de ressources humaines dans les secteurs essentiels qui sont indispensables à la réalisation des objectifs de la CIPD et OMD.

14.2 Droits et santé en matière de procréation

- a. Mettre à disposition des personnels dûment qualifiés et des ressources adéquates afin de proposer dans toutes les communautés des services intégrés de qualité, notamment des services obstétricaux d'urgence, des services de traitement des infections sexuellement transmises et des services de planification familiale;
- b. Répondre de manière appropriée aux besoins de santé en matière de procréation et de sexualité des hommes, et mettre sur pied des interventions pour renforcer leur participation à l'apport d'informations et de services en matière de santé génésique et de planification familiale;
- c. Renforcer les partenariats et les efforts visant à accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles.

14.3 Égalité des sexes, équité et autonomisation des femmes

- a. Renforcer la mise en œuvre ou l'application des politiques, des lois et des programmes sur l'égalité des sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes, notamment eu égard à la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes;
- b. Renforcer les capacités institutionnelles pour l'intégration et la prise en compte systéma-

tiques et cohérentes de la problématique hommes-femmes dans les politiques, les lois, les programmes, les budgets et les plans;

- c. Adopter les mesures et les programmes nécessaires pour prendre en compte la dimension hommes-femmes dans les questions concernant le VIH et le sida ainsi que les problèmes de santé génésique associés.

I 4.4 La famille, son rôle, ses droits, sa composition et sa structure

- a. Tenir dûment compte de la famille, en particulier de son bien-être et de sa stabilité, dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de plans nationaux de développement.

I 4.5 Les enfants et les jeunes

- a. Veiller à inscrire un plus nombre croissant d'enfants, notamment des filles, à tous les niveaux du système éducatif, en prenant des mesures visant à encourager ces dernières à rester dans les cycles secondaires et post-secondaires;
- b. Mettre en place des mesures pour faire face aux problèmes de la vulnérabilité et de l'autonomisation des jeunes en veillant à ce que la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation soit bien intégrée dans d'autres interventions, comme le développement des compétences et l'éducation, un emploi rémunérateur et la participation à la prise de décisions;
- c. Soutenir la mise en œuvre de programmes élargis de vaccination afin de parvenir à la vaccination universelle, la maintenir et améliorer ainsi la santé des mères et de leurs enfants;
- d. Répondre aux besoins des enfants et des jeunes, en particulier ceux qui se trouvent dans des situations difficiles, notamment les enfants des rues et ceux qui sont victimes des guerres et des conflits.

I 4.6 Le VIH et le sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles

- a. Encourager les mesures visant à modifier les comportements pour encourager des rapports sexuels protégés, notamment en utilisant le préservatif;
- b. Renforcer les mesures visant à autonomiser les femmes et à réduire de ce fait la prévalence du VIH chez les jeunes femmes;
- c. Former différentes catégories d'agents de santé afin d'augmenter l'accès aux services de soutien psychologique, de dépistage et d'après-dépistage;
- d. Soigner et soutenir les personnes infectées par le VIH/sida, notamment les orphelins, les autres enfants vulnérables et les personnes âgées;
- e. Renforcer la prévention de la transmission du VIH et du sida de la mère à l'enfant dans le cadre des programmes de soins de santé maternelle et juvénile;
- f. Consolider les stratégies permettant d'étendre les traitements antirétroviraux à tous les établissements de santé;
- g. Renforcer les capacités institutionnelles et humaines afin d'élargir la prestation de services pour réduire l'incidence du paludisme, de la tuberculose et des autres maladies infectieuses dans toutes les communautés.

14.7 Répartition de la population, migration interne et urbanisation

- a. Accorder l'attention voulue à la planification urbaine et à l'élargissement des services et des infrastructures socioéconomiques dans les centres urbains, en particulier dans les villes satellites;
- b. Encourager l'investissement dans les zones rurales afin de créer des possibilités d'emploi pour la main-d'œuvre rurale et freiner ainsi l'exode rural;
- c. Créer des débouchés pour les jeunes afin de faire fructifier le dividende démographique, tant dans les zones urbaines que rurales.

14.8 Migrations internationales

- a. Mettre en œuvre des politiques et programmes pour encourager les membres des diasporas à investir et à soutenir les programmes de développement dans leurs pays d'origine;
- b. Poursuivre le renforcement des capacités humaines dans des secteurs particulièrement importants comme la santé, et prendre des mesures pour empêcher le départ des cadres qualifiés et encourager le retour des migrants qualifiés;
- c. Mettre en œuvre des programmes pour défendre les droits des migrants internes et externes, notamment ceux des réfugiés et des personnes déplacées, conformément aux conventions en vigueur.

14.9 Situation de crise et préparation aux situations d'urgence

- a. Mettre en place des mécanismes de suivi et de règlement des conflits, incluant la promotion de la bonne gouvernance, de la paix, de la sécurité, de la réconciliation et des droits de l'homme;
- b. Intégrer la préparation aux catastrophes, notamment l'offre d'informations et de services en matière de santé génésique aux réfugiés et aux personnes déplacées, à la planification des programmes et des interventions d'urgence.

14.10 Données sur la population et le développement

- a. Veiller à la création et à la tenue à jour régulière de bases de données intégrées contenant des renseignements sociodémographiques et économiques désagrégés pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des programmes de développement;
- b. Étant donné l'importance administrative, statistique et juridique des données démographiques, mettre en place et maintenir en état de fonctionnement un système national d'enregistrement des données d'état civil (naissances, décès et mariages).
- c. Analyser les données collectées grâce aux recensements nationaux sur la population et le logement ainsi que dans le cadre des enquêtes spéciales et les utiliser aux fins de la planification du développement;
- d. Compte tenu de l'importance de la recherche pour le développement, renforcer les capacités dans ce domaine en augmentant les financements et en améliorant le soutien institutionnel.

14.11 Mobilisation des ressources, partenariats et coordination

- a. Revoir à la hausse les engagements en termes d'aide technique et financière des pays et des partenaires de développement en vue de la réalisation des OMD et du Programme d'action de la CIPD;
- b. Encourager le secteur privé à soutenir les programmes de population et de santé génésique.

14.12 Mécanismes de suivi et d'évaluation

- a. Adopter un cadre de coordination et de suivi harmonisé des stratégies de développement, dont les DSPR et les OMD;
- b. Renforcer les mécanismes mis en œuvre par les gouvernements pour la coordination, le suivi et l'établissement de rapports sur les OMD et les interventions liées à la CIPD.

14.13 Facteurs qui influent sur la réalisation du Programme d'action de la CIPD et des OMD

- a. La bonne gouvernance (politique et économique) est une condition préalable au développement durable et constitue, par conséquent, un impératif pour toute future mise en œuvre efficace du Programme d'action de la CIPD et des OMD;
- b. Améliorer les capacités humaines et institutionnelles dans les secteurs de la population et du développement pour la conception et la gestion de programmes de population;
- c. Intégrer les enjeux démographiques dans les politiques et les programmes nationaux de développement.

Partie I

Processus d'évaluation



I. Processus d'évaluation

I.1 Contexte

L'année 2009 marque le quinzième anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et le dix-septième de la Déclaration de Dakar/Ngor sur la population, la famille et le développement durable. Ces deux événements constituent un tournant dans l'histoire de la population et du développement en Afrique. La Déclaration de Dakar/Ngor, qui a été adoptée par les pays africains en 1992, a constitué le socle de la position commune de ces derniers lors de la CIPD de 1994.

La CIPD a adopté un Programme d'action sur 20 ans, assorti d'un large mandat concernant les relations d'interdépendance entre population, croissance économique soutenue et développement durable, et les progrès en matière d'éducation, de situation économique et d'autonomisation des femmes. Depuis lors, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes relatifs à la santé et aux droits en matière de procréation, à la population et au développement, à la parité, ainsi que les politiques nationales y ayant trait en Afrique se sont inspirées de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD.

Au nombre des objectifs et des buts du Programme d'action de la CIPD, il y a lieu de noter les éléments suivants : croissance économique soutenue dans le contexte du développement durable, éducation, en particulier en faveur des filles, équité et égalité des sexes, réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle, accès universel aux services de santé en matière de procréation, notamment à la planification familiale et à la santé en matière de sexualité (ONU, 1994). Ces objectifs sont intimement liés aux OMD.

Cinq ans à peine après l'adoption du Programme d'action de la CIPD, les participants au Sommet du Millénaire, qui s'est tenu à New York en 2000, parvenaient à un consensus sur la nécessité de procéder à un changement radical des stratégies de développement dans le cadre du Programme d'action de la CIPD, afin de mettre fin à la pauvreté. La Déclaration du Millénaire (2000) a examiné et rappelé les clauses relatives aux droits de l'homme dans les accords de l'ONU depuis 1990. Elle a également défini huit objectifs quantifiables assortis de délais et susceptibles d'accélérer le développement et d'éradiquer la pauvreté, en accordant une importance particulière à l'Afrique et aux autres régions pauvres

du monde. Le Sommet, auquel 190 pays étaient représentés, a adopté la Déclaration à l'unanimité et chacun des États Membres s'est engagé à mettre en œuvre ce nouveau cadre (ONU, 2000).

Les participants au Séminaire des Nations Unies sur la pertinence des aspects démographiques pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (2004) sont convenus, dans une large mesure, que les OMD définis lors du Sommet du millénaire, en septembre 2000, ne font que renforcer la mise en œuvre du Programme d'action du Caire en proposant un ensemble limité de cibles quantitatives assorties de délais, qui placent les femmes, les hommes et les enfants au cœur des initiatives locales et nationales visant la réduction de la pauvreté et l'accélération du développement social et économique. Les participants à ce séminaire ont noté que les pays étaient convenus, lors de la session annuelle du Comité sur la population et le développement de 2004, que «l'application du Programme d'action et des principales mesures pour la poursuite de son application au plus haut point à la réalisation des objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire». Les participants sont parvenus aux conclusions suivantes:

- a. Les liens étroits qui existent entre les OMD et la CIPD impliquent que leurs buts et priorités respectifs se rapportent tous deux à l'amélioration du niveau de vie des populations d'Afrique et d'ailleurs;
- b. Leurs objectifs primordiaux sont axés autant que possible sur les ressources et les initiatives des pays aussi bien riches que pauvres, en vue d'une amélioration concrète de la vie des populations, grâce à la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, et sur la nécessité de placer le bien-être des individus, l'égalité des sexes et les droits de l'homme au cœur du développement social et économique;
- c. S'agissant de l'Afrique, les OMD et le Programme d'action de la CIPD ont un rôle particulièrement important à jouer, leur objectif commun étant de s'attaquer aux problèmes les plus urgents tels que la pauvreté chronique et son cercle vicieux qui sévit dans la région, de freiner la propagation du VIH/sida, de réduire le poids de la pandémie sur la société, de libérer le potentiel de l'Afrique, grâce à des programmes d'éducation et de développement qui tiennent davantage compte des questions homme-femme, et de préserver l'environnement (ONU, CEA, 2004).

La mise en œuvre des recommandations du Programme d'action relève, sans conteste, du «droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement» (Programme d'action de la CIPD). Toutefois, reconnaissant que les États ne seront probablement pas en mesure de parvenir individuellement aux buts et objectifs fixés, le Programme d'action préconise un partenariat à tous les niveaux. La portée de la CIPD dépendra de la volonté des gouvernements, des communautés locales, des ONG et de la communauté internationale de s'en approprier les recommandations et de les traduire en actes. Dans le même ordre d'idées, le Programme d'action a identifié les cinq fonctions de suivi ci-après:

- a. Susciter un appui politique ferme à tous les niveaux en faveur de la population et du développement;
- b. Mobiliser des ressources;
- c. Coordonner les efforts déployés pour la mise en œuvre du Programme d'action et assurer la responsabilité;

- d. Rechercher des solutions aux problèmes et partager les données d'expérience aux niveaux national et international;
- e. Assurer le suivi et l'évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme d'action.

Le Programme d'action de la CIPD demande aux commissions régionales et aux organismes des Nations Unies de jouer un rôle actif dans les activités qui sont prévues. En ce qui concerne l'Afrique, la CEA a été chargée par l'Assemblée générale des Nations Unies d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action. En collaboration avec le FNUAP et en étroite concertation avec les gouvernements africains, la Commission de l'Union africaine, la Commission africaine de la population et la Banque africaine de développement, la CEA s'est acquittée de ce mandat en réalisant des évaluations quinquennales en 1999 et en 2004.

1.2 Évaluation de la CIPD+5

Dans le cadre de l'évaluation mondiale du Programme d'action de la CIPD, la CEA a procédé à un examen régional quinquennal, afin de déterminer la mesure dans laquelle les États membres avaient mis en œuvre le Programme d'action en Afrique. Cet examen, qui reposait en partie sur les réponses fournies par 41 pays à une enquête, a révélé les progrès notables réalisés par certains pays dans des domaines tels que l'accès aux services de santé en matière de procréation, l'intégration de la planification familiale et de la maternité sans risque dans les systèmes de soins de santé primaires, l'élaboration de plans d'action nationaux visant l'autonomisation des femmes, et la recherche de solutions aux problèmes nouveaux que posent le VIH/sida, les besoins des adolescents concernant l'hygiène sexuelle et la santé en matière de procréation.

L'évaluation quinquennale montre qu'un accent particulier a été mis sur les droits et la santé en matière de procréation, alors que la santé en général, l'éducation, la génération de revenus et l'emploi, la réduction de la mortalité infantile et maternelle, le VIH/sida et les infections sexuellement transmises étaient relégués au second plan. L'évaluation révèle, en outre, que les questions de la famille, des réfugiés, du rôle des personnes âgées dans la société, de l'instabilité politique et sociale, des liens d'interdépendance entre le rôle des ONG, entre le secteur privé et la société civile, ainsi que les stratégies d'IEC et de sensibilisation, n'ont pas été examinées avec suffisamment d'attention.

1.3 Évaluation de la CIPD+10

L'évaluation de la CIPD+10 était destinée à combler les lacunes relevées ci-dessus. Cette évaluation, qui est intervenue à mi-parcours du Programme d'action de la CIPD, a donné l'occasion de se pencher sur l'avenir et sur les différents objectifs fixés et de démontrer comment leur réalisation permettrait d'atteindre non seulement ces objectifs mais également leurs cibles.

Au niveau mondial, la trente-septième session de la Commission des Nations Unies sur la population et le développement, qui s'est tenue en 2004, a procédé à une évaluation approfondie des progrès réalisés au cours des 10 années précédentes concernant tous les aspects du Programme d'action de la CIPD. Cette réunion a fait fond sur les sessions annuelles précédentes de la Commission. L'évaluation que cette dernière a réalisée en 2004 a débouché sur la réaffirmation officielle du Programme d'action

et des principales actions de la CIPD, laquelle a réitéré son souhait que les gouvernements de chaque région devaient continuer de s'engager à soutenir, au niveau politique le plus élevé, la réalisation des buts et objectifs de la CIPD.

Au niveau régional, l'évaluation faite par la CEA a mis l'accent sur la prise en main complète du Programme d'action de la CIPD par les pays africains. À Dakar, en 2004, les gouvernements ont réaffirmé leur détermination à mettre en œuvre le programme d'action dans son intégralité et ils ont adopté la Déclaration de Dakar. Ils ont signé une Déclaration ministérielle par laquelle ils prenaient la décision d'intensifier les efforts dans des domaines clefs et de faire fond sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD. Cette évaluation régionale a, de même que la Déclaration de Dakar, souligné l'importance des objectifs de la CIPD. Les résultats font ressortir les progrès accomplis dans la poursuite de ces objectifs. Toutefois, ces progrès sont inégaux et varient d'un pays et d'un domaine thématique à l'autre.

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation de la CIPD+10 ont fait ressortir les progrès notables accomplis par les pays concernés pour ce qui est de l'adoption et de la mise en œuvre d'une approche relative aux droits à la santé en matière de reproduction, au renforcement des initiatives visant l'égalité entre les sexes, l'équité ainsi que l'autonomisation des femmes, la santé des adolescents en matière de procréation, l'établissement de nouveaux partenariats avec la société civile et le secteur privé, et une meilleure prise en compte de la dynamique et des tendances démographiques dans la planification et l'élaboration des politiques. Toutefois, les résultats de l'évaluation font également ressortir de sérieux problèmes dans la mise en œuvre du programme du Caire dans sa totalité, notamment le renforcement de la lutte contre le VIH/sida, l'adoption d'approches tenant compte des particularités culturelles dans la programmation, et le renforcement des systèmes de collecte et d'analyse de données. Parmi les principaux résultats et conclusions de l'évaluation de la CIPD+10, il y a lieu de retenir trois éléments:

- a. Réaffirmation du programme d'action et des principales actions de la CIPD à travers le monde;
- b. Reconnaissance universelle de la nécessité d'une maîtrise par les gouvernements et de l'engagement de ressources financières en vue d'une mise en œuvre efficace du Programme d'action;
- c. Reconnaissance de ce que la mise en œuvre dans sa totalité du Programme du Caire est une condition indispensable à la réalisation des OMD.

Ces trois conclusions sont au cœur de l'évaluation de la CIPD+15. L'évaluation régionale ne saurait faire l'économie de travaux de recherche. C'est pourquoi il est important de s'intéresser à ce stade à la question de la recherche en matière de population et de développement.

I.4 Évaluation régionale de la CIPD+15

La sixième session ordinaire de l'Assemblée générale de la Commission africaine de la population, tenue à Johannesburg en 2007, a demandé à la CEA et à la Commission de l'Union africaine de coordonner ensemble l'évaluation à 15 ans de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD. En collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et en partenariat avec la Commission de l'Union africaine, la CEA a entrepris cette activité en 2008. Contrairement aux éva-

valuations précédentes, celle de la CIPD+15 intervient à un moment où les crises financière, énergétique et alimentaire ont un impact désastreux sur le développement de l'Afrique. Les conséquences de ces crises sur le développement social et la réalisation des objectifs et cibles de la CIPD et des OMD constituent une préoccupation majeure pour les pays africains. C'est pourquoi l'évaluation régionale en tient compte et souligne l'importance que revêt l'appropriation par les pays du Programme d'action de la CIPD et des OMD et leur prise en compte dans les plans et stratégies de développement national.

La CIPD+15 en Afrique a pour principal objectif d'offrir une analyse au plan des régions des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Plan d'action de la CIPD. Cela englobe le recueil de données d'expérience sur la Déclaration et le Plan d'action, le recensement des réussites, des bonnes pratiques, des leçons qui en ont été tirées, ainsi que des obstacles rencontrés et des lacunes constatées. Plus précisément, l'évaluation régionale a pour objectif:

- a. D'établir un lien entre la poursuite des buts et objectifs de la CIPD et la réalisation des OMD en Afrique;
- b. D'identifier les facteurs qui favorisent ou qui entravent la poursuite des objectifs et cibles de la Déclaration de Dakar/Ngor et de la CIPD, en particulier au regard des OMD;
- c. De recueillir des données sur les enseignements et les bonnes pratiques concernant les activités de programmes qui facilitent le changement social et la transition démographique dans les pays africains;
- d. De recenser les activités à mener à bien afin d'accélérer la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la CIPD, à l'appui de la réalisation des OMD dans les années à venir.

1.5 Pourquoi se concentrer sur les OMD

La Déclaration de Dakar/Ngor et le Programme d'action de la CIPD sont des cadres interdépendants permettant d'évaluer les progrès réalisés en Afrique en matière de développement. Tous les pays du continent se sont engagés à mettre en œuvre la Déclaration de Dakar/Ngor et le Programme d'action de la CIPD et à atteindre les OMD. Les dirigeants africains ont réaffirmé cet engagement et souligné que les OMD étaient d'une importance cruciale pour le succès de l'Afrique. La réalisation de ces objectifs est essentielle pour les populations d'un continent qui prétend vivre au XXI^e siècle et qui a l'ambition de devenir un partenaire important et crédible dans l'économie mondiale. L'agenda de l'Afrique doit être plus soucieux des OMD (Commission de l'Union africaine). C'est parce que le continent est toujours en retard par rapport aux autres régions du monde que sa situation a amené le Secrétaire général de l'ONU à constituer un groupe africain de suivi des OMD dans le cadre d'une initiative mondiale visant à mobiliser l'appui de la communauté internationale, pour atteindre les objectifs et les cibles.

En effet, les liens d'interdépendance étroite entre le Programme d'action de la CIPD et le cadre des OMD sont reconnus aussi bien au plan mondial que régional. À mi-chemin de la mise en œuvre sur 20 ans du Programme d'action de la CIPD, le FNUAP a réaffirmé l'importance des questions démographiques dans les efforts déployés actuellement pour mettre fin à la pauvreté et réaliser les OMD. Le rapport note que ces efforts, ainsi que la réalisation des OMD d'ici à 2015, dépendront de la mise en œuvre réussie de toutes les interventions définies dans le Programme d'action de la CIPD, en particulier la promotion des droits de la femme, l'accès universel à une gamme complète de services de santé

en matière de reproduction et l'impérieuse nécessité de prendre en compte l'évolution démographique dans les plans et les politiques de développement [État de la population mondiale, le Consensus du Caire 10 ans après: la population, la santé en matière de procréation et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté, 2004]. C'est pourquoi la CIPD+15 accorde une attention particulière à l'ensemble des besoins fondamentaux ci-après, ce qui devrait permettre à l'Afrique de progresser sur la voie de la réalisation des OMD:

- a. Assurer des soins continus pour répondre aux préoccupations concernant la santé en matière de reproduction, la santé maternelle, infantile et juvénile;
- b. Accorder l'attention voulue aux besoins des jeunes, en particulier les jeunes à risques;
- c. Promouvoir la santé de la femme;
- d. Mettre l'accent sur des approches efficaces permettant de réaliser des progrès dans tous les domaines de la santé en matière de procréation;
- e. Faire participer les hommes à la promotion de la santé et de l'autonomisation des femmes;
- f. Prendre en compte les analyses démographiques aux fins du développement social et de la réduction de la pauvreté.

Le rapport de l'évaluation régionale accorde une attention particulière aux questions visées par les OMD ainsi qu'à de nouveaux problèmes tels que les crises énergétique, alimentaire et financière, le changement climatique, les migrations internationales, le vieillissement et l'invalidité. Cependant, le suivi des progrès est une activité difficile, surtout en Afrique, où les données chronologiques et les recherches sont peu nombreuses, tout comme les informations sur les réussites, les échecs et les bonnes pratiques.

1.6 Problèmes que pose le suivi des progrès

L'évaluation des progrès est une tâche ardue dans ce cas particulier en ce sens où la CIPD et les OMD sont supposés ne faire qu'un tout orienté vers l'action. Le suivi des progrès accomplis en vue de la réalisation des OMD et de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD est problématique à double titre: D'abord, l'évaluation des progrès accomplis se fonde généralement sur des indicateurs nationaux globaux, et les valeurs moyennes calculées pour les cibles occultent d'importantes variations dans les divers pays, d'où la difficulté, avec les indicateurs des OMD, de suivre les progrès au sein des groupes vulnérables, qui incluent entre autres les populations rurales, les femmes, les pauvres et les marginalisés des zones urbaines, les chômeurs et les personnes sous-employées, les jeunes, les orphelins, les personnes handicapées, les personnes âgées, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les réfugiés.

Ensuite, les initiatives mondiales concernant le suivi des progrès se sont concentrées largement, pour ne pas dire exclusivement, sur les résultats concernant les OMD (sur la base des normes relatives aux droits de l'homme), en négligeant le processus qui traite des principes des droits de l'homme. Le développement humain est pourtant aussi important que les résultats. Toutefois, comme l'a noté le PNUD (2000), même si la réflexion sur le développement humain a toujours porté avant tout sur l'importance du processus de développement, bon nombre des outils élaborés dans le cadre de l'approche du développement humain mesurent les produits des mécanismes sociaux sans montrer la manière dont ces produits ont été obtenus.

Certes, la Déclaration du Millénaire pose, en son article premier, les valeurs et principes fondamentaux auxquels toute nation doit s'attacher, notamment la liberté, l'égalité, la solidarité, la tolérance, le respect de la nature et le partage des responsabilités. L'article 5 se concentre sur les droits de l'homme, la démocratie et la bonne gouvernance. L'idée de départ est que la réalisation des OMD doit aller de pair avec le respect des droits de l'homme: égalité et non-discrimination, participation non exclusive, transparence, obligation de rendre compte, respect de la règle de droit, durabilité, liberté de la presse, harmonie et tolérance.

Plusieurs recommandations formulées à l'intention des pays africains lors de la CIPD+10 soulignent qu'il est nécessaire de respecter les principes des droits de l'homme dans la mise en œuvre, au niveau national, des programmes de population et de développement. En outre, il est vivement recommandé aux pays concernés, entre autres d'exercer une bonne gouvernance au sein des entreprises et en politique, d'accélérer le rythme de la démocratisation, de promouvoir les droits des femmes et des adolescents en matière de procréation, de faire en sorte que les politiques, les plans stratégiques et tous les autres aspects de la programmation et de la fourniture de services de santé en matière de procréation et de santé sexuelle respectent les droits de l'homme, notamment le droit au développement, de promouvoir les dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'homme lorsqu'il s'agit des migrants internationaux et nationaux, et d'encourager la bonne gouvernance [CEA, 2004].

Pour l'essentiel, le Programme d'action de la CIPD et les OMD reposent sur les principes des droits de l'homme et, à ce titre, si les initiatives nationales visant la réalisation des OMD ou les objectifs de la CIPD sont l'objet actuellement d'une évaluation, il devrait en être de même pour le processus par lequel ces objectifs sont atteints. Cela s'applique également au Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), cadre visionnaire stratégique pour le renouveau de l'Afrique, qui se fonde également sur les principes des droits de l'homme et qui est lié aux OMD.

1.7 Évaluation de la CIPD+15

La CIPD+15 est un processus participatif régional qui repose sur la maîtrise par les pays concernés des intrants de l'évaluation et sur le partage des succès de cette évaluation. Ce processus fait appel à la participation de pays africains qui ont bien voulu donner leur avis au titre des outils de l'évaluation technique, en présentant des rapports nationaux et en répondant aux questionnaires. La Commission de l'Union africaine et le FNUAP y ont également participé, en tant que partenaires stratégiques de la CEA. Les trois organismes ont travaillé de concert pour définir des orientations et fournir des ressources humaines et financières. Une collaboration étroite a été établie entre ces partenaires, afin de dégager un consensus et une compréhension commune de la CIPD+15, ce qui a officialisé les relations et le rôle de la Commission de l'Union africaine, de la CEA et du FNUAP à travers un échange d'opinions et d'idées, et un suivi rigoureux du processus d'évaluation. On peut en fait attribuer le succès de l'évaluation de la CIPD+15 à la participation des pays concernés et à l'étroite collaboration entre la Commission de l'Union africaine, la CEA et le FNUAP.

Le processus d'évaluation de la CIPD+15 comporte des outils techniques permettant la compilation de données et d'informations qualitatives et quantitatives provenant des pays ainsi que des arrangements institutionnels pour fournir des orientations globales dans les domaines des politiques et techniques. Les outils techniques élaborés en août 2008 et distribués à tous les pays africains étaient notamment:

a) un questionnaire principal; b) l'appendice 1 au questionnaire principal; c) un rapport national; d) l'appendice 1 au rapport national; e) l'appendice 2 au rapport national.

Ces cinq outils ont été utiles non seulement pour collecter des données, mais également pour encourager les gouvernements à participer au processus d'évaluation de la CIPD+15. Ils ont suscité des réactions positives de la part des pays, certains d'entre eux ayant demandé par écrit un supplément d'information dans le souci d'amener leurs partenaires à participer au processus. Certains pays ont organisé des ateliers, des réunions et des séminaires nationaux sur ces outils. Des contacts avec les gouvernements, par le biais des bureaux sous-régionaux de la CEA, d'un engagement sans faille du Bureau de liaison du FNUAP auprès de la CEA et de l'Union africaine et ainsi que des bureaux de pays du FNUAP, ont joué un rôle décisif dans la conduite de l'évaluation dans les pays.

En raison de la réception tardive des outils dans les pays francophones, le délai de soumission a été repoussé en fin de compte au 15 janvier 2009 pour les questionnaires et au 30 janvier 2009 pour les rapports nationaux. Cependant, des pays ont envoyé des rapports ainsi que des réponses aux questionnaires alors que l'analyse des données et la préparation du présent rapport étaient déjà à un stade avancé.

S'agissant des mécanismes institutionnels, un comité directeur composé de représentants de la Commission de l'Union africaine, de la CEA, du FNUAP, de la BAD, de l'UNICEF, du PNUD, de l'OIT et de l'OIM a été mis en place à Addis-Abeba. Ce comité avait pour principal objectif de définir les grandes orientations pour l'ensemble du processus d'évaluation, pour faire en sorte que les tâches soient menées à bien et que les objectifs fixés soient atteints conformément aux prévisions, et qu'une réunion régionale de groupes d'experts et une conférence ministérielle sur le processus d'évaluation de la CIPD+15 en Afrique soient organisées. De même, la CEA a mis en place un comité technique interne chargé de fournir conseils et appui technique, et de veiller à ce que la préparation du rapport de la CIPD+15 soit conforme aux normes et procédures de la Commission. Le comité technique a été chargé de recueillir des informations pertinentes ayant trait à la CIPD auprès des divisions et des bureaux sous-régionaux de la CEA.

1.8 Réponses recueillies au titre des outils d'évaluation

Quarante-trois pays sur 53 ont envoyé des réponses au titre des cinq outils d'évaluation, soit un taux de réponse de 81 %, chiffre impressionnant qui traduit l'engagement des pays vis-à-vis de la CIPD et leur volonté de traiter les questions de population et de développement en Afrique. Tous les pays étaient censés envoyer des réponses aux cinq outils d'évaluation mais cela n'a pas été le cas, et les réponses varient de manière significative d'un pays à l'autre. Sur ces 43 pays, 12 ont donné une réponse au titre des cinq outils (Bénin, Burundi, Éthiopie, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Soudan et Tanzanie), huit ont répondu au titre de quatre outils, neuf au titre de trois outils, cinq au titre de deux outils et sept à un seul outil (voir la carte 1). Dix pays n'ont donné de réponse à aucun des cinq outils (Angola, Djibouti, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Libye, Mali, République du Congo, Rwanda, Somalie et Zambie). Le tableau 1 montre la répartition des réponses aux cinq outils d'évaluation et le tableau 2 les réponses de chaque pays à ces mêmes cinq outils.

Partie II

Résultats de l'évaluation



Chapitre I

I. Pauvreté, population, environnement et développement durable

I.1 Introduction

L'un des objectifs du Programme d'action consiste à tenir pleinement compte des questions démographiques dans les stratégies de développement, la planification, la prise de décisions et la répartition des ressources à tous les niveaux et dans toutes les régions, dans le but de répondre aux besoins et d'améliorer la qualité de vie des générations actuelles et futures. Cela se traduira par la promotion d'une justice sociale et l'éradication de la pauvreté, grâce à une croissance économique soutenue, dans le cadre d'un développement durable. Eu égard à la population, à la croissance économique soutenue et à la pauvreté, le Programme d'action a pour objectif d'améliorer, grâce à des politiques appropriées, la qualité de vie de toutes les populations et de réaliser des programmes démographiques et de développement visant l'éradication de la pauvreté et la croissance économique. Conformément à Action 21, le Programme d'action a pour objectifs, concernant la population et l'environnement, a) de veiller à ce que les éléments ayant trait à la population, à l'environnement et à l'éradication de la pauvreté soient pris en compte dans les politiques, plans et programmes de développement durable; b) de lutter aussi bien contre les modes de consommation et de production non viables que contre l'impact négatif des facteurs démographiques sur l'environnement, afin de faire face aux besoins des générations actuelles sans pour autant compromettre la capacité des générations futures de faire face aux leurs.

Pour atteindre ces objectifs, la CIPD a exhorté les gouvernements à prendre des mesures visant à intégrer les questions démographiques dans les politiques de croissance économique soutenue et de développement durable. La plupart de ces mesures mettent l'accent sur la prise en compte des questions démographiques dans la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de l'ensemble des politiques et programmes, sur la mise en place des mécanismes institutionnels internes nécessaires, sur le renforcement de l'engagement politique, afin d'intégrer les questions démographiques dans les plans et stratégies de développement, sur l'atténuation et la suppression des effets des modèles de production et de consommation non viables, sur la priorité à accorder à la mise en valeur des ressources humaines, et sur la promotion de politiques démographiques adaptées. Le Programme d'action préconise également des mesures visant à éliminer les inégalités, à faciliter la création d'emplois, à prendre en compte des facteurs démographiques dans les études d'impact sur l'environne-

ment et à formuler et mettre en œuvre des politiques et programmes démographiques susceptibles de favoriser l'éradication de la pauvreté et la réalisation des objectifs de développement durable.

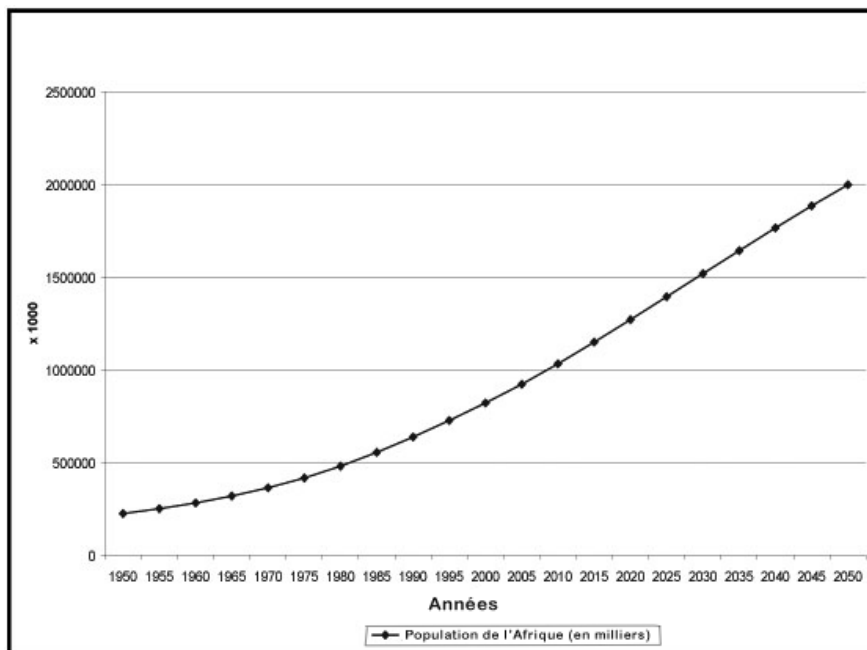
Considérées dans leur ensemble, ces mesures traduisent un changement de paradigme, où la population n'est pas perçue comme une variable macroéconomique de la planification et de la définition de politiques mais comme une approche fondée sur les droits qui accorde une importance capitale au bien-être des individus. La CIPD vise à tisser un lien entre les OMD contenus dans la Déclaration du Millénaire de septembre 2000 et dans le nouvel accord auquel sont parvenus les États membres lors du Sommet mondial de 2005. Par conséquent, la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD contribuera à la réalisation des OMD.

1.2 Évolution démographique

L'estimation la plus récente de la population africaine faite par le FNUAP donne un chiffre de 987 millions en 2008, chiffre établi sur la base d'un taux de croissance démographique annuelle moyen de 2,3 % entre 2005 et 2010. Des estimations antérieures montrent que pendant la décennie 1990-2000, la population africaine est passée de 622,4 millions à 795,7 millions, soit une augmentation de 173,3 millions (28,4 %) en 10 ans. La population africaine fera plus que doubler au cours des quarante prochaines années pour atteindre près de 2 milliards d'ici à 2050.

Alors que les décès liés au sida seraient en augmentation dans certains pays, le taux de fécondité prétransitionnelle prévalant, estimé à 4,63 pour l'Afrique en 2008, est le principal facteur contribuant au fort taux de croissance démographique du continent. Dans la plupart des pays, l'augmentation de la taille de la population a été le fait d'une fécondité élevée et constante associée à un fort taux de mortalité, bien qu'en diminution pendant la même période. Avec un taux de fécondité total de 7,16, le Niger arrive en tête des pays africains, suivi de près par la Guinée-Bissau (7,04), le Burundi (6,8) et la République démocratique du Congo (6,7). D'autres pays africains ont un taux de fécondité total supérieur à 6. Il s'agit du Libéria, du Mali, de la Sierra Leone et de la Somalie. En revanche, dans des pays comme l'Algérie, le Maroc, Maurice, la Tunisie et, dans une certaine mesure, l'Afrique du Sud, la transition démographique est bien amorcée puisque ces pays connaissent une baisse de leur taux de fécondité total qui, de plus de 3 en 1999, est passé à 2,5 ou moins en 2008.

Figure 1.1 **Évolution de la taille de la population**

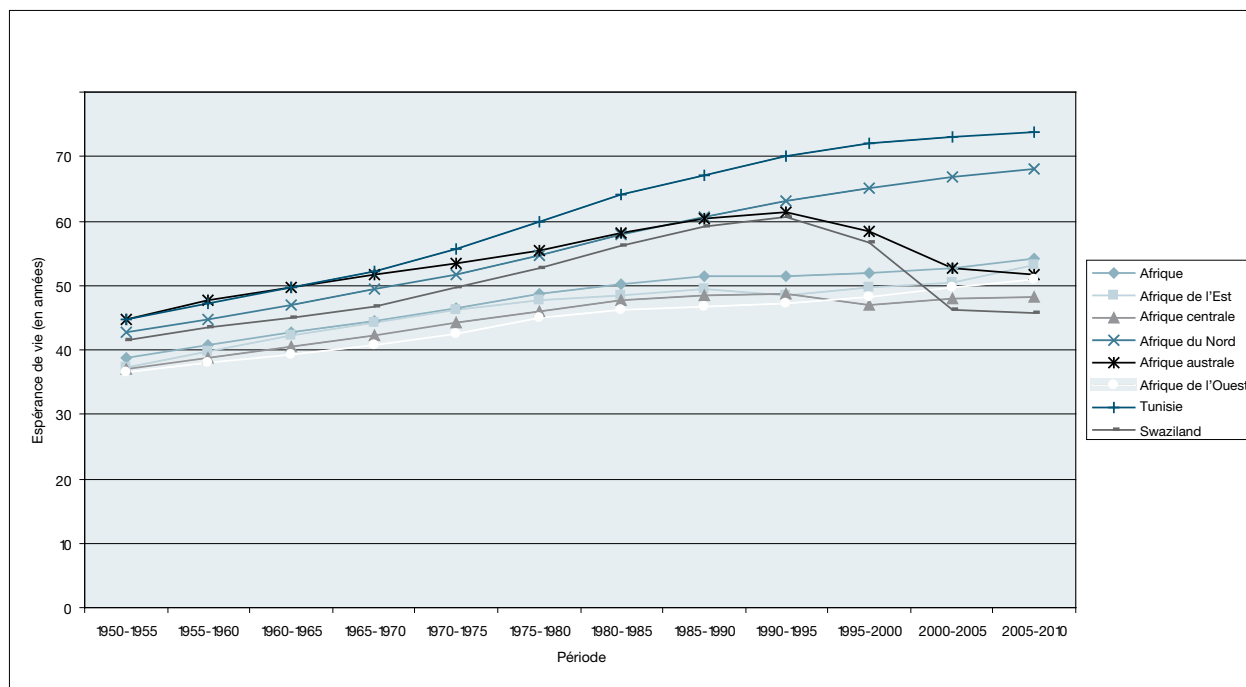


Source: Commission de l'Union africaine, Rapport sur l'état de la population africaine, 2008

L'espérance de vie à la naissance en Afrique en général a enregistré une augmentation lente mais régulière, passant de 39 ans pendant la période 1950-1955 à 54 ans pendant la période 2005-2010. Pendant la même période, les pays d'Afrique du Nord ont connu une espérance de vie moyenne plus élevée, laquelle est passée de 43 à 68 ans. L'incidence de la mortalité due au sida est la plus ressentie dans la sous-région de l'Afrique australe, où l'espérance de vie moyenne a atteint 61 ans pendant la période 1990-1995 mais a chuté ensuite à 51,6 ans pendant la période 2005-2010; ce qui montre un recul significatif au plan de l'amélioration de la santé. La Tunisie a enregistré le taux le plus élevé pendant la période en question, le chiffre passant de 41,4 à 73,89 alors que le Swaziland présente toutes les caractéristiques de l'expérience de l'Afrique australe, l'espérance de vie passant de 41,4 ans (1950-1955) à 60,7 ans (1990-1995) et chutant ensuite à 45,8 (2005-2010).

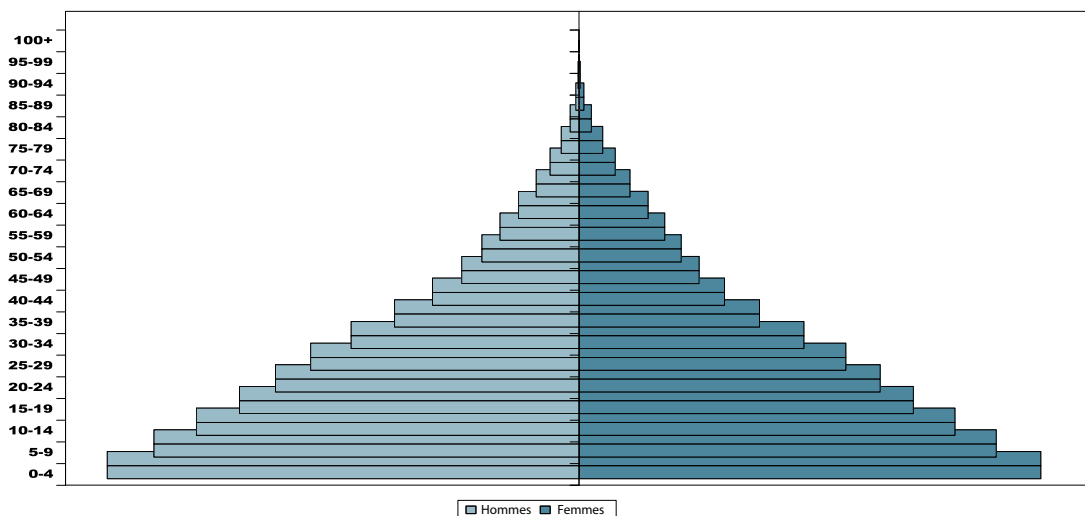
Outre le VIH/sida, les principales causes de la forte mortalité en Afrique sont notamment des systèmes de santé inappropriés, la pauvreté généralisée, le manque de reconnaissance du statut des femmes sur le continent, la prévalence de maladies infectieuses telles que la tuberculose et le paludisme, l'exode du personnel médical à l'étranger, l'appui financier limité pour traiter les problèmes de santé et la mauvaise qualité des infrastructures dans la plupart des pays africains.

Figure 2.1 Évolution de l'espérance de vie à la naissance en Afrique, par régions et dans certains pays, 1950-2010



Source: Nations Unies 2009, Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008

Figure 2.1a Pyramide des âges de la population africaine selon le sexe (2015)

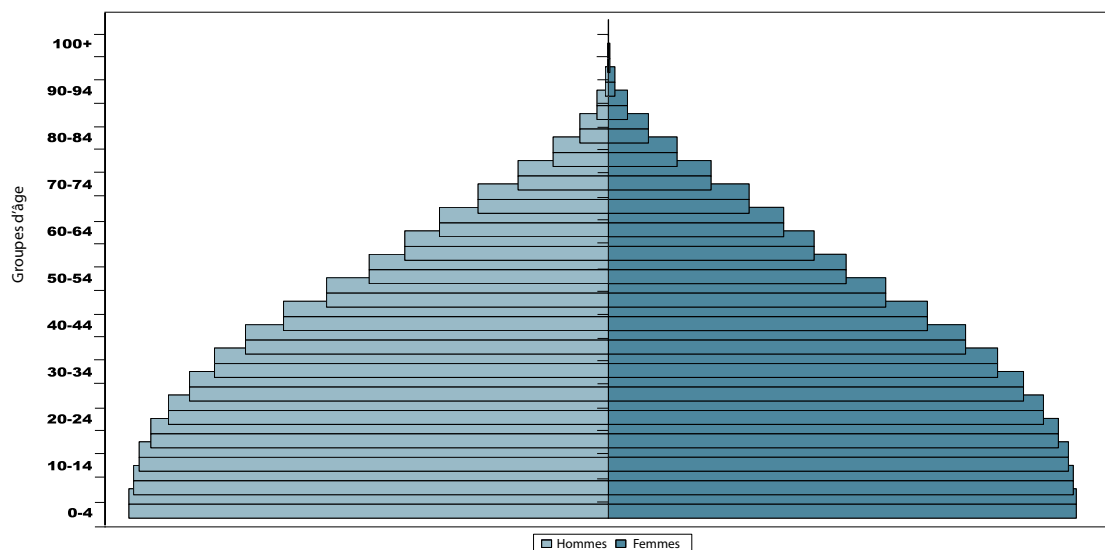


Source: Commission de l'Union africaine, Rapport sur l'état de la population africaine, 2008

La population de la plupart des pays africains continue d'être jeune, les enfants et les adolescents âgés de moins de 15 ans constituant environ 40% du total de la population. Les estimations les plus récentes montrent que les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 41,2 % de la population. Ensemble, les enfants et les jeunes de 30 ans et moins constituent plus de 70 % de l'ensemble de la population du continent (Nations Unies, Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008).

Si l'on compare les pyramides des âges des projections démographiques pour l'Afrique à l'horizon 2015 (voir la figure 2.1a) et à l'horizon 2050 (voir la figure 2.1b), il apparaît clairement que le nombre d'adultes en âge de travailler sera plus élevé en 2050 qu'actuellement. D'ici à 2050, la main-d'œuvre sera plus importante et le nombre d'enfants à prendre en charge va baisser, ce qui se traduira par un accroissement de la production et par le développement socioéconomique. C'est ce qu'il est convenu d'appeler le «dividende démographique». Bien que cela dure depuis des années, cette fenêtre d'opportunité se fermera lorsque les effectifs de la main-d'œuvre auront vieilli et qu'un plus petit nombre de travailleurs devra aider un nombre croissant de personnes âgées, comme c'est le cas actuellement en Europe. Ce scénario exigera de déployer des efforts soutenus pour répondre aux besoins des jeunes.

Figure 2.1b Pyramide des âges selon le sexe en Afrique en 2050



Source: Commission de l'Union africaine, Rapport sur l'état de la population africaine, 2008

Les deux pyramides montrent également que la catégorie des personnes âgées devient de plus en plus visible. Même si ce pourcentage est actuellement faible, il devrait représenter 10 % de la population du continent d'ici à 2050. Dans la mesure où ces personnes sont très exposées et qu'elles pourraient être gravement touchées par des problèmes tels que le changement climatique, l'insécurité alimentaire et les nouveaux problèmes de santé, leurs besoins devraient être clairement pris en compte dans les politiques et programmes de développement.

L'autre tendance démographique que l'on constate en Afrique, et peut-être dans d'autres régions en développement au cours de ces dernières années, est due à l'urbanisation croissante de la population. En 2007, on estimait à 39 % la population africaine vivant en milieu urbain, c'est-à-dire en dessous de la moyenne mondiale qui est de 50 %. Toutefois, c'est dans les régions en développement, en particulier en Afrique, que l'on devrait observer les taux de croissance les plus élevés de la population urbaine, le taux de croissance étant estimé à 3,2 % entre 2005 et 2010. Les questions de répartition de la population et d'urbanisation sont traitées en détail dans le chapitre 7 du présent rapport.

1.3 Évolution de l'incidence de la pauvreté

Mis à part le piège démographique, l'Afrique, comparée à d'autres régions du monde, souffre d'une façon disproportionnée de la pauvreté et de ses conséquences. Environ 20% de la population dans le monde survit avec moins d'un dollar par jour. En Afrique, le problème de la pauvreté est beaucoup plus ancré et étendu que dans les autres grandes régions du monde.

Dans son évaluation (2003) des progrès accomplis vers la réalisation des OMD dans différents pays, le PNUD conclut que l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud connaissent toutes deux une extrême pauvreté. Cependant, contrairement à l'Asie du Sud, l'Afrique subsaharienne est distancée en raison de la stagnation socioéconomique.

La moitié de la population africaine vit dans un dénuement total et un tiers de celle-ci ne mange pas à sa faim. De même, un enfant sur six meurt avant l'âge de cinq ans, ce qui était déjà le cas il y a 40 ans. Dans les régions ravagées par les conflits, le niveau actuel de la pauvreté et de la faim stagne, ou même empire dans certains pays. Le rapport de l'ONU de 2006 sur les OMD indique que, malgré des progrès réalisés pour éradiquer la faim dans le monde, l'Afrique subsaharienne et l'Asie australe sont les deux régions où des millions de personnes ont faim en permanence. La situation en matière de sécurité alimentaire se détériore en Afrique depuis 1970. Le nombre de personnes victimes de malnutrition reste compris entre 33 et 35% en Afrique subsaharienne et plus de 70% de la population victime de l'insécurité alimentaire sur le continent vit en zone rurale.

Le dernier Rapport mondial sur le développement humain (2008) montre toutefois que le développement humain de l'Afrique a évolué de façon spectaculaire. Les nouvelles estimations montrent que trois pays africains (Libye, Maurice et Seychelles) font partie des pays «à développement humain élevé». Il faut noter que les Seychelles font partie de cette catégorie depuis 2004.

Le nombre de pays africains classés dans la catégorie des pays «à développement humain moyen» est également passé de 16 en 2004 à 23 en 2008. Au bas du classement, on trouve les pays «à faible développement humain» qui, à l'exception de trois pays asiatiques, se situent tous en Afrique subsaharienne.

Les différents rapports nationaux sur la CIPD+15 offrent une meilleure compréhension de l'ampleur de la pauvreté, des politiques et programmes de lutte contre ce fléau, des réussites enregistrées jusqu'à présent et des perspectives d'avenir. Au Ghana, par exemple, même si le taux de pauvreté est passé de 51,7 % en 1992 à 36,4 % en 2006, il demeure très élevé en particulier dans les zones rurales. On peut en dire de même de la Tanzanie, où un tiers de la population vit en dessous du seuil de

pauvreté, surtout dans les zones rurales, 18,4 % des ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté alimentaire et 37 % au-dessous du seuil de pauvreté en ce qui concerne la satisfaction des besoins vitaux. Au Mozambique, environ 54 % de la population vit dans une pauvreté absolue, dont 80 % dans les zones rurales. Au Bénin, les résultats du recensement de 2002 montrent également que 59 % des personnes vivant en milieu rural sont pauvres, contre 18 % en milieu urbain.

Les rapports nationaux de l'Afrique du Sud, du Gabon, du Lesotho et de Sao Tomé-et-Principe montrent que la pauvreté continue de toucher de manière disproportionnée les femmes, notamment les chefs de ménage. Parfois, comme au Sénégal, la pauvreté a reculé plus rapidement dans les ménages dirigés par des femmes que dans ceux ayant à leur tête un homme.

En République démocratique du Congo, on estime que 81 % de la population, en particulier dans les zones urbaines, vit en dessous du seuil de pauvreté absolue. En revanche, des pays tels que le Maroc, Maurice et la Namibie ont progressé à pas de géant dans la lutte contre la pauvreté. Les résultats des deux enquêtes sur les revenus et les dépenses des ménages réalisées en 1993-1994 et 2003-2004 en Namibie montrent que l'incidence de l'extrême pauvreté au sein des ménages est passée de 9 % à 4 % entre ces deux périodes. À Maurice, le pourcentage de la population vivant actuellement dans l'extrême pauvreté est estimé à moins d'un pour cent, alors qu'au Maroc, le pourcentage de personnes pauvres, c'est-à-dire vivant avec moins d'un dollar par jour, est passé de 3,5 % en 1990 à 0,6 % en 2007. Le Rapport national de ce pays indique qu'environ 1,7 million de Marocains sont sortis de la pauvreté depuis 2001.

Le nombre de pauvres en Éthiopie, pour la période 2004-2005, a baissé de 12 % par rapport au niveau de 1990-2000, et l'essentiel de cette baisse au niveau national s'explique par le recul de la pauvreté dans les zones rurales. En ce qui concerne l'Ouganda, c'est dans les zones rurales que l'on note l'amélioration la plus notable de la réduction de la pauvreté (8,5 %) comparé aux zones urbaines (0,7%). En revanche, le Rapport national du Lesotho fait ressortir un accroissement de la pauvreté en milieu urbain de 1% pour ce qui est de Maseru, et de 3 % à 6 % pour les autres zones urbaines.

1.4 Population et environnement

Les rapports d'interdépendance complexes entre population et environnement constituent un sérieux problème pour les initiatives de développement. En l'absence d'investissements suffisants, notamment dans le secteur social, l'accroissement de la taille de la population en Afrique a des incidences sur l'utilisation des ressources naturelles et l'amélioration de la qualité de vie des générations actuelles et futures. En 2002, le PNUE indiquait que 61 % des établissements humains au sud du Sahara se trouvaient dans des zones écologiquement vulnérables. Selon Sayer, Harcourt et Collins (1992), les liens entre croissance démographique rapide, stagnation agricole et pressions sur l'environnement en Afrique subsaharienne montrent que ces phénomènes se renforcent mutuellement. L'augmentation rapide de la population est perçue comme le facteur exogène qui a le plus grand impact sur l'augmentation du stress environnemental et sur la stagnation agricole.

Au Malawi, par exemple, le bois de chauffe fournit 93 % de l'énergie consommée par la population, ce qui soumet le couvert végétal du pays à un énorme stress. Il en est de même d'autres pays où la croissance démographique rapide a entraîné un accroissement de la demande de ressources natu-

relles, dont le bois de chauffe, ce qui aggrave, à son tour, la déforestation. De même, dans certains pays, les activités minières ont contribué à la dégradation des terres et à la pollution des cours d'eau. Au Maroc, on estime que la désertification touche 92 % de la superficie du pays (Rapport national du Maroc).

On s'attend à ce que les pressions sur l'environnement déclenchent des mouvements de population qui quitteront les zones à écosystèmes épuisés du continent pour aller vers d'autres zones, notamment les centres urbains. Cela créera ce qu'il est convenu d'appeler des «réfugiés écologiques».

1.5 Incidences de la crise financière

Selon le FNUAP (2009), le ralentissement de la croissance économique, la détérioration des revenus financiers (en particulier les recettes nationales, l'aide, les investissements étrangers directs et les envois de fonds de travailleurs émigrés), le taux élevé de la pauvreté ainsi que l'insuffisance de capacités institutionnelles et fiscales sont autant de facteurs qui aggravent la vulnérabilité des pays émergents et en développement face à la crise financière actuelle. Selon les estimations de la Banque mondiale, une baisse de un pour cent de la croissance économique entraînera environ 20 millions de personnes dans une extrême pauvreté. La croissance économique devrait connaître un ralentissement en Afrique, mais dans des proportions moindres que dans d'autres régions, du fait de l'intégration relativement faible de l'Afrique dans le système financier mondial.

Une analyse récente de la CEA (2009) est parvenue aux mêmes conclusions: la crise financière et la récession vont vraisemblablement entraîner une plus faible croissance économique en raison de la baisse de la demande mondiale de produits de base et de ses effets négatifs sur les autres principaux secteurs d'exportation comme le tourisme et l'agriculture non traditionnelle. Ce rapport mentionne également d'autres effets indirects de la crise financière, en particulier la baisse de l'aide publique au développement (APD), des investissements étrangers directs (IED) et des envois de fonds des travailleurs émigrés.

L'aggravation de la pauvreté, l'endettement, la diminution du nombre d'élèves scolarisés due aux difficultés économiques, notamment pour les filles, de même qu'un accès limité aux services de santé auront de toute évidence un impact sur la réalisation des objectifs du Programme d'action de la CIPD et, par conséquent, des OMD. La vulnérabilité face à la crise financière est fonction de la capacité institutionnelle et fiscale d'un pays de faire face à un accroissement des dépenses consacrées à l'atténuation des effets les plus graves sur les pauvres.

Aussi, à cause de la crise financière, l'aggravation de la pauvreté constituera-t-elle le danger majeur pour l'Afrique et pour sa population. Il est donc à prévoir que cette crise aura une incidence sur la capacité de l'Afrique de subvenir aux besoins des pauvres et des défavorisés, notamment les femmes et les filles. La capacité du continent de faire face aux diverses situations d'urgence humanitaire prolongées sera durement touchée. Les pays en proie à une insécurité alimentaire chronique, au VIH/sida et qui n'ont aucun accès aux services sociaux de base vont, sans doute, devenir plus vulnérables encore. De même, les conflits entre populations déplacées et communautés d'accueil seront vraisemblablement exacerbés en raison des difficultés économiques.

1.6 Mise en œuvre du Programme d'action

Le Programme d'action note qu'il est généralement admis que la persistance de la pauvreté généralisée et l'existence de graves inégalités entre les groupes sociaux et les sexes ont une grande influence sur les facteurs démographiques tels que la croissance de la population, sa structure et sa répartition. Il note également que la pauvreté et les inégalités sociales sont, à leur tour, influencées par les facteurs démographiques. S'agissant du développement durable, le Programme d'action note, en outre, que des modes de consommation et de production non viables contribuent à une utilisation non viable des ressources naturelles et à la dégradation de l'environnement. La mesure qu'il est proposé de prendre consiste à intégrer pleinement les questions démographiques dans les stratégies de développement et dans toutes les composantes de la planification du développement, à tous les niveaux, tout en veillant à ce que la croissance économique durable qui en découlera permette de faire face aux besoins des populations et d'améliorer la qualité de vie des générations actuelles et futures, de promouvoir la justice sociale et de contribuer à la lutte contre la pauvreté.

Stratégies d'élimination de la pauvreté

La réduction de la pauvreté est une priorité nationale et tous les pays africains n'ont cessé de renforcer leurs interventions et leurs politiques par le biais d'une série de stratégies. Les rapports nationaux font apparaître que la plupart des pays mettent en place actuellement des politiques et programmes adaptés pour améliorer la qualité de vie des populations. Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) sont les plus connus. Les rapports nationaux montrent que les stratégies en question englobent, outre l'importance accordée à la réduction de la pauvreté, un certain nombre de préoccupations nationales comme le VIH et le sida (Malawi, OMD 2006) et le relèvement à la suite de conflits (Sierra Leone, DSRP 2005-2007).

Dans certains pays, des études prospectives nationales à long terme ont également été menées et ont permis de dégager une «vision» permettant de définir des interventions en matière de réduction de la pauvreté et de développement. Il s'agit des pays suivants: Afrique du Sud, Bénin, Malawi, Nigéria-Vision 2014, Sierra Leone-Vision 2025, Namibie-Vision 2030, Ghana-Vision 2035 et Tanzanie.

D'autres pays, comme l'Afrique du Sud, ont fait état d'un recentrage des dépenses au profit de programmes susceptibles de réduire la pauvreté et les inégalités socioéconomiques, notamment la mise en place d'infrastructures et la prestation de services sociaux. Ces programmes visent également à générer une croissance créatrice d'emplois en mettant l'accent sur les opportunités économiques pour les jeunes et les femmes. Maurice a fait savoir qu'elle était en train de mettre en place des structures et un fonds d'affectation dont l'objectif est d'éradiquer la pauvreté absolue dans le pays dans un délai de sept à 10 ans.

Prise en compte des OMD et des problèmes démographiques dans les stratégies nationales de développement et les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté

Environ 33 des 40 pays qui ont répondu à l'enquête affirment avoir placé les OMD, en particulier les questions relatives à la population et à la santé en matière de procréation, au centre de leur DSRP, de leur stratégie nationale de santé et de leur stratégie nationale de santé génésique. Trois

objectifs, mortalité juvénile et santé maternelle, VIH/sida, paludisme et autres maladies, ont été pris en compte par près de 68 % des pays, eu égard aux trois stratégies mentionnées.

Les politiques démographiques ont également été revues au Bénin (2006), au Botswana (2007), au Nigéria (2005), en Ouganda (2008), au Soudan (2002) et en Tanzanie (2006), dans le souci de prendre en compte les nouveaux problèmes, notamment les préoccupations concernant les OMD. En outre, 25 pays ont modifié leur politique démographique afin de répondre plus efficacement à certains problèmes nouveaux comme la pauvreté, la population et l'environnement; l'égalité des sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes; la violence sexiste; la famille; les enfants et les jeunes; les droits et la santé en matière de procréation; la planification familiale; le VIH/sida; la répartition de la population, l'urbanisation et les migrations internes et internationales.

Dans certains pays, des structures ont été mises en place pour coordonner la mise en œuvre des politiques démographiques aux niveaux national et local. Dans d'autres (République centrafricaine et Sierra Leone), les politiques nationales en la matière n'ont pas été revues, même s'il existe toujours des mécanismes de coordination pour leur mise en œuvre et leur révision. Le Nigéria a élaboré une stratégie nationale d'autonomisation économique (NEEDS) en 2004, à partir de laquelle des initiatives (SEEDS) ont été définies, afin d'intégrer les OMD et les questions démographiques dans les différentes stratégies de développement du pays.

La plupart des pays concernés affirment avoir intégré les questions démographiques et de santé en matière de procréation dans leur actuelle stratégie nationale de développement/ stratégie de réduction de la pauvreté et alloué des crédits aux activités de programme correspondantes. Les questions de démographie et de santé en matière de procréation sont souvent prises en compte dans les stratégies nationales de développement/documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, contrairement aux questions relatives aux droits et à la santé en matière de procréation, aux soins prénatals, à l'accouchement sans risques et aux soins postnatals, aux soins obstétriques d'urgence, à la santé en matière de procréation des adolescents, à la fourniture et à la distribution de produits de santé en matière de procréation, à la planification familiale, au renforcement des capacités des jeunes, à l'égalité des sexes, à l'équité et à l'autonomisation des femmes, à la violence sexiste, aux droits de l'homme, à la répartition de la population, à l'urbanisation et aux migrations internes, aux migrations internationales, aux systèmes statistiques et à la qualité des données, à l'habitat et au logement, à l'environnement, à la préparation en prévision des catastrophes et à l'atténuation des effets des situations d'urgence et des crises. Lorsque ces questions sont prises en compte, elles sont, la plupart du temps, budgétisées. Les écarts les plus importants entre les déclarations et les affectations budgétaires concernent les droits de l'homme, la répartition de la population et les mouvements de population, ainsi que l'habitat et le logement.

Faire face aux problèmes environnementaux

Les rapports nationaux ont montré que les pays prenaient des mesures pour mettre en œuvre des politiques visant à résoudre les problèmes que posent la croissance démographique et la dégradation de l'environnement. Au Ghana, la nouvelle politique nationale en matière de population (politique nationale de l'environnement, Plan d'action pour l'environnement de 1990 et réglementation

relative aux études d'impact sur l'environnement de 1999) offre un cadre pour la prise en compte des objectifs de gestion dans un plan global sur la population et l'environnement.

Le Gouvernement des Seychelles, petit État insulaire en développement, dont l'environnement est fragile et les ressources naturelles sont limitées, étudie minutieusement les problèmes environnementaux et met l'accent sur la protection et la conservation des ressources naturelles. Le premier Plan de gestion environnementale aux Seychelles (EMPS) (1990-2000) a été exécuté avec succès, par le biais de plus de 51 projets. Le deuxième Plan EMPS revêt un caractère spécial, dans la mesure où il prévoit des dispositions pour trouver un équilibre entre population (y compris les questions hommes-femmes) et environnement.

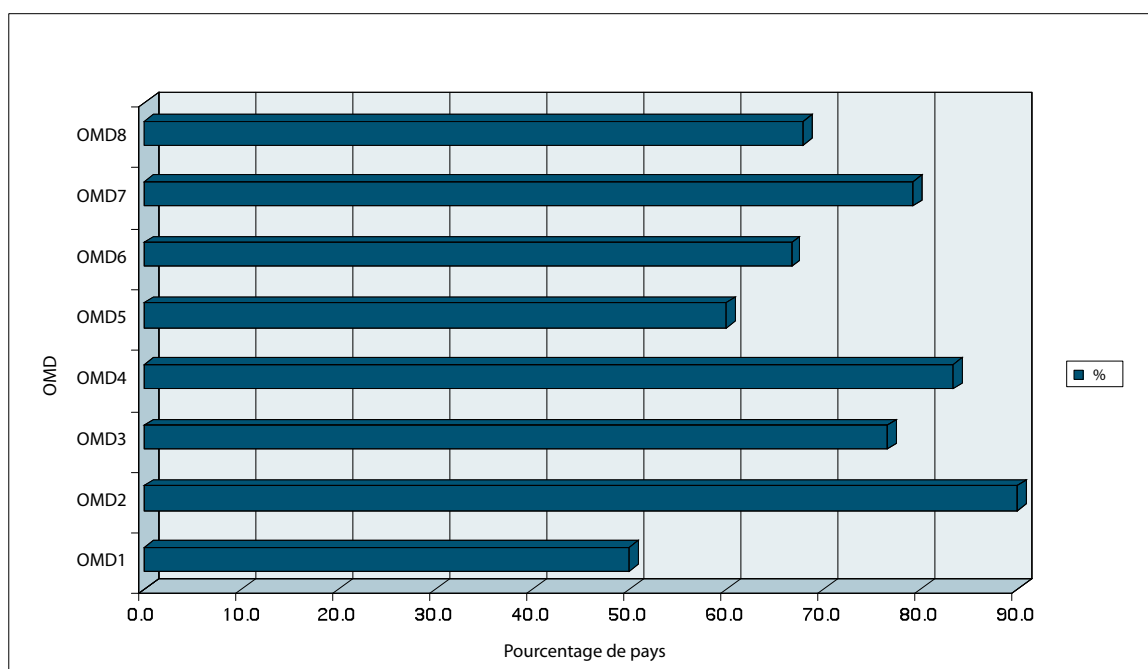
Au Maroc, des plans nationaux portant sur la lutte contre la désertification, la protection des bassins versants et la conservation des sols sont actuellement mis en œuvre afin d'atténuer les effets des problèmes écologiques dans diverses parties du pays.

1.7 Élimination de la pauvreté et éradication de la faim

Réalisation des Objectifs et des cibles du Millénaire pour le développement

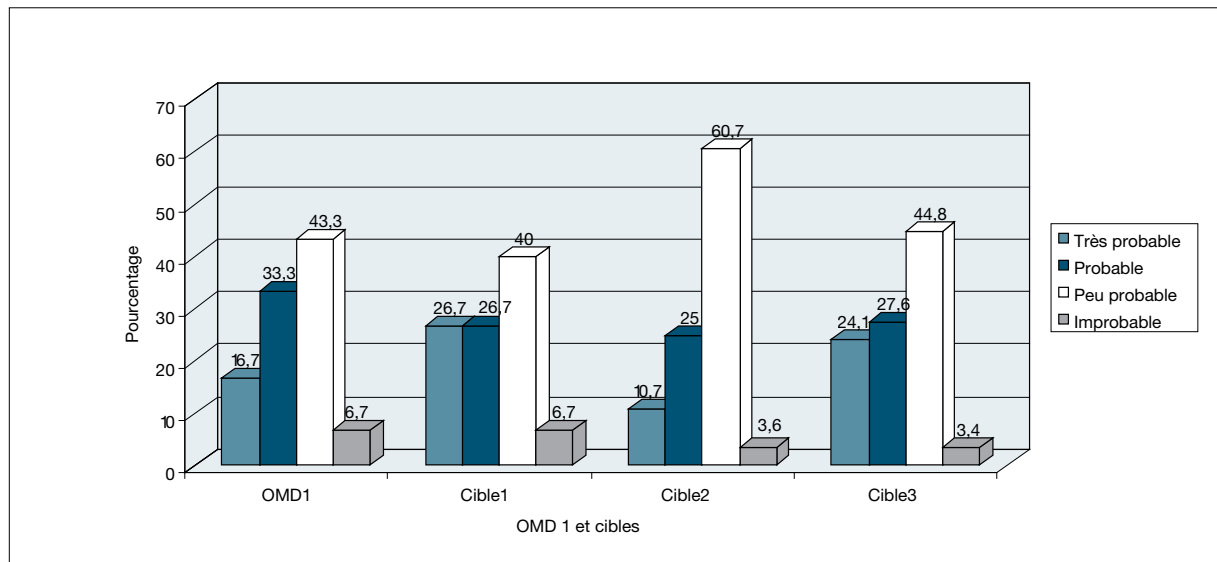
La figure 1.1 résume les réponses concernant les chances des pays qui ont répondu à l'enquête de réaliser les OMD. La plupart d'entre eux sont optimistes au sujet des OMD 2, 4 et 7. Moins de la moitié des pays sont optimistes quant à la possibilité de réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1) d'ici à 2015.

Figure 1.1 Probabilités de réaliser les OMD en Afrique



Pris dans leur ensemble, les pays africains semblent plus optimistes à propos de l'éradication de la pauvreté durant le cycle des OMD que les données disponibles ne le laissent penser. En réponse à la question concernant la probabilité de l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim d'ici à 2015, la moitié des pays qui ont répondu à l'enquête y croient. En effet, 17 d'entre eux se disent confiants que l'extrême pauvreté et la faim ne seront qu'un mauvais souvenir d'ici à 2015.

Figure 2.2 Probabilités de réaliser l'OMD 1 et ses cibles d'ici à 2015 dans les pays africains



S'agissant des cibles spécifiques de l'OMD 1, les réponses apparaissent encore plus optimistes, à l'exception de la cible 1.B «Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif», au sujet de laquelle 64,3 % des pays ayant répondu à l'enquête se disent pessimistes (voir la figure 2.2).

Les résultats de l'enquête sur la CIPD+15 et l'analyse des rapports nationaux montrent que même si la pauvreté est considérée comme ayant reculé dans la plupart des pays, la situation demeure endémique et ses incidences graves dans certaines couches de la société.

Comme le montre le tableau 1.1, aussi bien le Programme d'action de la CIPD que les OMD mettent l'accent sur l'éradication de la pauvreté, objectif clef permettant d'améliorer la qualité de vie des populations. L'OMD 1 met l'accent sur l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim et comporte trois cibles: «Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour», «Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif» et «Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim».

En ce qui concerne l'OMD 1, qui a pour ambition de «réduire l'extrême pauvreté et la faim», très peu de pays (notamment Madagascar, les Seychelles et la Tunisie) ont estimé qu'ils allaient vraisemblablement le réaliser d'ici à 2015. Ces pays ont souligné que les politiques et programmes qu'ils appliquent actuellement ont entraîné une réduction de la pauvreté et une diminution de la vulnérabilité face à la faim. En

Tunisie, par exemple, la pauvreté a baissé de 6,7 % en 1990 à 3,8 % en 2005. Quant aux Seychelles, les autorités affirment que l'extrême pauvreté et la faim n'y ont pas cours.

S'agissant du Bénin, du Burundi, de Maurice et du Mozambique, la pauvreté recule à un rythme tel que l'objectif sera probablement atteint grâce aux programmes de réduction de la pauvreté que ces pays mettent en place actuellement. En ce qui concerne le Mozambique, par exemple, la pauvreté est passée de 69,4 % en 1997 à 54,1 % en 2003, et l'on compte descendre à 45 % d'ici à la fin de l'année 2009.

La plupart des pays ont indiqué que, selon leurs propres évaluations, ils n'allaient sans doute pas atteindre cet objectif. Dans certains pays (Kenya et Tanzanie, par exemple), la pauvreté recule, mais à un rythme jugé insuffisant pour y parvenir. Dans d'autres pays, comme la Guinée, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal et le Soudan, par exemple, des conditions macroéconomiques défavorables ne permettent pas de le réaliser. S'agissant du Swaziland, des sécheresses récurrentes et un taux élevé de prévalence du VIH/sida se traduisent par l'impossibilité d'accroître la production alimentaire et de réduire la pauvreté. Les informations reçues de pays tels que la Gambie font état d'une aggravation de la pauvreté, qui est passée, dans ce pays, de 30 % en 1990 à 58 % en 2007. En République centrafricaine, la pauvreté a également gagné du terrain, passant de 62,5 % en 1992 à 67 % en 2003.

Cible 1.A de l'OMD 1: «Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour». À l'exception du Soudan, tous les pays d'Afrique du Nord ont indiqué qu'ils avaient déjà atteint cet objectif. En Tunisie, par exemple, le nombre de personnes dont le revenu est inférieur à un dollar par jour ne représente que 0,4 % de la population. Dans les États insulaires que sont Maurice et les Seychelles, cet objectif a déjà été atteint. S'agissant de Maurice, le pourcentage de la population vivant avec moins d'un dollar par jour représenterait moins de un pour cent. Selon leurs propres évaluations, Madagascar et l'Ouganda ont fait état d'une amélioration de la situation sur le front de la pauvreté grâce aux programmes qu'ils mettent en œuvre actuellement. Ils vont probablement atteindre cette cible. Les données relatives à l'Ouganda montrent que la pauvreté est passée de 56 % en 1990 à 31 % en 2006.

Les Comores, la Guinée, le Kenya, le Lesotho, le Niger, la République centrafricaine, le Swaziland et le Zimbabwe n'atteindront vraisemblablement pas cet objectif. Même si le nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour demeure élevé dans la plupart de ces pays, la situation s'est en fait détériorée dans d'autres. Au Swaziland, la majorité des 69 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est encore plus exposée à la faim, en raison du faible niveau des pluies qui a entraîné une baisse de la production de maïs, provoquant une hausse des coûts de cette denrée. En Guinée, le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé de 49,2 % en 2002 à 53,6 % en 2005. La situation est pire au Zimbabwe, où le nombre de personnes dans le même cas est passé de 55 % en 1995 à 72 % en 2003.

Cible 1.B de l'OMD 1: «Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif». Cet objectif devrait être atteint aux Seychelles, où le taux de chômage était de 7,2 % en 2007 et où des programmes sont actuellement mis en œuvre pour permettre que davantage de femmes et de jeunes acquièrent des compétences et aient la possibilité d'avoir un emploi indépendant.

Le Kenya et le Swaziland ont fait savoir qu'ils allaient vraisemblablement atteindre cette cible. À Maurice, le taux de chômage n'était que de 8 %, alors que des efforts sont faits pour améliorer la situation. S'agissant du Kenya et du Swaziland, même si les taux de chômage restent élevés, ces deux pays s'efforcent de créer des emplois et d'accorder des prêts aux femmes et aux jeunes afin qu'ils se lancent dans des activités génératrices de revenus. Malgré certaines difficultés économiques et l'impact du ralentissement de l'économie mondiale, la Tunisie maintient son taux de chômage aux alentours de 14 % depuis 2004.

Pour la plupart des pays, notamment les Comores, le Lesotho, l'Ouganda, la République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, le Soudan, la Tanzanie et le Zimbabwe, il est peu probable qu'ils atteignent cette cible et, dans le cas des Comores, il est très peu probable que cela arrive en raison du taux de chômage élevé. À la suite de la fermeture des mines en Afrique du Sud, la plupart des mineurs basothos ont été licenciés, ce qui a aggravé le chômage au Lesotho. Au Zimbabwe, en raison de la détérioration de l'environnement macroéconomique, le taux de chômage a augmenté. Le chômage en Ouganda serait plus élevé que ne le montrent les chiffres parce que le phénomène est largement occulté.

Cible 1.C de l'OMD 1: «Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim». L'Égypte, le Maroc, Maurice, les Seychelles et la Tunisie ont indiqué qu'il était très probable qu'ils atteignent cette cible. Au nombre des pays qui ont indiqué qu'ils allaient probablement atteindre cette cible, on citera les Comores, Madagascar, la Sierra Leone et la Tanzanie. Les Comores et la Tanzanie ont fait savoir que le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale ou un retard de croissance avait baissé régulièrement.

Cette cible ne sera probablement pas atteinte en République centrafricaine, au Kenya, au Lesotho, au Niger, en Ouganda, à Sao Tomé-et-Principe, au Swaziland et au Zimbabwe, en raison de l'aggravation de l'insécurité alimentaire, de la sécheresse et de la détérioration de l'environnement macroéconomique. La forte densité démographique au Burundi et le morcellement des terres arables qui s'ensuit sont les principaux obstacles qui empêchent de parvenir à la sécurité alimentaire dans ce pays.

Préserver l'environnement

L'OMD 7 a l'ambition «d'assurer un environnement durable». En ce qui concerne les questions environnementales, les rapports nationaux font état d'une plus grande reconnaissance des facteurs écologiques en matière de population et de développement. Toutefois, les pays concernés doivent relever d'énormes défis. Les Seychelles sont le seul pays qui parviendra très probablement à atteindre l'objectif visant à assurer un environnement durable.

Le Bénin, le Burundi, le Kenya, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone et la Tanzanie affirment que cet objectif sera probablement atteint grâce à la coopération de tous les partenaires sur les questions de la préservation de l'environnement et à l'incorporation des questions environnementales dans les politiques, plans et programmes.

Pour les autres pays, il est peu probable que cet objectif soit atteint, car la plupart des indicateurs montrent une dégradation de l'environnement en dépit des efforts faits par les gouvernements.

Cible 7.A de l'ODD 7: «Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources naturelles».

Alors que l'Égypte fait état de l'intégration des principes du développement durable dans ses politiques et programmes et d'une inversion de la tendance à la déperdition des ressources naturelles, le Kenya, les Seychelles et la Tunisie indiquent qu'ils atteindront très vraisemblablement cette cible. Ces pays indiquent qu'ils ont mis en place divers politiques, plans et programmes dans lesquels ils ont inscrit des principes concernant la préservation de l'environnement.

Le Burundi, le Maroc, Maurice, le Niger, Sao Tomé-et-Principe, la Tanzanie et le Zimbabwe accordent aux problèmes écologiques la place qu'ils méritent dans la formulation et la mise en œuvre de programmes de développement.

Toutefois, cette cible semble hors de portée des Comores, de la Guinée, de la Sierra Leone et du Soudan du fait que ces pays ont accusé un retard dans la mise en œuvre de leurs plans.

Cible 7.B de l'ODD 7: «Réduire l'appauvrissement de la diversité biologique et en ramener le taux à un niveau sensiblement plus bas d'ici à 2010». La cible 7.B de l'ODD 7 semble à la portée du Burundi, des Comores, du Kenya, de Sao Tomé-et-Principe, des Seychelles, du Soudan et de la Tanzanie. Cette affirmation repose sur le fait que divers politiques, législations et programmes relatifs à l'environnement sont en cours d'exécution et que ces pays accordent davantage d'attention aux questions environnementales et prennent des mesures dans ce domaine.

Du fait de la pauvreté et de la croissance démographique, la demande de bois de chauffe serait très élevée dans la plupart des pays. La Guinée, le Niger, l'Ouganda, la Sierra Leone, le Swaziland et le Zimbabwe doivent faire face à différents problèmes qui les empêcheront très probablement d'atteindre cette cible, même si divers politiques, législations et programmes soucieux de l'environnement ont été mis en place. Les pratiques agricoles et minières contribueraient également à la dégradation de l'environnement et à la perte de biodiversité.

Cible 7.C de l'ODD 7: «Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès durable à l'eau potable et à des services d'assainissement de base».

On estime que cette cible sera très probablement atteinte par la Gambie, Maurice et l'Ouganda, où un pourcentage très élevé de la population aurait accès à l'eau potable et à des services d'assainissement modernes. En Gambie et à Maurice, plus de 80 % de la population a accès à l'eau potable et à des services d'assainissement. En Ouganda, ce niveau a été atteint dans les zones urbaines et, dans l'ensemble, les progrès ont été rapides.

D'autres pays, notamment le Burundi, les Comores, le Lesotho, le Maroc, le Niger, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, le Swaziland et la Tanzanie estiment que cette cible sera probablement atteinte,

dans la mesure où l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement s'est considérablement amélioré dans ces pays grâce aux politiques et programmes actuellement mis en œuvre.

Toutefois, dans le cas de la Guinée, du Kenya, de la Sierra Leone, du Soudan et du Zimbabwe, l'absence de politiques et de programmes adaptés, d'actions durables et de ressources suffisantes fait qu'il est peu probable qu'ils atteignent cette cible d'ici à 2015.

1.9 Engagement en faveur de politiques et de stratégies à l'échelle du continent

Le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), qui traduit une vision rationnelle à long terme des dirigeants africains, vise à éradiquer la pauvreté, à promouvoir le développement durable et à garantir la visibilité du continent dans un monde qui se globalise. Il constitue, par conséquent, un instrument de promotion d'un nouveau partenariat entre l'Afrique et la communauté internationale. Le Programme d'action du NEPAD a, avant tout, l'ambition d'éradiquer la pauvreté et la faim, d'accélérer la croissance économique, de garantir une forte présence de l'Afrique et des pays africains sur la scène mondiale, de mettre fin à la marginalisation de l'Afrique au regard de l'ordre social et économique mondial, de promouvoir les femmes et autres groupes socialement défavorisés et de mettre en place les infrastructures qu'exige le développement durable.

Outre leur adhésion, en tant qu'États membres de l'Union africaine, aux objectifs et principes du NEPAD, des pays tels que le Nigéria, la Sierra Leone et la Tanzanie ont indiqué qu'ils revoyaient actuellement leurs politiques et leur législation, qu'ils mettaient en place des mécanismes de coordination et de suivi, et qu'ils sensibilisaient les parties prenantes intéressées aux différents thèmes du NEPAD. Les réponses à l'enquête montrent que le cadre continental a été la plupart du temps utilisé pour dégager un consensus et instaurer des partenariats, et pour mener des campagnes de plaidoyer et de sensibilisation. Un peu moins de la moitié des pays ont revu leurs politiques, modifié leur législation, entrepris des réformes institutionnelles ou amélioré les services.

Selon le Bulletin sur le Mécanisme d'évaluation intra-africaine (APRM) de janvier 2009, 28 pays ont jusqu'ici volontairement adhéré à l'APRM (se reporter au chapitre du présent rapport consacré au suivi et à l'évaluation pour plus de détails). Le Rapport national de la Tanzanie indique que le Gouvernement a eu recours aux conclusions et recommandations de l'APRM pour lancer un certain nombre d'initiatives en matière de bonne gouvernance.

1.10 Contraintes et défis

Les défis que l'Afrique doit relever en matière de réduction de la pauvreté et de promotion du développement durable sont les suivants:

Défis mondiaux

- Crise financière mondiale, déficit énergétique, crise alimentaire et incapacité générale de s'adapter au changement climatique;

- Presque tous les pays sont dépendants, voire trop dépendants, de la communauté des donateurs pour ce qui est de la protection sociale, de la réduction de la pauvreté et des interventions en matière de développement;
- Incapacité de dégager un consensus international (Déclaration de Johannesburg, Plan d'action de Maputo, Déclaration d'Abuja);
- Mise en œuvre limitée de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, qui reste donc faible dans bon nombre de pays.

Défis régionaux

- Les initiatives d'intégration sous-régionale et régionale se déroulent à un rythme très lent et sont limitées;
- La bonne gouvernance et le respect des droits de l'homme laissent à désirer;
- Le poids de maladies telles que le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et le diabète limite les possibilités de croissance et de développement de l'Afrique;
- Le taux de croissance démographique élevé de la plupart des pays remet en cause les capacités économiques de ces derniers et exige une allocation de ressources pour la prestation de services.

Défis nationaux

- Participation insuffisante de la part du secteur privé local au développement social, notamment dans le domaine de la protection sociale, et investissements insuffisants;
- Manque de responsabilité sociale des entreprises du secteur privé local.

Défis au niveau des communautés

Manque de participation et d'engagement de la communauté en ce qui concerne les activités du Programme d'action de la CIPD.

On estime que la persistance d'un fort taux de fécondité, l'accroissement de la population et un rapport de dépendance élevé au regard de performances économiques insuffisantes constituent les principaux facteurs qui amenuisent les gains engrangés en matière de réduction de la pauvreté dans la plupart des pays, notamment au Bénin, en Éthiopie, au Nigéria, en Ouganda et en Tanzanie. En Éthiopie, la dynamique démographique se traduit par un accroissement annuel de la population de plus de 2 millions de personnes. Cette croissance démographique entraîne des pressions sur les terres arables, ce qui se traduit par une dégradation de l'environnement et des déséquilibres écologiques, en particulier sur les hauts plateaux du nord et du centre du pays.

Les rapports nationaux, dans le cadre de l'évaluation CIPD+15, expliquent chaque problème dans un contexte spécifique. Au Lesotho, au Malawi et en Namibie, il risque d'être difficile de consacrer les ressources nécessaires à la protection sociale et à d'autres interventions pour surmonter les effets

du VIH/sida. Le Rapport national du Lesotho indique que le PIB de ce pays diminuera d'environ un tiers en raison de cette pandémie.

La baisse des recettes pétrolières a réduit la capacité du Gabon de financer des programmes de réduction de la pauvreté et de protection sociale. En ce qui concerne la République centrafricaine, des termes de l'échange défavorables et le fardeau énorme de la dette posent de sérieux problèmes aux initiatives de réduction de la pauvreté et de développement.

L'Éthiopie, la Namibie et le Sénégal mentionnent que leur vulnérabilité face à la dégradation de l'environnement et aux catastrophes naturelles seraient les principaux obstacles à la réduction de la pauvreté et au développement durable. Dans ces trois pays, la faible productivité, notamment dans le secteur agricole, fait de la réduction de la pauvreté une tâche très ardue.

Au Soudan, les risques d'une poursuite du conflit armé et l'insécurité qui règne au Darfour, ou encore la résurgence de conflits dans d'autres régions instables au sujet des terres, des pâturages et de l'eau sont perçus comme étant les principaux obstacles aux initiatives de réduction de la pauvreté et de développement durable. Le conflit civil dans le nord de l'Ouganda et l'insécurité en République centrafricaine et en République démocratique du Congo seraient les principales causes de la détérioration de la situation économique.

Parmi les autres contraintes mentionnées, citons la possibilité limitée d'intégrer les questions démographiques et de gestion de l'environnement dans le processus de développement, notamment dans les stratégies de réduction de la pauvreté, et le financement insuffisant des programmes qui contiennent une approche intégrée de la gestion des ressources de l'environnement. La plupart des autorités municipales sont dépassées par les problèmes d'assainissement et de gestion des déchets, qui continuent de menacer l'environnement et la santé des citoyens.

Chapitre 2

2. Égalité entre les sexes, équité et autonomisation des femmes

2.1 Introduction

Dans de nombreux pays en développement, notamment dans les pays africains, l'ethnicité, l'appartenance à une classe, la religion et la politique continuent de façonner les relations entre hommes et femmes, et ce, toujours en faveur des hommes. Les relations entre hommes et femmes déterminent l'accès des femmes aux ressources et leurs opportunités de travail; elles définissent les limites de ce qu'une femme peut entreprendre au travail, au sein de la famille ou dans la vie publique; elles déterminent le comportement des hommes, les responsabilités et les droits; elles ont une incidence sur le fonctionnement économique et social à tous les niveaux et elles influencent les relations entre époux, enfants et parents, cadres et employés, et entre membres de la communauté.

C'est dans ce contexte que le Programme d'action de la CIPD a fixé les objectifs suivants: a) réaliser l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes sur la base d'un partenariat harmonieux et permettre aux femmes de s'épanouir pleinement; b) renforcer la contribution des femmes au développement durable en les associant pleinement au processus d'élaboration de politiques et de prise de décisions à tous les stades, et veiller à les faire participer à tous les aspects de la production, de l'emploi, de la création de revenus, de l'éducation, de la santé, de la science et de la technique, des sports, de la culture et des activités relatives à la population et à d'autres domaines, en tant que responsables, partenaires et bénéficiaires actives; c) veiller à ce que toutes les femmes ainsi que tous les hommes bénéficient d'une éducation qui leur permette de satisfaire leurs besoins humains fondamentaux et d'exercer les droits fondamentaux de la personne humaine.

Le Programme d'action de la CIPD engage les États à prendre toutes les mesures pour éliminer toutes les formes d'exploitation, d'abus, de harcèlement et de violence à l'égard des femmes, des adolescentes et des petites filles. En outre, les initiatives de développement devraient mieux tenir compte de la multiplicité des exigences qui pèsent sur l'emploi du temps des femmes, en consentant des investissements plus importants dans les mesures destinées à alléger le poids des responsabilités ménagères et en accordant plus d'attention aux lois, programmes et politiques permettant aux femmes comme aux hommes de concilier leurs responsabilités familiales et professionnelles (Programme d'action de la CIPD, 1994, chapitre 4).

Le Programme d'action de la CIPD exhorte les États à réaliser l'égalité entre les hommes et les femmes et l'équité sur la base du partenariat, à renforcer la participation des femmes au développement durable en les associant pleinement à la prise de décisions à tous les niveaux, à veiller à doter toutes les femmes, de même que tous les hommes, d'une éducation qui leur permette de satisfaire leurs

besoins humains fondamentaux et d'exercer les droits fondamentaux de la personne humaine, à accorder une attention particulière aux besoins des petites filles et à promouvoir l'égalité entre les sexes dans tous les aspects de la vie d'un être humain, notamment au sein de la famille et de la communauté.

La Déclaration du Millénaire a fixé un objectif identique, l'OMD 2, qui vise à «Rendre l'enseignement primaire universel». Il s'agit de donner, d'ici à 2015, à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires. L'OMD 3 a été fixé dans le souci de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Il a pour cible l'élimination des disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

À l'appui de son engagement en faveur de la promotion de la femme et du développement à travers le continent, l'Union africaine a adopté, en 2009, une politique concernant la problématique hommes-femmes (Rév. 2, 10 février 2009). L'objectif déclaré de cette politique est d'adopter une approche du développement fondée sur les droits, à travers une prise de décisions étayée par des données probantes et le recours à des données ventilées par sexe et à des indicateurs de performance concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes en Afrique. La politique de l'Union africaine en la matière a l'ambition de promouvoir un cadre et des pratiques tenant compte des préoccupations des femmes, et de prendre des engagements en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes dans les États membres, aux niveaux mondial, régional et national.

L'Acte constitutif de l'Union africaine stipule, en son article 4(L), que l'Union fonctionne conformément au principe de l'égalité entre les hommes et les femmes, grâce auquel on espère que tous les organes de l'Union africaine tiennent compte de l'égalité des sexes dans leurs politiques et programmes. Au niveau des communautés économiques régionales (CER), les États membres ont élaboré des politiques et adopté des déclarations, des plans d'action et des cadres concernant les questions hommes-femmes, des plans stratégiques, des principes régissant la vérification de l'absence de pratiques sexistes et des outils d'analyse des disparités liées au sexe, sur lesquels reposent l'institutionnalisation de l'égalité des sexes, la programmation et la budgétisation.

Les ministres africains responsables de la population et du développement ont reconnu en 2004, à Dakar, la persistance d'inégalités entre les sexes et de la violence à caractère sexiste. Ils ont lancé un appel en faveur du renforcement des mécanismes institutionnels garantissant la prise en compte des préoccupations des femmes dans les politiques démographiques et les stratégies de réduction de la pauvreté, dans le but d'élaborer des programmes à l'appui de l'égalité entre les sexes et de l'équité, ainsi que de l'autonomisation des femmes et de l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et des filles.

Il ressort des rapports nationaux que les États africains font preuve de détermination en prenant des mesures visant à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, conformément aux OMD et aux recommandations de la CIPD. Dans l'ensemble, seuls 23,3 % des pays concernés déclarent qu'ils ne réaliseront vraisemblablement pas l'OMD relatif à la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Au regard de la réalisation de la cible de l'OMD 3, qui vise à «Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005

si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard», environ un tiers des pays concernés se disent pessimistes.

2.2 Politiques, mesures législatives, programmes/plans et mécanismes institutionnels

Les rapports montrent également que les pays africains ne cessent de prendre des mesures pour répondre aux préoccupations des femmes à travers des politiques, des lois, des réformes institutionnelles et des programmes spéciaux. Avec l'appui des partenaires du développement, l'Union africaine a élaboré un certain nombre de cadres juridiques et de politiques en faveur de l'équité et de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes. À cet égard, ces cadres ont été une source d'inspiration pour les gouvernements dans l'élaboration de politiques et programmes, dont, par exemple, la Déclaration solennelle sur les droits des femmes, le Protocole à la Charte des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique et la Politique continentale en matière de genre.

La plupart des pays africains ont adopté des politiques nationales en faveur de l'autonomisation des femmes et contre les pratiques discriminatoires. Ces politiques nationales s'inspirent des cadres régionaux et internationaux sur les questions hommes-femmes et le développement. Par exemple, le Gouvernement namibien a adopté, en 1997, une politique nationale en la matière dont l'objectif est de rétablir l'équilibre entre les sexes dans tous les domaines.

2.2.1. Mesures législatives

La plupart des pays africains ont pris des mesures législatives pour garantir l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes, outre l'égalité des individus devant la loi que consacrent les constitutions nationales. Certaines de ces lois prévoient l'égalité entre les sexes en matière d'opportunités d'emploi, de possibilités d'avancement et de promotion, de rémunération et autres conditions d'emploi. Le Gouvernement du Lesotho a mis en place une Commission de réforme du droit en 1997 en vue de réviser les lois comportant des dispositions discriminatoires, en conflit avec la Constitution ou archaïques. Cela a débouché sur la promulgation de deux textes législatifs, à savoir la loi intitulée *Sexual Offences Act 2003* (loi de 2003 sur les délits sexuels) et celle intitulée *The Legal Capacity of Married Persons Act 2006* (loi de 2006 sur la capacité juridique des personnes mariées).

Bon nombre de pays ont adopté une législation favorisant l'autonomisation des femmes, dans la perspective de la parité entre les sexes et du développement national. En Afrique du Sud, par exemple, de nombreuses lois ont été adoptées en matière d'emploi et de lutte contre la violence et les discriminations.

Le nombre de pays qui ont adopté des dispositions législatives garantissant l'égalité des sexes en matière de participation à la vie politique s'accroît. À ce titre, on peut citer le Soudan, avec la loi sur les partis politiques de 2007 et la loi électorale de 2008, qui réserve 25 % des mandats électifs aux femmes, et le Lesotho, qui a modifié, en 2004, la loi de 1997 sur l'administration locale, laquelle prévoit que 30 % des sièges des conseils communautaires sont exclusivement réservés à la concurrence entre femmes lors des élections locales.

Les rapports nationaux font apparaître que les gouvernements ont adopté des dispositions législatives pour combattre la violence à l'égard des femmes, notamment en Afrique du Sud, au Ghana, en Namibie et en Tanzanie.

Des pays tels que le Gabon et Sao Tomé-et-Principe ont également édicté des lois spéciales sur les droits en matière de sexualité et de procréation ainsi que sur la santé des femmes et des hommes.

Mécanismes institutionnels

Les rapports nationaux révèlent que de nombreux mécanismes institutionnels ont été mis en place dans le souci de prendre systématiquement en compte les questions relatives aux inégalités entre les sexes et de promouvoir l'autonomisation des femmes en Afrique. La plupart des pays, notamment le Bénin, l'Éthiopie, le Gabon, le Ghana, le Mozambique, le Nigéria et la Tanzanie, font état de la création de ministères dotés d'antennes locales et spécialement chargés des questions liées à la condition féminine et à l'autonomisation des femmes. Certains pays ont mis en place différentes structures dont les interventions sont coordonnées. La formule la plus courante est la création d'un ministère de la femme (27), suivie de celle d'unités de promotion de la femme dans différents ministères (23), de comités parlementaires et de bureaux décentralisés de promotion de la femme. Moins de la moitié des pays concernés ont mis en place des comités ministériels. Plus rarement, on note l'existence de commissions, conseils ou bureaux de promotion de la femme.

La plupart des pays concernés cherchent à promouvoir la participation économique, notamment les opportunités dans les institutions et organismes, ainsi que la participation des femmes à la vie politique et la protection de leurs droits, et à améliorer la qualité des données ventilées par sexe. Il est plus rare de trouver des services de vulgarisation et des services techniques qui s'adressent particulièrement aux femmes, ou des recherches sur les questions concernant la maîtrise des ressources et la répartition des tâches au sein des ménages.

La deuxième stratégie de réduction de la pauvreté du Ghana tient compte des préoccupations des femmes à travers différents programmes agricoles et commerciaux. Le Plan de développement accéléré et durable en vue de mettre fin à la pauvreté (PASDEP) de l'Éthiopie comporte des mesures visant à permettre l'accès à un plus grand nombre de jeunes filles et de femmes à l'éducation, à améliorer les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, à fournir des services de santé, et à adapter la formation agricole aux besoins des femmes. Les préoccupations des femmes sont également systématiquement prises en compte dans les programmes, projets et activités de développement au Malawi. De même, les DSRP de différents pays (Bénin, Nigéria, Sénégal et Soudan, par exemple) comportent des activités spécifiquement axées sur les préoccupations des femmes.

Sur le plan sectoriel, des efforts sont également faits pour intégrer les questions de genre dans des initiatives spécifiques. La Commission des droits de l'homme et de la justice administrative et le Comité de l'aide juridique offrent des services de protection des droits de la femme. Au Malawi, les préoccupations des femmes sont prises en compte dans neuf domaines prioritaires, à savoir: le renforcement institutionnel, l'éducation, la santé, le VIH/sida, l'agriculture, la sécurité alimentaire et nutritionnelle, les ressources naturelles et l'environnement, la pauvreté et l'autonomisation économique, ainsi que la gouvernance et les droits de l'homme.

2.3 Mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD

2.3.1 Égalité des sexes et santé en matière de procréation

Les rapports nationaux ont montré que, même si la participation des hommes est jugée indispensable à la réalisation des objectifs de santé en matière de procréation, les initiatives sont axées, avant tout, sur les femmes (en général sur la réduction de la mortalité maternelle). Des programmes sont actuellement mis en œuvre à cet effet en Éthiopie, au Gabon, au Malawi et en Sierra Leone. Des mesures spécifiques ont été prises à Madagascar et au Sénégal dans le but d'exonérer les femmes du paiement de césariennes et du traitement de fistules. Au Ghana, par exemple, des travaux pratiques et des protocoles d'éducation sanitaire ont été élaborés en vue de la formation de médecins, de sages-femmes et de techniciens de santé publique. Dans des pays tels que l'Éthiopie, le Ghana et le Sénégal, il existe des programmes de santé communautaire qui comportent des aspects particulièrement centrés sur la santé des femmes.

En dépit de la tendance à l'amélioration de la condition de la femme observée dans nombre de pays africains, les femmes ne jouissent pas de l'égalité des droits lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant des questions de santé en matière de procréation, en raison de normes et pratiques qui viennent s'ajouter aux relations de pouvoir au sein du foyer. Cela les rend davantage exposées aux maladies sexuellement transmissibles (MST et VIH), à la morbidité et à la mortalité maternelles.

2.3.2 Participation à la vie politique

Dans bon nombre de pays africains, les femmes participent rarement à la prise de décisions, du fait qu'elles n'ont souvent pas accès à l'éducation et que des pratiques culturelles et traditionnelles discriminatoires persistent. La Déclaration de la SADC sur le genre et le développement, dont le Lesotho est signataire, préconisait une représentation des femmes d'au moins 30 % dans les instances politiques et les structures de prise de décisions au plus tard en 2005. Dans cette perspective, la loi sur l'administration locale de 1997 a été modifiée en 2004, afin de veiller à ce que 30 % des sièges des conseils communautaires soient réservés exclusivement à la concurrence entre femmes lors des élections locales de 2005. L'application de cette mesure par le Lesotho a permis aux femmes de représenter 58 % de l'ensemble des conseillers.

Les réformes constitutionnelles menées à travers l'Afrique ont garanti une égalité des chances aux femmes et aux hommes en matière de participation, à tous les niveaux, au processus politique, notamment à l'élection à la magistrature suprême. Depuis l'adoption du Programme d'action de la CIPD en 1994, l'Afrique a assisté à l'élection d'un nombre croissant de femmes à des postes politiques et administratifs élevés. Aujourd'hui, une femme est chef d'État, et quelques autres sont vice-présidentes.

Les rapports nationaux ont révélé un accroissement constant de la participation et de la représentation des femmes aux principaux organes de décision dans la plupart des pays africains. Des mesures antidiscriminatoires ont été prises pour promouvoir la participation des femmes à la vie politique à tous les niveaux. Au Rwanda, on enregistre un record de 57 % de femmes parlementaires. En Afrique du Sud, au Mozambique et en Namibie, les femmes constituent plus de 30 % des

parlementaires, l'Afrique du Sud étant même allée au-delà de la Déclaration de la SADC sur le genre et le développement.

Actuellement, le Parlement de l'Afrique du Sud est classé 10e sur 130 à l'échelle mondiale en ce qui concerne la promotion de la femme dans la gouvernance. Une récente étude a montré que les femmes constituaient 19,8 % des cadres supérieurs et 10,7 % des directeurs d'entreprises de 372 sociétés ayant fait l'objet d'une enquête. Ce chiffre constitue une amélioration par rapport à l'année précédente (14,7 % et 7,1 % respectivement). Toutefois, il reste beaucoup à faire, si l'on considère que 41,3 % de la population active sont des femmes.

En Ouganda, le pourcentage de femmes parlementaires est passé de 25 % en 2003 à 29,2 % en 2007. Dans les conseils locaux, le nombre de femmes leaders ou conseillères a également augmenté de 6 % en 1990 à 45 % en 2007. En Afrique du Sud, environ un tiers des parlementaires et 43 % des membres du Gouvernement sont des femmes. À Maurice, même si les femmes n'occupent actuellement que 9 % des postes ministériels et 17 % des sièges parlementaires, 51 % des postes de décision du secteur public leur reviennent. Ce résultat a pu être atteint grâce à une législation favorisant leur autonomisation et à une sensibilisation efficace.

Au Maroc, les femmes n'occupent que 20,6 % des postes ministériels et 10,5 % des sièges du Parlement. En République démocratique du Congo, 2 % des sénateurs et 8 % des députés sont des femmes. La situation de Sao Tomé-et-Principe est comparable, les femmes n'occupant que 7 % des postes de décision. Malgré les progrès accomplis dans le renforcement de leur représentation, les femmes du Soudan sont, dans leur majorité, exclues de la vie politique et du processus de prise de décisions. Elles ne constituent que 19,7 % des députés et 6,8 % des membres du Gouvernement fédéral.

Malgré les progrès notables enregistrés en matière de représentation des femmes à des postes de décision, les hommes accaparent les postes de cadres supérieurs et de direction, notamment dans le secteur public en Ouganda. Avec 41 %, la situation en Afrique du Sud est quelque peu meilleure, et l'on peut espérer des améliorations. Au Maroc, bien que la présence des femmes à l'université soit forte, celles-ci sont peu nombreuses aux postes de décision, en particulier dans le secteur public.

2.3.3 Les femmes et l'éducation

Le Programme d'action de la CIPD concernant les femmes et l'éducation a entre autres comme objectif de parvenir à l'accès universel à une éducation de qualité, la priorité étant particulièrement accordée à l'enseignement primaire, à l'enseignement technique et à la formation professionnelle, à la lutte contre l'analphabétisme et à l'élimination des disparités entre les sexes en matière d'accès à l'éducation, de maintien dans le système éducatif et d'appui.

Dans l'ensemble, les taux d'analphabétisme chez les femmes baissent et les disparités entre les sexes s'amenuisent. Toutefois, dans nombre de pays, le taux d'analphabétisme chez les femmes demeure élevé et les disparités entre hommes et femmes persistent. Selon l'UNESCO, en 2007, le taux d'alphabétisation au Tchad était de 12,8 % chez les femmes et de 40,8 % chez les hommes. Dans quatre autres pays, moins de 20 % de l'ensemble des femmes sont alphabétisées: Niger (15,1 %), Mali (15,9 %), Burkina Faso (16,6 %) et Guinée (18,1 %).

L'éducation dans les pays africains est le secteur où l'on rencontre le plus grand nombre d'inégalités. En fait, les gouvernements reconnaissent que l'alphabétisation et le niveau d'instruction sont des facteurs essentiels de l'autonomisation des femmes. Les rapports nationaux ont révélé que même si les disparités entre les sexes en matière de scolarisation et d'alphabétisation se réduisent dans tous les pays, il reste beaucoup à faire pour garantir l'égalité des sexes au regard des progrès scolaires.

En Ouganda, par exemple, les effectifs des filles sont passés de 47 % en 1997 à 50 % en 2005. S'agissant de l'Éthiopie, le taux brut de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire est passé de 53,8 % en 2002-2003 à 85,1 % en 2006-2007, alors que les chiffres correspondants pour les garçons au cours de la même période sont de 74,6 % et de 98 % respectivement. En 2006-2007, le taux brut de scolarisation des filles était de 28,6 %, contre 45,7 % pour les garçons.

En Tanzanie également, bien que l'écart entre le taux de scolarisation des garçons et celui des filles dans l'enseignement primaire se soit considérablement réduit, il se creuse progressivement et devient plus prononcé dans les enseignements secondaire et supérieur. En 2006, environ 48 % des élèves de première année de l'enseignement primaire étaient des filles (presqu'une situation d'équilibre à l'entrée). Néanmoins, après la quatrième année, on note une considérable chute du taux de scolarisation des filles jusqu'à environ 30 % dans l'enseignement supérieur. Le scénario est différent en Afrique australe où, au Lesotho par exemple, le taux de scolarisation des filles est plus élevé que celui des garçons. Le Rapport national de l'Afrique du Sud souligne également que le taux de scolarisation des filles a été pratiquement identique à celui des garçons dans l'enseignement primaire de 1999 à 2006. En revanche, dans l'enseignement secondaire, la tendance s'est inversée au cours de la même période, le nombre de filles dépassant celui des garçons.

Au Maroc, les taux de scolarisation des garçons et des filles dans les enseignements primaire et secondaire sont pratiquement identiques, les filles représentant 47 % des effectifs. Toutefois, à l'image des autres pays, des disparités existent au niveau local où, en 2007, le taux brut de scolarisation des filles de 12 à 14 ans dans les zones rurales était de 43 %, contre une moyenne nationale de 75 %. Dans les rapports nationaux, l'Éthiopie indique que les femmes et les filles handicapées sont encore plus défavorisées que les garçons et les hommes de même condition, et que les filles handicapées, notamment les handicapées visuelles, ne bénéficient pas d'une éducation durant leur petite enfance. En ce qui concerne le Soudan, le taux de réussite des filles handicapées dans l'enseignement primaire, surtout celles qui sont issues de familles pauvres, était de 2,1 %.

Les disparités entre les effectifs des garçons et des filles dans les pays africains s'accroissent à mesure que le niveau d'éducation monte, à l'exception de l'Afrique du Sud, du Lesotho et de la Namibie, où les effectifs des filles deviennent plus importants. Il s'ensuit que la présence des femmes l'emporte sur celle des hommes dans l'enseignement supérieur. En 2001, la plupart des pays africains étaient parvenus à assurer la parité garçons-filles (1/0,8) dans l'enseignement primaire. Dans l'enseignement secondaire, ce ratio tombe à environ 1/0,6. Et comme si cela ne suffisait pas, dans l'enseignement supérieur, pour une femme, on peut compter jusqu'à trois hommes. Le meilleur moyen de promouvoir la scolarisation dans l'enseignement primaire, dans la plupart des pays africains, est de faire de l'enseignement primaire un objectif prioritaire de développement.

2.3.4 Autonomisation des femmes au plan économique

S'agissant de l'autonomisation économique, il ressort des rapports nationaux que même si les femmes participent davantage aux activités économiques, les différences entre les sexes persistent, la majorité des femmes travaillant dans l'agriculture en milieu rural et dans le secteur informel, ou encore occupant des emplois peu rémunérés. Les femmes comptent souvent parmi les travailleurs pauvres ne bénéficiant d'aucune protection.

De 1990 à 2006, le nombre de femmes salariées des secteurs autres que l'agriculture, en Afrique subsaharienne, est passé de 25 à 31 %. Cependant, en Afrique du Nord, ce pourcentage est resté à 21 % au cours de la même période. En Afrique du Nord, le taux de chômage des femmes est plus élevé que celui des hommes, mais il est plus bas que dans le reste de l'Afrique. Au Maroc, en 2007, les femmes ne représentaient que 20,7 % des salariés, contre 79,3 % d'hommes. Bien que le pourcentage de femmes salariées dans des secteurs autres que l'agriculture en Afrique du Sud ait augmenté, de grandes inégalités de salaires persistent entre hommes et femmes. Environ 56 % des femmes perçoivent un salaire mensuel inférieur à 1 000 rands, contre 35 % des hommes. Seulement 13,8 des personnes travaillant à leur compte au Maroc sont des femmes, contre 86,2 % d'hommes.

Le Rapport national de l'Éthiopie indique que 42 % des femmes vivant en milieu rural (âgées de 10 ans ou plus) sont économiquement actives, surtout dans le secteur agricole. Soixante-cinq pour cent des personnes intervenant dans le secteur privé sont des femmes également, notamment dans le petit commerce ambulant, qui ne nécessite ni un financement important, ni des compétences en gestion. Selon le Rapport national du Soudan, la participation des femmes aux activités économiques devient de plus en plus importante, leur contribution au revenu des ménages s'élevant à environ 41 %. Cependant, la majorité des femmes travaillent dans les zones rurales, occupent des emplois peu rémunérés et n'ont aucune maîtrise du revenu ou des dépenses des ménages. Dans le nord du Soudan, les femmes constituent 70 à 78 % de la main-d'œuvre rurale et 85 % des actifs des secteurs informel et privé. En République centrafricaine également, les femmes représentent deux tiers de la main-d'œuvre agricole.

En 2006, les ménages ayant à leur tête une femme étaient davantage tributaires des transferts de fonds que ceux ayant à leur tête un homme. En outre, alors que les femmes comptent davantage sur leur salaire, les hommes qui tirent leurs revenus d'entreprises familiales constituent une écrasante majorité. Du fait qu'elles représentent la majorité des actifs du secteur informel, les femmes sont les principales bénéficiaires des services de microfinance, par exemple en République démocratique du Congo, au Maroc et au Bénin, où elles constituent deux tiers des bénéficiaires. Au Bénin, un ministère spécialement chargé de la microfinance a été créé en 2006.

2.3.5 Responsabilités et participation des hommes

Le Programme d'action de la CIPD recommande l'élaboration de programmes afin d'encourager les hommes à faire preuve du sens des responsabilités dans leur vie sexuelle et leur comportement procréateur et dans leur vie sociale et familiale. La révision des politiques et législations en matière d'emploi, les campagnes de sensibilisation et de plaidoyer incitant les hommes à aider les femmes sont, selon les rapports, les stratégies adoptées pour promouvoir la participation des hommes et

des femmes, sur un pied d'égalité, à tous les aspects de l'exercice des responsabilités familiales et domestiques.

Les rapports nationaux font généralement ressortir que les pratiques culturelles et traditionnelles continuent de peser sur la prise de décisions et sur la participation des hommes et des femmes à l'exercice des responsabilités familiales et domestiques. Toutefois, bon nombre de pays (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho et Sénégal, par exemple) ont élaboré des programmes destinés à encourager les hommes à participer à la vie de la famille et à s'intéresser aux questions de santé en matière de procréation, notamment à la prévention de la violence sexiste. Le Rapport national de l'Ouganda révèle que la proportion de femmes qui prennent seules la décision d'utiliser leur revenu a baissé de 59,6 % en 2001 à 54,6 % en 2006, quels que soient le niveau d'instruction, l'âge et le lieu de résidence (milieu urbain ou rural). Néanmoins, le rapport fait état de progrès, de 25 à 32 %, dans la prise de décisions conjointes, ce qui pourrait être le signe d'une amélioration des relations entre les sexes. Le Rapport national de la Tanzanie révèle que les femmes ont plus de chances d'être employées dans l'agriculture de subsistance et les tâches ménagères.

Les activités destinées à accroître la participation des hommes et à les amener à assumer leurs responsabilités traitent souvent de questions de santé en matière de procréation et préconisent la collaboration et la sensibilisation des hommes. En revanche, les questions ayant trait à la maîtrise des ressources au sein des familles sont moins souvent abordées.

2.3.6 Femmes et environnement

Dans la mesure où les femmes jouent un rôle de premier plan dans la collecte, la consommation et la préservation de toutes les ressources naturelles, en particulier l'eau et le bois de chauffe utilisés par les ménages, leur participation à la gestion de l'environnement est une condition essentielle du développement durable. Un meilleur accès à l'eau potable permettrait aux femmes de réduire le temps qu'elles passent à aller chercher cette ressource vitale et de mieux contribuer au développement.

L'Éthiopie, par exemple, souligne que les questions hommes-femmes ont été systématiquement prises en compte dans les stratégies de développement visant la protection de l'environnement et l'utilisation durable des ressources naturelles.

2.3.7 Violence sexiste

La littérature utilise ce terme générique pour désigner toute atteinte à la volonté d'une personne, par l'exploitation du déséquilibre des forces entre hommes et femmes, entre hommes, et entre femmes également. La violence sexiste se manifeste sous diverses formes, allant de la violence domestique au harcèlement sexuel et à l'agression, en passant par les mariages précoces et forcés, le lévirat, l'accès à la propriété, la garde des enfants, l'incarcération arbitraire de femmes et d'enfants, et les mutilations génitales féminines.

La violence sexiste a des effets multiples: état de stress post-traumatique, coût économique direct lié au traitement et à l'accès aux services juridiques, perte de revenus et de productivité, risque de contracter le VIH et des MST et, au bout du compte, décès. Une importante initiative prise par l'Afri-

que du Sud en matière de prévention du VIH/sida se rapporte à l'introduction de la prophylaxie du lendemain contre les infections par le VIH des femmes victimes ou survivantes d'un viol ou de violences.

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît que l'autonomisation des femmes et l'amélioration de leur situation politique, sociale, économique et sanitaire constituent une fin en soi. La violence sexiste va à l'encontre de l'autonomisation des femmes. Par conséquent, les gouvernements se doivent, entre autres actions, d'éliminer la violence à l'égard des femmes.

Tout en reconnaissant que les causes de la violence sexiste varient d'un pays à l'autre, tous les rapports ont estimé qu'elles étaient enracinées dans les rapports de force inégaux entre femmes et hommes et exacerbées par les normes et pratiques coutumières. Les conflits armés ont été cités dans les rapports de la République démocratique du Congo, du Congo et de la Sierra Leone comme constituant le principal facteur favorisant la violence sexuelle à l'égard des femmes et des jeunes filles. Le Programme d'action de la CIPD engage tous les États à prendre les mesures nécessaires afin d'éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des jeunes filles.

La violence sexiste a été reconnue comme un problème crucial en ce qu'elle se manifeste sous différentes formes à travers le continent, notamment d'abus d'ordre psychologique, affectif ou sexuel au sein des familles et des communautés. Au nombre des formes citées dans les rapports nationaux, il y a lieu de noter les sévices exercés sur l'épouse, le harcèlement sexuel, la traite d'êtres humains, en particulier de femmes et de jeunes filles, les mutilations génitales féminines, la confiscation de biens, notamment des veuves, ainsi que le viol et la défloration.

Selon le Rapport national de l'Ouganda, les résultats de l'enquête démographique et sanitaire de 2006 ont révélé que 70 % des femmes ont subi soit la violence physique, soit la violence sexuelle, et que 29 % ont subi les deux. Le Rapport du Soudan indique une prévalence de mutilations/ablations génitales féminines de 70 % dans le nord du pays, 53,6 % des femmes mariées ayant toujours l'intention de faire subir la même opération à leurs filles. Le Rapport de l'Afrique du Sud révèle que bon nombre d'adolescentes ne désirent pas une grossesse à un âge précoce, mais elles risquent beaucoup plus de subir une initiation sexuelle forcée ou des mauvais traitements de la part de leur partenaire. Ce rapport note que ces facteurs ont de graves conséquences. C'est dire que le taux élevé de grossesses d'adolescentes est le reflet d'une forme d'activité sexuelle qui les expose au risque de contracter le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.

La définition et l'adoption de politiques et de cadres juridiques, les prestations de services aux victimes (notamment les services cliniques à l'intention des victimes de viol) et la mise en place de programmes de formation, de services d'information et de conseil, d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et de sensibilisation comptent parmi les mesures prises par les gouvernements pour faire face à la violence sexiste.

2.3.8 Protection de la petite fille

Les objectifs spécifiques du Programme d'action de la CIPD sur la protection de la petite fille consistent à éliminer toutes les formes de discrimination à l'encontre des petites filles et les causes profondes de la préférence accordée aux garçons; à sensibiliser davantage les populations à la valeur des petites filles; et, dans le même temps, à renforcer l'image que les petites filles se font d'elles-mêmes, l'estime qu'elles peuvent avoir pour elles-mêmes et leur statut, et à améliorer leur bien-être, en particulier en matière de santé, de nutrition et d'éducation.

À cet effet, le Programme d'action de la CIPD exhorte les gouvernements, entre autres interventions, à élaborer une approche intégrée des besoins nutritionnels spéciaux, sanitaires et en matière de procréation, en matière d'éducation, ainsi que les besoins sociaux des jeunes filles et des jeunes femmes, à appliquer de manière stricte les lois qui garantissent que le mariage ne peut être contracté que sur la base d'un consentement libre et entier des futurs époux, à interdire les mutilations génitales féminines partout où elles existent, et à prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir les infanticides, la sélection prénatale en fonction du sexe du fœtus, la traite des petites filles et leur utilisation comme prostituées ou dans la pornographie.

Les pays concernés font état des différentes actions visant la protection des petites filles: ratification de diverses conventions internationales et mise en place de cadres juridiques nationaux sur la protection des droits des petites filles, lutte contre les pratiques traditionnelles nocives (mutilations génitales féminines, «Trokosi», et autres), les sévices sexuels, les mariages forcés et précoces, les enlèvements et les exclusions de l'école pour cause de grossesse, ainsi que l'ont relevé le Gabon, Madagascar, le Nigéria, la République démocratique du Congo, le Sénégal, la Sierra Leone et la Tanzanie. Concrètement, le Nigéria a adopté, en 2003, des lois sur les droits de l'enfant, et la Tanzanie a révisé son Code du travail pour interdire l'emploi d'enfants âgés de moins de 14 ans.

Afin de prévenir les mariages précoces, la Sierra Leone a adopté, en 2008, une loi qui relève l'âge légal minimum du mariage à 18 ans. Des subventions ont également été accordées pour la fourniture de livres et d'uniformes et pour les frais de scolarisation dans les provinces du nord et de l'est, qui comptent parmi les moins scolarisées de la Sierra Leone, dans le souci d'accroître les effectifs de filles et de maintenir celles-ci à l'école, notamment dans l'enseignement secondaire. Le tableau 2.5 montre la panoplie d'actions menées par les gouvernements pour protéger les petites filles.

On a accordé la plus grande attention à l'accès à l'éducation au détriment de l'enseignement supérieur. De même, on se soucie de prévenir la traite et l'exploitation des êtres humains. La prévention des mutilations génitales féminines, la lutte contre les mariages précoces et la fourniture de soins médicaux aux jeunes filles sont, dans cet ordre, les questions qui retiennent le moins l'attention. Cela dit, à peine la majorité des pays ont mis en place des mécanismes institutionnels de suivi et d'évaluation des progrès.

2.4 Réalisation des OMD

L'OMD 2 a été fixé dans le souci de rendre l'enseignement primaire universel. Sa cible consiste à «Donner, d'ici à 2015, à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires». Quant à l'OMD 3, il a été fixé pour «Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard».

Au regard du niveau de réalisation annoncé, on comprend aisément pourquoi les pays africains sont optimistes quant à la réalisation de l'OMD 2 et de sa cible d'ici à 2015. Une écrasante majorité des pays qui ont répondu à l'enquête (90 %) déclarent qu'ils vont vraisemblablement parvenir à l'enseignement primaire universel et à atteindre la cible qui a l'ambition de donner, d'ici à 2015, à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires. En réponse à la question concernant les perspectives de réalisation de l'OMD 3, la plupart des pays africains (76,7 %) estiment que cette cible sera vraisemblablement atteinte, alors qu'un nombre moins élevé (66,7 %) se disent optimistes quant à la possibilité de l'atteindre d'ici à 2015. Comme on l'a déjà signalé, le principal facteur de progrès en matière de scolarisation dans l'enseignement primaire, dans la plupart des pays africains, consiste à faire de l'enseignement primaire un objectif prioritaire de développement.

Des pays tels que le Burundi, le Kenya, Maurice, le Niger, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, les Seychelles, la Sierra Leone, le Swaziland, la Tanzanie et le Zimbabwe ont déclaré que cet objectif sera vraisemblablement atteint grâce à l'existence d'un environnement juridique, politique et institutionnel favorable. Dans la plupart de ces pays, on a enregistré une amélioration progressive de la représentation des femmes au niveau du parlement et du gouvernement et une présence accrue des femmes dans l'emploi salarié, notamment dans les secteurs autres que l'agriculture.

Néanmoins, certains pays comme le Kenya, Maurice et les Seychelles ont indiqué que cet objectif ne serait atteint que si les questions telles que la disponibilité de ressources financières adéquates, la gestion des goulets d'étranglement au niveau pratique, la volonté et l'appui politiques sont examinées comme il se doit.

À la lumière du rythme de progression et des profondes disparités entre sexes qui persistent dans de nombreux secteurs, des pays tels que le Bénin, la Guinée et le Soudan ont fait savoir que cet objectif ne serait vraisemblablement pas atteint.

Cible 3.A de l'OMD 3: «Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard». Maurice, les Seychelles et la Tunisie ont fait savoir qu'ils avaient presque atteint cette cible. En ce qui concerne la Gambie, le Lesotho, le Maroc, le Sénégal et la Sierra Leone, on estime que cette cible sera vraisemblablement atteinte, au regard des politiques et programmes actuellement mis en œuvre et des résultats déjà obtenus. En Gambie, cette cible aurait déjà été atteinte dans l'enseignement primaire et serait en passe de l'être dans l'enseignement secondaire. Au Lesotho, même si le taux de scolarisation des filles est plus élevé que celui des garçons, l'enquête sur le budget des ménages de 2002-2003 a révélé que l'écart était en train de se réduire.

Dans d'autres pays tels que le Burundi, les Comores, la Guinée, le Kenya, Madagascar, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, le Swaziland, la Tanzanie et l'Ouganda, des politiques et programmes adaptés ont été mis en œuvre et ont permis d'obtenir des résultats laissant augurer que cette cible sera vraisemblablement atteinte. Au Swaziland, on compte un plus grand nombre de filles scolarisées que de garçons. Dans l'enseignement supérieur, le nombre des garçons dépasse celui des filles, mais l'écart est en train de se combler. En Tanzanie, le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire a atteint 0,98 en 2005, et pour le secondaire ce rapport est passé de 0,84 en 2000 à 0,87 en 2005. Compte tenu de l'accès universel à l'éducation dans les enseignements primaire et secondaire, le rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire en Ouganda était de 0,96 en 2006, alors qu'il est passé de 0,83 en 2001 à 0,84 en 2006 pour ce qui est de l'enseignement secondaire.

On estime que cette cible ne sera vraisemblablement pas atteinte au Niger, en République centrafricaine et au Soudan, où, pour diverses raisons, les disparités dans les effectifs de l'enseignement primaire et secondaire ne se sont pas réduites, comme on l'aurait souhaité, ou se sont tout simplement aggravées.

2.5 Respect des accords internationaux

2.5.1 Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et autres instruments internationaux

Comme on l'a déjà relevé, la politique de l'Union africaine en matière de problématique hommes-femmes consiste à promouvoir un environnement et des pratiques favorables à la prise en compte des préoccupations des femmes et à prendre des engagements liés à la réalisation de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes dans les États membres, aux niveaux international, régional et national.

Tous les pays concernés ont indiqué qu'ils étaient signataires des différents instruments internationaux relatifs à la promotion de la femme, notamment la CEDAW, et qu'ils avaient souscrit au Programme d'action de Beijing et aux résolutions du Conseil de sécurité SC/1325 sur l'impact de la guerre sur les femmes et la contribution des femmes à la résolution de conflits et à l'établissement d'une paix durable, et SC/1820 visant à décourager la violence sexuelle à l'encontre des civils dans les zones en conflit.

L'Ouganda, par exemple, a indiqué avoir préparé six rapports d'avancement nationaux sur la CEDAW et réalisé des progrès sur la plupart des 16 articles de cette Convention, en particulier dans le domaine des réformes constitutionnelles. De son côté, le Nigéria n'a pas encore inséré ladite Convention dans son ordre juridique interne, bien que l'ayant ratifiée. Au Lesotho, la Convention a été ratifiée, moyennant l'émission de réserves sur certaines sections chapitres ayant des incidences constitutionnelles sur le droit coutumier, l'Église et les chefferies. Le Lesotho est également partie au Protocole additionnel de la SADC sur la prévention et l'éradication de la violence à l'égard des femmes et des enfants signé en 1997. En Tanzanie, la ratification de la CEDAW a entraîné une révision de la Constitution en 2000 et en 2004.

2.5.2 Adhésion aux politiques et stratégies à l'échelle continentale

Les rapports nationaux ont révélé l'adaptation de la Déclaration solennelle de l'UA sur les droits de la femme et de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, sous forme de révision des politiques et des dispositions législatives, de réforme des institutions et de définition de plans et programmes. D'autres instruments tels que le la CEDAW et les OMD ont également été mis à profit pour mobiliser des ressources et prendre des initiatives.

2.6 Réalisations

Sur l'égalité et l'équité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, les rapports nationaux font état de l'intensification des initiatives visant à mettre en place des politiques, des dispositions législatives et des programmes adaptés, notamment des DSRP. Les réalisations déclarées sont les suivantes:

- a. Adoption de lois et programmes spécifiques pour lutter contre les différents aspects de la violence à l'égard des femmes;
- b. Mesures prises par les gouvernements pour accroître la participation des femmes au monde du travail;
- c. Plus grande reconnaissance du rôle important que jouent les femmes en temps que gardiennes de l'environnement aux niveaux national et régional;
- d. Réforme des institutions nationales et, dans la plupart des cas, création de ministères spécialement chargés de prendre systématiquement en compte les préoccupations des femmes et de promouvoir leur autonomisation économique;
- e. Intensification des efforts afin de faire face aux besoins spécifiques des hommes, comme des femmes, s'agissant de la santé en matière de procréation, notamment la mise en œuvre de programmes visant la réduction de la mortalité maternelle;
- f. Participation en progression constante des femmes à la vie politique et aux principaux organes de décision de la plupart des pays africains;
- g. Amélioration du taux de scolarisation des filles et réduction des disparités entre les effectifs des garçons et des filles, en particulier dans l'enseignement primaire;
- h. Actions spécifiques menées dans la plupart des pays, notamment l'adoption de lois et la conception de programmes destinés à protéger les droits des petites filles et à faire face à leurs besoins.

2.7 Principaux défis et obstacles

- a. Même si l'on note l'adoption d'une multitude de politiques et législations en faveur de la femme, la traduction concrète de ces politiques en programmes et l'application de ces législations demeurent un véritable défi dans la plupart des pays;
- b. Ce sont les femmes et les jeunes filles qui supportent le lourd fardeau du VIH/sida;
- c. Le financement des programmes en faveur des femmes demeure insuffisant et la zone d'intervention et les résultats des projets pilotes des donateurs restent limités;

- d. Les femmes continuent d'être employées essentiellement dans l'agriculture de subsistance et à des postes peu rémunérés du secteur formel, même si l'on constate qu'elles participent davantage à la prise de décisions et aux activités économiques;
- e. Les faibles capacités des institutions actuelles en matière de coordination de la mise en œuvre de politiques intégrant le souci d'équité entre les sexes demeurent un sérieux obstacle à la prise en compte des questions d'équité entre les sexes et de santé en matière de procréation dans les programmes sectoriels et nationaux;
- f. Les normes socioculturelles et les pratiques traditionnelles ne facilitent toujours pas la réalisation des objectifs en matière d'égalité des sexes, d'équité et d'autonomisation des femmes dans l'ensemble des pays;
- g. Les conflits armés ont joué un grand rôle dans l'aggravation de la violence sexiste que ne cessent de subir les femmes et les jeunes filles du continent;
- h. Les systèmes et mécanismes de protection contre les sévices sexuels et la violence sexiste et les mesures de prévention de ces fléaux demeurent faibles;
- i. Alors que les inégalités entre hommes et femmes se réduisent dans nombre de pays, la qualité de l'éducation suscite toujours des préoccupations.

Chapitre 3

3. La famille, son rôle, ses droits, sa composition et sa structure

3.1 Introduction

Consacrée par les lois et constitutions de tous les pays africains, la famille est reconnue comme l'unité de base de la société et du développement. Elle joue un rôle de premier plan dans la production, la reproduction, les fonctions économiques et sociales de ses membres. En Afrique, la famille offre le soutien social et affectif aux personnes âgées, aux jeunes, aux enfants et aux femmes, notamment face à des problèmes tels que le chômage, la maladie, la pauvreté, le vieillissement et le deuil. Le rôle de la famille est reconnu à sa juste valeur à travers le continent, lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins ou de soutenir ses membres, en particulier dans les périodes difficiles.

La famille a été l'une des principales préoccupations des ministres et dirigeants africains. En 1992, la Déclaration de Dakar/Ngor reconnaissait la famille en tant que composante essentielle du tissu économique et social, qui exige la mise en œuvre de stratégies appropriées, adaptées aux services à la famille. Elle a lancé un appel pour que la famille devienne partie intégrante des politiques régionales et nationales, et recommandé aux gouvernements de tenir dûment compte des droits et des responsabilités de tous les membres de la famille et de prendre les mesures qui s'imposent pour la protéger des situations de détresse et de la désintégration, conformément à ses critères de bien-être et de santé, en tenant compte des stratégies de survie conçues par les familles elles-mêmes. La Déclaration de Dakar/Ngor a, en outre, exhorté les gouvernements à donner aux couples et aux individus les moyens de décider de la taille de leur famille.

Le Programme d'action de la CIPD a exhorté les gouvernements à élaborer des politiques et à adopter des lois qui soutiennent la famille et contribuent à sa stabilité, à prendre des mesures de sécurité sociale pour faire face aux facteurs culturels et économiques qui sous-tendent l'accroissement du coût de l'éducation d'un enfant et à promouvoir l'égalité de chances des membres d'une même famille. Le Programme d'action a également engagé les gouvernements à veiller à ce que les politiques de développement économique et social répondent aux besoins et aux droits des familles et des individus. Selon l'évaluation de la CIPD+10 entreprise en 2004, la mise en œuvre de programmes en faveur de la famille et des droits reconnus par la loi demeurent inefficaces en Afrique. Cette évaluation met en relief le peu d'attention que les pays accordent aux problèmes familiaux. Elle a également souligné que la rareté des données et des recherches sur les politiques familiales constituaient

un gros obstacle que les gouvernements doivent surmonter afin de trouver les moyens de renforcer la mise en œuvre de ces politiques.

3.2 Analyse de la situation actuelle

La famille africaine continue de subir les effets de toute une série de facteurs, notamment les conflits et l'instabilité, la mauvaise gouvernance et la détérioration de la situation des droits de l'homme, qui menacent sa stabilité et son bien-être. Les guerres civiles et les conflits internes ont entraîné le déplacement de familles, l'accroissement du nombre de veuves, de grossesses d'adolescentes, de sans-abri et d'enfants de la rue, en particulier dans les bidonvilles autour des capitales africaines et à l'intérieur de celles-ci. Cette situation a mis à mal les relations familiales et s'est traduite par l'omniprésence du crime et de la violence entre membres d'une même famille. Les récentes crises alimentaire, énergétique et financière ont eu, sans aucun doute, de graves conséquences sur le bien-être des familles en Afrique. Il est nécessaire de disposer de données et de mener des recherches sur l'impact de ces crises afin de prendre les mesures qui s'imposent.

En général, la pauvreté apparaît au travers de la faiblesse des moyens d'existence et de la détérioration des conditions économiques. Lorsqu'une famille est pauvre, ses membres vivent sous le poids de la tension sociale, qui entraîne souvent son éclatement et l'incapacité de ses membres de fonder une famille ou un foyer. Les logements insalubres et surpeuplés et d'autres conditions de vie qui remettent en cause la capacité des familles d'élever les enfants et de les accompagner dans leurs études témoignent du dénuement dans lequel elles vivent.

S'agissant de la santé et de la population, des recherches montrent que l'urbanisation rapide et l'utilisation de plus en plus fréquente de méthodes modernes de contraception sont à l'origine de la baisse de la fécondité constatée au cours des trente dernières années. Toutefois, en Afrique, la fécondité a surtout baissé dans les zones urbaines. Elle demeure élevée dans les zones rurales, où les institutions et valeurs sociales traditionnelles continuent de dominer le style de vie familial. La prévalence élevée du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida a donné un coup d'arrêt à la transition de la mortalité et de la santé et, dans de nombreux cas, amenuisé les résultats obtenus après l'indépendance en matière d'espérance de vie.

L'incidence de la situation sanitaire et démographique évoquée ci-dessus sur la famille se perçoit à travers le nombre d'orphelins et de veuves et le taux élevé d'abandon scolaire, notamment chez les filles. Par exemple, les résultats d'une enquête portant sur 171 ménages touchés par le sida dans trois provinces d'Afrique du Sud montrent que 40 % des aidants principaux «ont pris du temps qu'ils devaient passer au travail ou à l'école pour s'occuper d'un membre de la famille infecté par le VIH. Environ 10 % des ménages ont retiré une fille de l'école, contre 5 % qui ont retiré un garçon». En Afrique subsaharienne, «Douze millions d'enfants ont perdu un parent ou leurs deux parents en raison du sida. D'ici à 2010, ce chiffre devrait dépasser 18 millions» (ONUSIDA, 2004).

3.3 Mesures prises

En juillet 2004, les chefs d'État et de gouvernement africains ont adopté le Plan d'action sur la famille en Afrique. Cet instrument de politique préconise l'amélioration de la qualité de vie de la

famille en Afrique dans neuf domaines prioritaires: lutte contre la pauvreté, droit à des services sociaux tels que l'éducation, la santé familiale, la santé en matière de procréation, familles ayant des besoins spécifiques, promotion d'un environnement durable, notamment en ce qui concerne l'eau et l'hygiène, la nutrition et la sécurité alimentaire, un logement adéquat et l'accès à la propriété foncière. Ce Plan d'action souligne la nécessité de prendre des mesures visant la mise en place de mécanismes institutionnels pour promouvoir les droits, les devoirs et les responsabilités de la famille, et élaborer et mettre en vigueur un cadre législatif permettant de protéger la famille et ses membres. Il souligne les actions qui sont nécessaires pour renforcer les liens familiaux et lutter contre les maladies les plus graves, telles que le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. La paix et la sécurité sont des conditions préalables à la réalisation de ses activités. À cet égard, le Plan d'action appelle à la stabilité et à l'atténuation ou à l'élimination de l'impact négatif des guerres, des crimes et des conflits sur les familles.

Alors que la Déclaration de Dakar/Ngor se rapportait, en termes généraux, au rôle de la famille dans le développement en Afrique, le Plan d'action de l'UA a défini d'importants domaines prioritaires d'action. Il a également mis en relief le rôle des États membres, des organisations de la société civile, des CER, de l'UA, ainsi que des communautés régionale et internationale dans la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et la supervision des politiques préconisées.

Les résultats du principal questionnaire montrent que les pays concernés ont effectivement élaboré des stratégies et pris des mesures dans les domaines du logement (26 pays), du travail (24 pays), de l'éducation (33 pays), de la sécurité sociale (29 pays), des successions (26 pays) et du vieillissement (31 pays). Les actions entreprises depuis 2004 concernent les membres de la famille, en particulier les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées, les handicapés, les chômeurs, les veuves et les personnes touchées par les catastrophes naturelles (voir tableaux 3.1 et 3.2). Le faible nombre de réactions des pays à l'adaptation du Plan d'action sur la famille en Afrique souligne la nécessité d'adopter des stratégies visant l'accélération de la mise en œuvre et du suivi des cadres régionaux convenus au niveau de l'Union africaine.

Les rapports nationaux fournissent des informations détaillées sur les mesures prises par les pays concernés, notamment les politiques traitant du bien-être familial dans des domaines tels que la sécurité sociale, l'éducation, la santé et le logement. Le Bénin, Maurice, le Mozambique, les Seychelles et la Sierra Leone ont adopté des politiques, des lois et autres cadres institutionnels afin de faire face aux besoins de la famille, ainsi que des programmes visant à soutenir ses membres les plus vulnérables, notamment les orphelins du sida, les handicapés et les personnes âgées.

Dans les pays sortant d'un conflit tels que l'Angola, le Libéria, le Mozambique et la Sierra Leone, la famille a été l'objet d'une grande attention. Par exemple, le Gouvernement sierra-léonais a renforcé son régime de sécurité sociale (NASSIT), mis en place en 2002, en lui adjoignant divers volets sur les pensions, l'aide aux survivants et le paiement de subventions aux familles. En 2007, ce pays a adopté une loi sur l'héritage et la transmission des biens aux femmes survivantes. Des mesures d'incitation ont été prises en faveur des filles qui avaient d'excellents résultats à l'école. Le principal objectif de ces mesures est de maintenir les filles plus longtemps à l'école, de les rendre autonomes et, en fin de compte, d'améliorer leur situation. Le Nigéria a également adopté une politique visant à promouvoir l'éducation des petites filles afin qu'elles acquièrent une maturité physique et intellectuelle qui leur

permette de prendre des décisions en toute connaissance de cause, en tant que stratégie visant à empêcher les mariages précoces (Rapport national du Nigéria).

Le Gouvernement sierra-léonais s'est lancé dans des programmes de construction de logements bon marché et continue d'appuyer la construction de logements en faveur des personnes âgées et des handicapés. La mise en place d'une Commission nationale pour les enfants touchés par la guerre (NaCWAC) en 2001 a permis de disposer d'une structure qui veille à ce que les familles et les enfants touchés par la guerre soient pris en compte à tous les niveaux de la planification nationale.

Tableau 3.1 Mesures prises pour promouvoir le bien-être familial (N=40)

Domaines concernés par les stratégies/mesures/actions ayant trait à la famille	
Logement	26
Emploi	24
Santé	32
Sécurité sociale	29
Éducation	33
Héritage et répartition des biens	26
Préoccupations des personnes âgées	31
Autres	5

Tableau 3.2 Mesures prises pour aider les différentes catégories de membres de la famille (N=40)

Catégories de membres vulnérables de la famille	Réaction
Extrêmement pauvres	29
Personnes vivant avec le VIH/sida	35
Chômage	23
Personnes âgées	30
Réfugiés et personnes déplacées	24
Veuves	20
Handicapés	28
Personnes touchées par des catastrophes naturelles (sécheresse et inondations, en particulier)	30
Autres	7

Les Seychelles, qui sont classées parmi les pays à revenu intermédiaire, offrent un exemple intéressant de système efficace de protection sociale garantissant un niveau de vie satisfaisant à ses populations, en mettant l'accent sur les plus démunis et en veillant à ce qu'ils ne tombent pas dans la pauvreté. La gamme d'avantages et de services fournis qui profitent directement ou indirectement aux familles comprend les pensions vieillesse, l'assurance-maladie et des programmes d'assistance spéciale aux groupes défavorisés tels que les personnes souffrant de maladies chroniques et les handicapés physiques et mentaux. Les types de prestations qui bénéficient directement aux familles se rapportent à la maladie et à la maternité.

Le Gouvernement seychellois assure des services gratuits en matière de santé et d'éducation, ainsi que dans le domaine du logement social. Le taux de scolarisation dans les enseignements primaire et secondaire est de 100 %. Les politiques de l'État garantissent à chaque Seychellois la gratuité des soins de santé et une éducation gratuite à tous les enfants âgés de trois ans et demi à 16 ans. En outre, chaque famille possède sa propre maison, acquise soit par ses propres moyens, soit au titre du fonds de crédit immobilier. Les familles ont également la possibilité de vivre dans des maisons ou des appartements, moyennant le paiement d'un loyer mensuel.

Maurice offre un bel exemple de réseau décentralisé pour le bien-être familial. Le Gouvernement a créé une Unité pour le bien-être familial en 2003 et élaboré un document de politique générale sur la famille en 2006. L'Unité pour le bien-être familial est reliée à un réseau de six bureaux régionaux connus sous l'appellation de bureaux d'appui familial, qui offrent des services à tout membre d'une famille à travers le Service d'orientation familiale. Ce réseau offre des services complets décentralisés à travers lesquels le personnel du Service d'orientation familiale, l'Unité pour la protection familiale et l'Unité pour la promotion de l'enfance travaillent dans les mêmes locaux, dans le souci de réduire au minimum les traumatismes des victimes de la violence (Rapport national de Maurice). Le Gouvernement a mis en place d'autres programmes tels que les programmes «Marriage Enrichment» et «Les hommes en tant que partenaires». L'objectif du programme «Marriage Enrichment» est de renforcer et de promouvoir la compréhension et le respect entre époux, pendant que les consultations prénuptiales cherchent à sensibiliser les personnes non mariées et les fiancés à l'importance d'une vie stable et à préparer les couples à faire face aux conflits susceptibles de survenir au sein du ménage. Le programme «Les hommes en tant que partenaires» met l'accent sur la responsabilité des hommes et sur une plus grande participation de leur part à la vie de famille du point de vue de l'égalité des sexes (Rapport national de Maurice). Tous ces programmes devraient renforcer la cohésion familiale et accroître la participation des hommes à la vie de la famille.

Le Rapport du Bénin indique que le Gouvernement de ce pays a créé, en 2007, un ministère spécialement chargé de la famille et de l'enfance, dont le rôle est de coordonner et d'orienter les initiatives destinées à faire face aux besoins de la famille. La promulgation, en 2004, du Code de la famille au Bénin, l'adoption de la loi n° 4/2007 sur la protection sociale au Mozambique et la révision de la loi sur les successions en Sierra Leone, en 2007, sont toutes destinées à mettre en place un cadre juridique permettant de mieux faire face aux besoins des membres de la famille, notamment les enfants, les personnes âgées et les handicapés.

Au Mozambique, un Plan d'action national en faveur des personnes âgées (2006-2011) est actuellement mis en œuvre pour faire face aux besoins des personnes âgées, en particulier celles qui vivent dans l'extrême pauvreté. Un plan similaire a été adopté par le Bénin en 2007. Des microprojets sont également exécutés actuellement à Maurice, au Mozambique et en Sierra Leone afin d'améliorer les conditions de vie des handicapés. Les rapports nationaux ont indiqué que les programmes nationaux de lutte contre le sida permettaient de prodiguer des soins aux orphelins du sida. De même, avec l'appui d'organismes internationaux, des programmes sont en cours d'exécution dans le souci d'améliorer les conditions de vie des enfants de la rue.

Au Malawi, un système pilote de transfert d'argent, qui octroie des subventions mensuelles en espèces aux familles de la zone pilote vivant dans l'extrême pauvreté ainsi qu'à celles qui ont du mal à trouver

du travail (ménages sans adulte apte au travail ou avec un rapport de dépendance supérieur à trois), est en place depuis 2006. Selon le Rapport national du Malawi, environ 11 650 ménages ont bénéficié de transferts d'argent en 2008. Les bénéficiaires de ces transferts sont des orphelins et autres enfants vulnérables, des personnes âgées et des handicapés. Il est envisagé d'intensifier ce programme afin de toucher 260 000 à 390 000 ménages. Cela devrait se traduire par une réduction de 10 à 15 % du pourcentage de personnes vivant dans l'extrême pauvreté, qui s'élève actuellement à 22,4 %.

L'Afrique du Sud a adopté un programme de reconstruction et de développement comme moyen de faire face aux besoins de la majorité noire de la population en matière de logement, d'éducation, d'approvisionnement en eau, d'assainissement, etc. Environ 1 800 000 logements ont été construits entre 1994 et 2005, sur des terrains et des subventions accordés par l'État. Au cours de la même période, l'État a transféré 413 006 autres logements à des familles à faible revenu. Les politiques en matière d'éducation s'intéressent surtout aux inégalités croissantes entre races, sexes et groupes sociaux. Le Gouvernement a adopté un système de sécurité sociale à deux volets, qui couvre l'assistance et l'assurance. On estime que la sécurité sociale réduit d'environ 49 % l'écart de pauvreté en Afrique du Sud.

3.4 Défis et contraintes

Les pays africains doivent faire face aux mêmes problèmes en matière de prise en compte de la famille dans les plans et activités de développement. Même s'il existe des dispositions législatives et réglementaires ayant un lien direct avec le bien-être de la famille et de ses membres, celles-ci ne sont pas souvent appliquées.

Bien que les pays concernés aient connu une lente évolution, voire, parfois, une détérioration des conditions sociales, les recherches ne se sont guères intéressées à leur impact sur les valeurs, normes et cultures, ainsi que sur la structure et la composition de la famille. En l'absence d'informations et de recherches sur la manière dont la société évolue, s'organise et se réorganise à travers des familles et des communautés ayant différentes formes et jouant des rôles différents, le processus de développement restera en panne.

Bien que reconnue par les lois et les constitutions, la famille reste largement négligée dans la définition et la mise en œuvre des plans et stratégies de développement national. La réussite ou l'échec des activités de développement a un impact direct sur la survie et la stabilité de la famille et de ses membres. Lorsque des politiques macroéconomiques sont appliquées, leurs conséquences sur la famille sont souvent négligées. Par exemple, des politiques de réduction d'effectifs ont été appliquées dans le cadre des programmes d'ajustement structurel sans pour autant que l'on tienne compte de leur impact sur le bien-être et la stabilité de la famille. Les stratégies de réduction de la pauvreté qui ont été adoptées à la suite de ces programmes n'ont pas réussi à prendre en compte les dommages sociaux et économiques infligés aux familles en Afrique.

Intégration la famille dans le développement reste un problème auquel sont confrontés la plupart des pays africains. Les politiques et stratégies de développement doivent tenir compte de la famille et des mutations de sa structure et de son rôle, notamment dans la conception et la mise en place de services économiques et sociaux. Des politiques et stratégies de développement soucieuses de la famille constituent un élément important de l'intégration sociale dont il a été question au Sommet social de 1995.

Chapitre 4

4. Les enfants et les jeunes

4.1 Introduction

En ce qui concerne les enfants et les jeunes, le Programme d'action de la CIPD vise: a) à promouvoir la santé et le bien-être de tous les enfants, adolescents et jeunes et à les encourager à développer leur potentiel, en tant que représentants du futur capital humain mondial; b) à répondre aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes (en particulier des jeunes femmes), en tenant dûment compte de leurs capacités créatrices, en termes de soutien social, familial et communautaire, de possibilités d'emploi, de participation à la vie politique ainsi que d'accès à l'éducation, à la santé, à des conseils et à des services de santé de qualité en matière de procréation; c) enfin, à encourager les enfants, les adolescents et les jeunes, notamment les jeunes femmes, à poursuivre leurs études afin d'augmenter leurs chances d'avoir une vie meilleure, de développer leur potentiel en tant qu'êtres humains, de contribuer à empêcher les mariages précoces et les grossesses à risque et de réduire la mortalité et la morbidité afférentes.

La **Convention relative aux droits de l'enfant** affirme (article 24) que les enfants ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de soins de santé, notamment de l'éducation et des services en matière de planification familiale. À ce propos, le comité de l'ONU qui supervise l'application de la Convention a apporté les précisions suivantes (2003): "les États parties doivent assurer aux adolescents l'accès à une information en matière de santé sexuelle et génésique, notamment sur l'importance de la planification familiale et les méthodes de contraception, les risques liés aux grossesses précoces, la prévention du VIH/sida et la prévention ainsi que le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST). En outre, les États parties doivent leur assurer l'accès à ces informations indépendamment de leur situation matrimoniale et du consentement de leurs parents ou tuteurs."

Les gouvernements sont donc instamment invités: a) à accorder un haut degré de priorité et d'attention à tous les aspects de la protection, de la survie et du développement des enfants et des jeunes; b) à prendre des mesures efficaces pour lutter contre le délaissement et contre tous les types d'exploitation et de maltraitements infligés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes; enfin, c) à promulguer des lois contre l'exploitation économique, le délaissement et les mauvais sévices physiques et psychologiques infligés aux enfants, et à les faire rigoureusement respecter.

Dans le même esprit que le Programme d'action de la CIPD, la Charte africaine de la jeunesse, que les pays africains sont tenus d'observer, met également l'accent, entre autres, sur la promotion du développement des capacités et de l'emploi des jeunes. En vertu de la Charte, qui guide les États Membres, ces derniers sont tenus de mobiliser des ressources et de faciliter, en y faisant participer concrètement les jeunes, la mise en œuvre de programmes en faveur de l'emploi et des droits des jeunes, de l'équilibre entre les sexes, d'actions de sensibilisation, de l'éducation et de la formation pratique, de la santé, de la paix et de la sécurité, de la culture, des sports et des loisirs.

4.2 La situation des enfants et des jeunes

4.2.1 Les enfants

Le tableau 4.1 montre que dans les cinq pays qui se trouvent, pour la plupart, au nord du Sahara (Algérie, Égypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc et Tunisie), le taux moyen de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans a reculé, passant de 82 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 35 pour 1 000 en 2006, ce qui a leur valu d'être classés parmi les pays «sur la bonne voie» pour atteindre l'OMD 4. En revanche, l'Afrique subsaharienne, dont le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans a baissé de 187 à 160 pour 1 000 naissances vivantes, a été classée parmi les régions ayant fait des «progrès insuffisants». Dans deux sous-régions (Afrique australe et Afrique centrale), «aucun progrès» n'a été enregistré. La mortalité des moins de cinq ans y a en fait augmenté, passant de 125 à 146 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique australe et de 187 à 193 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique centrale. Il ressort clairement de la lecture du rapport de l'UNICEF que le sud du Sahara est la région du monde où les enfants ont le plus de mal à survivre jusqu'à l'âge de cinq ans. Trois pays – l'Éthiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo – représenteraient plus de 43 % du nombre total de décès d'enfants de moins de cinq ans à l'échelle du continent tout entier.

Tableau 4.1 Progrès par région en matière de réduction de la mortalité juvénile

Région	TMM5		Taux annuel moyen de régression *		Progrès vers la réalisation de la cible de l'OMD
	Taux de mortalité des moins de 5 ans 1990	2006	Observé 1990-2006	Requis 2007-2015	
Afrique subsaharienne	187	160	1,0	10,5	Progrès insuffisants
Afrique de l'Est	171	123	2,1	8,5	Progrès insuffisants
Afrique australe	125	146	-1,0	13,9	Aucun progrès
Afrique centrale **	187	193	-0,2	12,6	Aucun progrès
Afrique de l'Ouest	215	183	1,0	10,4	Progrès insuffisants
Afrique du Nord	82	35	5,3	2,8	Sur la bonne voie
Pays en développement	103	79	1,7	9,3	Progrès insuffisants
Monde	93	72	1,6	9,4	Progrès insuffisants

*Un taux annuel moyen de régression négatif indique un accroissement du taux de mortalité des moins de cinq ans depuis 1990.

** Y compris Djibouti et le Soudan

Source: Adapté de la figure 1.2 - Progrès par région en matière de réduction de la mortalité juvénile; *UNICEF (2008); La Situation des enfants en Afrique 2008, page 4.*

Même si des progrès ont été signalés en Afrique de l'Ouest, cette sous-région totalisait encore plus de 40 % des décès d'enfants en Afrique en 2006, suivie par l'Afrique de l'Est (30 %), l'Afrique centrale (18 %), l'Afrique australe (8 %) et l'Afrique du Nord (2 %). Selon le rapport, les sept grandes avancées suivantes ont été faites dans le domaine de la survie des enfants en Afrique subsaharienne:

- a. Progrès rapides en matière de survie des enfants dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne depuis 1990;
- b. Recul remarquable du nombre des décès dus à la rougeole chez les enfants entre 2000 et 2006;
- c. Progrès en termes de prévention et de traitement du paludisme;
- d. Accès plus facile au traitement antirétroviral pour les mères et les enfants séropositifs;
- e. Amélioration des taux d'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois;
- f. Distribution et utilisation élargies de la supplémentation en micronutriments;
- g. Consensus plus large concernant le cadre et les stratégies nécessaires pour accélérer les progrès.

Selon le rapport de l'UNICEF, la voie à suivre, notamment en Afrique subsaharienne, consiste à transformer radicalement les systèmes de santé dans chacun des pays en se concentrant sur des priorités stratégiques telles que:

- a. Le renforcement des systèmes de santé avec l'appui de partenariats communautaires afin, entre autres, de favoriser l'appropriation au niveau local des initiatives en faveur de la survie de l'enfant;
- b. L'établissement d'un continuum de soins dans le temps et dans l'espace pour établir un fil conducteur de services de santé essentiels pour la mère, le nouveau-né et l'enfant, allant de la grossesse à l'adolescence, en passant par l'accouchement, la période postnatale, la petite enfance et l'enfance ainsi que par les soins intégrés prodigués aux adolescentes;
- c. Le renforcement des systèmes de santé grâce à des stratégies axées sur les résultats, ainsi que des programmes et des partenariats consolidés.

4.2.2 Les jeunes

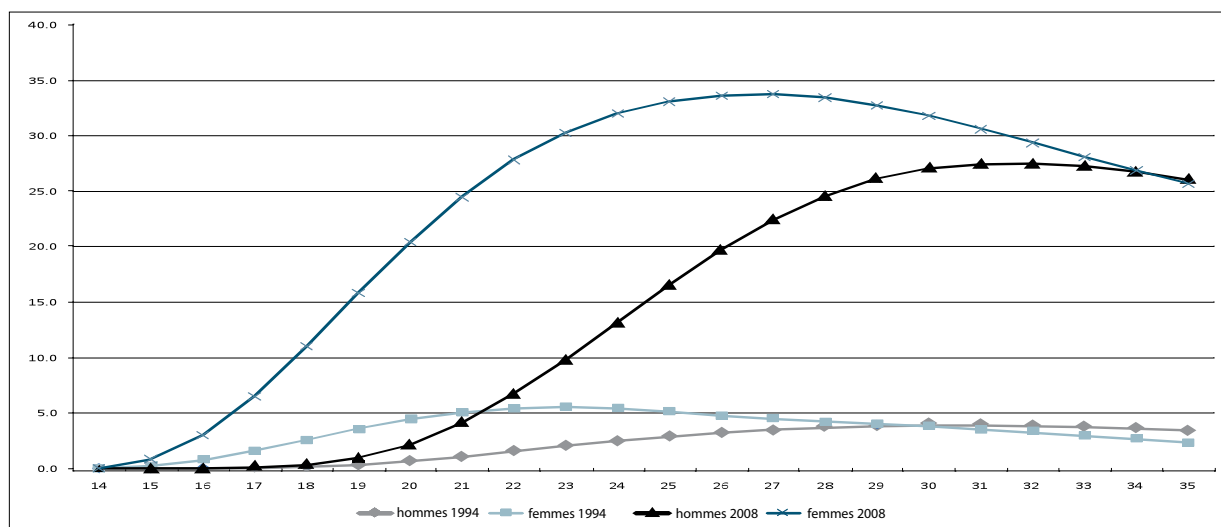
Ainsi que le chapitre 1 du présent rapport l'indiquait déjà, le caractère prédominant de la population africaine est sa jeunesse, puisque les enfants et les jeunes de moins de 15 ans y représentent plus de 40 %. Selon les dernières estimations, les enfants de moins de 15 ans constitueraient 41,2 % de la population du continent, les projections indiquant un léger recul à 40,3 % d'ici à 2010. Dans l'ensemble, les enfants et les jeunes de moins de 30 ans représentent plus de 70 % de la population totale de l'Afrique (Nations Unies, Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008). C'est pourquoi les initiatives visant à élaborer des plans nationaux de développement sur le continent doivent obligatoirement porter en priorité sur les jeunes.

Tous les pays ne retiennent pas la même définition de la jeunesse. Quoi qu'il en soit, les jeunes constituent une part importante de la population et les difficultés qu'ils rencontrent dans tous les pays sont très similaires: un fort taux de chômage déclaré, la toxicomanie, leur vulnérabilité dans le domaine

de la santé en matière de procréation et autres problèmes apparentés, tels que les IST et le VIH/sida, les mariages et les grossesses précoces, les complications lors de l'accouchement et les avortements à risque.

Comme la plupart des autres pays, le Malawi et le Soudan ont indiqué que c'est chez les jeunes que l'on trouvait la majorité des cas signalés d'infection par le VIH. L'édition 2004 de l'Enquête démographique et de santé du Lesotho a révélé qu'une personne sur neuf, âgée de 15 à 24 ans, est séropositive. Les rapports d'enquête sur la surveillance sentinelle du VIH font état d'une progression de la prévalence du VIH chez les 15-19 ans, le chiffre passant de 5,3 en 2004 à 11,7 en 2005 contre 19,2 (2004) et 25,5 (2005) pour le groupe d'âge des 20-24 ans. L'Enquête sentinelle 2006 de la Namibie a révélé que le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans serait respectivement de 10,2 % et de 16,4 %. En Afrique du Sud, on prévoyait pour 2008 un taux de prévalence du VIH de 33,7 % pour les femmes âgées de 27 ans. En Afrique du Sud comme partout sur le continent, les femmes risquent davantage que les hommes d'être touchées jeunes par le virus (voir la figure 4.1).

Figure 4.1 Prévalence du VIH chez les jeunes d'Afrique du Sud par âge et par sexe - 1994 et 2008



Source: Rapport national de l'Afrique du Sud sur la CIPD+15

Le Rapport national de Maurice indiquait qu'en 2007, 10,6 % des naissances vivantes étaient le fait d'adolescentes de 15 à 19 ans et que ces grossesses, ainsi que les avortements et les complications associées étaient en augmentation. On constatait une situation analogue en Afrique du Sud, où 35 % des adolescentes de 19 ans ont déjà été enceintes ou ont un enfant. En 2006, plus de la moitié du groupe des 15 à 19 ans de République centrafricaine vivait en concubinage et environ 20,4 % des femmes étaient mariées avant l'âge de 15 ans.

En Ouganda, bien que l'incidence des grossesses chez les adolescentes soit en régression, elle est toujours considérée comme élevée, s'établissant à 25 % en 2006. D'après le Rapport national du Malawi, en 2005, quelque 22 % des décès maternels concernaient des jeunes filles. Selon les données

établies pour 2003, seuls 13,9 % des filles et 22,7 % des garçons de Sao Tomé-et-Principe utilisaient des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel. Des données portant sur la même année indiquent que 37,5 % des filles reconnaissaient avoir subi un avortement.

L'incidence du chômage est considérée comme très élevée chez les jeunes. En Afrique du Sud, ceux-ci représenteraient quelque 70 % des chômeurs, les 25 - 29 ans étant les plus nombreux.

4.3 Politiques et lois

Pour apporter une réponse qui soit à la hauteur des difficultés que rencontrent les jeunes, les gouvernements ont déclaré avoir institué des politiques et des programmes visant à conférer à ces derniers une autonomie socio-économique et à les faire participer à la vie de la société.

Vu l'ampleur des problèmes que rencontrent les jeunes et les adolescents, le Gouvernement éthiopien a mis en place, en 2004, la Politique nationale en faveur de la jeunesse, afin d'encourager les jeunes à participer activement à la vie sociale, culturelle et économique du pays. Cette politique aborde des questions allant du VIH/sida à la protection de l'environnement et aux services sociaux. Le Gouvernement a élaboré un plan de développement stratégique multisectoriel pour la jeunesse ainsi que deux programmes de développement en faveur de celle-ci, dont le premier recouvre la période 2006-2010 du PASDEP.

L'Afrique du Sud, le Bénin, le Lesotho, Madagascar, le Mozambique, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, la Sierra Leone et le Soudan, auraient mis en place des politiques nationales en faveur de la jeunesse ainsi que d'autres politiques sectorielles et des dispositions juridiques prenant en compte les problématiques propres aux jeunes, pour leur donner les moyens de s'investir dans la vie sociale, économique, culturelle et politique de leurs pays.

La Politique nationale d'emploi de 2008 et la loi intitulée *Employment and Labour Relations Act 2004* (loi de 2004 sur l'emploi et les relations de travail) (chapitre 366) de la Tanzanie sont la preuve de l'attachement de ce pays à l'application de stratégies au niveau du continent. La Tanzanie est résolue à répondre aux besoins des enfants de moins de 14 ans: i) en veillant au respect des lois contre la traite et l'exploitation économique des enfants; ii) en garantissant, à tous les niveaux, l'égalité des chances des garçons et des filles en matière d'éducation; iii) en protégeant les enfants des rues et les orphelins, notamment ceux touchés par le VIH/sida, et en prenant soin d'eux; iv) en apportant une aide à la réinsertion des enfants touchés par les conflits armés et autres situations d'urgence ou catastrophes. Ce pays a également promulgué la loi intitulée *Children and Young Persons Act* (loi sur les enfants et les jeunes) (chapitre 13) qui, entre autres, protège les jeunes de 15 à 24 ans contre la violence.

Le Mozambique a élaboré la Politique nationale en faveur de la jeunesse (voir l'article 12 de la Charte africaine de la jeunesse), qui définit les orientations à suivre pour traiter la problématique propre aux jeunes dans le cadre national, en vue de circonscrire les besoins des jeunes Mozambicains et d'y répondre en leur accordant toute l'attention qu'ils méritent, notamment en ce qui concerne l'accès à l'éducation et à d'autres services sociaux de base. Le Zimbabwe a lui aussi ratifié et adopté, en 2008,

la Charte africaine de la jeunesse, qui guide les États Membres, tenus de mobiliser des ressources et de faciliter la mise en œuvre de programmes en faveur de la promotion du développement des capacités et de l'emploi des jeunes.

Au Malawi, le Gouvernement a revu la Politique nationale en faveur de la jeunesse de 1996, qui vise à développer le potentiel des jeunes dans son intégralité et à favoriser leur participation active au développement national. Parmi les autres structures et politiques de développement adoptées pour contribuer à l'autonomisation des jeunes figurent la Stratégie de croissance et de développement du Malawi (MGDS), la Politique nationale en matière d'égalité entre les sexes, la Politique de santé en matière de procréation et la Politique en matière de VIH et de sida.

À Maurice, le Gouvernement a promulgué la Politique nationale en faveur de la jeunesse (2000) afin d'améliorer les compétences pratiques des jeunes et, ce faisant, de leur donner les moyens de faire des choix éclairés concernant la santé en matière de sexualité et de procréation, d'élargir les services de conseil dans ce domaine au sein des établissements d'enseignement secondaire et supérieur, de renforcer les capacités des jeunes, d'encourager le travail en réseau avec des organismes qui s'occupent de la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation et de mettre en place des structures destinées à accueillir les activités auxquelles se livrent les jeunes ainsi que des services de santé.

Conscient tant du rôle des jeunes dans le développement que de leur vulnérabilité, le Gouvernement namibien a instauré en 1993 la première Politique nationale en faveur de la jeunesse, qui a été revue depuis. Cette politique vise à conférer davantage d'autonomie aux jeunes, à dispenser un enseignement digne de ce nom aux filles et aux garçons afin d'en faire des citoyens responsables, et à leur permettre de prendre des initiatives en faveur de leur propre développement et de celui de leur communauté comme de la société dans son ensemble. L'éducation, la santé, la création d'emplois et la participation à la vie économique sont des domaines stratégiques identifiés pour donner lieu à des interventions menées dans le cadre de programmes.

La Constitution seychelloise promeut la non-discrimination et stipule que «tous ont droit à la même protection de la loi, notamment à la jouissance des droits et libertés garantis par la présente charte, sans discrimination pour quelque motif que ce soit, sauf si nécessaire dans une société démocratique» (article 27). La loi intitulée *Children's Act of 1982* (loi de 1982 sur l'enfance) a été modifiée en 1991 et 1998, essentiellement dans le sens d'une meilleure protection des enfants.

4.4 Mécanismes institutionnels

Presque tous les pays qui ont envoyé un rapport ont indiqué l'existence soit d'un département ministériel soit d'une commission de coordination chargé des questions liées à la jeunesse aux niveaux national et sous-national. En instituant la Commission nationale de la jeunesse, la loi n° 19 de 1996 intitulée *National Youth Commission Act* (loi sur la Commission nationale de la jeunesse), par exemple, a fourni un cadre très important pour répondre aux préoccupations des jeunes d'Afrique du Sud. C'est également le signe d'un engagement fort de la part du Gouvernement, qui souhaite répondre globalement et sérieusement aux besoins de ce segment de la population. La Commission

visé principalement à coordonner et à mettre au point une politique nationale de la jeunesse qui soit à l'écoute des besoins et des aspirations des jeunes.

En Namibie, le Ministère de la jeunesse, du service national, des sports et de la culture est chargé des questions relatives à la jeunesse ainsi que de la coordination globale des politiques et de l'application, du suivi, de l'examen et de l'évaluation des programmes destinés à la jeunesse. Aux Seychelles, le Conseil national de l'enfance et la Division des services sociaux du Ministère de la santé et du développement social jouent un rôle important dans la défense des intérêts des enfants.

En Tanzanie, les centres et les institutions de formation des jeunes (comme l'Agence de formation et d'éducation professionnelles (VETA), le Collège de développement de l'artisanat (FDC), le Collège d'enseignement commercial ou l'Organisation pour le développement des petites industries) facilitent la formation professionnelle. Le Gouvernement a également recours aux institutions déjà en place telles que la faculté de commerce et de gestion de l'Université de Dar es-Salaam, par exemple, pour encourager l'esprit d'entreprise. La loi tanzanienne intitulée *Higher Education Student's Loan Board Act* (loi sur l'organisme de prêt aux étudiants de l'enseignement supérieur) (article 178) facilite l'accès à l'enseignement supérieur même à ceux dont les capacités de paiement sont limitées, alors que le *National Economic Empowerment Act 2004* (loi de 2004 sur l'autonomisation économique nationale) (article 386) et la loi de 2007 intitulée *Business Activities Registration Act* (loi de 2007 sur l'enregistrement des activités commerciales) s'appliquent, entre autres choses, à promouvoir la création de richesse et la participation des jeunes et d'autres parties prenantes au processus de prise de décisions.

En 2005, le Zimbabwe a créé un véritable Ministère de la jeunesse, devenu depuis lors Ministère du développement de la jeunesse, de l'indigénisation et de l'autonomisation. Par ailleurs, le Conseil zimbabwéen de la jeunesse facilite la participation des jeunes en permettant l'enregistrement et le renforcement des capacités des organisations de jeunes et la coordination du Parlement des enfants.

4.5 Programmes et plans

Au Ghana, au Malawi, au Mozambique, au Nigéria, au Sénégal, en Tanzanie et dans d'autres pays d'Afrique, les stratégies et programmes de développement des jeunes se sont également intéressés à la promotion d'un mode de vie sain auprès de cette population, notamment dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation. Outre l'élaboration, en 2004, de la Politique nationale en faveur de la jeunesse, l'Éthiopie a fait état de la prise en compte, à tous les niveaux, des questions relatives à la jeunesse dans le PASDEP qui couvre la période 2006-2010. Au nombre des principales interventions recensées figurent la formation professionnelle et technique, l'offre de services de santé en matière de sexualité et de procréation destinés aux adolescents, le développement de petites entreprises et la fourniture de crédits et de services de commercialisation aux jeunes. Le Gouvernement encourage l'esprit d'entreprise et la constitution de micro et de petites entreprises par des équipes de jeunes en leur fournissant des crédits, des locaux et des services de commercialisation. Ces jeunes, qui se voient aussi proposer des formations professionnelles et techniques en maçonnerie, menuiserie, électricité et plomberie, sont encouragés à former des corporations dans

leur domaine de formation et à participer à la construction de maisons, d'écoles primaires et d'antennes sanitaires.

Le Soudan applique une Stratégie nationale en faveur de la jeunesse, lancée en 2008 et axée sur les questions qui se posent aux jeunes et sur les difficultés qu'ils doivent affronter. Cette stratégie tente d'améliorer leur participation aux prises de décisions. À cet égard, la Commission de la jeunesse a joué un rôle fondamental dans la coordination de l'élaboration d'une politique nationale de la jeunesse et de l'exécution de programmes d'autonomisation des jeunes. En Sierra Leone, la loi intitulée *2004 Education Act* (loi de 2004 sur l'éducation) et le Programme d'enseignement Sababu sont les structures qui ont permis au secteur éducatif de se relever et de redevenir opérationnel après la guerre. Des programmes spéciaux ont aussi été mis en place pour réinsérer et réintégrer les enfants et les jeunes ex-combattants dans la société.

Par le biais de son Ministère du travail, le Gouvernement mozambicain a mis sur pied la Stratégie pour l'emploi et la formation professionnelle, censée orienter les mesures de gouvernance prises en matière d'emploi pendant la période 2006 – 2015. Cette Stratégie se propose de favoriser la croissance de l'emploi et le développement d'une économie de «post-emploi»; d'encourager la hausse de la demande de main-d'œuvre; d'améliorer l'employabilité de la population active; enfin, de perfectionner le cadre réglementaire dans lequel s'inscrit le développement du secteur privé.

En Afrique du Sud, la plupart des initiatives du Gouvernement pour tenter de remédier au faible niveau de compétence et au chômage élevé des jeunes semblent en grande partie liées au grand nombre de personnes peu instruites et sans emploi que compte encore le pays. Au nombre de ces initiatives figurent entre autres la loi intitulée *Skills Development Act* (loi sur la formation professionnelle), le Service national pour les jeunes et le Programme destiné aux jeunes chefs d'entreprise. La loi sur la formation professionnelle vise à développer les compétences de l'ensemble du pays et donne une orientation au programme de formation professionnelle en alternance, qui associe apprentissage théorique et expérience pratique en milieu professionnel. De son côté, le Service national pour les jeunes a pour but de relever la qualité et la portée des services publics fournis en mobilisant le potentiel des jeunes tout en améliorant leur employabilité grâce à la formation professionnelle. Ce programme est administré par cinq organismes différents ainsi que par d'autres services gouvernementaux. Le Programme pour les jeunes entrepreneurs, en grande partie porté par le Fonds pour la jeunesse Umsobomvu, est un dispositif public de financement créé par le Gouvernement en vue d'assurer aux jeunes une formation professionnelle et la création d'emplois.

Le Gouvernement du Malawi a défini des stratégies et des programmes visant à promouvoir le développement de la jeunesse dans les domaines suivants: institutionnalisation de la participation des jeunes à l'élaboration, à l'exécution et à l'examen des politiques; création d'un plus grand nombre de possibilités d'enseignement et de formation à l'intention des jeunes et ce à tous les niveaux: réorientation et encouragement des jeunes à participer à des activités de développement; promotion d'un mode de vie sain par des actions de sensibilisation appropriées dans le domaine de la préparation à la vie familiale, notamment en ce qui concerne la santé en matière de sexualité et de procréation, et mise à la disposition des jeunes d'un nombre suffisant d'installations sportives et de loisirs dans les communautés et les écoles.

4.6 Autonomisation des jeunes

Tous les pays ont déclaré avoir mis en place des stratégies visant à rendre les jeunes autonomes par le biais de la formation, de l'emploi productif dans divers secteurs de l'économie et de leur participation aux prises de décisions grâce au développement des capacités d'encadrement.

En ce qui concerne les mesures à prendre pour répondre aux préoccupations des enfants et des jeunes, très peu d'efforts sont faits pour aider à la réinsertion des enfants victimes de conflits armés et d'autres situations d'urgence ou de catastrophes. En revanche, des mesures énergiques sont prises pour mettre fin à la traite et à l'exploitation économique des enfants et assurer l'égalité des chances entre garçons et filles, au niveau de l'éducation, tout comme la formation technique et professionnelle des jeunes en général.

Les rapports nationaux ont indiqué que des mesures étaient prises pour encourager la participation des jeunes aux prises de décisions, y compris au processus politique en cours dans les différents pays. Au Mozambique, en Ouganda et en Tanzanie, par exemple, des dispositions particulières ont été prises pour permettre aux jeunes de participer au processus politique aussi bien au niveau national qu'à celui des conseils sous-nationaux.

4.7 Formation et emploi des jeunes

Malgré un taux élevé de scolarisation dans les établissements d'enseignement sud-africains et les investissements massifs, publics comme privés, consentis dans ce secteur, l'économie pâtit d'une très grave pénurie de compétences en ingénierie, dans les sciences et les techniques ainsi que dans la finance et la gestion. En Namibie, le troisième Programme national de développement, actuellement en cours, vise à offrir des services éducatifs à même de doter les jeunes des compétences requises sur le marché du travail. De même, le Mozambique encourage la formation professionnelle afin de renforcer les capacités des jeunes et, partant, de les rendre aptes à occuper un emploi.

En Éthiopie, le chômage des jeunes serait élevé. C'est pour renforcer le capital humain par l'éducation et la formation que le PASDEP est mis en œuvre dans ce pays, que l'on dote les jeunes de compétences qui leur permettront de trouver un emploi et que l'on étend le programme de travaux publics à l'intention de la jeunesse. Dans les zones rurales, on met à la disposition des jeunes des parcelles agricoles et des pâturages afin de leur permettre de générer des revenus. En Tanzanie, comme dans la plupart des pays, le manque de compétences, l'accès limité aux financements, le manque de garanties et d'expérience commerciale sont les principaux obstacles à l'employabilité et à la productivité des jeunes. Le Gouvernement a donc promulgué la loi intitulée *Higher Education Student's Loan Board Act* (loi sur l'organisme de prêt aux étudiants de l'enseignement supérieur) (article 178) pour faciliter l'accès à l'enseignement supérieur à ceux, notamment, dont les capacités de paiement sont limitées. De même, la loi intitulée *National Economic Empowerment Act 2004* (loi de 2004 sur l'autonomisation économique nationale) (article 386) et celle intitulée *Business Activities Registration Act 2007* (loi de 2007 sur l'enregistrement des activités commerciales), votées pour promouvoir la création de richesse et la participation des jeunes aux prises de décisions. Des initiatives ont aussi été prises pour encourager les femmes à se former dans des domaines «non traditionnels» tels que l'électricité, la mécanique, la maçonnerie, la menuiserie ou la soudure.

Les résultats de l'Enquête 2007 sur le travail effectuée en Afrique du Sud révèlent que la population noire connaît un taux de chômage beaucoup plus élevé que les autres groupes raciaux. Ce phénomène pourrait être attribué à divers facteurs socio-économiques tels que l'allongement du nombre d'années de scolarité ou le manque de financement. Des projets visant à promouvoir l'emploi des jeunes dans le cadre d'une stratégie de réduction de la pauvreté sont mis en œuvre au Sénégal, au Bénin et au Lesotho afin de créer des conditions favorables à la promotion de l'emploi des jeunes et au développement des entreprises au niveau national. Au Bénin et au Sénégal, des services de microfinancement sont offerts aux jeunes pour leur permettre de monter des micro-entreprises et de s'installer à leur compte.

En Tanzanie, la Politique nationale de l'emploi pour 2008 et la loi intitulée *Employment and Labour Relations Act 2004* (loi de 2004 relative à l'emploi et aux relations de travail) (article 366) prévoient les stratégies et les prescriptions statutaires nécessaires pour remédier aux problèmes posés par le chômage et l'autonomisation des jeunes. La Politique de développement de la jeunesse de 2007 et le Plan d'action national pour l'emploi des jeunes (2008) visent, quant à eux, à encourager la participation des jeunes au développement social, politique et économique de la société.

4.8 La santé en matière de sexualité et de procréation des adolescents

Dans tous les pays, des stratégies seraient en place pour traiter des questions de santé en matière de sexualité et de procréation des adolescents. Au Lesotho, l'élaboration de la politique nationale de santé des adolescents de 2006, l'adoption de la loi intitulée *Sexual Offences Act* (loi sur les infractions à caractère sexuel) et la conception de lignes directrices pour le traitement des victimes d'abus sexuels auraient largement contribué à résoudre les questions de santé en matière de sexualité et de procréation des adolescents. La majeure partie des efforts déployés par la République démocratique du Congo, le Ghana, l'Ouganda et la Tanzanie pour améliorer la qualité de vie dans ces pays a consisté à aborder les problèmes de santé de la procréation des adolescents par la mise en place de stratégies spécifiques. D'après les sources dont on dispose, au Ghana, l'utilisation de contraceptifs par les adolescents aurait augmenté au cours des dix dernières années pour passer de 4,8 % environ en 1993 à 16,1 % en 2003, et les adolescents seraient peu à peu davantage au fait des questions de santé de la procréation en raison de la multiplication des programmes qui leur sont destinés. Au Sénégal, un programme pilote intégrant la santé en matière de sexualité et de procréation aux services existants a doté au moins deux écoles de centres médicaux et aurait contribué à rendre les services de santé en matière de sexualité et de procréation plus accessibles aux adolescents de Dakar.

Un Programme d'éducation relatif à la population et à la vie familiale axé sur le développement des compétences pratiques, la formation de pairs comme éducateurs et comme conseillers, l'orientation mutuelle et l'appui apporté par les pairs, la diffusion d'informations sur la santé en matière de procréation et le VIH/sida à l'intention des jeunes (scolarisés ou non) sont en cours d'exécution dans la plupart des pays, dont le Gabon, le Ghana, Maurice, le Nigéria, l'Ouganda et le Sénégal.

Aux Seychelles, le Centre de santé pour les jeunes a été créé en 1994 sous l'égide du Ministère de la santé et du développement social pour offrir des services de santé génésique adaptés aux jeunes. En 2006, le Département de la santé a décentralisé ses services afin de cibler, dans certains districts, la

population jeune; en 2007, il a commencé à distribuer des préservatifs, des supports d'information, d'éducation et de communication et à offrir des services bénévoles d'accompagnement psychologique et de dépistage (VCT) ainsi que des tests à effectuer sur place, dans ces centres. Ces prestations peuvent aussi être offertes dans le cadre de programmes d'information.

En Afrique du Sud, au Bénin, en Namibie, en Ouganda et en Tanzanie, des campagnes d'information sur le VIH/sida ont servi à cibler spécifiquement les filles et les garçons afin de les aider à faire des choix susceptibles de les protéger de l'infection. Dans ces pays comme dans d'autres, des programmes offrant aux jeunes des informations et des services dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation sont également appliqués. En République démocratique du Congo, le Programme national sur la santé des adolescents mis au point en 2003 est en place et offre des services de conseil sur le VIH et en matière de planification familiale, des services de soins post abortifs et d'autres services de sensibilisation des jeunes (scolarisés ou non) à la santé en matière de sexualité et de procréation.

4.9 Engagement en faveur de politiques et de stratégies à l'échelle du continent

Certains pays, dont le Gabon, le Nigéria, l'Ouganda, le Sénégal et la Tanzanie ont fait savoir que la Charte africaine de la jeunesse offrait un cadre permettant d'examiner des politiques, d'élaborer des textes de loi et de plaider en faveur de l'autonomisation des jeunes.

Les mesures prises pour adapter la Charte africaine de la jeunesse à chaque pays se résument essentiellement à des opérations de plaidoyer et de sensibilisation, à la mise au point de plans ou de programmes d'action, ou encore à l'amélioration de la prestation de services destinés à accroître l'autonomie des jeunes. Rares sont les pays qui songent sérieusement à élaborer ou à examiner des textes de loi en rapport avec la prestation de services de santé destinés aux jeunes.

4.10 Réalisations

Presque tous les pays d'Afrique instaurent des politiques, des programmes et des législations ayant pour objet de conférer davantage d'autonomie aux jeunes, de mobiliser leur potentiel et de les encourager à participer au développement national.

Partant, les questions touchant à la jeunesse sont intégrées dans les stratégies de lutte contre la pauvreté et de développement de tous les pays. Des projets visant à promouvoir l'emploi des jeunes dans le cadre d'une stratégie de réduction de la pauvreté sont mis en œuvre au Bénin, au Lesotho et au Sénégal afin de créer des conditions favorables à la promotion de l'emploi des jeunes et du développement des entreprises au niveau national. Des services de microfinancement sont offerts aux jeunes pour leur permettre de monter des micro-entreprises et de s'installer à leur compte au Bénin et au Sénégal.

Dans des pays comme l'Ouganda, l'incidence des grossesses chez les adolescentes, bien qu'élevée, a considérablement baissé. Au Ghana, l'utilisation de contraceptifs par les adolescents aurait augmenté et, comme dans d'autres pays, les adolescents seraient plus au fait des questions de santé

en matière de procréation. Au Sénégal, un projet associant la santé en matière de sexualité et de procréation aux services fournis par les centres médicaux scolaires a contribué à rendre les services de santé en matière de sexualité et de procréation plus accessibles aux adolescents. En Afrique du Sud, au Bénin, en Namibie, en Ouganda et en Tanzanie, des campagnes d'information sur le VIH/sida ont ciblé les filles et les garçons afin de les aider à faire des choix susceptibles de les protéger de l'infection.

De même, la mise en œuvre de programmes d'enseignement primaire pour tous a permis d'augmenter le nombre de filles scolarisées sur l'ensemble du continent. Dans les pays en situation de conflit ou d'après-conflit comme la Sierra Leone ou la République démocratique du Congo, l'exécution de programmes spéciaux a permis de réadapter et de réinsérer des enfants et de jeunes ex-combattants dans la société.

4.11 Contraintes et défis majeurs

Les travaux de recherche montrent qu'en termes de dividende démographique, les trois grandes régions développées du monde ont déjà atteint le maximum de bénéfices (en 2000), tandis que l'Asie et l'Amérique latine ont jusqu'à 2020 pour assister à l'augmentation du pourcentage de leur population active. L'Afrique subsaharienne représente le cas extrême: si la fécondité continue de diminuer, elle connaîtra des gains bien après 2040. En revanche, dans les pays d'Asie de l'Est, ces gains auraient évolué rapidement, à partir de 1950, grâce à la baisse des taux de fécondité, qui a modifié le pourcentage de leur population en âge de travailler. Leurs possibilités d'engranger les dividendes de cette situation se sont rapidement multipliées au cours des cinquante années suivantes. Arrivées à leur apogée précisément maintenant, elles s'amenuiseront régulièrement au fur et à mesure que leurs populations vieilliront. Leur fenêtre d'opportunité commence à se refermer.

L'Afrique subsaharienne, en revanche, commence seulement à ouvrir la sienne, en supposant que les taux de fécondité diminuent au cours des prochaines décennies. Si c'est le cas, et si les gouvernements concernés instaurent, comme leurs homologues en Asie de l'Est, des programmes d'enseignement et de formation professionnelle efficaces, la flexibilité du marché du travail et une planification qui tienne compte des questions d'équité entre les sexes, il se peut que les dividendes se concrétisent au lieu de rester virtuels.

4.12 Difficultés de mise en œuvre

Au Ghana, à Madagascar, au Malawi et en République démocratique du Congo, l'insuffisance des ressources a limité la mise en œuvre des programmes qui sont de ce fait soit des programmes pilotes de faible envergure, soit des programmes circonscrits à certains districts choisis. Souvent, les ressources provenant des donateurs sont liées à des projets précis et dont la durée de vie est limitée. Au Bénin, au Lesotho et au Malawi, les graves pénuries de professionnels de la santé et les difficultés logistiques font qu'il est difficile d'atteindre les zones reculées.

Dans tous les pays, les services de santé en matière de procréation adaptés aux jeunes sont d'une portée limitée. Au Ghana, au Malawi, en Namibie et au Nigéria, les services qui s'adressent tout particulièrement à des groupes spécifiques comme les jeunes non scolarisés, les filles mariées très jeunes ou les jeunes handicapés ont eu beaucoup de mal à atteindre ceux à qui ils étaient destinés.

Les rapports nationaux de l'Afrique du Sud, de l'Éthiopie, du Malawi, de la Namibie et de la République centrafricaine citent, parmi les principaux facteurs qui rendent les jeunes encore plus vulnérables face aux comportements à risque et aux problèmes de santé en matière de sexualité et de procréation, la pauvreté, le chômage et le caractère limité de l'accès aux possibilités d'exercer une activité économique productive ainsi que la discrimination fondée sur le sexe, présente dans tous les domaines de la vie et notamment à l'égard des petites filles.

Parmi les facteurs qui portent atteinte aux droits des jeunes et perpétuent des pratiques discriminatoires, notamment à l'encontre des jeunes filles, tous les pays ont mentionné l'existence de certaines valeurs culturelles et de certains systèmes de croyances. Pour la plupart d'entre eux, en effet, le fait que les jeunes filles soient susceptibles d'abandonner leur scolarité, de contracter un mariage précoce et d'avoir des enfants tôt est à mettre sur le compte de facteurs culturels.

Chapitre 5

5. Droits et santé en matière de procréation

5.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD invite instamment tous les pays à faire en sorte que toute personne en âge d'avoir recours à des services de santé de la procréation puisse y avoir accès par le biais du système de soins de santé primaires le plus tôt possible et au plus tard en 2015. Ces soins doivent comporter, entre autres choses: des conseils sur la planification familiale, des services d'information, d'éducation et de communication; l'éducation aux soins prénatals et les services y afférents, l'accouchement sans risques et les soins postnatals, notamment l'allaitement et les soins de santé destinés aux nourrissons et aux femmes; la prévention et le traitement de la stérilité; l'avortement; le traitement des infections de l'appareil génital, des maladies sexuellement transmissibles (MST) et d'autres problèmes de santé génésique; enfin, des services d'information, d'éducation et de conseil en matière de sexualité humaine, de santé de la procréation et de paternité et maternité responsables (Programme d'action de la CIPD 1964, chapitre vii). Le Programme d'action exhorte en outre tous les gouvernements et tous les systèmes de santé à instaurer, étendre ou adapter les programmes destinés à répondre aux besoins des hommes et des femmes (y compris des adolescents) en matière de santé de la procréation, à respecter leur droit au respect de la vie privée et à la confidentialité, et à veiller à ce que l'attitude des prestataires de soins ne restreigne pas l'accès des adolescents à l'information et à des services.

L'objectif 5 de la Déclaration du Millénaire, «Améliorer la santé maternelle», vise deux buts: i) «Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle»; et ii) «Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015». Parmi les indicateurs de suivi figurent le taux de mortalité maternelle, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et le taux de prévalence de l'utilisation de méthodes modernes de contraception.

Les droits en matière de procréation supposent qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, et le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent au couple toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

5.2 Droits en matière de procréation

Tous les pays s'accordent à reconnaître la nécessité de défendre les droits en matière de sexualité et de procréation qu'ont les couples et les individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances.

Les rapports nationaux du Nigéria, des Seychelles et de la Tanzanie indiquent que ces droits sont traités dans le cadre de lois nationales, et que des politiques et des programmes en tenant compte ont été mis en place. Le Rapport national de l'Afrique du Sud mentionne que le pays a, depuis, mis au point toute une série d'instruments juridiques pour défendre les droits en matière de sexualité et de procréation de tous les citoyens. Il relève en outre que la Charte des droits figurant au chapitre 2 de la Constitution de la République sud-africaine de 1996 consacre les droits des ressortissants et affirme les valeurs démocratiques que sont la dignité humaine, l'égalité et la liberté. Par la loi n°92 de 1996, l'Afrique du Sud s'est courageusement attaquée à la question épineuse de la grossesse des adolescentes et du droit de choisir.

Dans la plupart des pays, il ressort de la lecture des rapports nationaux qu'une tendance se dessine vers la fourniture de services à des groupes spécifiques comme les hommes, les jeunes et les handicapés.

5.3 Évolution des indicateurs de santé en matière de procréation

La santé en matière de procréation est définie comme un état de bien-être général, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Partant de cette définition, la santé en matière de procréation suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, et la liberté et la possibilité de décider si et quand l'individu veut avoir des enfants. Cette définition suppose donc l'existence de deux droits: a) le droit qu'ont hommes et femmes d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi; ces méthodes doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, et b) le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent au couple toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé (Programme d'action de la CIPD, 1994, paragraphe 7.2). La latitude laissée aux couples pour exercer leurs droits en matière de procréation conditionne en grande partie l'état de santé de la population dans ce domaine. La pauvreté, le manque d'instruction et d'information, la difficulté d'accéder aux services de santé et aux services sociaux apparentés menacent la santé des femmes et de leurs enfants et ont des répercussions négatives sur l'état de santé de la population en matière de procréation.

Les indicateurs de santé maternelle et infantile recouvrent le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

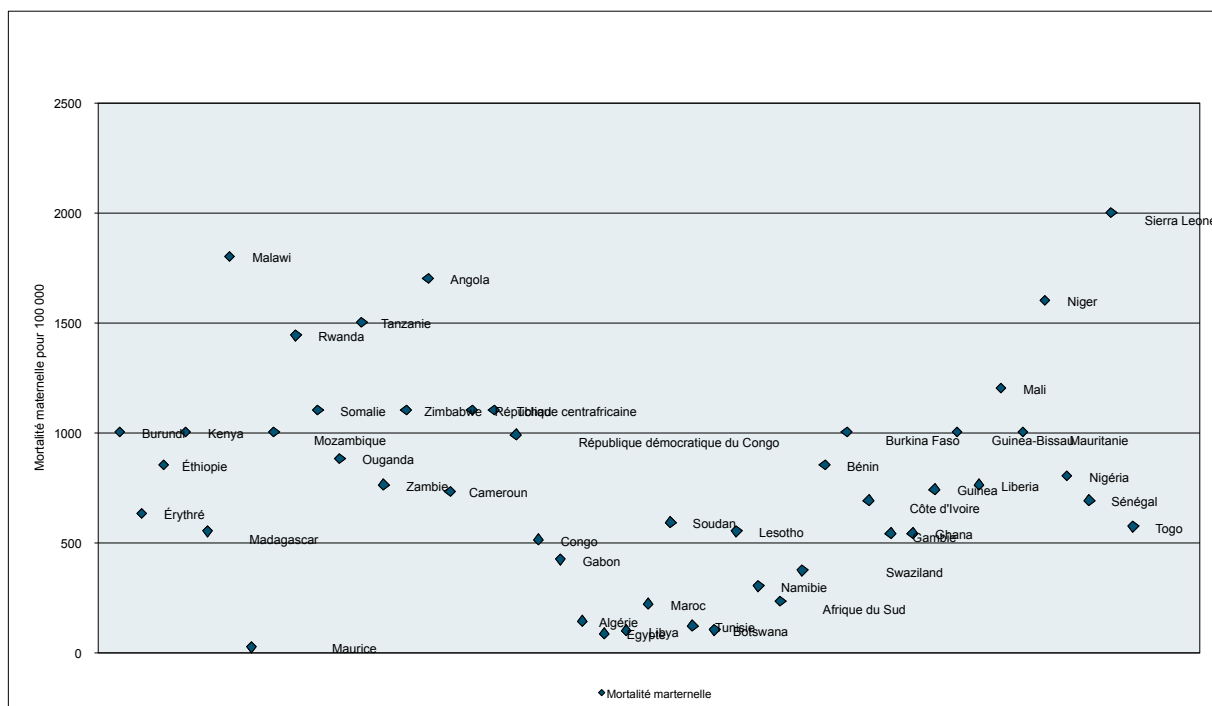
5.4 Mortalité maternelle

Parmi les grandes régions du monde, l'Afrique est celle qui enregistre les chiffres les plus élevés de mortalité maternelle. Des 529 000 décès maternels par an dans le monde, 48% sont survenus en Afrique (OMS, UNICEF et FNUAP, 2003). Pour chaque décès maternel, on estime qu'il y a 30 à 50 cas de

morbidité, y compris des maladies passagères ou chroniques (FNUAP, 2004). Dans les régions développées, le taux de mortalité maternelle était aussi faible que 20 pour 100 000 naissances vivantes alors qu'en Afrique subsaharienne, il était de 920. Des estimations plus récentes des taux de mortalité maternelle (FNUAP, 2007) montrent que la situation pourrait se détériorer dans un certain nombre de pays. Le taux de mortalité maternelle de plusieurs pays africains dépasse 1 500 pour 100 000 naissances vivantes (Angola, Malawi, Niger, Sierra Leone et Tanzanie), le plus triste record (2 000) étant détenu par la Sierra Leone, ce qui n'a rien de surprenant vu le niveau de mortalité maternelle généralement élevé que connaît l'Afrique de l'Ouest. La plupart des pays situés dans le bas de la fourchette (soit avec des taux de mortalité maternelle inférieurs à 100 pour 100 000 naissances vivantes) se trouvent en Afrique australe et du Nord (Afrique du Sud, Algérie, Égypte, Botswana, Libye, Maroc, Namibie et Tunisie).

La tendance qu'auraient les taux de mortalité maternelle à fluctuer inquiète certains pays comme la Namibie, par exemple, où le taux semble avoir augmenté, passant de 227 en 1992 à 271 en 2000 et à 449 en 2006. En Afrique du Sud, le taux de mortalité maternelle a également augmenté pendant un certain temps, passant de 64 en 1999 à 78 en 2001 avant de retomber à 73,1 en 2002. De même, au Ghana, le taux de mortalité maternelle, qui avait baissé, passant de 250 en 1999 à 186 en 2006, est remonté à 230 en 2007. L'une des augmentations les plus spectaculaires jamais enregistrées est peut-être celle du Soudan, où le taux est passé de 509 en 1999 à 1 107 en 2007. Aussi bien Maurice que les Seychelles ont signalé de faibles taux de mortalité maternelle, ce qui s'explique par la qualité de leurs infrastructures et leur bonne gestion.

Figure 5.1 Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) dans les pays africains (2007)



Source: FNUAP, Rapport sur l'état de la population, 2007

Il n'y a aucun doute que le nombre de décès liés à la grossesse peut considérablement diminuer en Afrique. Les risques sanitaires pour la mère sont bien moindres si le nombre d'accouchements effectués sous la supervision de professionnels de santé augmente. Tous les pays ont reconnu que des efforts visant la fourniture de soins prénatals, la présence de personnels qualifiés à la naissance, un meilleur accès à la fois à des soins de base et à des soins élargis pour la mère et le nouveau-né, la qualité des services de planification familiale, la prestation de soins de base postnatals et néonataux ainsi que des soins après avortement sont importants pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés en Afrique.

Conscients que la prestation de services de santé maternelle et infantile (SMI) dans le cadre de soins de santé primaires est fondamentale pour mettre à disposition des communautés des services de santé en matière de procréation, tous les pays ont ainsi fait part d'une amélioration de l'offre de soins de santé primaire, même si des disparités subsistent entre zones rurales et urbaines ainsi qu'entre districts et provinces. Le Rapport national de la Tanzanie indique que le programme du secteur de la santé primaire (2007-2017) sert à orienter la mise en œuvre de programmes de santé maternelle et infantile visant à atteindre les OMD 4 et 5. Le Maroc met actuellement en place un plan national d'action sanitaire pour la période 2006-2015, qui comporte un volet important sur la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé des enfants.

Les données disponibles montrent à l'évidence que dans certains pays, un petit nombre d'accouchements (mais en augmentation constante) a lieu soit dans des centres de santé soit avec l'aide de professionnels de la santé qualifiés. En Éthiopie, seuls 5,6 % des accouchements ont eu lieu avec l'aide de professionnels de la santé qualifiés en 2000, pourcentage qui a légèrement augmenté en 2005 pour s'établir à 6,0 %. Selon les derniers chiffres communiqués, le Burundi, le Ghana, le Kenya, le Niger, le Soudan et la Tanzanie font partie des pays d'Afrique où le pourcentage d'accouchements assistés par des soignants qualifiés est inférieur à 50 %. La liste aurait pu être beaucoup plus longue mais de nombreux pays n'ont pas fourni d'informations à ce sujet. Un assez grand nombre de pays africains, dont l'Égypte, le Maroc, la Mauritanie, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal et le Swaziland, ont enregistré une augmentation sensible de la proportion de femmes ayant été assistées par du personnel de santé qualifié au moment de l'accouchement.

Il ressort du Rapport national du Malawi que les communautés n'ont pas suffisamment accès aux services de santé de la mère et du nouveau-né à cause de la distance, des transports et des pratiques culturelles; et que pour ce pays, la proportion d'accouchements ayant en présence de professionnels de santé qualifiés a diminué, passant de 55,6 % en 2000 à 54,0 % en 2006. Dans un petit nombre de pays, la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement est quasiment la règle: ainsi en est-il de Maurice (95,0 % en 2007) et de Sao Tomé-et-Principe (94,6 % en 2007). Selon le Rapport national des Seychelles, la plupart des accouchements se font à l'hôpital et 100 % des naissances ont lieu en présence de professionnels de santé.

Les soins postnatals sont aussi importants pour la santé de la mère; en effet, une forte proportion des décès maternels intervient très peu de temps (48 heures) après l'accouchement en raison de l'insuffisance ou de la piètre qualité des services de soins maternels. De plus, les soins postnatals demeurent embryonnaires dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Des complications résultant d'avortements à risques contribuent également d'une manière significative à la mortalité

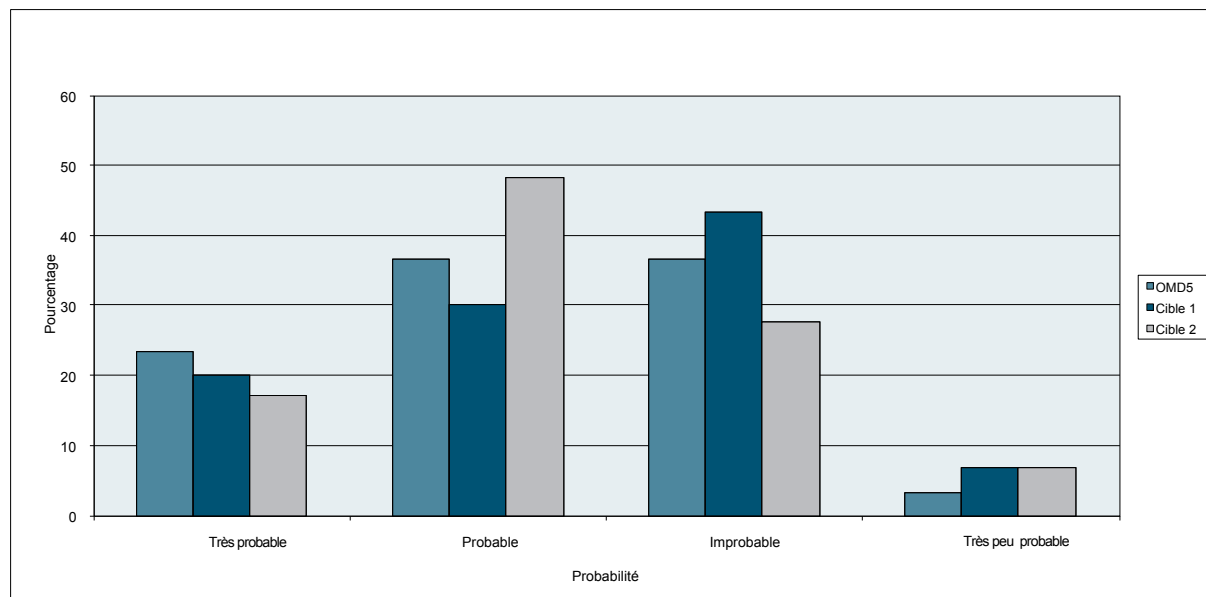
maternelle sur le continent mais il est difficile de se procurer des données graphiques. En outre, la pauvreté réduit l'accès à une nutrition équilibrée, facteur critique pour la santé et la survie de l'enfant. Des programmes de planification familiale efficaces pourraient largement contribuer à réduire la fécondité et, par conséquent, à diminuer les risques d'une forte mortalité maternelle dans la population. En outre, la pratique répandue des mutilations génitales féminines dans de nombreux pays africains pourrait avoir des effets négatifs sur la santé des femmes. C'est pourquoi tous les pays ont reconnu que la prestation de services de santé maternelle et infantile dans le cadre des soins de santé primaires était fondamentale pour pouvoir offrir des services de santé en matière de procréation au niveau des communautés.

Les principales questions relevant du domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation traitées par les pays sont notamment: a) la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né; b) la santé en matière de procréation des adolescents; c) la planification familiale, la prévention et le traitement des infections de l'appareil génital, en particulier des infections sexuellement transmises (IST) dont le VIH/sida; d) la prévention et le traitement des complications de l'avortement; e) les pratiques traditionnelles délétères, notamment les mutilations génitales féminines.

Les réponses aux questionnaires que les gouvernements ont renvoyés dans le cadre de l'enquête sur la CIPD+15 montrent que les Seychelles parviendront très probablement à atteindre l'ODD 5 (Amélioration de la santé maternelle) car ce pays dispose de services médicaux gratuits et tous les centres de soins offrent, outre toute une gamme d'autres services, des services de santé maternelle et infantile ainsi que de planification familiale. Actuellement, les futures mères ont accès à un large choix de services de santé en matière de procréation aux stades prénatal, postnatal et de l'accouchement. Le taux d'accouchement assisté par des soignants qualifiés est de pratiquement 100%.

Globalement, 40 % des pays ne sont pas certains de pouvoir améliorer la santé maternelle d'ici à 2015. Du point de vue des cibles, 50 % ont exprimé l'espoir que le taux de mortalité maternelle puisse être réduit de trois quarts d'ici à cette date; en outre, environ 60 % sont optimistes quant à la possibilité d'un accès universel à la santé génésique pour leur population d'ici à 2015 également.

Figure 5.a Probabilité d'atteindre l'OMD 5 et ses cibles en Afrique



Selon toute probabilité, le Bénin, le Burundi, le Kenya et Sao Tomé-et-Principe devraient atteindre cet objectif grâce à la mise en œuvre de programmes de santé maternelle et infantile améliorés visant à réduire les taux de morbidité et de mortalité maternelles.

En Guinée, au Sénégal, au Soudan, au Swaziland, en Tanzanie et au Zimbabwe, on estime peu probable que cet objectif puisse être atteint, même si la priorité est accordée à l'amélioration de la santé maternelle. Dans des pays comme la Guinée, le Sénégal ou la Tanzanie, les taux de mortalité maternelle se situeraient à des niveaux jugés inacceptables car très élevés, signe que la prévalence de la morbidité maternelle est également importante. Au Zimbabwe, ce phénomène aurait tendance à s'aggraver avec la diminution du nombre de femmes accouchant dans des centres de santé et la faible proportion d'accouchements effectués en présence de personnel de santé qualifié. Cette situation est aussi aggravée par la forte prévalence du VIH/sida. Au Swaziland, le système sanitaire connaît une pénurie d'infirmières-sages-femmes et de médecins capables de fournir des services de soins maternels.

Le Niger, où le taux de mortalité maternelle est élevé et les infrastructures sanitaires et apparentées sont inadéquates, juge très peu probable l'atteinte de cet objectif.

Cible 5.A de l'OMD 5: «Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle».

Maurice, où le taux de mortalité maternelle aurait été maintenu à un niveau très bas - 36 décès pour 100 000 naissances vivantes - aurait déjà atteint cette cible; il en va de même pour les Seychelles, où le nombre moyen de décès maternels enregistrés pour la période allant de 2000 à 2007 n'était que de 1.

Pour le Kenya et Madagascar, cette cible sera très probablement atteinte, grâce à l'application d'une feuille de route axée sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile et qui a bénéficié d'un financement accru de la part des donateurs.

Le Burundi, le Maroc, le Mozambique, Sao Tomé-et-Principe, la Sierra Leone et la Tunisie ont fait savoir que cette cible serait probablement atteinte grâce aux améliorations apportées à la prestation des services de santé maternelle, et notamment au relèvement du taux d'utilisation des méthodes de contraception. Au Mozambique, le taux de mortalité maternelle a baissé, passant de 408 à 340 pour 100 000 naissances vivantes entre 2003 et 2008.

Pour des pays comme la Gambie, la Guinée, le Lesotho, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, le Swaziland, la Tanzanie et le Zimbabwe, la réalisation de cet objectif est considérée comme improbable en raison de la persistance de taux de mortalité maternelle élevés. Dans certains pays comme la Tanzanie, ce taux a en fait augmenté, passant de 529 en 1996 à 578 en 2004-2005. Les informations dont on dispose pour la République démocratique du Congo indiquent que le taux de mortalité maternelle a plus que doublé, passant de 648 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1988 à 1 355 en 2003. En Ouganda, malgré un taux de mortalité maternelle ayant baissé de 523 à 435 entre 1990 et 2006, on estime peu probable que la cible soit atteinte en raison de l'insuffisance des ressources qui seraient nécessaires pour renforcer les systèmes de prestation de soins médicaux et de la prévalence d'un taux élevé de malnutrition maternelle.

Cible 5.B de l'OMD 5: «Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015».

Madagascar, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles ont fait savoir qu'ils atteindraient très probablement la deuxième cible de l'OMD 5 (« Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 »), car ils mettent en œuvre des programmes centrés sur la multiplication du nombre de services de santé en matière de procréation. Aux Seychelles, ceux-ci font déjà partie de l'arsenal des services de santé gratuits fournis à la population; en outre, certains centres de soins offrent des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale ainsi qu'un grand choix d'autres services destinés à améliorer le bien-être des femmes.

Des pays comme le Burundi, la Guinée, le Kenya, le Lesotho, le Maroc, Maurice, le Niger ou la Sierra Leone ont fait savoir que la cible serait probablement atteinte, grâce à la mise en œuvre de programmes visant à améliorer l'accès à l'information et aux services en matière de santé de la procréation. Au Burundi et aux Comores, ces services sont d'ores et déjà gratuits pour les utilisateurs et la quasi-totalité des accouchements se font en présence de personnel de santé qualifié. De même, on s'efforce d'étendre la portée des services obstétricaux, qu'ils soient de base ou plus sophistiqués.

Pour d'autres pays, notamment la Guinée, l'Ouganda, la République centrafricaine, le Swaziland ou la Tanzanie, la probabilité d'atteindre la cible est jugée faible même si plusieurs programmes sont actuellement en cours d'exécution. Au Swaziland et en République démocratique du Congo par exemple, la prévalence de taux de pauvreté et de chômage élevés, aggravés par les barrières culturelles, ne permet pas à la population d'adopter des comportements appropriés en matière de soins de santé, d'où le peu de chances d'atteindre la cible 2. Eu égard à ces facteurs et à d'autres, les rapports de l'Ouganda et de la Tanzanie soulignent en particulier que le pourcentage d'accouchements effectués en présence de personnel qualifié est inférieur à 50 %. La République démocratique du Congo cite aussi expressément les effets du conflit armé, qui ont rendu difficile l'extension de services aux zones touchées par le conflit.

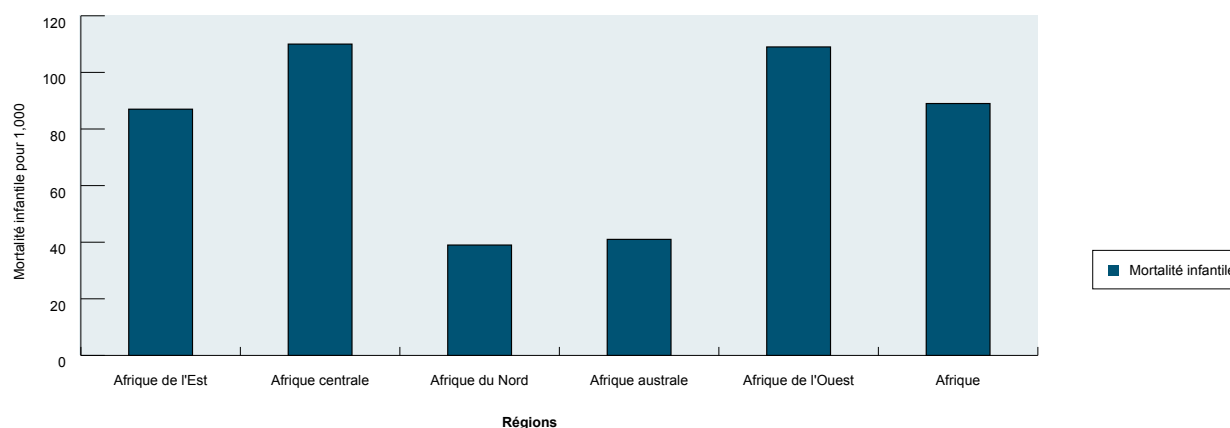
Des pays tels que le Soudan ou le Zimbabwe ont estimé qu'il était très peu probable qu'ils atteignent la cible en raison du manque de ressources et de l'absence d'un système de santé approprié.

5.5 Mortalité juvénile

Il est tenu compte de deux indicateurs de la mortalité juvénile qui sont aussi des indicateurs de l'OMD 4: le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans. Les rapports nationaux montrent des cas de figure variables au regard de ces deux mesures: des pays au taux de mortalité élevé mais qui diminue progressivement; des pays ayant connu une mortalité juvénile élevée au début mais en baisse, avant de traverser une période marquée par la hausse de la mortalité due en grande partie au sida; enfin, des pays dont la mortalité juvénile est relativement faible et en diminution constante.

Sur la base des estimations et des projections les plus récentes (FNUAP, 2007. Nations Unies, 2008), les figures 5.3, 5.4 et 5.5 résument les schémas de mortalité juvénile qui se dégagent au niveau régional en Afrique. Les tendances régionales montrent que l'Afrique du Nord et l'Afrique australe enregistrent les taux de mortalité infantile les plus faibles tandis qu'ils dépassent 80 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique de l'Est et 100 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest et centrale (voir la figure 5.3).

Figure 5.1 Taux de mortalité infantile en Afrique et dans ses sous-régions (2007)



Source: FNUAP, L'état de la population mondiale 2007

En termes d'évolution dans le temps, l'Afrique du Nord enregistre des taux faibles, et en déclin constant depuis 1990, de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Bien qu'élevés, les taux de l'Afrique de l'Est confirment l'évolution du continent, qui connaît un déclin progressif de la mortalité juvénile. L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe ont toutes deux connu des fluctuations de la mortalité juvénile similaires à celles décrites ci-dessus bien que les niveaux d'ensemble de la sous-région occidentale soient supérieurs à ceux de la sous-région australe (voir les figures 5.4 et 5.5).

Figure 5.2 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour l'Afrique et les régions (2008)

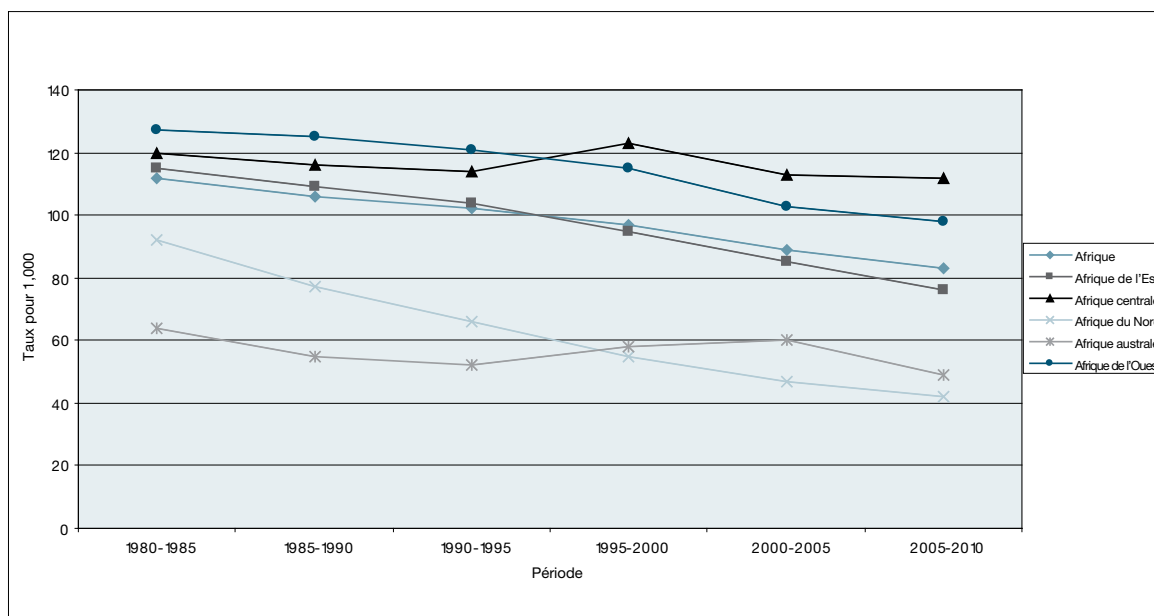
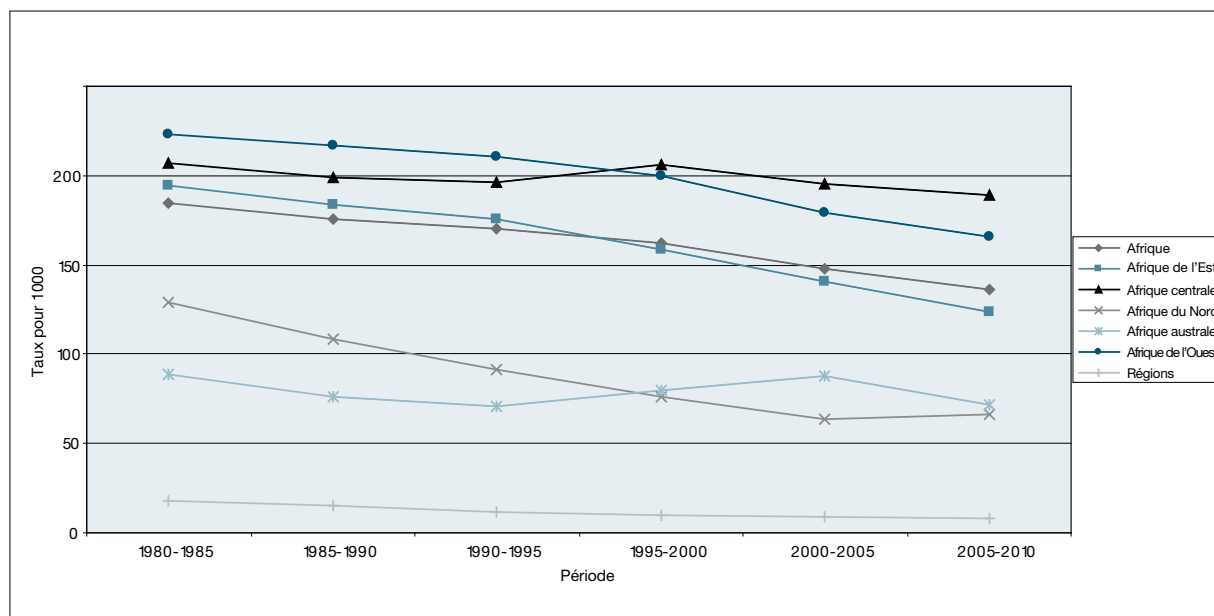


Figure 5.3 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour l'Afrique et les régions (2008)



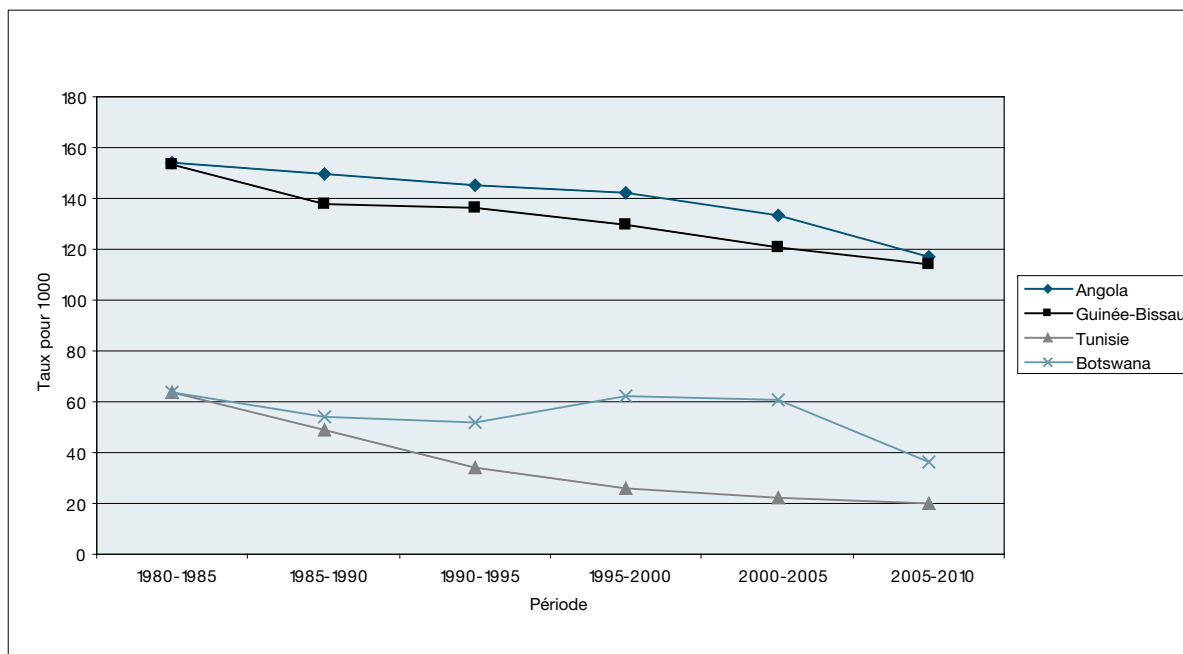
Source: Nations Unies 2009, Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008

Certains pays à forte mortalité juvénile connaissent pourtant une baisse constante du taux. Ainsi la mortalité infantile en Éthiopie est-elle passée de 97 ‰ en 2000 à 77 ‰ en 2005; il en va de même pour le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, passé dans le même temps de 166 ‰ à 123 ‰. Le taux de mortalité infantile du Malawi a diminué de 104 à 76 pour 1 000 naissances vivantes entre 2000 et 2004. En Tanzanie, la mortalité infantile est passée de 99,1 en 1999 à 68,0 en 2004-2005 alors que la mortalité des enfants de moins de cinq ans reculait dans le même temps de 147 à 112. Au Nigéria, le taux de mortalité infantile s'établissait à 93,93 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008, tandis qu'au Bénin, il baissait pour s'établir à 67 pour 1 000 naissances vivantes en 2006.

On estime que la mortalité infanto-juvénile en Afrique du Sud aurait diminué jusqu'au début des années 90 avant de commencer à augmenter. Entre 1983 et 1987, on estimait le taux de mortalité infantile à 50,7 pour 1 000 naissances vivantes, chiffre qui avait baissé pour s'établir à 39,2 pendant la période 1988-1992, avant de remonter à 45,4 entre 1993 et 1998. La probabilité qu'un enfant meure avant cinq ans affiche une tendance analogue. Ces estimations sont cohérentes par rapport à la forte prévalence du VIH qui a été observée chez les patientes des consultations prénatales. La même tendance à la hausse a été observée pour la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 2001 et 2004.

La mortalité infantile a augmenté, passant de 28,8 à 38,1 pour 1 000 naissances vivantes entre 2001 et 2004; il en va de même pour le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans, passé de 39,6 en 2001 à 52,8 en 2004. Au Burundi aussi, le taux de mortalité infantile est passé de 94 ‰ en 1999 à 101,5 ‰ en 2004 avant de retomber à 97,5 ‰ en 2007. Bien qu'assez élevé, le taux de mortalité infantile de la République démocratique du Congo a régressé, passant de 126 à 98 pour 1 000 naissances vivantes entre 2001 et 2007. Au Lesotho également, ce taux serait remonté, passant de 81 à 91 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 2001 et 2004 à cause des incidences du VIH/sida. Le Soudan a aussi connu une hausse de la mortalité juvénile; son taux de mortalité infantile est passé de 68 ‰ en 1999 à 81 ‰ en 2007 tandis que le taux de mortalité des moins de cinq ans passait de 104 ‰ à 112 ‰ au cours de la même période. Il en va de même pour le Sénégal, où la mortalité infantile a fluctué, passant de 70 en 1999 à 79,4 en 2004 et à 75,9 ‰ en 2007.

Figure 5.4 Taux de mortalité infantile de certains pays africains (2008)

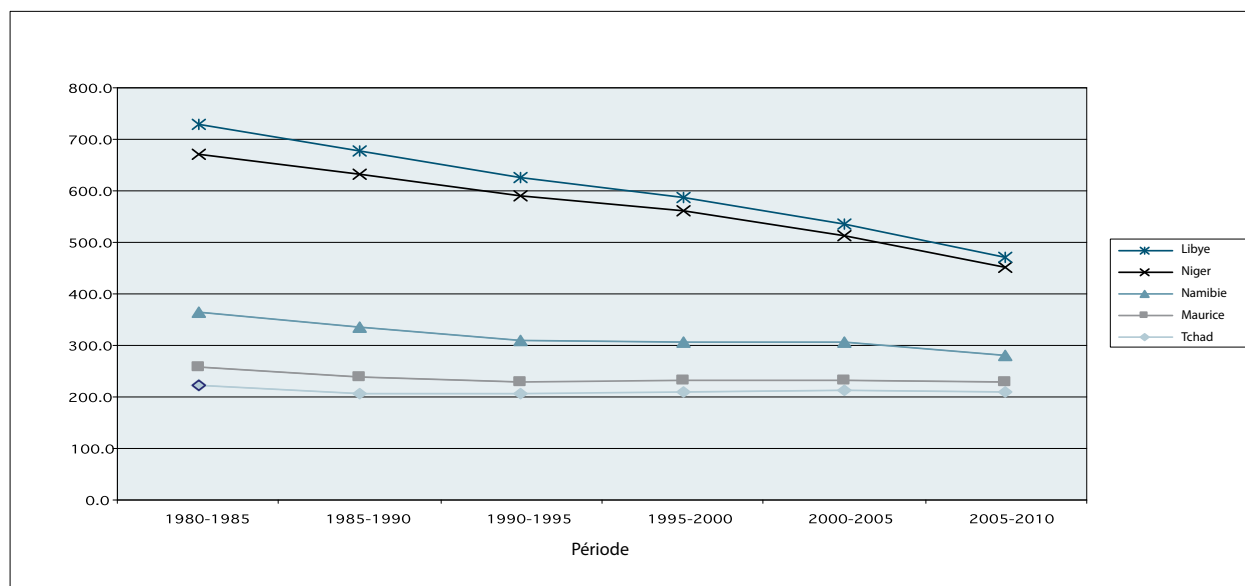


Source: Nations Unies 2009, Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008

Le Ghana a lui aussi connu des fluctuations du taux de mortalité juvénile, passé de 56,7‰ en 1999 à 64‰ en 2004 avant de retomber à 62,2‰ en 2007. La mortalité des moins de cinq ans a suivi la même évolution, passant de 107,6‰ en 1999 à 110 en 2004 avant de retomber à 97‰ en 2007.

Maurice a connu une baisse constante de la mortalité infantile, passée de 60,1 pour 1 000 naissances vivantes en 1962 à son niveau le plus bas (15,3 pour 1 000 naissances vivantes) en 2007. De même, certains pays à faible mortalité comme l'Égypte et le Maroc, par exemple, ont connu un recul continu de la mortalité juvénile. La mortalité infantile a diminué dans ces deux pays, où elle est passée, respectivement, de 48 ‰ en 1998 à 33 ‰ en 2005 et de 57 ‰ en 1991 à 42,8 ‰ en 2004. Quant aux Seychelles, le taux de mortalité infantile y a régressé de façon spectaculaire, pour s'établir à 10,6 ‰ en 2007.

Figure 5.5 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de certains pays africains, 2008



Source: Nations Unies 2009, Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008

On estime très probable que des pays comme le Burundi, le Kenya, Maurice, le Niger et les Seychelles atteignent l'OMD 4 (Réduire la mortalité infantile), vu les résultats positifs obtenus dans la mise en œuvre de programmes qui offrent des services médicaux gratuits aux enfants âgés de moins de cinq ans. Dans le cas des Seychelles et de Maurice, la mortalité juvénile, qui aurait déjà été très faible, avoisine actuellement un taux de un pour cent (Seychelles).

Le Bénin, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Swaziland et la Tanzanie devraient atteindre cet objectif grâce à la mise en œuvre réussie de programmes de santé infantile, notamment l'extension de la couverture vaccinale qui a conduit à réduire le taux de mortalité juvénile dans ces pays. En Guinée, par exemple, la mortalité infantile a reculé, passant de 98 ‰ en 1999 à 91 ‰ en 2005. Au Sénégal, le pourcentage de naissances en prévision desquelles les mères ont passé au moins quatre visites prénatales a plus que doublé, passant de 17 % en 1997 à 40 % en 2005. Le pourcentage d'accouchements ayant eu lieu dans un centre de santé a également augmenté entre 1997 (48 %) et 2005 (62 %). Au Swaziland, l'intensification des efforts de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) a permis de diminuer de beaucoup les taux de mortalité infantile.

Dans des pays comme le Soudan ou le Zimbabwe où, en raison de la rareté des ressources et de la mauvaise qualité des installations, la situation va en fait en s'aggravant, il est peu probable que cet objectif soit atteint.

Cible 4.A de l'OMD 4: «Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans».

La possibilité d'atteindre la cible 1 de l'OMD 4 («Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans») a été jugée très probable pour le Burundi, le Kenya, Madagascar, le Maroc, Maurice, le Niger, les Seychelles et la Tunisie, en raison des résultats déjà obtenus dans ce domaine. Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont déjà été considérablement réduits à Maurice et aux Seychelles, où le taux de couverture vaccinale peut atteindre 95 %. Au Burundi, au Kenya, à Madagascar, au Maroc, au Niger et en Tunisie, des programmes de santé améliorés, notamment des documents d'orientation visant à réduire la mortalité maternelle et infantile, ont été mis en place pour apporter des services de qualité aux enfants âgés de moins de cinq ans. Ainsi la Tunisie a-t-elle signalé que le taux de mortalité au sein de cette catégorie avait diminué, pour passer de 37,7 % en 1990 à 18,4 % en 2008, ce qui fait qu'elle atteindra très probablement la cible.

D'autres pays (notamment les Comores, la Gambie, la Guinée, le Mozambique, l'Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, la Sierra Leone, le Swaziland et la Tanzanie) ont fait savoir que la cible serait probablement atteinte grâce à la baisse des taux de mortalité des moins de cinq ans. Au Mozambique, ce taux a diminué, passant de 219 ‰ en 1999 à 178 ‰ en 2004, et a continué à baisser pour s'établir à 140 ‰ en 2007. Au Swaziland, l'augmentation du pourcentage de services sanitaires offrant des services de PTME, passé de 10 % en 2004 à 71 % en 2006, ne pourra que contribuer à réduire la mortalité infantile dans le pays. Les Comores ont également réussi à réduire la mortalité des moins de cinq ans, la faisant passer de 104 à 74 pour 1 000 naissances vivantes entre 1996 et 2000.

En République centrafricaine, au Soudan et au Zimbabwe, il est peu probable que la cible soit atteinte en raison de la dégradation des services de santé et du manque de ressources. Au Soudan, par exemple, seulement 5 % du budget national est alloué au secteur de la santé, et la plus grande partie de cette dotation budgétaire va à des services de médecine curative. En République démocratique du Congo, la situation a de fait empiré, le taux de mortalité infantile ayant augmenté de 97 ‰ en 1995 à 106 ‰ en 2006.

5.6 Autres questions relatives à la santé en matière de procréation

Certains pays comme l'Éthiopie, le Malawi, Maurice et le Soudan se préoccupent d'autres questions relatives à la santé en matière de procréation, notamment des cancers des organes reproducteurs, des problèmes gériatriques et des problèmes en matière de santé de la procréation liés à la ménopause et à l'andropause, tels que les fistules vésico-vaginales et la stérilité. La plupart des pays s'acheminent vers la prestation de services à des groupes spécifiques, tels que les hommes, les jeunes et les handicapés.

Pour traiter ces questions, un assez grand nombre de pays a déclaré avoir inclus les questions de santé en matière de procréation dans les stratégies en place au niveau national, parmi lesquelles la Stratégie nationale de la santé en matière de procréation, la Stratégie nationale de santé et la Stratégie nationale de développement.

Dans 38 pays sur les 40 qui ont répondu, l'information et les services en matière de santé de la procréation étaient mis à la disposition de tous les individus en ayant besoin, alors que la grossesse et l'utilisation de méthodes de planification familiale ressortaient de choix personnels, conformément à la législation nationale.

5.7 Politiques, stratégies et cadres

Les rapports nationaux ont indiqué qu'au moins 34 pays avaient intégré les questions de santé maternelle et génésique dans des stratégies existantes, notamment les stratégies nationales de développement ou de réduction de la pauvreté, la stratégie sectorielle en matière de santé et les stratégies nationales en matière de santé de la procréation.

À titre d'exemple, le Système national de santé (2004-2009) de l'Afrique du Sud et la Stratégie nationale en matière de santé de la procréation du Soudan (2007-2011) ont été adoptés afin d'accélérer le rythme des mesures prises pour atteindre les cibles et les objectifs nationaux et internationaux.

Dans le cadre de son programme actuel de développement (2007-2012), le Gouvernement namibien vise à offrir à tous des services de santé de qualité et abordables, en faisant d'un meilleur accès aux soins et aux installations sanitaires une priorité dans les régions jusque-là mal desservies et en allouant davantage de ressources aux populations pauvres vivant dans les zones rurales et urbaines.

La plupart des pays ont pris des mesures ambitieuses pour intégrer les questions de population dans les politiques et les plans déjà mis en place. Le Plan d'action d'élimination de la pauvreté (PEAP) de l'Ouganda et le DSRP du Nigéria ont tous deux incorporé les priorités en matière de santé de la procréation, qui consistent essentiellement à étendre l'accès aux soins obstétriques d'urgence et à fournir des services de planification familiale, de soins prénatals et de santé de la procréation des adolescents. À Maurice et aux Seychelles, les services de santé de la procréation et de santé maternelle et infantile font partie des services généraux de santé et servent à garantir à tout un chacun l'accès aux services de soins de santé en fonction de ses besoins et non de sa capacité de paiement. En Éthiopie, un programme de mobilisation sanitaire est mis en œuvre pour renforcer le lien entre les communautés et des services de santé de haut niveau.

Le Lesotho, la Namibie et l'Ouganda ont modifié leurs politiques nationale de population pour tenir expressément compte des questions de santé de la procréation qui se font jour (voir le tableau 5.4). Par ailleurs, la plupart des pays ont mis en place des politiques, des lignes directrices et des protocoles spécifiques régissant la prestation des services de santé de la procréation: il s'agit entre autres de la Politique de santé de la procréation des adolescents (2006) au Lesotho et d'une Politique nationale en matière de santé de la procréation en Sierra Leone qui a ouvert la voie à la création, en 2007, d'une Direction de la santé procréative et infantile au sein du Ministère de la santé, ou encore de la Politique nationale de santé en matière de procréation (2007) et du Plan stratégique qui lui est associé, de la Stratégie nationale de santé en matière de sexualité et de procréation ainsi que du Plan d'action (2009-2015) de Maurice, qui privilégie l'inclusion des IST et du VIH/sida dans les services de santé de la procréation.

En général, les composantes des programmes de santé de la procréation (Commission pour l'égalité des chances, accouchements en présence de personnel qualifié, accès à la planification familiale, planification familiale pour les jeunes, préparation à la vie familiale dans les écoles et réduction des pratiques délétères, par exemple) figurent plus souvent dans des plans sectoriels que dans des stratégies nationales globales de développement.

Des documents d'orientation nationaux ont été élaborés dans le cadre d'une stratégie axée en priorité sur la mortalité maternelle et celle du nouveau-né. Dans leur rapport national, le Lesotho, le Malawi et la Namibie ont signalé avoir adopté de tels documents. Le Mozambique, le Nigéria et la République démocratique du Congo ont mentionné l'existence d'autres plans d'ensemble.

En Tanzanie, plusieurs textes de loi ont été adoptés en faveur des soins de santé à la mère et au nouveau-né, des produits de santé en matière de procréation (chapitres 152, 151, 219, 311), de la santé juvénile (chapitres 13, 180), du traitement des complications résultant d'avortements, de l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes, notamment de celles concernant les mutilations génitales féminines (chapitre 325), et des IST (chapitre 96 de la loi intitulée *Infectious Diseases Act*) (loi sur les maladies infectieuses).

S'il a été préconisé récemment d'accorder une plus grande attention à ces questions, la plupart des pays estiment ne pas avoir suffisamment de ressources humaines à consacrer à la santé en matière de procréation. Par ailleurs, la plupart se rendent compte de l'utilité de se doter d'une politique, d'une stratégie et/ou d'un programme explicites en matière de santé de la procréation et jugent qu'il vaut la peine de les inclure dans des ensembles de services de base.

Au Lesotho, la loi intitulée *Sexual Offence Act de 2002* (loi sur les infractions à caractère sexuel) et celle intitulée *Married Persons Equality Act de 2006* (loi sur l'égalité des personnes mariées) ont été votées afin de créer des conditions favorables à l'amélioration de la prestation de services de santé en matière de procréation. Au Bénin, la loi n° 2003-04 a été votée pour légiférer sur certaines questions préoccupantes en matière de santé de la procréation. La loi n° 2002-07 d'août 2004 régit en outre le droit de succession de chaque enfant.

S'agissant de la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation, la plupart des pays signalent avoir mis en place des stratégies à cet effet. Le Bénin, le Lesotho, le Nigéria, la Sierra Leone et la Tanzanie ont élaboré et adopté un plan dans ce domaine et instauré un système national de planification de la distribution de médicaments soutenu par les gouvernements et les donateurs et qui fournit des services de prévision, d'achat et de distribution des médicaments et des fournitures nécessaires dans le domaine de la santé de la procréation.

Le Programme mondial visant à renforcer la sécurité de l'approvisionnement en produits de santé procréative est appliqué dans de nombreux pays d'Afrique. L'Éthiopie et le Mozambique ont veillé à ce qu'il n'y ait pas de rupture de stock de produits contraceptifs en 2008. Plus de 95% de la population de Sao Tomé-et-Principe se trouve à moins d'une demi-heure de marche d'un centre offrant des services de santé génésique et aucun centre n'aurait connu de rupture de stock de produits de santé procréative depuis 1995.

Dans chaque pays, l'allaitement est encouragé de plusieurs façons. Le Nigéria a ainsi adopté une politique en faveur de l'allaitement en 1999 pour soutenir la santé maternelle, infantile et juvénile. En Afrique du Sud, la politique d'accès universel aux soins de santé primaires, instaurée en 1994, a permis la mise en place de programmes de prestation de soins de santé efficaces qui ont eu un effet considérable sur la population. Il y a eu une augmentation tangible de l'accès des femmes aux services de soins de santé en matière de procréation dans le pays.

5.8 Services de santé de la procréation destinés aux adolescents

Sur les 923 millions d'habitants qui forment la population totale de l'Afrique (2005), 480,5 millions, soit environ 52,1 %, ont moins de 20 ans. Les 10 à 19 ans, représentent quelque 20,7 % du total de la population. Dans l'ensemble, les jeunes Africains continuent d'être vulnérables, qu'il s'agisse de grossesses chez les adolescentes, d'avortements à risques, du VIH/sida ou d'infections sexuellement transmises. Le chapitre 4 du présent rapport (Les enfants et les jeunes) a déjà abondamment traité des questions relevant de la santé génésique chez les adolescents en Afrique. Parmi les stratégies adoptées par les pays africains pour résoudre les problèmes qui lui sont associés, citons l'accès à des services de santé de la reproduction adaptés aux besoins des utilisateurs, l'adjonction de compétences en matière de santé de la procréation et de planification des naissances à l'éducation formelle et à la formation dispensées à la jeunesse, ainsi que la prévention du VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents.

Parmi les mesures prises par certains pays pour traiter les questions de santé en matière de procréation des adolescents figurent notamment l'élaboration d'une Politique en matière de santé de la procréation des adolescents (2007) en Éthiopie et l'utilisation de brigades mobiles pour fournir aux jeunes des services en matière de sexualité et de santé de la procréation («Geração BIZ») au Mozambique.

En Tanzanie, des services spécifiques de santé de la procréation adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes sont fournis dans le cadre de la politique nationale de la population (2006). Au Malawi, des normes et des instruments de suivi des services de santé adaptés aux jeunes sont mis en place pour les faire bénéficier de services de santé en matière de procréation adaptés. En Namibie, la première politique nationale de la jeunesse a été adoptée en 1993 et revue depuis. Les politiques de la jeunesse ont pour objectif notamment de rendre les jeunes des deux sexes autonomes et de leur offrir une éducation qui leur permette de devenir des citoyens responsables. Les domaines stratégiques recensés comme pouvant donner lieu à des interventions dans le cadre de programmes sont l'éducation, la santé (notamment en matière de procréation), la création d'emplois et la participation à la vie économique. Certains pays ont également pris des mesures pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes «difficiles à atteindre». Des interventions particulières de ce type visent entre autres les très jeunes filles (10 à 13 ans), les adolescentes mariées et les jeunes des zones urbaines et rurales.

5.9 Participation des hommes

Les hommes étant des intermédiaires incontournables pour faire en sorte que la population fasse davantage appel aux services de santé de la procréation en Afrique, leurs besoins et leur participation au processus sont absolument décisifs pour obtenir des résultats, en particulier au niveau des communautés. C'est pour cette raison que la plupart des pays s'efforcent de faire participer les hommes à la prestation de tels services.

Parmi les mesures concrètes citées dans les rapports nationaux figurent la mise sur pied, à l'Association pour la planification familiale du Lesotho, de consultations réservées aux hommes, qui leur proposent des services de santé en matière de procréation (dont la circoncision) et qui sont fréquentées par un assez

grand nombre d'entre eux. Comme l'explique en détail l'encadré 5.2, au Lesotho, les groupes de soutien masculins contribuent beaucoup à augmenter la fréquentation des centres de soins prénatals et à sensibiliser les communautés à des questions comme la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Au Nigéria et dans d'autres pays, des initiatives sont menées pour, entre autres, sensibiliser la population à l'importance de la participation des hommes à la prestation de services de santé en matière de procréation.

5.10 Besoins de groupes spécifiques en matière de santé de la procréation

Depuis 2004, certains gouvernements africains mettent en œuvre des stratégies destinées à répondre aux besoins spécifiques en matière de santé de la procréation de groupes vulnérables de la population tels que les handicapés, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les migrants, les personnes vivant avec le VIH, les personnes vivant dans des zones rurales difficiles d'accès et les pauvres.

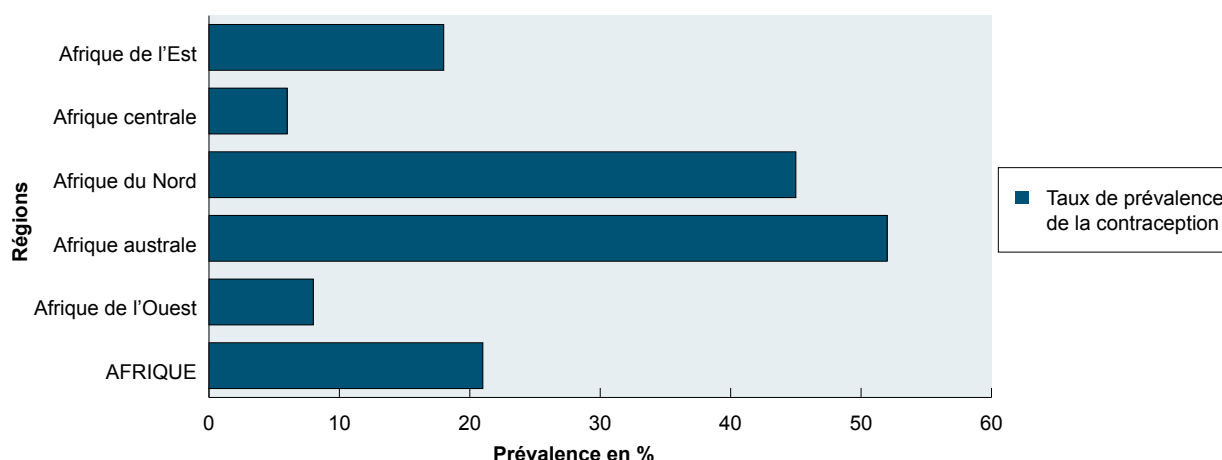
Les mesures qui méritent d'être citées sont notamment l'élaboration de programmes de vulgarisation sanitaire adaptés aux besoins des communautés pastorales d'Éthiopie, qui prévoient la prestation de services de santé mobiles de proximité et la création de nouvelles antennes sanitaires satellites dans ces communautés (voir l'encadré 5.3), tout cela ayant constitué le point de départ de l'offre de services de santé en matière de procréation. Dans le cas de la Tanzanie, des réformes juridiques ont encouragé des partenaires à apporter un soutien aux personnes âgées et aux handicapés en leur facilitant l'accès à des services de santé en matière de sexualité et de procréation.

La Commission nationale pour les réfugiés du Bénin a été créée en 2005 pour répondre aux besoins de ce groupe de population. Cet organe permet de fournir aux réfugiés togolais, principalement basés à Agamè, des services de planification familiale et de santé de la procréation.

5.11 Planification familiale

En ce qui concerne la planification familiale, la CIPD a pour objectif de veiller à ce que le système de soins de santé primaires permette à tout un chacun d'avoir accès à toute une gamme de méthodes contraceptives sûres et fiables d'ici à 2015. Toutefois, dans la plus grande partie de l'Afrique, les taux de prévalence des méthodes modernes de contraception demeurent très faibles, même si la situation s'améliore. Comme le montre la figure 5.8, la prévalence globale de méthodes de contraception modernes est d'environ 20% pour l'Afrique; ce n'est qu'en Afrique australe qu'elle a dépassé 50%; ensuite viennent l'Afrique du Nord, 44%, l'Afrique de l'Est, 17%, alors qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, ce taux restait inférieur à 10% en 2007. Sans l'adoption à grande échelle de méthodes modernes de planification familiale, il sera difficile, voire impossible, d'opérer la transition de la fécondité, élément déterminant pour la réalisation du dividende démographique.

Figure 5.6 Taux de prévalence de méthodes (modernes) de contraception en Afrique et dans les grandes régions (2007)



Source: FNUAP, L'état de la population mondiale 2007

Seuls deux pays ont fait état d'un taux de prévalence contraceptive supérieur à 50 %: l'Égypte (57 % en 2007) et le Maroc (63 % en 2004). La Mauritanie (9,3 % en 2008), le Nigéria (8,9 % en 2003), le Niger (8,3 % en 2007), le Soudan (7,6 % en 2007), le Burundi (7,0 % en 2007), le Bénin (6,2 % en 2006) et la République démocratique du Congo (5,8 % en 2007) ont, quant à eux, indiqué des taux extrêmement faibles.

Les 12 autres pays d'Afrique pour lesquels on dispose d'informations ont signalé des taux de prévalence contraceptive compris entre 10 % et 47 %: la Namibie (47,0 % en 2006), Sao Tomé-et-Principe (47,0 % en 2007), Maurice (40,0 % en 2004), le Malawi (38,4 % en 2006), le Swaziland (36,3 % en 2007), le Kenya (32,0 % en 2003), la Tanzanie (18,0 % en 2008), le Mozambique (17,0 % en 2003), l'Éthiopie (13,9 %), le Ghana (13,6 % en 2006), la Gambie (13,4 % en 2007), le Cameroun (12,0 % en 2007) et le Sénégal (10,3 % en 2004).

En Namibie, 98 % des femmes ont déclaré connaître l'existence de méthodes contraceptives (Enquête démographique et de santé 2006 – 2007) mais seules 66 % d'entre elles utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. Par ailleurs, les besoins de contraception non satisfaits dans le pays auraient diminué pour passer de 5 % en 2000 à 3 % en 2006 – 2007. En 1998, la quasi-totalité des Sud-Africaines connaissaient l'existence de moyens de contraception modernes, la proportion de femmes mariées au courant d'une méthode de contraception moderne étant de 98,0 %. Ce qui est surprenant, en revanche, c'est que les résultats de l'Enquête démographique et de santé de 2003 laissent penser que ce chiffre serait peut-être retombé à 95,7 %. En 1994, on estimait à 60 % la prévalence de moyens de contraception modernes en Afrique du Sud, contre 55 % en 1990. Alors qu'entre 1998 et 2003 l'utilisation de moyens de contraception est restée constante à environ 50 % pour l'ensemble des femmes, chez les femmes mariées, la proportion d'utilisatrices d'une méthode moderne a progressé de 55,1 % à 60,3 % dans le même temps. Comme dans d'autres pays, ces niveaux de prévalence présentent une étroite corrélation avec l'éducation, le lieu de résidence et le statut économique.

Les besoins de contraception non satisfaits chez les Tanzaniennes mariées s'élèvent à 22 %, tandis qu'environ 38 % des femmes en âge de procréer ont besoin de services de planification familiale au Soudan. Il en va de même en Éthiopie où, en 1995, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes mariées était de 14,7 % alors que les besoins de contraception non satisfaits étaient de 34 %. La situation est pire encore en République démocratique du Congo, en République centrafricaine et en Sierra Leone, où les taux de prévalence contraceptive n'étaient que de 4 %, 4,4 % et 6,7 % respectivement. Avec l'augmentation de ce taux en Namibie (il s'établissait à 47 % en 2006), les besoins de contraception insatisfaits auraient diminué pour atteindre 7 % pour la même année. Alors que l'Enquête démographique et de santé de l'Ouganda de 2006 révélait que seule une femme mariée sur quatre utilisait une méthode contraceptive, la prévalence de la contraception aurait augmenté au Maroc, passant de 42 % en 1992 à 63 % en 2004.

Répondre aux besoins de services de planification familiale insatisfaits permettra de réduire considérablement les problèmes de santé de la procréation et d'abaisser le taux de fécondité total dans la plupart des pays. Le Rapport national de l'Ouganda souligne ce fait en indiquant que selon certains rapports, réduire de 50 % les besoins non satisfaits permettrait au pays d'abaisser le taux de fécondité total à quatre enfants par femme, alors que satisfaire la totalité de ces besoins le ferait tomber à 2,9.

Au Nigéria, on note entre autres initiatives allant dans le sens d'une multiplication des services de planification familiale et des possibilités d'y accéder, l'élaboration d'une stratégie quinquennale (2003 - 2007) en matière de sécurité des produits de santé procréative visant à relever le faible taux de prévalence contraceptive. Le Lesotho a pris des mesures pour accorder la gratuité des services de santé et des services de planification familiale même au niveau des centres de soins. Comme dans de nombreux autres pays, des associations locales de distribution de contraceptifs ont été formées à la prestation de services de planification familiale.

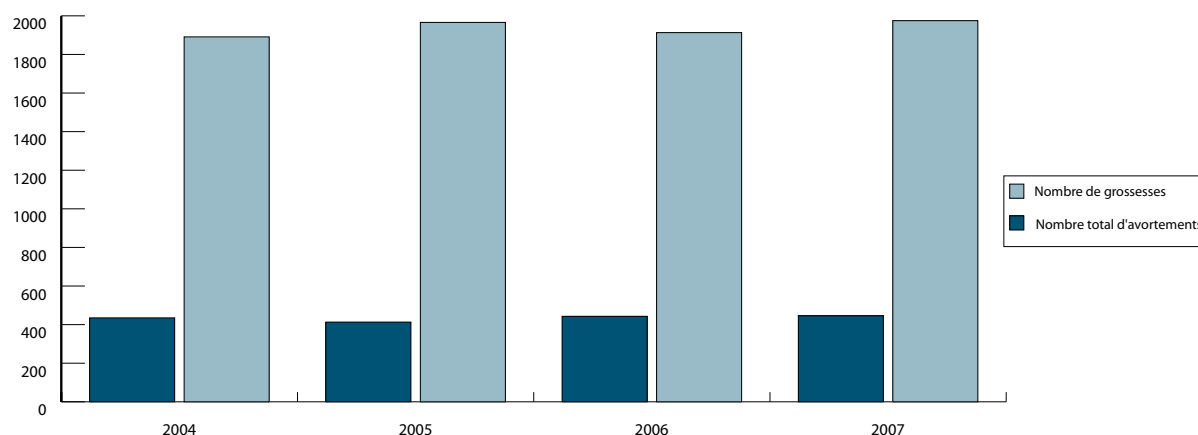
5.12 Avortements

Dans de nombreuses parties du monde, notamment dans les pays développés, l'avortement est un sujet sensible en matière de santé de la procréation. Néanmoins, sa pratique est universelle, qu'elle soit officiellement autorisée ou non. Le Programme d'action de la CIPD a attiré l'attention sur les conséquences pour la santé de la femme des avortements à risques et proposé des mesures permettant de traiter ce problème de santé publique critique (Nations Unies, 1994). Il est noté en outre que les soins nécessaires en cas d'avortement devraient faire partie intégrante des soins de santé primaires et que dans les cas où l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée par la loi, elle devrait être sans risque. Le Rapport de la CIPD+5 de l'ONU a de nouveau demandé que les systèmes de santé, dans les cas où l'avortement est légal, forment des prestataires de services de santé et les dotent des équipements nécessaires et que d'autres mesures soient prises pour faire en sorte que les IVG soient sans risques et que les femmes puissent y avoir accès (Nations Unies, 1999).

L'OMD pertinent en la matière est le 5, «Améliorer la santé maternelle», qui vise à réduire de 75% la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et dont une cible consiste à rendre l'accès à la médecine procréative universel avant la fin du cycle des Objectifs du Millénaire pour le développement. Il a été dit que l'OMD 5 ne pourra être atteint que si l'on parvient à régler la question des avortements à

risque. Selon des rapports de recherche, ceux-ci représentent environ 13 % du nombre de décès dus à des complications de la grossesse et de l'accouchement au niveau mondial, cette proportion étant beaucoup plus importante dans de nombreux pays en développement (OMS 2007). Chaque année dans le monde, quelque 66 500 femmes mourraient d'un avortement à risque. Au niveau mondial, les adolescentes et les femmes de moins de 24 ans représentent presque 46 % des décès imputables à ce phénomène (OMS 2007). Dans de nombreux pays d'Afrique, l'avortement est considéré comme un sujet sensible et les lois associées sont généralement très restrictives, ce qui explique pourquoi le tribut payé en vies humaines est particulièrement lourd en Afrique subsaharienne.

Figure 5.7 Nombre d'avortements par rapport au nombre de grossesses aux Seychelles (2004-2007)



Source: Rapport national des Seychelles sur la CIPD+15

Les Seychelles ont connu une augmentation de 2 % du nombre total d'avortements entre 2004 et 2007. Pendant la même période, le nombre de grossesses a augmenté de 4 %. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse effectuées dans le cadre de la loi intitulée *Termination of Pregnancy Act de 1994* (loi sur l'interruption de grossesse) semble être en recul. Ces quatre dernières années, le nombre d'avortements illégaux a suscité une certaine inquiétude.

En Afrique du Sud, l'enquête nationale confidentielle de 1998 sur les décès maternels a révélé que les avortements provoqués par la femme enceinte elle-même étaient en cause dans 30 % des décès liés à un avortement. Depuis 1997, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse n'a cessé d'augmenter: au total, 216 718 grossesses ont été interrompues pendant les quatre premières années qui ont suivi le vote de la loi, l'incidence de la morbidité grave associée à cette intervention ayant diminué de 7,2 %. La proportion d'interruptions volontaires de grossesse concernant des jeunes femmes de moins de 18 ans a également augmenté, passant de 6,4 % en 1998 à 12,8 % en 2004. Au Sénégal, l'avortement a été responsable de 3,6 % des décès maternels en 2005. La plupart des pays ont aussi élaboré des directives, qu'ils appliquent, concernant la prestation de services de soins après avortement.

5.13 Infections sexuellement transmises (IST)

Selon le Rapport national des Seychelles, 13 % des cas d'IST signalés en 2007 concernaient des jeunes âgés de 15 à 19 ans. Les femmes, notamment celles âgées de 20 à 29 ans (31,6 %), sont toujours le groupe le plus vulnérable face aux IST, l'infection du col de l'utérus étant le plus souvent en cause. Au Lesotho, les IST auraient fait partie des dix causes principales de consultations ambulatoires fréquentes dans les centres de santé en 2006.

Mesures prises contre les IST: au Nigéria, les mesures prises pour lutter contre ce problème de santé de la procréation ont consisté à publier des principes directeurs relatifs à la prise en charge syndromique des IST par les structures de soins de santé primaires. L'Afrique du Sud connaît 11 millions de cas d'IST chaque année. Bien que ce résultat repose sur une distinction entre IST et VIH, les faits épidémiologiques et biologiques observés montrent que les IST sont des co-facteurs de la transmission du VIH; partant, lutter contre ces infections est devenu une priorité pour l'Afrique du Sud et constitue en même temps l'une des principales stratégies de lutte contre le VIH. En 2001, 2,8 % des femmes enceintes en Afrique du Sud qui se présentaient à des centres de santé maternelle publics souffraient de syphilis. Bien qu'inquiétant, ce chiffre tend à diminuer. En effet, la prévalence de la syphilis n'a cessé de reculer au cours des dernières années (de 11,2 % en 1997 à 2,8 % en 2001). Outre leurs conséquences sur la santé, les IST reflètent l'ampleur du phénomène des rapports sexuels non protégés, ce qui pourrait avoir des répercussions sur une éventuelle propagation du VIH dans la société. Parmi les mesures adoptées par la plupart des pays, on citera la prise en charge syndromique des IST par les établissements de soins de santé primaires, conformément aux principes directeurs qui ont été fixés.

5.14 Pratiques traditionnelles néfastes

Dans la plupart des pays, les problèmes que connaissent les femmes, et notamment les jeunes filles, en matière de santé de la procréation trouvent essentiellement leur origine dans des pratiques traditionnelles délétères telles que le mariage précoce, l'enlèvement des femmes, les mutilations génitales féminines, la coercition sexuelle et le viol.

Le Rapport national de l'Éthiopie montre que les problèmes de santé des femmes en matière de procréation, notamment ceux des jeunes, peuvent être liés à certaines pratiques traditionnelles néfastes, telles que le mariage précoce, l'enlèvement des femmes, les mutilations génitales féminines, les inégalités entre les femmes et les hommes, la coercition sexuelle, le viol et les privations, en particulier le manque d'accès facile à des services en matière de santé sexuelle et de procréation adaptées aux besoins. Dans ce pays, les jeunes filles souffrent deux fois plus de fistules obstétricales que les autres femmes en âge de procréer. Au Soudan, le mariage précoce est aussi une pratique habituelle, notamment dans les zones rurales où 12 % des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans et 27 % avant l'âge de 18 ans.

Bien que la plupart des pays aient déclaré avoir sensibilisé leur population, certains ayant adopté des mesures consistant notamment à légiférer au sujet des mutilations féminines, voire à les proscrire (Nigéria et Tanzanie), d'autres élaborant une stratégie nationale de lutte contre les mutilations génitales féminines (Soudan), ces pratiques demeurent toutefois en vigueur. Des lois spécifiques ont été votées pour traiter du VIH/sida. D'autres lois contre les mutilations génitales féminines (loi n° 2005-31) ont également été promulguées au Sénégal en 1999.

5.15 Cancers des organes reproducteurs

Des pays ont indiqué que les cancers des organes reproducteurs faisaient partie des préoccupations sanitaires auxquelles il faut résolument s'attaquer. En Éthiopie, par exemple, des études révèlent que le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès par cancer chez les femmes (NRHS, 2006). On peut en dire autant d'autres pays, et notamment du Lesotho, où c'est chez les femmes âgées de 40 à 49 ans que cette forme de cancer est la plus répandue.

Les cancers de tout type sont la deuxième cause de décès aux Seychelles et constituent un sujet de préoccupation de premier plan pour le Ministère de la santé et du développement social. Les cancers des poumons, de la bouche et du pharynx sont les principales causes de décès chez les hommes, tandis que les cancers du sein, du col de l'utérus, de l'utérus et des ovaires sont les plus répandus chez les femmes. Alors que l'incidence du cancer du col de l'utérus semble maintenant avoir été stabilisée (grâce aux programmes de dépistage), l'incidence du cancer du sein est en augmentation, étant passé de 10 cas en 2004 à 26 en 2007. Le nombre moyen de frottis vaginaux effectués dans l'ensemble des centres est compris entre 500 et 520 par mois. Aux Seychelles, l'incidence du cancer du col de l'utérus se serait stabilisée, grâce à la possibilité de bénéficier de services de dépistage dans tous les centres de soins de santé primaire.

5.16 Mise en œuvre de politiques à l'échelle du continent

La plupart des pays ont indiqué qu'ils avaient réexaminé les politiques et législations, et conçu des plans et programmes tenant compte des recommandations contenues dans les politiques sur la santé en matière de sexualité et de procréation adoptées au niveau du continent, notamment la Stratégie africaine pour la santé et le Plan d'action de Maputo. Vingt-huit pays ont formulé des plans et des programmes allant dans ce sens. Vingt-sept pays se sont lancés dans des actions de sensibilisation alors que 22 sont parvenus à des consensus et ont créé des partenariats afin d'adapter la Stratégie africaine pour la santé 2007-2015.

La Tanzanie a expressément indiqué que de nouvelles lois et la révision de lois existantes, telles que les lois intitulées *Medical Practitioners and Dentists Act* (loi sur les médecins praticiens et les dentistes) (chapitre 152), *Nurses and Midwives Registration Act* (loi sur l'enregistrement des infirmières et sages-femmes) (chapitre 325) et *Sexual Offences Special Provision Act* (loi portant répression des infractions sexuelles) (chapitre 101), avaient été promulguées conformément à certaines directives continentales et à d'autres de portée internationale. D'autres pays ont déclaré avoir pris des mesures semblables.

5.17 Problèmes et perspectives

Quinze ans d'expérience de mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD en Afrique ont conduit à soumettre certains problèmes aux gouvernements et à leur offrir des perspectives qui pourraient, si on prend soin de les examiner avec attention, contribuer énormément à ce que le Programme d'action connaisse davantage de succès pendant le reste de son cycle.

Problèmes:

- a. Malgré les engagements forts pris au niveau continental et national, il y a un décalage entre

- les politiques adoptées et les mesures prises, ce qui laisse souvent un fossé à combler;
- b. Les valeurs sociales et culturelles discriminatoires qui empêchent les femmes et les hommes d'avoir accès à des services de santé en matière de sexualité et de procréation devraient être remises en question si l'on veut réaliser des progrès significatifs dans les années à venir.

Perspectives:

- a. Un certain niveau de sensibilisation a déjà été atteint grâce à l'éducation de base et aux politiques mises en œuvre au sein des pays. Ceux-ci pourraient mettre cet acquis à profit en fournissant, notamment aux populations mal desservies, les infrastructures et les services en matière de santé de la procréation nécessaires;
- b. L'engagement de l'Union africaine et des organes régionaux intergouvernementaux devrait servir à faire avancer les grandes questions en matière de santé génésique;
- c. Le soutien apporté à la lutte contre le VIH dans la région peut être l'occasion de renforcer les systèmes de santé, y compris en matière de santé génésique;
- d. Les modalités de réduction de la dette pourraient être l'occasion pour les pays de renforcer les programmes de santé en matière de sexualité et de procréation;
- e. L'engagement et la participation des communautés représentent une chance pour les programmes de santé en matière de procréation. Le fait de travailler avec un plus grand nombre de parties prenantes que d'habitude aiderait à sensibiliser les populations et à mettre en œuvre des programmes de santé en matière de sexualité et de procréation;
- f. Les conditions sont plus favorables à la santé en matière de procréation qu'il y a 15 ans;
- g. Il y a davantage de financements disponibles pour des soins de santé novateurs. L'Afrique du Sud, le Kenya, Maurice et la Namibie sont en train d'adopter la gratuité des soins de santé pour tous et l'Éthiopie dispose de services de vulgarisation gratuits;
- h. L'augmentation de l'aide accordée par les donateurs, associée à la Déclaration de Paris (qui vise à garantir la coordination et l'harmonisation des ressources destinées à la lutte contre le VIH), ont également, d'une certaine manière, aplani les difficultés pour les services de santé en matière de procréation.

Dans l'ensemble, les pays ont déclaré avoir fait des progrès considérables dans le secteur de la santé: citons à cet égard l'élargissement des services de santé de la reproduction au niveau communautaire, la mise en place dans la quasi-totalité des pays d'un large éventail de politiques, de législations, de stratégies, de documents d'orientation et d'instruments en rapport avec la santé de la procréation; la généralisation de la prestation de services de soins obstétricaux de base et d'urgence; la formation de personnel qualifié, notamment de sages-femmes, destiné à apporter leur assistance lors des accouchements; enfin, dans certains pays, la réduction des taux de mortalité maternelle, juvénile et infantile.

Enseignements tirés

- a. Une plus grande attention a été accordée aux jeunes;
- b. Les ressources humaines ont connu, comme en Tanzanie, une redistribution des tâches afin d'assurer la survie des mères;
- c. Les engagements pris à un haut niveau dans les pays se sont traduits par des engagements financiers en faveur de la santé en matière de procréation comme au Rwanda, par exemple;

- d. L'attention a été accordée aux questions de violence sexiste, comme en témoigne le travail fait en Éthiopie sur les mutilations génitales féminines et les fistules;
- e. La participation des communautés aux questions de santé en matière de procréation a augmenté dans certains pays;
- f. La participation de parlementaires et la création de partenariats avec eux a permis d'étoffer les programmes de santé en matière de procréation; ainsi, par exemple, il y a un réseau parlementaire sur la population et le développement au Bénin, en Ouganda et au Sénégal;
- g. Le fait que l'on se soit focalisé sur le VIH a en partie détourné l'attention portée à la santé en matière de sexualité et de procréation, ce qui nécessite de repositionner ce secteur et de lui accorder davantage d'attention;
- h. Le recours aux accoucheuses traditionnelles a été l'objet d'un débat plus nourri.

Principales contraintes

Malgré les succès relatés, la plupart des pays sont toujours aux prises avec certains des problèmes ci-après, qui s'opposent aux objectifs à atteindre en matière de droits et de santé de la procréation. Citons à cet égard:

- a. La faiblesse des systèmes d'information pour la gestion sanitaire et le manque de données, qui ont des répercussions négatives sur l'exécution des programmes;
- b. L'impossibilité de bien prendre en compte la comparaison analytique des questions abordées à cause de la mauvaise qualité des données;
- c. La pénurie de ressources humaines et de capacités techniques, l'insuffisance des budgets affectés à la santé en matière de procréation, l'engagement limité des communautés, la faiblesse des systèmes de santé et l'absence de passerelles entre la santé en matière de procréation et d'autres questions sanitaires telles que le VIH;
- d. Les pays en conflit ont plus de mal à fournir des services de santé en matière de procréation à la population;
- e. La conditionnalité et le caractère lié de l'aide ont des répercussions sur la coordination;
- f. Les produits de santé en matière de procréation et les moyens contraceptifs sont essentiellement fournis par des donateurs, dont la source de financement pourrait ne pas être fiable et être sujette à des aléas;
- g. Les besoins en matière de santé de la procréation de groupes spécifiques tels que les jeunes, les hommes, les personnes âgées, les pasteurs, les handicapés, les migrants et les personnes déplacées doivent encore être pleinement pris en compte dans les stratégies nationales;
- h. Dans certains pays, les infrastructures telles que les réseaux routiers ou électriques ou les systèmes de communication limitent considérablement le développement des services de santé en matière de procréation;
- i. En Afrique australe, la prévalence élevée du VIH continue de grignoter le terrain gagné en matière de baisse des indicateurs de mortalité maternelle et juvénile;
- j. Des niveaux élevés d'analphabétisme et la prévalence de certaines pratiques socioculturelles continuent de peser sur la condition notamment des femmes et des jeunes ainsi que sur les efforts déployés pour offrir des services de santé en matière de procréation.

Chapitre 6

6. VIH/sida, paludisme, tuberculose et autres maladies transmissibles

6.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD pour le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles a pour objectif de prévenir celles-ci (notamment le VIH/sida) et leurs complications, telles la stérilité, d'en réduire l'incidence et de les traiter, une attention particulière étant portée aux filles et aux femmes. Le Programme d'action exhorte les gouvernements, dans le cadre de leurs programmes de santé en matière de procréation, à intensifier leurs efforts visant à prévenir, dépister et traiter les maladies sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil génital, en particulier au niveau des soins de santé primaires. En outre, les gouvernements doivent veiller à ce que l'information, l'éducation et les services de conseil, qui permettent d'adopter un comportement sexuel responsable et de prévenir efficacement les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH, fassent partie intégrante de tous les services de santé en matière de sexualité et de procréation.

Afin d'accélérer la réalisation du Programme d'action de la CIPD pour le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles, la Déclaration du millénaire a fixé, en 2000, l'Objectif 6, à savoir "Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies". Celui-ci est assorti de deux cibles: 6.A «D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida» et 6.B «D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies graves».

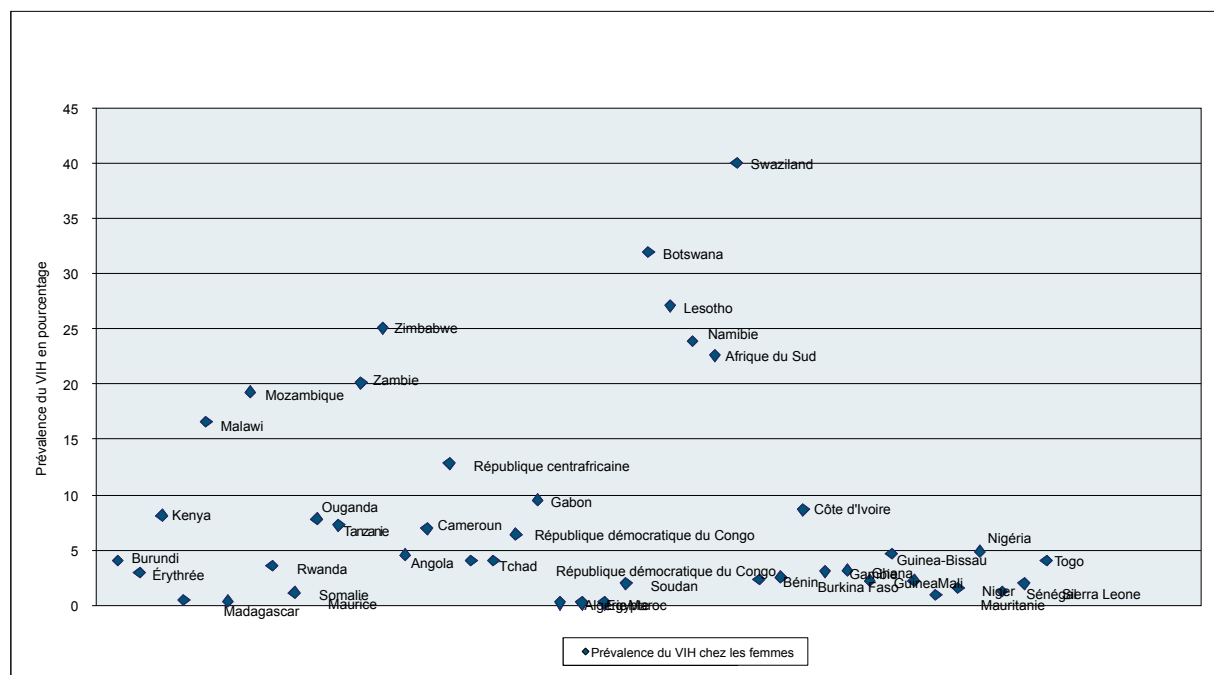
La CIPD+5 a fixé aux gouvernements l'objectif de réduire le taux d'infection par le VIH au niveau mondial de 25 % d'ici à 2010. La plupart des gouvernements reconnaissent que cette pandémie est l'un des principaux obstacles au développement auxquels le continent doit faire face. Le VIH est aggravé par divers facteurs, dont la pauvreté, un faible niveau d'alphabétisation, les pratiques traditionnelles, les inégalités entre les sexes et les mouvements de population, l'exode rural en particulier. L'Afrique est également handicapée par le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles.

6.2 Situation en matière de VIH/sida et évolution

Les données les plus récentes d'ONUSIDA sur le VIH/sida émanent de rapports de systèmes de surveillance et d'estimations générées par des modèles en 2005, année de référence. Ces données révèlent des différences entre hommes et femmes, les chiffres relatifs aux femmes étant systématiquement supérieurs à ceux qui concernent les hommes, ce qui traduit la vulnérabilité psychologique et sociale des premières face à la maladie ainsi que l'effet de la différence d'âge entre partenaires sexuels.

Les tendances régionales laissent à penser que c'est en Afrique australe que la prévalence du VIH chez les femmes adultes (âgées de 15 à 49 ans) est la plus élevée, et que c'est en Afrique du Nord qu'elle est la plus faible. En effet, tous les pays dans lesquels le taux de prévalence chez les femmes adultes dépasse 25 % (2005) se trouvent en Afrique australe: Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe. À l'exception de la République centrafricaine, les pays dont les taux de prévalence sont compris entre 10 % et 20 % (Malawi et Mozambique) se situent aussi en Afrique australe. En revanche, il convient de relever qu'un assez grand nombre de pays africains, pour la plupart dans les régions du Nord et de l'Ouest, enregistrent un très faible taux de prévalence du VIH chez les femmes adultes (inférieur ou égal à 1 %). Il s'agit de: l'Algérie, l'Égypte, Madagascar, le Maroc, Maurice, la Mauritanie, le Sénégal et la Somalie. Il vaut la peine de souligner que, hormis la Côte d'Ivoire, qui affiche un taux de prévalence de 8,5 %, aucun pays d'Afrique de l'Ouest n'enregistre de taux supérieur à 5 %.

Figure 6 Prévalence du VIH chez les femmes dans certains pays d'Afrique (2007)



Source des données: FNUAP, Rapport sur l'état de la population, 2007

Les rapports nationaux indiquent que la prévalence moyenne du VIH chez les adultes est élevée dans la plupart des pays. Les taux de prévalence, bien qu'en baisse, étaient élevés dans des pays comme le Lesotho (23,2 % en 2007), la Namibie (19,9 % en 2006), le Malawi (12 % en 2006) et le Mozambique (16 % en 2007). En Afrique du Sud, on estimait à environ 5,5 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2005 (représentant 18,8 % de la population adulte âgée de 15 à 49 ans). En Tanzanie, pour le même groupe d'âge, le taux de prévalence était estimé à 8,7 % en 2005-2006. En Ouganda, la période comprise entre 1992 et 2002 a été marquée par une baisse significative de la prévalence du VIH/sida, qui s'est stabilisée à 6 %, mais affiche actuellement une tendance à la hausse.

La prévalence du VIH/sida varie en fonction de caractéristiques démographiques et socio-économiques. En termes de sexe et d'âge, les taux relatifs aux groupes d'âges des 15 à 39 ans et des 45 à 49 ans sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes alors que c'est l'inverse pour d'autres groupes d'âge. Pour le groupe des jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux féminin est neuf fois supérieur à celui des hommes. Cette tendance est restée pratiquement constante depuis le début des années 90.

La prévalence du VIH serait de 4,5 % en République démocratique du Congo en 2004, d'environ 6 % au Gabon en 2007 et de 2,7 % au Ghana en 2005. Avec un taux de prévalence de 1,6 % en 2002, le Soudan est considéré comme le pays le plus gravement touché par le VIH/sida en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Au Maroc, la prévalence du VIH reste stable et très faible, à 0,08 % en 2007, bien qu'un taux supérieur ait été constaté chez des groupes spécifiques comme les professionnels du sexe (2,5 %) ou les prisonniers de sexe masculin (0,6 %). À Maurice, même si le nombre de nouveaux cas signalés de VIH a sextuplé entre 2002 et 2007, on estimait à 0,38 % pour 2007 le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées dans des centres de soins prénatals publics.

Selon les rapports nationaux, les groupes les plus exposés au VIH dans tous les pays sont les hétérosexuels et les femmes, qui continuent d'être davantage infectées que les hommes. En Ouganda, par exemple, en 2008, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 19 ans était neuf fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les rapports ont fait état à cet égard d'un manque de connaissances et d'idées fausses sur la prévention, la transmission et le traitement du VIH et du sida dans la plupart des pays. Par exemple, seule 53 % de la population soudanaise savait que le VIH se transmettait par voie sexuelle et seulement 40 % de celle de la République démocratique du Congo savait ce qu'il fallait faire pour en empêcher la transmission.

6.3 Politiques et cadres législatifs

Face aux conséquences désastreuses du VIH/sida, la plupart des pays ont déclaré avoir mis en place des politiques et des législations visant à créer des conditions favorables pour lutter contre cette maladie. En Éthiopie, un cadre stratégique de réponse à l'échelle nationale a été élaboré en 2002 pour servir de base à une réaction multisectorielle face à l'épidémie. À la suite d'un examen approfondi de ce dispositif en 2005, une politique nationale actualisée de lutte contre le sida, un plan stratégique national pour 2006-2011 et un plan national de suivi et d'évaluation ont été approuvés par le

Gouvernement du Lesotho en décembre 2006. Plusieurs politiques sectorielles ont aussi été mises au point conformément aux recommandations figurant dans la politique nationale de lutte contre le VIH et le sida. Au premier plan des politiques approuvées figurent la politique nationale chargée des orphelins et des enfants vulnérables, la politique en matière de transfusion sanguine et la politique de dépistage et d'accompagnement psychologique, qui datent toutes les trois de 2006.

La plupart des pays ont adopté des mesures et des stratégies en rapport avec des questions liées au VIH/sida dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de traitement. En 2006, le Lesotho a modifié la loi intitulée *Labour Code Act* (loi sur le Code du travail) afin, entre autres choses, d'interdire le dépistage avant embauche et en cours d'emploi, de garantir la confidentialité et de proscrire la discrimination à l'embauche. Des lignes directrices nationales régissant la mise en œuvre de programmes sur le VIH au travail ont en outre été élaborées (ONUSIDA, 2008). Au Bénin, la loi 2005.31 d'avril 2006 a été approuvée pour affirmer l'existence d'un droit à l'information et au traitement et garantir, s'agissant du VIH/sida, une éthique dans le domaine médical et dans celui de l'emploi. La République centrafricaine a dit avoir adopté une loi pour prévenir la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et le sida.

Des cadres politiques et juridiques seraient également en place en République démocratique du Congo, au Ghana, au Mozambique, au Nigéria, en Ouganda, au Sénégal et en Sierra Leone.

6.4 Programmes et plans

Les rapports nationaux de l'Afrique du Sud, du Bénin, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo, de l'Éthiopie, du Ghana, du Lesotho, de Madagascar, du Malawi, du Maroc, de Maurice, du Mozambique, de la Namibie, du Nigéria, de l'Ouganda, de Sao Tomé-et-Principe, du Sénégal, de Sierra Leone, du Soudan et de la Tanzanie ont indiqué que des programmes et plans stratégiques multisectoriels nationaux sur le VIH/sida, ayant pour la plupart un contenu similaire, étaient en cours de mise en œuvre et constituaient des moyens propres à chaque pays de réagir globalement à l'épidémie dans les domaines de la prévention, des soins et de l'atténuation des conséquences de la maladie.

Dans tous les pays, ces programmes se concentrent principalement sur des stratégies telles que la sensibilisation, la sécurité des transfusions sanguines, les services volontaires de conseils et de dépistage, la mise à disposition et l'utilisation de préservatifs, des interventions axées sur les groupes vulnérables tels que les personnes vivant avec le VIH/sida, les orphelins et les enfants vulnérables, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ou la fourniture de cures prophylactiques et de thérapies antirétrovirales.

Reconnaissant les liens étroits qui existent entre la santé en matière de sexualité et de procréation, les IST et le VIH/sida, la plupart des pays, tels que le Lesotho, le Malawi, Maurice, le Nigéria ou l'Ouganda, ont fait en sorte d'inclure le VIH/sida et la santé en matière de procréation dans des politiques et des programmes. Les dispositions qu'ils ont prises à cet effet recouvrent l'élaboration de politiques, de directives techniques et de protocoles ainsi que la réforme des mécanismes de

prestation de services.

Le petit nombre de pays qui n'ont pas encore inclus les questions relatives au VIH/sida et à la santé en matière de procréation dans leurs politiques et programmes en rejettent souvent la faute au manque de ressources. Les autres raisons sont notamment le manque de volonté politique et de capacités humaines, ainsi que les contraintes imposées par les coutumes et les traditions.

6.5 Dispositions institutionnelles

Le cadre institutionnel et de gestion dans lequel s'inscrit la réponse nationale à l'épidémie de VIH/sida varie d'un pays à l'autre. Parmi les principaux exemples cités, on trouve des dispositifs décentralisés, comme par exemple en Éthiopie, au Lesotho, à Maurice, au Nigéria et en Tanzanie, qui incluent les conseils nationaux pour la lutte contre le sida, présidés, la plupart du temps, par le chef de l'État, et qui sont dotés de structures décentralisées dans tous les ministères, départements et organismes publics ainsi qu'aux niveaux sous-nationaux. C'est avec l'application du principe des «Trois Uns» que les commissions nationales de lutte contre le sida, dont la plupart sont dotées d'unités sous-nationales décentralisées (30), se sont multipliées jusqu'à devenir presque universelles (37). Cette approche multisectorielle a réduit le nombre de ministères qui ne s'occupent que d'une seule question tout en facilitant la création de comités ministériels et parlementaires.

Selon certaines sources, dans la plupart de ces structures, les personnes vivant avec le VIH/sida sont incitées à participer activement aux actions de sensibilisation au VIH/sida et de prévention dans ce domaine. De même, est apparu un nombre croissant d'organisations de la société civile qui soutiennent le dispositif de réponse nationale. Interventions et activités sont renforcées au niveau des districts, des quartiers et des communautés. Des organisations du secteur privé, des groupes de la société civile et des associations locales ont aussi été incorporés à ce dispositif pour formuler et mettre en œuvre des politiques et des programmes de prise en charge du VIH/sida. Les partenaires de développement ont été cités comme étant les principales sources d'aide financière et technique aux programmes de réponse nationaux.

6.6 Tuberculose

La tuberculose est reconnue comme un problème majeur de santé publique dans tous les pays. Depuis l'apparition du VIH/sida au Malawi, ce pays a assisté à une hausse régulière du nombre de cas de tuberculose, qui est passé de 5 000 en 1985 à 26 000 en 2007. L'incidence de la tuberculose en Afrique du Sud était estimée à 718 pour 100 000 habitants en 2004 et augmenterait de 8,5 % par an. En Ouganda, où cette maladie reste endémique, en particulier chez les personnes infectées par le VIH/sida, le nombre de cas aurait augmenté de 8 % depuis 1994. En Namibie, c'est chez les 25 à 34 ans que sa prévalence est la plus forte. C'est aussi le groupe d'âges le plus touché par le VIH/sida. D'autres pays ont indiqué des niveaux de prévalence différents, comme le Ghana (180 cas par 100 000 habitants par an) et le Maroc (85 cas par 100 000 habitants par an).

Les rapports nationaux ont aussi révélé que presque tous les pays disposaient de programmes nationaux et de plans stratégiques de lutte contre la tuberculose qui cherchent avant tout à sensibiliser la population et à améliorer le diagnostic et le traitement des cas de tuberculose. Les pays à fort

taux de prévalence du VIH s'efforcent tout particulièrement d'atteindre les populations vulnérables souffrant d'une co-infection VIH-tuberculose. Le Malawi, par exemple, a déclaré avoir élaboré une politique de lutte contre la tuberculose dans les prisons.

6.7 Paludisme

Le paludisme a été reconnu par la plupart des pays comme la première cause de morbidité et de mortalité. Au Malawi, il représente 18 % des décès en milieu hospitalier; en Tanzanie, c'était, en 2007, la principale cause d'admission à l'hôpital et 30 % étaient des enfants âgés de moins de cinq ans. D'après l'enquête sur les indicateurs du paludisme, en octobre 2005, sa prévalence était comprise entre 0,4 % et 15,5 % chez les enfants de moins de cinq ans, et entre 3,7 % et 10,3 % chez les femmes enceintes. Par ailleurs, la prévalence serait beaucoup plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Dans tous les pays, le paludisme est toujours en tête de la liste des maladies. Ainsi en va-t-il, par exemple, au Ghana (44 % des cas traités dans les services ambulatoires des hôpitaux et dispensaires); en Ouganda (52 % des admissions en ambulatoire et 30 % des hospitalisations); et, enfin, au Gabon (principale cause d'admission à l'hôpital pour plus de 40 % des enfants de zéro à cinq ans et pour 71 % des femmes enceintes). Le Rapport national du Soudan signalait que la prévalence du paludisme était comprise entre 0,4 % et 15,5 % chez les enfants de moins de cinq ans et entre 3,7 % et 10,3 % chez les femmes enceintes. Cette maladie aurait également été responsable de quelque 3 360 décès au Mozambique en 2007 et serait aussi la principale cause de maladie et de décès chez les enfants de moins de cinq ans, et la troisième cause de maladie et de décès chez les adultes de Namibie. Au Gabon, c'est l'une des premières causes de décès chez les enfants âgés de zéro à cinq ans.

Une prévalence anormale du paludisme a été signalée dans la région des hauts plateaux d'Éthiopie en 1988, puis en 1991-1992. Entre 2005 et 2006, le paludisme était la principale cause de morbidité et de mortalité dans le pays, où sa prévalence, dans certaines zones, a été attribuée au réchauffement de la planète. Le même phénomène a été rapporté pour l'Afrique du Sud, où le paludisme serait en hausse depuis 1995, avec de plus en plus de cas signalés chaque année. Les conditions climatiques (températures et précipitations) et l'afflux de migrants en provenance de pays limitrophes en seraient la cause. À Maurice, une flambée épidémique localisée due à l'arrivée de visiteurs venus de pays où il existe sous forme endémique fait peser sur le pays le risque de connaître des cas de paludisme importé.

Du fait de la forte prévalence et de la forte incidence du paludisme, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne, des programmes spécifiques de lutte antivectorielle passant par la distribution de moustiquaires, l'établissement de diagnostics et l'instauration de traitements sont mis en œuvre pour atténuer les effets de la maladie.

La plupart des pays, dont l'Éthiopie, le Malawi, le Mozambique, le Soudan et la Tanzanie, ont déclaré avoir mis en place un programme pour faire reculer le paludisme ainsi que d'autres programmes stratégiques visant notamment à lutter contre les vecteurs grâce à des moustiquaires imprégnées d'insecticide et à améliorer la prise en charge des cas de paludisme, en particulier au sein des grou-

pes vulnérables comme les enfants et les femmes enceintes. À cet égard, le Malawi a fait ces dernières années des efforts remarquables (voir la figure 6.2).

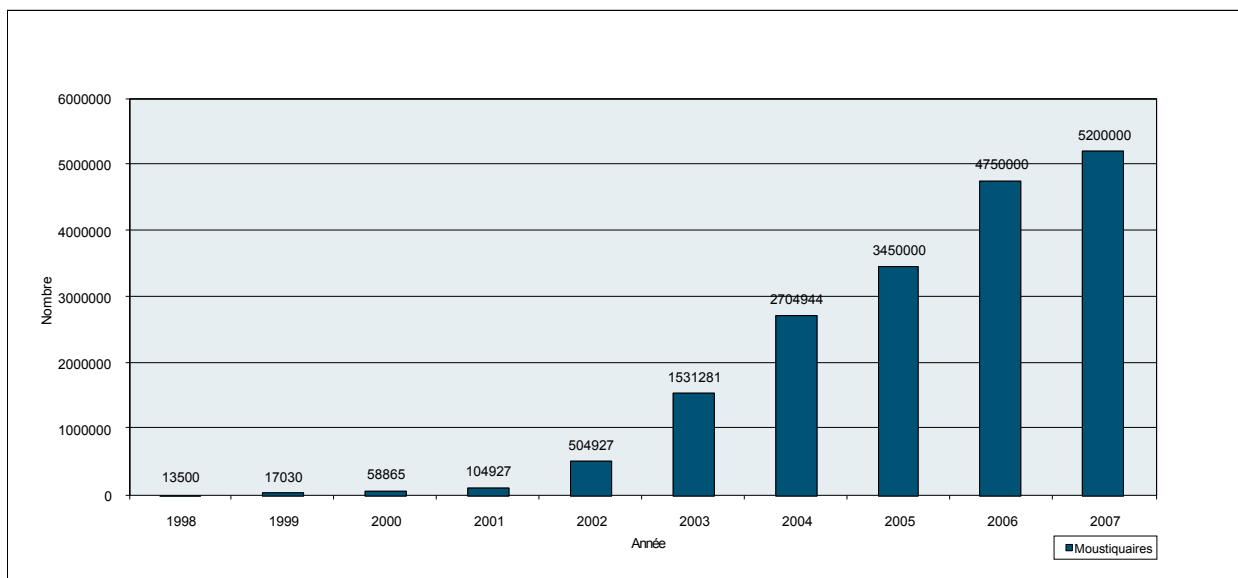
Dans certains pays comme l'Éthiopie ou Maurice, les programmes sont aussi axés sur la préparation aux épidémies, leur prévention et la lutte contre ces dernières.

6.8 Autres maladies transmissibles

Les faits observés montrent que les IST sont des co-facteurs de la transmission du VIH; partant, lutter contre ces infections est devenu une priorité. Outre leurs conséquences sur la santé, la prévalence des IST pourrait traduire l'ampleur du phénomène que constituent les rapports sexuels non protégés, ce qui pourrait avoir des répercussions sur une éventuelle diffusion du VIH. Parmi les mesures adoptées par la plupart des pays figurent la prise en charge syndromique des IST par les établissements de soins de santé primaires, conformément aux principes directeurs qui ont été fixés.

Selon le Rapport national des Seychelles, 13 % des cas d'IST signalés en 2007 concernaient des jeunes âgés de 15 à 19 ans. Au Lesotho, les IST feraient partie des dix causes principales de fréquentes consultations ambulatoires dans les centres de santé en 2006.

Figure 6.1 Distribution de moustiquaires au Malawi (1998-2007)



Source: Rapport national du Malawi sur la CIPD+15, 2008

L'Afrique du Sud connaît 11 millions de cas d'IST chaque année. Lutter contre ces infections est devenu une priorité pour ce pays, qui a mis en place des stratégies efficaces de lutte contre le VIH. En 2001, en Afrique du Sud, 2,8 % des femmes enceintes qui se présentaient dans des centres de santé maternelle publics souffraient de syphilis. Bien que toujours inquiétant, ce chiffre est en baisse. En effet, la prévalence de la syphilis n'a cessé de reculer au cours des dernières années (de 11,2 % en 1997 à 2,8 % en 2001).

6.9 Engagements envers les politiques et stratégies adoptées à l'échelle du continent

Les pays africains ont fait part de leur préoccupation face à la pandémie du VIH/sida et de leur volonté de la combattre en prenant de nombreux engagements au niveau régional: la Stratégie africaine pour la santé, le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation en Afrique; la Déclaration d'Abuja sur l'accès universel, la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses, l'appel d'Abuja à l'accès universel aux traitements, aux soins et au soutien; la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) et l'examen de l'application de la politique en matière de soins de santé primaires de Ouagadougou.

Conformément aux politiques adoptées au niveau du continent, comme l'appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique, certains pays, tels que l'Afrique du Sud, le Bénin, le Nigéria, le Sénégal ou la Tanzanie ont adopté des stratégies en matière de mobilisation de ressources, d'instauration de partenariats - en particulier au niveau des pays - et de réformes institutionnelles visant à garantir la mise en œuvre effective de programmes de santé génésique et de lutte contre le VIH/sida, les IST, la tuberculose et le paludisme. De nombreux pays ont revu leurs politiques ou leurs législations nationales, mené des actions de sensibilisation et amélioré la prestation de leurs services de santé en matière de procréation en réponse à l'appel d'Abuja.

6.10 Réalisation des OMD

L'OMD 6 vise à "Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies". En ce qui concerne les perspectives d'y parvenir, environ un tiers des pays ne sont guère optimistes; 30 % d'entre eux confirment qu'il est peu probable qu'ils atteignent la cible 6.A de l'OMD 6 («D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida»), et ils sont à peu près la même proportion (28,6 %), parmi ceux qui ont répondu, à estimer peu probable de pouvoir atteindre la cible 6.C («D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du paludisme et d'autres maladies graves»).

Le Bénin, le Burundi, la Gambie, Madagascar, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, les Seychelles, la Sierra Leone et le Zimbabwe ont estimé qu'ils atteindraient probablement l'objectif consistant à combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, car les taux de prévalence de la plupart des maladies, y compris le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et la lèpre, seraient en cours de stabilisation dans la plupart de ces pays.

Le Kenya, le Sénégal, le Soudan, le Swaziland et la Tanzanie ont fait savoir qu'il était peu probable qu'ils atteignent cet objectif, en particulier pour ce qui est du VIH/sida, en raison du recul des progrès déjà accomplis au Kenya et au Swaziland et de la très lente diminution du taux de prévalence du VIH enregistrée en Tanzanie.

Cible 6.A de l'OMD 6: D'ici à 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida. Le Mozambique, la Sierra Leone et la Tunisie ont estimé qu'ils atteindraient très probablement cet objectif. Ces cinq dernières années, le taux de prévalence du VIH s'est en effet stabilisé à 16 % au Mozambique et à 1,5 % en Sierra Leone. Quant à la Tunisie, son taux de prévalence est resté stable à 0,7 personne pour 100 000 habitants.

Des pays comme l'Égypte, la Gambie, le Lesotho, le Maroc, Maurice, le Niger, la République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles et le Zimbabwe indiquent que cette cible sera probablement atteinte, car les politiques, stratégies et programmes mis en œuvre ont donné de bons résultats. Au Lesotho, par exemple, le nombre de cas signalés de sida et de nouvelles infections par le VIH dans le groupe d'âge des 5 à 14 ans est paraît-il très bas. Pour ce qui est du Zimbabwe, la prévalence du VIH/sida y aurait diminué, passant de 19,9 % en 2000 à 12,5 % en 2008.

Le Burundi, les Comores, la Guinée, le Kenya, l'Ouganda et le Swaziland ont estimé qu'il était peu probable qu'ils atteignent cette cible à cause des difficultés qu'ils rencontrent pour maintenir la baisse du taux de prévalence du VIH. Ainsi l'Ouganda a-t-il connu une diminution spectaculaire de ce taux qui est passé de 30 % en 1990 à 6,1 % en 2000, chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. Cette réussite a toutefois connu un léger revers, puisque le taux de prévalence du VIH a progressé en 2004 pour s'établir à 6,2 % et à 6,4 % en 2006. La situation est similaire dans d'autres pays comme le Burundi, les Comores ou le Kenya, où les schémas de comportement à risque persistent et continuent d'alimenter la propagation du VIH dans la population. Les Comores ont fait savoir que seuls 20 % des 15 à 24 ans auraient utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque, alors qu'ils ne seraient pas moins de 90 % à connaître le mode de transmission du VIH.

Le Soudan indique qu'il est très peu probable qu'il parvienne à atteindre cette cible, vu le manque de coordination et de synergies dont souffre le secteur de la santé dans tout le pays.

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

Cette cible sera très probablement atteinte par Maurice, les Seychelles et la Tunisie, qui ont déclaré avoir instauré des dispositifs visant à donner gratuitement accès aux traitements antirétroviraux aux personnes infectées par le VIH. En ce qui concerne la Gambie, une série d'actions auraient été mises en place pour veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH qui répondent aux critères requis aient gratuitement accès à des thérapies adaptées.

Dans des pays comme la République centrafricaine, les Comores, l'Égypte, le Lesotho, le Niger, l'Ouganda, le Soudan, Sao Tomé-et-Principe, la Sierra Leone ou le Zimbabwe, qui appliquent des stratégies et des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, cette cible serait probablement atteinte. Donner plus largement accès aux traitements antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/sida est un objectif important pour tous ces programmes nationaux, entièrement financés par les gouvernements et leurs partenaires. Dans des pays comme l'Ouganda, le fait d'avoir commencé à fabriquer des antirétroviraux garantirait un approvisionnement constant et diminuerait le coût de la thérapie.

Le Burundi, la Guinée, le Kenya et le Swaziland ont déclaré qu'il était peu probable qu'ils atteignent cette cible, car cela nécessiterait un système bien structuré de distribution de médicaments ainsi que la fourniture de soins à domicile. Au Swaziland, en 2007, seules 26,5 % des personnes ayant besoin de médicaments avaient accès aux antirétroviraux.

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

Le Maroc, Maurice et les Seychelles, où le paludisme est généralisé, ont fait savoir que cet objectif avait déjà été atteint grâce à l'absence de paludisme et à la faible prévalence d'autres maladies graves comme la tuberculose.

La plupart des pays, dont la République centrafricaine, les Comores, la Guinée, Sao Tomé-et-Principe, le Sénégal, le Swaziland, la Tanzanie et le Zimbabwe mettent en oeuvre des stratégies et des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, la tuberculose et la lèpre afin de réduire la prévalence de ces maladies. Partant, ces pays estiment qu'ils atteindront probablement cette cible. Ainsi, au Swaziland, par exemple l'incidence du paludisme clinique a-t-elle été ramenée de 4,1 pour 1 000 habitants en 2000 à 2,2 pour 1 000 habitants en 2006. À Sao Tomé-et-Principe, le nombre d'enfants âgés de moins de cinq ans chez lesquels on a diagnostiqué un paludisme aurait diminué de 70 % entre 2005 et 2006.

Pour des pays comme le Burundi, le Kenya, le Niger, la Sierra Leone ou le Soudan, cette cible a peu de chances d'être atteinte à cause du manque de ressources et de conditions favorables qui permettraient de s'attaquer aux causes profondes et, par voie de conséquence, de faire reculer l'incidence de certaines de ces maladies.

6.11 Réussites

Les rapports nationaux montrent que les politiques et programmes appliqués par les pays ont permis d'améliorer la coordination des stratégies nationales de réponse regroupées dans un seul plan stratégique, souvent assorti d'un plan de suivi et d'évaluation unique. L'Éthiopie et l'Ouganda ont indiqué que ce cadre leur avait permis d'harmoniser plus facilement les activités de leurs partenaires, y compris au niveau sous-national.

Tous les pays ont fait état d'un élargissement significatif de leurs actions aux niveaux sous-nationaux, avec la création de sites permettant aux services de traitements antirétroviraux, de dépistage et d'accompagnement psychologique ainsi que de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) d'atteindre un public plus large. En outre, dans la plupart des pays, dont l'Afrique du Sud, Madagascar, l'Ouganda, le Sénégal et la Tanzanie, les stratégies visant à desservir les personnes vivant avec le VIH/sida, notamment les orphelins et les enfants vulnérables, ont été améliorées et renforcées.

Au fil des ans, des mécanismes ont été mis en place pour améliorer la surveillance des maladies infectieuses, notamment, le paludisme et la tuberculose. Cela a conduit à l'adoption de mesures visant à réduire la prévalence de ces maladies. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée à des millions de foyers sur le continent a largement contribué à réduire le nombre

de décès dus au paludisme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. De même, la plupart des pays, dont l'Éthiopie, le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda et la Tanzanie, ont fait part de taux élevés de réussite dans le traitement des patients atteints de tuberculose, résultats conformes aux normes de l'OMS.

D'une manière générale, il vaut la peine de mentionner les avancées ci-après, car elles sont en rapport avec la gestion des programmes de lutte contre le VIH/sida mis en place dans les pays sur l'ensemble du continent:

- a. On s'oriente de plus en plus vers la recherche empirique pour les programmes de lutte contre le VIH/sida, comme c'est le cas pour la circoncision où l'on a la preuve qu'elle contribue à freiner la propagation du virus;
- b. On préconise aussi l'utilisation de données fondées sur l'incidence plutôt que de données fondées sur la prévalence, afin que les décideurs et les parties prenantes à l'élaboration de programmes de lutte contre le VIH puissent se faire une idée plus précise de la dynamique de l'épidémie;
- c. De même, on privilégie l'augmentation des ressources allouées à la prévention du VIH étant donné que mettre l'accent sur le traitement n'est pas viable;
- d. Les politiques menées par les pays ont permis d'atteindre un certain niveau de sensibilisation et d'améliorer celui de l'éducation de base;
- e. On a recensé les valeurs socioculturelles discriminatoires qui limitent l'accès des femmes et des hommes aux services de prévention en matière de santé de la sexualité et de la procréation et celles-ci continuent d'être condamnées;
- f. Un plus grand nombre de personnes nécessitant des médicaments pour traiter le VIH/sida à un prix abordable ont pu se les procurer;
- g. Des formes de financement novatrices des soins de santé, notamment la gratuité des soins pour tous dans des pays comme le Kenya ou Maurice, ou encore les services de vulgarisation en Éthiopie, se multiplient. Par ailleurs, l'augmentation de l'aide consentie par les donateurs, dans le cadre de la Déclaration de Paris, qui vise à garantir la coordination et l'harmonisation des ressources destinées à la lutte contre le VIH, a également permis d'aplanir quelque peu les difficultés auxquelles se heurtent les services de santé en matière de procréation.

6.12 Problèmes et contraintes

L'un des plus grands problèmes mentionnés par les rapports nationaux auxquels se heurtent les mesures nationales de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose est le manque de liens qui unissent les volets et les entités qui composent les programmes. L'Éthiopie, par exemple, a indiqué qu'il subsistait des faiblesses intrinsèques dans les liens entre services de lutte contre le VIH et services de santé en matière de procréation. Au Maroc et en Ouganda, cette faiblesse a affaibli la synergie et la bonne harmonisation des actions menées. De même, la République démocratique du Congo, le Gabon, l'Ouganda et Sao Tomé-et-Principe ont fait savoir que l'existence de nombreuses mesures verticales et de nombreux partenaires posait un grave problème, vu les ressources limitées dont disposent les gouvernements pour coordonner les efforts, en particulier aux niveaux sous-nationaux. Comme l'indiquent l'Afrique du Sud, le Lesotho et le Malawi, cette situation est aggravée

par l'insuffisance de capacités humaines dans le secteur de la santé. Dans la plupart des pays, l'exécution de stratégies est également compromise par l'insuffisance des financements. En Tanzanie, par exemple, il est difficile d'obtenir chaque année de sources extérieures les 100 millions de dollars É.-U. qui sont nécessaires pour financer les actions de lutte contre le VIH/sida. Le poids financier des mesures de lutte contre le VIH et le sida en Afrique du Sud, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, au Gabon, au Ghana, au Lesotho, à Madagascar, en Ouganda et à Sao Tomé-et-Principe n'est pas supportable sans aide extérieure.

En Afrique du Sud, en République centrafricaine, au Malawi et au Mozambique, l'amélioration des connaissances sur le VIH/sida ne s'est guère traduite par l'adoption de comportements rationnels tels que la pratique de rapports sexuels sans risque, notamment l'utilisation efficace et systématique de préservatifs; selon les rapports nationaux, ceci contribuerait à la forte prévalence de la maladie. La stigmatisation liée au VIH/sida dans la société ghanéenne empêche les personnes qui vivent avec la maladie de révéler leur séropositivité. Au Bénin, en République centrafricaine, au Gabon, à Madagascar et au Maroc, les religions et les facteurs socioculturels sont les principaux obstacles aux mesures prises dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH/sida notamment. Dans la quasi-totalité des pays, la pauvreté a été citée comme un facteur déterminant incitant les groupes marginalisés à adopter des pratiques qui les rendent susceptibles d'être infectés par le VIH/sida. L'Afrique du Sud, le Bénin, la Namibie et l'Ouganda ont fait savoir que, bien que les femmes et les filles soient les plus touchées par cette maladie, ce sont elles qui sont le moins aidées, principalement parce que les problèmes des femmes ne sont pas suffisamment pris en compte dans la prestation des services de lutte contre le VIH/sida.

En République centrafricaine et en République démocratique du Congo, la poursuite des conflits a détruit les infrastructures sanitaires et continue de provoquer des mouvements de population, ce qui entrave les actions menées dans le cadre de programmes. De même, les conflits qui sévissent sur le continent ont fait augmenter la violence sexiste et aggravé le risque d'IST ainsi que la prévalence du VIH/sida dans la plupart des pays concernés.

Si l'on s'en tient aux rapports nationaux et aux preuves apportées par les recherches apparentées, les problèmes auxquels se heurtent la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD ainsi que la réalisation des cibles des OMD pour le VIH/sida en Afrique peuvent se résumer comme suit:

Problèmes

- a. Malgré les engagements forts pris par les gouvernements au niveau continental et national, il y a un décalage entre les politiques adoptées et leur application de fait;
- b. Le manque de capacité d'absorption et de transparence à l'égard des fonds gérés a conduit à un amenuisement du flux de ressources;
- c. Les données sur le recours aux services de lutte contre le VIH/sida par les hommes sont limitées;
- d. Attitude silencieuse à l'égard des droits de brevet, dans les pays où la pandémie du VIH/sida n'est pas généralisée;
- e. Il y a de nombreux changements de paradigmes dans le domaine du VIH/sida; la recherche clinique et opérationnelle est très dynamique. Les messages sont incohérents et contradictoires, ce qui rend souvent difficile d'élaborer des politiques et d'exécuter des

programmes dans la quasi-totalité des domaines en rapport avec le VIH, notamment la prise en charge syndromique des IST, les microbicides, les vaccins contre le VIH, l'adhésion au traitement et la PTME;

- f. Certains pays ont encore des lois qui considèrent le fait d'être atteint du VIH/sida comme un délit;
- g. Les conditions imposées par les donateurs limitent souvent la souplesse de gestion des programmes;
- h. La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH/sida sont encore répandues et posent un problème de prise en charge.

Perspectives

- a. L'engagement de l'Union africaine et des organes intergouvernementaux régionaux devrait faire avancer les dossiers prioritaires en matière de santé de la procréation;
- b. Le soutien apporté à la lutte contre le VIH dans la région peut être l'occasion de renforcer les systèmes de santé, y compris en matière de procréation;
- c. Les modalités d'allègement de la dette pourraient offrir aux pays l'occasion de renforcer les programmes de lutte contre le VIH;
- d. Les systèmes sanitaires devraient mettre à profit la possibilité d'intégrer la santé en matière de procréation dans les soins de santé primaires et lier prévention du VIH et traitement du sida;
- e. Les programmes du NEPAD pourraient servir à intensifier la lutte contre le VIH/sida s'il y avait suffisamment de ressources humaines;
- f. L'engagement et la participation des communautés sont utiles aux programmes de santé en matière de procréation. Le fait de travailler avec un plus grand nombre de parties prenantes que d'habitude ne pourrait que contribuer à sensibiliser les populations et à mettre en œuvre des programmes de santé en matière de sexualité et de procréation.

Chapitre 7

7. Répartition de la population, urbanisation et migrations internes

7.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD s'est concentré sur les trois grands domaines ci-après: répartition de la population, urbanisation et migrations internes. Ce faisant, il recommandait aux pays de s'attacher: a) à la répartition de la population et au développement durable; b) à la croissance démographique dans les grandes agglomérations et c) aux personnes déplacées. Les grands objectifs correspondants sont les suivants:

- a. Encourager une meilleure répartition de la population dans l'espace en favorisant, de façon intégrée, un développement équitable et écologiquement viable des grandes régions d'origine et d'accueil tout en insistant particulièrement sur la promotion de l'équité du point de vue économique et social et des relations hommes-femmes, notion ancrée dans le respect des droits de l'homme, et notamment le droit au développement;
- b. Faire en sorte de réduire l'importance des divers facteurs de répulsion liés aux flux migratoires;
- c. Améliorer la gestion des agglomérations urbaines par une planification et une gestion plus participatives et plus économes en ressources; examiner et réviser les politiques et mécanismes qui contribuent à la concentration excessive des populations dans les grandes villes; enfin, améliorer la sécurité et la qualité de vie des résidents à faible revenu tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines;
- d. Offrir une protection et une assistance adéquates aux personnes déplacées dans leur propre pays, en particulier aux plus vulnérables d'entre elles que sont les femmes, les enfants et les personnes âgées, et trouver des solutions aux causes profondes de leur déplacement afin qu'il puisse être évité, le cas échéant, et que leur retour ou leur réinstallation soient facilités; enfin,
- e. Mettre un terme à toutes les formes de migration forcée, y compris à la «purification ethnique».

En lien direct avec ce qui précède, le Programme d'action de la CIPD a fixé les objectifs suivants pour relever les défis démographiques et environnementaux: a) faire en sorte que les facteurs démographiques, environnementaux et liés à l'éradication de la pauvreté soient pris en compte dans des

politiques, des plans et des programmes de développement durable et b) ne pas avoir autant recours à des schémas de consommation et de production non viables et limiter les effets négatifs des facteurs démographiques sur l'environnement, afin de répondre aux besoins des générations actuelles sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs.

Les objectifs du Programme d'action sont à l'évidence liés à l'OMD 7: «Préserver l'environnement» et aux cibles qui lui sont associées, 7.A «Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance à la déperdition des ressources environnementales», 7.C «Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès durable à l'eau potable et à des services d'assainissement de base»; et 7.D «Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis». En effet, s'attaquer aux questions de répartition de la population, d'urbanisation et de migration interne en vue de parvenir à un développement durable est lié à la réalisation des OMD.

7.2 Mettre en œuvre le Programme d'action de la CIPD

Au cours des quarante prochaines années, on devrait assister à l'émergence de trois pays très peuplés: le Nigéria, dont la population devrait passer de 151,6 millions (2008) à 288,7 millions (2050); l'Éthiopie, censée passer de 85,2 millions (2005) à 183,4 millions (2050); et l'Égypte, qui passerait, elle, de 76,8 millions (2008) à 121,2 millions (2050). Alors que la population de la plupart des pays africains pourrait plus que doubler d'ici à 2050, c'est en Ouganda que la croissance sera peut-être la plus spectaculaire. Alimentée par un taux de croissance élevé de 3,2 % par an, la population de ce pays triplera, pendant cette période, et passera de 31,9 millions en 2008 à 92,9 millions en 2050. Si ces forts taux de croissance démographique dans les pays ne s'accompagnent pas d'un développement social et économique également rapide, nombre d'entre eux risquent de se retrouver pris au piège démographique et otages d'une pauvreté généralisée. Les solutions imaginées par les pays africains par le biais de l'outil d'évaluation de la CIPD+15 indiquent que les gouvernements s'inquiètent de la répartition de la population et de la rapidité de l'urbanisation. Les pays ont par ailleurs connu des changements importants dans la taille et la répartition de leur population, l'urbanisation et les migrations internes.

7.3 Répartition et densité de population

La carte 7.1 présente la répartition de la population africaine selon les estimations les plus récentes (ONU, 2008). En termes de répartition régionale, la population de l'Afrique de l'Est arrive en tête, avec 315,8 millions (31 %), suivie de près par celle de l'Afrique de l'Ouest (29,5 %); celle de l'Afrique du Nord représente quant à elle 19,7 %, celle de l'Afrique centrale 11,9 % et celle de l'Afrique australe 5,7 %. C'est l'Afrique de l'Est qui devrait connaître l'accroissement de la population le plus net, avec une population de 692,9 millions en 2050, suivie de l'Afrique de l'Ouest (617 millions) et de l'Afrique centrale (312,7 millions). C'est en Afrique australe que la croissance de la population, estimée à 0,6 % par an, est la plus lente et où la taille de la population totale passera de 56 millions en 2008 à 65 millions d'ici à 2050.

Carte 7.1 Densité de population en Afrique, 2009



Les estimations les plus récentes de la population de la planète et des régions (ONU, 2008) montrent que la densité moyenne de la population pour le monde entier est de 50,8 habitants au km². Comparé aux 23,3 des pays développés et aux 68,4 des régions moins développées de la planète, l'Afrique, avec une densité de 34,1 habitants au km², peut être considérée comme assez peu peuplée. Il faut noter qu'une grande partie des terres est constituée de terres arides ou semi-arides peu arables. Si l'on se réfère à d'autres indicateurs, tels que le nombre d'habitants par hectare de terre arable, par exemple, cette image change du tout au tout puisque de nombreux pays passent brutalement de la catégorie «faiblement peuplé» à celle de «terriblement surpeuplé». En outre, même la densité arithmétique devrait plus que doubler au cours des 40 prochaines années.

La carte 7.1 montre l'existence de nombreuses régions du continent ayant une densité démographique bien supérieure à la moyenne, signe que la population africaine n'est pas répartie uniformément. Cette carte révèle des variations notables dans la répartition régionale et territoriale de la population sur le continent, avec des poches de forte densité de population dans des zones comme la côte du golfe de Guinée, les zones côtières de l'océan Indien, de la mer Méditerranée ou encore dans la région des Grands Lacs: lac Victoria, lac Tanganyika et lac Tchad.

Au niveau des sous-régions, c'est l'Afrique de l'Est qui enregistre la plus forte densité (51 habitants au km²), suivie de l'Afrique de l'Ouest (49), de l'Afrique du Nord (25), de l'Afrique australe (22) et de l'Afrique centrale (19). Les pays à forte densité de population sont notamment Maurice (632 habitants au km²), le Rwanda (380), le Burundi (290), les Seychelles (185), Sao Tomé-et-Principe

(169), le Nigéria (168), la Gambie (151), l'Ouganda (136), le Cap-Vert (125) et le Togo (119). Dans la quasi-totalité des pays du continent, on observe des variations de densité de population à l'échelle sous-nationale, les régions et districts plus développés, comme les capitales, les zones côtières et les zones écologiques favorables attirant de plus fortes concentrations de population. Dans les pays enclavés comme le Botswana, le Burkina Faso, l'Ouganda ou le Swaziland, la population se concentre dans les capitales et les grandes villes, ou aux alentours. Les zones côtières de pays comme l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Maroc ou le Nigéria connaissent un accroissement rapide de leur population. Par ailleurs, les rapports nationaux présentent une variation intéressante des schémas de répartition démographique en Afrique. La population de l'Éthiopie, par exemple, se concentre de plus en plus sur les hauts plateaux, puisque presque la moitié de la population vit à une altitude de 2 200 mètres ou plus au dessus du niveau de la mer (Rapport national de l'Éthiopie). Cette situation est très différente de celle du Lesotho, où la population se déplace des hauts plateaux vers les basses terres, qui accueillent maintenant presque les deux tiers de la population (Rapport national du Lesotho).

Un autre phénomène intéressant est la très forte densité de population dans les capitales, comme l'illustrent divers exemples: celui du Mozambique, dont la densité démographique est de 25 habitants au km² pour l'ensemble du pays et de 3 663 habitants au km² pour la ville de Maputo; celui de l'Éthiopie, dont la densité démographique est respectivement de 68 habitants au km² pour l'ensemble du pays et de 5 609 habitants au km² pour Addis-Abeba; enfin, celui de la Sierra Leone, dont la densité de population au niveau national est de 69 habitants au km² contre 9 426 à Freetown.

Cette variation des schémas de répartition de la population s'explique par les différences d'opportunités offertes sur le plan économique et social, y compris les modes de production et la situation environnementale dans les zones écologiques. En Éthiopie, par exemple, les routes goudronnées, les aménagements hydrauliques, l'électricité et les services sociaux sont relativement concentrés sur les hauts plateaux alors qu'au Lesotho, ces infrastructures sont concentrées dans les basses terres. Dans presque tous les pays africains, les capitales nationales sont dotées d'un plus grand nombre d'équipements sociaux et économiques opérationnels que les autres zones.

De fait, la répartition de la population, les migrations internes et l'urbanisation sont pour tous les pays des sujets de préoccupation prioritaires. Outre la rapidité de l'urbanisation, la forte densité démographique et l'exode rural sont les principales difficultés auxquelles la plupart d'entre eux sont confrontés. Trente-trois s'inquiètent au premier chef de la rapidité de l'urbanisation, 28 de la densité de population et 27 de l'exode rural, et un plus petit nombre de la faible densité démographique dans certaines parties de leur territoire.

Si la densité démographique moyenne n'est pas un indicateur pointu du rapport entre la population et les ressources naturelles dont elle dispose pour survivre, il révèle le degré de pression éventuel exercé sur l'environnement. Dans certains de ces pays, le secteur agricole ressent déjà les effets de ces pressions, comme le montrent en particulier les conflits portant sur les pâtures et les terres cultivables, la réduction de la période de jachère, le surpâturage, la désertification, l'érosion des sols et la dégradation générale du milieu. Le Rapport national de l'Ouganda sur la CIPD+15 explique que la répartition de la population est un facteur clef du développement, car elle implique souvent la nécessité de trouver un équilibre entre la population et les ressources disponibles. En général, la

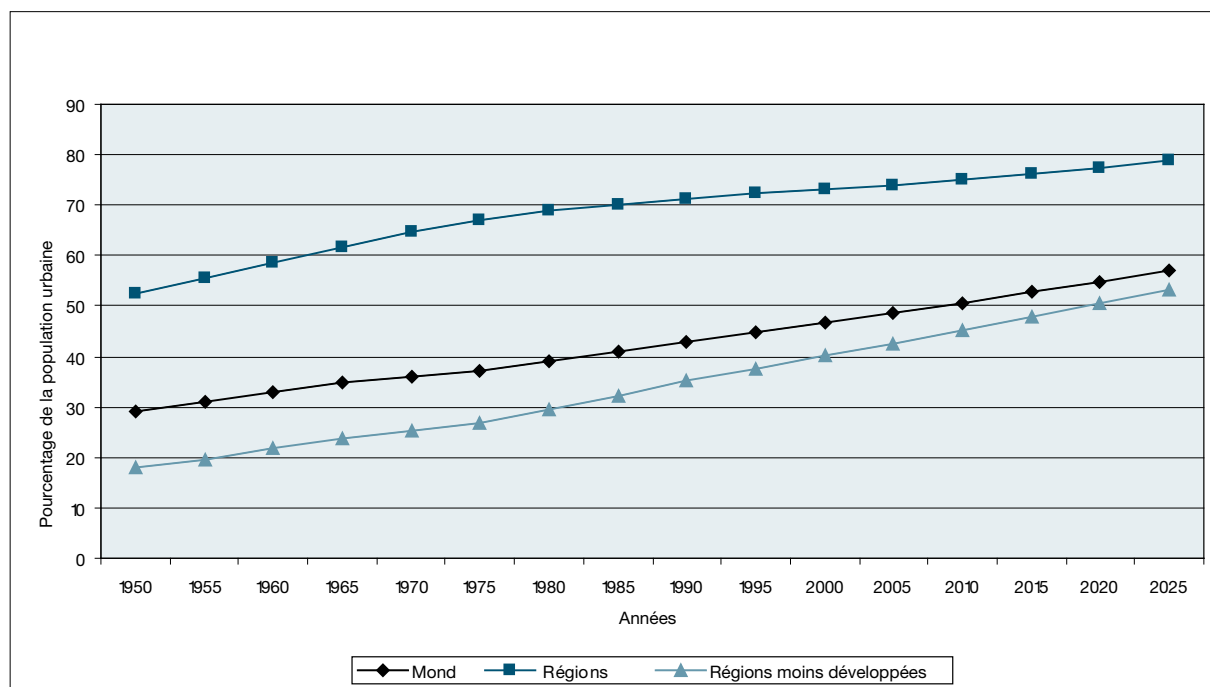
population se concentre dans les zones qui offrent des ressources et des possibilités raisonnables et fuit les zones difficiles et pauvres en ressources.

7.4 Urbanisation

La recherche a montré qu'une des caractéristiques du XXI^e siècle serait la croissance des villes dans le monde entier et que l'urbanisation exercerait une influence dominante sur le développement économique et social.

En 2008, plus de la moitié de la population mondiale vivait dans des villes moyennes ou grandes et ce chiffre devrait atteindre les 4,9 milliards d'ici à 2030. La figure 7.2 montre qu'environ 50 % de la population mondiale vivait dans des zones urbaines en 2007, pourcentage qui passera à 60,8 % en 2030.

Figure 7.2 Évolution de l'urbanisation mondiale, 1950-2030



Source: FNUAP, État de la population mondiale 2007; Nations Unies, World Urbanization Prospects, The 2003 Revision, tableau II.5

Le Rapport de 2007 sur la population mondiale (FNUAP, 2007) indique que cette évolution se fera particulièrement sentir en Afrique et en Asie. D'après les projections, la population urbaine de l'Afrique passera de 294 millions à 742 millions de personnes. Comme le montre le tableau 7.1, l'Afrique était urbanisée à 39 % en 2005 et devrait connaître le taux de croissance urbaine le plus élevé au monde, qui sera de 3,2 %.

Tableau 7.1 Indicateurs démographiques en matière d'urbanisation: monde et grandes régions

	Population totale (en millions) 2007	% de la pop. urbaine 2007	Taux de croissance de la population Urbaine en %, 2005-2010
Monde	6 615,90	50,0	2,0
Régions développées	1 217,50	75,0	0,5
PMA	5 398,40	44,0	2,5
Afrique	945,30	39,0	3,2
Asie	3 995,70	41,0	2,4
États arabes	335,00	56,0	2,8
Europe	727,70	72,0	0,1
Amérique latine /Caraïbes	576,50	78,0	1,7
Amérique du Nord	336,80	81,0	1,3
Océanie	33,90	71,0	1,3
Fédération de Russie	141,90	73,0	-0,6

Source: FNUAP, État de la population mondiale 2007, New York

Pour la période 2005- 2010, des pays comme le Burundi (6,8 %), le Libéria (5,7 %), l'Érythrée (5,4 %), le Malawi (5,2 %), la République démocratique du Congo (5,1 %) et le Burkina Faso (5,0 %) devraient enregistrer de forts taux de croissance urbaine. De même, au cours de cette période, un assez grand nombre de pays africains, comme l'Angola, le Bénin, l'Éthiopie, le Kenya, le Mali, le Mozambique, le Niger, l'Ouganda, le Rwanda, la Somalie, le Soudan, la Tanzanie, le Tchad et le Togo connaîtront des taux de croissance urbaine supérieurs à 4,0 % par an. À part quelques pays dont le taux de croissance urbaine sera inférieur à 2,0 % par an, tous les autres pays africains se situeront dans la fourchette comprise entre 2,0 % et 3,9 %. Tous devraient connaître un taux de croissance annuel de leur population urbaine bien supérieur à celui du total de leur population.

Il importe de souligner que la taille et la croissance des zones urbaines ne sont pas uniformes dans chaque pays. Cela est particulièrement évident dans des pays à forte population comme l'Afrique du Sud, l'Égypte, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Maroc, le Nigéria, le Soudan et la Tanzanie. En Afrique du Sud, par exemple, la taille de ces zones et le niveau d'urbanisation varient énormément d'une province à l'autre. L'urbanisation atteint son apogée dans les grandes zones métropolitaines constituées de Pretoria, de Johannesburg et de Vereeniging. Viennent ensuite les deux zones métropolitaines de Durban et du Cap. Au Lesotho, les centres urbains situés dans les basses terres, notamment ceux dans lesquels sont implantées les usines textiles, se développent plus rapidement que ceux qui sont situés sur les hauts plateaux.

Le Rapport de 2007 sur l'état de la population mondiale du FNUAP indique qu'en Afrique se trouvent huit des 15 pays dont plus de la moitié de la population urbaine vit en dessous du seuil de pauvreté (Angola, Madagascar, Malawi, Mozambique, Niger, Sierra Leone, Tchad et Zambie). Il souligne aussi que bien d'autres pays feraient partie de ce groupe si leur définition du seuil de pauvreté prenait en compte le coût réel des produits de première nécessité autres qu'alimentaires dans les zones urbaines.

Soixante-douze pour cent de la population des centres urbains en rapide expansion d'Afrique subsaharienne vit dans des taudis où elle n'a que très peu accès à des aménagements ou à des services. Dans cette même sous-région, la population rurale est moins bien dotée en services de santé en matière de procréation que la population urbaine. Néanmoins, dans les zones urbaines, les citadines pauvres, en particulier celles qui habitent des taudis, connaissent des risques plus élevés dans ce domaine que les autres. Un plus grand nombre de personnels qualifiés lors des accouchements et un accès plus facile aux soins obstétricaux d'urgence expliquent pourquoi la mortalité maternelle est généralement plus faible dans les zones urbaines. Toutefois, les femmes pauvres des villes ont moins de chances d'accoucher avec l'aide de personnel qualifié en obstétrique. Le Rapport de 2007 sur l'état de la population mondiale du FNUAP souligne que seules 10 % à 20 % des femmes accouchent en présence de personnel sanitaire qualifié dans les bidonvilles du Kenya, du Mali, de l'Ouganda et du Rwanda, contre 68 % à 86 % dans des zones urbaines autres que des taudis. En ville, le risque et la prévalence du VIH/sida sont plus élevés que dans les zones rurales alentour. Vingt-cinq pour cent de l'épidémie totale de VIH en Afrique de l'Est et en Afrique australe se concentrerait dans 14 grandes zones métropolitaines comptant chacune plus d'un million d'habitants. Dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et centrale, 25 grandes villes concentrent 20 % à 25 % de l'épidémie.

La rapidité de l'urbanisation en Afrique présente à la fois des difficultés et des opportunités de changements socioculturels et de développement. Par ailleurs, les rapports qu'entretiennent constamment les citadins avec les habitants des campagnes pourraient contribuer à propager les vecteurs du changement social sur le continent. Cependant, la marginalisation, assortie de crises d'identité et de sentiments de frustration, notamment chez les pauvres, alimente la violence et l'insécurité dans les zones urbaines du continent. Cela est particulièrement le cas de villes comme Lagos, Nairobi, Johannesburg ou Pretoria, où la sécurité des individus et des communautés est devenue un grave sujet de préoccupation.

Même si l'urbanisation a un effet multiplicateur sur le statut socio-économique des femmes, les Africaines ont plus de chances de trouver un emploi dans le secteur informel. Alors que les citadines peuvent dans une certaine mesure jouir de quelques libertés, elles risquent également de subir diverses formes de violence sexiste au sein du foyer comme dans les rues des grandes villes. Dans les bidonvilles, elles ont moins de chances d'obtenir des services de qualité et sont souvent surchargées de travaux domestiques. Des sources publiées que cite le Rapport de 2007 sur l'état de la population mondiale du FNUAP indiquent qu'une étude partielle des budgets-temps portant sur 10 sites d'Afrique de l'Est a révélé que le temps d'attente pour avoir de l'eau était passé de 28 minutes par jour en 1967 à 92 en 1997. Toujours d'après ce rapport, les difficultés matérielles et la perte de temps viennent moins des longues distances à parcourir depuis la source d'approvisionnement que du grand nombre de personnes qui doivent utiliser la même source. Le plus souvent, ce sont en grande majorité les femmes et les filles qui supportent les efforts physiques et la perte de temps que ces tâches entraînent.

L'urbanisation permet aux filles d'avoir davantage accès à l'éducation et favorise l'acceptation au plan culturel de leur droit à l'éducation. Toutefois, en Afrique, elles sont souvent retirées de l'école pour contribuer aux tâches ménagères ou se marier. Dans des pays d'Afrique subsaharienne comme le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Guinée ou le Mali, seule la moitié des filles d'âge scolaire sont inscrites dans des écoles en ville. Dans la plupart des autres pays, entre 20 % et 30 % des filles vivant dans des taudis ne sont pas scolarisées.

Le profil démographique des villes africaines se caractérise par une forte augmentation de la population jeune qui est particulièrement importante dans les populations des taudis. Ce phénomène démographique a des retombées plus larges sur le milieu urbain, qui devient ainsi le moteur du développement du pays. Les zones urbaines d'Afrique devraient connaître la transition démographique avant les zones rurales, ce qui les rendra plus à même de tirer parti du bonus démographique qui s'ensuivra si les investissements nécessaires sont faits dans l'éducation et l'autonomisation des jeunes citadins.

D'après les prévisions, la rapidité de la croissance urbaine, associée aux effets de la variabilité et du changement climatiques, devrait avoir de graves conséquences sur l'hygiène du milieu dans les tropiques, ce qui ne manquera pas de compromettre les moyens d'existence de la population urbaine africaine. Selon des sources citées par le Rapport de 2007 sur l'état de la population mondiale du FNUAP, l'élévation du niveau des mers provoquée par le changement climatique et ses conséquences éventuelles pour les zones urbaines implantées sur les côtes constituent une perspective alarmante. D'après ce rapport, l'Afrique est l'un des continents ayant le plus fort pourcentage de la population urbaine vivant dans des zones côtières, ce qui s'explique par son passé colonial. Douze pour cent de la population urbaine du continent vit dans des zones côtières de faible altitude, qui seront vraisemblablement les plus touchées par la hausse du niveau des mers.

Bien que les centres urbains soient notoirement connus pour leur très grande pauvreté, l'augmentation du nombre de taudis et de graves troubles sociaux, le processus d'urbanisation de l'Afrique est inévitable et absolument irréversible. Par ailleurs, les centres urbains africains continueront d'être surtout constitués de petites villes et d'être le centre de pratiquement toutes les grandes transformations survenant sur le plan économique et social, démographique et environnemental. Ils ne peuvent donc qu'exercer une énorme influence sur la croissance économique et le développement durable, la réduction de la pauvreté et la stabilisation de la population. Qui plus est, ils seront toujours composés dans une large mesure d'indigents. De fait, à mesure que la structure de la population évoluera, il faudra de plus en plus tenir compte des besoins des jeunes, notamment.

Les rapports nationaux sur la CIPD+15 montrent que les pays africains sont inquiets de la rapidité de l'urbanisation, car celle-ci est associée à plusieurs problèmes tels que l'extension des taudis, la pauvreté urbaine, la criminalité, une consommation de drogue de plus en plus importante, une forte pression sur les services sociaux et les infrastructures - notamment dans le secteur de la santé, du logement, de l'éducation et des transports - et un fort taux de chômage. Le Rapport national de l'Ouganda sur la CIPD+15 résume cet état d'esprit de la façon suivante:

«Ce mouvement vers l'urbanisation entraîne un grave problème, à savoir que la croissance et le développement des infrastructures matérielles de base dans les zones urbaines, comme le logement et les aménagements sociaux, ne suivent pas l'augmentation de la population urbaine, ce qui a donné naissance à des fléaux sociaux: surpopulation, multiplication des habitats spontanés, dégradation des logements, état déplorable des services d'assainissement, chômage urbain, augmentation de la charge qui pèse sur les services sociaux en place, et mauvaise gestion des villes en général.»

Les décideurs ont souvent négligé le cœur même du problème en ne tenant pas compte des besoins des citadins pauvres et en décourageant les migrations internes. Négliger la question des pauvres

n'a fait qu'accélérer le développement de taudis et aggraver les conditions d'hygiène déplorable des villes. Concernant la migration, force est de constater que la croissance urbaine est plutôt le produit de l'accroissement naturel de la population que celui de la migration. Les tentatives faites pour lutter contre l'exode rural sont contraires aux droits individuels et freinent le développement dans son ensemble. Malaisées à mettre en œuvre, elles sont souvent inefficaces et n'ont jamais donné de véritables résultats.

7.5 Migrations internes

Le phénomène des migrations internes est un facteur d'une extrême importance pour la répartition et la recomposition démographiques en Afrique et aussi un élément déterminant de l'urbanisation de plus en plus poussée du continent. Toutefois, les données dont on dispose portent à croire que ce n'est pas la migration nette mais l'accroissement naturel de la population qui est le facteur prépondérant de l'accélération de l'urbanisation que connaissent de nombreux pays. Cette nouvelle tendance se confirme en Afrique du Sud et au Ghana. Le Rapport national du Ghana indique que si l'on en croit les résultats du recensement de la population et du logement de 2000, la migration a contribué pour 54,5 % au phénomène d'urbanisation entre 1960 et 1970 avant de redescendre à 25 % entre 1970 et 1984, puis de remonter légèrement pour s'établir à 37,4 % entre 1984 et 2000. Le rapport de l'Afrique du Sud montre que même si l'exode rural est et sera toujours une forte composante de l'urbanisation, c'est l'accroissement naturel de la population et non la migration qui est principalement à l'origine de la croissance de la population urbaine du pays.

Les rapports nationaux, par ailleurs, font apparaître la place prépondérante qu'occupe l'exode rural dans la dynamique d'urbanisation du continent. En Namibie, par exemple, le rapide taux de croissance de la population urbaine est attribué en grande partie aux vagues d'exode rural qui ont suivi l'indépendance et qui se poursuivent en raison de l'attrait exercé sur les habitants des campagnes par le travail à la ville et la vie citadine moderne. De même, en Tanzanie, du fait de l'exode rural, les taux de croissance de la population dans les zones urbaines seraient plus du double de ce qu'ils sont dans les zones rurales. Au Mozambique, le Gouvernement s'est dit inquiet de l'exode rural, phénomène qui compromet l'avenir de l'économie. Dans son rapport, ce pays notait que l'un des aspects les plus préoccupants de l'exode rural est la « fuite » des rares représentants des professions intellectuelles et libérales et du petit nombre de jeunes qui constituent une main-d'œuvre compétente, très demandée dans leur lieu d'origine. Au Lesotho également, même si les migrations internes se sont déplacées des districts des hauts plateaux vers ceux des basses terres, les principales régions d'accueil sont les zones urbaines de Maseru et de Leribe.

En général, la migration interne en Afrique se caractérise avant tout par un mouvement des zones rurales vers les zones urbaines, surtout vers les capitales et les grands centres urbains industriels et commerciaux. On peut également observer des mouvements de population de ville à ville dans certaines parties du continent. Au Soudan, les déplacements entre zones urbaines étaient, en 1993, de 37,5 % du total des déplacements; les déplacements de zones rurales à zones urbaines de 30,5 %, bien qu'il y ait aussi eu des déplacements non négligeables entre zones rurales. Alors que l'exode rural était déjà une caractéristique au Malawi, l'élévation de la municipalité de Mzuzu au rang de ville a amplifié les déplacements interurbains.

En Ouganda, même si l'exode rural est le plus important, les conflits sociaux, notamment dans la région du Nord et, dans une moindre mesure, dans celle de l'Est ont forcé les populations à quitter leur village pour rejoindre des camps de déplacés principalement situés dans des zones urbaines, tandis que d'autres fuyaient plus loin pour rejoindre les districts voisins et notamment les zones urbaines. Dans la zone sahélienne de l'Afrique de l'Ouest, des sécheresses récurrentes aggravent la vulnérabilité des populations, dont les moyens d'existence sont constamment menacés par les conflits.

Une urbanisation rapide est aussi le signe que les zones rurales perdent capital humain et ressources au profit des centres urbains. Dans ce cas, le développement rural pose un vrai problème à la plupart des pays africains, tout comme il leur est difficile de trouver de la main-d'œuvre pour l'agriculture et la production de denrées alimentaires. En fait, de nombreux pays connaissent une fuite des cerveaux «à l'intérieur du pays», en particulier en provenance des régions rurales, comme l'indique le Rapport national du Mozambique sur la CIPD+15.

7.6 Mesures prises par les gouvernements

Bien que la plupart des pays aient indiqué ne pas avoir mis en place de politiques spécifiques concernant la répartition de la population, l'urbanisation et la migration interne, ils ont pris toute une série de mesures pour s'attaquer à bon nombre des problèmes liés à ces questions. Parmi celles-ci figurent l'élaboration d'un cadre national en faveur du développement régional et d'une stratégie politique de développement urbain qui mobilise des ressources internationales pour développer les infrastructures urbaines, stimuler la productivité agricole et augmenter le revenu des agriculteurs tout en offrant des formations devant déboucher sur des emplois non agricoles pour retenir la main-d'œuvre dans les zones rurales. Les stratégies de décentralisation des systèmes administratifs et d'allocation de ressources au niveau des sous-régions ont été privilégiées, car elles permettent de répondre aux préoccupations en matière de répartition démographique.

La plupart des pays ont pris des mesures pour encourager le développement rural dans le cadre de stratégies globales pour répondre à ces préoccupations. Là encore, plus de 90 % des pays ont accordé la préférence à la décentralisation des systèmes administratifs. Parmi les autres mesures très prisées, on notera la garantie de l'accès à des facilités de crédit, l'affectation de ressources à des institutions sous-nationales et la mise en place de projets générateurs de revenus en zones rurales.

Concrètement, le Gouvernement du Malawi a pris certaines dispositions pour résoudre le problème de l'exode rural en adoptant la stratégie de développement et de croissance du Malawi, qui promeut la décentralisation et la démocratisation. Certaines mesures mises en place recouvrent notamment des projets à forte intensité de main-d'œuvre, des formations à des métiers non agricoles, l'amélioration du transport rural, des systèmes de communication et des services sociaux, la décentralisation des systèmes administratifs et la conception de projets créateurs de revenus, un accès plus facile à la terre et l'amélioration du régime foncier, de l'accès à l'eau et à des facilités de crédit.

Le logement est la raison la plus couramment avancée pour expliquer la migration interne aux Seychelles et notamment vers Mahé. Pour remédier à cette situation, le Gouvernement a lancé le complexe résidentiel de l'île Persévérance.

Aucun pays d'Afrique n'a adopté de politique visant à maintenir le niveau actuel de migration vers les villes. Leur but premier est au contraire de décentraliser et d'appliquer d'autres stratégies de développement propres à retenir les populations dans les zones rurales. Ainsi, pour faire pièce à l'exode rural vers les pays limitrophes et les centres urbains, le Gouvernement mozambicain a par exemple adopté, en septembre 2007, une stratégie de développement rural reposant sur la décentralisation et l'affectation de ressources aux niveaux sous-régionaux et visant notamment à promouvoir et à développer l'emploi non salarié, les possibilités d'emploi et les activités économiques en zones rurales (Ministère de la planification et du développement, 2007).

Au Ghana, le Ministère de l'administration locale et du développement rural contribue, avec les assemblées de district, municipales et métropolitaines, à assurer un véritable développement rural afin de ralentir l'exode rural. Des fonds en faveur du développement rural et de la réduction de la pauvreté ainsi que d'autres initiatives soutenues par des donateurs ont été créés à cet effet. En Éthiopie, afin de conserver des emplois productifs à la main-d'œuvre rurale, le Gouvernement a organisé diverses activités pour encourager la productivité agricole et augmenter le revenu des exploitants.

Les pays n'ayant instauré ni politique ni mesure pour répondre aux préoccupations en matière de répartition démographique ont avancé, entre autres raisons, le caractère limité de leurs ressources humaines et financières, le fait que la répartition démographique n'est pas pour eux une priorité et la crainte de troubles civils. Ces pays font donc preuve d'un manque d'engagement politique en faveur de la résolution des problèmes de répartition démographique.

7.7 Réaliser les OMD

Le Rapport de 2007 sur l'état de la population mondiale du FNUAP relève que le combat engagé pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement consistant à réduire de moitié, d'ici à 2015, l'extrême pauvreté se déroulera dans les taudis de la planète. Selon ce rapport, en effet, les villes sont à même de réduire la pauvreté mais cette possibilité est souvent négligée au détriment des citadins et du développement national. C'est dans cette optique que les pays africains devraient reconsidérer leur stratégie de gestion et de développement des villes à la lumière des faits incontestables montrant le rôle positif que l'urbanisation peut jouer dans le développement économique et social. Les villes, qui sont les pôles de la croissance économique dans la plupart des pays et comptent une proportion de la population nationale et de la production économique sans commune mesure avec leur taille, disposent de plus de moyens que les zones rurales pour réduire la pauvreté. Pour répondre aux besoins de populations urbaines de plus en plus nombreuses, les gouvernements devraient favoriser le développement urbain et rural et contribuer ainsi à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Cible 7.D de l'OMD 7: «Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis». Cette cible n'est applicable à aucun pays, car aucun pays du continent ne compte au moins 100 millions d'habitants de taudis. Il n'en reste pas moins que la plupart des pays d'Afrique s'efforcent de satisfaire les besoins de ce segment de la population. Selon le Rapport de suivi des OMD (2005) de l'Afrique du Sud, par exemple, entre 1996 et 2001, le pourcentage de ménages vivant dans des bidonvilles a diminué, passant de 32 % à 28 %, tandis que la proportion de la population urbaine vivant dans les mêmes conditions passait de 27 % à 25 %.

Chapitre 8

8. Migrations internationales

8.1 Introduction

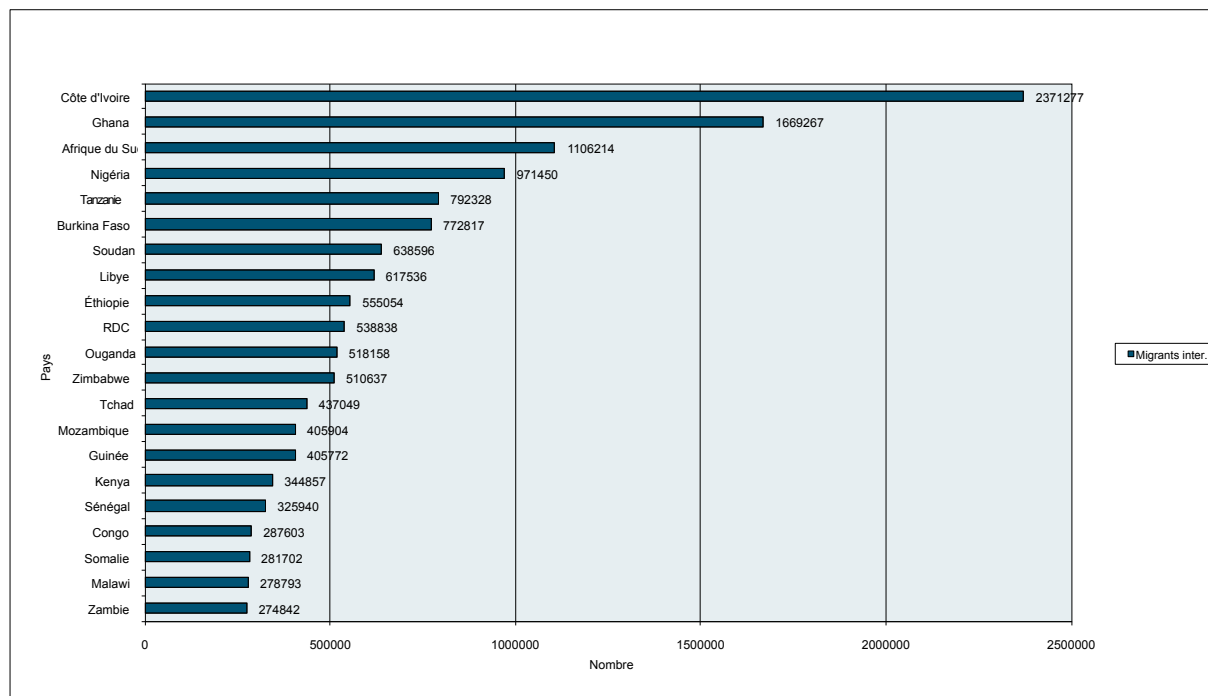
Le Programme d'action de la CIPD reconnaît l'importance des migrations internationales pour le développement et invite, par conséquent, les pays d'origine et d'accueil à prendre des mesures en faveur des migrants légaux et illégaux, des réfugiés, des demandeurs d'asile et des personnes déplacées à l'extérieur de leur pays. Le Programme accorde une importance particulière au respect des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles. Les États sont vivement encouragés à prendre les sanctions qui s'imposent à l'encontre des personnes qui organisent la migration clandestine et en tirent profit, et de celles qui pratiquent la traite des personnes.

Les migrations internationales ne font pas partie des Objectifs de la Déclaration du Millénaire mais on reconnaît que chaque OMD a un lien direct ou indirect avec la migration. Après avoir analysé le lien qui existe entre les OMD et les migrations internationales, le FNUAP (2006) est parvenu à la conclusion suivante: les migrations internationales constituent à la fois un atout et une contrainte pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Le présent chapitre n'examinera pas les OMD sous l'angle des migrations internationales puisqu'il n'y a pas de cibles correspondantes à suivre.

8.2 Situation et schémas des migrations internationales

Pour la présente étude, les données sur les migrations internationales ont été compilées à partir des rapports nationaux et des réponses des pays à un questionnaire de base, administré dans le cadre du processus d'évaluation régionale de l'Afrique, CIPD+15. En Afrique, le nombre de personnes concernées par les migrations internationales est passé d'environ 16,5 millions en 2000 à environ 17 millions en 2005 – soit une hausse d'un demi-million en cinq ans. Avec un taux de croissance exponentiel de 0,7 %, les migrations internationales concernent environ 22,6 millions de personnes sur le continent en 2009. La situation et les tendances de ce type de migration varient considérablement d'un pays à l'autre. La figure 8.1 ci-après présente les pays les plus touchés par les migrations internationales (avec 274 000 migrants internationaux ou plus en 2005). Ces pays, au nombre de 21, accueillent 82,6 % du nombre total de migrants internationaux en Afrique.

Figure 8.1 Pays ayant accueilli 274 000 migrants internationaux ou plus en 2005



Dans leur grande majorité, les migrants internationaux sont originaires de pays voisins. En Côte d'Ivoire par exemple, ils sont pour la plupart originaires du Burkina Faso, du Liberia, du Mali et d'autres pays voisins tandis qu'en Ouganda, ils viennent principalement du Burundi, de la République démocratique du Congo, du Kenya, du Rwanda, du Soudan et de Tanzanie (voir le tableau 8.1), qui sont des pays limitrophes. La République sud-africaine n'échappe pas non plus à cette tendance.

Tableau 8.1 Répartition en pourcentage des nouveaux migrants en Ouganda, par sexe et par pays d'origine (2008)

Pays d'origine	Pourcentage de migrants		
	Hommes	Femmes	Total
Soudan	39,3	37,4	38,3
Rép dém. du Congo	18,5	21,5	20,1
Rwanda	16,5	16,3	16,4
Kenya	8,5	10,9	9,7
Tanzanie	6,8	6,6	6,7
Burundi	5,0	3,5	4,2
Autres pays africains	1,0	0,8	0,9
Reste du monde	4,7	2,9	3,8
Total	100	100	100

Source: Rapport national de l'Ouganda

Les schémas des migrations internationales sont liés à un large éventail d'activités, économiques ou autres. Ainsi, selon le Rapport national du Malawi, «il y avait, au total, 416 cadres étrangers qui travaillaient dans le pays au cours de la période 2000-2002» (Ministère de l'emploi et du développement social, 2005). La plupart des travailleurs migrants étaient des cadres et, dans une moindre mesure, des employés d'institutions religieuses. Certains Malawites sont revenus dans leur pays pour fuir les agressions à caractère xénophobe en Afrique du Sud » (Rapport national du Malawi).

Les pays voisins sont pourvoyeurs de main-d'œuvre dans des secteurs clefs tels que l'agriculture, le secteur minier et le bâtiment. Comme on le sait, le secteur minier en Afrique du Sud, au Botswana et en Tanzanie a de tout temps attiré des travailleurs du Lesotho, du Malawi, du Mozambique, de Zambie et du Zimbabwe. Toutefois, ces pays ont fait état d'une tendance à la baisse des migrations vers le secteur des mines. Le Lesotho, le Malawi et le Mozambique ont indiqué une baisse du nombre de leurs ressortissants allant travailler dans les mines en Afrique du Sud. À cela, il y a plusieurs raisons:

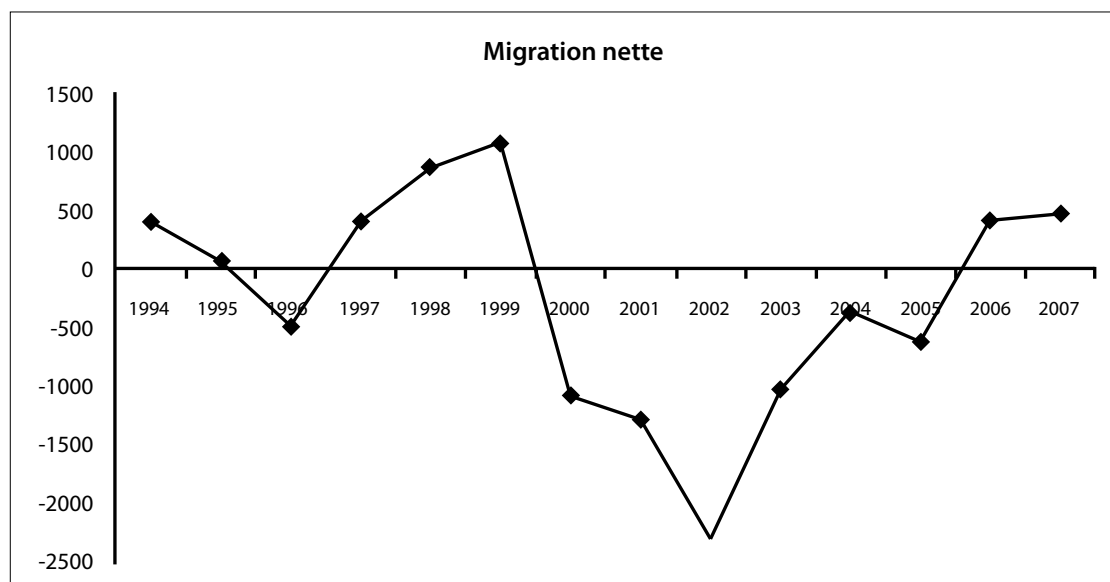
- a. Les nouvelles lois sur l'immigration adoptées par l'Afrique du Sud, qui fixent les quotas de travailleurs étrangers que chaque société est autorisée à employer, dans le but d'encourager le recrutement de la main-d'œuvre locale;
- b. La fermeture de certaines mines d'or dont les réserves sont épuisées;
- c. Le vieillissement des mineurs;
- d. Le taux de mortalité élevé dû au VIH/sida et à d'autres maladies.

Le développement de l'Afrique attire de plus en plus de travailleurs d'autres continents, notamment d'Asie. Les secteurs des mines, de l'énergie et du bâtiment emploient de plus en plus de travailleurs indiens, chinois et philippins. Par exemple, au Soudan, le nombre de permis de résidence délivrés à des étrangers n'a cessé d'augmenter depuis 2000, passant de 31 686 en 2000 à 53 449 en 2007. Au premier semestre de 2008, environ 8 298 visas de travail ont été délivrés par le Soudan, dont la majorité (4 028 soit 48,5 %), à des cadres et pour des emplois hautement qualifiés (ingénieurs, par exemple) (Rapport national du Soudan).

Au début 2008, il y avait 8 000 travailleurs étrangers aux Seychelles. Ce pays délivre des permis de travail de courte et de longue durée. Le premier type concerne habituellement les techniciens spécialisés et les travailleurs du bâtiment. Au cours des cinq dernières années (2003-2008), l'investissement dans le développement du tourisme a considérablement augmenté et s'est traduit par la construction de nombreux hôtels cinq étoiles, entraînant un afflux de travailleurs du bâtiment asiatiques pour pallier le manque de main-d'œuvre dans ce secteur (Rapport national des Seychelles).

La figure 8.2 montre que dans ce pays, les migrations internationales ont été principalement caractérisées, de 2000 jusqu'à une date récente, par une émigration nette, ce qui a permis, en général, de maintenir le taux de croissance démographique à des niveaux très faibles.

Figure 8.2 Migration nette aux Seychelles: 1994-2007



8.3 Émigration en provenance d'Afrique: «la fuite des cerveaux»

Dans leur majorité, les pays se sont dits préoccupés par la fuite des cerveaux et ses conséquences sur le développement. La plupart d'entre eux font état en particulier du départ d'Africains talentueux et qualifiés vers l'Australie, les États du Golfe, les États-Unis d'Amérique et l'Europe, ce qui opère une ponction sur les maigres ressources humaines. À en croire les rapports nationaux, ce phénomène a des effets directs sur des secteurs spécifiques tels que la santé et l'éducation.

Ainsi, au Malawi, des cadres et des personnes qualifiées ont émigré vers d'autres pays d'Afrique australe et des pays développés (Australie, États-Unis d'Amérique et Royaume-Uni). Si l'on considère uniquement la période 2000-2005, plus de 300 infirmiers et infirmières sont partis pour l'Europe. Cependant, grâce à l'adoption de mesures incitatives et de politiques de préférence nationale en matière d'emploi, le nombre de professionnels de la santé qui s'expatrient a considérablement baissé. Au nombre des mesures incitatives, on peut citer l'amélioration des conditions générales d'emploi de cette catégorie de travailleurs (Rapport national du Malawi).

Le phénomène de l'émigration a été, en général, sous-estimé. Entre 1989 et 1997, environ 233 000 Sud-Africains ont émigré vers l'Australie, le Canada, les États-Unis d'Amérique, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. D'après les statistiques officielles, 82 811 personnes ont émigré pendant cette période. Selon l'OCDE (2006), 47,9 % des 342 947 migrants qui résidaient dans les pays membres de cette organisation étaient des personnes hautement qualifiées. Leur départ a donc eu de graves conséquences sociales, économiques et politiques.

D'après le Rapport national de l'Afrique du Sud, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée se poursuivra et il y aura toujours pléthore de main-d'œuvre non qualifiée. Cette situation continuera de peser sur l'économie du pays et aura des effets sur sa compétitivité en général.

8.4 Migration de retour

La migration de retour est un phénomène qui prend de l'ampleur dans de nombreux pays africains. Ce type de migration prend essentiellement deux formes : premièrement, le retour de réfugiés dans leur pays d'origine, notamment après la fin de conflits et deuxièmement, le retour de ressortissants qualifiés et de cadres après un séjour hors du continent. Cette dernière tendance est née de la crise financière qui a frappé les pays d'accueil. Certains pays ont signalé qu'un nombre croissant de leurs ressortissants vivant à l'étranger revenaient dans leur pays. Ainsi, des Ghanéens, des Nigériens et des Soudanais qui travaillaient à l'étranger regagnent actuellement leur pays d'origine.

La migration de retour est en partie due aux politiques délibérément mises en œuvre par les États pour inciter leurs ressortissants à revenir investir dans leurs pays d'origine. Au nombre des politiques, on peut citer : des mesures incitatives telles que l'exonération des droits de douane, la mise à disposition de terrains pour la construction de logements, la mise en relation des migrants qui sont cadres et qualifiés avec les institutions appropriées dans le pays. Dans certains pays, des mesures particulières ont été prises pour modifier la législation, et élaborer et mettre en œuvre des programmes visant à permettre aux ressortissants de retour de s'intégrer dans les communautés d'accueil. Les exemples ci-après, extraits des rapports nationaux, illustrent les mesures prises par certains gouvernements.

Éthiopie

Le gouvernement a pris des mesures visant à mettre les migrants internationaux en rapport avec les institutions d'enseignement supérieur afin de favoriser le transfert de connaissances et de compétences. Diverses facilités ont été accordées aux ressortissants de retour pour leur permettre d'investir dans leur pays. Les rapatriés peuvent rapporter leurs effets personnels sans payer de droits de douane et des milliers d'entre eux ont bénéficié de cette disposition. Les pouvoirs publics encouragent les membres de la diaspora à franchir le pas, leur fournissent des informations et les aident à investir (Rapport national de l'Éthiopie).

Lesotho

La fuite des cerveaux, en particulier des professionnels de la santé, est devenue un problème majeur. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le Lesotho est le troisième pays ayant le taux de prévalence du VIH le plus élevé au monde. Le gouvernement s'efforce de créer des conditions de travail favorables afin d'inciter les ressortissants travaillant à l'étranger à revenir dans leur pays. Les infirmiers et infirmières sont encouragés à revenir en raison de la pénurie de travailleurs de cette catégorie, situation aggravée par le fort taux de prévalence du VIH/sida dans ce pays (Rapport national du Lesotho).

Malawi

L'émigration des différentes catégories professionnelles vers d'autres pays s'est traduite par une pénurie de main-d'œuvre qualifiée et expérimentée dans divers secteurs de l'économie du pays. Pour

résoudre ce problème, les pouvoirs publics ont pris un certain nombre de mesures visant à améliorer les conditions de travail dans le pays afin de les rendre plus concurrentielles et plus attrayantes. À partir du milieu de l'année 2000, le gouvernement a mis en œuvre des politiques efficaces dans les domaines de l'économie et de l'investissement. Ces politiques ont permis d'améliorer les résultats économiques et d'encourager l'investissement par les nationaux et les étrangers. Des mesures ont été également prises pour limiter ou réduire l'émigration de personnes travaillant dans des secteurs spécifiques. Par exemple dans le secteur de la santé, le gouvernement, en collaboration avec le DIFD a adopté un certain nombre de mesures visant à encourager les professionnels de la santé à ne pas s'expatrier (Rapport national du Malawi).

8.5 Migration clandestine

Pour plusieurs pays, la migration clandestine constitue un grave problème, même si on dispose de très peu de statistiques sur ce type de migrations internationales. En outre, peu d'analyses ont été faites sur ce phénomène, essentiellement à cause du manque de moyens.

La migration clandestine a pris beaucoup d'ampleur dans les régions australe, occidentale et septentrionale de l'Afrique. Les pays qui accueillent un grand nombre de migrants clandestins sont l'Afrique du Sud, le Botswana, la Libye, le Maroc, le Sénégal et le Soudan. Malgré la suppression des visas en 2005, conformément au Protocole de la SADC sur le libre échange et la libre circulation des biens et des personnes, les pays de cette région font état de la présence d'un nombre croissant de migrants clandestins sur leur territoire. En Afrique du Sud, la majorité des migrants clandestins viennent du Mozambique et du Zimbabwe et les autres, d'Éthiopie, du Nigéria et de Somalie.

La présence en Afrique du Sud de clandestins originaires du Mozambique, du Zimbabwe et d'autres pays de la région est une source de préoccupation et a récemment donné lieu à des réactions xénophobes: un nombre croissant de Sud-Africains perçoivent les migrants originaires des autres pays africains comme une menace pour leur bien-être économique et considèrent qu'ils sont responsables de l'augmentation des crimes avec violence perpétrés dans le pays, en particulier en 2008.

Certains États offrent des leçons intéressantes en matière de traitement des problèmes liés aux migrants clandestins. C'est le cas de l'Éthiopie et de la Tanzanie, qui tentent d'apporter une réponse à ces problèmes en donnant des informations utiles sur les risques liés à la migration clandestine et en procédant au renforcement des capacités dans le domaine de la gestion des migrations.

En ce qui concerne la ratification et la mise en œuvre des conventions et protocoles relatifs à la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles, 16 pays sur 40 les ont ratifiés tandis que 11 les mettent déjà en œuvre. Sur les 40 pays ayant répondu au questionnaire, 14 ont déclaré avoir mis en œuvre la Convention des Nations Unies contre le crime organisé transnational ainsi que ses protocoles additionnels (à savoir le Protocole sur le trafic illicite des migrants par terre, air et mer et le Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants). Les États ont, par ailleurs, indiqué qu'ils avaient adopté des mesures afin de relever les défis posés par les migrations internationales. Au nombre de ces mesures figurent la formulation et l'examen des politiques, la restructuration des institutions, l'élaboration de programmes appropriés, la sensibilisation et les partenariats.

Chapitre 9

9. Situation de crise et préparation aux situations d'urgence

9.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD invite tous les États à adopter des mesures collectives en vue, d'une part, d'alléger les souffrances des enfants pendant les conflits armés et autres catastrophes et, d'autre part, de favoriser la réinsertion des enfants victimes de ces conflits et catastrophes. Il est également demandé aux États: a) de fournir une protection et une assistance adéquates aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et de trouver une solution aux causes profondes de leur déplacement afin de les prévenir et, si nécessaire, de faciliter le rapatriement ou la réinstallation de ces personnes; b) de mettre un terme à toutes les formes de migration forcée, notamment au «nettoyage ethnique». En ce qui concerne le cas particulier des réfugiés, des demandeurs d'asile et des personnes déplacées, le Programme d'action invite également les pays: a) à réduire les tensions qui sont à l'origine des mouvements et des déplacements des réfugiés en luttant contre leurs causes profondes à tous les niveaux et en mettant en œuvre des mesures préventives appropriées; b) à rechercher et à mettre en œuvre des solutions durables à la détresse des réfugiés et des personnes déplacées; c) à offrir une protection et une assistance digne de ce nom aux réfugiés, en accordant une attention particulière aux besoins et à la sécurité physique des femmes et des enfants; d) à lutter contre l'affaiblissement du droit d'asile et e) à proposer aux réfugiés et aux personnes déplacées des services sanitaires, éducatifs et sociaux.

Le Programme d'action demande à tous les États de prendre des mesures visant à s'attaquer aux causes des conflits et des déplacements, de mettre en place les mécanismes nécessaires pour protéger et aider les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays; de prendre des mesures en vue de fournir des services – soins de santé primaires, santé de la procréation et planification familiale – aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et aux réfugiés; de s'efforcer, conformément aux conventions et chartes en vigueur, de trouver des solutions durables aux problèmes des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.

Aucun objectif ou cible du Millénaire pour le développement ne se rapporte aux conflits et aux situations de crise. Toutefois, la Déclaration du Millénaire souligne que la paix, l'harmonie et la jouissance des droits humains sont des conditions préalables au développement durable. Par conséquent, le règle-

ment des conflits ainsi que la préparation et l'intervention en cas d'urgence constituent les fondements de la réalisation desdits objectifs. Ainsi, lors du Sommet du Millénaire, l'Assemblée générale a décidé de mettre en place des mesures visant à garantir la paix, la sécurité et le développement dans le monde.

9.2 Situations de crise dans les pays africains

Il ressort des rapports nationaux que la quasi-totalité des pays africains a été touchée par des catastrophes naturelles ou causées par l'homme. Même s'il s'agit pour l'essentiel de catastrophes naturelles provoquées par des phénomènes écologiques, de très nombreux pays sont le théâtre de conflits internes ou internationaux.

Dans sa rubrique Action sanitaire en situation d'urgence, l'OMS, au 3 juin 2009, dresse la liste de pays que l'on considère comme étant en crise ou ayant vécu une crise au cours de l'année écoulée. Quarante-sept pour cent des 32 pays énumérés se trouvent sur le continent africain. Selon ce site, la sécheresse, qui sévit actuellement dans la Corne de l'Afrique, ajoutée à la flambée des prix des denrées alimentaires et du pétrole, la pauvreté généralisée, les conflits sporadiques en cours dans certaines régions, a de graves conséquences sur la sécurité alimentaire, la disponibilité en eau et l'alimentation. Comme pour appuyer cette affirmation, le Rapport national de l'Éthiopie sur la CIPD+15 indique que la dégradation de l'environnement, notamment la déforestation, continue d'exposer les terres de cultures et de pâturage à une forte érosion. Le rapport ajoute que les sécheresses et les inondations cycliques provoquent le déplacement d'un grand nombre de personnes dans différentes régions du pays.

(<http://www.who.int/hac/crises/international/hoafrica/en/index.html>).

Pour ce qui est de la région des Grands Lacs, la rubrique mentionnée ci-dessus révèle que plus de six millions de personnes sont déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou sont réfugiées dans les pays voisins. Cette situation a aggravé la pauvreté, détérioré les moyens de subsistance et exposé un grand nombre de personnes (en particulier les femmes et les enfants) aux maladies, aux violations des droits humains et à des emplois très dangereux. La situation des femmes et des filles est particulièrement préoccupante parce que leurs droits sont systématiquement violés et parce qu'elles sont victimes de viol, d'enlèvement, de prostitution et d'enrôlement forcés. Au Sahel, la longue sécheresse, conséquence du changement climatique, est principalement responsable de la désertification, de la perte de terres agricoles et des faibles rendements. Dans une région où les conflits éclatent ça et là, cette situation favorise l'insécurité alimentaire et la persistance de la pauvreté. En Afrique australe, la forte pluviométrie de la période 2007-2008 a provoqué des inondations au Mozambique, en Zambie et au Zimbabwe, qui ont fait près de 90 000 victimes, dont 72 000 au Mozambique, environ 1 000 en Zambie et 8 000 au Zimbabwe.

Selon les divers rapports nationaux sur la CIPD+15, un certain nombre de catastrophes naturelles, notamment les inondations et les sécheresses, ont touché de très nombreuses communautés au Malawi. Au Lesotho, les pouvoirs publics ont déclaré qu'il y a, depuis 2002, des crises liées à la sécheresse et aux graves pénuries alimentaires subséquentes. De plus, la neige et les violentes tempêtes qui ont touché certaines parties du pays ont fait des victimes et détruit les moyens de subsistance de la population au Lesotho. Les tremblements de terres, les tempêtes et les inondations sont les prin-

cipales catastrophes survenues au Mozambique, qui causent souvent des pertes en vies humaines ainsi que la destruction de l'infrastructure sociale et des propriétés privées. À Maurice, ce sont les cyclones qui constituent la principale cause de catastrophes écologiques.

Concernant les conflits sur le continent, l'International Crisis Group fait sur son site Web un résumé des différents conflits qui ont lieu en Afrique. Cette organisation fait remarquer qu'une «guerre civile régionale» est en cours dans le bassin du fleuve Mano, en Afrique de l'Ouest. Conséquence de la fragilité des États et de l'effondrement des économies, ce conflit, qui est entretenu par les seigneurs de la guerre et les mercenaires régionaux, a touché la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, dans les années 90. De ce fait, ces pays continuent de rencontrer d'énormes difficultés pour reconstruire leur économie, leurs institutions et leur société ravagées par une décennie de guerre civile. L'International Crisis Group avance également, qu'en Guinée, les grèves de fonctionnaires, l'insécurité et les graves problèmes de gouvernance ont été les signes précurseurs du coup d'État militaire survenu à la fin de 2008, qui a fait entrer le pays dans une nouvelle période d'incertitude politique. Parmi les autres points chauds de la région, il y a le Nigéria qui, malgré dix ans de régime civil, affronte toujours des problèmes tels que les conflits intercommunaux localisés et ponctuels mais violents ainsi que l'éternelle crise du Delta du Niger. Le meurtre du chef d'état-major de l'armée et, par la suite, l'assassinat violent du chef de l'État de la Guinée Bissau, sont le résultat de décennies de déclin économique et institutionnel, de l'affaiblissement de l'appareil d'État et de l'utilisation du pays comme la plaque tournante du trafic de drogue. Dans la Corne de l'Afrique, l'International Crisis Group mentionne les longues crises du Soudan et de la Somalie, les problèmes internes et transfrontaliers en Éthiopie et en Érythrée et la situation au Kenya, après l'explosion des violences politiques en décembre 2007. Bien que les conflits du Burundi et du Rwanda aient perdu de leur intensité, l'Afrique centrale est toujours considérée comme une région instable du fait de la multitude de conflits violents qui font rage en République démocratique du Congo, en Ouganda, en République centrafricaine et au Tchad. Au Soudan, la crise du Darfour a provoqué le déplacement d'une population estimée à 2 millions de personnes et environ 200 000 Tchadiens sont réfugiés dans la partie occidentale de ce pays.

Au Nigéria, les conflits ethniques et religieux et la sécheresse qui sévit dans la partie nord du pays ainsi que les inondations qui se produisent dans certaines régions ont provoqué des mouvements de population. Du fait en grande partie de son environnement, la Namibie est sujette à différentes formes de catastrophes naturelles, à savoir les sécheresses, les feux de brousse et les inondations qui touchent certaines régions. L'Afrique du Sud est de plus en plus menacée par des catastrophes, dont un large éventail d'aléas climatiques tels que les sécheresses, les cyclones et les tempêtes violentes. En Ouganda, les inondations et les sécheresses (qui touchent différentes zones écologiques) et les secousses sismiques sont les principales catastrophes qui surviennent régulièrement.

En République centrafricaine, en République démocratique du Congo, dans certaines régions du Nigéria, dans la partie nord de l'Ouganda, en Sierra Leone et au Sud du Soudan, les conflits armés et l'instabilité politique font partie des principales causes des mouvements de population et des crises humanitaires. En République démocratique du Congo, plus de trois millions de personnes ont été déplacées et les femmes et les enfants sont victimes de viols, d'enlèvements et du travail forcé.

Selon le rapport de la Commission pour l'Afrique, le continent compte de loin le plus grand nombre de personnes déracinées de force dans le monde dont 13 millions de personnes déplacées dans leur propre pays et 3,5 millions de réfugiés, c'est-à-dire deux fois plus que le nombre absolu en Asie. Le tableau 9.2 montre qu'en plus des catastrophes naturelles et des problèmes écologiques, les pays ont indiqué que les conflits armés et les réinstallations forcées étaient la cause des déplacements internes. L'absence d'opportunités sur le plan économique et social est citée par un grand nombre de pays (4 %) comme étant la première cause des déplacements internes.

Selon les estimations du Haut Commissariat pour les réfugiés (HCR) (2009), l'Afrique (hormis l'Afrique du Nord) abritait, en 2008, 20 % des réfugiés dans le monde. Le nombre de réfugiés a baissé sur le continent pendant huit années consécutives à tel point que fin 2008, il y avait 2,1 millions de réfugiés, contre plus de 3,4 millions en 2000. Entre le début et la fin 2008, il y a eu une baisse de 7 % du nombre de réfugiés, du fait essentiellement de la réussite des opérations de rapatriement volontaire vers l'Angola, le Burundi, la République démocratique du Congo et le Sud du Soudan. Toutefois, la reprise des conflits armés et la situation précaire dans des pays tels que la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Soudan, ont également provoqué l'exode de plus 210 000 personnes, surtout vers le Cameroun, le Kenya, l'Ouganda et le Tchad. Avec plus de 3 300 000 réfugiés, le Tchad se classe en tête des pays qui accueillent le plus grand nombre de réfugiés en Afrique; il occupait le 6^e rang au niveau mondial, fin 2008.

Selon le rapport annuel du HCR, *Global Trends*, les 25 pays qui accueillent le plus grand nombre de réfugiés pour un dollar É.-U. de PIB par tête sont tous des pays en développement, dont 15 font partie des pays les moins avancés. Même si le Pakistan se trouve en tête de liste, avec 733 réfugiés pour un dollar É.-U. de PIB par tête (PPA), six des 10 pays qui accueillent le plus grand nombre de réfugiés pour un dollar É.-U. de PIB par tête sont africains. Ces pays sont la République démocratique du Congo (496 réfugiés pour un dollar É.-U. de PIB par tête en valeur PPA (parité de pouvoir d'achat), la Tanzanie (262), le Tchad (230), le Kenya, (211), l'Ouganda (144) et l'Éthiopie (98). Les conséquences relatives de l'accueil des réfugiés sur les pays sont manifestes, lorsque l'on fait la comparaison avec les premiers pays développés de la liste (par exemple, l'Allemagne occupe le 26^e rang avec 16 réfugiés pour un dollar É.-U. de PIB par tête en valeur PPA).

Les rapports nationaux sur la CIPD+15 révèlent que les facteurs qui sont à l'origine des déplacements de personnes sont anthropiques. Conflits armés, instabilité politique et problèmes économiques, tels sont les principales causes de l'exode des réfugiés en Afrique. Le problème des réfugiés s'explique par la mauvaise gouvernance et les politiques et les stratégies de développement peu efficaces plutôt que par des facteurs environnementaux.

9.3 Mesures prises

Les rapports nationaux révèlent que les États africains ont élaboré des politiques et promulgué des lois visant à faciliter la gestion des crises et des catastrophes sur le continent. Ainsi, la Tanzanie, le Lesotho et l'Ouganda ont déclaré avoir élaboré des politiques et des plans nationaux de gestion devant servir de cadres pour l'atténuation et la prévention des catastrophes. Des politiques environnementales spécifiques ont été mises en place en Éthiopie et en Namibie pour répondre aux préoccupations environnementales et faciliter la gestion des ressources naturelles. Pour sa part, le

Gabon a mis en place une politique en matière de gestion et d'atténuation des catastrophes liées à l'exploitation du pétrole brut.

En outre, des lois ont été promulguées par les gouvernements de différents pays africains pour mettre en place un système intégré et coordonné de gestion et surveillance des catastrophes. À titre d'exemple, on peut citer les lois intitulées *Disaster Relief Coordination Act No. 9 of 1990* (Loi n°9 de 1990 sur la coordination des secours) en Tanzanie ; *Disaster Management Act 1997* (Loi relative à la gestion des catastrophes de 1997) au Lesotho et *Disaster Management Act No. 57, 2002* (Loi sur la gestion des catastrophes de 2002) en Afrique du Sud.

Pour renforcer la gestion des catastrophes, le gouvernement sud-africain a promulgué la loi intitulée *Disaster Management Act of 2002* (Act No. 57 of 2002) (Loi sur la gestion des catastrophes ou loi n°57 de 2002), le 15 janvier 2003. Cette loi prévoit: i) une politique intégrée et coordonnée de gestion des risques de catastrophes qui privilégie la prévention; ii) la réduction des risques de catastrophes, l'atténuation de l'ampleur des catastrophes, la capacité d'intervention, l'intervention rapide et efficace en cas de catastrophes et le relèvement; iii) la création de centres de gestion des catastrophes aux échelons national, provincial et municipal; iv) les questions relatives aux volontaires qui participent à la gestion des risques de catastrophes et les questions connexes. Pour faire face aux catastrophes, le gouvernement namibien a formulé, depuis la sécheresse de 1992/1993, un certain nombre de politiques, plans et stratégies nationaux et notamment le plan d'urgence en cas de catastrophe élaboré par la Cellule de gestion des situations d'urgence du cabinet du Premier ministre; la politique et la stratégie nationale de lutte contre la sécheresse élaborée par le ministère de l'agriculture, des ressources en eau et du développement rural; le plan d'action d'urgence; la politique d'évaluation des effets sur l'environnement, la loi intitulée *Environmental Management and Assessment Bill* (Loi sur la gestion et l'évaluation de l'environnement), élaborée par le Ministère de l'environnement et du tourisme. Pour faire face aux sécheresses et aux crises alimentaires récurrentes, le Lesotho a voté la loi intitulée *Disaster Management Act 1997* (loi sur la gestion des catastrophes de 1997). Le gouvernement a également élaboré le plan national de gestion des catastrophes ainsi qu'un manuel de gestion des catastrophes et créé un fonds de gestion des catastrophes pour soutenir le programme y afférent.

Ainsi qu'il ressort du Rapport national du Soudan, la crise du Darfour a eu des effets dévastateurs sur la population de ce pays. Dans cette région, la guerre civile a provoqué le déplacement d'environ 2 millions de personnes - dont 200 000 se sont réfugiées au Tchad, et a provoqué de grandes souffrances chez des centaines de milliers de victimes de ce conflit. Comme 30 à 40 % de ces victimes ne pouvaient bénéficier d'une forme quelconque d'assistance, le gouvernement a publié 29 décrets présidentiels relatifs aux interventions humanitaires au Darfour. Ce processus a abouti à la mise en place d'un Comité technique conjoint tripartite (TJTC). Cet organe est composé de représentants du gouvernement, d'OCHA et d'ONGI.

9.4 Mécanismes institutionnels

Un grand nombre d'institutions ont été mises en place dans la plupart des pays pour coordonner, gérer et soutenir la prévention des catastrophes. À titre d'exemple, on peut citer le Conseil national de l'environnement en Éthiopie et l'Organisation des secours d'urgence en cas de cyclone et le

comité central pour la lutte contre les cyclones à Maurice. Le gouvernement tanzanien a créé la Commission nationale de secours en cas de catastrophes (TANDREC), qui possède des structures décentralisées, même à l'échelon des villages. Cette structure est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre le système national de prévention et de gestion des catastrophes. Les différents pays ont créé des structures dont la mission principale est de gérer les catastrophes et les situations d'urgence de même type. Ces structures sont: l'Organisation nationale chargée de la gestion des catastrophes (NADMO) au Ghana; l'Autorité de gestion des catastrophes (DMA) au Lesotho; le Centre national des opérations d'urgence (CENOE) au Mozambique; les Cellules régionales de gestion des situations d'urgence (REMU) en Namibie et l'Agence nationale de gestion des situations d'urgence (NEMA) au Nigéria.

Au Soudan, le Comité technique conjoint tripartite (TJTC), composé de représentants du gouvernement et des partenaires de développement, a été créé en 2006. Il donne des directives sur les interventions humanitaires, notamment dans les zones de conflit. Au Mozambique, les pouvoirs publics ont approuvé la création du Centre national des opérations d'urgence (CENOE) qui relève du National Institute for Disaster Management (Institut national de gestion des catastrophes) (INGC). Cet organisme constitue une plate-forme pour la gestion et la coordination des opérations d'urgence. Au Nigéria, l'Agence nationale de gestion des situations d'urgence (NEMA) fournit du matériel de secours ainsi que des abris aux personnes déplacées et gère les catastrophes lorsqu'elles surviennent.

Dans certains pays, les pouvoirs publics ont pris des dispositions pour permettre aux ONG locales et internationales d'aider les personnes déplacées et les réfugiés. Ces mesures sont notamment l'octroi de dérogations et de privilèges ainsi que l'allocation de ressources à ces ONG.

9.5 Programmes et plans

Selon les rapports nationaux, des programmes sont en cours d'exécution afin de gérer différents types de crises et de catastrophes sur le continent. Au Lesotho, des composantes de programmes ont été mises en œuvre pour intervenir en cas de crise; elles comprennent un système intégré de surveillance épidémiologique, la prise en charge de la malnutrition sévère et la fourniture de matériel pour les soins obstétricaux d'urgence. Au Sénégal, des activités similaires sont en cours dans le cadre du Programme national de prévention, de réduction des risques majeurs et de gestion des catastrophes naturelles qui fait maintenant partie de la stratégie nationale pour la réduction de la pauvreté pour la période 2005-2010.

Maurice et le Mozambique ont mis sur pied des programmes visant à établir des prévisions sur les cyclones et à sensibiliser le public aux catastrophes naturelles. En Namibie, la Cellule de gestion des situations d'urgence a pour principale mission d'aider les victimes de la sécheresse de 1992 à 1996, ainsi que celles victimes des inondations de 2008 dans la région du Nord. Puisque ces catastrophes naturelles semblent se produire chaque année, les pouvoirs publics ont élaboré des plans d'urgence à l'échelon des districts pour coordonner, suivre et évaluer les activités de secours en cas de catastrophes dans les districts sujets aux inondations.

Pour venir en aide aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les pays ont adopté des mesures qui vont de la protection, à la réinstallation, en passant par la réinsertion, la sensibilisation du public, la prestation de services de santé (y compris la santé en matière de procréation).

Avec l'aide de la communauté internationale, l'Afrique du Sud a mis en œuvre des programmes d'assistance pour des milliers de personnes qui ont été touchées par les violences à caractère xénophobe et ont dû être déplacées. Le Ghana et le Sénégal ont intensifié leurs efforts, avec l'assistance des pays membres de la CEDEAO, pour débarrasser la sous-région des armes légères. Le Ghana a également joué un rôle de premier plan dans le règlement des conflits en Côte D'Ivoire, au Libéria et en Sierra Leone. Au Nigéria, du matériel de secours a été fourni aux victimes de la crise survenue à Yelwa dans l'État du Plateau en 2004. En outre, les personnes déplacées en 2007, suite à la décision de la Cour internationale de justice de remettre l'île de Bakassi au Cameroun, ont été regroupées dans un camp à Ikang dans l'État de Cross River où la NEMA leur a apporté assistance en répondant à leurs besoins fondamentaux.

Les réfugiés constituent partout un problème social, économique et politique. Il n'est donc pas surprenant que de nombreux gouvernements ne prennent aucune mesure décisive à leur égard. Concernant les politiques qui portent spécifiquement sur les réfugiés, 13 pays africains sur 40 n'en ont pas et celles qui existent visent à réduire le flux de réfugiés.

Au cours des 20 dernières années, la Tanzanie a accueilli des réfugiés venant surtout de la région des Grands Lacs (Burundi, République démocratique du Congo et Rwanda). Ils ont bénéficié d'une protection appropriée, d'une éducation et d'une formation de base ainsi que de services de santé de base, y compris la santé en matière de procréation et la planification familiale. Avec l'aide de partenaires de développement, le Ghana, le Bénin, la Sierra Leone, le Libéria et la République centrafricaine ont installé des camps de réfugiés pour accueillir les victimes des conflits armés dans la sous-région ouest-africaine. Dans ces camps, des services de base tels que l'éducation et la formation professionnelle leur ont été fournis. Les réfugiés et les personnes déplacées ont aussi bénéficié de services de santé en matière de procréation, y compris des services de planification familiale, de prévention du VIH, de prise en charge psycho-sociale des femmes victimes de violence. Les programmes mis en œuvre en République démocratique du Congo, en Sierra Leone, en Ouganda et en République centrafricaine visent essentiellement à aider les victimes des conflits armés et à mettre en place des mécanismes de promotion de la paix et de règlement des conflits.

Selon le HCR, au moins 839 000 demandes d'asile et de statuts de réfugié ont été déposées en 2008 auprès des États ou dans les bureaux du HCR dans 154 pays, ce qui représente une hausse de 28 % par rapport à l'année précédente. Les deux raisons avancées pour expliquer cette évolution sont: i) le très grand nombre de demandes d'asile remises au gouvernement sud-africain, et ii) le nombre croissant de ressortissants de certains pays, en particulier Afghans, Érythréens, Somaliens et Zimbabwéens qui recherchaient une protection internationale cette année-là.

Même si l'Europe est restée la principale destination des demandeurs d'asile, l'Afrique constitue leur second choix, en particulier l'Afrique du Sud, qui reçoit environ un quart des demandes déposées dans le monde et qui est la principale destination de ces nouveaux demandeurs d'asile à l'échelon international.

Si l'on considère la nationalité, quatre des cinq pays dont les ressortissants ont soumis le plus grand nombre de nouvelles demandes d'asile sont africains. Il s'agit du Zimbabwe, de l'Érythrée, de la Somalie et de la République démocratique du Congo (HCR, 2009). Neuf Zimbabwéens sur dix ont demandé l'asile en Afrique du Sud uniquement; deux tiers des nouveaux réfugiés érythréens l'ont demandé au Soudan et à l'Éthiopie et près de la moitié des Somaliens ont fait cette démarche auprès de l'Éthiopie et de l'Afrique du Sud. Bien que les demandeurs d'asile ressortissants de la République démocratique du Congo soient réfugiés dans plus de 80 pays, huit sur dix ont demandé l'asile sur le continent africain, notamment en Afrique du Sud et en Ouganda.

La tendance des réponses aux questions sur les politiques relatives aux demandeurs d'asile montre que les pays ne disposent pas de législation qui régit ce domaine. Il est sans doute difficile de prendre en compte les besoins et les droits humains des demandeurs d'asile.

9.6 Engagements à l'égard des politiques et stratégies continentales

Il ressort des rapports nationaux que les conventions et les protocoles internationaux relatifs aux crises, aux réfugiés et aux personnes déplacées ont fourni des cadres non seulement pour la gestion des catastrophes et des crises mais aussi pour la mise en œuvre d'un programme d'urgence en collaboration avec les partenaires de développement. Les mesures visant à adapter le Cadre de politique de reconstruction post-conflit en Afrique à l'échelon national comprennent entre autres: l'utilisation dudit cadre pour le plaidoyer et la sensibilisation, puis pour la formulation de plans et de programmes et enfin pour la recherche de consensus et les partenariats sur les questions de post-conflit.

9.7 Réalisations

Les rapports nationaux montrent que la plupart des gouvernements ont mis en place des politiques, promulgué des lois et mis en place des mécanismes institutionnels pour gérer les crises et les catastrophes.

Par ailleurs, ces rapports font état de divers programmes mis en œuvre pour gérer de nombreuses crises et catastrophes auxquels font face les pays africains, notamment les catastrophes naturelles et les guerres civiles. Il convient de noter que les services de santé en matière de procréation (y compris la planification familiale), la prévention du VIH et la prise en charge psycho-sociale des femmes victimes de violences font partie des stratégies décrites dans les rapports du Bénin, du Ghana, du Nigéria, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo, de la Sierra Leone et de la Tanzanie. L'Éthiopie, le Mozambique, le Lesotho, le Malawi et la Namibie disposent de systèmes d'alerte rapide - notamment pour les catastrophes naturelles - qui permettent d'intervenir rapidement en cas d'urgence, y compris en cas de poussées épidémiques.

Il est également dit que des forums de partenariat existent dans pratiquement tous les pays qui ont pris très tôt les devants en ce qui concerne l'assistance humanitaire, le règlement des conflits et l'atténuation des catastrophes. Ces forums regroupent des représentants de parties prenantes comme la société civile, les organisations non gouvernementales, les organismes des Nations Unies et les ministères concernés. Ainsi, en Afrique du Sud, la réaction des organisations locales et internationales aux attaques à caractère xénophobe a été déterminante. Les organismes des Nations Unies, à savoir

OCHA, l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et le HCR ainsi que la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ont apporté leur concours par le biais d'initiatives telles que la fourniture de tentes, la coordination technique, les opérations de rapatriement et les évaluations des services de santé.

9.8 Défis et contraintes

D'après les rapports nationaux, les principales entraves aux efforts entrepris en matière de gestion et d'atténuation des catastrophes humanitaires sont les suivantes:

- a. Le manque de ressources humaines qualifiées pour intervenir de manière diligente et efficace en cas de catastrophes et les possibilités limitées dans les domaines de la formation, de la gestion et de l'atténuation des catastrophes;
- b. La forte croissance démographique (comme c'est le cas en Éthiopie, par exemple) est un facteur qui contribue de façon significative à la perte de la biodiversité et à la dégradation des terres; ce phénomène constitue donc un frein à la gestion et à l'atténuation des catastrophes;
- c. Faute de ressources pour prévoir, gérer et prévenir les crises, la plupart des pays sont très vulnérables et dépendent des donateurs pour l'atténuation des catastrophes;
- d. Dans les zones de conflits comme l'Afrique de l'Ouest et la région des Grands Lacs, la prolifération des armes légères représente une menace pour la paix et la sécurité;
- e. Selon les prévisions concernant le changement climatique, les situations d'urgence seront de plus en plus fréquentes, au point de dépasser la capacité d'adaptation de la plupart, voire l'ensemble, des pays d'Afrique subsaharienne;
- f. La fragilité des institutions démocratiques et le manque de respect des principes de bonne gouvernance continuent de saper les efforts déployés pour instaurer la paix et protéger les droits de l'homme sur le continent.

Chapitre 10

10. Population et données sur le développement

10.1 Introduction

Selon le Programme d'action de la CIPD, il est essentiel de disposer de données démographiques valables, fiables, opportunes, adaptées sur le plan culturel et pouvant faire l'objet de comparaison à l'échelon international pour la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation de politiques et des programmes. La priorité a été accordée à la recherche (biomédicale et sociale) en tant que véritable source de données médicales, socioéconomiques et démographiques. Le Programme d'action exhorte les États à renforcer leur capacité nationale à exécuter des programmes d'envergure et durable, à collecter, analyser, diffuser et exploiter les données sur la population et le développement. On n'insistera jamais assez sur la nécessité de renforcer les capacités de formation et de recherche dans les domaines de la population et du développement, vu leur importance pour la gestion des programmes.

Le Programme d'action est explicite sur le rôle de la recherche pour toute tentative nationale visant à atteindre les objectifs de la CIPD. En particulier, la recherche est nécessaire pour les raisons suivantes: i) elle contribue à la conception de programmes, d'activités et de services afin d'améliorer la qualité de vie et satisfaire les besoins des individus et des collectivités; ii) elle sert à la formulation de politiques, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des programmes; iii) elle permet de mieux comprendre les contextes socioculturels différents qui déterminent le comportement humain et de planifier les politiques et les programmes.

Compte tenu de l'importance de la recherche pour la réalisation des objectifs de la CIPD, le Programme d'action invite les États, les organisations intergouvernementales, les institutions de financement et les organisations de recherche à: i) encourager les études socioculturelles et économiques sur les politiques et les programmes portant sur les politiques, l'environnement et le développement; ii) prendre des mesures pour encourager la recherche opérationnelle, les études d'évaluation et autres types de recherches appliquées en sciences sociales dont les résultats serviront à la prise de décision; iii) améliorer la qualité, la communication en temps voulu et l'accessibilité des données sur les différents aspects de la population et du développement. Le champ des études devrait donc être aussi large que possible et tenir compte du contexte national ainsi que du thème de la population dans le développement tel que défini par la CIPD [Nations Unies. 1994. Programme d'action de la CIPD. Le Caire. Septembre 1994].

10.2 Données sur la population

10.2.1 Données nécessaires pour l'élaboration de politiques et de plans

Planifier sans disposer d'une série de données fiables relève de la pure spéculation. Cela est particulièrement vrai pour la planification intégrée dans le domaine de la population et du développement où on a besoin de données sur les différents aspects sociaux, économiques et démographiques. Partie intégrante de la planification du développement, la formulation des politiques nationales nécessite une définition claire de la problématique de la population, des objectifs, des cibles, ainsi qu'une description des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Il faudra, de toute évidence, disposer de données démographiques ainsi que d'informations sur les caractéristiques sociales, économiques et culturelles de la population afin d'élaborer un cadre d'action approprié.

Pour comprendre la dynamique qui étaye le lien entre population et développement économique et social, il faut disposer de données sur la taille de la population, son taux de croissance, sa composition par âge et par sexe, sa répartition dans les zones rurales et urbaines, sa répartition et sa densité par région, la population active par profession et par secteur. Des données fiables sur la fécondité, la mortalité et la migration sont également nécessaires pour les prendre en compte dans les estimations et les projections démographiques, qui constituent les fondements de l'analyse des ressources humaines (santé, éducation, emploi). Sans ces données, il sera difficile de répondre concrètement à la question de savoir «en quoi la population pose-t-elle problème?».

Pour établir un lien entre les caractéristiques de la population et les aspects économiques et sociaux, il faudra recueillir des données supplémentaires sur la situation sociale et économique prévalant dans le pays. Il faut des données macroéconomiques pour faire des estimations sur les résultats économiques, le PIB, le PIB par habitant, la répartition des revenus, le taux de croissance annuel du PIB, l'investissement intérieur brut, l'épargne intérieure brute et les finances publiques. À ces données, il convient d'ajouter d'autres indicateurs sociaux, notamment ceux qui concernent la santé, l'alimentation, l'état nutritionnel, l'eau, l'assainissement, l'alphabétisation, la scolarisation, le taux d'encadrement, l'habitat, l'emploi, le statut de la femme et des jeunes.

Sans données et informations de qualité, cohérentes et à jour sur les pays, il est pratiquement impossible de prendre en compte les questions de population dans les cadres nationaux de développement ou d'institutionnaliser les pratiques de planification, de suivi et d'évaluation axées sur les résultats, pratiques en vigueur dans les domaines du développement socioéconomique ou de la responsabilité en matière de gouvernance. Dans les pays africains, les données collectées et les informations démographiques disponibles sont très utiles pour l'élaboration des politiques et les plans nationaux, infranationaux et sectorielles, pour l'établissement de cadres de développement à tous les niveaux et pour le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des OMD et des objectifs de la CIPD.

10.2.2 Sources de données

Dans les pays africains, les recensements de la population et du logement constituent la principale source de données démographiques pour l'élaboration et la planification des politiques ainsi que pour la gestion des programmes. Outre les recensements, les données démographiques et socio-

conomiques proviennent également des documents officiels, des travaux de recherche et d'enquêtes de sondage ponctuelles. Les estimations des taux démographiques (taux de fécondité et taux de mortalité) se fondent en général sur les statistiques de l'état civil, mais dans les pays où il n'existe pas de système fiable (comme c'est le cas dans bon nombre de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine), on peut faire des estimations indirectes à partir d'enquêtes par sondage ou de recensements. Les statistiques officielles qui sont régulièrement recueillies par les ministères, les services et les organismes confessionnels peuvent aussi être analysées et les estimations des caractéristiques démographiques ainsi obtenues peuvent servir à la planification en matière de population.

Il convient de souligner que la collecte, la gestion et la diffusion des types de données décrites ci-dessus sont très coûteuses. Dans le passé, le FNUAP a aidé de nombreux pays africains à procéder à des recensements de la population et du logement ainsi qu'à des enquêtes démographiques et de santé. Ces données se sont avérées très utiles en ce sens qu'elles ont permis aux pays, d'une part, de formuler des politiques et programmes de santé et bien d'autres dans le domaine social et, d'autre part, de suivre leur mise en œuvre. Un nombre croissant de pays africains prennent en charge la production des données sur le développement. Par ailleurs, l'utilisation du logiciel DevInfo pour le stockage et la gestion des données est de plus en plus répandue.

Dans les pays africains, le cadre et le mécanisme de production des données se fondent sur le Système national de statistiques (NSS) (National Statistical System), qui se compose du Conseil national de statistiques (NCS) (National Council of Statistics), du Bureau national de statistiques (National Statistics Offices), de l'Institut national de statistiques (NSO/NIS) (National Institute of Statistics) et des pourvoyeurs de statistiques sectorielles (agriculture, santé, éducation, banque centrale, etc.). Le Conseil national de statistiques est l'organe suprême d'orientation et de coordination des activités du Système national de statistiques. L'utilisation des mécanismes et des dispositions mis en place pour la production de données à l'échelon national est indispensable pour l'évaluation qualitative et quantitative des progrès réalisés dans la mise en œuvre des cadres de développement à l'échelon national ainsi que des engagements pris au titre de l'efficacité de l'aide.

Même si les recensements constituent le moyen privilégié pour remédier au manque de données et d'informations aux échelons inférieurs en ce qui concerne la planification, la responsabilité en matière de bonne gouvernance et la décentralisation effective, les données sur la population et le développement sont recueillies par divers moyens à savoir, les enquêtes sur les ménages, notamment les enquêtes démographiques et de santé (EDS); les enquêtes en grappe à indicateur multiple (MICS); les enquêtes sur les migrations; les enquêtes sur l'emploi; les enquêtes agricoles; les enquêtes budget-consommation; les études sur la mesure des niveaux de vie (LSMS); les questionnaires sur les grands indicateurs du bien-être (CWIQ); les informations recueillies auprès des services tels que les actes d'état civil/statistiques de l'état civil; le système intégré de gestion sur la santé; le système d'information sur l'éducation/l'école et le système de surveillance des comportements.

Pour répondre aux nouveaux besoins de données au cours de la période post-CIPD, de nouvelles stratégies ont été élaborées et mise en œuvre dans les pays africains. Il s'agit, entre autres, de la production et de la gestion de données pour soutenir les programmes de développement aux échelons nationaux et infranationaux, la création et la tenue à jour des données et des systèmes intégrés de gestion (SIG).

10.3 Recherche en matière de population

10.3.1 Rôle de la recherche en matière de population

Depuis le lancement, en 1994, du Programme d'action de la CIPD, il n'y a pas eu d'évaluation systématique du rôle de la recherche dans la réalisation des objectifs dudit programme en Afrique. A cet égard, deux aspects sont essentiels à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, à savoir l'orientation de la recherche et la capacité de recherche. La recherche est nécessaire pour compléter la gamme d'informations disponibles, recenser les déficits de connaissances et apporter des informations complémentaires pour la prise de décision et l'élaboration des politiques. Pour préparer les futurs travaux de recherche, il convient de faire un inventaire exhaustif des données démographiques et socioéconomiques correspondantes, et procéder à l'évaluation de leur qualité et des besoins.

Il faut également réaliser des études sur les déterminants socioéconomiques des variables démographiques et sur les conséquences des facteurs démographiques sur les politiques et processus socioéconomiques. Ces études sont très utiles car elles fournissent des informations pour l'élaboration de méthodologies ou de modèles adaptés, qui garantiront la cohérence et la compatibilité des objectifs en matière de population avec ceux de développement; elles permettront, par ailleurs, d'effectuer une analyse coûts-avantages des mesures de remplacement en vue d'une prise de décision rationnelle.

Il est nécessaire de mener des recherches sur la contribution relative des déterminants «immédiats» de la fécondité aux profils de la fécondité à l'échelon national. Il s'agit de déterminants ou facteurs biologiques tels que la durée de période de fécondité de la femme, l'âge de son premier mariage, la fréquence des relations sexuelles, la stérilité naturelle, la stérilité pathologique, et l'utilisation des contraceptifs (Bongaarts, J. 1978). Il convient également d'étudier le rôle des facteurs sociaux, psychologiques, économiques et environnementaux dans les différences de fécondité au sein de la population, facteurs qui déterminent en général le succès de certaines mesures prises par les programmes, en particulier la planification familiale.

Des études approfondies devraient être menées sur les facteurs liés à la grossesse et l'accouchement ainsi que sur les effets de l'environnement sur la survie de l'enfant. Il va également falloir réaliser des enquêtes d'opinion pour comprendre l'éventail des opinions sur les questions de population, la façon dont le problème de population est perçu dans le pays et les facteurs qui sous-tendent la dynamique de l'adoption de la contraception. Les efforts de recherche devraient également porter sur un large éventail de thèmes, en particulier ceux touchant aux ressources humaines tels que la santé, l'alimentation, l'éducation, la main-d'œuvre, l'emploi, le rôle des femmes, des jeunes, des personnes handicapées. En Namibie, la capacité de recherche devrait être considérablement renforcée pour que cette activité ainsi que les tâches correspondantes soient menées à bien.

10.3.2 Orientation de la recherche

Une évaluation antérieure de l'orientation de la recherche sur la population et le développement en Afrique sub-saharienne a montré le peu d'importance accordée à la fécondité et à la planification

familiale (Mabogunje et Arowolo. 1978). Près de 20 ans après, le constat fait dans une publication intitulée «Le Caire + 5», faite par le Bureau de référence sur la population et le Conseil de la population de New York (1999) était aussi très révélateur: sur les 172 travaux de recherche énumérés, plus de 54 % (soit 120) portaient sur les questions de santé en matière de procréation, 11 % sur la population et l'environnement et 4 % sur la migration. Une fois de plus, on constate que, comme par le passé, c'est surtout la santé en matière de procréation qui semble intéresser les organismes étrangers dans la recherche sur la population en Afrique.

Le «Guide de la recherche» du consensus du Caire ne contient aucune directive générale concernant l'Afrique. Il y a eu certes un grand nombre de documents de recherche sur les différentes questions de population et de développement concernant tout ou partie du continent africain (à la Conférence de l'Association démographique d'Afrique qui s'est tenue en 2007 à Arusha, en Tanzanie, les chercheurs africains ont proposé plus de 400 rapports de recherche au titre des communications) mais il n'existe aucune analyse sur ces travaux. Dans ces conditions, il revient aux chercheurs de recenser les questions de population qui n'ont pas encore étudiées en Afrique, dans le cadre du Programme d'action de la CIPD.

Dans la préface de la résolution relative à la recherche sur la population et le développement de 2001, la Conférence ministérielle sur la population et le développement pour l'Afrique australe, (SAMCP&D) note que: «les États membres se trouvent à différents stades de la préparation du programme de recherche sur la population. En attendant les recherches sur les migrations internationales, il faudrait encourager la création d'un réseau de recherche sur la population. La région de la SADC continuera à assurer le suivi des modalités de mobilisation des ressources et d'identification des institutions pour la conduite de la recherche et des études». Cette observation souligne la nécessité de procéder à un inventaire des travaux de recherche sur la population et le développement en Afrique, de recenser les domaines qui n'ont pas été étudiés et de jeter les bases de l'élaboration d'un programme de recherche à l'échelle du continent, assortis d'orientations sous-régionales et infranationales.

10.3.3 Capacité de recherche

Le gouvernement sud-africain et le Fonds des Nations Unies pour la population ont demandé une évaluation des programmes de formation et de recherche en matière de population dans les universités sud-africaines en 2004. Selon le rapport, cette activité avait pour objectif principal d'examiner les programmes de formation et de recherche en matière de population et d'évaluer les moyens dont disposent ces programmes du point de vue des ressources humaines, de l'infrastructure et du soutien financier.

Le rapport d'évaluation a conclu que, dans la plupart des universités, il n'y a pas suffisamment de compétences pour mettre en œuvre de tels programmes et que celles-ci sont fragmentaires. Selon le rapport, une assistance extérieure est nécessaire pour l'exécution de certains programmes. Le rapport souligne par ailleurs la nécessité de renforcer la capacité de recherche des universités par le biais de l'instauration de partenariats et de la création de consortiums. Les auteurs du rapport recommandent qu'un mécanisme d'incitation soit mis en place pour encourager, par delà le clivage traditionnel, les universités à coopérer en vue de renforcer leur capacité de recherche.

«La capacité de recherche est étroitement dépendante du personnel, de l'infrastructure et des ressources des universités locales. En conséquence, le volume de produits de la recherche reflète les clivages nés du système d'apartheid, à savoir que les universités blanches sont mieux dotées en personnel, en moyens financiers et en infrastructures que les universités noires, qui sont toujours défavorisées. Cette tendance discriminatoire s'est poursuivie pendant la période postapartheid et il faudrait intervenir de manière volontaire et méthodique pour créer un système plus équitable» [Gaisie et Groenewald. 2004. Manuscrit non publié].

Sur le plan humain et institutionnel, la situation de la capacité de recherche des autres pays africains n'est probablement pas très différente de celle décrite ci-dessus dans le cas de l'Afrique du Sud mais les caractéristiques fondamentales restent les mêmes, à savoir: i) la recherche (que ce soit dans le domaine de la population et du développement ou encore dans un tout autre domaine) nécessite la formation de ressources humaines de haut niveau dans tous les domaines concernés ii) les institutions de recherche ont besoin de moyens financiers suffisants de la part de l'État, des organismes locaux et des partenaires pour faire en sorte que les activités de recherche soient adaptées aux besoins aux échelons local, national ou régional; iii) les pouvoirs publics doivent être sensibilisés à l'importance de la recherche et apporter un soutien politique et financier afin d'orienter ou de réorienter, en connaissance de cause, la recherche et les chercheurs de manière à ce que les priorités et besoins nationaux soient pris en compte (Arowolo. 2006).

10.4 Mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD

En plus des efforts visant à renforcer les capacités des ressources humaines, les pays ont déclaré qu'ils renforcent les institutions par le biais, entre autres, d'enquêtes et d'études et de la création de centres d'étude en matière de population.

Les réponses aux questions sur la création et la gestion de bases de données ont été encourageantes. Bon nombre de pays ont créé des bases de données sur la population ainsi que des systèmes d'information connexes pour assurer le suivi des activités du Programme d'action et des progrès accomplis dans la réalisation des OMD. Les bases de données et les systèmes d'information portent sur des aspects nationaux et infranationaux ainsi que sur des secteurs de l'économie. Pour ce qui est de l'accessibilité, ces systèmes peuvent être consultés dans le monde entier et s'appuient naturellement sur des sites Web nationaux ou sectoriels.

L'enquête de la CIPD+15 a également cherché à savoir dans quelle mesure les bases de données et les systèmes d'information servent à la planification humanitaire et d'urgence. En guise de réponse, les pays ont déclaré que les systèmes servaient aux évaluations rapides, à l'enregistrement des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et à la production d'informations après analyse.

Vingt-cinq pays ont mis en place des organes de coordination multisectoriels pour assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et des OMD. Dix de ces organes ont réalisé des enquêtes annuelles afin de recueillir des données et des informations sur les progrès accomplis. En outre, des responsables d'activités ont été nommés dans 20 pays pour superviser la mise en œuvre du programme dans les secteurs concernés.

L'analyse des réponses aux questions posées sur la CIPD+15 n'a pas permis de mieux comprendre les questions sur la recherche en matière de population, aspect sur lequel les sections précédentes du présent chapitre ont attiré l'attention. Les futures enquêtes de ce type (CIPD+20) devraient relever ce défi et mettre en exergue le rôle de la recherche dans le développement en Afrique, en mettant l'accent sur les contributions de la recherche en matière de population pour la réalisation des objectifs du Programme d'action de la CIPD et des OMD.

10.5 Problèmes et enseignements tirés

Même si, jusqu'en 1995, un grand volume de données a été recueilli dans les pays africains, leur analyse prenait du temps et les résultats obtenus n'étaient souvent pas diffusés à temps. L'analyse et l'exploitation de ces données ont rarement bénéficié de l'attention requise. Le contrôle de la qualité des données a été aussi l'un des principaux problèmes de la production des informations statistiques sur l'ensemble du continent, étant donné que les mécanismes de contrôle de la qualité n'ont pratiquement pas été utilisés au moment de la collecte et de l'analyse des données. Les résultats étaient donc fondés sur des données de qualité douteuse. Les personnes chargées de recueillir les données consultaient rarement les utilisateurs et les bénéficiaires. En conséquence, les données étaient présentées de façon peu conviviale et les résultats finaux n'étaient pas adaptés aux besoins des utilisateurs. Ces résultats nécessitaient souvent un traitement supplémentaire qui occasionnait des coûts additionnels.

Si l'on prend l'exemple plus récent des éditions 2000 et 2010 des recensements généraux de la population et du logement (RGP), c'est-à-dire, ceux des périodes 1995-2004 et 2005-2014 respectivement, le financement reste le principal problème. Tous les pays africains ont lancé l'édition 2010 du recensement de la population et du logement qui couvre la période 2005-2014 ou se préparent à le faire. Toutefois, certains d'entre eux (l'Angola, le Tchad, la République démocratique du Congo, Madagascar et le Togo) *n'ont pas fait* de recensements depuis plus de 20 ans à cause de la guerre, des conflits internes et/ou des troubles politiques. À l'exception du Botswana, de Maurice, des Seychelles et de l'Afrique du Sud, où le budget des recensements a été entièrement pris en charge par l'État, la plupart des pays du continent continuent de compter sur le soutien financier des donateurs. Malheureusement, à l'heure actuelle le développement des pays risquent d'être compromis par la crise financière mondiale pour deux raisons majeures : tout d'abord, leur trop grande dépendance à l'égard des ressources naturelles pour obtenir des devises et faire des recettes et ensuite leur faible capacité à se prémunir contre les chocs externes; ils seront donc contraints à prendre des mesures d'austérité qui les handicaperont dans leurs efforts en vue de relever les défis du développement.

Les contraintes et les enseignements sont essentiellement les suivants: la faible mobilisation des ressources; le manque de personnel qualifié pour faire les recensements (ou prêter assistance); le long délai de publication des résultats des recensements et des rapports d'analyse thématique et, par voie de conséquence; la sous-exploitation des résultats et des produits des recensements. La collaboration entre les bureaux nationaux de statistiques et les institutions de formation et de recherche, reste un autre domaine qu'il convient de consolider en vue du renforcement des capacités et de la mise en place des compétences nécessaires à l'organisation des recensements, au perfectionnement des ressources humaines pour le maintien de la qualité des activités de recensement

en Afrique. Ce dernier aspect constitue le facteur le plus important pour la bonne exécution des activités de collecte, de traitement, d'analyse et d'exploitation des données dans les pays africains. Les autres problèmes sont les suivants:

- a. Dans une grande partie de l'Afrique, l'enregistrement des faits d'état civil (naissances, décès, mariages) a été négligé ou laisse à désirer malgré l'importance des statistiques de l'état civil sur le plan administratif, statistique et juridique;
- b. Même si de nombreux pays ont organisé des recensements de la population et du logement, les données n'ont pas été exploitées du fait du manque de compétences;
- c. Les données sur les politiques et la planification laissent à désirer ou ne sont pas disponibles (incidence du VIH, de la mortalité due au sida, de la mortalité maternelle et néonatale);
- d. Même si l'on admet que la recherche est essentielle pour le développement, la capacité nationale de recherche est faible dans bon nombre de pays en raison du manque de financement et de soutien institutionnel;
- e. Les chercheurs devraient collaborer afin de définir un programme de recherche sur le Programme d'action de la CIPD et les OMD, de mobiliser les ressources, d'échanger des idées et de donner une orientation à la recherche axée sur le développement du continent;
- f. Il convient d'exploiter convenablement les informations provenant des échelons national et régional.

Chapitre II

II. Mobilisation des ressources, partenariats et coordination

II.1 Introduction

Compte tenu des importantes ressources nécessaires à l'exécution du Programme d'action de la CIPD dans chaque pays et eu égard aux faibles moyens dont disposent en particulier les pays africains, le Programme d'action a demandé à la communauté internationale de s'efforcer de consacrer, comme convenu, 0,7 % de son Produit national brut (PNB) à l'Aide publique au développement (APD) et d'augmenter la part de financement destinée aux programmes démographiques et de développement en tenant compte de la portée et de l'ampleur des activités nécessaires pour atteindre les objectifs du Programme. Le Programme a également recommandé que les pays consacrent une part plus importante des dépenses publiques au secteur social en vue d'éradiquer la pauvreté et de promouvoir le développement durable. Dans le domaine du partenariat, le Programme d'action invite les pays, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales à collaborer étroitement pour mettre en œuvre les mesures recommandées. Il vise également à consolider les engagements mutuels à poursuivre la concertation et la coordination des programmes et des activités en matière de population et de développement aux échelons national, continental et international.

Dans la Déclaration du Millénaire, l'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré ce qui suit: «Nous soutiendrons la consolidation de la démocratie en Afrique et aiderons les Africains dans la lutte qu'ils mènent pour instaurer une paix et un développement durables et éliminer la pauvreté afin d'intégrer le continent africain dans l'économie mondiale».

En Afrique, le principal problème semble être la trop grande dépendance des pays à l'égard des ressources extérieures et la faible mobilisation des ressources internes. Cet état de fait souligne l'attitude de démission impardonnable adoptée par de nombreux gouvernements qui se complaisent dans une situation de dépendance. Dans un contexte de mondialisation rapide marquée par une concurrence vive pour accéder aux ressources et le jeu inégal des forces du marché, il est surprenant que les pays africains semblent rechercher des solutions à leurs multiples problèmes à l'extérieur, notamment auprès des organismes bilatéraux et multilatéraux. En ce qui concerne l'aide extérieure, l'Afrique fait

face à trois problèmes: i) la lenteur des partenaires de développement à tenir leurs promesses; ii) les conditionnalités de l'aide au développement et iii) la mauvaise gestion des fonds octroyés par les donateurs.

11.2 Mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD

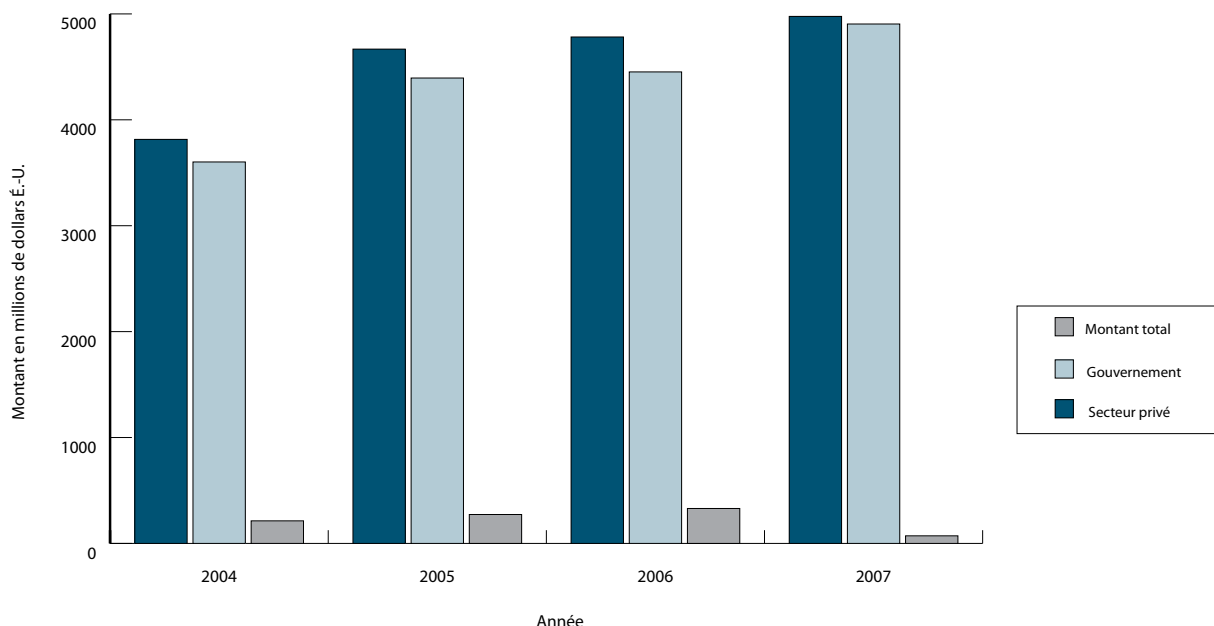
11.2.1 Mobilisation des ressources

Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, la plupart des pays ont pris des mesures visant à mettre en place de meilleurs systèmes de gestion financière pour l'utilisation de l'aide extérieure. L'Éthiopie a mis en œuvre de multiples réformes pour améliorer la transparence de la gestion des dépenses publiques. Des mesures ont également été prises pour harmoniser et coordonner les activités des partenaires du développement dans le but d'obtenir des résultats tangibles en matière de développement. La Tanzanie et d'autres pays ont adopté la même démarche qui permet de mieux prévoir les entrées de ressources, notamment celles destinées à l'éradication de la pauvreté. Les rapports nationaux révèlent que le Gabon, le Lesotho, le Malawi, le Maroc et la République démocratique du Congo ont augmenté l'investissement dans le secteur public pour prouver leur engagement en faveur de la réalisation des OMD. En Ouganda, les pouvoirs publics consacrent actuellement environ 30 % du budget national au secteur social.

La plupart des pays africains ont pris l'engagement de mettre en œuvre des cadres d'action politique continentaux et régionaux comme le Traité d'Abuja qui invite les pays à consacrer 15 % de leur budget national au secteur de la santé. Les rapports existants ne permettent pas de savoir dans quelle mesure les pays africains ont tenu les promesses faites lors de ces réunions. Il importe de mettre en place des mécanismes permettant de suivre de près l'exécution des traités et autres instruments juridiquement contraignants pour amener les pays à honorer leurs engagements et à en rendre compte à leur population.

Selon les rapports nationaux, les principaux domaines pour lesquels la quasi-totalité des pays africains mobilisent des ressources pour financer les interventions au titre de la CIPD sont notamment la santé en matière de procréation, y compris la planification familiale, les statistiques et les systèmes de collecte de données (notamment les recensements de la population et du logement et les enquêtes démographiques et de santé), le VIH/sida, la problématique hommes-femmes, la sensibilisation et la réduction de la pauvreté. En ce qui concerne les ressources pour la mise en œuvre des programmes nationaux, les pays déclarent qu'une bonne partie des ressources internes viennent des pouvoirs publics. La figure 11.1 montre la répartition de ces ressources.

Figure 11.1 Sources de financement interne des pays africains (2004-2008)



Les résultats de l'enquête sur la CIPD+15 révèlent, qu'en 2004, le montant total mobilisé au niveau interne s'élevait à 3 815 millions de dollars É.-U. dont 3 602 (soit 94,4 %) provenaient des pouvoirs publics; ce qui signifie que le secteur privé contribuait à hauteur de 5,6 %. En 2005 et 2006, la participation du secteur privé semble avoir légèrement augmenté et est passée à 6,9 % au cours de ces deux années, pour ensuite chuter à 1,4 % en 2007.

En 2004, le financement extérieur des programmes nationaux de population mis en œuvre en Afrique venait de cinq principaux partenaires de développement, à savoir le FNUAP, la BID, le DFID, l'IDA et de la BAD. À partir de la période 2005-2007, d'autres partenaires importants ont commencé à s'intéresser à ces programmes et notamment le GTAFM, le GAVI, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale et l'UE. Les rapports nationaux indiquent que les partenaires ont fourni un soutien sous forme d'une aide financière et/ou d'une assistance technique. Ces formes de soutien, en particulier l'assistance technique, se sont avérées cruciales pour la mise en œuvre des programmes.

L'enquête sur la CIPD+15 a cherché à savoir dans quelle mesure la santé de la procréation bénéficiait d'allocations spéciales dans le cadre de la répartition des ressources entre les sous-programmes. La plupart des pays qui ont participé à l'enquête ont confirmé que les récents budgets de la population ont prévu des allocations spéciales pour les questions de santé génésique. Les pays ont également indiqué que des mécanismes d'appui financier ont été mis en place, notamment la perception de frais, la gratuité des services pour les familles pauvres et des régimes d'assurance communautaire. Dans la plupart des pays, pratiquement toutes les composantes des programmes nationaux de population bénéficient d'allocations budgétaires, dispositions qui se retrouvent dans la Stratégie nationale de la santé et de la Stratégie nationale en matière de procréation.

11.2.2 Partenariat et coordination

Pour le continent, le NEPAD, qui est considéré comme le schéma directeur du partenariat, a été complété par la Déclaration sur la gouvernance démocratique, politique, économique et des entreprises faite au Sommet de l'Union africaine, tenu à Durban en 2002. Dans cette déclaration, les pays participants sont convenus de mettre en place un mécanisme d'évaluation intra-africaine (APRM) pour encourager le respect des engagements pris. L'adhésion à ce mécanisme est volontaire et est ouverte à tous les pays membres de l'Union africaine. En juillet 2006, 25 pays avaient officiellement adhéré audit mécanisme en signant le Mémorandum d'accord y afférent. Ces pays sont: l'Afrique du Sud, l'Algérie, l'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la République du Congo, l'Égypte, l'Éthiopie, le Gabon, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mali, Maurice, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, le Sénégal, la Sierra Leone, le Soudan, la Tanzanie et la Zambie.

Selon les rapports nationaux, tous les pays œuvrent de concert avec divers partenaires de développement et partenaires de coopération pour réaliser les objectifs de la CIPD. Le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2006-2010 propose une modalité stratégique pour faire en sorte que les interventions financées par les organismes des Nations Unies, à savoir le FNUAP, le PNUD, l'UNICEF, l'OMS, la Banque mondiale, l'ONUSIDA, OCHA, le HCR, correspondent aux objectifs de développement des pays. Outre les organismes des Nations-Unies, diverses organisations internationales et organismes donateurs comme, le DFID, l'USAID, l'UE, DANIDA, GTZ, SIDA, l'IPPF, CARE, Marie Stopes et d'autres ONG locales, interviennent dans pratiquement tous les pays.

Cette situation présente à la fois un avantage et un inconvénient surtout pour la coordination des activités. Au Sénégal, comme dans la plupart des autres pays africains, le gouvernement rencontre des problèmes de coordination parce qu'il est compliqué de traiter avec une multitude de partenaires - 19 institutions spécialisées des Nations Unies, dix organismes donateurs multilatéraux et financiers et environ 30 donateurs bilatéraux. Compte tenu de ces problèmes, le Ghana, l'Ouganda, le Sénégal, le Soudan, la Tanzanie et le Mozambique ont déclaré avoir mis en place des forums de partenariat qui servent de cadres d'orientation à la coopération au développement dans le but d'améliorer l'efficacité de l'aide.

11.3 Progrès enregistrés dans la réalisation des OMD

L'OMD 8 vise à mettre en place «un partenariat mondial pour le développement». Aucun pays n'a déclaré que cet objectif serait très probablement atteint; cependant certains pays – Bénin, Burundi, Érythrée, Kenya, Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Seychelles et Tanzanie – ont indiqué qu'ils ont amélioré la collaboration avec les partenaires au développement. Ils ont ajouté que, de ce fait, l'OMD 8 serait probablement atteint d'ici à 2015. D'autres pays comme le Soudan et le Swaziland ont déclaré que cet objectif ne serait probablement pas atteint pour les raisons suivantes: au Soudan, les relations entre le gouvernement et la communauté internationale ne sont pas aussi bonnes que par le passé; au Swaziland, l'investissement direct étranger est actuellement en baisse.

Cible 8.D de l'OMD 8: vise à traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement tolérable

à long terme. De nombreux pays (Burundi, Érythrée, Kenya, Maroc, Ouganda, Sao Tome-et-Principe, Seychelles, Swaziland et Tanzanie) ont déclaré avoir mis en place des mesures visant à garantir la viabilité de la dette, rendant ainsi la réalisation de cet objectif probable. Parmi ces mesures, on peut retenir l'adoption de politiques macroéconomiques rationnelles aux Seychelles et la négociation de conditions plus souples en matière de remboursement et d'annulation de la dette pour le Kenya, l'Ouganda, le Swaziland et la Tanzanie. Des pays dont la Gambie, le Niger, la Sierra Leone et le Zimbabwe mettent en œuvre des politiques macroéconomiques conformément à l'accord sur le point d'achèvement au titre de l'initiative PPTE mais il leur sera très difficile d'assurer la viabilité de la dette compte tenu des mauvais résultats économiques qu'ils ont enregistrés, notamment du fait de la crise économique mondiale. Par conséquent, cette cible ne sera probablement pas atteinte.

Cible 8.E de l'OMD 8: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, «rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement». L'Érythrée, le Kenya, le Maroc, le Niger, Sao Tome-et-Principe, les Seychelles et la Tanzanie estiment que cet objectif est réalisable parce que des efforts sont déjà en cours pour améliorer la gestion des systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels et pour renforcer la collaboration entre le gouvernement et les différentes institutions et fondations pharmaceutiques internationales. Aux Seychelles, par exemple, il semble que tous les citoyens ont accès aux médicaments essentiels dans tous les centres de santé publique. Des pays comme Madagascar, la Sierra Leone, le Soudan et le Zimbabwe n'atteindront probablement pas cet objectif à cause de problèmes liés aux finances et à l'infrastructure.

Cible 8.F de l'OMD 8: «En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et des communications, profitent au plus grand nombre. Cette cible de l'OMD 8 sera probablement atteinte par le Soudan (suite au développement de l'utilisation du téléphone portable) et au Zimbabwe (à cause du nombre de personnes ayant accès aux ordinateurs et qui est, semble-t-il, passé de 13 % en 2000 à 77 % en 2008). Pour des pays comme l'Érythrée, le Kenya, le Maroc, le Niger, les Seychelles et la Tanzanie, cette cible sera probablement atteinte compte tenu des efforts déployés à l'heure actuelle en vue de l'adoption des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour développer les différents secteurs de la société. Au Kenya et en Tanzanie, par exemple, les pouvoirs publics collaborent avec le secteur privé pour améliorer le secteur de l'information et de la communication. Les Seychelles ont déclaré que les pouvoirs publics continuent d'améliorer les systèmes TIC pour qu'ils soutiennent la comparaison avec les systèmes internationaux. Cette cible ne sera probablement pas atteinte en Sierra Leone et à Sao Tome-et-Principe à cause du manque d'infrastructure et de l'accès limité à certaines technologies de l'information. Ainsi, à Sao Tome-et-Principe, il y a seulement 1,7 utilisateur d'Internet pour 100 habitants.

11.4 Défis et contraintes

Il ne fait aucun doute que l'intensification des mesures visant à atteindre les OMD nécessitera des fonds supplémentaires ainsi que l'adoption de nouvelles démarches. C'est la raison pour laquelle les Nations Unies ont proposé l'Initiative 20/20 (PNUD et. al., 1998]. Cette proposition consacre le principe de la responsabilité partagée en ce qui concerne la réalisation des OMD en encourageant les pays en développement à consacrer environ 20 % de leur budget national; les pays développés, quant à eux, sont invités à consacrer 20 % de l'aide au développement à ces mêmes services. Tou-

tefois, les observateurs ont noté, qu'en réalité, la mise en œuvre de cet accord était plus proche de 12/12 que de 20/20 comme convenu [UNICEF et PNUD, 1998]. Autrement dit, les pays donateurs allouent en moyenne 10 à 12 % des fonds destinés à l'assistance extérieure aux services sociaux. Les gouvernements des pays en développement consacrent pour leur part en moyenne le même pourcentage pour ces services.

À cet égard, l'aide publique au développement (APD) et l'annulation de la dette seront indispensables, en particulier pour les pays les moins avancés et à faible revenu qui se trouvent pour la plupart en Afrique. Une baisse régulière de l'APD a caractérisé les années 90, période au cours de laquelle l'effort d'assistance a diminué d'un tiers, passant de 0,33 % (1990) à 0,22 % (2000) du revenu national brut cumulé des pays développés [OCDE/CAD, 2001]. Il est fort probable que l'Aide officielle au développement baissera davantage en 2009 et 2010 à cause de la récession économique qui frappe actuellement le monde.

Le service de la dette de nombreux pays africains constitue également un frein à l'exécution du Programme d'action de la CIPD. En Afrique subsaharienne, les pays dépensent deux environ fois plus pour honorer leurs obligations financières vis-à-vis des créanciers extérieurs que pour faire face aux obligations sociales vis-à-vis de leur population. Souvent, le service de la dette absorbe entre un tiers et la moitié des budgets nationaux, faisant de la stabilité macroéconomique une chimère. L'Initiative PPTE constitue la première tentative pour traiter de façon globale le problème de la dette mais sa mise en place prend beaucoup de temps et l'initiative perd progressivement de son efficacité du fait de la baisse des prix des produits de base [UNICEF et PNUD, 1998].

La mauvaise gouvernance constitue un autre obstacle à la réalisation du Programme d'action de la CIPD dans beaucoup de pays africains. Nombreux sont les pays qui ont publiquement exprimé leur volonté politique de réaliser les OMD et le Programme d'action de la CIPD mais ils semblent manquer de conviction pour traduire cette volonté dans les faits par le biais d'une bonne gouvernance et du respect des droits humains. Pour le NEPAD, l'absence de démocratie, le non-respect des droits humains et la mauvaise gouvernance sont les principaux obstacles à l'évolution du continent (CEA, 2005). Malheureusement, tous les pays africains n'ont pas encore adhéré au Mécanisme d'évaluation intra-africaine du NEPAD.

Chapitre 12

12. Mécanismes de suivi et d'évaluation

12.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD encourage les pays à assurer le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des buts et des objectifs définis par ledit programme. Pour ce faire, les pays doivent disposer de données valables, fiables, opportunes, adaptées sur le plan culturel et comparables à l'échelon international dans le but d'élaborer, d'exécuter, de suivre et d'évaluer les politiques et les programmes de développement. Pour rendre compte des progrès enregistrés dans la mise en œuvre du Programme d'action, les pays sont encouragés à jouer un rôle de premier plan dans la coordination de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des mesures prises.

À l'échelon international, le suivi des OMD se fait à partir des rapports annuels que le Secrétaire général de l'ONU soumet à l'Assemblée générale et des rapports périodiques des pays, qui servent aussi de bases à des analyses régionales. Le suivi des OMD se fonde en général sur deux éléments qui sont liés, à savoir le suivi *des résultats des OMD* (niveau de normes en ce qui concerne le respect des droits de l'homme) et le *processus des OMD* (mesure dans quelle des progrès ont été réalisés sans compromettre droits de l'homme). Mais, comme l'a souligné le PNUD (2000), même si la réflexion a toujours porté sur l'importance du processus de développement, de nombreux outils et stratégies mettent davantage l'accent sur l'évaluation des résultats des systèmes sociaux que sur l'évaluation des processus. Cela montre que le développement humain est aussi important que le résultat. Le tableau 12.1 présente la liste des Objectifs de la Déclaration du Millénaire (OMD) ainsi que les indicateurs du processus des OMD (principes des droits de l'homme) dont les pays devront tenir compte en particulier dans les futures évaluations de ce type.

Tableau 12.1 Déclaration du Millénaire et quelques objectifs choisis

Réalisation des OMD	Processus relatif aux OMD
Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim	Bonne gouvernance
Assurer l'éducation primaire pour tous	Égalité
Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Participation de tous
Réduire la mortalité des enfants	Transparence
Améliorer la santé maternelle	Responsabilité
Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	État de droit
Assurer un environnement durable	Durabilité
Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	Liberté

Établi sur la base de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, 2000

Pour le suivi des OMD, on utilise en général deux types d'indicateurs : i) les indicateurs compilés à l'échelon international et ii) ceux provenant de sources nationales. À l'échelon international, l'établissement de rapports se base sur les données compilées par les organisations internationales et les organismes des Nations Unies tels que le PNUD, l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et diverses divisions des Nations Unies entre autres. Quant aux rapports nationaux, ils se fondent sur des indicateurs compilés à partir de sources nationales, notamment auprès de systèmes nationaux de statistiques et des ministères en charge des statistiques et de la planification, qui sont responsables du suivi des OMD. Dans la plupart des pays, l'harmonisation des indicateurs des partenaires internationaux et ceux des pays reste un défi majeur.

Pour l'Afrique, le NEPAD est particulièrement important parce qu'il représente une vision et un cadre stratégique pour le renouveau de l'Afrique. Son objectif est d'éradiquer la pauvreté et la faim; d'accélérer la croissance économique; d'ancrer solidement les pays africains, individuellement et collectivement, dans la mondialisation; de mettre un terme à la marginalisation du continent dans l'ordre économique et social mondial; de renforcer les capacités des femmes et d'autres groupes socialement désavantagés; de construire l'infrastructure nécessaire pour le développement durable. Pour le NEPAD, l'absence de démocratie, le non-respect des droits humains et la mauvaise gouvernance sont les principaux obstacles à l'évolution du continent (CEA, 2005). En 2003, le sixième Sommet du comité des chefs d'États et de gouvernement pour la mise en œuvre (CCEGMO) du NEPAD a adopté le Protocole d'entente du Mécanisme d'évaluation inter-africaine (APRM). Il s'agit d'une initiative d'autosurveillance de la bonne gouvernance à laquelle les États membres de l'Union africaine adhèrent volontairement. Il a pour objectif de diffuser les bonnes pratiques et de faire des recommandations en vue de combler les lacunes en matière de gouvernance et de développement socioéconomique dans les pays membres de l'Union africaine.

L'application du Mécanisme, à l'échelon national et continental, rencontre de nombreuses difficultés liées aux financements, aux capacités, aux procédures, au fonctionnement et aux politiques, il est, selon le rapport sur l'APRM de 2007 qui lui est consacré, un exemple édifiant de la pensée novatrice africaine. Un rapport récent (2009) sur le Mécanisme indique que 26 pays ont à ce jour adhéré. Ce sont: l'Afrique du Sud, l'Algérie, l'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Djibouti, le République du Congo, l'Égypte, l'Éthiopie, le Gabon, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mali, Maurice, le Mozambique, le Nigéria, l'Ouganda, le Rwanda, Sao Tome-et-Principe, le Sénégal, la Sierra Leone, le Soudan, le Togo, la Tanzanie et la Zambie. Ces pays représentent actuellement 652,7 millions d'habitants - soit 74 % de la population totale africaine.

La CEA a réalisé une étude sur le suivi de la gouvernance dans 27 pays africains en faisant appel à des institutions nationales de recherche, qui a porté sur un échantillon de plus de 50 000 personnes et sur 2 000 experts. Les résultats ont été publiés dans le Rapport sur la gouvernance en Afrique (2005). Cette étude est considérée comme la première grande entreprise de ce type réalisée à l'initiative des Africains. Elle a pour objectif d'étudier de manière empirique la façon dont les citoyens percevaient la bonne gouvernance dans leur pays, tout en recensant les principaux déficits en ce qui concerne les pratiques de gouvernance et les institutions, d'une part, et en recommandant les bonnes pratiques et les solutions appropriées, d'autre part.

En ce qui concerne la réalisation du Programme d'action de la CIPD en Afrique, deux évaluations ont été faites par la CEA, en collaboration avec d'autres partenaires notamment le FNUAP: la CIPD+5, en 1999 et la CIPD+10, en 2004. Il ne sera pas nécessaire de revenir sur les résultats étant donné qu'ils ont été abordés de façon succincte dans la première partie du présent rapport.

12.2 Cadre institutionnel de suivi et d'évaluation

Selon les rapports nationaux, le système de suivi de l'évaluation du programme de la CIPD ne constitue pas une composante distincte mais fait partie d'un système intégré de suivi des programmes nationaux de développement, y compris les DSRP et les OMD. Dans chaque pays, des institutions précises et des départements gouvernementaux sont généralement chargés d'assurer le suivi des programmes et d'établir des rapports d'évaluation périodiques, tenant compte des normes convenues. Le tableau 12.2 montre que la création d'une cellule de suivi et d'évaluation au sein d'un ministère central est le dispositif institutionnel le plus répandu sur le continent. Cette cellule est principalement chargée de suivre les résultats et l'impact obtenus, la transparence et l'utilisation des ressources, et la qualité des produits ou de la prestation de services. Les pays ont également fait état de l'existence de cellules de suivi et d'évaluation dans divers ministères sectoriels et d'un cadre centralisé de suivi et d'évaluation ne se trouvant pas au sein de ministères et dont la mission est d'assurer le suivi des Stratégies de réduction de la pauvreté (SRP) et celui de la Stratégie nationale de développement (SND).

Tableau 12.2 Cadre institutionnel de suivi et d'évaluation (N=40)

Mécanisme institutionnel	Fonctions, y compris les questions suivies	
Cadre centralisé de suivi et d'évaluation de la SRP et de la SND et qui ne se trouve pas au sein d'un ministère	i. Respect des politiques et de la législation	9
	ii. Qualité des produits/des services rendus	9
	iii Couverture/portée géographique	9
	iv. Transparence et utilisation des fonds	8
	v. Résultats et impact obtenus	8
	vi. Autres (veuillez préciser); _____	1
Cellule de suivi et d'évaluation au sein d'un ministère principal	i. Respect des politiques et de la législation	20
	ii. Qualité des produits/services rendus	20
	iii Couverture/portée géographique	17
	iv. Transparence et utilisation des fonds	21
	v. Résultats et impact obtenus	23
	vi. Autres (veuillez préciser); _____	2
Cellules de suivi et d'évaluation dans divers ministères sectoriels	i. Respect des politiques et de la législation	15
	ii. Qualité des produits/services rendus	16
	iii Couverture/portée géographique	14
	iv. Transparence et utilisation des fonds	16
	v. Résultats et impact obtenus	16
	vi. Autres (veuillez préciser); _____	1
Autres (veuillez préciser); _____	i. Respect des politiques et de la législation	1
	ii. Qualité des produits/services rendus	1
	iii Couverture/portée géographique	
	iv. Transparence et utilisation des fonds	
	v. Résultats et impact obtenus	
	vi. Autres (veuillez préciser); _____	

Dans certains pays (en Tanzanie, par exemple), la stratégie nationale de développement est alignée sur les objectifs convenus à l'échelon international, notamment les OMD. En conséquence, la plupart des questions relatives à la CIPD sont suivies dans le cadre du groupe d'objectifs généraux de la Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté. D'autres pays comme le Malawi ont aussi défini des indicateurs d'impact dans le but d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux des politiques de population, objectifs qui sont alignés sur la CIPD et les OMD. Dans les deux cas, les recensements décennaux et les enquêtes nationales constituent les principales sources de données pour le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de développement. En 2006, le système adopté, en 2001-2004, pour le suivi de la Stratégie de réduction de la pauvreté de la Tanzanie a été intégré dans le système de suivi de la stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté dans le but d'améliorer les réalisations axées sur les résultats au titre de cette dernière stratégie, des OMD et d'autres objectifs de développement convenus à l'échelon international tels que le Programme d'action de la CIPD. Étant donné que les préoccupations des populations sont bien prises en compte dans le PASDEP (Plan de développement accéléré et durable en vue de mettre fin à la pauvreté de l'Éthiopie, les principales questions relatives à la CIPD sont suivies et évaluées au moyen de mécanismes mis en place pour coordonner et suivre les programmes et projets nationaux de développement. Des cadres similaires existent au Gabon, en République Centrafricaine, au Nigéria, au Ghana et en Namibie où les principaux objectifs en matière de population et de santé de la procréation sont pris en compte dans les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation tels que les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) et d'autres mécanismes de suivi sectoriel.

En 2006, l'Afrique du Sud a, en accord avec les organismes des Nations Unies, adopté un système unique pour le suivi et l'évaluation du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement qui fait une place aux questions et aux objectifs de la CIPD relatifs à la politique de la population. La Stratégie nationale multisectorielle à long terme du Soudan, qui couvre une période de 5 ans (2007-2011) et le plan quinquennal stratégique correspondant constituent un cadre de suivi des cibles en matière de population et de réduction de la pauvreté.

La plupart des pays ont pris en compte les questions de santé de la procréation, du VIH/sida et de la problématique hommes-femmes dans leur cadre de dépenses à moyen terme. Toutefois, les questions de migration (en particulier, les migrations internationales) sont celles auxquelles on accorde le moins d'importance dans ces cadres.

Pratiquement tous les pays gèrent des bases de données permettant d'assurer le suivi des programmes de développement dont les DSRP. Avec l'assistance du PNUD et d'autres organismes des Nations Unies, le Gabon, le Lesotho, la Namibie, l'Ouganda et d'autres pays ont institutionnalisé les bases de données DevInfo et les systèmes intégrés de gestion pour le stockage des données afin d'assurer le suivi des objectifs nationaux de développement et d'établir des rapports sur les OMD. En Namibie, la base de données sur la population et le développement ainsi que les systèmes sectoriels de stockage de données tels que le système d'information sur la santé du Ministère de la santé et des services sociaux, sont gérés par le Bureau central de la statistique du Secrétariat de la commission nationale de la planification.

En plus des institutions publiques, les pays ont également mis en place des organes (commission, conseil, comité et autres), composés de hauts fonctionnaires, de parlementaires ou de personnes

privés, pour soutenir la mise en œuvre de politiques de population et des politiques similaires ainsi que la gestion des programmes, notamment le suivi et l'évaluation. En Namibie, des structures appropriées ont été créées peu après la promulgation de la Politique nationale de la population (1997). Ces structures sont i) le Comité national consultatif qui a pour mission de conseiller le gouvernement et le Président sur les questions de politiques; ii) le Comité technique inter-institutions pour la population qui coordonne la mise en œuvre de la politique en matière de population; iii) la cellule chargée des questions de population (désormais une sous-division de la division chargée de la réduction de la pauvreté et de la planification des ressources humaines du Secrétariat de la commission nationale de la planification) qui assure le secrétariat du Comité technique inter-institutions pour la population. Au Ghana, au Malawi, au Nigéria, en Ouganda, au Sénégal et au Soudan, des commissions, des cellules ou des cellules nationales (selon le cas) ont été mises en place pour coordonner le suivi et l'évaluation des politiques et programmes correspondants.

En Ouganda aussi, il existe des stratégies sectorielles, dotées de cadres pour l'établissement de rapports sur les cibles fixés dans le Plan stratégique du secteur de la santé. Comme l'a indiqué le Ghana, les projets financés par les donateurs sont assortis d'exigences en matière de suivi et d'évaluation et d'établissement de rapports, notamment des rapports d'activités trimestriels, semestriels ou annuels ainsi que des évaluations à mi-parcours et en fin de projet. La majorité des pays ont indiqué que les questions de santé de la procréation et de la problématique hommes-femmes ont été prises en compte dans les stratégies nationales et sectorielles de suivi et d'évaluation.

En résumé, un certain nombre de facteurs favorisent les activités de suivi et d'évaluation: existence d'institutions de suivi et d'évaluation dans la plupart des pays et création, par ces pays, de bases de données utilisant DevInfo pour assurer le suivi de la mise en œuvre des DSRP, des OMD et du programme d'action de la CIPD.

12.3 Défis et contraintes

Les principaux problèmes peuvent se résumer ainsi:

- a. Dans la plupart des pays, il n'existe toujours pas de cadres harmonisés pour le suivi et l'établissement de rapports, qui soient jugés acceptables par les pays et les partenaires du développement. Il n'est pas rare de trouver sur le continent, des systèmes de suivi et d'évaluation de donateurs, qui fonctionnent parallèlement au système national de suivi et d'évaluation;
- b. La gestion des données et des systèmes d'information nécessite un dispositif institutionnel solide et efficace ainsi que des moyens humains suffisants, qui font souvent défaut dans la plupart des pays.

Chapitre 13

13. Facteurs déterminant la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et des OMD

13.1 Introduction

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît que la réalisation des objectifs fixés dépend des mesures prises par un large éventail d'acteurs, particulièrement à l'échelon national. Le Programme d'action précise que les États, en particulier, doivent jouer un rôle moteur en faisant preuve de fermeté et d'engagement pour atteindre le développement socioéconomique, notamment la valorisation des ressources humaines, l'égalité entre les sexes et l'équité, la satisfaction des besoins de santé, y compris la santé en matière de procréation de la population. En outre, les donateurs, les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé sont considérés comme des partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes nationaux. De même, un large éventail d'organisations de la société civile et d'associations communautaires (parlementaires, associations féminines et collectivités locales) sont censées jouer un rôle important dans la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD.

13.2 Obstacles à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD

À la lumière des rapports présentés dans les chapitres précédents, on peut recenser les facteurs qui favorisent ou entravent la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD dans les pays africains, depuis 1994. On distingue quatre catégories de facteurs favorables/défavorables: a) la disponibilité des ressources; b) l'engagement politique; c) les politiques et les réformes institutionnelles et d) l'exécution et la gestion des programmes. Les pays ont indiqué qu'un certain nombre de problèmes économiques et financiers constituent toujours un obstacle à la réalisation du Programme d'action sur le continent. Entre 40 et 50 % des pays ayant répondu ont déclaré avoir été limités par des problèmes liés aux ressources financières externes dont le fardeau de la dette, la baisse de l'APD et l'accès insuffisant aux marchés internationaux. De plus, 27 pays sur les 40 qui ont répondu au questionnaire (soit 73 %), ont déclaré que la faible mobilisation des ressources externes pour le financement des programmes de population est la principale contrainte. Une proportion similaire de pays a évoqué l'insuffisance des fonds

alloués par les pouvoirs publics aux activités en matière de population. De plus, deux tiers des pays ont indiqué qu'ils étaient aux prises avec d'autres problèmes tout aussi importants que les questions de population. Environ 68 % d'entre eux ont affirmé avoir eu des difficultés à mobiliser davantage de ressources internes pour financer les programmes en matière de population.

Il est évident que si les plans nationaux de développement ne prévoient pas d'allocations budgétaires pour les interventions en matière de population et si ces dernières ne bénéficient pas de ressources externes suffisantes, elles peuvent être interrompues faute de moyens. Il en va de même pour les OMD, dont la réalisation requiert des ressources importantes qui ne sont malheureusement pas disponibles, en général, dans bon nombre de pays africains.

Outre les problèmes économiques et financiers évoqués ci-dessus, les pays ont recensé un ensemble de facteurs socio-culturels qui entravent la mise en œuvre du Programme d'action à l'échelon national. Il ressort clairement des réponses données par les pays (70 %) que des valeurs sociales et des pratiques néfastes et, en particulier le statut et la vulnérabilité socioéconomique des femmes (environ 68 %), continuent d'entraver la mise en œuvre du Programme d'action en Afrique.

13.3 Facteurs favorables ou défavorables

13.3.1 Engagement politique

La plupart des pays africains disposent actuellement de politiques claires sur la population et les questions connexes. Dans certains cas, ces politiques ont été révisées pour tenir compte de l'apparition de nouveaux problèmes de population ainsi que de la CIPD et des OMD. On peut donc affirmer que les pays africains reconnaissent effectivement l'importance des facteurs démographiques pour le développement et qu'ils sont résolus à prendre les mesures nécessaires pour intégrer les questions de population et de développement (problématique hommes-femmes, santé génésique, VIH/sida) dans les politiques et plans de développement. Le fait que les pays africains continuent à établir des rapports périodiques sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD témoigne de cet engagement et de cette volonté politique.

Cependant, on peut difficilement dire que tous les pays font preuve du même engagement et de la même volonté politique: dans le cadre de la dernière évaluation de la CIPD+15, seuls 40 pays sur 53 pays africains ont renvoyé les questionnaires remplis et, pire encore, 23 seulement ont soumis un rapport national (voir le tableau 1 de l'annexe). Environ 43 % des pays ont indiqué que le manque de volonté politique faisait effectivement obstacle à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD.

Le degré de conformité aux directives de la CEA sur ce processus a déjà été abordé et bien illustré dans la première partie du présent rapport. En fait, la présente analyse devrait plutôt encourager les pays qui ne soumettent pas de rapports à aligner leurs programmes de développement sur les cadres du Programme d'action de la CIPD et des OMD et les sensibiliser à l'importance de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et les OMD pour le développement durable. Le rapport permet également de diffuser les enseignements tirés et les expériences acquises, en vue d'atteindre plus rapidement les résultats escomptés.

13.3.2 Réformes des politiques et des institutions

La liste de réformes des politiques et des institutions énumérées et examinées dans les chapitres précédents du présent rapport témoigne de l'engagement des gouvernements africains à atteindre les objectifs du Programme d'action de la CIPD et les OMD. Dans la quasi-totalité des pays ayant soumis un rapport, de nouvelles institutions ont vu le jour, les anciennes ont été restructurées, les capacités humaines et institutionnelles ont été renforcées et des bases de données ont été créées en vue de l'élaboration des politiques et de la gestion des programmes, y compris le suivi et l'évaluation.

Pour bien gérer les programmes de population et les programmes de développement correspondants, il faut, entre autres, disposer d'institutions solides, allouer des ressources suffisantes et utiliser les compétences nécessaires. Dans de nombreux pays africains, l'élaboration de politiques sur la population (qui couvre parfois, la santé en matière de procréation, la problématique hommes-femmes et le VIH/sida) a contribué à la réalisation du Programme d'action de la CIPD et des OMD. En outre, la disponibilité de données sur la population et le développement (accumulées au cours des dernières années par le biais des recensements de la population et logement et d'une série d'enquêtes démographiques et de santé, entre autres) a favorisé, à maints égards, l'élaboration de politiques et de programmes fondées sur des données.

Le rapport révèle que certains pays africains ont élaboré des politiques rationnelles sur la population mais n'ont pas encore conçu de programmes ou de plans d'action pour la mise en œuvre de ces politiques. Les plans d'action ou les programmes sont censés fournir une plate-forme commune à tous les acteurs pour qu'ils collaborent; ils permettent de soutenir les activités de la cellule nationale ou du département en charge des questions de population en facilitant la coordination des activités en matière de population à l'échelon national. Par conséquent, l'absence de programme ou de plan d'action national global est, à maints égards, préjudiciable à la mobilisation des ressources, au partenariat, à la mise en œuvre et à la coordination des politiques.

La difficulté liée à la coordination est illustrée par le fait que 40 % des pays ont répondu que le manque de coordination constitue un obstacle à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD. Ces pays font face à des problèmes internes car ils ne parviennent pas à susciter la coopération entre les ministères sectoriels et à assurer la pleine participation des groupes d'acteurs tels que les femmes, les organisations de la société civile et les ONG. Parmi les facteurs qui entravent la réalisation du Programme d'action de la CIPD, les pays ont également cité le faible niveau de coopération et de coordination avec les organisations internationales (y compris les bailleurs de fonds) et entre ces dernières.

Dans les années à venir, il faudra peut-être se pencher sur la qualité et la pertinence de ces interventions. Bon nombre de pays font toujours face à des problèmes d'ordre institutionnel et technique en ce qui concerne la réalisation du Programme d'action de la CIPD. Environ 60 % d'entre eux ont répondu qu'ils n'ont pu maintenir le cap en matière d'élaboration des politiques à cause de l'importante rotation du personnel. La moitié des pays ne disposaient pas des compétences techniques permettant de prendre en compte les questions de population et de développement durable dans les cadres nationaux de développement.

Concernant les ressources humaines, de nombreuses cellules chargées des questions de population étaient animées par un ou deux fonctionnaires qui n'avaient aucun plan de carrière et qui avaient peu de chances de gravir les échelons. Pire encore, dans d'autres pays, ces cellules ne sont représentées ni à l'échelon régional ni à l'échelon des districts où les activités en matière de population sont censées être très intenses.

La non institutionnalisation de la recherche en matière de population pour la gestion du Programme d'action de la CIDP et des OMD a également des effets sur la réalisation des objectifs de développement. La plupart des pays rencontrent toujours des problèmes en ce qui concerne l'obtention de données pour le suivi et l'évaluation et la démonstration de l'impact; ils ont également du mal à définir clairement les stratégies pour la mise en œuvre des politiques et programmes de population. À cet égard, il convient de souligner l'importance d'une recherche coordonnée à l'échelon national, infranational et régional pour apporter une réponse aux problèmes de population spécifiques, adopter des politiques cohérentes et élaborer des programmes appropriés.

Quinze ans après son adoption, la réalisation du Programme d'action de la CIPD est toujours entravée par l'existence ou l'absence de certaines lois et politiques. Selon le tableau 13.5, au moins un tiers des pays ayant répondu au questionnaire a déclaré que l'absence de lois et de politiques claires sur l'âge minimum du mariage, la disponibilité de contraceptifs, les droits en matière de procréation, le VIH/sida et la santé des adolescents en matière de procréation constituent un frein à la réalisation du Programme d'action. Ainsi, 14 pays sur 40 (soit 35 %) ont déclaré qu'il n'y a ni lois, ni politiques claires permettant de prendre en compte la santé génésique dans les systèmes de soins de santé primaires. Compte tenu de la situation, il convient de mener une campagne de sensibilisation intense en faveur de l'élaboration ou de la révision des lois et des politiques afin de créer les conditions permettant de prendre les mesures visant à résoudre les problèmes de population et de santé génésique.

13.4 Obstacles à la réalisation des OMD

13.4.1 Évaluation des besoins pour la réalisation des OMD

Dans la méthode d'évaluation des besoins pour la réalisation des OMD élaborée par le projet Objectifs du Millénaire (septembre 2004), les pays en développement sont invités à évaluer les besoins pour la réalisation des OMD afin de les prendre en compte dans les politiques et les programmes nationaux. À cet effet, il a été recommandé que gouvernements des pays à faible revenu ou en développement suivent un processus de planification en quatre étapes: i) évaluer les besoins pour la réalisation des OMD afin de déterminer le coût lié à l'atteinte des cibles correspondantes, d'ici à 2015; ii) élaborer un plan de développement à long terme (10 ans) axé sur les OMD; iii) élaborer un plan à moyen terme (trois à cinq ans) et iv) prévoir, dans les plans à long et à moyen terme, une stratégie pour la gestion du secteur public axée sur la transparence, la responsabilité et la gestion fondée sur les résultats. L'engagement et la détermination des pays à réaliser les OMD sont de plus en plus manifestes au fur et à mesure qu'un nombre croissant de pays adopte cette démarche.

Au début de l'année 2004, l'Éthiopie a été choisie dans le cadre du Projet Objectifs du Millénaire comme l'un des huit pays pilotes pour la réalisation des OMD dans le monde à l'horizon 2015 dans

le but d'évaluer les coûts associés. Des évaluations des besoins par secteur ont été faites dans ce pays (2004) dans des domaines tels que l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement, le développement rural, la lutte contre le VIH/sida, la problématique hommes-femmes, la population et le secteur privé, le commerce et l'infrastructure. Les résultats de ces évaluations sectorielles ont été consignés dans un document de synthèse intitulé *Ethiopia: MDGs Needs Assessment Report* (2005) et qui a servi de base à l'élaboration du second document pour le développement durable et la réduction de la pauvreté (désormais appelé Plan de développement accéléré et durable pour l'éradication de la pauvreté (PASDEP)) pour la période 2006-2010.

Selon les évaluations faites à ce jour, l'Éthiopie, tout comme les autres pays, ne dispose pas des importantes ressources nécessaires pour réaliser ces objectifs d'ici à 2015. En effet, le PNUD et la Banque mondiale estiment que, pour ce faire, les pays pauvres auront besoin de 40 à 60 milliards de dollars É.-U. supplémentaires. Si les pays donateurs, membres de l'OCDE, avaient tenu leurs promesses, à savoir consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'assistance au développement, 195 milliards supplémentaires seraient venus s'ajouter aux 58 milliards dollars É.-U. au titre de l'assistance globale en 2002. Le rapport de *Reality of Aid* de 2004 prévoit que la Tanzanie, par exemple, aura besoin d'un investissement très important par habitant et de ressources externes pour réaliser les OMD. Les chiffres projetés correspondent à un investissement global de 4 milliards de dollars É.-U. par an et à un financement extérieur s'élevant à 2,3 milliards É.-U. par an. L'Ouganda aura besoin, selon les projections, de 3 milliards de dollars É.-U. par an pour atteindre ces objectifs. Plus de la moitié de ces investissements viendront probablement de l'extérieur et il faudra en moyenne 1,6 milliard (soit 50 dollars É.-U. par habitant) par an au cours de la période 2005-2015.

13.4.2 La réalisation des OMD est-elle possible en Afrique ?

Un rapport de 2005 d'Arowolo & Kasse préparé pour le compte de l'Union africaine en prévision du Sommet du Millénaire qui s'est tenu au cours de la même année indiquait que la quasi-totalité des pays africains étaient en proie à d'énormes problèmes de développement qui les empêchaient de faire de réels progrès dans la réalisation des OMD. Le rapport fait remarquer que la persistance de la pauvreté dans la plupart des pays africains malgré des dizaines d'années d'investissement, le piège démographique, l'inégalité généralisée et le poids de la morbidité permettent de douter de la réalisation des OMD à l'horizon 2015. La plupart des pays sont touchés par la stagnation économique, la hausse du taux de chômage et le sous-emploi. Les causes profondes de la pauvreté, qui doivent être combattues grâce à la réalisation des OMD, procèdent de l'interaction entre le poids de la morbidité, l'accès insuffisant à une éducation et à des services de qualité, l'insécurité et l'instabilité politique dues aux conflits civils, l'insuffisance des investissements dans le renforcement des capacités humaines. Cette situation contribue, à son tour, à la baisse de la productivité, à l'inégalité entre les sexes pour l'accès et la répartition des ressources, à la dégradation de l'environnement et au piège démographique. Au nombre des facteurs externes qui aggravent la pauvreté en Afrique, on peut citer le fardeau de la dette, la diminution du flux d'APD – qui baissera davantage à cause de la récession mondiale qui se généralise et des termes de l'échange défavorables.

Le rapport évoque également des problèmes de capacités humaines et institutionnelles qui sont aggravés par des années d'émigration, vers l'Europe et l'Amérique du Nord, de milliers de cadres africains très compétents dans tous les domaines de spécialisation. Ce phénomène est responsable du

faible niveau de qualification de la main-d'œuvre disponible, du retard technologique et de la faible productivité. À cela s'ajoutent des problèmes de gouvernance (transparence, responsabilité et engagement) qui nuisent à la gestion des ressources humaines, matériels et financières et font que des milliers d'africains souffrent de la faim au milieu de l'abondance. Dans l'agriculture, qui demeure la principale activité de la population active, les techniques de production n'ont pas évolué depuis des décennies et sont restées rudimentaires dans de nombreux pays africains. De ce fait, la productivité est faible et tributaire des conditions climatiques. Le développement économique est entravé par d'autres facteurs notamment les infrastructures peu développées (particulièrement dans les zones rurales), la faible diversification de l'économie et la faiblesse des cours des matières premières sur le marché international. Compte tenu de ces problèmes, conclut le rapport, on peut difficilement être optimiste quant à l'éradication de la pauvreté et à la réalisation des OMD dans une grande partie de l'Afrique, d'ici à 2015. Néanmoins, bon nombre de pays africains font preuve d'optimisme dans leur réponse à l'enquête de la CEA faite en 2008 sur la réalisation des OMD, comme ce fut le cas pour le Sommet mondial de 2005.

Partie III

Recommandations et voie à suivre



Recommandations et voie à suivre

1. Introduction

Les rapports nationaux montrent que les objectifs de la CIPD sont toujours d'actualité et que tous les pays africains font des efforts pour les atteindre, en particulier dans le cadre de la réalisation des OMD et des stratégies nationales de réduction de la pauvreté. Ils indiquent également que même si des progrès ont été réalisés dans chacun des domaines thématiques de l'application du Programme d'action de la CIPD, les pays africains continuent de faire face à des problèmes qui entravent la réalisation des objectifs de la CIPD et, par conséquent, celle des OMD également.

2. Recommandations

L'accélération des efforts pour atteindre les objectifs de la CIPD nécessiterait que l'on résolve les divers problèmes, en tenant compte du contexte socio-économique de chaque pays. À cet égard, les recommandations ci-après sont formulées précisément en vue d'intensifier les efforts visant à réaliser les objectifs de la CIPD ainsi que d'autres cadres de développement, notamment les OMD.

2.1 Pauvreté, population et développement durable

- a. Renforcer les liens entre les objectifs de la CIPD, les OMD et la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions en matière de développement durable, y compris les DSRP;
- b. Créer et régulièrement mettre à jour des bases de données intégrées contenant des données sociodémographiques et économiques en état désagrégé, en vue du suivi et de l'évaluation de l'élaboration de programmes de développement;
- c. Adopter des stratégies permettant de mieux cerner et d'adapter les questions sociales et culturelles en vue de réaliser les objectifs de développement;
- d. Intensifier les efforts en vue de promouvoir la paix et la bonne gouvernance et de régler les conflits sur le continent;
- e. Soutenir les stratégies de lutte contre la pauvreté généralisée, en particulier dans les zones rurales et parmi les populations marginalisées;
- f. Accroître l'investissement dans les secteurs sociaux, notamment dans la santé, et renforcer le capital humain et les capacités en vue de la gestion durable des ressources naturelles;
- g. Adopter des techniques appropriées et peu onéreuses pour améliorer la productivité agricole et industrielle dans le but d'améliorer la compétitivité des économies africaines et de lutter plus avant contre la pauvreté;

- h. Trouver un équilibre entre la population et les ressources disponibles en accordant une attention particulière à la lutte contre la dégradation de l'environnement et contre l'utilisation abusive des services environnementaux;
- i. Mettre en place des mesures pour faire face à la pénurie de ressources humaines dans les secteurs essentiels à la réalisation des objectifs de la CIPD et des OMD; les pays et leurs partenaires pour le développement sont invités à accroître l'investissement dans le développement social, à renforcer la participation et l'adhésion des populations et à encourager l'équité dans la répartition des ressources et avantages nationaux et communautaires;
- j. Il convient de renouveler les engagements pris et d'insister de nouveau sur la protection et l'adaptation à l'environnement;
- k. Les pays africains devraient s'engager davantage en faveur de la mise en place de dispositifs permettant de faire appliquer la responsabilité sociale sur le continent;
- l. Il faudrait renforcer les capacités institutionnelles des bureaux nationaux et centraux de statistiques en Afrique afin qu'ils soient en mesure de collecter et de gérer des données.

2.2 Droits et santé en matière de procréation

- a. Des mesures urgentes doivent être prises pour lutter contre les facteurs qui constituent un obstacle à la satisfaction des besoins en matière de planification familiale sur l'ensemble du continent;
- b. Il faudrait chercher à établir des partenariats avec le secteur privé en vue de fournir des informations et des services en matière de planification familiale, en particulier aux communautés difficilement accessibles;
- c. Fournir des médicaments, des produits et du matériel essentiels et mettre en place un système d'orientation fonctionnel pour la prestation de services de soins de santé de base, notamment de services de santé maternelle, juvénile et néonatale;
- d. Il faudrait disposer d'un personnel suffisamment compétent pour assurer des services intégrés de qualité dans toutes les communautés (notamment des services obstétricaux d'urgence, de traitement des IST et de planification familiale);
- e. Répondre de manière appropriée aux besoins de santé en matière de procréation et de sexualité des hommes et mettre sur pied des interventions pour renforcer leur participation à la diffusion d'informations sur la santé en matière de procréation et la planification familiale;
- f. Lutter contre les coutumes, les croyances et les pratiques locales qui constituent des obstacles à la promotion des droits et de la santé en matière de procréation, en particulier les droits des femmes et des adolescents;
- g. Renforcer les partenariats et intensifier les efforts visant à réduire plus rapidement la morbidité et la mortalité maternelles;
- h. Mettre en place des mécanismes appropriés pour optimiser et mobiliser des ressources (internes et externes) afin d'assurer des services de santé en matière de sexualité et de procréation ainsi que des programmes de lutte contre le VIH/sida;
- i. Renforcer les capacités des organes publics nationaux afin qu'ils jouent un rôle de premier plan dans la définition des priorités nationales en ce qui concerne les financements

- pour améliorer la coordination et l'harmonisation de la mise en œuvre des programmes de santé en matière de sexualité et de procréation et de lutte contre le VIH/sida;
- j. Soutenir l'intégration complète des services de santé en matière de procréation et de sexualité, y compris le repositionnement de la planification familiale, et renforcer le lien entre la santé en matière de reproduction et de sexualité d'une part, et la lutte contre le VIH/sida d'autre part;
 - k. Renforcer et/ou mettre en place des mécanismes aux échelons national et régional pour favoriser l'accès aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité, de prévention du VIH, de traitement et de soins ainsi qu'aux services de soutien;
 - l. Renforcer les systèmes de santé, notamment les infrastructures, les systèmes d'information sur la gestion sanitaire, le personnel de santé, les soins obstétricaux d'urgence et les produits et le matériel de santé en matière de procréation et de sexualité, le traitement et la prise en charge du VIH;
 - m. Soutenir et promouvoir une programmation pour la santé en matière de sexualité et de procréation et pour le VIH/sida qui soit axée sur des faits concrets et sur des recherches opérationnelles;
 - n.
 - o. Promouvoir l'approche fondée sur les droits de l'homme pour favoriser l'accès à des informations et des services et leur utilisation, ainsi que l'accès à la prévention, au traitement du VIH et aux soins appropriés;
 - p. Adopter des protocoles et des lois permettant de garantir l'accès aux services de santé en matière de reproduction et de lutte contre le VIH pendant les périodes de crise et d'après-crise.

2.3 Égalité entre les sexes, équité et autonomisation des femmes

- a. Renforcer la mise en œuvre/en vigueur des politiques et des lois et programmes sur l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes, notamment celles qui se rapportent à la mise en œuvre de la plateforme d'action de Beijing, de la CEDAW et de l'élimination de la violence à l'égard des femmes;
- b. Renforcer la mise en œuvre/en vigueur des politiques, des lois et des programmes sur la prévention de la violence à l'égard des femmes et renforcer les mécanismes de protection des victimes de violence sexuelles et sexistes;
- c. Renforcer les capacités institutionnelles en vue de prendre en compte, de manière systématique et cohérente, la problématique hommes-femmes dans les politiques, les lois, les programmes, les budgets et les plans;
- d. Mettre en place des mesures et des programmes qui tiennent compte des différences hommes-femmes en matière de lutte contre le VIH/sida et contre les problèmes de santé de la procréation correspondants;
- e. Renforcer les bases de données en investissant dans la recherche, l'analyse et la budgétisation fondée sur l'égalité des sexes afin de soutenir la planification, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de programmes intégrant la dimension des sexes et le principe des résultats, aux échelons national et infranational;
- f. Renforcer les partenariats et les réseaux en adoptant une démarche multisectorielle - associant les organisations féminines, les communautés, les organisations confessionnelles,

- les chefs traditionnels, les associations de jeunes et les organisations professionnelles – pour promouvoir l'égalité entre les sexes et garantir l'autonomisation des femmes;
- g. Diffuser, sur une grande échelle, des stratégies visant à associer les hommes à la santé de la procréation; promouvoir l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes, et notamment leur accès aux informations et aux services de santé en matière de procréation et de vie familiale;
 - h. Renforcer la mise en œuvre des politiques, des lois et des programmes visant à améliorer l'accès des filles à l'éducation et à des compétences utiles sur le marché du travail, y compris leur maintien à tous les niveaux du système éducatif (formel et informel);
 - i. Soutenir des actions entraînant des changements de comportement, compte tenu des facteurs socioculturels qui empêchent les femmes d'affirmer leurs droits en matière de santé de la procréation;
 - j. Renforcer les capacités des femmes et favoriser leur accès à l'emploi, à des activités génératrices de revenus, à des techniques de gestion des entreprises, à des mécanismes de protection et à la participation au développement économique.

2.4 La famille: son rôle, ses droits, sa composition et sa structure

- a. La famille devrait, dans l'intérêt, notamment, de son bien-être et de sa stabilité, faire l'objet de l'attention voulue dans la formulation et la mise en œuvre des stratégies et plans nationaux de développement;
- b. La famille devrait être prise en compte dans l'élaboration des politiques et des programmes de développement à tous les niveaux de gouvernance.

2.5 Les enfants et les jeunes

- a. Faire en sorte d'inscrire un nombre croissant d'enfants, notamment de filles, à tous les niveaux du système d'éducation, en prenant des mesures visant à les encourager à poursuivre leur scolarité dans les cycles secondaire et post-secondaire;
- b. Mettre en place des mesures pour faire face aux problèmes de la vulnérabilité et de l'autonomisation des jeunes en veillant à ce que la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation soit bien prise en compte dans les autres interventions – éducation/perfectionnement, emplois rémunérateurs et participation à la prise de décisions;
- c. Soutenir la mise en œuvre de programmes élargis de vaccination afin d'atteindre et de maintenir la vaccination universelle, et améliorer la santé des enfants et de leurs mères;
- d. Répondre aux besoins des enfants et des adolescents qui se trouvent dans des situations particulièrement difficiles, notamment les enfants des rues et les jeunes victimes de guerres et de conflits;
- e. Renforcer la sensibilisation des adolescents aux problèmes liés à la sexualité, à l'alcoolisme et à la toxicomanie;
- f. Mettre en œuvre des programmes de protection des femmes et des enfants contre toutes les formes d'abus, notamment la traite des personnes, la prostitution, l'exploitation et la violence.

2.6 VIH et sida, tuberculose et autres maladies transmissibles

1. Encourager les mesures visant à provoquer des changements de comportement notamment en faveur de rapports sexuels protégés et de l'utilisation des préservatifs;
2. Renforcer les mesures visant à autonomiser les femmes et à réduire de ce fait la prévalence du VIH chez les jeunes femmes;
3. Former les différentes catégories d'agents de santé afin d'améliorer l'accès aux services de soutien psychologique, de dépistage et d'après-dépistage;
4. Soutenir la surveillance épidémiologique et les recherches sur le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose en vue d'améliorer la prestation de services et d'atténuer les effets de ces maladies;
5. Soigner et accompagner les personnes infectées par le VIH/sida, notamment les orphelins et autres enfants vulnérables, ainsi que les personnes âgées;
6. Renforcer la prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant dans le cadre de programmes de soins de santé maternelle et juvénile;
7. Renforcer les stratégies pour étendre les traitements antirétroviraux à tous les établissements de santé;
8. Intensifier les efforts pour intégrer les services de lutte contre le VIH/sida dans les interventions de santé en matière de procréation;
9. Renforcer les capacités institutionnelles et humaines pour élargir la prestation de services et atténuer les conséquences du paludisme, de la tuberculose et des autres maladies infectieuses dans toutes les communautés;
10. Renforcer les systèmes de santé, notamment les infrastructures, les systèmes d'information sur la santé, les ressources humaines dans le secteur de la santé, les produits et le matériel de soins de santé obstétricaux d'urgence;
11. Renforcer le suivi et l'évaluation pour contribuer au dernier examen de la CIPD;
12. La législation (criminalisation) ne devrait entraver ni la prévention ni le traitement du VIH;
13. Il convient de répondre aux besoins en matière de lutte contre le VIH pendant les conflits ou les crises subséquentes, ainsi qu'à ceux des populations difficiles à atteindre;
14. Il convient de lutter contre le VIH dans toutes les tranches d'âges, en privilégiant les adolescents;
15. Appuyer un mécanisme régional pour renforcer la prévention du VIH;
16. Mettre en place un mécanisme approprié permettant de mobiliser des ressources (internes et externes) pour la mise en œuvre des programmes de santé en matière de procréation;
17. Veiller à honorer les engagements pris dans le domaine de la santé de la procréation en poursuivant les actions de sensibilisation à tous les niveaux, afin d'amener les responsables à prendre des engagements politiques et financiers, et afin de favoriser la mobilisation à l'échelon communautaire en faveur de la prise de décisions et de la participation;
18. Soutenir l'intégration totale des composantes de la santé en matière de procréation et de sexualité, y compris le repositionnement de la planification familiale et l'association entre la santé en matière de procréation et de sexualité et le VIH/sida;

19. Adopter une démarche fondée sur les droits de l'homme afin de faciliter l'accès aux informations et aux services de santé en matière de procréation et de sexualité (se référer à un cadre politique à l'échelon international);
20. Adopter des protocoles et des lois pour garantir la prestation de soins de santé en matière de sexualité et de procréation pendant et après les crises;
21. La conception des programmes devrait reposer sur la recherche opérationnelle et être fondée sur les résultats;
22. Améliorer la coordination et l'harmonisation; donner aux pouvoirs publics et aux organes nationaux les moyens de mettre en œuvre des programmes de santé de la procréation.

2.7 Répartition de la population, migrations internes et urbanisation

- a. Veiller à accorder l'attention voulue à la planification en zone urbaine et à l'élargissement des services économiques et sociaux et des infrastructures aux zones urbaines, en particulier aux villes satellites;
- b. Encourager l'investissement dans les zones rurales afin de créer des possibilités d'emploi pour la main-d'œuvre rurale et freiner ainsi l'exode rural;
- c. Encourager les partenariats avec les organisations de la société civile, le secteur privé et les communautés pour le développement des zones urbaines et rurales;
- d. Élaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies en faveur des migrants en vue de soutenir le développement de leurs communautés rurales;
- e. Mettre en place des systèmes de données et d'information aux échelons national et local pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de développement dans les zones urbaines et rurales;
- f. Prendre en compte les problèmes de répartition de la population, d'urbanisation et de migrations internes dans les politiques et programmes de réduction de la pauvreté et de développement en zones rurales et urbaines;
- g. Créer un environnement favorable pour les femmes, les jeunes et les personnes âgées afin d'améliorer leurs conditions de vie dans le cadre du développement des zones urbaines et rurales;
- h. Offrir aux jeunes la possibilité de tirer parti du dividende démographique dans les zones urbaines et rurales;
- i. Promouvoir des stratégies et faciliter l'accès des communautés rurales aux marchés;
- j. Renforcer les capacités des communautés et des municipalités en matière de gestion des zones urbaines.

2.8 Migrations internationales

- a. Mettre en œuvre des politiques et programmes pour encourager les membres des diasporas à investir et à soutenir les programmes de développement dans leurs pays d'origine;
- b. Poursuivre le renforcement des capacités humaines, notamment dans les secteurs importants tels que la santé; prendre des mesures pour empêcher le départ des cadres qualifiés et encourager le retour des migrants qualifiés;
- c. Mettre en œuvre des programmes pour défendre les droits des migrants (internes et ex-

- ternes), notamment les réfugiés et les personnes déplacées, conformément aux conventions en vigueur;
- d. Développer et mettre en œuvre un programme d’instruction civique sur les droits et les responsabilités des migrants et de leurs communautés d’accueil, afin de prévenir la xénophobie;
 - e. Mettre en place un système de documentation et de recherche sur les migrations internationales.

2.9 Situation de crise et capacité de réaction aux urgences

- a. Mettre en place des mécanismes de suivi et de règlement des conflits, notamment la promotion de la bonne gouvernance, de la paix et de la sécurité, de la réconciliation et des droits de l’homme;
- b. Prendre en compte, dans la planification des programmes et dans les interventions en cas d’urgence, la prévention des catastrophes, y compris la fourniture d’informations et de services sur la santé de la procréation aux réfugiés et aux personnes déplacées à l’intérieur de leur propre pays;
- c. Encourager l’adoption de bonnes pratiques agricoles, notamment la lutte contre l’érosion et l’exploitation durable des pâturages et la mise en œuvre de cultures résistantes à la sécheresse pour faciliter l’adaptation aux changements climatiques;
- d. Adopter des initiatives durables en matière de reconstruction après les conflits pour prendre en compte les besoins en matière de réinstallation et de réinsertion des réfugiés, des personnes déplacées à l’intérieur de leur pays et des émigrés rentrant au pays.

2.10 Données sur la population et le développement

- a. Il est nécessaire de créer des systèmes nationaux d’état civil (enregistrement des naissances, des décès et des mariages) compte tenu de l’importance de telles données aux plans administratif, statistique et juridique;
- b. Les données collectées par le biais des recensements généraux (population et logement) devraient être analysées et exploitées pour la planification du développement;
- c. Étant donné l’importance de la recherche pour le développement, les pays devraient renforcer leurs capacités dans ce domaine grâce à des financements et à un soutien institutionnel accrus;
- d. Les chercheurs devraient collaborer en vue d’élaborer un programme de recherche au titre du Programme d’action de la CIPD et des OMD, de mobiliser des ressources, d’échanger des idées et de fournir des orientations sur la recherche axée sur le développement du continent;
- e. Il convient de bien utiliser les informations issues de la recherche aux échelons national et régional;
- f. Pour répondre aux besoins de données détaillées pour la planification économique et sociale aux échelons national et infranational, les pouvoirs publics sont invités à prendre des engagements fermes et à jouer un rôle moteur en prenant en compte les recensements dans leur programmes généraux de développement;
- g. Il faudrait encourager l’utilisation des technologies de recensements appropriées telles

que les systèmes d'information géographique (SIG) et les systèmes intégrés de gestion basé sur le logiciel Redatam;

- h. Les futures enquêtes de cette nature (CIPD+20) devraient renforcer le rôle de la recherche pour le développement en Afrique, en mettant l'accent sur la contribution de la recherche démographique à la réalisation du Programme d'action de la CIPD et des OMD.

2.11 Mobilisation des ressources, partenariats et coordination

- a. Revoir à la hausse les engagements financiers des pays et des partenaires du développement en vue de la réalisation des OMD et du Programme d'action de la CIPD;
- b. Encourager le secteur privé à soutenir les programmes sur la population et la santé en matière de procréation;
- c. Renforcer les capacités institutionnelles et humaines des organismes publics afin d'améliorer la mobilisation des ressources et les compétences en matière de négociation avec les organismes gouvernementaux;
- d. Mettre en place des stratégies nationales, y compris des partenariats et des mécanismes de coordination, pour améliorer les relations entre les pouvoirs publics et l'ensemble des parties prenantes (ONG, organisations de la société civile) en vue de la mobilisation des ressources internes et externes et du suivi de l'utilisation de ces ressources pour financer les activités associées à la démographie et à la santé génésique.

2.12 Mécanismes de suivi et d'évaluation

- a. Adopter des cadres de coordination et de suivi harmonisés, notamment les DSPR et les OMD, pour l'élaboration de stratégies;
- b. Renforcer les mécanismes de coordination, de suivi et d'établissement de rapports des pays pour les interventions concernant les OMD et la CIPD;
- c. Faire en sorte que des statistiques et des indicateurs fiables, pertinents et opportuns soient disponibles pour gérer et suivre efficacement les programmes;
- d. Le suivi des progrès enregistrés dans la réalisation du Programme d'action de la CIPD et des OMD devrait tenir compte non seulement des résultats mais aussi du processus de développement, en particulier de la gouvernance.

2.13 Facteurs qui influent sur la réalisation du Programme d'action de la CIPD et des OMD

- a. La bonne gouvernance (politique et économique) est une condition préalable du développement et constitue, par conséquent, un impératif pour la mise en œuvre efficace du Programme d'action de la CIPD et des OMD;
- b. Il faudrait renforcer les capacités humaines et institutionnelles dans le secteur de la population et du développement, en vue de la conception et de la gestion de programmes;
- c. Les questions de population devraient être prises en compte dans les politiques et programmes nationaux de développement;

- d. Des structures institutionnelles appropriées devraient être créées et celles qui existent devraient être renforcées pour coordonner les activités démographiques, y compris la coordination de l'aide;
- e. Les pouvoirs publics devraient allouer des budgets suffisants pour la mise en œuvre de programmes démographiques.

Références bibliographiques

1. Arowolo, O.O. et Workne Kassa, mai 2005. *Review of Progress Towards Achievement of MDGs by African Countries*. Document établi par le Bureau de liaison du FNUAP à Abidjan pour l'Union africaine. Addis-Abeba (Éthiopie).
2. CUA, 2008. *State of the African Population Report*.
3. APRM, 2007. *Le Mécanisme d'évaluation intra-africaine, réflexion novatrice sur la gouvernance*. Berlin (Allemagne).
4. Secrétariat du NEPAD, 2005. *Quatrième réunion du Forum pour le partenariat avec l'Afrique*. Abuja (Nigéria).
5. Comité des ministres africains des finances et des gouverneurs de banques centrales, mars 2009. *L'impact de la crise sur les économies africaines - Poursuivre dans la voie de la croissance et de la réduction de la pauvreté - Perspectives africaines et recommandations au G-20*.
6. Bloom, D. et al., 2002. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Rand. Population Matters.
7. Commission pour l'Afrique, mars 2005. *Notre intérêt commun*. Rapport de la Commission pour l'Afrique. www.commissionforafrica.org
8. Commission économique pour l'Afrique, 2009. *Rapport économique sur l'Afrique*. Addis-Abeba (Éthiopie).
9. Commission économique pour l'Afrique, 2004. *Dixième anniversaire de la CIPD: Rapport régional de revue de l'Afrique*. Dakar (Sénégal).
10. Commission économique pour l'Afrique, 2005. *Rapport sur la gouvernance en Afrique*. Addis-Abeba (Éthiopie).
11. Commission économique pour l'Afrique, 2009. *Rapport sur la gouvernance en Afrique*. Oxford University Press.
12. Gouvernement éthiopien, 2006. *The Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP)*. Addis-Abeba (Éthiopie).
13. IBON Books, 2004. *The Reality of Aid, 2004 Report, Focus on Governance and Human Rights in International Cooperation*.
14. Gaisie, S.K. et C.J. Groenewald, 2004. *Training and Research Programmes in Population Studies in South African Universities*. Étude demandée par le Gouvernement sud-africain et le FNUAP. Manuscrit.

15. Lee, Ronald et Mason, Andrew, 2006. «[*L'ABC de l'économie - Les dividendes de l'évolution démographique*](#)» dans *Finances et Développement*, septembre 2006, vol. 43. N°2. FMI.
16. Mabogunje, A.L. et Arowolo, O.O., 1978. *Social Science Research on Population and Development in Africa South of the Sahara*. IRG, El Colegio de Mexico City (décembre 1978).
17. Projet Objectifs du Millénaire, 2004. *Millennium Development Goals Needs Assessments Methodology*. New York, septembre 2004. www.unmillenniumproject.org.
18. Ministère kényan de la planification et du développement national, 2005. *Millennium Development Goals in Kenya: Needs & Costs*, rapport établi par le Ministère de la planification et du développement national, Nairobi. Avec l'autorisation du PNUD et du Gouvernement finlandais.
19. Ministère éthiopien des finances et du développement économique, 2005. *Ethiopia: Building on Progress - A Plan for Accelerated and Sustainable Development to End Poverty (PASDEP)*, 2005/06-2009/10, Addis-Abeba (Éthiopie).
20. Ross, John, 2004. *Understanding the Demographic Dividend Policy*, Washington, DC, 2005.
21. Projet Objectifs du Millénaire, 2003. *Human Rights Perspective on the Millennium Development Goals*. Rapport de conférence. New York, novembre 2003. <http://www.undp.org/hdr2003>
22. Population Reference Bureau & the Population Council, 1999. *A Guide to Research Findings on the Cairo Consensus*. New York.
23. Rosegrant et al., 2005. *Looking Ahead: Long-Term Prospects for Africa's Agricultural Development and Food Security*. IFPRI, Washington, DC.
24. Sayer, J.A., Harcourt, C.S., Collins, N.M., ed., 1992. *The Conservation Atlas of Tropical Forests: Africa*. Macmillan, Londres (Grande-Bretagne).
25. ONU, 1994. Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire (Égypte) et Programme d'action.
26. ONU, 1994. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (Égypte), 5-13 septembre 1994. New York, ONU. <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm>
27. ONU, 1999. *Principales mesures pour la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. A/S-21/5/Add.1., New York, ONU. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/561_filename_icpd5-key-04re-print_eng.pdf.
28. PNUD, 2003. *Rapport sur le développement humain 2003. Les Objectifs du Millénaire pour le développement: Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. New York.
29. FNUAP, 2007. *L'état de la population mondiale*. New York.
30. ONU, 2000. *Déclaration du Millénaire*. Doc. A/RES/55/2.
31. FNUAP. *Perspectives démographiques mondiales*. New York. Séries: 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.

32. ONU, Département des affaires économiques et sociales, 2009. *Perspectives démographiques mondiales - Révision de 2008*, CD-Rom.
33. PNUE, 2002. *L'avenir de l'environnement en Afrique: Le passé, le présent et les perspectives d'avenir*. PNUE, Nairobi (Kenya).
34. FNUAP, 2009. *Financial and Economic Crisis: UNFPA Response*.
35. PNUD. *Objectifs du Millénaire pour le développement*. <http://www.undp.org/french/mdg/>
36. Banque africaine de développement, 2002. *Réalisation des OMD en Afrique - Progrès, perspectives et implications pour les politiques suivies - Rapport global sur la pauvreté*. Abidjan.
37. ONU, 2003. *La promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes*. New York, Équipe du Projet Objectifs du Millénaire sur l'égalité des sexes.
38. ONU, 2003. *Application de la Déclaration du Millénaire pour le développement adoptée par l'Organisation des Nations Unies - Rapport du Secrétaire général*. New York, ONU.
39. HCR, 2009. *Tendances mondiales en 2008: Réfugiés, demandeurs d'asile, rapatriés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, apatrides*, juin 2009.
40. UNICEF, 2008. *La situation des enfants en Afrique*.
41. OMS, Site web. *Intervention sanitaire en cas de crise*. <http://www.who.int/hac/>
42. International Crisis Group, site Internet. <http://www.crisisgroup.org/home/index.cfm?id=1391&l=1>
43. Vandemoortele, Jan, 2006. *Understanding the MDGs at Age Five*. Pakistan Development Forum. Islamabad, 10-11 mai 2006.
44. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2003. *Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. OMS, Genève. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf
45. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2007. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*. 5ème édition. Genève, OMS
46. http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf.
47. Bernard Kouassi et Afeikhena Jerome, 2006. *African Peer Review Mechanism: Progress so Far and Lessons Learnt*. Table ronde NEPAD/OCDE organisée à Brazzaville (Congo). 12 décembre 2006. Secrétariat du Mécanisme d'évaluation intra-africaine, Midrand (Afrique du Sud).

Annexes

Tableau I Réponses des pays au titre des cinq outils d'évaluation **

N°	Pays	Outils d'évaluation de la CIPD+15				
		Tous les outils	Questionnaire principal	Appendice I I au questionnaire principal	Rapport national	Appendice II au rapport national
1	Algérie	✓	✓			
2	Angola					
3	Bénin	✓	✓	✓	✓	✓
4	Botswana	✓	✓			
5	Burkina Faso	✓	✓	✓		✓
6	Burundi	✓	✓	✓	✓	✓
7	Cameroun	✓	✓			✓
8	Cap-Vert	✓	✓			
9	République centrafricaine	✓		✓	✓	
10	Tchad	✓	✓			
11	Comores	✓	✓	✓		✓
12	République démocratique du Congo	✓	✓		✓	✓
13	République du Congo					
14	Côte d'Ivoire	✓	✓			
15	Djibouti					
16	Égypte	✓	✓	✓		✓
17	Guinée équatoriale					
18	Érythrée	✓		✓		
19	Éthiopie	✓	✓	✓	✓	✓
20	Gabon	✓	✓		✓	
21	Gambie	✓	✓	✓		✓
22	Ghana	✓			✓	✓
23	Guinée	✓	✓	✓		✓
24	Guinée-Bissau					
25	Kenya	✓	✓	✓		✓
26	Lesotho	✓	✓	✓	✓	✓
27	Libéria	✓	✓			
28	Libye					
29	Madagascar	✓	✓	✓	✓	✓
30	Malawi	✓	✓	✓	✓	✓
31	Mali					
32	Mauritanie	✓	✓	✓		✓
33	Maurice	✓	✓	✓	✓	✓
34	Maroc	✓	✓	✓	✓	✓
35	Mozambique	✓	✓	✓	✓	✓
36	Namibie	✓	✓	✓	✓	✓
37	Niger	✓	✓	✓		✓
38	Nigéria	✓	✓	✓	✓	✓

N°	Pays	Outils d'évaluation de la CIPD+15					
		Tous les outils	Questionnaire principal	Appendice I I au question-naire principal	Rapport national	Appendi-ce II au rapport national	Appendi-ce II2 au rapport national
39	Rwanda						
40	Sao Tomé-et-Principe	✓	✓	✓	✓	✓	✓
41	Sénégal	✓	✓	✓	✓	✓	
42	Seychelles	✓	✓	✓	✓	✓	✓
43	Sierra Leone	✓	✓	✓	✓	✓	✓
44	Somalie						
45	Afrique du Sud	✓	✓		✓		✓
46	Soudan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
47	Swaziland	✓	✓	✓		✓	✓
48	Tanzanie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
49	Togo	✓	✓	✓		✓	
50	Tunisie	✓	✓	✓			
51	Ouganda	✓	✓	✓	✓	✓	
52	Zambie						
53	Zimbabwe	✓	✓	✓			
	Nombre total de pays participants	43	40	32	23	28	24

**** Remarque:** Les documents présentés par les pays après la date limite n'ont pas été pris en compte.

Questionnaire principal

Quarante pays au total ont répondu au questionnaire principal, qui est un outil de collecte de données quantitatives et qualitatives dans les pays africains. Le questionnaire a essentiellement porté sur les thèmes figurant dans la Déclaration de Dakar/Ngor, le Programme d'action de la CIPD, la réalisation des cibles et des objectifs de la CIPD et des OMD dans des domaines tels que la santé génésique. Chaque thème a été organisé de manière à permettre la collecte de données et d'informations sur les interventions, les programmes et les mécanismes institutionnels mis en œuvre par les pays depuis 2004. Le questionnaire porte également sur la mise en œuvre par les pays de cadres d'action internationaux et régionaux, tels que la CEDAW, le Plan d'action de l'Union africaine, la Position africaine commune sur la famille et la Charte africaine de la jeunesse. Le questionnaire a été officiellement envoyé à tous les pays africains par courrier électronique et par télécopie, et par le biais des bureaux du FNUAP. Il a fait l'objet d'une note verbale adressée aux ambassades africaines en Éthiopie. La CEA et le FNUAP ont assuré le suivi de cette enquête, aidé les pays à répondre et à utiliser les outils grâce à l'organisation d'ateliers et de séminaires nationaux sur la CIPD+15.

Appendice I I au questionnaire principal

L'appendice I I au questionnaire concerne les OMD et la possibilité de leur réalisation dans les pays. Les questions contenues dans cet appendice exigent une seule réponse («Très probable», «probable», «improbable» ou «très improbable»). Trente-deux pays ont donné des réponses exploitables.

Rapports nationaux

Des directives pour la préparation des rapports ont été élaborées et envoyées à tous les pays. L'objectif était de permettre la collecte de données qualitatives sur les enseignements tirés des expériences, par exemple, et de définir les normes pour l'élaboration des rapports nationaux sur le Programme d'action de la CIPD et les thèmes correspondants. Pour chaque thème, le rapport devait présenter une analyse de la situation et des tendances (pour les grandes questions prioritaires), les mesures prises (mécanismes institutionnels, politiques, stratégies, programmes mis en œuvre et autres aspects relatifs à un environnement favorable), les réalisations (en particulier les résultats concrets, les enseignements tirés et les bonnes pratiques ainsi que les principales difficultés/contraintes). Il a également été demandé aux pays de formuler des recommandations appropriées et de transposer à une plus grande échelle les interventions liées à la CIPD. Vingt-trois pays ont envoyé un rapport.

Appendice I1 au rapport national

L'appendice I1 au rapport national est un outil de collecte de données à l'égard de 49 indicateurs de la CIDP sur la pauvreté et l'emploi, la taille et la structure de la population, la fécondité, la mortalité, l'éducation, la santé génésique, la planification familiale, le VIH/sida et la problématique hommes-femmes. Il a pour objectif de suivre l'évolution des indicateurs de la CIPD pour les années 1999, 2004 et 2007. Des réponses ont été reçues de 28 pays.

Appendice II2 au rapport national

Cet outil a permis de recueillir des informations auprès des pays sur les mesures prises et les résultats enregistrés dans la mise en œuvre des activités relatives à la Déclaration de Dakar/Ngor de 2004, en gardant à l'esprit que le rapport couvre la période 2004-2008. Les domaines concernés sont: la prise en compte des aspects démographiques dans le développement, l'éradication de la pauvreté, la santé et les droits en matière de procréation, le VIH/sida, la mortalité et la morbidité maternelles, l'égalité entre les sexes, l'équité et l'autonomisation des femmes, la violence à l'égard des femmes, les adolescents et les jeunes, la famille, la migration, les réfugiés et les personnes déplacées, les données sur le développement, la mobilisation des ressources et le partenariat. Des réponses ont été reçues de 24 pays.

Qualité des données et des informations

Les outils d'évaluation de la CIPD+15, présentés ci-dessus, ont servi à la collecte de données et d'informations qualitatives et quantitatives auprès des pays. Le questionnaire principal et l'annexe I correspondante comportent à la fois des questions ouvertes et fermées. Les rapports nationaux font une présentation et une analyse détaillée de la situation, souvent accompagnées de tableaux, de graphiques et d'indicateurs. L'appendice I1 au rapport comprend des questions fermées et l'appendice II2 des questions ouvertes.

La plupart des pays ont suivi les directives et fourni des informations qualitatives et quantitatives très utiles. Dans l'ensemble, les rapports ont permis de recueillir des informations de meilleure qualité et plus détaillées que le questionnaire. En plus des informations sur les indicateurs et le profil

de la population, ces rapports présentent les leçons tirées des expériences ainsi que les bonnes pratiques. Les rapports nationaux ont été résumés et pris en compte dans le présent rapport régional d'évaluation.

Les pays ayant participé à l'enquête ont envoyé, au total, 560 pages d'analyse sur les thèmes de la CIPD. Pour chaque thème, la grande majorité des pays a analysé le niveau et l'évolution des mesures prises et des politiques mises en œuvre depuis 2004. Toutefois, ces rapports ne sont pas exempts de critiques. Des pays font souvent référence à la période antérieure à 2004 et certains évoquent même la période antérieure à la CIPD, c'est-à-dire à 1994. En outre, certains pays font référence aux données d'anciens recensements et d'enquêtes. Ces lacunes sont en général insignifiantes en regard de la grande quantité de connaissances et d'informations compilées dans le cadre du rapport régional d'évaluation, qui a fréquemment cité les rapports nationaux et repris, dans bon nombre de cas, les tableaux et les graphiques qui y sont contenus.

Comme mentionné ci-dessus, le questionnaire principal et ses appendices ont permis de recueillir diverses données et des informations. Trente et -un pays ont répondu à toutes les questions posées dans les différentes parties du questionnaire. Les autres pays restants -, peu nombreux -, n'ont pas répondu à au moins une section entière du questionnaire et d'autres n'ont pas répondu à de nombreuses questions de chaque partie. Certains pays n'ont pas répondu convenablement à des questions liées entre elles. Une partie des données est incohérente et incomplète et il a donc fallu les nettoyer et les corriger. Les problèmes de données ont été réglés en utilisant soit le principe des réponses aux questions ouvertes pour des questions déterminées, soit les réponses aux questions suivantes ou précédentes (si les questions sont liées). Certaines réponses n'ont pas été prises en compte ou ont simplement été ignorées parce que la réponse était «non» ou parce que les répondants n'ont pas donné de réponse. Les problèmes liés à ces types de réponses ont été également réglés en s'appuyant sur les tendances observées dans les pays.

Certaines données de l'appendice I1 au questionnaire ont posé des problèmes. Par exemple, certains pays n'ont pas répondu aux questions sur les OMD mais ont répondu à celles sur les cibles. Dans ce cas, les réponses moyennes ou plus fréquentes sur les cibles d'objectif spécifique ont été utilisées en lieu et place des réponses manquantes. Un seul pays n'a pas convenablement utilisé l'outil et n'a donc pas été pris en compte dans l'analyse.

Les réponses numériques et non numériques aux questions fermées et ouvertes ont été traitées avec le logiciel SPSS (version 15). Un manuel de codage et des masques standard ont été préparés et ont servi à la saisie des données. Le manuel de codage a été utilisé pour encoder les réponses, minimiser les erreurs de données et de réponses et faciliter la saisie des réponses. Le manuel de codage contient les principales sections ci-après:

- a. La section sur les codes d'identification, qui comprend deux variables, à savoir le nom et la situation géographique du pays dans la sous-région et sur le continent;
- b. La section sur les codes de réponses, qui contient 1 133 variables couvrant 14 thèmes de la CIPD;
- c. La section sur le code des appendices, qui comprend 26 variables sur les OMD.

Un autre manuel a été élaboré et utilisé pour le codage de la rubrique «autres» des réponses au questionnaire principal. Ces déclarations sont pour la plupart en anglais. On a donc utilisé un logiciel gratuit de traduction en ligne pour traduire en anglais les réponses données en français et en portugais.

Trois masques de saisie ont été préparés à partir des manuels de codage: le premier pour entrer les données du questionnaire principal, le second pour les données de l'appendice I1 au questionnaire principal et le troisième pour l'appendice II au rapport national. Ce masque comprend 149 variables, notamment des données quantitatives/numériques sur les indicateurs de la CIPD (taux de croissance du PIB par personne employée, population totale, rapport inactifs/actifs, taux brut de natalité, taux de mortalité maternelle, etc.)

Fondamentalement, les réponses aux questions ouvertes sont des phrases longues et brèves. Par conséquent, les réponses contenues dans l'appendice I1 au questionnaire principal et l'appendice II2 au rapport national ont été traitées séparément. Cette démarche comprend plusieurs étapes liées, notamment la conception de formats pour l'organisation des informations à l'aide de MS Word, la mise en forme et la finalisation des formats, la collecte et l'organisation des réponses non structurées, la saisie des informations dans les formats élaborés, la traduction des réponses du français et du portugais à l'anglais, la révision et la finalisation des réponses pour obtenir les résultats finaux.

Dans l'ensemble, les données et les informations recueillies à l'aide du questionnaire sont exploitables. Malgré la longueur des questionnaires, la grande majorité des pays ont répondu à la plupart des questions. Cependant, certains pays n'ont pas suivi les instructions sur les questions ouvertes tandis que d'autres n'ont pas du tout répondu à certaines questions importantes. Par rapport au questionnaire principal, il y a eu un plus grand nombre de réponses aux questions des annexes probablement parce qu'elles étaient plus courtes. Dans certains cas, les réponses ne sont pas claires car certains pays ont donné deux réponses ou plus à la même question. Par exemple, pour les questions sur les OMD, les pays étaient censés choisir une seule réponse mais un pays en a choisi plusieurs. Peu de réponses ont été rejetées pour cette raison. Il n'y a qu'un seul pays qui n'a pas correctement rempli le questionnaire de l'annexe II au rapport national et les réponses données n'ont donc pas été prises en compte. En outre, les réponses au questionnaire de l'annexe I des rapports nationaux de trois pays ont été rejetées parce qu'il y avait des problèmes de données et des informations manquantes.